

外国人介護人材による訪問介護サービスの提供についての
課題と対応策に関する調査研究

平成 30 年 3 月

日本ホームヘルパー協会

外国人介護人材による訪問介護サービスの提供についての
課題と対応策に関する調査研究

Research Report on Home Visit Care Services among Immigrant Care Workers

平成 30 年 3 月

日本ホームヘルパー協会

目次

1. はじめに	1
2. 福祉レジームの考え方と外国人・移民労働者：比較を念頭に	4
3. 経済連携協定を通じた介護人材の受け入れ(日本)	9
4. 在留資格「介護」の創設と介護留学生(日本)	14
5. 総論：ドイツにおける高齢者ケアと移民	24
6. ドイツ現地調査	37
7. フランクフルト同行訪問調査	70
8. 研究成果をどう現場に生かすか	83
9. 資料：中央研修会シンポジウム	87

1. はじめに

この2、3年、日本では将来の介護人材確保の見通しが悪化する中、急速に海外からの介護人材に対する関心が高まっている。人材確保の最後の切り札と言わんばかりに、多くの施設や養成施設、監理団体がベトナム、フィリピンなどを訪問し、人材確保に回った。ついこの間まで、厚生労働省は海外人材を労働力の確保の手段として用いてこなかったばかりか、入国管理政策上、労働力の受け入れ手段として明確に位置付けた介護の在留資格はなかった。ところが、日本再興戦略を通じて2016年から2017年度は家事労働者の特区制度化を通じた受け入れが開始され、技能移転の手段としての技能実習が労働力確保の手段として位置づけられ、また福祉学部を卒業しても介護分野で働けなかった介護福祉士も在留資格介護が創設されたことから長期的な滞在が可能となり、技能実習に至っては20年余りにわたる方針を転換し、労働力不足の手段として受け入れを認めることとなった。

居住者を除き、海外からの介護人材の受け入れは、2008年の経済連携協定（EPA）によるものがはじめてであった。同協定による介護人材の受け入れは日本の資格取得が目的であり、労働力不足を補うためではないという、曖昧なものだった。EPAによる受け入れから10年が経ち、看護を含めおよそ約4000名の入国が果たされたが、当初は介護保険の人員に換算することさえ認められてこなかった。その後、その責任や就労範囲は拡大し、2012年には、夜勤の人員配置基準が緩和され、2016年度には、当初想定してこなかった訪問系サービスについても認められた。こうして、就労範囲は拡大し、海外人材リクルートのチャネルは多様化した。多様化する分、全体の制度は複雑化していった。

訪問介護は施設介護とは異なった特徴を有する。また海外人材は、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどにおいても雇用される可能性がある。したがって、訪問介護において、課題を洗い出し、介護の質を下げない専門性の担保をどのように行うのかは重要な課題であると考えられる。さらに、留学や技能実習制度など多様なチャネルによって、今後、訪問介護が実質的に解禁される懸念もある。特に技能実習制度においては、EPAとは異なり、十分な研修を積んでいない者が介護に従事する懸念が存在する。そこで海外の人材の導入により、介護の質が低下しないよう、解禁の初期段階で、課題の洗い出しや対応策について知見をまとめていく必要があると考える。本研究の狙いはそこにある。

また、訪問介護は1対1での高度なコミュニケーションが必要とされるとともに、要介護者の生活歴を踏まえた生活支援が行われる必要もある。そのため、施設内の介護とは異なる様々な課題が生じることが予想される。外国人介護人材の訪問介護サービス提供について予想される問題点に、言語、家族との関係、生活援助のあり方、研修制度の整備、運転、認知症への対応、利用者の体調などの観察、外国人に対する偏見や差別、その他文化や言語の違いにより生じる課題などが考えられる。そこでこういった点が諸外国においてどのように認識されているのか、克服すべき課題なのか、どのように克服しているのかについて検討

する。ドイツにおいては訪問介護員に同行訪問を実施しているので、同行訪問の知見を報告する。

また、ドイツは移民の受け入れ国である。年間の受け入れ人数は年によって変化するが数万人存在しており、様々なレベルの職業訓練を受けたのち、介護職に従事する者も多い。そして、言葉に問題のない2世ともなれば、介護の専門家として従事する者も一般的にみられる。こうした状況はこれから日本が経験するものでもあると考えられ、施設、訪問介護においてどのような就労をしているのか、また養成施設においてどのような教育が行われているのかについて事例研究として報告する。

他方、日本においては外国人介護人材の介護従事に関し、問題点だけではなく、雇用の長所も報告されている。例えば国際厚生事業団のアンケート調査によると、施設職員、施設事業者、利用者、家族のいずれからもEPAの介護職員の質の高さが一定程度評価されている。つまり、海外人材をリスクとして認識するのは間違いであり、本調査研究においては、質の高さを実現できる人材育成策は、どのようなものかについても検討を行うこととしている。本報告の事例は日本と同じく介護保険制度を有するドイツであるが、スウェーデンについてもドイツ調査の参考として実態調査を行った。

実施体制については、研究会メンバーによる委員会を組織し、適宜ミーティングを実施した。メンバーは青木文江（日本ホームヘルパー協会会長）、因利恵（日本ホームヘルパー協会名誉会長）、大崎千秋（名古屋柳城短期大学准教授）、安里和晃（京都大学文学研究科准教授）、本田清隆（一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会常務理事）で構成し、また日本国内における留学生など調査については各自実施し、海外調査については委員会メンバー4人が参加する形で実施した。なお、通訳は吉田恵子氏（東京医科歯科大学非常勤講師・通訳）に依頼した。

委員会は2017年7月28日（土）、2017年10月22日（日）、2018年3月11日（日）に実施し、また研究成果の一部については日本介護福祉学会関東ブロック研修会（2017年11月26日）、日本ホームヘルパー協会中央研修会（2018年3月11日）で報告を行った。

なお、代表は京都大学大学院文学研究科の安里和晃が務め、調査のコーディネートにあたった。また、報告書の一部は、別の研究論文、学会報告などで成果発信を実施する予定のものでもある。

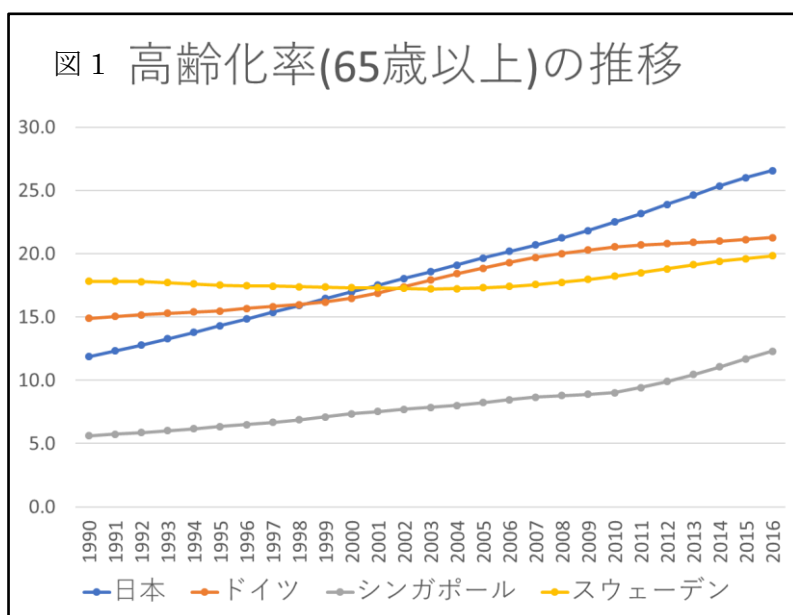
本調査研究は一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会の委託で行った。心より感謝を申し上げたい。

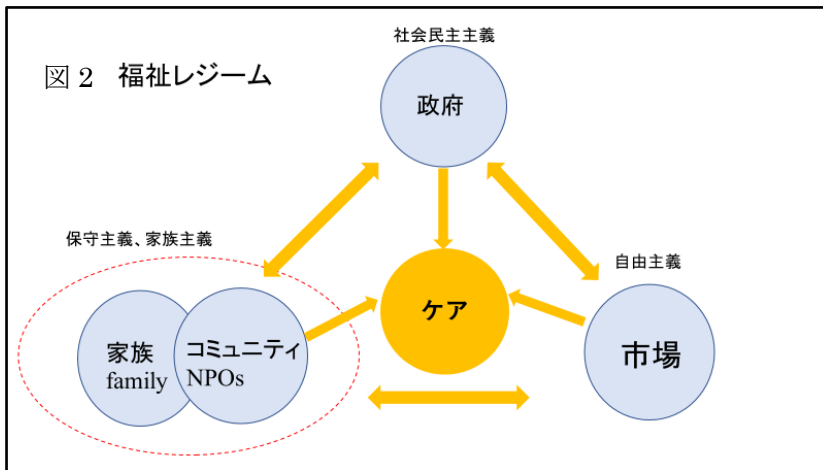
2. 福祉レジームの考え方と外国人・移民労働者：比較を念頭に

人口予測は比較的中的といわれる。その正確性ゆえ、近年、人口構成が若いアジアの途上国も含め、高齢化を社会政策上の課題として共通して認識するようになった。むしろ高齢化は欧米諸国よりも、アジア諸国の方が深刻かもしれない。高齢化は少子化と大きく関連する。日本を含め、アジア諸国は欧米と比べると急激な経済成長を遂げたため、少子化が進んだからだ。つまり経済成長のプロセスにおいて高学歴化、就労の長期化、晩婚化、晩産化といったライフスタイルが大きく変化し、急速に少子化が生じた。また、平均寿命が伸び、高齢者の割合が高まった。これが高齢化のプロセスである。

日本の65歳以上の比率である高齢化率は、1990年から2010年の20年間で11.9%から22.5%まで上昇した(図1)。ドイツは14.9%から20.5%だ。日本の現在は26.6%だが、ピークは2050年ごろ、38%程度(ドイツ30%)になるとみられる。ただし、シンガポールなどの東アジア諸国の高齢化の速度は日本のそれよりも速くなると見られている。アジアの国々の高齢化率はまだ低いものの、日本よりも急激な経済成長を遂げ、生活様式の変化も早いため、日本以上に人口構成の変化のスピードも速いのだ。ただ、ドイツにせよ、シンガポールにせよ移民の受け入れが人口予測にも反映されている。人口政策の中に移民が勘案されている点は、日本から見ると特徴的である。

人口構成の変化によって2つの圧力が生じるであろう。1つは少ない人口で社会を支えるべく「労働圧力」であり、もう1つがより多くの人々にケアが求められるという「ケア圧力」である。当然ケアをどのように供給するかは社会政策上の論点となる。





将来の高齢者ケアの供給体制を展望する際に参考となる概念が、「レジーム」である（図2）。ケアの体制を国家の役割としてとらえると、それは社会保障の一環となるが、その範囲は治療や介護サービスの提供ならず、健康増進、予防、リハビリなど多岐に及ぶ（ホリオカから2010）。したがって、こうしたすべてを国家の役割だけで論じるのには限界がある。そこで、レジーム論では国家だけではなく、市場や家族、時にはコミュニティの組み合わせでケアの供給体制を考える。最近ではコミュニティを加えた4者の組み合わせで体制を考えることも多い。福祉国家論は国家の果たす役割に焦点を当ててきたが、レジーム論では国家の役割を絶対視せず、より多くのプレイヤーが登場してくるのだ。家族、コミュニティ、あるいは市場の役割を合わせてケアの供給を考える福祉レジームは俯瞰的である。

福祉レジーム論

もともと、この概念を提示したエスピン・アンデルセンによれば、福祉国家は以下の3つに分けられるという。1つはスウェーデンのような国家の役割の大きい社会民主型の福祉レジームである。ひとことでいえば、社会民主主義福祉レジームの特徴は平等の追求である。そこでは再分配を通じた平等が追及されるため、高福祉・高負担である。教育、育児、医療、所得などのリスクは社会化されているため、特定の人々に対する負担を嫌い、市民に対して普遍的なサービスの供給が志向される。現役世代に対しても育児サービスが充実しているため、社会参加型である。女性の労働力率が高く、賃金のジェンダー平等も比較的達成されている。サービスが手厚いからとはいえ、市場原理を批判しているわけでもない。むしろ逆に、福祉を支える市場における競争原理を重要視し、産業のスクラップアンドビルドを肯定することで、高付加価値を実現する産業構造を重視する。だから、労働者の解雇は比較的容易であるとも言われる。ただ、労働組合の組織率の高さを勘案すると、解雇が容易であるというよりも、失業に対する給付や職業訓練制度を通じて、より付加価値の高い産業へと移動する経路が備わっていると言った方がいいかもしれない（下井 2011）。つまり、競争力のない産業の淘汰を容認し、政府は潜在競争力のある産業に支援をする。強い経済の維持は福祉国家を支える基盤なのだ。スウェーデンでは人道的な観点から多くの難民を受け入れてき

た。こうした人びとに対しても、機会の平等の観点から、言語・職業訓練などを経て労働市場に参画することになる。

保守主義レジーム

ドイツやフランス、オーストリアなど大陸ヨーロッパは保守主義レジームに分類される。一般的に保守主義レジームの特徴は家族、企業などの伝統的組織に福祉サービスの供給を担わせるため、国家の役割は限定的で補完的とする。家族による福祉サービスの供給を前提とするので、代替するサービスを脱商品化して提供するのではなく、現金給付が多い。こうした国々は移民も多いことから（例えばドイツは20%）、移民や外国人家事労働者に対して家事労働、介護、育児の外部化が進展している。伝統的な性別分業体制は比較的残っているとされ、ジェンダー平等度が低いとされる（Korpi 2000）。例えば、ドイツの介護保険制度は日本と似て非なる制度である。というのも、ドイツのそれは家族介護を基調とした部分保険であることや、家族介護給付が広く展開しており、給付をもとに移民の雇用が一般的となっている。また、職業訓練制度が発達しており、移民の受け入れ、職業訓練、労働市場への参入を後押ししており、社会統合政策として展開している。

自由主義レジーム

アメリカやイギリスは自由主義レジームと呼ばれている。市場メカニズムを基盤に置いた分配を基調とするため、福祉サービスはミーンズテストを前提とした残余的なものであり、サービスは普遍化されていない。これはこうした国々が低い税率と小さな政府を志向するため、高齢者ケアも市場による商品化が進展する。移民の家事労働者も多い。解雇規制を含めた労働市場への規制も緩いため、柔軟な労働市場を形成する。労働市場参入の障壁は小さいため、伝統的な男性稼ぎ手モデルではなく、共働き志向だが、ジェンダー平等が必ずしも志向されているわけではない。

家族主義レジーム

さて、アジアの国々は、研究から取り残されてきたが、その後の研究により、家族福祉をあてにしてきたという点において「家族主義的福祉レジーム」といえる。イタリアやスペインといった南欧諸国とも共通点が多いといわれる。家族主義レジームも家族内部での福祉生産に重きを置く一方で、市場メカニズムによる分配を優先し、国家による社会保障制度の整備は教育を除き限定的で、福祉は残余的である。シンガポールなどを例にとると経済政策が中心で、「福祉国家」を拒否する。成長が所得の増大をもたらす「福祉」であるといった考え方を有し、国家の役割は小さいという非介入型であり、法人税率も低いので企業としては国際競争力を維持するうえで魅力的である。雇用促進は経済的保障の根幹であり、シンガポールでは高学歴化した女性の就労促進が重要な課題である。他方、小さな政府志向なので、一定程度の格差の容認がみられ、家族による福祉を強調しており、自由主義的でありながら

家族主義的であると指摘できる。

家族主義であり、女子の就労促進という矛盾した制度を合わせ持つが、家事・育児・介護といった再生産労働には、10 万人単位の外国人家事労働者などが存在する。台湾、香港も同様である。ところが、外国人労働者は厳しい管理のもとに置かれており、選択的な移民政策をとっている。香港には 35 万人を超える外国人家事労働者が存在し、全世帯の 11% が雇用していると指摘されている。主に育児のためで、2016 年、子どもを抱える世帯の 30% が家事労働者を雇用している。また有子有業女性の 44% が雇用している。さらに家事労働者を雇用する 67% の世帯が一切の家事労働に従事しないと答えており、家事労働の外部化が進行していることがわかる(2013 年)。2000 年には高齢者を含む障害者を抱える世帯の 23% が家事労働者を雇用している。

22 万人の家事労働者を有するシンガポールにおいては、家事労働者の雇用効果について、家族介護者と要介護者の間の緩衝材(バッファー)となることができるため、家族介護者の負担を大きく減じるとされる(Østbye et al. 2013, 617)。同じく 22 万人の家事労働者を有する台湾においては、家事労働者の雇用効果について、91% の世帯が介護者の確保を可能とした、介護のストレスを減じた(65%)、就労を可能とした(55%)、家事労働の圧力を減じた(44%)とされる(the Ministry of Labour 2016)。

近年の傾向として台湾やシンガポールではコミュニティの強化と家族・コミュニティのフォーマル部門への統合に力を入れている。

日本はどの福祉レジームか

さて日本はどうであろうか。日本は保守主義、あるいは保守主義と自由主義レジームの間と評されることが多い。青木らによれば「再分配に政策目標のウェイトを置かないという点で自由主義レジームの要素をもち、同時に、再分配政策が補完的・限定的であり、育児・介護などの福祉を家族に依存しているという点で保守主義」(青木ほか 2010, 83)とされ、厚生労働省も同様の見解を持っている(厚生労働省 2012)。福祉供給の家族依存は性役割分業規範を基盤とし、労働市場における女性の参加が遅れていることを示唆する。例えば、配偶者控除・特別控除は典型的な制度例で、機会の平等を削ぐものとなっている。よって特定の人々の負担が大きい。こうした男性稼ぎ手モデルは、うまくいっている時代には問題ないようには見えたが、社会状況は変化した。非正規雇用の増大と格差というリスクは放置され、男女の格差は大きく、モデルの限界が露呈している。また、介護保険や年金など高齢者に対する相対的に手厚いサービスがある一方、現役世代に対する育児、教育、所得分配は非介入型であり、現役世代が福祉を実感しにくい仕組みとなっている。総じて、再分配における世代間、ジェンダー、雇用形態別のリスク・シェアが不完全で不公平である。

ある程度の人口規模があるため、労働市場からの要請も限定的である。そのため、移民の受け入れに慎重である。したがって労働市場における国民化志向が強いため、外国人労働者の多くは労働者以外の配偶者や定住者など身分によるものである。移民や外国人労働者を

含めた多様性に対する認識や法整備は遅れている。

このようにみると福祉に対する眼差しは、レジームによって大きく異なることが分かる。それぞれの国によって、社会的、政治的、文化的文脈が異なるため、多様になっていくのであろう。ところが、いずれのレジームにおいても、日本を除いてすでに移民や外国人労働者が一定程度社会の中に組み込まれている点では共通しており興味深い点である。

参考文献

- 青木周平、下井直毅、中込公也 (2010) 「諸外国におけるリスクへの政策対応」財団法人総合研究開発機構編『「市場か、福祉か」を問い直す—日本経済の展望は「リスクの社会化」で開く—』財団法人総合研究開発機構。
- 厚生労働省, 2012『厚生労働白書平成 24 年版』厚生労働省
- 下井直毅, 2011, 「政策レジームの経済学：リスクを分かち合う社会へ(vol.3)社会民主主義レジームのメカニズム」『経済セミナー』Vol. 658, pp.96~103.
- チャールズ・ユウジ・ホリオカ、神田 玲子, 2010, 「「市場か、福祉か」を問い直す：日本経済の展望は「リスクの社会化」で開く」財団法人総合研究開発機構編『「市場か、福祉か」を問い直す—日本経済の展望は「リスクの社会化」で開く—』財団法人総合研究開発機構, 3-26.
- Esping-Andersen, Gosta, 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press.
- Goodman, R., & Peng, I. (1996) 'The East Asian welfare states: Peripatetic learning, adaptive change, and nation-building', *Welfare states in transition: National adaptations in global economies*, 192-224.
- Korpi, W. (2000) 'Faces of inequality: Gender, class and patterns of inequalities in different types of welfare states', *Social Politics*, 7: 127-191
- Østbye, Truls, Rahul Malhotra, Chetna Malhotra, Chandima Arambepola, Angelique Chan (2013) "Does Support From Foreign Domestic Workers Decrease the Negative Impact of Informal Caregiving? Results From Singapore Survey on Informal Caregiving, in *The Journals of Gerontology: Series B*, Volume 68, Issue 4, pp 609-621.

3. 経済連携協定（EPA）を通じた介護人材の受け入れ(日本)

この2、3年、急速に海外からの介護人材に対する関心が高まってきた。従来の海外人材に対する慎重な姿勢から一転し、技能実習制度を通じた海外人材の確保をめぐり、多くの施設や養成施設、監理団体がベトナム、フィリピンなどを訪問し、人材確保に回った。これまで、厚生労働省は海外人材を労働力の確保の手段として用いてこなかったし、入国管理政策上、労働力の受け入れ手段として明確に位置付けた介護の在留資格はなかった。ところが、2016年から2017年度は技能移転の手段としての技能実習が労働力確保の手段として位置づけられ、また福祉学部を卒業しても介護分野で働けなかった介護福祉士も在留資格介護が創設されたことにより、滞在ができるようになった。技能実習に至っては人材確保の手段として位置付けたことから、20年余りにわたる技能移転の方針の大きな転換であるといえる。日本再興戦略を通じて家事労働者の特区制度化を通じた受け入れ、技能実習の拡大、さらには留学生を念頭に置いた在留資格介護の設置というように、介護人材の受け入れに当たって政策上大きな転換を迎えている。

転換期にあたり、経済連携協定（EPA）が10年を迎えるのを機に、EPAを総括してみたい。技能実習介護、在留資格介護を考えるうえでも、意味のあることであろう。

EPAによる海外人材の受け入れは白船の来航ともいわれた。当時は厚生労働省、日本介護福祉士会、介護福祉士養成施設協会、日本ホームヘルパー協会、連合などすべてが受け入れに反対をしていた。賛成していたのは直接的な関係を持たない経済産業省、外務省、経団連であった。これは自由貿易化の足かせとなる農業をかわすために労働力を受け入れるという合理性を経済産業省、外務省、経団連が認識していたからである。同省がEPAの日本語研修の予算を請け負っているのはその名残りだ。当時反対が根強く、受け入れに当たっては厚生労働省が受け入れのお願いを施設にしていたくらいだ。

なぜ業界団体から反対が強かったのか。以下が考えられる。第1は、資質に関してである。日本語能力の不足や文化の違いがあれば、当然質の高いケアはできないというものである。日本介護福祉士会、日本看護協会、厚生労働省、上野千鶴子（2005）などがこうした指摘をしている。

ただし、受け入れを通じてそれほど単純でないことがわかっており、逆の論考も存在する。筆者は、台湾の事例をもとに、スキルや離職率、指示指揮命令系統の遵守などの点において、外国人介護労働者に対する評価は、国内労働者に比べて低いとは言えないことを明らかにした（安里2007）。もう1つは、介護福祉士のほとんど、90%以上が送り出し国の看護師である点である。送り出し国の看護の資格については日本との違いや、国家試験制度の整備されていないベトナムやインドネシアもあり、レベルの違いも指摘されるが、有資格者である点が、ケアの質が低いとは言えない根拠ともされている。また、平野裕子らの調査でも、受け入れ施設は国際貢献という観点から外国人介護労働者を評価していることが分かっている。

る。さらに国際厚生事業団（2014, 2016）は、職員、利用者、家族による EPA 候補者に対する評価は高いと例年指摘している。つまり、言語・文化はケアの質を構成する部分であるがそれだけで決まるものではない。それでなければ、介護福祉士の試験は言語と文化でよいことになってしまう。

第 2 の点は、EPA における受け入れコストが高いというものである。受け入れに際して、施設側は 60 万円程度を負担しなければならないが、日本語教育費用などの公費負担も大きい。財務省も追加的受け入れに慎重である。こうした負担は、「社会コストがかかる」という認識の根拠となっている。このように論争が繰り返される中、EPA では質の向上のため、渡航前後の教育に力を入れてきた。ところが、受け入れ人数やコスト面からほかのチャネルへの圧力を強め、技能実習制度や、留学と就労という多極化へと進んだのである。移動のチャネルが 1 つであれば、そこにリクルート・教育・労働の資源を集中させることでコストの低減を図れるが、制度とコストは規模の経済が働くため、少人数の受け入れではコストが高くつく。

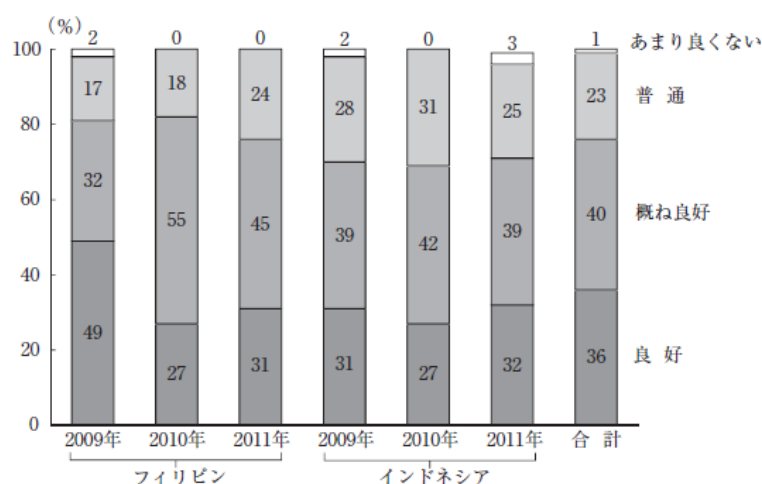
こうした EPA 候補者の研修には税金が投入されている。2006 年度から 2011 年度までの訪日前後の研修や学習支援などの事業執行費用の総額は、43.6 億円に達する。これは、候補者一人当たり約 250 万円に相当する。財務省は予算の執行に慎重だが、合格者数や合格率は二国間協定の成否を示すバロメーターとなっている。こうした教育費用を「社会コスト」とみなす論もある。とはいえ、介護福祉士候補者の約 8 割は出身国の看護師である。看護師育成の教育費用は日本で 1,000 万円ともいわれるが、これは送り出し国負担であり、日本は費用を外部化している。また、候補者 1 人が納付する社会保険料や直接税の合計は、年間 50 万円程度にのぼる。年金の還付も 3 年分までである。社会コスト論は社会への貢献を無視している。EPA の重要な帰結の 1 つは、海外人材のメリットを、コストが安く済むといった便宜的な見方ではなく、人材育成にかかる投資を惜しまないことで成長するという点である。なお、EPA においては斡旋料負担が 60 万円ほどあるが、これは日本人をリクルートする際に民間紹介業者に支払う斡旋料に等しいものであり、特段高いというものではない。

第 3 は外国人を導入すると労働供給量が増えるため、賃金レベルが低下するというものである。一般的に労働供給の増大が賃金水準を下げることについては、論理的に間違っていない。しかし、人口減少社会にこの原理が当てはまるのかは、いくらでも検討の余地がある。2025 年までに 37 万人の介護人材不足が予測されている中で、数千～数万人の外国人の導入が賃金水準に悪影響を及ぼすとは考えにくい。しかも介護保険制度は市場賃金ではなく制度賃金だ。特に人口減少社会においては、量の心配よりも質を担保する仕組みと運用について検討することの方が重要だ。これからの介護では、認知症やがん、麻痺、そのほか慢性疾患などを複数抱える人も増え、より高度なケアが求められる。人材の不足が介護の質を明らかに低下させている。高齢者の自立した生活というのはなにぶん時間がかかる。大好きなおかずを視覚やにおいで認識し、お箸を手にとってゆっくりと口に運び、おかずを味わうま

で、錠剤を1粒ずつ手に取って薬を飲むまで、機能維持を兼ねながら自立した生活を営もうと思えば、若い人から見ればなんとゆっくりした時の流れだろうか。しかし、それは介護を必要とする人にとっては自立の証であり、それを支えるのが介護者である。人員がないからと言って何を食べているのか分からないまま口に運んだりするのは単なる業務でしかない。仮に介護ロボットやAIが介護負担を大きく軽減し、介護人員が余剰になるのであれば、その時点で受け入れをやめればよい。入国管理はあくまで受け入れ国の裁量である。

EPA を通じての発見

第1は質である。四面楚歌で始まっただけに、JICWELS や受け入れ機関は果たして外国人に日本の介護になじめるのかは、最大の関心事であった。先述の通り、一定の評価を受け、求人も増大し、逆に大手がかっさらっていくので、中小は1名も取れないという状況になっている。JICWELS の角田氏によれば、海外人材の介護が受け入れられたことは大きな安堵であったようだ(図1)。



(注) いずれの年度においても「悪い」との回答は0件であった。

図1 介護福祉士候補者の受け入れに関する利用者・家族の反応

出所：安里和晃(2016)「経済連携協定を通じた海外人材の受け入れの可能性」『日本政策金融公庫論集』第30号、p46。

第2は日本語の「発見」であろう。介護看護のための日本語はEPAが始まった当初まだなかった。徐々に専門日本語の教材が整備され、教授法が確立した。介護福祉士の合格率が上昇傾向にあるのも、日本語能力の向上にあるとする¹。また、ベトナム人候補者の合格率が高いのも、N3を取得してから来日することと関連するであろう。また、試験問題についても、わかりやすい日本語への見直しが徹底されたことも指摘される。これは貿易協定上の

¹ 国際厚生事業団(JICWELS)角田氏に対する聞き取り調査から(平成29年10月)。

勘案から合格率を一定程度維持しなければならない政治的な配慮もあったとされるが、他方で日本語の見直しは、日本人介護従事者や利用者にとっても好ましいという指摘もある。

表1 経済連携協定における看護師・介護福祉士国家資格取得者の状況

(単位：人、%)

		入国者数	就労中の人数		合格者	合格者割合	合格者のうち現在も就労しているものの割合	入国者に占める就労者の割合
				うち合格者				
インドネシア	看護	547	148	52	98	17.9	53.1	27.1
	介護	966	460	137	214	22.2	64.0	47.6
	合計	1,513	608	189	312	20.6	60.6	40.2
フィリピン	看護	412	150	49	55	13.3	89.1	36.4
	介護(就労)	848	381	86	106	12.5	81.1	44.9
	介護(就学)	37	26	26	32	86.5	81.3	70.3
	合計	1,297	557	161	193	14.9	83.4	42.9
ベトナム	看護	35	35	1	1	2.9	100.0	100.0
	介護	255	254	0	0	0.0	-	99.6
	合計	290	289	1	1	0.3	100.0	99.7
看護合計		994	333	102	154	15.5	66.2	33.5
介護合計(就学含む)		2,106	1,121	249	352	16.7	70.7	53.2
合計(就学含む)		3,100	1,454	351	506	16.3	69.4	46.9

資料：厚生労働省調べ

(注) 2015年10月現在。未公開資料

出所：安里和晃(2016)「経済連携協定を通じた海外人材の受け入れの可能性」『日本政策金融公庫論集』第30号、P43。

2015年10月までの期間、EPAを通じて3,000人余りが入国した中で、国家試験合格を果たした者は500人余りとどまっているが(表1)、その中で看護は154人、介護352人となっている。看護については合格率が10%台とかなり低くなっている。介護福祉士候補者については、3年の就労経験がなければ受験資格が与えられないため、受験資格のない就労者も多数おり、合格者が少ないのは受験資格をまだ持たない就労者が多数含まれている点に留意すべきである。介護福祉士のコースには、3年間の就労後、国家試験の受験資格を得て受験する場合と、専門学校を卒業して資格を取得する養成校コース(就学コース)の2通りがある。フィリピンには2通り、インドネシアとベトナムには前者のコースのみが用意されている。ところが、準介護福祉士の資格創設をめぐりフィリピン政府は協定にない運用として猛反発し、フィリピンとの就学コースは中断している。これまで養成校コースにおいて、中断までの最初の2年間で37人が入国を果たしている。この就学コースの資格取得率は高く、86.5%にのぼる。国家試験が免除されており、日本語学習や養成校の授業についていけば資格取得の可能性は高いのである。介護福祉士の資格取得者のうち、現在も就労を継続している者の割合を出身国別にみると、インドネシアが64%、フィリピンが81%(介護福祉士就労コース81%、就学コース81%)となっており、フィリピン人の定着率が高いことがわかる。これにはいくつかの理由が考えられる。フィリピン人のより強い経済目的が定着を促進している、あるいはインドネシア人介護福祉士は出身国の中産階級出身者が多く、就労継続のモチベーションはそれほど高くないといったことが考えられる。

アジアの経済成長に従って、来日を希望する介護福祉士候補者にも変化がみられる。筆者が行った聞き取り調査の1つを例示する。EPAも経済目的、あるいは日本の先端技術を学ぶという来日目的から大きく変化しているようだ。筆者がインドネシアの介護福祉士(候補者)に対して聞き取りをしたところ、日本での思い出について最も多いのは旅行、友人ができたなどのプライベートな側面を取り上げたのが多い(n=14)。初期のEPAには少ない回答である。初期の候補者は日本に対するカルチャーショック、勉強や国家試験の思い出を取り上げる場合が多い。最近の候補者は、プライベートな楽しみをいい思い出として取り上げる意見が多くなっているのが特徴的だ。EPAの情報共有され、楽しむことの余裕もでき、生産労働としての来日から、消費としての来日に変化しているのではないかと考えられる。次いで、日本に対する印象を思い出として取り上げたものも多い(n=9)。礼儀、働き方、利便性などがいい思い出として取り上げられている。次いで多いのは勉強のこと、そして仕事のことがあげられている(それぞれ7名)。勉強については研修で朝から晩まで勉強した思い出についての言及が多く、また仕事については患者との思い出などがのべられている。

EPAのニーズは近年高まっている。一時期、「冬の5年間」²と呼ばれる求人数、求職数が落ち込む時期があったものの、技能実習制度の議論が盛り上がった頃から、急速にニーズが高まっているという。ただし、EPAは公費が使われているため、人数を増やして追加的な支援を整えるのは難しいという。つまり、政府間協定による支援はすでに限界が来ているのである。技能実習制度は、その点、費用は本人負担が大きいため、予算の理由で人数が制限されることはない。経済連携協定は政治的な側面を含んでいたが、人材育成が質の高いケアを供給することができるという点においては厚生労働省をはじめとする関係機関も一致しているところである。外国人だからという理由ではなく、必要な人材育成を進めることが人材の確保と質の確保につながるものと言える。

