

---

**特集：ケアの社会政策**

---

## ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆

小野 太一\*

---

### 抄 録

フィンランドの保健医療福祉共通基礎資格であるラヒホイタヤ (Lähihoitaja) の創設に関し、1990年頃の地方自治体の提案から政府試案、関係団体の意見集約へと至るプロセス、同国で当時進行していた地方分権改革との関連、及び同国政府が現在行う政策的関与としての質・量両面の将来予測の検討を行い、わが国への示唆を整理した。今後ラヒホイタヤへの関心を背景にわが国の保健医療福祉人材の在り方について議論を行う際には、業務範囲などの静態の実態に加え、保健医療福祉サービスの供給、職業教育の提供の両面に関し直接の責任を有する地方自治体が、職能を中心とした視点ではなく国全体の経済社会構造の在り方を見通して提案を行ったこと、及び当初反対の意向を示した関連職能団体を制度設計議論に巻き込み、その意見を十分取り入れて合意形成を行ったことなど、同国の両セクターの特質や歴史的経緯から導かれる教訓を活かすことが肝心である。

キーワード：ラヒホイタヤ，地方分権，保健医療福祉人材，職業教育，政策形成過程

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.148-162.

---

### I はじめに

本稿ではフィンランドの保健医療福祉共通基礎資格であるラヒホイタヤ (Lähihoitaja) について、①創設過程、②創設提案者である地方自治体の位置づけと役割、および③フィンランド政府が行っている政策的関与としての将来予測についての検討を通じ、わが国の保健医療福祉人材に係る議論への示唆を整理することを目的とする。具体的に

は、まずラヒホイタヤの制度概要を整理した上で、制度創設議論が行われた1990年頃のフィンランド政府資料等に基づき関係者の意見集約の過程を示す。次いで先行研究に依拠しつつ80年代～90年代の地方分権改革の流れとの関連を概観し、さらに政府の質、量両面での将来予測についてまとめる。最後にわが国での議論への含意を提示する<sup>1)</sup>。

---

\* 国立社会保障・人口問題研究所 政策研究調整官

<sup>1)</sup> 本稿は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業)「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」(課題番号H 25-政策-一般-004)の成果の一部をまとめたものである。フィンランドでのヒアリング調査(2016年1月31日～2月5日)を含めた研究の詳細な報告については小野(2016)を参照いただきたい。

## II ラヒホイタヤの創設経緯等

### 1 ラヒホイタヤの概要<sup>2)</sup>

#### (1) 制度の概要

ラヒホイタヤは1993年に、保健医療分野と福祉(社会サービス)分野の10の資格<sup>3)</sup>を統合して成立した職種であり、中卒<sup>4)</sup>の職種である。義務教育終了後中等教育(高校レベル)に進学する者は普通校又は職業訓練校に進学するが、ラヒホイタヤ教育は職業訓練校で行われる<sup>5)</sup>。義務教育終了後直に入学する生徒の場合、基本的には、ラヒホイタヤ資格に共通の必修科目(50単位)<sup>6)</sup>、10の保健医療福祉系基礎資格の中から選択される1の専攻分野<sup>7)</sup>の学習単位(30単位)、ラヒホイタヤ固有の専門性を深めるユニット等から選ぶ選択部分(10単位)の計90単位からなる職業教育、および一般教養(30単位)<sup>8)</sup>を履修する(合計120単位)。通常の履修期間は3年が想定されている<sup>9)</sup>。コアカリキュラムは国家教育委員会(Finnish National Board of Education(FNBE))が定めている。

ラヒホイタヤの職能としての位置づけは名称独

占のものであり、業務独占ではない(Health Care Professional Act(No.559/1994)第2条第1項第2号、及びHealth Care Professional Decree(No.564/1994)第1条)<sup>10)</sup>。課程を修了した者は、氏名、国民番号等のほか、教育機関発行のディプロマのコピー等とともに保健医療福祉分野の国の行政執行事務を担う福祉保健監督庁(National Supervisory Authority for Welfare and Health)に登録することで、ラヒホイタヤとして就業することが可能になる。いわゆる身分法制は厚生省(Ministry of Social Affairs and Health)の所管であるが、教育については教育文化省(Ministry of Education and Culture)の所管であり、教育内容についてはその所管下にある前述の国家教育委員会が担当している。

#### (2) 基本データ<sup>11)</sup>

2014年においてラヒホイタヤ教育課程には36,040名が所属しており、うち30,710名は女性である。教育要綱に基づく課程(カリキュラムベース、一般的な中卒者が中心)には16,895名である一方、実技ベースの課程(職業能力ベース、社会人経験者が中心)には19,185名が所属している。

<sup>2)</sup> ラヒホイタヤの導入の経緯、制度概要については、笹谷(2008, 2009, 2013)、森川(2009, 2012)、ケアリング研究会(2011, 2012)、太田(2012)等の先行研究があり、本稿作成に際しても参照した。

<sup>3)</sup> 保健医療分野:基礎看護師(Perushoitaja)、精神障害領域助手、歯科領域助手、小児領域助手、リハビリ領域助手、足ケア士、救急領域助手、福祉(社会サービス)分野:知的障害領域ケアワーカー、ホームヘルパー、保育助手。先行研究によりラヒホイタヤに統合された職種の訳語はさまざまだが、ここではPerushoitaja以外は太田(2012)にならいつつ、太田(2012)で名称に付せられている“”を削除した。Perushoitajaは太田(2012)では准看護師とされているが、わが国の准看護師が業務独占資格である一方、Perushoitajaは名称独占資格である等の違いがあることから、ここでは基礎看護師とした。

<sup>4)</sup> フィンランドの中学卒業年齢は通常16歳であり、7歳から9年間の義務教育の前に1年間(6歳時)の就学前教育がある(2015年1月より義務化)ことには留意が払われるべきである。

<sup>5)</sup> 義務教育を終えた子どもの約50%程度は職業訓練校に進学している〔FNBE他(2015)〕。

<sup>6)</sup> 2014年に、職業訓練教育一般について、2015年8月1日より職業能力ポイント(Competence Points)を学習アウトカムの単位として導入し、学生の評価をアウトカムベースで行う法律改正が行われた(従来から成人教育ルート(社会人経験者ルート)についてはそうした評価が行われていた)。これにより、具体的な教育課程についてもラヒホイタヤの場合合計120単位とされていたのが180職業能力ポイントで表されるようになった(職業訓練校における具体的な教育課程や、アウトカムベースでの評価方法への変更に伴う課題については小野(2016)参照)。

<sup>7)</sup> 10の専攻分野は「顧客サービス・情報管理」「救急医療」「リハビリテーション」「児童・青少年ケア及び教育」「精神保健及び薬物中毒福祉」「看護及びケア」「口腔・歯科衛生」「障害者ケア」「高齢者ケア」「足ケア」。ただし各教育機関は地域の職業現場のニーズに応じ、入学期毎に専攻分野の提供の有無を決定できる〔小野(2016)〕。

<sup>8)</sup> ただし成人教育ルートの場合であれば省略が可能である〔森川(2012),p133〕。

<sup>9)</sup> 特に医療分野からの専門性の低さに関する批判への対応として、1993年の制度発足時には100単位(2.5年間を想定)であったのが、1999年には専門課程を半年から1年に拡充することにより120単位(3年間を想定)に延長された〔笹谷(2013),P172-3〕。

