Kobe University Repository : Kernel

PDF issue: 2025-07-03

介護人材確保・定着をめぐる総合的研究

宮本，恭子

(Degree)
博士（経済学）
(Date of Degree)
2012-03-25
(Date of Publication)
2014-03-26
(Resource Type)
doctoral thesis
(Report Number)
甲5521
(URL)
https://hdl.handle.net/20.500.14094/D1005521

※ 当コンテンツは神戸大学の学術成果です。無断複製・不正使用等を禁じます。著作権法で認められている範囲内で、適切にご利用ください。

博　士　論　文

平成 23 年 11 月

神戸大学大学院経済学研究科

総合経済政策専攻

指導教員　藤岡秀英

宮本　恭子

博　士　論　文

介護人材確保・定着をめぐる総合的研究

平成 23 年 11 月

神戸大学大学院経済学研究科

総合経済政策専攻

指導教員　藤岡秀英

宮本　恭子

目　次

序章 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

第１章　介護供給システムからみた介護職員の雇用環境への影響　－社会福祉法人の施設運営をとおして－ ・・・・・・・・・・・・・・・・7

1 はじめに 7

2 介護保障の仕組みの転換 10

3 社会福祉法人に適用される会計基準 11

4 介護保険制度の構造的特徴 15

5 事業展開の手法 20

6 社会福祉法人の経営状況 23

7 おわりに 25

第１章の参考文献 28

第２章　介護職員の勤続期間に影響する規定要因の実証分析 ・・・・・30

1 はじめに 30

2 介護職員に特徴的な要素 32

3 分析 36

4 結果 41

5 おわりに 47

第２章の参考文献 50

第３章　“介護と看護の関係性”を踏まえた介護現場における人材確保の課題と今後の展望 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・51

1 はじめに 51

2 医療行為をめぐる職種間の業務範囲 53

3 医療への要求水準の高まりとその対応 56

4 介護職員による医療行為をめぐる政府の関与のあり方 61

5 介護と看護を支える人材確保の今後の展望 64

6　おわりに　66
第3章の参考文献　69

第4章　ドイツの高齢者介護を支える人材確保のあり方　看護と介護の関係という視点から　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・70
1　はじめに　70
2　介護を支える人材の動向　71
3　看護労働市場との競合　74
4　介護を支える人材確保の課題と取り組み　76
5　おわりに　78
第4章の参考文献　79

第5章　ドイツの高齢者介護を支える人材の特徴と人材確保の課題　・・81
1　はじめに　81
2　介護を支える人材の動向　82
3　介護を支える人材の特徴　88
4　介護人材確保の課題と取り組み　94
5　おわりに　96
第5章の参考文献　98

第6章　介護分野における外国人労働者受け入れの意義と課題　－外国人介護福祉士候補者への役割期待を踏まえて－　・・・・・・・・・100
1　はじめに　100
2　インドネシアとフィリピンからの候補者受け入れの状況　103
3　母国での教育状況　105
4　入国後の介護研修の状況　112
5　おわりに　114
第6章の参考文献　117

終章　・・118

序章

少子高齢化が進む中，介護現場の人手不足が続いている。2000 年の介護保険制度導入以降，介護保険サービスに対するニーズは拡大を続けている。これに伴い担い手となる介護職の需要も増大している。だがそれに反して，介護分野における人材不足感は，深刻さを増している。介護サービスは，「人が人に直接提供するサービス」であり，十分な人材が確保されなければ，介護サービスの提供をはじめとする介護保険制度の設計にも支障をきたす。その意味で，膨らむ需要に柔軟に対応し，かつ，良質なサービスを提供する介護職の雇用の安定化が，高齢者の介護保障の仕組みを維持するうえで，いかに重要な課題であるかは言うまでもない。

本来，介護サービスは，「人が人に直接提供するサービス」であるという基本的な性格から，人間同士のふれあいにより満足感が得られる，やりがいがあるという側面があげられる。その担い手である介護職についても，「高齢者とのふれあい」，「人の役に立てる職業」など，職業を通じて達成感や満足感を得られやすいという特徴がある。2010 年に内閣府が実施した「介護保険制度に関する世論調査」でも，ホームヘルパーや介護福祉士などの介護職に対する国民のイメージとして，「社会的に意義のある仕事」をあげた者の割合は 58.2%，「やりがいのある仕事」をあげた者の割合は，29.0%を占めている [1]。

その一方で，対人サービスであるがゆえに，入所型施設では特に密度の高い人間関係を要求されることがあり，そのことがストレスにつながりやすい側面がある。また，先の調査によると，介護職のイメージとして，「夜勤などがあり，きつい仕事」をあげた者が 65.1%と最も高い割合を占め，次いで「給与水準が低い仕事」をあげた者の割合が 54.3%を占めるなど，「仕事がきつい割に給与が安い」という印象を持つ国民の意識が明らかになっている [2]。さらに，介護施策への行政に対する要望については，「保険料の軽減措置のさらなる充実」や「施設待機解消のための施設整備」よりも，「介護人材確保のために，賃金アップなどの処遇改善」をあげた者が最も高い割合を占めるなど，介護人材確保のための積極的な取り組みに対する国民の期待の高さがう

---

1) 内閣府大臣官房政府広報室『介護保険制度に関する世論調査　平成 22 年 9 月調査』p.59。
2) 同上。

かがえる結果となっている[3]。こうした中昨今では，介護職員の確保・定着を促すための施策を実証的に検証しようとする動きがみられる。

本論文の課題は，これまでの実証的な分析をさらに深めるとともに，理論的な分析手法も採用することで，介護労働者の確保・定着を促すための施策を幅広い観点から総合的に検討することにある。ただし，居宅介護サービスと施設介護サービスでは，職員の雇用形態や労働の質，雇用環境が異なるため，両者を同時に分析することはできない。そこで，本論文では，分析の対象を施設介護サービスの労働者に限定した。

本論文の全体は6章から構成される。各章の概要は次のようである。

第1章では，介護保険制度に備わる仕組みのもとで展開される社会福祉法人の施設運営の在り方が，介護職員の雇用環境や労働条件にどのような影響を及ぼすかという，介護供給システムの視点から，介護職員の雇用環境や労働条件に影響を及ぼすメカニズムを探っている。

介護保険制度の導入と時を同じくして会計制度が改められ，介護保険制度に「常勤換算方法」,「介護報酬の仕組み」,「給与水準の決定」等の仕組みが採用されることで，社会福祉法人はこれらの仕組みを活用し，自らの判断で経営基盤の強化に積極的に取り組む姿が明らかになった。だが，こうしたサービス供給の仕組みは，介護職員の雇用環境や労働条件の悪化に支えられる可能性を指摘できる。

介護職員の雇用の安定化や処遇の改善等を図るには，介護職員の雇用環境や労働条件の悪化に支えられる施設運営を促す介護供給の仕組みを見直し，健全かつ安定した社会福祉法人の施設運営と，介護職員が安心して働ける雇用環境や労働条件が両立しうる施設運営上のインセンティブが働くよう，介護サービス供給の仕組みを設計することの必要性が示唆される。

第2章では，雇用環境や雇用管理の取り組みなどの賃金以外の条件に焦点を当て，介護職員の勤続期間に影響を与えうる要因を実証的に分析することで，介護職員の確保・定着を促進させる施策を検討することを目的としている。

分析方法としては，介護職員の「勤続期間(月)」に対する各説明変数の影響程度を検討することを目的として重回帰分析を行った。被説明変数には，独自に作成した変数である「勤続期間(月)」を採用している。説明変数には，介護職員の働き方に特徴的な要素である，事業所の規模，勤務シフトの組み方，雇用管理の取り組み等を採用

---

3) 前掲注 1)，pp.72-77。

する。統制変数は，労働者個人の属性と事業所の属性を考慮している。用いたデータは，財団法人介護労働安定センターが実施した「介護施設雇用管理実態調査(2007)」の介護労働者調査票による個票データである。

分析結果から，事業所の規模，夜勤の勤務シフトの組み方，「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」，「職員のモラル向上に向けた研修」などの雇用管理の取り組みは，入所型施設の介護職員の勤続期間に影響を与えることが明らかになった。

介護職員の確保・定着を促進させるには，事業所の規模の大きさにかかわらず，介護職員が将来展望を描けること，夜勤負担軽減のために，夜勤明けの翌日に日勤が入る勤務シフトを避けること，職場の円滑な人間関係の形成に役立つ職員のモラル向上に向けた研修を実施すること，「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」などの施設運営上の情報を，労使間で共有するなどの対策が有効である可能性が示唆される。

第3章では，介護現場における医療ニーズの高まりという背景を受けて，“介護と看護(医療)の関係性”という視点から，介護人材確保の課題を検討している。特別養護老人ホームをはじめとする介護現場では，医療ニーズの高まりが著しく，それに対応する人材の安定的な確保が重要な課題になっている。

本章では，介護と医療の両方に対応する人材確保を考えるにあたり，“介護と看護(医療)の関係性”を整理することが必要ではないかとの問題意識に基づき，“介護と看護(医療)の関係性”を検証した。そのうえで，その関係性を採用した場合の介護職と看護職の職務範囲のあり方を提示し，それを踏まえた介護人材確保の課題を提言した。

本章では，介護と看護の関係性を，介護職の職務範囲の解釈を決定する，政策決定の過程を振り返りながら検証することで，介護と看護の関係は，相対的な相互依存の「不可分一体」の関係にあるという結論を見出した。こうした介護と看護の関係性を採用すると，介護職と看護職の業務の同一性を提示することができ，両職種の資格制度や養成制度についても垣根を越えた制度の再編が必要であることが指摘できる。

なおこれに関連して，日本に先行する形ですでに「介護士」と「看護師」の養成制度の改革に着手しているドイツの「介護職と看護職の統合教育」の実践事例を取り上げながら，日本が学ぶべき示唆を得ている。

第4章および第5章では，ドイツの高齢者介護労働市場の特徴と課題を明らかにしながら，日本の介護労働市場の課題に取り組むうえで学ぶべき示唆を検討している。第4章では，第3章を受けて，ドイツの統計資料や既存資料を用い，介護職と看護職

の関係性という視点から，人材確保の課題を検討した。

日本同様ドイツでも，介護現場における医療ニーズの高まりが著しく，「看護師」と「介護士」の労働市場は，競合関係を形成している。こうした中，介護と医療の両方に対応できる人材の安定的なを確保を目指すドイツでは，「介護士」と「看護師」の養成制度の改革に着手している。日本では今のところドイツのように，介護分野における看護師と介護職の労働市場の競合関係はみられないが，介護現場で医療を担う人材の安定的な確保が重要な課題になっている点は類似する。この点を踏まえ，ドイツの看護師と介護士の養成制度の改革の取り組みは，日本にとって学ぶ点が多いことが指摘できる。

第5章では，ドイツの統計資料や既存資料を用い，第4章でも取り上げている“介護と看護の関係性”にくわえ，“介護労働市場のグローバル化”，“インフォーマル部門の重要性”という3つの視点から，ドイツの介護労働市場の特徴と課題を整理したうえで，日本の介護労働市場への示唆を考察している。

ドイツでは，EU圏内における労働力移動の自由化を背景に，ドイツより賃金水準の低い東ヨーロッパ諸国からの出稼ぎ労働者が参入する一方，有能な介護人材が国外へ流出するという，介護労働市場の不安定化が問題になっている。また，第4章でも論じたように，介護と看護(医療)の両方に対応する人材の安定的な確保も重要な課題のひとつである。さらに，インフォーマル部門のサービス提供に歴史的な蓄積があり，多元的な介護サービス提供システムが形成されているドイツにおいても，インフォーマル部門の弱体化の問題が課題である。これらを踏まえ，ドイツの新たな取り組みの試みは，日本にとって学ぶ点が多いことが指摘できる。

第6章では，第5章で取り上げている介護労働市場のグローバル化に関連して，経済連携協定(EPA)の発効を契機に開始した，海外からの「介護福祉士の資格取得目指す候補者」の受け入れに焦点を当てて，介護労働の分野で彼らにどのような役割を期待できるかを資質や能力の観点から明らかにしながら，介護現場における外国人労働者受け入れの意義と課題を考察している。

2008年のEPA(経済連携協定)の締結により，海外から看護師と介護福祉士を目指す候補者の受け入れが開始した。だが，彼らが看護・介護の現場で，どのような役割を担い，その能力に何を期待できるかという具体的な内容については，十分な議論が展開されていない。

今回の事業では，すでに母国で看護の教育を受けた者が多数来日しており，彼らはわが国の介護現場での医療行為をはじめ，多様な介護ニーズに対応できる能力を備えた人材であることが認められつつあるという。今後，わが国の介護現場では，こうした外国人労働者の能力を正しく評価するとともに，介護福祉士の役割を明確にするなどの，わが国の介護労働市場の整備に早急に着手することが重要課題のひとつであることが確認できた。

終章では，今後の研究課題を示している。参考文献は各章末に掲げた。

＊ 第 1 章は，法政大学大原社会問題研究所『大原社会問題研究所雑誌』に掲載予定の論文「介護供給システムからみた介護職員の雇用環境への影響－社会福祉法人の施設運営をとおして－」をもとに執筆している。

＊ 第 2 章は，日本介護経営学会学会誌『介護経営』第 6 巻第 1 号，2011 に掲載された論文「介護職員の勤続年数に影響する規定要因の実証分析」をもとに執筆している。

＊ 第 3 章は，経済社会学会『経済社会学年報』ＸＸＸⅡ，2010 に掲載された論文「“介護と看護の関係性”を踏まえた介護現場における人材確保の課題と今後の展望」をもとに執筆している。

＊ 第 4 章は，桐書房『Nurse eye 季刊第 23 号』Vol. 22 No.4，2009 に掲載された論文「ドイツの高齢者介護を支える人材確保のあり方　看護と介護の関係という視点から」をもとに執筆している。

＊ 第 5 章は，『六甲台論集 －経済学編－』第 56 巻第 1 号，2009 に掲載された「ドイツの高齢者介護を支える人材の特徴と人材確保の課題」をもとに執筆している。

＊ 第 6 章は，国民生活センター『国民生活研究』第 51 巻第 1 号，2011 に掲載された論文「介護分野における外国人労働者受け入れの意義と課題－外国人介護福祉士候補者への役割期待を踏まえて－」をもとに執筆している。

第 1 章　介護供給システムからみた介護職員の雇用環境への影響　－　社会福祉法人の施設運営をとおして　－

1.1　はじめに

2000 年 4 月の介護保険制度の導入を契機に，高齢者の介護保障の仕組みは大きな変容を遂げている。介護サービスの給付は，行政がサービスの配分を行う措置制度から，利用者が契約に基づきサービスを利用する契約制度に改められた。また，居宅サービスに NPO 法人や民間企業など多様な経営主体が参入し，介護サービスの需要拡大に応える体制整備が進められつつある。

このように，介護サービスの提供方式が措置制度から契約制度へ移行することで，社会福祉法人の措置制度の受け皿としての機能は減少した。それに伴い，それまで「措置費」で安定した施設運営を営んできた社会福祉法人は，「介護報酬」で自主的に事業体の存続に努力することが求められるようになった。いわば，従来の施設「運営」から「経営」への転換が必要になったわけである。これは，職員に対する人事・労務管理においても同様であり，介護職員の雇用環境や労働条件にも，多かれ少なかれその影響が及ぶことになる。

こうした環境変化に対応しつつ，自主的に経営基盤を強化するために，会計制度も改められた。社会福祉法人の会計制度については，これまでに，その意義や課題に焦点を当てた議論が展開されている。高田(2005)は，措置時代からの社会福祉法人会計の変遷を概観しながら，介護保険制度の導入と時を同じくして改められた会計制度の意義と課題を取り上げている。改められた会計制度は，損益計算の考え方を導入することで，営利企業との比較を可能にし，サービス利用者に有用な情報を提供するという意味で大きな意義があると述べている。その一方で，損益計算の導入は，必ずしも社会福祉法人の非営利組織体としての特徴を充分に反映しておらず，効率性の向上に結びつかないとも指摘している [1]。

坂本(2006)は，改められた会計制度の内容をどのように分析し，経営判断に活かせばよいかを提言している。坂本は，損益計算の考え方を取り入れたことを支持してお

---

[1] 高田京子(2005)「社会福祉法人会計における損益計算の意義」『人間福祉研究』第 8 号，pp.93-107。

り，社会福祉法人でも損益計算の発想のもと，財務諸表を活用して経営分析を行い，一般企業と同様に経営努力を積極的に行うべきであると主張している[2]。

藤岡(1996)は，これらの議論とは異なり，会計制度そのものに焦点を当てるのではなく，措置時代の社会福祉法人の施設会計を具体的に分析することで，施設運営の実際の姿と今後の課題を指摘している。それによると，措置時代においても経費に占める人件費負担の重さが示されており，将来を見据え，人件費と直接関係するマンパワーの確保と施設運営をいかに両立するかが重要な課題になるであろうことを示唆している[3]。ただしこの議論は，措置時代のものであるため，介護保険制度の導入を見据えているとはいえ，導入前後の会計制度の変更点や，介護保険制度以降に導入された会計制度の分析と施設運営の関連については論じられていない。

本章で目指すものは，介護保険制度の導入以降，社会福祉法人に求められるようになった経営の原則を示し，それに関連して改められた会計制度の特徴を整理しながら，介護保険制度に備わる仕組みのもとで展開される社会福祉法人の施設運営の在り方が，介護職員の雇用環境や労働条件にどのような影響を及ぼしているかを探ることにある。

少子高齢化が進む中，国民の介護サービスへのニーズは今後ますます拡大することが予想される。介護保険制度導入より 10 年余りを経て，その定着ぶりが認められる中，介護サービス需要の拡大に対応できる人材の安定的な確保は，もはや社会的な課題のひとつとなっている。こうした中，昨今では，介護職員を取りまく様々な要因を分析し，介護職員の雇用の安定化や処遇の改善等を図るための施策を検討しようとする動きがみられつつある。

花岡(2009)，山田(2009)，張(2008)，岸田(2008)らは，賃金と離職行動との関連を中心に分析を行っている[4]。花岡(2009)，山田(2009)，張(2008)らは，就業形態や属性などの労働者の条件を指定しつつも，賃金水準と離職率は負の相関関係にあること

---

2) 坂本忠次(2006)「介護保険事業における社会福祉法人の会計と税務」『介護保険の経済と財政　新時代の介護保険のあり方』勁草書房，pp.143-158。

3) 藤岡秀英(1996)「高齢者介護の社会的費用について：特別養護老人ホームの会計」『国民経済雑誌』173(1)，pp.73-82。

4) 花岡智恵(2009)「賃金格差と介護従事者の離職」『季刊社会保障研究』Vol.45　№3，pp.269-286。
山田篤裕・石井加代子(2009)「介護労働者の賃金決定要因と離職意向－他産業・他職種からみた介護労働者の特徴」『季刊社会保障研究』Vol.45　№3，pp.229-248。
張・黒田(2008)「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究」『厚生の指標』第 55 巻第 15 号，pp.16-23。
岸田研作・谷垣静子(2008)「介護職員が働き続けるには何が必要か？」Discussion Paper Series 岡山大学経済学会，№Ⅱ-64。

を示し，介護職員の離職行動には賃金の効果が強いことを推定している。一方，岸田(2008)は，介護職員の就業継続意思や仕事満足度には賃金の効果が薄く，賃金以外の条件である勤務条件や人間関係，研修体制などの効果が強いことを実証している。これ以外に，堀田(2009)，鈴木(2009)らも，賃金以外の条件と離職行動の関連について実証分析を行い，離職行動に影響を与える賃金以外の条件を導き出している[5]。

これらの既存研究では，介護職員の離職行動に影響を与えうる賃金や賃金以外の様々な条件が実証的に検証されている。介護職員の雇用の安定化や処遇の改善等が課題となる現状においては，これらの議論をさらに深め，介護職員の雇用の安定化や処遇の改善等を図るための施策に役立てることが重要であることは言うまでもない。これ以外に，介護職員の雇用環境や労働条件に影響を与えうる要因のひとつとして，介護保険制度に備わる仕組みのもとで展開される施設運営の在り方が，介護職員の雇用環境や労働条件に影響を及ぼすメカニズムを探ることも重要である。

施設運営との関連については，これまでに，事業所における経営面の状況と雇用管理面の状況との関連性が検証されている[6]。経営状況が非常に良い事業所では，勤続年数の短い介護従事者の占める割合が高く，所定内賃金を抑えることや，福利厚生面があまり充実しないことで収益を高めている可能性が示唆される。このように，事業所における経営面の状況と，職員の勤続年数や雇用管理面の状況との関連性については分析がなされているものの，事業所の経営の在り方が介護職員の雇用環境や労働条件に影響を与えるメカニズムについては，まだ何も論じられてはいない。

そこで本章では，既存研究でも取り上げられている，措置時代から介護サービス提供の中核的な役割を果たしてきた特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人に焦点を当てて，以下の手順で議論を展開する。まず，介護保険制度の導入以降，社会福祉法人に求められるようになった経営の原則を示し，時を同じくして改められた会計制度の特徴を整理する。そのうえで，介護保険制度に備わる仕組みのもとで，社会福祉法人はどのような施設運営を展開するようになったかを示し，そのことが，介護職員の雇用環境や労働条件にどのような影響を与える結果となっているかを議論したい。

---

5) 堀田聡子(2009)「施設系事業所における介護職のストレス軽減と雇用管理」『労働政策研究報告書　No.113　介護分野における労働者の確保等に関する研究』労働政策研究・研修機構，pp.84-112。鈴木俊光(2009)「介護事業所における雇用管理施策の効果分析」『労働政策研究報告書　No.113　介護分野における労働者の確保等に関する研究』労働政策研究・研修機構，pp.113-148。

6) 財団法人介護労働安定センター(2010)『介護事業経営状況と雇用管理等の状況に関する調査研究報告書』。

1.2 介護保障の仕組みの転換

1.2.1 社会福祉法人の基本的性格

社会福祉法人は，1951(昭和 26)年の社会福祉事業法(現社会福祉法)の制定により，社会福祉事業等を行うことを目的として設立された公益非営利法人である(社会福祉法第二十二条，二十六条)。社会福祉事業は第 1 種社会福祉事業と第 2 種社会福祉事業に分類されている。第 1 種社会福祉事業は，特に公益性が高いと認められる事業で，経営主体は国・地方公共団体または社会福祉法人を原則とする。具体的には養護老人ホーム，特別養護老人ホーム，障害者支援施設などの入所施設サービスを主とする事業である。第 2 種社会福祉事業は経営主体の制限はなく，届出でよい。主に在宅サービス事業がこれに該当し，現時点では公的規制の必要性の低い事業とされている。

社会福祉法人は，第 1 種および第 2 種の社会福祉事業を行うことが認められている。国・地方公共団体は社会福祉事業を自ら実施するほか，社会福祉法人に事業を委託することができる。社会福祉法人は，公益性の高い事業を行政からの委託を受けて行うという性格から，行政からの規制・監督を受ける。反面，法人税，固定資産税，寄付等について税制上の優遇措置の対象となっている。また，社会福祉法人が施設建物を整備する場合，費用の 4 分の 3 を国・自治体から補助されるなど，補助金の恩恵を受けることもできる。

1.2.2 社会福祉法人の環境変化

社会福祉法人は，行政サービスの受託者の立場として，これまでわが国の介護サービス提供主体の中核的な役割を果たしてきた実績がある。しかし，介護保険制度の導入によって，介護保障の仕組みがそれまでの行政がサービス配分を行う措置制度から，利用者が契約に基づきサービスを利用する契約制度へ移行することで，行政から委託を受け指示どおりに施設運営と福祉サービス提供をしていればよかった立場から，自らの判断で経営することが求められるようになった。

また，契約制度のもとでは，利用者は権利意識をもってサービスを選択するようになり，社会福祉法人は利用者に選ばれるサービスを提供することが課題になる。措置制度のもとでは，入所者 1 人当たりの措置単価が決まっており，入所定員や等級地に基づき算定されるため，施設運営に必要な資金の大部分を「措置費」で賄うことが可

能であった。すなわち「措置費」には，施設運営を安定化する効果があった。

ところが介護保険制度の導入以降，社会福祉法人の措置制度の受け皿としての機能は減少する。これに伴い，社会福祉法人の施設運営は，「措置費」から「介護報酬」で大部分を賄う方式へ転換した。「介護報酬」による運営のもとでは，それまでの入所者の割り当てやそれに基づく措置費の支弁が保障されていた措置制度とは異なり，「いかに多くの介護報酬を得るか」を経営の原則とし，さらに，コストを考慮してヒト，モノ，カネといった経営資源を最大限効率的に活用する「コスト管理」に努力するなどの「経営努力」が課題になる。

このように，介護保障の仕組みが措置制度から契約制度へ移行することで，社会福祉法人はそれまでの行政サービスの受託者として安定した施設運営が保障されていた立場から，自主的に経営基盤を強化することが求められるようになった。そのために，決算書で自法人・事業所の経営実態がどのような状況にあるのか，また，他法人との比較も行いながら，自組織の問題点がどこにあるのか，あるいは，今後どのように変化していく可能性があるかを的確につかみ，分析，評価することが課題になる。このような状況にあって，収入の内訳や法人全体の資産や負債，施設運営のバランス等を総合的に見ることができる会計が必要とされ，会計処理に係るルールも大きく改められる。

1.3 社会福祉法人に適用される会計基準

1.3.1 措置時代の会計システム(「経理規定準則」)

措置制度の時代には，社会福祉法人は，利用者を行政から割り当てられ，事業のための費用も行政から措置費として支弁されていた。このようなことから，「社会福祉法人は，施設において入所者が生活し，種々の福祉サービスを得るために財貨が消費される場であり，会計は，措置費等公的資金の収支を明瞭にして，使途どおりお金が使われているかどうかを明らかにすることを基本的な目的とするもの」とされ，1976(昭和51)年1月31日に社援第25号として厚生省から通知されたものが「社会福祉施設を経営する社会福祉法人の経理規定準則の制定について」いわゆる「経理規定準則」

である[7]。

措置制度の時代には，「措置費」は行政事務の受託費用という性質から，必要な経費(人件費，管理費，事業費)に着目して額が算定されており，それ以外の費用への使用や収支差額の発生は原則として認められないという考え方が強かった。そのため「措置費」は「それを適正に使い切る」というのが経理原則であった。

事業運営においては，まず，人件費をはじめとする支出を計上し，その支出予算にもとづき収入が確定したうえで，その収入に収まるように(支出予算のとおりに)業務を遂行するという流れが基本であった。すなわち，収支差額の発生が認められないかわりに，単年度の収入でそれなりの運営ができる仕組みであった。そのため措置時代の会計制度は，単年度の資金の流入と流出を事業予算との対比において認識することに主眼が置かれ，損益計算の考え方を反映させる必要はなかった。

これに対し企業会計は，「経営成績と財務状態を把握し，企業の収益性及び損益を算定することに重点を置く，営利性の追求を目的とするもの」である。そのため，社会福祉法人の事業運営は，営利法人たる企業とは基本的にその目的を異にしているとして，「経理規定準則」では，企業に適用される会計基準を社会福祉法人の会計にそのまま適用することはできない旨が明記されている。しかし，措置制度が見直されることで，会計制度も大きく改められる。

1.3.2　介護保険制度導入後の会計システム(「社会福祉法人会計基準」)

2000(平成 12)年の介護保険制度の施行と時を同じくして，社会福祉法人の会計ルールは従来の「経理規定準則」から「社会福祉法人会計基準」(以下「新会計基準」)に改められた。「新会計基準」では，法人，事業所の運営状況をつかみ，他法人との比較ができる会計が必要とされ，企業会計に適用される損益計算の考え方が導入される。

介護保険制度導入に向けての会計制度の見直しに関する議論は，1997 年，当時の厚生省中央社会福祉審議会での議論にさかのぼる。そこでは，介護保険制度導入以降の社会福祉法人がどのような事業運営を目指すべきについて議論が開始されている[8]。

---

[7] 引き続き厚生労働省は，同年 3 月 10 日付けで課長通知として「指定介護老人福祉施設等取扱指導指針」を発表し，「会計基準」と「指導指針」に対しては，さらに同年 4 月 19 日に，厚生労働省事務連絡として「社会福祉法人会計及び指定介護福祉施設等会計処理等取扱指導指針による会計処理について」を発表している。

[8] 中央社会福祉審議会　社会福祉基礎構造改革分科会　社会福祉基礎構造改革について(中間まとめ)，平成 10 年 6 月 17 日。

具体的には法人経営は，法人単位での経営を可能にする条件整備を進める必要があるとして，その基本となる新たな会計制度の導入が提言されている。また，社会福祉法人の経営規模は，一法人一施設のように零細な場合が多く，それでは経営基盤が脆弱であり，人事管理上も問題があるとして，法人の経営規模の拡大を可能にする方策を取り入れるよう指摘している。さらに法人の経営規模とも関連して，新たな施設を建設するなどのサービス供給体制の整備を進めるうえでの，既存法人の資産の円滑な活用についても言及している[9]。

2000(平成 12)年 6 月 7 日，「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律」の一部の施行及びそれに伴う政省令の改正が通知された。その中では，社会福祉法人の経営原則が明確にされ，各事業者は利用者に選ばれるようサービスの質を確保するとともに，経営の効率化を図り，経営基盤を自主的に強化すべき課題が明記された(社会福祉法第 6 章関係)。具体的には，次のような規定が示されている[10]。

(1)　社会福祉法人の経営の原則(社会福祉法第 24 条関係)

今後とも福祉サービスの提供において中核的な役割を果たすことが求められる社会福祉法人について，その経営の安定性を確保し，かつ利用者の多様な選択を支援するため，経営基盤の自主的な強化，提供する福祉サービスの質の向上及び事業経営の透明性を，社会福祉法人の経営の原則として規定する。

(2)　収益事業の収益の充当性の拡大(社会福祉法第 26 条，社会福祉法施行令第 1 条関係)。

(3)　財務諸表等の開示義務(社会福祉法第 44 条関係)である。

このように，介護サービスの提供方式が措置制度から契約制度へ移行し，社会福祉法人の環境が変化することで，社会福祉法人は，公益性の追求と経営基盤の自主的な強化という，一見矛盾する経営の原則を要求されるようになった。それを実践するために，会計制度も改められる。

