

資 料

ドイツにおける高齢者支援
—老人介護士養成教育カリキュラムに着目して—

Support for the elderly in Germany
—Focusing on elderly care workers training curriculum—

新田 幸子¹⁾

Yukiko Nitta¹⁾

要 旨

ドイツは、日本と同様に少子高齢社会であり、高齢者を在宅で支援するシステムが整備されている。そして、高齢者の医療・介護は、老人介護士が担っている。老人介護士は看護と介護の役割を併せ持ち、医療職として制度化されている。日本では、看護は医療、介護は福祉分野に区別されている。日本もドイツと同様、介護士養成教育に医学的知識を導入した教育内容を構築することで看護職と同等のライセンスをもつことが望まれるが、老人介護士の誕生は日本では未だ聞かない。

本報告の目的は、これからの日本における新たな高齢者支援の在り方を考察するためである。今回、ドイツの都市ミュンヘンとケルンの高齢者介護の実態を見学したことを機に、日独の介護保険制度の相違と老人介護士および看護師の養成教育カリキュラムの文献検討を行った。また、ケルンではカトリック大学教員の協力を得て、老人介護士と家庭訪問に同行し、老人介護士の業務調査を行った。これからの日本に期待されることは、介護を受ける者の意思決定の支援、家族だけに頼らない地域との連携や多職種協働を強化していくことが、高齢者の介護や終末期ケアのより良い支援につながることを示唆された。

キーワード：高齢者支援，老人介護士養成教育，在宅医療

Keywords: Support for the elderly, Elderly care workers education, Home medical care

1) 広島国際大学看護学部 (Faculty of Nursing, Hiroshima International University)

I. はじめに

日本における高齢者の現状は、内閣府の平成30年版高齢社会白書「平成29年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況」によると我が国の総人口は1億2,671万人であり、高齢化率は27.7%である。65歳以上の人口は、「団塊の世代」（昭和22（1947）～昭和24（1949）年に生まれた人）が65歳以上となった平成27（2015）年に3,387万人となり、その後も高齢化率は上昇傾向にある。後期高齢者が急増する2025年は「多死社会到来」とも呼ばれている。さらに、高齢化の進行に伴い、医療費増加の一途をたどっている。社会保障問題の中で、もっとも問題が深刻である医療費は「高齢者」がおおよそ5割を占めている（厚生労働省2017年8月31日）。一方、介護問題も老後最大の不安要因となっている。病気をかかえながらも最期まで長年暮らしてきた地域で生活し続けることを望み、住み慣れた我が家で家族とともに過ごしたいと願っている療養者が多数いる。そのような望みを実現するには、在宅療養者・家族が安心して生活を送るための支援体制が求められている。

ドイツは、高齢化率が22.7%であり、世界の中でも高齢化がかなり進んでいる国である。平均寿命の伸びと、出生率が低いことから、少子高齢化が進むことが予想されており、2030年には高齢化率が28%になると見込まれている。日本と同様、厳しい高齢化社会に直面することが推測される。ドイツの高齢者に目を向けると在宅で支援するシステムが整備されており、高齢者の医療・介護は、老人介護士が担っている。ドイツの老人介護士養成教育カリキュラムでは、医学的知識（解剖学、生理学、生物学）、薬剤、老人神経医学、老人精神医学、衛生学などを重視した教育が行われている。学習内容をみると、日本でいう看護職と同等

