

(財団法人社会福祉振興・試験センター平成 20 年度助成研究)
特にデンマーク王国・ドイツ連邦共和国における
高齢者介護専門職員養成に関する調査研究に基づく
3 年制の介護福祉士養成高度化に関する
研究の報告 2009. 3.

石 川 彪

(目次)

- 第 I 部 研究の経緯・研究会・報告書
第 II 部 研究の目的・方法
第 III 部 調査報告(紙面の都合上, 報告本文を研究幹事により一部を抜粋し又は要約した。)
- 1 上級の介護福祉士を 4 年制の大学で養成するシステムの提案
研究幹事 八戸大学 石川 彪
 - 2 3 年制の医療介護専門員(仮称)の養成に関する提案
研究監事 岡山県立大学 筒井澄栄
 - 3 看護・介護に関する職能の見直しと政策的意義
研究会副会長 政策研究大学院大学 島崎謙治
 - 4 今後日本における介護需要 研究委員 花園大学 小松一子
 - 5 ドイツの介護専門職養成の新施策から示唆される介護人材養成の方向性
研究委員 仙台白百合女子大学 中村裕子
 - 6 参考資料 ドイツからの情報と資料
協力研究員 ハノーバー在住老人介護師 Altenpflegerin
及び高齢者センター看護部長 Pflegeleitung 岡田澄子 (補足説明は石川彪)

**March 2009 Research Report on Advanced Three-Year Educational
System for Nursing Care Worker Certification**

(Research subsidy granted by the Center of Social Welfare Promotion and
National Examination (for Qualification of Social Worker,
Psychiatric Social Worker and Care Worker))

by Hyoh ISHIKAWA

Contents

- Part 1 Research details, research group, and report
Part 2 Research purpose and methods

Part 3 Research group findings

1. “Proposal for a Three-Year Advanced Nursing Care Worker Education Program at a Four-Year University”
by Hyoh ISHIKAWA, research group secretary
2. “Proposal concerning a Three-Year System of Medical Nursing Care Specialist Education” by Sumiei TSUTSUI, research group supervisor
3. “Taking a New Look at the Function of Nursing and Nursing Care, and the Significance of Development”
by Kenji SHIMAZAKI, research group vice-chairman
4. “The Future Demand for Nursing Care in Japan”,
by Kazuko KOMATSU, research group member
5. “Course of Action for Nursing Care Personnel Education as Suggested by German Nursing Care Specialist Education Policy”
by Hiroko NAKAMURA, research group member
6. Reference Data : “Information and Materials from Germany” translated by Sumiko OKADA, research group support, who resides in Hanover, Germany and is an instructor in nursing care and nurse/director at the Hanover Elderly Center. With comments from Hyoh ISHIKAWA

第I部 研究の経緯・研究会・報告書

1 研究の経緯

フルラインの現物保険給付を持つ介護保険制度が発足早々の介護サービス供給体制整備の重要な時期に、社会保障費抑制策のもと2次にわたり介護報酬を引き下げたことにより、介護の量と質が急激に劣化した（政策の失敗、従事者応募激減）。

この事態を憂い打開の一助に、2007年4月に今次の介護福祉士等の法律改正の対象としていない①2,500時間・3年以上の専門介護福祉士養成の高度化及び②介護福祉士の地位向上への介護専門職制度の構築をめざし、介護専門職制度研究会（介護福祉士養成施設協会内自主研究会）を立ち上げ、ドイツとデンマークを視察した。

これが契機となり、財団法人社会福祉振興・試験センターの平成20年度助成を頂き、介護福祉士養成高度化研究会を結成し、更に研究を進める運びとなり、再度ドイツ・デンマークへ視察し、3年制の専門介護福祉士養成制度を研究した。

研究報告書にCDRを添え助成先へ平成20年度末に提出し、第17回日本介護福祉学会大会（平成21年9月13日）で報告した。

2 研究会の組織

研究会長に蛇口浩敬（八戸大学総合研究所長、前同大学学長、ドイツ連邦第1級功労十字章受賞）、研究副会長に島崎謙治（政策研究大学院大学教授、前国立社会保障・人口問題研究所副所長）、研究委員に、中村裕子（仙台白百合女子大学教授、博士(医学)）、及び小松一子（花園大学教授、保健師）、並びに松下能万（山野美容芸術短期大学講師、社会福祉士）、研究監事に筒井澄栄（岡山県立大学准教授、博士(社会福祉学)、理学療法士、社会福祉士、精神保健福祉士）、研究幹事に石川彪（八戸大学教授）、協力研究員に岡田澄子（老人介護師 Altenpflegerin、高齢者センター看護部長 Pflegeleitung、ニーダーザクセン州ハノーバー在住）、事務局を八戸大学総合研究所に置いた。

3 報告書の構成 報告書 A4 版 165 頁、 CDR (PFD 及び Word-97-2003 の 2 様式)

報告書第 I 部は、1 はじめに 蛇口浩敬、2 看護・介護に関する職能の見直しと政策的意義 島崎謙治、3 今後日本における介護需要 小松一子、4 ドイツの介護専門職養成の新施策から示唆される介護人材教育の方向性 中村裕子、5 上級介護福祉士（仮称）の 4 年制大学での養成に関する提案 石川 彪、6 Altenpfleger 養成校 Fachseminar für Altenpflege der Kaiserswerther Diakonie の視察 7 ドイツ連邦共和国の教育制度と高齢者介護専門職の変遷 8 デンマーク王国における福祉専門職の養成における現状と課題 9 デンマーク王国の教育制度 いずれも筒井澄栄、10 参考資料 11 結びに代えて 夫々 石川彪。

報告書第 II 部は、参考資料で、1 実験クラウドゼル、2 NRW 州の Altenpfleger 教育資料 6 冊、3 Fachseminar fuer Altenpflege der Kaiserswerther Diakonie の資料、夫々を岡田澄子が要約翻訳、4 ドイツ視察報告、5 ドイツとデンマークを訪れて (2007.4.)、夫々、石川彪。

第 II 部 研究の目的・方法

1 研究の目的

本研究は、少子高齢社会に適合できるように介護労働の基盤を開発し整備するため、現行の 2 年制養成を 1 年伸長し、より専門性の高い介護福祉士（仮称、上級介護師）を養成することを研究の目的とする。

本研究は、わが国の介護福祉士の国家資格が、特別養護老人ホームの寮母等を資格化し、20 年前（後期高齢化率 4% の時代）に生誕して以来、先進国に例を見ない急激な少子高齢社会への変化に応じ行わなければならない介護福祉士職能開発を反省し、時代が要求する新たな職能開発の研究を行うものである。単に介護従事者の教育期間の 1 年延長の養成システム研究に留

めず、（仮称）介護業法及び（仮称）介護師法の制定へ組み込むべき事項を含めて研究することを目的とする。

2 研究の方法

A 研究の 3 方法

第 1 には、わが国の人口が 2005 年を頂点とする対称軸を描き人口増加から減少へ転換した少子高齢社会への変化から生じる介護需要に適應できる職能開発を指向する研究方法をとる。

第 2 には、介護職の現行 2 年の養成を 3 年と 1 年分伸長して行く（仮称）上級介護専門職の職能開発の研究の方法をとる。

第 3 には、すでに、ドイツやデンマークにおける介護従事者 3 年制養成の先例と実績を学習し、そこから開発を考察し研究する方法を採る。

B 研究の 6 視野

次の 6 視野から研究することとする。

第 1 には、介護と一体として行われる医療的なケアを、適正な教育と訓練を条件とし、適格な介護従事者へ、医療職の業務独占の適用除外とすることを視野に置く。

第 2 には、従前の従事者の職業教育から、介護学の発達展開に応じた高等教育研究へと、教育する者も教育される者も、上方移行することに視野を置く。

第 3 には、単一の介護資格制度から複数の介護資格を形成（例えば介護 1 級・介護 2 級・介護 3 級、既に自動車整備士資格の 1 級・2 級・3 級などの前例がある）することを視野に入れる。

第 4 には、特に、上級の介護職における、可能な限りの、看護・保育・作業療法・言語聴覚・家政などの関連職種へのゼネラル化を視野に入れる。

第 5 には、極東の島国の純日本的資格制度から、国際標準となるような（わが国以上に急速な少子高齢社会へ移行しつつある韓国・台湾・中国の沿岸部への先行モデルとなるような）介護職能の開発及びその資格制度の国際互換性の開発の方向を視野に置く。

第6には、遅れているわが国の介護専門職制度において、(仮称)介護業法並びに(仮称)介護師法の法制の施行を指向し、それらに組み込むべき介護の職能及びその運営方法を開発することを視野に入れるものである。

