

2. 学会発表

笹谷春美 (2008a) 「日本の介護保険制度下のケアリングの”危機”と教訓ー私たちは危機を乗り越えることができるかー」、梨花女子大学アジア女性学センター国際シンポジウム「持続可能なパラダイムとアジアのケアリング共同体」、2008. 10. 30、梨花女子大学国際教育会館、ソウル

笹谷春美 「日本型介護政策の展開と家族介護者支援策」、日本学術会議シンポジウム「少子高齢化社会の政策形成と社会学」、2007年12月22日、お茶の水女子大学

笹谷春美 「高齢者介護政策における「家族介護」(者)の認知過程と支援策の変容」、第17回日本家族社会学会、2007年9月8-9日、札幌学院大学

齋藤暁子・笹谷春美 「介護保険制度における家族介護の位置づけの変容」、第17回日本家族社会学会、2007年9月8-9日、札幌学院大学

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第一章 フィンランドにおける介護者の確保育成策

笹谷 春美

1. はじめに——フィンランドの特色——

本国際比較研究において、フィンランドは、4つの介護供給類型における「社会民主主義型」の事例国として選定された。介護供給における公私のバランスから見ると、他の類型に比べ最も公的部門が大であり、ケアを必要としている国民に等しく権利としてのサービスを供給する責任を中央政府・自治体が主に果たしており、財源、サービス供給主体、サービス従事者の育成等も公的セクターがリードしている国である。プライベートセクターの参入や親族介護支援策がサービス供給の多元化というスタンスで増加しているものの、公的セクターの影響力は今の所、揺るいでいない。いわゆる「北欧型福祉レジーム」を施行する国々の1つである。

「北欧型福祉レジーム」は、公正や平等という価値に基づく社会連帯を国家の基本理念とし、福祉サービスは普遍性原則に基づき供給される。国民はそれらのサービスを市民的権利として享受し、その供給責任は国家（公的セクター）にある点を明文化している。しかし、近年の北欧諸国間の比較研究では、「北欧型福祉モデル」の中身は一枚岩ではなく、福祉サービス供給の公私のバランスやサービス提供の量やスタッフの質などにおいて、各国にはそれぞれ特有の差異があることも明らかにされている。

フィンランドの特徴は、本研究の主要課題である高齢者のケアサービスに関していえば、つぎのような点が指摘されている。①75歳以上の施設ケアの割合は北欧諸国中最も低い、②在宅ケアサービスの受給者の割合はスウェーデンに次いで低い、③サービスの供給資源としてプライベートセクター（NPOや営利企業）の活用が活発、④インフォーマルな介護者の社会的権利を保障する「親族介護者支援法」をいち早く施行したこと、⑤介護サービス従事者の教育レベルの高さと待遇の良さ（大部分が自治体の正規職員、9割以上が女性）などである。「北欧型福祉レジーム」をベースにしているとは言え、極めて柔軟性に富んだ供給システムの構築へのチャレンジが見られる。これらのチャレンジは北欧国家のみならず国際的にも注目を浴びているところであるが、その背景には、中央政府と自治体、研究者と実践家、労働市場と教育界、社会サービス領域と保健医療サービス領域など、異なった責任部門間による協働のプロジェクトチームによる短期的・長期的なサービス構造や労働市場の予測やそれへの対応策の試行がある。これらの止まることを知らないような果敢な試行錯誤の展開に

より、フィンランドの介護者の確保育成策と介護サービス供給は、改革目標をそれなりに達成し、うまく機能している、と政策側は認識している。

とはいえ、人口の少子高齢化に伴う、介護サービスの需要と供給のアンバランスと財政の逼迫という高齢先進国に共通な国際的課題にフィンランドも直面していることは事実である。とりわけ、団塊の世代が65歳に突入する2015年前後は、フィンランドの社会サービス従事者の主流である自治体職員の約半数が退職を迎える。自治体の財政難の下での、予想されるフォーマル・インフォーマルな介護者の不足に対し、今日、また新たな模索が行なわれている。本稿は、「北欧型福祉レジーム」をベースにしつつ、フィンランド的な介護者の確保・育成策の展開の特色と今後予測される課題とそれへの対応策について、政策文書、各種プロジェクト報告書および数回の関係者インタビューによって明らかにするものである。

2. 介護の確保に関する公私の関係

(1) 公的セクターの強力なリードとサービス構造改革

フィンランドにおいては、社会・保健医療ケアのサービスは国の法令に基づき、主に税金で賄われる。地方分権政策の下、具体的なサービス供給の責任は448(2005年現在)の自治体にあり、財源は国からの補助金が25%、利用者の支払いが10%、残りの65%を自治体がカバーしている。つまり、9割が公的資金(税金)であり、利用者料金の役割は小さい。

自治体のサービス施行義務は次の法令に定められている。

- ・社会サービス(ホームヘルプ等): the Social Welfare Act 710/1982
- ・ヘルスサービス(訪問看護等): the Primary Health Care Act 66/1972
- ・インフォーマルケアの支援: the Act of Support for Informal Care 937/2005

高齢者ケアサービスの目的は、人々が出来る限り住み慣れた自分の家や地域で自立して生活することを可能にすることである。自宅での生活は専門的な福祉およびヘルスケアサービスによって速やかにサポートされ、施設ケアはもはやこれ以上自宅生活が不可能という段階で提供される。これらを実行するために、各自治体は、高齢者の安全と権利が守られるための戦略を立てることを期待されている。その戦略は、サービスの開発とともに次のような視点に立つことが含まれる。つまり、高齢者の生活の質(QOL)を高めること、彼らの身体的機能の如何に関わらず自己決定と自立を尊重することである。サービスは利用者と親族との協同からスタートし、サービス提供者と利用者親族の関係はシームレスであらねばならない。