また学生の年齢階級別分布をみると、約1/3(12,143名)は15歳～19歳となっているが、20代も全体の約3割(10,865名)、30代以上が残りの約1/3強(13,072名)となっており、社会人教育のニーズが大きいことが理解できる。学生の学歴別には、約半数が「義務教育後の学歴なし、または学歴不明」であるが、ラヒホイタヤと同等レベルの職業専門教育基礎学位取得者も27%となっている。ラヒホイタヤ教育機関は全国で77校であり、自治体連立が約半数の39校と最も多く、市立校が次いで多い(18校)。学生の専攻分野としては看護およびケア分野が最大であり、高齢者介護分野と児童および教育関連分野がそれに続いている。

ラヒホイタヤの就業状況について見ると、2013年において全国で146,572名が働いている。その過半数が社会福祉分野であり、医療分野は1/4弱となっている<sup>12)</sup>。

## 2 制度創設のプロセス

### (1) 自治体の提案

1993年のラヒホイタヤ創設の直接の契機となったのは、1989年8月14日に市レベルの自治体組織3団体(フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合)が連名で、職業教育委員会(国家教育委員会の前身の政府組織)に対して保健医療分野と福祉分野

の垣根を取り除いた幅広い教育資格の必要性を要望した<sup>13)</sup>ことに始まる。背景としては、

- ・1984年の制度改正により保健医療福祉事業のナショナルミニマムが達成されるとともに、社会的入院の是正とオープンケア(在宅ケア)が充実したこと、

- ・その流れを受け1980年代後半以降国の補助金制度の改革を争点に自治体が自治の拡大を求めるようになったこと、

- ・同時並行的に起きたソ連崩壊に起因する経済不況ともあいまってサービスの質、効率性、経済性への要求が高まったことが挙げられる<sup>14)</sup>。要望書においては、高齢者数の増加、労働人口の減少、子どもの減少といった社会の変遷により保健医療福祉分野の自治体職員が異なる職務間で需要に応じ柔軟に移動できる準備性と、同時に高い専門性が求められるであろうと指摘し、職業教育委員会に対し、全ての中等教育レベルでの保健医療および福祉分野の職業教育が不可欠なのか、およびそのうちどれが統合可能かを判断し、教育の構造と内容の発展に向けた行動をとることを求めた。

### (2) 職業教育委員会の原案作成

これを受けた職業教育委員会は、同年秋に教育内容の改善に関して社会福祉庁および医療庁<sup>15)</sup>に呼びかけ検討を開始し、翌1990年4月に3者の連名で議論のメモランダム<sup>16)</sup>の形で提案をまとめた。

<sup>10)</sup> ちなみに保健師・助産師・看護師は業務独占資格となっている。後述のラヒホイタヤの最大労働組合フィンランド基礎看護師協会SuPer(Suomen Perushoitajaliitto)は、看護師等について業務独占とする一方でラヒホイタヤについて名称独占とした1994年のHealth Care Professional Actの改正に反対した(参照した文書はSuPer作成のものとして2016年2月の訪問時にFNBEより提供を受けたもの(作成年次不詳、以下「Super(不詳)」とする)。なお全文は小野(2016)に掲載している。

<sup>11)</sup> この節で紹介するデータについて、教育過程に係るものについてはFNBE、就業者に関するものについてはTHL(National Institute of Health and Welfare)より入手したもの。詳細は小野(2016)参照。

<sup>12)</sup> この就業数でカウントされているラヒホイタヤには、1993年の統合前の資格で就労している者も含んでいる。

<sup>13)</sup> "Kuntien keskusjärjestöjen esitys, 14.8.1989" (「自治体中央行政組織の提案 1989年8月14日」, FNBE提供。以下フィンランド語文献についてはセルボ貴子訳)による。

<sup>14)</sup> 山田(2003a,pp120-2)、山田(2003b,pp66-7)及び山田(2002,pp124-5)。

<sup>15)</sup> 社会福祉庁及び医療庁のいずれも今は存在しない組織であり、1991年に両者は合併し、機能は国立保健福祉研究開発機関(STAKES)(国立保健福祉院(THL)の前身)等に移管された。職業教育委員会の「委員会」と、社会福祉庁及び医療庁の「庁」はいずれもフィンランド語では"hallitus"であるが、職業教育委員会の後進組織である国家教育委員会が評議員(Board)制度により運営される委員会組織である一方、社会福祉庁及び医療庁の後進組織である国立保健福祉院(THL)はそうした組織形態をとっておらず、先行研究(山田(2003-1,-2))でも「庁」の語をあてているため、別々の語をあえて用いている。

提案においては、まず新たな教育制度の開発に関し、在宅サービスの重視やサービスの意思決定における地方分権の流れ、サービス提供に際しての協働性の原則等の保健医療福祉サービスにおける変化、利用者中心のサービス提供や人口構造の変化等に対応した教育内容の広範化の必要性等を指摘した上で、中等教育の目的を、一定の知識技能を詰め込むのではなく、さまざまな分野の現場、状況で役に立つ準備性を植え付けることにあつた。

その上で具体的な提案として、職業教育資格として1つの資格（「基礎レベル看護師」（“Perustasonhoitaja”）<sup>17)</sup>）とするか、2つの資格（「児童・青少年ワーカー」（“Lapsija nuorisotyöntekijä”）および「成人・高齢者介護士」（“Aikuis- ja vanhustyöntekijä”））とするかの2案を提示した。1つの資格とする第1案に比べ、2つの資格とする第2案は児童・青少年又は成人・高齢者分野それぞれに特化した内容をより深く学び、分野ごとの準備性を高めることができるようになる一方で、第1案の方がより幅広い分野について広く浅く学ぶことができるため、別分野に移る際に、追加で教育を受けることで別の専門性を容易に深められるという違いがある。しかしながら、教育期間（義務教育を修了した者が受ける場合には2年半、高校卒業資格保持者については2年とし、1.5～2年が共通科目、分野ごとの教育が0.5～1年程度）や基礎教育の内容（保健医療福祉を超えたあらゆる職業に共通のものと、保健医療福祉の各分野に共通のもの両方）を含めること、テーマ毎に科目群をモジュール化すること、資格証書の性質（教育内容の証明）などの教育の基本

的な建て方は共通であつた。

その上で第1案の方が望ましいとした。その後、利用者・資格保有者自身・雇用者の視点、学生にとっての教育コースの魅力、教育定員数、上級教育課程への継続性、費用等について検討の論点が提示され、最後に1992年秋から実施可能であるが、実施するのであれば1991年はじめには意思決定がなされている必要があるとのスケジュールが示された。

### (3) 調整過程 I - 意見照会

提案は同年4月10日付けで18の関係団体に対し約1ヶ月後に意見提出するよう公式に照会され<sup>18)</sup>、同年6月11日に当該18団体、及び33の情報提供先からの意見を集約した資料がまとめられた<sup>19)</sup>（表1）。