「新会計基準」では，「経理規定準則」の時代には禁止していた企業会計が一転して採用され，社会福祉法人の公益性を維持したうえで，効率性の向上を評価するため

---

9) 同上。

10) 社会福祉の推進のための福祉事業法等の一部を改正する等の法律の一部の施行(平成 12 年 6 月 7 日)及びそれに伴う政省令の改正について。

に，経営状態や財務状態を明確にすることが重視されるようになる[11]。また，適正なコスト管理や経営努力の成果が反映されるよう，それまで一線を画してきた一般企業の会計制度に準拠する損益計算の手法が導入され，事業の効率性を評価できるシステムに改められた。「会計基準」の骨格は以下のようになっている[12]。

(1) 社会福祉法人全体での資産，負債等の状況を把握できるようにするため，会計単位は施設ごととせず，社会福祉法人で一本の会計単位とすることとする。ただし，公益事業および収益事業については，別途特別会計として会計単位を分けることとする。
(2) 施設ごとの経営状況を判読できるよう，会計単位の内部に施設ごとの経理区分を設けることとする。
(3) 適切なコスト管理，経営努力の結果が反映されるよう，損益計算の考え方を導入することとする。
(4) 建物等の資産価値を適切に評価，表示するため，減価償却制度を導入することとする。
(5) 計算書の体系は，資金収支計算書，事業活動収支計算書，貸借対照表および財産目録とする。
① 資金収支計算書は，支払資金の収入，支出の内容を明らかにするために作成し，経常活動による収支，施設整備等による収支および財務活動による収支に区分し，決算額を予算額と対比して記載する。
② 事業活動収支計算書は，社会福祉法人の事業活動の成果を把握するために作成し，事業活動収支の部，事業活動外収支の部，特別収支の部および繰越活動収支差額の部に区分して記載する。また，支出には適正に計算された減価償却額を計上する。
③ 貸借対照表は，社会福祉法人の会計年度末における財産状態を明らかにするために作成し，資産の部，負債の部および純資産の部に区分する。
④ 資金収支計算書，事業活動収支計算書には，経理区分ごとの内訳表を添付する。

以上のように「新会計基準」では，適正なコスト管理や経営努力の結果が反映されるよう，損益計算の考え方が採用されている。また，建物等の資産価値を適切に評価，

---

11) 同上。
12) 社援第 310 号「社会福祉法人会計基準の制定について」通知。

表示するための減価償却制度も導入されている。事業の継続性を前提とした場合，社会福祉法人においても，単年度の資金の流出入を伴わないが純資産が増減する「減価償却」等の費用を組み込んだうえで，将来的な事業運営の原資となる事業収支差額(利益)を把握することが必要になる。そこで，単年度の資金の流出入をとらえる「資金収支計算書」以外に，事業収支差額を算出することを目的とする「事業活動収支計算書」を作成することになった。事業活動収支計算書は，企業会計における損益計算書に相当するものであり，営利企業との損益に関する比較を可能にする。また事業活動収支計算書で算出される当期活動収支差額は，企業会計でいう当期純利益に相当し，社会福祉法人の収益力を示す。このように，社会福祉法人を取り巻く環境変化に適応しうる会計システムが導入されることで，社会福祉法人は自主的に経営基盤を強化することが徹底された。

1.4 介護保険制度の構造的特徴

これまでみてきた会計ルールの見直しに加え，介護保険制度には，社会福祉法人が自主的に経営基盤の強化に取り組むインセンティブが機能する仕組みが採用されている。それは次に示すとおりである。

1.4.1 常勤換算方法

まず，「常勤換算方法」の導入である。これは，当該従業者の従業員のそれぞれの勤務延時間の総数を当該指定介護老人福祉施設において常勤の従業員が勤務すべき時間数で除することにより，常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。措置制度のもとでは，特別養護老人ホームの介護職員数は入所者数に応じて決められており，しかも専任を原則としていた。この専任原則が「常勤換算方法」に改められることで，雇用コストを軽減できる非常勤職員を積極的に雇用することが可能になった。非常勤職員の雇用に関する契約は年次更新の場合が多く，賞与や昇給面の負担も少なく，コスト管理という面でみると，経営者にとってありがたい存在である。労働集約型の特別養護老人ホームでは，経費の大部分を人件費で占めることは避けられない。そのうえ，介護保険制度には，人員配置基準の制約もある。そこで人員配置基準を満たしつつ，人件費負担を軽減できる手段として「常勤換算方法」が導入されている。

1.4.2　介護報酬の仕組み

次に，利用者の要介護度区分に応じて報酬が支払われる「介護報酬」が採用されている。「介護報酬」とは，事業者が利用者にサービスを提供する際，その対価として事業者に支払われる報酬をいう。具体的には，施設での特定の介護行為やホームヘルプの行為が単価として表示されるものである。介護報酬は要介護度区分に応じて設定されており，2009 年 4 月時点では，要介護 1 は 598 点，要介護 2 は 660 点，要介護 3 は 730 点，要介護 4 は 801 点，要介護 5 は 871 点であり，診療報酬と同様に 1 点 10 円で換算される。これ以外にも，各事業所のサービス提供体制や利用者の状況等に応じて加算・減算される仕組みがある。加算部分は，夜勤業務への評価，看護体制の評価，重度化・認知症対応のための評価，看取り業務への評価である。例えば，入所者のうち要介護度 4～5 の割合の者が 65%以上又は認知症日常生活自立度Ⅲ以上の割合が 60%以上であることを算定要件に報酬が加算される。このように施設運営費の大部分を占める介護報酬は，要介護度が高くなるほど，それも高くなる仕組みを採用しており，重度の要介護者を積極的に受け入れることで，多くの介護報酬を得ることが可能な仕組みになっている。

1.4.3　給与水準の決定

さらに介護保険制度のもとでは，介護職員の給与に対する行政の関与がなくなり，介護職員の給与は各事業所の裁量に委ねられるようになった。措置時代の社会福祉法人の職員の給与費は，措置委託費のうちの「事務費」が充てられていた。支払い方式は，現在委託している者をもとに支弁費を決定する「現員払方式」を採用しており，入所者数に応じた人件費が支払われる[13]。

給与を支払う仕組みは，開設主体ごとに異なっていた。特別養護老人ホームの開設主体は，社会福祉法人の占める割合が圧倒的に多い[14]。職員も社会福祉法人に雇用される者が多く，国・地方公共団体に雇用される者は一部であった。ただしこれらの者は，国・地方公共団体の一般職員に準ずる給与・退職金等を支払う旨の通知がなされ，給与面で優遇されていた[15]。

一方，社会福祉法人に雇用される職員は，このような規定の対象外であった。しか

---

[13] 成瀬龍夫(1989)『福祉改革と福祉補助金』ミネルヴァ書房，pp.102-103。
[14] 厚生労働省，平成 9 年社会福祉施設調査　従事者票による。
[15] 昭和 46 年 7 月 16 日，社庶第一二一号各都道府県知事あて厚生省社会児童家庭局長。

し，これらの者も，国・地方公共団体を開設主体とする職員と同様の社会福祉事業を担っているとの考え方に基づき，公民格差の整合性を図る観点から，国・地方公共団体の職員の給与に準ずる給与・退職金が保障されるようになった。そのために措置費とは別の枠組みで，社会福祉法人の職員の毎月の給与を改善するための補助金として「民間施設給与等改善費(以下「民改費」)が支弁されることになった[16]。これによって，社会福祉法人の職員の毎月の給与も，公務員に準ずる額が保障されるようになる。また東京都の場合，公務員と給与水準が同じでないと補助金対象施設に認められなかったなど，自治体独自で特別養護老人ホームの職員の給与を安定させる仕組みも存在していた[17]。

「民改費」は，職員の平均勤続年数と職員数に応じて，加算率が算定される。一般事務費及び特別事務費の合算額に，表1に示す加算率を乗じて得た額を加算する。なお当該施設の「1人当たりの平均勤続年数」の算定は，次のように行われる。算定の基礎となる職員は，当該施設に勤務するすべての常勤職員である。個々の職員の勤続年数の算定は，現に勤務する施設と，これまでに勤務した福祉施設の勤務年数をすべて合算できる。1施設あたりの職員の平均勤続年数は，以上より算定した全職員の合算総勤続年数を算定の基礎となった職員数で除して得た年数である。

このように，「民改費」は勤続年数に応じて高くなる仕組みを採用しており，勤続年数に見合う昇給が保障される。本来であれば，勤続年数に応じて昇給することで，一定の措置費では収入額に対し人件費率が高まり，経営が圧迫される。だが「民改費」を投じることで，安定的な施設運営と勤続年数に応じた職員の昇給の両立が可能になっている。

また，東京や大阪，神奈川，愛知，京都といった大都市圏では，自治体独自の民間福祉施設への人件費助成も行われている[18]。これ以外に退職金も，公務員に準ずる支給を目標に，「社会福祉施設職員等退職手当共済制度」が制定されている[19]。実際にこれらの諸制度が，介護職員の安定的な確保と安定した施設運営の両方に，少なからず寄与していたことは言うまでもない。

---

16) 社会福祉施設における民間施設給与等改善費の取扱いについて，昭和63年5月27日社施第84号　厚生省社会局通知。
17) ヘルスケア総合政策研究所(2009)『介護経営白書2009年版』日本医療企画，p.18。
18) 成瀬龍夫，p.102。
19) 社会福祉施設職員等退職手当共済法，昭和36年6月19日法律第百五十五号。

東京都は1992年,「社会福祉施設で働く人の実態と意識」に関する調査を実施している[20]。これは，東京都の民間社会福祉施設(公設民営を除く)を対象に，どのような事業が運営され，働く人たちはどのような働き方をしているかを把握し，人材確保対策の基礎資料とすることを目的として，実施されたものである。この中で「給料表の決定において参考にするもの」という質問がなされている。それによると，表2に示すように,「東京都職員給料表」が83.8%,「国家公務員給料表」が5.4%であり，9割近くの特別養護老人ホームで，公務員給料表を参考に給与が決定されている。

表1　民改費加算率

	職員一人当たりの平均勤続年数	民改費加算率
施設の区分		
A階級	14年以上	16%
B階級	12年以上	15%
C階級	10年以上	13%
D階級	8年以上	11%
E階級	6年以上	9%
F階級	4年以上	7%
G階級	2年以上	5%
H階級	2年未満	3%

出所：社会福祉施設における民間施設給与等改善費の取扱いについて，昭和63年5月27日社施第84号厚生省社会局長通知。

表2　給料表の決定において参考にするもの　(単位：%)

	国家公務員給料表	東京都職員給料表	民間企業のモデル賃金表	その他	特にない	不明
特別養護老人ホーム	5.4	83.8	4.5	1.8	1.8	2.7

出所：東京都福祉局総務部調査課「社会福祉施設で働く人の実態と意識　平成5年度」1993，p. 282。

注：対象施設数は111施設である。

表3は,社会福祉法人と国･地方公共団体に雇用される職員の給与を比較している。これは，1施設当たりの職種別の給与費の総額であり，1人当たりの額を比較したものではない。そのため厳密な比較はできないが，参考にしてみたい。常勤介護職員の

[20] 東京都福祉局総務部調査課(1993)『社会福祉施設で働く人の実態と意識　平成5年度』。

給与総額は，地方公共団体では約 469 万 6 千円，社会福祉法人では約 455 万 3 千円である。賞与は，地方公共団体では約 320 万 7 千円，社会福祉法人では約 299 万 2 千円である。給与と賞与，法定福利費を合わせた総額では，地方公共団体が約 1289 万 4 千円，社会福祉法人が 1245 万 1 千円である。これを参考にすると，介護職員をはじめとする施設職員の給与費は，地方公共団体と社会福祉法人で大差がみられず，社会福祉法人の介護職員の給与は，地方公共団体のそれに準ずる額が保障されていることがわかる。このように措置制度の時代には，介護職員の給与に行政が関与することで，勤続年数に応じた職員の昇給と，安定した施設運営の両立が可能になっていた。

ところが，介護保険制度導入以降，「民改費」加算が廃止になり，社会福祉法人の施設運営費の大部分が介護報酬でまかなわれるようになると，社会福祉法人は介護職員の給与を低く抑えるなどして，経費の大部分を占める人件費の圧縮に取り組むことが可能になった。

表 3　地方公共団体・社会福祉法人の給与費　　(単位：円)

	地方公共団体			社会福祉法人		
	常勤	非常勤	総数	常勤	非常勤	総数
Ⅰ　給料						
施設長	458,969	0	458969	484,320	0	484320
医師	0	93,150	93150	34,341	157,588	191,928
看護職員	816,076	16,060	832,136	807,322	39,783	847,106
介護職員	4,696,505	521,419	5,217,924	4,553,141	342,786	4,895,927
生活相談員	376,987	0	376987	437,365	2,080	439,446
理学療法士	0	0	0	4,605	13,524	18,129
作業療法士	0	0	0	3,308	3,495	6,803
栄養士	270,888	10,125	281,013	249,034	6,257	255,291
調理員	771,888	230,952	1,002,841	740,650	92,416	83,306
事務職員	486,107	39,798	525,904	625,510	22,732	648,241
その他	302,867	146,313	449,179	315,656	181909	497,566
総数	8,180,288	1,057,817	9,238,104	8,255,252	862,571	9,117,823
Ⅱ　賞与	3,207,851	119,802	3,327,653	2,991,943	69,981	3,061,924
Ⅲ　法定福利費	1,506,092	90,895	1,596,987	1,204,183	57,388	1,261,571
計(Ⅰ＋Ⅱ＋Ⅲ)	12,894,230	1,268,514	14,162,743	12,451,878	989,940	13,441,318

出所：第 19 回医療保険福祉審議会老人保健福祉部会・介護給付費部会合同部会資料，介護報酬に関する実態調査結果(特別養護老人ホーム)，平成 11 年 3 月。

1.5 事業展開の手法

これまでみてきた介護保険制度に備わる仕組みを活用し，社会福祉法人は，次のような施設運営に取り組む姿が明らかになっている。

1.5.1 非常勤職員の積極的な雇用

まず，「常勤換算方法」を活用し，事業者にとって雇用コストの負担の軽い非常勤職員の積極的な雇用を進めている。表4のごとく，介護職員数に占める非常勤職員の割合は，2009年には，それまでの上昇傾向から低下に転じているものの，介護保険制度導入以降，労働者としての身分が不安定な非常勤職員は増える傾向にある。

表4 非常勤職員比率の推移

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
介護職員数	109,313	118,203	127,459	136,960	147,706	156,253	164,231	172,339	176,727
非常勤職員比率(%)	11.0	11.9	11.8	12.0	12.4	13.2	15.1	15.7	13.9

出所：厚生労働省，2001年，2002年，2003年，2004年，2005年，2006年，2007年，2008年，2009年介護サービス施設・事業所調査より作成。

1.5.2 重度の要介護者の積極的な受け入れ

次に，事業者はより多くの収入を得るために，多くの介護報酬を得ることができる重度の要介護者を積極的に受け入れている。実際に，多くの収入を得たいとする施設側の経営の原理と，重度の要介護者が増加する中，特別養護老人ホームを重度の要介護者の施設に位置づけたいとする政策的意図が相まって，特別養護老人ホームでは，重度の要介護者の積極的な受け入れが定着している。平均要介護度は，2003年では3.63，2004年では3.72，2005年では3.74，2006年では3.75，2007年では3.80であり，年々高くなっている[21]。

ただし重度の要介護者が増えることで，医療処置を必要とする者も急増し，医療への対応が新たな課題となっている。表5に示すように，特別養護老人ホームでは，重度の要介護者を中心に，あらゆる種類の医療処置の実施者数が増えている。その中で

[21] 全国老人保健施設協会(2009)『平成21年版介護白書』p.91。

も特に増加が著しいのは「経管栄養」であり，実施者数は，2001 年では 12,827 件，2006 年では 24,704 件，2007 年では「胃ろう」も含めて 38,675 件と，6 年間で 3 倍程度に増加している。また「喀痰吸引」の実施者数は，2001 年では 9,468 件，2006 年では 15,235 件，2007 年では 19,517 件であり，これも増加が顕著である。

しかしながら，現状では増大する医療ニーズに対応できるだけの看護職員は配置されていない。そのため，職員数の最も多い介護職員に医療行為の一部を正式に担ってもらうため，介護保険施設以外の在宅，学校等も含め，介護福祉士等の介護職員が「医療的ケア」を実施できるようにすべきであるとの総理指示が出され(2010 年 9 月 26 日)，法整備が進められている [22]。たんの吸引や経管栄養は「医行為」と整理されており，現状では，一定の条件の下に実質的違法性阻却論により容認されている状況である。それが，2012(平成 24)年 4 月 1 日，「社会福祉士及び介護福祉士法」の一部改正により，介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等は，一定の条件のもとにたんの吸引等の行為を実施できる予定である。このように，介護職員の業務に医療行為の一部が加わることで，介護職員の働き方に少なからず影響が生じることが予想される。

---

22) 社会・援護局・福祉基盤課，社会・援護局関係主管課長会議資料について，平成 23 年 3 月 3 日。

表5　特別養護老人ホーム内での要介護度別医療処置数の実施者数　(人)

	点滴	膀胱カテーテル	人工肛門	喀痰吸引	ネブライザー	酸素療法	気管切開	人工呼吸器	中心静脈栄養	経管栄養	胃ろう	モニター管理	褥創処置	疼痛管理
総数														
H13	6,887	5,482	1,198	9,468	1,534	2,324	318	33	126	12,827	−	5,769	4,077	17,208
H18	7,848	6,546	1,353	15,235	1,627	3,149	167	54	150	24,704	−	11,176	4,208	7,009
H19	9,131	8,556	1,791	19,517	1,525	3,616	234	−	140	15,075	23,660	20,406	4,974	7,844
要介護1														
H13	231	53	101	28	54	109	−	−	−	19	−	573	38	2,642
H18	111	46	69	−	34	155	−	12	−	33	−	492	59	641
H19	167	115	51	32	20	134	−	−	−	10	10	738	21	573
要介護2														
H13	639	280	217	108	110	243	9	−	−	46	−	857	109	3,822
H18	363	267	108	77	98	243	−	−	−	56	−	975	58	1,210
H19	479	303	211	174	55	399	−	−	11	42	95	1,893	108	1,216
要介護3														
H13	904	539	246	288	158	325	−	−	−	148	−	1,017	273	3,647
H18	1,001	616	398	363	128	494	−	−	22	312	−	2,050	221	1,882
H19	1,208	984	448	440	156	538	11	−	11	134	336	3,912	288	2,130
要介護4														
H13	1,700	1,329	315	1,278	341	523	61	−	9	1,074	−	1609	856	4,223
H18	2,297	1,880	347	1,867	271	853	10	11	22	2,249	−	3,654	1,010	2,105
H19	2,820	2,482	531	2,579	273	928	11	−	44	988	2,123	6,518	1,226	2,419
要介護5														
H13	3,399	3,282	320	7,765	871	1,124	248	33	117	11,541	−	1648	2,802	2725
H18	4,053	3,737	422	12,906	1,096	404	157	−	105	22,040	−	3,967	2,862	1,147
H19	4,451	4,655	540	16,293	1,021	1,596	212	−	75	13,891	21,096	7,246	3,332	1,414

出所：平成13年，平成18年，平成19年介護サービス施設・事業所調査。

注：その他を除外しているため，医療処置の総数は100%にならない。人工膀胱，透析，ドレーンの実施者集は省略したため，各項目の合計は総数と一致しない。平成19年は胃ろうが別途計上されているが，経管栄養と胃ろうを合わせて，平成13年，平成18年の経管栄養と比較する。

1.5.3 給与の支払い

さらに，介護保険制度の導入を契機に，介護職員の給与に対する行政の関与がなくなり，社会福祉法人は介護職員の給与を低く抑えることで，雇用コストの圧縮に取り組む姿が明らかになっている。全国老人福祉施設協議会と介護労働安定センターが実施した調査を用いて，介護保険制度導入前後の介護職員の給与を比較すると，平均年間総収入(税込み)は，1991年では340万9千円，1997年では380万9千円である[23]。2009年については平均額が示されていないため階級別にみると，介護職正社員で「103万円未満」が3.1%，「103万円以上130万円未満」が2.9%，「130万円以上200万円未満」が19.3%，「200万円以上250万円未満」が25.2%，「250万円以上300万円未満」が21.0%，「300万円以上400万円未満」が17.5%，「400万円以上」が4.0%であり，「200万円以上300万円未満」の階級が半数近くを占める。1991年および1997年と2009年では異なる調査結果を参考にしているため，単純に比較することはできないが，介護保険制度の導入以降，介護職員の給与は低く抑えられていることが指摘できる。

1.6 社会福祉法人の経営状況

これまでみてきた施設運営に取り組むことで，社会福祉法人の経営状況がどのように推移しているかを，介護保険制度の導入前後で比較してみたい。表6は，特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)の収支状況の推移を示している。ここで着目したいのが損益である。損益は，事業収入その他の収益から経費を差し引いた残りの差額であり，差し引く経費の側を分析することで，収支差額の変動にどのような費用が影響しているかを把握することができる。ただし，参考にする資料は，次回介護報酬改定の基礎資料とされるものであり，ここから把握できる介護保険事業の収支差額のプラス額が大きければ，次回介護報酬引き下げの誘因となり，施設の運営に大きな影響を及ぼす。その意味で事業者は，公表するデータに強い関心を持たざるを得ない一面があるということを考慮してデータを読み取る必要がある。

厚生労働省は，介護保険制度導入以前の特別養護老人ホームの収支状況を公表して

---

23) 全国老人福祉施設協議会(2000)『第5回全国老人ホーム基礎調査報告書　特別養護老人ホーム編』，p.134。

いる[24]。これによると，1999年3月の収支状況は，「補助金を含まない」で115万9千円の赤字(損益率－5.6%)，「補助金を含む」で，74万4千円の黒字(損益率3.3%)となっており，補助金を得ることでかろうじて収支のバランスを保っている。これが2002年になると，「補助金を含まない」で281万2千円の黒字(損益率12.2%)，「補助金を含む」で，344万9千円の黒字(損益率14.6%)を計上しており，収益は大幅に増加している。

2003年，2006年の介護報酬改定では，入所型施設関係の介護報酬が平均4%ずつ引き下げられる。これに連動して施設の収入も減少することが見込まれるため，本来であれば施設運営は厳しくなることが予想される。にもかかわらず，引き続き一定の黒字を確保している。補助金を含まないベースでは，2004年では199万5千円の黒字(損益率8.4%)，2005年では246万9千円の黒字(損益率11.2%)，2007年では51万9千円の黒字(損益率1.8%)，2008年では52万2千円の黒字である。補助金を含むベースでは，2004年では248万1千円の黒字(損益率10.2%)，2005年では308万9千円の黒字(損益率13.6%)，2007年では133万9千円の黒字(損益率4.4%)，2008年では85万9千円の黒字(損益率3.4%)である。さらに，2009年度介護報酬改定では，介護保険制度導入後初の3%プラス改定となり，黒字幅はさらに拡大している。補助金を含むベースでは，2010年に307万3千円の黒字(損益率12.0%)を確保している。

一方，給与費比率は，1999年の69.0%から2002年には55.5%に大幅に下がっている。その後，2004年には58.0%，2005年には55.1%，2007年には60.7%，2008年には60.8%に上昇するも，2010年には再び56.5%まで下がっている。このように，社会福祉法人は，介護報酬の変動が生じても一貫して安定した収益を確保できるよう，人件費をはじめとするコスト管理に取り組む姿が明らかになっている。

こうした中，表7に示すように，介護職員全体の「平均」勤続年数は，1997年の5.5年から，2010年には4.2年に低下している。ただし勤続年数を階級別に見ると，「5年未満」が1997年では61.6%，2010年では61.4%，「5年以上10年未満」が1997年では21.8%，2010年では24.8%，「10年以上15年未満」が1997年では7.1%で，2010年では6.6%，「15年以上20年未満」は，1997年では1.2%，2010年では2.1%であるように，個々の介護職員の勤続年数が短期化しているかどうかは不明であるが，

---

24) 厚生労働省『平成14年介護事業経営実態調査』の中で公表された1999年4月「介護報酬に関する実態調査結果」による。

介護職員全体でみれば，介護保険制度導入以降，勤続年数は短くなっていることが指摘できる。

表6　特別養護老人ホームの収支状況　　単位：損益(千円)，損益率(%)

	1999年3月	2002年3月	2004年9月	2005年3月	2007年9月	2008年3月	2010年年9月
損益（補助金を含まない）	−1,159	2,812	1,995	2,469	519	522	
（補助金を含む）	744	3,449	2,481	3,089	1,339	859	3,073
損益率（補助金を含まない）	−5.6	12.2	8.4	11.2	1.8	2.1	
（補助金を含む）	3.3	14.6	10.2	13.6	4.4	3.4	12.0
給与費比率	69.0	55.5	58.0	55.1	60.7	60.8	56.5

出所：厚生労働省，平成14年介護事業経営実態調査，平成19年介護事業経営概況調査，平成20年介護事業経営実態調査，平成22年介護事業経営概況調査。

注：1施設1月あたりの損益である。損益率は損益を収益で除している。

表7　現在勤務している施設における勤続年数階級別

	平均勤続年数(年)	5年未満(%)	5年以上10年未満(%)	10年以上15年未満(%)	15年以上20年未満(%)	20年以上(%)
1997年	5.5	61.6	21.8	7.1	1.2	3.3
2010年	4.2	61.4	24.8	6.6	2.1	1.1

出所：厚生省「平成9年社会福祉施設等調査」1997。介護労働安定センター「平成22年度介護労働者の就業実態と就業意識調査結果」2011。

1.7　おわりに

介護保険制度の導入を契機に，介護保障の仕組みは，それまでの行政がサービスの配分を行う措置制度から，利用者が契約に基づきサービスを利用する契約制度に改められた。それに伴い，社会福祉法人は，行政サービスの受託者として安定した施設運営を保障されていた立場から，自らの判断で積極的な経営に取り組むことが求められるようになった。同時に，措置制度の時代には禁止していた一般企業の会計制度に準拠する損益計算の手法が導入されるなど会計ルールも改められ，経営基盤を自主的に強化することが徹底された。

また介護保険制度には，「常勤換算方法」，「介護報酬の仕組み」，「行政に関与され

ない給与水準の決定」などの，社会福祉法人が自らの判断で経営基盤の強化に取り組むインセンティブが機能する仕組みが採用されている。これらの仕組みを活用し，社会福祉法人は，“非常勤職員の積極的な雇用”，“重度の要介護者の積極的な受け入れ”，“給与費の圧縮”などの，介護職員の雇用環境や労働条件の悪化につながる施設運営に取り組む姿が明らかになった。

施設を運営するうえで収益が確保できなければ，たとえどんなによい仕事であっても継続できない。また，事業者は，利用者に選ばれるサービスをつねに提供していくために，経営努力を行い適正な収益を確保することが必要であることは当然である。だがそれが，介護保険という枠組みのもとで，介護職員の雇用環境や労働条件の悪化に支えられるものであるならば，その仕組みを見直すことが必要になる。

現状では，社会福祉法人は，介護報酬の仕組みのもとで付加価値額を高める経営努力を行い，人件費の抑制をはじめとする経費の圧縮によって，安定した収益を確保するという施設運営を展開している。だが，すでに論じたように，こうした施設運営の在り様が，介護職員の雇用環境や労働条件の悪化につながる可能性を指摘できる。また，介護保険制度の改正によって介護報酬が引き下げられれば，事業者は収入の減少を補うために，それまで以上に人件費の抑制をはじめとするコスト管理に取り組むことが予想される。それが介護職員の雇用環境や労働条件のさらなる悪化につながる可能性は，論を待たないところである。

わが国では，介護分野における人材不足がすでに現実の問題となっており，その対策は焦燥の課題となっている。2008年に経済連携協定(EPA)が締結したことで，インドネシアやフィリピンから介護福祉士の資格取得を目指す外国人労働者の受け入れも始まった。介護人材の裾野を拡げることが求められるわが国では，外国人労働者の受け入れという選択肢にくわえ，介護職員の安定的な確保・定着を促すことが重要な課題となっている。そのためには，介護職員の雇用環境や労働条件の悪化に支えられるサービス供給の仕組みを見直し，健全かつ安定した社会福祉法人の施設運営と，介護職員が安心して働ける雇用環境や労働条件が両立しうる施設運営上のインセンティブが働くよう，介護サービス供給の仕組みを設計することの必要性が指摘できる。

また，社会福祉法人が果たすべき役割も大きい。前述のとおり，社会福祉法人は，補助金の恩恵や非課税の優遇措置を受ける立場から，収支差額の黒字の一部を公に代わり，拡大する福祉ニーズに応えることで社会還元することが求められる。このよう

に，本来の社会福祉法人の経営の原則は，公益性の追求と経営基盤の自主的な強化の両方を達成することにあり，社会福祉法人の存在意義は，福祉ニーズに応えることや，困っている人々を支援することにある。本来，困っている人々を支援すべき立場にある社会福祉法人であるならば，そこで働く介護職員が安心して働ける労働条件や雇用環境を提供することも果たすべき使命のひとつといえるのではないか。

そのために，介護サービス供給の仕組みを見直すことにくわえ，社会福祉法人は，今一度，本来の経営原則に立ち返り，収支差額の黒字の一部を職員に還元するなどして処遇の改善を図り，その他の経営主体の模範となるように職員の処遇の改善に努めることで，介護業界全体の介護職員の雇用環境や労働条件の底上げを牽引することが求められているのではないか。これは，措置制度の時代から福祉・介護サービス提供の中核的な役割を果たしてきた社会福祉法人であればこそ可能な役割であると言えよう。

最後に今後の課題について，述べておきたい。本章では，社会福祉法人がサービス提供主体の大部分を占める特別養護老人ホームを運営する社会福祉法人に焦点を当てて論じてきた。だが，居宅サービス分野では，NPO法人や民間企業など多様な経営主体が参入している。多様な経営主体の参入が，介護職員の雇用環境や労働条件にどのような影響を与えるかを検討することも今後の重要な課題である。また，事業所内での雇用管理の取り組みの状況をはじめとする，介護職員を取りまく様々な要因を分析し，介護職員の雇用の安定化や処遇の改善等を図るための施策を検討することも必要である。これらの点について，さらに検討を積み重ねていくことを課題としたい。

第 1 章の参考文献

介護労働安定センター(2010)『平成 21 年度介護労働者の就業実態と就業意識調査結果』.