そのサービス供給構造は極めて包括的である（図1）。

社会サービスは、在宅ケアにおけるホームヘルプ、食事やクリーニングなどのサービス、インフォーマルケア（親族介護者）の支援もカバーし、住宅サービスとしては、新しい型のシェルターハウス（強化型高齢者住宅）や従来型の高齢者住宅、デイ・サービスがカバーされる。保健医療サービスとして、在宅ケアにおいては訪問看護やリハビリ、福祉機具のサービスが行われ、ヘルスセンターにおける長期療養患者のケアもカバーされる。そして、このような包括的サービスを担う介護従事者として、ラビホイタヤ（practical nurse）という新しい資格も創設された（後述）。また、この断面図では見えてこないが、90年代前半のサービス構造改革により、施設における long-term care サービスは削減され、サービス供給の多くは、在宅ケアに集中してきている。更に在宅サービスにおいても、いわゆる身体的ケアとは異なる食事や掃除、散歩等のサービス（support service）はNGOや民間企業のサービス業者に委託する自治体が多くなっている。

（図1-1）フィンランドの高齢者ケア及びサービス（出典：Noro 1998,137）



先に触れたように、フィンランドでも他国と同様、90年代初頭の経済後退を背景に大きなサービス構造改革が行われた。それは、1992年の『サービス構造に関する作業部会の報告書』（社会・保健省）に見ることができる（詳しくは、H19年度『厚生労働省科研報告書』笹谷担当分を参照）。ここでは、ポイントを示しておく。

「サービス構造に関する作業部会」は、フィンランドでは2000年から高齢者人口が急増すると予測され、それに伴うサービス需要の増加にどう対応するの

か、という長期展望の下で行なわれたプロジェクトである。ここでは①コスト面から施設ケアから在宅ケアへの転換および臨床部門や長期療養病とのベッド数の削減が明確に打ち出された。②2000年では、75歳以上の90%以上が在宅で、独立して、あるいは社会・保健医療サービスによって、あるいは近親者や近隣のサポートによって生活していけること、という目標数値が出され（その時点で84%）、③そのための在宅サービスの拡充 ④それを可能にする住宅政策—在宅と施設の中間的住宅の建設（現在のシェルター・ハウスやグループ・ホーム）などの提言がなされた。同時に、⑤これらの施策が自治体によって差異が出ないように、単独自治体、自治体連合、より広域なつながりで行っているサービス供給の徹底した見直しと高齢者にとって適正なサービスの創出を自治体に求めた。他方で、マンパワーの調整は、「他職種人材資源の持つ能力の利用を新しい形で行い・・現在の人材資源によっても、施策やサービス構造を改革することで、質の高いサービスを提供することが出来るもの」と考える。よく計画され、指導された施策であれば、現在のマンパワー規模によってもなるべく長い期間、例えばこれから10年間にわたっても増大するサービス需要に対処できるはずである」と述べられる。

施設ケアから在宅ケアへの政策転換という、大掛かりなサービス構造の変化にも関わらず、マンパワーの総量は変えずに、一人ひとりのケアワーカーの能力向上（competence）を高めながら構造変化に応じた合理的なマンパワーの配置を行おうというものである。おりしも、90年代初頭は景気後退の最中であり、フィンランド政府のしたたかな計算が読み取れる。これらの方針は労働、教育分野にもおよび、ケアワーカーの養成教育の転換＝ラヒホイタヤの資格創出にも繋がってゆく。

（2）サービス供給単位としての自治体の危機と再編

フィンランドでは、利用者へのサービス供給責任は自治体にある。今、これらのサービス供給単位としての自治体の財政悪化が問題となっている。2005年現在、448の自治体の3分の2が赤字であった（2004年決済）。中でも、シビアな赤字自治体（住民1人当たりの赤字が500ユーロを超える）は2003年で30自治体に及んだ。これらの「貧困な自治体」「困窮状態にある自治体」は、住民が必要とする最低限のサービスの供給さえ難しい状況にある。同時に、人口の高齢化や都市化により、各自治体間の人口規模のアンバランスや税収入の格差が拡大し、社会保健医療サービスの包括性の確保や公平な供給という点で、普遍性原則と相容れない状況がでてきている。

その解消策の1つとして、現在、「フィンランドの自治体とサービス構造再編成プロジェクト 2005-2012」（通称PARASプロジェクト、内務省・財務省）が

進行中である。第1段階の自治体構造再編成は目下急速に進行中であり、2009年までに市町村合併等で60自治体を減らし、更に継続予定である。第2段階のサービス構造再編成は2007年からスタートし、社会・保健医療サービスの提供単位として幾つかの自治体を含めた協働活動圏を編成する計画である。この協働活動圏の最低人口規模は、基礎保健医療サービスおよびそれに密接に関係する社会サービスの提供については、最低約2万人、職業基礎訓練については、最低約5万人と設定された。これを踏まえて、2007年までに53圏、08年までに26圏、09年までに155圏、10年までに27圏の協働活動圏の再編が予定されており、これによって単独で社会・保健医療サービスを行う自治体は大都市を中心とした120自治体のみとなる。2007年2月には、このPARASプロジェクトの具体的実施のための新しい法律『自治体-サービス構造再編成のための枠組み法』(Framework act of restructure municipalities and services)が発効した(2012年末まで効力)。

枠組み法の中心的な内容は、以下の通りである。

- ①新しい自治体構造、サービス構造：自治体構造の強化は、市町の合併や、町の一部を他の市町に併設組替えする形で行なわれる。また、協同の活動を強化するために、複数の自治体が協同活動圏を設けることができます。協同活動圏の最低人口規模は、基礎保健医療サービスおよびそれに密接に関係する社会サービスの提供については、最低約2万人、職業基礎訓練については、最低約5万人。
- ②困窮状態にある地方自治体：経済的に特に困窮状態にある自治体は、国と協同して住民へのサービス提供を確保するための方策を検討しなければならない。もしここで検討された方策が十分でない場合には、政府は国会に当該自治体の境界変更を可能にする自治体境界法改正に関する答申を行ない、それにより内閣が当該自治体の境界変更を行なうことを可能にする。
- ③自治体が行なうべき作業：各自治体は内閣に対して、枠組み法の枠内で行なわれる施策と改革の『実施計画』について書かれた自治体構造、サービス構造に関する調査計画書を提出する。その『実施計画』には、活性力、活動能力をもち歪なき自治体構造を可能にするための方策、サービス提供を行なうための協同活動を強化するための施策が提示されていなければならない。『実施計画』のベースとなるのは、人口分析、サービス分析および自治体の経済計画である。
- ④国の地方政策と自治体の財源：自治体が行なうべき責務とそのため財源を取り扱う『基礎サービスプログラム』を、部分的に法にもとづく国と地方自治体間の協議方式の恒常的な部分として定着させる。自治体の財源、地方交付金システムを改正する。減税措置を国庫負担の枠に組み入れることにより、また自治体間の合併や協同作業の障害となりうる事項を取り除くことで、自治体の

