

ドイツにおける介護者の確保育成策

Policies for Securing and Fostering Care Workforce in Germany

一橋大学経済研究所

世代間問題機構

松本 勝明

2008年4月8日

1. はじめに

人口構成の変化に伴う要介護者の増加や家族を取り巻く環境の変化に対応し、人々が高齢期においてもできる限り自立した生活を送れるようにするためには、その生活を支える適切な介護の確保が重要な課題となっている。介護は基本的に人が人に対して行うものである。したがって、量的及び質的に十分な介護を確保するためには、介護に携わる者の確保育成が重要となる。しかしながら、介護者の確保育成の現状には様々な問題が存在しており、その改善のために有効な対策を講じることは先進各国の課題となっている。

介護者の確保育成に関する状況及び政策動向についての国際的な比較研究を行うことは、わが国の政策の形成に有益な情報・示唆をもたらさうるものであると考えられる。ただし、この比較研究に当たっては、介護の持つ次のような特性に配慮することが不可欠である。すなわち、社会保険としての介護保険あるいは租税を財源とする公的な介護保障制度が存在する場合であっても、人々の介護ニーズの全てが、こうした公的制度を通じ、介護サービス事業や入所介護施設において介護従事者が行う介護によって満たされているわけではない。実際には、公的制度を通じた介護が受けられない又は十分ではないために、要介護者又はその家族の経済的な負担により介護サービス事業や入所介護施設が利用されている場合もある。また、家族やボランティアなどが職業としてではなく行う介護も在宅の要介護者の生活を支える上で重要な役割を演じている。しかも、これらの各部門が介護供給において占める比重(以下「公私バランス」という。)は、それぞれの国によって大きく異なっている。

このため、介護者の確保育成策について各国の介護供給における公私バランスの違いなどを踏まえた体系的な比較検討を行うことを目的とした調査研究を進めているところである。ドイツについては、この比較研究の枠組みにおいて、公的制度が補完的な役割を果たす介護供給類型に属する国として取り上げた。ドイツにおいては、わが国と同様に、社会保険としての介護保険が要介護者に対する介護の確保に重要な役割を果たしている。ただし、この介護保険は、あくまでも家族による介護及び要介護者又はその家族の経済的負担により確保される介護を補完するものとして位置づけられている。

以下においては、この調査研究を通じて把握したドイツにおける介護の確保に関する公私関係、家族介護者に対する支援、介護従事者の確保育成策などについて、その概要を中間的に取りまとめた。

2. 介護の確保に関する公私関係

(1) 公私バランス

ドイツには、法律(社会法典第 11 編)に基づき公法上の法人である介護金庫が保険者となって実施している公的制度としての公的介護保険が存在する。公的介護保険は、対象者の年齢を問わない「一般的な要介護のリスク」に対する保障を行っており、要介護者にとって必要な介護を確保するための公的制度の中心となっている。このほかに、民間保険会社により実施されているが、法律により加入義務が課されている民間介護保険が存在する¹。

社会法典第 11 編第 4 条第 2 項は、「介護保険の給付は、在宅介護の場合には家族等による介護を補完し、入所介護の場合には介護のために必要な費用負担を軽減する」と規定している。つまり、介護保険は、要介護者が必要とする介護の全てを保障するものではなく、本人及びその家族による費用負担及び介護が行われることを前提に、それを補完して要介護者を支援するための基礎的な保障を行うものとなっている²。

介護保険が持つこのような基本的性格は、介護保険実施後の介護及び費用負担の実態にも反映されている。連邦統計庁による調査³によれば、2005 年現在、要介護者の 46%に相当する 98 万人は、事業者による介護サービスを利用せず、家族等(家族のほか、友人、隣人、知人、ボランティアなどを含む。)による介護だけで居宅での生活を送っている。また、費用負担の面でも、入所介護施設に入所する者の自己負担が、要介護度Ⅲの場合には平均で月額 1,274 ユーロ(約 20 万円)となるなど、介護保険の実施後も相当の金額に上っている(表 1)。

(2) 介護保険における国等の役割

介護保険における国(連邦)の役割は制度の基本的な枠組みを整備することにとどまっている。州は、地域における介護サービス供給体制の整備に責任を有しており、それを果たすため、介護施設の整備に対する財政的な助成などを行っている。

介護保険の給付としての介護サービスの供給は、保険者である介護金庫により直接行わ

¹ 公的医療保険の加入者には、公的介護保険への加入義務が課されている。一方、公的医療保険への加入義務がなく、公的医療保険の代わりに民間医療保険に加入している者には民間介護保険への加入義務が課されている。それぞれに加入する被保険者の数は、公的介護保険で約 7,031 万人(2006 年 1 月 1 日現在)、民間介護保険で約 910 万人(2005 年 12 月 31 日現在)となっている。

² Bundestagdrucksache 12/5262, S. 90.

³ Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, Wiesbaden 2007.

れるのではなく、介護金庫と契約を締結した介護サービス事業及び介護ホーム(それぞれ、認可介護サービス事業及び認可介護ホームという。)を通じて行われる。介護サービス事業は在宅の要介護者に対する訪問介護のサービス(介護保険の介護現物給付)を、介護ホームは入所介護のサービスを提供している。法律は、要介護者が様々な施設やサービスの中から自分が利用するものを選択することができるよう、介護保険の実施に当たっては、民間事業者を含めたサービス供給主体の多様性に配慮することを求めている(社会法典第 11 編第 2 条第 2 項及び第 11 条第 2 項)。実際にも、認可介護サービス事業及び認可介護ホームの大部分は福祉団体などの公益的主体及び有限会社などの民間事業者によるものであり、市町村などの公共的主体によるものの割合はわずかにとどまっている(表 2)。

(3) 介護従事者と家族等の介護者との関係

介護ホームに入所している要介護者の介護は、主に職業として介護ホームに勤務する介護従事者によって行われている。これに対して、在宅の要介護者の介護は、家族等の介護者及び職業として介護サービス事業に勤務する介護従事者によって行われているケースと、介護サービス事業を利用せず、家族等の介護者だけで行われているケースがある。

介護保険は、単に、介護サービス事業及び介護ホームを通じて介護サービスを提供する給付だけでなく、このような家族等による介護を支援するための給付も行っている(詳細は後述)。

3. 要介護者の状況

連邦統計庁の調査⁴によれば、2003 年 5 月現在、203 万人の要介護者のうち、144 万人(71%)は在宅で、60 万人(29%)は入所施設で介護を受けながら生活している。それぞれの要介護者の状況は、表 3 のとおりである。

すなわち、要介護度別では、在宅の場合には、最も軽度の要介護度Ⅰの者が半数以上を占めるなど、入所の場合と比べて、軽度の要介護者の割合が大きい。ただし、最も重度の要介護度Ⅲに該当するにもかかわらず在宅介護を受けている要介護者が 1 割程度いる。年齢別では、いずれの場合も 80 歳以上の者が大きな割合を占めている。また、性別では女性が大きな割合を占めており、それらの女性のうち配偶者と死別したものの割合も高くなっている。このいずれの割合も、入所の場合には在宅の場合よりもはるかに高くなっている。

援助の必要性に関しては、特に入所の場合にはいずれの分野の日常生活活動に関しても援助を必要としている者の割合が高くなっている。しかし、要介護者のうち、身体の手入

⁴ Statistisches Bundesamt, Sonderbericht : Lebenslage der Pflegebedürftigen, Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003, Bonn 2004.