第III部 報告した提案など

1 上級の介護福祉士を4年制の大学で養成するシステムの提案 石川 彪

A はじめに(略)

B 介護福祉士を大学教育で養成する提案

本稿では、介護福祉士を4年制の大学教育課程で養成することを提案するものである。

その大要は、4年制の大学教育過程のうち、3年間分を概ね2,700時間の介護福祉士養成のための専門教育に当て、残りの1年間分を教養教育に当てるとするものである。学校法人・大学設置審議会の大学等教員資格審査又は同等の資格審査を得た教員が、当然にその養成を担当とするものとする。その大学教員の養成については、下記C(7)で改めて述べる(ドイツは2010年から、従来の老人介護師ないしは看護師資格保有者という教員要件を、修士又は学士号保有者へと引き上げた)。本稿での提案は、ドイツのFachhochschule(3~4年制養成、直訳は高等専門学校であるが、学制の相違を勘案すると単科大学ないし専門大学に相当しよう)に近い提案である(デュアルシステムのFachseminar(3年制養成、義務教育9年制又は10年制の修了者を対象の職業教育)とは異なる)。

C 4年制大学における介護福祉士養成の位置付け

(1) 上級介護職の育成

介護福祉士養成に係る複数の養成制度を下記のとおり、大別し5区分に整理し、上級介護職育成養成として位置付ける。即ち、下に述べる大別5区分のうち、養成課程2に相当することを定義しておこう。

養成課程1: 大学院で養成する介護教育研究

職(博士及び修士)

養成課程2: 4年制大学で養成する上級介護職(学士、専門教育3年と教養教育1年)

養成課程3: 3年制の専門学校修了者(専門士、専門介護士として検討を予定する養成課程、短期大学又は専門学校が主たる候補、新たな検討分野)

養成課程4: 現在の介護福祉士(原則は短期大学又は専門学校修了の専門士)

養成課程5: 現在の介護福祉士のうち実業高校修了及びこれに準ずる者(高校卒業者)

(2) 介護の幹部人材の養成

上記の養成課程2は、介護現場における上級専門介護職、介護施設長及び各種介護機関の代表はじめ経営幹部、介護行政職、介護教育研究職、並びにこれらに準ずる介護の幹部人材の育成を指向するものである。従って、複数の介護福祉士養成制度の中でも、特に介護上で指導的な上級職の人材を育成する教育システムと位置づけ、それにふさわしい教育と訓練を行う。3年間の専門教育に加え1年間の教養教育を施して、将来の指導者としての素養を身につけることを期待する。

(3) 上級介護職の教育職能

上級介護職は、次の3種の教育職能を合わせ有することとなる。

教育職能1: 社会的介護における生活指導者としての教育職能

教育職能2: 社会福祉における社会福祉教育者としての教育職能

教育職能3: 社会生活における社会教育者としての教育職能

これらの職能を遂行するためには、単に介護技術や専門知識に長じているだけではなく、社会全般の指導教育的な職能を遂行できる能力をこの大学教育過程で涵養する。

従って、本稿でいう上級介護職は、上級介護師（士→師）を意味する。

(4) 医療行為の許容

介護と一体的に行われる医療的ケアは、上級介護職にも行うことを認める。医師法や保助看法等に定める医行為の独占法制を見直し、上級介護職に対する適用除外の規定を設ける。

(5) 業務独占の法定化

現在は、介護福祉士は名称独占の国家資格であるが、本提案に提唱する上級介護職は、業務独占業務の国家資格と法定することとする。

即ち、介護と一体的に行われる医療的ケアは、医療職のほかは、国家試験に合格し業務登録の後に本資格を有する者のみが従事できる独占の業務と法定されるべきである。

(6) 上級介護職の実践能力の開発

上級の介護職として、職業生活を遂行するための、次のア～エの4分野の実践能力の開発に取り組むものとする。

- ア. 専門的能力の開発：チームや組織・自分を管理コントロールして職業と家庭のバランスをとり、さらに自分のストレスを早期に解消できる能力 (Personal-kompetenz)
 - イ. 社会的能力の開発：チームや組織・あるいは対顧客での対人関係を乗り切る能力 (Sozialkompetenz)
 - ウ. 専門的能力の実行能力の開発：専門的知識を十分有しそれを実行する能力 (Fachkompetenz)
 - エ. 上級職業教育の総合的教育方法の開発と実施：上記の3分野の実践能力の開発のためには、日々進歩する科学・技術に対応すべく、学習する意欲を総合的にみる教育方法を開発し適切に実施する方策を講じる。(Methodenkompetenz)
- (7) 国立介護研究所兼国立介護学研究大学院大学（仮称）の設置提案

国立介護研究所兼国立介護学研究大学院大学（仮称）の設置を提案するものである。

介護学上の各種の付属研究所（実験施設や試験・実験の各種機関）を有する介護学大学院大学を設置し、研究教育を行い、上級介護職としての研究教育職（博士及び修士）の養成を行うことを提唱する。

上述のとおり、上級介護指導者は、① 生活指導者、② 社会福祉教育者、③ 社会教育者の職能を併せて担当するから、所要の能力開発が大学教育課程で求められる。

16年先の2025年に介護職255万人を必要とする(09.3.12.参議院予算員会で厚生労働大臣が推計値を答弁)時代に向けて介護の指導的役割を担う上級介護福祉士の養成に緊急を要する。大学における介護教員は徹底的な人材不足が発生することが容易に予測され、憂慮されるところである。その対策を早急に講じるように、本提案を行うものである。

ケアワーカーの多くは、無資格で（ホームヘルパー養成研修は短期促成養成の講習を受講した認証に過ぎず、講習内容は貧弱で、国家資格とは程遠い）、介護現場における上級介護福祉士による指導監督を必要としている。介護の現場での労働の質は、取りも直さず、介護サービスの質であるから、上級介護福祉士の職能はその維持向上にある。

D 4年制大学での介護上級職養成に伴う課題

(1) 介護福祉士間の職務格差

医療行為の許容、業務独占に関し介護福祉士間に格差が生じるが、労働条件及び職務権限として、上記C(1)に挙げた介護福祉士の複数養成制度の中から、第1グループの養成課程1、養成課程2、養成課程3、及び、第2グループの養成課程4、並びに、第3グループの養成課程5として区分して明文をもって定めることとなる。

(2) 介護福祉士の職能開発、教育システム論と並行する課題

上級介護職の養成には、単なる介護教育法制の課題に留まらず、遅れているわが国の介護専門職制度の構築の課題が次のようにある。

ア 介護資格法制上の課題

現法制の反省：介護福祉士と社会福祉士を同一の法律で定めることに無理がないか検証を要する。

精神保健福祉士・理学療法士・言語聴覚士・保育士等と、可能なるところの共通の法制化ないしはゼネラル化できないかという課題がある。

イ 介護労働法制の課題には、介護の労働特性を反映する労働保全の法制（腰痛など職業病の対策や介護労働上の災害、デンマークでは介護就労中の腰痛発生は使用者責任と定めている）、労働時間（早朝深夜勤務・フレックス勤務・有給休暇など）・安全衛生・労働基準、介護労働組合、最低賃金制度・共通賃金制度、介護報酬の決定と労働条件、職業教育・資格・継続教育と賃金とのリンク、団体交渉などの制定が必要である。

これらは、一般的労働法制と、次の介護事業法制に規定すべきものとに分ける必要がある。

ウ 介護事業法制の課題には、(仮称)介護師法と(仮称)介護業法の2つがある。

- ① (仮称) 介護師法には、業務独占・従事資格の審査(個別審査か準則審査)、試験方法(筆記・口述・実技など)・登録・欠格事由、同業団体・同ショップ制(ユニオンかクローズなど)(全国・府県・市町村の3層構成)・労使関係(争議と利用者保護など)を制定する必要がある。
- ② (仮称) 介護業法の課題には、措置の福祉施設から脱皮し、新生する介護事業同業者団体に関する事業法として、(仮称)介護業法の早期の制定を提唱する。介護事業の範囲・介護事業の許認可等(事業免許・事業指定・事前または事後の届出など)、事業監督、同業団体、介護専門職(常勤)雇用の義務、介護業務管理、事業の安定継続(事業継続不可には包括移転)などを法制化する必要がる。