税収基盤を強化する。この改正は、国と自治体間の費用負担の分割を変えるものではない。

今回の自治体再編成は、フィンランド自治体の約半数が関係し、今後の高齢者介護のサービス供給に与える影響も大きいと言われているが、国民の社会福祉サービス受給の普遍性原則を保障するための大胆な構造改革であり、自治体連合会との協議のもとで行なわれている¹。

(3) 私的セクターのサービス供給の増加

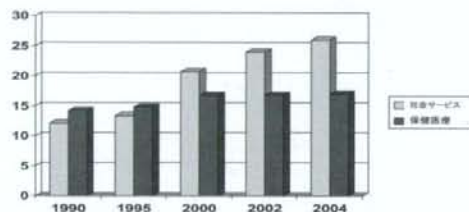
フィンランドは北欧諸国の中でも最も私的セクターによるサービス生産が活発であり、政府もそれを推奨している。しかしながら、社会サービス全体の提供の76%は自治体職員である介護従事者によって担われており、公的サービスの提供は揺らいでいない。24%が私的セクターの介護従事者によって提供されており、そのうち18%がNPOやNGO等の非営利団体によって、6%が営利企業により提供されている。営利企業のサービス提供はまだ少ない²。私的セクターによるサービス提供は1990年代後半から増加し、特に2000年代に入ってから急増している。その主要部分は社会サービス領域であり、ヘルスケアサービスは相対的に変化がない(約18%)。(図1-2)と(図1-3)は、フィンランド社会分野雇用者・起業者連合会(以下、連合会)の資料であるが、上記の傾向が明らかである。会員数200社未満・所属雇用者6000人未満でスタートした連合会は、現在は約1200社、26,000人ほどの雇用者が加盟している。しかし、全国の約3000あるといわれる起業の9割が雇用者3名以下であり、これらの零細企業は連合会には加入していない。

¹ このPARASプロジェクトに先駆けて行なわれた、サービス供給の単位に関する改善プロジェクトが“Social Services Development Project 2003-2007”である(『社会サービス発展プロジェクト2003-2007』報告、社会保健省)。従来もフィンランドでは、周辺地方自治体が共同して施設を作ったり、施設の運営管理を行うなど、広域的福祉サービス網の整備が進んでいるのが特徴であった。とりわけ、高度・専門医療(ヘルスセンター)、障害者福祉、社会・保健職業訓練等(中等職業訓練校-ラヒオイヤの養成など、高等職業訓練校(ポリテク)-看護師養成等)の分野で行われてきた。共同化は自由に自治体が必要に応じて資本参加、経常経費負担参加などで広く行われてきたが、『社会サービス発展プロジェクト2003-2007』では、従来の協同形態の見直しと改善のための「福祉サービスの広域化」が一層強調された。

² フィンランドにおける私的セクターとは、NPO・NGOの非営利組織と営利企業を含む²。営利企業の圧倒的多数は小さな個人業主であり、かつて社会・保健医療領域で就労していた看護師やヘルパーの起業が多い。

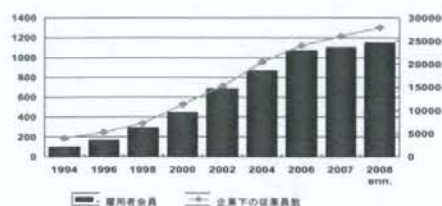
(図 1 - 2)

社会分野雇用者・起業者連合会(年度別割合)



(図 1 - 3)

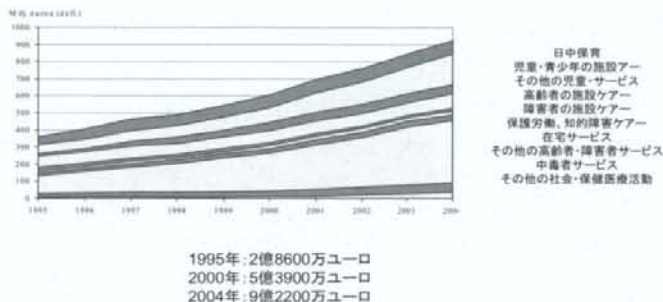
社会分野雇用者・起業者連合会の会員数とその企業で働く従業員数1994~2007年



フィンランドの私的セクターが提供するサービスの 9 割は自治体の買い上げであり、一般的な民営化・営利追及とは根本的に異なる特色を持つ(図 1・4)。買い上げは、主に、高齢者の介護サービスの住宅サービスとパウチャー・サービスの 2 つの形態で行われている。

1995~2004年における社会サービス分野での自治体のサービス購入

(図 1 - 4)



ケア付き住宅、それも近来増加している 24 時間対応のケア付き住宅(シェルターハウス=強化型高齢者住宅)は半数近くが民間委託である(2007 年度『厚生労働科研報告書』笹谷担当分参照)。企業側から見れば、サービス提供の 9 割が自治体買い上げであり、つまり、居住者の 9 割が自治体からの委託であり、1 割が自由契約ということになる。

また、新しい試みとして大都市周辺自治体におけるパウチャー・サービス(サービスクーポン)の導入がある。クリーニングや配食サービス、移送サービスなど、かつては自治体のホームヘルパーが直接提供していた家事的支援がアウトソーシングされ、その供給を民間事業所、とりわけ小さな個人業主(主にケ