れ、栄養摂取及び移動の分野の日常生活活動⁵に関する援助(基礎介護)を終日必要としている者の割合は、在宅介護の場合でも3割を超えている。

生計維持手段としては、いずれの場合にも、年金・恩給収入が中心的な役割を果たしており、介護費用の自己負担分もそれらによって負担されている。

4. 家族等による介護

(1) 介護者

2002年末に実施された抽出調査⁶の結果によると、在宅の要介護者のうち92%は家族による介護を受けている。在宅の要介護者の主たる家族介護者(友人、隣人及び知人を含む。)となっているのは、配偶者、娘、母、息子などであり、その73%は女性である(表4)。既婚の要介護者の場合には配偶者が、配偶者と死別した高齢者の場合には子が、若年の要介護者の場合には親が主たる家族介護者となっているケースが多い。また、主たる家族介護者の6割が55歳以上である。このように、家族による介護は多くの場合に中高年の女性によって担われている。在宅の要介護者の70%は主たる家族要介護者と同じ世帯又は同じ家で生活している。

友人、隣人又は知人による介護の割合は、以前に比べて増加しているものの、依然として主たる家族介護者の8%を占めるに過ぎない。ボランティアによる在宅介護への参加も増加しており、要介護者のいる世帯のうち11%がボランティアによる援助を受けている。

ドイツにおいては、一般的に需要に見合った介護サービスの供給が確保されており、介護サービスのためのインフラが基本的に不足している状態にはない。にもかかわらず、在宅の要介護者の7割は介護保険の給付として介護サービス事業により提供される介護サービスを利用せず、家族等による介護のみで生活を送っている。このような要介護者は、家族等による介護に報いるための支出を補填する給付として、介護保険から介護手当を受給している。

(2) 家族等の負担

主たる家族介護者が要介護者の世話及び介護に要する時間(要介護時間)は平均で週36.7時間となっている(表5)。要介護時間は、対象となる要介護者の要介護度が高くなるほど長くなる。また、要介護度のみならず、認知症の有無が要介護時間に影響を及ぼしている。

2002年においても主たる家族介護者の半数は介護開始時点から就労していない。また、

⁵ 身体の手入れには入浴、排便・排尿など、移動には起床・就寝、衣服の着脱などの日常生活活動が含まれる。

⁶ Schneekloth U./ Wahl H.-W. (hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III), München 2005.

介護のために就労を中止した者及び制限した者は、依然として、主たる家族介護者のそれぞれ 10%及び 11%を占めている(表 6)。

一方、1990 年代の半ばに介護保険が導入されたことによると考えられる影響が、次のような変化に現れている。主たる家族介護者のうち、いつ何時でも介護できるように備えなければならない者の割合は、1991 年の 78%から 2002 年には 64%に低下した。また、主たる家族介護者のうちフルタイムあるいはパートタイムの就労を行っている者の割合は、1991 年の 18%から 2002 年には 23%に増加し、主たる家族介護者に占める男性の割合も 17%から 27%に上昇した。

5. 家族介護者に対する支援策

(1) 支援策の概要

介護保険について規定する社会法典第 11 編には、家族介護者を支援する効果を持つ次のような給付が規定されている。

① 介護手当

要介護者が家族等による介護を受ける場合には、介護保険による現物給付としての訪問介護に代わって、現金給付である介護手当(Pflegegeld)を受けることができる。介護手当の額は、要介護度に応じて定められており、月額で、要介護度Ⅰでは 205 ユーロ、Ⅱでは 410 ユーロ、Ⅲでは 655 ユーロとなっている。介護手当は要介護者本人に対して支給されるものであり、介護手当として受け取った金銭を要介護者の介護を行う家族等に渡すかどうかは、要介護者自身の決定に委ねられている。

介護手当の支給は、当該要介護者にとって必要な基礎介護及び家事援助が適切な方法により確保されることが要件となっている。介護手当申請者の受ける介護がこの要件を満たすかどうかは、要介護認定のための審査を担当する専門機関である「医療保険のメディカルサービス」(MDK)により審査される。この要件は、家族等による介護だけでなく、要介護者が自ら介護を行う者を雇用することによっても満たすことが可能である。

介護手当の支給開始後も家族等による適切な介護が確保されるよう、次のような仕組みが設けられている。すなわち、介護手当の受給者は、その者の要介護度がⅠ又はⅡの場合には半年に一度、Ⅲの場合には四半期に一度、認可介護サービス事業などの介護専門職による助言を受けなければならない。この助言は、家族等により行われる介護の質を確保するとともに、家族等の介護者を支援するために行われるものである⁷。家族等により行われている介護に問題がある場合には、その問題を解決するための方策が介護専門職と介護者

⁷ 介護金庫は、要介護者がこの助言を受けない場合には介護手当を減額し、それが繰り返し行われた場合には介護手当の支給を停止しなければならない。この助言を行った認可介護サービス事業に対する報酬は介護金庫により負担される。

により共同で検討される。また、介護専門職は、介護者に過重な負担がかかっていると判断される場合には、介護講習の受講、デイケアの利用や現物給付の受給による介護者の負担軽減の可能性について教示する。

② 介護者に支障が生じた場合の給付

休暇、病気その他の理由により、家族等の介護者が介護を行うことに支障が生じた場合には、通常の介護現物給付のほかに、介護金庫は、介護サービス事業の従事者などが家族等の代わりに行う介護(代替介護)のための費用を1暦年当たり4週間まで負担する。ただし、そのための介護金庫の支出は、1暦年当たり1,432ユーロを超えてはならない。この給付を受けるためには、介護者が、最初に支障が生じるまでに当該要介護者をその居宅で12か月以上介護したことが要件となる。

③ 介護者の社会保障

在宅介護への取組みを促進するとともに、介護のために自らの仕事を諦め、あるいは制限しなければならない介護者に報いるため、家族等の介護者であって要介護者を居宅で週14時間以上介護する者に対して次のような保障が行われる。

ア 労災保険

介護活動の際の労働災害は労災保険による保障の対象となる。これらの者のための労災保険料は徴収されない。

イ 年金保険

介護者として年金保険の義務被保険者となる。これらの者のための年金保険料は介護金庫が負担する。この場合の保険料額は介護に従事する時間と介護の対象となる要介護者の要介護度に応じて定められている。ただし、介護しながら週30時間を超える就労を行っている介護者はこの対象とならない。

ウ 雇用促進

介護を終了して職業生活に復帰しようとする際に職業再教育を受ける場合には、生計手当(Unterhaltsgeld)を受給することができる。

④ 介護講習

介護金庫は、家族等の介護の質の確保及び介護に伴う心身の負担軽減並びにボランティア活動など介護への社会的な取組みの促進を目的として、職業としてではなく介護を行う家族などを対象に無料の介護講習(Pflegekurs)を実施する。この介護講習では、介護専門

職から受講者に対して在宅での介護の軽減及び改善に役立つ知識が教授される。また、受講者間での介護に関する情報・意見交換も行われる。

⑤ 介護休業

連邦議会において現在審議中の介護保険継続発展法(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)案⁸には、介護休業制度の導入が盛り込まれている。それによれば、15人を超える従業員を雇用する使用者の下で就労する者は、家族の介護のために、最長6ヶ月間、無給で休業することができる。介護保険は、この休業期間中の者のため、従来から行われている年金保険に加えて、医療保険、介護保険及び失業保険の保険料を負担する。さらに、いずれの使用者の下で就労する者であっても、家族が要介護者となったために、その介護体制を整備する必要がある場合又はその間の介護を行う必要がある場合には、最長10日間、無給で休業することができる⁹。

(2) 利用状況

介護手当の受給者と介護現物給付(介護サービス事業による訪問介護)の受給者との比率をみると、家族等が介護する場合に支給される介護手当の受給者の割合が介護保険の実施当初から圧倒的に大きくなっている。ただし、介護手当受給者の割合は年々減少してきている¹⁰。このように家族による介護の割合が減少してきていることに加え、介護者自身が既に高齢で年金支給開始年齢に達している場合が増加したため、介護保険により年金保険料が負担されている家族等の介護者の数も減少してきている¹¹。

介護専門職による相談・助言、他の家族介護者との情報交換・交流会は、家族介護者の負担軽減につながる効果を持つものである。しかし、実際には、主たる家族介護者のうち、定期的にそのような機会を利用している者の割合はわずか16%にとどまっており、ときたま利用する者の割合も37%に過ぎない¹²。つまり、主たる介護者の半数近くはそのような機会を全く利用していないことになる。相談・助言などの機会を利用している者の大部分は、医療的なケアも必要とするような重度の要介護者を介護する家族であって、介護サー

⁸ Bundestagdrucksache 16/7439.