#### ① 賛成意見

第1案に賛成意見を提出した団体等は多くが賛意を表明しつつ、自らの立場からの意見も表明していた。まずフィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合、社会保険庁および自治体雇用者組織は、保健医療福祉分野のサービス提供者として資格者を雇用する、また自治体に関しては、自らあるいは自治体連合を構成し職業教育機関を設置、運営する、あるいは社会保険庁のように公的医療保険制度財政の管理機関として診療報酬支払に責任を有するなどの立場である。これらの組織からは、中等教育だけでなく高等教育の段階での教育についても併せて見直しを行うべきであることや、制度改正に伴う教員への研修や教員の教育水準の上昇

<sup>16)</sup> “Muistio\_ Sosiaali- ja terevydenhuollon kouluasteen kehittäminen 1990 (SOLA-työryhmä)”（「メモランダム 福祉および保健医療分野のコウル教育（中等教育）レベル見直し 1990年（略称SOLA-ワーキンググループ）、FNBE提供）による。

<sup>17)</sup> この呼称についてはメモランダム上は通称として整理されており、正式な資格名については考慮していないとされた。これがラヒホイタヤ（“Lähihoitaja”，身近な支援者の意味）と呼ばれるようになった過程については太田（2012）参照。

<sup>18)</sup> “Lausuntopyyntö työryhmän (SOLA) muistiosta 10.4.1990”（「ワーキンググループ（SOLA）の議事録に関し意見書を依頼」、FNBE提供）による。

<sup>19)</sup> “Neuvottelukutsu 14.6.1990 ja Yhteenveto SOLA-työryhmän muistion lausunnoista 11.6.1990”（「会議招集1990年6月14日及びSOLA-ワーキンググループのメモランダムに関する意見書まとめ 1990年6月11日」、FNBE提供）による。



表1 意見提出した関係団体とその当初の姿勢（1990年6月段階）

<意見照会された団体>

【第1案に賛成】(\*)

フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合、社会保険庁、自治体雇用者組織、フィンランドホームヘルパー協会 (SKH)、主任看護師協会、フィンランド職業学校学生中央連盟 (SAAKI) 内ソーシャルワーク及び社会科学分野部門、フィンランドヘルスケア分野学生連盟 (TERHOL)

【第2案に賛成】

ヘルスケア分野職員組合 (Tehy)

【保健医療分野、福祉分野それぞれでまず統合し、その後可能なら第1案に移行】

自治体職員連合 (KTV)、ソーシャルワーカー組合、教員組合 (OAJ)、ソーシャルワーク分野教育委員会

【否定的】

フィンランド基礎看護師協会 (SuPer)(\*\*), 病院連合

【その他 (どちらを支持か不明確、気づきやコメントが主)】

ヘルスケア教育組織校長委員会、ヘルスケア教育委員会

(\*) これらのほか、提案者である医療庁と社会福祉庁も別々に意見書を提出してきた。

(\*\*) SuPerは2007年現在で組合員の8割弱がラヒホイタヤであり、残りは前身の資格者となっている (森川 (2009), pp.134)。

<自主的に意見を提出した団体>

【第1案に賛成】

タミサーリ町医療学学校 (スウェーデン語教育組織)、フォルクハルサン小児科医療学校 (スウェーデン語教育組織)、フォルクハルサンソーシャルワーク学校 (スウェーデン語教育組織)、ケミ市ヘルスケア分野教育機関、クーサンコスキヘルスケア教育機関、ラップランド看護学教育機関、ミッケリ市ヘルスケア分野教育機関、ラウマ市ヘルスケア分野教育機関、フィンランドキリスト教ミッション学校

【第1案に賛成だがより時間をかけた導入を希望】

オウライネン町ヘルスケア教育機関、ポリ市ソーシャルワーク教育機関、サヴォンリンナ市ヘルスケア教育機関、トゥルク市ヘルスケア教育機関

【第2案に賛成】

ラハティ市ヘルスケア教育機関

【保健医療分野、福祉分野それぞれでまず統合し、その後可能なら第1案に移行】

ケミ市ソーシャルワーク教育機関、サロ市ヘルスケア教育機関 (教育内容見直しはより小規模を提案)、ユリヴィエスカ町ソーシャルワーク教育機関、(以下は合同書面による) エスポー市ソーシャルワーク教育機関、ヘルシンキ・ミッション教育機関のソーシャルワーク分野、ヘルシンキ市ソーシャルワーク教育機関、トゥースラ市ソーシャルワーク教育機関、ヤルヴェンパー市ミッション学校

【分野内での統合支持、分野間の統合反対】

オウル市ソーシャルワーク教育機関、タンペレ市ソーシャルワーク教育機関、コトカ市ヘルスケア教育機関、エリマキ町ソーシャルワーク教育機関

【否定的】

コッコラ市ヘルスケア教育機関、ヤムサ市ヘルスケア教育機関、フィンランド足ケア士連合、フィンランド理学療法士連合、トーロ (ヘルシンキ) 小児科医療教育機関リスト・ベルコネン教授 (ヘルシンキ大学病院第三内科部長かつ糖尿病協力グループ会長)

【その他 (どちらを支持か不明確、気づきやコメントが主)】

フィンランド・足ケア教員の会、ヘルシンキ第四ヘルスケア教育機関、北カルヤラ地方ヘルスケア教育機関、パイヤット・ハメ県ソーシャルワーク教育機関

(出典: "Neuvottelukutsu 14.6.1990 ja Yhteenveto SOLA-työryhmän muistion lausunnoista 11.6.1990" (「会議招集1990年6月14日及びSOLA-ワーキンググループのメモランダムに関する意見書まとめ 1990年6月11日」, FNBE提供)

に伴う自治体負担増への懸念も示されたが、就業する本人だけではなく顧客 (利用者) や雇用者の立場からしても望ましいとしていた。

職能団体として第1案に賛成した団体のうち、フィンランドホームヘルパー (Kodinhoitajat) 協会および主任看護師<sup>20)</sup>協会 (Ylihoitajayhdistys) はいずれも教育内容が不明確だがという留保付きで

あり、前者については教育期間のあと1年の延長 (2.5年/3年) を、後者については卒業後の職業教育との関係も含めた精査を求めている。また学生団体 (フィンランド職業学校学生中央連盟 (SAAKI) 内ソーシャルワークおよび社会科学分野部門ならびにフィンランドヘルスケア分野学生連盟 (TERHOL)) は両者とも教員の負担増や教

<sup>20)</sup> 現在はTAJA (Terveystieteiden Akateemiset Johtajat Ja Asiantuntijat Ry) (医療科学学術リーダー・専門家) という団体となり、この団体はAKAVA (フィンランド専門職・管理職組合連合) という、大卒レベルの管理職などの組合連合組織に加盟している。

員への教育に対する配慮が必要であるなど指摘しつつ、いずれも保健医療分野と福祉分野の教育内容の統合・共通化に賛意を示していた。

第2案に賛成としたヘルスケア分野職員組合(TEHY)はさまざまな職種が参加する労働組合組織であり、彼らの意見書には、保育助手(Lastenhoitaja)連盟、歯科助手(hammashoitaja)連盟、救急領域助手(Lääkintävahtimestarien)連盟、救急救命士(Sairaankuljettajien)組織が意見書を添付している。彼らは基本的には保健医療分野と福祉分野の中等教育が独立性を保ちつつ職掌や習得分野が維持されることを望み、計画としては第2案を基にしてはどうかという立場であった。