参考文献

安里和晃(2016)「経済連携協定を通じた海外人材の受け入れの可能性」『日本政策金融公庫論集』第30号。

² 国際厚生事業団(JICWELS)角田氏に対する聞き取り調査から(平成29年10月)。

4. 在留資格「介護」の創設と介護留学生（日本）

2017年（平成29年）9月に在留資格「介護」が創設された。これは法務省の規定する在留資格の一覧に「介護」を追加したもので、ここでは「介護福祉士の資格を有する者が介護又は介護の指導を行う業務に従事する活動」と定義している。つまり、介護業務に従事する、あるいはその教育業務に従事する外国人の介護福祉士は、その条件によって日本に合法的に滞在できるようになったのだ。この在留資格「介護」の創設は、実は驚きでもなんでもない。これまでも、経済連携協定（EPA）によって来日した介護福祉士候補者は、国家試験に合格して介護福祉士となったのち、日本での滞在と就労が認められていた。しかし、通常の専門学校や大学を卒業した留学生が介護福祉士となった場合は、日本で働くことはできなかったのである。したがって在留資格「介護」の創設は、制度上のこうした矛盾を取り除くものとして、むしろある程度予測されていた。

現安倍政権は、日本は移民国家ではないと明言しつつも、一方では日本再興戦略によって「外国人が日本で活躍できる社会を目指して」（平成26年6月24日に閣議決定）いる。在留資格「介護」も、この位置づけのもとトップダウンで決定した。

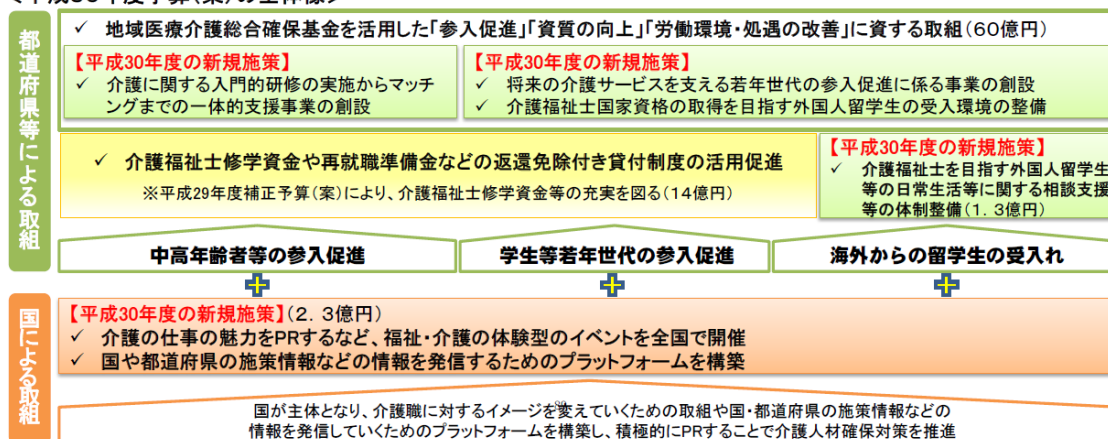
これをうけて厚生労働省は2018年1月、従来までの「福祉・介護人材確保対策等」の資料を大きく改め、「外国人介護人材の受入れについて」を取り上げた（表1）。国家資格取得を目指す外国人留学生に対する日常生活支援といった受け入れ環境の整備が必要と指摘したうえで、そのための新規施策として2018年度には1.3億円を計上している。こうして中高年や若者世代とならび、外国人の介護分野への取り込みが重要な柱となった。また、奨学金や受け入れ施設のマッチング支援といった観点からの支援も、地域医療介護総合確保基金のメニューに新たに位置付けられた。この基金は、平成30年度予算案が1658億円に上る巨大なもので、うち介護は724億円である。介護人材確保のためのさまざまなプログラムもこの中に含まれており、カリキュラム外の日本語指導や奨学金制度の整備として、日本語学校在籍時からの学費、居住費、入学準備金、就職準備金といった支援が組み込まれている。留学生を介護人材として積極的に取り込み、地域医療介護総合確保基金に含めた点は大きな転換である。特に留学生については、後述の通り現状を放置しておくさまざまな問題が生じることが明らかとなっている。したがって、今回の厚生労働省の取り組みは、すでに生じている留学生の諸問題を踏まえた施策としても評価できる。

ただし、問題もいくつか懸念される。1つは、日本語学校のモニタリングである。介護福祉士を養成する専門学校や大学で構成される介護福祉士養成施設協会（略称：介養協）は組織率100%の団体であり、養成校における管理責任は明確である。しかし、介護留学といっても最初は日本語学校に入学するケースがほとんどであるため、日本語学校在籍時も適切な支援が可能かどうかについて見極めが必要である。また、奨学金については公費が使われている一方で、施設がひも付き奨学金として貸与する懸念がある。つまり、奨学金と労働契

約が混同される恐れがあるため、その辺を明確に分けなければいけない。また情報は、英語のみならず、多言語による開示が必要だろう。

表1 介護人材確保における介護留学の位置づけ（平成30年度）

<平成30年度予算(案)の全体像>



出所：厚生労働省 HP

表2 介護養成施設における留学生数の推移

年度（平成）	25年度	26年度	27年度	28年度	29年度
養成施設数（課程）	412	406	379	401	396
入学定員数（人）	18,861	18,041	17,769	16,704	15,891
入学者数（人）	13,090	10,392	8,884	7,752	7,258
うち離職者訓練受入数	2,709	1,911	1,626	1,435	1,307
うち外国人留学者数（人・国数）	21(5)	17(5)	94(9)	257(15)	591(16)
定員充足率（％）	69.4	57.5	50.0	46.4	45.7
全入学者のうち外国人留学生割合(%)	0.16	0.16	1.1	3.3	8.1

出所：介護福祉士養成施設協会

介養協によれば、近年、留学生の受け入れが急増している。介養協は、2008年に始まった経済連携協定による介護福祉士候補者に対する受け入れ（EPA）には反対してきたが、その一方で2000年代後半から軒並み定員不足に陥り、定員確保の課題が重くのしかかっていた。そこで介護ビザの創設に伴い、留学生の受け入れを積極化する方針に転換したのである。

2013年（平成25年）から18年（平成30年）までの5年間を見てみると、介護福祉士養成施設数は若干の減少傾向にあり、従って入学定員も減少している（表2）。問題は、実際の入学者数が「急激に」減少している点だ。13年からの5年で1.3万人から7300人近く、つまり約55%まで大きく減少している。この速度でそのまま推移すれば、あと4年で

入学者はほぼ 0 に近くなるという勢いである。学生数が減少したことにより、学校の定員充足率はこの 5 年で約 70%から 46%に低下した。つまり、教室の半分が埋まっていないのである。

介護福祉士養成校の入学者は、主に一般の入学者と、離職者訓練とに分かれる。離職者訓練は厚生労働省が実施するもので、雇用保険を受給している求職者を対象に無料で実施する職業訓練である。この支援制度による受け入れは年約 1300 名であり、平成 29 年度では入学者数の約 2 割 (18%) を占める。この離職者支援制度が公費による支援制度であることを考慮すると、実際に授業料を個人で負担している学生は全体の 8 割となる。離職者支援に携わる教員の話によると、他職種からの転換、特に製造業からの転換が多いが、対人関係に慣れていない人の人材育成は容易でない。失業者であればだれでもいいというわけではない。

海外人材の支援の前に、失業者を優先的に就職させるべきだという声をよく聞く。その正論に異議はないが、そもそも新入学生も離職者もその数が大きく減少していることをよく認識すべきだ。介護福祉士養成校が先細りしている現状は、単なる学生不足という表層的な問題だけではない。介護教員も失業し、これまで培ってきた介護の知識や技術の継承が滞ってしまうことを意味する。以下の通り、留学生の受け入れは増加しているが、様々な問題も生じている。

日本人学生の大幅な減少に対して、外国人留学者数は急増傾向にある。今日、介護福祉士養成施設の救世主となりうるのが留学生なのだ。在留資格「介護」の検討が始まるといっそう大きな関心が寄せられ、外国人留学者の割合は 0.16% (平成 25 年) から 8.1% (平成 29 年) に跳ね上がった。急激な増加の背景には、日本語学校や介護福祉士養成施設、介護施設を巻き込んだ留学ビジネスモデルの構築がある。そのなかで、留学生が借金まみれにされるといった、さまざまな問題も生じているのもまた現実である。

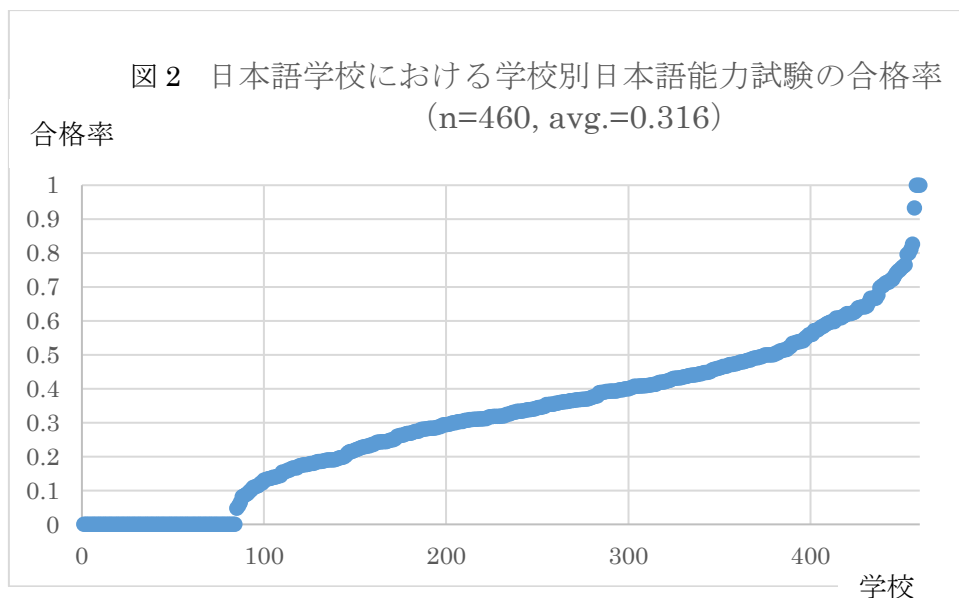
留学生を搾取し、留学生を犯罪へと追い込む日本

少しでも想像力を働かせればわかることだ。養成施設の授業料を年間 120 万円としよう。また、アパート代を含めた一切の生活費を月 10 万円(年間 120 万円)としよう。日本での一年間にかかる支出は 240 万円となる。一方の収入だが、留学生は週当たり 28 時間の資格外活動 (アルバイト) が許されている。時給を 1000 円とした場合、月額給与は 12 万円で、年間では 144 万円である。これ以上となることは、ほぼありえない。そうすると、収入の 144 万円から支出の 240 万円を差し引いた年間の赤字額は 96 万円である。これに加えて、留学生たちは斡旋手数料や渡航費などといったある程度の借金を抱えて来日しているので、借金額はさらに高くなる。日本にいればいるほど、赤字が膨らむという構造になっているのだ。留学生たちに選択肢はない。就労に重きを置けば、法律を無視して週に 28 時間以上働くことになる。アルバイトを掛け持ちし、長時間労働をすれば、授業はなおざりになる。法律を「守れば困窮、破れば摘発」(西日本新聞 2016 年 12 月 14 日)、といった状況に陥る。

その人の来日目的が何であれ、留学生はこうした構造の中でしか行動できないのである。

こうした債務と労働のスパイラルに取り込まれていく過程で、日本語学校の学級崩壊が始まる。日本語学校側も、アルバイトを単位に組み込むというウルトラ C の技でもって学生を囲いこもうとするが、これは文部科学省が推奨してきた企業実習を悪用したものである。前提となるのは自動車整備や IT といった技術職だが、どんな業種でも日本語学校では単位になる場合があるという。「学校は教えずに学生からお金をもらっているだけ。学生はだまされている。私がやりたい将来の仕事には、今のバイトは全く役に立たない」(西日本新聞 2017 年 02 月 17 日)。留学の目的と実態が大きく異なる構造が明確であるにもかかわらず、それが放置されている。これが、日本の教育の国際化の現状なのだ。そして、こうした構造を支えているのが、ひっ迫する労働市場において人材を欲する産業界からの要請である。九州では、全知事が経済界と一体となって、資格外活動の時間を 36 時間に延長するよう要請した。

「法務省告示をもって定める日本語教育機関における教育の実施状況」(法務省 2017) をもとにした筆者の調査によると、全学校(461 校)の在籍者数は 94,587 名、日本語能力試験の受験者数は 39,746 名、受験者率は 42% である。その他 58% は日本語学校に在籍しながら日本語能力試験を受験していない。全国 460 校のうち 74 学校において過去 1 年間 1 人も日本語能力試験を受験していなかった(平均は生徒 1 名あたり 0.57 回受験)。84 校において合格者が 0 名(受験者 0 も含む。合格率平均は全レベル平均 31.6%) である(図 2)。



日本語学校の所管は法務省であり、文部科学省ではない。法務省入国管理局は、出入国管理に関する所管だが、日本語教育そのものについて専門性を十分有しているとは言えない。データからも授業内容に関する質のコントロールはできないといえる。外国人というだけで所管としての利権を有するといってもよい。西日本新聞によれば、以前は一般財団法人日

本語教育振興協会が3年に1度、日本語学校を立ち入り調査していたが、2010年の事業仕分けで権限は入管に移った。だが、入管関係者は「人手不足で定期検査はできない。日本語学校に事実上、管理をお願いしているのが実態だ」とする。

外国人を導入すると犯罪が増えるという言説が日本では根強い。市民権を持たず、権利が制限されていることを鑑みると、論理的には想定できる。しかし他方で、外国人を犯罪へと追い込む制度そのものの仕組みがあることも知る必要がある。

介護留学の事例

ここでは筆者の聞き取りから、介護留学の困難事例を紹介しよう。すでに述べた通り、留学生の受け入れは、倫理的なビジネスモデルとしては成り立たない。どうやってもアルバイトでは、全費用の捻出はかなわないからである。

事例1：1年間、日本語学校に通いながら介護施設でアルバイトをした。卒業後、在留資格の更新に行ったら、更新は認められたがアルバイトは認められなかった。そのため30万円の借金だけが残った。法を犯しながら、隠れてアルバイトに勤しんだ。その後、借金の返済のためには在留資格を取得する必要がある、また専門学校に入った。負のスパイラルである。

事例2：介護の資格取得を目的として日本語学校に入学した。費用は年間100万円。介護施設でアルバイトを週28時間入れるが、日本語の勉強とアルバイトの両立に苦しむ。最も大変なのは時間管理である。ある日、アルバイトの帰りに交通事故に遭った。日本語が不自由で、多くの通行人がじろじろ見ていたこともあり、大丈夫ですと言って帰宅した。しかし病院で診察すると治療が必要で、就労が不可能になってしまった。

事例3：EPAの帰国者を対象とした留学プログラムで再来日。ところが費用の捻出に苦しんだ。学校とアルバイトの両立が大変で、生活環境もEPAの頃より大幅に悪化した。費用節約のために、10畳の部屋に8名が共同生活している。EPAでは考えられない処遇である。

事例4：同じくEPAの看護師候補者の帰国者を対象とした留学で、看護師国家試験に合格しなければすべての費用を返還するという契約書となっている。年間の奨学金の費用は120万円で滞在は2年間。ただ看護師国家試験の合格率は非常に低く、全員が正看護師になることができず、奨学金の返還を求められている。近く在留期限を迎えることから、帰国後の返還となるが、出身国での給料は月額2~3万円であることから、返還の見通しは全くたらず、おびえている。

事例5：送り出し国で約100万円の借金をして来日。この中には半年分の授業料が含まれている。ただし本人たちは、「介護の仕事をすれば将来は日本に長期滞在ができるようになる」といわれて来日した。ところが来日時、日本語はほとんどできなかったため介護施設では働けず、就労は宙に浮いた状態となった。しかも、この100万の借金だけではなく、来日から半年たつと新たな授業料の納付も必要となる。日本語学校は就労には手を貸してくれない。つまり就労込みの留学ではなく、何の見通しもないことが、来日後に明らかとなった。

事例6：ある斡旋業者はフィリピンの日本語学校Nに対してN4レベルでの送り出しを要

求し、教育費用 13 万円を支払うことで合意した。ところが、この基準をクリアして来日したのはわずかでしかなく、ほとんどは日本語のできない者であった。日本ではまず初任者研修を受講し、その後、訪問介護に従事した。訪問介護は一般的には施設介護よりも難しいと考えられているが、看護の経験を有するからか、これまで特に問題ないという。住環境はひどく、日本語学校から就労先まで 1 時間自転車で移動するという。初任者研修の費用負担も留学生と合意なく請求されたため留学生は困っているという。

介護留学制度の確立に向けて

日本語学校をめぐる業界の体制や所管官庁の問題が指摘される中で、介護の在留資格創設とともに厚生労働省が制度の枠内に留学生をいち早く取り込もうとしている点は高く評価できる。残る課題は以下のようなになるであろう。

第 1 に、相手国における債務状況についての確認が重要である。特に相手国における日本語学校の授業料など、来日前の債務状況により、日本での学習・就労環境は大きく異なる。

第 2 は、労働契約と奨学金の貸与契約等の明確な分離である。賃金の内外価格差が大きいことから、国家試験に合格できない場合など、帰国後の奨学金返済のあり方を規定する必要がある。例えば日本語学校に 1 年、介護福祉士養成施設に 2 年いた場合の奨学金を合わせると、返済額は 200 万円を超えるかもしれない。出身国の期待賃金を月額 2 万円とすると、出身国換算で 100 カ月の膨大な借金が生じることになる。また、無理のない奨学金額が所得の 10% とすると³、月額返済額は 2 千円となり、返済期間は 1000 カ月（約 83 年）におよぶ。

第 3 は、留学制度の責任主体が明確でない点である。送り出し国においても、労働者を対象とした海外雇用庁（フィリピン）、保護庁（インドネシア）、海外労働局（ベトナム）は存在するが、留学生は制度的にも真空状態に置かれている。

在留資格「介護」の設置と、それに向けた留学生の制度への包摂は、多様な人々への機会の平等を付与するものとして評価できるが、少子高齢化が進む日本の介護が留学生の搾取のもとに維持されることのないよう、このような未解決な課題を早急に手当てする必要があるだろう。

参考文献

- 「出稼ぎ留学生(7)「28 時間の壁」ジレンマ」「西日本新聞」2016 年 12 月 14 日
- 「バイトも単位認定 学校乱立の陰で(4)」「西日本新聞」2017 年 02 月 17 日
- 「ひずみ生む検査の隙 学校乱立の陰で(5)」「西日本新聞」2017 年 02 月 18 日
- 法務省（2017）「法務省告示をもって定める日本語教育機関における教育の実施状況」

³ 東京入国管理局留学審査部門の通達による。

介護福祉士養成施設の留学生についての現地調査

1998年「社会福祉士及び介護福祉士法」が誕生して、今年で30年を迎える。介護福祉士の資格取得には、大きく分けて2つの方法がある。その一つが、介護現場を3年間経験しその後、介護福祉士試験に合格し登録をもって介護福祉士として名乗ることができる方法である。もう一つは、介護福祉士養成施設を卒業し登録をすることで介護福祉士となる方法である。

2017年に在留資格に「介護」が創設されたことによって、介護福祉士の資格を有する者が介護又は介護の指導を行う業務に従事するが追加され介護福祉士養成施設に留学生が入学することとなった。正確に言うと、外国人が介護福祉士養成施設に入学することは以前からあったが、資格取得後に就労が認められなかった。

そのことを受けて、平成29年7月の日本介護福祉士養成施設協会の調査によると平成26年度の外国人留学生は全国で17人だったものが平成29年度は591人であった。日本の介護福祉士養成施設の多くは、入学者が定員に満たない状況が長く続き入学定員数を見直さざるおえない養成校や養成廃止をする学校もある。同協会による調査でも、平成29年の離職者訓練を除く定員の充足率は37.4%である。そんな中、今後の介護福祉士養成校の存続において留学生の確保が定員に大きな影響を及ぼすであろうことは言うまでもない。

今回、介護福祉士養成校の留学生の受け入れに対して2校の調査をした。聞き取り調査内容は次ページの通りである。調査の一つは、A短期大学である。介護学科開設以来、留学生を受け入れていたが在留資格「介護」創設前には介護福祉士養成施設を卒業後、日本で就業することはできず、母国に帰国することが多かったようだ。帰国後の状況は、把握しきれていないという。

昨年度は、今までの実績もあり19人の外国人留学生を受け入れた。全入学者の半分以上が外国人留学生で占めている。留学生は入学前に日本語を学んできてはいるものの、介護の専門用語などの授業は教授陣の苦勞も多いと言う。また、介護の授業以外に、生活全般に指導が必要とのことだった。どの留学生にも言えるが、留学の目的を明確にしてアルバイトや就業についても管理が必要だということだ。

調査 1

1	学校名	A 短期大学
2	受入開始	平成 21 年度より、文化交流協会、外国人友好協会、アジアの架け橋等の慈善団体、NPO 法人等の協力により外国人留学生を受け入れている。
3	受け入れ国籍	中国、台湾、フィリピン、タイ、ベトナム、ネパール、モンゴル
4	学生数	平成 21 年度 入学者 9 名 (女性 7、男性 2) 平成 22 年度 入学者 7 名 (女性 6、男性 1) 平成 23 年度 入学者 5 名 (女性 3、男性 2) 平成 24 年度 入学者 2 名 (男性のみ) 平成 25 年度 入学者 2 名 (男性のみ) 平成 26 年度 入学者 1 名 (女性のみ) 平成 27 年度 入学者 1 名 (女性のみ) 平成 28 年度 入学者 4 名 (女性 3、男性 1) 平成 29 年度 入学者 13 名 (女性のみ)
5	前職 (ターゲット)	本学のアドミッション・ポリシーに基づき、学生を求めている
6	年齢の範囲	19 歳～30 歳くらいまで
7	入学経路	(1)現地の大学等で日本語を学んだのち、直接本学へ (2)現地の日本語学校→日本の日本語学校→本学へ (3)日本の日本語学校→本学へ
8	相手国カウンターパート	すべての留学生について把握していない。中には、日本の日本語学校に入るための書類を整えるため、コンサルタント業の人に 100 万円単位の費用を支払っているケースもあるという。
9	受け入れ国カウンターパート (施設、病院)	特になし
10	施設との合意事項 (施設からの補助、奉公など)	最近 (在留資格「介護」が認められてから) は、在学中に、奨学金を出していただき卒業後、その施設で働くことを約束するケースも出てきた。
11	授業料、航空券負担、アパート代	入学金、授業料、実習費等を合算して、日本人学生の 6 割までに料金設定している。アパート代は本人負担だが、シェアして住めるところの斡旋、紹介等行っている。また、電化製品、自転車、こたつなどの支給を行っている。
12	学生の労働時間、時	週 28 時間以内に抑えるよう、厳しく指導している。将来の

	給、業務内容	仕事につながるよう介護施設などのアルバイトも紹介している。実際、本学に入学してくる前の日本語学校在籍時に、アルバイトの時間数が超え、本学の2年生（卒業時）になって、出入国管理局から強制退去させられたケースもある。
--	--------	--

調査したもう1校は、新たに留学生の受け入れを試みるB専門学校を対象にヒヤリングを行った。昨今の入学者激減により、学生を確保するために教員自ら海外に出向いたという。担当教員は、留学生受け入れは学校の存続にも関わる問題でもあり、責任が重い、昨年度は苦勞をして留学生の確保をしたが、入国管理法を十分理解できておらず残念ながら入国までに至らなかったという。留学生を確保するためには、法律のことも十分知っていないとトラブルを起こしてしまうと警告してくれた。

入学が決まっていた留学予定者は、以前技能実習生として来日の実績があった。技能実習生として日本で実習経験したものは、新たな職種での留学できないことになっている。技能実習制度から考えても、技能の移転を目的としているため母国に貢献すべき職種以外の資格は、日本で取得することはできないということだ。

いずれにしても、介護教員は教育だけではなく、留学生の受け入れ確保から指導・管理まで相当な動力を強いることになるであろう。

調査2

1	学校名	B専門学校
2	受入開始	平成30年度より
3	受け入れ予定国籍	希望者がいればどの国でも可
4	受入予定学生数	平成30年度は10名程度（男女比は、特に決まりはない）
5	前職（ターゲット）	介護の希望者であれば前職の決まりはない
6	年齢の範囲	特に決まりはない
7	入学経路	日本語学校からの入学者もしくは、N2の人であれば直接入学をしてもらえる
8	相手国カウンターパート	優秀な留学生を確保するため、日本語学校やブローカーなど幅広く当たっている
9	受け入れ国カウンターパート（施設、病院）	主に施設となる
10	施設との合意事項（施設からの補助、奉公など）	今までの日本人の場合、施設からの奨学金を受けるときには、卒業後施設で働き奨学金の返還免除を受ける学生がほとんどである。留学生の場合も、説明をしていき、留学生の不利益とならないようにしていきたいと考えている。
11	授業料、航空券負担、	直接本校に入学する場合には、航空券負担、授業料、最初の

	アパート代	1 か月間のアパート代などの生活費を含む奨学金についても、施設と相談をして検討する。
12	学生の労働時間、時給、業務内容	留学生の場合は、決められた就労時間があるので、その時間内の労働時間となる。同法人施設内の時給は 830 円で、主に介護業務をしている。
13	その他	平成 29 年 4 月、フィリピンで試験を実施し男性 5 名が合格した。そのうち 4 人が N3 を取得しており、同年 10 月から日本語学校で半年間学ぶ予定で、入管に書類を提出したがビザはみとめられなかつた。5 名は技能実習生で、一度日本に来ていた人であったため、入管が通らなかつた。そのため残り 1 名の N2 の人も留学ができなくなった。日本語でのコミュニケーション力もあり、介護について現地試験のときに DVD を観てもらい、面接の中でも介護を希望する人ということで実施して、優秀な 5 名を選抜したが残念な結果となった。

今後、多くの介護福祉士養成施設が留学生を受け入れていくことになるだろう。留学生にとって一番の課題は、学費と生活費である。各県で状況は異なるが、介護福祉士養成施設に入学する学生に対し一定の条件のもと修学資金の提供をしているところもあり、多くの養成校は留学生に対して奨学金も設けている。学費の一部免除から全額とはいかないまでも、施設からの補助を受ければ施設へのお礼奉公的な足かせが存在することになる。いずれにせよ、留学生が生活を営むことのできる援助ではない。そのため、留学することで借金を負うことになり、返済に追われ学業ではなくアルバイトが中心の生活になりかねない。

少なからずとも、A 短期大学であったようなアルバイトの時間の超過によって強制帰国となるようなことはドイツでは聞かなかつた話である。今後、留学生を未来の日本での介護人材と位置づけるのであれば、制度そのものも見直しが必要である。

5. 総論：ドイツにおける高齢者ケアと移民

ドイツでは人口構成の変化のスピードが緩いため、日本ほど急激なサービスの増加は見られないと考えられる。2015年に発表された第13次長期人口予測によると、人口構成は移民の受け入れのあり方によって異なると想定されている。日本とは違って、生物学的な出生だけではなく、移民の受け入れの両方が社会人口動態を決めるのだ。前回の第12次予測と比べると、より多くの移民の受け入れが想定されており、政府は昨今の移民の危機を必ずしも危機としてだけ捉えているわけではないことがわかる。楽観的な予想では、2060年の労働力人口は従来の予測よりも500万人も増えるとのことで、移民の受け入れが高齢化の速度を大きく緩くすると考えている。メルケル首相は移民政策に寛容だと批判されているが、背景には労働力人口の確保などの経済と人口の関連が念頭にあると考えられる。とはいえ、2025年には高齢化率も25%に達すると推測されていて、認知症の増加もあり、高齢化が日独の社会政策上の課題である点は共通している。

ドイツの失業率は、欧州の中では断トツに低く、3%台だ。この数字は、地域や職種などの条件のマッチングで求職と求人が合わないためで、実際は失業率をこれ以上下げるのは難しいという意味で完全雇用を達成していると言ってよい。また、2015年の調査によれば、ドイツでは2030年までに20万人の介護職員が不足すると予測されている。日本に比べるといくらか緩慢といえるが、厳しい状態が続くと考えらえる。

移民も高齢化する。2015年にドイツにおいて65歳以上の高齢者は17.3百万人いて、その中で9.2%、1.6百万人には移民の背景がある。しかし、それ以外のドイツの人々の中の65歳以上は21.7%（2014年）であり、それと比較すると、移民の背景を持つ高齢者の割合は低い。移民、特に北欧以外の移民に対する介護支援は、介護の外部化に対して、厳しい視点を持っている。家族で介護すべきといったような意見を持っている者が多いからである。違和感を取り除くためにも、また文化的な整合性という観点からも、移民コミュニティからも介護人材を育成していく必要があるであろう。また、イスラム圏、例えばトルコの高齢者介護の例では、同性の介助が求められる。また、フレンドリーな対話が求められる。したがって多文化に対応した統合的な制度の構築は新たな課題となるであろう。

ドイツの介護保険制度の概要

日本の介護保険制度はドイツのそれを大いに参考にした。1986年の長寿社会対策要綱、ゴールドプラン、高齢社会対策基本法という流れを受けて、社会保険制度に基づく介護保険が検討される中、ドイツは保険制度による介護サービスを提供していた数少ない国だった。国会の議論の中でもドイツの事例が多々議論されており、制度的枠組みにおける1つのモデルとなっており、いわば介護保険の産みの親である。とはいえ、日本の保険制度の目的の1つが家族介護者の負担軽減であるのに対し、ドイツのそれは家族介護者の支援となってい

て、介護保険制度の位置づけ自体が異なっている。それ以外にも障害者に対する現物支給や家族介護者に対する現金給付もある財源について、日本とドイツのそれは大きく異なっている。とはいえ、社会保険制度という骨格においては共通する基盤を有する。他方、モデルとしてきた割にはあまり触れられることはないのだが、本報告書の目的でもある、海外人材の労働市場における位置づけについても、ドイツから学ぶことは多い。ところが、日本は海外人材を政策上に位置づけることはなかったため、ドイツとは大きく文脈が異なるというよい。ただし、2018年に入って、厚生労働省は外国人介護人材の受け入れ環境整備を政策上はじめて位置付けた。この中には、「在留資格「介護」や技能実習介護の受け入れ環境を整備し、意欲ある留学生・技能実習生の活躍を推進する」とある。これまで人材として積極的に位置づけてこなかった長い経緯を考えると、大きな転換といえる。ドイツの外国人介護人材は、労働市場の中で大きな役割を果たしているというよい。1960年代から外国人労働者を受け入れ、ドイツの合併以降、1990年代にも多くの移民を受け入れた経験を持つ。2000年代には移民法を改正して、社会統合政策を本格的に開始した。また、EU統合の長きにわたるプロセスにおいて、多様性を帯びた社会を形成した。ある意味、日本を常に先取りしてきたのがドイツでもあった。ドイツの高齢者ケアは保険制度と多様性が交差する空間に形成されてきたのだ。しかし、日本は残念ながら後者には目をつぶってきた。

ドイツの介護保険は1995年よりはじめられた。その特徴を次にまとめておきたい。第1に、介護保険サービス受給のプロセスとしては日本と同様に、被保険者は介護保険料を納め、要介護認定を受けたうえで、サービスを受給することができる。認定は独立した疾病保険医療部門（MDK：Medizinische Dienste der Krankenversicherung）と呼ばれる部門で実施された⁴。当初はADLを基準に必要とされる介護時間を算出し、3段階の要介護認定であった。特に、衛生、栄養、移動、家事援助の4点から介護ニーズが計測された。また、コミュニケーションなどは勘案されなかった。ところが、ADL基準では認知症をその軸に置くことができなかった。2013年から認知症への対策が諮問されるようになり、2015年に改正案が可決され、要介護0として扱われるようになった。

第2に、介護保険は保険料のみで運用されている。これは、日本の介護保険制度の50%が税金で賄われているのとは大きく異なる。ドイツにおける保険料は労使折半の負担である。介護保険開始当初の1995年は所得の1%を徴収していたが、徐々に上昇し、1996年7月から1.7%、2008年1.95%、2013年2.05%、2015年2.35%、2017年2.55%と推移した。保険者は介護金庫で、疾病金庫（医療保険）に併設されている。被保険者は国民全員で、幅広くカバーしていると言えよう。したがって、障害者も介護保険によるサービスを利用することができる。なお、介護サービスの提供は介護金庫とサービス提供事業者との契約による。

第3は、第2と関連するが、保険料による運用であるため、財源が日本に比べると乏し

⁴ 全国を16に分けて所管としている。ただ、連邦共和国の州とほぼ一致するが、完全に一致するわけではない（JETRO 2005）。

く、限られている。そのため、介護保険はあくまで部分的な保険制度であるということだ。つまり、自己負担が大きいということであり、サービスの供給体制が日本と大きく異なる点である。OECD の 2007 年の調査によると、自己負担分の割合は 30%を超える。また、施設介護においては介護保険がカバーするのは実際の費用の 30%程度である。つまり、部分給付であるため、特に要介護度が高くなると財産を取り崩しながらサービスを継続的に利用するという形が取られることが多い。もともと資産が少ないか、あるいは財産を使い果たせば、介護扶助より費用が給付されることになる。部分給付であるということから、自己負担分が低いと想定される在宅介護を選ぶ人々が多くなると考えられる。つまり部分給付は在宅を志向するのである。また、部分保険なので、価格体系も複雑になる。介護サービス事業者の費用は介護保険だけでなく、医療保険、介護保険の自己負担、市場価格による自己負担などさまざまなものが含まれる。

日本では介護保険内・外サービスを同時・一体的に柔軟に組み合わせて提供する混合介護は認められていない。公正取引委員会の案では訪問介護員の指名料や同時・一体的な提供を解禁することで、消費者の選択肢が増大し、事業者の効率的な営業活動や増収にも繋がるということが指摘されているが、厚生労働省はこれを認めていない。一方、ドイツでは、こうした柔軟な組み合わせの提供は可能だ。サービスの内容は、医療保険での負担分や介護保険での負担分、(そもそも部分給付なので)介護保険では賄えない自己負担分、場合によっては現金給付の受け取り分といった点を勘案して決定される。そして、それでも足りない場合は介護扶助(生活保護)を受けることになる。財政的に持続可能な制度を模索しようとする、税金を投入せず保険料だけで完結するしかないというのがドイツの考え方である。給付が日本と比べると大きく限られるため、高齢者の多くは財産を切り崩しながらケアに充てている。

第 3 は、在宅介護においても現物と現金給付の 2 通りがある。そこでは現物給付か、現金給付かといった二者択一ではなく、現物と現金を組み合わせて利用することも可能である。在宅における現金給付というのは、家族介護者や場合によっては親族や友人などによる、通常はインフォーマルな無償のケア労働に対して現金を給付することである。これは無償労働に対する有償労働化ともいえ、家族介護に対する社会的な評価を具体的に示したものと見えるであろう。ただし、この手当はそれほど高くなく、最大でも 1 カ月 700 ユーロ程度なので、在宅の現物給付額に比べると半分程度しか給付されない。給付額の差に関する根拠は現金給付の需要が増大することに対するバランスをとるためなどとされるが理由はそれほど明確ではない。ただ、現金給付を設けたのは、生活保護の 1 つである介護扶助の削減にあるといわれている。しかし、社会的な評価を与えるという点においては重要であろう。言い換えると、これは家族介護者を制度に取り込むフォーマリゼーションといってもよい。家族介護に対する現金給付も特徴的だが、介護者に対する負担軽減もドイツの介護保険制度の手厚い点である。家族介護者のための介護訓練制度は無料で実施されている。レスパイトケアも給付される。これは、代替介護といって、介護者の代替のための費用についても、

