

医療保障総合政策調査・研究基金事業

公的介護制度に関する国際比較調査

報告書

令和2年3月

健康保険組合連合会

研究体制

本調査の実施にあたっては3回の企画委員会を開催し、有識者に報告書の監修を依頼した。本調査の研究体制（企画委員、監修者および事務局）は、下表の通りである。

研究体制（企画委員、監修者および事務局）

	氏名	役職名
企画委員	宮前 暢明	北海道農業団体健康保険組合 常務理事
	瀬川 雅晶 ¹	三菱健康保険組合 理事長 (～令和元年10月15日)
	藤代 勉 ¹	三菱健康保険組合 理事長 (令和元年10月15日～)
	木村 文裕	東芝健康保険組合 理事長
監修者	増田 雅暢	東京通信大学 人間福祉学部教授

(敬称略)

事務局	健康保険組合連合会 企画部 社会保障研究グループ
	株式会社 健康保険医療情報総合研究所

¹ 3回行われた企画委員会のうち、瀬川委員は第1回、藤代委員は第2回・第3回の委員会に参画した。

目 次

研究体制

第 I 章 調査の目的、調査対象範囲および定義

1. 調査の目的	6
2. 調査対象範囲	7
3. 定義	10

第 II 章 ドイツにおける公的介護制度

1. 概要	12
2. 制度の仕組み	14
(1) 運営体制	14
(2) 財源	15
(3) 対象者	16
(4) 給付	18
1) 給付内容	
2) サービス提供	
3) 実施職種	
(5) 利用方法	26
(6) 民間保険の役割	26
3. 公的介護制度における各種課題および状況	28
(1) 介護予防の取組み	28
(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況	29
(3) 介護の質向上への取組み	29
(4) 認知症施策との関係	31
(5) その他の改革や議論の動向	32

第 III 章 フランスにおける公的介護制度

1. 概要	38
2. 制度の仕組み	41
(1) 運営体制	41
(2) 財源	42
(3) 対象者	44
(4) 給付	45
1) 給付内容	

目次

2) サービス提供	
3) 実施職種	
(5) 利用方法	50
3. 公的介護制度における各種課題および状況	52
(1) 介護予防の取組み	52
(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況	54
(3) 介護の質向上への取組み	55
(4) 認知症施策との関係	56
(5) その他の改革や議論の動向	57

第IV章 オランダにおける公的介護制度

1. 概要	64
2. 制度の仕組み	68
(長期療養サービス保険)	68
(1) 運営体制	68
(2) 財源	69
(3) 対象者	71
(4) 給付	71
1) 給付内容	
2) サービス提供	
3) 実施職種	
(5) 利用方法	74
(社会支援)	76
(1) 運営体制	76
(2) 財源	76
(3) 対象者	77
(4) 給付	77
1) 給付内容	
2) サービス提供	
3) 実施職種	
(5) 利用方法	79
3. 公的介護制度における各種課題および状況	80
(1) 介護予防の取組み	80
(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況	80
(3) 介護の質向上への取組み	81

目 次

(4) 認知症施策との関係	82
(5) その他の改革や議論の動向	83

第V章 韓国における公的介護制度

1. 概要	92
2. 制度の仕組み	94
(1) 運営体制	94
(2) 財源	95
(3) 対象者	96
(4) 給付	96
1) 給付内容	
2) サービス提供	
3) 実施職種	
(5) 利用方法	104
3. 公的介護制度における各種課題および状況	105
(1) 介護予防の取組み	105
(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況	106
(3) 介護の質向上への取組み	107
(4) 認知症施策との関係	109
(5) その他の改革や議論の動向	111

第VI章 日本における公的介護制度

1. 概要	120
2. 制度の仕組み	122
(1) 運営体制	122
(2) 財源	122
(3) 対象者	125
(4) 給付	126
1) 給付内容	
2) サービス提供	
3) 実施職種	
(5) 利用方法	131
3. 公的介護制度における各種課題および状況	134
(1) 介護予防の取組み	134
(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況	135

目次

(3) 介護の質向上への取組み	137
(4) 認知症施策との関係	138
(5) その他の改革や議論の動向	140
第Ⅶ章 まとめ	
1. 概要	146
2. 制度の仕組み	147
(1) 運営体制	147
(2) 財源	149
(3) 対象者	150
(4) 給付	152
(5) 利用方法	155
3. 公的介護制度における各種課題および状況	156
4. 総括	158
用語の対応表	160

第 1 章 調査の目的、調査対象範囲および定義

1. 調査の目的

日本を含む世界の主要先進諸国では、人口の高齢化という共通の課題に直面している。2018 年時点での日本、ドイツ、フランス、オランダ、韓国における 65 歳以上人口の割合は、それぞれ 28.0%、21.4%、20.1%、18.9%、14.3%となっており、日本については 4 人に 1 人以上、ドイツ、フランス、オランダについても 5 人に 1 人程度が 65 歳以上の高齢者という人口構造となっている [1]。韓国については、上記 4 カ国と比較すると 2018 年時点での人口の高齢化率は低いものの、急激な少子化と長寿化により、経済協力開発機構（OECD）諸国の中で最も高齢化の進展が速い国の一つとなっている [2]。

このような高齢化の進展と、社会・疾病構造の変化を背景に、各国では長期療養が必要な高齢者に向けた公的介護制度の導入や改革を進めてきた。人口の高齢化が進展するとともに公的介護制度の改革圧力も加速する傾向にあり、ドイツ、フランス、オランダでは、2015 年以降に公的介護制度の各種改革を実施している。

日本では、1997 年に介護保険法が成立し、2000 年 4 月から介護保険制度が施行された。日本の介護保険制度は、加入者（40 歳以上が対象）からの保険料と租税を財源とし、市町村が運営を担う制度となり、以来、給付水準、給付範囲の両面で比較的手厚い水準を維持しつつ、要介護状態または要介護のリスクに直面している高齢者に対して広く生活支援や身体介護等のサービスを提供してきた [3, 4]。今日では、日本の介護保険制度の利用者数は創設当初の 3 倍強（2017 年 4 月時点）に達し、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして国民に受け入れられている。

一方、高齢化の進展と介護ニーズの増大により、財政的な持続可能性と介護従事者の確保が主要な懸案となっている [5]。また、介護保険に係る支出の増加に伴い、40～64 歳の第 2 号被保険者の介護保険料は 2018 年時点で 2000 年当時の 2.8 倍の水準まで増加しており、指定された疾病以外で給付を受けられない第 2 号被保険者の負担感につながっている。

本調査は、諸外国および日本の公的介護制度を体系的に比較・検討することを通じて、各国の公的介護制度の特徴等を洗い出し、日本における今後の制度改革等にあたっての示唆を得るための基礎資料とすることを目的としている。

2. 調査対象範囲

本調査では、日本に加え、ドイツ、フランス、オランダ、韓国の計 5 カ国を調査対象国とした。それぞれ国の基礎データと公的介護制度の名称・導入年は図表 I-1 の通りである。

図表 I-1 各調査対象国における基礎データ

比較項目	日本	ドイツ	フランス	オランダ	韓国
基礎データ					
総人口 (万人)	12,653	8,279	6,477	1,718	5,161
65歳以上の 人口割合	28.0%	21.4%	20.1%	18.9%	14.3%
公的介護制度の名称・導入年					
現行制度の 名称	介護保険制度	介護保険制度 (Pflege- versicherung)	個別自律手 当制度 (APA)	長期療養サ ービス保険 制度 (Wlz)	老人長期療 養保険制度
現行制度の 導入年	2000年	1995年	2002年	2015年	2008年