2 医療介護専門員(仮称)の3年制養成の提案 筒井澄栄

わが国は、今後爆発的に増大する後期高齢者に対し介護予防を講じているものの、療養を必要とする高齢者は増大の一途をたどる。これに対応できる新しい職能を有する介護福祉士に代わる新たな専門職が必要不可欠である。デンマークにおけるSSAのように療養に必要な医療行為の行える新たな専門職として医療介護専門員(仮称)の養成が求められる。介護福祉士と准看護師の職能を併せ持つ医療介護専門員(仮称)は、3年間の養成期間の概ね2,700時間で、介護福祉士と准看護師の現行のカリキュラムを融合したカリキュラムで養成を行い、在宅高齢者ケアの専門家として位置づける。

① 介護と看護の双方のSKILLをもつ医療介護専門員という新たな専門職

介護福祉士と准看護師の職能を併せ持つ、あらたな医療介護専門員(仮称)を養成することで。所定の医行為が許される介護福祉士を養成することする日本版の介護と看護との間のゼネラル化といえる。

② 医療行為の許容

介護と一体的に行われる医療的ケアは、医療介護専門員も行うことを認める。医師法や保助看法等に定める医行為の独占法制を見直し、医療介護専門員に対する適用除外の規定を設ける。

③ 業務独占の法定化

現在は、介護福祉士は名称独占の国家資格であるが、本提案に提唱する医療介護専門員には、業務独占業務の国家資格と法定することとする。即ち、介護と一体として行われる医療的ケアは、医療職のほかに、国家試験に合格し業務登録の後に本資格を有する者が従事できる独占の業務と法定されるべきである。

1) 医療介護専門員(仮称)への移行方法

上記1の医療介護専門員(仮称)を3年制で養成するシステムは、新規の養成のシステムであるが、現行の資格制度からの移行の方法には、

下記のような2つの方法がある。

移行方法1：介護福祉士から医療介護専門員（仮称）への移行 現在、介護福祉士の資格を有する者は、2年間の准看護師の養成カリキュラムの基での養成教育を受けるものとし、国家試験に合格し、登録をすると医療介護専門員となる。

移行方法2：准看護師から医療介護専門員（仮称）への移行 現在、准看護師の資格を有する者は、1年間の介護福祉士の養成カリキュラムの基での養成教育を受けるものとし、国家試験に合格し、登録をすると医療介護専門員となる。

あたかも、保育士資格を有する者が1年間の介護福祉士の養成カリキュラムの基での養成教育を受ける場合と同様な養成システムである。

2) 医療介護専門員（仮称）の養成に伴う課題

(1) 医療介護専門員と介護福祉士又は准介護士との間の職務格差

医療介護専門員と介護福祉士又は准介護士との間の職務格差は、労働条件の差として明確に定めればよい。

(2) 医療介護専門員の養成に関連する新たな課題

医療介護専門員の養成は単に介護又は看護の新たな育成法制の課題に留まらず、別の提案、上級介護福祉士の大学における養成と同様な、遅れているわが国の介護・看護の専門職制度の構築の課題でもある。

報告書第1部 6, 7, 8, 9, 筒井澄栄の報告に関する補足（研究幹事石川記）

第1. ドイツ連邦共和国の基本教育制度及びデンマークの教育システム（次頁参照）

第2. Altenpfleger 養成校 Fachseminar fuer Altenpflege der Kaisers-werther Diakonie を訪問して（報告6）

- (1) 16州の中でリーダーの養成校
- (2) Altenpfleger の歴史

(3) 連邦法の成立と高齢者介護

特に高齢者介護の職業に関する法律

(4) Altenpfleger の教育システム・今後の課題

連邦法に基づく3年制、2,100時間理論学習、2,500時間実習、医療行為を認めている。

州法に基づく1年制養成のAltepflegehilfe。

第3 ドイツ連邦共和国の教育制度と高齢者介護専門職の変遷（報告7）

(1) ドイツ連邦の概容

(2) ドイツの教育制度

(3) デュアルシステム（二元制度）の職業教育

青少年の60%は学校卒業後に350種の職業教育を受ける。大学は教育・研究の場で、大学入学許可試験（アビトゥア、ギムナジウム等卒業後改めて受験、生涯2回のみ）、殆どが州立で公費負担。

(4) 「高齢者介護の職業に関する法律」が成立までの高齢者介護専門職の変遷

第4 デンマークでの福祉専門職養成の現状課題（報告8）

(1) （高齢者）福祉政策

(2) 介護人材の養成

(3) SSH・SSA

(4) 今後の課題

(5) わが国における3年制の医療介護専門員（仮称）養成提案（先述）。

第5 デンマークの教育システム（報告9）

(1) 修学前教育

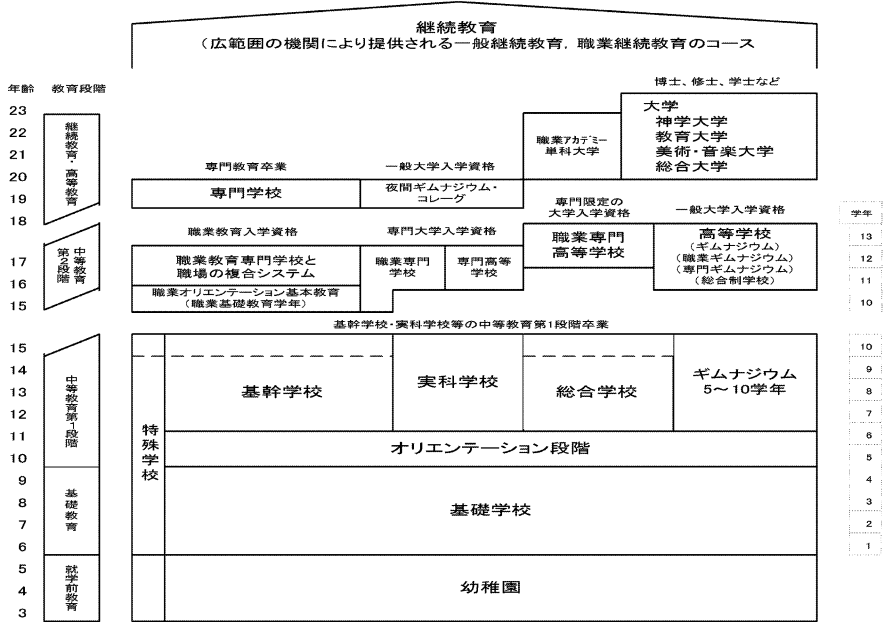
(2) 義務教育（初等教育＋前期中等教育）

(3) 後期中等教育 非職業教育課程＋職業教育課程（SOSUやVETなど）

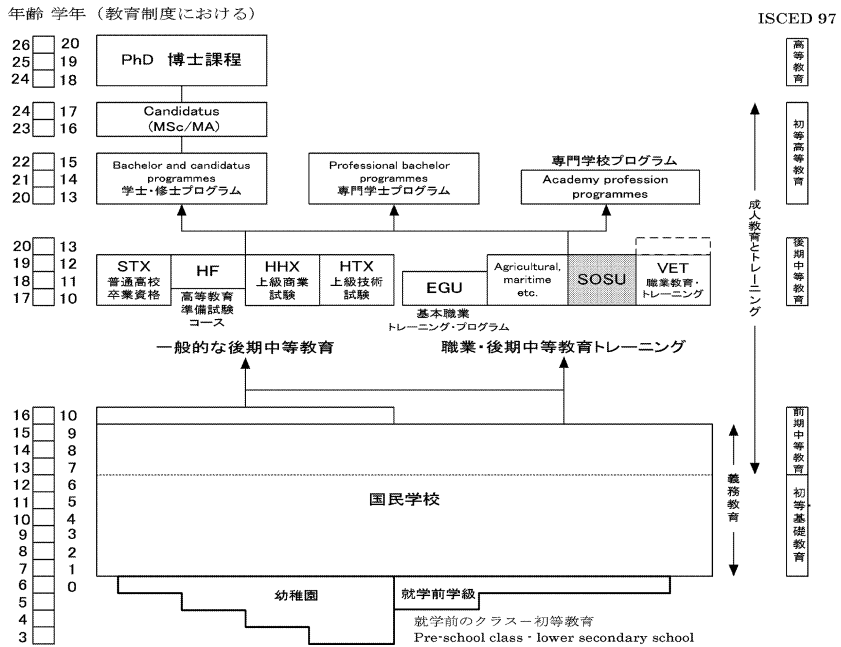
SSH（義務教育終了後に準備教育6ヵ月後に1年2ヵ月教育）及びSSA（SSH資格取得後1年8ヵ月、SSHと通算し3年6ヵ月）があり、無免許の介護従事を認めず、介護に伴う医療行為を認め、同国の24時間介護・脱施設の実施基盤となり、公費で運営している。

