

## ヨーロッパケアライセンスとソーシャルケア

### The European Care Licence and Social Care in the European Union

山 田 亮 一

Ryoichi Yamada

#### (要約)

EU(欧州連合)は欧州の27ヶ国、人口5億の地域共同体として政治・経済・社会の統合を推進している。その中で各国が独自の手法で進めてきた社会保障制度を融合しようとする動きがある。社会保障制度は各国の国民・文化・歴史によって形成されてきたものであり多様な形態で営まれてきた。比較的新しい「ソーシャルケア」についても同様に多様な制度の下で生みだされたこともあり、複雑で統一性のないものとなっている。ところで、巨大な地域共同体となってしまったEUにおいても、人口の高齢化に対応した社会保障の制度化を早急に取り組まなければならないのは日本と同様である。現在、ソーシャルサービスの供給サイドからの制度改革が進められている。その一つがソーシャルケアにおけるECL(ヨーロッパケアライセンス)の制度化である。これはEUでの労働政策的な意味を含むものだが、ECLは2008年9月から開始されている。ここにおいてはEUの現状とECL導入の持つ意味を考察しながら制度化の持つ意味を考察したい。

#### (キーワード)

ソーシャルケア、高齢化、ECL(ヨーロッパケアライセンス)

#### 1. EU(欧州連合)の少子高齢化と労働力

EUROPAの“Population Projections 2008-2060”人口推計によるとEU27ヶ国(フランス、ドイツ、イタリア、ベルギー、オランダ、ルクセンブルグ、イギリス、アイルランド、デンマーク、ギリシア、スペイン、ポルトガル、スウェーデン、フィンランド、オーストリア、ポーランド、チェコ、スロバキア、ハンガリー、スロベニア、リトアニア、ラトビア、エストニア、キプロス、マルタ、ルーマニア、ブルガリア)の人口は2008年1月の4億9,500万人から2035年には5億2,100万人へと増加する。その後人口は低減し、2060年には5億600万人まで減少する。出生率は2008年-2060年まで毎年減少する。一方死亡者数は上昇し、2015年以降においては、死亡者数が出生者数を上回る人口の減少となると推計している。表-1からも人口増加の強いアイルランド、イギリス、ノルウェーがあるが、ドイツやルーマニア、ポーランドのように大幅な人口減となる国々もある。(フランスのように海外植民地の人口を含めたもの、新たにEUに加盟した東欧の中には人口統計の基準値が異なるものもある。)

さらに、高齢化が強まる。EU27ヶ国では低い出生率、平均寿命の延長により、65歳以上の高齢者人口が増加する。2035年には2008年の高齢者人口に比べ、25.4%と増え、また、2060年には30%もの大幅な伸びがあるとしている。2035年には多くの国々では高齢化率が21%を上回る超高齢社会に突入している。また、80歳以上の高齢者の増加率についても、2008年度に比べて2035年には7.9%から、2060年には12.1%と著しい伸びを示している。

表-1 EUROPOP 2008 EU (欧州連合)の人口と高齢化

	人口 (1,000)			65歳以上 (%)		
	2008	2035	2060	2008	2035	2060
EU27	495,394	(5.1) 520,654	(2.1) 505,719	17.1	25.4	30.0
	5,476	(7.1) 5,858	(8.1) 5,920	15.6	24.1	25.0
	82,179	(-3.7) 79,150	(-15.4) 70,759	20.1	30.2	32.5
	4,415	(37.2) 6,057	(52.9) 6,752	11.2	17.6	25.2
	45,283	(17.1) 53,027	(14.6) 51,913	16.6	24.8	32.3
	61,876	(11.5) 69,021	(16.0) 71,800	16.5	24.4	25.9
	38,116	(-5.2) 36,141	(-18.3) 31,139	13.5	24.2	36.2
	21,423	(-8.4) 19,619	(-21.0) 16,921	14.9	22.9	35.0
	61,270	(15.2) 70,685	(25.1) 76,677	16.1	21.9	24.7
	4,737	(18.9) 5,634	(27.4) 6,037	14.6	22.6	25.4

Source: Eurostat, The Statistical Office of the European Communities.

