

(2-2) カリキュラム

ラヒホイタヤ資格の学習指導要綱は3つの部分に分かれている(図4-1)

- [1] 全員に共通の一般教養学習(20学習週)(うち16学習週は必修であり、4学習週が選択対象である)
- [2] 全員に共通の職業訓練学習(50学習週)
- [3] 全員に共通ではなく、それぞれに選ばれた専攻過程に沿って選ばれる学習(40学習週)。この職業専攻過程における学習には、図のように、9つの異なったコースがある。

ラヒホイタヤ教育を受ける者は、1年目と2年目で、一般教養科目(20単位・以下同じ)と選択科目(10)、およびラヒホイタヤとして必須の職業的基礎学習(50)の計80単位を修得する。1学習時間=1単位=40時間であるので、2000時間(講義・演習 1320時間、実習 680時間)に及ぶ広範な基礎能力の学習と異なる5箇所での実習(保育園、在宅ケア、施設ケア、病院(救急およびリハビリ部門)など)を通して、高齢者介護や、精神障害者の介護、保育園、病院やヘルスセンターの介護など自分が興味を持つ分野を見つけ、学科・実技のテストにパスした後、3年目で9つの専門課程のどれか一つを選択しより専門的な学習を行う。各専門課程は40単位でありその中に14単位の实習(そのうち2単位が技能披露試験にあてがわれる)を含む。1600時間(講義・演習 1040時間、実習 560時間)である。

専門課程の学科と実技試験にパスした学生は、保健医療に関するリーガルレジストレーションに届け出ると、修了証明書が発行される。ラヒホイタヤの資格は先述したようにあらゆるケアワークの仕事に使える。保育園で働いた後、高齢者のホームヘルパーとして働いたり精神障害者施設でも働くことが可能である。更に、フィンランドでは、資格者全員にEU参加国でも通用する追加証明書を発行している(EUのケアワーカーの技能区分では第3レベルに相当)。まさに国内でも海外でも「つぶし」の利く資格なのである。

卒業要件の実技試験にはかなり力を入れており、全国レベルでの「技能披露試験」で審査を受ける。そのため、1・3年間の「実習」は極めて大事である。1・2年の実習先は各地域のケア施設である。学校から現場に学生1人当たり8・50ユーロを支払って指導してもらう。3年生は逆に現場が学生に支払う。現場には実習の責任者を置くことが規則で決められており、学校側は大体2週間に1回、見回って点検を行う。最終的に実技の成績をつけるのは現場の責任者である。

(図4-1) ラヒホイタヤ (practical nurse) カリキュラム

職業専攻過程 プログラム (各40単位) 1単位=40時間	
オブショナル学習プログラム (それぞれ実習 14単位)	
1. 児童・青少年ケア教育専門課程 2. 顧客サービス・情報管理専門課程 3. 高齢者ケア専門課程 4. 障害者ケア専門課程 5. 口腔・歯科衛生専門課程 6. 精神衛生、依存性中毒ケア専門課程 7. 救急ケア専門課程 8. リハビリケア専門課程 9. 看護・介護専門課程	
↑	↑
職業基礎学習 (50単位)	
3. リハビリ援助 (12単位): 講義と実習 (5単位) 2. 介護と看護 (22単位): 講義と実習 (4+4単位) 1. 成長への指導と援助 (16単位): 講義と実習 (4単位)	
一般教養 (20単位) 数学、化学、フィンランド語、スウェーデン語	
選択科目 (10単位)	

フィンランド教育庁『社会・保健医療分野の基礎資格』2001年発行より

(2-3) 内容

1. 職業基礎学習 (50単位)

全員に共通の職業基礎学習の内容こそがまさにラヒホイタヤ資格取得者の職業的教育と技能を物語っている。以下の3種類の学習を「学習指導要綱」から抜粋する。

1. 成長の支援と指導 (16学習週)
2. 看護と介護 (22学習週)
3. リハビリへの支援 (12学習週)

●成長の支援と指導 (16学習週): 多くの意味でこの職業的能力と教育全体の知的な出発点であるといえる。本学習期間では、第一に学習の仕方と情報の入手方法や包括的な全体像を掴むことに中心点を置く。第二に、職業上の社会的相互作用一般、そして第三に患者や利用者との間の社会的相互作用に中心点が

置かれる。

●看護と介護（22学習週）：本資格の職業的な核となる内容、すなわち、基礎看護、基礎介護の学習に加えて、サービスシステムに関すること（など）の学習が含まれている。本学習期間は8つの異なった内容群に分かれている。それらは、(Opetushallitus 2001, 53-57参照)：社会・保健医療のサービスシステムの機能、看護作業と介護作業、看護作業の機能、介護作業の機能、与薬、消毒、救急および労働安全である。

●リハビリの支援（12学習週）：2つの異なった内容群に分かれている。それらは、(Opetushallitus 2001, 59-61参照)：リハビリの支援と活動能力度の支援である。本学習期間の学習目標には、利用者の自己決定権を尊重して行なわれるリハビリ的効果を持つ作業手法の習得が含まれる。独立作業において計画的に行なわれるリハビリ的効果を持つ作業手法（例えば、在宅介護）では、異なる利用者グループが持つ特別の必要性や、それらのグループのための特別のサービスや支援形態などに関する包括的で多面的な知識が前提条件となる。またラヒホイタヤは、彼女自身が自分の労働能力を支援し、自分の仕事での疲弊を軽減すると言う意味で、リハビリ的効果を持つ観点や作業手法の対象にもなるわけである。