(4) 高等教育 前期高等教育＋後期高等教

ドイツ連邦共和国の基本教育制度



デンマークの教育システム



育（通算6年以上）、高校教師の殆どは前期高等教育の終了者である。

(5) 教員養成・研修

註 本稿では介護従事者の労働組合を扱わなかったが、両国とも全国横断組合で相当充実しており、無いに等しいわが国とは雲泥の格差がある。

3 看護・介護に関する職能の見直しと政策的意義 島崎謙治

1. 本稿の目的・構成(略)
2. 医療・介護制度の制約条件(要約)
 - 1) 人口構造の変化

日本の総人口は2005年を軸とし過去と将来は左右対称をなす(1955年と2055年の総人口は9,000万人弱と同じ)が、過去は少ない高齢者を多くの生産年齢人口で支えていた「人口ボーナス(bonus 配当)」の時代であったのに対し、将来は多くの高齢者を少ない生産年齢人口で支え

る「人口オナス(onus: 重荷)」の時代となる。

第1は、日本の総人口が減少とともに人口構成(年齢構成)が変化する。

第2は、75歳以上の後期高齢者数の増加が著しく、2005年から2030年にかけて倍増する。65歳以上者の1人当たり医療費は65歳未満者の4.5倍程度、後期高齢者医療費は前期の約1.7倍。現在でも介護給付費の約8割は後期高齢者が使う。

第3は、医療・介護サービスの労働力確保が深刻になり、「奪い合い」が激化する。更に、世帯主が65歳以上の世帯が増加し、とりわけ単身高齢世帯が著しく増加する。

2) 経済基調の変容

第1「資本蓄積」は、少子高齢化により貯蓄率が低下する大きな要因である。

第2「労働力」であるが、経済成長の「足枷」になる。

第3 医療・介護の対人サービスの分野で「技

図表1: 人口の基本指標 (1955年から2055年)

年次 (年)	総人口(A)	人口3区分			(参考) (D)のうち 後期高齢者 人口の再掲 (75歳以上)	高齢 化率 (D/A)	老年従属 人口指数 (D/C)	生産年齢人口 を20~69歳、 老年人口を70 歳以上とした 場合の老年従 属人口指数
		年少 人口(B) (15歳未満)	生産年齢 人口(C) (15~64歳)	老年 人口(D) (65歳以上)				
1955	8,928万人 (69.9)	2,980万人 (169.5)	5,473万人 (64.8)	475万人 (18.4)	139万人 (11.9)	5.3%	8.7% (12人で1人 を支える)	5.8% (17人で1人 を支える)
1980	11,706万人 (91.6)	2,751万人 (156.4)	7,883万人 (93.4)	1,065万人 (41.3)	366万人 (31.4)	9.1%	13.5% (7人で1人 を支える)	9.0% (11人で1人 を支える)
2005	12,777万人 (100)	1,759万人 (100)	8,442万人 (100)	2,576万人 (100)	1,164万人 (100)	20.2%	30.5% (3.3人で1人 を支える)	21.5% (4.7人で1人 を支える)
2030	11,522万人 (90.2)	1,115万人 (63.4)	6,740万人 (79.8)	3,667万人 (142.3)	2,266万人 (194.7)	31.8%	54.4% (1.8人で1人 を支える)	41.7% (2.4人で1人 を支える)
2055	8,993万人 (70.4)	752万人 (42.7)	4,595万人 (54.4)	3,646万人 (141.5)	2,387万人 (205.0)	40.5%	79.4% (1.3人で1人 を支える)	61.8% (1.6人で1人 を支える)

(注) 総人口、人口3区分のかっこ書きは、2005年を100とした場合の指数である。

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所『将来人口推計(2006年12月)』の出生中位・死亡中位推計、総務省『国勢調査』に基づき筆者作成。

図表2：2030年度の国民医療費の粗い試算

	人口		国民医療費				
	2005年	2030年	2005年度	2030年度			
				伸率0%	伸率1%	伸率2%	伸率3%
0～64歳	10,201万人 (79.8%)	7,855万人 (68.2%)	16.2兆円 (49.0%)	13.3兆円 (34.0%)	17.1兆円 (34.0%)	21.9兆円 (34.0%)	27.9兆円 (34.0%)
65～74歳	1,412万人 (11.1%)	1,401万人 (12.2%)	7.4兆円 (22.2%)	7.3兆円 (18.7%)	9.4兆円 (18.7%)	12.0兆円 (18.7%)	15.3兆円 (18.7%)
75歳以上	1,164万人 (9.1%)	2,266万人 (19.7%)	9.5兆円 (28.8%)	18.6兆円 (47.4%)	23.8兆円 (47.4%)	30.5兆円 (47.4%)	38.9兆円 (47.4%)
計	12,777万人	11,522万人	33.1兆円	39.2兆円	50.3兆円	64.3兆円	82.1兆円

図表3：保健衛生・社会事業従事者等と労働力人口に占める比率（単位千人：％）

	日本	スウェーデン	英国	ドイツ	フランス	米国
保健衛生・社会事業従事者 (A)	5,310	683	3,355	4,063	2,919	16,661
助産師・看護師・准看護師 (B)	1,171	101	765	818	454	3,015
労働力人口 (C)	66,420	4,512	29,369	39,948	27,429	148,893
A/C	8.0%	15.1%	11.4%	10.2%	10.6%	11.2%
B/C	1.8	2.2	2.6	2.0	1.7	2.0

(出典) A及びCは、ILO: Yearbook of Labour Statistics (2005) Bは、OECD: Health Data 2008

術進歩」の生産性向上に期待はできない。技術者にインド人や中国人が多く、技術革新は生産年齢人口世代から生みだされる。

3. 医療・介護の人的資源の確保問題

1) 年金制度は「お金の移転」(ファイナンス)である対し、医療・介護はサービスの提供は(デリバリー)であり、医師不足だけでなく看護職や介護職等の確保が必要である。

2) 2030年における看護職員・介護職員等の推計

- ア. 2030年における看護職員及び介護職員の労働力人口に占める比率
- イ. 2030年における「保健衛生・社会事業従事者」の労働力人口に占める比率
- ウ. 2030年における新卒者に占める看護職員及び介護職員の比率

現状でも新卒者の5.8%が看護職員又は介護職員の養成数であるが、2030年にはその割合は12.2%まで増加する。換言すれば、新卒者の約8人に1人は看護職員又は介護職員となるということである。仮に男女比が1:4だとすると、計算上は2030年には新卒女性の5人に1人が看護職員又は介護職員となる。

3) 2及び3の小括

① 2030年頃まで医療・介護需要の増加が見込まれ、② 医療・介護をはじめ社会保障の持続を可能とする経済の潜在成長率は低く、③ 医療・介護を支える労働力減少する中で、医療・介護分野に労働力人口を大幅にシフトさせることが必要となる課題に遭遇する。

第1に、貿易立国の要となる科学技術分野を担う若年労働力の「争奪戦」は激化する。

図表 4：2030 年における看護職員数・介護職員数及び労働力人口に占める比率

	「現状投影型」の場合	「大胆な改革 (B2)」の場合
看護職員	190 万人 (3.1%~3.4%)	223 万人 (3.6%~4.0%)
介護職員	238 万人 (3.9%~4.3%)	293 万人 (4.7%~5.2%)

図表 5：2030 年における保健衛生・社会事業従事者数 (粗い試算)

	「現状投影型」の場合	「大胆な改革 (B2)」の場合
A1	973 万人 (15.7%~17.4%)	1,173 万人 (19.0%~21.0%)
A2	856 万人 (13.9%~15.3%)	1,032 万人 (16.7%~18.5%)

図表 6：2030 年における新卒看護職員及び介護職員の 20 歳人口に占める比率

	新卒者数 (2008 年から 2030 年)	20 歳人口に占める比率 (2008 年から 2030 年)
看護職員	5.2 万人 → 7.8 万人	3.9% → 8.2%
介護職員	2.5 万人 → 3.8 万人	1.9% → 4.0%

第 2 に、医療・介護人材の養成に社会的意思決定を要するが、これが容易ではない。

第 3 に、医療・介護の養成数を決めても充足される保証はなく、処遇条件等の如何で看護職や介護職の魅力が相対的に低ければ、人は集まらないし離職する。(2008 年 4 月時点の介護福祉士養成施設の定員充足率は 45.8%，定員 25,407 人に対し入学者数 11,638 人と定員割の現実を直視すべきである。)