Population projects 2008-2060, EUROPA, 2008

( ) 2008 %

労働力についてみると、Eurostat の労働力調査では15歳以上の生産年齢人口はEU27ヶ国では2億1,850万人となっている。生産年齢人口においては年金支払い開始年齢の引き上げや高齢者雇用の促進などにより、2017年までは増加する可能性はあるが、ベビーブーマー世代の引退により、生産年齢人口は減少となり、2050年においては4,800万人低下すると推定されている。また、高齢者人口は2050年までには5,800万人も増加するものとしている。その結果、老年従属人口指数(老年人口/生産年齢人口)は51%にも達することになる。2050年には高齢者を支えるのに2人で1人の高齢者を支えることとなる。

EU諸国の就業率についてみると、2007年の生産年齢人口(15歳-64歳)の就労率は65.4%となっている。これは2000年の就労率62.1%、2006年の就労率64.5%と比べ上昇している。また、女性の就労率も男性の就業率72.5%より低いが、2007年では58.3%で、2000年53.6%であり、2006年57.3%と同様に上昇している。さらに、55-64歳の就業率についても2007年では44.7%、2000年36.8%であったが、2006年43.5%と上昇している。生産年齢人口の減少が見込まれるEUにおいては、就労率が低い若年層や女性に対し、労働参加を高めるような社会政策的労働資源開発が求められている。EU各国とも女性の労働参加を積極的に推進している。

表-2はEU諸国の2007年度の実業率を示すものだが、労働参加率の高い北欧やイギリスに比べ南欧や東欧諸国の就業率の低さ、女性の就業率の低さが目立っている。これはパートタイマー比についても同様に言えることであるが、これらの改善が今後とも重要となってくる。

表-2 Eurostat EU(欧州連合)の労働力調査(就業率) 2007年

	就業率(15-64歳)			就業率(55-64歳)			パートタイム マー比
	合計	男性	女性	合計	男性	女性	
EU27	65.4	72.5	58.3	44.7	53.9	36.0	18.2
デンマーク	77.1	81.0	73.2	58.6	64.9	52.4	24.1
ドイツ	69.4	74.7	64.0	51.5	59.7	43.6	26.0
アイルランド	69.1	77.4	60.6	53.8	67.9	39.6	18.0
スペイン	65.6	76.2	54.7	44.6	60.0	30.0	11.8
フランス	64.6	69.3	60.0	38.3	40.5	36.2	17.2
ポーランド	57.0	63.6	50.6	29.7	41.4	19.4	9.2
ルーマニア	58.8	64.8	52.8	41.4	50.3	33.6	9.7
イギリス	71.3	77.3	65.5	57.4	66.3	49.0	25.5
ノルウェー	76.8	79.5	74.0	69.0	73.8	64.0	28.2

資料: Eurostat, The Statistical Office of the European Communities.

Labour Force Survey 2007, EUROPA, 2008, <http://ec.europa.eu/eurostat>. より作成。

## 2. ソーシャルサービスの拡大とケア労働市場

EU各国のソーシャルサービスへのパターンはGDP(国内総生産)で計測できる。各国の社会福祉関連支出はソーシャルサービスの支出を含むものであるが、社会福祉関連の支出は1980-1990年代の半ばにかけて増加したが、1995年以降は減少に転じた。しかし、2000年以降は再び増加傾向にある。高齢化社会は一層の増加につながる事が予測される。EUでも大半の国々が社会保障関連の支出(年金・社会保障費・介護費用など)はGDPの20%を上回っている。表-3ではEU加盟国の社会福祉関連の支出比率が高い順に区分したものである。これはGDPの規模や福祉の成熟度等によっても変わるものである。ただし、総社会支出は高齢者・子ども・障害者の施設ケアや在宅ケアへの支出と同じように、年金、社会保障支払、失業保険、家族手当、その他手当など広範な範囲の支出を網羅するものであるため部門別支出として把握することは困難である。

表-3 E U加盟国の国別、社会支出/GDP 2003年

/GDP	30%	26-29%	20-25%	10-19%
		28.7	25.1	
	31.3	27.6	24.2	18.7
		27.3	23.5	17.3
		26.5		
			22.5	15.9
		26.1	21.2	
			20.7	
			20.6	
			20.3	

: OECD 2003, [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

“Changing care services and labour markets” PSIRU,2007, [www.priu.org](http://www.priu.org).