(出典) 基礎データは国際連合 [1]より

上記 5 カ国では、高齢化の進展という共通の課題に対処する過程で、全高齢者もしくは全国民を対象とした公的介護制度を整備してきた一方、財源や運営方法等においてはそれぞれ相異なる仕組みを採用している。また各国における公的介護制度の運営主体についても、基礎自治体(日本)、中域圏の行政組織(フランス)、保険者(ドイツ、オランダ、韓国)と多様であり、運営の方針や財源、医療・社会資源の状況、各ステークホルダー間の関係、規制の内容等に応じてそれぞれの制度に多様性が存在する。このような観点から、比較の対象に足り得ると判断した。

本調査では、主として高齢者に対する介護の在り方に焦点を当てていることから、各調査対象国においても主として高齢者に対する給付を中心に調査を進め、内容については、読者が比較検討しやすいよう各国とも共通の構成を採ることにした。

一つの国は 3 節から成り、「1. 概要」では当時の政治・経済的事情も踏まえ公的介護制度を導入するに至った経緯を簡潔に説明した。「2. 制度の仕組み」では「運営体制」「財源」「対象者」「給付」「利用方法」といった、公的介護制度の概観をつかむために必要な事項を制度運営側の観点からまとめた。「3. 公的介護制度における各種課題および状況」では、日本の介護現場において重点課題となっている「介護予防」「新技術の導入」「介護の質向上」「認知症施策」、その他各国で現在行われている制度改革や議論の動向について調査を行った。

日本および他の調査対象国における調査範囲は図表 I-2 の通りである。

図表 I-2 各調査対象国における調査対象範囲

節	調査項目	主な調査内容
1. 概要		<ul style="list-style-type: none"> ● 公的介護制度の概略 ● 政治・経済的な事情と制度の導入・改革の経緯
2. 制度の仕組み ^{*1,*2}	(1)運営体制	<ul style="list-style-type: none"> ● 運営主体および関連する機関 ● 制度運営の概略(各国について概略図を作成) ● 金銭の流れの明確化
	(2)財源	<ul style="list-style-type: none"> ● 歳出・歳入額の推移 ● 財源構成(公費・保険料収入等) ● 保険料・保険料率
	(3)対象者	<ul style="list-style-type: none"> ● 加入の任意・強制 ● 加入年齢と受給可能年齢
	(4)給付	<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅サービスと施設サービスの種類 ● 給付されるサービスと認定区分ごとの給付金額 ● 給付の状況、自己負担の在り方 ● サービスを提供する施設・事業所 ● 介護に関わる資格(有資格者数、教育要件等) ● 介護職の給与水準
	(5)利用方法	<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護認定またはそれに類似する認定の申請から給付までの流れ ● ケアマネジメントの費用負担

(注) *1 オランダについては、比較的重度の要介護者を対象とした長期療養サービス保険と、軽度の要介護者等を対象とした社会支援の2つがあるため、それぞれ個別に調査した。

*2 ドイツの民間保険は一部の職業に加入義務がある等、社会保険を補完する役割があるため、公的介護保険の一部とみなし「(6)民間保険の役割」の項目を設け、調査対象とした。

図表 I-2 各調査対象国における調査対象範囲（続き）

節	調査項目	主な調査内容
3. 公的介護制度における各種課題および状況	(1)介護予防の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防に関する保険給付 ● 公的介護制度や社会福祉の範囲で行われる介護予防事業・介護予防制度
	(2)新規技術の導入促進政策、導入状況	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護ロボットの導入状況や推進政策 ● ICT技術の導入状況や推進政策
	(3)介護の質向上への取組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 質向上に関する公的な取組み ● サービスの質に関する評価指標
	(4)認知症施策との関係	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービスと認知症との関わり ● 認知症施策に関する公的な取組み
	(5)その他の改革や議論の動向	<ul style="list-style-type: none"> ● その他特徴的な政策・議論

（出典）事務局作成

なお、日本の介護保険制度は、生活支援や軽度の介護が必要な高齢者に対して予防給付を行っている点や、家族等の介護者に対する報酬を給付範囲に含まない点において、他の多くの調査対象国における公的介護制度とは異なっている。しかしながら、日本と諸外国の制度の比較・検討を行うという本調査の目的から、各調査対象国における調査範囲は原則として日本の介護保険制度の給付範囲に準拠した。従って、日本の介護保険制度では給付範囲に含まれ、他の調査対象国では公的介護制度の給付対象外であるサービスについては、公的介護制度以外で対応する制度やサービス等を調査する方針を採っている。

一方で日本の公的介護保険の制度には含まれず、他の調査国で制度に含まれている給付やサービスについては、原則として調査の対象外とした。ただし、家族等の介護者に対する報酬（主として現金給付）については、日本では制度として確立していないものの、今後の介護保険制度や介護資源の在り方を考える上で参考となり得ることを鑑み、日本以外の調査対象国では調査対象範囲に含めた。

3. 定義

本調査報告書では、介護に関する基本的な用語については、別に指定がない限り全ての調査対象国で共通の定義に従っている。本調査において、統一した定義の下で使用している用語は図表 I-3 の通りである。

図表 I-3 各調査対象国の中で共通する用語および定義

用語	定義
介護または介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 「深刻な身体や精神の能力喪失が進行中である人々に対して、基本的な権利や基本的自由、人間の尊厳の観点から一定水準の機能的な能力を維持できるように、他者によって行われる活動」を指す [6]。 ● 本調査では、特に要介護状態（後述）の人に対し他者によって行われる在宅や施設での生活支援や身体介護を中心とするサービス*を指す。
医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 患者の健康に対して必要と考えられるサービスであり、かつ医師、看護師等の医療専門職によって提供されるサービスを指す。
要介護状態	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体または精神の障害のために、入浴・排せつ・食事等の日常生活での基本的な動作の全部または一部について、継続して介護を必要とする状態を指す。
家族等の介護者	<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護状態にある者の介護に携わる者のうち、家族や親族、友人、隣人等であり、かつ介護職ではない介護者を指す。

(注) * 世界保健機関では、「social care (社会ケア)」と定義されている [6]。

(出典) 世界保健機関 [6]、日本の介護保険法第 7 条等を基に事務局作成

引用文献

- [1] UN, Demographic Statistics Database, [Online]. Available: <http://data.un.org/Data.aspx?d=POP&f=tableCode%3a22#POP>. [Accessed 13 2 2020].
- [2] OECD, Health at a Glance 2019 OECD Indicators, [Online]. Available: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1582870884&id=id&accname=guest&checksum=AF50BFBCDBCF1277D2119C53F2722AA7>. [Accessed 27 2 2020].
- [3] N. Tamiya et al., Population ageing and wellbeing: lessons from japan's long-term care insurance policy, *Lancet*, vol. 378, no. 9797, pp. 1183-1192, 2011.
- [4] J. C. Campbell, Chapter 1. Japan's long-term care insurance system, in *Eldercare Policies in Japan and Scandinavia: Aging Societies East and West*, J. C. Campbell, U. Edvardsen, P. Midford and Y. Saito, Eds., New York, NY: Palgrave Macmillan, 2014, pp. 9-30.
- [5] 厚生労働省老健局, 公的介護保険制度の現状と今後の役割, 2018. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf>. [Accessed 1 11 2019].
- [6] WHO, World report on ageing and health, 2015. [Online]. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=5BB804E012659FC3C72B8200A0539E5C?sequence=1. [Accessed 30 10 2019].