⁹ 法案の作成段階では、担当大臣であるシュミット連邦保健大臣(社会民主党)から最長10日間の有給での休業とすることが提案されたが、連立政権のパートナーであるキリスト教民主・社会同盟が多くの費用がかかることを理由に反対したため、提出法案では無給の休業とされた。

¹⁰ 1997年には介護手当と介護現物給付の割合が84対16であったが、1999年には81対19、2005年には80対20と変化してきている。(Bundesministerium für Gesundheit, Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten)

¹¹ 1997年の57.5万人をピークに減少してきており、2004年には47万人となっている。(Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (01/07), S. 5)

¹² Schneekloth U./Wahl H.-W. (hrsg.), a.a.O., Abbildung 2.10.

ビス事業による介護も併せて利用しているものである。

6. 介護保険の給付としての介護サービス

(1) 介護保険の給付

介護保険の給付は、MDK による審査に基づき要介護者に該当すると認められた者に対して行われる。要介護者と認められるのは、疾病又は障害のために、日常生活において日常のかつ規則的に繰り返される活動を行うのに、継続的(最低 6 か月)に相当程度以上の援助が必要な者である。要介護者は、介護を必要とする頻度、介護に必要な時間に応じて、三段階の要介護度に区分されている(表 7)。介護保険の給付には、介護現物給付、デイケア、ショートステイ、終日入所介護など、様々な種類がある(表 8)。これらの給付として提供されるサービスは、基礎介護及び家事援助が中心となっており、医学的リハビリテーション、訪問看護などを含まない。

(2) サービス供給者

2005 年 12 月現在、約 11,000 の認可介護サービス事業が存在する¹³。その 97%は、介護保険による訪問介護と併せて、医療保険による訪問看護等を実施している。つまり、ドイツにおいては、訪問介護と訪問看護とは異なる保険制度による給付として位置づけられているが、実際には多くの場合と同じ供給主体により両方のサービスが提供されている。サービスを受けている要介護者の数は 1 事業当たり平均で 43 人である。ただし、民間事業者による事業では平均 32 人であるのに対して、公益的主体による事業では平均 58 人と、事業主体による大きな違いがみられる。

一方、認可介護ホーム数は約 10,400 となっている。1 ホーム当たりの要介護者数は、平均で 65 人である。この場合にも、民間事業者によるホームでは平均 53 人であるのに対して、公益的主体によるホームでは平均 71 人、公共的主体によるホームでは平均 80 人と、開設主体による大きな違いがみられる。

(3) サービス実施手順

サービスの利用は、要介護者と介護サービス事業者又は介護ホーム開設者との間の契約に基づき行われる。具体的なサービスの実施手順は、介護保険により提供される介護サービスの質を確保するために社会法典第 11 編第 80 条に基づき介護金庫の連合会と介護サービス事業者及び介護施設開設者の団体との間で取り決められた基準において定められている。

¹³ 介護サービス事業及び介護ホームに関する以下のデータはいずれも Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, Wiesbaden 2007 による。

それによれば、例えば、訪問介護サービスの場合には、はじめに、介護サービス事業の従事者である介護専門職が要介護者の家庭を訪問し、援助の必要性及び家族等による介護の状況を把握する(アセスメント)。アセスメントの結果を基に当該要介護者に関する介護プランが定められる。介護プランの中では、アセスメントを通じて明らかとなった援助の必要性に対応するため、家族等と協議の上で、家族等による介護と介護サービス事業による介護との役割分担が定められる。介護プランに基づく介護の実施結果は、予め定められた介護の目的に照らして定期的に検討される。その際には、要介護者を能動的にするという目的や関係者の要望が介護プロセスにおいてどこまで配慮されたかが注目される。検討結果は、介護に参加する関係者及び要介護者の中で議論され、介護実施記録に書き留められる。

(4) 介護専門職の役割

認可介護サービス事業及び認可介護ホームにおいては、養成教育を受けた介護専門職の恒常的な責任の下で介護が行われる(社会法典第 11 編第 71 条第 1 項及び第 2 項)。この養成教育を受けた介護専門職には、所定の養成教育を終了して看護師(Krankenschwester/Krankenpfleger)、児童看護師(Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger)又は老人介護士(Altenpfleger/-in)の資格を有する者あって、過去 5 年間に 2 年間の介護の実務に従事した経験を有するものが該当する(社会法典第 11 編第 71 条第 3 項)。また、社会法典第 80 条に基づき定められた在宅介護の質に関する基準¹⁴においては、このような介護専門職が、介護プランの作成、介護実施記録の作成、個々の介護ニーズに応じた介護従事者の投入計画及び事業者内でのサービス実施に関するサービス担当者会議の統括に責任を持つこととされている。一方、具体的なサービスの供給においては、介護専門職以外の者も専門職の指導の下に介護サービスに従事している。

なお、看護師及び児童看護師並びに老人介護士の資格について定めた看護法(Krankenpflegegesetz)及び老人介護法(Altenpflegegesetz)においては、これらの資格を有する者にのみ許される行為についての定めはない。つまり、これらの資格は、それを有する者にのみ名称を名乗ることが許されるいわゆる「名称独占」の資格である。しかしながら、前述のように、介護保険法及びそれに基づく定めにより、認可介護サービス事業及び認可介護ホームにおける一定の業務の実施はこれらの資格を有する介護専門職にのみ認められている。

(5) 費用負担

¹⁴ Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. Juli 1995, 3.1.1 Strukturelle Rahmen des Pflegedienstes.

介護保険の給付としての介護サービスを行った介護サービス事業及び介護ホームには、その対価として対象となる要介護者が属する介護金庫から介護報酬が支払われる。介護報酬の額は、介護サービス事業者又は介護ホーム開設者と介護金庫等との間の合意に基づき定められる基準に従って算定される。介護保険による給付には上限が定められているため、介護報酬のうちこの上限を超える部分は要介護者の負担となる。それに加え、介護ホームに入所する要介護者は食費及び居住費を自ら負担しなければならない。

介護サービス事業者及び介護ホーム開設者が受け取った介護報酬の用途についての基準は設けられていない。また、介護サービス事業及び介護ホームの従事者に係る給与の額は、他の雇用分野と同様に、使用者側と労働者側との交渉・合意により定められる。したがって、介護報酬の引上げが、必ずしも従事者の給与の引上げにつながるわけではない。

7. 介護サービス従事者の現状

(1) 従事者数

連邦統計庁による調査¹⁵では、2005年12月現在、認可介護サービス事業の従事者数は総数で約21万人であり、その大半を女性が占めている(表9)。雇用形態別では、フルタイム雇用の従事者の割合は3割にも満たず、従事者の大半はパートタイム雇用となっている。パートタイム雇用の従事者には、社会保険の適用対象とならない従事者¹⁶も含まれる。フルタイム雇用の従事者の割合はその資格により異なる¹⁷。