2年間にわたって行われる基礎学習の内容はきわめて広範で、年齢や障害や症状の異なるあらゆるケアを必要とする人々に対応できる人間的能力とスキルや知識を学習する内容となっている。これらの学習には、先述の職業訓練改革における業務委任の政策と関わり、ラヒホイタヤの技能の目標値がかなり広範に設置されていることも反映されている。つまり、投薬、注射、衛生教育、放射線、栄養関係、アルコール関係の勉強等も盛り込まれているが、例えば、1. 看護と介護の分野のける家事サービスの学習では、掃除、洗濯、食事、衛生管理等について学ぶが、次の専門コース、例えば高齢者ケアの専門課程での家事援助に関する内容では、栄養学や糖尿病の人への特別な食事への対応などを学ぶというように体系的学習が行われる。「オムツ交換も看護も」できる“フィンランドの強み”といわれるケアワーカーの基礎学習がここで行われる。

これらの学科と実技の試験にパスすれば学生は次ぎの専門課程に進むことが出来る。

2. 職業専攻過程：専門課程

3年目にはそれぞれの希望に応じて9つの専門課程のいずれかの学習に進む。ここでは「高齢者ケアの専門課程」の内容に絞って見てゆく（笹谷 2005a）。

高齢者ワークの教育プログラムは40単位であるが、そこには少なくとも14単位の現場実習をふくむ。

現場実習の対象個所としては在宅ケア（訪問介護、訪問看護）、ディセンタ
ー、ディホスピタル、ヘルスセンター所属病床部門、ナーシング・ホーム、療
養型病床群、病院の痴呆部門、老人病／精神老人病部門やケア付き住宅群（ケ
ア付き住宅、小グループ・ホームやそれらの活動センター）などが選ばれる。

また、(図3-2)のような科目が含まれる。「学習指導要綱」には、それぞ
れの科目における学習目標とその主な内容が詳細に記されている。

そこには、高齢者に対する特有に必要な身体的ケアや精神的ケアに関する技
術内容のみではなく、当事者の立場にたったケアのあり方を学び、法律や制度
に対する知識、安全性や快適な職場環境整備、職場の一員としての責任、ある
いは他のケアワーカーとの連携やチームワークの一員としての協調性、起業家
精神やマネージメント能力など、学生自身のケアワーカーとしての幅広い人間性
の形成が盛り込まれている。いわゆる教科の指定は無く、どのように教えるか、
教科書を使うか否か、どんな教材を用いるかは、学校と教師の裁量に任されて
いる。

(図 4-2) 高齢者ワークの教育プログラムの学習

高齢者ワークの倫理と社会的地位	4 単位
高齢者への接し方	8 単位
個人重視の高齢者ワーク	26 単位
自由選択課題	2 単位

(3) 介護サービス従事者の継続教育、OJT

すでにケア現場でホームヘルパーとして働いているが、新しい資格やより上
級の資格を得るための継続教育は積極的に行われている。各養成校や労働組合
SUPER でも行っている。方法は、OJT として行う場合、週の4日は働いて1
日のみ学校に来る、という人もいれば、休暇をとって集中して授業を受ける人
もいる。現場経験のあるワーカーは、若い学生と違って3年ではなく2.5年で
資格が得られる。授業料は、職場と学校の契約により本人は無料の場合が多い。
実習は、自分の職場で行うことが多いが、違う職場にも2ヶ月行かなければなら
ない。

また、専業主婦や失業者、ケアに関係の無い職種からラヒホイタヤの資格を
取りたい人々に対する継続教育も積極的に行われ、後述するように、養成校で
は、これらの成人学生の占める割合が増加している。

日常的な研修等については、具体的事例はまだ把握していないが、自治体雇
用が多く、ラヒホイタヤを中心とする上下の序列が少ない現場では、個々人が
それぞれの能力を高めることは職場の質を向上する、という観点に立ちやすく、

積極的に行われている。

(4) 高等職業訓練校へ

ラヒホイタヤの資格終了後、希望者はポリテクニクに進学することもできる。そこで看護師やソシオノミ（ケア付住宅のカウンセラー）の資格を得ることもできる。つまり、ラヒホイタヤの資格はこれで最後ではなく、より高度なケアワークの資格が取れるように構成されている。各養成校から毎年1・2割の学生が進学するそうである。

(5) 専門性の高い教員

フィンランドの社会保健医療分野の教員の資格要件は、看護師やラヒホイタヤとして3年以上の実務経験と大学の修士号取得者である。フィンランドの義務教育の教員も修士号取得者となってきた。就職後も3・4年に1回、プラクティカル・ワークとして1ヶ月ほどの研修期間が与えられる。その期間は代理の教師が雇われる。このように、質の高い教師によってラヒホイタヤの教育がなされている。

5. 介護サービス従事者の現状

北欧諸国の介護サービス従事者はどの国においてもほぼ95%以上が女性であり、その多くが30歳代以上、という共通点がある。男性や若者の参入が少ないのは、ケアワーカーの社会的評価が低く低賃金・不安定労働である、という国際的動向がある。しかし、その中でも、フィンランドの介護サービス従事者は、高い教育・トレーニングを受け、フルタイムが多く、自治体職員の割合が高く、給料が高い、という特徴が挙げられている⁶。

本節では、2種類の資料から、上記のように特徴づけられるフィンランドの介護サービス従事者の現状を見ていく。1つは、STAKES (National Research and Development Center for Welfare and Health) 発行のアンニュアル・レポート *Care and Service for Older Peoples* (2005) であり、もう1つは、介護サービス従事者の最大の労働組合である SUPER のデータである。

とりわけ前者は、1990年から2005年の変化を捉えている。1節で述べたように、フィンランドは90年代初頭の景気後退を背景にしたサービス構造改革の展開において、ケアワーカーの養成教育の変更、新しい資格の創出（ラヒホイタヤ=practical nurse）、施設ケアから在宅ケアへの政策転換による従事者の就労場所の移動などがおこなわれたが、その変化の様相も伺える。