第 II 章 ドイツにおける公的介護制度

1. 概要

ドイツにおける介護制度は 1995 年 1 月に社会保険制度として導入され、根拠法は社会法典第 XI 編である。介護保険は、公的介護保険 (soziale Pflegeversicherung) と民間介護保険 (private Pflegeversicherung) に分かれており、両者を併せて皆保険制度が成立している。介護保険の保険者は、疾病金庫 (Krankenkasse) を母体とする介護金庫 (Pflegekasse)¹ および民間保険会社であり、公的介護保険には公的医療保険 (GKV) の加入者、民間の介護保険には民間医療保険 (private Krankenversicherung) の加入者が加入している。介護保険の加入および給付条件に年齢制限はなく、認定調査を経て介護グレード (Pflegegrad) の認定がされた場合に介護保険サービスを受給することができる (図表 II-1) [1]。

公的介護保険では、居宅サービスの利用および家族等の介護者への支援を施設サービスの利用より優先させると定められている。また、ドイツの公的介護保険は部分保険と呼ばれており、介護に必要とされる全ての費用をカバーしていない。不足する費用については介護が必要な本人やその家族が負担する [1]。

図表 II-1 公的介護保険と民間介護保険の概要

内容		公的介護保険 *1	民間介護保険 *2
保険者		介護金庫	民間保険会社
保険者数		109	41
加入者数		7,280 万 7,604 人	928 万 6,200 人
受給者数	居宅サービス	290 万 5,325 人	17 万 9,872 人
	施設サービス	78 万 64 人	5 万 4,753 人
	計	368 万 5,389 人	23 万 4,625 人
保険料収入		約 380 億ユーロ	約 26 億ユーロ
給付総額		約 383 億ユーロ	約 14 億ユーロ

(注) *1 保険者数は 2019 年 8 月時点、加入者数は 2018 年 7 月時点、その他の数値は 2018 年 12 月時点

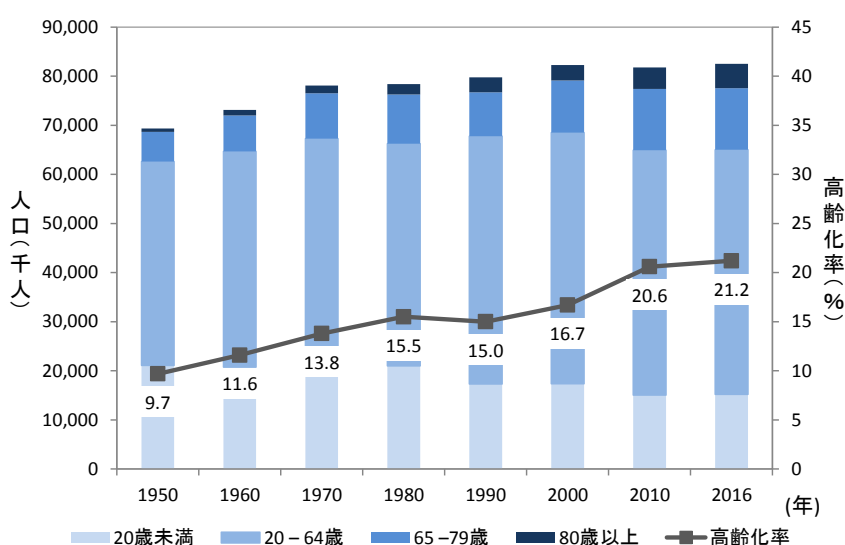
*2 2018 年時点

(出典) 連邦保健省 [2, 3, 4, 5] および民間医療保険協会 [6] を基に作成

¹ 公的介護保険の保険者は介護金庫であるが、介護金庫の運営は公的医療保険の保険者である疾病金庫が行うと定められている。介護金庫は社会法典第 XI 編、疾病金庫は社会法典第 V 編と根拠法が異なり、介護金庫は法的に独立した組織である一方で、組織上は疾病金庫の傘下にある。また、疾病金庫中央連合会は介護金庫の中央連合会にも位置付けられている [35]。

ドイツでは 1970 年代から介護対策の議論が行われていた。介護保険が導入された背景には、介護を必要とする者自身では介護費用を負担することができない場合、日本の生活保護に相当する社会扶助に頼らざるを得ず、こうした者が増大した結果として、自治体における財政負担が増加したこと等が挙げられる [7]。さらに、1950 年には 9.7%であった高齢化率²が、介護保険導入の議論が本格的に始まった 1980 年には 15.5%へと 30 年間で約 6 ポイント上昇する等、高齢化の進展も影響している (図表 II - 2) [8]。民間保険による介護保険の導入、既存の仕組みや税金による介護費用の負担等、さまざまな議論を経て、1994 年 5 月に介護保険法が制定された [7]。

図表 II - 2 人口構成と高齢化率の推移 (1950~2016 年)



(出典) 連邦統計局、ベルリン社会調査科学センター [8]を基に作成

ドイツの高齢化率は 2000 年以降急速に上昇し、2000 年の 16.7%から 2010 年には 20.6%へと 2 割を超え、2016 年には 21.2%となった (図表 II - 2)。2040 年までにドイツの高齢者³は 2,150 万人になると予想されている [1]。このように高齢化が進展する中で、介護保険関連の法整備は続き、2008 年制定の介護発展法では、給付上限額の引上げ、介護支援拠点 (Pflegerstützpunkt) の設置、介護支援相談員 (Pflegeberater) の導入、介護保険料率の引上げ等が行われた。2015 年の介護強化法 I では、保険料率が引き上げられるとともに、同法により介護準備基金 (Pflegevorsorgefonds) が設立され、将来のさらなる高齢化に備えた財源が確保された [9]。

2017 年の介護職改革法では、超高齢社会の到来と疾病の構造変化により、看護職や介護職に求められる業務も変わったため、従来別々に行われていた看護師 (Gesundheits- und Krankenpfleger) と介護士の教育が統一された [10]。また、2017 年の介護保険制度改革の介護強化法 II では、従来の介護等級 (Pflegestufe) による 3

² 全人口に占める 65 歳以上の人口の割合

³ 67 歳以上の人口

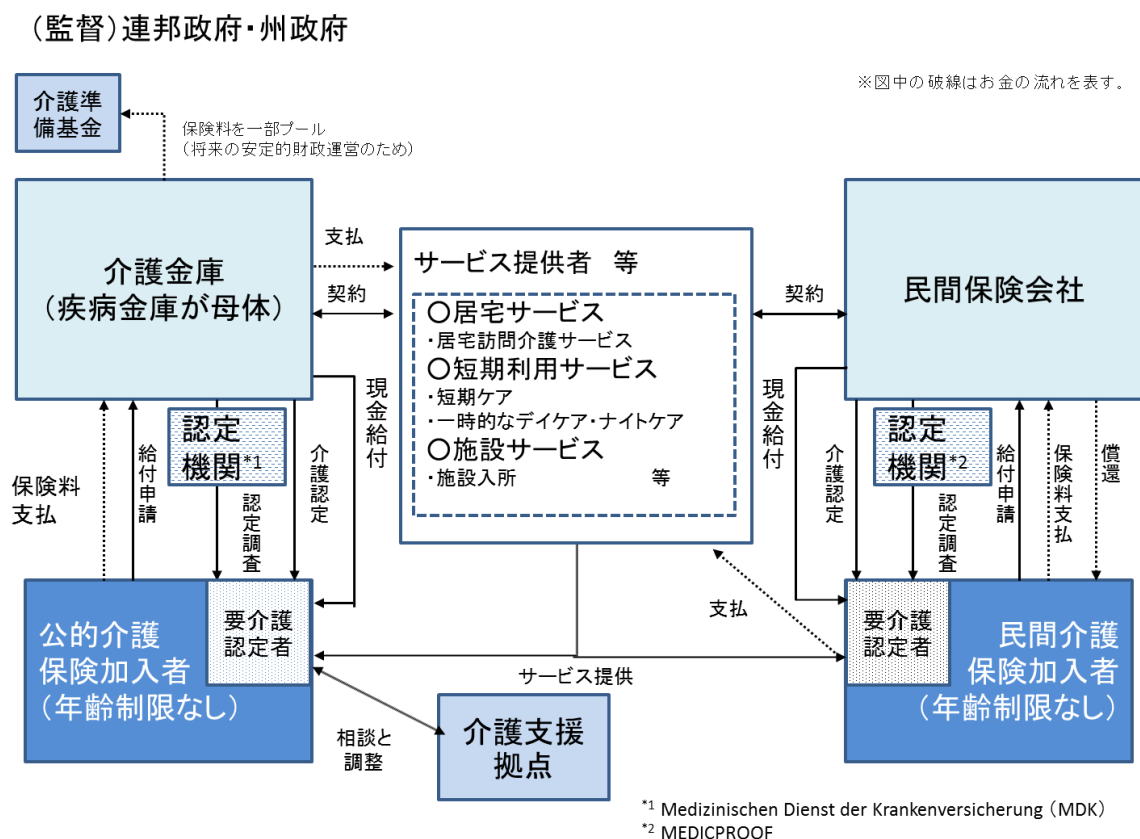
段階から介護グレードによる5段階に、認定区分と基準を見直した。同法により、介護を必要とする全ての住民は、身体的、精神的、または心理的のいずれの障害であっても平等に受給の対象となった [11]。また、自宅での生活支援を目的として、日常生活を送る上でわずかな障害がある者には、新たに介護グレード1が認められるようになった [12]。その結果、介護保険の受給者数が増加し、中でも居宅サービスにおける受給者数は公的介護保険で約5割、民間介護保険で約2割増加した [3, 6]。

