

	ヘルスセンター(HS)の訪問看護	自治体の訪問介護で訪問看護と協同体制をとる場合	自治体のその他のセクター	民間の訪問看護	民間介護サービス	警察の依頼による検査
准看護師、ラヒホイタヤ						
点滴、血管内への薬の注入（必要なら講習終了後）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
ドセットへの配薬又は自由裁量による投薬（必要が生じた場合に行う）	HSの医師責任者の書式許可による					
検査血液の採取	HSの医師責任者の書式許可による					
インシュリン注射	講認	講認	講認	講認	講認	講認
その他の医師の指示による医療行為	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠
注射（インフルエンザ予防注射など）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
医療行為責任（医療ミス訴訟時の責任）	担当医師			スタッフ／企業の責任者		
保健医療の専門家以外の者						
点滴、血管内への薬の注入（必要なら講習終了後）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
ドセットへの配薬又は自由裁量による投薬（必要が生じた場合に行う）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
検査血液の採取	不可	不可	不可	不可	不可	不可
インシュリン注射	不可	不可	不可	不可	不可	不可
その他の医師の指示による医療行為	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠
注射（インフルエンザ予防注射など）	不可	不可	不可	不可	不可	不可

施設サービス

	ヘルスセンター	社会サービス部門ナースングホーム	社会サービス部門ケア付き住宅	自治体や教会の所有する財団	終末ケアホーム	民間のナースングホーム
保健師、看護師						
点滴、血管内への薬の注入（必要な講習終了後）	HSの医師責任者の書式許可による	誰が許可を与えるのか？	必要なし		施設の担当医師の許可による	施設の担当医師の許可による（無医師の場合は不可）
ドセッティへの配薬又は自由裁量による投薬（必要が生じた場合に行う）	講認	講認	講認	講認	講認	講認
検査血液の採取	講認	講認	講認	講認	講認	講認
その他の医師の指示による医療行為	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠
注射（インフルエンザ予防注射など）	一保健師 一看護師 要許可行為	一保健師 一看護師 要許可行為	一保健師 一看護師 要許可行為	一保健師 一看護師 要許可行為	一保健師 一看護師 要許可行為	一保健師 一看護師 要許可行為
医療行為責任（医療ミスによる訴訟時に誰が責任をとるか？）	担当医師	スタッフ/ ナースングホーム所長	スタッフ	スタッフ/ 施設の責任者	担当医師	任命された責任者
患者保険	自己負担				自己負担	
准看護師、ラヒホイタヤ						
点滴、血管内への薬の注入（必要な講習終了後）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
ドセッティへの配薬又は自由裁量による投薬（必要が生じた場合に行う）	HSの医師責任者の書式許可による					
検査血液の採取	HSの医師責任者の書式許可による					
インシュリン注射	講認	講認	講認	講認	講認	講認
その他の医師の指示による医療行為	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠
注射（インフルエンザ予防注射など）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
医療行為責任（医療ミスによる訴訟時に誰が責任をとるか？）	担当医師	スタッフ/ ナースングホーム所長		スタッフ/ 施設の責任者	スタッフ/ 施設の責任者	スタッフ/ 施設責任者
患者保険	自己負担					

	ヘルスセンター	社会サービス部門ナーシングホーム	社会サービス部門ケア付き住宅	自治体や教会の所有する財団	終末ケアホーム	民間のナーシングホーム
保健医療の専門家以外の者						
点滴、血管内への薬の注入（必要なら講習終了後）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
ドセットへの配薬又は自由裁量による投薬（必要が生じた場合に行う）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
検査血液の採取	不可	不可	不可	不可	不可	不可
インシュリン注射	不可	不可	不可	不可	不可	不可
その他の医師の指示による医療行為	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠	技枠
注射（インフルエンザ予防注射など）	不可	不可	不可	不可	不可	不可
医療行為責任（医療ミス訴訟時の責任）						

※表の空欄部は、原書を反映させている。

「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」

分担研究報告書

ドイツにおける介護者の確保育成策

研究代表者 松本 勝明 一橋大学経済研究所 教授

（平成19年度～平成20年度実施）

研究要旨

公的制度が補完的な役割を果たす介護供給類型（保守主義型）に属する国としてドイツを取り上げ、ドイツにおける介護の確保に関する公私関係、家族介護及び介護サービスの状況、家族介護者に対する支援策、介護従事者の確保育成策などを把握した。

研究結果からは、次のことが明らかとなった。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と位置づけられており、実際に、多くの要介護者が居宅において家族等による介護を受けながら生活している。介護保険は、家族介護者に報いるとともにその負担を軽減するため、介護手当の支給、代替介護の確保、家族介護者の年金保険料の負担、相談助言の機会の提供など行っている。

一方、介護従事者の獲得・定着を図るために、労働条件の改善が不可欠となっている。このため、介護従事者の給与水準に関する基準が介護施設等とのサービス供給契約締結の要件として追加された。また、中高年失業者の介護・看護分野での就労を促進する再教育援助プログラムが実施され、大きな効果を挙げている。さらに、介護ホームでの認知症高齢者の見守りなどに中高年失業者を活用する取組みも行われようとしている。

