

# 海外 世界のケアワーカー：5ヶ国調査

## 論文 &

## 問題と方策 (前)

## レポート

Sophie Korczyk

訳 岡安喜三郎(協同総研専務理事)

この調査はアメリカのAARP(旧称全米退職者協会)のAARP公共政策研究所がおこなったもので、デンマーク、フランス、オランダ、カナダ、オーストラリア5カ国のケアワーカーをめぐる状況を考察したものである。AARPでは以下のように、このレポートを紹介している。

「この調査で分かったことは、介護関連の労働者は、アメリカを含めたこれらの国々で多くの同じような特徴を共有していることであった。たとえば、圧倒的多数のケアワーカーは女性であり、45歳以上である。5カ国すべての国では、給与、時間、研修、またサービス提供におけるケアワーカーの役割等に関する問題に直面している。適切な給与は労働能力を向上させる出発点であるが、本調査は、他の要素も重要であることを示唆している。

- \* 多くのケアワーカーは、補償されない時間(たとえばケアプランニングとか利用者間移動)に就労している。これがこの人たちの時間当たり実所得を減少させている。
- \* ケアワーカーの多くが欲しているのは、パートタイムや不規則な時間の仕事ではなく、妥当な賃金や様々な保障のあるフルタイムの仕事である。
- \* ケアワーカーの研修、とりわけ在宅ケアを提供する人たちの研修は、特別の施設ではなく地域で生きるために複雑なニーズを持った多くの人たちに対応する医療先遣隊としてますます重要になってきている。研修はまた、仕事のステップアップのために必要である。このことが労働者をケアの職に引き留めておくことになる。
- \* ケアワーカーの最先端の役割は、サービス提供場面において認知される必要がある。よりよい給与が支払われ、よりよく訓練された労働力はよりよいケアを提供するであろう。これが労働力政策の究極の目標であるべきである。」

以下、2号にわたって紹介していきたい。

はじめに

方法論

- 調査対象の労働者
- 調査する国の選択
- 情報源
- データの比較可能性
- このレポートに含まれない問題

背景

- 人口構造
- 介護のニーズ、予測、ケアシステム
- 調査対象国における介護労働力

国別描写

デンマーク

(以上、本号収録。以下次号)

フランス

オランダ

カナダ

オーストラリア

結論

参照

表(本号収録)

.....

はじめに

アメリカでは、準専門職の介護労働者たちは、様々な資料によって裏付けされている諸問題に晒されている。それは、労働移動率(労働回転率)が高い、賃金が低い、研修は必ずしも適正でなく一貫性がない、労働環境を見れば、多くは孤立的であり、困難性を伴い、報われないなどの問題がある(Stone and Wiener 2001)。多くの従事者はパートタイムで働いている。パートタイムの労働者は同じ仕事をしていても、一般にフルタイムの労働者より時間当たり収入が低く、企業年金や医療保障が十分ではない。加えて、仕事には危険が伴う。たとえば、利用者の家でケアを行うケアワーカーは、必要な器具も補助員も使わず利用者を移動させようとしたときに労働関連傷害の恐れがより高い。

予測によればこの分野の労働力は、今後十年間に成長する重要な仕事として位置づ

けられる。アメリカ労働統計局(BLS)は、2002年から2012年までの間に最も急速に成長する20の職業のうちの2つ、そして成長する最も大きな就労を抱えている20の職業の内の3つは、施設や在宅の介護サービス支援提供に関連していると報告している。<sup>(1)</sup>

- 在宅医療扶助(home health aides)は高齢者や快復期患者、もしくは障害者が、長期介護施設や他の施設ではなく、在宅生活を支援する医療関連サービスを提供する。在宅医療扶助の必要性は、2002年から2012年までの間に48パーセントの増加が見込まれる。
- 個人・在宅ケア扶助(personal and home care aides)は、地域で生活する障害者を支援する際の手段になる、家事およびルーチン化された個人ケアサービスを提供する。個人・在宅ケア扶助の必要性は、2002年から2012年までの間

に40パーセントの増加が見込まれる。

- 上記在宅医療扶助と個人・在宅ケア扶助に加えて、看護助手、掃除係、付添人（約半数がナーシングホームで採用されている）は、今後十年間を通して最も仕事数が増えると見込まれるトップ20の職業に入る。

全体として、この3つ職種で2012年までに合わせて、90万人近くの増員を必要としている（表1参照）。

ただし、労働統計局（BLS）は、労働者の必要数、就職口数を予測しているだけである。実際の採用数は、正味の増員および年毎の退職者の埋め合わせを加えたものが必要である（Horrihan 2004）。これは労働者の供給数すなわち、これらの仕事の就労が実際に発生する労働者数を予測したものではない。したがって、特定の職種に不足が起きるかもしれない。このような不足は、欠員の口を埋めるための賃金アップ、経済一般の成長を超える賃金上昇、もしくは労働形態を契約社員、移民、海外労働者の採用に変えるなどの使用者による様々な活動的な調整にも拘わらず、欠員の恒常化という結末になるとも言える。

アメリカの介護労働力の運営強化のための方策は、詳しくは他のレポートで探求されている（たとえば、Stone Wiener 2001 参照）。このレポートは外国を見ている。人口統計的には、アメリカ合衆国は発達した国々の中では若い方に入る。多くの国では高齢化の過程がさらに進んでいる（Angley and Newman 2002）。