保健医療分野、福祉分野それぞれでまず統合し、その後可能なら第1案に移行してはどうかと提案した4団体のうち、自治体労働者の組合である自治体職員連合は、保健医療分野、福祉分野それぞれでの中等教育及び高等教育を通じた見直しを先行させるべきであるとし、ソーシャルワーカー連合<sup>21)</sup>は特に福祉分野においてそうした見直しを行うべきとした。また政府の教育訓練委員会組織<sup>22)</sup>の1つである社会福祉分野教育訓練委員会は、分野ごとに内容の質自体を高められるように間を置いて教育資格の統合にかかるべきとし、同様に中等教育および高等教育を通じた見直しについても強調した。さらに職業教育分野も含む教員の労働組合である教員組合(OAJ)は、教員への研修期間不足への懸念や、教育期間自体についても

より長期のものが必要であるとした。

このように基本的に賛意を示した団体においても、素案の段階であったこともあり、さまざまな留保や条件が付された上での賛成であった。

## ② 否定的な意見とその調整－関係職能団体

この段階で否定的な意見であると整理されたのは、病院連合と、後にラヒホイタヤの最大の労働組合となるフィンランド基礎看護師協会(SuPer)<sup>23)</sup>であった。しかしながら病院連合は、中等教育レベルでの基礎資格統合の提案が病院の需要を満たすものではないという立場での反対であり、保健医療分野と福祉分野の関連資格は廃止統合されるべきで教育改革の提案根拠は正しいとしており、明確に否定的な意見であったのは基礎看護師協会のみ<sup>24)</sup>であった。

基礎看護師協会は提案の内容についてのみならず、作成過程に関しての問題を指摘していた<sup>25)</sup>。内容面での意見としては、保健医療分野の(職業訓練)教育レベルの資格は基礎看護師<sup>26)</sup>であるべきであり、名称もそのようにすべきとした。また、(これはほかの団体と同様)中等教育のみに着目している点や、既存資格者の移行措置について言及されていない点が指摘されていた。作成過程に関しては、3者の提案作成過程において意見を述べる機会が与えられなかったことを問題視するとともに、保健医療分野のみならず福祉分野においても当時制度改正が行われたばかりであり、状

<sup>21)</sup> 現在はTalentia (Union of Professional Social Workers (英語名)) (専門的ソーシャルワーカー連合)という団体となり、この団体はTajaと同様AKAVA (フィンランド専門職・管理職組合連合)という、大卒レベルの管理職などの組合連合組織に加盟している。

<sup>22)</sup> 教育訓練委員会は中等職業訓練資格(高等職業訓練資格、専門職業訓練資格を含む)、専門大学(職業教育を行う大学レベルの教育機関(polytechnic又はAMKと呼ばれる))、大学における職業訓練教育に係る委員会であり、26の専門分野ごとに設けられている(詳細は小野(2016)参照)。なお社会福祉分野教育訓練委員会のほか、ヘルスケア分野教育訓練委員会にも意見照会がされたが、明確にどちらの案を支持すると示さなかったと記録されている。

<sup>23)</sup> SuPerは現在では正式名称をSuper Lähi - ja Pershoitajaliittoと改称し、ラヒホイタヤ中心の団体であることが明示されている。なおPershoitajaの新規養成はなされていない。

<sup>24)</sup> 公式に意見照会されていない団体では、数機関の医療分野の教育機関や、足ケア士、リハビリ領域助手の団体の意見も否定的なものとして分類された。

<sup>25)</sup> 以下のSuPerの意見の内容、およびその後の調整過程については、注18の文書に加え、SuPer(不詳)を参照した。

<sup>26)</sup> 原本はenrolled nurse。

況が落ち着くのを待ち、十分な経験が積まれ、改正の影響についても評価された上で次に進むべきであるとしていた。

#### (4) 調整過程Ⅱ－制度案作成と当事者団体の意見

上記のように関係団体等の意見が集約された後、教育省に議論は引き継がれ、1990年12月に、4月のメモランダムによる提案を基に、よりシンプルな形で新たな訓練構造と施行スケジュールをまとめるためのワーキンググループが設けられ、それに基礎看護師協会も相談役として参画した。

ワーキンググループの提案は1991年8月にまとめられた。これは第1案に基づき、福祉分野の3職種と保健医療分野の7職種を1つの幅広い職業資格として取りまとめたものであったが、基礎看護師協会は準備過程で発言をすることができたことから、注意深くではありながらも賛成の姿勢を示した。ただし教育期間に関し、全体で2.5年、うち2年間はコア科目、0.5年間は専門分野とされたことについては、看護にかかる専門学習はより長期間であるべきであるという姿勢であった。

その後は1992年の秋に3校において試行教育が全国で3校開始されたが、わずか1学期後の同年12月には10職種の統合、および1993年から1995年にかけての段階的な施行が決定された。国のコアカリキュラムは1993年5月に承認され、1993年の秋から65校、2,273名の入学によりラヒホイタヤ教育が開始された。職能関係の法令（上記）は1994年7月から施行され、同年6月に「社会・保健医療基礎資格、ラヒホイタヤ」が職業資格の正式名称とされた。標準的な教育プログラムについては1995年8月に決定された。

### 3 政策形成過程の特徴～地方自治体の位置づけと役割

以上のような過程を経てラヒホイタヤ教育が開始され、その後数度の教育プログラムの見直しを経て今日に至っている。「現場」の提言を受けて

政府において原案を作成し、その後関係団体に対して意見照会をする流れの中で、職能の権限に係る最大の利害団体であり、当初案に反対であった基礎看護師協会の参画も得て利害調整をまとめたという過程は目新しさはないが、重要なポイントである。その上で、筆者として本稿においてより力点を置きたいのは、その提案をした「現場」が自治体組織であった点である。先に自治体組織が提案を行った理由として、「保健医療福祉事業のナショナルミニマムの達成と在宅ケアの充実」「自治の拡大の要求」「サービスの質、効率性、経済性への要求の高まり」と3点を整理したが、ここでは同じ山田（2003-1, -2）を参照して当時のフィンランドにおける保健医療福祉制度の改革の流れを敷衍して概観し、その中でラヒホイタヤへの制度改正がいかなる意味を持ったのかについて考察する。

#### (1) 提案の前提（VALTAVA改革とその影響）

自治体組織3団体が連名で保健医療福祉分野の基礎資格の共通化の提言を行った5年前の1984年に、同分野の国から自治体への支出金制度改革（VALTAVA改革）が実施された。この改革が行われた背景及び理由としては、

- ・当時の高齢者ケアが、高齢者福祉ではなく保健事業（国民保健事業）で実施された方が国庫負担率が高く自治体の負担が小さいといった構造的な理由、および「保健医療のほうがより良いケアを提供できるのだという、市民及び行政の考え方」<sup>27)</sup>のため住民が求めるオープンケア（在宅ケア）が進まない状況を改善し、社会的入院を是正する必要があったこと、および、
- ・高齢者福祉の根拠法である福祉扶助法が貧困高齢者への扶助の保証であり、かつ自治体に対して施設（自治体ホームまたは老人ホーム）の供給だけを義務付け、またホームヘルプにかかわる法律が児童家庭優先であること<sup>28)</sup>、さらに保健分野や一部福祉分野においては存在していた国庫負担金交付の前提として国が策定する全国