従事者のうち、主たる業務が基礎介護である者の割合は69%、家事援助である者の割合は13%、介護に関する管理業務である者の割合は6%となっている。従事者のうち、介護保険関係業務に専念している者の割合は20%程度であり、その他の従事者は、訪問看護関係業務など他の業務にも携わっている。主たる業務が基礎介護である従事者の7割近くを介護専門職が占めている。

1999年と2005年の状況を比較してみると、サービス利用者数は約14%増加しており、これに対応して従事者数も総体としては17%の増加となっている。ただし、従事者数の増加は、主にパートタイム雇用の従事者の増加によるものであり、フルタイム雇用の従事者はむしろ僅かに減少している。職種別では、専門職の増加率が大きく、特に老人介護士数は43%の増加となっている。

認可介護ホームの従事者数は総数で約55万人であり、やはりその大半を女性が占めている。雇用形態別では、フルタイム雇用の従事者の割合が38%であり、介護サービス事業

¹⁵ 注3と同じ。

¹⁶ 社会保険の適用対象にならないのは、労働報酬月額が400ユーロを超えない就労及び期間が1暦年に2ヵ月又は50労働日以内の就労である。

¹⁷ 例えば、老人介護士の資格を有する者では、35%がフルタイム雇用であるのに対して、老人介護補助士ではその割合が26%となっている。

の場合よりも高くなっている。とはいえ、パートタイム雇用の従事者が全従事者の半数を超えており、介護ホームも女性パートタイムの職場であることに変わりはない。介護ホームの場合にも、フルタイム雇用の従事者の割合はその資格により異なる。

従事者のうち、主たる業務が介護・世話である者の割合は 68%、家事である者の割合は 18%となっている。主たる業務が介護・世話である従事者の 48%を介護専門職が占めている。介護サービス事業の場合と同様、介護ホームにおいても、看護師は、老人介護士と並んで、要介護者の介護に従事する専門職として重要な役割を果たしている。

1999年と2005年の状況を比較してみると、介護ホーム利用者数は約18%増加しており、これに対応して従事者数も総体としては24%の増加となっている。ただし、介護ホーム従事者数の増加は、主にパートタイム雇用の従事者の増加によるものであり、フルタイム雇用の従事者は逆に2%の減少となっている。職種別では、専門職の増加率が大きく、特に老人介護士数は46%の増加となっている。このように、近年の推移には、介護サービス事業の場合と同様の傾向が見られる。

(2) 労働条件

在宅の要介護者を介護する介護サービス事業の場合には、介護を行う場所が常に移動する。このため、労働時間の約1/4が移動のための時間に使われている。訪問先である要介護者の居宅では、基礎介護に最も多くの時間がかけられており、ついで、治療看護¹⁸となっている。それらに比べると、家事援助や要介護者の心理的・社会的なケアには少しの時間しかかけられていない。介護従事者は通常自分ひとりで介護を行わなければならないため、特に自己責任と自立的な業務遂行能力が求められる。

介護サービス事業の従事者を対象とした実態調査¹⁹の結果によると、次の二つの点が介護サービス事業における介護労働の大きな問題として指摘されている。そのひとつは、介護従事者が時間にせきたてられて働いていることである。こうした時間的な圧力の存在は、介護の質の問題につながりかねない。もうひとつは介護従事者の肉体的な負担である。介護従事者は、頻繁に、重いものを持ち上げ、身をかがめる作業をしなければならず、また、特に在宅介護の場合には住居の構造が介護に適さない場合があるため、そのような負担が腰痛などの原因となっている。さらに、人の死に直面することや臨終への付き添いが将来

¹⁸ 治療看護には、薬剤を飲ませること、注射、包帯を巻くこと、カテーテルの挿入、浣腸、洗浄、褥そうの予防などの措置が含まれる。

¹⁹ Weyerer S./Schäufele M./Anton R./Teufel S./Sattel H., Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten, Abschlussbericht an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg 2001 及び Barthelme G./Garms-Homolova V./Polak U., Belastungen in der ambulanten Pflege, in: Schmidt R./Entzian H./Gierke K.-I./Klie T. (Hrsg.), Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune, Frankfurt a. M 1999, S. 235 ff.

に希望が持てないという気持ちを起こさせること、認知症患者の世話が大きな負担となっていること、仕事が単調、退屈で、専門性が生かせないこと、給料が十分でないことなどが指摘されている。

職場としての介護ホームの状況には、近年、大きな変化が見られる。その原因は、認知症を伴う者など相当に集中的な介護を必要とする要介護者が増加していることにある。一方、介護保険の導入に伴い、各介護ホームで必要な費用に応じて支払われる介護報酬から、提供した介護サービスに応じて支払われる介護報酬への制度の転換が行われたことにより、介護ホームは費用の節約に迫られている。

介護ホームの従事者を対象とした実態調査の結果によると²⁰、時間的な制約のために、入所者の心理的・社会的なケアや入所者との会話に十分な時間が取れないこと、精神的・肉体的な負担を感じることで、昇進、キャリアアップ及び資格向上のチャンスが不足していること、職業としての老人介護に対する社会的評価が低すぎることなどの問題点が指摘されている。

(3) 給与

公立施設等に勤務する介護従事者が加入する労働組合としては、統一サービス産業労働組合(Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft)がある。同組合と使用者側が締結した協約においては、それらの介護従事者に対する給与が定められている。また、教会系の福祉団体に勤務する介護従事者には独自の給与体系が設けられている²¹。例えば、ハンブルク地区では、プロテスタント系の福祉団体のひとつであるディアコニー奉仕団の施設等で勤務する老人介護士の初任給は月 2,148 ユーロ、老人介護補助士の初任給は月 1,827 ユーロとなっている。一方、民間事業者の場合の給与水準は、これよりも最大 30%も低くなっている²²。

1990年代には老人介護士と看護師の間に給与格差が存在したが、たとえば、数年前から看護師の場合と同様に老人介護士についても 3 年間の養成課程が導入されたノルトライン・ヴェストファーレン州では、この格差が解消に向かっている²³。

(4) 職場への定着

²⁰ Zimmer A./Albrecht A./Weyerer, S., Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege, Auswirkungen der Pflegeversicherung, in: Zimmer A./Weyerer S. (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Göttingen 1999, S. 185 ff.

²¹ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Pflege-Thermometer 2007, Köln 2007, S. 42.

²² Hamburger Abendblatt vom 3. November 2007.

²³ Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Düsseldorf 2005, S. 294.

2004年にノルトライン・ヴェストファーレン州の介護ホームを対象に実施された調査では²⁴、回答を行った介護ホーム従事者の51%は「自分の仕事に満足している」と回答しているが、回答者の29%は「よそでは、もっと状況が悪くなる可能性がある」という理由だけで「自分の仕事に満足している」と回答している。回答者の21%は、明示的に「不満足」と回答している。回答者の12%は、状況が良くなる見込があるのであれば仕事を変えることも排除していない。このように、介護ホーム従事者には、現在の勤務先、業種又は職種の変更を検討している者が少なくない。

調査に回答した老人介護士の平均勤続年数は9.4年であった。ただし、回答者には最近において新規に雇用された者がかなり多く含まれている一方で、調査時点までに転職した者は調査対象になっていないことに留意する必要がある。また、2002年1年間で、老人介護士の17.4%が入れ替わっている。この率は、病院看護師の場合(10%)に比べてもかなり高いものとなっている。一時的に仕事を中断する場合には「家族の事情」が重要な理由となっているのに対し、介護の仕事を全くやめてしまう場合には、人手不足や給与が十分でないなどの労働条件の悪さが理由となっている。

(5) 需給状況

① 現状

2002年6月現在で、当時の連邦保健省が州、連邦労働・社会省、連邦雇用庁などの見解を取りまとめたところによると、基本的に、老人介護及び看護の分野において、専門職の一般的な不足の状況は存在しない²⁵。旧東独地域及びベルリンでは、全体として十分な供給があり、部分的には老人介護及び看護の分野の専門職の過剰が見られる。ただし、人口密集地域、国境地域などでは人員の不足が見受けられる。

失業保険の保険者である連邦雇用エージェンシー(Bundesagentur für Arbeit)によれば、近年、老人介護士の失業者数は増加している²⁶。求職者に職を斡旋する際にみられる問題としては、交代制など労働時間の仕組みが通常とは異なること、求職者が地域的に移動できないこと、求職者に健康上の制約があること、求職者の年齢が高いことなどが挙げられる。これらは、特に家庭を持った女性求職者に職を斡旋する際によく見られる問題であり、女性が介護の仕事につくことを諦めてしまう原因にもなっている。

²⁴ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege, Düsseldorf 2004.