4. 政策課題としての職能の見直し

1) 効率化の重要性：医療・介護制度の持続可能性確保政策の重要な柱は、効率化、機関機能の分化、集約化、連携を図る総合化を並進することが重要だと言えよう。

2) 生産性向上と職能見直し：医療は生命・身体の安全性確保の観点から法令により規定され、反対論や慎重論が多い中で推進すべきであろう。

3) 職能の見直しに関する基本的視点

第 1 に、人口構造高齢化は疾病構造の急性疾患中心から慢性疾患期中心に変化し、看護

(cure) と介護 (ケア care) を一体的に行う、生活中心サポート形態が増加する。

第 2 に、財政や人的資源が厳しくなり関係者が知恵を出す検討が求められる。

第 3 に、医療や介護の現場の実状(医療の不足と介護の医療行為)を無視すべきでない。

第 4 に、一定の条件の下で医療的ケアを介護職員等に認めれば、幅が広がる。

第 5 に、介護職に医療行為を認めることは職能向上意欲喚起と専門性向上に資する。

4) 職能の見直しの具体策と論点—看護職—

① ナース・プラクティショナー (以下「NP」と略称する)、② 専門看護師 (以下「CNS」と略称する)、③ 認定看護師 (以下「CN」と略称する) について如何に考えるべきかという問題がある。

法律上の論点は A：NP, CNS, NS に、現行制度上医師のみに権限の行使を認めていることに対し、認める A の場合は、A-1：看護業務の解釈による拡大で認める方法と、A-2：医師法及び保健婦助産婦看護師法 (以下「保助看法」と

いう)の法律改正による方法とがある。筆者は、A-2の方向で検討を行うべき時期に来ているのではないかと考える。ただし、議論を建設的に進めるためには、看護職のみならず医師(特に専門学会)も交え、双方の「認識ギャップ」を埋めることが重要だと思われる。

4) 職能の見直しの具体策と論点—介護職—「医療的ケア」を一定の条件の下に介護職等に認める(A)、か否か(B)がある。

A-1:「医療的ケア」は医療行為とし、違法性が阻却されるという解釈により認める。

A-2:「医療的ケア」は医療行為とし医師法や保助看法を改正し一定の例外を認める。

A-3:痰の吸引や経管栄養等の「医療的ケア」は医療行為ではないと解釈変更をする。

ちなみに、A-1はALS患者の痰の吸引を一定の条件の下で家族以外の者が行うことを容認した2003年7月17日医政局長通知による方式であり、A-2は救命救急士法に類似する方式である。

主要な論点は次のとおりである。

第1に、「医療的ケア」の具体的内容・範囲を吟味し、研修の実施や責任管理体制の仕組みを検討すること、痰の吸引を例にとれば、咽頭の奥まで吸引か、咽頭の手前までの吸引かでは危険性は異なる。単に「医療的ケア」を抽象的に論じはいけない。

第2に、「医療的ケア」は現状で本人や家族に委ねられている範囲と同様にすることが理にかなっている。患者や家族にはすでにある程度の医行為が医療的ケアで認められている事実は、一定の訓練と医師・看護師との連携があれば医療職以外でもできる。

第3に、当面の対応と将来的なあり方は区分して検討する必要がある。痰の吸引や経管栄養の管理が現場で行われ問題「頭在化」の実態へ「対症療法」的な対応も必要とながら、「医療的ケア」は与薬行為などがあり、かつ「医療的ケア」の範囲は今後拡大していくから、問題をその都度個別に対応して是非を検討することは

適切ではない。

当面は①の違法性阻却論により解禁することはやむをえないが、将来的には、医療行為からの適用を除外するか、「医療的ケア」という特別類型を設け、一定の研修受講や医療職の包括的なコントロールが行われること等を条件に、一定の資格(例えば上級介護士(仮称))に解禁することを検討すべきである。

① 違法性却論は行為の事後に違法性を判断する基準であり事前評価に本来なじまない。② 違法性阻却論に立てば、医療行為は医療職の業務独占行為であり、医療職以外の他の職種が反復継続して(業として)行うことは論理的に相容れない。③ 介護職等が「医療的ケア」の違法性が阻却されても、直ちに介護職等が「業として」行うことを認めるものではない。将来的には違法性阻却論を用いるよりも、生活援助的な「医療的ケア」の類型を設け、体系的な教育養成と資格認定を行う方が、入所者の安全性の確保という観点からみても適切である。④ 一定の教育と実践トレーニングを受けることを条件とする資格(例:上級介護士又は療養介護士(名称はいずれも仮称))を設け、その業務独占行為(医療職は当然行う)とすることを議論すべきであろう。

5. 結語

① 職能見直しとして、一定の教育と実践トレーニングを条件とする資格(例:上級介護士又は療養介護士(名称はいずれも仮称))を設けるときには、現状の名称独占から業務独占とすることが副次的効果として生じる。しかし、この業務独占の論議に先立ち、「医療的ケア」を安全かつ効率的に行うことを議論の中心に据えるべきである。

② 介護福祉士の職能の拡大を行う裏腹の関係として、その責任はより重くなる。したがって、介護の専門性とは具体的には何か(端的に言えば家族介護と何が異なるのか)、介護福祉士の養成教育課程において介護の専門性に対する社会的ニーズに見合う教育を行いうるかが、一

層問われることになることも強調しておきたい。

4 今後日本における介護需要 小松一子

- 1 はじめに (略)
- 2 高齢化が進展する日本 (図表名のみで略)
 - 1) 高齢者人口の伸び 図 1 人口及び人口増加率の推移 図 2 年齢区分別将来人口
 - 2) 後期高齢者人口の伸び 図 3 高齢化の推移と将来推計
 - 3) 日本の介護に関係する疾病の受療率 表 1 要介護度別にみた介護が必要となった主な原因の構成割合 図 4 各疾病の受療率の推移 図 5 総患者数の年次推移
 - 4) 高齢者世帯の伸び 図 6 一般世帯の家族類型別世帯数の推移 図 7 世帯構造別にみた 65 歳以上の者のいる世帯数の構成割合の年次推移 図 8 世帯構造別にみた高齢者世帯数の年次推移 図 9 性・年齢階級別にみた高齢者の単独世帯の構成割合 図 10 世帯の将来推計 表 3 一般世帯数及び高齢者世帯数及び割合 図 11 高齢者世帯の将来推計
 - 5) 要介護者の状況 図 12 認定者数の推移 図 14 要介護 (要支援) 認定者の介護度割合
 - 6) 訪問看護の地域格差と伸び悩み
- 3 認知症高齢者の増加と専門的介護の必要性 (略)
- 4 サービス内容の変化 (医行為の需要の拡大の必要性, 詳細略)
 - 1) 日本との比較できない介護職の諸外国の例
①スウェーデン ②ドイツ
 - 2) 医行為の許容の経過
 - 3) 医行為実施の現状
表 4 医行為実施状況調査
- 5 今後の介護需要のまとめ
今後の介護需要の量的な伸びについては、厚

生労働省の考えとしては平成 20 年 11 月 4 日に出された「社会保障国民会議 最終報告」の中間報告後の議論でみると、医療・介護提供体制について急性期医療の充実強化・効率化 (現在の一般病床全体の平均に比べ倍増の水準に引き上げ)、平均在院日収の短縮 (現在の一般病床全体の平均に比べ半減) (現状 20.3 日から 10 日へ)としており、更なる短縮化を考えている。そして、在宅医療・在宅介護の充実については、訪問診療の充実、居宅系サービスの充実等による居宅系・在宅介護利用者の増については、現状から約 43 万人/日の増と予想している。そのためマンパワーの充実確保は全体で現状の 1.7 ~1.8 倍の増を見通した財源の確保の必要性を上げている、としている。

要介護認定者数は 2005 年の全国平均の認定率を 65 歳以上人口に 0.16, 75 歳以上は 0.3 を乗じている。介護需要に使うものは、① 要介護高齢者数の増加、② 認知症発生率、③ 世帯の動向、④ 後期高齢者の増加率である。2005 年を 1 として、増加率をまとめたものが表 7 は今後 20 年間の増加率である。

表 5 から 2025 年には、高齢化率は 1.62 倍になり、65 歳以上の要介護認定率は、1.39 倍となる (表 7)。しかし要介護の必要性は 65 歳以上全体から見るとは、要介護状態になる率が高く、増加率の高い後期高齢者を参考にその認定率を見ると、計算上後期高齢者の数が上回ってしまうが 1.86 である (表 7)。それに認知症の発生の予測値を重ね合わせると、2025 年の日常生活自立度 II 以上は 323 万人、日常生活自立度 III 以上は 176 万人であるため実に要介護認定者のうち半数は日常生活自立度 II 以上の認知症であり、約 4 分の 1 は日常生活自立度 III 以上の認知症ということになる。そして世帯構成をみたとき、高齢者世帯としては、全世帯の 38.1% と 2005 年の 1.38 倍になり、また単独世帯も 1.24 倍にと増えつづけるため家族介護は現在よりさらに期待できない深刻な事態となる。そこで介護需要量を推測するなら、介護保

