

介護施設の職員教育のあり方に関する提言～海外の介護福祉との比較から～

齋藤 洋 (日本福祉医療専門学校) 池 良弘 (日本福祉医療専門学校)

要約

国外の高齢者介護の実際とその特徴を分析し、我が国の高齢者施設の介護従事者に対する職員教育に生かしていくことを目的とした調査・研究を実施した。具体的には、イギリス及びスウェーデンにおいてボランティア活動や施設訪問、介護・看護従事者との交流を通して施設介護の実態を探り、さらに我が国の施設介護の現状を客観視するために、在日フィリピン人介護士に対するインタビューを実施した。

調査の結果、イギリスでの参与観察から、介護・看護職員の意識の大きな違いが感じられた。スウェーデンでの視察、交流からは認知症ケアに対する専門教育の必要性や現任者教育の効果を確認できた。また、在日フィリピン人介護士へのインタビューからは、日本人とは違う視点での気づきを得ることができた。

それぞれの調査結果から、介護施設の職員に対する教育・研修のあり方について検討を行った。その結果、施設単位で実施されている内部研修の内容については介護方針や介護方法の統一、および介護職の安全に関わる知識を学習していくことが大切だと考えた。研修の時期については中堅以上の経験のある介護職に対しても定期的な教育・研修が必要であること、また研修方法についても見直しが必要ではないかと考えた。最後にこれからの介護職に対する教育・研修を効果的に行っていくために、地域での連携と養成校の役割についての提言に至った。

序論～研究の背景～

日本が世界有数の長寿国であるという報道が、毎年敬老の日になると、必ず取り上げられる。世界保健機関 (WHO) が発表した世界保健報告 2006 によると、確かに日本人の平均寿命は WHO 加盟国 192 ヶ国中で男女総合 1 位となっている。

この結果だけを見ると、男性も女性も長生きできて大変めでたいことであるかのような印象を受けるが、しかしその実態はどうかという議論が、1970 年代後半から何度も繰り返されてきた。

医療・福祉の世界では、何年生きたかという量的なものよりも、どのように生きたのかという質的なもの (QOL) を重視するという考え方が広く知られるようになった。長生きすることは、すなわち幸福を意味しない。身体的な障害を抱えて寝たきりのまま、あるいは認知症となってしまう、錠のかかった閉鎖的な空間の中で 10 年、20 年という時間を過ごす高齢者は果たして幸せだといえるだろうか。

それでは我が国と比較して、欧米諸国の実情はどうだろうか。欧米の福祉は進んでいる、ということが繰り返し報道され、これまでの日本は技術、政策、施設の形態など様々なレベルで欧米の先進的な取り組みを取り入れて実践を重ねてきた。イギリスからコミュニティケアの考え方が移入され、様々な在宅サービスの基盤整備が行われた。措置から契約制度へと移行し、利用者が希望するサービスを選択できる介護保険制度が施行されてから 9 年が経過した。しかし、テレビのニュースや新聞の報道を見る限り、高齢者介護を取り巻く問題は改善されているとは思えない。介護従事者の離職や老老介護、認知症高齢者の増加、高齢者虐待や介護殺人など、少し考えただけでも実に多くの問題が思い浮かぶ。

このような時代背景の中で、介護福祉士養成教育に関わる者として特に気になるのが、介護職の「専門性」や「質」あるいは介護従事者の「離職」などに関する話題

である。「介護の専門性」や「介護の質」については養成校で実施している教育内容に直接かかわってくる問題であるし、「離職」「転職」についても卒業生との会話の中で頻繁に出てくる話題である。

介護労働安定センターが平成 19 年に行った介護事業所における実態調査によると、「他職種と比較して給与が低い」ことが離職の大きな原因であること明らかになっており、これは一般的にも広く知られていることであるが、離職防止の観点から見ると、給与だけが問題なのではなく、介護職の「人材育成」が非常に重要であることが全社協の調査¹から明らかとなっている。

本研究においては、海外の介護福祉の事例の分析から明らかになったことをもとに高齢者施設における介護従事者の現任者研修のあり方を考察し、改善の可能性について検討するものである。

本文作成における作業分担は次のとおりである。すなわち齋藤が第二章 (イギリス) および第三章 (在日フィリピン人に対するインタビュー) 部分を執筆し、池が第四章 (スウェーデン部分を執筆した)。総括および提言など、他の部分については両名で検討した。

第一章. 研究の視点および方法

1. イギリス

ナーシングホーム (有料老人ホーム) のボランティアスタッフとして 11 ヶ月間の参与観察を実施 (1997 年 7 月～1998 年 6 月)。

2. スウェーデン

認知症高齢者住宅への視察、交流によって施設介護の実態や職員の働き方、認知症介護へのとりくみ等についての意見交換を実施 (2007 年 11 月)。

3. 日本

¹全国社会福祉協議会『社会福祉施設の人材確保・育成に関する調査』

新潟県内で就労している在日フィリピン人介護士 6 名に対し、グループインタビューを実施（2009 年 3 月 22 日）。

第二章. イギリスのケアホームにおける高齢者介護の実際

1. イギリスの高齢者福祉の動向

かつて福祉国家として世界に知られたイギリスは、これまでに日本をはじめ様々な国々の社会福祉政策や制度に大きな影響を与えてきた。

わが国においては 2000 年に改正された社会福祉法や介護保険制度の基本的な理念「住み慣れた地域での生活」という考え方や、利用者のニーズを地域の社会資源と組み合わせることによって問題を解決するという「ケアマネジメント」の手法もイギリスの政策をモデルとしたものである。

