

「教員研究報告」

報告 1：藤井 賢一郎（社会福祉学部教授）

「介護人材の確保と専門性—事業者の人的資源管理の視点から—」

報告 2：山口 幸夫（特任准教授）

「多文化ソーシャルワーク—散住地域における外国籍等児童の現状と支援に関する研究—」



介護人材の確保と専門性

—散住地域における外国籍等児童の現状と支援に関する研究—

藤井 賢一郎

平野：続いて、次のプログラムである教員の研究発表に移ります。

それでは藤井先生、よろしくお願いします。

藤井：ご紹介いただきました藤井です。どうぞよろしくお願いします。日本社会事業大学で専任教員になり今年が3年目です。その前に1年客員教授としてゼミを持たせていただいていた。私が籍を置いている専門職大学院、特に、私のいるビジネスマネジメントコースは、ほとんど茗荷谷での授業・ゼミになっていることもあり、清瀬に来ない日も多いため、私を初めて見た学生・院生の方もいるのではないかと思います。

本日は、「介護人材の確保と専門性」ということで話をいたします。

私は、以前民間企業（シンクタンク）に12年余り勤務しておりまして、そこでの業務の半分くらいは、政策を作るための基礎調査であり、残りの半分は、地方公共団体の仕事や、民間の企業の商品開発や企業を立ち上げるといった仕事をしていました。こうした経歴上、私の専門の福祉経営の中でも、主として、戦略、財務について、自分の専門としておりました。

そういう私が介護人材の問題に取り組むきっかけは2004年のことです。ちょうど会社を辞めて、自分一人で仕事をしてみようというときに、最初に声をかけてくれたのが、全社協（全国社会福祉協議会）の介護の人材に関するプロジェクトだったのです。その頃は、まだ介護人材が不足しているという認識がなかった中で、介護の専門性を高めることと、介護従事者の処遇をよくすることと、それから、サービスの質を高めること、これらを三位一体でやるべきではないかという問題意識で考えられていました。このプロジェクトは、また、当時の厚生労働省老健局振興課の肝いりのプロジェクトでもあったようです。

このプロジェクト中では、まず、介護福祉士を取得して以降のキャリアパスとして、ファーストステップ研修、セカンドステップ研修、介護統括責任者という研修体系を提案しました（ファーストステップ研修については、介護福祉士会を中心に徐々に広がりを見せています）。それから、事実上介護の入り口資格となっている訪問介護員2級の130時間研修が、いかにも不十分だということで、介護職員基礎研修500時間を提案するなど

しました（これはご存じのとおり、のちに制度化しました）。

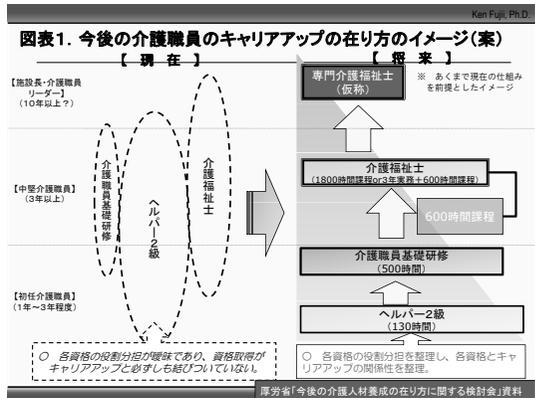
このプロジェクトで、私は、事務方を手伝うことを仕事として与えられたわけですが、当時は、介護人材の専門性についてほとんど理解していなかったのが正直なところ。全社協の担当は、現在の厚労省社会福祉専門官の諏訪（徹）さんでした。当初、諏訪さんと私とが着目したのは、「組織性」でした。介護職員が、組織の中でどのように機能できるか、あるいは、ヒューマンスキル、コンセプチュアルスキルをどう強化するのかといった考え方でした。

しかし、この検討委員会の委員である上智大学の栃本（一三郎）先生に、「介護の専門性」を理解し、それをきちんと踏まえる必要がある、と適切な助言をいただき、検討の方向性を変えました。具体的には、まず、先進的な介護をしている事業所10か所にヒアリングをさせていただきました。通常、ヒアリングというと、1カ所で1～2時間聞いて終わりですが、このプロジェクトでは、各事業所にこれらと思う介護職員の方を5人選んでもらい、各2時間ずつ、延べ50人100時間にわたって、個々の介護職員のキャリアや専門職として意識、働き方などをお聞きいたしました。

ここで、私は、介護職員の専門性ということに、遅まきながら認識を新たにしたいというわけです。

サービス経営において、プロセスをグリップするか、タレント（人材）をグリップするかが問われます。私は、このプロジェクトを通じて、福祉経営において、タレントをグリップする意味と重要性に気がつかされました。

図表1は現在議論している「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」の資料として国が示している図です。図左側にあるように、国家資格である介護福祉士以外に、ヘルパー2級、それから先ほども言いました基礎研修の2つの制度があります。まず、この3つ資格・研修で教えていることに一貫性があるかとか、この3つの何が違うのかということが、はっきりいえば混乱している状況です。



「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」は、山井厚生労働大臣政務官の肝いりで設置された委員会です。この委員会で、図表1の左側に示された現状を、右側に示すような再構築が必要だということが明確にされているわけです。これまでは、将来ヘルパー資格を廃止し、基礎研修あるいは介護福祉士に一本化するという方向性を国は示していたわけですが、この方針が変更されたといってもよいでしょう。その背景には、2006～2007年あたりの景気の回復期に、介護人材確保が困難になり、いきなり500時間の研修というのが現実的でなくなったことあると思います。

したがって、1つは入り口資格としてヘルパー2級は再編成して、介護福祉士までのキャリアを再構築するということが重要になっています。ヘルパー2級の再編成については、昨年度から長寿社会開発センターで議論・検討されています。その下作業を依頼されて、大学院生で、介護福祉士をお持ちで、現場経験も5年ある白石（旬子）さんや田口（潤）さんに手伝ってもらいながらすすめているところです。

「今後の介護人材養成の在り方に関する検討会」で一番の議論になっているのが、この実務経験で介護福祉士を取得するルートの在り方です。ご存じのように、平成19年に法改正が行われ、国家資格を強化するという大きな方向性で、養成校ルートの国家試験義務化とともに、実務経験ルートの600時間課程義務化がなされています。この時間数が本当に妥当なのだろうか、ということが改め

て議論されているわけです。私の基本的な立場は、改めて議論するのであれば、この制度が議論された根拠にさかのぼって議論すべきだと思っています。

人手不足だから、介護福祉士のハードルが低い現状を維持しようというのは、あまり意味のないことだと思います。むしろ、介護保険制度で議論されている地域包括ケアのあり方の中でも、介護福祉士が基礎的な医療、リハビリ、認知症のケアをできるようにするということが言われていますから、サービスの質の中核を介護福祉士が担っていくという方向性の中で、実質的な業務独占という方向性で、資格の高度化を目指そうとしていることを重視すべきです。資格を強化することにより、介護福祉士の魅力も高まる、処遇も高まるという中では、介護福祉士はこれまで以上に体系的で充実した教育が求められる。そうすると、600時間くらいのハードルはむしろ当然で必要という見方もあります。

現状では、介護福祉士のほうが、質が高いサービスを提供できるとか、意識が高いとかということ余り実証されていません。むしろ否定するデータがいくつかあります。こういう現状を変えないことには、介護人材の処遇改善のブレークスルーは期待できないでしょう。この考え方は、私をはじめ多くの委員の意見ではないかと思います。