介護労働安定センター(2010)『介護事業経営状況と雇用管理等の状況に関する調査研究報告書』.

岸田研作・谷垣静子(2008)「介護職員が働き続けるには何が必要か？」『Discussion Paper Series』岡山大学経済学会, №Ⅱ-64.

厚生省『平成 9 年　社会福祉施設等調査』.

〃　(1999)『厚生白書(平成 11 年版)』.

厚生労働省『平成 14 年　介護事業経営実態調査』.

〃　『平成 19 年　介護事業経営概況調査』.

〃　『平成 20 年　介護事業経営実態調査』.

〃　『平成 13 年　介護サービス施設・事業所調査』.

〃　『平成 14 年　介護サービス施設・事業所調査』.

〃　『平成 15 年　介護サービス施設・事業所調査』.

〃　『平成 16 年　介護サービス施設・事業所調査』.

〃　『平成 17 年　介護サービス施設・事業所調査』.

〃　『平成 18 年　介護サービス施設・事業所調査』.

〃　(2007)『賃金構造基本統計調査』.

坂本忠次(2006)「介護保険事業における社会福祉法人の会計と税務」『介護保険の経済と財政　新時代の介護保険のあり方』勁草書房, pp.143-158.

鈴木俊光(2009)「介護事業所における雇用管理施策の効果分析」『労働政策研究報告書 №113　介護分野における労働者の確保等に関する研究』労働政策研究・研修機構, pp.113-148.

全国老人保健施設協会(2009)『平成 21 年版　介護白書』.

全国社会福祉協議会(2001)『社会福祉法人会計基準　関係資料集』.

全国老人福祉施設協議会(2000)『第 5 回　全国老人ホーム基礎調査報告書　特別養護老人ホーム編』.

高田京子(2005)「社会福祉法人会計における損益計算の意義」『人間福祉研究』第 8 号, pp.93-107.

張・黒田(2008)「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究」『厚生の指標』第 55 巻第 15 号, pp.16-23.

東京都福祉局総務部調査課(1993)『社会福祉施設で働く人の実態と意識　平成 5 年度』.

成瀬龍夫(1989)『福祉改革と福祉補助金』.

中川健蔵(2007)『社会福祉法人の会計と税務の要点－基礎と事例－』税務経理協会.

沼中健(2003)『社会福祉法人会計基準の徹底解説』河出書房.

野尻武敏・丸谷冷史(1985)『現代経済政策論の基礎』新評論, pp.43-44.

花岡智恵(2009)「賃金格差と介護従事者の離職」『季刊社会保障研究』Vol.45　№3, pp.269-286.

藤岡秀英(1996)「高齢者介護の社会的費用について：特別養護老人ホームの会計」『国民経済雑誌』173(1), pp.73-82.

ヘルスケア総合政策研究所(2009)『介護経営白書 2009 年版』日本医療企画, p.18.

堀田聡子(2009)「施設系事業所における介護職のストレス軽減と雇用管理」『労働政策研究報告書　№113　介護分野における労働者の確保等に関する研究』労働政策研究・研修機構, pp.84-112.

守永誠治(2001)『社会福祉法人の会計』税務経理協会.

山田篤裕・石井加代子(2009)「介護労働者の賃金決定要因と離職意向－他産業・他職種からみた介護労働者の特徴」『季刊社会保障研究』Vol.45　No.3, pp.229-248.

第2章　介護職員の勤続期間に影響する規定要因の実証分析

2.1　はじめに

2000年の介護保険制度導入から10年余りを経て，介護保険サービスに対するニーズは拡大を続けている。これに伴い，介護労働市場の規模も拡大し，その過程で多くの政策課題が表出してきた。特に問題となっているのは，介護労働者の定着率の低さである。全産業平均と比較しても介護労働者の離職率は高い傾向にある[1]。また，介護の職場で従事する職種ごとの平均勤続年数を比較すると，介護職員は4.3年，看護職員は5.6年，生活支援相談員は6.0年であり，介護職員の平均勤続年数は，他の職種より短いことが，介護労働安定センターの「介護労働実態調査」によって示されている[2]。

こうした状況を踏まえ，政府は将来にわたって介護人材を安定的に確保するために，様々な取り組みを進めつつある。優秀なる介護に従事する人材を確保することと，介護従事者の処遇改善を目的として，2007(平成19)年8月には，1993(平成5)年に策定された「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」の見直しが告示された。そこには，福祉・介護ニーズに対応できる質の高い人材を安定的に確保していくことが国民生活に関わる喫緊の課題であることが明記されている。この指針を踏まえ，2008(平成20)年12月には，「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立した。この法律の成立により，2009(平成21)年4月1日までに，介護従事者の賃金をはじめとする処遇改善に資するための対策の在り方について検討を加え，必要と認めるときは，その結果に基づいて必要な措置を講ずることも決定した。

それに伴い，「介護従事者の処遇の改善のための緊急特別対策」では，介護職員の待遇を改善するため，2009年度介護報酬改定で初めてのプラス改定を実施した。また，介護職員1人当たり月平均で1万5千円の賃上げに相当する支援を行うために，介護職員処遇改善交付金を導入した。これは，2012(平成24)年3月で期限切れとなるが，介護保険を運営する自治体や事業者などから存続を求める声が根強い。

---

1) 産業計は厚生労働省『平成22年雇用動向調査』。
(http://www.mhw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/08-2/kekka.html)　2011.7.5.
介護職員は介護労働安定センター(2010)『平成22年版介護事業所における労働の現状』p.161。
2) 介護労働安定センター(2010)『平成22年版介護事業所における労働の現状』p.161。

厚生労働省は，これらの政策が介護従事者の処遇改善にどの程度反映されているかを検証している[3]。それによると，開設期間の長い施設・事業所を中心に，ほとんどの経営主体で定期昇給を中心に，給与等の引き上げを実施している，あるいは，実施する予定であることが示されている。なお，引き上げ額は，目標の1万5千円には及ばないが，介護老人福祉施設では1万2千2百円の増額となっている。給与以外の処遇改善では，介護保険施設における「夜勤職員配置加算」等の創設によって，「職員の増員による業務負担の軽減」で処遇の改善が図られており，介護報酬改定の影響が伺える結果となっている。

こうした中，介護職員の雇用の安定化や処遇改善に関する分析も蓄積されつつある。花岡(2009)，山田(2009)，張(2008)，岸田(2008)らは，賃金や賃金以外の条件と，離職行動との関連を分析している[4]。その結果，花岡(2009)，山田(2009)，張(2008)らは，就業形態や属性などの労働者の条件を指定しつつも，賃金水準と離職率は負の相関関係にあることを示し，介護職員の離職行動には，賃金の効果が強いことを推定している。

一方，岸田は，離職行動を示す指標に就業継続意思と仕事満足度を採用し，個人属性及び労働環境との関連を分析することで，介護職員の就業継続意思や仕事満足度には，賃金の効果が薄く，賃金以外の条件である，勤務条件や人間関係，研修体制などの雇用管理の取り組みの効果が強いことを実証している。

これ以外に，堀田(2009)，鈴木(2009)らも，賃金以外の条件と離職行動の関連について分析している[5]。堀田は，ストレス度および働きやすさと，雇用管理の取り組みとの関連を検証している。その結果，組織整備，コンプライアンスの徹底等の雇用管理の取り組みは，ストレス度を引き下げ，働きやすさを実感させることを指摘している。鈴木は，職務満足度および勤務継続意思と雇用管理の取り組みとの関連を分析し

---

3) 厚生労働省，平成21年度介護従事者処遇状況等調査結果による。

4) 花岡智恵(2009)「賃金格差と介護従事者の離職」『季刊社会保障研究』Vol.45 №3，pp.269-286。
山田篤裕・石井加代子(2009)「介護労働者の賃金決定と離職意向－他産業・他職種からみた介護労働者の特徴」『季刊社会保障研究』Vol.45 №3，pp.229-248。
張允楨・黒田研二(2008)「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究」『厚生の指標』第55巻15号，pp.16-23。
岸田研作・谷垣静子(2008)「介護職員が働き続けるには何が必要か？」『Discussion paper Series 』岡山大学経済学会，№Ⅱ-64。

5) 堀田聡子(2009)「施設系事業所における介護職のストレス軽減と雇用管理」『労働政策研究報告書 №113 介護分野における労働者の確保等に関する研究』，pp.84-112。
鈴木俊光(2009)「介護事業所における雇用管理施策の効果分析」『労働政策研究報告書 №113 介護分野における労働者の確保等に関する研究』，pp.113-148。

ている。そして，勤務継続意思には，賃金，事業所規模，勤務体制，相談体制などの雇用管理の取り組みの効果が強いことを指摘している。

これらの既存研究では，ストレス度，働きやすさ，職務満足度，勤務継続意思を，離職行動につながると予想される指標に採用し，賃金や賃金以外の条件との関連を検証している。だが，これらはいずれも，実際の離職行動を示す指標ではなく，離職行動に密接に関係することを前提に用いられており，かつ主観的なものである。そのため既存研究では，実際の離職行動に影響を与える要因についての検証はなされていない。

そこで本章では，実際の離職行動の分析を可能にする指標に「勤続期間(月)」を採用し，離職行動を検討するうえで重要な視点であると既存研究でも指摘されている賃金以外の条件に焦点を当てて，勤続期間(月)に影響を与えうる要因を分析することで，介護職員の確保・定着に向けての課題を検討することを目的とする。

2.2 介護職員に特徴的な要素

介護職員の確保・定着には，その特性に応じた処遇が必要ではないかとの問題意識に基づき，以下の特性を取り上げる[6]。

2.2.1 勤続年数

平均勤続年数は，常勤労働者全体では 4.8 年，介護職員では 4.3 年であり，介護職員の勤続年数は，他の産業の労働者よりも短い傾向にある[7]。このことは，介護労働市場からの退出だけでなく，より良い条件を求めて他の介護事業所へ移る労働者が多いことも示唆できる。

表 1 に示すように，入職率(採用率)は，介護職員全体では 28.5%，そのうち正社員では 23.6%，非正社員では 35.5%である。産業計の常用労働者計では 15.9%，そのうち，一般労働者が 12.5%，パートタイム労働者が 26.7%である[8]。また，離職率は，介護職員全体では 19.3%，そのうち正社員では 16.2%，非正社員では 23.6%であり，

---

6) 介護職員の雇用に関連する特徴的な変数については，平成 22 年 11 月，介護老人福祉施設の施設長へのヒアリング調査の結果を参考に取り上げている。
7) 介護労働安定センター，前掲書。
8) 産業計は，厚生労働省『平成 19 年雇用動向調査』，介護職員は，介護労働安定センター，前掲書 88。

産業計の常用労働者計では 15.4%，そのうち，一般労働者が 12.2%，パートタイム労働者が 25.9%である [9]。異なる資料を用いているため厳密な比較はできないが，正社員を中心に介護職員の入職率及び離職率は産業計を上回り，介護労働市場の流動性は高いといえる。

表 1　入職率・離職率　(%)

	入職率(採用率)	離職率
介護職員	28.5	19.3
(正社員)	23.6	16.2
(非正社員)	35.5	23.6
産業計の常用労働者	15.9	15.4
(一般労働者)	12.5	12.2
(パートタイム労働者)	26.7	25.9

出所：介護職員は，介護労働安定センター「平成 21 年度事業所における介護労働実態調査結果」．産業計は，厚生労働省「平成 19 年雇用動向調査」．

2.2.2　賃金

表 2 に示すように，一般職員の年間給与は，産業計では男 328.3(千円)，女 227.6(千円)，看護師では男 319.1(千円)，女 322.2(千円)，福祉施設介護職員では男 232.2(千円)，女 206.2(千円)である。年齢，勤続年数が異なるため，厳密な比較はできないが，福祉施設介護職員の給与は，他の産業に比べ男女とも低い。とくに男性ではこれが顕著であり，主な生計維持者として，生涯の安定的な生活設計を描きにくいものと推測される。

[9] 同上。

表2　給与額（千円）

	年齢	勤続年数	決まって支給する現金給与額(千円)
産業計			
(男)	42.1	13.3	328.3
(女)	39.6	8.9	227.6
看護師			
(男)	36.0	6.4	319.1
(女)	37.6	7.4	322.2
福祉施設介護職員			
(男)	34.6	5.6	232.2
(女)	39.2	5.3	206.2

出所：厚生労働省「平成22年賃金構造基本統計調査」.

2.2.3　介護事業所の規模

介護分野では，小規模事業所の占める割合が高い。従業員数階級別の事業所規模では，「4人以下」が8.3%，「5人以上9人以下」が14.9%，「10人以上19人以下」が28.7%，「20人以上49人以下」が29.8%，「50人以上99人以下」が12.9%，「100人以上」が4.8%であり，「19人以下」の事業所が半数以上を占める[10]。また，複数事業所の有無をみると，「複数の事業所がある」は62.5%，「他の事業所がない」は36.8%であり，複数の事業所をもたない法人が4割近くを占める[11]。そのうち，複数の事業所がある法人の従業員規模をみると，「49人以下」が33.8%で最も多く，ついで，「100人～299人」が24.4%，「50人～99人」が20.2%の順である[12]。

このように，介護事業所は，複数の事業所をもたない規模の小さい法人や，従業員数の少ない事業所が多い。このことは，事業所内での配置転換や事業所間での人事異動を難しくする。また，管理職のポストが限定され，昇進の機会も制約されるため，介護職員は将来展望を描きにくい状況にあると考えられる。

さらに，事業所規模は介護職員の定着率にも影響を与えている。事業所規模別の平均勤続年数は，「5人以上9人以下」が4.2年，「10人以上19人以下」が3.9年であるのに対し，「50人以上99人以下」は6.1年，「100人以上」は6.3年と，事業所規

10) 介護労働安定センター，前掲書79。
11) 介護労働安定センター，前掲書62。
12) 介護労働安定センター，前掲書63。

模の大きいほうが平均勤続年数は長い[13]。入職率，離職率では，「5人以上9人以下」が35.5%，20.6%，「10人以上19人以下」が32.4%，20.9%，「20人以上49人以下」が26.5%，17.9%，「50人以上99人以下」が22.9%，15.6%，「100人以上」が19.8%，14.5%と，事業所規模の大きい事業所は，入職率，離職率ともに低く，定着率は高い傾向にある[14]。

2.2.4 介護職員の属性

入所型施設では，通常，常勤者により対応する夜勤業務が不可欠である。そのため，正社員比率は6割を超えている[15]。また性別では，男性が21.3%，女性が78.7%を占め，女性労働者が圧倒的に多い[16]。

女性労働者を年齢構成別にみると，「20歳以上25歳未満」が4.7%，「25歳以上30歳未満」が7.0%「30歳以上35歳未満」が8.4%，「35歳以上40歳未満」が10.0%，「40歳以上45歳未満」が12.1%，「45歳以上50歳未満」が13.0%，「50歳以上55歳未満」が13.8%，「55歳以上60歳未満」が13.5%，「60歳以上」が15.1%である[17]。

このように，介護の職場では，中高年の女性労働者の占める割合が圧倒的に高い。ただし，妊娠，出産，育児の経験世代である，20歳代から30歳代の女性も3割を占める。これらの者は，仕事以外の家庭生活においても重要な役割を担う年齢層であり，「仕事と生活の両立支援」が特に重要な課題になる。

2.2.5 勤務体制

特別養護老人ホームをはじめとする入所型施設では，365日24時間の常時のサービス提供が通常であり，施設に入所している利用者への介護サービス提供は，深夜を含む終日，しかも年間休むことなく提供されねばならない。こうしたサービスを提供するために，介護職員の勤務は，夜勤を含む24時間交替制勤務が組まれる。また，休日も日曜や祭日に関係なく定められる。勤務体制は，早出，日勤，夜勤などの1日の勤務シフトと，1ヵ月の勤務シフトが組まれ，すべての職員の勤務ローテーション

---

13) 介護労働安定センター，前掲書160。
14) 介護労働安定センター，前掲書90。
15) 介護労働安定センター，前掲書19。
16) 介護労働安定センター，前掲書23。
17) 介護労働安定センター，前掲書144。

のもとで業務が遂行される。勤務シフトは，メンバー全員の勤務と業務を相互に調整しながら組まれるため，一度勤務シフトが組まれると，変更することが難しい。

このように，入所型施設の介護職員は，深夜勤務や交替制勤務などの不規則勤務が通常であり，勤務シフトの特性上，家族と生活リズムを合わせにくい状況にある。また，夜勤業務は，通常夕方から翌朝までの勤務となる場合が多く，拘束時間が 16 時間以上におよぶため，健康面での負担も大きくなりやすい。

2.2.6 “みんなで一緒に仕事をする職場”である

介護保険制度下での，介護老人福祉施設のサービス内容は，入浴，排せつ，整容，食事等の介護，入所者又はその家族に対する相談及び援助，その他の社会生活上の便宜の提供等，機能訓練，健康相談及び療養上の世話である(指定介護老人福祉施設の人員，設備及び運営に関する基準第一三条)。これらの多様な介護サービスを提供する人員として，医師，生活相談員，介護職員，看護職員，栄養士，機能訓練指導員，介護支援専門員が配置されている(指定介護老人福祉施設の人員，設備及び運営に関する基準第二条)。

このように，介護保険制度のもとでは，利用者に対して入浴，排せつ，食事等をはじめとする様々なサービスを，多職種が協力して提供することが義務づけられている。そのため介護の職場では，職種間や職員同士の連携が不可欠であり，そのぶん，人間関係も緊密かつ複雑になりやすいと考えられる。

2.3 分析

2.3.1 仮説

介護職員の勤続期間に影響を与えうる要因を分析するにあたっては，介護職員に特徴的な要素に焦点を当てて分析を行うことが必要ではないかとの問題意識に基づき，これらの要素と勤続期間の関連について考えうる 3 つの仮設を提示した。介護職員の働き方に特徴的な要素には，介護事業所の規模，介護職員の属性，勤務体制，“みんなで一緒に仕事をする職場”の 4 つを採用する。提示する仮説は次のとおりである。

第 1 に，規模の小さい事業所や法人では，介護職員の勤続期間にマイナスの影響を与えているかを検証する。職場の人間関係や職務の適性等の理由で介護職員が離職を考えたとしても，同一法人内に複数の事業所があれば，他の事業所へ異動することも

可能であり，理由によっては離職を回避できる可能性が高くなると考えられる。逆に，同一法人内に複数の事業所をもたない場合，他の事業所へ異動することもできず，離職行動につながる可能性は高くなることが予想される。

また，複数事業所の有無とあわせて，職員数が少ない小規模の事業所では，配置転換が難しく，管理職のポストも制限され，昇進の機会も制約されるため，職員のモチベーションを維持，向上させることが難しいと考えられ，勤続期間にマイナスの影響を与えることが予想される。

第2に，介護職員の勤務シフトの組み方が勤続期間に与える影響である。特別養護老人ホームをはじめとする入所型施設では，365日24時間のサービス提供が通常であり，施設に入所している利用者への介護サービス提供は，深夜を含む終日，しかも年間休むことなく提供されねばならない。そのため，介護職員の勤務シフトは，夜勤を含む交替制勤務が組まれる。その際，夜勤明けの翌日に日勤が入る勤務シフトを組むことは，介護職員の身体的負担を大きくすると考えられ，勤続期間にマイナスの影響を与えることが予想される。

第3に，雇用管理の取り組みが勤続期間に与える影響である。まず，職場の円滑な人間関係の形成に役立つと考えられる，「職場のモラル向上に向けた研修」の雇用管理の取り組みが，勤続期間にプラスの影響を与えることを検証する。介護の職場は，多様な経歴や就業形態の異なる労働者がひとつのチームを形成し，みんなで一緒に仕事を行う職場である。そのため，職員同士の人間関係は緊密になりやすい反面，価値観や介護に対する考え方の異なる者同士が一緒に仕事を行うという特徴がみられる。したがって，職員同士が相互に理解を深め合えるよう，「職場のモラル向上に向けた研修」の雇用管理の取り組みを実施することは，勤務期間にプラスの影響を与えることが予想される。

また，「介護保険制度や関係法令の改正情報」の周知は，勤続期間にプラスの影響を与えることを検証する。介護職員の働き方や労働条件，雇用環境に影響を与えると考えられるこれらの要素に対する職員の関心は高いものと推測される。したがって，これらの情報を職員に適切に周知し，情報を労使間で共有することは，職員が安心して働けることにつながり，勤続期間にプラスの影響を与えることが推察される。

さらに，「採用時における賃金・勤務時間についての説明」が勤続期間に与える影響である。採用時に賃金や勤務条件を明示することは，入職後の賃金や労働条件をめ

ぐるトラブル防止や，職員の不満の軽減に役立ち，勤続期間にプラスの要因になることが予想される。

本研究では，以上の仮説を検証するために，介護職員の「勤続期間(月)」に対する各説明変数の影響程度を検討することを目的として，重回帰分析を行う。

2.3.2 データ

財団法人介護労働安定センターが実施した『介護施設雇用管理実態調査(2007)』の介護労働者調査票における個票データを用いる。これは，東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センターSSJ データアーカイブより提供をうけたものである。この調査は，独立行政法人福祉医療機構の WAMNET「介護事業者名簿(平成 19 年 10 月 1 日現在)」に掲載された介護保険指定介護サービス事業を実施する入所型および通所型の事業所のうちから無作為に抽出(4818)して調査を実施したものである。介護労働者調査は，事業所調査の対象事業所のうち，1/2 の事業所に対し，事業所管理者に対して 4 名を上限として調査対象とされる労働者への調査を依頼したものである。4 名は職員か管理職(主任，リーダーを含めた介護の現場のまとめ役)1 名，介護職員(正社員)2 名，介護職員(非正社員)1 名である。対象の選定にあたり，経験年数の長い職員と短い職員を平均的に選定するよう事業所に依頼がなされている。有効調査労働者数は 9,636 人で，有効回答のあった者は 2,729 人であった(有効回答率 28.4%)。このうち，本章では，分析の対象を入所型施設の介護職員に限定する。

2.3.3 変数

(1) 被説明変数

被説明変数に「勤続期間(月)」を採用する。「勤続期間(月)」は「今の勤務先での経験年数」に対する回答によって把握する。「今の勤務先での経験年数」は，「経験年数(年)」と「経験年数(月)」の 2 変数に分かれているため，目標変数を「勤続期間(月)」とする新しい変数を，「経験年数(年)×12＋経験年数(ヶ月)」の計算により新たに作成して用いる。

(2) 説明変数

説明変数に事業所規模，勤務シフトの組み方，雇用管理の取組みを採用する。事業所規模ダミー(職員数 20 人未満＝1，それ以外＝0)，勤務シフトの組み方には，夜勤明

け翌日の日勤の回数を採用する。雇用管理の取組みには，「採用時における賃金・勤務時間についての説明」，「職員のモラル向上に向けた研修」，「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」を選択する。これらについて事業所で取組みが十分に行われているに該当＝1，非該当＝0をとるダミー変数を採用する。

2.3.4 統制変数

統制変数には，労働者個人の基本属性と事業所の属性を考慮する。労働者個人の基本属性には，性別，年齢，子どもの有無，健康状態，就業形態，職位，通常1カ月の勤務日数，通常1カ月当たりの実労働時間(残業含む)，通常1カ月の夜勤日数，昨年1年間の税込みの年収を選択する。性別ダミー(女性＝1，男性＝0)，年齢，子どもの有無については，直接子どもの有無を尋ねる質問はないため，同居家族(複数回答)について，子どもを選択した者を1，それ以外を0とするダミー変数を採用することで替える。健康状態は，「良好」および「まあ良好」を1，「やや不調」および「不調」を0とするダミー変数を採用する。就業形態は，正規職員＝1，非正規職員＝0，その他の者は分析において除外するダミー変数を採用する。職位については，管理職＝1，それ以外＝0とするダミー変数を採用する。事業所の属性には，ターミナルケアの有無ダミー(ターミナルケア有り＝1，無し＝0)，要介護4以上の利用者が5割以上ダミー(要介護4以上の利用者の割合が5割以上＝1，それ以外＝0)，認知症の利用者の割合が7割以上ダミー(認知症の利用者の割合が7割以上＝1，それ以外＝0)を採用する。

2.3.5 推定モデル

推計方法は最小自乗法である。分析に用いる統計ソフトはSPSS11.0J for Windowsである。

推定モデルは以下のとおりである。

$$Y_i=\beta_0+\beta_1F_i+\beta_2W_i+\beta_3C_i+\beta_4R_i+\beta_5S_i+U_i$$

β_0：定数項　U_i：誤差項

被説明変数 Y_i：勤続期間(月)

説明変数 F_i：事業所規模

W_i：勤務シフトの組み方(夜勤明けの翌日に日勤が入った回数)

C_i：雇用管理の取り組み(「採用時における賃金・勤務時間についての説明」，

「職員のモラル向上に向けた研修」,「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」)

R_t：労働者個人属性(性別，年齢，子どもの有無，健康状態，就業形態，職位，通常1カ月の勤務日数，通常1カ月当たりの残業含む実労働時間，通常1カ月の夜勤日数，昨年1年間の税込みの年収)

S_t：事業所属性(ターミナルケアの有無，要介護4以上の利用者の割合，認知症の利用者の割合)

モデルの説明

説明変数セット1(通常1カ月当たりの夜勤明けの翌日に日勤が入った回数，事業所規模20人未満ダミー，採用時における賃金・勤務時間についての説明ダミー，介護保険制度や関係法令の改正情報の周知ダミー)

説明変数セット2(通常1カ月当たりの夜勤明けの翌日に日勤が入った回数，事業所規模20人未満ダミー，職員のモラル向上に向けた研修ダミー)

説明変数セット3(通常1カ月当たりの夜勤明けの翌日に日勤が入った回数，事業所規模20人未満ダミー，採用時における賃金・勤務時間についての説明ダミー，介護保険制度や関係法令の改正情報の周知ダミー，職員のモラル向上に向けた研修ダミー)

コントロール変数1(性別ダミー，年齢，子ども有ダミー，健康状態ダミー，就業形態ダミー，管理職ダミー，1カ月の勤務日数，1カ月の実労働時間，通常1カ月の夜勤日数，昨年1年間の税込みの年収，ターミナルケア有ダミー，要介護4以上5割以上ダミー，認知症7割以上ダミー)

コントロール変数2(性別ダミー，年齢，子ども有ダミー，健康状態ダミー，就業形態ダミー，管理職ダミー，1カ月の勤務日数，1カ月の夜勤日数，昨年1年間の税込みの年収，要介護4以上5割以上ダミー)

コントロール変数3(性別ダミー，年齢，就業形態ダミー，管理職ダミー，要介護4以上5割以上ダミー)

表4：(モデル1)

①説明変数セット1＋コントロール変数1

②説明変数セット1＋コントロール変数2

③説明変数セット1＋コントロール変数3

表5：(モデル2)

①説明変数セット2＋コントロール変数1

②説明変数セット2＋コントロール変数2

③説明変数セット2＋コントロール変数3

表6：(モデル3)

①説明変数セット3＋コントロール変数1

②説明変数セット3＋コントロール変数2

③説明変数セット3＋コントロール変数3

2.4 結果

記述統計は表3に示すとおりである。対象者の74.3%が女性であり，平均年齢は38.07歳であった。通常1カ月の夜勤明けの翌日の平均日勤回数は，0.79回であった。通常1カ月の平均勤務日数は，20.96日で，平均実労働時間は，167.50時間であった。通常1カ月の平均夜勤日数は，4.53日であった。昨年1年間の平均税込み年収は，273万3800円であった。

推計結果は表4，5，6に示すとおりである。労働者個人の基本属性や事業所属性の変数を統制したうえでも，次の分析結果が得られた。まず，「事業所規模20人未満ダミー」は，「勤続期間(月)」に対して，有意にマイナスの影響を与えている。このことから，第1の仮説で提示した，事業所規模は勤続期間に影響を与えており，規模の小さい事業所では，勤続期間にマイナスの影響を与えることが支持できる結果となった。

次に，「通常1カ月当たりの夜勤明けの翌日に日勤が入った回数」は，「勤続期間(月)」に対して有意にマイナスの影響を与えている。このことから第2の仮説で示した，夜勤明けの翌日に日勤が入る勤務シフトを組むことは，勤続期間にマイナスの影響を与えることが支持できる結果を得た。

さらに，雇用管理の取り組みのうち，「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」と「職員のモラル向上に向けた研修」は，勤続期間に対して有意にプラスの影響を与

える結果となった。一方,「採用時における賃金・勤務時間についての説明」は，勤続期間に対して有意にマイナスの影響を与える結果となった。このことから,「採用時における賃金・勤務時間についての説明」を除き，第3の仮説で提示した，雇用管理の取り組みは，勤続期間にプラスの影響を与えることが支持できる結果となった。

表3　記述統計量

説明変数	サンプルサイズ	平均値	標準偏差
通常1カ月の夜勤明け翌日の日勤回数	1405	0.79	1.390
事業所規模20人未満ダミー	2130	0.1928	0.39457
雇用管理			
(採用時における賃金・勤務時間についての説明)	2130	0.3779	0.48498
(介護保険制度や関係法令の周知)	2130	0.1685	0.37444
(職員のモラル向上に向けた研修)	2130	0.2469	0.43134
性別ダミー	2112	0.7429	0.43714
年齢	2033	38.07	11.511
就業形態ダミー	2055	0.8214	0.38307
健康状態ダミー	2100	0.8490	0.35809
管理職ダミー	2130	0.4651	0.49890
子どもの有無ダミー	2130	0.4479	0.49739
通常1カ月の勤務日数(日)	1965	20.96	2.287
通常1カ月の実労働時間(時間)	1708	167.50	43.323
通常1カ月の夜勤日数(日)	1484	4.53	1.613
昨年1年間の税込み年収(万円)	1511	273.38	110.597
要介護4以上5割以上ダミー	1991	0.5269	0.49940
ターミナルケア有ダミー	2036	0.5580	0.49675
認知症7割以上ダミー	2065	0.5298	0.49923