加えて、多くの発達した国々は、自らの医療・介護システムをアメリカとは違った形で作り上げている。アメリカはこのような国々、すなわち特有の課題に直面し、これらに対応するために、一定の制度や政策を作り上げてきた国々から学ぶことができる。本レポートは、5ヶ国（デンマーク、フランス、オランダ、カナダ、オーストラリア）における介護労働力開発を概観する。このレポートは、全体を眺望した政策方針と、小さな、コストをかけない、現場の事業変更という2つを、各国の医療・福祉サービスシステムの状況に応じて整理し記述している。このレポートの記述範囲には、あらかじめその国のシステムの包括的概要を除外してある。本レポートの意図は、各国のシステムの重点的特徴を一瞥するとともに、アメリカ合衆国のための有益な教訓を提案することにある。本レポートの第一の焦点は在宅ケアに関してである。というのは、これがほとんどの発達した国の介護政策の主要な焦点だからである。

Doty(1990)は以下のような決め込みに対して警告を発している。すなわち、介護のための資産テストやコストの分かち合いは平凡でありふれたことであると指摘することによって、他の国々は自らの介護問題を解決したと決め込むこと、また、多くの国ではちょうどアメリカのように介護システムがバラバラになってしまったと決め込むこと、そして他の国は、必ずしも高齢者の施設収容を防止するという良い仕事をしていないと決め込むこと、等々にたいして警告を発している。多くの労働力問題—低い地位、困難な労働環境、限られたキャリアパス（職種・職位の路）—は、ほとんどの発達した

国々に共通している。このレポートは、何が各国に些細な相違をもたらすのか、またこれらの相違がケアワークの中核政策や人材問題の解決に際してどんなに重大なのかに焦点を合わせたい。

本レポートは方法論の討議から入る。続いて、アメリカと5ヶ国の人口状態、各国の介護システムの比較に向かう。最後に、各国におけるケア労働力に関する現在の論点を検討する。それはヨーロッパ3ヶ国から始まり、カナダとオーストラリアで締めくくる。

## 方法論

### 調査対象の労働者

本レポートは最前線の労働者に焦点を当てる。これら労働者には、看護助手、個人ケア労働者、個人アシスタント、そしてアメリカ合衆国および調査対象5ヶ国において理解される他の似た種類の職業等が含まれる。これらの労働者は利用者と接触を頻繁に、通常毎日、持っている人たちである。データが十分に成分に分けられない場合を除いて、本レポートは、看護師、医師、中間管理職やソーシャルワーカーを対象から外している。たとえこれらの専門家が介護の提供において最前線の役割を果たしているとしても、この人達が直面している課題は、直接に日常ベースでサービスを提供する労働者が直面している課題とは異なっている (van Ewijk, Hens, and Lammersen 2002a)。

調査対象諸国の一般慣行を反映して、こ

の労働者たちは「ケアワーカー」と呼ばれる。この術語は多くの場合、全世代の範囲の利用者・患者向けの支援サービス・医療を提供する人たちに適用される。したがって、脈絡やデータの出所によっては、子供・若者向けサービスを提供する労働者と、高齢者や障害者に行う在宅ケア等を提供する労働者とを区別することが常に可能という訳ではない。

### 調査する国の選択

たった5つの調査対象国の選択はいくつかの個人的な判断が必要であった。国を選択する第1のふるい分けは、高齢者・障害者向け介護の問題が、またこのケアを提供する準専門職労働者が、多少とも世間の注目を浴びていることであった。この注目という中には、全国レポート・分析とともに法制度・規制の変更が含まれる。

この国々はまた、相互補完・対照するために選択された。オーストラリアは、アメリカと同様に多民族社会であって英語を話す国との理由で選択された。カナダはアメリカ合衆国の隣国であり、しかも合衆国と同じように介護システムを州・準州レベルで組織しているので選択された。フランスの選択理由は、介護労働力政策を単にサービスの提供というだけではなく、技能の低い失業中の労働者のための雇用機会の提供として、明示的に活用しているからである。デンマークとオランダは、フランスとも、また相互に対照的なので選択された。フランスは、医療サービスと高齢者・障害者向け社会福祉の提供を厳格に区別している。デンマークとオランダでは、二種類のサービスは

しっかり統合されている。デンマークはまた、ケアワーカーの研修に強い配慮をしているので興味深い。

これら5ヶ国の選択は決して、その他の国の発展は政策モデルとして興味もなく考慮に値しないとか、努力の成果が生まれていないとか、また、これらの国だけで、発達した国々で起こる労働力問題、課題、解決というもの全般を代表している、といったことを意味するものではない。加えて言えば、5ヶ国で論議された労働力問題は、経済的、政治的、また制度的な編成のバリエーションによって、それぞれに特徴があると明らかになったとしても、これらの国に特有のものでない。

## 情報源

このレポートで使用する情報は広範囲な情報源から集められた。それらは、政府や特別委員会報告、非政府組織(NGO)による調査、書物・会議発表や雑誌論文、新しい刊行物、政府・非政府機関ウェブサイト、該当国の介護専門家からの個人的な直接の情報等である。