年間 1,550 ユーロ（2014 年時点）まで介護保険で賄われる。また、家族介護者を労働者として積極的に認めているため、週 14 時間以上の介護など特定の条件を満たせば、年金の加入の対象となる。これは拡大改正されて、2017 年からは要介護 2-5 の被介護者を週に 10 時間以上介護している場合も、年金に加入できるようになった。また、失業保険への加入についても充実されることになったため、インフォーマルケアのフォーマル化が制度的に実施されている。なお、介護者と要介護者の続柄は配偶者（28%）、娘（26%）、両親（13%）、息子（10%）などとなっている。息子より娘の割合が高い（齋藤 2013, 21）。ただし、息子の割合は増加傾向にある⁵。

2017 年の介護強化法では在宅に対するサービス提供が強化されていて、在宅への誘導がなされている。在宅介護への制度的な誘導があることから、その意味においては、ドイツは介護保険制度の中に、家族主義を前提とし温存しているといえよう。部分保険が家族介護を、現金給付が家事労働者の雇用を志向している点はドイツを特徴づけているといえよう。

⁵ なお、老人福祉審議会による「高齢者介護保険制度の創設について」（1996 年 4 月）によれば、現金給付に消極的な意見として以下があげられている。1. 適切な介護を確保できるとは限らない。家族介護が固定され、女性が介護に拘束される懸念がある。2. 高齢者の自立を阻害する懸念があることや家族介護の負担を増幅させる。3. サービスの充実化が必要であり、現金を支給するとサービス拡大が十分でなくなる懸念がある。4. 費用増大につながる恐れがある。逆に、現金給付に積極的な理由として、以下があげられる。1. 高齢者や家族の選択肢が増える。現物のみしか選択できないのは制限が多い。2. 大多数の家族介護の現実や介護支出を無視すべきではない。3. 負担を求める一方で、給付がないというのは不公平である。

（社会保障審議会介護保険部会（第 62 回）資料 3 2016 年 8 月 31 日）

介護サービスの体系（2017年1月から）			
要介護度	介護手当（現金給付） 限度額	現物給付限度額	施設介護（現物給付）
要介護度 5	901ユーロ（121,040円）	1,995ユーロ（268,008円）	2,005
要介護度 4	728ユーロ（97,800円）	1,612ユーロ（216,556円）	1,775
要介護度 3	545ユーロ（73,215円）	1,298ユーロ（174,373円）	1,262
要介護度 2	316ユーロ（42,451円）	689ユーロ（92,560円）	770
要介護度 1	125	-	125
この他、在宅介護の場合の給付として、近親者、非近親者による代替介護（年6週まで）、介護用品（消耗品）、介護補助具、住環境改善措置、デイケア・ナイトケア、ショートステイ（年4週まで）などがある。			
Source: the European Social Policy Network (ESPN), 2016, "Reform of the long-term care insurance in Germany", ESPN			

第4に、家族ケアに対する現金給付の用途には制限がないため、家事労働者の雇用も認められており、実際に家事労働者の雇用費用の一部に充てている人も多い。このことが、家族ケアをフォーマル化しようとするドイツにおける興味深い点で、隣国の家事労働者の導入により、逆に介護のインフォーマル化が進んでいるともいえる。また、要介護度が高くなるにしたがって、現金給付と現物給付をミックスする者も増えている。

前述のように、介護保険は2017年に改正された。認知症などを取り込むべく「生活の自立度」が新たなドイツの基準となり、基準も5段階となった。ADL基準で認知症が十分に取込まれていないという問題を解決すべく、2013年から認知症への対策が諮問されるようになり、2015年に改正案が可決された。そして2017年に本格的に運用されるのである。改正された介護強化法により、要介護度はこれまでの3段階から5段階へと細分化された。家族ケアには、150ドルから1,000ドルまでの手当が支給されるようになり、家族ケア以外の訪問介護や施設介護については、最大2,200ドルの現物が給付されるようになった。つまり、この改定によって、現金・現物給付額は大きく伸び、したがって保険料負担額も増えることになった。保険料は従来よりも0.2%高くなり給与の2.55%に、また子供のいない成人に対しては2.8%が課される。しかしながら、こうした充実も、部分給付である点には変わらない。

介護人材：老年介護士/看護師（AP）

在宅ケアが重要な役割を果たす中で、中核となるスタッフは老年介護士/看護師（Altenpfleger/in 以下 AP）⁶、介護助手（老年ケアアシスタント）が担う補助業務、それに無資格や訓練中の補助職員から構成される。老年介護士/看護師資格（AP）は、12年の教育を受けたのち、所定の3年の課程を修了した者に与えられ、看護師も合わせると在宅ケアの47%を占める重要な役割を果たしている。老年ケアアシスタントは、1年間の所定の職業訓練を経なければならない。看護助手もこれに含めると、在宅ケアに占める割合は10%である。それ以外にも、在宅ケアは家事支援有資格者などさまざまな資格保持者が担っていて、無資格者や訓練中の者の割合は約7%に過ぎない。

老年介護士/看護師（AP）は、しばしば介護福祉士とも比較されるが、ドイツのそれはある意味「看護師」の呼称が適当であろう。「老年介護士/看護師（AP）は医療職である」という司法判断があるからだ。主な理由は、第1に、老年介護士/看護師（AP）は現実に医療行為を担っており、今後ともこうした業務が求められる。第2に、看護師に求められているのは全人格的看護であり、医療的ケアや社会的ケア（介護）、精神的ケアなどの区別は適切ではないという考え方があるからである。EUの統合ケアの流れにのり、APは、老年や小児など各種専門を統合する方向にある。

訪問介護事業におけるサービスのメインの1つが、看護ケアの提供である。特に退院後の在宅看護には、例えば傷の手当や投薬も含まれていて、医療保険から支給されることもある。次いでサービスの中核をなすのが身体介護や家事支援などで、これは老年ケアアシスタントが中心的に担うが、老年介護士/看護師（AP）の専門職や無資格の補助者がおこなうこともある。こうした一連のサービスが、老年介護士/看護師（AP）・老年ケアアシスタント・補助職員という組み合わせで実施される。

ある教会系の事業者は、雇用している職員の6割が看護の有資格者だという。有資格者が多い方が、より高度なケアも合わせて実施できるからだ。これは、有資格者も補助業務を合わせて実施する点を前提としている。訪問介護事業の業務の割合は、看護が4割で介護が6割だが、売り上げは逆転していて看護6割、介護4割になるそうだ。今後の人材不足を考慮すると、有資格者がより高度なケアを担う一方で、家事関係については外国人家事労働者に任せるといった役割分業がみられるようになるだろう。従来は介護保険事業と外国人家事労働者は対立するものとされてきたが、近年では外国人家事労働者が積極的に活用されるようになってきていて、家事労働者を含む家族介護者に対する指導が介護職の役割として介護保険でも認められている。

⁶ Altenpfleger/in（AP）の訳はさまざまである。介護職として訳そうとすると老年介護士、あるいは日本の制度に引き付けると介護福祉士という訳も可能かもしれない。他方、医療職としての司法判断、および養成施設における教育内容を勘案すると老年看護師という訳も可能だろう。

多様な「外国人」介護従事者

1995年にドイツで介護保険が始まってからすぐに問題となったのが、施設介護であれ家族介護であれ、介護従事者の確保である。ドイツは在宅重視だが、皮肉にも個人主義的でもあって、家族主義的福祉レジームとは相反する価値観が混在している。また現物給付も部分給付なので、常に不足が生じる。そのため、家族介護者の不足を海外の労働者で補うという方法がとられるようになった。

1995年当時は、無資格分野における外国人労働者の導入方法はなかった。つまり、高齢者介護における外国人雇用の制度は存在しなかったのである。しかし、ポーランドから観光名目で3カ月入国し、600マルク（約7万円）の給料で就労していた人々がいた。当時の冷戦終結直後のドイツでは東欧諸国との賃金価格差が大きかったため、比較的安価で雇用できたのだ。ただし、観光ビザでの入国であるため、当然ながら非合法であった。単に、東ドイツの女性が西側に移動して介護に従事していたというわけではなかったようである。

現在、施設介護で出会う介護職員は非常に多様である。ボスニア・ヘルツェゴビナ難民、旧ロシア、EU圏内のクロアチア、ポーランド、スペイン、アジアからは修道女としてインドからの看護師も来独している。ベトナム、フィリピンからの看護師にも出会うことができる。訪問介護ではアジアからの移民はまだ少ないが、EU移民も多く就労している。

日本との大きな違いは、欧州のシェンゲン条約に支えられてEU域内の人の移動があるため、より多くの人材を確保しやすいという点である。確かにドイツには多くのEU諸国の人々が就労していて、スペイン人やイタリア人の看護師もいれば、ポーランドなどの労働者もいる。

歴史的に振り返ると、こうした多様な人材はシェンゲン条約に始まったわけではない。1960年代には、韓国から多くの看護師を受け入れた経緯がある。同時期に、トルコや旧ユーゴスラビアからも労働力も受け入れていた。またガストアルバイター制度、つまり出稼ぎの制度による一時的な受け入れ予定だった人の中にも、家族形成を通じて現在もドイツで暮らしている人がいる。短期の移住者が長期にわたって居住することも多いのだ。

さらに、ドイツは1990年代の東西合併の直後、多くのボスニア・ヘルツェゴビナの難民を受け入れた。難民の受け入れ先は、ドイツ人一般の家庭でもあった。当時の難民たちは、職業教育を通じて、現在は介護の分野にも入ってきている。筆者がインタビューをした介護事業者は、「全国的に介護の分野では人材が不足している。現在のシリア難民についても、早くに適切な職業教育を通じて介護の分野の人材として育成してほしい」と語っている。シリア難民の受け入れにはドイツ国内外からの批判も多いが、現地でのインタビューですべての事業者が強調していたのは、移民の職業教育を通じた人材育成の重要性であった。ボスニア・ヘルツェゴビナ難民の受け入れを通じて介護従事者を育成してきた成功体験から、現在の状況を考えている人も多い。日本で聞く報道とは大きく異なっていたので、筆者も新鮮

だった。

介護保険の外側からもドイツの介護は支えられている。それはポーランドをはじめとする外国人家事労働者である。正確な数はわからないが、海外からの家事労働者（あるいは世話人）の数は12万人から30万人の間と言われている⁷。これを支えているのが、シェンゲン協定に基づくEU内における人の移動の自由である。ポーランドやルーマニアから多くの40代、50代の女性がドイツにおける高齢者の家庭に住み込んで支えているのだ。ドイツの高齢者がたとえ「個人主義」であっても、ケアが必要な人々に対して住み込みで24時間のケアを提供することで、在宅での居住が可能となっているのだ。ところが、住み込み労働はそれ自体過酷な労働そのものであり、これが許されている自体で、移住家事労働者に対して十分な保護がなされていないのではないかと指摘できる。

これは世界的にそうなのだが、家事労働者の雇用は必ずしも法的に確立しているわけではない。第三者から隔離された空間で労使が対等な関係を築くことは困難であり、労働基本法さえも通常は適用されないのだ。したがって、法令の遵守に敏感なドイツでは、ドイツ人さえ目をつぶる問題として社会問題となっている。具体的には、長時間の拘束と労働、社会保険に非加入といった問題などがある。これはそもそもリクルートのあり方が複雑であることも関係しているであろう。隣国ポーランドと言ってもドイツやポーランドの業者の斡旋を受けて陸路の国境を超えるわけで、家事労働者がドイツのハローワークに来るわけではない。

こうした人々はいくつかの雇用形態をとることがある。1つはフリーランスの労働者としてドイツへ送られる場合である。自営業者というわけだ。ドイツの国内法では、自営業者とは、2か所以上に対するサービスの提供が必要となるが、この場合、1か所で就労することから、法令に違反すると考えられている。また自営業者の場合、社会保険への未加入などの問題が考えられる。

また東ヨーロッパの企業による派遣ということもできるらしい。ところが、指揮命令は送り出し国企業のみ許されるので、実態と異なるという問題が生じる。また、その際にはドイツの賃金や休日など労働条件が軽視される懸念もある。ドイツ企業による雇用となると、今度は逆に労働時間や賃金などにおいて雇用側にとっては厳しいものになるであろう。さらに家族による雇用という契約もまた問題が大きい。一般の家庭が雇用する場合、とくに高齢者世帯の場合、十分な法的な知識がない、煩雑な書類手続きをするには人材が十分ではない、といった問題が生じる。

住み込み移住労働者の雇用によって24時間介護ができるという広告が氾濫しているが、法令上は1日あたり8時間を基本とし最大でも10時間である。また、週当たりの最大の労働時間は45時間であり、業務終了後は最低11時間以上連続した休養が与えられなければならない。また待機時間は労働時間としてカウントされる。月当たりに換算すると、移住労働

⁷ Stuttgart における NGO である Fair Care の資料より。

働者の最低賃金は 1,600 ユーロ弱である⁸。年休は 29 歳までは 26 日、30 歳以上は年間 30 日が与えられる。2015 年より、ドイツの労働社会保障に関する法令が、ドイツで雇用されるすべての人々に適用されることになっているが、家事労働者については、なかなか落としどころが見つからないというのが、実際であった。

家事労働者の雇用ニーズが高まる制度的背景は、以下のとおりである。ドイツの介護保険は、家族介護を前提としたモデルが特徴的である。そのため、保険の役割は家族介護の支援となる。また、保険料収入に基づいた部分的な支給であるため、日本のような手厚い現物支給ではなく、本人の自己負担分が大きい。要介護度が低い場合は、家族介護と保険サービスの併用でもそれほど問題は生じない。しかし高齢になるにしたがって、あるいは要介護度が高くなると、どうしても家族介護だけでは手に負えなくなってしまう。在宅介護サービス事業者の利用だけでは十分ではないので、住み込みの家事労働者の需要が生じるのだ。また、ドイツの介護保険制度では家族介護などのインフォーマルケアに対しても現金給付が支給されるため、それを家事労働者雇用に充てることも可能であり、制度上もこうした方法を促進している。

このように在宅に対する希望が強いこともあって、安価な住み込みの介護従事者に対する需要は大きい。シェンゲン協定により EU 圏内での人の移動や就労が自由化されると、東欧から移住労働者の雇用も認められるようになった。現在、ドイツには 22 万人ほどの住み込みの家事労働者がいると推測されているが、そのうちの 17 万人がポーランドから来た中年女性だと言われている。ただし、こうした住み込みの介護従事者の雇用は、さまざまな法的な問題を抱えている。「ドイツ人は法を守る」というイメージがあるようだが、高齢者ケアについては必ずしもそうではないというのが、ケアにかかわる人々の一致した意見である。

前述のように、こうした女性の雇用は大きな問題を孕んでいた。確かに人々の移動は自由化されたものの、労働条件はドイツの国内法に照らし合わせると必ずしも合法ではなかったのである。また、ポーランド人介護従事者は社会保障に加入せず税金も納めないなど、この点でもグレー領域となっている。

家事労働者雇用のモデル

家事労働者の雇用形態の典型例の 1 つが、ドイツとポーランドそれぞれに斡旋業者がいる場合である。ポーランド側の斡旋業者が人材を確保して、ドイツの斡旋業者を経由し、高齢者宅に労働者を送るのである。この場合の雇用契約は、ポーランドの人材派遣会社と労働者との間で取り交わされる請負契約である。ドイツの斡旋業者は、500-1,000 ユーロの紹介料をポーランドの人材派遣業者から受け取る。これは、サービス契約と呼ばれる。

こうした雇用契約が問題となるのは、ドイツの労働法令に触れる可能性があるからであ

⁸ 東西ドイツによる若干異なる。

る。ドイツの労働法では、基本的に週 40 時間労働、年間に 6 週間の有給休暇、納税、最低賃金などの労働条件のすべてを満たす必要があるが、特に労働時間に関しては外国人家事労働者の雇用では守られていないようだ。労働時間をどう定義するかは、どの国でも大きな問題だが、結局のところ労働時間が守られているかどうかは、家庭という密室空間の中では誰も監督できないのである。労働者は法令違反の労働条件下で労働しているが、ドイツの斡旋業者は労働者との直接の関係はない。雇用契約はポーランド人女性とポーランドの人材派遣業者との間で交わされており、これが「闇労働」とされる原因なのである。ところが、こうした住み込み労働者の雇用は、ポーランド側の業者にとっても、また労働者本人にとっても、さらにはケアを受けるドイツの高齢者にとっても合意に基づくものであることから、必ずしも根本的な制度改正には至っていない。

もう 1 つの雇用形態は、自営業者としての位置づけで、ドイツの業者がポーランド人女性の雇用斡旋をおこなう場合である。自営業では、時間を問わない就労が可能である。ただし、住み込みの家事労働を自営業者とみなすには無理がある。というのも、ドイツの法律では、雇用主の下での就労を自営業とは定義しないからである。それにもかかわらず、ポーランド人女性はこうした状況下での就労を余儀なくされている。

こうした労働に対しての報酬は、月額 1,000-1,400 ユーロである。住み込みなので、食事は家族が提供する。ディアコニというプロテスタント系支援団体の調査によると、こうした住み込み介護従事者の平均年齢は 52 歳で、多くの人は故国では年金受給者であった。少ない年金では暮らせないため、出稼ぎで就労していると考えられる。

こうした雇用形態は、グレーゾーン雇用と称される。移動の自由が保障されている一方で、労働法令や雇用慣行は国によって異なっているため、受け入れ国の労働法令には抵触する可能性がある。ドイツは 2004 年に不適切雇用を理由に雇用主に対して介入したが、家庭内雇用については、事実上放任してきた。なぜなら、24 時間介護に対する正解がない中で、高齢者は弱者でもあるからだ。高齢者は、請負契約の場合は（厳密には）雇用主ではないが、実質的な雇用主に相当する。しかし、製造業などにおける資本家とは違って、利潤を目的に外国人労働者を雇用しているわけではない。弱者への介護に対して介入するのは、容易なことではないのである。

支援団体のディアコニでは、より適切な外国人労働者の雇用を目指して、家事労働者の斡旋も試みている。法令に合致した原則週 40 時間労働、レスパイトケアの利用、3 カ月間の就労に、2 交代制に、社会保険加入。そのため、労働者にとっても月給が 1050 ユーロと若干低くなっている。これは、労働者にとっても利用者である家族にとっても不満が残る懸念もあるが、説明して納得してもらおうほかない。従来は住み込みの介護従事者と訪問介護事業者は競合関係にあると思われていたが、ディアコニの介護事業者は、家族介護指導や住み込み労働者に対する介護指導もおこなっていて、これは介護の質の担保という意味でも好ましい。

2017 年から始まる介護強化法により、訪問介護員への指導も介護保険の給付対象となる。

こうした動きを考慮すると、身体介護における介護従事者の役割は増大し、訪問看護などの専門性は訪問介護が担うという役割分業が進むだろう。

第三国からの人材導入

ドイツの労働政策では、EU 域内で人材を完結できなければ、第三国から人材を導入することができる。介護業界は、人口予測や労働市場調査から考えても今後も人手不足が予想される領域であり、看護師や老年介護士/看護師(AP)、老年ケアアシスタントは第三国からの受け入れが認められている。これらについてはトリプルウィンというプログラムがあり、2013 年から 400 名あまりのフィリピン人がドイツでの認証と必要な訓練を経て就労をしている。またトリプルウィン・プログラムは、ボスニアやセルビアも対象としている。この 2 国では、看護師の失業率が高いからだ。つまりトリプルウィン・プログラムは、本人にとっても、ドイツの雇用主にとっても、出身国にとっても、三者三様に有益であるという互惠性をうたったもので、世界保健機関の看護師リクルートの行動規範にも沿っている。ボスニアやフィリピンからリクルートしているのは、三者にとって有益なプログラムだと判断しているからだ。

また、ドイツはベトナムで老年介護士/看護師(AP)の育成を実施している。まずはハノイで 13 カ月に及ぶドイツ語の研修をおこない、ドイツ語の B2 レベルをクリアする。単なるドイツ語教育だけでなく、介護の専門用語の習得も含むし、日本ではあまり聞かないが多文化状況におけるコミュニケーションのあり方についてもすでに確立している。これに合格すれば、ドイツで看護の集中訓練に 2 年間従事することになる。

こうした EU 内外からの受け入れを進めるうえで重要なのは、送り出し国の資格や教育を認証し、どのような追加的プログラムを実施するかを決定する認証機関の存在である。認証機関によれば、看護については年間 3,000 件もの申請があるそうだ。

多様な介護職員

今回、ドイツで 20 年も介護に従事しているクロアチア出身の訪問介護員の A さんと話をする機会があった。A さんは結婚移民としてドイツに来たが、医師の家で家事手伝いをしているうちに介護に興味を持ち、介護施設で働き始めた。施設は教育制度も整っており、医師から老年介護士/看護師(AP)になることを勧められたので、就労しながら老年介護士/看護師(AP)の資格を取得した。

A さんは、「よい介護とは、介護のための時間が十分にあることだ」という。訪問介護は移動に時間がとられるため、よいケアをするためには、時間を十分に確保するための工夫がいるし、効率的な手順を自分の責任で実施しなければならない。よいケアを自分の責任で提供できるという点が、この仕事の魅力なのだそうだ。A さんは 20 年間介護に従事しながらも、毎年 3 回はクロアチアの家族を訪問している。外国人介護労働者にも職業選択の自由と移動の自由が与えられており、長期間の就労と両立している。

ロシア出身で、同じくドイツで22年介護に従事している訪問介護職員のBさんは、もとのルーツはドイツ系だ。祖先は農奴としてロシアにわたったが、ベルリンの壁の崩壊後にBさんはドイツに戻った。夫を早く亡くしたこともあり、じゅうぶんな職業教育を受ける機会がなかったため、老年ケアアシスタントとして介護に従事してきた。

Bさんによれば、訪問介護は環境整備が難しい。ドイツの介護保険では基礎的給付しか受けられないため、ベッドの購入や手すりの設置などは、本人だけではなく家族や後見人との調整が必要だ。それらの必要性がなかなか理解されない場合には、訪問介護員は納得のいく介護がしにくい。また、一人暮らしの高齢者の対応も、訪問介護の困難な点だそう。利用者の半数は独居しており、その3分の1には家族もいないため、家政婦や後見人としてしか連絡が取れない。

文化や言語の違いが、介護を難しくしているわけではない。「十分な技能を持っていれば、ケアは心の問題です。心からケアすれば困難は乗り越えられる」というのが、介護で20年以上勤続してきた移民のことばである。

Fair Care の取り組み⁹

社会問題化される家事労働者の雇用に関して、送り出し国の法令とドイツの法令に適合する雇用づくりを実践するNGOや民間業者がいくつもある。

プロテスタント系の介護事業者も営むNGOのFair Careプロジェクトにおいては、外国人家事労働者へのコミットにあたり、目的を以下のように記している。非典型的な斡旋と雇用に関する社会保護を実施し、公正で法に基づいた東欧からの家事労働者に関する斡旋と雇用を行うことが目的である。最低限守られるべきは以下のような労働条件となる。4週間が試用期間で、1か月間の解雇通知期間がある。給与は賃金、税金、社会保険を含み、銀行振り込みである。週の労働時間は40時間、最大でも残業を含み45時間である。時給8.5ユーロ以上で、週1日の休日は最低限の条件である。病休における給与を保証している。家具付き、かつ鍵付きの部屋の提供を求めている。また、電話とインターネットアクセスの整備も必須である。社会保険証書E101はそれ自体としては雇用契約書としては十分ではないため、書面として契約書を交わす。また、問題が生じた際には必要に応じて、送り出し国カウンターパートとの協力やFair Careのカウンセラーとの相談機能も使うことができる。

雇用には2つのモデルがある。Dauerkraftmodellは6か月以上の雇用モデル。有給休暇は年間30日、休暇時のスタッフ補充は雇用主本人が自分でしなければならない。もう一つはタンデムモデルとよばれるもので、雇用期間が12か月以上と長く、就労を2人交代で、具体的には3か月ごとに2人のスタッフが入れ替わって就労する。その際の給与は50%となる。病気など必要に応じて別のパートナーと交代することができる。このモデルは2名を雇用するため、融通が利くタイプである。24時間アattendするタイプの住み込みを1名

⁹ Fair Care の資料から作成。

でこなすのは、現行法令では無理であるという考え方にもとづいている。

世帯主が雇用主であるというのは様々な問題を生じさせるものである。まず、適切なあっせんなどについての知識もない点である。Fair Care は NGO が情報の十分でない雇用主にたいして適切な人材をあっせんすることを目的としている。また、雇用主が世帯主であるというのは、世帯が複雑な雇用手続きに関する書類の手続きの責任を負っているということである。それは容易なことではない。法人だからできることがあり、それは正しい手続きということである。適切な書類手続きを Fair Care が実施することで不適切な雇用を避けることができると考えている。

参考文献

- 宇南山卓、坂本智章、富永健司「海外調査報告デンマーク・オランダ・ドイツ」財務総合研究所資料。https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2014/zk102_04_01.pdf
- 齋藤香里 2013、「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』No.184, p16-29。
- JETRO 2005, 「ドイツの医療・介護用指定福祉品目一覧 (HMV) への収載・登録の手引き」ユーロトレンド、2005年7月号。

6. ドイツ現地調査

ここでは訪問調査の概要を記述する。インタビューを取りまとめたもので、記述も当事者の声を反映させるため、インタビューに従っている。研究論文スタイルでない点に留意していただきたい。

6-1. ディアコニ (Diakonie、プロテスタント系訪問介護事業者、在フランクフルト市)

サマリー：

ディアコニは訪問介護事業を担う非営利組織である。訪問介護の概要について理解を深めるため、訪問調査を実施した。訪問介護員は老年介護士/看護師 (AP) と補助職員に分けられるが、両者ともに移民の背景を持つものも多い。一般的に給与を含めた労働環境は良いが、現場では厳しい見通しを持っている。

サービスの財源：

サービス提供事業者の費用は多くの財源で賄われている。介護保険、医療保険、自己負担 (介護保険価格)、自己負担 (市場価格) の4つの異なる財布から出る。家庭医からの処方、包帯を変える、注射、服薬などの医療的なサービスに関しては疾病金庫から支出される。疾病金庫は自己負担が全くないので、お金のやり取りは金庫と Diakonie とのやり取りになる。自己負担なしなので、使い過ぎの問題もある。ただし、サービス使用の総量規制をしているので、2次病院、3次病院に行くのは容易ではない。

介護金庫についても同様で、要介護2であれば現物支給は689ユーロの最高限度額となる。その額までは疾病金庫と同じく、介護金庫と訪問介護事業者である Diakonie がやり取りをするので、客にお金が行ったり請求書が送られたりすることはない。しかし700ユーロのサービスとなると、超過額の11ユーロの請求書が利用者に行くことになる。それ以外に、利用者に請求書が行くのが投資費用と呼ばれるものである。投資費用は介護金庫に用いられるものである。投資費用とは、事業を運営するうえで必要な諸費用で、オフィスの家賃代、車の維持費、コンピューターのコストなどを含み、サービス1時間あたり、2.19ユーロを支払うことになる。減価償却費用のようなものだ。この場合には、689ユーロ上限ではあるが、600ユーロのみ使った場合にも請求書がいく。法では投資費というのを請求できるが、実際に請求するか、いくら請求するかというのは事業所によりけりである。投資費用の例えば2.19ユーロの根拠が必要となるため計算が大変複雑である。何年にわたって費用が掛かるといふコストの根拠が必要なのである。だから小さな事業者では投資費用をとらないところもある。毎年の見直しというわけではない。こちらは20年前に決めたものであるため、そろそろ上げなければならない。

費用請求は介護保険調査サービス、それ以外のサービス費用（例えば家事）、投資費用に分けられる。要介護と認められない人については、週 1 でシャワーを手伝ってほしいという事例もあるが、それは介護保険によらない自由価格でいい。普通の請求書が届く。現金給付を受け家族が世話をしている場合に、その中からサービスを購入する場合には市場価格ではなく、現物給付の価格として交渉が可能。

介護保険上のサービスは時間ではなく行為区分

介護保険上のサービスは時間ではなく、行為区である。ただし市場サービスは時間であり、混合介護のエクストラをすることもできる。例えば、家族の洗濯物を洗うのは別料金である。料金はサービスに応じてではなく、時間に応じて支払うことになる。両方のサービスが混ざっている際には、まず利用者のサービスが終了したところで、携帯端末で終了を押し、次のサービスに移る。そうして新たな時間が計測され始める。

サービスの区別はそれほど厳密に決められているわけではない。利用者の配偶者の洗濯をしてほしいという希望も、少なければ構わないし、次回は有償サービスを利用するなど、その場で融通することが多い。食事は用意する程度でしかないが、2人で住んでいれば1人分でも2人分でも準備は同じだから介護金庫で賄う。そうではなく分野が異なる業務の場合には私費料金となる。

介護職員の給与体系は事業者によってかなり異なる。社会福祉系の法人よりも民間の方が給与が良いが、社会福祉系の法人の多くは教会系であり、給料が民間ほどでないにしても雇用が守られているとあってよい。企業年金も上乘せがあり、33日の有給もあり、失業リスクが少ない。社会福祉系の法人は福祉の条件が総じて良い。

衛生ケア：

小さな衛生ケアと大きな衛生ケアがあり、その組み合わせからなる。小さい方は背中、足を洗う、口腔ケアなど体の一部を対象とするものだ。大きい衛生ケアは洗うという行為が頭から足まで含まれる場合で、クリームを塗る、爪を切るのも含まれる。ただ、爪は手だけであり、足の爪は危険を伴うので専門職に任せる。魚の目も含まれる。大と小の差は体全体かどうかというものである。

介護職は家族に協力してもらえよう家族との関係を構築することが重要である。家族に対するアドバイスをすることが多いが、十分休息をとるよう言っている。家族から介護の相談を受けることがあるが、例えば、世話を拒否されるなどの相談を受ける場合にはレスパイトを紹介したりする。家族からできるだけ事業者だけで介護をやってほしいという希望も

あるが、介護保険は部分保険なので、事業者だけで介護はできない。また介護保険は家族との助け合いでありコミュニティだから、積極的に家族も介護に参加すべきであるという認識も多い（公助としてのコミュニティ）。だから積極的に家族も参画するのである。逆に部分保険を理解している人はいいが、知らない人も結構いる。お金がかかることを言うと怒る人もいる。サービスの内容を説得するのも大変である。

給与：

資料は17-19年の給与である。ヘッセン州のプロテスタント教会の被用者すべてに共通する給与体系である。給与体系は労働規約の基準のうえに使用者と被用者の代表者が交渉して合意した額となる。サービス業の労働組合がヘッセン州以外の全国にある。従業員の代表委員会が専門委員会を組んで、決めている。E7介護（老年看護）、E4は資格なし。横軸はディアコニフランクフルトに何年就労しているか。経験があれば、5年目など中途として始めることもできる。資格取得などに熱心であれば、インセンティブを設けており、資格を取ればE4とE5の間など中間形態の賃金水準も設定している。ドイツでは、福祉団体にはボーナスはないが、営利企業にはある。その代わりに福祉団体にはクリスマス手当として、13カ月目の給料がある。ただし、こちらの会社は老人分野では50%でマネジメントは100%出ている。

Arbeitsvertragsrichtlinien der Diakonie in Hessen und Nassau

AVR.HN 525

Entgelttabelle für Einrichtungen der Altenhilfe

Gültig ab 1. Juli 2017

	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 5 + LZ
	ERZ bis zu 2 Jahre	ERZ mehr als 2 Jahre	ERZ mehr als 5 Jahre	ERZ mehr als 8 Jahre	ERZ mehr als 11 Jahre	mit Leistungszulage gemäß § 29 Absatz 2 AVR.HN
Entgeltgruppe	monatlich in Euro					
E 1	1.645	1.671	1.695	1.719	1.745	1.909,50
E 2	1.895	1.919	1.940	1.971	1.993	2.182,50
E 3	2.090	2.151	2.217	2.283	2.346	2.555,00
E 4	2.206	2.286	2.365	2.443	2.523	2.743,60
E 5	2.319	2.425	2.534	2.642	2.748	2.979,90
E 6	2.615	2.615	2.758	2.900	3.042	3.303,50
E 7	2.745	2.745	2.920	3.097	3.274	3.548,50
E 8	3.039	3.039	3.220	3.397	3.574	3.877,90
E 9	3.345	3.345	3.551	3.756	3.961	4.295,50
E 10	3.666	3.666	3.949	4.232	4.514	4.880,60
E 11	4.040	4.040	4.318	4.596	4.870	5.274,00
E 12	4.406	4.406	4.733	5.061	5.385	5.825,60
E 13	4.768	4.768	5.166	5.562	5.957	6.433,80
E 14	5.197	5.197	5.608	6.015	6.426	6.945,70

Diese Entgelttabelle gilt für Einrichtungen der Altenhilfe (§ 1 Absatz 3 AVR.HN).