EC(欧州委員会)は該当するEU域内に居住する65-79歳の高齢者人口が2010-2030年の間に37%増加することを予測していることから高齢者への支出は増大し、高齢者ケアへの財政支出や支援も大きく変わることが予測される。この増加は高齢者だけに留まるものではない。EU各国では障害のある者、また、50歳以上の人口の中で障害を抱えている者の割合は全人口の32%ほどに達しており、障害者へのソーシャルケアへの需要が増大している。南欧諸国、北欧諸国やオランダでは障害者の割合がEUの数値を上回っている。フランス、イタリア、ポーランド、イギリスにおいては障害者に対して介護手当を支給している。障害者は、介護手当を使って各々が抱えているニーズに対応したサービスの購入ができる。フランスでは「個人自主給付金」という名称で呼ばれ、イタリアではこの給付金を使って施設サービスでも利用できるものである。イギリスでは障害者向けに提供される「ダイレクトペイメント」がある。スペインにおいては「新ソーシャルケア法」によってこの種のサービス手当が給付されている。障害者ケアについては多様な制度の下で需要が拡大している。

さらに、チャイルドケアについても1990年代から開始されたが、これも拡大基調にある。EU諸国では多様なタイプのチャイルドケア手当が準備されている。これは女性が社会参加するのに大きな影響力をもつ。EU加盟国は女性の社会参加を促進する戦略を敷いており、このことから従来のチャイルドケアの政策を変更する必要性を認識している。チャイルドケアの政策は人口の減少とも関連があり、家族構成員の人数を決めるにあたっても、その有効性が高ければ子どもの数に反映するものである。また、ワークライフバランスを持続するためにも必要となる。

EU諸国では1995年から2001年において、ヘルスケア部門また、ソーシャルケア部門で働く労働者200万人分の雇用が生まれている。この数字はEF(欧州財団)の2006年度調査によると新規雇用創出18%に相当するものでもある。しかし、安い給与体系、ケアワーカーへの強い偏見、また、教育訓練をする機会も少ないこと、専門職としての資格制度が整備されていないなど、いくつもの課題を抱えていた。さらに、ケアサービスには確かな需要があり、それが増加していても、求職中の若者にとっても魅力の

## ヨーロッパケアライセンスとソーシャルケア

ある職種とはなっていない。これはソーシャルケア部門の発達が未熟なまま、そこへの政策的な介入がなかったことにもよる。このような労働市場においてその労働力供給源となっていたのが外国人労働者であった。

EU各国は宗主国として世界各地にあった旧植民地ともネットワークが組みやすく、欧州近隣諸国とも文化的歴史的に人的な交流があったため、外国からの人の移動が比較的容易であった。ソーシャルケア部門においては特に移民政策が大きな影響力を持っているのであり、EU各国が示す政策が外国人労働者の流入と強く結び付いている。表-4はサービス部門別の外国人労働者の割合を示すものであるが、ノルウェー、スウェーデン、イギリスなどではすでに外国人労働者の割合が10%を上回っている。(スペインでは制度の違いにより在宅サービスに外国人労働者を求めている)

EC(欧州委員会)は成長が期待できる部門としてソーシャルケア部門の育成を目指しており、労働市場形成のため構造改革を進めている。

表-4 ヘルスサービス・ソーシャルサービスと在宅サービスにおける外国人の割合(2003-04)

	8.8	(0.4)
	10.7	0.6
	6.1	
	9.7	5.8
	10.1	0.7
	12.5	
	6.3	4.2
	12.2	
	20.7	
	3.7	12.2
	18.6	
	13.4	1.3
	14.5	1.0

∴ Dumont,2006

“Changing care services and labour markets” PSIRU,2007, [www.priu.org](http://www.priu.org).