介護専門職の養成教育に関しては、より高い資質が求められることに対応して、老人介護士養成教育の水準が看護師と同等に引き上げられた。また、必要となる専門知識の拡大などに応じて、老人介護士と看護師との共通基礎教育の試行が行われている。

以上の点が、本国際比較研究の目的である4カ国間の比較検討及びわが国への示唆を検討する上で重要と考えられる。

A. 研究目的

この研究は、本国際比較研究全体の枠組みの中で、公的制度が補完的な役割を果たす介護供給類型（保守主義型）に属する国としてドイツを取り上げ、ドイツにおける介護者の確保育成策に関する調査検討を行うことを目的とする。

平成19年度は、ドイツにおける介護の確保に関する公私関係、家族介護及び介護サービスの状況、家族介護者に対する支援策、介護従事者の確保育成策などを把握することを目

的とした。

平成20年度においては、本国際比較研究の対象である4カ国間の比較検討及びわが国への示唆を検討する上で重要と考えられる論点に絞って、ドイツについての更に掘り下げた調査検討を行うことを目的とした。

B. 研究方法

文献調査を行うほか、ドイツにおいて、連邦、州政府の関係省庁、統一サービス産業労働組合、事業者団体（ディアコニー奉仕団）

への訪問・ヒアリング調査を通じた情報・資料収集を実施するとともに大学及び公的研究機関の研究者との情報・意見交換を行うことなどにより、介護者の確保育成策に関する動向、効果及び問題点などを把握した。

(倫理面への配慮)

個人情報等に関連しないため不要。

C. 研究結果及びD. 考察

① 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ものであるとの考え方が明確に示されている。実際に、多くの要介護者が居宅において家族等による介護を受けながら生活している。

② ドイツの介護保険は、こうした家族介護者に報いるとともに、その負担を軽減するため、介護手当の支給、代替介護の確保、家族介護者の年金保険料の負担、介護専門職による相談助言の機会の提供、介護休業中の社会保険料の負担など行っている。

③ 介護サービス事業及び介護ホームにおける介護は、介護専門職とそれ以外の介護従事者によって行われているが、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。

④ 介護従事者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

評価の低さなどの問題があり、介護従事者の獲得・定着を図るために、労働条件等を改善することが不可欠となっている。

⑤ わが国の政策との関連においては、特に次のことが注目される。

⑥ ひとつは、労働条件改善のため、介護保険サイドからも、給与水準に関する基準を介護施設等とのサービス供給契約締結の要件として追加するなどの方策が講じられていることである。

⑦ もうひとつは、失業保険の保険者である連邦雇用エージェンシーにより、中高年失業者の介護・看護分野での就労を促進する再教育援助プログラムが実施され、大きな効果を挙げていることである。

⑧ さらに、介護ホームでの認知症高齢者の見守りなどに中高年失業者を活用する取組みも行われようとしている。

⑨ 介護専門職の養成教育に関しては、より高い資質が求められることに対応して、老人介護士養成教育の水準が看護師と同等に引き上げられた。

⑩ また、必要となる専門知識の拡大などに応じて、老人介護士と看護師との共通基礎教育の試行が行われている。

⑪ このことは、介護職としての就労機会を拡大することを通じて、介護専門職の確保にも貢献しうるものと考えられる。

⑫ 養成教育を受ける学生に対しては、経済的な支援を行う仕組みが用意されてい

る。

⑬ 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が、現状では、体系的に行われていない。

以上の点は、本調査研究の事例国である

4 カ国間の横断比較及びわが国への示唆を検討する上で重要になると考えられる。

E. 結論

平成 19 年度の研究からは、ドイツにおける家族介護者に対する支援策及び介護従事者の確保育成策に関する状況などを把握し、平成 20 年度の研究では、前年度の成果に基づきドイツに関する更に掘り下げた調査検討を行うことにより、4 カ国間の比較検討及びわが国への示唆を検討する上で重要な点を明らかにすることができた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本勝明(2008)「ドイツにおける介護者の確保育成策」一橋大学経済研究所 PIE/CIS DP No. 37。

松本勝明(2007)『ドイツ社会保障論Ⅲ 一介護保険-』信山社。

2. 学会発表

松本勝明・笹谷春美・宮崎理枝・森川美絵
「介護者の確保育成策 - 国際比較の視点から -」、社会政策学会第 117 回大会、
2008 年 10 月 11-12 日、岩手大学

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第二章 ドイツにおける介護者の確保育成策

松本 勝明

1. はじめに

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制度が要介護者に対する介護の確保に中心的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の費用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。そこで、ドイツについては、この国際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(保守主義型)に属する国として取り上げ、調査研究を行った。

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、家族介護及び介護サービスの状況、家族介護者に対する支援策、介護従事者の確保育成策などについて、その概要を報告する。

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 項によれば、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・世話を補完し、入所介護の場合には介護のために要介護者が負担しなければならない費用を軽減するものとされている。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、家族等による介護及び要介護者による費用負担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、213 万人の要介護者

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.