2. 制度の仕組み

(1) 運営体制

ドイツにおける介護保険の管轄官庁は連邦保健省で、介護保険の運営は医療保険と同様であり、公的介護保険 (soziale Pflegeversicherung) は介護金庫 (Pflegekasse)、民間介護保険 (private Pflegeversicherung) は民間の保険会社が保険者となる。なお、介護金庫の設立母体は疾病金庫 (Krankenkasse) であり、2019年8月時点で109の疾病金庫がある [5]。図表 II-3 に介護保険制度の関係者相関図を記す。

図表 II-3 ドイツの介護保険制度関係者相関図



(出典) 事務局作成

介護サービスを加入者に提供するため、介護金庫は社会法典に定められた施設およびその他の介護サービス提供者との間でサービス提供契約を締結する⁴。介護金庫はサービス提供者との契約にあたり、給付額が保険料収入を超えないようサービス提供者への報酬等について調整を行う。居宅サービスについては、介護金庫と契約をしている介護士が社会法典に定められたサービスを提供する。一方、介護施設は自治的な組織であり、施設および職員基準を満たすことが必要とされる。

介護金庫を監督する監督官庁は、連邦保険庁および連邦州における社会保障の責任を担う行政機関であり、公的医療保険（GKV）制度下の疾病金庫と同じである。これらの監督官庁は、少なくとも5年に一度、監督下にある介護金庫の運用管理について調査を行うことが義務付けられている。

介護金庫は保険加入者に介護サービスを提供する義務があり、介護、医療およびその他全ての関係者と協力すること、介護支援拠点（Pflegestützpunkt）を通じて地域および市町村との連携を図り、居住者の介護や家族等の介護者の状況を向上させることが重要な役割とされている。また、介護金庫は必要とされる介護サービスを提供するため、施設や居宅のサービス提供者との連携が求められている。

(2) 財源

公的介護保険（soziale Pflegeversicherung）の財源のうち、2018年時点で99.8%（約376億5,000万ユーロ）は保険料収入が占めており [4]、公費は投入されていない。また、被用者の公的介護保険料の徴収は給与から差し引かれて疾病金庫（Krankenkasse）へ支払われる等、公的医療保険料の徴収方法に準じた方法で疾病金庫が行い、疾病金庫から介護金庫（Pflegekasse）へ徴収した介護保険料が支払われる。公的介護保険における2019年1月からの保険料率は、総所得額の3.05%で、被用者と事業主がそれぞれ1.525%ずつを支払う。ただし、子供がいない被用者の保険料率は1.775%である。また、介護保険加入者の被扶養者については、保険料の負担が免除される（図表 II-4）。

図表 II-4 公的介護保険の保険料率（2019年1月以降）

区分	被用者負担 (子供あり)	被用者負担 (子供なし)	事業主負担
通常	1.525%	1.775%	1.525%
特例 *	2.025%	2.275%	1.025%

(注) * 介護保険導入にあたり1993年12月末に法定休日数を減らさなかったザクセン州の被用者については、その他の連邦州よりも高い介護保険料が設定されている。

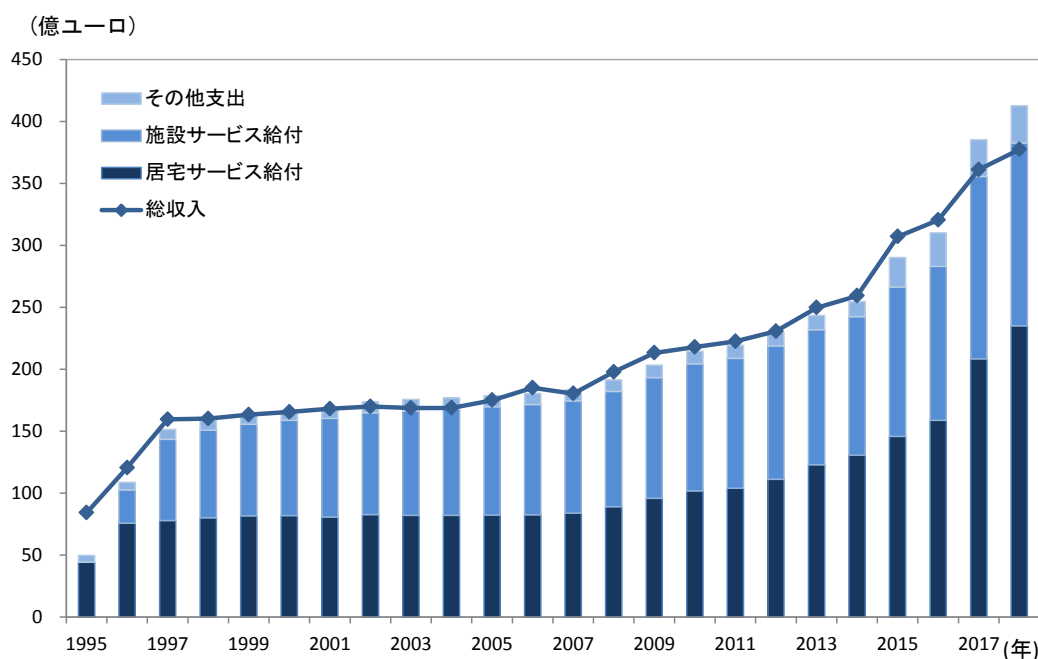
(出典) 連邦保健省 [13]を基に作成

⁴ 介護サービス提供者との契約は、州の介護金庫連合会および各州の社会扶助提供機関との間で締結する。

介護保険料率は2015年に2.05%から2.35%に0.3ポイント引き上げられたが、その際に引き上げられた0.3ポイントのうち、0.2ポイント分の約24億ユーロは保険料収入となり、残り0.1ポイント分（2018年時点で約13億ユーロ）は、ドイツ連邦銀行の管理下に新たに設立された特別な基金である介護準備基金（Pflegevorsorgefonds）に毎年移されることになった。介護準備基金の設立は介護保険の財政運営を安定的なものとし、2035年以降の保険料率上昇を抑制することを目的としている[9]。なお、3年ごとにインフレ率を考慮して、支出と収入（保険料）の見直しをすることが社会法典に規定されている。