ア経験のある中高年女性)が担っている。

以上のように、フィンランドにおけるサービス提供は、多様化しているとはいえ、公的セクターのコントロールの下で展開してきたといえる。その背景には、90年代の不況とそれに対応するサービス構造改革における「施設から在宅(オープン・ケア)」という政策転換の下、増大する在宅ケアサービスに対する自治体直轄のサービスの代替として導入されてきたのは確実である。住宅サービス(特に強化型サービスハウス)の委託やバウチャー・サービスは、人件費、施設の設備費や維持費、プライスレベルなどで、10%のコストダウンになる(ヘルシンキ市高齢者サービス部長談)。先述した自治体財政の逼迫から考えると、コスト・エフェクティブとなる私的サービスの購入は将来的にも発展することが予測される。一方で、それがサービスの質の低下に繋がることを防ぐ様々な装置も用意されている。委託審査や内容監査ばかりでなく、雇用者の労働条件保護のための「一般拘束性」など、民間企業の介護職員の労働条件は自治体雇用の介護職員とそれほど変わらない保障システムがある。9割が零細企業であるサービス提供側の代表として「連合会」は、政府に、発注様式の明確化、発注者と自治体の関係の明確化、法規制の遵守、公平な入札競争などを提案している。また、過疎地域などではプライベートなサービスの提供は困難なことから、その機械的拡大には政府は慎重である。

3. 親族介護者への支援

フィンランドにおける親族介護者への公的支援政策は、私的セクターへのサービス委託の増加と同様、自治体の直接的サービス供給の抑制を伴うサービス供給の多様化・多元化という文脈で捉えることができる。しかし同時にそれは、従来、光が当てられなかったインフォーマルケアの担当者の役割を社会的に認知し、介護者自身に公的サービスの受給権を付与する、という市民的権利の拡大である点も見逃すことはできない(笹谷 2005)。フィンランドでは、他の北欧諸国に先駆けて、2006年に「親族介護支援法」が国の法律として施行された。その背景には、当事者団体であるフィンランド親族介護協会等3の、支援政策の改善と充実を求める長期的なロビー活動あるいは政府との交渉関係もあったことにも注目する必要がある。

同時に、フィンランドは女性の就労率は高い国である。そのため、**仕事と介護の両立政策**も充実している。後述するように、親族に対し何らかの介護をしている人が約30万人、そのうち「親族介護支援法」のサービスを受けている人がその1割の約3万人であり、その半数以上が年金受給者である、という全国調査やSTSAKESの調査結果からは、親族介護に関わる多くの労働力年

齢の男女は、基本的に老親に対する在宅サービスを利用しながら、時には、仕事と介護を両立させるための種々の制度を利用し、仕事や社会的活動を継続していると思われる。

仕事と介護の両立のための諸制度としては次のようなものがある（表3-1 但し親族介護支援法によるものは除く）。

（表3-1）親族介護と仕事の両立のための法的整備など

時差勤務	労働時間法3章第13条
短縮時間労働	労働時間法（3章15条）：パートタイムとすることができる理由の一つに病気の親族の介護が例示されている。
パートタイム年金退職	労働者年金法と失業保険法（6章第4条）58歳以上の労働者を対象。継続して6週間以上仕事を離れさせなければ、毎日の内の数時間なり、1週間に数日なり、一週間おきなり、一ヶ月おきなりいろいろ。親族介護者がこれを行なっても構わない
部分的介護休暇	労働契約法4章の第4条、第5条。労働日当たり最大6時間まで、または週30時間まで利用することが可。部分的介護休暇を得る者は国民年金公社より労働収入減少の補填手当を申請することもできます。部分的介護休暇の権利は子供を親族介護する者も対象となる。
休暇貯蓄	
重大な家族的な理由による一時的離業	労働契約法4章第7条。疾病や事故などを理由とする、事前に予測が不能で、かつ重大な出来事がある家族に起きた場合で、かつ被雇用者本人の臨場が不可欠である場合。
残業代替休暇	労働時間法第23条、残業や追加労働時間を休暇に交換できる

上記は全て労使の合意が必要である。

（1）「親族介護支援法」成立の経過

他の北欧諸国と同様、フィンランドの親族介護者への支援策の歴史は長く、1980年代の初頭から高齢者、障害者、長期療養者の在宅ケアの支援として始まり、介護者手当・レスパイトサービスを主とした現金・現物給付等が行われてきた。これらは今や欧州では“伝統的サービス”といわれている。フィンランドのみならず、北欧では90年代初頭から親族介護への関心が高まった。それまで、公的サービスの拡充を第1の政策課題にしてきたが90年代初頭の不況とサービス構造改革（施設から在宅へ）に伴い、インフォーマルケアのサポートが新たな政策課題として浮上した（Lennarth,2009）。

1993年から親族介護支援は法定の社会サービスとなり、社会ケア法

(710/1982)と親族介護支援に関わる政令(318/1993)に基づいて、地方自治体は自らの予算枠の許す範囲においてその提供を行なってきた。このことは、自治体による親族介護者支援のとりくみや、とりわけ、介護手当の金額等にばらつきをもたらす事となる。この点について親族介護協会は修正を求めてきた。それを受けて、内容は3度修正され、介護者手当、在宅ケア支援サービス、年金累積、労災保険、休日の権利等が定められた。親族介護者への関心は再び2000年代初頭に高まった。フィンランド初の全国調査が社会保健省によって行われた。そこで、全国で約30万人が親族介護を主として担当しているながら、親族支援のサービスを受けている人は3万にも満たないことが明らかにされた。それを受けて、介護者の「権利」の法制化に向けた答申が政府に出され(2004年)³、2006年に北欧初の「親族介護支援法」が成立した。