²⁵ Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagdrucksache 15/4125), S. 55.

²⁶ 老人介護士の失業者数は、年平均で2005年の20,816人から2006年の43,729人に増加している。(Bundesagentur für Arbeit, Lage auf dem Arbeitsmarkt, Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik, Integrationsworkshop 14.03.2008)

② 将来見通し

高齢化の進展による要介護者の増加、家族構造の変化による家族介護の減少、介護保険の導入などが介護従事者への需要を更に増加させると予想されている。ただし、どの程度増加するかに関しては、様々な推計がある。例えば、Blinkert及びKlieの推計²⁷によれば、介護専門職に対する需要は、常勤換算で現状の22万人から、2040年には44万人に、2050年には57万人に達すると見込まれる。そのうち入所介護部門での介護専門職に対する需要は、現状の17万人から、2040年には40万人弱に、2050年には46.5万人に増加すると見込まれる。

また、ドイツ経済研究所の推計²⁸によれば、入所介護部門では、要介護者に対する従事者の比率が変化しない場合には2050年で28万人、要介護者の重度化を盛り込む場合には50万人の需要が見込まれる。在宅部門では、現金給付と現物給付の受給割合(81:19)が変化しないと場合には、2050年には常勤換算で62,400人、現物給付を受給する割合の増加(75:25)を盛り込む場合には常勤換算で82,000人の介護従事者の需要が見込まれる。

一方、介護従事者の供給側の状況を見ると、今後数十年間は若者の割合が相当に減少することから、介護従事者としての養成教育を受ける可能性のある学校教育修了者の数がますます減少すると見込まれる。高失業率の時期には介護の仕事も魅力的なものとなっているが、労働市場の状況が改善した場合には介護従事者を新たに雇用することが難しくなると予想される。

したがって、介護に対する需要が大幅に増大すると予測される将来において介護従事者の不足をできる限り回避するためには、介護の仕事に従事する者を獲得し、定着させるための積極的な対策が必要になると考えられる。

8. 介護従事者の確保策

介護従事者の獲得及び定着を図るためには、前述のような問題点に対応して介護の仕事に対する魅力を高める必要があると考えられる。そのためには、介護の仕事に対するイメージ向上のための取組みだけでなく、介護従事者にとって働きやすい柔軟性のある就労形態の導入、介護従事者がチームとして相互に協力して働ける組織の構築のほかに、介護分野での様々な再就職の選択肢や時間を限定した就労機会を提供することが必要と考えられる。それにより、就労と家庭との調和が図られ、女性も男性と同様に継続的に介護の仕事

²⁷ Blinkert B./Klie T., Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050, Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, 2001.

²⁸ Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Wochenbericht des DIW, 68. Jg., H. 5, S. 65 ff.

を続けることが可能となる。また、管理的機能を持った専門職だけでなく、その他の介護従事者に対しても、自らの資質を高めるとともに昇進を可能にする継続教育の機会を提供することが必要となっている。

要介護者の生活状況を改善するため、2003年秋から、連邦家族・高齢者・女性・青少年省及び連邦保健省の呼びかけにより、関係団体、州及び地方自治体、実務家並びに研究者の代表が参加した介護円卓会議(Runder Tisch Pflege)が開催された。介護円卓会議の目的は、その後の2年間で実践的な勧告を行うとともに、人間的かつ専門的で、財政的にも負担可能な介護の要請に応える現実的な方法を示すことにあった。この円卓会議における最重要テーマのひとつは、十分な数の介護従事者をいかにして継続的に確保するかにあった。

2005年秋に介護円卓会議が取りまとめた勧告²⁹においては、特に、入所介護に関連して、次のことが勧告されている。

- 介護従事者の参加の下で、施設長や各部門の責任者が良質のサービスを提供する基盤として、負担の軽減につながる労働条件の整備に努力すること
- 介護従事者の労働能力を維持し、病気休業及び労働災害による費用負担を軽減する観点から、職員の健康保持及び労働災害防止のための措置を徹底すること
- 養成教育への協力を通じ専門職の確保を図るとともに、労働時間の弾力化、資格向上・キャリアアップを可能にすることにより介護従事者の定着に努力すること

さらに、介護専門職の養成教育に関しても、後述するように老人介護士と看護師との共通基礎教育の導入が試行されている。これは、それぞれの資格を有する者が従事することができる仕事の幅を広げ、それぞれの者がより長い期間において介護職として働けるようにすることをひとつの目的としている。すなわち、この試みは、専門職の質の向上のみならず、その確保を図る観点からも重要な意味を持っている。

このほか、連邦議会で現在審議中の介護保険継続発展法案では、介護施設(介護サービス事業及び介護ホーム)とのサービス供給契約締結の要件として、当該施設がその職員に対して地域で一般的な労働報酬を支払うことが追加される予定である(社会法典第72条第3項の改正)。この要件を満たさない場合には、契約が締結されない、あるいは、解除されるため、当該介護施設は介護保険による介護サービスを提供できなくなる。この「地域で一般的な労働報酬」としては、通常は当該職種及び地域に適用される協約賃金が想定されている³⁰。

9. 介護従事者の育成策

²⁹ Runder Tisch Pflege Arbeitsgruppe II, Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der Stationären Betreuung und Pflege, September 2005, S. 16 ff.

³⁰ Bundestagdrucksache 16/7439, S. 67, Zu Nummer 40.

介護に対する需要が量的に拡大するだけでなく、より高い質の介護が求められるようになってきている。その理由は、介護保険が入所介護よりも在宅介護を優先する考え方を採っていることと関連している。その考え方に立てば、要介護者は、居宅での介護が不可能となって初めて介護ホームに入所することになる。そのため、居宅で介護される重度の要介護者が増加するとともに、介護ホームへの入所者の入所年齢及び要介護度が上昇する。したがって、在宅介護及び入所介護のいずれにあっても、介護従事者には、基礎介護における高い質が求められることはもとより、老人精神医学的な専門介護、家族に対する助言、臨終の際の付き添いなどが求められる。また、在宅介護の場合には、介護プランの策定、介護記録の作成及びそれらに必要な家族との話し合いを適切に実施する能力が必要となる。

そのため、介護専門職の養成教育及び介護従事者の継続教育を通じた介護の質の確保が重要な意味を持つようになってきている。

(1) 老人介護士養成制度

老人介護の専門職である老人介護士の養成制度は、従来、各州の州法によって定められていた³¹。そのため、養成教育の内容、養成期間などの制度の基本的な内容についても、州による違いが見られた。老人介護士の養成教育制度を連邦法により統一的に定めることについては、長年にわたって議論されてきたが、ようやく 2000 年 11 月に連邦法としての老人介護法が可決成立し、2003 年 8 月から施行されることになった。この法律による老人介護士養成制度の概要は次のとおりであり、資格の性格(名称独占)、養成期間、養成教育開始の条件などは、看護師の場合と同等のものとなっている。