ただ、一方で、サービスの質を高め、介護福祉士の処遇を高めるために、教育を強化し資格を強化するという流れは、現場で働いている方々にうまく伝わっていないことも確かでしょう。また、サービスの質を高めるような、体系的な教育がなんなのか、それを裏付ける学問体系が確立されているのかと、考えると、疑問符は湧いてきます。

(著者注：「在り方委員会」では、介護福祉士の養成コースの国家試験義務化と実務経験ルートの600時間研修は、先送りするという結論を出しました)。

さて、介護福祉士から上のキャリアパスについては、皆さんご存じのように、法改正の際の国会の付帯事項である「専門介護福祉士」があり、ま

た、先ほど申し上げた、ファーストステップ、セカンドステップ、介護統括責任者という研修体系があります。専門介護福祉士は、専門技術、専門分野・領域という部分を焦点化していくキャリアなのだろうと思いますが、ファーストステップ以降のキャリアは、リーダーシップ、マネジメント能力を高めていくというキャリアです。

看護師についても、認定看護師、専門看護師、認定看護管理者の三つの方向性を日本看護協会で作っています。ファーストステップ研修はすでに動いていて、全社協と介護福祉士会が協力して、既に一昨年度の時点で、ファーストステップが千名を超える人数が養成されており、認定看護管理者に近いイメージでしょう。一方、専門介護福祉士は何も固まっていますが、まず、認定看護師や専門看護師のような領域・技術に特化したようなスペシフィックなものにしていくのか、それともジェネリックなものになるのかという議論があると思います。

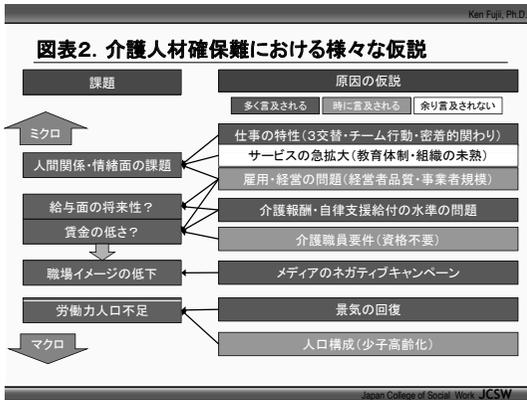
今、社大全体でも、介護福祉士養成や介護職員の専門性の強化にどのように関わらすべきかという議論がなされています。

介護福祉士の専門職としてのキャリアパスのあり方が、まだ固まっていない、何よりも、キャリアモデルをこれから作っていく必要がある、というのが現状です。特に後者の点で、社大、および社大の卒業生で介護職員として従事しておられる方々の役割は大きいと思っています。

さて、次に、介護人材の確保難について話をします。

介護人材確保に関しては、一番言われているのは、「給料が安いのではないか」、あるいは、「給与の面の将来性がないのではないか」という心配です。ただ、介護人材確保難の課題はこれだけではなくて、図表2の左側にあるように、景気回復や少子化の中で、労働力が足りなくなっているとか、職場のイメージが急速に悪くなってきているとか、職場の人間関係の問題と、様々です。

高齢者医療制度や障害者自立支援法と比較すると、介護保険制度は10年間色々ありながら、多く



の人に受け入れられ定着してきていると言っ
てよいでしょう。成功要因は、いくつかありま
すが、国のイメージ戦略が非常に上手だった
ことが重要な要因の1つです。後期高齢者
医療制度がなかなかうまくいかなかった
ときに、厚労省の元幹部から「介護保険
ではあれだけ周到に努力・準備して、マス
コミ戦略も含め、理解してもらった。その
努力を何でやんなかったんだろう」という
話を聞き、なるほどと思ったことがありま
す。

大学の教員の中には、「介護保険制度は私
が作った」と言う人が千人ぐらいいる、と
いう笑い話があります。もちろん、本当に
本質的な議論に加わった方もいますが、
そうでない方々までもがそうおっしゃっ
ている。これは、自分が作ったかのよう
なつもりで介護保険制度にかかわってく
れる方が多かった、国がその気にさせる
ことに成功した、ということでしょう。

こうした介護保険のイメージが、最近
急速に変わってきています。「メディアの
ネガティブキャンペーン」と書いてあり
ます。メディアに対する悪意のある書き
方になっていますが、経営する側から
すると、一部の「職員使い捨て」職場
ばかり取り上げられて、介護業界全般
の問題にすり替わられて報道された
という恨みがあります。

それから、図表2にある「人間関係、
情緒面の課題」ですが、これは、言及さ
れる割には、何も手をつけられていま
せん。「人間関係」とだけいうと、ど
の社会にもあることです。介護の仕
事・職場に特殊なものがあるのか、な
いのか、人的資

源管理という観点から何に手をつけ
れば良いのか、経営との関係すなわち
戦略的人的資源管理の視点はどうなの
か、こうしたことは、私の立場から言
うと、一番重要なテーマの一つと考
えています。

これに関連して、ほとんど言及され
ていないこととして図表2の仮説とし
て、「サービスの急拡大」とあります。
介護サービスは、この10年間で2倍
ぐらいの勢いで増やしてきましたが、
量を増やすだけではなく、当然、それ
に対して職員の数も増やしてきてい
るわけです。そうすると、新しい職員
を教育する、あるいは組織を作るとい
うことが必要になるのですが、これは
なかなか難しいと思います。後ほど
詳しく述べますが、こうしたことで、
人間関係・情緒面の問題が職場の中
に起きているのではないかと考
えています。

図表2の「課題」は、下に行けば行
くほどマクロで、上に行けば行くほど
ミクロになっています。次に、マク
ロの順に、「労働力人口不足」「給与・
賃金」「人間関係・情緒面の課題」
について詳しくお話ししたいと思います。

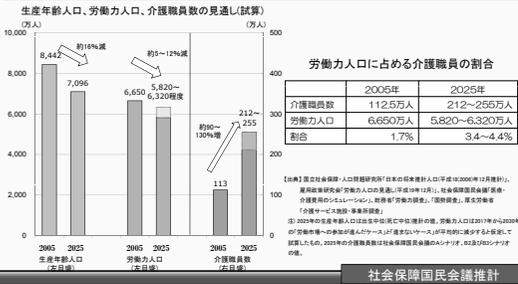
まずは、マクロ的な労働力不足につ
いて、将来推計を見てみましょう。現
時点では、図表3に示した社会保障
国民会議で推計したデータが、一番
信用できるデータです。2025年につ
いて将来推計していますが、これは、
日本の後期高齢者数の急増が終わり、
ほぼプラトリーに達し、サービス増、
介護職員増を乗り越えた時点です。
推計値に幅がありますが、これは主
として、慢性期医療の今後のあり
方にいくつかの前提が置いている
ところに起因しています。

幅はありますが、この推計から、
2005～2025で、介護職員を倍に
する必要があるということが分か
ります。20年で2倍ということ
ですから、毎年約3.5%ずつとい
うことになります。100人の事業
所で、年間3～4人職員を増やす
感じですが、一方で辞める人が
現状では20人近くいますので、
平均的に4分の1が新しくなる
ということになります。

一方、これを労働力人口に対する
比率からみる

図表3. 介護の担い手と介護職員の見通し

○ 2005年から2025年にかけて、生産年齢(15～64歳)人口は約16%減少し、労働力人口も約5～12%程度増加すると見込まれる。一方、介護職員数は倍増すると見込まれる。
○ この結果、労働力人口に占める介護職員の割合は、2005年から2025年にかけて倍以上になると見込まれる。