のライセンスといてよい資格を持っている。

日本は、在宅支援の医療的ケアを、高齢者・障害者を対象に多くの専門職種で担っている。中でも、看護職者、介護職者の役割は重大であり両者の連携は必要不可欠である。看護・介護現場において、しばしば「医療的ケア」をめぐるジレンマが両者に発生している。例えば、褥瘡ケアに対し、創部のガーゼを交換するだけで汚染の防止につながる場合でも業務独占から考えると介護職者は手が出せない。「もし自分が看護師だったら安全・安楽な対処ができた」という意見を介護職者の方々からよく聞いていた。著者は、これからの日本の地域包括支援システムの構築にむけて看護・介護の中間的存在である老人介護士の必要性を強く感じた。そこで、2013-2015年にドイツのバイエルン州にあるミュンヘンとノルトライン＝ヴェストファーレン州のケルンに、在宅、施設での介護および終末期ケアの現状を知ることを目的に渡航した。ミュンヘンでは、老人介護士助手「ヘルパー」に、ケルン南西地区では在宅支援事務所で働いている老人介護士に対して、老人介護士養成教育カリキュラム、業務、老人介護士の在宅訪問の実態について聞き取り調査を行った。本報告では、著者の現地視察をもとにドイツと日本の介護保険制度の相違と老人介護士養成教育カリキュラムおよび看護師養成教育カリキュラムについてまとめた。さらに、著者が老人介護士と共に家庭訪問に同行し高齢者支援への援助、介護ケアの実際を体験したケースを取り上げて報告する。

日本では、看護師・介護士の両者の中で業務の棲み分けにしばしばジレンマが起きている現状がある。日本の新しい介護福祉士養成課程では、介護における生活支援の知識・技術の科目が多く、医療的ケアの教育内容は、①医療的ケア実施の基礎②喀痰吸引（基礎的知識・

実施手順) ③経管栄養(基礎的知識・実施手順)で50時間以上となっている(厚生労働省, 2018)。前述の通り, ドイツの老人介護士養成教育カリキュラムは, 医学的知識を重視した教育が行われている。さらに, 学習内容には複数の専門職種における連携教育が導入され始めている。日本もドイツと同様, 介護士養成教育に医学的知識を導入した教育内容を構築することで看護職と同等のライセンスをもつことが望まれるが, 老人介護士の誕生は日本では未だ聞かない。本報告の目的は, これからの日本における新たな高齢者支援の在り方を考察するためである。

II. 調査の方法

1. ドイツの高齢者介護実態の文献検討

「ドイツ高齢者支援」「ドイツ老人介護士」「ドイツ在宅医療福祉」のキーワードをもとに, 医学中央雑誌, CiNii, インターネット Web サイトにアクセスし, 抽出した文献を検討しポイントを整理した。

2. ドイツにおける老人介護士の業務調査

2013年, ケルンのカトリック大学教員の協力を得て, ドイツの在宅介護支援事業所の老人介護士にインタビュー調査を実施した。

III. 倫理的配慮

ドイツにおける業務調査の一部は, ケルンのNRWカトリック大学副学長と日本の前県立広島大学保健福祉学部教授の共同研究において, 倫理審査の承認を得た。

IV. 結果

1. ドイツの高齢者介護実態の文献検討

1) ドイツと日本の介護保険制度の相違

2015年現在, ドイツの65歳以上の人口比率は21.24%(日本は26.34%)である(グロー

バルノート, 2016)。日本の介護保険制度は2000年から始まり, ドイツの介護保険制度を参考に導入されている。

ドイツの介護保険法(Pflegeversicherung)は, 1994年公布, 1995年保険料の徴収とサービスの給付が開始され, その後, 2014年11月「第1次介護強化法」が成立した(ジョン・クレイトン・キャンベル, 訳 齊藤 2009)。高齢者保健福祉施策は, 主に介護保険の枠組みで行われ, 給付対象年齢は日本とは違い年齢制限がない。日本は, 原則として40歳以上の全国民が加入し, 65歳(第1号保険者), 40~64歳(第2号被保険者16の特定疾病)になったとき要介護認定を受けてから給付が始まる。介護度は, 要支援(1, 2), 要介護1~5までの7段階である。ドイツでは, 「2014年末現在において, 介護保険の給付を受給している要介護者は, 在宅に約182万人, 施設に約75万人存在している」(厚生労働省, 2016)。基本的に介護の費用は, 介護保険, 健康保険が担当する部分があり, その二つで支払われない費用は, 自己負担となる。また, ドイツの福祉扶助は, まず自分で支払い, 次いで扶養義務のある配偶者, 子どもなどが支払い, 足りない場合に, 社会福祉局が支払う後順位原則(Nachranggrundsatz)となっている(在ドイツ日本国大使館, 2015)。「要介護認定は, 医療保険メディカルサービス(MDK; 疾病金庫が各州に共同で設置し, 医師, 介護士等が参加する団体)の審査を経て, 介護金庫が最終的に決定する。要介護度は, 必要な介護の頻度や介護のために必要な時間等に応じて, 要介護Iから要介護IIIまでの3段階である」(厚生労働省, 2016)が, 要介護IIIのうち特に認知症や重篤と認められるケースについては支給限度額が嵩上げされる(表1)。