「ゆりかごから墓場まで」という言葉で知られるイギリスの社会福祉制度だが、1979 年のサッチャー改革を経て大きく変わってきた。少子高齢化や不況を背景として全ての高齢者に対する手厚い福祉の提供が財政的に困難になってきたため、日本に先がけて公的介護が市場化され、「財源は国が、サービス提供は民間が」という新たな公私ミックスの理念の下でサービスが整備されてきた。

イギリスにおいても日本同様に在宅サービス・入所サービスが整備されており、高齢者のための入所サービスは、医療行為を伴わないレジデンシャルケアホーム（Residential care home）、医療行為を伴うナーシングホーム（Nursing Home）、地方自治体のケアホームおよび借り上げの家に分類されている。

2. 調査対象施設の概要

- ・施設の名称 The Princess Alexandra Home
- ・所在地 Common Road, Stanmore, HA7 3JE
- ・登録機関ゾーン：London
- ・サービス種類：Nursing Home
- ・シングルルーム 67 / 共有ルーム 2
- ・1 週間当たりの利用料（単身）£ 360 - £ 540
- ・設備、サービス
- ・CQC（ケアクオリティコミッション）

評価は「一つ星」

（0=悪い、1=十分、2=良、3=優）

（よってイギリス国内のナーシングホームの平均的な施設だと考えられる）

The Princess Alexandra Home は、ロンドンの北部ノースハローにある。街の中心部から地下鉄とバスを乗り継いで 1 時間ほどの場所にあり、緑の生い茂る国道沿いのバス停を下りるとすぐに見える大きな一戸建ての建物である。建物自体は築 100 年ほどの民家を増改築したものであり、1952 年からナーシングホームとして運営が開始されている。一般的な日本の施設とは違い、本当に誰かの家にいるような家庭的な雰囲気がする。廊下は

狭く、手すりのない場所も多い。エレベーターも旧式なものが一箇所だけ。床はすべてカーペット敷きである。

建物の中央部にダイニングルームやスタッフルーム、売店や図書館、マルチルーム（アクティビティやパーティー、祈りのための場所でもある）があり、大きなラウンジが 2 つある。正面から向かって左側の部分を「ニューランド」、右側部分を「エドモンド」と呼んでいる。ニューランドには比較的要介護度の軽度の方が、エドモンドには重度の方が多く入所している。参与観察を行った 1997 年当時、居室は満室状態であり、なくなった方の居室にも、一月もたたないうちに新しい入所者が入ってくるような状況であった。入所定員から考えると、常時 70 名前後の入所者がいたことになる（看護・介護スタッフの常勤人数は未確認）。利用者の居室は、夫婦部屋 2 部屋を除き、全てシングルルームである。女性の利用者が圧倒的に多いこともあって、それぞれの居室には沢山の写真や個人的に持ち込まれたと思われる家具や置物で個性的に装飾されていた。

また、利用者の ADL の状態であるが、移動に車椅子が必要な方が全体の 3 割程度、ほぼ寝たきりの状態の方はそのうちの 4～5 人程度であった。

3. The Princess Alexandra Home におけるボランティアスタッフの役割

イギリスにおいてボランティアは「よりよい社会を創るために欠かせない力」と考えられている。

2009 年現在、イギリスでは社会福祉を国家のみで行うのではなく、「福祉多元主義²」という考え方のもとで、社会全体を四つの部門に分類している。国、県、市町村などの「公共セクター」、企業が代表する民間の「営利セクター」、市民グループや民間で非営利の「ボランティアセクター」、家族、友人等の「インフォーマルセクター」の四つであり、ボランティアセクターを、インフォーマルなサービスに分類していないところが日本の考え方との大きな違いである。

大きなボランティア団体が幾つか存在し、政府の助成や寄付、遺贈、営利企業からの収入などによって運営されている。ボランティアとはいえ、その多くは給料をもらいながら活動を行っている。

イギリス滞在中に、何箇所かの福祉施設を訪ねたが、多くの施設で様々な年代、様々な人種がボランティアスタッフとして大きな働きをしているのを実際に目にしたし、彼らのごく当たり前にボランティアを行っていることに、日本との文化の違いを感じた。

The Princess Alexandra Home でも常時 4～5 名の日本人ボランティアスタッフが常駐し、施設に住み込みで

² 所道彦「イギリスの社会福祉 - 福祉国家の再編成と福祉多元主義 -」『エンサイクロペディア社会福祉学』、中央法規、2007、227

業務にあっていた。ボランティアスタッフに対しては、それぞれに個室が与えられ、利用者とはほぼ同じ食事が供される。部屋代や食費は全て施設が負担し、毎月2万円程度のお小遣いが支給される。

ボランティアスタッフは、週4～5日間、午前7時から午後3時まで利用者への対応にあたる。仕事の内容は、食事準備、食事介助、後片付け、お茶を配る、居室のベッドメイクを行い、飲料水を配る、利用者とのコミュニケーション等が主であった。

4. 観察された事実

日本人がイギリスの介護現場を見た時に、まず感じるのが人種としての「多様性」ではないだろうか。看護・介護スタッフの多くが移民である。インド人やフィリピン人、アフリカ人など実に多様である。11ヶ月間のボランティアのなかで、施設の看護・介護スタッフと共に高齢者のケアに関わってきた。その経験の中でも、特に印象に残っている幾つかの出来事について報告したい。