### 3. フォーマルケアとインフォーマルケア

福祉の成熟度の高い北欧諸国では公的な福祉制度を通じてサービスが提供されることもあり、フォーマルケアの割合が高くなる。福祉成熟度が低い国やソーシャルサービスを民間に依存してきた国ではインフォーマルケアが存続する傾向がある。ところで、フォーマルケアとは公的な制度等により提供されるサービスや民間のサービスを公的な支出によって提供されるサービスのことであり、インフォーマル

ケアとは家族や知人、またはボランティアによって提供されるサービスで公的な支出が少ないサービスとして区分できる。

すでにEU加盟諸国ではソーシャルケアへの財政支出やそのサービス支援等に大きな変化を示している。そしてこれは公的部門、民間部門、NGO部門におけるケアの国内需要に大きな変化となっている。この変化は新たな職業への発展に寄与するものであり、ソーシャルケアの専門職を誕生させる要因ともなる。

国によってインフォーマルケアのアクセスレベルに違いがあるが、デンマークやオーストリアでは家庭内で利用できるインフォーマルケアはあまりない。インフォーマルなネットワークへのアクセスはフォーマルケアを受ける機会を減らすことにもなる。ソーシャルケアの提供はインフォーマルケアの提供と強く結び付いている。オランダのケースでは最近の法令の変化がケアの提供に変化を与えている。オランダでは2000-03年のAWBZ（例外的医療支出法）改定をおこない、「人々が可能な限り自宅で生活すること」を奨励している。この法は障害を持つ人々へのケアの直接費用を支払うものである。利用者が住宅やケアの費用を支払うものであるため、この制度では障害を持つ人の家族に影響を与える。同じ家族に住むためインフォーマルなサービス提供が期待されるからである。これにより、ケアニーズを延期することも可能となるだけでなく、インフォーマルな社会資源が利用できない時にはそれに代わるサービスを利用できる機会が増えることになる。2007年1月に成立したオランダの新法「ソーシャルサポート法」はケアにおける個人的な責任を変化させることができる。ケアサービスもソーシャルケアを必要とする人への現金給付を通して受け取ることができる。フランスでは「APPA（個人自立手当）」、イタリアでは「ホームケアバウチャー」があり、高齢者が必要とするケアサービスを利用することができる。イギリス・スペインでも同様な制度があり、これが新しいケアサービスに対する個人の権利と責任として導入される。このようなケアサービスの準市場化の動きはフォーマルサービスを通してケアサービス市場の発達を促すことになる。

#### 4. ソーシャルケア専門職と資格

高齢者人口が増えることはソーシャルケアの需要を拡大することになる。このことはソーシャルケアワーカーへの需要増加となる。人口の高齢化はケアワーカーの需要増加と繋がる。すなわち、「福祉は雇用を生む」ことになる。それがEUの雇用戦略である。高齢者に提供されるかなりの量のサービスは有料化とフォーマルケアとなって発展する。そしてこのことはケアサービスに必要とされるケアラーの確立を促すことともなる。この動きと連動したリクルートや退職防止、労働環境の改善を促すことにもなる。EU各国ではソーシャルケア専門職を養成する教育・訓練を増やしている。表-5は各国が実施している教育・訓練の課程を示すものだが、各国とも多様な制度を導入しているのがわかる。

## ヨーロッパケアライセンスとソーシャルケア

表-5 国別・ソーシャルケア部門で働くのに必要とされる教育と訓練

国名	教育と訓練	備考
	： ：3 ：	1991
	(2003 )	
	： / ： 2 / ： 2 3 ： 4	
	/ ： / / ：	
	/ / ：3 ：	
	： (SCAP) (DWP)	
		Family Counter Project ( )
	2001	

資料： Employment in Social Care in Europe - European Foundation.

“Changing care services and labour markets” PSIRU,2007, www.priru.org.