表 1. ドイツの介護保険法（ドイツの介護保険の支給（限度）額（2015年1月～）

介護度	在宅介護・部分施設介護	介護手当	完全施設介護
いわゆる介護0	— 【231】	— 【123】	—
介護Ⅰ	月額468€ 【689】	月額244€ 【316】	月額1,064€
介護Ⅱ	月額1,144€ 【1,298】	月額458€ 【545】	月額1,064€
介護Ⅲ	月額1,612€ 【1,612】	月額728€ 【728】	月額1,064€
特に重篤なケース	月額1,995€ 【1,995】	—	月額1,064€

* 【 】内は、認知症患者に対する支給限度額 * €(ユーロ)

(ジョン・クレイトン・キャンベル, 訳 齊藤2009, 改編)

日本の介護保険制度では、給付は現物給付となっているが、ドイツでは現金給付も行っている。在宅における要介護者のうち、現金給付を受給している者は、全体の8割である。2014年末現在、要介護度別の要介護者は「公的介護保険の場合、在宅では要介護段階Ⅰが63.0%、要介護段階Ⅱが28.7%、段階Ⅲが8.2%、施設では要介護段階Ⅰが42.8%、要介護段階Ⅱが37.4%、要介護段階Ⅲが19.8%（全体で要介護段階Ⅰが57.1%、要介護段階Ⅱが31.3%、要介護段階Ⅲが11.6%）となっている」（厚生労働省、2016）。

2) ドイツの高齢者介護に関する法的手続き

ドイツでは決定・判断能力がなくなって介護が必要な人には、裁判所から後見人がつけられるシステムとなっている。そして、医療や介護が必要となるかもしれない場合に備えて、治療や医療処置について予め指示をしておく、事前医療指示書（Patientenverfügung）や、経済活動、医療行為、居住地等について決定することを、任意代理委任（Vorsorgevollmacht）するといった、連邦政府が定めた制度がある（在ドイツ日本国大使館、2015）。日本でいう成年後見制度である。

ドイツでは、単身世帯が39.5%（日本

11.0%）であり、成人した子どもやその家族と同居している高齢者は、全世帯の8%にとどまり、年々減少化している（内閣府、2016）。さらに、高齢者の心の支えとなっている人についての調査では、配偶者あるいはパートナー50.2%（日本65.3%）、子ども（養子を含む）52.0%（日本57.4%）、親しい友人・知人32.3%（日本15.5%）となっている（内閣府、2016）。ドイツは、個人の自律尊重を重視し、自己責任に委ねる文化的土壌がある。そのため、同居しない家族に頼むよりも、事前医療指示書（Patientenverfügung）を作成しておくことや親しい友人・知人に任意代理委任（Vorsorgevollmacht）することが、日本と比較し重要な意味を成している。

3) 老人介護士および看護師養成教育カリキュラム

(1) 老人介護士養成教育カリキュラム

ドイツ公私扶助連盟は、1965年に医療的援助と社会的援助を担う職業教育コンセプトを打ち出し、1969年から高齢者看介護職員職業訓練規則に則り、NRW州がはじめて老人介護士の養成を開始した。日本では、看護は医療、介護は福祉の分野に区別されているが、ドイツでは、看護と介護の業務は融合し2003年