表：ディアコニの給与体系

労使関係：

ドイツにおける職業の組織率はかつて高かったが、今は低くなっていて 50%以下である。低くなった背景として、かつて労組の力が大変強かったため、労働者の解雇規制が強く働いていたことが関係している。そのため事業者は Diakonie も含め解雇が不可能である。そうすると事業者は正社員としての雇用をためらい、正社員としての雇用が減少する。正社員が減少すると労働者は労組に加入しなくなる。組織率低下にはこうした背景がある。また、現在、雇用開始から 2 年間は有期雇用として雇用するが、その間は解雇しやすい。このように人をスクリーニングする方法がなければならないと考えている。

ミニジョブの雇用は少ない。ミニジョブはグループホームなどで、最低賃金レベルで雇用するなどの形態がみられる。ミニジョブであっても俸給表に従い、解雇規制は同じである。多くの負担が雇用主に課されることから、ミニジョブよりもパートを取った方がよいと考えている。こうした状況は、移民の交渉力がないということの意味するものではない。移民であれパートであれ正式に雇用されていれば、不利に作用することはない。

無資格者ができるサービスとして、基礎介護、圧迫タイツ、配薬がある。基礎介護とは身体介護、入浴、爪洗浄、陰部洗浄、歯磨き、シャンプーなど衛生ケア。食事は入らない。原則的に基礎介護は医療的処置と分けをするための概念である。治療、看護は、専門職員が行う。3つあり、身体ケア、食事、移動であり、ドイツ人が風呂に入るのは週 1 日くらい。かつては土曜日に入浴していた。

モニタリング：

状況変化に対応するためのモニタリングだが、これにより、ニーズが変わればすぐわかる。他方、今までの給付の額が決まっているため、新しいサービスが必要な場合、最終的には家族の同意を取ってサービスを提供する。そして、介護度の見直しが必要であれば、これも家族に同意を取る。

保険者との交渉：

医療保険の場合には、州レベルの Diakonie の代表が、赤十字などの福祉団体疾病金庫の州連合会の中で話し合っって統一価格を決める。民間の保険は別の交渉をする。介護保険給付の値段交渉は個々の事業所ごとにする。それは 3 か月くらいかかる大変な作業だ。

介護強化法と認知症ケア：

介護強化法で認知症に対する認識が変わったといわれるが、変わったというよりも、新しいサービスが提供できるよう、こちらから提案する必要がある。介護強化法によって介護予算は膨らんだ。多くの事業者が今回の改正をチャンスと見ている。他のサービス提供事業者はマーケティングに成功して業績を伸ばしたが、私たちは乗り遅れてしまった感がある。

例えば、認知症ケアの一環として音楽セラピーを導入しようとする、それを介護金庫に

説得しなければならない。まずは人材を確保する必要があり、認知症のニーズに合っている必要がある。大切なのは介護強化法における給付の位置づけが負担軽減追加手当なので、家族のためになっているかが重要である。認知症も様々なので、すべての人に満足していくものを提供しなければならないと思っている。

介護強化法：

家事支援に重点が置かれるようになったのは選挙があるからだろう。ただ家事支援の法律ができたのは2007年からである。東欧からの出稼ぎに依存しているが、これをまともに保険制度に組み込めば多額の費用を必要とする。だから、目立たないように静かに東欧の人を使うという雰囲気だ。とはいえ、住み込みの人々の貢献は大きい。介護保険には家族介護者に対する指導、というメニューがある。これは単に介護職員が行くのではなく、指導の担当者が指導に当たる。このサービスは事前に介護金庫の許可が必要となっている。ただ、日常的に住み込みの人にも助言をしている。その際には、追加的なお金はもらえないが仕事の一部と考えている。きちんと指導すれば何度も言わなくてもよい。ただ、対価も発生しない。Deakoniは全体の売り上げの1%を特別なケースの対応、相談など、保険に当てられない場合の枠に当てている。実際に最終的には教会税でまかなわれる。

6-2. 訪問介護事業者カリタス、ノルドライン・ウエストファーレン州パダボルン（カトリック系訪問介護事業者、移民家事労働者に対するプロジェクト）

サマリー：

パダボルン(Paderborn)におけるカリタスのプロジェクトは、介護保険制度を含む利用可能な資源を動員しながら、移住労働者（世話人）を労働法令以内の労働時間を維持しつつ 24 時間の介護を可能としようとする点にそのユニークさがある。資源の組み合わせを提案するのが訪問介護事業者に所属するコーディネーターである。カリタス・ポーランドは送り出しの斡旋もしていることから、カリタスの介護事業者と斡旋業者が手を組んだ形となっている。国際展開をするカリタスならではの二国間協働であるといえる。Paderborn のカリタスに日本人が訪問するのは初めてのことだった。カリタス連合会は 2 年前に 100 周年のお祝いをしたばかり。カリタスは教会税などを財源としている。

所長の見解：

文化は違うが高齢者、移民、難民の事案はそれぞれ日独ともに共通の問題である。高齢者とか移民のお世話は非常に基礎的かつ社会的な部分を担っている。ドイツにおいても、学術レベルで研究している人もいるが、カリタスは現実を見ている。カリタスは常にカトリックの組織として、人間の尊厳を大切に、特に高齢者の尊厳と死、キリスト教の価値観にもとづいている。現在、ドイツは大きな人口構造の変化を迎えている。高齢化、少子化、人口減少だけではなく、多様化も同時に進展している。高齢者の居住形態も大家族ではなく、子どもは他の地域に住み高齢者の独居が増えている。社会全体がそのようになっており、高齢者が自立できる可能性を提供しているのが私たちのサービスである。世話、支援による高い質の生活と長い自宅生活を促している。高齢者の孤独も防ぐ必要がある。カリタスはカリタスとしての答えを探してきた。カリタスは多くの病院や施設を持っているほか、自宅で過ごしたいと考えていて、以前から在宅介護や、看護師による訪問介護を事業としてやってきた。ただし、高齢者のニーズには、介護・看護だけではなく、一緒に住んで家事を営んだり、散歩をしたり本を読むなどの希望がある。その答えを探したが、ポーランド・カリタスと協力関係を結び、8 年前に合同のプロジェクトを開始した。支援を求める高齢者のため、また、ポーランドの失業問題に取り組むためにプロジェクトを実施した。事業を始める前から、多くのポーランド人女性がドイツで家事に従事していた。ただし、低賃金労働であった。尊厳はポーランドの労働者にとっても同じであり、ドイツ人高齢者にとっても良い解決法を探す必要があった。移民担当者と高齢者担当者に加わってもらい、公的な評価を大切に、その結果、多くの賞をいただいた。中でも 2011 年にはポーランドから人権維持の賞をいただいた。

介護者の概要：

要介護者の 6-8% くらいが世話人を雇用しているのではないかと推測している。ドイツ全国だと 30 万人いると推測される。ドイツには移住家事労働者以外（世話人以外）にも、専門職である看護師・医師に外国人を積極的に雇用している。ギリシャ、セルビア、トルコ、イタリア、フィリピン、ベトナムの人をドイツで雇用している。専門職の人々は通常は入所施設で雇用されている。在宅については住み込みを直接外国から呼ぶのである。最近では東欧労働者に関してメディアが取り上げるようになり、違法性に関する国民の意識が大きくなった。2 度テレビで報道され、問い合わせは多い。現在ここでサービスを利用しているのは 350 家族。1 軒に 2 名雇用している人もいるため就労者は 500 人。ポーランド人はかつて、90 日の観光ビザで入国していた。EU 統合後は合法的に移動の自由が保障されている。

世話人（家事労働者）の属性：

世話人の属性を 2014 年に調査した。ほとんどが 50 歳以上の女性で、60 歳以上の年金生活者もとても多く、子どもはすでに成人している人が多い。また、学校教員など学歴水準が高く、子どもの大学の学費（特に理系）ねん出のためにお金を貯めている人も多い。こうした状況には、ポーランド人は学歴が高くても求職が困難なことが多いという背景がある。ただ、カリタスとしてはあまり資格の高い人は雇用したくないと考えている。具体的には、ポーランドの看護師を雇用するのは反対している。看護はドイツの看護事業者で賄うのが原則である。

24 時間介護事業：Faircare との違い：

この事業は介護保険をはじめとする地域の多様な資源を活用することで、24 時間ケアが必要な人に対して、移住労働者（世話人）に過度な依存をすることなく、かつ合法的に雇用しつつ、24 時間ケアを実現するというものである。つまり、合法的に世話人を雇用し、法の枠内で雇用するというのを大前提としている。この事業には、移民を雇用し、在宅介護を利用するにあたってのコーディネーターがいる。コーディネーターは、24 時間ケアを実現するための全体のケアのコーディネートを行う。家族からみれば外部助言者ということになる。言い方を変えると、ドイツは部分保険であるため、必要とされるだけの時間が確保されケアがいきわたるわけではない。できない部分を移住労働者の介護人に頼むことができる。コーディネーターは在宅事業者の職員で、看護師とは限らないが、看護や介護のことをよくわかっている。ただし、カリタスは外国人世話人の斡旋業務はしていない。在宅介護事業を営んでいるので、そのクライアントを対象にしているのが、24 時間介護事業である。

訪問介護事業は要介護者を対象にしている。とはいえ、訪問は 1 日に 3 回くらいが限度だろう。ある一定以上のサービスに対しては自己負担分が発生する。また事業者は人材が不足しており、介護保険を使いたくても使えない可能性がある。そこで、ケアの不在の穴を埋めるのが家事労働者である。つまり、介護保険制度のセーフティネットを形成しているのであ

る。

世話人の雇用形式：

合法的に東欧の女性を雇用するには3つの可能性がある。1. 自営業として、2. 業者の職員として、3. 家族が雇用主となる方法である。カリタスは3. を採用している。家族が雇用主だが、労働法に沿うように、労働条件はコーディネーターにより調整される。労働法に基づくと州の労働時間は38時間である。この分野では特別なことだが、給料の額は労働協約に基づいている。各種の社会保障の権利もある。病休が認められる。どうやって38時間を実現するかを工夫するのがコーディネーターの仕事である。コーディネーターは訪問介護事業者の職員である。そのため、世話と介護の仕分けや移住労働者の勤務時間管理をする立場にある。家族を積極的にケアに参画させること、在宅事業者のサービスを使うこと、デイケアの利用や、移住労働者の有給休暇の間はショートステイを使用させるなどの工夫をしている。コーディネーターは、様々なサービスを利用可能にする役割をしている。労使の問題が発生すれば、コーディネーターとともに解決を図る。

斡旋について：

カリタスは斡旋事業所でも雇用主ではない。斡旋はポーランドのカリタスとドイツ側のカリタスの間で行われ、複数のコーディネーション担当者がある。ポーランド女性たちは、まずポーランド側のカリタスに登録し、ドイツ側に情報が提供される。求職情報はポーランドのコーディネーションが行い、マッチングが成功すれば、コーディネーターは雇い主からの定額料金を手数料として受け取る。この手数料は斡旋、マッチング、相談も含めたもので、最初の月は550ユーロでその後は115ユーロ。ドイツ・カリタスに儲けはない。またポーランド女性も手数料を支払わない。そうしないと、相対的に安い給料であるカリタスで就労するインセンティブがなくなってしまうからである。家族が払うのは115ユーロと、給料やすべての付帯費用を合わせて、2100ユーロになるので、合計2215ユーロとなる。加えて雇用主の家族は部屋と食事を与えなければならない。そのうち本人が得るのは1100ユーロくらいである。

雇用契約についてよくみられるのは2人組（タンデム）で家族を担当し、3か月交代という方式。カリタスはきちんとした雇用契約を結んでいるので、5年間から6年間の長期にわたって継続して雇用されるものもある。そういう人は休暇の時だけ戻るのが多く、また本国でも1人暮らしである。ポーランドはトランスナショナルで、夫はスペイン、子供は海外で暮らしていることが多い。

コーディネーターはソーシャルワーカー、介護の専門家、無資格者などいろんな人がいる。コーディネーターは定額サービス制である。ポーランド語とドイツ語を解せる人で、家族と

労働者と事業所の橋渡しをし、世話人と家族との対立を回避する役割を持っているといえる。コーディネーターが受ける苦情は、ごはんがおいしくない、移住労働者がシャワーの水を使いすぎる、気が合わない、靴を磨いてくれない、やるべき仕事ではないことを言われるなど平凡なことが多い。問題として取り上げがちな長時間労働といった労働時間の苦情はほとんどない。労働時間はある程度ルール化されるからである。家族はコーディネーターがいるから移住労働者の雇用の仕方をうまく理解することができる。

サービスを始める前、カリタスとそれぞれの家族の間でどのように仕事をするかについてルール化するための合意書を結ぶ。そして世話人を労働協約に基づく条件で雇うことになる。

移住労働者は看護教育を受けていないので傷の手当、経口栄養など医療的行為はできない。こういった条件下では、いろいろコーディネーションをしたうえで工夫をしながらも、高齢者の生活の継続が難しければ、入所型の施設を進めるしかない。認知症であれば、世話人の就寝中に6回もの世話をしなければならないのであれば、世話人での介護は不可能と判断し、入所をすすめることになる。より多くの収入を確保しようとする思いから、外国人自身が長時間労働を歓迎する向きがある。しかしそれは認めない。

症状が重い場合、複数の世話人を雇用しなければならないが、もちろん、有給休暇も与えなければならず、巨額の費用がかかる。ドイツは自己責任の国なので、介護資源の配置も自己の責任である。自己責任で介護保険を使いながらやりくりする。重度化すると巨額なお金が必要である。

在宅ケアの権利はあるが、サービスを受けられず病院、ホスピス病棟で亡くなる人がいる。カリタスとしては24時間のケアをできる限り提供している。それを実現するための手段として多様な資源を用いているし、議論をしている。具体的には、家事というのは時間を指定することができ、労働時間をカウントできる。たしかに一緒にテレビを見る、どこで一緒にテレビを見ているのか、高齢者の部屋か、移住労働者の部屋か。また、夜、休憩時間も緊急時に対応するであろう。また、移住労働者は毎日、在宅事業者と連絡を取る。夜の業務についてはルール化がしにくい点がある。頻繁な業務が生じれば、昼の勤務時間との交換、あるいは施設も考えなければならなくなるであろう。とはいえ、コーディネーターを通じて、訪問介護事業者を手配し、移住労働者が家を離れてもいい状況を作り出す。また、カリタスでは移住労働者の集う機会を設けている。情報交換もでき、移住労働者が社会的関心の場を作り出すということでもある。いつも高齢者のそばにいないといけないという状態をなくすことにつながる。

高齢者のニーズにより仕事の領域は変わる。業務は家族ができる点については移住労働者も実施することができる。移動介助、トイレ介助、ベッド介助、身体介護、衛生ケア、包帯交換（交換していい場合があるであろう。締め付け具合の問題もある。）、歩行介助は可能である。ただし、医療的なカテーテル交換、排痰は不可。医療行為については事業者がする。痰の吸引は医療保険の枠内で実施される。こうした法的区分に従って、介護がきちんとされているかを保証するのも私たち事業者の役割でもある。移住労働者・世話人だけに任せては介護の質が下がる懸念もあるので、1カ月に1回は点検する。新しいサービスを利用すべきという提案や、十分な世話ができていない場合には介護人を指導する必要がある。

労働時間：

個人的な意見として、ポーランド人の女性たちは長時間労働を何とも思っていないので、ドイツの自由度を高めある程度の長時間を認めてもいいと思っている。ただ、この州は政権が変わり、新しい政府は労働法における休憩の仕方を改定したいと考えている。現行では6時間労働に従事したら30分の休憩が求められる。在宅看護の場合には8時間就労する場合、6時間就労に対して30分の休憩時間を設けるが、もうちょっと働いて8時間労働した後に早めに帰宅した方が良いという希望もある。

通いについて：

通いというアイデアはあるが、実現していない。というのも、住み込みの利点として、高齢者は夜間誰かがいることが安心感になるからである。国際労働機関 ILO によると住み込みか通いかの選択ができるようになったはずである。

労働協約：

労働協約に基づいているのは、フェアケアで雇用されている者、このカリタスの事業、数は少ないが、ドイツ労働局ハローワーク経由で介護人をしている人も労働協約に入っている。ただし、それ以外の業者を通じて加入する人はいないだろう。民間事業所を通じた斡旋の給料はここよりも高い。社会保障費を払わないブラックマーケットで就労している女性もいる。これはブラックの方が高い給料を受けることができるからである。また費用を節約するためにブラックマーケットが良いという家族も多くいる。

介護保険制度への取り込み：

世話人のサービスは保険対象外である。カリタスとしては支援できるように政府に訴えている。というのも、この介護人サービスは、ある程度支払い能力のある中流階級に限定されたサービスであり、平等でないサービスだからである。ケアのニーズは階級に関わらないため、こうしたサービスを貧困層でも利用できるようにしたいと考えている。そうすると制度的にはオーストリアと類似する。オーストラリアでは訓練を受けて、ケアの質が確保される

場合には、介護保険から資金の一部を援助できるようにする制度をとっている。介護保険サービスに組み入れる代わりに、給料や労働時間をはじめとする労働条件のルール化、訓練などを条件にすることができるだろう。ただ、オーストリアは自営業としての雇用で、労働時間が無制限になってしまうので、その点は良くないと考えている。

ノルドライン・ウエストファーレン州は人口が多く、メトロポリタンの場所である。最近の州の法令によると、介護保険の現物給付の40%を世話人に支払ってもいいということになっている。これは世話人でなくても有償ボランティアでもよい。追加的サービスの枠内で実施できる。法律上は可能となっているが、行政手続きで追いついていない。また、労働自体の証明をどうするかという問題がある。現物を世話人にも充てること、これはドイツ人の雇用をおびやかすかもしれないという意見もある。ただし、こうした心配は10年前であれば存在したが、事業所からドイツ人の仕事が奪われるということはない。ドイツ人はすでにケアの仕事に従事しなくなったばかりではなく、これから需要は増大することを考えると、世話人に対する現物給付適用は、人材不足の訪問介護事業所の負担を軽減するといえる。

事業遂行の倫理観：

世話人の問題は政治的にもセンシティブな問題である。事業遂行においてはカリタスの名に傷がつかないように徐々に始めた。治安を心配する者もいるが、これまで世話人による窃盗は1回だけあった。今はコーディネーターの存在で予防が可能だし、買い物の記録、レシートもコーディネーターが確認できる。暴力についてはまだ報告されていない。ほとんどの利用者はデイケアにも行っているし、何かあれば気づく。また、デイケアの利用により、世話人の負担軽減にもなるため、世話人のストレスも軽減されるのである。さまざまなリソースを利用することが重要である。

総括：

このプロジェクトは効果を出している。学術的科学的根拠が必要で調査も行っており、この事業は患者、世話人両者にとって役立っていることがわかった。社会的評価についても消費者保護団体や金融テスト関連、介護金庫からも評価をいただいた。ただし課題もある。労働時間の調整、言語能力、そして、オンラインの教育ができないか検討している。教育については基礎的な身体介護や認知症のコミュニケーションに関する研修を実施したいと考えている。感謝しているのは、カリタスが、私たちの労働時間の半分をこのプロジェクトに注ぐことを許している点だ。

今後の見通し：

これから経済成長で収入格差も減るであろう。そうすると東欧からの流入は減少するであろう。その後は、ルーマニア、ブルガリアなどがつづく。ウクライナは合意がないから来ることができない。また、ポーランドも別の国から世話人を使っている。それは白ロシアから

で、玉突き状態だ。ポーランドがユーロを使い始めると価格差はなくなるであろう。私も当初は倫理的に悩んだが、私たちに関係なく、非合法で多くの人が就労している現実があり、これからも来る。状況をよくするのが私たちの役目である。ドイツ人の介護者では住み込みは無理だし、介護への関心も低い。一概に言えないが、多くの人たちは失業保険の受給を好む。ドイツ人が従事しない職業は多くあり、政府も職業魅力の向上、老人介護と一般看護師の統合と、統合による選択肢の増大などを実施している。それでも少子化は止まらない。労働需要の高い仕事はオフィスなど時間管理が容易な仕事である。また大学に対する選好の方が職業訓練よりも高い。不利な条件が多い中で、より魅力的な労働環境整備が必要である。

6-3. ドイツ老年介護士/看護師 AP 協会

ドイツ老年介護士/看護師 AP 協会

代表 Rosenkranz Kaleve 氏、

介護福祉士養成校

代表 Sabin Johahn 氏

サマリー：

訪問の目的は、職能団体がどのように現在の介護保険制度内外にもとづく高齢者ケアの体系を考えているかを明らかにすることである。老年介護士/看護師(AP)を含む看護師の統合が予定されている中で、職能団体は統合に反対している。他方で、組織率は低く政治的課題を抱えていることがわかった。

介護人材難：

ドイツの労働条件は給料に課題があり労働力不足が続いている。求人しても採用まで 200 日かかるほどに求人難である。そういう実態もあり外国人に頼ろうとしている。ドイツでは教育は無料であるにもかかわらず、高卒の人材を集めようと思っても、なかなか学生は来ないのが実情だ。ドイツでは長期失業者は仕事に就こうとしない。政策としては長期失業者の職業訓練と就労支援をしている。雇用庁(局)が毎年どの職業を積極的に推進するか決めるが、老人介護向けの再教育や就労に関する数値目標もあり、予算が出ている。2016 年について、老人介護の職業教育を受けた人の 26%は、長期失業者で職業教育を受けた人である。移民背景も感覚では増えているが、教育段階における 2015 年の統計では、移民背景を持つものの割合はわずか 8%である(ただし移民背景の定義により異なる)。

ドイツは消極的に、Triple win で外国人の介護職を導入している。介護士協会としては反対ではない。ただし、1. 出身国も高齢化の問題を抱えていること、2. ドイツにおける外国人の社会統合の問題があること、3. 文化的な違いを有していること、特に高齢者に対する考え方や価値観が、国によって異なるという特徴があること、などを考慮する必要がある。製造業では問題がなくても、介護は人間を労働の対象としているという点で外国人の導入には問題がある。

外国人の受け入れ準備は容易ではない。まず、外国人がドイツの介護を理解してもらうために、調整コースを受講することになる。調整コースを受講したとしても、価値とか介護の定義に関して違う考えをもつため、現場では障害になることがある。この学校の壁に Diversity という言葉が掲げられている。文化に敏感な介護を実施するという意味もあるが、多くの国の人々とともに働く、という 2 つの意味がある。難民問題に関しては、政府はアフリカ出身

難民が介護に流れるのが良いと思っている。ただ、逃げてきた難民認定申請者のうち 50% は悲惨な体験によるトラウマを持っている。言語の習得や時間のかかる教育が大変ではないかと考えている。また現場で働くドイツ人側にも、外国の異なる価値観について理解が不足しているという問題がある。

ドイツの場合には看護師も介護で働けるし、小児看護師も老人看護で働ける。資格なし、ソーシャルワーカー、OT,PT も就労しており、まとめていくのが大変である。外国人まで受け入れるとそれだけでも困る。

多様性には、多様な文化が共生するにせよ、同等でなければならないという意味を含む。これは現実ではない。主要な文化に包摂するという流れにするのが必要だ。同等な文化でなければならないということを認めないといけないというのには無理がある。実際に、そうした点に多くの努力が払われていない。ボスニアヘルツェゴビナとドイツの文化はあまり変わらない。ただ、多くがドイツに来て就労した経験がある。ただ、多くの人々は戦争が終わった後帰国した。現在、当時子どもでドイツに滞在したことのある人に再びドイツに来てもらって働いてもらおうという動きがある。こうした考え方は、ドイツを懐かしむ人々を対象としている。とはいえ、ゆかりのある人の受け入れも容易ではない。かつてロシア系ドイツ人を教育したが、考え方が大きく違う。

ドイツにおけるインターンの給料は以下の通りとなっている。
1 年目 875 ユーロ、2 年目 985 ユーロ、3 年目 1000 ユーロ。

老年介護士/看護師 AP 協会の目的：

この協会は 1974 年に設立された。背景は老人介護の専門集団として、老年介護士/看護師 (AP) の職業団体の利害が代弁されていない状況があったからである。ベルリンの看護協会もケア提供者の団体となったが、AP の利益を代弁していなかった。生涯教育と関連していて、看護協会は会員を自由会員、任意会員にしようとしていた。私たちはそれを拒否し、退会した。拒否の理由は自由会員にすると、ポイント制で教育の自己負担を意味していたからである。本協会は使用者が負担すべきだと考えていた。いくつかの州においては、AP が会費を持つ強制会員制にしようとしている。また、看護協会は州レベルではなく連邦レベルで組織作りをしたいと考えている。それぞれの利害関係者がそれぞれの意見を持っている。

AP 協会の会員は 500-600 人。補助職、無資格者も会員になれる。原則的に無資格は 1 年間の教育を受けるというのが前提となる。看護師も会員になれるが、介護の分野で働く看護師が対象である。会員の 15% が男性。会費は有資格者月 10 ユーロ、教育期間中は 2 ユーロ。会員集めは容易でないが、AP は多忙で雇用主や社会に対して自己主張しない傾向が強

いからだ。

協会は様々なプログラムを提供しているが、主に教育制度に対する政策提言を行っており、急性看護師(KP)と老年介護士/看護師(AP)などの統合に反対している。介護職の更なる発展について、職業の一般化、老人介護の同盟を組織化した。これは老人介護の分野の経営者、介護提供者、連合会、老人介護教育を実施する施設の連合会を含む。そこで政治的に連邦議会の議員に対する政策提言を実施している。政党に対して情報提供を積極的に行っている。というのも看護の一本化の意味を議員は知らないからである。立法の手続きにおいて公聴会で意見を聞かれるため、政策提言をしていく必要もある。2つ目に AP の賃金水準の向上を要求している。そのための使用者の同意を取るつけるための活動もしている。州レベルの医師会のような会をつくるという案があるが、それには反対している。2年に1回、ドイツ精神心理学専門委員会と会議を開いている。

現在、職業教育終了後の追加教育の専門教育では財源がない。また、AP は資格を取っても一般看護師になれない。これを小児看護師と急性看護師(KP)、老年介護士/看護師(AP)を統合しようという動きがある。介護は看護より価値が低い、と認識されている。批判的に、あるいはネガティブにみられることもあるので、PR 活動を通じてイメージ向上を図りたい。また、全国組織の連合会があるということを知ってほしいと思っている。急性の病気を対象とする看護と全人格的なものを対象としている介護という違いに対して、優劣があると考えられている。高齢者に対する尊敬の念についても変化している。看護が一本化されると、高齢者介護という概念がなくなることが心配である。逆に、こうした危機がチャンスでもあると考える者もいて、2年間の教育で資格取得ではなく、4年教育の中に老人介護が位置づけられることはチャンスでもある。4年教育になるにしても、教育側や経営側に問題がある場合、高齢者ケアの態度が身に付けられなければ、高齢者介護の概念は消えていくだろう。ドイツは職業教育なので、教えるというよりも仕事に従事させるという考えが強い。それが過剰な期待や要求となっていると感じる学生が多い。きちんと丁寧な教育が大切である。統合上においては指導体制も問題となる。統合すれば、法律により 2500 時間の実地の時間のうち、10%を指導に当てなければならない。現在でも専門知識のある職員は足りないという状況で、指導者が十分に確保できるとは思えない。統合上のもう 1 つの心配点は、現在は 58 人の生徒に対して 1 名の教員がいるが、統合されると条件をよくして 20 人に 1 人にする。ただ、教員がそもそも不足しているので、また、大学で勉強した人が教育に従事しないので、専門性がないという点が懸念である。

この統合の制度的枠組みは決定されたが、詰められていない部分もある。カリキュラムと試験内容を決める規則が決まっておらず、連邦議会で決議されなければならない。最初の 2 年はケアアシスタント、助手といえる。心配している点は、それぞれの職業分野が 3 年間教育

であるものが、統合されると最低4年間必要となる。その中で、特に高齢化社会なので、認知症や精神疾患、あるいは他疾患の高齢者が増大するが、グループホームや地域単位でのケアの構造について学生たちに教える必要がある。統合化された場合、こうした教育は行えないであろう。看護職の統合は20年前から政治的テーマとなって出ては消えていった。現在は高齢化が進展し、介護の重要性がより強調されなければならない時期である。統合することで逆に高齢者介護が希薄となってしまい、魅力的にはならないのではないかと懸念する。介護に進むのは介護の仕事をしたと考えているからであり、急性看護をしたいからではないからだ。病院や介護施設、在宅事業者は、職業教育している対象の学生が自分たちのところに残ってもらえるといいと考えている。

一般看護は基礎教育：

ドイツ国内での認識は低い、ルーマニア・ポーランド・スペインなど高齢化が進みつつある国々では、老人介護という職業概念に関心がある。高齢者ケアに関心の低いドイツの人々が、看護の統合へ結論付けることについては不安がある。特に、高齢者を高齢者のまま受け入れることができなくなるのではないかと、つまり看護的視点から高齢者を病人として受け入れることになってしまうのではないかと懸念がある。ライフヒストリーなど子どもの頃の生活、若いときに何を達成したかなど、高齢者ケアに従事する人々は、人を願いやニーズがある個人として取り扱う。病院ではなく、自分の家で生活できる個人として扱う。看護師は人を病人として受け入れる。例として、本人がどういう願いを持っていても、決まりきった方法でシャワーを浴びさせるというのは、個人なきケアだ。

統合によって、介護学校が看護学校に統合され、田舎の介護学校は閉鎖されるか吸収されることになるであろう。逆に大きな複数の学校を持つようなグループは、吸収しながら生き延びていくであろう。

AP3年の資格修了者かつ就労者は6.17万人（2014年当時）。うち8000人が自営業者で、事業者を営んでいる。現在、有資格者向け追加教育は2種類ある。1つは職業能力向上訓練で、認知症などのテーマを深める程度のものである。講習期間は3日間程度の規模である。もう1つが専門性を高める追加教育。より期間が長く、規模も大きくなるが、この州では資格として認めている。資格が職務内容や賃金に影響を及ぼしているかと言えば、好影響を及ぼしている。また、管理者教育もある。老人精神学については賃金水準に影響をおよぼすというものではないが、管理者教育と組み合わせるといいであろう。また、専門的な教育を受講して転職する際に給料の交渉をすることはできる。こうした研修は管理職の必須条件ではないが、専門的な役職に従事することに役立つ。ネックになるのが介護職特有の姿勢や性格の内面である。

障害者ケアは特別な職業であり、障害者介護・看護という職業が存在する。社会教育者とい

う資格者も障害者の世話をしている。社会教育者はアカデミックであり、社会的なものを専門的に見ている。

ドイツは介護保険の中に近所の役割を入れている。認知症の有償ボランティア・コーディネーターはうまくいっている分野だ。終末期ホスピスの見取りボランティアは最近増えている事例である。見取りボランティアのための何百時間にも及ぶ講習がある。ボランティアは家事・調理は許されておらず、社会的なお世話である買い物、病院同行に従事する。ドイツでは調理は介護保険に含まれない。ただし、医療保険においては含まれる場合がある。

6-4. 看護・介護職業専門学校イバンテス (Vivantes)、ベルリン

サマリー：

養成施設における実態を明らかにすることが目的にあるが、多くの移民の背景を持つ者だけでなく、第三国からの人材育成も行われている。ドイツの教育制度はデュアルトラックシステムにもとづく座学と実習（就労）から構成されており、給料も支払われるため、教育の機会が大きく開かれている点が特徴的である。

ここ、イバンテス（民間企業）の学校には以下の7つの科がある。

- ・一般看護
- ・子どもの看護
- ・老人看護
- ・介護アシスタント
- ・助産師
- ・手術助手

定員数は1012名で、そのうち800名弱が5つの科にまたがる看護・介護に関わる教育を受けている。訓練費用は無料である。老人介護の学生は190名ほどいる。学生の内訳はここ15年の統計で、女性が7割を占める。現在190名が外国人である。特に多いのはベトナム人で、102名を占める。ベトナムで看護を学んだ学生は、通常3年かかるところを、2年間で資格が取れる教育体制になっている。以前、連邦政府主導でベトナム人の看護師のリクルートと受け入れが求められたために、ベトナム人学生が多い。また、連邦政府が決めたトリプルウィンの施策に、このベルリンの州が名乗りを上げた。ドイツで名乗りを挙げた3つの州の一つである。ここイバンテス企業は州に認められた良い評価を受けた訓練校である。2020年に教育改正がなされるが、それ以降も、このトリプルウィンの制度は2国間で続くことになっている。

ドイツの職業訓練は、座学と実習（就労）の二重構造になっている。教育期間は3年間で、理論は2100時間、実習は2500時間である。実際は、それ以上に時間を増して理論は2300時間、実習は3000時間実施している。看護・介護の学生は、現場の一般病棟で4週間から6週間の実習を行い、その後4週間から6週間の在宅実習があり、さらにその後、4週間から6週間の老人精神科病棟の実習をする。その他に、集中的に合宿を行い緩和ケア等についてもディスカッションをする。

ドイツの職業訓練は、働くことの権利と義務、職業訓練で求められる権利義務も明確にされている。学生は年限によって給料が決まってくる。1年目は1050ユーロ、2年目は1100ユーロ、3年目は1200ユーロが支給される。給料の財源は、実習中入所している患者や利

用者から徴収することになる。一日の住居費用の中に入所者負担があり、そこから支払われる。また、学校内の職業訓練にかかる建物や教員の給料といった費用の財源は国である。2020年に3つに分かれている看護・介護教育が統合されるが、教育財源は疾病金庫から支払われることになる。症例一件あたりの医療費の一部が教育資金になっている。

看護実習について：

一つの病棟に一人の実習生が就くことになっている。指導者は「実習指導者」になるために、200時間強の研修を受ける。研修後、州から資格が付与される。訓練校の教員は、実習が円滑に進むように実習指導者との連携を密に図ることが求められる。実習に当たってはカリキュラムのプラン通り出来ているかどうか重要である。教員は一年間で2度実習先に出かけ、問題が生じていないか確認するとともに、実習指導者に対する指導もする。学生は卒業までに3回のテストを受ける。まず、職場における適応に関する確認テスト。続いて、中間テスト、最終的に州の国家試験である。国家試験は、州ごとの試験内容に差異がないように他の州との話し合いをしている。学生が他の州でも働けるように、国家筆記試験を州に提出をして、レベルの統一を図るために試験内容について許可を受けることが必要である。

学生指導の困難性は、

- ・ チームで組んでチーム内のメンバー間で合わないこと
→他のセクションに回すことで解決をする
- ・ 実習中に実習指導者の休暇や病欠で、学ばなければならない項目がクリアできない場合
→実習指導者への指導（教員が実習先訪問の目的の一つは、実習指導者への指導がある）
- ・ 学生が職業訓練校内で座学は出来るが、施設等の実技実習が苦手、もしくはその逆
→それぞれの学生の成果を把握し、補足のための追加授業を行う

ベトナム人学生について：

ベトナム人の看護師訓練生の受け入れは連邦政府レベルで決めたことである。これもWHOの倫理要綱に基づき看護師の余っている国からの受け入れである。企業単体で決めたわけではない。また、メンタリティもあったのではないかと推測している。ベトナムはアジアのプロイセンとでも呼べる点がある。質実剛健に勤勉であるというドイツ人との類似性もあったかもしれない。外国人の受け入れについては言葉の問題もあるが、すでに学校レベルでは、看護学校も含め1000人の学生が40の国籍から構成されている。もちろん、異なる言語の環境下で教育を実施するのは容易なことではない。人材のリクルートも大変である。教育の過不足を判断し、調整する作業も大変である。ベルリンはもともと東西に分かれていた。東ドイツはキューバやベトナムから多くの学生がいた。リテンベルクにはベトナム人コミュニティがあった。現在でも1.5万人のベトナム系がベルリンには居住している。特にベトナム人の受け入れについては、ハノイで言語や看護教育がされていたので、入国後、学んで

いない点を追加教育すればいいので、やりやすかったのではないかと考えられる。ベトナム人学生は、まじめで学ぶ意欲が高く、実習指導者からも入所者からの評判も良い。国家試験についても、ベトナム人学生は不合格でも、2回の試験を受けるチャンスがある。昨年の看護師国家試験は96%が合格で4%が不合格である。ドイツ人1名とベトナム人女性1名が不合格となった。残りのベトナム人学生は全員合格を果たした。例えば、国家試験不合格であった者も、州の実習試験（実技）で合格をし、筆記試験で落ちてしまった場合は、次の試験は合格しなかった筆記試験のみ再受験となる。合格率が高い理由の1つに、国家試験受験までに30%の学生が辞めてしまうことがある。

