

福祉ヘルパーの労働と教育研修

—介護福祉士をめぐる—

木 下 安 子 (白梅女子短期大学)

*これは、協同総研第7回「福祉・医療と協同」研究会(2月21日)における木下先生の報告を、編集部で録音テープをもとに要約したものです。報告全体の詳細は『仕事の発見』誌22号に掲載する予定です。(塚本一郎)

はじめに

福祉ヘルパーあるいは介護ということが非常に言い出されてきたわけですが、人のお世話をすることの大切さが日本ではあまり高く評価されないんですね。殊に介護というものは家庭です仕事、つまり主婦の延長線なんで誰でもできるというふうに思われているけれど果たしてそうなんだろうか。

1. 介護福祉士の誕生とその背景

ヘルプ事業というものが社会福祉のなかで、こんなにやかましくなったのは本当に1980年代になってからです。殊に87年に突如、「介護福祉士」というのが生まれたわけですが、それが「社会福祉士及び介護福祉士法」です。その1章の総則に「定義」というのがありますが、「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ものにつき入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、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」、つまり介護していらっしゃる方に教えるような役割もあるというようなものができあがりました。

介護需要の増大、介護の専門性、医療の変質

ただ、これがなぜ、こんなに急に出てきたかということも見ておかなければいけないと思いま

す。一つは介護需要が求められているということ、つまり家庭ではもう賄いきれないという背景があります。それから、やはり、専門的な介護サービスであるということ、それにはきちんとした勉強の必要性があるということです。そして、もう一つ大きかったのは、こういう仕事を国は民間でさせたいという気持ちが非常に強かったと思います。つまり、医療費が年々、1兆円ずつ増えていく。この調子で増えていかれてはかなわないというのがありまして、なんとか、それを抑制しようということいろいろやるわけです。例えば、健康保険で私たちは1割取られてますけれども、そういうことで受診を抑制しよう。しかし、それだけでは、老人の受診率は低くならない。それで85年になりますと、年寄りではできるだけ在宅福祉でいこうじゃないかという方向がはっきりしてきます。一番はっきりした医療についての方向を定めたのが、だいたい87年頃です。国民医療総合対策本部の中間報告で、これからの医療は在宅でしましょうということを出します。2年後の高齢者保健福祉推進10カ年戦略(ゴールドプラン)がまさに10カ年の国の老人問題についての方向を定める大きなものになっています。国は医療費の抑制という非常に大きな課題を抱えつつ、老人の介護問題を作っていったということだと思います。

福祉の変質

社会福祉の面でもこのころからはっきりしてきたのは、自助自立、受益者負担ということをや非常に言うようになります。それから、福祉問題は主婦層がボランティアとして参加すべきだというようなことも言い出しました。この辺から福祉というものが少しずつ変質していくわけですが、殊に一番大きいのは自助自立、受益者負担ということから出てくる問題として当然公営から民営へとい

うことです。そのような前提で、介護福祉士が生まれたわけですが、それはどういうことなんだらうということをお話しします。

2. 養成の概要

介護福祉士の活動の場としては、老人ホームの寮母さんという職種、それから障害者の施設があります。もう一つはホームヘルパーですが、これは地域にいて活動をしていらっしゃる。多くは福祉事務所に所属する、あるいは社会福祉協議会にいます。また、国は最近、在宅介護支援センターというものを打ち出しまして、これをたくさんつくってヘルパーさんのたまり場をこしらえ、そこから支援をしましょうということになっています。今どこにつくられているかというところは多くは特別養護老人ホームです。そして、そこから出ていく。つまり、老人ホームは殆ど民営ですから市がやっているとしても市設民営、市がつくって民間に運営を任すというかたちですので、民間で殆どこれがつくられていくということで、だんだんと行政の手を離れつつある状況です。

この人たちが何をするかというと、殊に地域福祉の中心を担うということだと思います。高齢者、あるいは難病、あるいは障害者というような在宅にいらっしゃる方のところへ行ってお手伝いをするということです。その人たちをお手伝いする人たちとして介護福祉士があるんです。介護福祉士の資格要件には3つくらい系列がありまして、一つは、高校を卒業して2年間で、それは短大でもいいし、専門学校でもいいです。それから、社会福祉、あるいは保母の勉強をした人はさらに1年勉強する、つまり3年勉強すると資格がとれます。また、実務をした人は、3年実務をしますと試験が受けられるというかたちです。