に施行された「老人介護の職業に関する法律」(Gesetz über die Berufe in der Altenpflege)に基づき、従来ドイツの各州で養成されてきた老人介護士は国家資格として制度化され、その養成のためのプログラムも設定された(保住, 2009)。「医療的ケア」について以前は、看護師のみが注射を行っていたが、現在は老人介護士も医療面での基礎的知識、技術を学び、医師の書面での指示等一定の条件下で注射および投薬も可能である(保住, 2009)。つまり、老人介護士は介護と看護の役割を併せ持ち、医療職として規定されている。老人介護士の職務は、高齢者がその身体、精神、情緒上の健康を促進、維持し、回復を助ける HEilerziehungspfleger (訳: 癒しを導く看護師)がある。ドイツの老人介護士養成教育は、医学的基礎(解剖学、生理学、生物学)、薬剤、老人神経医学、老人精神医学、衛生学などであり医学的知識を重視した教育が行われている。日本でいう看護職と同等のライセンスといてよい資格である。学習内容は、1年次に、看護師としての共通科目を学びながら、病院での実習を行い、2年次以降は、成人看護師、小児看護師、老人介護士のそれぞれのコースに分かれて学習する。成人看護師や小児看護師の養成費用は、医療機関に支払われる医療費などに含まれ、学生から授業料を徴収されることはない。他方、老人介護士の養成費用は介護保険から賄われている。また、実習では労働力を評価され、学年ごとに賃金が支払われる体制となっている(永嶋ら, 2003)。老人介護士の実習では、老人ホーム、老人精神科病院、訪問介護が義務づけられ、資格取得者の1/3の報酬(400～500ユーロ)となっている。

(2) 看護師教育カリキュラム

ドイツの看護師は、成人看護師(Krankenpfleger)、小児看護師(Kinderkrankenpfleger)、老人介護士

(Altenpfleger)に分かれ、専門学校でも取得できるが、大学として学士、修士の学位を取得することもできる(関川, 2012; 松森ら, 2013)。ドイツの職業教育は、理論と実技の二本立て「デュアルシステム」となっており、看護師養成は、講義よりも実習時間が重視(講義2100時間、実習2500時間など州により教育時間は異なっている)されている(関川, 2012)。看護師の資格取得については、3年間の教育が終了した後、州独自の口頭、筆記、実技試験に合格する必要がある(松森ら, 2013)。看護師の資格を取得した後の大学への進学率は、約10～18%である(松森ら, 2013)。卒後教育として、短期講習には、疼痛管理や緩和ケア、安全対策などがある(松森ら, 2013)。さらに、1～3年の長期研修制度による州政府認定の専門看護師課程として、「集中治療・麻酔」「がん」「手術」「精神」「地域」「感染症」などがある。その資格取得については日本とは異なり、修士課程にはなっていない。

2. ドイツにおける老人介護士の業務調査

1) 老人介護士の業務調査

(1) 老人介護士の医療ケア内容

外用薬の塗布・軟膏・湿布・爪切り・服薬管理・薬の在庫管理・点眼・血圧測定・褥瘡の処置・口腔内のかきだし(口腔ケア)・座薬挿入・排痰ケア・排便・経鼻経管栄養(胃ろう・経管チューブ・腸瘻)吸引(鼻・口・カニューレ)・浣腸・痰の吸引・人工肛門の処置・酸素吸入・留置カテーテルの管理・インスリン注射(一定条件付き)・酸素吸入・点滴の抜針・膀胱洗浄・気管切開患者の管理指導・点滴ボトルの差し替え・気管カテーテルの交換・脱水状態の確認・栄養状態の確認・睡眠状態の確認と睡眠薬の管理(医師の指示のもとに)・皮膚状態の管理及び処置・姿勢変換・体位変換・インシュリンの管理・血糖値確認(自己注射の介助)・人工呼

吸器の管理を行っていた。

(2) 老人介護士の医療・介護の支援内容

< 食事 >

摂食介助（声掛け・見守り）・食べさせる・調理形態の確認・食器の選択・食後の歯磨き介助・自助具の確認・食事の内容の確認・食事量の確認・摂食量の確認・食（前・中・後）の服薬確認・食（前・中・後）の服薬準備