⁶ OECD, 1998, *The Future of Female-Dominated Occupations* (=2002 「女性優位職業の将来—OECD加盟国の現状」) 179-200

Nordic Minister, 2005, *Alderomsorgsforskning i Norden* (Tema Nord 2005:508) の第5章 北欧諸国における高齢者介護職員の労働条件：研究の概要

(1) 介護サービス従事者の推移 (STAKES, Care and Service for Older Peoples, 2005)

フィンランドの介護サービス従事者の全体数は 2005 年度で、社会ケアサービス従事者 98,000 人、ヘルスケアサービス従事者 121,000 人の計 219,000 人 (自治体・自治体連合雇用) である。私的セクターのサービス従事者数は 2004 年度に 71800 人で過去 10 年の間に急増している。

しかし、高齢者のサービスに限定するとデータの把握は難しい。ここでは、ホームヘルプ、訪問看護、シェルター・ハウス、高齢者施設、ヘルスセンターの長期療養で働く従事者に限定する。これらのサービスの利用者が殆ど高齢者だからである。その数は自治体雇用が約 50,000 人、プライベートが約 30,000 人の計 8 万人とみなされる。90 年代初頭から増加はしているが、不況時に増加率を抑制したため、高齢者人口の伸び率に比べわずかな増加率である。

● ホームヘルプと訪問看護従事者 (自治体及び自治体連合職員) の推移を示す。

ホームヘルパーはこの 5 年間 6.5% の減少である一方、訪問看護の増加率が著しい。これは、この間、半数近い自治体がこれらの 2 つの仕事統合しており、訪問看護の分類にカウントされるのが増加したためである。つまり、在宅ケアワーカーとして一括すると 2005 年度は 15234 人で 90 年比 16.4% の増加である。しかし、75 歳以上 1000 人あたりの従事者数は 46.3 から 38.8 に減少しているのは特徴的である。

● シェルター・ハウスと高齢者施設および長期療養病棟のサービス従事者の推移は、パブリックとプライベート別に見ることができる⁷。

在宅ケア以外のこれらのサービス従事者の合計は 49,484 人であるが、そのうちの 36,116 人、つまり 87.3% はパブリックの従事者である。それは、高齢者施設の殆どとヘルスセンターは 80 年代にパブリックの責任で増加したからであり、プライベートのシェルター・ハウスが積極的に作られるのは 2000 年代になってからである。しかし、この間、パブリックの高齢者施設の従事者の減少は大きく、施設から在宅への方針転換を反映している。その反面、プライベートのシェルター・ハウスの増加率が著しい。サービス供給の多様化への移行が着実に行われていることが反映されている。

● ところで、サービス構造の改革は、ケアワークの養成教育を介して、職種や名称の変更をおこなった。

STAKES のデータでは、高齢者のケアを直接行う職種として以下の 9 種類を

⁷ ただし、本節では利用者のサービスを直接行う者に限り、以下の 3 職種は除く。
assistant nurses, hospital ward assistants, other

あげ、1990年から2005年までの15年間の従事者数の変化を表している。フィンランド語の英語訳（統計書はフィンランド語、スウェーデン語、英語の3カ国語で書かれている）であるが適切な和訳が見つからないのでそのままとする。

Ward sisters, nurse, public health nurse, social work instructors and educators, practical nurses, practical mental nurses, social work assistants, home care assistants, assistant nurses, hospital ward assistants, other⁷

在宅ケアのホームヘルプとホームナーシングの動向からフィンランド特有の興味深い事実が浮かび上がる。ホームヘルプサービスの主要な担い手が、home care assistantsから practical nursesにとって代わりつつあることである。とりわけ、95年の新しい practical nurses の資格保有者の卒業を機に、practical nurses は急速に増加している（95-2005、2700倍）。また、social work 関係の割合が減じ、nurse, public health nurse の割合が増加している。このことは、ホームヘルプサービス従事者がトータルとして微減する中で、仕事内容がより医療化していることをしめしている。一方、ホームナーシングでは、主要な担い手が public health nurse から practical nurses へと代わっている。また、ホームヘルプとは逆に social work 関係がまだ絶対数は少ないが増加している（2000-2005、700倍）。これは、先ほどとは逆に、看護の社会サービス化を示している。つまり、多くの自治体では、社会サービスとヘルスサービスの統合を進め、その主要な担い手が、双方のサービスのための基礎教育学んだ practical nurses になってきつつあることを反映している。そして nurse や social work 系のスタッフはリーダー、専門スタッフとしてのあらたな役割を与えられていると考えられる。

シェルター・ハウスでも、過去5年間で入居者のケアは home care assistants から practical nurses に入れ替わっている。高齢者施設（レジデンシャル・ホーム）とヘルスセンターでも同様に、圧倒的に practical nurses が主要な担い手である。統計上、90年も、両施設では主な担い手は practical nurses であるが、それは準看のことを指し、95年からは新しい資格としてのラヒホイタヤ、つまり現在の practical nurse を意味している。

以上のように、現在の高齢者の介護現場では多様な職種の従事者がともに働いているが、95年のラヒホイタヤ（practical nurses）の資格の創設以来、3年間の職業教育を受けたケアワーカーが在宅でも施設系でも主要な担い手になっていることを読み取ることが出来る。