少し養成教育の具体的な内容にふれたいと思います。私自身が教師をしております白梅学園短期大学では、専門科目といわゆる基礎科目にわけられるわけですが、基礎科目というのは、私たちの場合は保母さんの勉強をしてきた人ですので、人間論というような非常に哲学的な講義があるくらい

で、1年ですから専門科目の比率が圧倒的に多くなっています。2年コースですと、やはりもうちょっと専門科目が追加されます。専門科目は老人や障害者の心の問題、福祉の問題、そして家政的なもので食べること、着ることやその環境整備の問題、住の問題等ですが、これには実習も入ります。それから、メインの学科は介護概論、介護技術、介護実習ということで、大変これはきつい部分になります。

そして、各々、実習があります。実習は私のところでは45日間、特別養護老人ホームや、救護施設や障害者施設で実習をすませます。たまに休んだりするとちゃんと日曜日に出て埋め合わせしないと卒業させない。45日は国の規定で1日たりともまげられないというところがあります。ですから45日間が終了するとこっちが本当によかったと思うんです。それから社会福祉関係の多少選択的な勉強があります。以上のような組み方になっています。

それでは、これから介護福祉士が世の中に出てきてどういうことが変わっていくのか、あるいはどのような課題があるのかについてお話しします。

3. 専門職として育っていくために

保健・医療・福祉の連携

一つはやはりこの人たちが本当に専門職に育ってほしいと願っています。ただ、どういうふうに育つのかということですが、やはり、彼女たち、彼らの働く条件を十分整理しないと、そういう人たちをつくっても十分いかせないんじゃないかという気がしています。例えば、地域でホームヘルパーさんだけがいてもこれは動きません。地域のお医者さまも協力する。保健婦さんも協力するというふうに、やはり保健や医療や福祉がしっかりチームを組んで、そのチームの一員として位置づけてくださらなければ困る。今はそれがありません、殊に、地域では。もうちょっと医療や保健の方から支える体制にならないと寮母さんにしても、ヘルパーさんにしても苦勞が多いですね。

この間も高齢者福祉推進協議会というところ

で、話をさせていただいたんですが、その時、「これだけすごい勉強をするんですか。それじゃ点滴した針ぐらひは抜いていただけますね」という話が真っ先に出たんですね。つまり医療が十分受けられていないから、医療の代替えをしてくれるんじゃないかという期待を持っていらっしゃるということなんです。でも、それはおかしいので、この介護福祉士がもし変わるとしたら、福祉の分野のことで医療のことはあまり勉強していませんから、医療の質を下げることになります。私はそういうふうには働かせたくない。やはり、保健や医療は福祉と連動して仕事をしなければいけないと思っております。

住民主権と自治

それからやはりこういう問題は憲法25条を持っている日本の国民であれば、国がそのことに責任を持たなければいけない。もちろん住民が力を出すことは大変いいんですけれども、だからといって、国が責任からズルズルと手を引いていくということではいけないと思います。

反対に、国が強権的に何もかも賄ってお前たちに与えるからというのも間違いで、やはり住民が中心になって住民主権の上に自治的な活動というのが十分発展しなければいけない。ですから主婦層を活用してボランティア活動でというのは、ある意味で非常にプラスの面を持っています。やはり地域の住民が自分たちの町の弱い人をお互いに助け合おうじゃないか。そして、住みやすい町にしよう。私たちがだっていずれ老いていくんだからという考えで、この仕事の中心になるということは非常に大事で、住民が地域で活動を始める、そういうオルガナイザーという役割も、この人たちが果たしていこうというふうに思います。

ですから、あくまでも専門職として技術的には高くなってほしい一面、地域の住民であるという意識、市民意識をしっかりと持っていてほしいなと思っております。

自由・自立・自治

今後の問題としてこの人たちを育てていく条件として、やはり自立した職種として育てたい。例

えば、看護婦さんのお手伝いとか、ケースワーカーの下働きということではなく自立した仕事で、そして自由度といいますか、自分の職業に就いて自分で決定するというようなことが大事だと思います。