と、現在の1.7%から2025年には3.4～4.4%になる将来推計になる必要があります。やはり倍以上の比率になります。この変化はとても大きいとは思いますが、介護職員を「労働力人口の5%未満」にするという水準を高いとみるか、案外高くないとみるかで、考え方が変わってきます。私は、この水準は、介護の仕事の魅力を高め、一生やっていくにふさわしい仕事と働いている人が感じ、実際にそうなっていくとすると、決して無理という水準ではないのではないかと考えています。「外国人労働を入れるべき」という意見がありますが、現状で外国人労働に頼ると言うことは、「日本人がやらないから」という理由であり、介護を「移民の方しかやらない仕事」にしてしまうことになりかねないと思います。介護の仕事の魅力を高めることで、少なくとも数的に国内の働き手間に合わせることであれば、まずはその仕組みを作り上げることが必要だと思います。外国人労働を入れるのであれば、そうした仕組みがある中で、より専門性が高い方が入ってくるのであれば、大歓迎です。

最近では経済対策が出るたびに、「介護・医療の分野は、今後、非常に魅力的な成長分野である」といわれます。しかし、「魅力的な成長分野だ」という割には、お金をかけないのが日本の悪いところです。悪いのは政府だけではなく、国民の側にもあると考えています。現在の国民負担の状況では、福祉・医療にお金をかけられないのはある意味当然で、政治が悪いわけではないからです。

菅(直人)総理は、「強い経済、強い財政、強い社会保障」と言っておられます。全く賛成です(本来、順番は逆ではないか、つまり、「強い社会保障、強い経済、強い財政」と順と考えていますが)。

仮に、今まで以上に効率的、効果的にお金をしっかりかけて、働いている人たち、あるいは経営側、養成側がみんな一つになって、介護という仕事を魅力的なものにしていくということが完成できれば、労働力人口の5%弱という数字は達成困難ではないように思います。

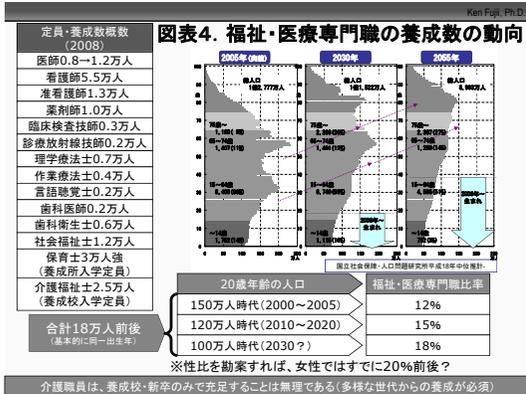
ところで、25年前くらいまで、「看護婦」の仕事は「きつい、汚い、危険で3K労働」など、恐らく、今の介護と同じようなことが言われていました。

そうした中、約25年前、看護協会や養成側は、「これからは看護婦の社会的地位を高めていく。そのために、准看の養成をやめ、大学で看護を養成する。」と宣言されました。私は当時大学院生でしたが、正直言っている事にびんときませんでした。

当時は准看(護婦)と正看(護婦)の養成比率が「5対5」でした。それが、今は、「9対1」になっています。国家試験ベースで約2割が大卒者になりました。この間、法令等で、国、都道府県に看護師の確保・養成に役割を持たせたこともあり、国公立の看護系大学が急増しています。

こうして、25年間で、看護師の社会的な地位が非常に高まってきたわけです。こうした看護の実績をみていると、大学が介護福祉士養成に積極的にかかわることが、介護福祉士の地位を高める可能性があります。ですので、私は2003～2005年は、「介護も大学化すべきである」という論調で話していました。

しかし、あるとき、1学年100万人時代の中で、そもそも福祉医療保健系の職種は、いったい何人育てているのだろうと考え、計算してみました。図表4に示す通り、福祉医療保健職は、現在でも、毎年18万人ぐらい養成校で養成しています。18万人といっても、女性の比率が高い。男性比率が高いのは医師くらいですが、それも国家試験ベースで女性が35%になっています。恐らく、将来的に

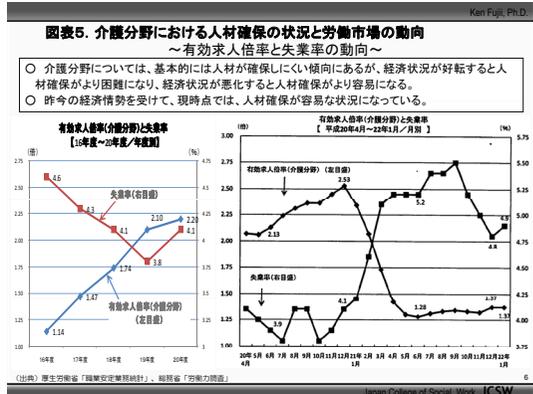


は女性が5割を超えてくる職種になるだろうと思います。全般に女性の比率がとても高いです。看護は9割が女性なので、この18万人のうち15万人弱ぐらいは女性になろうかと思えます。

2000～2005年が1学年150万人時代でしたから、1学年の約12%が福祉・医療系の専門職になっている。女性だけみると約20%です。これが2010年になると120万人時代で15%（女性だけみると25%）、2030年ぐらいになると1学年が100万人ですから、20%、実にクラスの5人に1人が福祉・医療の資格者になる（女性だけみると30%）。

これは、さすがに他の産業の成長を圧迫する要因になります。しかも、介護の定員はなかなか埋まらない状況を併せて見て、大卒ベースの介護福祉士を中心にするのは、やはり無理があると考えざるを得ない。それで、図表1の厚労省が作成した図のように、新卒以外からも様々な入口から介護に入っていただくことを前提にせざるを得ないと考えようになった次第です。

ただ、私は、今でも、介護福祉士は基本的には大学で養成すべきであり、さらに大学院でも現場と研究をつなげるような仕事をしてもらいたいし、現場には博士号を持った、現場経験が豊かな介護福祉士の方にいてもらう時代を作らなければいけないと思っています。このことは、最後に述べたいと思います。社大は、比較的最近まで、介護福祉士を養成することに熱心ではありませんでしたが、ようやく介護福祉士養成を真剣にやろうというかたちになってきて、私自身は、ほっとし



ております。

図表2では、人口構成に続いて、「景気の回復」を上げています。図表5の右側の図には、介護分野の有効求人倍率と一般の失業率を月次で示しています。介護分野の有効求人倍率は、平成20年12月まで上昇を続けていましたが、平成21年1月から急落しています。その間、失業率も急上昇しています。いわゆるサブプライムローン問題の顕在化が平成19年夏、リーマンショックが平成20年9月で、日本の鉱工業指数が平成20年10月以降急落していますから、敏感に反応している事が分かります。

なお、ここに示していませんが、鉱工業指数のほうは、平成21年2月をボトムに平成22年2月までは急速に回復し、その後は現在までいたるまで回復は鈍っている状態です。しかし、このような景気回復は、失業率には反映されていますが、介護の有効求人倍率には全く反映されていません。つまり、今のところは、介護職員確保のための政府の様々な対策や経営側の努力が、ある程度現れていると言ってよいのではないかと考えています。また、これらを通じて、介護の仕事への誤解が解けてきているとすれば、望ましいことと思っています。

私自身、介護の仕事に従事したことはありませんが、他のさまざまな仕事と比較して、介護は比較的やりがいを見だしやすい仕事です。また、「奥の深さ」とかやりがいのことを除いても、他の仕事には「ノルマ」とか、介護の仕事にはあま

り問われない辛い部分がある。介護の現場でも「介護の仕事を『つらい、つらい』とおっしゃっているのは、ほかの仕事をやったことがない人じゃないですか」と言う方がいます。