① 許可

「老人介護士」の名称は州の所管官庁の許可を受けた者でなければ用いることができない。この許可を受けるためには、所定の養成教育を終了し、国家試験に合格しなければならない。

② 養成教育の目的

老人介護士の養成教育の目的は、高齢者の介護(助言、随行及び世話を含む。)を自立して、かつ、自己責任で行うために必要な知識、能力及び技能を教授することにある。

③ 養成期間

養成教育の期間は 3 年間である。養成教育は、理論及び実践に関する授業(最低 2,100 時

³¹ 老人介護士の養成制度は、1969 年にノルトライン・ヴェストファーレン州で初めて導入され、その後、その他の州にも広がった。

間)並びに実習教育(最低 2,500 時間)により構成される。ただし、既に看護師、児童看護師などの資格を有する者の場合には、州の所管官庁の決定により養成期間を短縮することが認められる³²。

④ 養成校

老人介護士の養成校は、州学校法(Landesschulrecht)の適用を受ける場合を除き、州の所管官庁の承認を受けなければならない。養成校がこの承認を受けるためには、校長の資質、教員の数及び資質、学校の施設、設備及び教材、実習施設の確保などに関する最低基準を満たさなければならない。養成校は、養成教育全体についての責任を有しており、授業を実施するだけでなく、実習教育の実施を支援する。

⑤ 養成教育開始の条件

養成教育開始の条件は、実業学校(Realschule)修了³³又はそれと同等の教育を修了していることである。中学校(Hauptschule)修了者又はそれと同等の教育を修了している者の場合には、2 年間の職業訓練を修了しているか、1 年間の介護補助士又は看護補助師としての教育を受けたものでなければならない。

また、養成校の入学志願者は、受入実習施設の開設者との間で後述する養成教育契約(Ausbildungsvertrag)を締結しなければならない。養成校も、入学志願者が受入実習施設を見つけることができるように多くの支援を行っている。

⑥ 実習教育

実習教育のうち最低 2000 時間は、高齢者のためのホーム又は介護ホーム、及び高齢者も対象にする介護サービス事業において行われなければならない。残りの時間は、高齢者の世話が行われているその他の施設³⁴において行われることも認められている。実習教育の実施主体は、高齢者のためのホーム、介護ホーム又は高齢者も対象にする介護サービス事業の開設者又は事業者であって、自ら州の承認を受けた養成校を運営しているか、又は養成校との間で実習教育の実施に関する契約を締結したものでなければならない。

実習教育の実施主体は、老人介護士の実習のために受け入れる実習生との間で養成教育契約を締結しなければならない。実習教育の実施主体は実習生に対して適切な養成教育報

³² 看護師及び児童看護師の場合には最大 2 年、老人介護補助士及び看護補助師の場合には最大 1 年の短縮が可能とされている。

³³ 基礎学校(Grundschule)での 4 年間の義務教育の後、実業学校は 6 年間、中学校は 5 年間の修学年限となっている。

³⁴ 老人精神科病棟を有する精神病院、老人医学の専門病棟を有する一般病院、老人医学リハビリテーション施設などがこれに該当する。

酬(Ausbildungsvergütung)³⁵を支払わなければならない。なお、実習施設は養成教育報酬のための費用を介護保険及び施設利用者が負担する介護報酬に含めることが認められている。このように、養成校の学生は、実習生として一定の報酬を受けて介護施設での介護に従事しながら、養成校に通学して授業を受けることができるシステムとなっている。

⑦ 国家試験

国家試験は、筆記試験、口答試験及び実技試験から構成される。筆記及び口答試験は養成教育を受けた養成校で、実技試験は実習を行った高齢者のためのホーム若しくは介護ホーム、又は実習を行った介護サービス事業による介護を受けている要介護者の居宅で行われる。試験は、養成校ごとに設けられる試験委員会の責任により実施される。試験委員会は、州の所管官庁の職員又は委嘱を受けた者を委員長とし、当該養成校の校長のほか、教員の中から所管官庁が任命した3名以上の者が委員となる。

(2) 養成教育の現状

老人介護士養成教育の現状については、連邦家族・高齢者・女性・青少年省の助成により2004/2005年度にアンケート調査³⁶が行われた。その結果によると、養成校の60%以上は公益的な主体により運営されている。養成校は比較的小規模のものが多く、その40%は学生定員が70名以下である。学生定員が150名以上の養成校の割合は8.6%に過ぎない。

養成校の学生の約55%は25歳以下、18%は16歳から18歳である。また、その80%を女性が占めている。養成校の学生の85%は介護ホームとの間で養成教育契約を締結しており、介護サービス事業と契約を締結した者は少ない。就職先をみても、卒業生の75%は介護ホームに就職しており、介護サービス事業に就職する者の割合は小さい。なお、就職先が見つからない者の割合は5%弱に過ぎない。

養成校教員に占める常勤フルタイム雇用の者の割合は小さい。平均的な姿は、フルタイム雇用の教員が1~2名、パートタイム雇用の教員が2~3名、非常勤講師が15~16名となっている。校長の大部分は女性であり、7割が大学教育を終了している。常勤教員の多くは、介護に関する専門的な養成教育を受け、かつ、教育学についての専門的な卒後研修を終了している。

前述のように養成教育を受ける学生を経済的に支援する仕組みが設けられているにもかかわらず、実際には、受け入れてくれる実習施設が見つからないために養成校に入学でき

³⁵ 2005年9月に統一サービス産業労働組合と連邦及び地方自治体との間で締結された「公務サービスの養成教育を受ける者に関する賃金協約(TVAöD)」によれば、旧西独地域における老人介護士の養成教育報酬の額は、養成1年目が月額729.06ユーロ、2年目が788.57ユーロ、3年目が884.44ユーロとなっている。

³⁶ Görres S./Panter R./Mittnacht B., Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA), Bremen 2006.

ない者が多数出てきている。そのために養成校の定員充足率は 87%にとどまっている。その理由は、介護保険の給付には上限があるため、実習生を受け入れた実習施設が養成教育報酬の費用を介護報酬で賄えば、利用者の負担がそれだけ増加することから、他の介護施設との競争において不利に働く恐れがあるためである。

(3) 統合教育の試み

近年、老人の介護と病人の看護に関する活動には重複する領域が見られるようになってきている。例えば、介護施設であってもそこで行われる医学的な治療看護にはそのための特別の知識が必要となっている³⁷。また、認知症患者に対するサービスに当たっては、基礎介護に関する専門知識だけでは十分ではなく、併せて老人精神医学的な専門知識が必要となる。このため、老人介護士と看護師は互いに独立した専門職であるという考え方はもはや今日の状況に合わなくなっている。

現状では、老人介護士及び看護師の資格は、それぞれ別の法律において規定され、その養成教育の内容も異なっている。しかし、介護職に求められる専門性の範囲が前述のように拡大してきていることに対応するとともに、量的にも十分な人材を確保するために、老人介護士と看護師に関する共通の基礎教育を導入することが検討されている。

2004 年の秋以降、連邦家族・高齢者・女性・青少年省、各州などの助成により、共通教育のためのモデル事業が実施されている³⁸。これらのプロジェクトにおいては、基本的に両資格制度に共通する基本的な養成教育(授業及び実習)を導入し、できるだけ広範な基礎

³⁷ ドイツでは、医師が注射、採血、カテーテル及び胃ゾンデの装着、点滴などの行為を看護・介護従事者に委ねることが許されるかどうかに関する法的な規定は存在しない。医師法に関する文献においては、それが許されるのは次の場合であることがコンセンサスとなっている。すなわち、①患者がそれを容認し、②医師がそれを容認し、かつ、③医師でない者がそれを行う場合である。

具体的に、医師の責務を看護・介護従事者に委ねることが許されるかどうかを判断する基準として、次の 5 点が挙げられる。

- 患者が当該治療措置及びそれを看護・介護従事者が実行することについて了解していること
- その措置が医師の指示によること
- 医師自身が実施することを要しない種類の措置であること
- 担当する看護・介護従事者が当該措置の実施に必要な能力を有すること
- 担当する看護・介護従事者がそれを引き受ける用意があること

なお、この場合の看護・介護従事者の能力は、定められた養成課程を修めたことにより、有していると考えられる「公式の」資質ではなく、個々の者が実際に有している能力によって判断される。したがって、資格を有することは、実際に能力を有することを推論させる状況証拠に過ぎないものであり、それだけでは、必要な能力が備わっていることの証明としては十分ではない。(Klie T., Rechtskunde, Das Recht der Pflege alter Menschen, 6. Aufl., Hannover 1997, S. 87 ff.)