①食事介助の場面で

ある女性利用者の朝食の介助をするように言われ、食事介助を行った。何度も声をかけ、スプーンを口もとまで持っていき、「食べたくないのよ」と口を開けてくれない。それなら水分だけでも摂取してもらおうとコップに入った水を飲むように言葉をかけるが、一口も飲んでくれない。困り果ててスタッフの1人を捕まえて事情を話すが、あっさりと「食べないのなら無理に勧めなくていいよ」といわれる。

続いて昼食でも同じ方の食事介助を行う。朝と同様、全く食べようとしない。困り果ててスタッフの1人を捕まえて事情を話すが、あっさりと「食べないのなら無理に勧めなくていいよ」といわれる。朝も食べていないことを話すが、「こういう方針だからいい」といわれる。The Princess Alexandra Homeの利用者たちは、食事の摂取量が落ちたからといっても、点滴をするわけでもなく、経管や胃ろうをするわけでもなく、経口で食事を取ることが出来なくなってくると自然に亡くなっていく。日本での経験との違いの大きさに驚き、何人ものスタッフ、看護師長にも話してみたが、誰に聞いても「この方針だからそれでよい」という返事であった。

②利用者の排泄介助の場面で

仕事に車椅子に乗った女性利用者から「トイレに行きたい」と声をかけられる。たまたまスタッフが見当たらなかったため、ひとりでトイレに誘導し、便座に移乗介助を行った。その後通りがかった女性介護スタッフを呼び止めて、経過を説明すると「トイレ介助はボランティアの仕事ではない」「腰を悪くするから絶対に一人で移乗してはいけない」と厳しく注意された。確かにこのスタッフたちは、どんなに忙しそうときでもかならずペアで移乗介助を行っている。入浴は個別浴を行っているが、このときもかならずリフトを使用しており、スタッフが腰痛で悩んでいるというような話も全く聞くこと

がなかった。

(スタッフの会話は食事がまずいとか上司の陰口などで、日本の施設と似たようなレベル)

③業務の分担

ボランティアスタッフの業務は、非常に明確に決まっており、スタッフの誰に聞いても同じ対応をするように言われる。スタッフを助けようという気持ちで業務として決まっていること以外のことをすると、注意される。

④コール対応

スタッフはそれぞれ携帯式のナースコールを持っている。日本の施設と同じように、ナースコールは頻繁になるが、スタッフは自分が休憩しているときは、どんなにナースコールが鳴っても決して応答することはない。日本の施設では考えられないことである。これについても数名のスタッフに質問してみたが、「今私は休憩しているんだからコールに出る必要なんてないのよ」と何の迷いもなくあっさりと答えが返ってきた。

5. 結果

11ヶ月間の参与観察のなかで感じたこととして、人種や文化の違いを超えて施設全体でケア方針の統一がなされていたことに驚かされた。介護の方法はほぼ完全に統一されており、看護・介護・ボランティアスタッフの業務が明確に分担されているので、それぞれのセクションに新人職員が入ってきたとき、仕事が覚えやすい。誰にとっても非常に働きやすい環境であると感じた。

日本の介護現場では、バーンアウトによる介護職員の離職や腰痛などが大きな問題となっているが、11ヶ月間の参与観察の間、職員が残業に追われたり施設内を忙しく走りまわるといった光景は全く見られなかったし、職員が腰痛に悩んでいるという話も全く聞かれなかった(聴かれた不満といえれば少しの上司の悪口と給料の安さ、食事の不味さ)。

6. 日英の介護従事者に対する教育・研修内容の比較

イギリスの福祉は進んでいるというイメージがあるかもしれないが、三富(2005)は北欧諸国との比較において、イギリス・カナダ・アメリカのケアワーカーの質はその処遇に比例して決して高くはないと述べている³。日本と違いイギリスでは、看護師・介護士ともに国家資格を必要としない職種であり、その待遇も決して良いとはいえない。

しかし、実際にイギリスでの介護現場を経験して感じたのは労働者としての権利意識の違い、介護職員の仕事に対する姿勢の違いである。イギリスで出会ったケアワーカー達は、時間に追われることもなく、腰痛に悩まされることもなく、冗談を飛ばしながら明るく働いていた。そして自分が休憩している権利を誰にも邪魔させないと

³三富道子『イギリスにおける全国介護基準と職業資格』
静岡県立大学短期大学部研究紀要 第19号 2005年

いう強さを持っていた。

日本の介護現場でも、イギリスの優れた点を取り入れることで、介護従事者の身体的・精神的負担が大きく軽減され、介護の質の向上や離職の低減につながるのではないだろうか。もちろんイギリスと日本では施設の人員配置基準や利用者の入居基準だけでなく、もっと根本的な違い、すなわち歴史や宗教や文化、国民性などが大きく異なっているため、単純に優れた点だけを真似したり、介護の方法だけを取り入れるのは無理があるが、ここでは両国の介護従事者の教育・研修方法やその内容について注目し、若干の比較を試みた。

