

島根県立大学出雲キャンパス
紀要 第15巻, 107-112, 2019

ドイツの高齢者施設の現状

梶谷みゆき・平松喜美子・三瓶 まり

概 要

ドイツの保健医療福祉について知見を得る目的でドイツのデュッセルドルフ市を訪問した。ドイツの代表的な公益福祉団体のひとつであるディアコニー福祉団体 (Diakonisches Werk der EKD) が運営する高齢者施設を訪問し、管理者から入居者の状況や運営について説明を受ける機会を得た。ドイツもわが国も「社会保険モデル」を基盤とする介護保険制度を展開している。介護保険法を制定した後、社会のニーズや高齢化の様相に合わせて短期間で改正を重ねている点や、ケアスタッフの不足、認知症者の増加や老老介護などを背景とする在宅介護継続困難事例の増加などの共通性を認めた。一方で個人の自立に対する考え方、福祉や社会活動に対する考え方などにおける相違点を認めた。

今回の研修成果を踏まえ、高齢者ケアや高齢者福祉の現状についてわが国と諸外国との比較など教育内容に反映させたい。

キーワード：ドイツの高齢者施設、介護保険制度、ディアコニー福祉団体

I. はじめに

高齢社会を向かえるにあたり、高齢者介護の問題を社会全体で捉え支えること、即ち「介護の社会化」をめざして、わが国の介護保険法は1997年に公布、2000年から保険料の徴収ならびにサービス給付が開始された。一方ドイツの介護保険法は日本よりわずかに早く1994年に公布され、1995年1月から保険料の徴収、その後同年4月に在宅サービスの給付、同年7月に施設サービスの給付が開始された。両国とも「社会保険モデル」にもとづいた法制度であるとはいえ、いくつかの相違点がある。ドイツの介護保険制度の保険者は国であり、日本のように市町村が介在せず、国が一律の基準で運用している。また、ドイツの制度には高齢者だけでなく全ての年齢の障害者が含まれているが日本は高

齢者を対象（一部40歳以上の特定疾患患者を含む）としている点、ドイツには家族介護者に現金給付があるが日本はフォーマルサービスしか提供していない点、ドイツは介護保険の費用拡大を防ぐための「給付制限」がある点、利用者の選択を支援する「ケアマネジャー」が日本にはいるがドイツではこの役割は家族が担っている点などである¹⁾。

ドイツの保健医療福祉について知見を得る目的で2018年9月25日～28日、ドイツのデュッセルドルフ市を訪問した。9月25日にドイツで6つある代表的な公益福祉団体のひとつであるディアコニー福祉団体が運営する高齢者施設Dorothee Sölle Hausを訪問した。先述したドイツにおける介護保険制度の特徴を踏まえ、施設長とケア統括者（現場責任者）から、施設の状況について説明を受けた。本稿では面談内容をもとに、ドイツの高齢者施設の組織運営やサービスの現状と課題について報告する。

島根県立大学看護栄養学部看護学科

Ⅱ. ドイツ連邦共和国とデュッセルドルフ市の概況



図1 デュッセルドルフ市

ドイツ連邦共和国は、人口8,289万人(2018年6月)、宗教的にはカトリック系が3割、プロテスタント系が3割を占めている²⁾。高齢化率21.66%で、日本、イタリア、ポルトガルに次いで世界第4位である³⁾。高齢化が進んでおり、2035年には高齢化率30%を越えると推測され、社会保障制度の確立が急がれる国のひとつである⁴⁾。

今回訪問したデュッセルドルフ市はドイツ連邦共和国の西部の都市で、ノルトライン＝ヴェストファーレン州の州都である。ベルギーやオランダとの国境が近い。人口は約62万人。金融やファッションなどの世界的な見本市が開催される中心都市の一つであり、経済的中心だけではなく、芸術的な分野でも有名である。世界で最も居住に適した都市の調査で、世界では第5位、ドイツ国内では第2位である。デュッセルドルフ市には日本企業の駐在員が多く居住しており、2016年には約6500人の日本人が居住している。

ドイツの介護保険法は、1994年に公布され1995年1月から運用が開始された。当初、認定基準は3段階でスタートしたが、認知症者への支援強化、高齢者共同居住形態(グループホーム)の推進、居宅介護の強化などの改善を図る「介護新構築法」が2013年1月から施行され

た。次いで2015年「第1次介護強化法」の施行、2017年に「第2次介護強化法」の施行を実施し、懸案であった認知症や精神疾患などの身体能力は高いものの生活支援が必要な対象者への抜本的な支援の見直しや要介護認定基準の見直しを図り、介護制度改革を継続的に行っている⁵⁾。