<sup>27)</sup> 山田（2003a, p.103）。

計画に従うルールが高齢者福祉には存在しないために国庫補助の手続きが複雑であったこと<sup>28)</sup>など、当時の制度にさまざまな課題があったことが挙げられる。

この現状に対し、自治体組織3団体は国庫負担金制度の改革を求めた。在宅サービスへの転換を目指した厚生省は同時に法律で自治体にサービス提供を義務付けるとともに全国計画も導入することでその動きを促しつつ、自治体の同意を得るため国庫負担率を引き上げることを主張した。同時に財務省や自治省が企図していた、支出ベースの国庫負担金額から一定の基準に基づき計算した(計算ベース)国庫負担金額とする転換には反対した。

国会提出時には財務省の意向を汲んで国庫負担の割合を当初案から減額した法案が提出されたが、国会審議において一部割合が引き上げられるなどした。結論的には、保健医療分野と福祉分野の国庫負担率は同率とされ、また高齢者福祉分野も含む全般的な国の計画が立てられることとなった。さらには在宅サービスの提供が自治体に義務付けられ、福祉扶助法の廃止により、高齢者が社会福祉サービスの「顧客」としての地位を与えられた。この改革の成果として、老人ホーム入居者数が改革後伸びていない一方で、在宅サービスの利用者や従事職員数が増加したことから、「施設中心のケアから、オープンケア中心のサービスへの政策的な構造転換が行われ」たこと<sup>30)</sup>が指摘されている。

## (2) 93年改革とラヒホイタヤ導入への提言

上記の通りVALTAVA改革により1980年代後半に在宅サービス中心への構造転換が全国で進んだ

が、自治体が量的な増大に力を入れたこともあり、国庫負担金の支出増が課題となるとともに、サービスの質についての進展は量的な開発より遅かった。同時に全国計画制度を用いた国による自治体の統制も行われた。サービスが一通り普及すると、今度は自治体から地方ごとのニーズに対応すべく自治の拡大が求められるようになり、一方で支出の効率性に関する疑問も生じるようになった。

こうしたことから、1989年1月20日、時の内閣が歳出抑制と国家公務員の削減の方針を打ち出すとともに、財務省事務次官経験者<sup>31)</sup>に、自治体財政の健全性確保に向けた改正案の作成を委任し、同年12月、保健医療福祉事業及び教育文化事業への包括補助金の導入の提案を含む改革案が提示された。この改正案は、VALTAVA改革では成し遂げられなかった計算ベースの国庫負担金額への転換を意図したものであった。自らの権限を弱められる厚生省及び教育省は反対したが、自治体の自治権を強めるものであり、財務省、自治省、自治体の賛成を得て1990年4月にその具体化のための作業部会を設置、6月には提案をまとめ、内閣レベルでその原則決定が行われた。法案の作成に際しても省庁間、また議会サイドとの調整に時間がかかり、91年3月の国会選挙と政権交代も経て、最終的な改革案は同年8月にまとめられ、翌92年2月に法案は国会に提出された。改革は93年1月1日に施行され、これにより保健医療福祉分野に包括補助金制度<sup>32)</sup>が導入されるに至った。

この改正により、90年代初頭のフィンランド経済を襲った大規模な不況の影響と相まって、VALTAVA改革以降拡張基調にあった高齢者ケアサービスの供給量が一転抑制基調となった<sup>33)</sup>。またサービスの供給主体である自治体においては民

<sup>28)</sup> これらの論点は、1973年2月に設置された厚生省の委員会が現行の高齢者福祉の問題点としてまとめたものである。この委員会が取りまとめた高齢者福祉法案は成立しなかったが、「何が高齢者ケアの問題点となっているのかを明示し、(略) VALTAVA 改革への道を提示した」ものであった〔山田 (2003a), pp.118-20〕。

<sup>29)</sup> 山田 (2003a, pp.113)。

<sup>30)</sup> 山田 (2003b, pp.143)。

<sup>31)</sup> ティーム・ヒルトネン氏 (Teemu Hiltunen) 〔山田 (2003b), pp.67〕。

<sup>32)</sup> 包括補助金の額は保健と社会福祉のそれぞれで計算される。額の決定に際しては、自治体の人口数、年齢構成、失業率、疾病率、人口密度、面積、財政力が決定要素となっている〔山田 (2003b), pp.83〕。



間へのアウトソーシングも可能になるなど経済性が追及されるようになり、その効率的な提供に注力することとなった。

### (3) 自治体主導の改革とその発言力の源泉

VALTAVA改革から93年改革への一連の流れは、前者が社会的入院を是正し、在宅ケアを推進するとともに、高齢者にサービスの「顧客」という地位を与えるもので、わが国の公的介護保険制度の創設期にも援用された高齢者ケアの底上げ、充実に向けたロジックであり、後者は一定のサービス水準の底上げが達成された段階で、全国計画制度に伴う厚生省の統制を嫌った地方自治体が財務省、自治省のイニシアティブに乗る形で自由度の高い包括補助金への転換を図ったものであった。

本論に戻り、ここでは89年8月の自治体3団体の連名での保健医療福祉基礎資格の共通化の検討要請も、こうした流れ、すなわちVALTAVA改革が一定の成果を見て高齢者在宅サービスの普及が図られる中で、国の統制を嫌い自治、自主性の向上を目指した自治体が補助金改革を要求するのとはほぼ同時期であったことに注目したい。93年改革で民間委託も進められ始めることになるが、保健医療、福祉および教育事業は自治体の義務となっており<sup>34)</sup>、サービス供給量の一定の底上げがなされたら、質を求める住民の要求に応えなければならなくなることは容易に想像できる。人材も含め限られた資源の中で住民の要求に応えよう<sup>35)</sup>とする自治体には、国の統制下での画一的なサービス提供ではなく、地域の実情に合わせた形でのサービス提供が容易となる環境整備を求めるインセン

ティブが働くこととなる。その際、サービス供給の直接の雇用主でもある自治体からすれば、多くが自治体職員であるケアワーカー等の資格が細分化されていることは、柔軟性を確保する上で桎梏となりかねない。そのために、補助金改革と並行して人材についても制度改正を求めたとの構図で捉えることが可能であろう。また折からの不況に伴う財政支出抑制、サービス効率化の要請、また柔軟な労働市場への転換の必要性も、その要求の追い風となった。

また自治体3団体（フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランド・スウェーデン語系自治体連合）も、その頃までには「都市と農村間の利害対立を乗り越えて」<sup>36)</sup>協力関係を固めるに至っている。福祉国家の発展により1985年には地方自治体は中央政府の2倍の歳出規模となり<sup>37)</sup>、1980年代において「重要な利益団体のすべてが選挙によって地方自治体に代表者を送り込むようになると、政治権力は国家レベルよりも地方レベルに集まるようになった」<sup>38)</sup>と評されるほど、フィンランド政治における自治体の地位は強固なものがあつた。