現在は、首都圏でも求人状況は大分落ち着いてきています。最近も、埼玉県のある特養で「5人の募集に200人応募があった」という話を聞きました。ただ、図表5の左の図をみますと、有効求人倍率が1.3～1.4当たりというのは、平成17年度の水準に当たります。この頃すでに、人材が集まらないという声を多く聞いていましたので、やはり現在は、平成12～15年頃よりは売り手市場であることはまちがいないでしょう。

今後、どの程度、介護の求人が、景気動向に影響を受け続けるかについては、慎重に観察していく必要があると思っています。

ところで、有効求人倍率という指標は、新規学卒者を含んでいないという限界があります。この限界を念頭に、介護分野の求人が、どの程度一般産業の景気に影響を受けるかについて、都道府県別のデータで分析を行ってみました。ここでは、一般産業の景気を、求人倍率を指標で見えています。

図表5は、平成18年度の都道府県別の常用の有効求人倍率を、全職業と介護関連について示したものです。常用とは、正規雇用又は4カ月以上の契約（季節労働除く）のフルタイムの職員です。

基本的に、介護分野の有効求人倍率が高い都道府県は、全産業の求人倍率も高くなっています。また、全産業に比べて、介護分野の求人倍率が高

い傾向にあります。ただ、それでもよく見ると、点線の○で囲っているように、ほとんど差がない、あるいは介護のほうが、求人倍率が低い都道府県があるのが見て取れます。

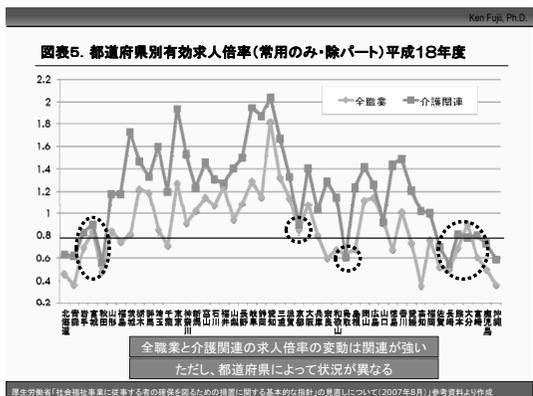
この差が何で説明できるだろうかということについて、労働市場の供給側の要因と需要側の要因で考えてみました。

図表6に示したように、②全職業の求人倍率が高ければ、やはり介護求人倍率も高い。これは、かなり強い相関です。景気がよい都道府県で、全般に求人倍率が高いようなところでは、介護の求人倍率も高くなるということです。

③養成校がたくさんあれば、供給力があるかと思いましたが、介護の給仕倍率には影響を与えるほどではありませんでした。

次に、すでに、④介護職員が生産年齢の占める比率が高いと、もう供給余力がないのではないかということと相関をみたところ、やはり相関が得られました。ただ、全職業求人倍率との相関も高いですから、単に、就職先が多い都道府県では、求人倍率が高く、生産年齢の多くが働くようになっていくというものの表れかもしれません。

次に、労働力の需要要因側からみると、介護職員が増えているところは、人を確保・養成することが困難で、職場に様々な困難が存在し、辞める人も多くなる、辞める人が多いので、また採用しなければいけないという、負の連鎖が予想されます。それで、⑤介護職員の増加率との相関をみたところ、やはり、増加率が高いところは求人倍率



Ken Fuji, Ph.D.

図表6. 都道府県別介護関連求人倍率の相違の背景①

(n=47)

	①介護関連求人倍率	②全職業求人倍率	③養成校定員率	④介護職員労働力率	⑤介護職員増加率	⑥介護給与比率
労働力供給側	1.000	0.788***	-0.166	1.000		
需要要因	③養成校定員率 (介護職員増加数÷養成校定員)	-0.478***	-0.470***	-0.036	1.000	
	④介護職員労働力率 (介護職員数÷生産年齢人口)	0.553***	0.355*	-0.453**	-0.629***	1.000
	⑤介護職員増加率 (2002-2005)	-0.527***	-0.478***	0.115	0.517***	-0.620***
	⑥介護給与比率 (介護労働者給与÷一般給与)					1.000

*: p<0.05. **: p<0.01. ***: p<0.001

※1 厚生労働省安定雇用「職業安定業務統計」介護関連職種有効求人倍率(常用(除パート)、平成18年度)
 ※2 厚生労働省安定雇用「職業安定業務統計」(平成18年度)
 ※3 介護福祉士養成校定員率(平成14-17年介護職員増加数/厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)
 ※4 介護職員数÷生産年齢人口: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(平成17年)、「平成17年国勢調査」
 ※5 平成17年介護職員数÷平成14年介護職員数-1: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
 ※6 介護労働安定センター「介護労働実態調査」(平成18年)、厚生労働省「平成18年度賃金構造基本統計調査結果」

Japan College of Social Work | JCSW

が高くなっていました。

また、⑥介護の給与が相対的な値についても、これが低いと、求人が困難となっていました。ただ、これも⑤の職員増加率その相関の方が高くなっていますから、職員増加率が高いということが、介護の求人率を高めると同時に、平均的な給与が低い（経験年数の浅い人の比率が高くなるため）ことをもたらしているのかもしれませんが。

以上のように各変数間で相関関係があるようですから、①介護関連職種有効求人倍率を従属変数として、重回帰分析を行いました。その結果を図表7の右側の図に示していますが、②全職業求人倍率と⑤介護職員増加率のみが、相関が認められました。つまり、④生産年齢中の介護職員の多寡や、⑥給与の高低は、求人倍率とはあまり相関がないという結果になりました。

図表7の左側をみると、三大都市圏が介護職員の増加が大きく、求人倍率が高くなっています。職員増加率が高ければ、求人倍率が高くなるのはある意味当然ですが、私自身は、先ほど述べたように、職員増、サービス増に追い付いていない人材確保・養成が、さらに求人状況を困難にしているという見方もできていると思っています。

さて、給与の高低が、求人を困難にしているわけではないというのを、このデータだけで言い切るは無理があるでしょう。ただ、給与の問題だけではない、ということを考えるヒントになると思います。

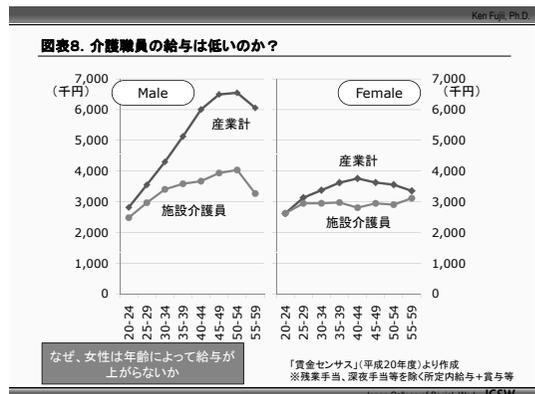
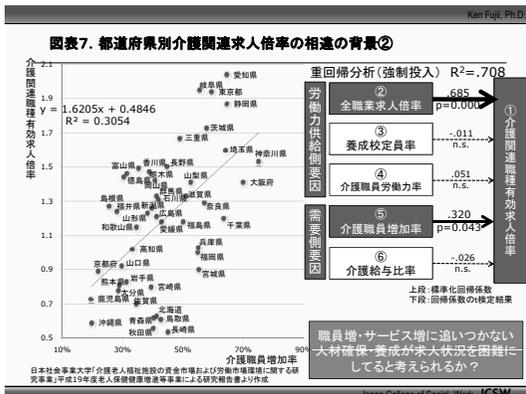
さらに、介護職員の給与の問題が、不適切なデー

