

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、介護サービス事業による介護も合わ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) 要介護者

介護保険の給付としての介護サービスを受けるための最も重要な要件は、要介護者に該当することである。介護保険において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的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)。要介護の有無及び要介護度は、疾病金庫が共同設置する専門審査機関である「医療保険のメディカルサービス」(MDK)による審査結果に基づき、保険者である介護金庫が決定する。MDKにおける審査は、医師、介護専門職などにより行われる。

(2) サービスの種類

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いる。ドイツにおける介護保険の給付には、医学的リハビリテーション、訪問看護及び社会参加の支援のための給付は含まれない。すなわち、在宅の要介護者の場合、介護給付は介護保険により行われるが、医療給付は医療保険により、社会参加給付は社会扶助による統合扶助などとして行われる。また、介護ホームでの入所介護は介護保険の給付として行われるが、病院(長期療養病床を含む。)での入院療養は医療保険の給付、障害者援護施設でのサービスは社会扶助などの給付として行われる。

(3) 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

(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.

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。

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。

(4) 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。

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間で議論され、介護実施記録に書き留められる。

(5) 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。

(6) 費用負担

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使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

① 介護サービス事業

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。

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.
¹⁵ 注3と同じ。

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。

② 介護ホーム

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

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。

① 介護サービス事業

在宅の要介護者を介護する介護サービス事業の場合においては、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。

在宅介護の分野における介護件数の増加及び介護に要する時間の増加が介護従事者の労働負担の増加につながっていることは、調査によって裏付けられているわけではない。しかし、介護従事者自身は、時間や人員の不足を差し迫った問題とみている。これに関連して、介護従事者が時間を守らないことや希望した時間帯に来てくれないことが要介護者やその家族の不満の原因となっていることが多い。

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、介護の質に関する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。

② 介護ホーム

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。

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.

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事、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事などの問題点が指摘されている。

さらに、ノルトライン・ヴェストファーレン州で行われた調査²¹の結果によれば、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28.5%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20.5%は、明示的に「不満足」と回答している。回答者の12.3%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従事者が少なくない。

(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、統一サービス労組(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²²。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²³。

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²⁴。

(4) 職場への定着

2004年にノルトライン・ヴェストファーレン州において、介護ホームを対象に実施され

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

²² Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung, Pflege-Thermometer 2007, Köln 2007, S. 42.

²³ Hamburger Abendblatt vom 3. November 2007.

²⁴ Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Düsseldorf 2005, S. 294.

た調査では、次のような結果が得られている。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%)に比べても顕著に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。回答者の8割は、調査時点で現在の就労関係を変える意向を有していない。職場や職業を変えることを考える動機としては、労働条件が厳しいことや自分の健康状態が良くないと感じられることが重要な意味を持っている。

(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も増えている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。

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、

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)

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

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。現在のような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が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

Deutschen Bundestages, 2001.

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

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、後述する老人介護士と看護師との共通基礎教育の導入は、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供給できなくなる。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. 介護者の育成策

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、

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 Bundestag(drucksache 16/7439, S. 67, Zu Nummer 40.

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。この老人介護士養成制度の概要は次のとおりである。

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

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。

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。

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

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。

³⁵ 2005年9月に統一サービス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。

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%は女性が占めている。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

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

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きた。

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さまざまである。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

³⁷ ドイツでは、医師が注射、採血、カテーテル及び胃 sondes 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)

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、事業者側が、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。

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および健康維持のための措置などが含まれる。

10. まとめ

以上の調査結果については、次のような点がわが国における政策との関連において重要であると考えられる。

ドイツにおいて、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。実際にも、重度の者を含め、多くの要介護者が居宅において

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

家族等による介護を受けながら生活している。また、多くのケースにおいて、介護サービス事業が利用されず、家族等によってのみ介護が行われている。このような状況に対応して、ドイツの介護保険は、こうした家族介護を支援し、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、介護専門職による相談助言の機会の提供などを行っている。しかし、実際には、家族等による介護の割合の低下により、介護手当等の受給件数の減少が見られる。また、介護専門職による相談・助言は、介護に当たる家族の負担の軽減及び介護の質の改善に役立つものであるが、現状では必ずしも十分に利用されていない。

一方、介護サービス事業及び介護ホームにおける介護は、介護専門職(老人介護士及び看護師)とそれ以外の介護従事者によって行われている。老人介護士及び看護師はいずれも名称独占の資格であるが、介護保険による介護サービスの質に関する基準において介護専門職を充てなければならない業務が明確に定められている。看護師は、病院等における病人の看護にとどまらず、老人介護士と同じく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。

介護サービス事業や介護ホームは、従事者に占めるパートタイム雇用の女性の割合が大きい職場となっている。その労働条件に関しては、時間的な制約、肉体的・精神的な負担、キャリアアップの機会の不足、給与や社会的評価の低さなどが問題点として指摘されている。将来的に介護従事者の不足を回避するためには、介護従事者の獲得・定着を図るために、現在の厳しい労働条件を改善することが不可欠となっている。このため、官民一体となった努力を促進するための取組みが行われている。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。

老人介護士の養成教育に関しては、必要となる専門知識の拡大などに応じて、看護師との共通基礎教育の導入が検討されている。また、長期の養成教育期間及び実習時間に対応して、養成教育を受ける学生に対して経済的な支援を行う仕組みが用意されている。一方では、そのことが実習施設側に実習生の受入れを消極的にさせる原因にもなっている。また、養成教育を終え、実際の介護業務に従事する者に対する継続教育の機会の提供は、資質の向上だけでなく、介護の仕事の魅力を高める観点からも重要な方策と考えられている。しかし、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。

来年度の調査研究においては、本調査研究の対象である4カ国間の比較検討及びわが国に対する政策提言を行う上で特に重要となる論点に絞って、ドイツについての更に掘り下げた調査検討を行う予定である。そのような論点としては、在宅介護の取組みを促進するとともに介護の質を確保するための家族介護支援策、介護従事者の給与水準の改善を目的とした方策、老人介護士と看護師の共通基礎教育の導入など介護職に求められる専門性の拡大への対応策などが考えられる。

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)

資料

(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	1277	1702	2128
②給付上限額	1023	1279	1432
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	1001	1274

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.