表5 高齢者の状況の推計

年次	65歳以上人口 (千人)	75歳以上人口 (千人)	高齢化率	全人口に占める 後期高齢者割合	高齢者世帯数 (1,000世帯)		65歳以上世帯に 占める割合		全世帯に占める 高齢者世帯の割合	要介護認定者数 (65歳以上)	要介護認定者数 (75歳以上)
					単独世帯	夫婦のみ世帯	単独世帯	夫婦のみ世帯			
2005	25,761	11,602	20.1	9.1	3,865	4,648	28.5	34.3	27.6	4,175	3,493
2010	29,412	14,222	23.1	11.2	4,655	5,336	29.7	34.0	31.2	4,706	4,266
2015	33,781	16,452	26.9	13.1	5,621	5,991	31.2	33.2	35.6	5,405	4,936
2020	35,899	18,737	29.2	15.3	6,311	6,140	33.2	32.3	37.7	5,744	5,621
2025	36,354	21,667	30.5	16.2	6,729	5,941	35.4	31.2	38.1	5,817	6,500

表6 認知症高齢者の推計 (安心と希望の介護ビジョンより)

年次	日常生活自立度 II 以上		日常生活自立度 III 以上	
	認知症数 (万人)	65歳以上人口比	認知症数 (万人)	65歳以上人口比
2005 (平成 17)	169	6.7	90	3.6
2010 (平成 22)	208	7.2	111	3.9
2015 (平成 27)	250	7.6	135	4.1
2020 (平成 32)	289	8.4	157	4.5
2025 (平成 37)	323	9.3	176	5.1

表7 今後20年間の増加率

年次	高齢化率		後期高齢者割合		65歳以上世帯に占める割合		65歳以上世帯に占める増加率		全世帯に占める高齢者世帯の割合		要介護認定者数 (65歳以上)		要介護認定者数 (75歳以上)	
	高齢化率	増加率	全人口割合	増加率	単独世帯	夫婦のみ世帯	単独世帯	夫婦のみ世帯	割合	増加率	人口	増加率	人口	増加率
2005	20.1	1.00	9.1	1.00	28.5	34.3	1.00	1.00	27.6	1.00	4,175	1.00	3,493	1.00
2010	23.1	1.15	11.2	1.23	29.7	34.0	1.04	0.99	31.2	1.13	4,706	1.13	4,266	1.22
2015	26.9	1.34	13.1	1.44	31.2	33.2	1.09	0.96	35.6	1.29	5,405	1.29	4,936	1.41
2020	29.2	1.45	15.3	1.68	33.2	32.3	1.16	0.94	37.7	1.37	5,744	1.38	5,621	1.61
2025	30.5	1.52	16.2	1.78	35.4	31.2	1.24	0.91	38.1	1.38	5,817	1.39	6,500	1.86

険の認定率を2005年時を基準として割り出しているが、それらの推測値のうち最高値である後期高齢者の要介護認定者数をとって、1.86倍

と考えられるのではないだろうか (表7)。

質的な内容での最新の記事では、「訪問看護と介護」2008年8月号で特集「医行為外とされる

ケアの実践」を掲載し、口腔ケア、痰の吸引、インスリン注射 11 項目の位置づけ等についてそれぞれ現場からの意見が見られる。平成 17 年から 3 年経過してなお現場での問題が出されており、今後さらなる速急な解決が求められるとしている。

これらの中で明確に必要とされることは、やはり介護職への十分な研修と医療職や家族との連携である。現場の介護職は知識の不十分さによる不安と利用者や家族の希望に添えないつらさをかかえている。療養病床が削減され在宅での療養が増加している現在、訪問看護も使えない場合家族は、ヘルパーに頼ることになる。家族のレスパイトのためにたとえばたんの吸引など厚生労働省は 11 項目とともに現場の介護者が戸惑いながら行うのではなく、安全に有効に行うことができるような対策が求められ、介護職に医療的知識や技術教育の背景がないなか、これを曖昧にせず、医行為の裏づけとなる知識・技術の教育・研修を積極的に進めて行くことが中心的課題ではないだろうか。

後期高齢者人口の伸びはすなわち要介護者の伸びであり、認知症高齢者の伸びといえる。一方では、高齢者世帯の伸びは介護者の高齢化であり、単独世帯の伸びとともに介護の社会的施策の充実の必要を示している。

加えて、医療保険制度改革により、病院の在院日数が短縮されれば、在宅で医療が必要な人が増加する結果となり、在宅で医療や介護に必要な人が増えるだけでなく、看取りの増加にもつながってくる。更に加えて、訪問看護が伸び悩んだり、地域格差があれば、訪問介護にしろよせがくることは必定である。

よって、今後現在の介護福祉士養成に加えて、ターミナル、認知症ケア、医療的な専門知識と技術をもった上級の介護福祉士制度を早急に作っていかねばならないと考える。

5 ドイツの介護専門職養成の新施策から示唆される介護人材養成の方向性 中村裕子

1. 視察の目的 (略)
2. 研究の方法 (略)
3. ドイツの抱える高齢者介護の課題と解決に向けた施策 (略)
4. ドイツの老人介護人材確保に向けた試みに対する評価と今後の課題 (詳細は略)
 - 1) 実験クラウゼル
 - 2) 老人介護師の 2 年間の専門学校教育から 3 年間/4 年間教育の試みについて
 - 3) 老人介護を若者にアピールする活動
 - 4) 老人介護師養成カリキュラム/試験体制/習得技術の範囲規定の試み
5. ドイツの新たな老人介護人材教育施策に学ぶ“日本の課題解決の視点”

以下の 5 課題が、概ね日本の介護現場には存在するように思われる。

課題 1: 高齢者の疾病が慢性化し介護現場において医療的行為が必然的に必要である。

課題 2: 若い世代の人口が減少し介護に必要なマンパワーの確保が困難な状況にある。

課題 3: 介護職の専門知識・技術の内容が現場に適しない部分の見直しが必要である。

課題 4: 医師や看護師が介護現場に常駐することは現実的に困難である。

課題 5: 介護職従事者の社会的・学問的な位置付けが低く介護が科学として認めにくい。これらの日本の介護現場が抱える課題について、今回のドイツ視察を通して得た知見に基づき、以下の対応策や対応の試みを提案できるように思われる。

- 1) 医師・看護師の不足と慢性疾患の利用者急増に対応 (課題 1・課題 2・課題 4)

ドイツに基本的にこの課題は問題とはならない。介護現場は医療的行為が通常である。デンマークでも同様である。日本の介護福祉士の職能の職域の狭さがもたらす結果である。日本で介護福祉士法が成立した 1987 年頃の利用者の

健康状態は、現在とは異なり、身の回りの世話（介護）は必要であるが、医療的治療は必要のない人が多かった。介護保険制度が2000年に発足すると、医療的補助具を装着したままの介護施設入所者が急増し、介護現場は医療現場化した。救急の対応としての教育のみを受けた介護福祉士は、慢性的な対応は無理であり、医療スタッフが確保できない介護現場は、無法化放置状態とされる。

人口構造の変化から、医療現場に必要な医師や看護師が必然的に確保が困難となった。介護現場に十分な医師や看護師の配置は無理である。このような危機を乗り越えるため一刻も早い対応が、日本において必要である事実を、今回のドイツ視察の際に痛感した。

日本の介護現場においては、医療と福祉の間に横たわる既成概念を調整することが、早急に実現が迫られている課題である。

2) 介護福祉士の専門技術・知識など業務内容の整理、介護福祉専門教育の指導や研究を推進のするための指導者・研究者養成のシステムの必要性（課題2・課題3・課題5）

ドイツにおける試案の実践として、ジェネラリスト養成のモデル事業を紹介したが、単に老人介護師の人数を確保するだけでなく、新たな介護現場の状況に必要な人材や施策を計画し実践できる指導者や研究者を育成することにあるとされる。“教育カリキュラム”，“資格試験の在り方”，“専門領域や職務の設定”考案し提案できる人材が必要であり、指導者や研究者を育てる教育体制が求められている。ドイツでは、今後社会的状況の変化に合わせ、研究や教育に対する指導者の人材養成が重視されよう。