ドイツ、フランス、ギリシアでは新しい資格がソーシャルケア部門の専門課程の一部に導入された。北欧諸国ではソーシャルケアの専門的な制度があり、より長い期間を資格確立に要した。中欧や東欧の国々では資格認定や登録として新しく調整を行った。この経験は資格承認と専門的な継続教育との認識とサービスの質の改善と発展との間の関係を示すものである。

2006年から2年間で費やしてEU域内の教育訓練課程の統一となるECL（ヨーロッパケアライセンス）が2008年9月に導入された。それはソーシャルケアワーカーのEU域内での移動と統一的なケアの質を保障するものでもある。また、登録する目的はケアワークをより多くの若い人々に対してアピールすることでもある。しかし、ソーシャルケア専門職として発展するための決定的要因として、訓練が看護やソーシャルワークのような類似した専門職となるために教育・訓練を制度としていかに提供するかにある。

## 5. 国境を越えるソーシャルケアワーカーたち

ケアサービスへの確かな需要があり、それが増加していても、国内の労働者、若者たちにも魅力のある職種とはならなかった。多くの国々でもケア部門においてはそのサービス供給力が不足しており、労働市場として発展してこなかった。不足するケアサービスを補うために外国人労働者が利用された。ここ10年の間、EU各国では外国人労働者の著しい増加がみられている。1995-2005年の間には外国人労働者の流入があった。ほとんど全ての国々には外国人労働者の流入がある。ハンガリー、スロバキア、チェコなどでは国内の全労働者の中で外国人労働者が占める割合は少なく、時には1%以下の場合もある。一方、国内労働における外国人労働者の割合が高いのはイギリス、ドイツ、オーストリア、スペイン、ポルトガルである。フランスやオランダはともに1995-2004年において僅かに増加しただけにとどまっている。国内サービスにおいて外国人労働者の占める割合は低いものの、スペインでは国内労働者の12.2%は外国人労働者であるという例もある。

オーストリアではナーシングケアを必要とする高齢者は月々最大1,563ユーロまで看護手当を受け取る。この金額では登録看護師を雇用するには十分な金額にはならない。それで、不法ケアワーカーを雇用することになる。オーストラリアでも不法ケアワーカーが4万人ほどいる。彼らはケアワーカーの資格もないのである。不法ケアワーカーは介護をするため、利用者の自宅で生活し、その給付手当を受け取る。このような調整を法制化して実施しようとするいくつかの提案がある。2006年社会民主党（the Social Democratic Party）と国民党（People's Party）はソーシャルケア部門で働く数千人の不法労働者を合法化することに同意した。このことはソーシャルケア労働市場を再統合することでもある。

イギリスにおいても、ケア部門で働く労働者の5%が外国人労働者であり、2004-06年においても11,150人の労働者の登録がある。イギリスではルーマニアやポーランドからのソーシャルケアワーカーのリクルートが活発に行われている。単身の高齢者とケアラーが同居するギリシア、イタリア、スペインからの移民労働者の人数も増加傾向にある。労働力の不足を経験している国々では制限的な方法を利用して移民労働者を拡大する政策を実施している。2006年フィンランドでは移民労働を促進する移民政策プログラムを採用した。イギリスでも移民労働者登録と同じく、高度技術移民プログラムがあり、



## ヨーロッパケアライセンスとソーシャルケア

2004年に欧州連合に加盟した新規加盟国にも適応されている。低技術移民計画ではルーマニア、ブルガリアの労働者に限定しているが、オランダからは看護師、ドイツからはケアワーカーがリクルートされている。また、それらの国々ではEU以外の国ともいくつかの相互協定を締結している。

欧州では国境を越える労働者がケアワーカーとなりケアサービスを供給する重要な役割を果たしている。ソーシャルケア部門においては合法・非合法の大量の移民労働者たちが働いている。移民問題、ケアワーカーの低い身分の解消、さらにその他の労働問題と複雑に絡んだ問題が発生している。ここにおいてECLの導入はいくつかの問題を解決するうえでも画期的な制度導入ともなる。