職業訓練は学生が本企業と契約を結ぶ。イバンテスであれば、本企業は2000床のベッドを持つ施設や在宅介護事業を持った事業所でもある。訓練生は同時に企業で雇われる人材でもあるため、仕事に耐えうる人材かを判断する。適応できなければ解雇（退学）ができる。職業訓練は11週間の面接授業で始まり、その後施設で11週間の実習がある。実地であっても、6カ月間は試用期間である。なるべく解雇となり、ベトナムに戻らなくてもいいように、言語の問題であれば教育期間を2年から3年に伸ばしている。

メリットとデメリット：

問題点として挙げられるのは言語であろう。ハノイで優れた学生が応募して来るが、中級のドイツ語だけでは、十分でない者もいる。言語のトラブルは、目が不自由であったり、耳が聞こえなかったり、認知症がある高齢者にたいして顕在化すると思われる。また、ベトナム人は文化として身体を触ることに抵抗がある。ベトナム人の考えられるメリットは、高齢者の尊敬の念であろう。ベトナム人の話し方がリラックスというイメージがあり、高齢者にとってよい。本来トリプルウィン・プログラムは本国へ戻ることを想定したプログラムである。トリプルウィンはドイツが得をする、本人たちも得をする、そして最終的には送り出し国としてのベトナム社会も得をすると考えられている。ベトナムは将来的に家族介護が成り立たなくなるという点が指摘されており、いずれはプロフェッショナルが介護することになるであろう。このプログラムがベトナム社会のためになるという基本的な考えがある。将来的には半分は帰国すると想定している。ミュンヘンで経営学を勉強している人もいるが、職業的な経験を積んでベトナムで介護ホームを設立したいと考えている。

介護ロボットについて：

あまりポジティブではない。事業者の方がためらっている感がある。技術的には問題ないと思うが、世話そのものをロボットに、というイメージがない。高齢者もそういうイメージを受け入れることはできていないと思われる。どのように導入するかが問題になるであろう。他方、時間の問題でもある。知人が行ったデンマークにおける調査結果では、食事介助ロボットを導入しているが、ロボットが良いという結果があった。口に入れるタイミングが介護

者のペースになるというのだ。人間が食事介助をすると時間的なプレッシャーがあるので、高齢者にとっては不快な対応になることもある。ロボットは時間の問題もなく、人間は使えば使うほどコストがかかるのに対し、ロボットは一度投資すれば、いくらでも使うことができる。

外国人教育について：

グローバルな課題だが、少子化により介護の担い手が少ない。外国人の導入は不可避である。ある推計によれば、2030年までに人口動態の対処をしなければ、ドイツ人の4人に1人は看護・介護職でなければ対応不可能という。

国家試験・州試験について：

連邦制なので文化と教育は州の担当。ナチスの時代に中央集権的な制度であったことが原点となっている。看護・介護分野においては連邦レベルで法律が定められ、実施は州が責任を持つ。

学習時間：

理論が少なくとも2100時間以上、実習時間は2500時間以上となる。実際には理論は2300時間弱、実習は3000時間かかる。最低時間が延びるのは、例えば、生体機能の測定についていえば、座学では10時間でも、実地で行ってみると24時間かかるということがあるからだ。見取りや緩和ケアについては、理論上はすぐに終わるが実習は時間がかかる。

企業と学校の関係：

医療における職業教育に特徴的なことは二重構造である。看護の分野、助産師、PT、OT、マッサージ、医療的プール監視人については、国の監督のもと企業が教育を担っていることも多い¹⁰。ただし、歴史的経緯もあり、病院の50%はキリスト教系の団体である。それは世界観を職業に反映させたいと感じているからだ。そのため、国とは別枠の教育制度を作り上げてきた。ただ、看護・介護に特別な例である。特に老人介護の分野は、財源は国から、経営は看護からという形になっている。Vivantesは企業でもあり、雇用主でもあり、学校でもある。そうでない場合は提携によって実習をすることになる。

即戦力：

実習においていきなり業務をする点について、心配はしていない。初めの段階は手取り足取りで、指導員だけではなく、現場の専門職員も意識して何回もデモンストレーションをする。その人ができるようになるまで監督する。できるようになれば一人で実施するということなので、初期段階でできることは限られている。イメージとしては、初期段階は有資格職員

¹⁰ 電気などの他の分野は州立学校が多い。

と生徒がタンデムの自転車をこいでいる。ある程度のレベルに達すると、自分の自転車をこぎながら、指導者も一緒に走っている。実習後期は一人で走っているというイメージである。

カリキュラム改定と介護：

看護教育の統合の問題は、職業の概念の問題ではなく、労働条件と報酬の低さである。将来的には、一般的な generalist の後に専門に枝分かれする。今に始まったことではなく、現在の看護のカリキュラムも、一般看護を学んで精神看護、ガン腫瘍などを学び枝分かれする。専門化してスキルアップするというように、老人介護の分野が専門化されるということでもある。したがって、将来は専門化され、看護師として柔軟に業務できることが増えるのではないかと思われる。より医療的になり生活がおろそかにならないか、急性看護との序列化の懸念はないと思う。特に一般的な看護は、世話をしようと思っても 2, 3 日しか患者と一緒にいない。計画立案も介護の結果を体験することもできない。看護のローテーションは人を知らないままで終わる。そのため満足度が低いことも多い。介護は一般的なことを 2 年間学び体験するが、計画もプロセスも効果も見られる。そのため満足度も高い。これからは意識的に長期介護を選ぶ人が増えるのではないかと思う。短いスパンの看護と比べ介護は人間関係に基づいている。介護の魅力はそこだ。統合されても、学生が減ることはないであろう。魅力がないとすれば、それは労働条件である。失業者に対する介護の再教育支援を雇用庁がしている。一般の職業教育より魅力的になった。科学的根拠というよりも哲学である。介護は社会の結束を促す本質的職業である。

6-5. 外国人材派遣会社 Verband für Häusliche Betreuung und Pflege (VHBP)、ベルリン

サマリー：

外国人材についてはスキャンダルも多いが、この派遣会社は研修も実施しながらケアの質を高めようとする戦略をとっている。

House angel という民間の 24 時間世話人の連合会である。また、人材派遣の業者でもある。東欧の人材を活用して 24 時間サービスを提供しており、一般の在宅介護事業もしている。専門の職員により、訪問介護と世話人の組み合わせで事業を行っている。世話人に対する教育と家族に対する教育の 2 本立てで、それをしっかり行うというのが特徴である。教育カリキュラムについては、Springer 出版社と協力して介護教育を開発し、Springer flege と協力して特別カリキュラムを作成し、質に関しては商工会議所や消費者保護団体からもお墨付きをもらっている。雇用庁のガイドラインにも則っている。以下の通り、23 のモジュールで 230 時間のコースである¹¹。社会法典 11 点 45 条に基づき家族に対する研修も行っている。家族教育については、実施すると介護保険より給付もある。

23 のモジュール

1. 介護の日常の概観
2. お世話と介護。繊細な違い。
3. 法的根拠 介護保険、Living will、全権委任、後見人、有罪となる行い、体への干渉について
4. コミュニケーションとインターアクション
5. 食事と家事
6. 余暇の形成 活性化する余暇の形成
7. 運動、移動 ベッド上のスライド、ベッドのわきへの移動（補助具を使った移動と使わない移動）
8. 衛生
9. 身体介護と快適性
10. 排泄
11. 着脱
12. 心理的疾患 重点としてうつ病
13. 心臓循環系の疾患
14. 脳卒中
15. 知的障害

¹¹ 日本のホームヘルパーは旧 1 級課程は 230 時間、旧 2 級課程は 130 時間、現行の初任者研修は 130 時間である。

16. 糖尿病
17. 多発性硬化症
18. 認知症
19. 痛み
20. パーキンソン
21. 看取り、死とは、死にゆく人のニーズ
22. 緊急の場合の応急処置 蘇生、出血など
23. お世話と介護におけるタブーのテーマ

介護人については e ラーニングやテストも実施している。訪問介護事業においては業務の到達度に関する評価も行っている。ドイツでは介護保険内に家族研修がある。これは訪問介護事業の有資格者が、家庭で家族介護人教育研修を実施することで給付をうけることができる。これは個々人に足りない点を確認して教えることができるため効果的なプログラムである。このカリキュラムで日本と異なるのは、尊厳や自立支援などが入っていない点である。

世話人の受け入れについて：

受け入れにおける課題は文化的な差異の克服であろう。ここでは出身国からの世話人のための相談者を配置しているため、文化差起因の問題を軽減することができる。問題が生じれば母国語での相談が可能で、要介護者の家族との話し合いも可能である。世話人は欧州各国にまたがるため、一元的な人材育成体制を確保するのは容易ではない。そのため研修は英語やドイツ語で実施する e ラーニングが効果的と考えている。そこでは一定以上の評価が取れないと次に進めない。世話人から e ラーニングの費用は徴収していない。ドイツ到着後は、専門職員の下で学ぶことになる。今後の課題として、実習の導入がある。

文化のチェック項目としては目線、何を話すか、言語、行動、自分の文化を見つめなおしてドイツの文化に移し替えるかという点が一般的に書かれている。とはいえ、実際は教科書と大きく異なるであろう。対家族との距離感行ってみないとわからない。地域差や言葉のバリエーションもさまざまである。例えば、教科書では高齢者を Mr.Benz と呼ぶが、ポーランドでは名前を使い、ドイツでは名字で呼ぶ。ただ、家庭になじめば Simon さんという風になるかもしれない。教科書がすべてではない。料理はポーランドにおいて肉料理が多いがドイツは多様である。菜食主義者に雇用されるかもしれないし、そうなれば、オリエンテーションが必要となる。私たちは労働者側、高齢者側双方から相談を受け付け、文化翻訳もする。相談者は外国にオフィスがあり、ポーランド語とドイツ語ができる。必ずしも介護の専門家とは限らないが、会社内の研修を受けていて、介護の状況は知っている。相談者とドイツの訪問介護事業者はデジタルネットワークがある。相談を受けるには共感能力が必要である。

斡旋負担料について：

海外出身の世話人の場合、海外移動旅費は本人負担で、国内旅費は企業が負担する。契約が成立した場合、自営業として委託が成功した委託料を支払うことになる。委託料は利用者負担分のうちの 615 ユーロである。単なるフランチャイズ料金ではなく、売上税、付加価値税、民間医療保険、賠償保険、弁護士費用、税理士費用が含まれる。利用者の家族が払う金額は 1800-2500 ユーロの間になる。家賃、食事は発生しないので、委託料 615 ユーロを引いた額がその人の所得となる。自営業者（世話人）は利用者と賃金の交渉が可能なので賃金額に幅があり、利用者が支払う額は 1800-2500 ユーロである。契約期間も自営業者（世話人）と利用者の交渉で決めることもできるが、交渉が苦手であれば、仲介役もこちらが務めることができる。利用者は雇用主とみなすこともできるが、雇用主に税金の手続きなど多くの責任が発生するので進められない。自営業者としての良さは、独自の責任において仕事をすすめることができる点である。自営業者（世話人）の負担軽減として、訪問介護事業者、医者や庭師など様々なネットワークを活用することで可能となる。当事業において、私たち事業所の役目は、世話人のパートナーになることである。

Carifare モデルについて：

Carifare モデルは利用者家族が雇用主になるモデルだが、労働時間などドイツの法律と実態が合わないため難しい。私見では、24 時間の住み込みで、最低賃金時間当たり 8.5 ユーロ払わなければならないため、法に基づくと雇用は困難である。また、介護者と被介護者が雇用主・被用者の関係になってしまうと、依存関係が強くなる。そうすると、問題が生じても問題が密室化されてしまう。したがって、第三者の介在が必要である。

旧東ドイツ側のサービスの利用について：

購買力の差があるため、世話人の雇用は容易ではない。他方で、旧東ドイツは世話人の出身国である東欧に近く、登録をしない雇用が多い。また、業務内容も高齢者ケアよりも子供の世話をすることも多い。

高齢社会のビジョンについて：

短期ビジョンとしては、訪問介護事業と世話（住み込み介護）を統合したサービスを拡大したい。具体的には訪問介護事業者を買収し、市場を獲得したいと考えている。東欧の人口動態上、送り出し国もポーランドからウクライナに東方に移動している。そのため、今後はウクライナが主要な送り出し国となる。そうするとポーランドの高齢者がウクライナ人によるサービスを受けるようになるかもしれない。ただ政治とも大きく関連するので、不確定要素が大きい。現在、ポーランドにはウクライナからの特別ビザがある。ドイツ企業としては、ウクライナからの受け入れの障害を克服して整備しなければならない。

6-6. Bpa 入所施設連合会、ベルリン

サマリー

使用者の団体が現在どのように高齢者ケアの制度について考えているか明らかにすることが目的であった。質の高い人材の育成のためには、看護資格の統合はネガティブに作用すると考えているが、他方で強力な教育の推進が必要だとする。

Robert Mittelsadt 氏（国際担当、弁護士）

概要：

Bpa 連合会は、ドイツにおける 1 万の入所施設と在宅事業者の利害を代表する機関で、30 万人が雇用されている。ドイツでは看護師・介護士を多く求めているが、そういった背景から国内における高齢者ケア関係の教育促進と外国人の雇用も進めている。通常のルートは職業教育校で 3 年間学修し、あるいは 1 年間の教育を経て助手になるといったものである。人材ニーズが急激に高まっているため、教育を強力に推進する必要がある。実際、過去数年間、介護教育の定員を増大させるため、かなり努力した。それもあり、現時点では、介護学校の定員を満たしてはいる¹²。5 年前は 1.2 万人から 1.3 万人の定員しかなかったが、連合会の努力により、現在は 2 万人以上の定員となっている。介護看護の教育を受けたい人に対して、積極的に場を提供したいと考えている。

学費の負担：

推計では介護ニーズは伸び、2030 年までに 50 万人の介護職員が追加的に必要となり、今後も専門家ニーズの増大に備え学生の定員を増やす予定である。ドイツでは学生の授業料負担の不利な州がある。その額は 1 カ月 100 ユーロだが、他職種の職業訓練において自己負担はほとんどないため、人材確保には不利に作用する。Bpa は自己負担を廃止する方向で政治的に働きかけてきた。2012 年から連邦政府、雇用局、学校などと連携して教育アタックという教育促進イニシアティブに参加している。教育費用の分担は課題だが、ケアは社会にとって重要という認識はあるが、州に財政的支援を期待するのは容易ではない。しかし、州によってはインフラを整備するために授業料を廃止している。また、積極的な取り組みがないと、介護が回らなくなる州も出てくるであろう。

教育コスト負担は大別して 2 つのモデルがある。いくつかの州は、施設などの雇用主が負担金という形で基金に拠出し、教育事業所に配分するという方式であり、もう 1 つは入所者が教育料金として負担するものである。ドイツ的な企業と教育の連携は優れており、伝統的なデュアルトラックの人材育成制度で成功している。1 人当たりの教育費は 3 万ユーロにもなるが、企業は人材を即戦力として教育してきたし、それができる。介護金庫から償還されている企業側も即戦力を確保できる。

¹² したがって日本ほどは危機的ではない印象である。

2020年の教育改革：

看護の統合については批判的に見ている。私たちはジェネラリストを拒否している。子ども、老人、一般看護が統合されると、従来の高齢者介護が看護に押しつぶされ、病院が人材を奪ってしまい、介護が機能不全に陥る懸念がある。実際に、統合のパイロットプロジェクトがあり、統合カリキュラムを実施したら多くの学生は病院に就職した。というのも、病院は疾病金庫より財政手当があるため、月に200ユーロの差が出てしまうからである。統合してより学術的にすると主張する介護団体からの要望もあった。賛成派は高齢者介護において、より医学的な処置が必要なため標準化が必要だと考えている。私たちは医療よりも介護にウェイトを置くべきという考えである。ただし、EUによる統合の強制ではない。

国際部について：

国内の教育強化と同時に、外国から人材を確保する努力をしている。日本と同じようにドイツではTriple Win Programがあり、フィリピンなどからの人材を受け入れている。海外からの受け入れは、法的な点をクリアし、送り出し国の資格の認証の難しさもある。まずはEU内の人材を優先しており、09年から13年はギリシャ、スペイン、ルーマニアからの受け入れを経験した。連合会は雇用庁とも協力し、スペインに積極的な声掛けをした。見本市Job fareを開催し、雑誌や新聞に記事を出した。

最近景気が良くなったため、EU内の移動は少なくなった。そのため、EU外に目を向ける必要が出てきた。スペインに関しては雇用局が仲介をしたように、EUもこうした取り組みに助成を行った。ドイツ政府も語学研修や引っ越しなどに対して財政援助をした。ただ、支援だけではうまくいかず、帰国者が多かったことから、本当にドイツで働きたい人を探すというマッチングに課題が残った。スペインの看護師は4年制大学卒で、どちらかという医師との距離が近い。病院で働くことを考えていたスペイン人看護師にとっては、老人介護はうまくいかなかった。高齢者介護はドイツでは専門職だが、スペインではそうでないからだ。

座学と実習から構成される「デュアル・システム」のドイツ型とは大きく異なる。スペインの看護師にとっては高齢者介護が補助職に見えたのかもしれない。定着しなかった。こうした点は、来る前からあらかじめ説明する必要がある。ルーマニアやフィリピンについては、スペインより問題が少ない。とはいえ、現在の教育改革には反対である。職業訓練を基盤とした老年介護という資格は、高齢者ケアに寄り添った、介護にぴったり一致する。統合されると若い看護師は病院を選択する。統合された教育では職場を転々とする事になり、介護の良さを知らないまま教育課程を終えると懸念する。

第三国からの導入について：

政府間の二国間協定に関しては、ドイツ国際協力公社（GIZ：Deutsche Gesellschaft fuer Internationale Zusammenarbeit）という国の機関が仲介斡旋を行った。他方、第三国からの斡旋については法改正により、民間でもできるようになっている。こちらでは、民間対民間 PtoP の連携を主に行っている。このプロジェクトの良さは、企業の希望に合った選抜、サービスを提供できるという点だ。語学研修は B2 まで学習する。認定については GIZ と同じであり、特別扱いということはない。最も言語とフィリピンの資格の認定はもっとも複雑なプロセスを取る。認定は GIZ と同じ内容で、最後まで作業をするかの問題である。GIZ は認定し終わった段階ではなく、完全に認定取得していなくても人材をドイツに送ってくる。民間はより努力をするので、条件に合致する段階、つまり B2 取得の状態で来独する。私たちの会員にも GIZ を使っている企業もいるが、GIZ はコストが安い。ビジネスの活性化のためにも GIZ があってもいいと思う。競争で GIZ の質も良くなった。移民法の改正で、13 年の中ごろから民間斡旋が可能となった。これは連合会で要求した内容でもあった。正確な数はわからないが、フィリピンからの民間斡旋で約 800 人が来独している。GIZ 募集が 200 名で、GIZ はボスニアなどからも導入している。もともと大卒レベルの職業で人材不足に陥っている場合は、ドイツへのリクルートが可能だが、2 年以上の教育年限の職業に関してもドイツ入国が可能となった。2013 年以降は、制限が緩くなり、人材不足の特定の資格保持者については、第 3 国に対する間口を大きくした。4 年制大学卒、収入だと 4 万ユーロ以上の収入などの「高度な人材」については需給動向に関係なく雇用契約が可能である。なお、この中に AP は入らない。

難民に関する事業：

Bpa はノルドライン・ウエストファーレン州において事業を実施している。まず、誰が適しているかを見きわめる必要がある。シリア、イラク、アフガン出身者は男性が世話をする習慣がないといった特性もあるので、興味のある人を見定める。その後、1 年間の言語の研修を受講し、B2 レベルに引き上げる。次の 1 年は介護専門の勉強をして助手の資格を取得してもらう。この 2 年のコースで、助手として就労するか、さらに 3 年間の専門家教育を受けるかの選択肢がある。2016 年中ごろ、難民に対する職業教育制度が本格的に始まった。すでに 100 名が受講しており、1 クラス 20 人の 5 クラスから構成される。連邦雇用庁は 1000 名まで助成することになっている。ただ、フィリピンなどと比べると、教育水準が低く、全く教育を受けていない人や男性も多い。モチベーションは総じて高い。アセスメント・センターで職業を選択し、語学、その後、介護教育を一からする。年配の方もいるが、責任ある行動ができると期待している。私たちはモチベーションが高い人を優先的に選ぶ。ドイツは日本のような島国ではないので、多くの人々が入国し、それを防ぐことはできない。シリアやイラクからは何千キロも渡って来独する。文化的にも、言語も、人によっては皮膚の色も異なり、犯罪も報道される。でも危険な状況に置かれた人々に対して、安全を与えるの

は、人権の観点から憲法で決まっていることだ。これは第二次世界大戦の教訓でもある。そういう人々には、資格を取得してほしいと希望している。もちろん、文化統合は3, 4年、1世代30, 40年かかるので大変なプロセスである。そのほかの国々からも有資格、専門家、企業で働く力のある人に来独してほしいと考えている。

ドイツの施設について：

1つの施設は60-100人くらいで、小規模から大規模までさまざまである。ドイツは連邦国家なので16の州で人員配置基準がある。多くの場合、職員1人に対し入所者5人の割合で、夜は専門職員が少ない。これとは別に専門職員の割合も決まっていて、全体の50%は専門職員となっていることが多い。外国人の割合については定めがない。資格と語学基準をクリアすれば問題とはならない。13年以前は、ポーランド、ユーゴスラビアなど東欧諸国出身のルーツを持つ介護就労者は多かった。介護職員の25%は東欧ルーツであると想定されている。ベルリンなどでは入居者もドイツ出身者ではなく、アラブ系、東欧系が相対的に多い。田舎ではドイツ人が多い。利用者も職員もともに多様化している。事業者の中にはトルコ出身者、ロシア出身者を対象とした事業者もある。ただこうした事業者は訪問介護事業者であり、施設は多様な人が入居している。

資格の一元化は老年介護士/看護師（AP）と急性看護師（KP）、小児看護が統合されるというものである。これには様々な意見がある。この法律が通ったのは、今の連邦保健大臣が賛成したからだ。後押ししたのは介護評議会という団体である。これは職業団体からなる組織で、介護・看護の格上げを目的としている。看護職の標準化・統合によって、職業レベルを大卒に統一し、賃金の上昇を狙っている。Bpaとしては法案の変更を望んでいるが、実施はまだ先であり、アドボカシーをしたいと考えている。また、もともと介護職員の学歴は低いので、多くの人々がふるいにかけてられ、3分の1くらいしか残らないという懸念を持っている。高学歴化を果たすことで、不足している職種がさらに不足するという悪循環が生じるであろう。

訪問介護事業者と世話人の連携：

現在のところ公式には連携関係はないが、現場では役割分担を通じ非公式な連携関係はある。プロが行うべきところはプロが、それ以外は24時間の世話人がするという分業である。ただ、世話人を介護保険で統合する点については懐疑的である。多くの世話人は住み込みの雇用を望んでいるが、介護保険事業者は厳しい監督のもとサービスを供給している。世話人は監督も十分ではなく、逆に競合関係にあるともいえる。両者の統合は難しくても、インフォーマルな連携は続くだろう。

老年介護士/看護師（AP）の負担軽減につながる雇用モデルを作るためには、まず法的枠組みを整備する必要がある。特に、世話人は労働法令が適用されず、最低賃金が守られてい

ない。住み込みは密室になるのでトラブルが多い。休暇の権利も不十分で労働条件が悪い。他方で、暴力や搾取の話も聞かない。専門的な事業者は、1日の中で特定の時間だけサービスを提供する。他方で、介護拒否の話も聞かない。もしそういうことがあれば、きちんと真摯に受け止めて、お客さんに対応を改めてもらわなければならない。

訪問介護は住み込みではないので密室の問題がないが、世話人の多くはそうでない。そういう点を明確にして、歪曲された競争状態を修正する必要がある。他方で、老年介護士/看護師（AP）についてはさまざまな教育と支援を実施しながら品質コントロールをし、休暇を保証し、病気手当を出している。これは公正でない競争とってよい。

連邦総選挙に向けて臨むこと：

1. 社会市場原理：政府として競争に至る段階で平等を支援する。
2. 民間経済と非営利の企業を同格に扱う。54%の施設事業者は民間である。
3. 教育アタック：積極的な教育強化を実施する。
4. 移民入国制度の整備。
5. 労働市場へのアクセスに関し、障害を取り除いて容易にすべきである。
6. 介護・看護人材が異なるセクターに転職しないようにする。74%がとどまっている。定着を促すよう処遇改善が必要。
7. 請求書システムと記録と手続きの簡素化が必要である。
8. 疾病金庫がより非体系化し、財政状況も悪化している。給付が優遇されているのが在宅である。
9. 介護市場を公正な枠組みで実行する必要がある。介護の最低賃金が守られていない。
10. 入所の前に在宅が優先されるという原則を変え、在宅と施設を同等に処遇する必要がある。

10. 介護保険制度では自治体の役割が曖昧だったが、介護強化法が通過し、市町村によるインフラ整備に力を入れる必要がある。ただ、それには反対している。自分たちで整備した方がよい。

6-7. ドイツ看護協会、ベルリン

サマリー

高齢化の進展に伴い、より高度なケアが必要とされるため、看護の統合は必要である。また統合を通じて高齢者ケアの地位の向上や、労働条件の向上が期待される。

近年の動向：

看護・介護のシステムを理解するためにはプロと素人の介護に分けるとよい。不足は4つの方法で解決できる。1. 移民、2. 補充、3. プロとして介護・看護従事者により良い教育をすること、4. 魅力的な職業にしていくということ。現在、人口動態的な動向として元気な高齢者が増えているとはいえ、疫学的には慢性疾患が増え、多疾患となっている。急性の入院日数は平均で6-7日と減っている。「血の出る退院」という表現をしているが、完治する前に家に戻ることも多い。急性の場合はある程度治るまで入院するが、慢性は慢性のまま退院することになる。

医療技術の進展とともに、股関節、肝臓移植など80-90歳でも手術で治る。医療ケアの研究も進んでいるし、ケースマネジメントもその1つである。看護においてはエビデンス基盤の看護がトレンドになっている。次々に新しい知識がもたらされるが、看護・介護にかかわる人々に伝える必要がある。

看護の人材不足は、経済的理由、仕事の負担、学ぶ知識の量が多くなっていることなどがある。2017年は看護・介護職改革があり、これからはより広い範囲の基礎知識が求められる。その後、専門家としての知識も多い。看護職はすでに生涯教育が重要といえるほどだ。早く離職の状況を変えていかなければならない。2年間のジェネラリストの教育を受けた4年制大学出身の老人看護を専門とする専門職の将来の名称は、Pflegefachfrau/-mann spezialisiert auf Altenpflege（高齢者専門看護師）である。

現在は、急性看護師がKrankenpfleger(KP)であり、老人介護士/看護師がAltenpflege(AP)である。前者の方が後者よりレベルの高い職業のように思われている。老人介護を伝統的で良きものとしているのは一部の団体（APを代表する団体。例えばBpa）である。ただ、グローバルな標準からはずれている。APは外国では補助職扱いにしかされない点を自覚し、現代化していく必要がある。これまで、医療的看護は大きな看護で、老年介護的看護は小さな看護とみられてきた。しかし、資格の格上げとともに、賃金もそれなりに上がっていくべきだ。改革が行われてもそのイメージが変わるまでには時間がかかるだろう。

新しいジェネラリストの教育は、これまで3つの分野に分かれていたものを統合し、看護

の職業レベルを引き上げるものであって、老年介護を排除するものではない。急性疾患の看護も、慢性疾患の看護も両方とも大切であり、新しい教育の中で両分野の基礎を学ぶ。入所後、6ヶ月内に半数が亡くなる介護ホーム（施設介護）には、緩和ケアやがんの専門的ケアができる人材が必要だ。ジェネラリストの教育後、足りない部分をさらに専門教育として学んで行く必要があるし、実地を通して学べることも多い。そこから目指すべきは、英・米の、薬の処方やケースマネジメントを行えるような看護師のイメージだ。

看護職の統合により、レベルアップが図られ、職の魅力が増すことはモデルプロジェクトを通じて明らかとなっている。魅力のある職にすれば、より多くの人々が看護を目指すようになる。ただし、この改革だけで人材不足は解消できない。老年介護士/看護師(AP)の給与は現在では月平均病院で働く看護師より 200 ユーロ低く、これが問題である。また、高齢者の介護は補助職によって多くが担われているが、人材不足解消のため、彼らも新たな看護職に倣いレベルアップすべきでもある。問題は、福祉団体の事業者などでたった二週間の研修を受けただけの無資格者が、有資格者とほぼ同じ行為をしていることだ。例えば入所施設の夜のシフトは、有資格の職員 1 人で 60 人以上の入所者をみている。でも有資格者が急に病欠した場合、補助職の職員が 1 人で担当することもある。特定の医療的措置（例：痰の吸引や点滴）は有資格の職員の責任の下ですることになっていても、夜間補助職が 1 人で実施しているのが現状だ。将来はこのようなことがないように、新たなスキル・ミックスや仕事のプロセスが求められていく。改革によっても老年介護士/看護師(AP)という資格は今後も存続し、従来の AP 資格保持者が自動的に老年の専門看護師にはなることはない。

介護人材不足 Lösungsansätze :

いくつかの推計値があるが、2025 年 15 万人の不足が見込まれている。看護職・介護職も高齢化が進んでおり、介護ホームの平均年齢は 42 歳である。理想は 30 歳くらいだ。したがって、今後、外国からの人材募集を実施したり、介護教育に力を入れていく必要がある。現在 3 年の教育の中で、14 万人の学生が介護分野で教育している。1 年間につき 4 万人が新たに教育を受ける。これは入学時点の数値で、途中でやめる学生も多い。定着率の向上も課題だ。年金受給の引き上げは机上の空論である。というのも、多くは 55 歳でバーンアウトし、60 歳以上で働くことは不可能だからだ。そのためには仕事の条件を変える必要がある。介護を魅力的にしなければ早期退職を防ぐことはできない。労組や看護協会は賃金の引き上げに努力している。

移民の介護従事について公的な統計がなく、モニタリングシステムがない。多くがパートで、40 時間ではなく半分しか働いていない(ミニジョブ)。職業団体として数値がないことから、独自調査を実施したところ、推計 1,000 人程度しか外国から来ていない。ブルーカード、グリーンカード制度を導入したが、人々はイギリス、スカンジナビア、オランダに行き、ドイ

ツに来なかった。ドイツには難民もいるが有資格があまりいない。いくつかの施設は経済危機の際、独自に南欧から看護師を募集した。ところが、自国がいいということでドイツでは定着しなかった。Triple Win の質はいいが、事前準備が十分必要である。言語は B1 レベルが求められ、患者を理解し医療従事者とのコミュニケーションできる人材が必要だ。

7. フランクフルト同行訪問調査

7-1. 同行訪問報告

在フランクフルトのプロテスタント系訪問介護事業者 Diakonie の協力を得て、老年介護士/看護師 (AP) (D 氏) の訪問介護に同行訪問を実施した。以下、7 事例を列挙する。

妻が献身的に介護する高齢夫婦二人暮らし (A さん)

	事 柄	備 考
利用者環境	住環境 : フランクフルト郊外の静かな住宅街の 1 軒家。 室内環境: 室内はモダンな調度品が置かれ、クラシック音楽が流れている。妻が朝食を摂ったあとに訪問した。部屋の中も高齢者世帯と思えないきれいに片付いていた。	門扉を開けて庭を通り、入っていく。
利用者紹介	夫 : A さん (男性 93 歳) パーキンソン病 要介護 5 (最重度) 寝たきり 意思の疎通も不十分 妻 : 一日のほとんども夫の面倒を看ている。	食事のケアは全て妻が行っている。毎食、流動食を作っている。
AP の支援	妻に前回からの便秘の状況を確認した後、お湯を洗面器に用意をして手を消毒液 (ジェル) で消毒した。意思の疎通が不十分な A さんに何度も声かけをして、理解ができるように促がしていたが返事は一度きりだった。老年介護士/看護師 (AP) の D 氏は A さんの手を用意したタオルで清拭をした。その後、わきの下を清拭した。陰部清拭は A さんが便をしていたために排泄介護をまずは優先した。非常に丁寧に、慎重に介護をした。かなりの便が出ていたが、きれいに便を取り除いた後、皮膚を広範囲にわたり石鹸できれいに洗浄した。ペニスも表皮からシャワーボトルなど使わずに、紙タオルに含ませたお湯をかけ上手く絞ったタオルでふきあげた。 結果、部分清拭は手、脇、おむつ交換を含む陰部の 3 か所であった。その後、実施した介護に対してチェック表に何項目かのサインをして訪問を終えた。妻は一度も部屋を覗くことはなかったが、ケアが終わった途端に、流動食のようなミールをスプーンで与えるという。	日に 3 回のおむつ交換 週に 1 回のスキンケア この日は、身体清拭 (手、脇) と陰部清拭と便で汚れたおむつ交換と皮膚チェック
時間	AM 7 : 30 ~ AM 8 : 15	

疑問・感想	<p>介護自体はゆっくり丁寧に、利用者本人のやれることを尊重して行っていると感じた。通常の日本の介護なら10分で行える行為であると感じざるをえないが、利用者の尊厳ある介護であることには間違いはないと思った。D氏に日本の介護は短時間で介護をこなすことを伝えたら、「短時間で介護をすることによって利用者にストレスを与える」と答えた。</p> <p>Q：ケアが終わったあと妻が食事の介助をしたことについて、老老介護なら食事の介護はしないのか疑問に思った。</p>	<p>A：妻が食事の管理（調理・介助）を担っているので、夫が元気である。そこは、任せておくほうが専門家より良いと判断した。</p>
-------	--	---



老年介護士/看護師（AP）のD氏

訪問できなかったストマーの精神的ケアが必要な若年女性Bさん

	事柄	備考
利用者環境	<p>住環境：フランクフルト郊外のアパートメントの一室</p> <p>室内環境：室内はモダンな調度品が置かれ、クラシック音楽が流れている。妻が朝食を摂ったあとに訪問した。部屋の中も高齢者世帯と思えないきれいに片付いていた。</p>	<p>車を道路脇に停めて、必要な処置備品を持って訪問</p>

利用者紹介	女性：40歳代 ストマー使用者 精神的にナーバスで、同行訪問は出来ず	
APの支援	* 必要なパウチ等を準備して持参する 	1日に1ストマーの交換と精神的フォロー
時間	AM8:25~AM8:35	
疑問・感想	Q:車を停める場合、どこにでも停めて良いのか 車の運転が上手くないと、訪問出来ないと感じた	A:空いていれば問題はない