## データの比較可能性

このレポートのための調査の多くは、介護利用やケアの労働力に関して、国をまたがる比較可能なデータを見出す際の困難性に特に言及している。一つの比較困難性は、術語、すなわち何が同種類の従事者なのか、また何が同形態の高齢者や障害者のための生活支援なのか、という術語が国によって異なるという事実から生じる。他の比較困難性は、医療状況、教育・社会保険、職業認

知・規制、政治的経済的制度的国家間の違いから生じる。

## このレポートに含まれない問題

このレポートには、介護に関するいくつかの大きな政策問題は含まれていない。

非公式ケア(インフォーマル・ケア)。このレポートは非公式ケア、すなわち料金を取らず、家族や友人、ボランティアによるケアの話題は大枠で除外してある。このようなケアは高齢の成人に提供されるすべての介護の70から80パーセント以上をしめる、と一般的に認められている。非公式ケアはそれ自体非常に大きな論題であり、徹底的な研究のテーマであった(たとえば、Keefe and Fancy 1998 ; WHO 1999 参照)。

医療。このレポートは医療分野ではなく社会福祉を提供する労働者に範囲を限定している。しかしながらある国は社会福祉と医療の提供を統合しているので、はっきりとした区分記述を難しくしている。この問題は後述の国別討議で吟味する。

研修内容。本レポートで討議するのは、誰(政府、使用者、研修者)が研修費用を負担するのか、どの仕事かどのレベルで一般に公式の研修を必要とするのか、情報はいつ入手できるのか、実務経験は資格取得の研修に置き換えられるのか否かである。レポートには、研修内容、もしくは施設と在宅ケアの労働者研修の違いは含まれない。非公式ケアの話題と同じように、これも別途取り扱う価値のある非常に大きな課題である。<sup>(2)</sup>



第一線のケアワーカーの供給。労働統計局（BLS）は障害者にサービスを提供する直接のケアワーカーのアメリカにおける必要数を予測しているが、BLSもこのレポートもその労働者の供給数は予測しない。このような予測は、多くの予測困難な要因、すなわち、雇用選択に影響を与える経済全体、出生率のような人口統計要因、そして、移民政策、医療・社会福祉システムの財源、福祉や失業手当、ケアワーク領域の職業訓練等の様々な問題に関する政治決断、等々の要因に依存するものであろう。

移民の役割。移民者は多くの国のケア労働力にとって重要である。しかしながら、移民政策はこのレポートの範囲外であり、ケアワーカーの供給を増やすための移民政策の変更という方策は討議しない。<sup>3)</sup>むしろ、本レポートは、これから働く人に選択を躊躇させるようなケアワークの構造を問題にし、ケアワークという職業をその国で生まれ育った労働者および移民労働者双方にとってより魅力的になる労働力政策の強化に焦点を合わせる。

ケアワーカーの数。本レポートはそれぞれの国のケアワーカー数の細かい議論はしない。調査対象の5ヶ国は人口に大きなばらつきがあるので、ケア労働力の規模を議論するには、それぞれの国の必要水準だけではなく、一方の国では介護の資格を万人共通なものとし他方では資産テストをするという、政治的、企画哲学的な相違をも考慮しなければならない。

アメリカ合衆国との比較。このレポートの目的は、合衆国政策のために介護の直接労働力に関する教訓を記述することにある。

しかし、空間と時間が限られているため、アメリカ合衆国のシステムと政策と調査対象国との直接の比較は除外する。

他のシステム要素。本レポートは労働力の状態や政策の記述に焦点を合わせるが、これらの状態や政策の発展に影響を及ぼす要因を詳細に探求することはしない。そのような要因には、労働力の全国および地方の政策、政府機構および政府レベルの責任部局、医療・介護の民間および公的セクターの役割、そして、医療・介護財源が含まれる。

## 背景

アメリカ合衆国と調査対象5ヶ国は、人口構成の概観、現在と近未来の介護のニーズ、介護システムの構造が、それぞれの国で異なっている。対照的に、ケア労働力は驚くべき類似点を提示している。

## 人口構造

一国の介護ニーズを理解する一つの重要な方法は、人口構成の概観を通じてである。一国の高齢者人口が相対的に多くなればなるほど、介護ニーズは一般的に大きくなっていくであろう。

アメリカ、オーストラリア、カナダは、このレポートでは若い方の国である。一方、ヨーロッパの3ヶ国はより高齢である。若い方の国では2001年 - 2002年、人口の13パーセント未満が65歳以上である。オランダやデンマーク、フランスでは、65歳以上の割合は、各々13.6、14.8、16.2パーセントである。

## 介護のニーズ、予測、ケアシステム

**ニーズ。**介護の国中の必要性を比較する有用な方法は、「世界疾病負担」(GBD: the Global Burden of Disease) 予測<sup>(4)</sup>および国際連合人口予測を基礎とする障害予測考察によるものである。<sup>(5)</sup>これらの予測は、日常生活動作(ADL: Activities of Daily Living)の援助(医療ニーズは含まれない)を、少なくとも一日一回必要とする人たちの数を見込むために用いられてきたし、2050年に向けたこの人数を予測している(Harwood and Sayer 2002)。<sup>(6)</sup>日常ケアのニーズは施設設置でも、地域・在宅でも対応できる。