タをもとに、過度に低いように語られている事も指摘しておく必要があります。

図表8は、マスコミ等でも何度かとりあげられた図です。特に男性をみますと、若いうちは、そんなに差がありませんが、30代、40代になると200万円、300万円と年収に差が出ています。マスコミがこうしたデータを見せれば、ご両親や高校の教員が大反対するのは無理ありません。

これをそのままのみにする前に、今度は女性のほうをみますと、なぜか女性の方は、そこまでの差はない。しかし、性による給与格差は禁止されているにもかかわらず、男女でここまで年齢別給与に差があるのはなぜでしょうか。おそらく、これは単純な理由でしょう。日本では、育児で仕事を中断することが、残念ながら、女性にのみ多く起こります。結果として、男性は、女性に比較して、仕事を継続する確率が高くなる。そうすると、日本の場合、まだまだ年功序列的な賃金ですから、男性は年齢が上がると給与が高くなるということでしょう。

ここからもう一度、介護職員の給与が低い理由をみてみましょう。この図にあるような、40代・50代の介護員の中で、20代のときから就職していて、20年、30年勤務し続けている人はどれくらいいるだろうかということです。一般産業では40歳代、50歳代で転職する例は今でもそう多いとはいえませんが、介護職員の場合、珍しくありません。従って、年功序列制度の日本を前提にすると、単に年齢別給与をみても、正確なことが分からない

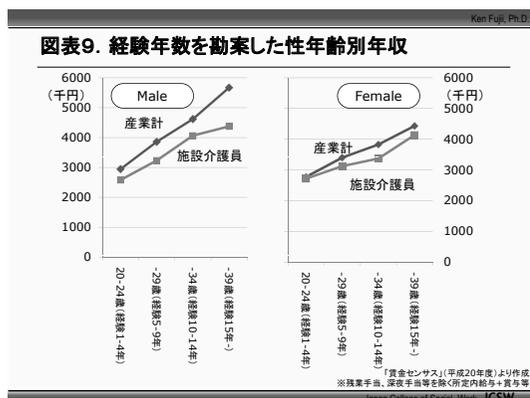


ことになります。

図表9に、経験年数と年齢を勘案した比較を行いました。これをみると、介護職の給与と産業計との差は、年収ベースで最大50万円程度に縮まることが分かります。なお、男性の～39歳（経験15年以上）という部分の差が、年収100万円以上開いていますが、これは介護職員の勤務の特性とデータの制約によるものと考えられます。介護職員では経験年数15年を超えるという人が少ないのに対して、産業計はめずらしくありません。その結果、経験15年以上の人を集めると、産業計の平均経験年数が介護職員より高くなり、年収差が開いて当然ということになります。

もう一つ、留意していただきたいのは、統計上、「施設介護員には副施設長とか施設長とか生活相談員は含まない」と定義されている事です。一般に、介護職員の中で、一定程度勤務を継続し、管理能力等が認められれば、生活相談員、副施設長、施設長のキャリアを歩む人がいます。このキャリアは、明らかに、年収ベースは高い。ところが、こういうキャリアを歩んでいる人は、統計上、「施設介護員」には含まれないということです。

看護師であれば、副院長になっても「あなたの仕事は何ですか」と聞かれると、「看護師」と答えると思います。ところが、副施設長あるいは施設長になった介護職員に、「あなたの仕事は何ですか」と聞くと、「介護職」とは答えなないで「副施設長、施設長です」と答えるという違いがあります。



何が言いたいかというと、15年以上経験した30代後半の方であれば、相談員や管理職のキャリアを進んでいる方も少なくない。しかし、その方は、この統計から除かれているということですから、本当であれば、この差はもう少し縮まるということです。

次に、この「産業計」の値ですが、果たして、「施設介護員」と比較に足りうるのだろうかという視点も必要です。産業計は、民間事業者全てを含み、従業員数にすると大企業が占める割合が高くなっています。さらに、大企業の中には、規制で守られてきた、金融機関、テレビ局、航空会社の職員や、私立校の教員も多く入っています。こういった仕事は、規制・制度改革が行われるに従って、今後、給料がどんどん平準化していく可能性があります。例えば、金融機関や航空会社の従業員の給与が、平準化していることはよく知られています。

このことを考えると、産業計と比較するだけでなく、もう少し別の見方も必要になってくるでしょう。そこで、産業ではなく、職種による比較を行ってみました。

まず女性について、経験・年齢別に看護師、臨床検査技師、OT、PTと比較すると、施設介護員は、年収ベースで50～100万円低い。看護師が35～39歳（経験15年以上）で年収約480万円であるのに対して、施設介護員は約420万円です。一方、施設介護員とほぼ同水準の職種は、幼稚園教諭、保育士、栄養士、准看護師、百貨店員といったところです。次いで、施設介護員より年収ベースで50～100万円安いのが、百貨店以外の店員、スーパー店チェッカー、理美容師、調理師、パン・洋生菓子製造工といったところです。

男性についてもほぼ同様の傾向ですが、自動車外交販売員やプログラマーといった職業と比較すると、看護師、OT、PTと同水準で、やはり施設介護員よりは高い水準です。

先ほど、話に出てきた白石さんが、先日、担当の美容師さんに、「仕事、何をやっているんですか」と聞かれて、「大学院生ですが、介護の仕事をやっ

ています」と言うと、「介護の仕事っていうのは給料が低くて大変らしいですね」と言われたと、ちょっとがっかりしておられました。しかし、実は、理美容師というのは、介護の仕事より給与面でみると低いのです。

介護の仕事より給料が明らかに高いのは、正看護師、OT・PT、もう一つが臨床検査技師です。これらは、国家資格がないとできない仕事であり、国家資格を取るのに3年以上必要な仕事です。これらと、資格が不要な介護の仕事の給料を一緒にするまで引き上げようというのは、明らかに行き過ぎではないでしょうか。統計には介護福祉士のデータがないのですが、かりに介護福祉士が並んでいたとしても、教育期間が違いますから、やはり、正看護師やOT・PT、臨床検査技師と同じ給与水準にすべきとまでは、言えないと思います。

ただ、政策的に成長産業とするなら、もっとやりがいを持って仕事をしてもらうためには給料をきちんと支払うことも必要です。現在の介護の仕事は、配偶者や子どもをやしなう事を前提にしている人にとっては、生涯仕事を続けていくには、安いかもしれません。

その際に、働く人にとって給料というものがなんであるかも、踏まえるべきです。良い、悪いはともかく、男性の場合は、妻や子どもを養うという感覚を持っている人が多いようです。したがって、給与水準というものが、仕事を選ぶうえで、重要なファクタになる。逆に女性の場合は、家計補助的な労働であり、家族を扶養しておられるような場合を除けば、給与が仕事のやりがいより、優先されることは少ないと思います。

これまでの年功序列型社会は、男性優位社会でもあり、男性＝家計扶養的働き方で、女性＝家計補助的な働き方を前提としていました。同一労働同一賃金は成立しておらず、介護の現場でもパートタイム職員は時給換算で正規職員の半額で同じ仕事を強いられています。そこには、「家庭を顧みないで男性並みに生涯働く正規職員」と「短期的に、家計補助的に働くパート職員」の区別が存在してきました。