(2) 雇用形態、賃金など（労働組合SUPERの組合員のデータから）

SURPER (The Finnish Union of Practical Nurses) は、中等レベルの職業教育を受けた介護サービス従事者の最大の労働組合である。会員は 2007 年現在で 68000 人であり、自治体雇用のプラクティカルナースの殆どが加盟している。この中にはラヒホイタヤ養成学校の学生や現在失業している組合員も含まれる。96.3%が女性である。平均年齢は学生も含むと 37 歳であるが、除くと 43 歳である。

組合員の保有する資格は、準看 enrolled nurse 21%、ラヒホイタヤ practical nurse (旧) 10%、ラヒホイタヤ practical nurse (新) 66%、その他 1.4% であり、8 割弱がラヒホイタヤの資格を保有しており、今後もそれは拡大すると思われる。ラヒホイタヤの養成内容は次節で述べるが、広範囲な介護領域をカバーするため様々な職場で働いている。主にはヘルスセンター、高齢者用住宅、在宅ケアであり、高齢者介護サービスの担い手であることは STAKES のデータと同様である。彼女たちの雇用者は殆どが自治体、つまりパブリックであり (79%)、プライベートは 20% に過ぎない。しかし、これはプライベートセクターに雇用されているワーカーが組合に組織されていないことを意味するものではない。まだ、フィンランドのケアワーカーの公私の雇用先そのものが大体 7:3 であるからである。それでも、今後は、シェルター・ハウスに見られるようにサービス供給の多様化の中でプライベートの割合は増加するであろう。それがケアワークに及ぼす影響はまだ明確ではない。

組合員の賃金は 2008 年 1 月現在で、最低が 1640€、最高が 2300€ である。フィンランドの現業職 (男性も含む) の平均が 2400€ であることから、女性職としてはそれほど低い水準ではない、と言われている。ただし、金額が雇用形態や労働密度に見合うかどうかの問題を含む。

組合員の雇用形態は大部分が正規雇用であるが、固定した期間契約が 23%、パートタイムが 11% いる。これらの非正規雇用の背景には、1 つは、90 年代初頭の不況期に人件費抑制のため、自治体がフルタイムの正規雇用の採用に慎重であったことがあげられる。2 つめに、ケアワーカーは、病気や腰痛などによる休暇が多く、また、育児休業やサバティカルなどで休暇をとることも多い。そのための代替要員としての期限付き雇用である。とくに問題なのは、このような非正規雇用を繰り返す中で、手当てや休暇保障などの権利を失ってしまうケースである。組合では、このような人々をフルタイムにする運動を行っている。少なくともフルタイムの割合を不況以前に戻すよう自治体に働きかけている。

健康問題と早期退職

ケアワークは他の職種に比べて 65 歳まで働く人は少ない。平均退職年齢は

58歳である。ストレスや、背筋を痛めるなどの健康破壊は深刻である。特にフィンランドはサービス受給年齢者の増大に比してワーカーの増大を抑制してきたので、在宅でも施設系でも労働密度は高まっている。高齢者に向き合ってじっくり話しをする機会が失われたことに対する不満が大きい。これらの状況に対し、組合は仕事の見直しや労働環境を改良するプロジェクト等を立ちあげ、解決方法を探っている。

労働組合

北欧諸国は労働者の組合組織率は極めて高いことが特徴的であるが、フィンランドにおいても4つの中央組織を持つ大規模組合があり⁸、介護サービス従事者の組合（SUPER）もその1つである。同時にその1つであるホワイトカラー労働者の組合（STTK）の傘下にある。現在はEUのユニオンにも参加し国際的イシューについても取り組んでいる。

創立は1948年である。組合員は先述のように、約680,000人で、中等職業教育を受けたケアワーカーの大部分を組織している。現役の労働者のみではなく、職業学校でトレーニング中の学生もメンバーになることができる。

組織構成は包括的で、Development unit, Negotiation unit, Information unit,

Economic unit, Membership unit, Branch unit(208のLocal units)がある。これらを母体に、組合員の権利保障、教育、研究、相談など多様な活動を行っている。

このように、フィンランドでは労組が産別組織であるために、公私に関わらずSUPERに加盟すし、雇用者と団体交渉（多くは地方自治体・政府）によって同等な労働条件を獲得できる。従って、このような組合の存在はフィンランドの介護サービス従事者の安定した雇用条件の確保や生涯教育によるキャリアアップのサポートなど、職業人生においてきわめて重要な役割を果たしている。

6. フィンランドにおける介護サービス従事者の確保策と課題

ラヒホイタヤという広範な領域のケアサービスを行える柔軟な資格を創出したこと自体が、介護サービス従事者確保のための一つの戦略であった。しかし、資格保有者イコール就労者ではない。（表6-1）は2003年度のラヒホイタヤの資格及其の前身の資格保持者（15-74歳）の就労状況を示すものである。これを見る限り、フィンランドでは、資格保持者の8割以上が就労を継続していることがわかる。この時点での資格保持者は全国では11万1750名、国全体の就業者のうちこれらの資格保持者の就労人口は4.2%であった（フィンランド

就業者統計)。

(表6-1) 2003年、ラヒホイタヤ資格かラヒホイタヤ資格の前身の資格の所持者のうち15~74歳の者(年金退職者を含む):労働市場上の地位別

労働市場上の地位	割合
就業	84.8%
失業	6.4%
労働市場外、学生	3.4%
労働市場外、その他	5.4%
N*	22350 (100%)

(*) 分散推定のベースによるデータ(出典:フィンランド就業者統計2005)

この表からわかることは、フィンランドのラヒホイタヤ資格保持者は余剰が無い、ということである。日本のように、看護師やホームヘルパーの資格保有者で働いていない潜在労働力は殆ど無い。従って、今後のラヒホイタヤの需要に応じるためには、「(資格保持者がスムーズに労働市場へ移行できるよう・・筆者)何よりも供給のサポートである」という指摘がある(「社会分野の技能者2015」SOTENNA最終報告書、2006)。この興味深い調査報告書は、この点について具体的に以下のように指摘する。