予測。2000年 - 2050年の期間を通して、一日一回以上のケアを必要とする人口のパーセンテージによって計測すると、アメリカと調査5ヶ国の介護のニーズは、2000年 - 2030年の間に急激に上昇する(表3)。2030年以降は、この人口の増加は6ヶ国すべてにおいて水平飛行に移行する。

GBD(「世界疾病負担」)予測に基づく予測の優位性は、基調をなす組み立て方式がそれぞれの国にとって標準となり、かくしてデータが一様に解釈できることにある。しかし、介護のニーズの予測は、定義と仮定によって異なるものとなる。GBD予測に含まれる健康状態およびこれらの診断に関連するケアの需要は、ケアニーズの予測に影響を及ぼす。異なる状況の含有や異なったケアニーズの結合は、予測を変更させることになる。

同様に、GBD予測は、障害(したがってケアの必要性)の年齢固有のパターンが予測期間中に一定不変のままであると仮定して

いる。この仮定は、科学技術や医療研究、セルフケア等の進歩を考慮に入れないという意味で、過度に悲観的なのかも知れない。もしくは、アメリカの労働年代の成人の障害率の増加を認識している研究者たちによれば、過度に楽観的なのかも知れない。肥満のような問題から来る障害率の増加は、現在の高齢者層に見られる施設収容化の低下が逆戻りになるかも知れない(Lakdawalla, Goldman, and Bhattacharya 2003; Lakdawalla et al. 2003)。この視点は異論も多い。ある観察者予測では、障害率は減少する(Manton 2003)。

介護システム。ほとんどの発達した国は、サービスを必要とする高齢者向けに、グループ施設ケアではなく在宅ケアの強化を意図した全国政策を採用してきた。<sup>(7)</sup>在宅ケアと施設ケアとの国による定義の違いがあるので、サービス利用に関するデータは注意深く解釈されなければならない(Gibson, Gregory, and Pandya 2003)。しかしながら、これらの断り書きに留意すれば、このレポートで考察された6ヶ国の介護システムの一般的な概略について、いくつかの結論を描くことができる。

- フランスを除くすべての国で65歳以上のケアでは、在宅ケアの方が施設ケアよりも多くの個人にサービスしている(表4)。<sup>(8)</sup>在宅ケアを受ける高齢者は、施設で過ごす高齢者よりも50パーセント多いオランダから、ほぼ4倍も多いオーストラリアまでである。
- 施設ケアも在宅ケアもその率は国によって大きく異なる。たとえば、アメ

リカ合衆国の施設ケアの率は、デンマークの半分にも満たない。一方で、フランスの在宅ケアはデンマークの約4分の1である（表4）。

- 施設ケアの率と在宅ケアの率とは必ずしも関連していない。たとえば、オーストラリアは、2番目に低い施設ケアの率であるが、在宅ケアは2番目に高い率である。しかし、デンマークは施設ケアも在宅ケアも6ヶ国中最も高い率である。かくして、政府の政策は施設ケアに代わるものとして在宅ケアを促進しているかも知れないが、多くの要因が、各タイプのケアを受ける高齢者の割合に影響を及ぼしている。これらの要因としては、それぞれの国の介護政策の特有の計画と実行（これらは後述する国別セクションで論議する）そしてそれぞれの国の関連した高齢者医療が含まれる。

### 調査対象国における介護労働力

このセクションでは、調査対象国（アメリカを除く）の介護労働力のいくつかの特徴を概括して提供する。この概括で使用したデータは包括的でもなく、十分に比較できるものでもないが（前述のデータ比較可能性、国別討議参照）いくつかの共通した特徴が出現する。<sup>(9)</sup>

ジェンダー。ケアワーカーは圧倒的に女性であり、国別、雇用種類で、女性のケアワーカーは80パーセントから96パーセント超を数える（チャート1）。<sup>(10)</sup>

年齢。ケアワーカーとそれ以外の労働力と

の間の年齢の相違は劇的なものではない。しかし、ケアワークはいくぶん高齢の労働者を惹きつけている。ヨーロッパ3ヶ国のケアワーカーの3分の1から40パーセント、オーストラリアの半数以上は45歳以上である（チャート1、およびオーストラリア医療福祉研究所2003aに基づく著者の計算による）。これら4ヶ国の全体の労働力に占める45歳以上を比較すると、低いところでオランダの31パーセント、高いところでデンマークとフランスの37パーセントという幅がある（International Labor Organization 2004に基づく著者の計算による）。カナダのケアワーカーの4分の3近くは35歳以上で、比較となる全体の労働力では61パーセントである（International Labor Organization 2004に基づく著者の計算による）。

時間。国のパターンは十分にばらつきがあるが、ケアワークはパートタイム労働が珍しくない。調査対象国のパートタイム・ケアワークは、約3分の1から90パーセントまでの幅がある。フルタイム（専任）は、施設においてより一般的である傾向がある。