公的介護保険の過去の収支を見ると、総収入は1995年の約84億ユーロから2018年の約377億ユーロへ増加し、総支出は1995年の約50億ユーロから2018年の約413億ユーロへ増加している。1999～2005年の期間、2007年および2017年以降は収支が赤字となっており、2018年は約36億ユーロの赤字であった（図表II-5）。

図表 II-5 公的介護保険の収入と支出の推移



(出典) 連邦保健省 [4]を基に作成

(3) 対象者

ドイツの介護保険制度では、年齢に関係なく、公的医療保険（GKV）の加入者は自動的に公的介護保険（soziale Pflegeversicherung）へ、民間医療保険（private Krankenversicherung）の加入者は民間の介護保険に加入しなければならない⁵。公的

⁵ ドイツの公的医療保険制度では、自営業者や公務員、年間労働報酬が一定基準を超える被用

介護保険の対象は公的医療保険の加入者である被用者とその家族、農業従事者、芸術家、学生および公的年金受給者等である。公的介護保険加入者の子供については、18歳までおよび障害がある場合、19～23歳で雇用されていない場合、19～25歳で教育や職業訓練等を受けている場合は被扶養者となる。また、収入が一定の基準に満たない配偶者についても、被扶養者として介護保険の給付を受けることができる⁶。なお、被扶養者の範囲は公的医療保険と同じ条件である。

介護保険の受給者は介護グレード（Pflegegrad）の認定（後述）を受けた加入者であり、乳幼児から高齢者まで全ての年齢層において必要に応じた介護保険の給付が行われている。2018年の公的介護保険加入者は約7,280万人⁷、受給者数は約369万人で、加入者に対する受給者の割合は約5.1%である。年齢階級別に受給者の割合を見ると、70代で約11%、80代で約32%、90歳以上では約65%である（図表 II-6）。

図表 II-6 公的介護保険の年齢階級別加入者数・受給者数

年齢階級	60歳未満	60～69歳	70～79歳	80～89歳	90歳以上	計
加入者数*1(千人)	52,063	8,845	6,764	4,332	798	72,802
受給者数*2(千人)	684	366	734	1,382	520	3,685
受給者割合 (%)	1.3	4.1	10.8	31.9	65.1	5.1

(注) *1 加入者数は公的医療保険の加入者数を代用している（2018年7月時点）

*2 受給者数は2018年12月時点

(出典) 連邦保健省 [2, 14]を基に作成

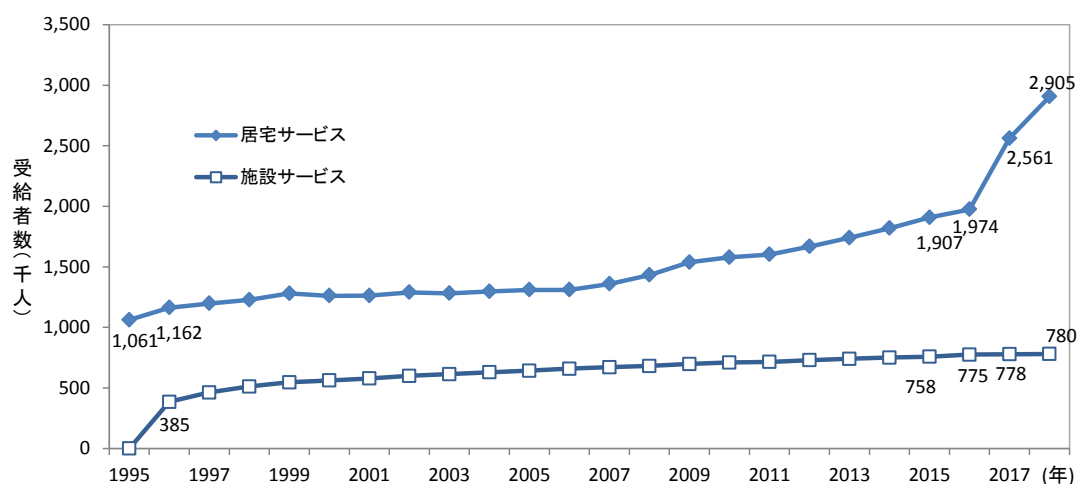
公的介護保険の受給者数は、制度開始当初、居宅サービス約106万人（1995年）、施設サービス約38万人（1996年）であったが、2010年以降急速に増加し、2018年には約369万人となっている。特に2017年からは、介護強化法Ⅱにより、これまで介護保険の給付対象となっていなかった身体介助の必要がない認知症患者や、自宅での生活支援を目的として日常生活を送る上でわずかな障害がある者も認定されるようになった [12]ことから、居宅サービスの受給者数は約197万人（2016年）から約291万（2018年）へ約5割増加した（図表 II-7）。

者等は公的医療保険へ加入する義務が免除されているが、任意で公的医療保険に加入するか、民間医療保険に加入しているため、皆保険となっている。介護保険では、全ての住民に公的介護保険もしくは民間介護保険に加入する義務を定めている [1]。

⁶ 保険料が免除される収入の上限は、雇用内容により変動し、月額445～450ユーロである。

⁷ 図表 II-6の加入者数は公的医療保険の加入者数を用いているため、図表 II-1の公的介護保険の加入者数と差異がある [13]。

図表 II-7 サービス別受給者数の推移（公的介護保険）



（出典）連邦保健省 [15]を基に作成

(4) 給付

1) 給付内容

介護保険の給付を受けるためには、公的介護保険（soziale Pflegeversicherung）と民間介護保険（private Pflegeversicherung）で統一された認定調査を受けること、および介護グレード（Pflegegrad）の認定を受けることが必要である。認定調査は保険者が設置する認定機関に所属する医師等のチームが行う。認定調査の内容および介護グレードの認定基準は、認定調査では日常生活の6分野（Modul）について、「自力でできるか」および「能力」が調査される。6分野それぞれで0～3の点数を付け、分野ごとの配分割合に従って点数を計算し、合算する。認定調査において調査する分野と内容（図表 II-8）、および介護グレード別の認定基準（図表 II-9）を以下に示す⁸。

なお、2017年の制度改革で新設された介護グレード1は、自立と能力にわずかな障害があると認定された人を対象としており [12]、住宅改修費用および介護関連消耗品購入費用の償還等のサービスが利用できる。

⁸ 扶養されている子供の介護グレード認定は、日常生活の6分野について、「自力でできるか」および「能力」について同年齢の子供と比較した上で決定されるが、扶養されている子供以外については前述した介護グレードの認定方法が適用される。また、18カ月までの乳幼児の評価については別の判定基準に従って、介護グレードの2～5が認定される。

図表 II-8 認定調査における調査分野と内容

調査分野	主な評価内容	分野ごとの配分割合 *1
Modul 1 移動	ベッドで寝返りをする、安定して座り続ける、移動する、居室内の移動、階段の昇降他	10%
Modul 2 認知とコミュニケーション能力	身近な人を認識できる、空間や時間を認識できる、重要な出来事や観察したことを記憶している、リスクや危険の特定、他人との会話能力他	15% *2
Modul 3 行動と精神的な障害	夜間の落ち着きのなさ、自傷行為、他人への暴力的行為、言葉による暴力、妄想他	
Modul 4 セルフケア	身体や頭部の洗浄、シャワーおよび入浴、ストーマ、食事、排せつへの対処等	40%
Modul 5 疾病治療の自己管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 服薬、注射、静脈内投与、吸引、酸素吸入 ● 包帯交換、ストーマ管理、在宅療法 ● 食事、疾病の管理や治療に関連したルールの観察 	20%
Modul 6 日常生活と社会的なつながり	規則正しい生活と変化への適応、外部の人々との関係維持	15%