①教育システムからの労働市場への供給のサポート、しかしそれのみではなく、②学生を以下にこの分野へリクルートするか、③教育期間中の中退その他への対処、④卒業者やこの職業についている者を職に留まるようにすること、⑤ラヒホイタヤの給与水準の成長が平均的給与水準の上昇に遅れないようにすること、⑥生産性の上昇や労働疲弊への対応、である。

更に、ラヒホイタヤの教育を終えた者が、必ずしも高齢者ケアの領域で働くとは限らない。従って、今後、拡大する高齢者のケアサービスの需要に対し、いかにラヒホイタヤを育成・確保するのか、という課題と同時に、いかにその中から高齢者ケアの領域で働く人々を確保するのかが課題となる。

労働市場からの離脱が少ないことから、現段階では不足の問題はまだ深刻には語られていない。しかし、都市部においては、すでに介護サービス従事者の不足が始まっている。特に看護師と臨時の介護職員の不充足は深刻化している。この問題へ対処するためには、正規のラヒホイタヤを3年かけて養成するのを待ってられないという複雑な状況を生み出している。

以下、ラヒホイタヤの育成・確保の新しい動きを見てゆくこととする。

(1) 学生のリクルート

フィンランドには、ラヒホイタヤの訓練校は現在63校あり、その殆どが自治体連合によって運営されている。地域ごとの養成人数は労働市場の需給関係をもとに、基本的に教育庁が定める。

学生数は2005年単年度で、新卒入学者5159人、成人学生1200人の計7359人であった(教育庁)。新卒入学者とは、16歳—20歳くらいの、基礎学校卒業生あるいは高校卒業生であり、「成人学生」とは、大体30歳以上の人々であり、ラヒホイタヤの資格をまだ取っていないケアワーカーや介護とは無関係な職種からケアワークに興味があって入学した人々である。今後の高齢者ケアワーカーの養成・確保にとって、この2種類の学生の存在が重要である。

新卒入学者(通称「若い学生」と呼ばれている)に関する新しいデータでは、これらの学生が入学する一般的な職業訓練コースでは定員の充足率は全国トータルでは86%であった。彼らは、「成人学生」に比べ中退者の割合も高く、高齢者ケアに興味を持たない。「彼らには高齢者ケアは無理」と断言する関係者もいる。経験不足のために仕事がハードに感じるからである。特にヘルスケア領域は医師—看護師等の伝統的階層関係があり、それも若者が好まない理由の一つである。それに比べ、「成人学生」は高齢者ケアに関心があり、とりわけ他の職種から入学する学生は、賃金は前職より下がってもケアの仕事にやりがいを持っている、と言われている。このような「成人学生」の割合が増加しつつある。

一般的に「職業訓練校」は、新卒入学者対象の基礎的な職業訓練コースと、成人対象の成人教育コースを開設している。大都市圏の学校では、それにOJTなどの追加教育を行なうApprenticeship Training Centreを開設しているところもある。

ヘルシンキ近郊のエスポー市の訓練校(OMNIA)の場合、この3つのコースを持つ。特に、ここでは成人教育コースに、移民のための特別コースを設けているのが特徴である。また高齢者や軽度の障害者も受け入れている。これらの学生の教育費は失業者も含めて、エスポー市が買い上げているので学生たちは授業料を払わない。追加教育の学生には給料の負担もしている。

また、若い学生の募集は年2回なのに比べ、成人コースの学生募集はいつでも行なっており、カリキュラムは個人々人を対象としたものが作られる。一人ひとりにチューター(教員)がつき、きめの細かい教育が行なわれる。就職率は100%なので応募者は多い。

このように、学生のリクルートと学業継続に対し、学校はかなりの努力をしている。現在、新卒入学者と成人学生の割合は65%と35%くらいであるが、成人のリクルートに力を入れていることから、将来この割合は変化するかもしれ

れない。また、資格保有者およびケア領域、とりわけ高齢者ケア領域に就労し留まるのは成人コースの学生の方が多い、という予測もある。

以下、それぞれのターゲットを対象とした、産業界や自治体の動きを補足する。

- 若者向け：広報・宣伝活動として、社会分野雇用者・起業者連合会、SUPER（ラヒホイタヤの労働組合）、その他の起業が共同で、中卒者向けのHPを立ち上げた⁸。
ラヒホイタヤは、これからモダンな魅力的なキャリアであることをアピールしている。
- 他分野の職業従事者の確保：特に中高年女性や男性。ケアの仕事はより長く労働市場に留まれる仕事であることをアピールする。
- 失業者：成人コースでいつでも受け入れ。自治体の失業者対策の一環としての受け入れであり、男性も多い。
- 移民：数は増大しているが、必ずしも労働力として活用されていない。移民の社会的包括という対策から、就職率が高い介護サービス従事者の訓練を奨励する。

(2) 人材派遣会社からの短期受け入れ

ここ最近、大都市圏で急速に増加している。土建・建築工事関係が多いが、社会保健サービス領域でも注目されてきている。とくに都市部では看護師と職員の休暇中の臨時職員の採用が困難である。具体的には、エストニアにあるSEURE という派遣会社からの人材派遣が急増しているということである。労働力の質や案定化という点で問題を孕んでいる。また、高額である、という難点もある。