イギリスで介護の仕事に就く者の多くは様々な文化・言語の違いを越えて入国してくる外国人たちである。介護の仕事につき場合は特定のライセンスは必要ないものの、彼らに対しては、全国訓練協会の訓練が義務付けられている。実務経験のないものが介護の仕事に就いた場合は、まず職員として採用後6週間以内に全国訓練協会の設計による導入訓練を受ける。次のステップとして就業後6ヶ月以内の基礎訓練があり、ここで個別の介護計画の作成を学ぶ。その後も全ての介護職員が1年間の間に在宅訓練を含めて最低3日の有給の訓練および個別の訓練を受けること等、定期的な研修の受講が保障されており、研修内容も徐々に専門的になっていく。

また、イギリスには、福祉・医療に限らず様々な職業資格をレベル1から最高レベル5までに分類した教育制度がある。介護に関わる資格のほとんどはレベル2（非熟練に相当するもの）に分類されており、それぞれのレベルに含まれる資格取得のためには、所定の研修に参加し、全国職業資格において定められたカリキュラムを完了する必要がある。

日本においては、新人職員に対する研修として特に決められた内容はないが、多くの施設が内部研修として独自に実施しているほか、様々な団体が、新人職員向けの研修を実施している。ここでは

①図1においてイギリスの全国訓練協会による導入訓練と、新潟県社会福祉協議会が平成21年に実施した新人研修の内容を比較し、

②図2においてイギリスの全国職業資格と日本の訪問介護員（ホームヘルパー）2級養成研修のカリキュラムの内容を比較した。

※図1、図2は別紙を参照

今回はこれらのカリキュラムの詳しい内容までは調査を行っていないが、英国におけるそれぞれのカリキュラムに含まれている、「安全に働く義務」や、「労働場所における保健と安全及び安心の促進と監視及び維持」といった項目に相当するものが、日本のそれぞれの研修内容には含まれていないのではないだろうか。一般的な養成校では2年間をかけて13科目を学習する介護福祉士国家資格のカリキュラムであっても、「介護概論」という科目の

最終章のなかで、わずかなページが割かれているだけである⁴。

7. 小括

イギリスにおける11ヶ月間の施設ボランティアは、本当に楽しく、あっという間に終わってしまった。会話に多少不自由があっても大変働きやすい環境だったと感じたが、その理由として施設の介護の方針が統一されており、看護・介護・ボランティアの業務の分担が明確であったことが考えられた。また、イギリスの介護従事者は、安全に働くための知識を学び、福祉用具等の積極的な使用により身体的な負担の少ない環境で仕事できていた。また、ボランティアを上手く使うことによって、介護従事者の業務の効率化が実現できていると感じられた。イギリスと日本の介護従事者に対する教育・研修カリキュラムの比較から、日本の介護従事者に対する教育・研修の内容の更なる検討（労働者としての安全や衛生などの学習）の必要性が感じられた。

第三章. スウェーデンにおける介護福祉と職員教育

1・スウェーデンの介護福祉事情

わが国の介護保険制度は平成12年（2000年）4月より全面施行されている。平成21年には制度改訂あり見直しが行なわれている。本校の介護福祉学科は現在3年生で、3年次に国際福祉研修という科目が設置され、ここ数年間福祉先進国であるスウェーデンで研修を受けている。スウェーデンでの研修は単に施設見学で終わることなく、シニアセンターなどで、実際に利用者の方々・職員との交流時間を持ち十分にスウェーデンにおける介護福祉の現場の声を聴いてきた。また最新の介護技術・利用者主体の介護方法についても学んできている。ここでは1992年の福祉・医療の改革であるエーデル改革を概観し、特に毎年訪れる認知症センターと高齢者住宅について触れることにする。

（1）歴史的転換エーデル改革

スウェーデンの福祉政策は現在の日本と同じように施設中心で進んできたが、1992年の福祉・医療の改革であるエーデル改革により大きく変わった。

スウェーデンの介護サービスはコミュニン（市町村）の税財源と利用者の個人負担を財源として提供されている。ここでは地方分権が進んでおり、保健医療はランスタイング（都道府県に相当する）が受け持ち、社会福祉についてはコミュニンでサービスが提供されている。そして道路は国でというように明確に分担された運営がなされている。

一方、近年民間化も進み以下に紹介する認知症センタ

⁴旧カリキュラムで使用されていた新版介護福祉士養成講座「介護概論」（中央法規出版）のなかでは、最終章の「介護従事者の健康と安全」という部分で、健康管理や感染予防、腰痛対策、雇用保険、労災保険等に関して全270ページ中14ページにわたって説明している

一も民間施設として運営されている。

サービスには日本と同じように在宅サービスと施設サービスがあるが、日本と異なるのは施設を高齢者住宅として地域に暮らす高齢者の集合住宅として考えていることである。高齢者の状況に応じて、住宅内にある介護が必要なナーシングホームや認知症のためのグループホームに入ることができる。判定方法はコミュニケーションによって異なるが、日本のような介護度で区分することは無い。

改革後、医療に属していたナーシングホームをコミュニケーションに移管し、医療従事者もコミュニケーションの職員となった。利用者が病院を退院することになれば、コミュニケーションは地域で暮らすためにサービスを5日以内に実施しなくてはならず、それを超える場合はコミュニケーションが入院費を負担することになる。高齢者の住宅という考え方は、個室にトイレ・シャワー・キッチンがなくてはならない。また車椅子で利用できる広さが必要とされている。つまり施設から生活の場としての住居に変わったといえよう。施設にはレストラン・デイセンター・美容院などのサービスも整っており地域住民も利用可能である。