例えば、今、在宅ケア研究会というヘルパーさんの勉強会をもっているんですが、そこで問題になりますのは、例えば派遣世帯を誰が決定するかということです。お家の方の自己申告制ですから、役所から調査に行つて来てほしいですねと言われると調査が行われます。調査はだいたいケースワーカーです。ケースワーカーが決めた人のところへ行く。そうすると案外行かなくてもいいところに行ったり、それから必要があるのに、非常に回数が少なかったりということが起こります。それで、あちこちの福祉事務所で始めているのは、第1回の調査訪問はヘルパー自身がやったほうが適切な判断ができるということで、それも1人じゃなくて2人がいいということをやっていますね。やはり、自立性ということと、自分で決める自由というようなものが専門職には大事です。

それから研究会などもヘルパーさん自身が講師を決めて交渉をして、月に1回役所に認めさせて勉強会をやるとか、そういう自治といいますような動きも始まっています。やはり自由、自立、自治というものは専門職の最低条件だと思います。

学習・教育権の保障

そして、学習をする、あるいは教育権というのでしょうか、勉強を続けていくということが、仕事の中身としてなければいけない。ヘルパーも自分の仕事を向上させていくための研究・教育の保障ということが大事だと思います。

例えば、週に午前、午後5日働くとすれば10コマあるわけですよ。10コマ全部働くのではなくて9コマくらいにして1コマくらいは、そういう研修、研究に当てるぐらいのものがほしいと思っています。

他の職種への理解を

また、ぜひ他の職種を理解するだけの広さがほしいと思います。殊に地域で働く場合もそうです

し、寮母職でも、栄養士の方や食事をつくる方の苦勞だとかケースワーカーの役割だとか、そういうものが見えると随分違います。

私が学生を実習に出しているある施設では、お食事をつくる場所にまずやったださるんです。お年寄りが食べられるように3ミリに細かく刻む苦勞というような経験をさして下さる。そうすると、お年寄りに食べさせる時にも違ってくると言っています。そんな実習を組んだりする意図も、広い視野でものを見てもらいたいということだと思いますね。

4. 量の確保

それから数の問題があるわけですが、日本の場合は圧倒的に数が足りない。例えば、老人ホームについては、日本は人口10万に対してわずか175です。ですから人口10万の都市があったならば老人ホームが2カ所くらいあるという割合になります。スウェーデンなどは在宅福祉が活発で施設はないんだと日本の方はおっしゃるのですが、それはうそで、日本の7倍以上の老人ホームがあります。つまり、日本は確かに病院にはベッドはあるので、お年寄りがそこに入っている。老人ホームで面倒をみられるべき人も、老人ホームがなく他に行き場がないので病院にいます。

ゴールドプランでは平成11年度までの目標を国がたてたわけですが、ホームヘルパーを3万人から10万人に増やすとなっている。10万人が非常に多いように見えるんですが、スウェーデン、デンマークから比べますとこれは、はるかに低い数字です。しかし、実は主婦を使うと3人で1人前という計算も成り立つわけで、10万人増えたからサービスが10万人になるとは限らないということがあります。

在宅介護・看護の支援体制の整備

それから、在宅介護支援センターというものができます。家庭を支援するために相談をしたり、介護職員が行ってお手伝いをしたりということでもたくさんつくる。市町村の窓口を通さなくてもここに行けばいいということで、今後は福祉事務所

不在というかたちでこういうものが進むようになります。在宅介護指導員（保健婦・看護婦等）、介護相談協力員（地域のボランティア）です。ですから、専門職というよりは地域のマンパワーを期待してつくっていかうということが大きな特徴です。これは在宅介護についての相談・指導・要介護老人の実態把握、各種の保健福祉サービスの調整・広報、介護機器の展示という非常に多目的の機能を持っています。ソーシャルワーカーと介護指導にあたる看護婦がいて、24時間対応、これが大変なんです。1人や2人の職員では24時間対応ができませんから、結局は特別養護老人ホーム等に付設をしなければできない。他の職員の応援を得なければできません。設置主体は一応市町村にしていますが、その委託を受けた社会福祉法人でも医療法人、つまり病院でも置けます。実際には特養、老人保健施設、それから病院等に併設をしていきます。ここには国が運営費補助を約1000万円出します。もちろん、この1000万のうちわけは都道府県、市町村の負担というふうに割合が決まっています。