注：サンプルは入所型施設の介護職員に限定している。

表4

	モデル1 - ①		モデル1 - ②		モデル1 - ③	
	推定値	t 値	推定値	t 値	推定値	t 値
夜勤明け翌日の日勤回数	- 0.65	- 1.978**	- 0.050	- 1.673***	- 0.068	- 2.588**
事業所規模20人未満ダミー	- 0.098	- 2.872***	- 0.070	- 2.229**	- 0.152	- 5.543***
(雇用管理) 採用時の説明	- 0.106	- 3.301***	- 1.08	- 3.554**	- 0.009	- 3.670***
制度改正情報の周知	0.093	2.897***	0.107	3.545***	0.103	3.772***
モラル向上研修						
性別ダミー	0.144	4.313***	0.136	4.355***	0.084	3.080***
年齢	0.182	4.761***	0.207	5.839***	0.306	10.974***
就業形態ダミー	0.062	1.840*	0.062	1.933*	0.137	5.028***
健康状態ダミー	- 0.031	- 0.988	- 0.021	- 0.704		
管理職ダミー	0.083	2.374**	0.084	2.601***	0.183	6.574***
子ども有ダミー	0.025	0.696	0.019	0.560		
1ヵ月の勤務日数	0.000	- 0.010	- 0.012	- 0.355		
1ヵ月の実労働時間	- 0.035	- 1.029				
1ヵ月の夜勤日数	0.006	0.191				
昨年1年間の税込み収入	0.323	8.723***	0.301	8.698***		
要介護4以上5割以上ダミー	0.110	3.174***	0.117	3.802***	0.116	4.254***
ターミナルケア有ダミー	0.014	0.423				
認知症7割以上ダミー	0.023	.0.687				
標本の大きさ	734		828		1093	
定数項	- 31.345		- 36.428		- 26.393	
F値	18.689***		26.950***		41.990***	
自由度修正済み決定係数	0.291		0.290		0.253	

注：*** : p<0.01 **: p<0.05 * : p<0.1

表5

	モデル2 - ①		モデル2 - ②		モデル2 - ③	
	推定値	t 値	推定値	t 値	推定値	t 値
夜勤明け翌日の日勤回数	- 0.061	- 1.857*	- 0.049	- 1.632*	- 0.066	- 2.498**
事業所規模20人未満ダミー	−0.101	−2.918***	−0.074	−2.321**	−0.156	−5.600***
(雇用管理) 採用時の説明						
制度改正情報の周知						
モラル向上研修	0.080	2.537***	0.066	2.204**	0.047	1.781*
性別ダミー	0.144	4.301***	0.136	4.326***	0.090	3.283***
年齢	0.184	4.816***	0.213	5.935***	0.307	10.964***
就業形態ダミー	0.068	2.018	0.065	2.061	0.141	5.104***
健康状態ダミー	- 0.044	- 1.370	- 0.029	- 0.980		
管理職ダミー	0.077	2.207**	0.084	2.601***	0.186	6.626***
子ども有ダミー	0.016	0.465	0.009	0.279		
1ヵ月の勤務日数	−0.005	−0.154	−0.018	−0.582		
1ヵ月の実労働時間	- 0.035	- 1.027				
1ヵ月の夜勤日数	0.004	0.105				
昨年1年間の税込み収入	0.329	8.821***	0.303	8.668***		
要介護4以上5割以上ダミー	0.109	3.120***	0.114	3.690***	0.115	9.229***
ターミナルケア有ダミー	0.009	0.265				
認知症7割以上ダミー	0.021	0.626				
標本の大きさ	734		828		1093	
定数項	- 31.881		- 36.283		−27.498	
F値	19.001***		27.354***		38.137***	
自由度修正済み決定係数	0.282		0.277		0.254	

注：*** : p <0.01 **: p<0.05 * : p <0.1

表6

	モデル3 - ①		モデル3 - ②		モデル3 - ③	
	推定値	t 値	推定値	t 値	推定値	t 値
夜勤明け翌日の日勤回数	- 0.067	- 2.052***	- 0.052	- 1.719*	- 0.067	- 2.545**
事業所規模20人未満ダミー	−0.094	−2.767***	−0.066	−2.098*	−0.150	−5.455***
(雇用管理) 採用時の説明	−0.122	−3.745***	−0.120	−3.985***	−0.108	−3.922***
制度改正情報の周知	0.071	2.143**	0.090	2.853***	0.091	3.229***
モラル向上研修	0.087	2.630***	0.068	2.155*	0.047	1.681*
性別ダミー	0.141	4.230***	0.134	4.284***	0.085	3.095***
年齢	0.184	4.840***	0.208	5.891***	0.307	10.992***
就業形態ダミー	0061	1.808*	0.062	1.971*	0.184	6.633***
健康状態ダミー	- 0.037	- 1.157	- 0.024	- 8.24	0.138	5.065***
管理職ダミー	0.084	2.418**	0.093	2.588***	0.182	7.087***
子ども有ダミー	0.023	0.661	0.018	0.531		
1ヵ月の勤務日数	0.000	0.006	−0.012	−0.408		
1ヵ月の実労働時間	- 0.041	- 1.191				
1ヵ月の夜勤日数	0.008	0.249				
昨年1年間の税込み収入	0.329	8.907***	0.306	8.834***		
要介護4以上5割以上ダミー	0.108	3.128***	0.114	3.730***	0.115	4.229***
ターミナルケア有ダミー	0.013	0.401				
認知症7割以上ダミー	0.004	0.721				
標本の大きさ	734		828		1093	
定数項	- 32.222		- 37.243		−27.498	
F値	18.191***		25.469***		38.137***	
自由度修正済み決定係数	0.297		0.293		0.254	

注：***：p<0.01 **:p<0.05 *：p<0.1

2.5 おわりに

2010年に内閣府が実施した「介護保険制度に関する世論調査」によると，介護の職業に対する国民のイメージとして,「やりがいのある仕事」,「社会的に意義のある仕事」とともに,「仕事がきつい割に給与が安い」という印象を持つ，国民の意識が明らかになっている[18]。国民が介護労働に対して厳しい印象を持つ中，介護職員の確保・定着を阻害する要因を検証し，介護職員の雇用の安定化や処遇の改善を図るための施策を検討することは重要な課題であり，本章は，その具体的な内容を検証することを目的とした。本章で得られた分析結果より，次の内容が考察できる。

昨今，介護職員のキャリアパスの仕組みの普及・定着が課題になっている[19]。しかし，規模の小さい事業所では，管理職のポストが限定され，昇進の機会も制約されるため，こうした課題に取り組みにくい環境にあると考えられる。このことは，介護職員が将来展望をもって働き続けることを阻害すると考えられ，勤続期間にマイナスの影響を与える可能性を示唆していると考えられる。事業所の規模の大小にかかわらず，介護職員が将来展望を描けるよう，キャリアパスの仕組みや人事管理の仕組みを設計することが重要な課題である。

また，介護職と同様に夜勤勤務や交替制勤務のある看護職の場合，夜勤負担が大きいことが，離職理由の上位にあげられ，夜勤負担を軽減するために，夜勤明けの翌日を休日とする勤務シフトを組むことが，離職防止に有効であることが指摘されている[20]。したがって，介護職の場合も，夜勤負担の軽減につながるよう，夜勤時に仮眠を確実に確保することや，夜勤明けの翌日に日勤が入る勤務シフトを避けることが，離職防止に有効である可能性を示唆していると考えられる。

さらに，雇用管理の取組みのうち,「職員のモラル向上に向けた研修」は，勤続期間にプラスの影響を与える要因であった。チームプレーが要求される介護の職場では，職員同士の人間関係を円滑に保つことが，働きやすい職場形成につながり，勤続期間にプラスの影響を与えると考えられる。このことから，経歴や年齢，雇用形態，価値

---

18) 内閣府大臣官房政府広報室『介護保険制度に関する世論調査　平成22年9月調査』p.59。
19) 厚生労働省は，介護職員処遇改善交付金の申請にあわせて，キャリアパスに関する要件を満たしていない場合に助成額を減額することを予定するなど，キャリアパスの普及・定着促進を図っている。
20) 日本看護協会(2010)『平成22年版看護白書』。

観等の異なる職員同士が相互に理解を深め合えるよう,「モラル向上に向けた研修」を実施することは，勤続期間にプラスの影響を与える可能性を示唆していると考えられる。なお，職員同士が相互に理解を深め合えるよう，あるいは連帯感を醸成できるよう対策を講じることは，経営者サイドにとって必然の責務といえる。

「介護保険制度や関係法令の改正情報の周知」も，勤続期間にプラスの影響を与える要因であった。介護職員の働き方や労働条件，雇用環境に大きな影響を与える，介護保険制度や関係法令の改正情報は，介護職員にとって関心の高い情報であると考えられる。これらの情報を介護職員に適切に周知することは，労使間での情報共有につながり，介護職員の定着率の向上に有効である可能性を示唆できる。

一方，採用時に賃金・勤務時間等の労働条件を明示することは，入職後の労働条件をめぐるトラブル防止や，不満の軽減に役立ち，勤続期間にプラスの影響を与える要因であると予想した。しかし，これは棄却された。これについては，事業所の開設年数の短い事業所，つまり，勤続期間も短くなる事業所のほうが「採用時の労働条件の明示」を多く行っているため，このような結果を得たとも考えられる。事業所の開設年数を考慮した検証は今後の課題である。

また，介護労働安定センターの「平成 21 年度介護労働実態調査」より，非正社員の採用時の労働条件の明示方法をみると,「雇用契約書等の書面による」が 64.2%で最も多く，次いで「労働条件通知書の交付」が 38.0%,「「就業規則＋辞令」の交付」が 20.8%,「口頭で行っている」が 17.8%の順となっている[21]。このうち「口頭で行っている」については，経営者側は明示したつもりでも，説明を受ける側は，それを採用時の労働条件の明示と受取っていないことも想定され，説明に関する労使間での認識の違いも,「採用時における賃金・勤務時間についての説明」と「勤続期間(月)」の関係に影響を及ぼす要因のひとつとなっている可能性が考えられる。

最後に本章の限界と課題について述べておきたい。本章のデータは，事業所の属性に開設年数を含んでいない。開設年数によって介護職員の勤続期間にバイアスがかかる可能性は否定できない。本章で用いたデータは，介護労働安定センターが実施した調査の個票データであり，調査項目が限定されている。今後は，事業所の開設年数を含む独自のデータを作成して，分析を行う必要がある。なお，検証結果に基づく考察を深めるために，データをさらに活用することも課題である。次に，本章では，介護

[21] 介護労働安定センター(2010)『平成 21 年版介護労働実態調査結果』。

職員の実際の離職行動を示す指標に「勤続期間(月)」を採用している。このデータは，ある時点での「結果としての勤続期間(月)」を入手したものであり，離職行動を経年的に追跡したものではない。実際の離職行動に影響を与える要因を検証するには，パネルデータを作成して分析を行う必要がある。今後は，独自のデータの作成と分析をとおして，検討を積み重ねていくことを課題としたい。

第 2 章の参考文献

介護労働安定センター(2010)『平成 22 年版介護事業所における労働の現状』.

岸田研作・谷垣静子(2008)「介護職員が働き続けるには何が必要か？」『Discussion paper Series』岡山大学経済学会, №Ⅱ-64.

厚生労働省『平成 19 年雇用動向調査』.

〃　『平成 20 年雇用動向調査』.

社会保障国民会議サービス保障(医療・介護・福祉)分科会(2008)第 8 回資料「社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用のシミュレーション〈http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihoshoukokuminkaigi/kaisai/service/dai08/siryou2_1.pdf〉.

鈴木俊光(2009)「介護事業所における雇用管理施策の効果分析」『労働政策研究報告書 №113　介護分野における労働者の確保等に関する研究』労働政策研究機構, pp.113-148.

張允楨・黒田研二(2008)「特別養護老人ホームにおける介護職員の離職率に関する研究」『厚生の指標』第 55 巻 15 号, pp.16-23.

花岡智恵(2009)「賃金格差と介護従事者の離職」『季刊社会保障研究』, Vol.45 №3, pp.269-286.

堀田聡子(2009)「施設系事業所における介護職のストレス軽減と雇用管理」『労働政策研究報告書　№113　介護分野における労働者の確保等に関する研究』労働政策研究機構, pp.84-112.

山田篤裕・石井加代子(2009)「介護労働者の賃金決定と離職意向－他産業・他職種からみた介護労働者の特徴」『季刊社会保障研究』Vol.45 №3, pp.229-248.

第 3 章　“介護と看護の関係性”を踏まえた介護現場における人材確保の課題と今後の展望

3.1　はじめに

特別養護老人ホーム（以下：特養）をはじめとする介護現場の人手不足が続いている。また，介護現場では，医療ニーズの高まりが著しく，医療に対応する人材の安定的な確保も重要な課題になっている。その主な要因のひとつは，介護保険制度導入以降の利用者の重度化[1]にある。

特養をはじめとする介護施設では，「介護報酬」が要介護度に応じて支払われるため[2]，重度の要介護者を多く受け入れるほど施設の収入も増える。そのため，施設の事業主は，経営上の理由から，重度の要介護者の積極的な受入れを進めてきた。また，2002 年 8 月には，施設の運営規準の一部が見直され[3]，介護の必要度に加え，家族状況などの生活状況全般を考慮した優先入所が義務づけられたことも影響している。

さらに，介護保険制度の導入を起点とする，介護と医療の同時改正の動向も利用者の重度化の要因のひとつである。医療費抑制を主眼とする医療制度改革によって，高齢の入院患者が，医療施設から在宅や特養などの介護施設へ移されることになり，それらの者を受入れる新たなサービス体系が整備されるなど，介護と医療の連携が強化されることになった。その結果，在宅や特養などの介護施設では，医療施設で行われていたリハビリテーションや医療処置の延長線上にある医療を必要とする利用者が増大するようになった。

それにもかかわらず，これらの者を支える医療体制は，“介護と医療の連携”をスローガンとする，外部の専門医療機関等との連携に重点が置かれ，施設内の医療設備や医師・看護師の配置は[4]，必要とされる医療水準に満たないまま据え置かれている。その結果，職員数の最も多い介護職員に，一部の医療行為を担ってもらうことへの期

---

1) 厚生労働省『介護サービス施設・事業所調査』によると，平成 12 年の平均要介護度は 3.35 であるが，20 年には 3.81 になった。
2) 平成 21 年 4 月改定分の介護報酬は，多床室では利用者 1 人あたり 1 日につき要介護 1 は 651 点，要介護 5 は 933 点であり，その差は 282 点，金額にして 2820 円となっている。
3) 「指定介護老人福祉施設の入所に関する指針」が改正された。
4) 特養における設備及び人員配置基準は，「指定介護老人福祉施設の人員，設備及び運営に関する基準」第 2 条により定められている。

待が高まっている。

こうして，介護現場の医療ニーズの拡大とともに，一部の医療行為の担い手として，介護福祉士を中心とする介護職員の現有勢力を活用することが課題になった。またそのために，実情に即して，介護職員の業務を見直すための議論も本格化している。だが，介護現場の医療を支える人材確保策として，こうした選択肢が妥当であるかの判断も含めて，幅広い観点から議論を深めることが求められる。

本章で目指すものは，医療行為の概念を明確にし，介護職員と看護師の職務範囲を整理しながら，介護職員の業務の見直しがどのように行われるかを把握することで，“介護と看護の関係性”という視点から，介護人材確保の課題を検討することにある。

医療行為の概念は，1989 年（平成元年），法的・医学的観点から一定の見解を得ている[5]。それによると医療行為[6]は，医師の具体的指示があったとしても医師以外ができない行為である絶対的医療行為（医師法 17 条）と，（保健師助産師看護師法第 5 条）に基づき，医師の個別具体的指示がなければできない行為（あればできる行為）（保健師助産師看護師法 37 条）の相対的医療行為，さらに，医師の個別具体的指示がなくても看護師の判断でできる行為の，3 つに分類されている。

この分類を踏まえ，看護師による静脈注射の解禁などの，看護師の業務の見直しが，業務範囲から逸脱していないかどうかの検討が行われている[7]。このように，看護師の業務の見直しについての分析はすでに行われているが，介護職員の業務範囲の解釈がどのように見直されるかは整理されておらず，それを踏まえた人材確保のあり方についての議論も見当たらない。

そこで本章では，前段で述べた医療行為分類を採用し，現在議論されている介護職員の業務範囲の解釈の見直しが，どのような方法で行われるかを整理することで，介護と看護の関係性を検証する。そのうえで，その関係性を採用した場合の介護職員と看護師[8]の業務範囲の在り方を提示し，介護現場における人材確保の課題を示す。また，日本に先行する形ですでに高齢者介護現場の介護職と看護職の人材確保の改革に着手しているドイツの事例を取り上げながら，日本が学ぶべき示唆を考えてみたい。

---

5) 厚生省(1989)『医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究　報告書』。
6) 医療行為と医行為については，同義であるとする見解と，異なるとする見解があるが，本稿では，そのいずれかを問うことが主旨ではないため，医療行為を用いることとする。
7) 小沼敦(2007)「看護師の業務範囲についての一考察－静脈注射と産婦に対する内診を例に－」『レファレンス』195 - 212。
8) 看護職には，保健師，助産師，看護師，准看護師が含まれるが，本稿では，看護師を取り上げる。

3.2 医療行為をめぐる職種間の業務範囲

3.2.1 資格の定義と業務

医師，看護師，介護福祉士の業務は，法律によって規定されている。医師または歯科医師は，厚生労働大臣の医師免許または歯科医師免許を受けて，医療または歯科医療および保健指導をつかさどることによって，公衆衛生の向上および増進に寄与し，もって国民の健康な生活を確保する者とされている（医師法 11 条）。また，「医師でなければ，医業をなしてはならない」（医師法第 17 条）と規定されており，医師はすべての医療行為をなしうる者として，「医業」を独占している。

看護師は，厚生労働大臣の免許を受けて，傷病者もしくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者である（保健師助産師看護師法，以下「保助看法」第 5 条）。看護師でない者は，保助看法第 5 条に規定する行為を業として行うことは認められておらず(保助看法第 31 条第 1 項)，これをもって，これらは看護師の業務独占とみなされる。もっとも，医師は先に述べたように，すべての医療行為をなしうる者として，これらの業務を行うことが認められている（保助看法第 31 条第 1 項ただし書及び第 2 項)。

なお，看護業務とは何かについては，法律で明確に定義されているわけではない。ただし，保助看法第 5 条の看護師の定義と，第 31 条第 1 項の「看護師でない者は，第 5 条に規定する業をしてはならない」とする規定より，保助看法第 5 条の，①傷病者もしくはじょく婦に対する療養上の世話と，②診療の補助の 2 つを，看護師の業務の範囲と解釈することができる。

介護福祉士は，介護福祉士の名称を用いて，専門的知識及び技術をもって，身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護を行い，並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下，「介護等」という）を業とする者である（社会福祉士及び介護福祉士法第 2 条 2 項)。介護業務とは何かについては，看護業務同様，法律で明示されているわけではないが，社会福祉士及び介護福祉士法第 2 条 2 項の介護福祉士の定義より，「心身の状況に応じた介護等」と解釈することができる。

以上の法令上の規定に基づき，「医業」をめぐる医師，看護師，介護福祉士の相違点についてまとめたものが，表 1 である。それによると，医師・看護師の医療従事者と

介護福祉士は，業務を医療行為とするか，あるいは介護とするかで明確な相違がみられる。ただし，各職種の業務は法律でそのように明記されているが，業務内容が具体的にどのような内容や範囲を示すかまでは明記されていない。

表1　「医業」をめぐる医師，看護師，介護福祉士の相違点

	医師	看護師	介護福祉士
・職種	医療職	医療職	福祉職
・根拠法令	医師法	保助看法	社会福祉士及び介護福祉士法
・対象	患者	疾病者もしくはじょく婦	身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者及びその介護者
・従事場所	医療施設>福祉施設，在宅	医療施設>福祉施設，在宅	福祉施設，在宅>医療施設
・業務	すべての「医療行為」	・医師の指示指導監督の下での療養上の世話又は診療の補助 ・医師がそばに居らずその指示を待っていては機を失して手遅れになる場合の臨機応変の手当	・心身の状況に応じた介護 ・介護に関する指導

出典：筆者作成。

3.2.2　職種間の医療行為分類

医療行為の範囲や内容について，これまでに出された判例を反映させ，一定の見解としたものが，以下の医療行為の定義と，冒頭でも述べた医療行為分類に基づく具体例である。それによると医療行為は，①人の疾病の診断，治療に向けられた行為であり（東京高判昭和 42.3.16 東高刑特報 18 巻 3 号 82 項），また，②それが現代の医学の原理にかなうものであること（広島高岡山支判昭和 29.4.13 高刑特報 31 号 87 項），さらに，③医師が行うのでなければ，保健衛生上危害を生ずるおそれのある行為（最判昭和 30.5.24.刑集 9 巻 7 号 1093 号）と定められており，学説もこの定義を支持している[9]。そして，このように定義づけられる医療行為を“反覆継続の意思をもってなすこと”を「医業」とすると，一般に解釈されている[10]。

3 つの分類ごとの具体例は，次のとおりである。1 つ目は，医師又は歯科医師が常に行わねばならないほど高度に危険な行為である，絶対的医療行為である。その具体

9) 大谷実(1982)『医療行為と法』弘文堂，p.7。
10) 反覆継続の意思をもって，ある「医行為」が行われる場合，仮に 1 回しか行われなくとも，その意思をもって行えば，それは「業」であると解釈されている。

例は，診断，手術，診断書・処方箋の交付，医師の指示，在宅における胃チューブ交換，静注，動脈採血，医学的検査の判断等である。

2 つ目は，医師の具体的指導の下に看護師の関与が認められる相対的医療行為である。その具体例は，採血，放射線の人体への照射，身体への血液・液体・薬剤の注入，在宅を含む医療施設以外における，与薬（経口，経鼻，経皮，膀胱内），注射，点滴の交換，心電図，生命維持管理装置の操作（在宅酸素等），人工呼吸等である。

3 つ目は，包括的な医師の判断（医師の個別具体的指示がなくてもできる）のもとに看護師の関与が認められる相対的医療行為である。それは，看護師の業務である療養上の世話や，医療施設以外の在宅や特養における，安静度（入浴，排便等），食事指導，理学療法，浣腸，経管栄養管理，バルーンカテーテル交換，膀胱洗浄，導尿，人工肛門管理，吸引，ネブライザー，包帯交換，褥創の管理等である。これら以外に，包括的指導監督を必要とするが，医師の指示を必ずしも要しない医療行為である，バイタルサインの検査（脈拍，体温，血圧，呼吸数），採尿，褥創の予防，内服薬の管理も看護師業務に含まれる。

以上の医療行為分類を踏まえ，医師，看護師，介護福祉士の業務範囲を示したものが，表 2 である。それによると，看護師は絶対的医療行為を除く医業が認められているが，介護福祉士は，すべての医業を認められていないことが確認できる。ただし，包括的指導下による相対的医療行為に含まれる看護行為が，医療行為ではないと解釈されれば，それは介護福祉士の業務として認められる。

表 2　医師・看護師・介護福祉士が行うことができる（又はできない）「医療行為」分類

	医師	看護師	介護福祉士
絶対的医療行為	○　（医師法 17 条）	×	×
医師の個別具体的指導にもとづく相対的医療行為	○　（　〃　）	○　（保助看法 5，31 条）	×
包括的指導下による相対的医療行為	○　（　〃　）	○　（保助看法 5，31 条）	× 吸引，経管栄養
医療行為ではないと解釈された行為			○　（医政発第 0726005 号）

出典：筆者作成。

3.3 医療への要求水準の高まりとその対応

3.3.1 医療への要求水準の高まり

次に，特養でニーズが拡大している，医療処置の状況をみてみたい。表3は，特養の利用者のうち医療処置を受けた人数の変化を示したものである。医療処置を受けた者は，2001（平成13）年の76,215人から，2006（平成18）年には98,440人に増加し，全在所者数に占める割合は，24.6%から25.1%に上昇している。そのうち，要介護4，5を合わせた重度の要介護者の占める割合は，2001（平成13）年の64.8%から，2006（平成18）年には74.2%に上昇し，重度の要介護者を中心に医療処置を受けた者は，着実に増加している。

また，医療処置を受けた者を場所別にみると，施設内での処置は，2001（H13）年には64,775件，2006（H18）年には81,491件であり，他の医療機関での処置は2001（H13）年には21,265件，2006（H18）年には31,339件となっており，施設内，他の医療機関での処置ともに増加している。

表3　特別養護老人ホームの利用者のうち医療処置を受けた人数・割合（受けた場所・要介護度別）

	2001（H13）			2006（H18）		
	全在所者数に占める人数・割合	施設内での処置（再掲）	他の医療機関での処置（再掲）	全在所者数に占める人数・割合	施設内での処置（再掲）	他の医療機関での処置（再掲）
総数　人（%）	76,215（24.6）	64,775	21,265	98,440（25.1）	81,491	31,339
要介護1　人（%）	6,132（8.0）	4,892（7.6）	2,034（9.6）	3,410（3.5）	2,585（3.2）	1,453（4.6）
2	9,500（12.5）	7,772（12.0）	2,976（14.0）	7,339（7.5）	5,514（6.8）	2,939（9.4）
3	10,867（14.3）	9,105（14.1）	3,248（15.3）	14,156（14.4）	10,992（13.5）	5,393（17.2）
4	18,714（24.6）	15,492（23.9）	5,865（27.6）	26,105（26.5）	21,305（26.1）	9,139（29.2）
5	30,637（40.2）	27,214（42.0）	7,037（33.1）	47,004（47.7）	40,795（50.1）	12,229（39.0）
その他	365（0.5）	299（0.5）	106（0.5）	427（0.4）	300（0.4）	185（0.6）

資料：厚生労働省「平成13年・18年介護サービス施設・事業所調査」より，筆者作成。

注：平成13年の在所者数は9月1日現在，18年は10月1日現在のもの。

施設内・他の医療機関のいずれの処置を受けた者もいるため，施設内と他の医療機関を合わせると総数にならない。

表4は，施設内の医療処置の状況を示したものである。それによると施設内では，包括的指導下による相対的医療行為の範囲に含まれる，「経管栄養」，「喀痰吸引」，「モ

ニター測定」の増加が著しい。これらについて，処置数の変化を要介護別にみてみたい。「経管栄養」とは，「胃ろうによる栄養管理」[11]と，「経鼻経管栄養」[12]のことである。それは，食事摂取に該当する栄養管理のための処置であり，通常の食事摂取と同様の時間帯に，1日に2〜3回（3回が多い）実施される[13]。実施者数は，平成13年の12,827件から，18年には24,704件に増加し，そのうち，要介護4は1,074件から2,249件に，要介護5は11,541件から22,040件にほぼ倍増した。

「喀痰吸引」は，昼夜を問わず24時間，定期的あるいは随時の対応が必要になる処置である。実施者数は，平成13年の9,468件から，18年には15,235件に増加し，そのうち，要介護4は1,278件から1,867件に，要介護5では7,765件から12,926件に増加した。さらに，「モニター測定」も，24時間の継続的な観察を行う場合が一般的であり，利用者への直接的な処置を行うものではないが，異常警告時には医学的な判断に基づき，迅速な対応が求められることになる。実施者数は，平成13年の5,769件から平成18年には11,176件に増加し，そのうち，要介護4は1,609件から3,654件に，要介護5は65件から3,967件に急増した。以上のように，施設内では，重度の要介護者を中心に，定期および夜間にも対応を必要とする医療処置数の増加が目立つ。

次に，施設外の医療機関で処置を受ける場合についてみてみたい。その多くは，緊急時や専門性の高い医療処置を必要とする場合に，協力医療機関や配置医師およびその他の専門医療機関へ入院あるいは通院するケースであると考えられる。よって，そうした処置数の増加は，より緊急性あるいは専門性の高い医療処置を必要とする者が増加しているものとみなすことができ，特養における医療への要求水準は，重度の要介護者を中心に，量と質の両面で高まっているといえる。

---

11) 食物を認知し，口へ運び，咀嚼によって形成した食塊を，口腔から咽頭，食道，胃の順に送り込む（嚥下）までの過程による障害を嚥下障害という。その場合の治療法として，栄養管理のための第一選択として経管栄養法が用いられる。近年，経管栄養法の一つとしてよく使用される経皮内視鏡的胃ろう造成術は，内視鏡を用いて経皮的（非開腹）に胃の内腔と腹壁の間にろう腔（胃ろう）を形成し，胃管を胃の内に留置することで栄養等を補給する方法である。経鼻法にくらべて疼痛や不快感がなく，高齢者に対して積極的に行われている。

12) 胃ろうとともに経管栄養法の一つである。鼻から食道を通して胃にチューブを挿入し，栄養剤を挿入するものである。

13) 厚生労働省(2008)『特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査』の概要による。

表4　特別養護老人ホームの医療処置の種類・要介護度別の変化

	総数		要介護1		要介護2		要介護3		要介護4		要介護5	
	H18	H13	H18	H13	H18	H13	H18	H13	H18	H13	H18	H13
総数	81,491	64,775	2,585	4,892	5,514	3,772	10,992	9,105	21,305	15,492	40,795	27,214
点滴	7,848	6,887	111	231	363	639	1,001	904	2,297	1,700	4,053	3,399
膀胱カテーテル	6,546	5,982	46	53	267	280	616	539	1,880	1,329	3,737	3,282
人工肛門	1,353	1,198	69	101	108	217	398	246	347	315	422	320
喀痰吸引	15,235	9,468	−	28	77	108	363	288	1,867	1,278	12,926	7,765
ネブライザー	1,627	1,534	34	54	98	110	128	158	271	341	1,096	871
酸素療法	3,149	2,324	155	109	243	243	494	325	853	523	1,404	1,124
気管切開	167	318	−	−	−	9	−	−	10	61	157	248
人工呼吸器	54	33	12	−	−	−	−	−	11	−	31	33
中心静脈栄養	150	126	−	−	−	−	22	−	22	9	105	117
経管栄養	24,704	12,827	13	19	56	46	312	148	2,249	1,074	22,040	11,541
透析	66	25	12	−	11	−	−	−	22	9	21	16
ドレーン	136	110	−	−	11	9	−	−	43	26	82	−
モニター測定	11,176	5,769	492	573	975	857	2,050	1,017	3,654	1,609	3,967	65
褥創処置	4,208	4,077	59	38	58	109	221	273	1,010	856	2,862	−
疼痛管理	7,009	17,208	641	2,642	1,210	3,822	1,822	3,647	2,105	4,223	1,147	−
その他	27,770	19,649	1,404	1,679	2,729	2,758	5,313	3,416	9,495	5,743	8,621	149