パートタイムは、学生、両親や、その他家族責任のある人たちのニーズに適合している。それはまた、継続的ではなく一日の中で間隔を置いた援助を必要とする利用者のニーズに見合っているかも知れない。しかし、パートタイム労働はケアワークの全般的な不可視性の一因となりうる。パートタイマーは、稼ぎが低いので、フルタイマーのように研修に投資することができない。パートタイムの人たちは自分たちの仕事に、もしくはその分野に、フルタイム労働者のように長く留まらないかも知れない。その



人たちは年金保証や病気休暇のような社会保険保護が欠落しているかも知れない。<sup>(11)</sup>

仕事の状態と在職期間。ほとんどのケアワーカーは永続的な労働者である。そして過半数は現在の仕事を1年以上続けている(チャート1)。しかし、1年未満が3分の1に達し、それはデンマークに多い。

労働組合加入。労働組合は賃金や労働環境だけではなく、ケア分野やケアワーカーの研修に関する全国政策にも影響を与えることができる。デンマークを除いて、ほとんどのケアワーカーは労働協約によって直接には保護されない(チャート1)。しかし、労働組合の構成員ではなくとも、団体労働協約の条件の利益を得てもよい。この分野の実際の話は後述する国別描写で取り扱う。

## 国別描写

### デンマーク

6ヶ国のうちデンマークは、サービスの必要な高齢者向けに、施設ケアよりも在宅ケアを推進するという点で、最もすすんでいる。従来型のナースィングホームは、1987年以来一つも建設されていない。デンマーク社会省によれば、ほとんどの高齢者は現在、普通の家に住んでいる( Ministry of Social Affairs 2003 )。ニーズに特別に合わせた家に住んでいるのはほんの少ししかいないし、成人した子供と同居する高齢者もほんの少数である。<sup>(12)</sup>

#### サービス提供

地方自治体の委員会(国の規則によって組織される)は在宅ケア提供の責任を持っている。包括的な規定は保険の権利としてではなく、シチズンシップに基づいている。2003年1月初め、ほとんどの地方委員会は、高齢者がサービス提供者を選ぶのに、地方自治体が事前選定した2から5のサービス提供者の中から自由に選ぶことができるようなシステムを導入することになった。<sup>(13)</sup>

予防的なケア。75歳を超えたあらゆる人は、少なくとも年2回の(自治体職員による)家庭訪問(「予防的家庭訪問」)を受けることになっている。この家庭訪問は、安心・安寧感を生みだし、行政や民間の活動や支援サービスに関して助言や案内をすることを意図した、予防的なケアのサービスである。予防的なケアのもう一つの目的は、高齢者が、自分の内に秘めた力や才をよりよく活用するとともに、その生理的・心理的能力をできる限り長く維持できるよう支援することにある。

サービスの調和。多くの他の国とは異なり、デンマークは、高齢者に提供される医療と福祉はしっかりと融合させている。デンマークとオランダ(後述)は、ソーシャル・ワーカーと看護師と間で起こる専門的役割の軋轢を克服するために、また、ケアマネジメントにより柔軟に接近するために、この方法を採用している(Walker and Maltby 1997)。調和には、ケアの設定全般にわたって作業する学際的なチーム、医療センターを通じて小区域分散されるサービス責任、共通の研修プログラム等が含まれる(Smith 2003)。

高齢者に対する医療と福祉のサービスが

融合されているか分離提供されているかは、福祉ケアに対して金を支払う側の選択（権）に関連する。デンマークやオランダでは、在宅ケアを受ける資格は万人にあり、在宅ケアのコストを分かち合うことは限定されている（Gibson et al. 2003）。フランスでは対照的に、医療と福祉のサービスは分離提供されており、国家は、限定された資産しかない人たちに対してのみセーフティネットを提供する（Christopherson 1997）<sup>(14)</sup>

### 労働環境

デンマークのケアワーカーに対する労働環境は、公共政策の問題としてのケアワークに注がれる注目度を反映する。

労働組合加入。労働組合の組合員はケアワーカー全体の80パーセントと見込まれる（Moss and Cameron 2002）。労働組合の効果は実際に大きなもので、団体労働協約は行政から民間にいたるすべての分野で指針として扱われる（U.S. Department of State 2003a）。

既存の労働組合が幅広い職業を代表するアメリカ合衆国の場合とは異なり、デンマークの労働組合は、主として一つの職業を基礎として組織される。デンマーク公務員労働組合（FOA: Forbundet af Ofentligt Ansatte）は、ケアと医療の準専門職労働者（18万人の構成員の中の10万人を数える）を代表する第一の労働組合である（van Ewijk et al. 2002a）。公共セクターでは、団体交渉は、被用者の労働組合と財務省が主導する行政グループとの間で行われる（U.S. Department of State 2003a）。

労働組合はまた、ケア分野に関連する広範な政策問題に重要な役割を果たしている。たとえば、FOAはケア提供の民間会社の効用論議を積極的にやってきているし、FOAと看護師を代表する労働組合は、ケアワークにおける倫理的諸問題に関する資料を発行した。デンマークの労働組合はまた、研修問題、ケアの質、ケア分野全体としてのイメージ等の討議に携わっている。

時間。基準週労働は37時間である。ケアワーカーの平均労働時間は増加しつつある。1980年には典型的なケアワーカーはフルタイムの60パーセント、週約22時間働いた。1999年には、典型的ケアワーカーはフルタイムの83パーセント、約31時間働いていた（Jensen and Hansen 2002aのデータに基づき計算）<sup>(15)</sup>