改革は2004年見直しがあり、在宅でのリハビリの提供とランスタングから訪問看護がコミュニケーションに移管された。終末期には特別な医療行為は行なわれず、ターミナルケアが行なわれるナーシングホームに入院することもある。基本的には看取りもここで行なわれる。

(2) 主な施設形態⁵⁾

エーデル改革で特別高齢者住宅施設とは、老人ホーム、サービスハウス、グループホームそしてシュークヘム（ナンシーホーム）と明記している。そこで簡単にその特別高齢者住宅施設と高齢者用の住宅について説明する。

①老人ホーム：（Ålderdomshem）

共同生活体制を持ち、24時間介護を受けられる。各自のアパートまたは部屋を有した施設で、施設の中には共同キッチンの場所があり、食事や休憩なども共同に出来るということである。入居者は家賃の支払い義務があり、さらに食事代、介護費用などを本人の収入（年金）に応じて支払いをする。

- 老人ホームでは、他の入居者と共同生活をする。
- 日中も夜間も介護を受けられる。24時間介護可能である。
- 小さなアパートまたは部屋に住むことができる。
- 希望するならば、他の入居者と一緒に居られる。
- 一緒に料理をしたり、食事が出来る。
- 介護費用と食事代、家賃を支払う。

②サービスハウス：（Servicehys）

個人のアパートに住みながら、施設内一部のサービスや休憩室が利用できる施設で、施設内には24時間体制

で職員が勤務している。また、施設内にレストラン、美容院、足の治療室または各種行事が出来るホールの設備がある。

サービスハウスの入居者が何らかの介護を必要とする時は、認定を受けなければならない。アパートの中には、本人の身体障害による介護の為に必要な設備（リフトなど）が設備されている。アラームの設置が普通。老人ホームの1-6と同様。

③グループホーム（Gruppboende）

グループホームは、少数のアパートで、共同キッチン、食堂、そして休憩室の設備を有し、24時間職員が勤務している。各アパートには、小さなキッチン設備を有している。入居者は普通、痴呆症高齢者である。本人の年金収入に応じて介護費用、食事代、家賃その他の経費を支払う。

- グループホームには、普通いくつかのセクションに別れ、1セクションには、6-9人が最適とされている。
- 1ユニットには、例えばアルツハイマー型痴呆症のみ的高齢者を入居、脳内出血型（脳梗塞による痴呆症）と一緒に住ませない。理由はそれぞれの介護の仕方とリハビリが異なり、職員の教育もそれぞれ専門知識をもっていることである。

④シュークヘム（Sjukhem）

重度の障害、または重度の痴呆症で、24時間常介護を必要とする入居者の施設。部屋は一人または二人の共同部屋となり、医療教育を受けている職員が勤務している。

⑤高齢者住宅：（Seniorboende）

シニアハウスと呼び、高齢で健常者が共同施設を一緒に利用しながら個人生活が出来る、普通のアパート形式の住宅である。住宅の経営は、共同住宅組合方式だったり、民間経営などがある。年齢制限は住宅によって異なる。基本的には、個人所有のアパートとなる。

⑥高齢者住宅 +65：（Seniorboende +65）

名前の通り、独身者または夫婦、同居人のいずれかが65歳以上、（ちなみにスウェーデンの定年は65歳）であれば入居資格を持つ。住宅の多くは、ホールなど共同施設がある。入居者は健常者でもある程度のホームヘルパーの介護援助を必要とする者も入居できる。基本的には個人所有のアパートとなる。

2. ポルヘルム・ゴールドデンにおける認知症コーディネーターの役割

(1) 施設概要

ここは認知症センターとして有名なPOLHEMSGÅRDENは高齢者住宅として1997年に建設された。2000年よりストックホルムの北ソルナ市の認知症

⁵⁾<http://www.fukushisweden.net/welfare/korei.sisetu/index.html>

センターとしての役割を持ち、運営はカレマ（CARMA）という民間会社にゆだねられている。5階建てで1Fの入り口脇に休憩スペースがあり、隣は事務室となっている。共有のホール・医務室・スヌーズレンを行なうホワイトルームが備わっている。2Fから5Fまではアパートとなっており、各階には食堂・共有の休憩室・バルコニー・洗濯室がある。各部屋の簡単なキッチン・シャワー・トイレが備わっている。

アパートの定員は各階21名。計84名分の部屋があり、その他5人のショートステイ、8人のデイケアを受け入れている。各階には専任の看護婦が2名配置されている。また、各階は3グループに分けられ6～7人に2人の介護職（スウェーデンではアンダーナースと呼んでいる）がおり、OT・PT・給食・事務職・パートを合わせ120名で運営されている。パートはおもに移民でスウェーデンに入植した者がほとんどである。

(2) 介護教育と認知症教育

スウェーデンでは専門高校で介護教育が行なわれるが、アンダーナースの言葉でわかるように日本で言う准看護婦と介護福祉士が一緒になったような資格であり、ほとんどが大学へ進学し看護婦を目指すということで、職員にとって施設内における教育は重要な意味を持つのである。特に認知症の介護は通常の訓練のほかに特別な教育が必要ということで、この施設でOTを行なっているインゲルさんにより教授された教育内容について記すことにする。

女史は認知症コーディネーターという肩書きがあり来日し、その方法について日本の認知症利用者にたいする介護教育に大きな影響を与えている。肩書きは国家資格というものではなく、コミュニケーションが独自に命名した認知症コーディネーターという役務である。