3) 日本の介護現場における課題2, 3, 5, を解決するには、介護福祉士の日常の仕事内容が、“科学”であることを自覚することが大切である。WHOの報告書にも「介護は科学である」としている。就労環境の整備には、所得や就労時間などが条件であるが、これらが決定の過程には職務内容の専門性の問題や介護への社会的評

価などが関わる。介護福祉士の仕事内容が充実し専門性を増すことが大切である。ドイツの専門職訓練体制と大学の研究者養成の体制が連携するように、日本においても同様に、教育制度や修学の間（大学院や研修センター、他）が必要である。

高齢者支援活動を“介護行為”だけに限定することは危険である。多くの高齢者が地域で居場所を失い迷うことのないよう社会全体の安全が保障可能な体制づくりが課題である。ドイツにみる介護福祉人材の育成と人材確保の問題解決の実践を、単に外国の問題とせず、わが国の問題理解や解決の手掛かりを見いだす機会となることを期待したい。

ドイツで試みられる施策の実施を学ぶと同時に、真の課題解決の鍵への知見が得られることを今後期待したい。

6 情報入手と資料翻訳 岡田澄子

第II部 参考資料 情報の収集と入手した資料の翻訳にご尽力頂いた。

1 実験クラウゼル

(1) 報告書

(2) 報告書第4章

(3) 実験カリキュラム及び学習単位

註 08.11.28. ケルンのカソリック単科大学 Katholische Fachhochschule NRW とドイツ応用ケア研究所 Deutsches Institut fuer angewandte Pflegeforschung e.V.(dip) を訪問し、実験カリキュラム Curriculum fuer den Modelversuch Erprobung einer Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege mit generalistischer Ausrichtung”を頂戴した。

(4) 実験カリキュラム及び NRW 州の2例 (NRW 州国家認定看護師・小児看護師の教育指針の学習単位及び NRW 州の AP 教育推奨の学習領域/部分学習領域) との比較

(5) 3年間の教育実施計画

註 ドイツには、ケア対象者の年齢層に対応した複数のケア職（老人介護師 Altenpfleger、看

看護師 Krankenpfleger, 小児疾病看護師 Kinderkrankennpfleger 等) が歴史的に存在した。近年, 複数疾患を抱える高齢者への対応, 労働市場の流動化などを目的として職業教育の一本化を推進する動きが活発化している。老人介護の職業に関する法律第4条7項に盛り込まれた所謂『実験クラウゼル』に基づき, 高齢者介護師, 看護師ならびに小児看護師の職業教育を包括する試みが2004年から8つの州で行われ, その取りまとめの報告会が, 2008.12.3 にベルリンで開催された。

この実験のモデルとして, ① 区分していた職種の修了証(免許)の一本化への統合, ② 介護教育の統合で数種の修了証(免許)の獲得(ゼネラリスト), ③ 職業教育を一つの大学修了資格と結合(高等教育), の3つのカテゴリーが形成された。

更に, この実験モデルには, ④ 介護や看護の学習に加えて, 一般教養を学ばせ, 修了者には大学への進学を可能とすることも盛り込まれた。

- 2 NRW 州の Altenpfleger 教育資料 6 冊
資料 1 AP 教育と試験方法 2006.9.
資料 2 AP 教育と試験の実施 2006.9.
資料 3 AP 教育計画枠組み 2006.9.
資料 4 AP 実技指導者と継続教育 2006.9.
資料 5 AP 教育指導指針と学習領域 2003.1.
資料 6 AP-hilfe の教育 2006.9.
- 3 Fachseminar fuer Altenpflege der Kaisers-werther Diakonie の資料
 - (1) カリキュラム(CD, A4 版で 178 頁の内容)
 - (2) 石川が訪問時に教科書リストを頂きこれに基づき購入し持ち帰った教科書 19 巻

翻訳者の紹介

岡田澄子, 協力研究員, : 大阪外国語大学卒, 金沢大学大学院法学研究科修了, 渡独後老人介護師 Altenpflegerin の教育と看護マネーシメン

ト向上教育を受け, 現在高齢者施設の看護部長 Pflegeleitung, ニーダーザクセン州ハノーバー在住。母国の介護のためにと協力を約束してくださった。

本稿は, 岡田さんが, 多忙で重責の本務の傍らに夜間と休日を割いて情報の入手と翻訳をしてくださった貴重な資料である。

(以上 石川記)

参考文献

<石川彪の参考文献>

1. 石川 彪 介護保険の課題と展望—介護保険制度の基盤である介護労働の今後の課題に関する総説—八戸大学紀要第 37 号 08.12. (石川の次の報告を含む) 介護福祉士生誕 20 年改正を期待して提言 (第 14 回介護福祉学会大会 06.10), 介護を国際的に考察する場合の類型化について (第 15 回介護福祉学会大会 07.10), 3 年制の上級介護福祉士養成の研究に関する中間報告 (第 16 回介護福祉学会大会 08.10.)
2. 筒井澄栄・石川彪・小林光俊 ドイツ連邦共和国の Altenpfleger 養成における現状と課題 福祉教育 13 巻 2 号 2008.3.
3. 京極高宣 新しい社会保障の理論を求めて—社会市場論の提唱 社会保障研究所 08.2.
4. 京極高宣・高橋重郷編 日本の人口減少社会を読み解く 中央法規出版 08.7.
5. 京極高宣 社会保障は日本経済の足を引っ張っているか 時事通信社 2006.
6. 京極高宣 社会保障と日本経済—「社会市場」の理論と実証 慶応義塾大学出版会 2007.8.
7. 石川彪 3 年制の介護福祉養成高度化に関する研究報告 2009.3. の研究資料 (財団法人社会福祉振興・試験センター平成 20 年度助成研究, 介護福祉士養成高度化研究 第 17 回日本介護福祉学会大会報告 09.9.13. を含む) 八戸大学紀要第 39 号 2009.12.

<筒井澄栄の参考文献>

<A ドイツ編>

1. 柏木聖代 ドイツの看護師制度の概要, 世界の労働, 2005; 第55巻10号: 54-58
2. 八田和子 ドイツにおける老人介護職制度の新展開, 賃金と社会保障, 2001; 1295: 4-16
3. 高木和美 ドイツにおける高齢者介護者 (AltenpflegerIn) の職業領域に関する判決とその理由
4. 永嶋由理子, 瀧野由夏 ドイツの看護教育に対する学生の学習意識の実態 福岡県立大学看護学部紀要, 2003; 1: 41-46
5. 労働省委託事業「諸外国における産業構造の転換に対応した人材育成の調査研究—ドイツのデュアルシステムとマイスター制度について」1995年, (社)日本カール・デュイスベルク協会
6. ドイツ連邦教育研究省「職業教育報告書2003年」2003年5月 „Berufsbildungsbericht 2003“, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Mai 2003
7. 柏木聖代 ドイツの看護師制度の概要, 世界の労働, 2005; 第55巻10号: 54-58
8. 八田和子 ドイツにおける老人介護職制度の新展開, 賃金と社会保障, 2001; 1295: 4-16
9. 高木和美 ドイツにおける高齢者介護者 (AltenpflegerIn) の職業領域に関する判決とその理由
10. 永嶋由理子, 瀧野由夏 ドイツの看護教育に対する学生の学習意識の実態 福岡県立大学看護学部紀要, 2003; 1: 41-46
11. 労働省委託事業「諸外国における産業構造の転換に対応した人材育成の調査研究—ドイツのデュアルシステムとマイスター制度について」1995年, (社)日本カール・デュイスベルク協会
12. ドイツ連邦教育研究省「職業教育報告書2003年」2003年5月 „Berufsbildungsbericht 2003“, Bundesministerium für Bildung und Forschung, Mai 2003
13. sosuselveje/kap04.html
2. CIRIUS Denmark “The Danish Education System” http://www.ac.dk/files/pdf/Danish_Education_System.pdf
3. 松岡洋子「デンマークの高齢者住宅とケア政策」海外社会保障研究: 国立社会保障・人口問題研究所 Autumn 2008 No.164 pp. 54-65
4. 松岡洋子 2005『デンマークの高齢者福祉と地域居住: 最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力』新評論
5. 医療経済研究機構「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会, 2007年, pp. 16-25
6. 伏木久始「北欧デンマークの教育に学ぶこと」『CS通信』(NHK 学園専攻科) Vol. 27 (83): 2006.6, pp. 18-19
7. 小島ブンコード孝子「デンマークの医療・介護制度の実際」http://www.iryoseido.com/toukou/kaihou_200808_002.pdf
8. JETRO BRUSSELS CENTER “高齢化社会への対応進む労働制度 (デンマーク)” JETRO ユーロトレンド 2001.11 pp27-41
9. 大熊一夫: あなたの老後の運命は徹底比較ルポ デンマーク・ドイツ・日本. ぶどう社, 1996年, pp. 41124.
10. 岡本祐三:「寝たきり老人」問題の背景デンマークと日本の違い. 生活衛生, 35(5): 213227, 1991.
11. 仲村優一, 一番ヶ瀬康子編集委員会代表: 世界の社会福祉 デンマーク・ノルウェー. 旬報社, 1999年, pp. 5055.
12. 外山 義: 個室は究極の居住環境か. 月刊総合ケア, 10(8): 1021, 2000.
13. 桜井康宏: デンマークの高齢者居住. GERONTOLOGY, 10(4): 369376, 1998.
14. 中山博文: デンマークの在宅医療. JIM, 4(7): 664665, 1994.
15. 飯田 勤: 住居としての施設をめざして. 月刊総合ケア, 10(8): 2630, 2000.