それから訪問看護ステーション、これは寝たきりのお年寄りに保健婦や看護婦が行ってお世話をするというもので、地区の医師会、看護協会、市町村、医療法人等が都道府県知事の指定を受けるとできます。

マンパワー確保対策と問題点

そうなってくると、非常に福祉のマンパワーが医療も保健も含めて足りないだろうということで、去年の10月2日に大変画期的なことがございました。「医療・保健・福祉マンパワーの確保に関する件」ということが衆議院の法制委員会で自民党から共産党まで、各党派、すべての政党が全員一致で賛成をして決議が行われました。つまり医療や保健や福祉のマンパワーが国レベルで大変なことになっているということでもあります。21世紀の超高齢化社会というのは60歳や70歳は高齢のうちに入らないんですね。きんさん、ぎんさんレベルがああいうふうにピンチン生きてくれないという時代ですね。

しかし、若年労働者の確保は一層困難になる。そこで低賃金、長時間労働というような勤務条件の改善の問題を解決しないとマンパワーの確保も難しいということを強調しているわけです。同時に研修というものを非常に重視しているということも特徴です。それで平成4年度つまりこの4月からマンパワーに対する予算関係が出ているんですけど、ここでの基本方針は決議にもありますように、勤務条件の改善等が入っています。

しかし、実際には週休2日制の導入も人は増やさないでやるということで、多分、住民の方、患者さんがしわ寄せを受けるということ、つまり、仕事の質が落ちざるをえないと思います。私が学生の頃には、患者さんにはだいたい1日、4回くらい検温してその度にどうですかというぐあいにやっていたのですが、だんだん2回、1回のナースコールで「はい、検温器を入れて」というふうになってきています。自己申告制になるんですね。そうすると気の弱い人は看護婦さんにもものが言えない。このような内部的な省力化というのはどんどん進んでいます。そういうところをみないとマンパワー対策がとてもいいなというふうには言えません。

おわりに

最後に今後、こういう問題を私たちが考える場合にどの辺が一番大事かということです。

私は何にもまして、いかに日本が貧しい状態にあるかということだと思います。提供する人はもちろん知っていますが、受け手が知らないということが問題です。ですから住民の怒りにならない。今、国の方は医療法というのをを出してきて、ベッドを減らす、職員を減らすということを一方でやっているんです。そういうものが、おかしいんじゃないかという国民の反対を受けていないのですね。

ところが、イギリスは、サッチャーさんになった時、ヘルパーさんはそんなにいない、訪問看護婦さんはいないとやろうとしたら、ものすごいサッチャー攻撃があったんです。国民医療法と

いう法律があるんですけど、鉄のサッチャーさんでも手がつけれない程、住民がそれを守っちゃう。その辺が日本とヨーロッパとの違いだと思います。

カルンボーン市の場合

よく、デンマークやスウェーデンはホームヘルパーさんが多い、訪問看護婦さんが多いと言われますが、どのくらい多いのか。

「安心して老いるために」という岩波の映画に池田町というのが出てきます。岐阜県の人口2万の町ですがヘルパーさんが4、5人でしょうか。でも、デンマークのカルンボーンの場合は110人です。カルンボーンの福祉部長さんにお会いしたときに多いですねと言ったら、「私が1954年にカルンボーンに就職したときは10人でしたよ。今、これだけに増えました」、つまり、増やしましたという意味なんですね。どうやって増やしたのかと聞きましたら、「世論です。市民の声です」と答えるんです。

夜に老人ホームに市民が集まって、ヘルパーがほしいとか、老人ホームがもっとほしいとか議論する。そういうのを市の職員がしっかり聞いて、それを市の政策課題にしていく。市議会にかけるわけですね。そういう声を吸い上げて増やしていたそうなんです。

住民の要求を世論に

だから、デンマークやスウェーデンも、そういう努力の結果、今があるというふうに思います。

ということであれば、日本でもやればよいというふうになるわけですが、このカルンボーンの実験は数の問題ばかりではなくて、要求を世論に形成し住民要求でつくっていったというところに価値があるんだと思います。ヘルパーさんでも看護婦さんでも、お医者さんでも黙って自分の仕事をやっていけばいいのではなくて、自分たちの仕事の実態を住民と一緒に考える、どうあったらいいかということ提起して住民の世論にしていく。そのところが大切な点です。

協同総合研究所としても、この点を一番考えなければいけないところだと思っています。