(3) “light supply” 論

この点と絡んで、新しいケアサービスをめぐるイシューとして“light supply”論が浮上ってきていることが注目される。これは、掃除や買い物、外出の付き添い、話し相手等のいわば”軽いサービス“の担い手論である。まだ、フィンランドでは広範な議論とはなっていないが、関係者へのインタビューでは肯定的な意見も少なくはなかった。全く否定する意見はなかった。つまり、フィンランドのラヒホイタヤは資格を取得するのに3年の年月を必要とする。そして彼らの教育内容はかなり高度な、言い換えればメディカルな知識が多くなり、単純な軽いサービスの提供には向いていない、という見方が多い。そうして、

⁸ http://www.arvostan.fi/?page_id=18
<http://www.peda.net/veraja/tori/english>

これらのサービスは先に見たようにアウトソーシングしていったのである。ここに来て、ラヒホイタヤまでの教育を受けなくても、少しの教育（ショート・コース）や訓練でケアのしごとをする人も必要という認識が人々の間にできていることも事実である。EU 内でのプロジェクトもあり、その参加国のイギリスやイタリアなどの状況を考えれば、従来無資格で長期間”軽いケア”を行ってきた人々に対し、短期間の研修その他で資格を付与する、という意図ととれるが、フィンランドの場合、そのようなホームヘルパーの研修を廃止し、より高度な資格を創設し、介護サービス従事者の底上げを図ってきたのに、また、低い資格を作ることによる介護従事者の階層分化をもたらすのではないか、という懸念がもたれる。また、一方の現実には、在宅サービスの供給削減の傾向の中で、ラヒホイタヤのサービスはより重度な要介護者に向けられ、従来行なわれてきた軽いサービス供給を自治体はカットしてきた背景がある。その代替としての事業所によるサービスは、非常に細切れで、高齢者中心志向とはなっていない、という批判もある。STAKES も自治体のこのようなサービス抑制を懸念し、在宅のホームヘルプサービスの拡充を提言している。改めて、本来のラヒホイタヤの資格の柔軟性のあり方が問われている（Sirpa 2008 等）。

7. まとめ

社会保健サービスの供給の公的責任と普遍性原則を理念とするフィンランドにおいても、90年代以降、人口の高齢化や不況に伴う財源抑制の手段として、「施設から在宅へ」の移行及び在宅サービスの供給の多元化が行なわれてきた。具体的には、私的セクターの導入と拡大、そして家族・親族介護者の介護役割への注目である。この傾向は同じ「北欧型福祉モデル」を施行する国々のなかでも早く進んでいる、と言われている。

しかし、其の実態は本報告で明らかにしたように、あくまでもサービス供給の財源やマンパワーの公的責任は貫かれており、市場への丸投げや家族責任の強制は行なわれていない。とりわけ、北欧の国々の中で、いち早く法制化した「家族介護支援」においても、これまで放置され不安定であった家族介護者の社会的役割に評価を与え、そのサービス受給の市民的権利を強化・拡大することが目指されている。しかし、「家族介護者」の認定を受ける人はそれほど多くなく、公的サービスによって仕事と介護を両立している人々が一般的である。そのために労働者に対する介護のための休暇や賃金保障の選択肢も多様であり、介護の必要度に応じて柔軟に休暇が取れる仕組みがある。言い換えれば、家族介護支援法にもとづく介護者への直接サービスも、とりわけ女性労働者が仕事を継続する選択肢の一つとして位置づけられる。また、老老介護の夫婦や年金生活者にとっても選択肢の一つであることは違いない。このような位置付けは

ドイツの家族介護者支援とは異なる性質を持つ。

介護者の確保・育成に関しては、ラヒホイタヤという柔軟性に富んだ、しかし北欧のケアワーカーのなかでは専門性の高い独特の資格を持つ介護者の養成について述べてきた。既述のように、ラヒホイタヤは中卒レベルの介護サービス従事者に与えられる唯一の法的な資格である。これは、それまでの10種類の保健医療と社会サービスの資格を統合して作られた新しい資格であり、95年にスタートして以来、順調に労働市場に供給され、現在は、在宅系と施設系サービスの両者において中核的位置をしめるようになった。初期には、その幅広い統合ゆえに、専門性が不足している、「表面的技能しかない」という批判が医療界から出されたが、その批判に答えるべく教育内容を変革し、現在の3年間(120クレジット)の教育課程となった。今では、医療界からも評判も高まっている。政府が目的としたのは、実はこの「柔軟性」に富んだ介護サービスにおけるマンパワーの養成であり、これこそが、福祉保健サービスの労働市場と労働者双方に求められる合理的な改革であった。特に女性が9割を占める介護サービス従事者がその職業人生をより長く続けられる、という労働者の観点に立った労働政策でもあった。現在、これらの資格所有者の8割が労働市場に留まっていることから、政府の政策意図は旨く機能しており、システム的にはそれほど深刻な人手不足が課題とはなっていない。しかし、団塊の世代の大量退職と高齢世代の増加による介護需要の増加への対応が迫られていることは、日本を含めた先進高齢福祉国家では共通課題である。8割が就業を続けている、ということはラヒホイタヤ資格所有者には余剰が無いことを示す。従って新たな原資をラヒホイタヤ教育にリクルートする必要がある。そのための様々な工夫は既述したとおりである。若者に依存しないで、他分野で就労していた中高年の男女のキャリア転換や上昇のルートとして、失業者や移民の社会的包摂の手段として無料で教育が支給されている。良く考えられたデザインとなっていると考える。他方でここでは十分に触れられなかったが、ラヒホイタヤへの看護業務の委譲、看護師への医師の仕事の委譲など、ケアワークの医療化が進んでいる。認知症の高齢者の増加に伴い専門的な新たな資格も作られている。