しかしながら自治体からの提言が真摯に受け止められ、短期間にドラスティックな改革にまで至ったことを理解する上では、これらの前提に加え、自治体ないし自治体連合自身がケアワーカー等の雇用者というだけでなく職業教育の提供者であり、資格制度改正を行う場合に当然自らもさまざまな面での負担を負う当事者であったことも視野に入れるべきと考える。前述のように、学校数で見ても自治体連立や市立の学校が多いが、設置主体別にみた場合、62の設置主体のうち自治体

<sup>33)</sup> ホームサービス（家事援助などのホームヘルプサービスと補助サービス（デイケアサービスに付随する配食、交通、入浴、付き添い等）の総称）を受給する高齢者（家庭数）は、1985年の119,650件から1990年に124,009件に増大したが、1992年には103,778件、1994年には91,590件に減少した〔山田（2003a）, pp.141〕。

<sup>34)</sup> 山田（2003a）, pp.105。

<sup>35)</sup> 脚注33で指摘したホームサービスの受給に関し、児童（家庭数）は、1985年の65,554件から1990年の51,433件、1992年の41,670件、1994年の30,796件と、その減少割合は高齢者と比べ多くなっていったが、これに関し山田は「1992年以降は、（（筆者注）自治体は）不況のためサービス量を減らし、利用者を高齢者中心に絞るようになってきたので、幼児のいる家族の利用が減少した」（（2003-1）, pp.105）と指摘している。

<sup>36)</sup> 山田（2003a）, pp.123。

<sup>37)</sup> ハイキオ（2003）, pp.143。

<sup>38)</sup> ハイキオ（2003）, pp.145。

関連でないものは6つ（国立1，教会系4，障害者財団1）のみである<sup>39)</sup>。また93年改革では、公立の職業学校について自治体に対して補助金が交付される包括補助金制度が導入された<sup>40)</sup>が、こうした自治体の自主性を高める制度改正議論が行われていたときに保健医療福祉基礎教育改革の提案が行われた。さらに言えば、提案された職業教育の改正案は濃淡あるがいずれも幅広い分野について広く浅く学んだ上で選択した分野のみ深く学ぶものであり、分野間移動に際しては追加して教育を受ける構造が前提とされている。この追加教育のコスト—いわば生涯学習のコスト—も自治体が引き受けることになるが、これについて、提出された意見においては反対の主張はなく、直接的ではないが、むしろ「職業基礎教育において幅広い、複数の分野をカバーするものであるべきで、教育を受ける間これらの幅広い基礎教育を身に付け、それに加え自ら選択するより専門的な、つまりは狭まった分野の知識も学ぶ」提案を「完全に支持」する<sup>41)</sup>など、提案された教育構造について強く支持していた。

職業教育委員会等のメモランダムへの意見書には、教育内容の更新に伴う教員研修の費用は全額国で負担されるべきであるとの要望も行うなど、改革の影響のすべてを自ら引き受ける姿勢であったとまでは言えないが、提案に対しては教育提供者としての責任が当然伴うところであり、受け止める側も提案者の立場を重く受け止めたものと考えられる。

#### 4 ラヒホイタヤに係る国の関与

3で述べたように、ラヒホイタヤの導入は一連の自治体の保健医療福祉および教育に係る権限を強める地方分権改革の流れの中で提案され、実行に移された。ラヒホイタヤ資格取得のための職業教育はほとんどの場合自治体立等の職業訓練校において行われ、勤務先の保健医療福祉事業者も公的な主体が中心である。

そのような中で、国は1. (1) で指摘したように、コアカリキュラムを定めることにより教育内容の質の担保と、いわゆる身分法制により資格の管理など<sup>42)</sup>を行うことでラヒホイタヤ制度に対して必要な関与を行っている。こういった、いわば資格を国内で成立させるために当事者や教育機関が最低限遵守するルールやスタンダードを定めた統制的な関与に加え、地方分権改革が徹底された中で、それでも国の保健医療福祉や教育、あるいは雇用政策の観点からの必要な政策的な関与も行っている。国全体の人口動向や社会経済環境、保健医療福祉分野の変化を見通した将来の展望を示すことは、国の立場で行われるべき事柄の一つであると考えられる。ここではそうした取り組みの一環として行われている、政府による質、量両面の将来予測を採り上げる<sup>43)</sup>。

##### (1) 質的将来予測

教育の質の確保に関し、最も重要な国の関与が前記のコアカリキュラムの作成と継続的な見直しである。一方で、国家教育委員会が2013年に行った、高齢者保健医療福祉サービス分野<sup>44)</sup>人材にかかる、向こう10～15年を想定した質的な将来予測

<sup>39)</sup> データは2014年現在。公立には市の関連財団1件、2/3をポルヴォー市周辺自治体、1/3を企業が所有する形態のカレッジ1件を含む（詳細は小野（2016）参照）。なおラヒホイタヤ創設過程において1990年6月に意見書の集約の対象となった教育機関は34（連名のもはそれぞれ別々に数えた）あったが、そのうち明確に公立でないものは3校であった。

<sup>40)</sup> 山田（2003b, pp.83）。なお教育事業に関しては1997年に、教育機関が自治体立、自治体連合立、民間のいずれであったとしても、経営主体に対して補助金が支払われるように再度改正された〔山田（2003b）, pp.101〕。

<sup>41)</sup> 脚注19で紹介した文献でのフィンランド自治体連合の意見。

<sup>42)</sup> この「など」には、厚生省による看護師などとラヒホイタヤの業務分担—業際問題に係る「安全な業事ケアにかかるガイド2006」の策定〔森川（2012）〕など、身分法制に関連した取り組みも含まれる。

<sup>43)</sup> 以下本節（1）及び（2）の記述の詳細に関しては小野（2016）を参照いただきたい。

<sup>44)</sup> ここで紹介する質的将来予測について、保健医療福祉分野においては、高齢者分野以外には、児童デイケアおよび家庭福祉分野についてパイロットプロジェクトとして行われている。

表2 高齢者向け保健医療福祉サービスの質的将来予測モデル（VOSEモデル）の概要

1. 向こう10～15年を想定した、高齢者向けサービス分野の変化の予測（現状維持シナリオ、ポジティブシナリオ（2本）、ネガティブシナリオ）
2. シナリオの幅の範囲内で求められる職業能力と技術に係るニーズの整理（職種横断）
3. 高齢者サービスの分野ごとに（2.でまとめた）職業能力と技術を整理（職種横断）（すべての分野共通、健康増進・介護予防、社会的包摂（意思決定、サービス選択、社会参加）、在宅生活支援サービス、24時間支援サービス付高齢者住宅（又は施設介護））
4. 3.の職業能力と技術を職種の教育レベルごとに整理（中等職業訓練教育（ラヒホイタヤ等）、専門大学レベル（看護師、社会福祉士等）、大学教育レベル（医師等）、短期間教育訓練（アシスタント及び支援的役割の者））
5. 教育レベルごとの具体的な改革の方向性の提示