(注) *1 各分野の点数配分。仮に Modul 1 の点数が 3 点（最高点）の場合、点数配分後は 10 点となる。また、全分野全てが 3 点（最高点）の場合、点数配分後の合計点数は 100 点となる。

*2 Modul 2 と 3 のうち、点数が高い Modul を採用して 15% の配分を行う。

(出典) 連邦保健省 [13] を基に作成

図表 II-9 介護グレード別認定基準

全分野合計点	介護グレード	
12.5 点以上 27.0 点未満	介護グレード 1	自立と能力にわずかな障害がある
27.0 点以上 47.5 点未満	介護グレード 2	自立と能力に著しく障害がある
47.5 点以上 70.0 点未満	介護グレード 3	自立と能力に深刻な障害がある
70.0 点以上 90.0 点未満	介護グレード 4	自立と能力に極めて深刻な障害がある
90.0 点以上 100 点未満	介護グレード 5	自立と能力に極めて深刻な障害があり特別な介護が必要

(出典) 連邦保健省 [13] を基に作成

介護保険の給付には居宅サービスと施設サービスの 2 つがあり、介護保険でカバーされる主なサービス、物品、給付額等は図表 II-10 の通りである。居宅サービスの利用が施設サービスより優先されるとの原則の下、介護される者への給付のみならず、家族等の介護者に対する負担軽減等についての給付が手厚くなっている。例えば、家

族等が介護している要介護者は現物給付の代わりに介護手当（Pflegegeld für häusliche Pflege）（現金給付）を選択できることや、一定の条件の下において家族等の介護者へ年金、失業保険、医療保険および介護保険の保険料相当分の現金給付が制度化されている [16]。このように、居宅サービスには日本の介護保険制度にはない現金給付（介護手当）があることや、家族等の介護者支援策を制度化している点も特徴として挙げられる。

図表 II-10 介護保険でカバーされる主なサービス・物品・給付額等

区分	サービス等の名称	主な内容、給付対象、給付額
居宅サービス	介護手当 （現金給付）	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族等が介護している要介護者が現物給付の代わりに選択できる現金給付。介護手当は介護者へ直接支払われるのではなく、要介護者へ支払われる。現金給付と現物給付との組み合わせでの受給も可能。 ● 給付対象：介護グレード 2～5 ● 給付額：月額上限 316（介護グレード 2）～901 ユーロ（介護グレード 5）
	居宅訪問介護サービス （現物給付）	<ul style="list-style-type: none"> ● 認定された居宅介護事業者、または介護金庫と契約を締結している個人が居宅を訪問して提供するサービス。看護サービス、身体介助、家事支援等が含まれる。 ● 給付対象：介護グレード 2～5 ● 給付額：月額上限 689（介護グレード 2）～1,995 ユーロ（介護グレード 5）
	デイケア・ナイトケア （現物給付）	<ul style="list-style-type: none"> ● 一時的に施設を利用する場合の現物給付で、給付範囲は介護サービスの費用のみで滞在費、食費等は含まれない。 ● 給付対象：介護グレード 2～5 ● 給付額：月額上限 689（介護グレード 2）～1,995 ユーロ（介護グレード 5）
	ショートステイ （現物給付）	<ul style="list-style-type: none"> ● 病院からの退院や家族等の介護者に対する、介護負担軽減のための短期入所。給付範囲は介護サービスの費用のみで滞在費、食費等は含まれない。 ● 給付対象：介護グレード 2～5 ● 給付額：最大年 8 週間まで、年間上限 1,612 ユーロ

図表 II-10 介護保険でカバーされる主なサービス・物品・給付額等（続き）

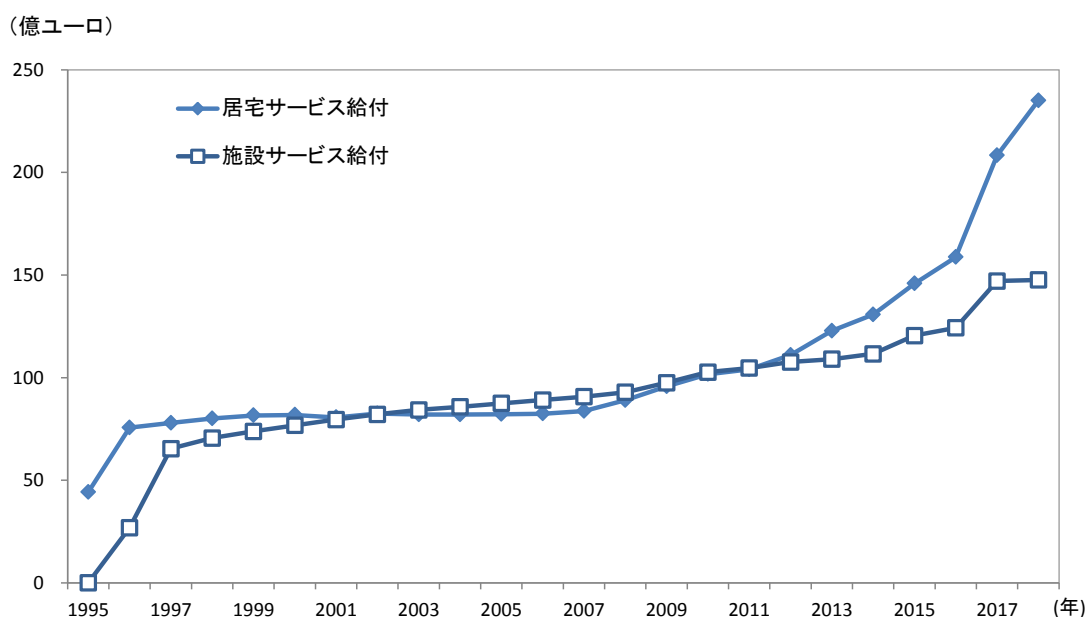
区分	サービス等の名称	主な内容、給付対象、給付額
居宅サービス	レスパイトケア	<ul style="list-style-type: none"> ● 家族等の介護者が休暇を取得、または病気等の理由により一時的に介護ができない場合に利用可能。代替りの介護者が近親者または近親者以外の場合で給付額が異なる。 ● 給付対象：介護グレード2～5 ● 給付額：近親者は介護手当の1.5倍相当の月額474（介護グレード2）～1,351.5ユーロ（介護グレード5）、近親者以外は月額1,612ユーロ。ただし、最大年6週間まで。
	介護支援手当	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護保険法に基づく手当で、病気や事故に遭った子供の介護等によって賃金が支払われない被用者は、総額で10日分まで収入補てんのための手当を受け取ることができる。 ● 賃金の90%相当（上限あり）
	住宅改修費用の償還	<ul style="list-style-type: none"> ● 1回当たり上限4,000ユーロ（複数の申請者が同居の場合は最大4回、合計16,000ユーロまで）。グループホームも対象。
	介護関連消耗品購入費用の償還	<ul style="list-style-type: none"> ● 月額上限40ユーロ
	専門的な介護器具の提供	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護金庫が必要性を認めた場合、購入またはレンタル費用の90%が給付される。給付額上限は25ユーロ。
	家族等の介護者への社会保険料補てん（現金給付）	<ul style="list-style-type: none"> ● 年金保険、失業保険、医療保険、介護保険の保険料相当を介護金庫に請求することができる。ただし、少なくとも週に10時間以上、週に2日以上定期的に介護していることが要件（介護グレード2～5）。 ● 年金保険の場合は、家族等の介護者が週30時間以上働いていないこと、また、公的年金から老齢年金および退職年金を受け取っていないことが条件。 ● 2017年1月から介護のために仕事を辞めざるを得ない家族等の介護者へ失業保険の給付が認められている。
施設サービス	施設完全入所（現物給付）	<ul style="list-style-type: none"> ● 滞在費、食費、その他費用は含まない。 ● 給付額：月額125（介護グレード1）～2,005ユーロ（介護グレード5）