研修。選定したヨーロッパ諸国のケアワーカーの最近の調査で分かったことがある。それは、高齢者を相手に働く人たちの必要とされる研修のレベルは、子供や若者を相手に働く人たちのものよりも低い傾向にあるということである（van Ewijk et al. 2002a）。たとえば、子供にサービスを提供するほとんどのケアワーカーは、幼稚園レベルであったとしても、少なくとも高等教育（大学）レベルの資格を持っている。一方、高齢者相手に働く人たちはおそらく、後期中等教育レベルかそれ以下の資格となる。すなわち、この人達は仕事の場面で受けるもの以外については、仕事に関連した公式の研修は何も受けていないのである。デンマークでは、高齢者向けケアワーカーは、典型的にはこの幅の高い方のレベルの研修を受けている。換言すれば、ほとんどは少なく

とも後期中等教育レベルの研修を受けている。

学生は地方政府との雇用契約を手に入れた後、研修コースに登録される。したがって、関係当局の採用決定は、研修を受ける学生数に重大な影響力を持っている。基礎的な福祉・医療サービス研修プログラムの学生は、学生に支給される通例の政府奨学金ではなく、研修を受けるケアワーカーとして、使用者支払のサラリーを受け取る (Jensen and Hansen 2002b)。ローンとは違ってサラリーなので、たとえ学生が研修を中断した場合や研修を完了しなかった場合でも返還義務を負わない。学生として過ごす時間も経歴の勤続に加算される限り、研修中のサラリーを得るということは、研修を継続し、また自分のキャリアパス(職業・職位の路)を開発するという強力な励みとなる。

高齢者ケアワーカーの研修は、1990年代初頭以来、新規採用の積極的な効果を伴って数回の改善を経験してきた。1991年、福祉・医療サービス分野の5つの異なる研修コースは、単一の基礎的な研修に取って代わられた (Jensen and Hansen 2002b)。この変更は一定程度、労働力の柔軟性を高めることになった。2002年1月から、福祉・医療サービスの扶助者と助手の研修が2ヶ月間だけ延長され、新しい科目が導入された。それは学生が高等教育への進学に十分な資格を持つことを保証するためのものである。

研修は、学生たちに基礎研修完了後に働くか、もしくは教育を継続するかの選択肢を提供するさまざまな段階で構成されている。研修後働き、その後さらに上の研修を受

けに戻る学生もいる。雇用と研修をうまく調和させる目的は2つある。一つは、それ以後の追加研修を受けようとする学生のモチベーションを高めること、二つには、ケアワーカー、とりわけ高齢者向けケアワーカーの新規採用の諸問題を解決することにある。

新規採用。研修を完了した福祉・医療サービスの扶助者と助手の数は、1995年から1998年までの間、年11パーセントの割合で増加した (Jensen and Hansen 2002b のデータを基礎に算出)。研修完了者の過半数は仕事を開始するが、その代わり3分の1程は追加研修を継続する。多くの研修革新が、明確に勤続期間に影響してきたとするには、余りにも新しい。

デンマークのケアワーカー研修はすでにこれだけ重視されているのに関わらず、デンマークの観測者は、将来の研修の質にはより一層の注意が払われるべきだと論じている (Johansson and Cameron 2002)。より良い研修は—たとえば元気果敢な認知症(痴呆)患者の取り扱いの場合—接し方の意識の向上によって、労働環境を改善することができる。より良い研修はまた、身を立てる一助になるので、若い人たちをこの分野に惹きつける手助けができる。

給与および諸手当。デンマークのケアワーカーは国の基準によって総じて良い給与が支払われる。ある種類のケアワーカーは経済全般の平均より低い稼ぎであるが、他のヨーロッパ諸国に比べればその不利益度合いは低い傾向にある。スペイン、スウェーデン、イギリスのケアワーカーと比較してみると、デンマークのケアワーカーは争うま

でもなく、稼いで他をリードしている。たとえば、フルタイムの個人ケアワーカー（典型的には後期中等教育を受けている）の収入は、デンマークのフルタイム労働者の平均の約93パーセントである。イギリスでは、同様の職業の収入は全国平均の67パーセントという低さである（van Ewijk et al. 2002a で提供されたデータを基礎に著者が算出）。典型的には後期中等教育以下の教育を受けているフルタイムの家庭ヘルパーの収入は、デンマーク全国平均賃金の76パーセントで、イギリスではそれが63パーセントとなる。

いくつかの要因がこの食い違いの説明となる。強力な労働組合のある国の労働者は、強力な労働組合のない国の労働者よりも多くの収入を得る。高い研修レベルも影響を持っている（van Ewijk et al. 2002a）。しかし、強力な労働組合が自動的に高いレベルの研修や給与をもたらすと決め込むことに警告を発する観測者たちもいる。どちらかと言えば、デンマークの医療・福祉サービスのケアワークは、政治システムの一部を成している。その下で多くのケア活動は、家族の責任と見なされるのではなく、共同ケア化されている。

ケアワーク — とりわけ高齢者相手の仕事 — はまた、より幅広い社会的脈絡の中で考慮されなければならない。Stone と Wiener（Stone and Wiener (2001)）は、アメリカ合衆国の労働力問題で簡潔に述べている。