今回の法律によって得られた主なメリットは、①全国一律の介護手当での最低額の設定、②法定の介護休暇および日数の延長(従って自治体への代替サービスの義務化)である。

(2) 親族介護者と介護内容

フィンランドには、どれくらいの親族介護者が存在するのだろうか。また、法律施行前の「親族介護者」のサービスを受けていた人々はどのくらいおり、どのようなサービスをうけているのか。二つの調査から確認したい。

(2-1)「ウェルネスとサービス調査」(HYPA survey)、STAKES
フィンランドの親族介護者(親族の介護を何らかの形で行っている人。高齢者

³ 以下は2004年の答申案の一部であるが、フィンランド政府の親族介護者をめぐる政策意図を読み取ることができる。「親族介護は人口の高齢化が急速に進展するなかで、高齢者がどこかの段階で必ず通常以上のサービスやケアを必要とするという、もうそれだけの理由で社会政策上の大きな問題点となりつつあると言える。障害者福祉の分野では、特に精神障害者の親族介護サポートが弱体である。こうした介護やケアは単に公共サービスを拡大したりするだけでも、あるいは増大する需要をサービス企業に転嫁するだけでも解決できないことは、経済的な観点からみただけでも明らかである。この検討作業においては社会・保健医療サービスの再編成の必要性が、サービスの提供形態の刷新に負けずに劣らず大切であることを力説したい。ここで再編成というのは、親族介護が非常に有望な投資先であることを理解し、その利用度を広範に拡大して、親族介護をして社会・保健医療サービス構造の重要な一環となすようにすることを意味している。このように親族介護の積極的な採用によってのみ、急速な人口高齢化の進展のなかでのオープンサービスや施設サービスへの制御不能な需要の増大に対処し、それらの肩代わりが可能になるのである。親族介護はまた社会福祉を生み出す方法を家庭介護委託の分野にて拡大できる可能性も有している。こうした中で、親族介護は公共社会・保健医療サービスの予防策、代替策として極めて大切な役割を担っているため、これを公共的な経費負担として支援すべきことを価値選択のベースとして考えるべきである。」(答申案要約から)(下線 筆者)。

介護のみではなく、障害者・児の介護も含む。しかし、高齢者介護が圧倒的に多い)の推定と介護内容についての調査である。

「100万人以上のフィンランド人が、親族や親しい人を何らかの形でサポートしている。そのうち、親族介護を主として行なっている者はおよそ28万人である。

サポートの内容や頻度；

- 住居外で行なわれるサポートをしている者：およそ9万人が毎日、最低週1回程度がおよそ30万人
- 住居内での家事サポートを行なっている者：およそ2万6千人が毎日、最低週1回程度がおよそ16万人
- プライベートなレベルのサポートを行なっている者：およそ6万人が毎日、最低週1回程度がおよそ10万人
- 疾病看護的なサポートを行なっている者は、およそ3万人が毎日、最低週1回程度がおよそ6万人」

(2-2)「社会サービスとしての親族介護—1994～2006年における親族介護支援とその変化に関する調査」2007。(STAKES)(1990年代の中目より4年間ごとに調査されている。回答者は各自治体の責任者である。回答率は88%であった)

「●公的な親族介護支援サービスを受けている「親族介護者」は、2005年時点で29000人であった。

●「親族介護」の現状(2006年4月現在の状況)

(被介護者のプロフィール)

親族介護にて介護されている被介護者は21784名であった。2002年に比べておよそ3000名、15%ほど増加している。被介護者のうち女性が46%、男性が54%であった。被介護者のうち75～84歳の割合が最も高く(29%)、およそ1/5が18～65(22%)、85歳以上は17%であった。

利用者の要介護度はかなり高く、親族介護支援にて介護される被介護者のほぼ半数が、継続的で多量な介護や世話を必要とし、1/3が24時間の介護や世話を必要としている。

(親族介護者のプロフィール)

親族介護者の3/4が女性。およそ半数が被介護者の配偶者であり、1/5が被介護者の子供または親であった。その他の親族または被介護者の近い者は親族介護者の10%を占めるに過ぎない。配偶者が親族介護者である割合は、1994年時点のおよそ1/3から、2006年にはおよそ半数までに増えている。親族介護者の半数以上が労働年齢にあるが、高齢の親族介護者の割合は継続的に増えている。親族介護者のうち半数以上が年金退職者であり、およそ1/5がフルタイム勤労者であった。2002年時点に比較して、状況は、年金生活をしている親族介護者の割合が増加している」

(3) 「親族介護者」の認定

法定でさだめた「親族介護者」とは、高齢者、障害者あるいは疾病者の介護や世話を、自宅で行う親族または被介護者と親しい者で、自治体と「親族介護契約」を結んでいる者である。

「親族介護者」となるための資格は以下の6点を満たすことが必要である。
①被介護者の低下した活動能力、疾病、障害またはその他の相当の理由のために介護またはその他の世話を必要とする場合で、かつ、②被介護者の親族または被介護者に近い人が必要なサービスを受けながら介護や世話を引き受ける用意がある場合で、かつ、③親族介護者の健康や活動能力が親族介護の遂行上の要求に適合する場合で、かつ、④親族介護が、その他の社会・保健医療のサービスと一緒に被介護者のウェルネス、健康、安全の観点から十分である場合で、かつ、⑤被介護者の住居が健康上やその他の状況から見て、そこで与えられる介護に適合する場合で、かつ、⑥支援の認定が被介護者の利益に沿ったものと査定される場合、である。親族介護支援サービスを受ける場合は、自治体に被介護者が申請書を提出し、ソーシャルワーカー等が家庭訪問をし、被介護者および親族介護者の健康や活能力を査定し、認定を行う。

(4) 基本サービス

親族介護支援は「包括的」であり、被介護者に提供されるサービス及び「親族介護者」に支払われる介護報酬や休暇、親族介護者をサポートするサービスが含まれ、それらは介護・サービス計画に規定される。介護報酬は、介護の拘束度や介護度によって決められる。介護報酬は最低額で月額300ユーロ（2007年1月から310.44ユーロ）であり、介護的に重度な遷移期に関しては、もし親族介護者が短期的に仕事を離れなければならない場合には、最低で月額600ユーロ（同じく620.28ユーロ）となっている。「親族介護者」は、24時間拘束される介護を行なう場合には、月々最低3日間の休日（法定休日）を得る権利を有している。休日の取得に対し、自治体は代替介護を保障しなければならない。ショートステイの利用が多い。