<B デンマーク編>

1. De grundlæggende social-og sundhedsuddannelser <http://pub.uvm.dk/2006/>

<島崎謙治の参考文献>

1. 岡谷恵子・下平唯子・柏木聖代 (2005) 「主

- 要国の看護師制度の概要」世界の労働, 55 巻 10 号
2. 草間朋子 (2008) 「ナース・プラクティショナー養成の必要性」看護展望, Vol. 33. No. 4
 3. 厚生労働省 (2008) 「福祉・人材確保関係主管課長会議資料」
 4. 島崎謙治 (2006) 「医師と患者の関係」社会保険旬報, No. 2296-2298
 5. 島崎謙治 (2007) 『医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究』(厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業 平成16年度から18年度総合研究報告書)
 6. 島崎謙治 (2008a) 「高齢化社会と医療政策」, 岩村正彦編著『高齢化社会と法』(有斐閣)
 7. 島崎謙治 (2008b) 「在宅医療と政策」, 佐藤智他編『在宅医療の展望：明日の在宅医療(第1巻)』(中央法規出版)
 8. 島崎謙治 (2009) 「医療・介護の制約条件と効率化をめぐる3つの課題」, 泉田信行『医療・介護制度における適切な提供体制の構築と費用適正化に関する実証的研究』(厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 平成20年度研究報告書)
 9. 樋口範雄 (2007) 『医療と法を考える—救急車と正義』有斐閣
- <小松一子の参考文献>
1. 井上千津子「生活支援のための看護と介護の連携」『京都女子大学生生活福祉学科紀要』第3号, 2007.
 2. 大坪公子「在宅医療を支える教育活動「たんの吸引」の講習会を開催して」『訪問看護と介護』Vol. 13 No. 7, 2008.
 3. 川上純子「家族以外の介護者による医療的ケアの必要性について」『訪問看護と介護』Vol. 12 No. 7, 2007.
 4. 川口有美子「在宅介護という行為の現実と法の狭間で」『訪問看護と介護』Vol. No. 7, 2007.
 5. 迫田綾子「在宅介護に必要な口腔ケアの知識と方法」『訪問看護と介護』Vol. 13 No. 7, 2008.
 6. 佐藤美穂子・小倉朗子・田中雅子ほか「在宅で医行為の必要な利用者への看護と介護の連携 訪問看護の立場から」『訪問看護と介護』Vol. 12 No. 7, 2007.
 7. 森垣こずえ「インスリン注射を行なう高齢者の在宅療養を支える介護援助」『訪問看護と介護』Vol. 13 No. 7, 2008.
 8. 吉野 英「介護職の行なう在宅での医療行為 ALS患者のたんの吸引について」『訪問看護と介護』Vol. 13 No. 7, 2008.
 9. 和田忠志「介護職に必要な「医療行為外の医療行為」を知る」『訪問看護と介護』Vol. 12 No. 7, 2007.
 10. 和田忠志『訪問介護サービスハンドブック「原則的に医行為ではない行為」の理解』中央法規, 2007.
- <中村裕子の参考文献>
- 以下は全て本報告書に収められている資料/文献である。
- ① 「実験クラウゼル」報告書(第4章) 転換期にある職業教育：科学的分析チームによる最終報告書
 - ② 実験モデルの学習単位：カリキュラム目次リスト
 - ③ NRW 州国家認定看護師・小児看護師教育指針の学習単位 AP (老人介護師) 教育推奨案の学習領域
 - ④ 「実験クラウゼル」報告書(第5章) 審議会報告
 - ⑤ NRW 州労働・保健・社会省作成資料
* 老人介護師の職業教育・試験に関する規定及び指針
* 老人介護師の教育と試験の実施指針
* 老人介護師の実技教育計画
* 老人介護師の実技基準
* 老人介護師の教育推奨基準 (2003年作成)
* 老人介護ヘルパー(補助)の教育指針
 - ⑥ 島崎謙治 (2009)：看護・介護に関する職能の見直しの背景と政策的意義
- <岡田澄子の推薦する参考文献>
1. Robert-Busch-Stiftung (Hrsg.): Pflege neu denken - Zur Zukunft der Pflegeaus-

- bildung. Schattauer, Stuttgart 2000
2. Robert-Busch-Stiftung (Hrsg.): Neue integrierte Pflegeausbildung-Qualifiziert für die Zukunft. Schattauer, Stuttgart 2000
 3. Landenberger, M. (Hrsg.): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa-Vergleichende Analyse und Vorbilder für die Weiterentwicklung in Deutschland. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG, Hannover 2005
 4. Stöcker, G. u.a.: Bildung und Pflege Eine berufs- und Bildungspolitische Standortbestimmung. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH&Co.KG, Hannover 2002
 5. Stöcker, G. u.a.: Dilemma der Pflege (ausbildung) In: Zeitschrift: Die Schwester/Der Pfleger 41(3) Mabuse Verlag 2002
 6. Stöcker, G.; I. Darmann u.a. (Hrsg.): Von der spezialisierten zur generalistischen Pflegeausbildung. In: Gesundheit und Pflege: Ausbildung, Weiterbildung und Lehrerbildung im Umbruch. Bertelsmann, Bielefeld 2000
 7. Stöcker, G.: Finanzierung der Pflegeausbildung- aber wie? In: Zeitschrift: Die Schwester/Der Pfleger, 40(6) Mabuse Verlag, 2001
 8. Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Berufsausbildung in der Altenpflege Lernzielorientiertes Curriculum für die praktische und schulische Ausbildung auf der Grundlage des Berufsgesetzes für die Altenpflege. Bartelsmann, Bielefeld 2002
 9. V. Meifort u.a.: Gesundheitsberufe im Wandel Qualifikation unter innovationsdruck-Alternative zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern Bericht zur beruflichen Bildung Band 221, Bartelsmann, Bielefeld 1998
 10. E. Kellnhauser u.a.: Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe (Hrsg.): Berufskompetenzen professionell Pflegenden. 2003
 11. M. Landenberger u.a.: Pflegeberufe im europäischen Vergleich, eine Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege. In: Arbeitsmarktpolitische Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen Band 37, Berlin 1999
 12. K. Schneider (Hrsg.): Das Lernfeldkonzept-zwischen theoretischen Erwartungen und praktischen. In: Pflegepädagogik für Studium und Praxis, Springer Verlag, Berlin 2003
 13. 1. Altenbericht: Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland, Bundestagsdrucksache 12/5897/1993; 2. Altenbericht: Wohnen im Alter, Bundestagsdrucksache 13/9750/1998; 3. Altenbericht: Alter und Gesellschaft Bundestagsdrucksache 14/5130/2001; 4. Altenbericht: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger-unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, Bundestagsdrucksache 14/8822/2002; 5. Altenbericht: Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft-Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Bundestagsdrucksache 16/2190/2006; 6. Altenbericht: Altersbilder in der Gesellschaft <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/aelteremenschen,did=99722.html>
 14. Deutsches Netzwerk für Qualität-sentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 2000; Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. 2004; Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. 2005; Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 2006; Expertenstandard Förder-

石川 彪：3年制の介護福祉士養成高度化に関する研究の報告 2009. 3.

- ung der Harnkontinenz in der Pflege. 2007; Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. 2008; Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. 2009: Verlag: Fachhochschule Osnabrück
15. 高木和美「ドイツにおける高齢者看護師 (AltenpflegerIn) の職業領域に関する判決とその理由」『社会医学研究』第23号 2005
16. 華表宏有「ドイツ看護教育の現状と展望」『看護教育』39巻6号 1998
17. 華表宏有「ドイツにおける看護と介護」『医事法学』19 2004
- 以上