資料：厚生労働省「平成13年・18年介護サービス施設・事業所調査」より，筆者作成。

注：要介護度別の「その他」を除く。

3.3.2　医療行為をめぐる介護職員と看護職員の業務の境界の不鮮明化

(1)　職員配置の状況

以上のように，包括的指導下による相対的医療行為が増加し，介護現場での看護業務が増大する中，，介護職員と看護職員は，それにどのように対応しているかを，全国老人福祉施設協議会が実施した，「特養の医療機能に関する調査研究」よりみてみたい[14]。それによると，有効回答施設（平均定員数は50.4人）1施設あたりの介護職員平均配置数は，常勤非常勤で計22.6名，うち介護福祉士はその約半分の10.8名である。一方，看護職員は，常勤の正看護師が1.3名，准看護師が1.8名の計3.1名であり，非常勤を加えると計3.6名である。

14) 全国老人福祉施設協議会老施協総研(2007)『特養の医療機能に関する調査研究報告書』。

看護職員の夜間勤務体制は，有効回答109施設中，「夜勤あり」が3施設，「準夜勤あり」が5施設であり，ほとんどの施設で，看護職員は夜間配置されていない。そのため，夜間の医療対応は，多くの施設で（92施設84.4%），緊急時には状況に応じて看護師を呼び出すオンコール体制をとっている。このように，重度の要介護者を中心に医療への要求水準が高まる傾向にあるにもかかわらず，看護職員の配置は，夜間を中心にそれに見合う体制が整備されているとは言い難い状況にある。

(2) 介護職員による医療行為の常態化

こうした看護職員の不在および不足の状況のもとで，医療に対応しているのが介護職員である。以下では，介護職員が医療行為にどのように関与しているかを，施設内で特に増加の著しい「喀痰吸引」「経鼻経管栄養」「胃ろう」を対象に，日中，夜間の場面ごとに，①準備等の補助行為②具体的な処置③日常の観察・管理という処置段階ごとに区分したものよりみてみたい（表5）[15]。

介護職員がこれらの処置に日中「準備段階」で関与する割合は，「喀痰吸引」43.8%，「経鼻経管栄養」19.9%，「胃ろう」34.6%であり，看護職員が配置されている日勤帯であるにもかかわらず，高い割合を示している。また，看護職員が不在となる夜間になると，その割合はさらに高まり，それぞれ，57.1%，21.8%，38.6%となっている。

次に，日中の「具体的な処置段階」では，「喀痰吸引」29.2%，「経鼻経管栄養」14.0%，「胃ろう」26.4%である。それは，「準備段階」より下回るものの，看護職員が勤務する日中の時間帯であるにもかかわらず，介護職員がかなりの頻度で，利用者に直接的な医療行為を行っている実態が示されている。また，夜間になると，その割合はさらに高まり，それぞれ，56.0%，20.6%，37.5%に及ぶ。さらに，「日常の観察・管理」では，日中，夜間の対応が「喀痰吸引」では，57.8%，59.9%，「経鼻経管栄養」が，27.5%，23.5%，「胃ろう」が，42.9%，41.5%となっており，日中および夜間の看護職員の在・不在に関係なく，介護職員による看護業務への関与の割合は高くなっている。

次に，このような処置段階別の関与の割合を，看護職員と介護職員で比較すると，看護職員が確保される日中では，全ての処置の準備，処置，観察の全ての段階で，看護職員の関与が介護職員のそれを上回っている。ところが，夜間になると，全ての処置段階で，介護職員の関与の割合が看護職員のそれを圧倒的に上回る。このように，

---

[15] 前掲注14)。

介護福祉士を中心とする介護職員が看護業務を行うことは違法であるにもかかわらず，医療への要求水準の高まりと，看護師の不在・不足を理由に，看護業務と介護業務の境界周辺域である包括的指導下による相対的医療行為を中心に，介護職員による関与の定着ぶりが示されている。

表5　施設内での医療提供の状況　(%)

		準備等の補助行為		具体的な処置		日常の観察・管理	
		看護師	介護職	看護師	介護職	看護師	介護職
喀痰吸引	日中	70.3	43.8	69.7	29.2	67.6	57.8
	夜間	13.7	57.1	11.5	56.0	13.2	59.9
経鼻・経管栄養	日中	42.7	19.9	43.3	14.0	44.4	27.5
	夜間	7.1	21.8	7.6	20.6	7.6	23.5
胃ろう	日中	66.5	34.6	66.5	26.4	68.1	42.9
	夜間	10.8	38.6	11.9	37.5	9.1	41.5

資料：全国老人福祉施設協議会　老施協総研，「『特養の医療機能に関する調査研究』報告書」p.13に若干の修正を加え作成。

(3) 看護業務の状況

その一方で，看護職員は1日の業務をどのように遂行しているのか。看護職員の内容別業務時間を，看護職員1人1日あたりの投入時間（分）数で示したものよりみてみたい（表6）[16]。それによると，看護職員1人1日あたりの業務時間は，合計393.0分（6.5時間）である。その内訳は，「検温・血圧測定」「健康観察」「定期薬の管理・仕訳」などの，利用者全員に対して行う基本業務が，合計96.3分（24.5%）と，全業務の約4分の1を占めている。また，処置（「喀痰吸引」「じょくそう」「経管栄養」「その他の処置」）や「個別機能訓練」などの，特定の利用者に対して行う専門業務は，合計91.4分（23.3%）である。さらに，医師の診療補助や，記録，カンファレンス，会議等のその他の業務時間の合計は，96.5分（24.6%）である。これらを合計した，1人1日あたりの看護業務時間の合計は，284.2分であり，1日の業務時間全体に占める割合は，72.4%である。それでは，看護職員は残りの業務時間の108.7分（27.6%）を，どのような業務に投じているかというと，「服薬介助」「通院介助」「食事・排泄ケア」「入浴介助」等の介助業務に投じている。このように，介護職員が違法な看護業務を

16) 前掲注14)。

手伝う一方，看護職員は介護職員の業務である介助業務を行うなど，両者の業務は相互に重複する状況にあることがわかる。

表6　看護職員1人1日あたりの業務内訳

	時間（分）	割合（%）
基本業務 （「検温・血圧測定」「健康観察」「定期薬の管理・仕訳」）	96.3	24.5
特定の利用者に行う専門職業務 （処置（「喀痰吸引」「じょくそう」「経管栄養」「その他の処置」）や「個別機能訓練」）	91.4	23.3
その他の看護業務 （医師の診療補助や，記録，カンファレンス，会議等）	96.5	24.6
介助業務 （「服薬介助」「通院介助」「食事・排泄ケア」「入浴介助」）	108.7	27.6

資料：全国老人福祉施設協議会　老施協総研，「『特養の医療機能に関する調査研究』報告書」p.8に修正を加え作成。

3.4　介護職員による医療行為をめぐる政府の関与のあり方

3.4.1　介護職員の業務範囲の拡大の経緯

以上のように，介護業務と看護業務の境界周辺の看護業務の一部を介護職員が担うなど，介護職員が法的に認められていない業務を行う場合に，その違法性をどのように阻却すべきかという議論は，これまでにも度々なされてきた。そしてその都度，行政が法律の解釈に踏み込むことで，介護職員等の業務範囲の見直しが行われている。

2003年7月には，ALS（筋萎縮性側索硬化症）[17]の在宅の患者の痰の吸引についての議論が行われた。それについては，「ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について」（医政発第0717001号）の通知が出され，家族の負担が大きいにもかかわらず，医業であることを理由に，介護福祉士の業務に認められてこなかった，筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者の気管内吸引が，介護福祉士にも認められることになった。これに引き続き，2004年10月には，重い障害をもつ児童への「たん吸引」，「経管栄

17) 末期になると，全身筋萎縮，呼吸筋麻痺を生じるため，人工呼吸器装着をはじめとする，「たんの吸引」が必要になる。

養」,「導尿」について，一定の条件下で，盲学校・聾学校・養護学校の教員に，それらの処置を認める旨の通達が出された。

その後も，介護現場の実情に配慮して，介護職員の業務を見直すために，2005年7月に「医師法第17条，歯科医師法第17条及び保助看法第31条の解釈について」（医政発第1726005号）の通知が出された。それによって，以下の項目を看護師の独占業務とみなさないとする旨が示され，介護職員もそれらを業務とすることが認められるようになった。

① 腋下あるいは外耳道での体温測定
② 自動血圧計で測定する血圧測定
③ パルスオキシメーターで測定する動脈血酸素飽和度
④ 軽微な切り傷，擦り傷，やけどの処置
⑤（医師，看護師の判断により）状態が安定した患者に対する以下にあげる処置
・軟膏塗布　・（爪や爪周囲に異常がない場合の）爪切り　・湿布の貼り付け
・（重度の歯周病ない場合の）口腔清掃　・点眼薬の点眼　・耳垢除去　・1包化された内服薬の服薬介助　・ストマ装具のパウチにたまった排泄物の処理　・坐薬の挿入　・自己導尿にためのカテーテルの準備，体位保持　・鼻腔粘膜への薬剤噴霧　・市販のグリセリン浣腸での浣腸

3.4.2 介護職員による医療行為をめぐる調整メカニズム

(1) 介護と看護の境界設定の見直し

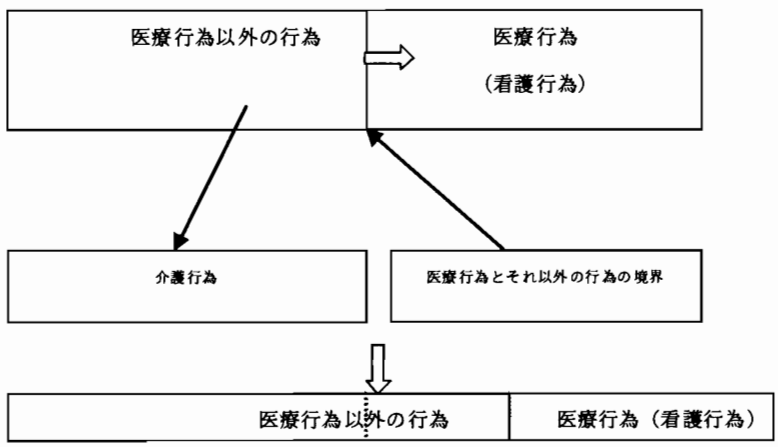
それ以降も，これまでみてきた医療行為以外の「喀痰吸引」や「経管栄養」を中心に，介護職員の業務の解釈を見直す必要性が生じている。こうした実情を踏まえ，2008年に，“安心と希望の介護ビジョン”が示された。それによると，将来的には，医師や看護師との連携のもとに，介護従事者に医療行為を認めることや，当面の課題として，医療的なケアのニーズが高まっている施設における，「経管栄養」や「喀痰吸引」について，安全性が確保される範囲内で，介護従事者にこれらの医療処置を認めたいとする内容が盛り込まれ，介護従事者の業務を見直す方針が示された[18]。

こうした介護職の業務の見直しを行うには，業務範囲の解釈を変更することが必要

[18] 厚生労働省，“安心と希望の介護ビジョン”，2008年11月20日公表の内容による。

であり，そのために，介護と看護の境界設定を見直す方法がとられている（図 1)。具体的には，介護と看護を別個の行為に区分する両者の境界を見直すことで，両者の境界周辺域にある看護行為を介護行為に含め，介護行為の範囲を拡大することで，それまで看護行為とみなされてきた行為を，介護行為の範囲にみなそうとするものであり，それによって，両者の境界周辺域にある看護行為を介護職員の行為と解釈することが可能になるのである。

図 1　介護と医療（看護）の範囲の調整



出典：筆者作成。

(2)　“介護と看護の関係”の再構築

こうした介護と看護の境界設定の見直しを通じて見出されることは，両者を区分する境界線は，業務の見直しを可能にする法律の解釈を通じて，これまでにも度々見直され，今後も見直すことが可能であることから，一定の明確な位置に存在するものではないということである。だとすれば，そもそも一定の明確な境界線によって区分される別個の行為であると認識されてきた介護と看護は，実はそうではなく，両者を包括する範囲の中で，境界線の見直しに応じて，介護は看護の範囲が決まることで決まり，看護は介護の範囲が決まることで決まるという，相互依存の「不可分一体」の関係にあることを見出すことができる。

また，こうした介護と看護の関係性を採用することで，介護職員と看護師の業務も不可分一体であるという，両者の「業務の同一性」を提示することができるのである。さらに，人材確保のあり方についても，従来の資格制度の枠組みにとらわれない，介護福祉士を中心とする介護職員と看護師の垣根を越えた資格制度や養成システムの見

直しが必要になることを指摘できる。

その具体的な取り組みを検討するにあたり，ドイツの事例を取り上げたい。ドイツではすでに，高齢者介護士（AltenpflegerIn）と一般看護師（KrankenpflegerIn）[19]の教育課程において，介護と看護の両方の知識や技術の習得を可能にすることで，職務内容についての両職種の相互理解を深め，両方の資格を相互に取りやすくすることを目的とした，「介護と介護の統合教育」が試みられている[20]。

その一例として，バイエルン州の取り組みを紹介したい[21]。バイエルン州では，「介護と看護の統合教育」をスローガンに，モデル事業が展開された。介護士養成学校の学生と看護師養成学校の学生の半数ずつが入れ替わり，介護と看護の学生の混合クラスが形成された。そしてそのクラスで，介護と看護の学生は，入学後の2年6月間，合同で介護と看護の両方の内容の基礎教育を受講する。さらに，その後の6ヶ月間ずつは，介護と看護それぞれの専門教育を履修し，3年目と3年6ヶ月の時点で，高齢者介護士と看護師の両方の資格の受験資格が付与され，両方の資格の取得が可能になるというものである。

実際，統合教育終了後に実施した受講者へのアンケート調査では，統合教育により，短期間で介護と看護の両方の受験資格を得ることができ，介護と看護の両方の知識や技術を習得できたとして，受講者の満足度は高いものとなっている。また，今後は，高齢者介護士と看護師の活動領域の拡大が期待されるなど，モデル事業の取り組みは，高齢者介護士と看護師の役割の見直しや，教育制度の変革へ向けての信頼できる根拠を提供できるものとなっている。

3.5 介護と看護を支える人材確保の今後の展望

3.5.1 具体案の提示

これまでみてきた“介護と看護の関係性”に基づく，介護職と看護師の「業務の同

---

19) 一般看護師と小児看護師は看護法のなかの国家資格として位置づけられている。小児看護師は，小児の看護には成人のそれとは異なる知識や技術が必要であるとの考えから，一般看護師とは区分した教育と異なる資格制度が設けられた。高齢者介護（看護）士は，2000年に制定された高齢者介護法にその資格や教育の規定が明記されており，そのなかで国家資格として位置づけられている。

20) このモデル事業の詳細は，BMFSFJ,Pflegeausbildung in Bewegung を参照のこと。

21) BMFSFJ，Modellprojekt in Bayern:„Integrative Ausbildung in der Gesundheits-und Krankenpflege".

一性」を採用することで，介護人材確保の現実的なアプローチとして，次の3つを提示できる。まず，「不可分一体」の介護と看護の両方を担う，新たな専門職の資格を創設するというものである。これについては，“安心と希望の介護ビジョン”の原案が提示された段階で，「療養介護士（仮称）」という新しい介護の資格の創設が提案されている。

次に，介護福祉士に看護と介護の両方の業務の担い手としての役割を期待するものである。それについては，介護福祉士が看護師と同水準の看護の知識や技術を習得することが前提になる。そのためには，ドイツの取り組みにみられるように，介護福祉士と看護師の両資格を相互に取りやすくするなどの，介護職と看護師の教育制度や養成システムを見直すことも1案となるであろう[22]。

さらに，看護師がその業務の担い手となるというものである。その場合，既存の介護福祉士については，看護師資格の取得を目指せるような移行措置を設けることも検討課題になるであろう。

3.5.2　3つの議論

以上の提案についての議論は次のとおりである。第1の議論である，「療養介護士（仮称）」も含めた，新たな専門職資格の創設については，その是非をめぐり関係者間で見解の相違がみられる。介護の側からは，新たな専門職資格が，介護福祉士のキャリアパスや，やりがい感の向上，モチベーションを高めることにつながるとして，これを容認したいとする見解が示されている。一方，医師や看護師などの医療従事者の立場からは，「療養介護士（仮称）」が介護職の資格であることから，「資格は唐突すぎる」，「新たな資格の創設では普及に時間がかかる」などの意見が出され，その実現へ向けての強い反発が示されている。

そのため，その決定は見送られることになり，代替案として，医療への研修を充実させるという条件付きで，介護福祉士に一部の医療行為を認めるという合意が形成されることになった。こうした経緯からも明らかであるように，医療従事者にとっての聖域である医療を，介護職に解禁することへの医療従事者の反発は強固であるといえる。

---

22) 介護福祉士と看護師の資格制度を見直す場合，教育費用の負担をどのようにするかという問題が生じる。脚注19)で示したように，ドイツと日本では看護師の資格制度が異なるため，両国を同様に論ずることはできない。

第2の提案は，介護福祉士を中心とする介護職が，介護領域における介護と医療の両方の担い手になるというものである。しかし，これは，異なる職種である介護職と看護職が同じ業務を担うようになることから，両職種が存在することの意義が疑問視されることになる。

第3は，介護と医療領域全体の人材の需給バランスを勘案すると，看護師不足が懸念されることから，容易ではないと考えられる。だが，先に述べたように，介護福祉士と看護師の相互の資格を取りやすくすることで，介護福祉士資格を基礎とする看護師や，看護師資格を基礎とする介護福祉士が誕生し，看護師の人材の層が厚くなることも期待できる。

以上のように3案は，それぞれに一定の理由や課題が挙げられるが，いずれにしても，現状では，業務の同一性を指摘できる職種が，介護職と看護師の2つ存在することから，両職種の資格制度を今後どのように整理するかが課題となる。それについては，介護と看護の相互の分野を越えた関係者の協力と，政府の強い意志が不可欠であることは言うまでもない。

3.6 おわりに

特別養護老人ホームでは，利用者の重度化に伴い，医療への要求水準の高まりにどのように対応するかが重要な課題になっている。現行の看護職員の配置数や夜間の勤務体制では，医療ニーズに十分に対応することが困難であり，介護職員が違法な看護業務を担うなど，医療行為をめぐる介護職員の業務範囲は逸脱する状況にある。

その一方で，看護職員はすべての勤務時間を看護（医療）業務に投じているわけではなく，一定の時間を介助業務に投じるなど，介護職員と看護職員の業務は重複する状況にある。こうした中，介護職員による医療行為の違法性を阻却するために，業務範囲の解釈が見直されている。その方法として用いられたのが，介護行為と看護行為の境界設定を見直すことである。

それを通じて，介護と看護を区分する一定の明確な境界線は存在しないこと，また，これまで一定の明確な境界線によって区分される別個の行為であると認識されてきた介護と看護は，「不可分一体」の関係にあることが見出され，それを業務とする介護福祉士を中心とする介護職員と看護師の「業務の同一性」を提示することができた。

こうした「介護と看護の関係性」を採用すれば，介護福祉士と看護師の資格制度をこれまでのように分断する必要があるのかという疑問が生じる。それについて筆者は，ドイツの事例をさらに詳細に把握しながら，看護師と介護福祉士の資格制度のあり方についての検討を深めたい。

なお本章では，介護と看護の関係が「不可分一体」であることを見出し，介護職と看護師の業務の同一性を提示した。また，その考え方を採用した場合の介護職と看護職の資格制度のあり方についても言及した。だが，実際の介護現場での，介護職と看護師の業務の関係が「不可分一体」であるかどうかの検証は行っていない。介護職と看護師の「実践の場面」をとおして，その関係性を確認することは，今後の課題である。

また，サービス提供の基礎となる評価の仕組みを見直すことも喫緊の課題だ。介護保険では第一条で,「加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり，入浴，排せつ，食事等の介護，機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について，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，必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため・・・。」とあり，介護と医療の両方のサービスの給付が義務づけられている。

だが現行の要介護状態区分では，本章で提示できた，介護と医療を「不可分一体」の行為とみなして評価する仕組みは導入されていない。それについては，評価の基礎となるニーズの度合いの入所者区分を創設し，そうしたサービス提供が可能になる適正な評価体系を構築することも課題である。筆者は，それについても，さらに詳細な事例研究に取り組みたいと考えている。

最後に，高齢者人口の増加やその長寿化とともに，冒頭でも述べたように，医療制度との関連から，特養をはじめとする介護現場では，医療を必要とする高齢患者の受入れが進んでいる。高齢者医療の一部が，医療保険の給付範囲から介護保険の給付範囲へ移行することで，介護保険財政は今後ますます膨らむことが予想される。財政上の理由からも,高齢者医療を医療保険と介護保険でどのように分担し支えていくかは，今後の重要な課題のひとつである。それについては，介護と医療の関係性を踏まえながら，両者をこれまでのように，介護と医療の２つの制度で運営するほうが望ましいのか，それとも，ひとつの制度に再編して運営するほうが望ましいかについても検討

することが欠かせない。

第 3 章の参考文献

大谷実(1982)『医療行為と法』弘文堂.
小沼敦(2007)「看護師の業務範囲についての一考察－静脈注射と産婦に対する内診を例に－」『レファレンス』pp.195 - 212.
厚生省(1990)『厚生科学研究「医行為及び医学関係職種に関する法医学的研究」』.
厚生労働省(2008)『特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査』.
厚生労働省(2006)『介護サービス施設・事業所調査』.
厚生労働省(2001)『介護サービス施設・事業所調査』.
テオドール・ピュッツ(野尻武敏，丸谷冷史訳)(1985)『現代経済政策論の基礎』評論論，p.279.
全国老人福祉施設協議会老施協総研(2007)『特養の医療機能に関する調査研究　報告書』.
日本介護福祉士会(2009)『特養における看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関するアンケート調査』.
野尻武敏，丸谷冷史(1984)『転換期の経済政策』中央経済社.

BMFSFJ，Modellprojekt in Bayern:„Integrative Ausbildung in der Gesundheits-und Krankenpflege".
（アドレスの最終アクセスは，2010 年 2 月 24 日）

第 4 章　ドイツの高齢者介護を支える人材確保のあり方　看護と介護の関係という視点から

4.1　はじめに

2008 年秋以降の世界同時不況を契機に，わが国では雇用情勢が一段と厳しさを増している。にもかかわらず，むしろ介護現場では，労働力不足の問題が深刻であり，政府は，人材不足解消に向けた積極的な取り組みの方針を打ち出している [1]。また，介護現場では，医療ニーズの高まりが著しく [2]，医療に対応する人材確保も重要な課題になっている。

このように，介護現場の人材確保を考えるうえで，介護と医療（看護）の関係は重要な視点となっている。日本の介護保険制度や介護福祉士制度の創設に少なからず影響を及ぼしてきたドイツにおいても，介護人材不足は深刻な問題であり，人材の安定的な確保は焦燥の課題となっている。同時にドイツでは，すでに“看護（医療）との関係”を踏まえた人材確保の取り組みの必要性が認識されている。[3]。

本章では，ドイツの統計資料や既存資料を用いて，“介護と看護(医療)の関係”という視点から，ドイツの高齢者介護を支える人材確保の現状と課題を整理した。具体的には，ドイツの介護現場における医療ニーズの高まりが，介護と看護の労働市場の関係にどのような影響を与えているかを整理し，ドイツで展開されている介護と看護を担う人材確保の取り組みを紹介することで，日本の介護現場の人材確保策を検討するうえでの示唆を得ることを目的とする。

---

[1] 2008 年，厚生労働省「介護労働者の確保・定着等に関する研究会【中間取りまとめ】」によると，介護分野における人材確保が困難な状況にあることを踏まえ，これを克服するために，労働環境や処遇の在り方を含めた総合的な人材確保対策が最重要課題であるとし，そのための介護労働者対策の方向性についての取りまとめが行われた。

[2] 2009 年 2 月，厚生労働省医政局長および老健局長の私的諮問機関として，「特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会」が設置された。その中で，「特別養護老人ホームにおける医療的ケアに関する実態調査」が実施され，特別養護老人ホームにおける医療処置の実態が明らかになっている。

[3] Weidner F.,Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen,* Hamburg, 2007.

4.2 介護を支える人材の動向

ドイツでは 1995 年に介護保険制度(Pflegeversicherung)が導入されて以降[4]，表 1 のごとく，受給者数は右肩上がりに増加を続け，保険財政も膨らんでいる。1998 年まで黒字を保っていた介護保険財政の収支は，2000 年以降赤字に転じ，2010 年には再び黒字化を果たすものの，受給者数が増える中，財政状況が厳しいことに変わりはない。介護保険財政の影響を受ける介護事業所は，施設間競争が激化していることもあり，経営状況は悪化している。その結果，公的施設の民間移譲や統廃合さえも起こりつつある。これに伴い，常勤職員の削減が進められ[5]，介護労働者の失業や労働条件の悪化に対する不安も強まっている[6]。

表 1　ドイツの公的介護保険受給者数・財政状況の推移

（受給者数：人）（財政状況：10 億ユーロ）

	1995	1998	2000	2001	2004	2007	2010
受給者数	1,068,695	1,794,664	1,882,125	1,925,053	1,983,363	2,102,116	2,347,263
収入総額	8.41	16.00	16.55	16.81	16.87	18.02	21.78
支出総額	4.97	15.88	16.67	16.87	17.69	18.34	21.45
収支黒字額	3.44	0.12					0.33
収支赤字額			0.12	0.06	0.82	0.32	

資料：Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung(08/2011)より作成。

次に，要介護者数の増加とともに，在宅介護サービス事業所や施設介護サービスの利用者も増え，従事者数は着実に増加してきた（**表 2**）。介護従事者は，①フルタイムとパートタイムから成る労働者と，②若干の報酬は支払われるものの労働者とはみなされない，実習生やボランティア，代替兵役勤務者（Zivildienstler）などのインフォーマル部門の従事者に分類される。代替兵役勤務者とは，良心的事由により兵役義務

---

[4] 介護保険導入にいたる経緯については，木下秀雄(1994)「ドイツにおける介護保険をめざす苦闘」『賃金と社会保障』№1139，pp.20 - 22．を参照のこと。

[5] Stiller-Harms C.,Situation der Pflegenden aus Sicht der BGW:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen*, Hamburg，S.137，2007.

[6] Brigitte Zellhuber，*Altenpflege-ein Beruf in der Krise?Ein empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich*，Kuratorium Deutsche Altershilfe，SS.89-90，2005.

を拒否した者であり，兵役の代わりに高齢者介護や森林等環境保護業務などの指定された公的業務につくことが義務づけられた者である。彼らは，介護等に関する専門知識・技能を有していないため，施設内の雑務を任されることが多いが，若い男性によるサービス提供は，施設内の貴重な戦力になっている[7]。さらに，労働者を専門職種別にみると，高齢者介護士と一般看護師，小児看護師に区分される[8]。

介護従事者数の動向をみると，施設を中心にパートタイム労働者の積極的な雇用が進んでいる。また，インフォーマル部門の従事者では，在宅，施設ともに，1999 年以降の 10 年間で代替兵役勤務者（Zivildienstler）の減少が著しい。一方，介護実習生は大幅に増加しているが，これらの実習生の多くは外国人であり，言語上の問題や専門知識の習得状況が疑問視されている[9]。

さらに，専門職種別従事者数をみると，在宅部門では，看護師数は，1999 年から 2009 年にかけて 58,144 人から 82,055 人に，小児看護師は，4,384 人から 7,737 人に増加している。なお，高齢者介護士数も 25,456 人から 52,889 人に増加しており，全体では看護師数の占める割合が大きいものの，看護師，介護士ともに着実に増加している。施設部門では，介護士数は，1999 年から 2009 年にかけて 81,705 人から 141,306 人に増加する一方，看護師数は，1999 年から 2007 年にかけて 47,300 人から 61,519 人に増加しているが，2009 年には 59,054 人に減少に転じている。このように施設部門では，看護師にくらべ介護士の従事者数が増える傾向にあるが，それでも，在宅，施設をあわせた全体でみれば，介護現場であるにもかかわらず，看護師の従事者数の多さが目立つ。

---

7) 栃本一三郎(2003)「高齢社会と高齢社会政策」『高齢者福祉論』放送大学教育振興会，pp.89 - 90。

8) ドイツの看護の基本資格は，一般看護師，小児看護師，老人介護（看護）士の 3 種類に分類される。一般看護師と小児看護師は看護法のなかの国家資格として位置づけられている。小児看護師は，小児の看護には成人のそれとは異なる知識や技術が必要であるとの考えから，一般看護師とは区分した教育と異なる資格制度が設けられた。老人介護（看護）士は，2000 年に制定された老人介護法にその資格や教育の規定が明記されており，その中で国家資格として位置づけられている。

9) Brigitte Zellhuber,a.a.O.,S.7.