認知症男性一人暮らしの服薬確認が必要なCさん

	事柄	備考
利用者環境	住環境 : フランクフルト郊外のアパートメントの一室 室内環境 : 2LDKの部屋に一人暮らし 整理されているとは言えない部屋で、椅子に座って待っている 足元に乱雑に物が決して広くない部屋に散らかっている	

利用者紹介	男性：80歳代 認知症 会話も成り立っているが、薬の管理ができない	
APの支援	訪問直前にCさんに電話をして、訪問することを伝える。 訪問すると、本日の体調を確認する。薬を飲んだかの問いに「あ、あ」と、Cさんは薬のことは全く忘れていた様子だった。 その後、D氏が慣れた手つきで、薬入れから薬を取り出し、水を用意して服薬を促した。Cさんは、薬を飲むようにという言葉に、とても感謝をしていた。お礼を何度も繰り返して言っていた。 Cさんの訪問は一日に2回だが、いずれも服薬の介助を行うだけという。朝は飲み忘れが多いが、夕方の訪問時はすでに薬を服薬しているときも多いと話す。	1日2回訪問。 認知症の薬を飲み忘れることがあるため、服薬確認と服薬の介助の見守り
時間	AM8:45～AM8:55	
疑問・感想	認知症の方への介護は多い。しかし、実質の訪問時間が5分ではCさんのような薬の服薬介助と言えども、もっと介入の仕方があるのではないかと思った。部屋の環境から見て、食事はきっちり食べているのか、排泄の状況も気になった。 Cさんのお宅では、まずは環境整備から始めることは大切だと感じた。薬も大切だが、日本ならまずは環境整備から始める事例かと感じた。 Q：Cさんへのサービスは、服薬確認で良いのか？	A：ドイツの介護保険制度では最近まで認知症の方々への介護は十分でなかった。これから、認知症の方々にとって手厚い介護が展開されるのであろう。

24時間ウクライナ人介護士が就く寝たきり高齢者Xさん

	事柄	備考
利用者環境	住環境：フランクフルト郊外の高級アパートメントの一室 (この建物も所有している) 室内環境：非常に広い部屋で一人、ウクライナ人の世話人が24時間就いている部屋に世話人と共に暮らしている別の部屋にウクライナ人世話人が住み込んでいる家具など調度品も高級感がある部屋	

利用者紹介	<p>男性：男性 95 歳 糖尿病、パーキンソン病、うつ病、寝たきり、要介護 4、意思の疎通も不十分であるが、こちらの声かけに返事をする事ができる</p> <p>別居の息子の協力がある</p> <p>ウクライナ系世話人が 24 時間住み込みでケアをしている</p>	<p>現在、要介護 4 から要介護 5（最重度）寝たきりに変更中</p>
AP の支援	<p>ウクライナ系世話人（専属に X さん息子に雇われている）から昨日の様子をうかがう。ウクライナ系世話人は日常会話は何とか出来るようであったが、X さんの指示した机等を用意してほしいと話す内容が、理解出来ずにいようだった。そのため、X さんがスマートフォンを使って通訳をして指示していた。</p> <p>その後、部分清拭（手、脇、陰部）、おむつ交換を含んだ排泄介助、シーツ交換、パジャマの交換を行った。本人の希望により、最後に香水を身体につける。</p> <p>別居の息子がみえ、X さんと親しげに話す。会話の内容は、要介護 4 から要介護 5 に変更をすることの相談であった。</p>	<p>〔ウクライナ人世話人の仕事〕</p> <p>ケア内容は、X さんの食事を含めて身体の介護以外ケアしているとのことであった。X さんがケアする時には、部屋に入り直接手伝うことはなかった。ここでは、訪問のケア後の片づけは、ウクライナ系世話人が行う。ケアの分担は明確に出来ていた。言葉でのコミュニケーションは充分ではなかった。</p>
時間	AM 9 : 0 0 ~ AM 9 : 5 5	
疑問・感想	<p>Q：ウクライナ系世話人に、スマートフォンを使って会話をすることは大変ではないか？</p> <p>言葉も十分でない外国人世話人と X さんがどのように連携を図っているか理解ができた。核になる介護職員が、いかに利用者家族との信頼関係が出来ているかが重要である。外国人の世話人と共存していくためには、互いの良いところを尊重しながら、出来ない言葉や技術をいかに補うかがポイントであろう。日本の介護現場は、新人に見て覚えてもらうことが多いが、言葉で伝えることが重要だと感じた。ドイツの介護は、「時間がない」と話す日本の介護現場のような職人的現場教育とは異なる。</p>	<p>A：時間をかけて指示内容等をしっかりと伝えることが出来れば、X さんがいない時にも利用者にともしっかりとした対応をしてくれるので、面倒ではないと話す。</p>



ウクライナ出身の世話人

室内で歩行器を使い移動をしている認知症の女性 E さん

	事 柄	備 考
利用者環境	住環境：フランクフルト郊外のアパートメントの一室 室内環境：2LDKの薄暗い部屋である。ベッドルームは洗濯物がいっぱい干してある。	
利用者紹介	女性：87歳 アルツハイマー型認知症 腰痛症でコルセットを装着している。室内は歩行器を使用して移動することは可能である。一人暮らしだが、昼食は別居の夫と共に食べている。毎日来て身の回り面倒を見ている。	一日の大半を一人でいることが多いため、D氏に同じことを常に話しかけている
APの支援	利用者 E さんは、すでに裸になっており浴室の前で D 氏を待っている。玄関で訪問を確認すると、歩行器を押し浴室でシャワーを浴びる準備をしている。すぐに、D 氏も浴室に入り全身をシャワーで流し、全身をタオルで洗う。その後、裸でベッド	訪問するケアの流れが出来ているのか、利用者も準備をしておらず無駄なく

	<p>ルームに戻り、着替えの介護を行う。昨日、足にびんを落とし、足先から足の甲までかなり大きなあざが広がっていた。</p> <p>着替えが終わり、依頼のあったベッドルームの洗濯物から布団、枕にシーツをかけた。夫が訪問して来た。腰の痛みや、足の具合を確認して昨日の足のけがによって薬が追加されているため、薬入れに薬を一週間分追加している。腰の痛み止薬であるモルヒネを過剰に飲んでしまうことがあるため、管理をするとともに、余分に飲んでいないか、夫と共に確認をする。</p>	<p>スムーズにケアがなされている。</p> <p>生活に不自由さはあるものの、出来ることはほとんど手を貸さないようである。危なさはなかったが、洗身や着替えも見守る部分が多くあった。家事に関しても、洗濯はEさん自身で行えるためにしないと言う。出来ない上掛け布団にシーツをかけることや、枕カバーをかける援助はしている。</p>
時間	AM10:10～AM10:40	
疑問・感想	<p>腰痛の薬（モルヒネ）を過剰に服用してしまうため、非常に慎重な服薬管理が必要だと話す。昨日、足のけがに関して処方された薬について利用者Eさんは把握しておらず、事業所に電話をかけて薬の確認をしていた。</p> <p>利用さんの認知状況を考えると、一人暮らしで別居の夫がいなければ、訪問介護だけで援助する限界が来ていると感じている。かなり、本人の自立支援を考えた支援がなされているが、別居であっても家族介護に任せる範囲は非常に多いと感じた。同じことを何度も話すEさんに対して、D氏は、少々うんざりしている様子が伺われた。</p>	



服薬介助

同居の息子が介護をしている若年認知症の母親 F さん

	事 柄	備 考
利用者環境	住環境：フランクフルト町中心のアパートメントの一室 室内環境：2LDKの薄暗い狭い部屋である。TVがついたダイニングで人形を抱き椅子に座っている	
利用者紹介	女性：60歳代 若年性アルツハイマー病 意思の疎通不可 一日を今の椅子で座っている 独り言を話すが意味はわからない 全く視線も合わない 介護者である息子30歳と同居（息子は仕事に就いていない）娘も同居しているが週末のみ介護をする	
APの支援	息子が、かなり重度の認知症である利用者 F さんに声をかけたが全く視線も合わない状況である。指示した内容をどこまで理解しているかわからない。しかし、D 氏の声かけにより椅子から立ち上がり、スムーズに自分の足で歩行をして浴室に行くことができた。脱衣室がないため廊下で、息子が脱衣を全介助で手伝った。その後、浴室で D 氏によるシャワー浴をする。立位保持も何とかできる、体の向きを変えたり足を上げて洗ったりと手慣れた様子であった。シャワーヘッドからお湯を全身に浴びるのではなく、ホースの先から出るお湯を、部分的に流水で流すような感じで、日本のように大がかりな様子はなかった。シャワー浴後、タオルで大まかに拭いた後は、息子がベッドルームに連れて行き着替えをさせていた。着衣をしている最中で退室をした。	・週に3回(月、水、金曜日)にシャワー浴介助 この日は、シャワーを浴びてタオルで体を洗う
時間	AM11:00～AM11:20	
疑問・感想	Q：家族が介護する上での報酬は？ 息子はFさんの介護のため、仕事を持ってない。利用者Fさんは若いのもっと専門的サービスを受けたほうが良いのではと考える。息子が世話をすることでFさんの症状が重度化することを考えなければならないのではないかと疑問に思った。その点について、D氏から、「確かに心配をしたが、息子は自宅でゲームをしたりする趣味を持っているので大丈夫ではないか」との返事だった。	A：ドイツの介護保険制度は家族が介護することで家族介護料金が支払われる。息子が介護することで、1200ユーロの介護保険サービスの中の800ユーロを現金給付で受け取ることが出来る。

糖尿病による足指が壊死を起こしている一人暮らしの男性 G さん

	事 柄	備 考
利用者環境	住環境 : フランクフルト郊外のアパートメントの一室 室内環境: 決して綺麗ではない部屋である。玄関に大量のビールが置いてあった。部屋の壁にも、ビールのポスターが貼ってあった	
利用者紹介	男性: 50歳代 糖尿病 糖尿病による足の指の壊死 一人暮らしで家族はいない 自宅でパソコンの仕事をしている	
APの支援	糖尿病による、両足指の壊死によりドレッシング剤にて足指の保護をする。ベッドで横になってもらい、はがれかけていた保護テープをはずし、消毒をする。日本の介護士はこの行為は医療行為のため実施できないが、D氏は上手に処置をしていた。新たなドレッシング剤のフィルムを貼るが、足の指の回りに貼り付けるため、テクニックが必要である。壊死部分はかなりあったが、保護だけであった。	
時間	AM11:35~AM12:15	
疑問・感想	褥そうのケアをしている D氏を見て、本日の訪問で初めて看護師の業務を見た。ドレッシング剤の保護は難しく、やり直しをしていた。日本では、この行為は訪問看護師が行っている業務である。 室内に置いてあるビールも気になったが、日本では糖尿病の食事管理は重要である。ここでは病院の栄養士が食事管理をしているので、訪問介護では調理や食事の指導はしないという。しかし、調理をするのはGさんだそうで、一人暮らしの利用者さんだから生活を見ているという責任が伴う仕事なら、食事のことも含めてケアすることが大切な介護ではないかと感じた。	



壊死部分の手当

7-2. 同行訪問の知見：

全体的に徹底した自立支援であった。日本では服薬の時に自立支援をしているが、手を差し出すことも多い。今回の同行訪問においては、介護者は薬を手差し渡すのではなく、机に置いて、利用者自身が1粒1粒手に取って口に手を動かす。そうすると、例えば5粒あれば1食につき5回は手を口に持ち上げる行為をするので、1日では15回に及ぶ。これはしない場合と比べると違いが出ると考えられ、機能維持に焦点が当てられた自立支援であった。特に若い利用者だから意識させているのだろう。記録に血圧の数値は入れるが、日本のように体調や状況について詳細に書くことはなかった。

介護はゆっくり丁寧で、時間がないからと、筆者が手を持って高齢者を介護したところ、「自立支援としては触ってはいけない。利用者は自分でできるから手を出しすぎてはいけない」との指摘があった。「あなたが45分でできることを自分は10分でできる」と伝えたところ、「利用者のストレスになっていませんか」と告げられた。ドイツは察する文化ではないので、相手に干渉しない。自立支援はドイツの文化に合っているのかもしれない。

皮膚の清潔さと丁寧な陰部洗浄：

皮膚の清潔さは驚いた。陰部を見ればどの程度のケアかわかるものだが、老年介護士/看護師（AP）の陰部洗浄が丁寧で、今までに見たことがないくらい丁寧に皮膚がきれいだった。それだけではなく、亀頭部分を元の状況に戻していた。リスクがあるから丁寧にしていると老年介護士/看護師（AP）のD氏は説明する。皮膚のきれいさは生物学的な違いではないかという意見もあるが、一般的にはドイツの方の体重が重い場合、皮膚により負担がかかる懸念がある。丁寧な介助は、体位変換や皮膚管理とその重要性について、教育と実践が行き届いているからである。

衛生介助の違い：

手を流水で一度も洗わずに手指消毒剤で消毒をすませている。ドイツでは水で洗うべきではなく、消毒薬で洗浄するべきと学習している。流水で洗うのは介護職員の皮膚に良くなく肌荒れの原因になる。また、消毒薬の中には皮膚を守る薬がある。流水で洗うのはすごく汚れた時のみ。職業組合でも水で洗わない指導をしている。

薬の管理：

利用者が家でびんを足に落としあざができた事例では、痛み止めに病院から処方されたモルヒネを使用していた。薬の管理の仕事も介護保険のメニューの1つで、医師の指示の元、事業者が薬の管理をしている。しかし、この事例では、利用者が勝手に薬を飲む傾向があり、服薬管理が難しく、親族が毎日来て薬の確認をしていた。この例から、1人暮らしの利用者

の薬の管理には課題があるのではないかという疑問が残った。

看護と介護の組み合わせ：

同行訪問した7件のうち看護的業務は1件で、糖尿病患者の足の指の壊死の処置のみだった。他は介護業務である。身体介護や洗濯などの家事援助について老年介護士/看護師（AP）本人はどう思っているのだろうか。衛生ケアは病気とも関わりがあり資格が必要だが、家事援助は有資格者に合わないと思っているようだ。ただ、人が足りなければ老年介護士/看護師（AP）も家事援助も行うのが現状だそう。利用者を全人的に扱うという点で、また体と精神に向き合うという意味においては、どの介護職員も家事援助や身体介護ができた方が良いだろう。

社会的地位の向上：

老年介護士/看護師（AP）であるD氏は、2018年から医学を勉強する。医師になりたいという夢をもっているからだ。29歳で病院勤務も経験し、男性介護職として現在の訪問介護事業所に就職した。会社の雰囲気はよく、入社して3年に1回は昇級し、給与体系もよく給料には満足している。傷処置や糖尿病処置の資格など特別な資格を得るために教育を受けることもできる。

8. 研究成果を日本の介護現場にどう活かすか

日本にも介護保険制度が導入されると聞いた2000年以前、在宅介護を中心とする制度や、介護福祉士を生んだドイツの介護福祉について学んだ。いよいよ日本で介護保険が始まると、制度開始以前に増して、私たちは議論を深めてきた。提供できる訪問介護サービスの内容には、どのような制限があるのか。利用者支援とはどのようなことなのか。全国どこに住んでいても同じ介護が受けられるという制度には、とまどいも覚えた。

ドイツは介護の先進国であり、今後の日本の訪問介護を考える上でも大いに参考となる経験を持つ国である。今回の調査を終えて一番の収穫は、ドイツの介護における現状や課題を知ることができたこと、また訪問介護現場に同行できたことである。移民を含めて、その国を母国としない、いわゆる外国人介護人材が数多く存在し、高齢者介護のシステムの中に組み込まれていることを改めて学んだ。ドイツにおいては老年介護士/看護師（AP）から補助職、住み込みの世話人に至るまで移民や外国人材と切り離せないほどに人材は豊富だ。そして、その外国人介護人材に対して、ドイツでは国や自治体が彼らを介護人材だと認識した上で、制度や教育を細かくフォローしていると感じた。言語教育、介護教育、そのいずれもが開かれた制度となっている。これを、日本の介護現場にどう活かせるか考えてみた。

第一は、言語である。日本では、日本語能力が十分とはいえない技能実習生を受け入れることが決まっている。また、すでに家事労働の分野で外国人ハウスキーパーが活動している地域もある。日本で働く以上、言語問題は急務と言えよう。これに対して、ドイツでは前述のように移民に対する言語教育が、移民の義務として実施されている。これはドイツ連邦法で定められているのだ。

ただし、この言語教育はあくまでも移民に対するものであって、例えばドイツの介護分野で多く働くポーランドや旧ソ連からの出稼ぎ労働者のような短期滞在型の外国人介護人材には実施されていない。ドイツの介護では、必要に応じて看護師や老年介護士/看護師（AP）が在宅派遣される。また助手（アシスタント）や老年ケアアシスタントも介護を担っていて、チームを組んでそれぞれ在宅訪問している。しかし、それ以外の不足分の介護については、外国人の「住み込み家事労働者（世話人）」を個人的に雇って見てもらうことが多い。そこで多く働いているのが、シェンゲン条約に基づく移動の自由のもとで、国境を超えて就労する短期滞在型の外国人労働者なのである。

今回の同行訪問では、ウクライナ出身の世話人がドイツ語を話せなかった。彼女がドイツ人老年介護士/看護師（AP）と会話する際には、スマートフォンの翻訳機能を利用していた。外国人の世話人とスムーズに会話できるということは、利用者に対する的確なサービスの提供に繋がる。同行したドイツ人老年介護士/看護師（AP）は「ドイツでは、ドイツ語を話せない世話人が多いので、被介護者もその家族もドイツ語が話せるかどうかを大きな問題にはしていない。むしろ、住み込みで世話をしてくれて助かっていると思っている。長時間見てくれる人材はドイツ人ではなかなかいない」「24時間住み込みで介護をする者はロシア

語しか話せない場合が多い。スマートフォンでのやり取りも、時間の無駄だとは考えていない。翻訳機能を活用すれば、24時間介護をしてくれる相手にきちんとした介護手順や要望を伝えられる。繰り返し教える無駄が省けるから、時間をかける価値はある」と話した。「むしろ、日本や韓国の介護は時間ばかり気にしすぎる。それはかえって、利用者のストレスになるのではないか」とも言われた。

確かに、日本のホームヘルプサービスは提供時間の制限ゆえに、要する時間ばかり気になってしまっている傾向が強い。けれども、一見すると無駄に思える時間をも含めた業務環境を整えることで、スムーズなケアが可能になってくるのではないだろうか。日本における外国人介護人材との言語問題では、最初は時間がかかっても、しっかりとコミュニケーションを取り続けることが重要だ。また、介護記録に対しても見直しが必要である。同じような記述を求められることも多いが、介護記録を簡易にすることで時間短縮にも繋げられるのではないか。文章だけで書かなければならない書式を、チェックボックスで済ませられるような工夫をするだけでも違ってくる。テンプレートとして形式を決めても、ある程度の文章は簡素化できるだろう。

日本の介護現場へのヒントの二番目は、外国人介護職員に文化の違いをどのように伝えるかである。利用者の生活を支えるためにも、やはり日本の文化を知った上で介護を提供して欲しい。そして日本の文化を正確に伝えるには、外国人介護職員の母国の文化の違いを母語で説明できるネットワークの構築が必要だ。その前段階として、まずは母語で相談できるシステムもあった方がよい。

ドイツで視察した外国人材派遣会社は、24時間住み込みで働く「世話人」の連合会でもあった。会に寄せられる相談は世話人からばかりではなく、その利用者である高齢者からくることもある。そうした相談に対応する人材は、ドイツ語とその国の言葉の両方ができる者で、必ずしも介護の専門家ではないが、社内研修を受けて介護の状況を知っている。しかも、相談を受けるのはドイツ国内だけではなく、海外のオフィスでも同様に対応する。

では、このような外国人介護人材が母語で相談できるシステムを日本で作るとして、どこを母体とすれば良いのだろうか。やはり外国人介護人材を抱える協会や職能団体、身近な介護福祉士養成施設が協力して相談機能を構築することが望ましいのではないだろうか。非営利団体の介入によって、営利企業では見えてこない、本質的な外国人介護人材の課題が可視化されるかもしれない。

三番目の提案は、外国人介護人材に日本の介護を伝えることは、日本の介護職員のスキルアップに繋がるという点である。今回の視察で、日本の介護には言葉で伝えることが難しい部分もあると感じた。そのため、いわば「職人芸」のように、先輩介護士について「見てまねる」ことが多かった。これを改めて外国人介護人材に言語化して伝えることが、今までの我流介護を見直す良いきっかけになるのではないだろうか。日本人同士だと、わざわざ言葉にしなくても雰囲気を通じる部分があるが、それは外国人介護人材にとって難しい部分でもある。介護を丁寧に言葉で伝えることは、教える側にも内省と気づきの効果をもたら

すと考える。日本の介護を見直し、根拠ある介護を考え活かす機会となるだろう。

ドイツでの同行訪問で実感したのは、利用者への自立支援の技術やその考え方が、日本よりも丁寧であるという点だった。ドイツの老年介護士/看護師（AP）は、利用者のできることを見極めて、時間をかけるべきところは時間をかけて見守る。例えば、利用者が介助用バーを握ろうと手を伸ばしている際に、つい私たちがその手がバーを握れるように誘導してしまったことがあった。するとすかさず、それを見ていた老年介護士/看護師（AP）に「その利用者は自分でバーが握れるから、手は触らないで」と注意された。いつも「利用者の自立支援を考えた援助を」と自戒しているのだが、時間にかまけて親切に介助することが自立支援を損ないうる行為だと指摘されて、私たちはショックを受けた。今さらながら、自立支援とは本当は何かということに気付かされたできごとでもあった。

今回の調査で得た、日本の介護に活かすべき最後の点は、同じく介護を担う人材として、外国人介護人材と共に介護を支え、考えることだ。言葉や文化の問題、そしてその外国人介護士が抱える課題のクリアだけに注目するのではなく、利用者に対してできる行為を教育課程において明確にしていくことも必要ではないか。介護人材は誰でも良いわけではない。しっかりとした介護の教育を受けた者が、利用者の心身の状況に応じたケアを提供すべきだ。

現在の日本では、例えば吸引や経管栄養などの医療的ケアは、その研修を修了し、理論と実践を評価された介護士しか実施できない。医療行為の範疇のケアであるため、いわば限定された業務なのだ。身体介護に関わるケアはすべて、こうあるべきではないだろうか。段階別に研修を修了しなければケアを実施できないシステムさえ構築してしまえば、逆に一定の教育を受けた明確な業務実践者であれば、それが日本人介護士でも外国人介護士でも問題ではなくなる。

私たちは、視察した施設や事業所、養成施設で常に「（その国における）外国人介護人材の課題」を尋ねてきた。スウェーデンのストックホルム市の高齢者福祉局でも、同様の質問を投げかけた。介護人材の質を上げるために外国人介護労働者向けの研修を試みたが、上手くいかなかったようだ。ただし、これはスウェーデン人介護士でも同様であった。それでも、2022年に介護士の業務が医療行為とされるものにまで拡大されるため、外国人介護士に限定せず一律に、業務拡大のための研修が追加されるとのことだった。ノーマライゼーションの考えからすれば、外国人であっても研修を受けてクリアできれば業務は平等という考え方からは学ぶべき点が多い。

すでに明らかにしてきた通り、これからの日本の介護において外国人介護人材が増加することは間違いない。ただ、すでに外国人介護人材にスポットを当てる段階は過ぎつつあるように思う。それほどに外国人介護人材は「当然」の存在となってゆくだろう。日本の訪問介護にも、外国人介護人材によるサービスの提供が組み込まれるのは、時間の問題である。その際に重要なのは、利用者の介護を受ける権利の保障という基本事項を常に自戒することである。超高齢時代をゆく日本には、制度と共に走りながら考える余裕はない。その時に

あわてないように、この調査で学んだことを活かし、利用者の立場で考える余裕を持ち続けたいものだ。

9. 資料：中央研修会シンポジウム

本事業の成果は、日本ホームヘルパー協会主催の中央研修会(2018年3月11日)においても共有を図った。ここでは、用いられた配布資料を添付しておく。

本年度は

ホームヘルパー中央研修会 参加者募集

4月からの制度改正に備え、改正内容の確認と「生活機能向上連携加算」に必要な業務上の視点等をご確認いただきます。また、当協会の研究事業の成果を発表いたします。

2018 3/11(日)

会員無料・非会員 3,000円

【会場】東京グランドホテル 3F 蘭の間
東京都港区芝 2-5-2

この研修会は、訪問介護員・サービス提供責任者・訪問介護業務関係者の資質向上のために実施するものです。

※研修内容や演題は当日までに変更になることがあります。

都営地下鉄 三田線「芝公園駅」徒歩 2分
都営地下鉄 浅草線・大江戸線「大門駅」徒歩 8分
JR 山手線 京浜東北線・東京モルル「浜松町駅」徒歩 10分

9:30~9:50 受付

※9:50~オリエンテーション・開講式を行います

10:00~12:00

シンポジウム 海外における訪問介護の実情と日本の将来

本シンポジウムは、本年度、一般財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会より委託を受けて、当協会が京都大学大学院文学研究科安里研究室と組んで研究を行った「外国人介護人材による訪問介護サービスの提供についての課題と対応策に関する調査研究事業」の成果をお伝えするものです。日本への外国人介護人材の受け入れについては、「EPA」「技能実習」「在留資格『介護』』という3ルートが設けられおり、皆さんが外国人の介護人材と肩を並べて仕事をする時代がすぐそこまでやってきました。本調査研究事業では、いち早く、外国人の介護人材を受け入れているドイツ・スウェーデンの実態を参考に、グローバルな視点から訪問介護の制度と実情、多様な人材に焦点を当て、将来の日本の介護のあり方を考えます。

○「統合ケアと海外人材の位置づけ:アジア・欧州の事例から」

安里和晃 氏 (京都大学大学院文学研究科 准教授)

○「海外ヘルパーの同行訪問で見えてきたもの:ドイツを中心に」

大崎千秋 氏 (名古屋柳城短期大学専攻科介護福祉専攻 准教授)

○「日本における訪問介護の現状と課題」

因 利恵 (日本ホームヘルパー協会名誉会長)・青木文江 (日本ホームヘルパー協会会長)



12:50~13:40

講義: 介護保険制度の最新動向について

厚生労働省老健局振興課

13:40~14:30

講義: 障害福祉サービスの最新動向について

厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課

平成 30 年度制度
改正を理解しよう

14:40~16:10

講義: ヘルパーが持つべき高齢者の基礎体力向上の視点 —訪問介護と訪問リハビリテーション連携の観点から—


平成 30 年度報酬改定では、「生活機能向上連携加算」の要件が拡大され、サ責とリハ職等の連携によって自立支援と重度化予防に軸足を置いた訪問介護がますます推進されます。本講義では、リハ職との連携に当たりヘルパーが必要な知識や観察の視点、また、利用者の日常動作の改善に繋がる声かけやヘルパーの動き方等について学びます。

木本 裕 氏 (今川医療福祉グループ 社会福祉法人筑水会 ライフサポートサンルーナ デイサービス主任)

- 昼食のご案内 -

研修会は、12:00~12:50 (50 分間) の昼食休憩時間を設けておりますが、会場へはお弁当等の外部からの持ち込みが禁止されています。会場で用意するお弁当 (ちらし寿司弁当 1,000 円※特定原材料 小麦、卵、乳) を事前にご注文いただくか、東京グランドホテル内のレストラン (休日に利用できるのは 1 階のコーヒーショップのみとなります。また席に限りがあります) をご利用ください。また近隣には、ファミリーレストランが 1 軒ありますが休日は大変混んでいきますので、お弁当の事前注文をお勧めいたします。

お申込みは
裏面をご確認
ください

主催:  日本ホームヘルパー協会

共催: 一般財団法人長寿社会開発センター

【お問合せ・申込み先】(担当: 吉田・松本) TEL 03-5470-6759 FAX 03-5470-6763

〒105-8446 東京都港区西新橋 3-3-1 KDX 西新橋ビル 6 階

日本ホームヘルパー協会

検索

<http://nihonhelper.sharepoint.com>



「ホームヘルパー中央研修会」申込書

○事業所で申込者を取りまとめている場合、ご記入ください。

事業所名		記入者	
連絡先	〒 _____ 都・道・府・県	TEL (_____)	FAX (_____) Mail: _____

※法人で取りまとめていただいた場合、ご連絡が必要となった際は法人にまとめて行ないます。

研修申込者名簿

フリガナ		日本ホームヘルパー協会
氏名		会員 (_____ 県支部) ・ 賛助会員 ・ 非会員
職種	訪問介護員 ・ サービス提供責任者 ・ 管理者 ・ その他 (_____)	
連絡先	※個人申込の場合、ご記入ください。 〒 _____ 都・道・府・県 TEL (_____) FAX (_____) 携帯番号 (_____)	
お弁当の注文	必要 (別途 1,000 円) ・ 不要  お弁当をキャンセルする場合は、 <u>3月7日(水) 16:00</u> までに必ずご連絡をお願いします。ご連絡なしに当日キャンセルされた場合は、後日、代金をご請求させていただきます。 ※確認したら <input checked="" type="checkbox"/> 確認しました	
通信欄	※遅刻等、事務局への連絡事項があれば、ご記入ください。	
フリガナ		日本ホームヘルパー協会
氏名		会員 (_____ 県支部) ・ 賛助会員 ・ 非会員
職種	訪問介護員 ・ サービス提供責任者 ・ 管理者 ・ その他 (_____)	
連絡先	※個人申込の場合、ご記入ください。 〒 _____ 都・道・府・県 TEL (_____) FAX (_____) 携帯番号 (_____)	
お弁当の注文	必要 (別途 1,000 円) ・ 不要  お弁当をキャンセルする場合は、 <u>3月7日(水) 16:00</u> までに必ずご連絡をお願いします。ご連絡なしに当日キャンセルされた場合は、後日、代金をご請求させていただきます。 ※確認したら <input checked="" type="checkbox"/> 確認しました	
通信欄	※遅刻等、事務局への連絡事項があれば、ご記入ください。	

《お申込みに際してのご注意》

- *「参加申込書」に必要事項をご記入の上、平成 30 年 2 月 23 日(金)までに FAX もしくは郵送にてお申し込みください。定員(100名)になり次第、締め切りといたします。
- *「受講決定通知」は送付しておりません。受講者数が定員に達し受講をお断りする場合、またはお申込者が少なく研修会の開催を取りやめる場合にのみ、事務局よりご連絡をさせていただきます。
- *お申し込まれた方は、当日、直接会場にお越しください。非会員の方の受講料や弁当代(お申し込みいただいた方のみ)は当日、受付にて徴収させていただきます。
- *事務局にて宿泊施設の斡旋はいたしませんので、お手数ですが各自でご手配下さい。

2018年3月11日
ホームヘルパー中央研修会：
海外における訪問介護の実情と日本の将来

統合ケアと海外人材の位置づけ： アジア・欧州の事例から

京都大学大学院文学研究科文化越境専攻

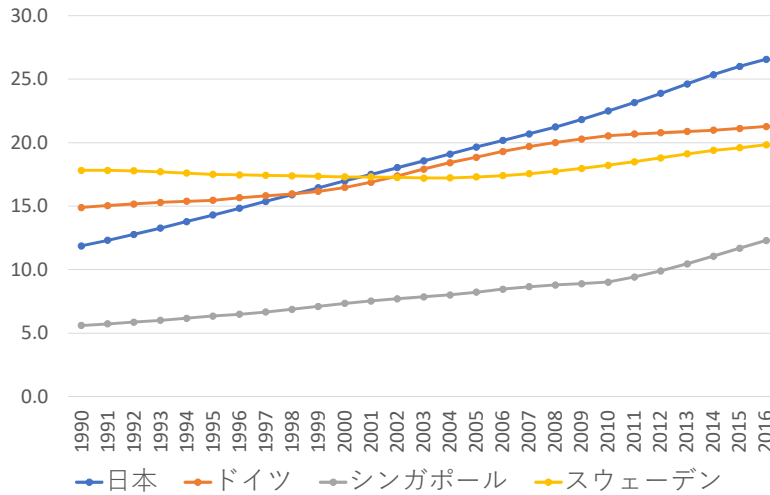
安里和晃

asatowako@gmail.com

報告の内容

- 本研究会についての説明
- 背景（人口構成と社会保障費用）
- 福祉レジーム
- 高齢者ケアにおけるフォーマルとインフォーマルの統合
- まとめ
- これからの課題