(注) サービス等の内容および給付額は2019年3月時点。また、表中に給付対象の記載がない場合、給付対象は全ての介護グレード(1~5)である。

(出典) 連邦保健省 [16]を基に作成

次に、公的介護保険の給付額の推移を見ると、居宅サービスは制度開始当初の約44億ユーロ(1995年)から2018年の約235億ユーロ、施設サービスは約27億ユーロ(1996年)から約148億ユーロ(2018年)へと増加している(図表II-11)。

図表 II-11 公的介護保険の給付額推移



(出典) 連邦保健省 [4]を基に作成

2) サービス提供

介護サービスは、介護金庫 (Pflegekasse) または民間保険会社と契約を締結したサービス提供者のみが提供することができる。サービス提供者または当該サービス提供者の協会、州の介護金庫連合会および各州の社会扶助提供機関は、給付内容と範囲、品質、報酬について合意した上で契約を締結する。個人の介護士による居宅サービスについても、介護金庫は雇用契約を締結することが必要であり、介護グレード (Pflegegrad) 3 までの要介護者の介護については、家族や親類等が介護金庫と契約をすることはできない。なお、完全入所の介護施設は終日、デイケア・ナイトケア施設の介護施設は日中または夜間の介護サービス提供が必要とされている。

完全入所の介護施設には、居住空間が独立したアパートタイプの高齢者向け住居 (Altenwohnheim) および介護付き住居 (Altenheim)、ならびに介護付き施設 (Pfleheim) の計3種類がある。高齢者向け住居は台所付きで自炊が可能な点が介護付き住居とは異なるが、施設の食堂で他の入居者と一緒に食事を取ることも可能

である。介護付き住居は家事等を自力で行うのがやや困難な入居者向けで、介護と生活支援が提供される。介護付き施設は、多くの場合個人の家具を持ち込むことが可能であるが、居住空間が独立してはいない。また、多くの場合、1人または2人部屋で、介護と居室での生活支援が包括的に提供される施設である。なお、近年では、多くの介護施設が上記3種類を組み合わせた形態で運営している [13]。

2017年末時点で居宅サービスを提供している事業者数は約1万4,000あり、運営者の内訳は民間約66%、非営利団体約33%、市町村等の公的運営者が約1%である。一方、施設サービスを提供する介護施設数も約1万4,000あり、運営者の内訳は民間約43%、非営利団体約53%、公的運営者が約5%である (図表 II-12)。

図表 II-12 運営者別の居宅サービス事業者数および介護施設数*

運営者	居宅サービス 事業所数(割合)		施設サービス 事業所数(割合)	
民間	9,243	(65.8%)	6,167	(42.6%)
非営利団体	4,615	(32.8%)	7,631	(52.7%)
公的運営者	192	(1.4%)	682	(4.7%)
計	14,050	(100.0%)	14,480	(100.0%)

(注) * 2017年12月時点

(出典) 連邦統計局 [17]を基に作成

次に、介護サービスを提供している事業者数および施設数の年次推移を見ると、居宅サービスの事業者は2007年の約1万2,000から2017年の約1万4,000へ約2割増加した。一方、施設サービスを提供する施設数は、2007年の約1万1,000から2017年の約1万4,000へと約3割増加している。なお、介護施設は提供サービスごとに設置されているのではなく、さまざまな施設サービスを組み合わせた形態での運営が可能となっている。完全入所のための施設が全施設数の約6割を占めているが、居宅で介護を受ける人の増加等を背景に、デイケアとナイトケアのみ提供する施設が年々増えている点が特徴として挙げられる (図表 II-13)。

図表 II-13 居宅サービスおよび施設サービス提供者数^{*1}

区分 (サービスの組み合わせ)	2007年	2009年	2011年	2013年	2015年	2017年
居宅サービスの事業者数	11,529	12,026	12,349	12,745	13,323	14,050
介護施設数	11,029	11,634	12,354	13,030	13,596	14,480
全施設サービス ^{*2}	343	399	392	377	403	268
完全入所のみ	8,025	8,352	8,477	8,615	8,617	9,111
完全入所+ショートステイ	879	904	1,019	1,042	1,093	764
完全入所+デイケア ^{*2}	672	729	818	915	1,051	1,098
ショートステイ+デイケア ^{*2}	56	49	36	28	32	25
ショートステイのみ	279	236	227	224	146	148
デイケア ^{*2} のみ	775	965	1,385	1,829	2,254	3,066

(注) *1 各年12月時点

*2 ナイトケアを含む。

(出典) 連邦統計局 [18, 19]を基に作成

3) 実施職種

介護サービスの従事者は約115万5,000人であり、うち、その他⁹の職種が約63万8,000人で全体の約55%と最も多く、続いて、認定高齢者介護士 (Staatlich anerkannter Altenpfleger) 約27万2,000人、看護師 (Gesundheits- und Krankenpfleger) 約12万9,000人の順に従事者数が多い。

介護施設または介護事業所の管理者となるには、看護師、小児看護師、または高齢者介護士として3年間の教育を修了していることに加え、過去8年以内に専門分野における2年間の実務経験が必要である。

居宅サービスの従事者数は約39万人で、うち、認定高齢者介護士が約9万4,000人、認定高齢者介護助手 (Staatlich anerkannter Altenpflegehelfer) が約2万1,000人、看護師が約7万8,000人で全体の約50%を占めている。認定高齢者介護士の人員の8割以上、看護師の人員の約8割は身体介助に従事している。

施設サービスの従事者数は約76万5,000人で居宅サービス従事者より多く、うち、認定高齢者介護士が約17万8,000人、認定高齢者介護助手が約5万2,000人、看護師が約5万1,000人で全体の約37%を占めている (図表 II-14)。

⁹ その他は、看護師および介護士以外の介護専門職、介護専門職以外の有資格者、無資格者、教育中の従事者等を含む。

図表 II-14 職種別業務別従事者数*1

(単位：千人)

職種	居宅サービス	施設サービス	計
認定高齢者介護士	94.1	178.0	272.1
認定高齢者介護助手	21.2	51.8	73.0
看護師	78.5	50.7	129.3
看護助手	14.6	17.2	31.8
小児看護師	7.5	3.5	10.9
その他*2	174.4	463.4	637.9
計	390.3	764.6	1,155.0

(注) *1 2017年12月末時点

*2 脚注9を参照のこと。

(出典) 連邦統計局 [17]を基に作成

介護従事者の月額報酬は、ドイツ全土の中央値で2,621ユーロである。なお、最低額はザクセンアンハルト州の1,985ユーロ、最高額はバーデンヴュルテンベルグ州の2,937ユーロであり、州によって報酬月額に約1,000ユーロ差がある(2018年3月時点) [20]。

また、ドイツにおけるフルタイムの被用者について、全ての分野と介護従事者の月額報酬を比較すると、全ての分野の中央値が3,304ユーロであるのに対し、介護従事者の中央値は2,645ユーロと低い水準である(図表II-15)。

図表 II-15 フルタイム被用者の月額報酬*1

(単位：ユーロ)

職業	全レベル	助手*2	プロフェッショナル*2	スペシャリスト*2	エキスパート*2
全ての分野	3,304	2,259	3,052	4,321	5,425
介護従事者	2,645	2,041	2,879	2,947	5,100