< 排泄 >

排泄介助・排泄誘導・オムツ交換・排泄物の状態確認・尿量の確認・尿色の確認・尿たんぱくの確認介助（試験紙確認）

< 入浴 >

入浴介助（声掛け・見守り）・入浴させる（洗髪・体を洗う）・入浴姿勢の選定・お湯はり・入浴準備（衣類の準備・タオル等使用する者の準備）・体を拭く（清拭・整容）

< 更衣 >

更衣介助（声掛け・見守り）・着替えさせる・着替えの準備・洗濯

< 移動 >

移動の介助（声掛け・見守り）・車椅子を押す・車椅子の移乗・ガイドヘルプ・移動使用機器・用具の確認・選定（杖・歩行器等）・移動後の姿勢確保

< コミュニケーション >

コミュニケーションを取る・危機用具の選択・準備・意識レベルの確認・意思確認・認識・理解レベルの確認・支援の場は、在宅支援のみである。



写真1 ケルン南西地区在宅支援事業所

< 必要と思われる医療知識等 >

老人介護士は、医療的介護と社会的介護の両方の専門的知識を備えた専門家であるため、医学的基礎（解剖学、生理学、生物学）、薬剤、老人神経医学、老人精神医学、衛生学などの知識が必要である。

2) 在宅訪問による現地視察（ケルン南西地区在宅支援事業所）

在宅支援事業所（写真1）では、フルタイムで働いている老人介護士（3名）と看護師（7名）の10名であり、パート勤務は、老人介護士（1名）である。フルタイムでは、39時間/週勤務である。利用者は、82名/月である。介護保険は3段階（0～3）であり、0が一番軽い、多くの人が介護度1であり、1の中には服薬介助だけの場合もある。病院から退院してもすぐに重症とは認定されない。終末期の患者であっても2段階と低く見積もられている。利用者は、認知症の人が一番多く、終末期の患者は1～2名/82名である。緩和ケアが必要な患者は、病院から直接連絡を受ける退院システムができており、退院した日に訪問する。

病院は、病名によって入院日数が決まっている。医療費が高いものは、「脳疾患」、「心疾患」、「がん」である。がんの治療は特別なものは自己負担となる。保険の負担額は、収入額によって違うが、皆平等な医療ケアを受けることができる。病院は28日間までは、10ユーロ/日であるが、28日を過ぎるとお金はかからない。処方箋を書いてもらうのは自己負担（4～10ユーロ/回）である。生活保護を受けている人は、46ユーロ/年であり、それ以上は薬代がかからない。在宅での介護費用は、基本的には介護保険で支払うが、ベッドの準備は医療保険で行う。怪我をしている場合には、医療保険で医師に薬を処方してもらう。処方箋は保険会社に提出して認可されたら何回使ったか記録を見せて



写真2 服薬BOX

請求する。酸素については医師が記録し、医療保険扱いである。輸血は病院で実施する。モルヒネ、睡眠薬などの薬剤は薬箱で看護師や介護士が管理しているが、医療事故は起こったことはない(写真2)。

がんの人で多い処置は、体位変換、静脈栄養、清拭のケアである。在宅は、褥瘡の処置に負担がかかる。栄養状態の改善が難しいこともあり、なかなか治癒しない状況である。また、気管カニューレのトラブルでは、抜去に気がついた人が挿入し看護師や介護士を通じて医師に連絡し、医師が訪問する。肉芽の処置は医師しかできないため、24時間対応できる医師を探す。連携は24時間体制である。糖尿病で血糖値が高い場合には、直接指示を受ける。ドイツ人は、以前は家族が介護していたが、現在は家族が直接介護することは少なくなった。そのため介護に対しては、6週間や3ヵ月などを一つの区切りとして24時間住み込みのヘルパーを雇う場合もある。ヘルパーはポーランドやルーマニアからの出稼ぎが多く、費用は、おおよそ6週間で1200～1800ユーロ+交通費である。ドイツ国内に移住したトルコ人やアラビア人の介護は、家族が行っていることが多い。さらに、アラビア人の介護は、女性に限定される。ケアはタオルではなく布で全身を覆ってしなければならない。注意することは、足の方から洗うという点である。インタビューに応じた老人介護士