教育の柱は3つあり

- (1) 職員の教育として介護方法・認知症の症状に関する教育
- (2) 家族や周りの人々に対する接し方に関する教育
- (3) 認知症利用者の記録の書き方に関する教育

これら3つの柱をもとに2日間の学習を行なうようである。

実施におけるポイントとして

- ・ 十分な時間をかけて行なう。時間を欠ければかけるほど良い結果が生まれる。
- ・ ロールプレーとふりかえりによる体験学習の重要性

などがあげられた。どれも良好な人間関係を気付く上で重要なものである。われわれも一部、教育を受けたがインゲルさん自身が認知症の役をし、具体的にどのような対応をするのかロールプレーで実施した。体験学習は一面的になりやすいので、ふりかえりにより分析し理論化（一般化）することで学習を深めることができる。このように専門職による教育でパートやアンダーナースにと

っては力強いものとなるし、なにより利用者にとって良い環境づくりになるといえる。これは介護力の強化や介護職としての誇りを築くにふさわしい活動である。今年日本でも認知症コーディネーターが生まれ、活躍し始めている。

3. 高齢者住宅 ビオールバックケン（Biörk Backen）

この施設は1985年に地域と高齢者のために設置された典型的な高齢者住宅である。利用者は190人で10のグループに分けられている。施設内のカテゴリーはナーシングホーム60床（認知症30・身体障害30）、ショートステイ15床、サービスハウス55（介護は165歳以上であれば住める）認知症利用者のグループホーム40床4ユニット、認知症でない方のグループホーム20床

職員も190人で施設の目標は（1）住民のQOLを図る。（2）職員のサービス向上。（3）クオリティーの保安。（4）生活リズムの記録の充実を図る。の4つである。

日本であれば賃金体系なども起因して退職者が多く発生するが、ここでは年3人程度の入れ代わりしかないということである。なぜ職員の定着率がよいのであろうか。

ここでは労働条件を向上させることは大切であるが、それだけではなく各人が運営・経営に決定権を持っている。その組織形態は、所長のもと4人の副所長を置き、40人の部下をグループ分けし、グループリーダーを設置し、介護内容を向上させるため共通の情報・知識を持つようにしている。縦の関係より横の関係を重視している。当然職員のモチベーションは上がり、教育環境も整うことで、職員はここで働くことに誇りを持つことになる。

4. 小括

職員教育は教育学者B J ブルームのいう、認知（cognitive）、情意（affective）、精神運動（psychomotor）の3つの領域をどのように教育していくかということになる。端的に言うと前述したスウェーデンの施設のように、知識、態度、技能の3つをどのように職員教育するかで施設が大きく変わるのである。

技術はもちろんエビデンスに基づき継承されなくてはならないし、そのエビデンスを確実にするための知識は十分に必要である。これにより介護職としての態度が形成され、結果的に利用者のためになりうるものである。

つまり介護職の有効な教育が利用者のQOLを上げる原動力に成ると言える。利用者主体を望むなら介護における決め細やかな現任研修・介護福祉士養成課程校における定期的なリカレント教育が必要であるといわざるを得ない。現場職員一人ひとりの資質が向上することで、利用者・家族を介し地域住民に伝わり、施設全体の評判は良くなり、必然的に人が集まる施設として名声を得ることができるのである。それはどんなPRよりも効果的で信頼性の高いものになる。

第四章. 日本の高齢者施設における高齢者介護の実際

～在日フィリピン人の視点から～

1. 調査対象者の概要

2008年11月に日本―フィリピン間において、EPAが発効となり、既に看護師・介護士として日本での就労を希望するものが国内の医療・介護施設において実習が開始されている。

少子高齢化の一層の進展を前にして、外国人介護士の受け入れに対する日本の姿勢はまだ曖昧であるが、日本国内においては既に外国人介護士が就労している介護施設がいくつか存在する。新潟県内においても、斎藤が把握しているだけで16人以上の在日フィリピン人が就業しており、文化や言葉の壁を越えて日夜奮闘している。今回は、新潟県内の高齢者介護施設で就業している在日フィリピン人介護士6名を対象としたグループインタビューを行い、現場で感じたことについて話を聞いた。

2. グループインタビュー

- ・ 2009年3月22日(日)午後、フォーカスグループインタビューとして実施
- ・ 参加者6名(全て女性であり新潟県内の介護施設で現在就労中)
- ・ 「日本の高齢者介護の現場をみて感じたこと」をテーマに自由に話してもらった。

図4 ※別紙参照

「日本の高齢者介護の現場をみて感じたこと」

(2009年3月22日実施)

3. 結果

聞き取りの結果、フィリピン人の方は利用者に対してまるで家族のような親しみの気持ちを持って介護にあっているということ、「話す」場面においてはコミュニケーションにそれほど不自由を感じていないこと、日常生活における様々な場面で利用者に対して声がけをはじめとするコミュニケーションを積極的に図っている場合が多いことが明らかになった。フィリピン人介護士から見た日本の介護職員は、不本意であっても時間に追われて業務を行っており、また介護者が利用者との間に一線をおいた感覚を持って介護を行っていると感じていた。日常的に他人と「ハグ」する文化をもち、日常的にスキンシップを行うフィリピン人の利用者との接し方が、日本人スタッフにとっては「気持ち悪い」と思われることもあるのかもしれない。異文化間ケアにおいては、習慣や文化の違いが様々な面で問題となる可能性が指摘されているが、フィリピン人の介護が「気持ち悪い」と思われては日本人の集団の中で仕事を続けていく上で支障が出てしまう。閉鎖的な介護施設の中で長く仕事を続けていくためには、多くのスタッフと良好な関係を保っていかなければならないが、日本人とは違う特性をもったフィ