介護は女性比率が高い職場ではありますが、しかし、男性職員は一定程度雇用され、男性の比率は看護師と比較しても高い。この結果家計補助的な働き方の女性従業員には、ほどほどの水準だけど、家計扶養的な働き方の男性従業員にとっては低い、ということが起こっているのかもしれない。結果として、介護の職場は、男性にとって明らかに給料が低く見えてしまう。これは何とかしなければいけない。しかし、そこには社会の側の問題が存在しているわけです。雇う側は「男性は家族を養っているから早く偉くしてやらないといけない」という発想を持ちがちのようですが、それで片付く問題ではないと思うのです。

さらに別の観点で重要なのは、特に若い方にとって、「給料が安い職場だ」と言われることは、「その仕事は価値のない仕事だ」と言われていると受け止めがちです。つまり、給与は、ハーズバーグの意味で、衛生要因だけではなく、動機づけ要因の側面もあるのです。

図表10は全国経営協（全国社会福祉施設経営者協議会）が、「福祉の仕事は給料が安い」と言う報道がある中で、「どう考えても、自分の地元の他の仕事と比べて、給料が安いと思えない」という疑問を持ち、改めて、会員の社会福祉法人対象に調査を行ったものです。この図表は、中小企業と比較しています。ほとんどの社会福祉法人が、中小企業の規模であるという前提からです。

図表10では、金融・保険業を除くと、社会福祉法人に勤めている人が明らかに給料は高くなって

Ken Fujii, Ph.D.

図表10.老舗社会福祉施設の給料は決して安くない

各事業種別平均年収(平均月給×平均勤続年数)・12ヶ月分賞与、※1万円超税引支給総額/年)

施設種別	平均(円/年)				
	正規職員	正看護師	正保健師	老人・専門士 初任給平均	非正規職員 (パート)
本 任	2,427,571	3,711,268	3,243,260	2,989,401	2,726,010
介護福祉施設	2,480,077	3,712,353	3,253,702	2,984,365	2,801,874
介護療養施設	2,691,166	3,788,714	3,220,472	2,896,410	2,671,110
知的障害施設	2,614,141	3,828,073	3,270,157	2,906,757	2,743,414
知的障害施設	2,140,043	3,524,630	3,336,252	3,012,141	2,724,181
知的障害施設	2,688,828	3,741,421	3,253,077	2,963,541	2,788,829
高齢者グループホーム	2,410,091	3,329,247	3,053,077	2,853,014	2,656,182
乳幼児	2,624,655	3,660,244	3,486,466	3,204,266	2,781,438
障害児支援施設	2,670,319	3,693,733	3,394,422	3,017,620	2,802,011
児童養護施設	2,281,844	3,046,288	3,065,324	3,108,413	2,825,360
児童院	2,083,287	3,016,332	3,124,323	2,888,120	2,728,411
介護施設	2,473,833	3,800,688	3,383,207	3,118,110	2,807,080
(備考) 他産業における平均年収	-	3,444,100	2,959,400	2,785,700	2,520,600
製造業	-	3,560,300	3,009,900	2,859,700	2,589,100
飲食・小売業	-	2,934,000	2,424,000	2,526,900	2,088,800
医療・福祉業	-	3,823,500	2,979,200	2,686,700	2,413,300
金融・保険業	-	4,089,900	3,336,900	3,811,800	2,745,100
建設業	-	3,851,800	3,056,400	2,919,400	2,436,400

注) 他産業の年収は、「賃金構造基本統計調査(平成18年 厚生労働省)」の第2表より作成。当該業種における従業者数が10～99人の事業所を対象(本調査の)法人あたり平均職員人数は(6.3人)としている。計算は、「月給額×12ヶ月賞与及び特別給与額」で算出。30歳職員とは「30～34歳」、25歳職員とは「25～29歳」の水準を示している。

全国社会福祉協議会 社会福祉制度・予算対策委員会 施設部会「社会福祉施設の人材確保・育成に関する調査」2008

います。金融・保険業の中小企業とは、信金（信用金庫）とか、信用組合などのタイプだと思います。

この結果は、全国経営協の仮説を裏付けるものです。確かに、特に、地方に行けば、社会福祉法人あるいは福祉の仕事は、給料は決して安くはないわけです。

「社会的に魅力を増すために、成長産業とするために、給料を制度として上げていこう」という考え方は、私は賛成です。特に、資格を持った、専門性を持った人を確立していった、その給料を上げることは賛成です。ただ、「誰にでもなれる介護職」についていえば、今の給与水準は決して安くありません。ここまでを高くしていこうとすれば、「理美容師は今のままで良いか、調理師はこのままで良いか」という議論になりますし、経済を歪ますことにもなりかねないと思っています。

さて、次に、離職率の問題を見てみたいと思います。

図表11は、離職率の部分をグラフにしたものです。どのグラフもU字形になっています。すなわち、「介護の離職率の平均は20%で高い」と言われますが、平均値を見ても全く意味がないことが分かります。

10%未満の離職率の事業所の頻度が高く、ある意味「当然」の水準です。ここより高いところは、経営側になんらかの問題があるとんでも過言ではないと思います。つまり、離職率の問題は、介護

業界全体の問題としてみるのではなく、一部に偏在する「問題のある経営」として考えるべきと考えています。

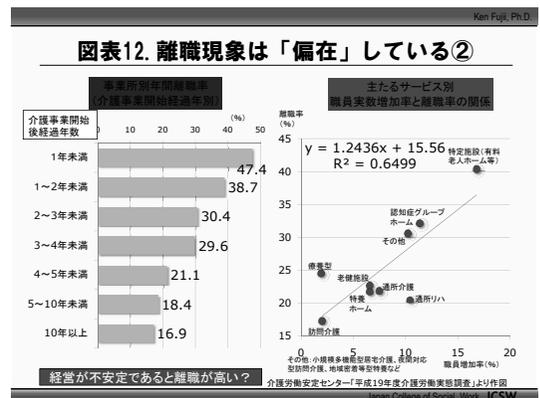
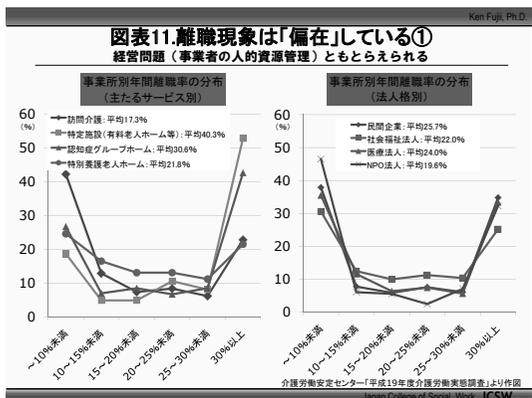
図表12の左側の図では、事業所開設の歴史が浅いところで離職率が非常に高くなる傾向が示されています。できて3年未満というところだと、離職率は30%、40%あるいは50%となっています。ある程度事業所が安定していないと、離職率も高いといつてよいでしょう。

右側の図では、職員が増加しているサービスが、離職率が高くなっています。特に特定施設では離職率が平均40%になっています。やはり、サービスを急増させるということは、職員にとって辛い状況のようです。民間企業の有料老人ホームの中には、サービスの質にかなり劣るものが多くあります。むしろ、優れた介護サービスにお目にかかったことが少ないですが、このことが、離職率にも現れているのではないかと思います。

ところで、介護の離職問題は、マクロ的な問題と共に、個々の事業者を俎上に上げるべきミクロ的な問題も重要と私は捉えています。例えば給与水準を改善するといったマクロ的な政策は非常に重要だとは思っていますが、しかし、「まともな経営者」と「まともでない経営者」がいるという見方をして対策をたてないと、ざるに水を注ぐような対策になる可能性があります。