のうち、145万人(68%)は在宅で、68万人(32%)は入所施設で介護を受けながら生活している。在宅の要介護者のおよそ7割に相当する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。)による介護のみで居宅での生活を送っている(表1)。費用負担の面では、入所介護施設(介護ホーム)に入所する者の自己負担(食費及び居住費を含む。)が、最重度の要介護度Ⅲの場合には平均で月額1274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2)。また、わが国とは異なり、低所得者に対する自己負担の軽減措置も設けられていない。このため、入所介護施設に入所している要介護者の4人に1人は、自らの所得及び資産ではこの費用を負担し切れないために社会扶助の給付(介護扶助)を受けている。補足性の原理に基づく社会扶助の給付を受ける場合には、受給者の家族にも一定の負担が求められる。

(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訪問介護のサービスを、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も割合はわずかにとどまっている(表3)。

3. 要介護者の状況

表4は、在宅又は入所施設で介護を受けながら生活している要介護者の状況を示したものである。これをみると、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⁴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、身体の手入れ、栄養摂取及び移動の分野の日常生活活動⁴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⁵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5)。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半数が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居宅での生活を送っている。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6)。要介護時間は、要介護度が高くなるほど長くなる。また、要介護

⁴ 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。

⁵ Schneekloth U./Wahl H.-W. (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III), München 2005.

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、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7)。

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215ユーロ、Ⅱでは420ユーロ、Ⅲでは675ユーロとなっている。要介護者が現物給付を選択した場合の給付上限額はいずれの要介護度でもこれよりも高い額となっていることから、家族介護が行われることを前提に介護手当が選択されることは、介護保険の支出をその分だけ軽減する効果を持つものと評価されている。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。すなわち、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、家族等やボランティアなど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⁶。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1,470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 失業保険

介護開始前24か月間に12か月以上失業保険料を納付した、又は、失業給付を受給した

⁶ 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。

者が、介護開始直前に失業保険の強制被保険者であった、又は、失業給付を受給していた場合には、連邦雇用エージェンシーに申請することにより、失業保険の任意被保険者となることができる。任意被保険者としての保険料は、介護休業期間を除き、本人が負担しなければならない。

④ 介護講習及び相談援助

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等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。さらに、2008年7月に施行された介護保険継続発展法(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)により、各地域において、要介護者及び家族に対する相談・援助を行うために介護金庫などが設置する介護支援拠点(Pflegestützpunkt)の整備が進められることになった。

⑤ 介護休業

介護保険継続発展法により、ドイツにおいても介護休業制度が導入され、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可能となった。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が介護保険により負担される⁷。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、その介護体制を整える必要がある場合又はその間の介護を自ら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認められる⁸。

(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

⁷ このうち、医療保険及び介護保険の保険料負担は、当該家族介護者が家族被保険者に該当しない限りにおいて行われる。また、この場合の保険料額は、任意被保険者に適用される最低保険料額に相当する額とされている。

⁸ 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。

いる⁹。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¹⁰。

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や孤立防止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¹¹。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8)。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9)。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

⁹ 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)

¹⁰ 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)

¹¹ Schneekloth U./Wahl H.-W. (Hrsg.), a.a.O., Abbildung 2.10.

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¹²。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。

(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

¹² 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。

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とともに、460 時間以上の管理職としての継続教育を終えたものが該当する(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¹³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。

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、必ずしも従事者給与の引上げにつながるわけではない。

¹³ 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.

7. 介護従事者の現状

(1) 従事者数

① 介護サービス事業

連邦統計庁による調査¹⁴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10)。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¹⁵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¹⁶。

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、

¹⁴ 注3と同じ。

¹⁵ 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。

¹⁶ 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。

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

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¹⁷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¹⁸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。

¹⁷ 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。

¹⁸ 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.

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。

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¹⁹、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、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。

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²⁰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

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。同労組と使用者側が締結した賃金協約においては介護従事者に対する賃金が定められている。また、教会系福祉団体に勤務する介護従事者には独自の賃金体系が設けられている²¹。前記賃金協約に基づく賃金水準と教会系福祉団体の賃金水準の間には大きな差はないが、賃金協約が適用されていない民間事業者に雇用される介護従事者の賃金水準は、これよりも相当に低い場合がある。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であるディアコニー奉仕団の施設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

¹⁹ 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.

²⁰ Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, Personalstrukturen, Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit in der stationären Altenpflege, Düsseldorf 2004.

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

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。このことは、福祉団体による事業が、民間事業者による事業からの競争圧力を受けることや、賃金コストの引下げが可能であることを前提に介護金庫側から介護報酬の引下げを求められることにつながっている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、国境地帯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、

²² Hamburger Abendblatt vom 3. November 2007.

²³ 2008年6月にディアコニー奉仕団及び統一サービス産業労組を訪問して行ったヒアリング調査などの結果による。

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

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

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、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。

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 Deutschen Bundestages, 2001.

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