リピン人が、周囲に気を使うようになることで結局「日本人になってしまう」という困った問題が生じている。

本来、利用者と介護従事者の関係において、ベースに信頼関係があれば、接し方や距離の置き方、スキンシップの方法等には様々なバリエーションがあっても良いはずである。ましてこの事例においてはフィリピン人の取った行動が利用者に安心感を与え、結果プラスに作用しているにも関わらず、日本人の介護職員には「気持ち悪い」と思われてしまっている。

小規模な事業所などは特に職員の異動がないことや、新しい情報が入ってこないなどの理由から現場が閉鎖的になりやすいと考えられるが、文化や習慣、考え方や利用者とのコミュニケーション等において様々な考え方を受け入れ、良いものを多様に取り入れていくことが介護事業所に重要であると考えられる。

川村(2007)は、「介護業界・事業所の経営理念に異文化間介護の視点を加えることは企業の発展と存続に関わる」と論述し、これからの日本では介護する側だけでなく、介護される側においても外国人の存在がクローズアップされ、その対応が今後の高齢者福祉の重要な課題となってくることを予測している⁶。

お互いの違いを認め合い、良い部分を取り入れることで介護の質が向上し、業務の改善が期待できる。文化や宗教の違いを超えて多様性を受け入れ、それでもケアの方針はしっかりと統一し、本当に高齢者にとって居心地の良い生活の場がつくっていきけるようになることが期待される。

4. 小括

在日フィリピン人のヘルパー養成教育に関わるようになって9ヶ月ほどが経過した。彼女たちから聞く日本の高齢者介護施設の現場の様子として、とにかく職員に「笑顔」や「心」がないという部分が繰り返し語られる。就業先の日本人職員や利用者の方々とは基本的には良い関係が持てている様子であるが、やはり異なった文化・生活習慣が時々業務の妨げとなることがあるという。これからの日本の高齢者施設には、介護する側だけでなく、介護を受ける立場としても外国人が増加していくことが予測される。介護の現場が多様性を受け入れる寛容さを持ったものに変化していくことを期待したい。

第五章. 総括

本章において、これまでイギリス、スウェーデン、そして日本の高齢者介護施設における介護職員の働き方や教育・研修内容について論述してきた。ここではそれらをもとに、我が国におけるこれからの介護職員の研修内容と実施時期、および実施方法についての検討を行いた

6 川村千鶴子・宣元錫『異文化間介護と多文化共生誰が介護を担うのか』明石書店、2007

い。

まず一点目は、研修内容である。上之園（2008）は日本の介護職員の腰痛に関する問題について、組織的な取り組みが不十分だとし、これを解決していくためには、介護技術の共有化や介護計画への反映、安全衛生教育などの「総合的な対策の推進」が不可欠だと指摘している⁷。

欧米では介護機器の導入等によって腰痛症罹患や休業、早期退職、退職に伴う交代要員の補充などを低減させることに成功している。離職に伴う介護職員の交代によってかかるコストは、介護機器の購入・導入に伴う環境整備にかかる費用よりも多額であるという報告のせいもあって対策が進み、欧米では腰痛はもはや介護職の職業病ではなくなってきた。

我が国においてもそれぞれの施設が施設・法人単位で介護の方針や介護方法の統一をはかりこれを職員に周知徹底すること、また教育・研修内容に関しては新人研修の段階から介護者自身が安全に働くことが出来るよう労働者としての権利や義務についての知識をカリキュラムに加えていくことが必要であると考えられる。

また、研修の時期であるが、就業後であっても定期的なリカレント教育が必要であると考えられる。稲葉（2009）は在日フィリピン人介護士に対する調査の中で、彼らの就業年数と介護の知識は比例せず、経験を重ねることはキャリアアップを意味しないと述べているが⁸、日本人の介護職員についてはどうだろうか。全社協が行った調査によると、高齢者介護施設における現任者の能力開発は不十分であるという指摘がある⁹。研修が適切に実施されていなければ、経験年数ばかりがいたずらに積み重なってしまい、肝心の介護従事者としての資質の向上が図られていないという事はないだろうか。スウェーデンでは、日本の介護職にあたる「アンダーナース」が働きながら更に上級資格を目指すことで高いモチベーションを持って就業し、その結果介護の質を高めることとなっている。日本においても、介護福祉士の上級資格として「専門介護福祉士」の設置が検討されているが、単に制度をいじって名前だけの資格を追加するのではなく、目に見える形で上級資格取得のメリットを示し、きちんと資格取得者が評価されるようなしくみをつくる必要がある。

最後に研修の方法についてだが、介護という仕事は頭も体も使う仕事である。一般に、社会福祉協議会等が主

催しているような大規模研修等では、講師の一方的な講義とグループワークの組み合わせというパターンが多く実施されているが、こういった形式での研修の効果測定、特に集合研修での学びが、参加者それぞれの就業先で他の職員に対してフィードバックされているのかといった点を検証していく必要があるのではないかと考える。