表2　ドイツの介護サービス施設・利用者・従事者数の推移（1999年～2009年）

	1999.12.15 （人）	2001. 12.15 （人）	2003.12.15 （人）	2005. 12.15 （人）	2007.12.15 （人）	2009.12.15 （人）
要介護者数	2,016,091	2,039,780	2,076,935	2,128,550	2,246,829	2,338,252
在宅介護サービス利用者	1,442,880	1,435,415	1,436,646	1,451,968	1,537,518	1,620,762
（内訳）　（家族介護）	(1,027,591)	(1,000,736)	(986,520)	(980,425)	(1,033,286)	1,065,564
（在宅介護サービス事業所）	(415,289)	(434,679)	(450,126)	(471,543)	(504,232)	555,198
施設介護サービス利用者	562,762	591,901	623,182	657,516	686,082	717,490
在宅　事業所数	10,820	10,594	10,619	109,777	11,529	12,026
従事者数	183,782	189,567	200,897	214,307	236,162	268,891
1. フルタイム	56,914	57,524	57,510	56,354	62,405	71,964
2. パートタイム（計）	117,069	123,158	136,124	151,138	167,479	189,827
（再掲：社会保険適用）	(77,943)	(85,832)	(93,559)	(103,181)	(114,445)	(129,331)
（再掲：社会保険非適用）	(39,126)	(37,326)	(42,565)	(47,957)	(53,034)	(60,496)
実習生	1,816	1,809	2,460	3,530	3,462	4,492
ボランティア	562	471	642	703	599	545
代替兵役勤務者	7,421	6,605	4,161	2,582	2,217	2,062
専門職種別従事者数						
高齢者介護士	25,456	28,179	31,757	36,484	44,975	52,889
看護師	58,144	57,457	63,233	71,425	78,184	82,055
小児看護師	4,384	4,572	5,364	6,309	7,295	7,737
施設　施設数	8,859	9,165	9,743	10,424	11,029	11,634
従事者数	440,940	475,368	510,853	546,397	573,545	621,392
1. フルタイム	211,544	218,898	216,510	208,201	202,764	207,126
2. パートタイム（計）	198,441	226,432	260,733	296,108	327,992	369,331
（再掲：社会保険適用）	(155,646)	(182,061)	(211,554)	(240,870)	(269,262)	(308,642)
（再掲:社会保険非適用）	(42,795)	(44,371)	(49,179)	(55,238)	(58,730)	(60,689)
実習生	16,782	16,511	22,031	31,623	32,315	34,309
ボランティア	2,389	2,273	3,173	4,003	3,951	3,697
代替兵役勤務者	11,784	11,254	8,210	6,462	6,523	6,928
専門職種別従事者数						
高齢者介護士	81,705	96,700	116,208	122,333	133,927	141,306
看護師	47,300	49,330	55,348	61,238	61,519	59,054
小児看護師	2,881	3,129	3,587	3,764	3,996	4,013

資料：Statistisches Bundesamt, PFLEGEATATISTIK 2009, SS.23,24 に若干の変更，計算を加えて作成。

4.3 看護労働市場との競合

「介護」と「看護」の境界を明確にすることは困難である。それゆえ「介護士」と「看護師」の労働市場は，相互に影響し合い，競合的な関係を形成することは，ドイツでも日本でも変わりがない。また，重度の要介護者の増加とともに，介護現場の医療ニーズが高まることで，看護師の労働需要が高まり，介護士の雇用に不利な影響が生じている[10]。その背景には，後期高齢者人口の増加に伴い重度の要介護者が増えたことや，老人医療費抑制を目的とする医療制度改革によって病床数が削減され，高齢の入院患者が，病院から介護施設へ政策誘導されたことも影響している[11]。

とくに認知症患者は現時点で 500 万人と報告されており，今後も年間 20 万人ずつ増加することが見込まれている[12]。そうした中，認知症患者は，それらの者で満床であった精神病院から介護施設へ誘導され，慢性疾患や複数疾患を抱える重度の入院患者も病院から介護施設へ移された。その結果，介護施設では，精神医学的な治療・看護を必要とする入所者や，経管栄養や膀胱留置カテーテルなどの常時の医療処置を必要とする入所者が増加し，人工呼吸器装着患者の介護も頻繁に行われるようになった[13]。

このように介護現場における医療ニーズが高まる中，介護士は従来の教育内容や職務範囲の制約では，そうした状況に十分に対応することが困難となり，看護師の労働需要を高めることにつながっている[14]。ドイツ高齢者援護機構（KDA）が実施した介護施設職員の就業実態調査においても，介護ニーズが変化する中，専門職採用を看護師に限定する施設も存在するなど，看護師の積極的な雇用が進んでいる[15]。

また，病床数の削減に伴い看護職員数も見直され，病院から需要が高まる介護部門へ移動する看護師が増えた。さらに，表 3 に示すように，平均入院日数の短縮化を目指すことで，病院の看護師の業務は過密になり，労働負担が強まるようになったことも，看護師が介護部門へ移動する要因のひとつとなった。その結果，病院の看護師数

---

10) *Ebd.*,SS.89-90.
11) *Ebd.*,S.87.
12) Stiller-Harms C.,a.a.O.,S.176.
13) Brigitte Zellhuber, a.a.O.,SS.89-90.
14) 介護専門職の制度上の問題の指摘については，峯川浩子(2003)「ドイツにおける高齢者介護の担い手　老人看護師制度化までの経緯と展望」『看護管理』医学書院，vol.13，№5 を参照のこと。
15) Brigitte Zellhuber, a.a.O.,SS.146-147.

は 2002 年から 2003 年の 1 年間で 332,073 人から 326,202 人に減少した(表 4)。一方，介護部門の看護師は，1999 年から 2009 年までの 10 年間で在宅と施設を合わせて 105,444 人から 141,109 人に増加している(表 2)[16]。

なお，表 4 に示すように，看護師数は 2002 年にかけて増加しているが，これはパートタイム職員の増加によるものであり，病院のフルタイムの看護師数は削減されてきた。こうした中，介護部門における看護師需要の増大を受けて，フルタイムの看護師は，病院から介護部門へ移動する者が増加した。一方，介護士はパートタイム雇用の者が増え，雇用不安や不満が高まる結果となった[17]。

表 3　ドイツの病院数・病床数・平均入院日数の推移

	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
病院数	2,242	2,240	2,221	2,197	2,166	2,139	2,104	2,087	2,083	2,084
病床数	559,651	552,680	547,284	541,901	531,333	523,824	510,767	506,954	503,360	503,341
入院日数	9.7	9.4	9.2	8.9	8.7	8.7	8.5	8.3	8.1	8.0

資料：Statistisches Bundesamt,Statistisches Jahrbuch より作成。

16) Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, Wiesbaden 2007.
17) Weidner F., a.a.O.,S.91.

表4　ドイツの看護職数の推移

	看護師数	小児看護師数	看護ヘルパー数
1991年	282,988	39,667	32,312
1992年	293,207	39,316	32,593
1993年	301,452	39,726	32,240
1994年	311,573	40,681	32,104
1995年	321,837	41,006	32,736
1996年	323,705	41,845	29,743
1997年	323,801	41,110	27,013
1998年	325,963	40,875	25,718
1999年	325,539	40,514	24,500
2000年	326,926	40,150	23,371
2001年	329,980	40,502	22,740
2002年	332,073	40,650	22,298
2003年	326,202	39,875	21,055

資料：Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005より作成。

4.4　介護を支える人材確保の課題と取り組み

これまでみてきように，看護労働市場と介護労働市場の競合関係が生じることで，介護労働者を取り巻く状況は大きく変化してきた。介護現場における医療ニーズの高まりは，雇用面で看護職に有利な状況をもたらし，介護職の地位や役割を脅かしている。こうした中，看護業務にも対応できるよう介護職の役割を拡大すべきとの考え方から，2004年から2008年にかけて，EUの欧州社会基金の助成のもと，連邦家族・高齢者・女性・青年省（BMFSFJ）の主導で，看護師と介護士の統合教育のためのモデル事業が展開された[18]。

これには，2つの目標が掲げられている。1つは年齢構成ごとに区分され法的位置づけが異なる，一般看護師(KrankenpflegerIn)と小児看護師

(KinderkrankenpflegerIn)，および高齢者介護士（AltenpflegerIn）の3つの職業分類の統合を目指すことである。2つ目は，これまでの介護の取り組みを限定的なも

[18] このモデル事業は，8州で8件のプロジェクトが実施され，15の老人介護施設や看護師養成施設の300人の学生や多くの現場指導者の参加のもとで取り組まれた。このモデル事業の詳細は，BMFSFJ,Pflegeausbildung in Bewegungを参照のこと。

のであるとして，看護と介護の包括的な教育の実施により，介護士に健康の保持増進や介護予防，リハビリテーション，ターミナルケアも含めたあらゆる場面に対応できるゼネラリストへの転換を求めることである。

そのうちのモデル事業の一例として，ヘッセン州の取り組みを紹介しておきたい[19]。それは，“生涯を通じたケア”をスローガンに，高齢者が病院から在宅へ移動するのに伴い，切れ目のない医療や介護の提供を行うことができる専門職の在り方を検討しようとする試みである。看護師と介護士の統合教育のためのカリキュラムは，最初の 2 年間で看護師と介護士に共通の基礎教育を行い，その後それぞれの専門教育を実施し，3 年と 3 年 6 ヶ月の時点で，看護師と高齢者介護士の両方の養成課程の修了証書を付与するものである。モデル事業の目標は次のとおりである。短期間で 2 つの修了証書を付与することにより，受講者の満足度を高めることや，看護と介護の幅広い能力の習得を可能にすること，また，看護師と介護士がそれぞれの職務内容について相互理解を深めることにある。さらに，こうした新たなキャリア開発と統合教育によって，介護現場においては，看護（医療）の知識を備えた介護士の活躍や，高齢者介護士を目指す学生が増えることへの期待も高まっている。

実際，プロジェクト終了後に実施した受講者へのアンケート調査では，統合教育により看護と介護の両方の知識・技術を修得できたとして，受講者の満足度は高い。また，受講者は，介護領域では入所型施設やデイケア施設，在宅介護サービス提供施設，医療領域では慢性期の医療現場のみならず，急性期医療の現場も含めたあらゆる部門への関心が高まったとしている。なお，これらの取り組みの成果が認められる中で，今後は，介護士の活動領域の拡大にも大きな期待が寄せられている。

---

[19] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend;BMFSFJ;Modellprojekt in Hessen:„Pflegein der Lebensspanne“2009.

4.5 おわりに

本章では，介護と看護(医療)の関係から，ドイツの介護サービスを担う人材の動向を概観してきた。ドイツでは，介護保険制度の導入を契機に介護労働市場の規模が拡大し，その過程で多くの課題が表出してきた。膨らむ介護保険財政を背景に，介護事業所では事業費の抑制を余儀なくされ，介護労働者の雇用にも影響を与えている。

また，医療費の抑制施策によって，医療と介護を必要とする高齢者が医療施設から介護施設へ移動し，介護現場における医療ニーズが高まることで，介護現場での看護職の需要の高まりとともに，介護職の雇用に不利な状況が生じている。

ドイツでは，介護現場の医療ニーズの高まりとともに，介護現場で医療を担う人材の安定的な確保が重要な課題になっている。これを受け，ドイツでは，介護と看護の両方を担う人材の安定的な確保を目指し，介護職と看護職の養成制度の改革に着手しており，モデル事業の取り組みは，一定の成果を得るものとなっている。

日本でもドイツ同様，介護現場で医療を担う人材の安定的な確保は重要な課題になっている。日本では，こうした状況に対応するため，介護職の職務範囲を見直す動きがみられる。だが，断片的な職務範囲の見直しは，看護職と介護職の職務範囲をますます曖昧にし，介護職と看護職の連携や協働に支障をきたす可能性すら考えられる。

今後は日本でも，ドイツの取り組みを参考にし，“看護職と介護職の関係”という視点から，介護と医療の両方を担う人材確保の取り組みを検討することが求められる。その際，ドイツの事例から学ぶ点は少なくない。

わが国ではすでに，老人保健施設，療養型病床において，看護（医療）と介護の連携についての経験の積み重ねがある。しかし，介護現場においては，看護師が行えば「医療」，介護福祉士が行えば「介護」となるように，現実には両者の関係，連携のあり方も判然としない部分がある。そもそも看護（医療）と介護の間については，両者の間に境界があるのか，境界を設けることが望ましいのかどうかを含めて検討すべき課題であり，その際は，介護と医療の2つの制度を今後どのように整理すべきかという課題についても議論を深めることが望まれる。

第４章の参考文献

Brigitte Zellhuber：*Altenpflege-ein Beruf in der Krise?Ein empirische Untersuchung der Albeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich*, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2005.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend;BMFSFJ;Modellprojekt in Hessen:„Pflegein der Lebensspanne“2009.

Stiller-Harms C.：Situation der Pflegenden aus Sicht der BGW:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen*, Hamburg,2007.

Statistisches Bundesamt：Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2007.

Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005.

Stistisches Bundesamt：Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Wiesbaden 2007.

Statistisches Bundesamt：Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung
2.Bericht:Ländervergleich-Pflegebedürftige, Wiesbaden 2007.

Statistisches Bundesamt：Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung
4.Bericht:Ländervergleich - Pflegeheime, Wiesbaden 2007.

Statistisches Bundesamt：Zweigstelle Bonn 2001 2. Kurzbericht:Pflegestatistik 1999-Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Ländervergleich:Pflegebedürftige, Wiesbaden 2007.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder：Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2.2008.

Statistisches Bundesamt：Wirtschaft und Statistik, Personel in Pflegeeinrichtungen, 2003.

Weidner F.：Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen*, Hamburg.2007.

木下秀雄(1994)「ドイツにおける介護保険をめざす苦闘」『賃金と社会保障』, №1139, pp.20 - 22.

厚生労働省(2008)『介護労働者の確保・定着等に関する研究会【中間取りまとめ】』.

〃 (2009)『特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員の連携によるケアの在り方に関する検討会報告』.

栃本一三郎(2003)「高齢社会と高齢社会政策」『高齢者福祉論』.

峯川浩子(2003)「ドイツにおける高齢者介護の担い手　老人看護師制度化までの経緯と展望」『看護管理』, vol.13 №5.
山本あい子(2002)『諸外国における看護婦の業務と役割に関する研究』厚生科学特別研究事業　研究課題番号 H13 - 特別 - 058.

第5章　ドイツの高齢者介護を支える人材の特徴と人材確保の課題

5.1　はじめに

2008年秋から世界的な不況に見舞われ，日本でも雇用情勢は厳しさを増している。にもかかわらず，介護現場ではむしろ労働力不足が問題となっているのはなぜだろうか。失業問題が深刻化しているにもかかわらず，高齢者介護を担う人材は不足しているのである。介護労働者の安定的な確保はもはや社会的な課題のひとつとして認識されるようになり，政府もその対策に乗り出さずにはいられなくなってきた[1)]。こうした中，経済連携協定（EPA）に基づき，2008年度以降，インドネシア・フィリピンから「介護福祉士の資格取得を目指す候補者」の受け入れも始まっている。

これに関しては，受け入れ体制の問題もあり現段階では限定的な状況であることや，日本語で出題される国家試験に合格することが難しいなど，資格取得のハードルが高いこともあり，外国人労働者の受け入れが本格的に進むかどうかの未来は描きにくいものとなっている。

少子高齢化が進む中，今後も介護現場の人手不足が続くことが予想される。また，認知症の高齢者の増加や，医療を必要とする高齢者が増えることで，介護現場で医療に対応する人材の安定的な確保も重要な課題になっている。このように，介護人材の安定的な確保は，数の確保と多様な介護ニーズに対応できる質の確保の両方が求められることで，今後ますます困難になることが予想される。

こうした状況に対処するには，諸外国の動向にも目を向けつつ，従来とは異なる新たな発想を取り入れる視点を持つことが重要になる。本章では，日本の介護保険制度や介護福祉士制度の創設に少なからず影響を及ぼしてきたドイツの動向を取り上げながら，わが国の介護人材確保策を検討するうえでの示唆を得ることを目的とする。ドイツでも介護人材不足の問題は重要な課題として認識されつつある。ドイツの研究報

[1)] 2008年，厚生労働省「介護労働者の確保・定着等に関する研究会【中間取りまとめ】」によると，介護分野における人材確保が困難な状況にあることを踏まえ，これを克服するために，労働環境や処遇の在り方を含めた総合的な人材確保対策が最重要課題であるとし，そのための介護労働者対策の方向性についての取りまとめが行われた。

告（2007）では，介護人材確保のための施策を検討するうえで，介護労働市場のグローバル化，看護労働市場との競合，インフォーマル部門の重要性という，3 つの視点からアプローチすることの重要性が指摘されている[2]。

本章ではこれを受け，まず，介護専門職の成立過程を振り返りながら，介護労働者やインフォーマル部門の担い手の動向を概観したうえで，1)介護労働市場のグローバル化，2)看護労働市場との競合，3)インフォーマル部門の重要性という 3 つの視点から，ドイツの高齢者介護労働市場の特徴と課題を整理する。そのうえで，ドイツの介護人材確保に関する実践事例を取り上げることで，わが国の介護人材確保策を検討するうえでの若干の示唆とする。

5.2 介護を支える人材の動向

5.2.1 介護専門職の成立

ドイツにおける高齢者介護の組織的な取り組みは，19 世紀中頃に始まった[3]。ドイツでは社会保険の対象外となった障害者や療養者，高齢者，浮浪者などの貧困者救済のための社会組織として，宗教団体をはじめとする民間の社会福祉団体が創設された。高齢者介護のための民間の社会福祉団体もこのような経緯により創設されたものであり，今日にいたるまで社会福祉の中核的な役割を果たしている[4]。

高齢者介護を伝統的に担ってきた代表的な社会福祉団体は，ドイツカリタス連盟（Der Deutsch Caritasverband），ディアコニー福祉財団（Das Diakonischewerk），ドイツ無宗派福祉連盟（Der Deutsche Paritätische Wohlfahrsverband），ドイツ赤十字社（Das Deutsch Rote Kreuz），労働者福祉委員会（Die Arbeiterwohlfahrt），ドイツユダヤ人中央社会福祉委員会（Die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland）などであり[5]，ドイツ全土にネットワークを有し，様々な社会福祉サービスを提供している。これらの社会福祉団体で高齢者介護を担ったのは，教会の修道女であった。しかし，高齢者人口やそれに伴う介護を要する貧困者の増大と裏腹に，

---

[2] Weidner F.（2007）Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen,*Hamburg.
[3] Köther I,und Gnamm E.(1993)*Altenpflege in Ausbildung und Praxis,*Stuttgart,S.64.
[4] *Ebd.*,S.65.
[5] *Ebd.*

介護・看護の担い手であった教会の修道女が減少してきたこと，また，急速な医療技術の進歩，病院制度上の変化などによる社会や組織内構造の変化により，介護専門職の社会的必要性が広く認識され始めた。そして 1965 年，高齢者介護士（AltenpflegerIn）が制度化されるにいたる[6]。

このように高齢者介護は，教会をはじめとする民間の社会福祉団体の救済事業から発展し，60 年代後半から専門職業として制度化された。こうして宗教団体による救済事業から展開してきた高齢者介護は，その後もキリスト教的な「奉仕の精神」を基調としながら，社会的な専門職業としての歩みを始める。

5.2.2 介護サービス提供主体の特徴

ドイツでは 1972 年に 65 歳以上人口が 14%を超えて高齢社会に突入し，それ以降，高齢者介護保障への要請が高まり，20 年をかけた議論の末に，1995 年に介護保険制度(Pflegeversicherung)が導入された[7]。ドイツの介護保険制度の特徴は，医療保険との接続性の高さと，基本的に保険料に限定された財政運営，また，在宅介護の優先規定とそのための「家族介護手当」の支給である。しかし，家族構成の変化や家族介護者の高齢化を背景に，家族による介護は年々減少傾向にある[8]。こうした，入所型施設の需要の高まりを背景に，それまで伝統的に介護サービスを提供してきた社会福祉団体に加え，民間の営利団体も入所型施設の建設に参入を開始した。

なお，表 1 に示すように，ドイツでは公的組織による介護サービス提供が占める割合は小さい。これは従来から，民間社会福祉団体が介護サービス提供の中核的な役割を果たし，公的部門による提供はあくまで「補完的」な役割と位置づけられているためである。なおかつ，介護保険制度の導入以降，在宅部門を中心に民間営利団体の参入が進み，2009 年 12 月時点では，在宅部門で民間営利団体の占める割合は 61.5%となっている。他方，施設部門では，民間社会福祉団体の占める割合が 54.8%であり，介護保険制度の導入以降も民間社会福祉団体の存在価値は揺らいでいない[9]。

2010 年で 15 年を経過したドイツの介護保険制度であるが，表 2 のごとく，受給者

---

6) *Ebd.*.
7) 介護保険導入にいたる経緯については，木下秀雄（1994）「ドイツにおける介護保険をめざす苦闘」『賃金と社会保障』，№1139，pp.20 - 22 を参照のこと。
8) Statisitisches Bundesamt,Wiesbaden 2007.
9) *Ebd.*.

数の増加とともに介護保険財政も膨らみ，財源上の制約や施設間競争が激化することで，介護事業所の経営状況は厳しさを増してきた。その結果，公的部門では，施設の民間移譲や統廃合さえも計画されている。これに伴い，介護労働者の失業や労働条件の悪化に対する不安も高まっている[10]。また，長年，「奉仕の精神」のもとで介護サービス提供の中核的な役割を果たしてきた民間社会福祉団体においても事業経営の見直しを迫られ，常勤職員数の削減が進められている[11]。

表1　在宅介護サービス事業所・入所型施設の経営主体別内訳

	在宅介護サービス事業所		入所型施設	
	2009年12月15日	2007年度との対比(%)	2009年12月15日	2007年度との対比(%)
総数	12,026	4.3	11,634	5.5
(内訳)				
民間営利団体	7,398(61.5)	7.2	4,637(39.9)	7.3
民間社会福祉団体	4,433(36.9)	0.0	6,373(54.8)	5.0
公的組織	195(1.6)	2.2	624(5.4)	−1.7

資料：PFLEGESTATISTIK 2009 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse より作成。

注：「*」四捨五入（ラウンディング）のため，100%にならない

[10] Stiller-Harms C.（2007）Situation der Pflegenden aus Sicht der BGW:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen,*Hamburg，S.137.

[11] Brigitte Zellhuber（2005）*Altenpflege-ein Beruf in der Krise?Ein empirische Untersuchung der Arbeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich,*= Kuratorium Deutsche Altershilfe，SS.89-90.

表2　公的介護保険受給者数・財政状況の推移

（受給者数：人）（財政状況：10億ユーロ）

	1995	1998	2000	2001	2004	2007	2010
受給者数	1,068,695	1,794,664	1,882,125	1,925,053	1,983,363	2,102,116	2,347,263
収入総額	8.41	16.00	16.55	16.81	16.87	18.02	21.78
支出総額	4.97	15.88	16.67	16.87	17.69	18.34	21.45
収支黒字額	3.44	0.12					0.33
収支赤字額			0.12	0.06	0.82	0.32	

資料：Bundesministerium fur Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung(08/2011)より作成。

5.2.3　介護を支える人材の動向

表3より介護従事者数の推移をみてみたい。要介護者数の増加とともに，在宅介護サービス事業所や施設介護サービスの利用者も増え，施設数，従事者数ともに着実に増加してきた。介護従事者は，フルタイムとパートタイムからなる労働者と，若干の報酬は支払われるものの労働者とはみなされない，実習生やボランティア，代替兵役勤務者（Zivildienstler）などのインフォーマル部門の従事者に分類される。さらに，労働者を専門職種別にみると，高齢者介護士と一般の看護師，小児看護師に区分される[12]。

介護従事者を就業形態別にみると，施設部門を中心にパートタイム労働者の増加が著しい。また，1999年から2009年にかけてのインフォーマル部門の従事者数は，ボランティア数が在宅分門では562人から545人に減少し，施設部門では2,389人から3,697人にほんの僅かの増加を示す中，代替兵役勤務者（Zivildienstler）は在宅部門で7,421人から2,062人に，施設部門では11,784人から6,928人に激減している。一方，介護士実習生の伸びは著しく，在宅部門では1,816人から4,492人に，施設部門では16,782人34,309人に増加している。しかし，これらの実習生の多くは外国人であり，言語上の問題や専門知識の習得状況が疑問視されている[13]。

---

[12] ドイツの看護の基本資格は，一般看護師，小児看護師，老人介護（看護）士の3種類に分類される。一般看護師と小児看護師は看護法のなかの国家資格として位置づけられている。小児看護師は，小児の看護には成人のそれとは異なる知識や技術が必要であるとの考えから，一般看護師とは区分した教育と異なる資格制度が設けられた。老人介護（看護）士は，2000年に制定された老人介護法にその資格や教育の規定が明記されており，その中で国家資格として位置づけられている。

[13] Brigitte Zellhuber,a.a.O.,S.7.

さらに，専門職種別では，2009 年の在宅部門の看護師数は 82,055 人，小児看護師数は 7,737 人，高齢者介護士数は 52,889 人であり，在宅部門では，小児看護師も含め看護師の従事者数が圧倒的に多い。施設部門では，2009 年の高齢者介護士数は 141,306 人，看護師数は 59,054 人，小児看護師数は 4,015 人であり，高齢者介護士の従事者数が多い。それでも，在宅，施設をあわせた全体でみれば，介護現場でありながら，看護師の従事者数の多さが目立つ。

表3　介護サービス施設・利用者・従事者数の推移（1999年～2009年）

	1999.12.15 （人）	2001. 12.15 （人）	2003.12.15 （人）	2005. 12.15 （人）	2007.12.15 （人）	2009.12.15 （人）
要介護者数	2,016,091	2,039,780	2,076,935	2,128,550	2,246,829	2,338,252
在宅介護サービス利用者	1,442,880	1,435,415	1,436,646	1,451,968	1,537,518	1,620,762
（内訳）　（家族介護）	(1,027,591)	(1,000,736)	(986,520)	(980,425)	(1,033,288)	1,065,564
（在宅介護サービス事業所）	(415,289)	(434,679)	(450,126)	(471,543)	(504,232)	555,198
施設介護サービス利用者	562,762	591,901	623,182	657,516	686,082	717,490
在宅　事業所数	10,820	10,594	10,619	10,977	11,529	12,026
従事者数	183,782	189,567	200,897	214,307	236,162	268,891
1. フルタイム	56,914	57,524	57,510	56,354	62,405	71,984
2. パートタイム（計）	117,069	123,158	136,124	151,138	167,479	189,827
（再掲：社会保険適用）	(77,943)	(85,832)	(93,559)	(103,181)	(114,445)	(129,331)
（再掲：社会保険非適用）	(39,126)	(37,326)	(42,565)	(47,957)	(53,034)	(60,496)
実習生	1,816	1,809	2,460	3,530	3,462	4,492
ボランティア	562	471	642	703	599	545
代替兵役勤務者	7,421	6,605	4,161	2,582	2,217	2,062
専門職種別従事者数						
高齢者介護士	25,456	28,179	31,757	36,484	44,975	52,889
看護師	58,144	57,457	63,233	71,425	78,184	82,055
小児看護師	4,384	4,572	5,364	6,309	7,295	7,737
施設　施設数	8,859	9,165	9,743	10,424	11,029	11,634
従事者数	440,940	475,368	510,853	546,397	573,545	621,392
1. フルタイム	211,544	218,898	216,510	208,201	202,764	207,126
2. パートタイム（計）	198,441	226,432	260,733	296,108	327,992	369,331
（再掲：社会保険適用）	(155,646)	(182,061)	(211,554)	(240,870)	(269,262)	(308,642)
（再掲:社会保険非適用）	(42,795)	(44,371)	(49,179)	(55,238)	(58,730)	(60,689)
実習生	16,782	16,511	22,031	31,623	32,315	34,309
ボランティア	2,389	2,273	3,173	4,003	3,951	3,697
代替兵役勤務者	11,784	11,254	8,210	6,462	6,523	6,928
専門職種別従事者数						
高齢者介護士	81,705	96,700	116,208	122,333	133,927	141,306
看護師	47,300	49,330	55,348	61,238	61,519	59,054
小児看護師	2,881	3,129	3,587	3,764	3,996	4,013

資料：Statistisches Bundesamt,PFLEGEATATISTIK 2009,SS.23,24 に若干の変更，計算を加えて作成。

5.3 介護を支える人材の特徴

5.3.1 介護労働市場のグローバル化

介護労働市場における外国人労働者の受け入れは，EEA 諸国（EU 加盟国及びアイスランド，リヒテンシュタイン，ノルウェー）と，非 EU 加盟国では，二国間協定が締結された場合にのみ許可される。EEA 諸国の国民は，原則として自由な労働力移動が認められており，域内で自由に就業することが可能である。しかし，EU 新規加盟国（エストニア，ラトビア，リトアニア，ポーランド，スロバキア，チェコ，スロベニア，ハンガリー）については，急激な労働者の流入を阻止する目的から，2004 年 5 月から最長 9 年間，受入れを制限するための経過措置が取られている。こうした状況の中，EU 新規加盟国の国民が正式の手続きを経て介護現場で就労するには，就労許可と滞在許可を必要とする。実際に労働許可証が発給されたケースは，2001 年（215 件），2002 年（261 件），2003 年（239 件）であり[14]，これらの外国人労働者の受入れは限定的である。

二国間協定に基づく非 EU 加盟国からの外国人労働者の受入れは，国内雇用への影響を考慮しつつも，1989 年のベルリンの壁崩壊以降の中東欧諸国との関係強化という観点から，期限付き（多くは 2 年間）で許可されている。介護労働者のための二国間協定は，クロアチアとスロベニアと締結しており，主に，クロアチアから看護師と住み込み介護人を受入れている。住み込み介護人の受入れ制度は，この分野での不法就労が増加したため制度化されたものであり，要介護者を抱える世帯で従事する家事手伝いの外国人を保険に加入させ，フルタイムで雇用させることを目的に 2002 年に，許可されたものである。その受け入れ数は 1998 年（125 名），2000 年（140 名），2002 年（353 名）であり[15]，これもまた限定的である。

ドイツの介護労働市場は，以上のような受け入れ体制のもとで働く外国人労働者と，国内の介護労働者から成り立っている。しかし，実際には，これらの者以外に，現段階では自由な受け入れが認められていない EU 新規加盟国のポーランド，チェコ，ハンガリーから低賃金の未熟練労働者が流入し，不法就労者として介護現場を支える重要な労働力となっている。その一方で，ドイツ国内からは，職業継続訓練や大学での

---

[14] 日本貿易振興機構（JETRO）（2005）『国境を越えたヒトの移動の促進－日本経済活性化のための国際比較調査－』，p.77。
[15] 前掲書，p.94。

介護教育を受けた高度熟練介護士がスイスやノルウェーなどの近隣諸国へ流出するなど[16]，有能な介護士の国外流出に警告が発せられている[17]。

介護現場の不法就労者の状況については，多々良ら（2004）もそれを把握することは非常に困難であるとし，また，政府もそれを看過している部分もあり，デリケートな問題を抱えているとしている[18]。したがって，これを統計上把握することは困難であるが，EU 基金の委託により実施された，人口移動に関する各国調査（2008）を参考に，ドイツの介護現場で働く不法就労者の状況を示しておこう[19]。

それによると，介護現場で働く外国人労働者の多くは，東欧諸国からやってきた不法就労者であり，その中で引用されている 2007 年の新聞報道によると，彼らは少なく見積もっても 10 万人を越えるとされる。また，公衆衛生分野の研究者は，それを 5 万人から 7 万人と見込んでいる。これらの数字の根拠とされるのが，連邦統計庁の介護サービス統計である。それによると，2005 年 12 月時点の要介護者数は 213 万人であり，そのうちの 3 分の 1 が施設介護サービス利用者，残り 3 分の 2 の 145 万人が在宅介護サービス利用者である。また，在宅介護サービス利用者は，「家族介護手当」を支給され家族によって介護を受ける者と，介護サービス事業者のサービスを受ける者とに区分される。さらに，介護必要度区分をみると，在宅介護サービス利用者のうち，ほぼ終日の介護を必要とする介護必要度Ⅲの者は，全体の 1 割の 14 万 5 千人である。さらに，家族によって介護を受ける者を中心に，介護必要度Ⅲで在宅介護サービスを利用する 3 分の 2 の家庭は，不法就労者を雇用し，彼らによる介護サービス提供を受けていると推測される。なお，それに介護必要度Ⅲ以外の介護度の在宅介護サービス利用者も含めると，不法就労者はさらに 11 万 8 千人程度必要になると推定される。このように，不法就労者の見込み数 10 万人は，在宅介護サービス事業所の従事者数 21 万 4 千人の約半数近くを占め，在宅介護を支える重要な労働力となっていることがわかる。

---

16) Weidner F., a.a.O.,S.91.
17) *Ebd.*,S.85.
18) 多々良紀夫，塚田典子（2004）「ドイツの介護・医療現場における外国人労働者の現状(2)～現地調査をもとに～」『月刊福祉』全国社会福祉協議会，第 87 巻第 3 号 ，pp.98 - 104。
19) Hamburger Institut für Sozialforschung,country report GERMANY Undocumented Migration（2008）：counting the Uncountable. Date and Trends across Europe,pp.59 - 60.