（参照：小野（2016）、作成に際してはTaipale-Lehto及びBergman(2015)参照）

表3 職業教育に係る量的な予測モデル（MITENNAモデル）の概要（ラヒホイタヤ関連）

1. 国全体の産業の将来予測（基本シナリオ、目標シナリオ（職業能力・輸出産業の高レベル化））
2. シナリオ毎、産業別の職業構造の変化の予測（保健医療分野・福祉分野全体）
3. 労働力の自然減（年金受給、早期退職、死亡等）の予測
4. 新たな労働力の需要（求人数）  
（1～3を踏まえて求人数を算出。部門別、レベル別に教育すべき人材の数の基礎となる。）
5. 新たな労働力の必要数  
（失業率を勘案して、新たな労働力の供給必要量を算出。（シナリオ毎、産業別））
6. 実務現場における教育の必要数  
（5.を踏まえ、教育訓練に関するニーズの量を算出（シナリオ毎、産業別））
7. 若年者の年齢階級別人口に合わせて教育の受け入れ人数を調整  
（教育を受ける機会の保障）（シナリオ／教育レベル別、シナリオ／産業別）
8. 「社会サービス、保健、スポーツ」部門における、シナリオ／教育レベルごとの教育受け入れ必要数（中等職業訓練教育（ラヒホイタヤ等）、専門大学レベル（看護師、社会福祉士等）、大学教育レベル（医師等）の別）の算出（付表として）

（参照：小野（2016）、作成に際してはFNBE(2012)参照）

も、国が行っている、ラヒホイタヤ等の教育の質に係る政策的な関与といえる（表2）。

この予測において特徴的なことは、職種ごとの将来予測ではなく、まず近未来の高齢者保健医療福祉サービスの全体像（マクロ）の変化が予測され、その未来像からサービスの局面ごとに求められる職業能力・技術が職種横断的に整理され、その後職種ごとの分担と連携を前提に教育の具体的な改革の方向性が提案されている（ミクロ）ことである。職種ありきで考えるのではなく、サービスの局面ごとに顧客である高齢者を中心に据えて必要なサービスの全体像がまず提起され、それを

いかに職種ごとに分担するか、そのためには職能ごとに教育内容を改善すべき点はどこかを特定している。ここで指摘されている方向性の多くは、既に教育カリキュラムに取り込まれているが、この将来予測は特に在宅での高齢者ケアは多職種連携の下で担われるものであり、学生に全体像の中で自ら志す職能の分担を意識させ、また教員にとっても職能の持つべき職業能力・技術がサービス提供全体の中でどういう意義と価値を有するかを意識しながら教育することを可能にするものである。

## (2) 量的将来予測

他方、ラヒホイタヤ教育に係る量的な需要予測は、労働市場全般の予測に基づく職業能力に係る将来予測の一環として行われている。国家教育委員会では国全体の職業教育に係る将来予測を1960年代から行っているが、最新のものでは1990年代後半に開発されたモデルを使い、経済・雇用に係る予測は政府の経済調査センターの予測に依拠しながら行っている。ラヒホイタヤ教育の量的需要予測は、産業としては「保健医療福祉・スポーツ」分野、教育レベルとしては「中等職業訓練教育」として予測されている（表3）。

この予測においても特徴といえるのは、質的予測と同様に「マクロ→ミクロ」のアプローチ、すなわち、職種ごと、分野ごとの縦割りで予測を行うのではなく、国の経済社会構造全体に係る2つの仮定（シナリオ）ごとに、どれだけの雇用が生まれ出され、マンパワーの供給がどれだけ必要かを算出し、さらに教育を受けた者の就業率も加味して用意すべき教育機会の量の予測に落とし込んでいくプロセスである（基本シナリオに比べ目標シナリオでは保健医療福祉分野でも生産性の向上が見込まれ、より少ない労働力や教育機会の量が導出されている）。保健医療福祉分野の資格者の場合、資格による当該職分野の業務独占や、配置基準等の規制による労働市場の独占性はある程度認められているが、一方で資格者自身は他の分野への就業も可能、かつ名称独占資格職種の業務の一部は無資格者の参入も見込めるものであり、その需給は他分野における雇用情勢にも大いに影響を受ける。この将来予測は、実際に教育文化省が個々の教育機関と学生の定員数を協議する際に参考にして<sup>45)</sup>ものであり、他分野の雇用情勢をも視野に入れた将来予測があることで、国の側だけでなく個々の教育機関も、職能ごとの養成数などに関しバランスのとれた検討と議論を行う事が可能になる。

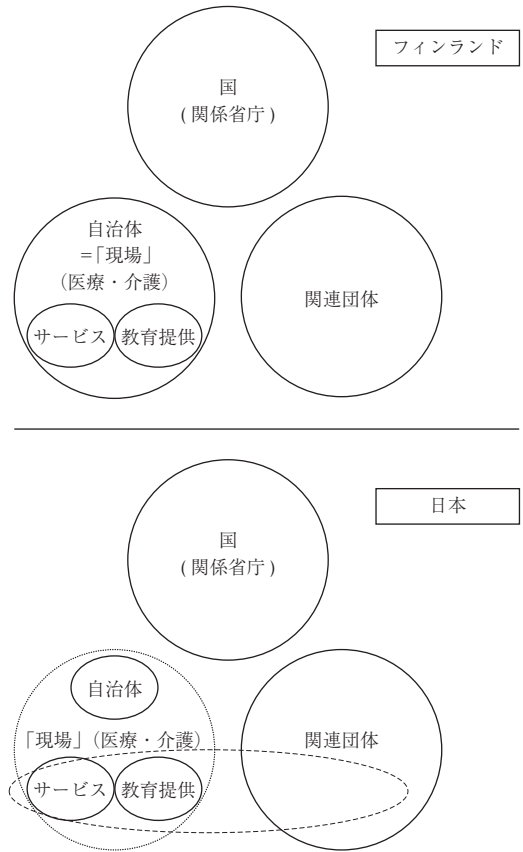


図1

## Ⅲ 日本への含意の検討

Ⅱではラヒホイタヤに関し、自治体からの提案を受け政府において案を作成し、当初反対していた職能団体を巻き込みながら合意形成に至ったプロセス、背景となった制度改正と政府に改革案を作成させるに至った自治体の立場、及びサービス及び人材養成の両方に権限を有する地方自治体に対する国の政策的関与手法、の3点について整理した。

これらのフィンランドにおける政策形成・実行の過程をわが国と比較した場合、浮き彫りになるのは、フィンランドの地方自治体の立場から来る

<sup>45)</sup> 小野（2016）参照



構図のシンプルさである。

図1に保健医療福祉資格の政策形成・実行に係るごく簡単な模式図を示した。上がフィンランド、下がわが国をイメージしたものである。「国」は国の行政府であり、規模等は異なるものの、フィンランド、日本両国とも、医療・福祉、教育、財政、地方自治を扱う省庁は別個であり、上述のように省庁間の政策方針・権限をめぐる利害対立があり、政治（選挙）との関係も意識しながら政策形成が進められていく点は同じである。「関係団体」には、当該政策議論の焦点となっている職種の団体（例えばフィンランド基礎看護師協会）もあれば、意見書を提出した自治体雇用者組織や主任看護師協会のように雇用主や上司の立場の場合、あるいはわが国の医師会のようにある局面では雇用主、別の局面では教育機関を運営する立場の場合もある。