(5) サービス受給の実態（「社会サービスとしての親族介護－1994～2006年における親族介護支援とその変化に関する調査」2007. (STAKES) より）

(5-1) 介護報酬

●2005年に支払われた介護報酬の総額は7290万ユーロであり、一人当たりの平均は416.32ユーロ（調査に参加した地方自治体の親族介護支援の介護報酬は一般的には、月額300～599）（表2-1）。

●介護報酬の費用は、2003年から2005年にかけておよそ700万ユーロ、11%

の増加を示している。責任担当官によれば、2006年用の介護報酬用に8490万ユーロが予算として計上してあり、これが実施されるとかなりの増加となる見込みである。2005年から2006年にかけての増加率は16%と想定されているので、実際にはもっと多くの費用がかかると思われる。

● しかし、もし、親族介護が行なわれない場合には、およそ11600名が施設ケアを受けることになっていたとすれば、費用は、自治体のナースィング・ホームでの平均的経費が1ケア人日あたり126ユーロ、およそ5億3300万ユーロに上る。このことから考えれば、親族介護支援の施設介護のコストの代替効果は極めて高いことになる。

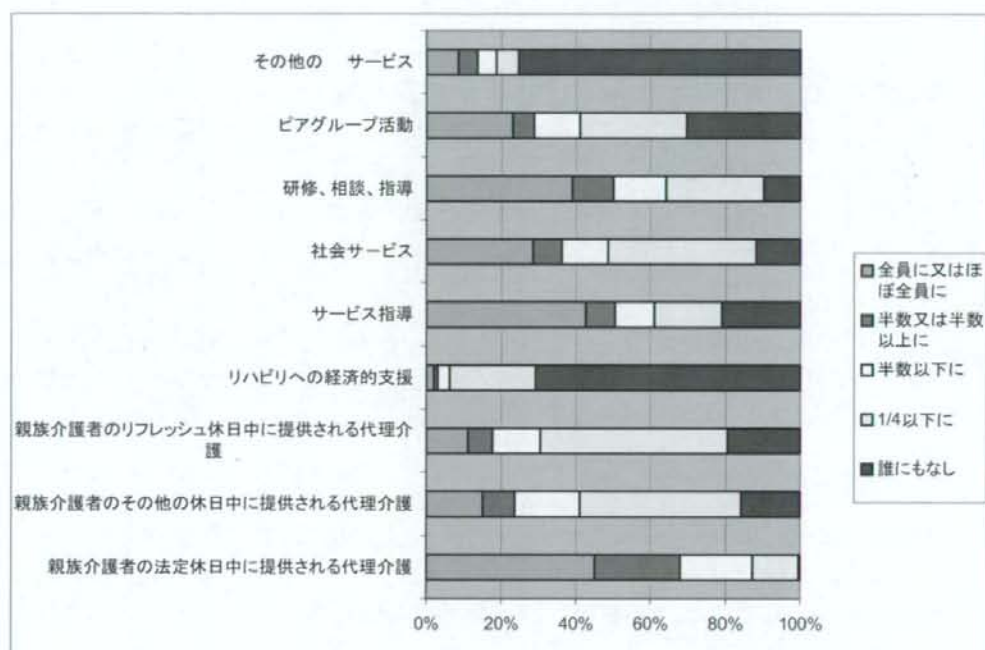
(表3) 地方自治体における親族介護支援の介護報酬(ユーロ、件)

クラス	クラス別の平均値 ユーロ	地方自治体 (数)	親族介護者 (件)
300ユーロ未満	197.13	74	482
300～599ユーロ	381.55	362	18420
600～899ユーロ	651.53	160	2116
900～1299ユーロ	1074.54	30	261
1300ユーロ以上	1361.01	8	83

(5-2) 親族介護支援に含まれるその他のサービスの利用)

地方自治体の親族介護支援の担当責任官に、2006年4月30日時点で、どのようなサービスがどの程度の割合で親族介護者に提供されたかの推定を依頼した。回答者のほぼ半数は、親族介護者全員に法定休日期間中は被介護者に代理介護を準備する形で、法定の休日を確保できると推定している。同様におよそ半数は、親族介護者全員に相談、指導、サービス指導を提供できると推定している。その他の親族介護者を対象としたサービスの提供にかんしてはバラツキが大きく、例えば、リハビリへの参加のための経済的支援は僅かしか提供されていない(図3)。

(図3)



親族介護者の法定休暇期間中の被介護者の代理介護は、大部分がナーシング・ホーム、ヘルスセンター病床部門、特別ケア圏の施設またはリハビリセンターなどでの短期施設入所として提供され(利用者のうち41%へ)、およそ1/5の利用者には、親戚、隣人またはボランティアの助けやあるいはケアつき住宅への短期入所として提供されている。自宅での休暇代理サービス(5%)、家庭保育休暇(4%)、在宅介護(4%)の利用は、あまり一般的ではない代理介護形態であった。

推定によれば、42%(n=6872)が法定休暇を利用していない。休暇の拒否

の最大の理由は、親族介護者が被介護者を他人の介護の手に委ねることを好まないことや、被介護者が親族介護以外の介護を拒否することにある。親族介護者は代理介護を他の親族に依頼する傾向がある。

回答した地方自治体のうち半数以上が親族介護者に対して法定休暇以外の介護休暇(56%、n=197)や1日以下のリフレッシュ休暇を提供している(63%、n=224)。ただし、以前の調査では、代理休暇を取るためのショートステイのベッド数の不足や取りたいときに空いていない、などの不満が述べられていた。