上記のことと関連して、新たな議論が浮上している。それは“**light supply**”論である。これは掃除や買い物、外出、散歩、見守り、といった日常的なあまり専門性を必要としない“軽い介護”のためのマンパワーが十分ではない、という認識から注目されつつある。92年の「サービス構造改革」以来、施設から在宅へのサービスの転換をめざし、増大する在宅ケアサービスのサービス構造転換がもたらされた。その一つとして、柔軟な労働力としてのラヒホイタヤの資格の創出もあるが、その他に、私的セクターのサービス生産およびその購入というサービスの供給の多元化も目指され、先の日常的な軽いケアは、

零細個人業主に委託された。これは自治体にとっては安上がりになるが、利用者にとってはケアというより細切れの商品サービスである。ここに、社会サービスとしての“light supply”の有りかたに関心が集まる所以があるのではないかと思われる。これには、EU 諸国の幾つかも関心をもっているが、その問題関心はそれぞれ異なると思われる。日本でも同様に、介護保険の改正で家事支援サービスの抑制が強まっている。日本の場合は私的セクターが未発達のため、その多くは家族の負担増に繋がるリスクがある。

フィンランドでは、ラヒホイタヤの資格創設により、ホームヘルパーと準看の仕事を統合し、ホームヘルプの社会的価値をアップしてきた経過があるが、再び、単純ケア労働をもっぱら行う階層的に低い労働力の創出をおこなうのだろうか、また、この問題に対する、フィンランド的な合理的発想に基づく工夫がなされうるのだろうか、国際的な新たな介護サービスをめぐる問題として注目したい。

参考文献

Kirsi Markkanen, *Social Security in Finland* 2006.1.13

Ministry of Labour, 1997, *Occupational and Career opportunities of women in female dominated occupation (in Finland)*, Helsinki

Ministry of Social Affairs and Health, 2005 *Trends in Social Protection in Finland in 2004*

Simonen L. and Kavalainen, A., 1998, "Paradoxes of Social Care Restructuring: The Finish Case", Lewis, J. ed, *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Ashgate

Taino, L. and Wedre, S., 2008, "Practical Nurses' Work Role and Workplace Ethos in an Era of Austerity", Wedre, S. eds, *Care Work in Crisis*, Studentlitteratur, Lund

Stakes, *Care and Services for Older People* 2005

Stakes, *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care* 2007

Szebehely, M. (eds), 2005, *Aldreomsorgsforskning i Norden: En Kunskapsöversikt* Nordic Council

フィンランド社会保健省、1992、「サービス構造に関する作業部会の報告書」
(要約:河田訳)

フィンランド社会保健省、2005、「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」(河田抄訳)

フィンランド教育省、欧州社会基金、フィンランド社会保健省、フィンランド自治体連合、2006、「社会分野の技能者 2015—社会分野の技能、労働力および教育必要性の予測プロジェクト—、SOTENNA最終報告書」(河田抄訳)

レナート・ヨハンソン、2009、「スウェーデンにおける介護者支援」、笹谷春美他編著『介護予防の現状と課題:北欧と日本の介護予防戦略』光生館
(発刊予定)

労働省、2007、「労働力2025年 報告書」(河田抄訳)

フィンランド法令集、937「親族介護支援法」

フィンランド教育庁、2001、『社会・保健・医療分野の基礎資格』(学習指導要領)

深沢和子、2003、『福祉国家とジェンダー・ポリティックス』東信堂

OECD、1998=2002、「女性優位職業の将来—OECD加盟国の現状」(内海彰子訳)カネカリサーチアソシエイツ

笹谷春美、2005a、「フィンランドにおけるケアワーカー養成教育の改革—新たな専門資格「ラヒホイタヤ」の誕生—」平成14-16年度科学研究費補助金基盤研究(C)報告書(代表 笹谷春美)『ケアワーカーの養成過程におけるジェンダー課題』

笹谷春美、2005b、「高齢者介護における家族の位置—家族介護者視点からの「介護の社会化」分析—」『家族社会学研究』第16巻2号、36-46

笹谷春美,2007,「フィンランドにおける介護者の確保・育成策」厚生労働科学研究補助金(政策科学総合研究事業 主任研究者 松本勝明)『介護者の確保育成に関する国際比較研究 平成19年度報告書』第二章

STAKES,2007,「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:要約」(河田舜二訳)

高橋睦子,1999,「フィンランド福祉国家と女性労働」『大原社会問題研究所雑誌』No.485、16-31

第一章 補論

フィンランドにおける看護・医療的行為の職務分担・許可のルール化 ～スタッフ（ラヒホイタヤPractical Nurse等）の資格教育との関連で¹

森川美絵

1. はじめに～フィンランド社会保健省『安全な薬事ケアガイド 2006』

補論では、フィンランドにおける介護人材（ラヒホイタヤPractical Nurse等）の看護・医療的行為の職務分担のあり方に関して、近年の医療行為の分担に関する国レベルでのルール化にむけた動向、具体的には、フィンランド社会保健省が策定したガイドライン『安全な薬事ケアガイド 2006』の概要について、紹介を行う。

日本では、地域や施設における医療と介護との連携が進む中、介護従事者と医療看護従事者との連携、介護行為と看護・医療的行為との関係、看護・医療的行為への参加の規制のあり方等が、課題として浮上してきている。フィンランドにおいても、ケアの現場に多様な資格を背景とした人材が関わる中、看護・医療的行為の分担に関して、多様な実態があり、そのルール化が課題となってきた。中でも「薬事ケア」のあり方が争点となり、2006年には、薬事ケアの職務分担・参加許可の手続きに関する全国レベルのガイドライン『安全な薬事ケアガイド 2006』（Turvallinen lääkehoito valtakunnallinen opas 2006）が策定された。ガイドラインの骨子・概要は、薬事ケアのみならず介護分野における医療・看護的行為の職務分担・参加許可の基礎的ルール作りという観点からも、非常に参考になると思われる。