現在の要介護認定における等級は表1に示すとおり5段階である⁶⁾。また、認定の際にアセスメントされる評価項目は表2のとおりである⁶⁾。

表1 ドイツの要介護認定等級

要介護認定等級	認定基準
要介護等級1	自立性または能力の軽微な障害
要介護等級2	自立性または能力の相当な障害
要介護等級3	自立性または能力の重大な障害
要介護等級4	自立性または能力の著しく重大な障害
要介護等級5	自立性または能力の著しく重大な障害、および介護における特別な困難

Ⅲ. 高齢者施設の見学

2018年9月25日、ドイツの代表的な公益福祉団体のひとつであるディアコニー福祉団体が運営する高齢者施設Dorothee Sölle Hausを訪問した。ディアコニー福祉団体はプロテスタント系の宗教団体のひとつである。ディアコニーは「ディアコノス」というギリシャ語を語源としており、貧しい人を助けるという意味を持つ。ドイツではこのような宗教を背景とする福祉団体が精力的に活動を展開しており社会的にも大きな影響力を持っている。ディアコニー福祉団体はドイツ国内で6つある大きな福祉団体の1つである。

施設長のDavid Kuhl氏とケア統括者(現場責任者)のBettina Ortheyさんから施設の案内ならびに施設の状況やサービスについて説明を受け、昼食の会食まで概ね半日の時間を取って頂いた。

Dorothee Sölle Hausは4階建てのビルで1階はデイサービス機能(定員14名)、2階と3階

ドイツの高齢者施設の現状

表2 ドイツにおける介護認定評価項目

分野	基準
①運動能力	寝返り，座位，移動，住居内歩行，階段昇降
②認知能力及びコミュニケーション能力	近距離からの人の認識，場所の感覚，時間の感覚，重要な出来事または観察の記憶，日常的な多段階行為，日常生活における決定，事情及び情報の理解，リスク及び危険の認識，基礎的な欲求の伝達，要求事項の理解，会話への参加
③行動および心理症状	突発的な不穏な行動，夜間の興奮，自傷行為，器物損壊，他者への加害行為，介護に関連する不穏な発言，介護措置及び他の支援措置に対する拒否，妄想，恐怖，抑うつ，社会的に不適切な行動，介護に関連する他の不適切な行動
④日常動作	上半身前後の洗淨，整髪，陰部洗淨，洗髪を含むシャワー及び入浴上着の着脱，下衣の着脱，口腔の状態を考慮した調理及び飲み物を器に注ぐこと，食べること，飲むこと，トイレまたは便座の使用，尿失禁の後始末，留置カテーテルまたは人工膀胱の取り扱い，便失禁の後始末または人工肛門の取り扱い，腸管外または胃ろうによる栄養摂取，18歳以下の児童において栄養摂取に問題があり通常を越える介護集約的な支援を必要とする場合
⑤病気または治療への対処	a) 投薬，注射，静脈注射，痰吸引および酸素投与，薬の塗布ならびに冷却及び温熱，体の状態の測定及び分析，整形外科の補助具使用 b) 包帯交換および創傷の手当，人工肛門の装着，尿管カテーテルの定期的な使用，自宅における治療措置 c) 自宅における時間的及び技術集約的な措置，通院，他の医療施設への通所児童においては障害児治療施設への通所 d) 食事療法または病気・治療に対する行動規制の遵守
⑥日常生活及び社会生活	日常生活及び変化への適応，休息と睡眠，何かに集中して取り組むこと，身近な者との相互交流，身近でない者との交流

は入所サービス機能（原則2人1部屋），4階はショートステイ機能（定員14名，個室）を配置しており，入所定員78名である。入所者の平均年齢は80～90歳で，平均要介護度は3～3.5，認知症者は80％程度で，入所者には24時間介護型のサービスを提供している。スタッフは交替制を取っており約100名，内訳は専門職とヘルパーやボランティアの比率が5：5。専門職の内訳は介護職と看護師が2：1である。

介護保険料としての収入は，国と個人から5：5で得ている。

看取りケアを実施しているが，日本のような看取り加算の制度はない。緩和ケアや看取りのスペシャリストを必要時施設外に要請して対応してもらう。それらは健康保険適応となる。終末期の医療的処置として胃瘻造設や経管栄養，

痰の吸引などがあるが，ドイツでは個人の人生観や倫理観を最優先しており，実施は慎重である。また事前の意思表明を促すよう，あらかじめ書面での意思表明を推進している。

施設内は居室の他に落ち着いてゆったりと明るい共有スペースがあり，入所者はお気に入りのスペースで時間を過ごしている様子であった。

昼食の試食をさせて頂いた。2～3種類のメニューがあり，入所者やデイサービスの利用者はそれぞれ選択ができるようになっていた。訪問した日のメイン料理は①サーモンのクリーム煮②パスタのミートソース③ビーフの煮込みとポテトの3種類で，薄味で素材の味を楽しめた。それぞれにフルーツがついていた。