最後に、調査の結果から、今後の改善方向として以下の3点があげられている。

1) 被介護者と親族介護者の人生の質の向上

—リフレッシュメント・サービスやリハビリ・サービスなどの多様なサービスを開発して、親族介護者の身体的、情緒的、社会的活動能力を維持・推進するために、自治体や市民団体や教区などのいろいろの方面との協同体制を計る。

—代理介護に関して、法定休暇の利用が進むように被介護者の自宅で行なえる目的に沿った代替案を計画する。

2) 広汎な活動能力やリソースの査定を親族介護者にも被介護者にも行い、介護・サービス計画に乗っ取った必要な支援が正しくターゲットに届くようにする。

3) 親族介護の開発をサービス構造の緊密な部分として捉え、親族介護支援のカバレッジの拡大を含めて長期的に捉える。

(6) 親族介護協会の活動

「親族介護支援法」を実現した最大のプレッシャーグループは、フィンランド親族介護協会である⁴。協会は、法制定後も以下のような活動を続けている。1つは、介護手当を自治体からではなく、KELAという国民年金基金から拠出するよう要求している。自治体ごとの格差を解消するためである。2つには、親族介護者の認定のための査定基準の改善である。多くの自治体は、要介護者のサービスの査定基準としてのRAVAを親族介護者にも適用しているが、協会

⁴ フィンランド親族介護協会は、当事者団体として1991年に設立された。当初は、「友人作り、情報収集、精神的支えあい」を目的とし、権利意識はなかったが、10年来の活動の中で介護者の権利を主張するようになった。その背景には福祉サービスの構造変化による「施設から在宅に」の傾向の中で強制ではないにせよ「家族がやらざるを得ない状況」が生まれてきたためである。高齢者の増加に伴い、黙っていても家族(主に女性)に押し付けられることを危惧し、権利と公的サポートの強化を政府に訴えてきた。2005年段階で、全国に54支部、6000人の会員を擁している。地域支部は97年に2つからスタートしたがその数は増加を続けている。地域支部のスタッフはボランティアである。また、全国で34のプロジェクトが活動している。EUROCARERSなど国際的な活動にも参加している。

は、RAVAそのものが身体的基準に傾いており、親族介護者の精神的ストレスなどを適切に把握するのには向いていない、として、独自の基準を開発した。それを多くの自治体に使用してもらえよう働きかけると同時に、認定を受けたい人が、協会のHPからアクセスし、各自その基準に記入できるアセスメントツールを開発して公開をしている。それは各自が介護をしている被介護者の状況と介護者自体の状況を組み合わせるような内容となっている。3つめとして、長期の親族介護を終えた人の労働や社会に復帰するためのプロジェクトである。50歳代の女性がおおく、多様な職種への職場復帰を願っているが、介護中に社会関係が狭まっている人も多い。社会関係を広げ、その人の持っているリソースを引き出しエンパワーメントする活動である。

4. 介護サービス従事者の育成策

——ラヒホイタヤ (practical nurse) の資格創出——

フィンランドの社会・保健サービスに従事するケアワーカーは OECD 諸国の中でもフルタイムが多く、教育レベルが高いことで知られている (OECD, 2002)。また、北欧 5 カ国の比較研究においてもこの点がフィンランドの特色として挙げられている (Szebehely, M. (eds), 2005)。

その背景には 90 年代初頭からフィンランドが取り組んできた、長期展望の社会保健医療サービスの構造改革がある。フィンランド政府は 1992 年に、2000 年を目標とした「サービス構造に関する作業部会の報告書」(フィンランド社会・保健省) (作業部会は 1991 年設置) を発表した。先述したように、その骨子は「75 歳以上の高齢者の 90% 以上が在宅で独立して、あるいは社会・保健サービスを利用することによって、あるいは親族や近隣の支援によって生活してゆけること」を明確な目標とし、高齢者介護サービスの施設ケアから在宅ケアへの更なる転換をうちだしたことである。そして、それに対応する在宅ケアサービスの充実や住宅改良などの計画的遂行を掲げたことである。そこでは、マンパワーの問題は以下のように位置づけられている。

「他職種人材資源の持つ能力の利用を新しい形で行うことも改革の骨子である。こうして現在の人材資源によっても、施策やサービス構造を改革することで、質の高いサービスを提供することが出来るものと考え。よく計画され、指導された施策であれば、現在のマンパワー規模によってもなるべく長い期間、例えばこれから 10 年間にわたっても増大するサービス需要に対処できるはずである」

「施設の収容数を 10 年間に段階的に削減し、代替のオープンケアをその減少に応じて行うことにした。試算ではマンパワーの総数については増加も減少も

無いものとし、施設ケアで減少するマンパワーや公務をオープンケアに移すものとした。」

施設ケアから在宅ケアへの政策転換という、大掛かりなサービス構造の変化にも関わらず、マンパワーの総量を変えずに、一人ひとりのケアワーカーの能力向上 (competence) を高めながら構造変化に応じた合理的なマンパワーの配置を行おうというものである。おりしも、90年代初頭は景気後退の最中であり、フィンランド政府のしたたかな計算が読み取れる。

このような改革は、労働、社会保健医療サービス、教育の各部門が一体となって行われなければならない。教育省では、このような背景から職業訓練教育の大幅な改革に踏み出した。ここではその具体例として、特に中等職業訓練教育の改革における「ラヒホイタヤ」(英語では practical nurse) という新しい資格の創出と現状についてみてゆく。

ラヒホイタヤ (practical nurse) 教育は、1993年からスタートした。全国共通の「学習指導要領」のもと、3年間(120単位)の教育は、社会保健医療資格を得るための唯一の教育である。今日ではホームヘルパーや準看、保育士等の単独の養成コースは廃止された。今日では、在宅・施設系の双方の高齢者ケアサービスにおいて、ラヒホイタヤ (practical nurse) は中核的ポジションにあることがわかった。今後、フィンランドのケアワークは、このような専門教育を受けた相対的に質の高いケアワーカーによって担われてゆくことになる。