5.3.2 看護労働市場との競合

「介護」と「看護」の境界を明確にすることは困難である。よって「介護士」と「看護師」の労働市場は，相互に影響を及ぼし合い，競合的な関係を形成することは，ドイツでも日本でも変わりがない。そして，要介護者の重度化とともに，介護現場の医療ニーズが高まることで，「看護師」の労働需要が高まり，介護士の雇用に不利な影響が生じている[20]。その背景には，後期高齢者人口の増加に伴う重度の要介護者の増加や，老人医療費抑制を目的とする病床数削減計画により，高齢の入院患者が病院から介護施設へ政策誘導されたことが大きく影響している[21]。

とくに認知症患者は現時点で 500 万人と報告されており，今後も年間 20 万人ずつ増加することが見込まれている[22]。こうした中，高齢の認知症患者は，これらの者で満床であった精神病院から介護施設へ移され，また，慢性疾患や複数の身体疾患を抱える高齢の入院患者も病院から介護施設へ移された。その結果，介護施設では，精神医学的な治療・看護を必要とする入所者や，経管栄養や膀胱留置カテーテルなどの常時の医療処置を必要とする入所者が増加し，人工呼吸器装着患者の介護も頻繁に行われるようになった[23]。

このように介護現場の医療ニーズが高まる中，介護士は，従来の教育内容や職務範囲の制約では，それに十分に対応することが困難になり，看護師の労働需要を高めている[24]。ドイツ高齢者援護機構（KDA）が実施した介護施設職員の就業実態調査によると，医療ニーズの高まりを受け，専門職採用を看護師に限定する施設もあるなど，看護師の積極的な雇用が進んでいる[25]。

また，病床数は 1999 年の 565,268 床から 2007 年には 506,954 床に減少し[26]，それに伴い，看護職員数の削減も計画されることで，病院部門から需要が増大している介護部門へ移動する看護師が増えた。さらに，平均入院日数が 1999 年の 9.9 日から 2007 年には 8.3 日まで短縮することで[27]，病院の看護師の業務は過密になり，疲労やスト

---

[20] Brigitte Zellhuber, a.a.O., SS.89-90.
[21] Brigitte Zellhuber, a.a.O., S.87.
[22] Stiller-Harms C., a.a.O., S.176.
[23] Brigitte Zellhuber,a.a.O.,SS.89-90.
[24] 介護専門職の制度上の問題の指摘については，峯川浩子（2003）「ドイツにおける高齢者介護の担い手　老人看護師制度化までの経緯と展望」『看護管理』医学書院，vol.13，№5 を参照のこと。
[25] Brigitte Zellhuber,a.a.O.,SS.146-147.
[26] Statistisches Bundesamt,KRANKENHAUS-LANDSCHAFT IM UMBBRUCH,S.7.
[27] *Ebd.*.

レスの高まりから，介護部門へ移動する者が増えた。その結果，病院の看護師は 2002 年から 2003 年の 1 年間で 332,073 人から 326,202 人に減少する一方[28]，介護部門の看護師は，1999 年から 2005 年にかけて 105,444 人から 132,663 人に増加した(表 3)。

なお，看護師数は 2002 年にかけて増加しているが，これはパートタイム職員の増加によるものであり，フルタイムの看護師数は削減されてきた。こうした中，フルタイムで働くことを希望する看護師は，介護部門での看護師需要の高まりを受け，介護部門に移動する者が増えた。その一方で，介護士の雇用は，フルタイムからパートタイムへの置換が進み，介護士の雇用不安や不満が高まる結果となった[29]。

5.3.3 インフォーマル部門の重要性

ドイツでは，介護保険制度が導入される以前から，市民レベルでの助け合いを重視するインフォーマル部門が重要視されてきた歴史がある。現在も民間社会福祉団体や民間営利団体によるサービス提供とともに，ボランティアや市民団体によるインフォーマルな介護サービス提供もかなりの割合を占めており，多元的な介護サービス供給システムが形成されている。

ドイツの社会保障の目的は，基本原則である個人原則と連帯原則のもと，市民ひとりひとりが人間としての尊厳を保ちつつ自らが望む生活を実現できるようにすることである。その基本的な考えは，市民が歴史的に獲得した権利を尊重しながら，市民自身の相互扶助による自助努力が行われるように国が援助するという発想であり，介護保障においても市民参加に期待される役割は大きい。市民参加の代表的なものは，青年ボランティアや一般市民によるボランティア，代替兵役勤務者（Zivildienstler）などである。

連邦家族・高齢者・女性・青少年省(BMFSFJ)が実施したボランティア活動調査によると[30]，2004 年度の 14 歳以上の国民のボランティアへの参加率は，36%（2240 万人）であり，勤労者，失業者，学生，主婦，年金受給者などあらゆる立場の者が参加している。活動領域としては，スポーツ・運動領域が最も多いが，高齢者介護を含む社会福祉領域へ参加する者も多く，全参加者の 6 分の 1 程度を占める(表 4)。また，

---

28) Statistisches Taschenbuch Gesudheit 2005.
29) Weidner F.,a.a.O.,S.91.
30) Bundesministerium für Familie,Senioren,Frauen und Jugend;BMFSFJ;Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 - 2004,S.8-12.

こうしたボランティアへの参加を通じて介護に興味を持った者は，ドイツの伝統的な労働政策である，職業能力開発や知識を身に付けるための訓練である職業養成訓練を通じて，介護士養成の機会を得ることができる。

青年ボランティア活動の始まりは，第一次世界大戦以前に遡ることができる。ナチズムの時代にはこれも一時禁止されるが，第二次世界大戦の敗戦後は，再び，民間福祉団体や教会あるいは青年たち自身から，長期間にわたるボランティア活動の呼びかけがなされて，新たに自主的に展開されてきた。法的には 1964 年に「ボランティア活動促進法（Freiwilliges Soziales Jahr ：FSJ)」が施行され，受入れ事業所の条件整備などの制度的保障が取り決められた。FSJ の法制化の目的は，17～27 歳の青年が 6～12 ヶ月，フルタイムで福祉施設や病院，障害者作業所等において，介護や社会福祉援助，家事援助サービスに従事し，地域における社会問題の解決に立ち向かうことにある。そのために，若干の報酬と社会保険料の負担，相談・教育プログラムが整備され，社会サービスの実務経験や地域福祉に対する責任感，ボランティア個人の文化形成に役立てることに重点が置かれている。これらの青年ボランティアは，福祉現場の貴重な戦力となっている[31]。

そして，ドイツでは普通の一般市民がボランティア活動を行うことで，

„ehrenamtlich“という名誉職の称号を授けられる。名誉職活動は障害者や自衛消防隊のような活動と，教会等を通じた社会福祉活動に分類される。なお，家庭外の第三者や社会のために活動を行っているボランティアの数は 150 万人ともいわれ，社会福祉を支える重要な担い手となっている[32]。

さらに，ドイツでは代替兵役勤務者(Zivildienstler)も大きな役割を果たしている。代替兵役勤務とは，良心的事由により兵役義務を拒否した者であり，その数は 2008 年 6 月 11 日現在，37,756 人である[33]。ドイツには徴兵制度が存在するが，このように徴兵を拒む道も開かれている。ドイツ基本法には，「何者も良心に反して武器を取ることを強制されてはならない」とあり，自己の信仰する宗教が格闘技を含め他人に身体的ダメージを与えることを厳しく戒めているなどの良心的忌避事由により懲役を拒否できる。

---

31) 岡崎仁史（2000)『ドイツ介護保険法と地域福祉の実際』，中央法規。
32) 加藤雅彦他編（1998)『辞典　現代のドイツ』，大修館書店。
33) Bundesministerium　für Familie,Senioren,Frauen und Jugend（2008）;BMFSFJ;Statistik der Zivildienststellen(ZDS),Stand:01.06.

これらの良心的事由にもとづく兵役忌避者は，兵役本務と同期間の 9 ヶ月間（2004 年 10 月から。それ以前は兵役期間より長い 10 ヶ月間），高齢者介護や森林等環境保護業務などの指定された公的業務につくことが義務づけられている。代替兵役勤務者は，介護等に関する専門知識・技能を有していないため，施設内の雑務を任されることが多いが，若い男性によるサービス提供は，施設内の貴重な戦力となっている [34]。ただし，冷戦終結により東西の緊張が緩和され，軍備が縮小されたことを受けて勤務期間が短縮されたことや，少子化に伴い対象年齢層そのものが減少していることも影響し，その数は 1999 年をピークに激減しており（表 3），期待されるサービス提供が困難になっている。

表 4　ボランティア活動参加者の活動領域（2004 年）

活動領域	割合（%）
スポーツ・運動	11
学校・幼稚園	7.0
教会・宗教	6.0
文化・音楽	5.5
社会福祉	5.5
余暇・交際	5.0
救急隊・無償消防隊	3.0
職業上の利益団体	2.5
政治利益団体	2.5
環境・自然・動物保護	2.5
若年労働・教育	2.5
健康	1.0
司法・犯罪問題	0.5

資料：BFSFJ:Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999 - 2004, S.42 より作成

注：割合は，ボランティ活動への国民の参加率 36%を全数とするものである。また，複数回答のため，36%にならない。

34) 栃本一三郎（2003）「高齢社会と高齢社会政策」『高齢者福祉論』放送大学教育振興会，pp.89 - 90。

5.4 介護人材確保の課題と取り組み

介護保険制度の導入以降，介護労働市場は着実に形成されてきた。しかし，これまでみてきた，1) 介護労働市場のグローバル化，2) 介護と看護（医療）の関係，3) インフォーマル部門の重要性という介護労働市場の事情により，介護労働者やインフォーマル部門の担い手を取り巻く状況は大きく変化してきた。介護労働市場のグローバル化は，旧共産圏からの低賃金の雇用契約を前提とする外国人労働者の流入を促し，有能な介護士が国外に流出するという事態を生じさせている。また，不法就労者抜きでは，介護労働力需要の増大に対処しきれないほど，彼らは介護現場を支える貴重な労働力となっている。しかしながら，不法就労者の流入は，国内の介護労働市場を不安定化させる要因のひとつとなっている。さらに，介護現場における医療ニーズの高まりは，雇用面で看護師に有利な状況をもたらし，介護士の地位や役割を脅かしている。加えて，インフォーマル部門の担い手は，その数が減少することで，期待されるサービス提供が困難になっている。

こうした状況の中，国内の介護労働市場の安定化を目指し，様々な取り組みが進められつつある。まず，多様な介護ニーズに対応できる介護士を確保するために，看護師と介護士の教育制度や資格制度の見直しが検討されている。2004 年から 2008 年にかけて，EU の欧州社会基金の助成のもと，連邦家族・高齢者・女性・青年省（BMFSFJ）の主導によって，看護師と介護士の統合教育のためのモデル事業が試行された[35]。これには，2 つの目標が掲げられている。1 つは，高齢者や小児，成人などの属性ごとに振り分けた資格制度から構成される，一般看護師（KrankenpflegerIn）と小児看護師（KinderkrankenpflegerIn），高齢者介護士（AltenpflegerIn）の 3 つの資格制度及び養成制度の壁を取り除き，統合を目指すことである。2 つ目は，これまでの高齢者介護士の役割が限定的であるとして，看護職とと介護職の統合教育の実践により，介護士に健康の保持増進や介護予防，リハビリテーション，ターミナルケアも含めたあらゆる場面に対応できるゼネラリストへの転換を促すことである。

次に，市民参加のもとで蓄積されてきた多元的な介護サービス供給システムの強化を図ることである。介護需要が増大する中にあっては，市民ひとりひとりと国家が介

[35] このモデル事業は，8 州で 8 件のプロジェクトが実施され，15 の老人介護施設や看護師養成施設の 300 人の学生や多くの現場指導者の参加のもとで取り組まれた。このモデル事業の詳細は，BMFSFJ,Pflegeausbildung in Bewegung を参照のこと。

護を共有の問題として認識し，共に取り組むことが重要になる。その際，これまで重要な役割を担ってきたにもかかわらず弱体化傾向にあるインフォーマル部門の強化も課題になる。

こうしたなか，連邦家族・高齢者・女性・青年省（Bundesministerium für Familie,Senioren,Frauen und Jugend;BMFSFJ）の主導のもと，2002年に，「市民活動連邦ネットワーク」（Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement;BBE）という団体が設立された。これは，連邦政府，地方自治体，市民社会，経済界などのあらゆる領域のネットワーク化を促進することや，市民活動促進のための枠組み条件の改善を目標として設立されたものである。そこでは設立以降，何百万人もの人々が組織化され，障害者・慢性疾患を抱える患者本人や，その家族のための自助グループが設立されている。また，高齢者介護領域のボランティア参加促進へ向けた取り組みも積極的に展開されている。その中で，重点的に取り組まれているのが，市民参加活動に関する法的組織的な枠組みの整備や，一部の地域に限定されている取り組みの普及活動，ボランティアサービスの将来や市民参加活動に伴う資格付与・認証システムについての検討，さらに，福祉国家体制の見直しに伴う市民参加活動の役割についての検討などである[36]。

さらに，2005 年から 2008 年にかけて，「世代を超えたボランティアサービス」（Generationsübergreifende Freiwiligendienste;Güf）というモデルプログラムが提示された。これは，少子高齢化という人口構造の変化に伴い，市民参加活動の担い手が減少する中，高齢者にも積極的に市民活動に参加してもらおうという趣旨から実施されたものであり，59 のプロジェクトが展開されている[37]。さらに，家族に対する支援としては，家族介護手当の見直しなど，家族介護に対する財政面でのさらなるインセンティブの付与と支援が検討されている[38]。

---

[36] Bundesministerium für Familie,Senioren,Frauen und jugend；BMFSFJ;Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement.

[37] Bundesministerium für Familie,Senioren,Frauen und jugend；BMFSFJ;,Generationsübergreifende Freiwilligendienste-Modellprogramm zur stärkung der Zivilgesellschaft.

[38] OECD（2006）『*Long -Term Care for Older People*』，p.91.

5.5 おわりに

本章では，ドイツの高齢者介護を支える人材の動向を概観し，その特徴を 1）介護労働市場のグローバル化，2）看護（医療）との競合，3）インフォーマル部門の重要性という 3 つの視点から整理してきた。介護サービスの提供は，宗教団体を中心とする社会福祉団体による救済事業から始まり，1960 年代後半の専門職業としての制度化を経て，1995 年の介護保険制度の導入により，サービス業として市場化された。その後，介護労働市場は着実に形成されてきたが，同時に，不安定化も高まっている。

膨らむ介護保険財政を背景に，伝統的に介護サービスを提供してきた民間社会福祉団体においても，事業費の抑制を余儀なくされ，介護労働者の雇用に影響を及ぼしている。また，EU 圏内での労働力移動の自由化を通じた外国人労働者の受け入れや，不法就労者に依存する介護が増加する一方で，国内の優秀な介護士が国外へ流出するという問題も発生している。さらに，医療費抑制施策によって，医療と介護を必要とする高齢の入院患者が，病院から介護施設へ移動することで，介護現場における医療ニーズが高まり，介護施設での看護師需要が高まる一方，介護士の雇用に不利な影響が及んでいる。他方，ボランティアをはじめとするインフォーマル部門の弱体化により，これまで期待されていたサービス提供が困難になっている。

こうした状況の中，介護労働者の雇用の安定化を図るために，介護士と看護師の養成制度の改革や，インフォーマル部門を強化する取り組みが実施されている。介護士の活躍の場を拡げ，彼らのやりがいや存在感を高めることは，グローバル化の中で発生する介護人材の国外流出に歯止めをかけ，介護人材の安定的な確保に役立つ。また，インフォーマル部門の強化も重要な課題である。先述のとおり，不足するサービスへのニーズに応えるために，伝統的な価値観に支えられたボランティア，インフォーマル部門の役割に期待しながら，サービス提供の充実が図られようとしている。これらの切実な課題として，インフォーマル部門の担い手にどのような役割を期待するかも重要な視点である。

日本でも，2008 年度以降インドネシア・フィリピンから介護福祉士の資格取得を目指す候補者の受入れが始まった。また，医療費抑制に主眼を置いた医療保険と介護保険の同時改正によって，高齢の入院患者は，医療の必要度に応じて，「医療」から「介護」へ，「病院」から「在宅」へと誘導されることになった。その結果，介護現場にお

ける医療ニーズが高まり，それに対応する人材の確保が重要な課題になっている。このように，外国人労働者の受入れや，医療ニーズに対応する人材の確保は，ドイツ同様日本でも重要な課題になりつつある。言うまでもないが，外国人労働者の受け入れにより賃金水準の低下につながることや，雇用の不安定化への懸念は避けられない。また，ドイツでも介護士の不足に拍車がかかっているように，わが国の場合も，結果として同じ苦悩に結びつくことが予測される。

以上を踏まえ，ドイツの介護労働市場の現状や課題及び新たな挑戦を参考にしつつ，わが国にとって実効性のある対策を検討することが望まれる。

第５章の参考文献

Bilinkert B. (2007) Pflegerrangements-Vorschläge zur Earklärung und Beaschreibung sowie ausgewählte Ergebnissse empirescher Unterschungen:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen,*Hamburg.

Brigitte Zellhuber (2005) *Altenpflege-ein Beruf in der Krise?Ein empirische Untersuchung der Albeitssituation sowie der Belastungen von Altenpflegekräften im Heimbereich,*Kuratorium Deutsche Altershilfe.

Bundesministerium fürFamilie,Senioren.Frauen und Jugendt,Bundesnetzwerk Bürgerschftliches Engagement.

Bundesministerium für Familie,Senioren.Frauen und Jugendt,Generationsübergreifende Freiwiligendienste-Modelprogramm zur Stärkung der Zivilgesellschaft.

Bundesministerium fürFamilie (2008) Senioren.Frauen und Jugendt,Statistik der Zivildienstellen(ZDS),Stand:01.06.

BFSFJ:Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004,S.42.

Köther I. und Gnamm E. (1993) *Altenpflege in Ausbildung und Praxis,*Stuttgart.

Stiller-Harms C. (2007) Situation der Pflegenden aus Sicht der BGW:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen,*Hamburg.

Statistisches Bundesamt (2007) Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse,Wiesbaden .

Statistisches Bundesamt (2007) Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung
2.Bericht:Ländervergleich-Pflegebedürftige,Wiesbaden .

Statistisches Bundesamt (2007) Pflegestatistik 2005 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung
4.Bericht:Ländervergleich-Pflegeheime,Wiesbaden .

Statistisches Bundesamt (2007) Zweigstelle Bonn 2001 2. Kurzbericht:Pflegestatistik 1999-Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung-Ländervergleich:Pflegebedürftige,Wiesbaden .

Statistische Ämter des Bundes und der Länder(2008)Demografischer Wandel in Deutschland,Heft 2..

Statistisches Bundesamt (2003) Wirtschaft und Statistik,Personel in Pflegeeinrichtungen.

Statistisches Bundesamt,KRANKENHAUS - LANDSCHAFT IN UMBRUCH.

Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005.

Weidner F.（2007）Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt Pflege:*Reform der Pflegeversicherung Auswirkungrn auf die Pflegebedürftigen und die pflegepersonen,*Hamburg.

Cad.saúde Pública（2007）Rio de janeiro,23 Sup2-S184-S192,*Transnational migration of health professionals in the European Union.*

Hamburger Institut für Sozialforschung,country report GERMANY Undocumented Migration（2008）：counting the Uncountable. Date and Trends across Europe.

OECD (2007) INTERNATIONAL,MIGRATION OUTLOOK.SOPEMI-2007 Edition.

岡崎仁史（2000）『ドイツ介護保険法と地域福祉の実際』，中央法規.
加藤雅彦他編（1998）『辞典　現代のドイツ』，大修館書店.
木下秀雄(1994)「ドイツにおける介護保険をめざす苦闘」『賃金と社会保障』，№1139，pp.20 - 22.
厚生労働省（2008）『介護労働者の確保・定着等に関する研究会【中間取りまとめ】』.
〃　（2007）『2005～2006 年海外情勢報告　世界の厚生労働 2007』.
多々良紀夫，塚田典子（2004）「ドイツの介護・医療現場における外国人労働者の現状(2)～現地調査をもとに～」『月刊福祉』全国社会福祉協議会，第 87 巻第 3 号，pp.98 - 104.
土田武史「介護保険の創設とその後の展開」，古瀬徹・塩野谷祐一編，『先進諸国の社会保障 4 ドイツ』.
〃　（2006）「介護保険の展開と新政権の課題」『海外社会保障研究』，№155，pp.22 - 30.
栃本一三郎 (2003)「高齢社会と高齢社会政策」『高齢者福祉論』放送大学教育振興会.
日本貿易振興機構（2002）『ドイツの医療・福祉サービス』.
〃　（2005）『国境を越えたヒトの移動の促進～海外とのビジネス交流活発化を目指して～』.
峯川浩子（2003）「ドイツにおける高齢者介護の担い手　老人看護師制度化までの経緯と展望」『看護管理』医学書院，vol13 №5.
山本あい子（2002）『諸外国における看護婦の業務と役割に関する研究』，厚生科学特別研究事業　研究課題番号 H13 - 特別 - 058.

第 6 章　介護分野における外国人労働者受け入れの意義と課題　－外国人介護福祉士候補者への役割期待を踏まえて－

6.1　はじめに

日本はインドネシアとの経済連携協定(2008 年 7 月 1 日発効）に基づき，2008 年度から外国人看護師・介護福祉士の資格取得を目指す候補者の受け入れを始め，また，フィリピンとは，経済連携協定(2008 年 12 月 11 日発効)に基づき，2009 年度から同様に受け入れを始めている。今回の事業では，インドネシアとフィリピン政府からの強い要望を受け，「人の移動」という条文を盛り込み，特例的に「看護師・介護福祉士の資格取得を目指す候補者」の受け入れを始めた。

こういった状況を踏まえ，介護分野に外国人労働者を受け入れることになった。もっとも，その合意の過程がスムーズであったわけではなく，国内の関係団体を中心に賛否両論のさまざまな意見が交わされてきた。外国人の受け入れ政策の推進に最も積極的であったのが，(社)日本経済団体連合会（以下「日本経団連」）である。

日本経団連は平成 16 年 4 月に「外国人受け入れ問題に関する提言」を発表している。そのなかで，①外国人受け入れは，その量と質の両面で，十分にコントロールされた，秩序ある受け入れであること，②受け入れる外国人の人権や尊厳を損ねるものであってはならないこと，③外国人の受け入れは，受け入れ企業や外国人にとって有益なものであることは当然として，さらに受け入れ国，送り出し国の双方にとってメリットがあること，という 3 点を基本原則とし，外国人の受け入れ政策を総合的に推進することを積極的に提案している [1]。

とくに介護分野については，「介護福祉士の資格取得者や外国における隣接職種の資格者で介護実務上の円滑なコミュニケーションができるレベルの日本語能力を有する者等については，たとえば，『技術』や『技能』の在留資格として就労を認める方向で検討を進めるべき」としている [2]。同時に，介護分野の資格取得を円滑にするには，

---

[1] 社団法人日本経済団体連合会「外国人受け入れ問題に関する提言」2004 年 4 月，p.14.
〈http://www.keidanren.or.jo/japanese/policy/2004/029/honbun.html〉. 2011 年 5 月 17 日.
[2] 前掲注 1).

母国の研修制度や日本語教育を充実させるべきとの提言も行っている[3]。

これに対して(社)日本介護福祉士会は「選択肢としての外国人労働力の導入に反対するものではない」としながらも,「外国人労働者を受け入れるにあたっての介護全般に渡る条件整備が行われていない」との理由で，反対の立場を明確にしている[4]。また「外国人の受け入れよりはまず，国内の介護労働力を確保するために賃金をはじめとする処遇向上を図り，介護の職業としての魅力が高まるよう支援すべきである」とも述べている[5]。さらに,「わが国が早急に取り組むべき課題は，介護労働力をめぐる条件整備である」として,「それは外国人労働力のスムーズな導入のためにも欠かせない」とする意見を出している[6]。この意見とほぼ同じ流れとして，日本医療労働組合連合会は,介護分野の外国人労働者の受け入れが,国内の関連労働市場に影響を与え，賃金や労働条件の低下を招く危険性があることを指摘し，外国人労働者の受け入れには慎重な立場を示している[7]。

このように介護分野における外国人労働者の受け入れに関しては，賛否両論のさまざまな意見が示されているものの，わが国においては，介護分野における人材不足がすでに現実の問題となっており，その対策が焦燥の課題となっている。それにもかかわらず，介護職員の離職が増加している。介護労働者の給与や労働条件の改善が求められているが，さらに介護職員の「職場復帰の支援」も必要であろう。そうした努力に加えて，外国人労働者の受け入れについても前向きに考える必要があるのではないだろうか。

現在，試行されている外国人介護労働者の受け入れは，その条件として「介護福祉士資格」を目指す，つまり日本の資格試験の受験と合格が前提となっている。これも母国で看護師の資格をすでに取得した人からみると理解に苦しむハードルかもしれない。そもそも受け入れる側の日本において，彼らが母国でどのような資格を取得しているか，どのような訓練を受けているか，わが国の介護現場でどのような役割が期待できるかという具体的な内容はまだ十分には議論されてきたとはいえないのではない

---

3) 前掲注 1)。
4) 社団法人日本介護福祉士会「外国人労働者の受け入れを巡る考え方について」2005 年 6 月 9 日. 〈http://www.jaccw.or.jp/news_imp/gaikokuzin_ikeire.pdf, 2010 年 8 月 1 日現在.〉
5) 前掲注 4).
6) 前掲注 4).
7) 日本医労連中央執行委員会「外国人看護師・介護職の受け入れ問題について」2004 年 9 月 28 日. 〈http://www.irouren.or.jp/jp/old/seisaku/seisaku71.pdf〉. 2010.8.1.