第IV章においては、介護現場が多様性を受容できるように変化することのメリットについて論述したが、例えば変化の少ない施設介護の現場で長く就業してきた中堅以上の介護職員が、「多様性を認める」ことができるように思想を変えるための研修の形式は講義やグループワークだけでは不十分であり、やはりワークショップやOJTのような「違いに気付く」「心と体で感じる」ことの出来る研修形態を企画していく必要がある。

まずは現在まで行われてきた介護職員に対する教育・研修内容についての効果を検証した上で、これからの時代に見合った教育・研修内容を加えていくことを検討していくべきである。

～提言「結論」にかえて～

最後に「おわりに」に変えて、総括で論述してきた介護職員に対する教育・研修に関する提案を、どのように実行していくのかという点について、介護福祉士の養成教育に関わる立場から「地域の養成校・施設の更なる連携連携の促進」についての提言を行いたい。

介護福祉士等の養成校の教員が、福祉・介護事業所を訪問・巡回し、介護技術等に関する研修を行うことにより、職員のキャリアアップや資質向上および定着を支援する目的で「キャリア形成訪問指導事業」が既に兵庫県などで始まっている。インターネットでこれについて検索すると、看護協会や社会福祉司会、介護福祉士会や介護福祉士養成校などがそれぞれの専門分野についての研修を企画しており、「介護福祉士国家試験受験対策」や「介護技術の現地指導」、「感染症の予防」など様々な研修内容の中から施設のニーズにあったものを選択できるようになっている。施設内での研修を行うことで、施設外研修よりも多数の介護職員が一度に研修を受講することが可能となるし、また出席できなかった職員へのフィードバックも容易になる。教育・研修効果だけでなく、地域の養成校と施設の連携が深まるきっかけとなり、学生の実習指導や就職活動などに関しては、講師を派遣する養成校にとってもメリットが期待できる。

また、地域の施設同士が連携して介護職員の教育・研修を企画することも効果的であると考えられる。このような取り組みを新潟県内でも既に実施している法人もあるが、介護職員が法人間研修で全く違う現場に入り、普段とは違う介護の方法や技術を経験し、他施設の業務の優れた点や介護方法の違いやその根拠を知り、みずからの職場にもちかえる。知らない介護職員に混じって若干の不安を感じながら業務を実際に経験することは、多様性をみ

⁷ 上之園佳子「福祉・介護の健康と安全衛生に関する課題 - 介護職の腰痛発生の実態と予防対策を中心として -」『月間福祉 91 (6)』、2008/5

⁸ 稲葉 宏「在日フィリピン人介護職員の就労実態と課題」『第 48 回 日本社会事業大学社会福祉研究大会 報告資料集』、2009

⁹ 介護サービス従事者の研修体系のあり方に関する研究会『介護サービス従事者の研修体系のあり方について—キャリア開発システムの研修カリキュラムについて— 第二次中間まとめ（平成 17 年老人保健健康事業）—』全国社会福祉協議会中央人材センター、P6

とめる心の育成につながるのではないだろうか。

こうした地域での連携による介護職員の教育・研修システムの実現をはかるためには、まずは養成校が卒業生に対するリカレント教育を体系的に企画・実践し、現場のニーズを的確にとらえていくことが必要だと考える。

当校では平成19年度卒業生を対象にリカレント教育の実践をはじめており、今秋第2回目のフォローアップ企画を現在準備中である。すでに実践をおこなっている養成校として富山短期大学の取り組みなどから多くを学び、新潟でも実践を積み上げて、施設介護の質の向上と介護職員の定着に貢献していきたい。

参考文献

世界保健報告 2006 (WHO)

http://memorva.jp/ranking/unfpa/who_2006_life_expectancy.php

介護労働安定センター平成19年度介護労働実態調査

http://www.kaigocenter.or.jp/report/h19_chousa_01.html

笹谷真由美 (2008) 「介護福祉士の労働環境に関する一考察－専門職としての自覚及び評価－」『奈良佐保短期大学紀要』第16号、2008年

所道彦 (2008) 「イギリスのコミュニティケア政策と高齢者住宅」『海外社会保障研究』2008年8月、No164

三富紀敬 (2004) 「ケアワーカーの規模・構成と経済的な貢献」『静岡大学経済研究. 9 (2)』

三富紀敬 (2005) 「イギリスのケアワーカー」『立命館経済学第54巻・第4号』

矢部久美子のイギリス福祉情報

http://www.tutui.com/yabe/yabe_archive.html

九州大学法学部 2002年度行政法演習 (木佐茂男ゼミ) 研究報告書

「高齢化の推移と高齢者ケア施設施策の歴史」『介護保険の救済制度』、2002年

http://homepage3.nifty.com/tabushi/2008Kaigohoken_web/index.html

三富道子 (2005) 「イギリスにおける全国介護基準と職業資格」『静岡県立大学短期大学部研究紀要』第19号、2005年

森田ゆり 『エンパワメントと人権－こころの力のみなもとへー』 解放出版社、1999年

CSCI “Inspection report(2008)” care homes for older people, The princess Alexandra Home

壬生尚美 佐分行子編 『事例で学ぶ 生活支援技術習得新カリ対応』 日総研出版、2008年

関龍太郎 『イギリスにおける高齢者のためのボランティア活動』、デンマーク研究会

<http://www.mable.ne.jp/~matue-seki/engrand.htm>