

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、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

2008年に施行された介護保険継続発展法により、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、当該施設が職員に対して「その地域で通例の労働報酬(ortsübliche Arbeitsvergütung)」を支払うことが追加された(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。このため、介護施設側は「その地域で通例の労働報酬」を支払わざるを得なくなるものと考えられる。なお、この「その地域で通例の労働報酬」としては、通常は当該職種及び地域に

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

適用される協約賃金が想定されている³⁰。

この法律では、介護ホームが入所する認知症高齢者の見守りなどの世話のために一定の追加的な人員を配置する場合に、介護保険が追加的な費用(介護報酬)の支払いを行う仕組みが導入された。この追加的な人員としては、介護専門職ではなく、中高年失業者などを活用することが想定されており、これらの者に160時間の授業と2週間の介護ホームでの実習から構成される研修を受講させることになっている³¹。これに対しては、野党や福祉団体などからサービスの質の低下を懸念する声が上がっている³²。

また、失業保険の保険者である連邦雇用エージェンシーでは、失業者が介護・看護分野での再教育を受けることを援助するためのプログラムを実施している。このプログラムによる援助を受けて2000年から2003年に介護分野の養成教育を終了した者は計48,000人に上っている。それらの者のうち、74%は老人介護士、20%は看護師の養成教育を終えている。それらの者は、もともと、年齢が高く、関連した教育も受けていないなど、労働市場において不利な状況に置かれていた。しかし、多くの参加者はプログラム終了後速やかに再就労が可能となり、しかも、多くの場合に、養成教育の対象となった職種の仕事に就いている。

9. 介護従事者の育成策

介護に対する需要が量的に拡大するだけではなく、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

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

³¹ Der GKV-Spitzenverband der Pflegekassen, Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen (Betreuungskräfte-RI vom 19. August 2008).

³² "Die Instant-Betreuer", Berliner Zeitung vom 19.8.2008.

ていた³³。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³⁴。

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³⁵又はそれと同等の教育を修了して

³³ 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。

³⁴ 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。

³⁵ 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。

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³⁶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)³⁷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

³⁶ 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。

³⁷ 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。

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³⁸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特別の知識が必要となっている³⁹。また、認知症患者に対するサービスに当たっては、基

³⁸ Görres S./Panter R./Mittnacht B., Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen (BEA), Bremen 2006.

³⁹ ドイツでは、医師が注射、採血、カテーテル及び胃 sonden 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おう場合である。

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

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。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、それぞれの者が介護職として就労できる機会を拡大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。

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⁴⁰。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⁴¹。

- 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.)

⁴⁰ 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)

⁴¹ Bericht der Enquête-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen, „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“, Düsseldorf 2005, S. 320.

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、前述のとおり、認可介護サービス事業及び認可介護ホームにおける介護サービス提供の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

ドイツにおける介護者の確保育成策に関する調査研究の結果については、次のような点がわが国における政策との関連において特に重要であると考えられる。

ドイツの介護保険に関しては、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。このため、要介護者に対する給付だけでなく、家族介護者を支援する給付を行うことが、介護保険の重要な役割として位置づけられている。家族介護者支援の目的は、家族介護者に報いるとともに、家族介護者の負担を軽減することにより、在宅介護を推進することにある。こうした給付を受けて家族介護が行われることは、より費用のかかる現物給付の受給をその分だけ減少させ、介護保険支出の軽減に寄与するものと評価されている。家族介護者の支援策としては、介護手当の支給にとどまらず、代替介護の確保、介護者の年金保険などに対する配慮、相談・助言の機会の提供など様々な

施策が行われている。ただし、現状には、介護専門職による相談・助言の機会が必ずしも十分に利用されていないなどの問題がある。

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)とその指導の下で介護に従事するそれ以外の介護従事者によって行われるとされている。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。このように、資格制度と介護サービスの基準とを結びつけることは、介護サービスの質の確保のための重要な手段となっている。看護師は、老人介護士と同等の介護専門職として位置づけられ、病院等における病人の看護にとどまらず、介護サービス事業や介護ホームにおける介護・世話の業務において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。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・定着を図るための対策が必要となっている。こうした対策の中でも、次のような施策が講じられていることが特に注目される。ひとつは、適切な介護サービスを供給するための前提条件として、「その地域で通例の労働報酬」の支払いを、サービス供給契約締結の要件に追加することにより、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たことである。もうひとつは、中高年失業者の介護・看護分野での就労を促進する観点からの再教育援助プログラムが実施され大きな成果をあげていることである。さらに、介護ホームにおける認知症高齢者の見守りなどに中高年者失業者を活用することも行われようとしている。

老人介護士の養成教育に関しては、介護専門職により高い資質が求められていることなどに対応して、養成教育期間を3年に統一するなど、養成教育の水準が看護師と同等のものに引き上げられた。また、必要となる専門知識の拡大などに応じて、看護師との共通基礎教育の導入が検討されている。共通基礎教育の導入は、介護職としての就労機会を拡大することを通じ、介護専門職の確保にも貢献しうるものである。さらに、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する経済的な支援が行われている。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。

以上の点は、本調査研究の事例国である4カ国の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。

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.

Möwisch A./Ruser C./von Schwanenflügel, *Pflegereform 2008*, Heidelberg 2008.

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)

要介護者の概況

(2005年末現在)

要介護者合計 213万人

在宅 145万人 (68%)

入所 67.7万人 (32%)

家族介護のみ 98万人	
要介護度Ⅰ	61.0%
要介護度Ⅱ	30.8%
要介護度Ⅲ	8.3%

介護サービス事業利用 47.2万人	
要介護度Ⅰ	50.9%
要介護度Ⅱ	36.7%
要介護度Ⅲ	12.4%

要介護度Ⅰ	34.2%
要介護度Ⅱ	43.4%
要介護度Ⅲ	20.9%

資料: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2005, Wiesbaden 2007.

(表2)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: 表1と同じ。

(表3)介護サービス事業及び介護ホーム

(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 (経営主体別内訳)	10,977 (100%)	10,424 (100%)
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4)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5)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6) 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5と同じ。

(表7)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5と同じ。

(表8) 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9)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
- 介護休業期間中の追加的な給付
- 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
- ケースマネジメント

(表10) 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。