は、「一年間足浴だけを行ったケースもあった」と回答した。

在宅福祉の盲点となりがちな連絡体制は、薬は担当する薬剤師と老人介護士が薬箱の鍵を持つ(写真2)。本人や家族は鍵を持たない。認知症の高齢者や精神障害者の支援をする中で、安全な医療を提供する為である。クライアントの緊急連絡先や基礎情報・年金や医療保険なども含めたあらゆる関係者の連絡先・病状変化が記された共有カルテブックが自宅にあり、訪問時に医師、看護師、家族、行政関係者が確認し状況等や伝言したい内容を記載する。チーム会議などは、病状等によって月に1回から週に1回開催する。

ミュンヘン地区在宅支援事業所では、週に30時間働いている老人介護士職助手「ヘルパー」がいる。訪問で在宅ケアを行っている。変則勤務で、早番は、朝7時から、遅番は午後3時から8時迄で、1日6時間で週2回休みがある。夜8時からの仕事もたまにある。老人介護士は、筋肉注射・血管注射は行っている。この事業所のヘルパーは、日本で介護福祉士の資格を取得後6年間、日本の特別養護老人ホームで働き、ドイツで7年間、老人介護士補助として経験を持つために老人介護士の先輩から1時間教育を受けた後に業務を行うことができる。糖尿病の人の爪切りや人工透析など看護師の行うプスフレーション(Fusspflege日本ではフットケア)は、医師の指示書通りに行う。薬も医師が処方箋を書き、薬剤師が配達してくれるか、介護ステーションにストックし、老人介護士が持参する。ヘルパーも服薬させる。老人介護士やヘルパーは、家事は行わない。家事を行うのは、ナッハシューズフレーションと言う家事介護の専門の人がいて、近所の人で定年退職した人が登録して、介護保険から時給で雇われている。介護行為は行わない。老人介護士の

訪問で行う介護は、1件当たり1単位が15分となっている。重度の24時間見守りや介護の必要な人の介護は、トルコ人やポーランド人が、派遣会社のビザでやってくる。ドイツ人の雇用は高額なので自己負担額が高いため一部の人しか頼めない。(写真3)は老人介護士職助手「ヘルパー」の一日の業務をまとめたものである。

具体的には、看取りの場合、家族を集める、話しかける、水分で口を潤す・目をガーゼで保護するなど乾燥に対するケア、手を握ってあげるなど大切に支援する。看取りにあたり、家族が一生懸命する場合もあるが神父に看取ってほしい、最後の油を付ける(日本でいう洗礼という儀式)、身体を拭いて手を合わせるなど、宗教に合わせた支援を行う。移住者(トルコ)の人は家族が看取りを行う。グリーンケアは、遺された家族が求めれば行うこともあるが、特に実施していない。亡くなったときには、詰め物はしない。亡くなった人に話しかけながら関わっていくという国の文化・慣習に沿った方法である(日本看護協会, 2016)。

著者が老人介護士と同行訪問したケースは以下に示す6件である。(対象年齢, 性別, ADL, 必要な支援, 所用時間の順に列記)



写真3 老人介護士職助手「ヘルパー」の一日

(1) 90歳代の女性, 自立。

支援は、朝食・服薬・血糖測定とインシュリン注射の施注である。朝食の準備は、コーヒーとパン(ハムとチーズをはさむ)を利用者のテーブルに運ぶ。キッチンの戸棚に置いてある薬箱(老人介護士が管理鍵がかかっている)から服薬を準備し朝食前に血糖測定(空腹時血糖121mg/dl)後、利用者の腹部(左右)インシュリン注射。記録(訪問時間等必要な項目にチェックを入れる)する。所要時間は約10分程度である。

(2) 80歳代の女性, 自立。

娘と同居。キッチンの戸棚に置いてある薬箱から服薬準備、娘より調剤希望を聞く。所要時間は約5分。

(3) 90歳代の夫婦。

夫は自立している。妻は寝たきりで娘と同居。支援は、夫の入浴(シャワー)介助と更衣、妻のベッド上での全身清拭、オムツ交換、更衣後車椅子へ移動する。食事介助の所用時間は約20分。