³⁸ 8 州で 8 件のプロジェクトが実施され、合計で 15 の老人介護士又は看護師養成校、約 300 人の学生、多くの介護施設及び病院が参加している。(Weidner F., Pflegeausbildung in Bewegung – Gegenwart und Zukunft, Die Schwester Der Pfleger 45. Jahrgang 7/06, S. 82)

的能力を習得させるとともに、それに引き続き、それぞれの資格に対応した専門的な養成教育が行われている。各プロジェクトにおいては、共通の基本的な養成教育の範囲に大きな違いがあり、前者及び後者に充てられる期間も様々である。このモデル事業においては、授業内容だけでなく、実習内容についても、例えばケースマネジメントや相談・助言などに関する実習が行われるなど、介護専門職の活動領域の拡大に対応したものとなっている。

(4) 継続教育(研修)

養成教育を終え、既に実際の介護業務に従事している者の継続教育は、介護の専門分野における進歩及び社会の変化に対応するために、欠くことのできないものとなっている。しかしながら、現状では必ずしも体系的な継続教育の機会が提供されていないことが指摘されている³⁹。

現状の継続教育には、法的に定められた枠組みの中で施設長などの一定のポストに就任することとの関連で実施されるもの及び職業上の資格向上のために実施されるものがある。このほかにも、日頃の介護業務をより適切に遂行できるようにするとともに介護に関する能力を伸ばすために継続教育が行われている。

①法的枠組みの中での継続教育

ホーム法に基づく法規命令であるホーム人員令第8条は、ホームの開設者が、ホームの施設長及び従事者に対して職務に関連した継続教育に参加する機会を提供することを義務づけている。また、社会法典第11編第80条に基づき定められた介護の質に関する基準においては、介護サービス提供に関する責任者となる介護専門職は、460時間以上の管理職としての継続教育を終えていることが要件とされている。ただし、これらの継続教育の内容等については、特段の定めはない。管理業務に従事する者及び介護専門職の質に関する要求水準は、近年、相当に高まってきており、それに対応して継続教育のニーズも拡大している。

②職業上の資格向上のための継続教育

介護サービス市場における競争の進展及び地域的な介護専門職の不足を背景として、提供する介護サービスの質の向上及びサービス従事者のつなぎとめを図る観点から、様々な形態での継続教育が実施されるようになってきている。特に、使用者側が、介護従事者の資格向上のために、職場における継続教育のための措置を実施することや、介護従事者を外部の継続教育の機会に有給で参加させ、その費用を負担することなどが行われている。

³⁹ Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Düsseldorf 2005, S. 320.

継続教育の内容には、介護金庫側との合意により定められている介護の質に関する基準等に沿ったサービス実施、治療看護、基礎介護及び心理的・社会的なケアに関する最新の知見、従事者の労働災害防止及び健康維持のための措置などが含まれる。

10. まとめ

以上の調査結果に基づき、わが国との比較の観点から特に重要な点として次のことが挙げられる。

まず、介護の確保に関する公私関係については、わが国では介護保険の給付により介護を行う家族の負担をできる限り軽減することが強調されるのに対して、ドイツでは介護保険は家族等による介護を補完する役割を担うものであるとの考え方が明確に示されている。このような考え方の相違は両国における家族介護者支援策のあり方に如実に現れている。ドイツの介護保険は、家族介護を支援し、それに報いるとともに、家族介護の質を確保するため、介護手当の支給、介護講習などの給付を行っているのに対して、わが国の介護保険はこうした給付を行っていない。しかし、わが国でも在宅の要介護者の多くは家族による介護を受けながら生活を送っている。高齢化の進展に伴い、要介護者が増加するだけでなく、要介護度が高まる中で、できる限り住み慣れた環境で暮らしたいという要介護者の希望に応えるためには、介護を行う家族を支援するとともに家族による介護の質を確保するための方策について改めて検討する必要があると考えられる。その際、ドイツにおいては、介護手当などの給付が家族介護の割合を高い水準に維持することにつながっている反面、近年は家族等による介護の割合が低下してきていることや介護専門職による相談・助言の機会も十分に利用されていないなどの問題点があることに留意する必要がある。

介護サービス事業や入所介護施設の従事者については、厳しい労働条件、介護従事者の獲得・定着を図るための労働条件改善の必要性、そのための対策の方向性において、両国の間には多くの共通点が見出される。特に注目されることは、ドイツにおいては労働条件改善策のひとつとして、介護保険サイドからも給与水準の改善を目的とした方策が講じられようとしていることである。給与水準の改善は、わが国における介護従事者の確保にとっても重要な課題である。わが国の場合にも、国家公務員への福祉職俸給表の導入などの対応が行われているが、さらに、ドイツの場合と同様に介護保険サイドからの取組みを行うことについても検討する必要があると考えられる。

介護サービス事業や入所介護施設における介護が介護専門職及びそれ以外の介護従事者によって行われていることは両国に共通している。ただし、ドイツにおいては、看護師が、病院等における病人の看護にとどまらず、老人介護士と同等の介護専門職として位置づけられ、介護サービスの実施にも重要な役割を担っている点に特徴がある。また、わが国の場合とは異なり、老人介護士と看護師はいずれも名称独占の資格であり、養成期間の条件なども同等のものとなっている。さらに、老人介護士の養成教育に関して、看護師との共

通基礎教育の導入が検討されている。わが国の場合にも、ドイツと同様に、介護サービス事業及び入所介護施設における職務内容の変化及びそのために必要となる専門知識の拡大が見られることから、それに対応した専門職養成教育のあり方を検討する必要がある。

これらの論点については、他の調査対象国との比較を含め、更に掘り下げた調査検討を行う予定である。

[付記] 本稿は、平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金(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』(主任研究者：松本勝明)による研究成果の一部を取りまとめたものである。

参考文献

(ドイツ語文献)

Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, „*Situation und Zukunft der Pflege in NRW*“, Düsseldorf 2005, S. 294.

Blinkert B./Klie T., *Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050*, Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, 2001.

Bundesministerium für Gesundheit, *Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten*.

Bundesministerium für Gesundheit, *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (01/07)*.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, *Pflege-Thermometer 2007*, Köln 2007.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), *Wochenbericht des DIW*, 68. Jg., H. 5.

Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagdrucksache 15/4125).

Görres S./Panter R./Mittnacht B., *Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA)*, Bremen 2006.

Igl G./Naegele G./Hamdorf S., *Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*, Hamburg 2007.

Klie T./Krahmer U., *Soziale Pflegeversicherung Lehr- und Praxiskommentar LPK-SGB XI*, Baden-Baden 2003.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, *Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege*, Düsseldorf 2004.