高齢化率(65歳以上)の推移



高齢化率の上昇率は出生率と大きく関係

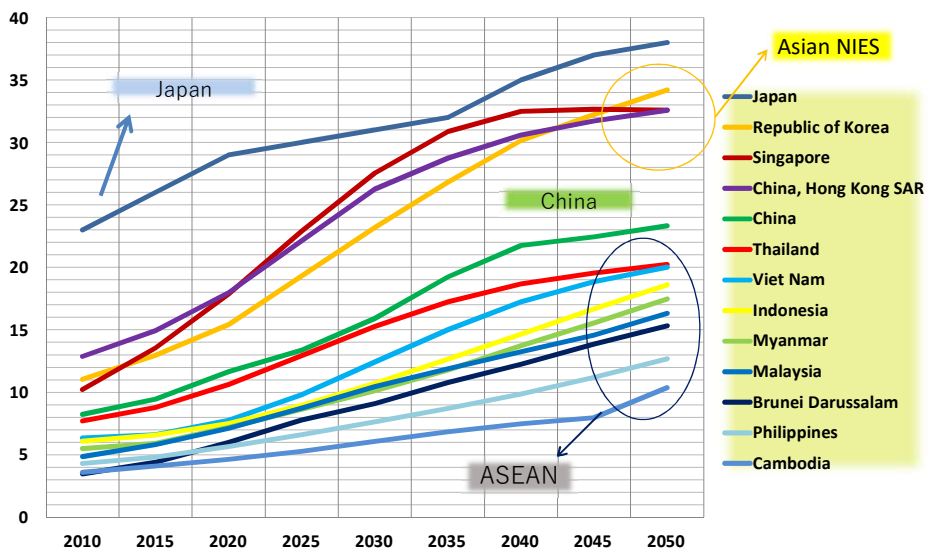
経済成長が歴史的に緩やかな欧州は高齢化率の上昇は緩やか

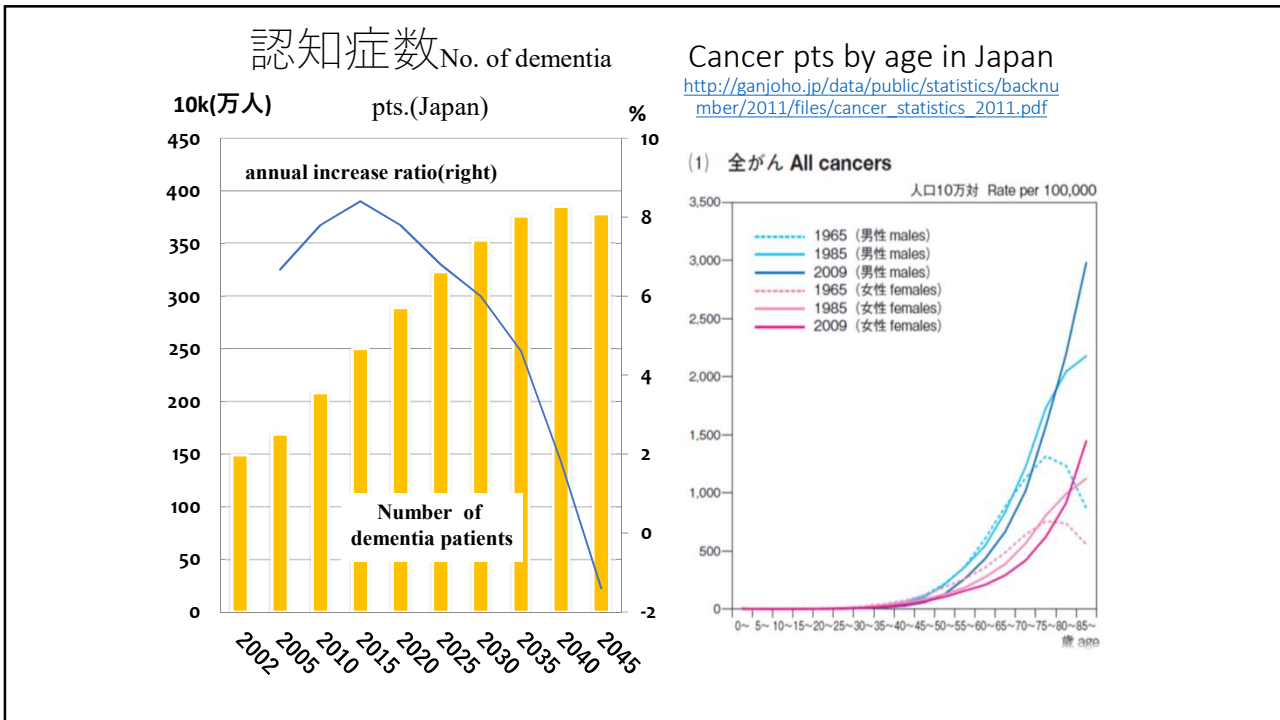
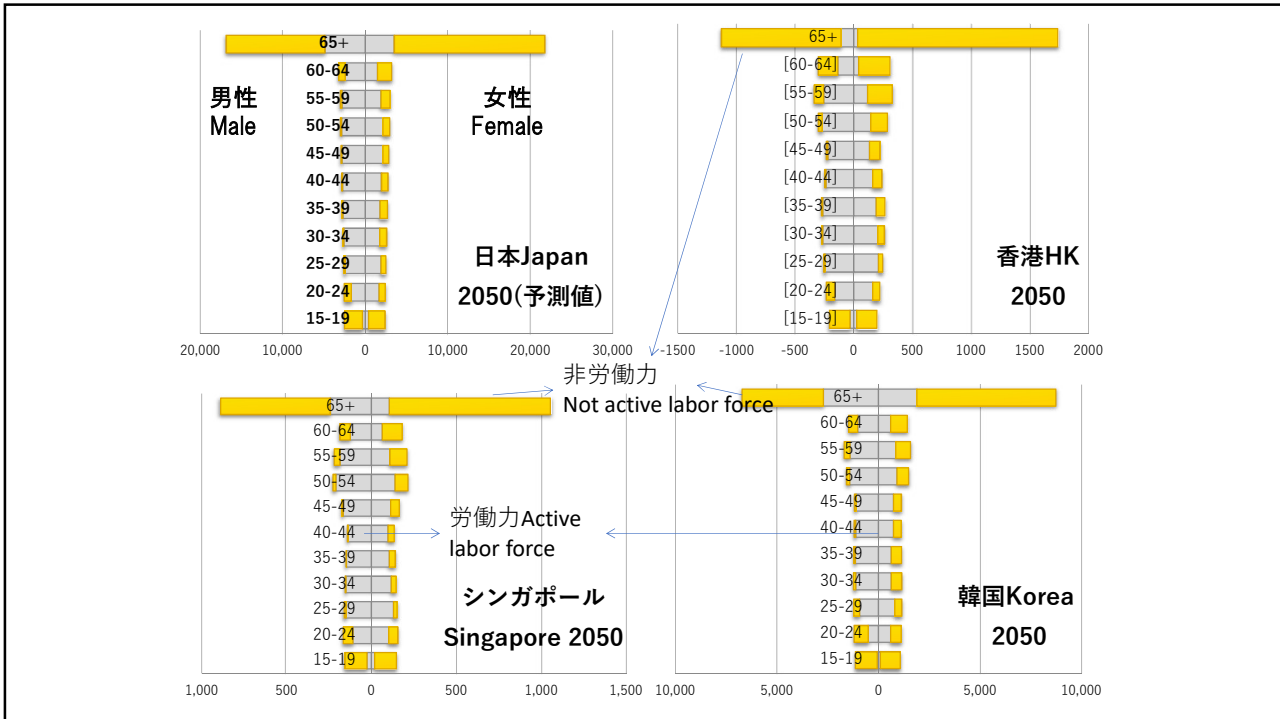
アジア諸国の高齢化率の上昇は急。圧縮されたモダニティ。

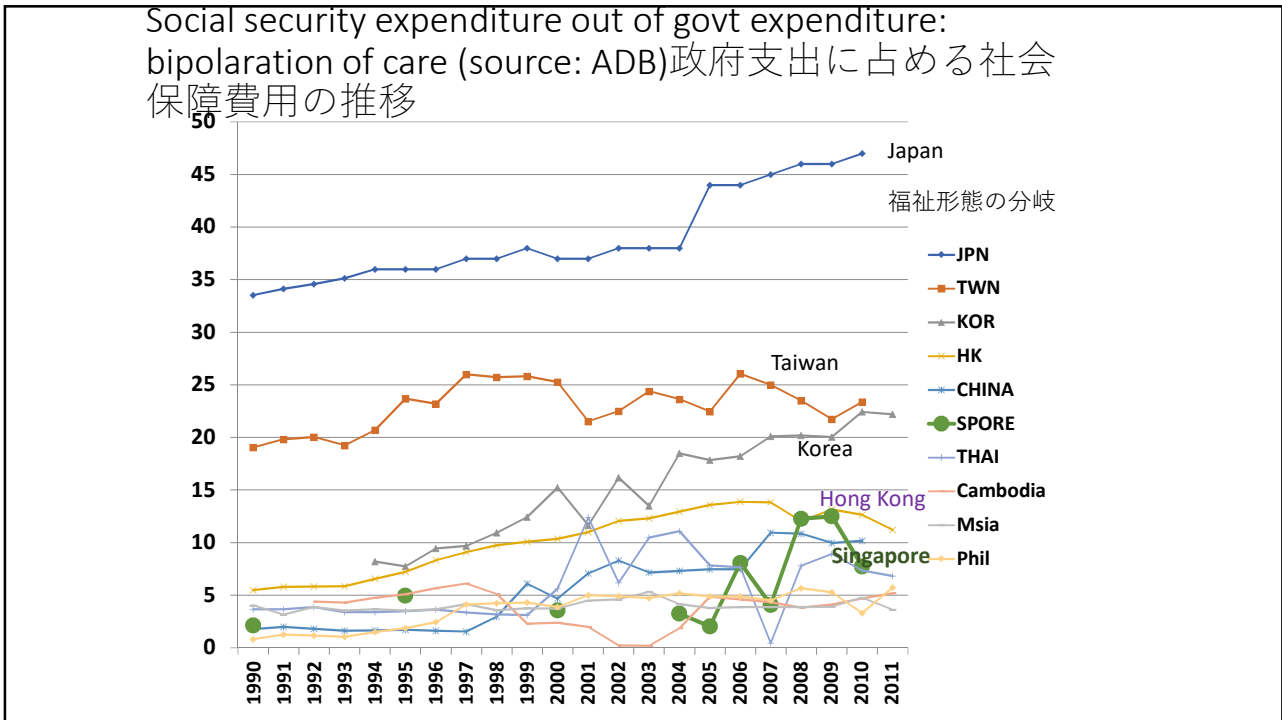
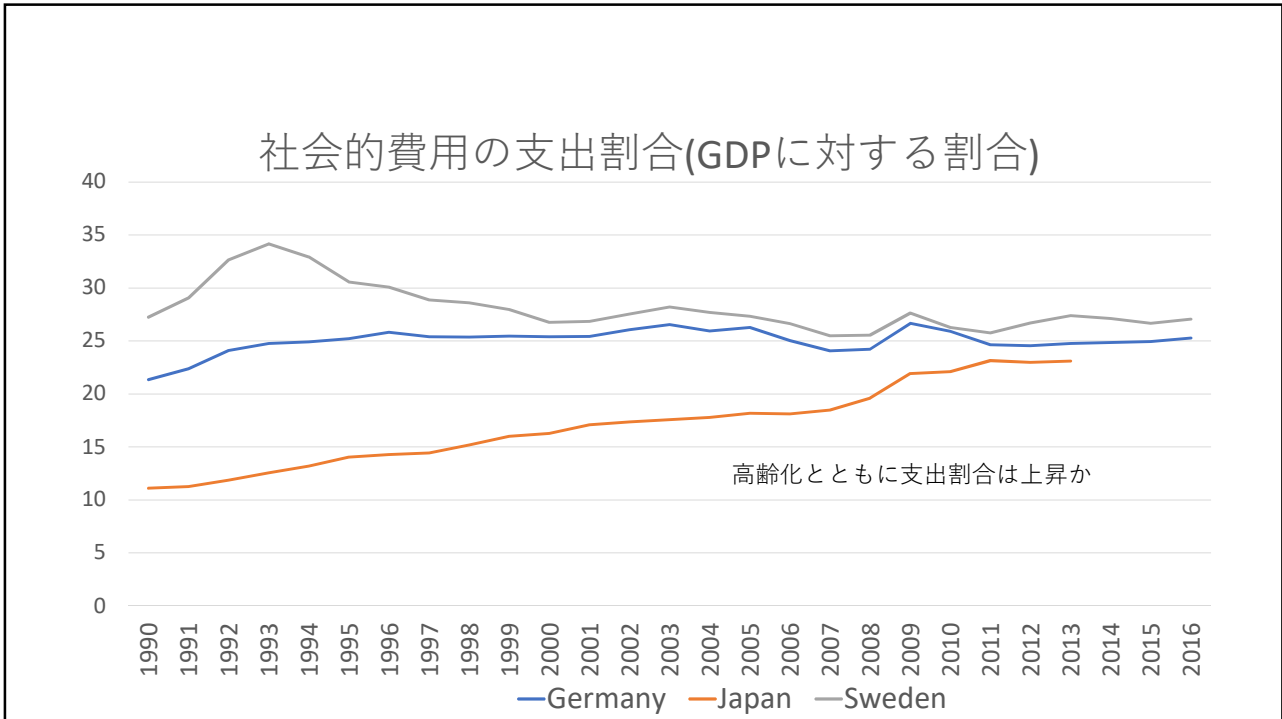
ドイツは人口政策の中に移民の流入をあらかじめ勘案している。

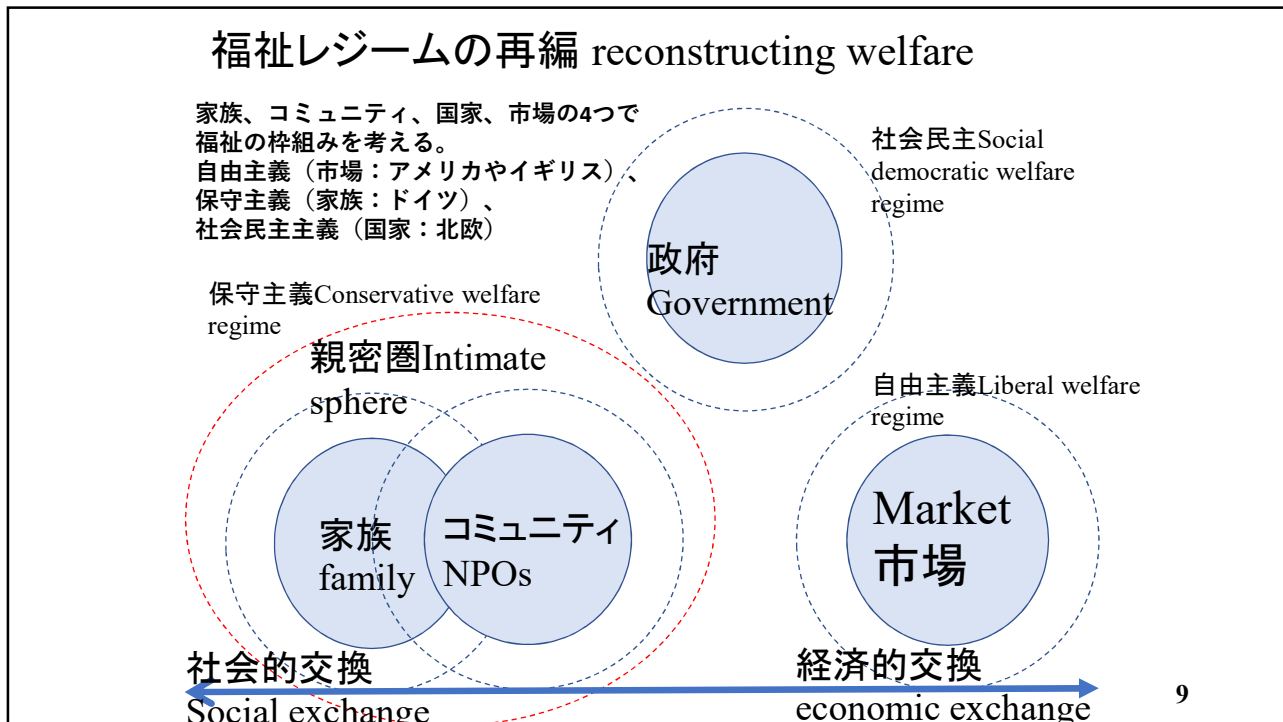
アジア諸国における高齢化率の推移 elderly ratio above 65y/o

高齢化の雁行形態と近代化との符号









福祉レジームにおける特徴 スウェーデン：社会民主主義福祉レジーム

- 普遍主義、大きな政府、国家役割大、高福祉・高負担
- リスクの社会化
- 市民の同等の権利
- 平等思考（対照的なジェンダーや移民に対する考え方）
- 積極的労働市場政策
- 競争的市場経済の容認(活用)
- 失業をいとわない積極的な産業構造転換。労働市場の高い流動性
- 積極的な職業訓練制度
- **人権の観点から難民の受け入れが盛ん。介護にも移民が多く従事。**

参考：エスピンアンデルセン、『厚生労働白書平成24年版』

ドイツ：保守主義レジーム

- 性役割分業と伝統的家族観
- 職域的な共同連帯志向
- 平等化指標は社会民主主義福祉レジームに比べると低い
- 社会保障給付は中程度
- 高齢者ケアについては現金給付が相対的に主要
- 解雇は困難で雇用保護強い。
- 教育制度重視。職業訓練に対して積極的だが、積極的労働市場政策への支出は低い。
- **移民、難民の受け入れあり。EUにおいてはEU域内移動も多い。**

参考：エスピナンデルセン、『厚生労働白書平成24年版』

シンガポール：自由主義

- 島国国家。人口が限られる。
- 開発独裁志向。小さな政府志向。福祉は最小限で残余的。
- リスクは個人・家族・コミュニティで。
- 市場中心主義的な考え方。
- 経済成長が福祉という考え方。
- 競争志向
- 教育投資だが福祉は最小限。
- 平等度は低い。
- サービスは市場による供給。
- 人口が少ないため女性の積極的活用。ジェンダー平等度高い。
- **外国人労働者の積極的導入と制限的な権利を認める移民政策**

参考：エスピナンデルセン、『厚生労働白書平成24年版』

日本：折衷レジーム

- 安定した雇用による生活保障→非正規化
- 性役割分業に基づく労働市場→共働き化
- 家族給付少なく育児支援小さい（性役割分業）
- 高齢者ケアは手厚い→若年層の社会福祉不満
- 積極的労働市場政策はとっていない。
- 非正規に対する支援弱く、参加型とは言えない。
- 「自由主義レジームと保守主義レジームの主要要素を組み合わせている」(厚生労働省)
- 外国人の導入については慎重。
- 将来は社会保障政策に対する不満と国防費増大を勘案すると高齢者ケアを守ることができるかのコンセンサスは不透明。

参考：『厚生労働白書平成24年版』

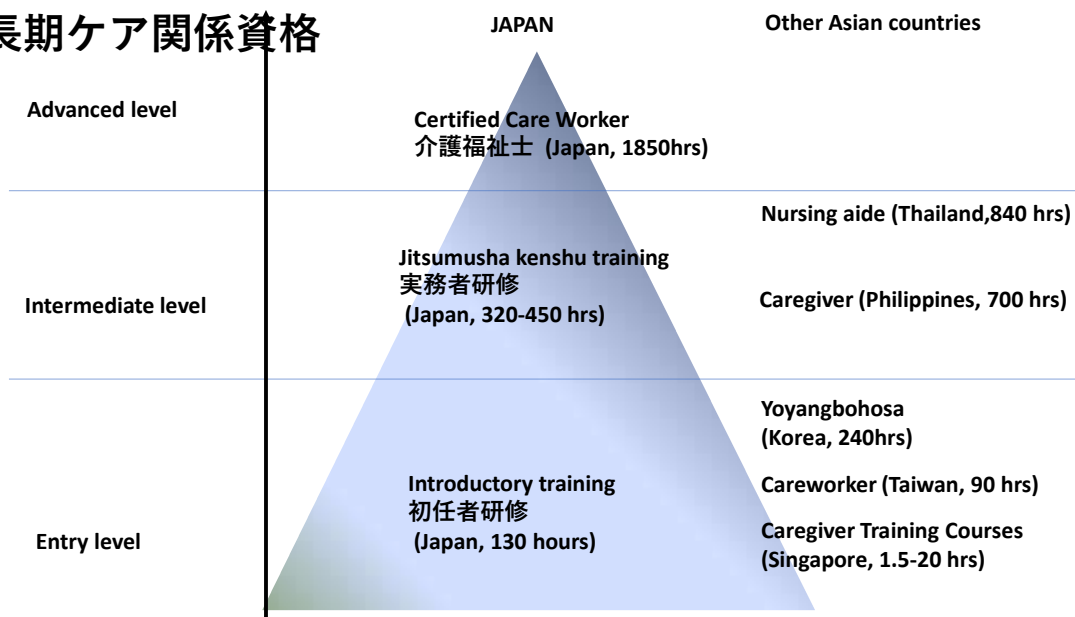
「外国人」に対するまなざし

- いずれのレジームにおいても難民、移民、外国人労働者、国籍取得者などさまざまな「外国人」が存在する。
- いずれの国も外国出身者に対する訓練制度が存在する。
- EUにおいては統計、言語、職業訓練、機会の平等などの整備が進展。移民に対しては言語習得などは全員に対して機会が開かれている。日本はEPAなどきわめてわずか。
- アジアは未整備。

高齢者ケアにおけるフォーマルとインフォーマルの統合

- フォーマルとインフォーマル（家族、コミュニティ、外国人労働者など）の統合は各国において必須。
- 特にドイツ、シンガポール、台湾
- 予防、健康促進と要介護者に対するサービス提供のつながりのある制度の統合が必要（シームレスなサービス供給体制）

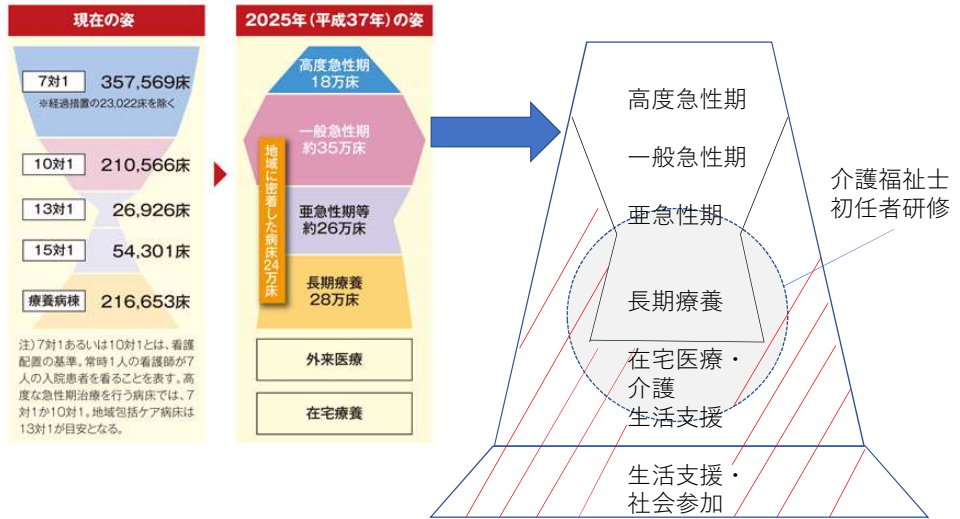
長期ケア関係資格



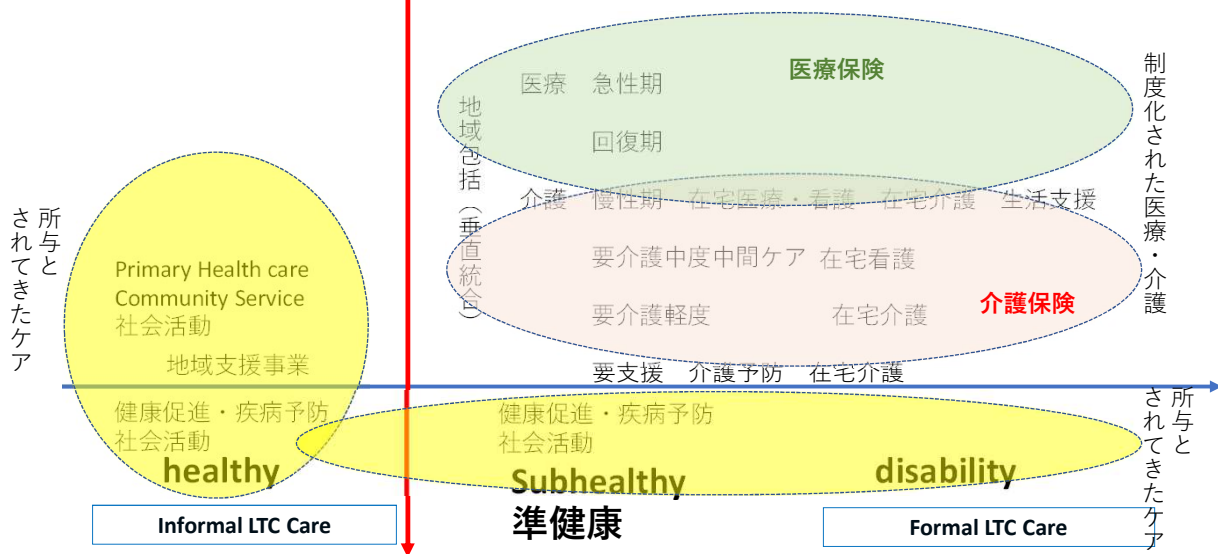
垂直統合ケアの姿 a shape of vertical integrated care

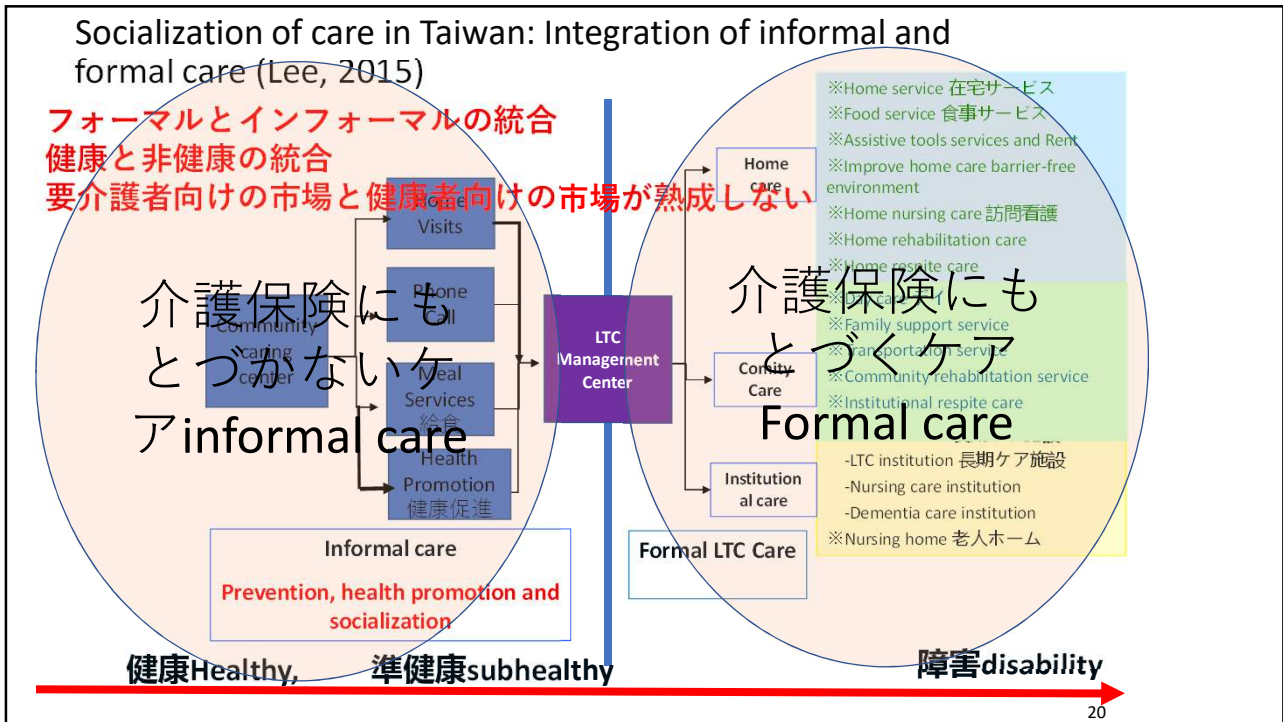
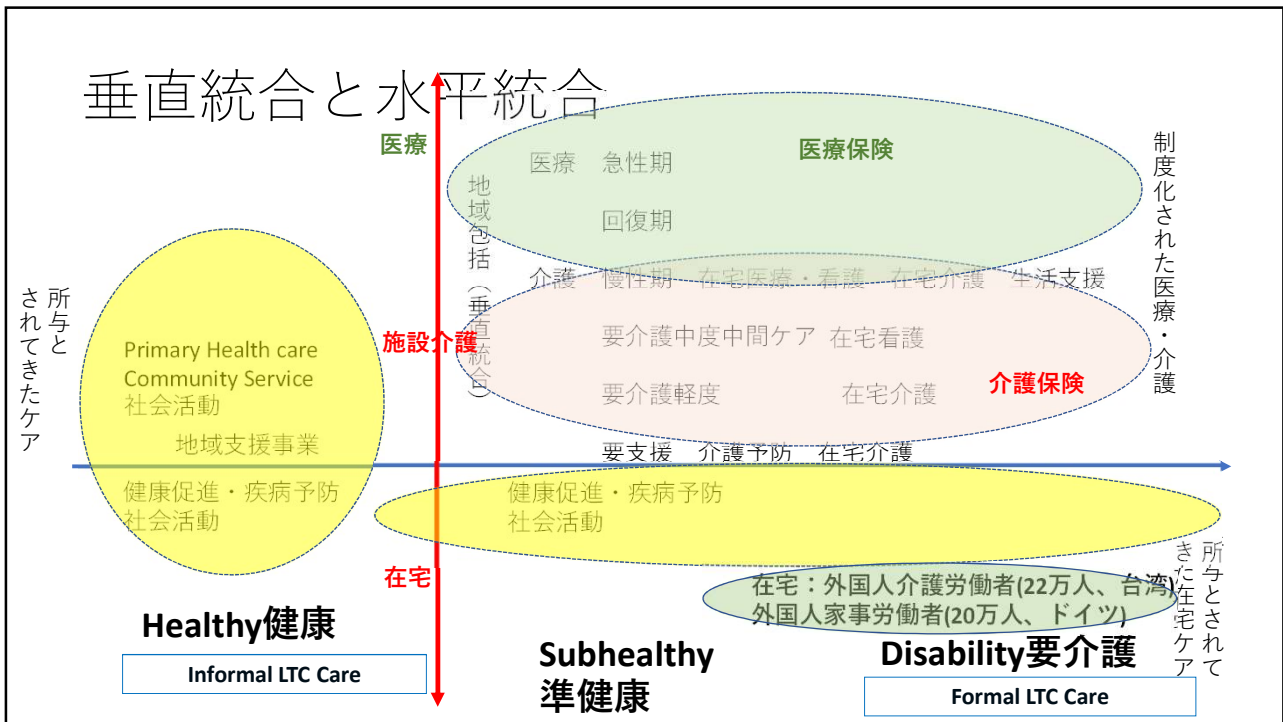
香取幹「ITを使ったケアの生産性の向上について」第17回レジデンシャルケア研究会、2017年9月30日、厚生労働省「平成26年度診療報酬改定の概要」中日新聞広告局, PROJECT LINKED事務局「病院の選択」<http://www.project-linked.jp/?p=14742>

■2025年に向けた医療機能再編のイメージ図



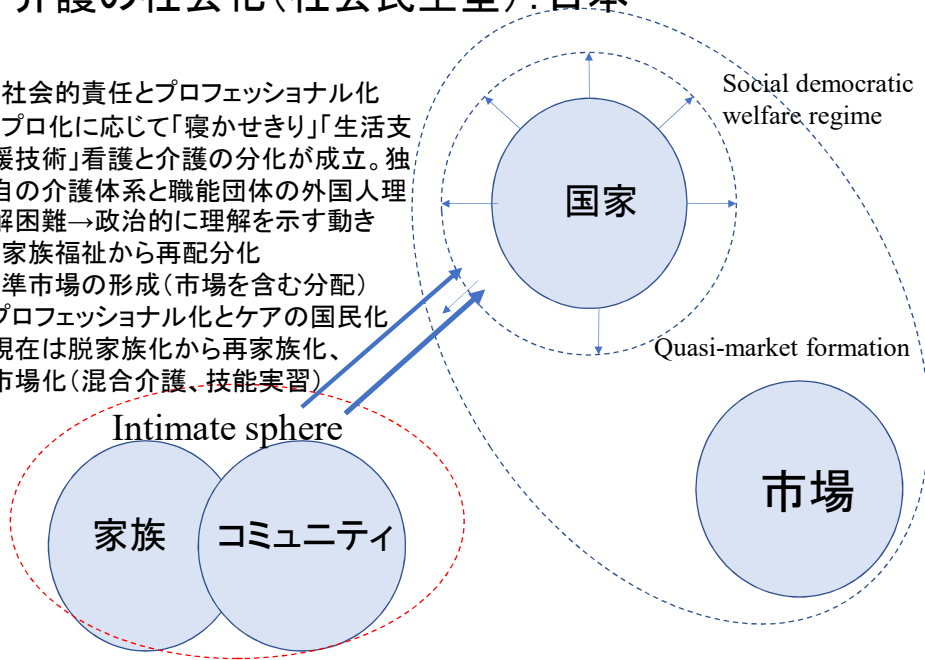
垂直統合と水平統合





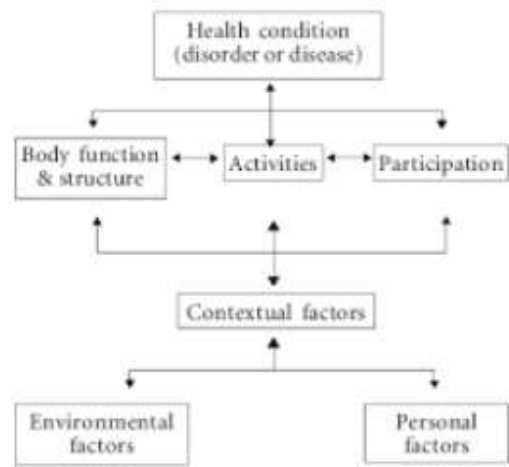
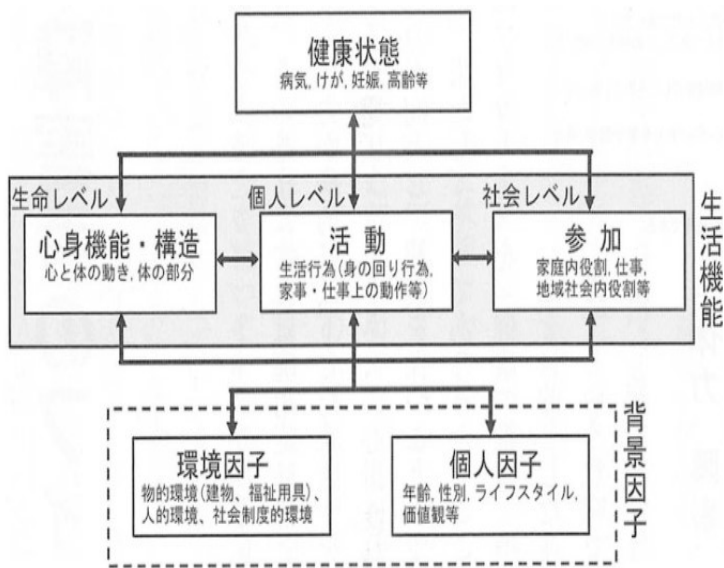
介護の社会化(社会民主型):日本

- ・社会的責任とプロフェッショナル化
 - ・プロ化に応じて「寝かせきり」「生活支援技術」看護と介護の分化が成立。独自の介護体系と職能団体の外国人理解困難→政治的に理解を示す動き
 - ・家族福祉から再配分化
 - ・準市場の形成(市場を含む分配)
 - ・プロフェッショナル化とケアの国民化
- 現在は脱家族化から再家族化、市場化(混合介護、技能実習)



21

ICF概念



Diversity of intimate spheres: community as unit of production of elderly care

- Family
- Family
- Kinship net work (relatives)
- Social networks
- Neighborhood
- Community of same interest
- Cyber community
- Associations
- Corporate community
- Community of coordinated public service: Administrative
- Etc.