こういう観点から、次に、図表2の「人間関係・情緒面の問題」という点を話を進めます。

私がこの大学に来た当時の専門職大学院は、授



業は全て昼間にやっていました。結果として、多数は仕事を辞めてくる方々でした。仕事を辞めてきた方々と付き合いと、専門職として非常に苦しい思いをして、傷ついて辞めてきたんだなあと思われる方が多かったです。

そこで専門職大学院の教員の矢部（正治）さんと一緒に、白石さんに事務局になってもらって、離職に関する事例検討会というのをはじめました。今年で4年目になりますが、これまで14ケースほど議論・分析してきました。

そこで得られたことを、私なりにまとめたのが、図表13です。

まず、専門職として真剣で、仕事にやりがいを感じているような、すなわち、キャリアコミットメントが強い職員ほど、自分が目指すこと、やりたいことを十分やれず、中途半端な形で、辛くなってやめていくという構図があるのではないかと思います。「燃えかす症候群」と言う言葉があるようです。「燃え尽き症候群」は、燃え尽きるまでやりつくした後の状態像を指すのに対して、燃えきれないで辞めていく様子を指しているようですが、まさに、この言葉が当てはまるようなやめ方です。

この要因を、大きく「専門性」に関わる問題と組織の側の問題と分けて考えてみました。本人の側の問題は、奥川（幸子）さんがよく言っている「場のポジショニング」という問題です。これは、経営側からみると、プロセスグリップ型の経営だけでなく、タレントグリップ型の経営、すなわち

プロフェッショナルを集めて働かせる経営ができているかという点も問われていると思います。

日本では、専門職をうまく使って働かせるマネジメントは、一般的でないかもしれません。医師は、長く、病院に就職しないで医局に就職するという存在でしたし、弁護士は、基本的に個人開業がベースでした。しかし、海外では、医師も大きな病院に所属しないと、弁護士も大規模なローファームに所属しないと、いい仕事はできないという時代で、日本でも、コンサルタント会社等ではその傾向になってきています。タレントをグリップする一番の問題は、専門職をその気にさせて働いてもらえていないと、どこにいても働ける（と思っている）ので引き抜かれたりなどして、すぐやめてしまうわけです。タレントグリップ型の経営でどういふマネジメントが必要かについては、フィリップ・コトラーやデヴィッド・マイスターといった経営学者が注目していますが、こうした経営のあり方は、日本では、一般企業でもいまだ十分認識されていません。

2番目は、現在、私が現在最も注目していることです。介護サービスの技術が深まってきているようであり、実は、いわゆる「介護技術の標準」が未成熟ではないか。そして、それが職場内の対立になって表れることが多いのではないかということです。まず、「介護のあるべき姿」ということと、「働く側の都合」「楽さ」というのは、往々にして対立します。この際、どこまで「あるべき姿」にこだわられるか、あるいは、できないことをなんとかやろうとするかが、「専門性」だと言ってもよいでしょう。しかし、この「あるべき姿」が、人によって違ふとか、教えられている事も揺らいでいるということだとすれば、どうでしょうか。

事例検討を通じて、私が感じたことは、「専門職として達成しようとしている事が、『ずれている』場合がある」あるいは「そもそもどうすべきかが、不明確である・決まっていない」という現状です。

図表13のB)については、組織としての問題を書いています。「非条件適合型リーダーシップ」

Ken Fuji, Ph.D

図表13.中堅介護職員の離職に関する事例検討会を通じて得た仮説

まじめにキャリアコミットメントが強い職員ほど、辛くなりやすいのではないかと
(「燃えかす症候群」)

↓

A) 揺籃期にある介護の専門性

1. 専門職としての「場のポジショニング」(奥川幸子)が十分身についていない (professional service のマネジメントの必要性?)
2. 介護サービスの標準(?)が未成熟なことが、職場内の心の対立となって表れている場合も

B) 未成熟な組織行動(Organizational Behavior)

1. 非条件適合型リーダーシップ(部下の成熟度を無視した委任型リーダーシップ、ひたすら「受容」のリーダーシップ)
2. 自分自身のモペーションやリーダーシップスタイル、キャリアに対する洞察を得る機会が少ない

Japan College of Social Work JCSW

というのは、リーダーシップ論における「条件適合的リーダーシップ」が行われていない、という意味です。福祉・介護の現場の上司の方は、ひたすら話を聞いてくれるということをよく聞きますが、これは、福祉職場の特徴ではないかと思っています。「受容」ということを学校でしっかり教えていることの「副作用」のように感じるからです。真の意味での「受容」は、そういうことは起こらないのでしょうか、「単に黙ってうなずいていけばよい」といったレベルの上司が多いのではないのでしょうか。しかし、リーダーシップにおいて、こうした委任型リーダーシップが適切なのは、限られた状況のみ、つまり、部下が成熟してやる気が高い時だけです。部下が未成熟な時には、具体的な助言や支援が重要です。事例検討会で議論する限り、部下を持つ、責任を持つレベルになった際に、上からの具体的な支援が極めて薄く、「任せろ」といえば良いようですが、要するに「放置」というケースが多い。これが、2に書いてある、自分自身のモチベーション、リーダーシップスタイル、キャリアに対する洞察をきちんと考えていないこと、考えさせていないことと、関係しているようです。

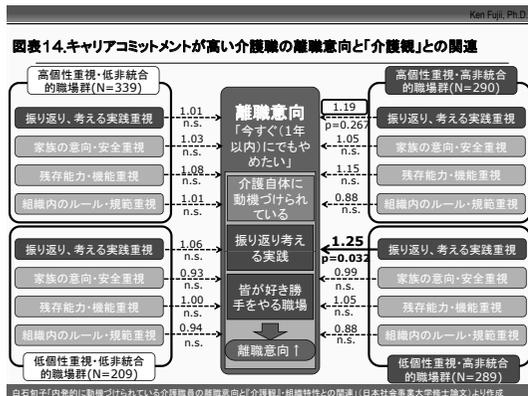
「動機づけられている職員ほど辛くなる現象」については、事例検討会で浮かび上がったことですが、これを、白石さんが、修士論文で見事にデータをもとに示してくれました。図表14に示されている結果を一言で言うと、「介護という仕事自体に動機付けられていて、振り返る実践を重視して

いる職員が、みんなが好き勝手をやっている職場にいと、辞めたくなる」ということです。これは、さきほど言及した「燃えかす症候群」ですね。われわれの事例検討会からの質的に明確になったことが、全国の特養のデータで量的実証的に明確にされているということです。

先ほど申し上げましたように、私は、最近、介護の職場における情緒的な問題の背景には「専門性」の問題がある、と考えるように至っています。それでは、「専門性」とは何か、最後に、この点について、別の観点からまとめてみようと思います。

ヘンリー・ミンツバークという経営学者がいます。日本ではピーター・ドラッカーほど知られていませんが、コンサルタントにはドラッカー以上に人気があるとされています。このミンツバークは、マネジメントには、サイエンス、アート、クラフトの三つから構成されると言っています(図表16)。サイエンスは、論理性、再現性である。科学的な事実に基づき、演繹的であり、計画を立て、投入・計測というかたちでシステマティックに分析する。アートは、イマジネーションで創造的な洞察力が必要で、斬新さとか、帰納性とか、ビジョンを展開することです。悪く言うと、思い付きです。クラフトは、現場での経験、役立つことが何よりも重要で、反復的な意思決定で、とにかく何かをやってみようもの。「匠」という日本語が当たると思います。

この考え方は、マネジメント以外の専門性、も



Ken Fujii, Ph.D.