以下、本節では、「学習指導要領」およびその他の政策文書を参考にラヒホイタヤ教育の内容をみてゆくこととする⁵。

(1) ラヒホイタヤ養成教育の展開

ラヒホイタヤという資格の創出とそのための教育は1993年に全国的にスタートするが、その間、1995年および2001年に「学習指導要領」が改正された。また、養成期間も2年から2年半、1999年には3年となった。それからほぼ10年経過し、次回の「学習指導要領」の改正(2010年)に向けて改訂作業が開始されているが、大きな変化は無いようである。現在の養成カリキュラムが広く認められていることの反映である。この間の経過は、フィンランド社会保健省の「社会分野の技能、労働力および教育の必要性に関する予測プロジェクト—中間報告書」(2005年)詳しい。少し長いが引用しよう。

⁵ ここで用いる「学習指導要領」はフィンランド教育庁発行の2001年度版であり河田舜二氏訳である。次回の改定は2010年であるが、部分的改訂に留まるようである。その他「社会分野の技能、労働力および教育の必要性に関する予測プロジェクト—中間報告書」フィンランド社会保健省(2005年)(河田訳)を参照する。

「新しい広範な分野を統合する社会・保健医療基礎資格の計画は、地方自治体中央連合の発案で、官僚が準備を行なう形で（SOLA作業グループ、SOTEKO作業グループ）1990年代の初期にスタートした。この資格に関する全国共通の学習指導要綱は1993年5月に認可され、ラヒホイタヤ教育は同年秋からスタートした。当初それは並存的な教育としてスタートしたが、1995年からは社会・保健医療基礎資格を得るための唯一の教育となった。同じく1995年には、この資格の全国共通の学習指導要綱が改正され、資格名称として現在使われている『社会・保健医療基礎資格、ラヒホイタヤ』が公認された。資格はあわせて保健医療安全センター（TEO）に資格として登録された。（Vuorenmaa & Räisänen 1997; Rintala & Elovainio 1997; Alppivuori 2002; Rantanen 2004.）ラヒホイタヤ資格は、その教育が1993年にスタートする際に、教育省の決定により、その前身である10の中卒対象の職業資格を統合するものとされた。ラヒホイタヤ資格の前身となるのは、保健医療部門における7つの資格である；perushoitaja（ヘルスホイタヤ（準看護婦））、mielenterveyshoitaja（精神障害看護助手）、hammashoitaja（歯科助手）、lastenhoitaja（保母／保育士）、jalkojenhoitaja（ペディケア士）、kuntohoitaja（リハビリ助手）lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja（救急救命士－救急運転手）。また社会ケア部門でラヒホイタヤ資格の前身となるのは次の3つの資格である；kehitysvammaistenhoitaja（知的障害福祉士）kodinhoitaja（ホームヘルパー）päivähoitaja（日中保育士）。ラヒホイタヤ教育は1999年に再度改正された。ラヒホイタヤ教育は3年間の教育となり、資格には120学習週の修学が必要となった。以前には教育期間が2年半であり、100学習週の修学であった。ラヒホイタヤ教育に関して、またその実務上の対応性に関して、1990年代の後期までに問題点として上がってきていたもののうち中心的な内容は、関連文献によれば、ラヒホイタヤの就職の困難さ、特に保健医療分野への職務への就業の難しさ、実習の不十分さ、実習期間の不十分な実施、および資格内の選択肢としての専門化過程における深みのない学習に向けられていた。特に、実習期間中の指導や指導教官に対して厳しい批判が向けられた。広範な分野を目標としている資格は「表面をなめるだけに過ぎない」と酷評された。こうした問題点に対する解決策として、実習期間の長さや質の向上に特に留意されることとなり、資格の専門化過程が資格内の独立した教育プログラムとして1年間に延長されることとなった。（Vuorenmaa & Räisänen 1997; Rintala & Elovainio 1997; Opetushallitus 2001; Alppivuori 2002.）」（フィンランド社会保健省、2005年）。

このように、とりわけ、医療分野から、“専門性”が低く使い物にならない、と言う批判がでたが、教育省あるいはケアワーカー養成者には、これからのケアワークは「患者一病気を持つ人」のみではなく「援助とケアを必要としている一人の人間」という観点が必要であるとし、他分野間の基礎訓練を行うラヒホイタヤの資格の優位性を主張してきた。

「例えこの資格の問題点が実習の不足と専門職としての深みの不足にあるとされても、この資格の持つ広範な性格を放棄することが意図されることはなかった。それこそがこの資格の特別な強さであり、今後ともそうであると信じられている。資格の中心に位置を占めるのは、社会・保健医療サービス分野にとって共通したものと考えられている、養育、看護、介護における基礎的技術である。これらに加えて、2001年の全国共通の学習指導要綱は特に、人間関係・社会的相互作用能力の向上、多職種性や多文化性あるいは利用者ベースのサービスなどへの対応性を強調している」(フィンランド社会保健省、同)

(2) ラヒホイタヤの教育内容

(2-1) ホイタヤの教育目標

ラヒホイタヤの教育目標について、学習指導要領には次のように書かれている。ここには、フィンランド社会における、ケアの理念、ケアの“専門性”観が述べられている。

「社会・保健医療の仕事とは、人々と共に、人々のために行なわれる仕事である。本資格を取得した者には、良き人間関係・社会的相互作用能力、話し合いの能力、グループ作業能力、プロジェクト作業能力、言語能力や社会・保健医療分野での看護、介護、養育に関するしっかりとした任務遂行能力が要求される。資格取得者には、異なったタイプの人々や異なった年齢の人々のリソースや活動能力を、人々自身をスタート基盤とした形でサポートし、彼らの文化的、価値観的な世界にも配慮をおこなうことができる技能が備わっていなければならない。彼は同時に、実務的な養育、看護、介護技能に加えて、その分野に普遍的な価値観や職業倫理観、寛容性や問題解決能力をも併せもつものでなければならない。」(Opetushallitus フィンランド教育庁 2001、12)