か。

この問題に関連する先行研究では，フィリピンにおける看護教育の現状から，フィリピン人看護師受け入れの可能性を考察している[8]。フィリピンではかねてから優秀な看護師を育成する教育体制が築かれていることを踏まえて，フィリピン人看護師の日本への受け入れに問題はなく，むしろ人材不足を補って余りある期待がもてるとの見方が示されている。

また，インドネシアとフィリピンの看護教育のレベルとわが国の現状を比較することにより，両国の看護師が能力的に日本の医療機関で働けるかどうかを検討している。そこでは，現地で入手した看護教育カリキュラムの内容が詳細に報告されており，両国の看護師は日本の医療機関で十分就労可能であることが示唆されている[9]。

このように経済連携協定(以下「EPA」)の締結を契機として，外国人看護師の日本への受け入れに関する研究は散見されるようになったものの，外国人看護師がわが国の医療現場でどのような役割を発揮することが期待できるか，さらには介護労働の分野での役割についてはまだ何も論じられていない。本章では以上のような問題意識に基づき，外国人介護福祉士候補者(以下「候補者」)の受け入れに焦点を当てて，介護労働の分野で，彼らにどのような役割を発揮することが期待できるかを，資質や能力の観点から明らかにしたい。

本章では，まず候補者の受け入れ状況を資格要件別に把握する。これらのデータは一般には公表されていないため，候補者の唯一の斡旋機関である国際厚生事業団（JICWELS）に情報提供を依頼し，資料を入手した[10]。次に，候補者がどのような教育や研修を受けているかを明らかにしながら，候補者の平均的な能力を推察する。具体的にはインドネシアとフィリピン両国について，候補者の要件である看護学校又は大学の看護学部卒業者と介護士認定者に分けて，母国の専門職教育の状況を紹介する。

とくに介護士の教育状況については，筆者が外務省および厚生労働省に聞き取りお

---

8) 前野有佳里他(2008)「日本へのフィリピン人看護師派遣の現実的な可能性　マニラにおける看護大学のヒアリングから」『看護教育』Vol.49 №9，pp.834-840。

9) 川口貞親(2009)「日本，フィリピン，インドネシアの看護教育カリキュラムの比較」『九州大学アジア総合政策センター【紀要】』第3号，91-104。

10) 2010年6月～2011年6月に，国際厚生事業団支援事業部に情報提供を依頼し，資料及び情報を入手している。

よび資料の情報提供を依頼し，必要な情報や資料を入手した[11]。また，看護師の教育の状況については，世界121カ国の看護職の教育の状況や看護事情を網羅した既存資料を用いる。

6.2 インドネシアとフィリピンからの候補者受け入れの状況

まず候補者を受け入れる枠組みからみてみたい。受け入れ経路は介護福祉士の「国家試験受験コース」と，フィリピンの場合は「介護福祉士養成施設コース」の2つが用意されている。前者は受け入れ施設で就労・研修を行いながら，協定で認められている在留期間である4年間のうちに介護福祉士の国家資格を取得して，引き続きわが国に滞在できることを目指すコースである（以下「就労コース」）。後者は日本国内の介護福祉士養成施設に入学して，2年間程度就学し，養成施設の修了までに資格取得を目指すコースである（以下「就学コース」）。

就労コースの候補者の要件は2種類用意されている。インドネシアの場合は，大学又は高等教育機関（3年以上）卒業者でかつ政府から介護士として認定された者か，あるいは看護学校又は大学の看護学部卒業者である。フィリピンの場合は，4年制大学卒業者でかつ政府から介護士として認定された者か，あるいは大学の看護学部卒業者である。このように就労コースの候補者の要件は，4年制大学卒業程度の学力を有し，かつ介護の教育を受けた者か，あるいは大学又は専門学校で看護の教育を受けた者のいずれかである。またフィリピンの就学コースの候補者の要件は，4年制大学卒業者である。

候補者の受け入れ状況を表1から見てみたい[12]。それによると，看護学校又は大学の看護学部卒業者が多数来日していることがわかる。とくにインドネシアではそれが顕著である。インドネシアでは，介護士の認定が2009年から開始されたこともあり，2008年に受け入れた第1陣の候補者104名のうち全員が，看護学校又は大学の看護学部卒業者である。また，2009年の第2陣の受け入れ数は189名であり，そのうち介護士認定者は73名，看護学校又は大学の看護学部卒業者は116名である。2009年の場合は，介護士認定者の第1回目の受け入れであるためか，看護学校又は大学の看

---

11) 外務省南東アジア第二課へ2010年7月～9月に9回，また厚生労働省社会・援護局福祉基盤課へ2010年6月に問い合わせを行い，資料及び情報を入手している。

12) 前掲注10)。

護学部卒業者の多さが目立つ。2010 年の第 3 陣の受け入れになると，全体の受け入れ数は 77 名まで減少し，介護士認定者の受け入れも 10 名まで大幅に減少した。これに対して，看護学校又は大学の看護学部卒業者は 67 名であり，全体に占める割合は大幅に増加している。

フィリピンでは，インドネシアと事情が異なり，今回の事業が始まる以前から，すでに国内で介護士の認定が行われている。そのため今回の事業では，第 1 回目からその認定者が候補者として来日している。2009 年の第 1 陣の受け入れ数は 190 名であり，そのうち介護士認定者は 151 名，大学の看護学部卒業者は 39 名である。このようにフィリピンでは，第 1 回目から介護士認定者が多数来日している。ところが 2010 年の第 2 陣の受け入れになると，全体の受け入れ数は 73 名まで大幅に減少しており，介護士認定者も 36 名に減少した。他方，大学の看護学部卒業者の受け入れ数は 36 名と，ほぼ前年並みの人数を確保している。また就学コースは，2009 年 9 月に 27 名が入国し，6 ヶ月間の日本語研修の後に 2010 年 4 月から就学を開始した。

このように今回の事業では，看護の教育を受けた者が，介護福祉士の資格取得を目指して多数来日していることが確認できる。これらの者の多くは，本来看護師候補者を希望していたが，実務経験がその要件に満たないため，介護福祉士候補者の応募に転じた者である[13]。言い換えれば，看護職の専門教育を修了した，すでに看護（医療）の知識や技術を有する者が，介護福祉士を目指して多数来日しているといえる。

さらに看護職の教育内容はその資格の種類に応じて異なるが，インドネシアとフィリピンの両国とも，今回の事業ではその中でも充実したカリキュラムのもとで看護師の教育を受けた候補者が来日している。わが国と同様にインドネシアでは，看護職の資格の種類が一本化しておらず，看護師と准看護師の 2 種類存在するが，先に述べたように，今回来日している候補者全員が，看護師の教育を受けた看護師資格保持者である[14]。ただし，それらの者が大学の看護学部を卒業したか，あるいは専門学校を卒業したかは，国際厚生事業団も把握していない。なおフィリピンの場合は，看護職の資格が看護師に一本化しているため，候補者全員が看護師の教育を受けた者である[15]。

---

13) 前掲注 10)。
14) 公益社団法人日本看護協会「海外の看護事情，保健師・助産師・看護師の教育と規制について，看護師の教育規則」
〈http://www.nurse.or.jp/nursing/international/working/pdf/kango.pdf〉.
15) 前掲注 14).

表1　インドネシア人・フィリピン人介護福祉士候補者の受け入れ状況

	インドネシア人		フィリピン人		
	就労コース		就労コース		就学コース
2008年度	全体（　104人　）　（　53　施設）				
	①介護士認定者 （　0人）	②看護師養成の看護学校又は大学の看護学部卒業者 （　104人　）			
2009年度	全体（189　人　）　（　85　施設）		全体（　190　人）　（　92　施設）		（　27　人） （　6　施設） で就学
	①介護士認定者 （　73　人）	②看護師養成の看護学校又は大学の看護学部卒業者 （　116　人）	①介護士認定者 （　151　人）	②大学の看護学部卒業者 （　39　人）	
2010年度	全体（77　人　）　（　34　施設）		全体（　73人　）　（　34　施設）		（10人） （6施設）で就学
	①介護士認定者 （　10　人）	②看護師養成の看護学校又は大学の看護学部卒業者 （　67　人）	①介護士認定者 （　36　人）	②大学の看護学部卒業者 （　36　人）	

出所：国際厚生事業団支援事業部に依頼した資料・情報(2010年9月，2011年6月)入手より作成。

6.3　母国での教育状況

では，候補者は母国でどのような看護や介護の教育を受けているのか。結論から言えば，インドネシアおよびフィリピンともに，看護師教育は国内の医療事情を反映しつつも，わが国を含む国際的な看護の舞台でも十分に活躍できる人材の育成に重点がおかれている。

母国での介護士認定研修は，インドネシアとフィリピンでは実施の経緯や背景が異なるため，一様に述べることはできない。それでも，両国ともわが国の介護現場への人材の送り出しを強く要望していることもあり，看護師教育と同様に，わが国を含む海外での就労に役立つ教育が行われている。たとえばインドネシアでは，わが国の介

護福祉士養成課程のカリキュラムに準ずる研修が，かなりの時間数をかけて行われている。またフィリピンでは，わが国の介護教育の内容に準ずるものではないが，わが国に先んじて介護士を送り出している国のニーズに配慮した，高齢者以外の乳幼児や障害者も対象とする幅広い内容の研修が行われている。以下ではこれらの教育の具体的な内容をみてみたい。

6.3.1 看護師教育の状況

(1) インドネシア

まず，看護師教育の状況である。インドネシア国内で最も養成機関数の多い 3 年課程の看護学校を取り上げ，その教育内容をみてみたい [16]。カリキュラムの総単位数は 128 単位であり，わが国の 3 年課程の看護師養成課程の総単位数である 93 単位より 35 単位多い。ただし臨地実習の時間数は 15 単位であり，わが国の 23 単位と比べ少ない。このように，単位当たりの時間数は詳細に分からないが，カリキュラム全体では，おおむね教育内容は充実しているようである。カリキュラムの内容は，1 年次がインドネシアの文化や歴史，宗教，インドネシア語など，自国に関する知識や理解を深めるための科目である。2 年次は母子保健や公衆衛生など，現地の医療事情を反映した科目に重点がおかれている。3 年次は乳幼児，小児，成人，老人などの対象ごとの看護の展開と，公衆衛生学，母性看護学，小児看護学，精神看護学等の各論である。

インドネシアは，乳児死亡率および妊産婦死亡率が高い水準にあり，多産多死の人口動態である [17]。他方，65 歳以上の老齢人口の割合は，2000 年は 4.5%，2005 年は 5.5%と，今後その増加が見込まれるものの依然低い水準にある [18]。また，死亡要因の上位には，結核や伝染性疾患が位置しており，乳児死亡率や妊産婦死亡率の高さとも相まって，途上国によくみられる疾病構造となっている [19]。インドネシアの看護師は，医療機関での傷病者の看護の展開にくわえ，こうした国内の医療事情に配慮した，伝染性疾患の予防を中心とする，地域における公衆衛生活動の担い手としての役割も期待されている。なお，そうした活動を展開するうえで欠かせない，他の医療職種との

---

16) Nursig in The World Editional Committee, The International Nursing Foundation of Japan(2008), Fifth Edition Nursing in The World;The Facts, Needs And Prospects, Medical Friend co.ltd;pp61-67, 同(2000)pp40-46.
17) 前掲注 16).
18) 前掲注 16).
19) 前掲注 16).

連携・調整も重要な役割のひとつであり，地域医療の分野におけるコーディネーターの役割が重視されている[20]。

(2) フィリピン

フィリピンの大学の入学資格は，6 年間の義務教育と 4 年間の中等教育の修了者であり，わが国より中等教育が 2 年間短いため，16 歳で大学に入学する[21]。フィリピンの大学の看護学部の教育カリキュラムをみると，1 年次は，看護学以外の数学や化学，歴史，心理学などの一般教養科目に重点が置かれている。また，看護や介護を展開するうえで基本となる，コミュニケーション技術の科目も含まれている。2 年次は，解剖生理学，基礎統計学，ヘルスケア学などの基礎的な医学科目を履修する。3 年次は乳幼児，小児，成人，老人などの対象ごとの各論に加え，予防医学や地域保健などの公衆衛生分野と国際看護の科目が組まれている。4 年次は臨床看護の展開に重点を置いたカリキュラムである[22]。

フィリピンでは，インドネシア同様，乳児死亡率および妊産婦死亡率が高い水準にある。そのうえ，心疾患，脳血管障害，悪性新生物に起因する死亡率も増加しており，途上国と先進国の健康問題が混在する状況にある[23]。また，看護師の海外への送り出しにも実績がある。そのため看護師の教育カリキュラムは，国内の医療事情を反映しつつも，海外の医療現場で活躍できる看護師の養成に重点が置かれている[24]。単位当たりの時間数は詳細に分からないが，たとえばフィリピンでは，臨地実習の時間数が 39 単位確保されるなど，わが国およびインドネシアと比べ充実しており，実践力や即戦力を重視した教育が行われている。また，国際看護の科目もカリキュラムに組み込まれており，他の医療職種や職員との連携・協働を重視した教育も行われている[25]。

6.3.2 介護士認定研修

(1) インドネシア

---

20) 前掲注 16).
21) 前掲注 14).
22) Nursig in The World Editional Committee, The International Nursing Foundation of Japan(2008), *op.cit.*pp126-132, 同(2000)pp110-115.
23) 前掲注 22).
24) 前掲注 22).
25) 前掲注 22).

続いて介護士認定研修の状況である。インドネシアとフィリピンでは，高齢者介護のほとんどを家族が担っており，高齢者施策は，身寄りのない高齢者や傷害をもつ高齢者など，恵まれない一部の高齢者を主たる対象としている[26]。また，わが国の介護保険制度や「社会福祉士および介護福祉士法」に該当するような，介護独自の制度や介護の専門職に関する法律は整備されておらず，介護福祉士に該当する国家資格としての介護士資格も存在しない[27]。このように高齢者をめぐる環境は，インドネシアとフィリピンで類似する状況にあるが，介護士養成の経緯に関しては両国で相違がみられる。

インドネシアでは，従来介護士の認定資格が存在しないため，今回の事業の実施に向けて，わが国とインドネシア政府との間で協議を重ね，研修内容を決めている。第1回目の介護士認定研修は，2009年3月から6月までの日程で実施された。研修の修了生は約320名であり，そのうちの約2割程度の者が第1陣の候補者として来日した。なお残りの研修修了生は，第2回目以降の候補者として応募することが認められている[28]。

インドネシアの介護士認定研修の内容は，これまで公表されておらず，また先行研究でも見当らない。そこで筆者は，外務省南東アジア第二課に情報提供を依頼し，資料を入手した[29]。それによると介護士を“CAREGIVER”と記し，介護福祉士を“(kaigofukushishi)”とローマ字で表記している点が印象的である。介護士の認定研修のプログラム名は，“CAREGIVER(kaigofukushishi)”であり，わが国の介護福祉士候補者を目指したプログラムであることが分かる。研修の申し込み対象者の要件は，学歴が今回の事業の資格要件でもある，一般大学か大学の看護学部卒業者である。年齢は30歳以下であり，健康な男女が対象である。また，対象者を選別するために試験も課される。研修目標は，わが国の介護福祉士養成課程に準ずるものであり，表2の1から11に示すとおりである。

---

26) 厚生労働省(2007)『世界の厚生労働』，p.275，286。
27) ケリ・イメルダ(2010)「フィリピンの介護教育の推進のために：日本とフィリピンの介護に関る法的な違い」『社会医学研究　特別号　2010　第51回　日本社会医学会学術総会講演集』，p.98.
28) 前掲注11)の外務省南東アジア第二課の情報による。
29) 資料は，「COMPETENCY BASED TRAINING PROGRAM CAREGIVER」(インドネシア政府が2007年作成)で，2008年3月にインドネシア政府から最終的なプログラムとして外務省南東アジア第二課に送られたものである(前掲注11)。

表2　インドネシアの介護士認定研修－研修目標

1. 的確な観察・記録・報告が実施できる。
2. 円滑なコミュニケーションのあり方を身につける。
3. 高齢者介護を展開することができる。
4. 個人の身体的，社会的，経済的な環境の調和を図る能力を養う。
5. 高齢者の日常生活支援に必要な知識・技術を習得する。
6. 高齢者の自立支援のための総合的なサービス提供の能力を身につける。
7. 高齢者の健康の保持，健全な生活，危機管理の支援のための知識・技術を習得する。
8. 高齢者への共感的態度のもとで支援を行う知識・技術を身につける。
9. 介護方法の指導能力を身につける。
10. 多職種間連携による社会資源の調整のための能力を身につける。
11. 高齢者と日本語でコミュニケーションを図る能力を身につける。

出所：「COMPETENCY BASED TRAINING PROGRAM CAREGIVER」(インドネシア政府が 2007 年 7 月作成)を筆者が邦訳し作成。

教育内容は，受け入れ施設で就労・研修を行う際に必要とされる，基礎的な介護の知識や技術と，渡航に関する手続きや日本語でのコミュニケーション技術である。その項目は表 3 のとおりである。

研修に費やされる時間は 490 時間（1 時間単位：45 分）である。そのなかには 17 から 22 に示す，渡航に関する手続き等の時間数も含まれる。それでも全体としてみれば，わが国の訪問介護員（ホームヘルパー）1 級課程の研修時間数である 230 時間の 2 倍以上の時間数が確保されている[30]。また研修内容は，主に基礎的な介護の知識や技術に重点がおかれているが，診療介助や社会資源の活用等の看護やソーシャルワークの分野の内容も含まれる。さらに，これらの研修を教授する講師は現地の看護師であるため，必要に応じてより詳細な医療（看護）の知識や技術を教授することも可能であると予想される。

[30] 日本の訪問介護員養成研修の 1 時間当たりの時間数は特に定められていないため，「分単位で」インドネシアと厳密に比較することはできない。

表3　インドネシアの介護士認定研修－教育内容

1. 共感的態度と専門職としての姿勢	13. 移動の介護
2. 高齢者の生活と社会の関わり	14. 援助行為
3. 高齢者の尊厳と自立	15. 高齢者の状態の報告
4. 高齢者の部分介護	16. 指導的な立場からの報告，介護
5. 食事の準備	17. 日本語でのコミュニケーション
6. 睡眠（寝具，ベッド）の介護	18. 日本語での電話応答
7. 健康管理（診療介助）	19. 日本語での対象者への応対
8. 清潔保持（入浴，更衣，排泄，洗髪等）	20. 外出先での日本語の使用
9. 身体機能の向上と運動指導	21. 労働条件や職業関連疾患についての情報提供
10. 転倒・事故防止対策	22. 送金，書類，渡航費，雇用契約についての情報提供
11. 居住環境の整備	
12. レクリエーション	

出所：「COMPETENCY BASED TRAINING PROGRAM CAREGIVER」（インドネシア政府が2007年7月作成）を筆者が邦訳し作成。

(2)　フィリピン

フィリピンでは，介護士は家政婦，看護師に次ぐ海外への送り出しに実績のある職業である。介護士として送り出している国の1位は台湾である[31]。台湾では高齢者や障害者，乳幼児に長時間のケアを提供することのできる住み込み外国人介護士の需要が高い[32]。そのためフィリピンでは，送り出し国側のニーズを反映した介護士認定研修が，従来から実施されている。

研修概要は次のとおりである。フィリピンの介護の対象は，高齢者，乳幼児，小児，障害者である。職務内容は乳幼児の世話や介護，小児の社会性や知能の育成および心身両面の発達の援助，高齢者の世話や介護，障害者の介護である。具体的には，対象者が健康で安全な生活を送れるよう，急変時の対応，居間・食堂・寝室・トイレ・浴室などの清掃，衣服・シーツ・寝具の洗濯，食事の準備等を実施することである。研修のカリキュラムは表4に示すように，基礎分野と共通分野，専門分野から構成され

[31] Philippine Overseas Employment Administration，2009　OVERSEAS Employment Statistics.
〈http://www.poea.gov.ph/stats/2009_OFW%20Statistics.pdf〉.

[32] 安里和晃(2005)「アジア NIEs における外国人労働者の概要－家事・介護労働者を中心に－」『世界の労働』55(10)，pp.16-22。

る[33]。

基礎分野では，職場でのコミュニケーション能力の獲得，チームケアの実践，介護職として仕事をするうえでの心構え等を学ぶ。また共通分野では，救急処置や医療の必要度の高い者への介護など，医療に重点をおいた内容を学ぶ。さらに専門分野では，乳幼児，小児，成人，高齢者，障害者などの対象に応じた援助や，日常生活上の援助技術を学ぶ。このようにフィリピンでは，高齢者，乳幼児，小児，障害者を対象とする幅広い対象分野の研修が行われており，そのぶん，高齢者に関する研修内容は薄いと言わざるを得ない部分があるかもしれない。だが視点を変えれば，幅広い対象分野の教育は，視野の広い介護士の養成に役立つとも考えられる。

---

33) 資料名は『TRINING REGURATION FOR CAREGIVING NCⅡ』(2007年)，カリキュラムの出典は，TECHNICAL EDUCATION AND SKILLS DEVELOPMENT AUTHORITYである。2010年6月に厚生労働省社会・援護局福祉基盤課より入手した資料を。筆者が邦訳したものである(前掲注11)。

表4　フィリピンの介護士認定カリキュラム

UNIT　CODE	基礎分野
500311105	職場でのコミュニケーション能力の獲得
500311106	チームケアの実践
500311107	専門職職業人としての実践
500311108	職業関連疾患の予防と実践
UNIT　CODE	共通分野
HCS323201	伝染病・感染症予防の実践
HCS323202	異常行動への迅速な対応
HCS323203	救急処置
HCS323204	医療の必要度の高い者への介護の提供
UNIT　CODE	専門分野
HCS323301	乳幼児の世話・介護
HCS323302	小児の世話・介護
HCS323303	小児の社会性や知能の育成，情緒面での健全な育成
HCS323304	小児の身体的な発達の促進
HCS323305	高齢者の世話・介護
HCS323306	障害者の介護
HCS323307	健康や生活環境の安全の保持
HCS323308	急変時の対応
HCS323309	居間・食堂・寝室・トイレ・浴室の掃除
HCS323310	衣服・寝具・シーツの洗濯
HCS323311	食事の準備

出所：TESDA(TECHNICAL EDUCATION AND SKILLS DEVELOPMENT AUTHORITY)
「TRAINING REGULATIONS FOR CAREGIVING NC II」(2007年)，を筆者が邦訳，
若干修正のうえ作成。

6.4　入国後の介護研修の状況

これまで見てきた母国での看護や介護の教育を受けた候補者は，それぞれの教育歴にかかわらず，入国後は同様の「介護導入研修」を受けることが義務づけられる。これはわが国の受入れ施設での就労・研修への円滑な移行を図る目的で実施されるもの

である。具体的な内容は表5に示すとおりである[34]。内容は介護概論，基本的介護技術，国家試験のオリエンテーションから構成され，講義と演習の授業形態によって進められる。また，これ以外にも「日本語研修」の中で，医療保険や介護保険などの「制度概要」についても学ぶ[35]。

これらを合わせた研修時間数は 51 時間であり，わが国の訪問介護員（ホームヘルパー）3級課程の研修時間数である50時間に相当する時間数が確保されている。ただし「介護導入研修」は，日本人講師が候補者に日本語で研修内容を教授するため，日本語とインドネシア語又はフィリピン語との間の逐次通訳で講義が進められる[36]。そのため同じ内容を日本人に教授する場合とくらべ，約 2 倍程度の時間が必要とされ，実際には約 25 時間程度の研修が行われる換算になる。だがそうした事情を考慮しても，インドネシアでは，現地の介護士認定研修と「介護導入研修」を合わせれば，500時間以上のかなりの量の研修が実施されていることが確認できる。

また「介護導入研修」を受講した候補者へのアンケート調査結果からは，次のような候補者側の戸惑いが明らかになっている。それは母国とわが国の生活習慣の違いに起因するものであり，一例が浴槽での入浴介助である。日本独特の習慣は，候補者にとって理解が難しいようである。他方，移動介助，食事介助などの基本的な介護行為は，候補者にとって理解しやすい内容のようである[37]。

---

34) 国際厚生事業団，「介護導入研修テキスト第3版」(2010年9月)。
35) 前掲注34)。
36) 2010年8月，国際厚生事業団支援事業部から入試した情報に基づく(前掲注10)。
37) 前掲注36)。

表5　「介護導入研修」カリキュラム

大項目	中項目	時間数(講義・演習)	授業形態	教授体制	実施場所
介護概論	・介護とは ・介護の基本原則 （介護の倫理含む） ・業務遂行の基本的態度 ・介護福祉士の健康管理	5.0(5.0, 0)	講義	講師1名	日本語研修機関
基本的介護技術		36.0(18.0, 18.0)	講義	（講義）	日本語研修機関
	・コミュニケーション技術	6.0（3.0, 3.0）	演習	講師1名	
	・移動の介助	6.0（3.0, 3.0）			
	・排泄の介護	6.0（3.0, 3.0）		（演習）	
	・衣服の着脱の介護	6.0（3.0, 3.0）		講師数名	
	・食事の介護	6.0（3.0, 3.0）			
	・入浴，身体の清潔の介護	1.0（3.0, 3.0）			
国家試験のオリエンテーション	・介護福祉士国家試験の概要 ・施設研修の概要	1.0(1.0, 0)	講義	講師1名	日本語研修機関
合計（時間）		42.0（24.0, 18.0）			

出所：社団法人国際厚生事業団，「介護導入研修テキスト第3版」(2010年9月)を，筆者が若干修正のうえ作成。

6.5　おわりに

EPAに基づく候補者の受け入れから3年を経て，受け入れ状況が明らかになってきた。今回の事業では，母国で「看護の教育を受けた候補者」が多数来日している。母国の看護教育は，インドネシアの場合，病院での看護の展開だけでなく，地域医療や公衆衛生分野のリーダー的人材の育成を目指すものである。またフィリピンでは，質の高い看護の提供を重視した，海外でも活躍できる実践力や即戦力を重視した教育に重点がおかれている。このように，両国とも国際的な看護の舞台でも活躍できる人材が多数来日していることが確認できる。

一方，「介護士認定研修を受けた候補者」については，具体的な教育内容はインドネシアとフィリピンで相違がみられるものの，両国ともわが国をはじめとする海外での介護ニーズを把握した研修が行われているという点では一致している。インドネシアでは，診療介助やソーシャルワーク論を含む，わが国の介護福祉士養成課程に準ずる研修が，十分な時間数をかけて行われる。またフィリピンでは，高齢者以外の乳幼児

や障害者も対象とする幅広い分野の研修が行われている。さらに候補者は，母国で受けた看護や介護の教育に加え，入国後にわが国の介護現場の特徴を踏まえた「介護導入研修」を受けることが義務づけられる。

今回の事業では，すでに母国で看護の教育を受けた者が多数来日している。しかも彼らは，国際的な看護の舞台でも活躍できる教育を受けている。外国人労働者は，わが国の介護現場での医療行為をはじめ，多様な介護ニーズに対応できる能力を備えた人材であることが確認できる。とりわけ，看護の教育を受けた者は，医療(看護)と介護の両方を担う人材として十分に期待できることがわかった。

わが国の介護分野では人材不足感が強い。そのうえ，重度の要介護者が増加することで，今後も介護現場の医療ニーズは高まることが予想される。急増する医療ニーズに対応する人材をどのように確保するかは，わが国の介護分野で早急に取り組むべき課題のひとつとなっている。これまでみてきたように，看護の教育を受けた者を中心に，外国人労働者は，医療行為にも対応できる専門職として期待できることがわかった。わが国の介護現場では，こうした外国人労働者の能力を正しく評価して，彼らの能力を最大限に発揮できるよう，受け入れ体制を整備することが求められる。

候補者は介護福祉士という専門的な資格労働者を目指して来日している。しかし，介護福祉士は国家資格であるにもかかわらず，介護福祉士にしか行うことの認められない行為・業務は存在しない。わが国の介護分野では，介護福祉士の資格がなくても施設や在宅で介護サービス業務に従事することができる。強いて言えば介護福祉士とホームヘルパーや資格を持たない者との間の役割や業務の区分が不明確な状況にある。

また昨今では，介護福祉士を中心とする介護職に，医療行為の一部を認める方針が示されるなど，介護職と看護職の役割分担も曖昧になっている。これらの介護労働市場の事情は，医師や看護師と同様の国家資格である介護福祉士の資格取得を目指す候補者にとって理解に苦しむ点であるといえよう。外国人労働者に能力を最大限に発揮してもらい，戦力となって活躍してもらうためには，介護福祉士が医師や看護師のように専門職であるという認識を定着させ，介護福祉士の社会的な地位を確立するなどの，日本の介護労働市場を整備することこそが最優先課題なのではないか。

なお，候補者に医療行為を担うことも期待するのであれば，その受け入れを「看護の教育を受けた者」に限定するなどの検討も必要になるであろう。その場合，外国人労働者の受け入れの枠組みや候補者の要件を検討することも課題になる。

インドネシア，フィリピンにくわえ，ベトナムからも 2014 年に第 1 陣の介護福祉士候補者が来日することが決定した。さらに，タイやインドからも介護福祉士を目指す候補者受け入れの圧力が強まっている。インドネシア，フィリピンの今回の事業の成否が，今後の外国人労働者の受け入れに大きな影響を与えることは言うまでもない。

これまでみてきたように，今回の事業では，母国での基礎学力の高い看護・介護のケア専門職を受け入れ要件とすることで，国内労働市場への影響を少なくする一方，候補者や送り出し国側では，国家試験の合格率の低さが切実な問題となっている。日本の介護の将来をどうしていくのか，あるいは，外国人労働者の受け入れをどのようにするのかという大きな課題に直面するわが国では，受け入れ制度の問題とともに，わが国の介護労働市場の整備に早急に着手することが求められる。

第６章の参考文献

川口貞親(2009)「日本，フィリピン，インドネシアの看護教育カリキュラムの比較」『九州大学アジア総合政策センター【紀要】』第３号，pp.91-104.

ケリ・イメルダ(2010)「フィリピンの介護教育の推進のために：日本とフィリピンの介護に関わる法的な違い」『社会医学研究』p.98.

厚生労働省(2007)『世界の厚生労働』p.275，286.

前野有佳里(2008)「日本へのフィリピン人看護師派遣の現実的な可能性　マニラにおける看護大学のヒアリングから」『看護教育』Vol.49 №9，pp.834-840.

安里和晃(2005)「アジア NIEs における外国人労働者の概要－家事・介護労働者を中心に－」『世界の労働』55(10)，pp.16-22.

Nursig in The World Editional Committee，The International Nursing Foundation of Japan(2008)，*Fifth Edition Nursing in The World The Facts，Needs And Prospects*，Medical Friend co.,ltd；61-67，126-132.

Nursig in The World Editional Committee，The International Nursing Foundation of Japan(2000)，*Fourth Edition Nursing in The World The Facts，Needs And Prospects*，Medical Friend co.,ltd；40-46，110-115.

終章

本論文は，介護人材の確保・定着を促すための対策を，実証的及び理論的手法を用いて総合的な観点から検討してきた。以下，今後の検討課題を示しておく。

介護現場の人手不足は，今のところいっこうに改善する兆しが感じられないのは，筆者だけであろうか。介護保険制度の導入から 10 年余りを経て，その定着ぶりが認められるなか，介護保険制度はすでに国民が安心して生活を送るうえで，欠くことのできない要素となっている。だが，介護保険制度に対するニーズが拡大しても，それを支える人材が確保できなければ，制度を維持することは困難になる。その意味で，介護人材確保をめぐる問題は，まさに国民生活に直結する重要な課題であるといっても過言ではない。

こうした点を認識し，急激な高齢社会に直面する日本では，介護職員の処遇を改善し，介護の仕事の魅力を高めるために，本研究で明らかになった課題への有効策を早急に講じるとともに，さらに幅広い観点から整合的かつ実効性の高い対策を検討することが課題になる。なお，本研究で取り上げなかった居宅介護分野の介護労働市場について検討を進めることは，今後の課題である。また，わが国同様，介護人材不足に悩むドイツの介護労働市場の現状と課題について，さらに詳細に追跡することも今後の課題である。国民生活に直結する介護保障制度の持続可能性を高めるために，国民全体で介護労働市場の未来を拓くことが，今まさに求められているのである。

謝　辞

本論文を結ぶにあたり，本研究を進める中でご指導，ご協力をいただいた皆様に深く感謝いたします。

指導教官の藤岡秀英先生には，本論文の詳細にわたって数多くのご助言をいただいた。先生のご指導がなければ，社会人である拙者が本研究を成し遂げることは不可能であったに違いない。とりわけ，拙者が神戸大学大学院経済学研究科へ編入するにあたり，まずは，受け入れていただいたことに深く感謝している。そして，その後も社会人学生であることに格別の配慮をいただき，研究環境を整えていただくとともに，長きにわたってご指導を賜り，今日まで導いていただいたことに心よりお礼を申し上げます。

また，2章を執筆するにあたり，神戸大学大学院経済学研究科，羽森茂之先生には，詳細なご指導をいただいた。羽森先生のご指導がなければ，本論文を結ぶにはいたらなかった。ここに，心より感謝申し上げます。

神戸大学大学院経済学研究科編入後の2年間は，神戸大学大学院経済学研究科名誉教授足立正樹先生にも暖かいご指導をいただいた。厚くお礼を申し上げます。

最後に，本論文を執筆するにあたりご協力をいただいた方々，支えていただいているすべての皆様への深い感謝の気持ちが湧き起こっている。