一方で、保健医療福祉資格の「教育」「サービス」の現場についてみると、本稿で繰り返し指摘しているように、フィンランドでは自治体が保健医療、福祉のサービス提供主体の中心を占めており<sup>46)</sup>、職業訓練教育機関についても同様である。他方わが国では、保健医療分野と福祉分野とは主体は異なるが、サービス提供に関しては民間の医療法人や社会福祉法人、個人開業医などが中心である。また教育に関しても学校法人や官民の病院の設置主体が教育機関を設置するなどさまざまであり、関連団体と現場との二重性がフィンランドに比べ高い。こうした構図の複雑性に鑑みると、仮にフィンランドの例を参照しつつ、保健医療、福祉の各分野内、ましてや両分野を横断した専門職種基礎資格について同様の議論や調整、合意形成を行うのであれば、そのための舞台を設ける段階から相当のハードルが想定される。また、国の政策文書に個別の職業訓練校の名称が記載されるなど、現場の関係者と国の行政を中心とした

意思決定プロセスとの近接性からくる参加意識の醸成や、情報共有の容易さについても、わが国との状況の違いとして指摘されるべき点である。

#### IV 結論

以上の通り、わが国との相違点が多々存在するフィンランドのラヒホイタヤの創設過程ではあるが、最近のわが国のケアサービスの「質」「量」両面での問題関心から来るラヒホイタヤへの関心の高まりを踏まえ、それを参考にしてわが国の保健医療福祉人材の在り方について議論を前に進めていこうとするのであれば、現時点での静態的な実態－資格が含む職能の範囲や教育制度、カリキュラム、あるいは勤務先やそこの業務範囲など－に加え、本稿で指摘したような、フィンランドの保健医療福祉、教育の両セクターの特質（特に地方自治体の役割と国の関与の手法）や、歴史的な経緯から導かれる教訓を活かして議論を進めることが肝心と思われる。

特に筆者としては、サービス提供及び教育の両面にわたり安定的な供給に関し利用者に対して直接の責任を有する主体－フィンランドの場合には地方自治体－がまず提唱し、職能を中心とした視点ではなく、また保健医療福祉セクターだけの視点でもない、国全体の経済社会構造を見通した将来の在り方を示して合意形成に至ったこと（現在行われている将来予測においてもマクロ的見通しをまず示すことは受け継がれていること）、および合意形成に際しては当初反対の意向を示していた関連職能団体を制度設計の議論に巻き込み、意見を十分取り入れた上で合意形成を行ったことの2点については、再度認識をした上で、議論を進めていくことが望ましいと考える。

<sup>46)</sup> 1990年当時、保健医療分野で働く職員数は144,600名であったが、そのうち公的なサービス提供主体に属する者は123,900名であった。福祉分野に関しては116,700名中102,600名であった。フィンランドにおいてはすべての自治体に対し基礎的な保健医療福祉サービスを住民が利用可能にしなければならないことが法により義務づけられており、専門的な医療に関しては自治体が全国で20（オーランド諸島を除く）の連合体を構築して医療を提供している〔MSAH(2013), pp.11-2〕。

## 参考文献

- 太田貞司 (2012), 「フィンランドのラヒホイタヤ－ケアワーカーの再考－」『神奈川県立保健福祉大学誌』第9巻第1号, pp.3-13。
- 小野太一 (2016), 「地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例 フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ (Lähihoitaja) 教育の動向等」, 厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業)「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度総括・分担報告書。
- ケアリング研究会 (2011)(2012), 「介護人材育成講座 地域包括ケアシステムの実現に向けた諸課題4(2) 介護人材の質確保 フィンランドにおける専門介護人材の養成教育の展開 -社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤ (practical nurse) の資格教育について-」『地域ケアリング』Vol13. No.13, pp.31-36, Vol14.No.1, pp.29-39。
- 笹谷春美 (2008)「第二章 フィンランドにおける介護者の確保育成策」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成19年度総括・分担研究報告書, pp.43-88。
- 笹谷春美 (2009)「第一章 フィンランドにおける介護者の確保育成策」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業)「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成20年度総括・分担研究報告書, pp.9-52。
- 笹谷春美 (2013), 「フィンランドの高齢者ケア－介護者支援・人材養成の理念とスキル」明石書店 (2013)。
- マルッティ・ハイキオ (岡沢憲美監訳／藪長千乃訳) (2003)「フィンランド現代政治史」, 早稲田大学出版部。
- 森川美絵 (2009)「介護人材の確保育成策－諸外国の経験から－」『保健医療科学』58(2), pp.129-135。
- 森川美絵 (2012)「地域包括ケアシステムに必要とされる人材の考え方－フィンランドの社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤを手がかりに」『保健医療科学』61(2), pp.130-138。
- 山田真知子 (2002)「第7章 フィンランド」, 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編「世界の介護事情」, 中央法規出版。
- 山田真知子 (2003a)「フィンランド福祉国家における社会サービスと高齢者政策 (五)」『北大法学論集』53(6):97-157。
- 山田真知子 (2003b)「フィンランド福祉国家における社会サービスと高齢者政策 (六)」『北大法学論集』54(1):55-110。
- AKAVA (フィンランド専門職・管理職組合連合) ホームページ  
<http://www.akava.fi/en/affiliates> (2016年3月22日最終確認)。
- FNBE (フィンランド国家教育委員会), MOEC (教育文化省) 及びCIMO (国際移動性センター) (2015), “Finnish VET in a nutshell”。
- FNBE (フィンランド国家教育委員会) (2012), “Education, training and demand for labour in Finland by 2025”。
- MSAH (フィンランド厚生省) (2013), “Health Care in Finland”
- Taipale-Lehto, Ulla and Bergman, Timo (2015) “Competence and skills needs in services for the elderly”(FNBE)。
- THL (フィンランド国立保健福祉院) ホームページ,  
<https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/services/registry-and-archives/archives> (2016年3月17日最終確認),  
<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/yksityiset-sosiaali-ja-terveyspalvelut/yksityinen-palvelutuotanto-sosiaali-ja-terveyspalveluissa> (2016年4月1日最終確認)。

(おの・たいち)

## **Process for the establishment of Lähioitaja and its implication for Japan**

Taichi ONO\*

### Abstract

The author considered the implication of the establishment of a health, medical and social care common basic qualification (Lähioitaja, practical nurse) in Finland for our country. The author examined the process for its establishment starting from the local government proposal around 1990, government draft based upon that, and the consensus making among the related organizations thereafter, the relationship with the decentralization reform that was in progress at that time in the country, and both the qualitative and quantitative future predictions as a means for political intervention that the Finnish government is conducting now. Upon discussing about the future of health, medical and social care human resources of our country backed by the interest to Lähioitaja, it is important to learn from the lessons drawn from both the characteristics of the Finnish health and welfare sector and the historical background for its establishment, such as the fact that the local governments who bear responsibility not only for the provision of health, medical and social care services but also the provision of vocational education proposed the reform with the view to perceive the future of socioeconomic condition of the whole country, not from the occupational group's interest, and that the consensus was made by involving the related occupational group who was negative for the proposal at the first time, and taking fully into account their opinions.

Keywords : Lähioitaja, Decentralization, Health, Medical and Welfare Personnel, Vocational Education, Policy Making Process

---

\* Coordination Officer for Policy Studies, National Institute of Population and Social Security Research