Rennen-Allhof B./Schaeffer D.(Hrsg.), *Handbuch Pflegewissenschaft*, Weinheim 2003.

Schmidt R./Entzian H./Gierke K.-I./Klie T. (Hrsg.), *Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune*, Frankfurt a. M 1999.

Schneekloth U./ Wahl H.-W. (hrsg.), *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III)*, München 2005.

Statistisches Bundesamt, *Pflegestatistik 2005*, Wiesbaden 2007.

Statistisches Bundesamt, *Sonderbericht : Lebenslage der Pflegebedürftigen, Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003*, Bonn 2004.

Udsching P., *SGB XI Soziale Pflegeversicherung*, 2. Aufl., München 2000.

Weidner F., Pflegeausbildung in Bewegung – Gegenwart und Zukunft, *Die Schwester Der Pfleger* 45. Jahrgang 7/06.

Weyerer S./Schäufele M./Anton R./Teufel S./Sattel H., *Gesundheitsrisiken in ambulanten Pflegediensten, Abschlussbericht an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)*, Hamburg 2001.

Zimber A./Weyerer S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*, Göttingen 1999.

(日本語文献)

土田武史「介護保険の展開と新政権の課題」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No. 155 (2006年)

松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ -介護保険-』信山社(2007年)

(表 1)介護ホームにおける自己負担の状況

平均月額(ユーロ)

(2005年12月)

| | 要介護度Ⅰ | 要介護度Ⅱ | 要介護度Ⅲ |
|--------------------|-------|-------|-------|
| ①介護費用 | 1,277 | 1,702 | 2,128 |
| ②給付上限額 | 1,023 | 1,279 | 1,432 |
| ③介護費用自己負担 (①-②) | 254 | 423 | 696 |
| ④食費・居住費 | 578 | 578 | 578 |
| ⑤自己負担計 (③+④) | 832 | 1,001 | 1,274 |

資料: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, Wiesbaden 2007.

(表 2) 介護サービス事業及び介護ホーム数

(2005 年 12 月)

| | 介護サービス事業 | 介護ホーム |
|------------|---------------|---------------|
| 事業・ホーム数 合計 | 10,977 (100%) | 10,424 (100%) |
| (経営主体別内訳) | | |
| 民間事業者 | 6,327 (57.6%) | 3,974 (38.1%) |
| 公益的主体 | 4,457 (40.6%) | 5,748 (55.1%) |
| 公共的主体 | 193 (1.8%) | 702 (6.7%) |

資料: 表 1 と同じ。

(表 3)要介護者の状況

(単位:%)

| | 在宅 | 入所 |
|-------------------------|------|------|
| 要介護度別人数割合 | | |
| I | 53.2 | 32.5 |
| II | 34.8 | 41.4 |
| III | 12.0 | 26.3 |
| 80歳以上の者の割合 | 45.3 | 68.0 |
| 女性の割合 | 64.3 | 78.9 |
| 女性のうち配偶者と死別した者の割合 | 57.6 | 73.2 |
| 援助を必要とする者の割合 | | |
| 身体の手入れ | 79.4 | 83.6 |
| 栄養補給 | 57.7 | 72.5 |
| 移動 | 73.7 | 78.5 |
| 家事 | 82.3 | 81.7 |
| 終日の基礎介護 | 36.0 | 49.8 |
| 主として年金・恩給により生計を維持する者の割合 | 81.4 | 72.7 |

資料: Statistisches Bundesamt, Sonderbericht : Lebenslage der Pflegebedürftigen, Deutschlandergebnisse des Mikrozensus 2003, Bonn 2004.

(表 4)主たる家族介護者

| | 割合 (%) | |
|----------|---------|---------|
| | 1991 年末 | 2002 年末 |
| (続柄) | | |
| 配偶者 | 37 | 28 |
| 母 | 14 | 12 |
| 父 | 0 | 1 |
| 娘 | 26 | 26 |
| 嫁 | 9 | 6 |
| 息子 | 3 | 10 |
| 孫 | 1 | 2 |
| その他の親族 | 6 | 7 |
| 友人・隣人・知人 | 4 | 8 |
| (性別) | | |
| 男性 | 17 | 27 |
| 女性 | 83 | 73 |
| (年齢) | | |
| 45 歳未満 | 19 | 16 |
| 45-54 歳 | 26 | 21 |
| 55-64 歳 | 26 | 27 |
| 65-79 歳 | 25 | 26 |
| 80 歳以上 | 3 | 7 |
| 回答なし | 1 | 3 |
| 平均年齢(歳) | 57 | 59 |

資料: TNS Infratest Repräsentativerhebung 2002.

(表 5) 主たる家族介護者の週平均介護時間 (2002 年末)

| 要介護者の介護度 | 計 | 認知症を伴う場合 | 認知症を伴わない場合 |
|----------|------|----------|------------|
| I | 29.4 | 31.4 | 28.1 |
| II | 42.2 | 43.7 | 40.0 |
| III | 54.2 | 61.9 | 46.6 |
| 計 | 36.7 | 39.7 | 33.7 |

資料: 表 4 と同じ。

(表 6)主たる家族介護者の就労状況

| | 割合(%) | |
|-------------|---------|---------|
| | 1991 年末 | 2002 年末 |
| 介護開始時点から非就労 | 52 | 51 |
| 介護のため就労を中止 | 14 | 10 |
| 介護のため就労を制限 | 12 | 11 |
| 従前どおり就労を継続 | 21 | 26 |
| 回答なし | 1 | 2 |

資料: 表 4 と同じ。

(表 7) 要介護度の区分

| 区分 | 介護の分野および頻度 | 必要介護時間 |
|-------|--|---------------------|
| 要介護度Ⅰ | 身体の手入れ、栄養補給及び移動に関し、1又は複数の分野の最低2つの活動について、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて週に何回かの家事援助を必要とすること。 | 1日最低90分うち基礎介護に45分以上 |
| 要介護度Ⅱ | 身体の手入れ、栄養補給及び移動に関し、異なった時間帯に最低毎日3回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。 | 1日最低3時間うち基礎介護に2時間以上 |
| 要介護度Ⅲ | 身体の手入れ、栄養補給及び移動に関し、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。 | 1日最低5時間うち基礎介護に4時間以上 |

(表 8)介護保険による給付

- 介護現物給付
- 介護手当
- 介護現物給付と介護手当との組合給付
- 介護者に支障が生じた場合の在宅介護
- 介護補助具及び住宅改造
- デイケア・ナイトケア
- ショートステイ
- 終日入所介護
- 障害者援護のための終日入所施設での介護
- 介護者の社会保障のための給付
- 家族等の介護者に対する介護講習
- 一般的な世話の必要な要介護者に対する給付

(表 9)介護従事者の状況

| | 介護サービス事業 | 介護ホーム |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| 従事者計(人) | 214,307 100.0% | 546,397 100.0% |
| (内訳) | | |
| フルタイム | 56,354 26.3% | 208,201 38.1% |
| パートタイム(社会保険適用) | 103,181 48.1% | 240,870 44.1% |
| パートタイム(社会保険非適用) | 47,957 22.4% | 55,238 10.1% |
| 実習生 | 3,530 1.6% | 31,623 5.8% |
| ボランティアなど | 3,285 1.5% | 10,465 1.9% |
| 女性の割合 | 87.7% | 85.0% |
| (基礎介護/介護・世話を主たる 業務とする者に占める割合) | | |
| 老人介護士 | 21.8% | 31.7% |
| 看護師 | 37.9% | 15.5% |
| 児童看護師 | 3.1% | 0.9% |

資料: 表 1 と同じ。