管理者が自覚している課題は，先ずケアス



写真1 Dorothee Sölle Hausの玄関前で左端が施設長 David Kuhl氏 左から2人目がケア統括者である Bettina Ortheyさん



写真3 高齢者施設の昼食：サーモンのクリーム煮



写真4 高齢者施設の昼食：パスタのミートソース



写真5 高齢者施設の昼食：ビーフの煮込みとポテト



写真2 高齢者施設の共有スペース

スタッフの不足。2番目に老老介護事例の増加。特にショートステイは在宅介護を前提としているが、在宅介護の継続困難事例が多くなっている。3番目に生活保護者が増加しており、介護保険制度の適応ができず国からの税金投入申請事例が増えている現状があった。

V. 考 察

ドイツの保健医療福祉について知見を得る目的で、高齢者施設を訪問する機会を得た。社会保険モデルで同時期に介護保険を法制化し運用

しているドイツと日本であるが、制度の作り方や具体的な運用においていくつかの相違点を認めた。「介護の社会化」というコンセプトを共に持ちながらも、介護や家族に対する市民レベルの捉え方、個人の自立に対する考え方、キリスト教などの宗教を基盤とする福祉に対する考え方、宗教と社会活動の繋がり方など、社会背景の違いが介護保険制度の違いに影響しているものと思われた。

一方、介護保険法を制定した後、社会のニーズや高齢化の様相に合わせて短期間で改正を重ね、利用者や介護者のニーズへの対応や各種支援内容の強化を図っている状況は両国に共通していた。

また、管理者が課題の筆頭に挙げた「ケアスタッフの不足」は両国に共通する課題であった。特にドイツでも介護職に対する社会的な地位が低く給与面での待遇も十分ではない状況であった。待遇の良いスイスやフランスに専門職が流出している状況もあるようである。ドイツにおける介護職や看護職の基礎教育は、職人養成の専門学校の位置づけであり、基礎教育制度の拡充が待たれている。しかし、各職能団体や国民レベルでの要請とはなっておらず、早期の基礎教育の拡充や待遇の拡充は難しい状況であり抜本的な解決策は打てていなかった。

認知症ケアの拡充、老老介護に対する支援の拡充、看取りケアの拡充など、高齢者に対する現場レベルのケアの拡充は両国に共通していた。両国の現場での実践知を共有することで、双方のケアの質向上に寄与できるのではないかと考える。

加齢や疾患に伴う身体機能低下、あるいは看取りケアにおける医療的処置の実施については、日本でもその適応のあり方について深く検討されるようにはなってきた。ドイツの場合、書面による高齢者自身の事前の意思表示が重要視されている。個人の尊厳や意思が尊重される文化的な背景の違いがあると思われる。日本においても終末期や看取りについて、高齢者が自律的に判断する機会や重要他者に書面等を用いて意思表示ができ、その意思が尊重されるような体制づくりが必要である。一方で社会全体や

医療福祉の分野で、個人の尊厳や価値観を尊重するあり方をさらに検討し、実践場面で具現化していく必要がある。

今回の研修成果を踏まえ、高齢者ケアや高齢者福祉の現状についてわが国と諸外国との比較などを教育内容に反映させ、看護基礎教育における充実を図りたい。

謝 辞

今回のドイツ研修にあたり、研修内容を細部にわたり調整頂いた Fischer 平松由紀子さんに深く感謝申し上げます。また、丁寧に対応頂いた Dorothee Sölle Haus の David Kuhl 氏と Bettina Orthey さんに心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) Ruth Campbell; 国際比較視点からの日本の福祉施策, 第2回アジア国際学会報告, 2002
- 2) 外務省 HP: ドイツの概況, 2019.8.28, <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/germany/data.html>
- 3) GlobalNote: 高齢化率国際比較, 2019.8.28, <https://www.globalnote.jp/post-3770.html>
- 4) 内閣府: 高齢社会白書, 2018
- 5) 泉 眞樹子: ドイツ介護保険制度改革の経緯と第3次介護強化法, 立法情報, 2017.7
- 6) Med Watch: ドイツの介護認定制度, 2019.8.28, <https://www.medwatch.jp/>

The Current State of the Elderly Facility in Germany

Miyuki KAJITANI, Kimiko HIRAMATSU and
Mari SAMPEI

Key Words and Phrases : Elderly facility in Germany, The Long-term Care
Insurance Act, Diakonie