(4) 80歳代の女性。

寝たきりで息子と同居。支援は、全身清拭、オムツ交換、更衣後車椅子へ移動し朝食。所要時間は約20分。

(5) 90歳代で独居。元医師。

支援は、ポーランドから住み込み(3~4ヵ月)の女性が生活援助をしている。寝たきりで、バルンカテーテル挿入。部屋には孫と思われる一緒に写った写真がたくさん飾ってある。ベッド上での全身清拭、オムツ交換、更衣。所要時間は約20分。

(6) 80歳代の女性, 独居。自立。

支援は、移動回転車椅子にて浴槽内でシャワー介助。所要時間は約20分。

前述通り、6ケースの訪問は、在宅支援事業所を朝、7:30にスタートし6件目の終了時間

は10:00である。日本は、介護保険や医療保険の給付により、看護の必要な在宅療養者を看護師・保健師あるいは理学療法士などが訪問し、主治医の指示に基づいて療養上の世話や必要な診療の補助を行う。利用者によって異なるが訪問時間は、30分～2時間程度が多い。ドイツの介護保険は現物給付と現金給付があり、家族が介護しても支給される。日本は、利用者が現物給付の対象になる。ここがドイツとの相違である。また限られた時間で、ニーズに合った個別性のある創意工夫したケア、介護者や家族との信頼関係をもとに献身的な援助を行っているところは優れている。

IV. 考察

ドイツでは、緩和ケアはがんだけでなく治癒の見込みがないがん以外の疾患の患者へも適応となっている。疾患にこだわらず、在宅重視、生活支援の視点で医療・福祉、ボランティアなどが協働し、在宅、外来、施設などの連携を図っている。費用においても介護保険と医療保険の両方からの支援となっており、疾患、職種、療養場所などの垣根がなく、終末期および高齢者のケアがなされている状況にある。そして、事前医療指示書が活用されているように人々が自分の医療は自分で決めるという自己責任の意識が高い。介護を受ける者が誰に代理したいのかを家族に限定せず認められており、介護を受ける者と周囲との関係性が重視されている。介護者側にとっても、介護者が家族に限定されず、家族が介護に従事する場合には、介護が労働として認められており、報酬が介護者に支払われる。患者を主体にそれぞれの思いや立場が尊重された制度となっている。また、ドイツでは、地域でお互いを助け合うという意識が根付いており、ボランティアの活動は積極的で身近にある。これらの文化的背景があって高齢者や終末

期の患者を在宅で介護し看取るというシステムが成り立っていると感じている。

日本では、在宅支援における医療的ケアは、高齢者・障害者を対象に多くの専門職種で担っている。中でも、看護職者、介護職者の生活支援は重大であり両者の連携は必要不可欠である。ドイツでは、高齢者のケアを老人介護士、ヘルパー、ボランティアなどが業務にあたり、専門的な緩和ケアが必要な場合に緩和ケアチームがサポートを行う。症状が安定した看取りはボランティアや家族が中心となり、老人介護士、看護師が必要に応じて支援する。今回、ドイツ・ケルンへの訪問は、①老人介護士と家庭訪問に同行し高齢者への支援、介護の実際を知る。②緩和ケア病棟を見学し緩和ケアの提供体制を知るという目的である。現状を通して、老人介護士養成教育カリキュラム、役割、業務、緩和ケアチームの支援体制など多くの学びを得ることが出来た。日本の現状は、病院の「治療」から在宅の「生活」へとシフトしている。在宅医療は、病床数削減に伴い増加する退院患者の受け皿としてもニーズが高い。在宅医療福祉の実現には、家で看取りまで医療を受ける。なぜなら、私的生活そのものが尊厳であるからである。そのためには、心身の健康と生活を保障する制度の具現化が必要である。つまり、上記のような体制整備が必要だと考えている。日本では、看護は医療、介護は福祉の分野に区別されているが、ドイツでは、看護と介護の業務は融合し、老人介護士は介護と看護の役割を併せ持ち、医療職として規定されている（高木、2005）。日本は、2025年の地域包括ケアシステム構築の実現に向けて、看取りの在り方と医療体制・老々介護の介護体制を含め、老人介護士のような医療が担える介護者が望まれる。