介護の最前線の労働者は、主としてメイドサービスや失禁、ぼけ高齢者の世話を行う、低賃金で不快な職業と世間から見られている。

この問題に正面から取り組んで、デンマークやスウェーデンは、ケアの労働力の仕事満足度に関するより詳しい調査報告書を発表した（Moss and Cameron 2002）。デンマークはまた、高齢者ケア分野の労働のイメージや現状を変更する目的を持ったキャンペーンに着手した（Jensen and Hansen 2002b）。仕事の質や満足度の包括的な評価は行われていないが、職業専門意識、研修、給与等に焦点を当ててみれば、デンマークはケアの仕事を良質の職業にしたと判断される。

（以下次号）

（注）

- (1) 多くの仕事の増加が予測される職業は、必ずしもその成長率が高いわけでもないし、成長率が高い職業であってもベースが小さければその増加数は少ないかもしれない。したがって、同じ職業でも一般的に「急成長」と「仕事の確保」の範疇が同時に現れるわけでもない。BLSは細かく500以上の職業について、将来のニーズを予測している。
- (2) 研修に関する調査文献もまた高い国別特有の傾向を帯びており、したがって国際的状况への移転可能性はほとんどない（WHO 1999）。
- (3) アメリカは専門職業で臨時に働く非移民者向けのH-1Bビザを発行している。専門職業とは、専門知識機関の理論的実践的な書類が必要で、少なくとも学士号か



それと同等の資格を持っていることと定義される。ある範疇のケアワーカーは大学レベルに進学する資格のある公式の中等教育終了レベルの研修を受けているが、ケアワーカーは一般的には大学レベルの学位を必要としない。本レポートで定義するケアワーカーは一般的には、H-1B プログラムによる入国ビザの資格はない。

- (4) GDB 予測は世界保健機関 (WTO) とハーバード大学公共保健大学院との共同で運営されている。GDB の予測は現在でも更新され、変更されている。
  - (5) GDB 予測は、障害を持つ子供や青年、労働年齢の成人、高齢者の介護のニーズを予測する。今回の研究の元々の使命は、50 歳以上の成人の介護ニーズを考察することであった。GDB のデータとの関係で、このセクションの論議では 45 歳以上の成人を含めて論議する。
  - (6) Harwood and Sayer (2002) は 7 段階の障害を説明している。この内の 2 段階(レベル 6-7)はこのレポートの表に使われている。
  - (7) 発達した国の介護サービスの提供、組織、財政、質の外観については、Gibson, Gregory, and Pandya (2003) 参照のこと。
  - (8) しかしながら、多くのケアワーカーが従うフランス労働法における見方からすれば、在宅ケアで働く労働者の数の方が多 (国別討議のフランス参照)。
  - (9) ヨーロッパ諸国のデータの選択した職業には、施設と在宅両方のケアワーカーが含まれている。一方、オーストラリアとカナダのデータは、地域ケアサービスの労働者に限定している。ヨーロッパ3カ
- 国のデータ解釈と比較に関しては、Escobedo, Fernandez, and Moreno (2002) を参照のこと。
  - (10) 国別議論もまた、このチャートのさまざまな特徴に言及する。
  - (11) この問題はさらに国別記述の中で討議する。
  - (12) しかしながら、Leeson (undated) は、デンマークの高齢者が、十分に広がった家族ネットワークで活動的であることを示した調査結果を報告している。
  - (13) 匿名の評論家は、しかしながら、提供者選択はゆっくりと展開中であり。ほとんどの高齢者は提供者をいまだ選択していないことを報告している。
  - (14) 施設ケアの補償範囲や費用負担に関する3カ国の政策は、万人に資格のあるデンマークやオランダ、資産テストで資格を得るフランスの在宅ケアの様式に従う。3カ国すべては施設に関してはある程度の負担を課している (Gibson et al. 2003)。
  - (15) これらのデータはチャート 1 で提供されたデータやより信頼されるデータを基に計算 (Escobedo et al. 2002)。

表1．2002年から2012にかけて予測される高齢者ケアに関わる従事者の必要人員（単位千人）

職種	従事者		予測増	
	2002 (実際)	2012 (予測)	数	パーセント
看護助手、掃除係、付添人	1,375	1,718	343	25
在宅医療扶助	580	859	279	48
個人・在宅ケア扶助	608	854	246	40

出典：Hecker 2004

表2．国別の65歳以上の人口百分率。2001年-2002年

国	パーセンテージ
オーストラリア	12.7
カナダ	12.7
デンマーク	14.8
フランス	16.2
オランダ	13.6
アメリカ	12.4
(参考) 日本	18.0

注1：オーストラリア、カナダは2002年。他は2001年。

出典：OECD 2003

(参考) は2001年10月1日総務省人口推計より(訳者)