## 6. ECL(ヨーロッパケアライセンス)の創設とソーシャルケア

家庭や老人施設やナーシングホームなどからケアワーカーに対する巨大な需要が欧州各国でみられる。国によっては政府によって組織されている国もあれば、地方自治体が組織するものもあるが、多くはその家族の問題と放任されてきた。これがケアのフォーマルとインフォーマルの格差、移民問題等を含め、ソーシャルケアの問題を複雑にしてきた。

EUのように単一の欧州労働市場では経済的な理由で国境を越える大量の労働者の移動を生み出しているが、その労働者の大半はケア部門で働くケアワーカーである。しかし、国によっては外国人労働者にとって理解困難な独特の文化や言語、さらに資格が必要とされてきた。地域統合が進むEU域内において労働者がEU域内で認定された統一資格を国内で修得することができれば、域内の労働力移動や福祉制度の格差は正に有効な手段ともなる。EUでは該当する地域の単一のECLを創設することでソーシャルケア部門のスタッフに標準的なケア基準を提供することにもなる。それが大学等の教育機関や、指導者や雇用者このケア基準を満たしたBESCLO(欧州ソーシャルケア基本学習成果)の下での訓練によって修得ができる。規定コースの修了や訓練を受けた人々はECC資格認定試験に合格しなければならない。その試験に合格すれば資格を保有することになる。

EU加盟各国が共有する資格の内容はBESCLOである。カリキュラムとなるものは①ソーシャルケアの価値、②支援する人の生活の質を向上させるもの、③リスクを抱えた労働、④ケアワーカーとしての役割の理解、⑤労働の安全、⑥積極的なコミュニケーション、⑦虐待やネグレクトの認識と対応、⑧ケアワーカーとしての成長にも有益なものとなる。以上の8項の最小限の必要項目を列記しているだけである。また、学習者は最低16歳以上としている。

ソーシャルケア部門にEU域内の統一的な資格制度を創設することはEU各国間の労働力移動を容易にするだけでなく、社会保障制度における地域間統合推進することにもなる。さらにケアワークの提起やソーシャルケア専門職の確立など副次的な効果も予測できる。しかしながら、この資格制度もEU各国の相互承認が作られた第一段階でしかなく、この制度を定着させ、発展させるためにはEU各国の相互協力が今後必要となってくる。ECLがソーシャルケア実践を通して今後、いかに発展するかが期待される場所である。

## 参考文献

1. Dumont J.C. “Patterns of European Migration: Questions for social care and health”, Vienna,2006. 2. “Employment in social care in Europe”, European Foundation for the Improvement of living and Working Condition, 2006. [www.eurofound.ec.int](http://www.eurofound.ec.int).
3. “EU research on Social Sciences and Humanities New kind of family, new kinds of social care SOCCARE Project Families,Work and Social care in Europe”,EUROPEN COMMISSION,2004.
4. Jane Lethbridge. “Changing care services and labour markets”. PSIRU, 2007  
“Foundation services in Europe” European Foundation for the Improvement of living and WorkingCondition, 2009. . [www.eurofound.ec.int](http://www.eurofound.ec.int).
5. “Labour Force Survey 2007.Employment rate in theEU27 rose to 65.4% in 2007 Rate for women rose to 58.3%”, EUROPA-PressReleases,2007.7.
6. “Leonardo Project Europa, 《CARERS》 Presentation of the French experience :University Toulous II LeMirail. 2008.2.
7. Nemenyi E.Herczog M.Kravalik Z “Employment in social care in Europe”, European Foundation .2006. 8. “Population projections 2008-2060 From 2015,deaths projected to outnumber births in the EU27Almost three times as many people aged 80 or more in 2060”,EUROPA-Press Releases, 2008.8
9. “The European Care Certificate — your starter pack”, European Care Certificate,2008, [www.eccertificate.eu](http://www.eccertificate.eu).
10. “The Future of the Healthcare science Workforce Modernising Scientific Careers: The Nextsteps A Consultation”, UK Health Departments.DHSSPS, 2008.11.