V. 結論

1. ドイツの介護保険制度（要介護度）は、必要な介護の頻度や時間等に応じて、要介護Ⅰから要介護Ⅲまでの3段階である。
2. 日本の介護保険制度は、利用者が現物給付の対象である。一方ドイツは現物給付と現金給付があり、家族が介護しても報酬が支払われる。
3. 老人介護士養成教育カリキュラムでは、必要な知識として医学的知識を重視した教育が行われている。
4. 今後、日本に期待されることは、介護を受ける者の意思決定の支援、家族だけに頼らない地域との連携や多職種協働を強化していくことが、高齢者の介護や終末期ケアのより良い支援につながる。

IV. おわりに

日本とドイツでは、看護と介護の制度が異なるため、ドイツでの介護システムや支援のあり方をそのまま日本に導入することは困難である。日本では、老人介護士の誕生は未だ聞かない。今後どのように高齢社会における制度改革を行うのか、在宅福祉の整備に向けて取り組むのか、その創造に期待したい。

文献

- ドイツニュースダイジェスト（2010）. 移民問題とドイツの課題, 2010年10月29日引用.
<http://www.newsdigest.de/newsde/news/featured/3074-840.html>
- 保住芳美（2009）. ドイツの老人介護士養成教育およびその教員養成システムについて, 川崎医療福祉学会誌, 18(2), 339-340.
- ジョン・クレイトン・キャンベル, 訳 斉藤暁子（2009）. 日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程, 東京大学社会科学研究所

所紀要, 60(2), 249-277.

- 加藤洋子, 新田幸子（2014）. 高齢社会における在宅医療福祉の拠点整備ードイツの事例から学ぶー, 兵庫大学論集, 19, 67-80.
- 加藤洋子, 新田幸子（2015）. 高齢社会における在宅医療福祉の拠点整備ー仮称医療支援士の役割ー, 兵庫大学論集, 20, 59-74.
- 厚生労働省（2018）. 一福祉人材確保専門委員会. 平成30年2月15日. 参考資料2. 介護福祉士養成課程における教育内容の見直し検討のまとめ, (参考資料) 2019年1月31日引用.
www.mhlw.go.jp/bunya/.../shakai-kaigo-yousei02.pdf
- 厚生労働省（2016）. 第3章 2015年海外情勢報告ー欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向ー, 2016年10月1日引用.
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/16/189-199>.
- 厚生労働省（2018）. 平成30年版高齢社会白書 2018年12月26日引用.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/houdou.pdf>
- 松森直美, 笠置恵子（2014）. ドイツの看護教育, 人間と科学 県立広島大学保健福祉学部誌, 13(1), 41-49.
- 内閣府（2016）. 平成27年版高齢社会白書, 2016年3月21日引用.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w12/zenbun/s1_2_1_02.html
- 内閣府（2016）. 平成24年版高齢社会白書（全体版）, 2016年3月21日引用.
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/s1_2_1_02.html
- 永嶋由理子, 淵野由夏（2003）. ドイツの看護教育に対する学生の学習意識の実態, 福岡県立大学看護学部紀要(1). 41-46.

大塚千秋, 新田幸子 (2017). ドイツ・ケルン
の高齢者支援・緩和ケアの提供体制, 兵庫大
学論集, 22, 39-52.

関川幸子 (2012). 介護 (介護福祉士) の専門
性と高等教育 —ドイツ共和国の高等教育 (専
門単科大学) の実際—, 八戸大学紀要, (45),
65-78.

高木和美 (2005). ドイツにおける高齢者看護
師 (AltenpflegerIn) の職業領域に関する判
決とその理由, 社会医学研究, 23, 63-73.

在ドイツ日本国大使館 (2015). ドイツにおけ
る介護システム等について, 2015年12月6
日引用.

[www.de.emb-japan.go.jp/nihongo/konsular/
140530Dkaigo.pdf](http://www.de.emb-japan.go.jp/nihongo/konsular/140530Dkaigo.pdf)