表3．介護の必要な45歳以上の人口百分率（2000年-2050年の期間）

総人口（単位万人）						
年	オーストラリア	カナダ	デンマーク	フランス	オランダ	アメリカ
2000	1,910	3,080	530	5,920	1,590	28,320
2010	2,100	3,320	540	6,120	1,630	30,860
2020	2,270	3,560	540	6,240	1,650	33,420
2030	2,420	3,770	530	6,290	1,660	35,850
2040	2,540	3,920	520	6,270	1,630	37,880
2050	2,650	4,040	510	6,180	1,580	39,710
45歳以上の要介護(注)人口パーセンテージ						
2000	2.5	2.5	2.9	2.9	2.7	2.4
2010	2.8	3.0	3.3	3.2	3.2	2.8
2020	3.2	3.5	3.7	3.6	3.7	3.1
2030	3.4	3.8	4.0	3.8	4.0	3.4
2040	3.6	3.9	4.1	4.0	4.1	3.5
2050	3.6	3.9	4.1	4.1	4.2	3.5

(注)日常ケアのニーズは最も高い2つのレベル（レベル6と7）に基づく予測である。この範疇の人は一日一回以上の行動支援を必要とする。

出典：WHO 2003に基づいて著者が算出。

表4．65歳以上高齢者の施設入居者、在宅ケア利用者の国別パーセンテージ

国（調査年）	65歳以上人口パーセンテージ	
	施設入居者	在宅ケア利用者
オーストラリア（2003）	5.7	21.0
カナダ（1993）	6.2	17.0
デンマーク（2001）	9.1	25.0
フランス（1997）	6.5	6.1
オランダ（2003）	8.8	12.5-13.0
アメリカ（2000）	4.2	8.7

出典：Gibson, Gregory, and Pandya 2003

チャート1．国別ケア労働力の概観

労働力特性（単位）	個人ケアおよび関連労働者 (2000)			家庭とその関連扶助者、 清掃人、洗濯人 (2000)		
	デンマーク	フランス	オランダ	デンマーク	フランス	オランダ
<b>性別（％）</b>						
女性	90.0	92.4	96.3	86.2	79.9	80.1
男性	10.0	7.6	3.7	13.8	20.1	19.9
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>年齢（％）</b>						
15-24	16.1	6.2	14.5	35.8	6.2	24.1
25-44	49.7	56.2	53.8	26.4	49.8	41.2
45+	34.2	37.6	31.6	37.8	44.1	34.7
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>労働時間（時間）</b>						
平均週労働時間	33.0	33.4	19.0	24.7	26.8	15.3
フルタイム従業員	39.1	40.3	37.0	36.7	38.0	38.3
パートタイム従業員	25.5	22.3	17.6	16.8	18.4	12.6
<b>職務状態（％）（注4）</b>						
フルタイム	53.9	61.7	9.6	38.2	43.0	10.7
パートタイム	46.1	38.3	90.4	61.8	57.0	89.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
常用	80.1	84.8	84.4	86.1	83.9	80.8
臨時	19.9	15.2	15.6	13.9	16.1	19.2
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>労働組合加入状況（注5）</b>						
加入	80.0	10.0	30.0	80.0	10.0	30.0
非加入	20.0	90.0	70.0	20.0	90.0	70.0
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
<b>現職の勤続（注6）</b>						
1年以内	31.0	16.2	17.5	38.2	18.1	15.6
1年超	69.0	83.8	82.5	61.8	81.9	84.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0



チャート1. 国別ケア労働力の概観(つづき)

労働力特性(単位)	高齢者や障害者の介護者としてコミュニティ・サービスに従事している人たち		在宅医療サービス産業(注1)	
	オーストラリア(2001-2002)		カナダ(2001)	
性別(%)				
女性	84.8		93.0	
男性	15.2		7.0	
計	100.0		100.0	
年齢(%) (注2)				
15-34	23.7		28.0	
35-54	60.0		55.0	
55+	16.3		17.0	
計	100.0		100.0	
労働時間	時間数	%	時間数	%
	1-24	41.8	1-29	35.4
	25-40	41.6	30-39	35.1
	41+	8.8	40+	29.5
	計	100.0		100.0
職務状態(%) (注4)				
フルタイム	35.5		66.0	
パートタイム	64.5		34.0	
計	100.0		100.0	
常用	(注3)		86.0	
臨時	(注3)		14.0	
計	(注3)		100.0	
労働組合加入状況(注5)				
加入	25.0		43.0	
非加入	75.0		57.0	
計	100.0		100.0	
現職の勤続(注6)				
1年以内	(注3)		16.0	
1年超	(注3)		84.0	
計	(注3)		100.0	

出典: Australian Institute of Health and Welfare (2003b), Canadian Home Care Human Resources Study (2003), Care Work in Europe (2000) から著者が算出。

(注1) 職種には、看護師、登録看護助手、家事援助など含む。カナダでは看護師はケア労働力の約26%と算出される。

(注2) この年齢分類はオーストラリアとカナダのみに使われる。オーストラリアの35-54の労働者の56%は45歳以上である(Australian Institute of Health and Welfare 2003b)

(注3) 集約不能

(注4) オーストラリアでは、パートタイム労働者には週労働35時間未満の人たちが含まれる。その他の国では、パートタイム・フルタイムは原データの分類による。

(注5) 団体労働協約の約定は労働組合員であるか否かに拘わらず提供される可能性がある。本文の国別記述を参照のこと。

(注6) カナダの勤続期間の考え方は、デンマークやフランス、オランダと異なるので注意。