図表15. ミンツバークのマネジメントスタイル

Henry Mintzberg "MANAGERS NOT MAB", 2006

	Science	Art	Craft
Foundation	Logic	Imagination	Experience
Relies on	Scientific fact	Creative insight	Practical experiences
Raison d'être	Replicability	Novelty	Utility
Decision making	Deductive	Inductive	Iterative
Primary Strategy	Planning	Visioning	Try something
Contribution	Science as systematic analysis, in the form of inputs and measurement	Art as comprehensive synthesis in the form of insights and visions	Craft as dynamic learning in the form of actions, experiments, trial and error.

Japan College of Social Work JCSW

もちろん、介護についても使えると思っています。例えば、介護という専門性が、サイエンス、アート、クラフトの3つからどのように構成されているかを考えてみるとどうでしょうか。

図表16は、ミンツバーグの定義をもとに、私なりに「専門性」理解のために作成した図です。

上の図は、アート、サイエンス、クラフトがどのように得られるかを、「実践を離れた教育」と「実践の場の習熟」の2つの場面から整理したものです。いわゆる教育の現場で教えることできるのは、サイエンスが中心です。しかし、これが実践の場を通じたサイエンスの習得とつながれば、実践の場のクラフトやアートとつながっていくと考えています。専門職大学院というところで教えていると、常にこの関係を意識しないといけないと思っています。

次に下の図ですが、これは、アート、サイエンス、クラフトの3つの要素から、専門職を整理したものです。アートは、どんな専門職でも、ある一定以上必要とされますが、ここでは資格の相違はあまり生まれないように考えます。むしろ、サイエンスが重視されるか、それともクラフトが重視されるかによって、資格としてのあり方の差が生まれているのではないのでしょうか。

サイエンスにベースを置く専門職は、長期の教育課程が決定的な意味を持ち、現場での経験やセンスは重要ですが、日進月歩する技術へのフォローアップも重要であり、実践と結び付いた専門教育・研究機関の存在が欠かせないことになりま

す。医師、歯科医師、薬剤師、看護師がこれに当たります。

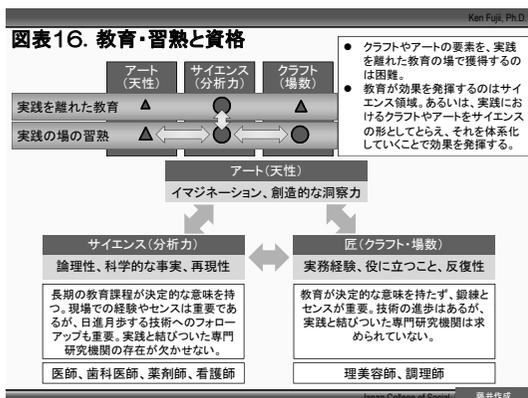
クラフトを重視する資格では、教育は決定的な意味を持たず、鍛錬とセンスが重要で、技術の進歩はあるが、実践と結び付いた専門研究機関は求められていないような専門職です。理美容師、調理師がこれに当たると思います。調理師は、古い課程の介護福祉士と一緒に、経験さえあれば試験で取れる、あるいは、学校に入りさえすれば、国家試験が取れるものでした。理美容師は、名称独占ではなくて業務独占ですが、理美容師も調理師も、その資格を取れる大学は基本的に存在していません。

さて、介護福祉士はどちらでしょうか。現状の資格は、理美容師や調理師に近いのではないのでしょうか。現に、現場の方々の中にも、介護の現場でさまざまな面白い発想や取り組みをしている方々は、「自分たちは職人だ」「介護は学校で学ぶものではない」と言っておられる方がいます。

しかし、私は、介護福祉士も、サイエンスを厚くしていくべきだと考えています。もっと介護という営みに再現性や論理性を持たせるべきであるし、それが無いところに、「良いケア」への取り組みをしようとする中で、現場は混乱し、疲弊していく可能性があるのではないのでしょうか。

サイエンスという面において、私が現場で見聞きする限り、社会福祉士より介護福祉士のほうが、展望があると思っています。そして、サイエンスをしっかり厚くしていくことによって、介護の専門性を再構築していけるのではないかと考えています。そのときは、恐らく、「介護福祉士は大学教育をベースにしていなくてだめだ」ということになっていだろうし、また、そうしてなっていくことは、私の専門の介護経営の立場からも望ましいことと考えています。

今やっている仕事の関係上、さまざまな介護福祉士や訪問介護員2級等の教科書を比較していますが、一部ではばらばらなことが書かれています。そして、根拠が書かれていない場合が多く、根拠の重要性も十分書かれていません。これでは、サ



イェンスからほど遠いのではないのでしょうか。

専門性の高い介護福祉士は、体系的で根拠に基づいた教育を受け、基礎的な医療行為、リハビリ、認知症のケアがきちんとできて、なおかつ、資格を持たない方々に、きちんとスーパーバイズしていくことが求められます。というのも、人口構成を考える中で、専門性の高い介護福祉士だけで介護の現場が担えるとは極めて困難だからです。

私が今申し上げたことは、私の頭の中で考えている事も多いので、これが正しいか正しくないか自信がない部分もあります。皆さん方の中には、賛成できないと思う人もいるかもしれません。

ただ、いずれにせよ、単に介護職員の処遇をあげるだけではなく、サービスの質をあげる、専門性を高める、ということと一体で行わなくてはならない、これは間違いないことだと思います。そうすると、専門性とは何か、サービスの質とは何かということもきちんと考え、議論して、足りないものは積み上げていくことをしていけないといけないと思っています。

以上で私の発表を終わります。ご清聴どうもありがとうございました。

平野 藤井先生、どうもありがとうございました。



多文化ソーシャルワーク

— 散住地域における外国籍等児童の現状と支援に関する研究 —

山口 幸夫

平野：お手元の本日のプログラムの26ページ目に、これから話していただきます「多文化ソーシャルワーク」のレジュメが入っています。では、山口先生、よろしくをお願いします。

山口：こんにちは。社会事業大学のアジア福祉創造センターの特任准教授をしている山口です。今日は、「多文化ソーシャルワーク」という題で話します。

私のもともとのバックグラウンドは建築工学で、文化財や町並みを生かした町作りを、特に国際ソーシャルワーク、国際開発でしていました。それで、ずっと海外での国際協力をやっていました。

5、6年前に、日本で中国やあるいはアジアの社会福祉の共同研究をしようということで、海外から戻り、名古屋にある日本福祉大学のCOEの主任研究員をしていたときに、国内で児童自立支援施設や、いろいろなところに行って、愕然としました。

日本人の中学三年生なのに、識字能力はほとん

ど小学校三年生ぐらいで、携帯電話を持たないと、普通に仮名漢字交じりの文章ができない。児童自立支援施設、昔で言う教護院に来ている非常に多くの触法少年が外国につながる子どもたちでした。両親あるいはどちらかが外国の方の子どもたちが多く施設に来ていて、いろいろな問題を抱えていました。それで、これは大変なことになっていると思いました。私は、東南アジアや中国でずっと国際社会開発をやって行こう思っていました。国内での地域の国際協力、社会開発も考えていかなければいけないと思いました。

さらに、日本の中にマイノリティーは別に外国人の方だけではなくて、障害者、性的少数者や先住民族の方など、いろいろな方がいます。しかし、基本的に日本の社会制度は日本人の多数派、健常者を中心にやっていく考え方が強くて、いろいろな多文化的背景を持った方、移住者の方の権利擁護や、マイノリティーのニーズに応じた社会サービスが弱いのではないかと思います。

こういった中で、日本にはアイヌの方が先住民