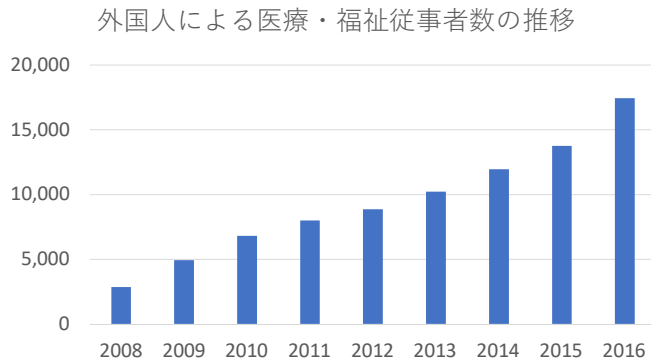
Socialization
Social care
Everyday life rehabilitation
Informal care
Social participation/socialization

認知症カフェ
コンビニなどの機関との

日本における外国人介護従事者

- 施設の3割がこれまでに外国人を雇用した経験を持つ(東京)
- 外国人住民の介護従事率は人口比率で低い→研修機会が限定され、講座が日本人向け
- EPA：3500名あまりが来日(労働市場の0.1%)。語学要件N3(ベトナム)すでに50億円程度人材育成のために使用。
 - 介護福祉士合格率57.1%(インドネシア初受験2014年)、46.7%(インドネシア全体2013年)、50%(フィリピン初受験2014年)、日本人64.4%
- 介護専攻の留学生は極めてわずか。在籍は50名程度(介養協)から数年で500名に急増。介護ビザが背景に。人材確保対策費つけられる。
- 新日系人母子の介護従事増加：パスポート没収、強制貯蓄、過酷労働などの問題、日本語教育など支援なし。自腹。

外国人介護従事者の概要



	人数	うち派遣・請負事業所	うち派遣・請負事業所比率	構成比
2008	2,846	454	16	0.6
2009	4,910	797	16.2	0.9
2010	6,786	1,078	15.9	1
2011	7,983	1,202	15.1	1.2
2012	8,849	1,211	13.7	1.3
2013	10,207	1,145	11.2	1.4
2014	11,945	1,223	10.2	1.5
2015	13,748	1,160	8.4	1.5
2016	17,434	1,278	7.3	1.6

外国人介護職員受け入れられるようになったのはつい最近
その割合は、まだ全介護職員の1%に達しない。
在住外国人、留学、難民申請者など

EPAの総括（2008年以降）

- 経済連携協定(EPA)による受け入れは**四面楚歌**。**現場・日本語教育界・有志**。マスコミ・社会的関心の強さ、合格率=協定の妥当性もあり、政府主導の基盤整備
- **当初の丸投げ批判から支援体制の充実化**。1人当たりの公的な教育支援額は**250万円程度**。使用者初期負担**60万**。(日本人と同程度)
- 就労と国試の異なる看護の合格率は低迷。介護福祉士は**50%超**。優秀な人材の雇用管理。定着。
- 雇用主、同僚、利用者、家族からの評判高い(厚労省)、一定の評価あり。
- **労働・学習環境の二極化**。有休取得、サービス残業、学習時間の二極化。
- 教育費用は直接税等で約**5年**で回収→定着率向上が課題
- **教育コストは社会コストではない。**

EPAの経験から

介護福祉士候補者の受け入れにより施設が提供するサービスの質についての考え方
(%、厚生労働省)

	施設長 n=37	研修責任者 n=37	施設職員 n=16 6	利用者 n=10 7	家族 n=10 0
著しく向上	0.0	2.7	6.0	13.1	16.0
どちらかという と向上	43.2	27.0	29.5	20.6	29.0
特に変わらない	51.4	64.9	64.5	65.4	55.0
どちらかという と質低下	5.4	5.4	0.0	0.9	0.0
著しく低下	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

- ・受け入れによって組織活性化事例も多い。
- ・毎年の調査において高い評価は維持。
- ・**外国人だからという評価ではない**。EPAを通じた人材育成を受けた結果であるとみるのが妥当。

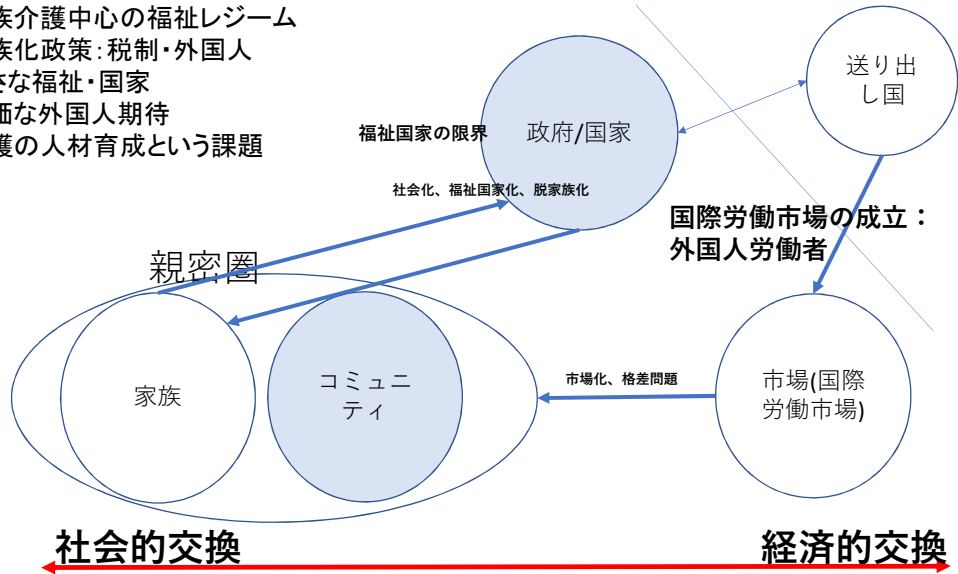
27

技能実習制度の論点

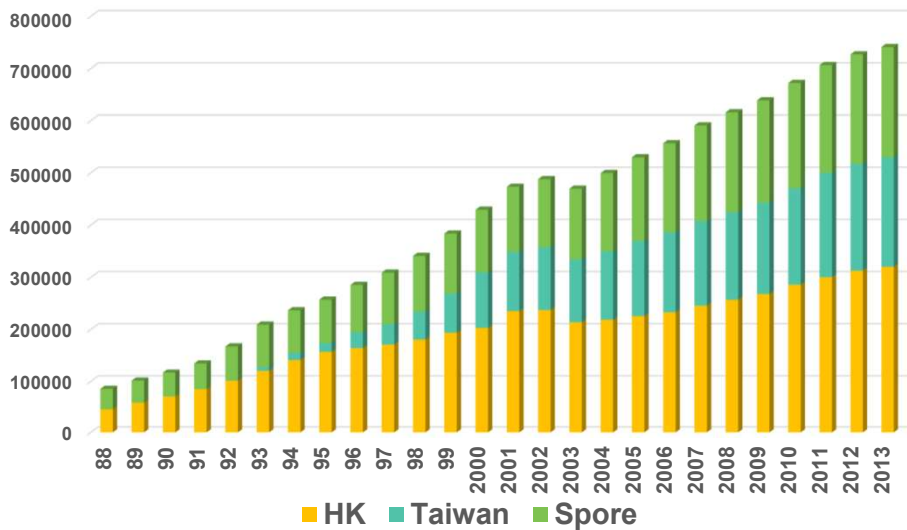
- ・制度/実態の乖離。期待/現実のギャップ。技能移転証明の追加的コスト負担。
- ・要件：経験者のみ実習生？だと中国のみ。未経験者は適正問題を生み出す。
- ・借金。同等報酬要件。適正化は人権問題なのに介護で人権問題の話題ない。
- ・安価の誤解：負担の違い(EPAは政府・使用者、技能実習は実習生・使用者)
- ・既得権益：送出国斡旋業務は寡占状態。過熱による斡旋料高騰懸念。
- ・実習内容：研修計画の認可と実施に拘束。特定業務偏重不可。適性との矛盾
- ・日本語要件：N4までのコスト負担。N4からN3を1年で？EPAより高い要件。
- ・機会損失：半年-1年の送出国研修のコスト負担,就労機会損失,家族扶養問題。
- ・「人の移動」の重み知らない介護業界。素人監理団体。雇用管理負担は大。
- ・逃亡（既にネットワーク形成あり、形骸化する留学生）
- ・アメリカ国務省『人身売買報告書』の指摘＝コスト膨大
- ・ナショナリズムの台頭（単純労働者の受け入れ不可）
- ・負のスパイラルにならないような制度必要（留学生、偽装難民、技能実習）
- ・このままでは不適切雇用が常態化。例えば、雇用許可制度や労働許可制度。

自由主義的家族主義： シンガポール、香港、台湾

家族介護中心の福祉レジーム
 家族化政策: 税制・外国人
 小さな福祉・国家
 安価な外国人期待
 介護の人材育成という課題



家事労働者数の推移



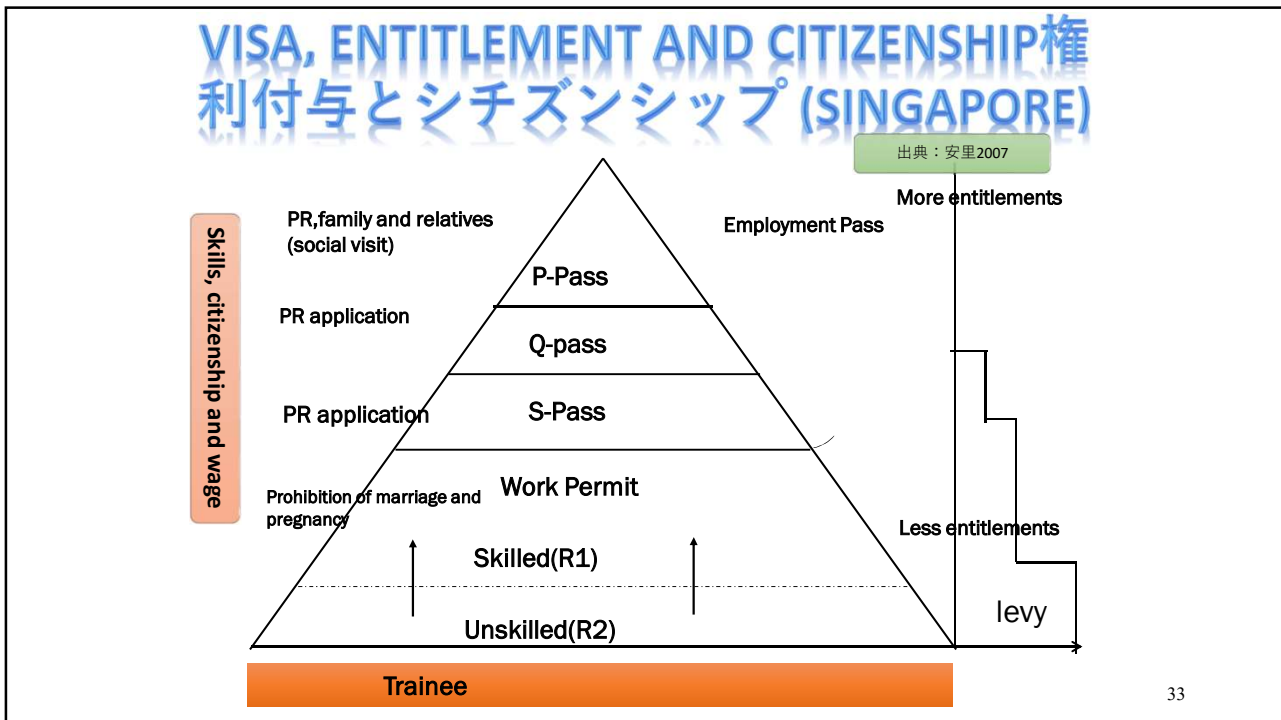
香港

- 家事労働者数352000人
- 11%の世帯が雇用
- 子を持つ世帯の30%が雇用
- 子を持つ有業女性の44%が雇用
- 雇用主の67%が家事労働を一切しない
- 23%の有障害者世帯が家事労働者を雇用
- 雇用法適用、労働組合組織化可能
- 香港政庁による人権関連介入多い

Census and Statistics Department. (2015) Thematic Household Survey on *Sharing of Housework*. Available from: http://www.statistics.gov.hk/pub/B_accessed_in_November_2017_11302562015XXXXB0100.pdf [Accessed July 2017].

シンガポール

- 優勢思想とプラグマティズム
- 23万人の家事労働者と厳しい労働条件
- アジアの優等生にして人権上の課題多し
- 特異な？シチズンシップ。妊娠検査と生涯付きまとう家事労働者の経歴
- 有高齢者、障害者世帯に対する雇用税減免
- Caregivers Training Grant：家族介護者、家事労働者に対する訓練補助
- Foreign Domestic Worker Grant：ADL3つ以上の障害があれば。



シンガポールにおける介護研修マップ(事例)

Language	Course Mode	Topic	
インドネシア語	教室	慢性病ケア	食事と栄養
ビルマ語	家庭	ADLケア	移乗と移動
福建語	オンライン	応急措置	衛生
マレーシア語		失禁ケア	心理社会的な対応方法
中国語		知的障害者に対する対応	学習障害
タミール語		経管栄養	終末ケア(緩和ケア)
タガログ語		けがの処置	転倒防止と安全
		認知症	脳卒中
			皮下注射
			口気管切開と酸素療法

- ・ 家族介護者や家事労働者に対する講習
- ・ 年間2万円弱であれば費用補助が受けられる
- ・ 体系的な講習ではなく即効性のある講習

外国人家事労働者入れ替えの試み

- 雇用政策として外国人家事労働者入れ替えの試み（香港、台湾）
- 時間制限、地理制限、賃金制限、近似性の政治の理由により住み込みを排除するのは困難

家事労働者は浸透するか

- 1991年の台湾政府の報告書
- 普遍的制度から部分保険へ移行するか
- ドイツは介護保険制度を持ちながら20万人以上の東欧女性を家事労働者として受け入れている。
- ドイツの事例 家族給付と部分給付は事実上の家族化志向。CF.韓国など
- 介護保険制度が税50%から成立し自己負担10%である限りは家事労働市場は発達しそうにない。

ドイツにおける移民に対する施策

- 社会統合政策（必修化された言語教育支援、職業訓練）
- 職業訓練は無料で奨学金相当も存在するため、経済的な問題はクリアされる。外国人母子家庭の母親による看護資格取得の例
- フレキシブルな労働市場：就労困難な人に対するパートタイム4時間労働雇用
- 複雑化するチャネル：移民、難民、EU域内移動、
- 似て非なるドイツの介護保険：部分保険、家族主義、現金給付、外国人家事労働者の雇用
- 20万人のポーランド等外国人家事労働者による日常生活補助→どのように介護保険と接続させるか

まとめ

- 福祉レジームに関わらない共通した現象としての海外人材
- とはいえ、異なる人材育成制度
- 外国人でくくることに意味はない。どのような課程を経て人材を育ててきたかの視点が重要。
- 今後のより深刻化する状況を鑑みるのであれば、男性であれ、海外人材であれ、家族介護者であれ、多くの人々が質の高い介護を提供できるような包摂的介護政策が求められている。
- 海外人材の多いインフォーマル領域とフォーマル領域の接続はドイツ、台湾、シンガポールにおいて進展しつつある。

ホームヘルパー中央研修

訪問介護の
同行訪問で見えてきたもの

～ドイツを中心に～

名古屋柳城短期大学 大崎 千秋

本日の内容

- 日本の介護福祉士養成施設の留学生事情
- ドイツで活動をするホームヘルパー

Altenpfleger(老年介護士/看護師(AP))と外国人世話人

- 訪問介護職員との同行訪問

活動内容(医療行為と生活支援)
24時間住み込みのロシア人(外国人)ヘルパー

- ドイツの訪問介護から見えてきたもの

自立支援の考え方
外国人世話人との連携

日本の介護留学生

法務省 平成29年9月1日施行
(在留資格認定証明書交付申請は同年6月開始)

日本の介護福祉士養成施設を卒業して介護福祉士国家資格を取得した留学生に対して、国内で介護福祉士として介護又は介護の指導を行う業務に従事することを可能とする在留資格「介護」が新たに創設された

介護福祉士養成校への 留学生入学者数

平成29年度 591名

平成28年度 257名

全体の入学者数の8.1%を占める

* 来年度は、今年以上の入学者の見込み

調査したA介護福祉士養成校の 留学生内訳

留学生数	受け入れ国
平成21年 9名	中国
平成22年 7名	台湾
平成23年 5名	フィリピン
平成24年 2名	タイ
平成25年 2名	ベトナム
平成26年 1名	ネパール
平成27年 1名	モンゴル
平成28年 4名	
平成29年 13名	

* 日本学生数と留学生数の逆転してる養成校が増加

日本の介護士の多様化

- EPA
- 技能実習
- 介護留学生
- 在留資格

* 外国にルーツを持つ介護士の急速な増加

同行訪問したドイツのヘルパー

- 老年介護士/看護師 (AP) (教育期間3年)
Altenpfleger (アルテンフレガー)
- 老人介護補助者 (教育期間1年)
アシスタント (外国人、ドイツ語○、記録は△、医療行為×)
- 24時間住み込み世話人 (家事労働者) (無資格者)
(外国人多い、ドイツ語×、記録)

ドイツの介護実習室備品



老年介護士/看護師(AP)D氏 のサービス内容

- 同行訪問: 8ケース(所要時間5分~55分)
 - 援助内容: 服薬確認、シャワー浴、全身清拭
家族との交流、制度の説明
サービス調整
洗濯畳み
住み込み世話人への指導
 - 医療行為
- * 医療行為以外、日本のヘルパーと変わりはない

事例紹介

- ① 住み込み外国人世話人(家事労働者)との共同
- ② 予定になかったサービス変更
- ③ 老年介護士/看護師(AP)だから出来る医療行為

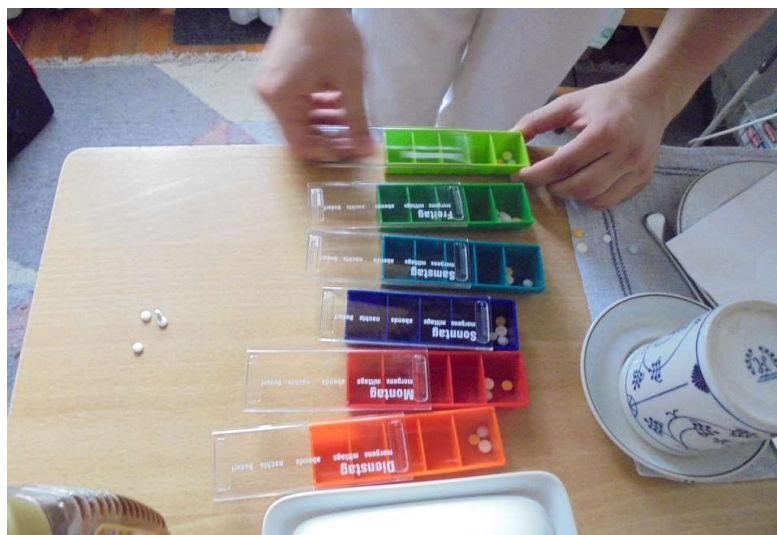
Live-in care provider from Russia



老年介護士/看護師 (AP) (Poland出身, 第2世代)



老年介護士/看護師(AP)による服薬 の区分



老年介護士/看護師(AP)による 褥そうの手当





ドイツから見えてきたもの①

- 自立支援の考え方(在宅介護を基本とする)

自立支援には生活援助は欠かせない
(利用者を全人的にみるために)

自立支援は時間で制限するものではない
(必要に応じて変えていく)

* 日本と逆行……？

まとめ

- ①言語や記録は、環境が整えば可能
- ②文化の違い母国語で説明出来るネットワーク
- ③日本の介護士のスキルアップに繋がる
- ④介護士同士として 偏見からの脱却

ドイツ・スウェーデンの 外国人労働者の実態から学ぶ ～日本における訪問介護の現状と課題～



日本ホームヘルパー協会
名誉会長 因 利恵

自己紹介です

- ホームヘルパー歴 20年
- 福岡県介護福祉士会会長 26年
- 福利厚生センター監事等 13年
- 福岡県社会福祉審議会委員 6年
- 福岡県医療審議会委員 7年
- 福岡県運営適正化委員 12年
- 初任者・実務者研修テキスト作成委員
- 介護福祉士養成校教員1年
- 介護福祉士養成短大教員2年
- 社会福祉士養成大学教員4年(兼任) 介護福祉士養成大学教員4年
- 筑紫女学園大学非常勤講師



* 赤が現職

海外視察の目的

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会委託事業

- EPA(2国間経済連携協定)による介護福祉士の訪問介護への参入が2017年より始まった
- 外国人技能実習生に介護が追加された
- 介護ビザの新設に伴う留学生の受け入れが可能になった

いずれ外国人の方々と共に働くことになる日が、近づいてきている

そのために先進国を視察し、対応すること

日本の訪問介護の方向

- 訪問介護には外国人を入れないという方針が崩れた。EPAで介護福祉士資格を取得した人は訪問介護に携われる。2017年度から
- 外国人技能実習生も介護福祉士受験が可能に？
- 外国人と一緒に働く日がそう遠くない
- 生活援助はいずれすべて、研修時間が短い人や地域包括ケアで行う予定が、内閣の各種委員会で議論されている

日本の訪問介護の現状と課題

- 訪問介護で働く人材が少ない
- 訪問介護員の高齢化
- 地域包括ケア・住民の互助で生活援助を行う国の方針
課題:養成研修の受講生が少ない
- 生活援助の単価を下げるか住民のボランティアで
課題:要支援の総合事業は採算が合わず訪問介護事業所の撤退が続いている
ボランティア人口が増えない

人材不足は

- 町自体がなくなるほどの人口減少社会
- 超人手不足時代がやってくる *NHK2016年放送
建設 15万人(2020年度)
保育 7万人(2017年度)
看護 50万人(2025年度)
介護100万人(2025年度)→ 50万人

対策は

外国人・女性・高齢者・障害者に働いてもらう

→ 安倍内閣の新成長戦略

日本人女性の活用(1000万人)

*働いていない女性の数

- 女性の元気が成長をけん引 福田元首相
2008年
- 女性が能力を発揮していない 菅 元首相
2010年
- 女性が輝く日本 安倍 首相
2013年

* 出産を機に仕事をやめている

Q:「介護には日本語は要らない。心があればいい。」との主張に対して。いかに日本語の必要性を述べるのか。どの程度必要と考えるのか

【因の答え】言葉は基本です。要介護者が「痛い・痒い・辛い」と言われた時に伝わらなければ、どうにも対応できません。「ああしたい・こうしたい・こうして欲しい」などもそうです。

利用者はコミュニケーション障害がおきたり、認知症でコミュニケーションがとりにくくなっている人が多いのです。前述した「痛い・痒い・辛い」だって発語が難しくなっている人の言葉を推し量りながら聞き取っています。そこには同じ文化や生活習慣があるから推し量れているんです。また、多くの学習を重ねてその専門性を磨いています。認知症の高齢者は昔なじんだ言葉だと反応されます。伝わりやすくなります。便所とか厠などもそうです。昔馴染んでいた方言もそうです。そういうことを私たちは学んできました。

「外国人には日本語の必要がない仕事を させればいい」という考えに対して

【困の答え】

多分、掃除や洗濯等などは言葉が要らないということなのでしょう。私たち介護職は、掃除をしながらその散らかり具合から体調を見たり、握力がなく物を落とす？とか、転んで障子を破っている？出血した跡があるとか、失禁しているとか、仏壇の花が枯れているなどなど。意欲低下で動くことができにくくなっているとか。

洗濯物からも色々判断できます。食べこぼしたとか、失禁だとか、匂い、洗濯物の量などからの気づきで、初期の段階で医療につないだことは何度もあります。

介護職はそのようなことを日誌につけて、関連職種と連携しているのですが、言葉が伝わらない、日誌がつけられなければ、情報の共有はできません。

【スウェーデン】 インスティテュート・オブ・ラーニングにて

- 入学の条件はスウェーデン語のレベルが3以上
- 学生の70%が外国人 50ヶ国の人学ぶ
- 介護の教育は1350時間、1年2ヶ月前後を要す
 - * 日本の介護福祉士教育は1850時間を2年で修了
- 学生の教育費は無料 先生方の給与は国が出す
 - * 日本は学生負担 先生方の給与もほぼ学生負担

卒業生の85%が施設へ就職

5%が病院

10%が救急対応

【スウェーデン】 ストックホルム市高齢者福祉局

- 行政が施行する上で大切なこと
 - ①快適 ②安全 ③意味があると感じること
- 住民側にとって大切なこと
 - ①正しい情報をもらえる ガイダンスがもらえる
結果、自分が必要としていることがわかる
 - ②自分のことは自分が参加して決める
 - ③サービスに不満があれば変えられる
 - ④自分のケアに関する資料を共有する権利がある

【スウェーデン】 ストックホルム市高齢者福祉局 II

- ヘルパーの教育
 - 希望は、50%ぐらいは何らかの教育を受けていてほしいが、移民や専門的教育を受けていない人がいる。政治家はヘルパーの質をと言っているができない。
 - ①先生は、学生の教育の履歴がわからない
 - ②学生がもともとの基礎学力がない人が多い
 - ③スウェーデン語の教育に力を入れたが、もともと母国語さえも持っていない人がいる
- 勉強していなくても訪問介護はできるが介護士とは呼ばれない

【スウェーデン】ストックホルム市高齢者福祉局 Ⅲ

- ホームヘルパーの課題
 - ①時間を守らない ②継続しない すぐやめる
 - ③同僚とうまくいかない ④怠惰
 - ⑤新聞を読むとか手紙を書くができない
 - ⑥ヘルパーの仕事は言葉が喋れる人で、そうでない人は施設勤務を
 - * スウェーデン人でもそうだが
 - ⑦スウェーデンの基本的価値判断に併せ、共通認識を学んでもらうが.....
- 移民の人がいなければ成り立たない社会

【スウェーデン】 ナッカ市訪問介護事業所

- 訪問介護員を募集すると人は集まる
採用条件は①資格を持っていること
②言語(スウェーデン語ができる事)
- この事業者は言語が売り
いろいろな言語のヘルパーを採用
採用条件はスウェーデン語、認知症の出ている利用者は母国語に戻るので、その母国語が話せるヘルパーをそろえている
- 時間管理や業務管理を行うコーディネーターがいる
- コミュニケーションにはゴールドマンと言われる苦情処理や人権管理、財産管理をする人がいる

【ドイツ】ヘッセン州の訪問介護事業所を訪問(教会系) 求人しても人がいない

- ・現状 国によって文化が違う
例)ドイツ人は水をあまり使わない 大事にする
トルコ人は水を使いすぎる
感謝を表さない
男尊女卑

介護とは?の認識が違う 外国人はお世話の感覚
アルテンフレーター(老年看護師)の資格がある

移民の人への教育はしっかりしているが、利用者側
が理解していないので苦情や不満が出る

【ドイツ】ヘッセン州の訪問介護事業所 II

- 課題 外国人に対しては今も問題が生じている
そもそも様々な人をまとめるのが大変なのに
そこに外国の人をまとめるのは大変
難民は悲惨な体験をしているのでトラウマを
抱えている。介護は自分が安定していないと
難しい



【ドイツ】ヘッセン州の訪問介護事業所 Ⅲ

- 家事援助は選挙があるから介護保険から外さない
住民が望んでいるということ



ドイツ Paderbornのカリタス

* ポーランドのカリタスと連携している

- 介護は子供があてにならないが多くの人が自宅で暮らしたいと思っている
- ポーランド人を雇用している家族の悩みは
 - ①御飯がまずい ②水を使いすぎる③気が合わない
 - ④掃除の仕方が違う ⑤洗濯ものの干し方が違う
 - ⑥靴を磨いてくれない

現在の課題

労働時間の管理

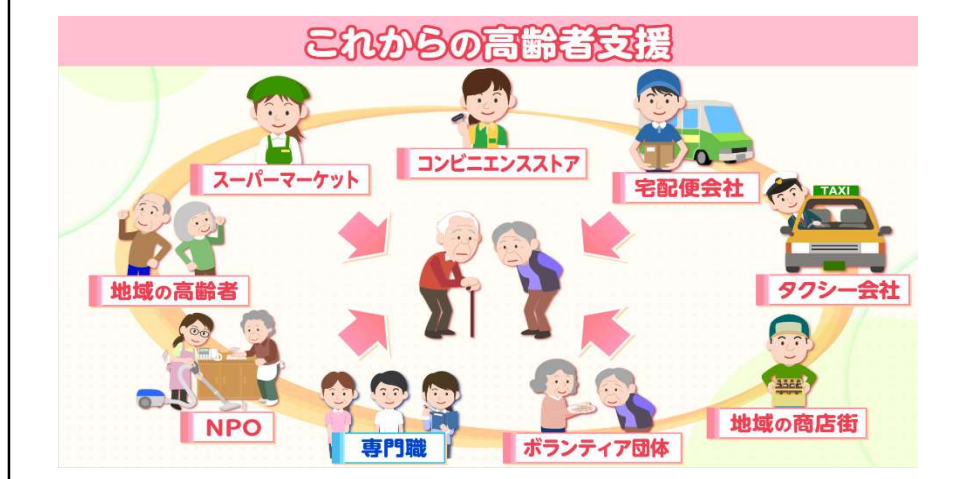
言語能力の向上をオンラインでできないか

基礎的な介護の修得

認知症の研修

等々

ドイツ・スウェーデンともに
生活援助は行政サービスとして行っている
日本の介護サービスは地域包括ケア



【まとめ】

外国人介護労働者と一緒に働くために

- 日本語ができる事は基本 仲間として支援を
- 日本文化の理解をしてほしい
- 外国人の文化の理解を
- 日本の制度理解を → お世話ではない
要介護状態・要支援状態の軽減・悪化の防止
個人が培ってきた生活習慣や文化、価値観を
尊重して、生活基盤を整える 等々
- 日本の介護技術の理解と習得を後押しする

制度として人権を守る機関を作るべきでは

訪問介護に未来はあるか

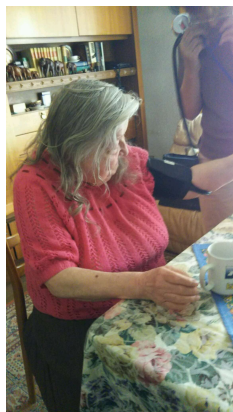
—海外視察を通して訪問介護を現場目線で考える—

日本ホームヘルパー協会
青木 文江

平成29年8月30日

ドイツ フランクフルト市郊外在住
独居老人宅にデアコニー事業所
AP（老年看護師）と同行訪問

病気に負けず
明るく陽気に暮らす独居女性



サービス内容⇒服薬管理・介助、血圧測定、
所要時間10分

預かっている鍵で集合住宅入り口の鍵を開ける。
さらに自宅の玄関の鍵を開ける。

⇒**セキュリティーは抜群。**

利用者はAPを出迎える⇒APが本人に一声かけると
笑顔になった。

A Pも笑いながら薬保管庫の鍵を開ける⇒**誤薬の防
止策が取られていた。**

鍵付き薬保管庫

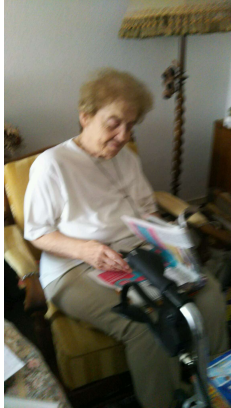


飲料水準備後、必要数の薬をテーブルクロスの上に置く。

利用者は5粒の薬を一粒ずつ手にもって口に運んで服用。⇒身体機能の維持・向上を意識した自立支援が実践されていた。

服薬後血圧測定。測定値等記入しながら会話を通してコミュニケーションをしっかりと取っていた。⇒少ない時間であっても意識してコミュニケーションを心がけていた。

自分流に 在宅生活をエンジョイする独居女性



サービス内容⇒ベッドメイキング、ゴミ出し、
バイタル測定 所要時間10分

集合住宅の鍵を開け郵便物を持ち、自宅の鍵を開けて訪問。

玄関入り口まで利用者が迎えに来る。

入室しすぐにベッドメイク。上掛けのほこりをバサバサと払い2つに畳んでベッド上に置く。

次に台所に行きゴミをまとめる。リビングにてバイタル測定し、測定数値を記録。帰りがけにまとめたごみを処分。

A P 業務中⇒利用者との会話は皆無に等しかった。

利用者

⇒玄関まで出迎えに来てともに笑顔で挨拶を
交わす。

⇒A P 業務中はゆったりとソファーに座り満足
そうな表情で雑誌を読んだり、身の回りの
ものに触れたりしていた。落ち着いていた。

⇒人間の尊厳を重視したサービスの提供を実践

バイタルチェック記録表



スウェーデンの ホームヘルパーサービスの現状

サービス提供

1回のサービス提供時間⇒2分～3時間、4時間

2分⇒安否確認、服薬の声掛け

3時間、4時間⇒掃除、洗濯、買い物、調理、プラス身体的なこと

回数⇒最多で8回（訪問したところのコミュニケーションにおいて）

提供時間⇒24時間

⇒必要なサービスは必要な時に必要なことを必要なだけ行われる⇒だから生きていかれる。

今

日本の介護の現場では
なにがおこっているのか！！

振り返ってみよう

財源不足と
人材不足で
悲鳴を上げている！！

「介護の社会化」

介護保険制度はこうして創設された
10年後には成熟した福祉社会を期待した

高福祉

理念や理想だけでは実現しない

財源が福祉の方向性を決定する

—現場目線で考える財源確保— ヘルパーの立場から考えよう

- ▶ 介護保険法に沿ったサービスを提供してきたか？
- ▶ 介護給付⇒利用者の要介護状態の軽減と悪化の防止
- ▶ 介護予防・日常生活総合事業
⇒要支援状態からの自立の促進や重度化予防の推進

※サービス提供は上記のことについて役に立つかが問われる。

自立支援とは？

- ▶単に利用者のできない部分を支援するのではなく、利用者の本来持っている力を引き出し、常に身体機能の維持・向上を意識して実践すること。
- ▶サービスの大目的である「自立支援」を本気で提供してきたのだろうか？

ケアマネジャーの立場で考えよう

- ▶認定の再申請
⇒本当に必要だったの？

地域ケア会議を活用

利用者の立場で考えよう

- ▶ 本当に良くなりたいの？
- ▶ 動かさない機能は動かなくなる



- ▶ リハビリの時だけでは効果がない

行政の立場で考えよう

- ▶ 介護保険法第1条

「...これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう...」

- ▶ 生活援助は人が生きていくうえで必要不可欠
- ▶ 日中独居が生活援助を使えない！

財源不足も厳しいが より深刻な人材不足

- ▶ 外国人を雇用⇒これだけでは解決しない
- ▶ 介護ロボットの有効活用
- ▶ I T ・ I C T の有効活用
- ▶ 福祉用具の有効活用
 - ↳ 利用者・家族の協力が必要
 - ↳ 家族・ヘルパーの介護負担を軽減

ご清聴
ありがとうございました。

本調査研究は、一般財団法人 医療経済研究・社会保険
福祉協会からの委託により実施いたしました。