以下では、ガイドライン策定の背景（2節）、ガイドラインの趣旨と骨子（3節）、および、資格・教育訓練の内容と対応した薬事ケアへの参加許可ルールの概要（4節）をみていく。また、薬事ケアの枠に入らないその他の看護・医療行為の分担・委譲に関して、ラヒホイタヤによる実施の可否という観点から、現地での簡単なヒアリングの結果を整理する（5節）。

1 本稿は、河田舜二氏（フィンランド在住）に依頼した現地での資料収集とその翻訳、簡単なヒアリング（2008年12月～2009年1月）に基づき、森川が作成した。河田氏および現地で情報を提供してくださった方々に、感謝する。

2. ガイドライン策定の背景

フィンランド社会保健省が『安全な薬事ケアガイド 2006』を策定した背景には、(1) 教育実態のばらつき～教育目標と卒業時技能レベルとのズレ、(2) 病院等における看護師の医療的行為の分担・委譲(許可)の実態の多様性、(3) 社会サービスの要素の強い分野(高齢者分野等)における職務委譲(許可)に関するルールの不在、といったものが考えられる。以下、簡単にみていこう。

背景(1) 教育実態のばらつき～教育目標と卒業時技能レベルとのズレ

フィンランド教育庁のラヒホイタヤに関する全国共通学習指導要領では、薬事ケアに関して以下のような教育目標が記載されている。「社会・保健医療基礎資格(ラヒホイタヤ)は、医師の指示に従って、異なった投与ルート経路を利用して、筋肉や皮下への注射を行ったり、薬盆への配薬や患者への薬剤投与を実行するための準備ができるものでなければならない。ラヒホイタヤはその受ける教育によって、薬事ケアの影響、複合影響、副作用をフォローでき、それらを報告できると共に患者への指導、相談を行なえるものでなくてはならない。加えて、ラヒホイタヤは、患者の状態、症状や薬事ケアの影響をケアの実行時およびその後についてフォローできるものでなければならない。」(フィンランド教育庁 2001)

しかし、教育の実際は、教育の統一基準の不在や指導のリソース(専門技術や姿勢および指導に費やされる時間)のバラつきなどから、ラヒホイタヤ教育を担う職業訓練校ごとに、教育内容に大きな差が生じていた(看護師教育を行なうポリテック等も同様)。こうしたことが、ラヒホイタヤ訓練校の卒業生や実習生の間で、薬事ケアの技能や参加にむけた準備状態に大きな差を生み出し、雇用者の任務として、それぞれのスタッフがどれぐらいの薬事ケアの実行技能を有しているかチェックする必要を生じさせている(フィンランド社会保健省 2006)。

背景(2) 病院等における看護師の医療的行為の分担・委譲(許可)の実態の多様性

薬事・医療的ケアに関する職務分担・委譲(許可)に関するケア現場の実態は、活動単位や職場ごとに大きく異なっている。看護師の薬事ケアや輸血に関する医療行為許可(以

下、許可)について、許可実務(システム化の程度やモデルの内容)には病院圏²や職場単位ごとに大きな差があることが調査からも指摘された(Mattila & Isola 2002)

背景(3) 社会サービスの要素の強い分野(高齢者分野等)における職務委譲(許可)に関するルールの不在

高齢者ケアなど、社会サービスの要素が強く含まれる分野において、職務の委譲(許可)に関するルールが不在なこと、実際には、こうした分野でも医療的行為・薬事ケアを提供する機会が多いことも、職務許可のルール化の背景要因の一つである。

医療施設における薬事ケアの許可決定、職務委譲については、ガイドライン以前は、従来から使われていた医療庁(現在は別の機関 STAKES に吸収されている)の一般通達が一定のルールを提供していた。通達では、病院やヘルスセンターにおいては、医師が配薬行為許可を決定することが規定されていた(『病院やヘルスセンターにおける薬事管理』1929/1987)。医療施設では、看護師が主として薬事ケアを担当するが、その他の保健医療の専門職も、本人に薬事ケアの条件となる教育や準備があれば参加可能とされ、参加にあたっては、原則として、雇用者が必要な追加講習を行ない、職務に必要な技能の有無を確認し、職場別に有効な書類による許可または作業命令を発行するという手続きを経ることとされていた(フィンランド社会保健省 2006)。

これに対し、社会サービス分野における医療的業務の許可決定と職務委譲に関して、社会サービスの法規制では、スタッフの薬事ケアへの参加に係わる条項は存在せず、それに絡む指導や監督や責任の問題に関して不明確であった。その結果、社会サービス分野における薬事・医療的ケアの現状は、必ずしも計画的でなく、患者の安全の観点から見ても合目的に組織化されたものとは言えない状況が生じていた(フィンランド社会保健省 2006)³。

社会サービス分野の従事者は、最も一般的な従事者としてラヒホイタヤがいるものの、ラヒホイタヤに統合される以前の旧資格で業務を行なうもの、その中には医療的な教育訓練を受けていないも多い。従って、異なった教育訓練レベルや薬事・医療的ケア関連技能

2 2008年現在、フィンランドでは20の病院圏ごとに自治体が協同して病院運営を行なっている。

3 社会サービス部門における薬事ケアの実施場所は、高齢者用のナーシングホームや障害者用や児童保護用の施設、あるいは、高齢者用、障害者用、習慣性中毒者用、精神障害者用のケアつき住宅やグループホーム、児童の日中保育やグループ・チャイルドマインダーホームやチャイルドマインダー家庭あるいは児童保護委託家庭、利用者自身の自宅など、広範囲にわたる。