(注) *1 2018年12月末時点の中央値

*2 助手は特別な専門知識が不要な単純業務、プロフェッショナルは2~3年の職業訓練が必要とされる業務レベル。スペシャリストは専門的な知識と技能を持ち、業務管理や計画立案についても責任を持てるレベル。例えばマイスター(Meister)や技術者(Techniker)が該当する。エキスパートは研究開発や診察等の高度で複雑な業務に従事していて、4年間以上の大学教育を受けていることが条件 [22]。

(出典) 連邦雇用庁 [21]を基に作成

(5) 利用方法

公的介護保険 (soziale Pflegeversicherung) の利用者は介護金庫 (Pflegekasse) に、民間介護保険 (private Pflegeversicherung) の利用者については民間保険会社へ介護給付の申請を行う。公的介護保険の場合、申請前 10 年以内に 2 年間以上介護保険の加入者であること、および介護グレード (Pflegegrad) に影響する障害が少なくとも半年以上続いていること等が条件となっている [13]。

介護保険の給付申請書を提出すると、認定機関 (公的介護保険は MDK、民間介護保険は MEDICPROOF)¹⁰による申請審査の後、当該専門機関の医師または看護師 (Gesundheits- und Krankenpfleger) 等による認定調査が行われる。認定調査結果は各保険者から通知される。

介護グレードの認定を受けた加入者は、近隣の介護支援拠点 (Pflegestützpunkt) との調整 (公的介護保険) またはコンサルテーション (民間介護保険) 等を経て給付内容を決定する。

介護支援拠点は疾病金庫 (Krankenkasse) および介護金庫によって設立され、連邦州の設置認可を受け [23] 主に介護金庫に雇用されている介護支援相談員 (Pflegeberater) が介護に関する相談や調整を行っている。一方、民間介護保険の加入者は、民間医療保険協会 (PKV) の関連会社が提供する介護コンサルタントを利用する [24]。介護グレードの認定を受けた加入者は、個別に介護のアドバイスを受ける権利を有している。介護支援相談員は、個々に介護の必要性を判断し、既存サービスの範囲で包括的なアドバイスを提供している。また、要望があると、介護支援相談員は個別のケアプランを作成するが、これらの費用は介護保険の給付費および介護金庫の管理費から支出され、利用者の自己負担はない [25]。

(6) 民間保険の役割

民間介護保険 (private Pflegeversicherung) には民間医療保険 (private Krankenversicherung) の加入者 (自営業者や公務員等) に加入義務がある強制介護保険 (Pflegepflichtversicherung) と、民間医療保険の加入とは関係なく任意加入が可能な付加的介護保険 (privaten Pflegezusatzversicherung) があり、これらの介護保険契約は加入者と民間保険会社の間で締結する。ドイツの全介護保険加入者約 8,213 万人のうち、約 11% の 929 万人が民間の強制介護保険に加入しており、強制介護保険の受給者数は居宅サービスが約 18 万人、施設サービスが約 5 万人の計 23 万人である (2018 年 12 月時点)。強制介護保険の加入者に占める受給者の割合は 2008 年の 1.4% から 2018 年の 2.5% へ増加したが、公的介護保険 (soziale Pflegeversicherung)

¹⁰ MDK は Medizinischen Dienst der Krankenversicherung の略称。公的医療保険制度において定められたコンサルティングと評価申請者へサービス等を提供する専門機関で、公的医療保険と公的介護保険を支援している。一方、MEDICPROOF は民間医療保険協会の関連機関である [13]。

の 5.1%に比べ半分以下となっている。一方、付加的介護保険の加入者は 2008 年の約 132 万人から 2018 年は約 366 万人の約 2.8 倍に増加しており、この加入者数には、2013 年以降に認められた連邦州政府の助成を受けた約 88 万人も含まれている。

民間の強制介護保険における保険料は、公的介護保険とは異なり加入者の収入によって決められるのではなく、保険加入時点における、加入者個人の病歴等のリスクに依存するため、一般に高齢になるにつれて高くなる。なお、保険会社は、病歴や既に要介護状態であることを理由に加入を拒否することはできない [9]。

民間の強制介護保険における介護グレード (Pflegegrad) の認定基準は公的介護保険と同じであり、給付内容についても公的介護保険と同じ内容となっている。ただし、民間医療保険と同様に、介護サービスを受ける者が事業者へ一旦費用を支払い、その後支払った費用を償還する方式である [1]。なお、民間保険会社は保険リスク補償のための対応を取る必要があり、この点において連邦金融監督庁の監督下にある。

民間介護保険の保険料収入と給付額の推移を見ると、強制介護保険については、2018 年の保険料収入約 25 億 6,000 万ユーロに対して保険給付額が約 14 億 4,000 万ユーロであり、強制介護保険の収支には比較的余裕があるといえる。また、民間介護保険の強化のため、2013 年以降連邦州の助成が認められた付加的介護保険の給付額は、2008 年の約 2,400 万ユーロから 2018 年の約 2 億 1,700 万ユーロと約 9 倍に増えた (図表 II-16)。

図表 II-16 民間介護保険の推移

年	強制介護保険				付加的介護保険*2		
	加入者数 (千人)	受給者数*1 (千人)	保険料 収入 (百万ユ ーロ)	給付額 (百万 ユーロ)	加入者数 (千人)	給付額 (百万ユ ーロ)	
2008	9,374	132 (1.4%)	1,970	618	1,316	24	
2009	9,534	138 (1.4%)	2,074	668	1,501	30	
2010	9,593	143 (1.5%)	2,096	699	1,700	35	
2011	9,667	145 (1.5%)	2,105	721	1,880	44	
2012	9,620	151 (1.6%)	2,011	779	2,187	54 (0.1)	
2013	9,538	162 (1.7%)	2,062	857	2,733 (360)	68 (0.1)	
2014	9,473	169 (1.8%)	2,014	880	3,070 (589)	84 (0.3)	
2015	9,414	178 (1.9%)	2,196	968	3,267 (684)	104 (0.7)	
2016	9,375	189 (2.0%)	2,165	1,050	3,454 (777)	123 (1.1)	
2017	9,327	212 (2.3%)	2,595	1,286	3,567 (834)	172 (9.2)	
2018	9,286	235 (2.5%)	2,558	1,440	3,661 (878)	226 (0.1)	

(注) *1 () 内は加入者数に占める受給者の割合。

*2 () 内は助成ありの数値。助成は 2013 年以降のみ。

(出典) 民間医療保険協会 [6]を基に作成

3. 公的介護制度における各種課題および状況

(1) 介護予防の取組み

介護金庫（Pflegekasse）は、施設サービスを利用する加入者向けに、健康状態改善および身体機能強化等の介護予防サービスを提供する義務がある。これらの介護予防サービスの提供に要した介護金庫の支出は、加入者 1 人当たり 0.30 ユーロ（2016 年時点）とされている。

介護金庫はサービス提供者と協力して、早い段階で適切な予防、医療措置およびリハビリテーション等を開始することで、施設サービスを利用する加入者が長期介護に陥らないような対策をしている。介護施設向けの介護予防サービスの一例を挙げると、ヘッセン地区介護金庫と企業介護金庫が合同で介護施設の職員向けの講習を含む以下の内容に取り組んでいる（図表 II-17）。

図表 II-17 介護予防サービスの例（介護施設向け）*

項目	介護予防サービスの内容
栄養	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症患者向けの食事 ● 嚥下障害の予防 ● 栄養失調を防ぐための栄養に関するリスク認識 ● 高齢者の脱水症状 ● 高齢の糖尿病患者向けの食事指導 ● 食物アレルギーの管理
身体活動	<ul style="list-style-type: none"> ● 記憶力訓練 ● 座って行うエアロビクス ● 高齢者向け精神行動療法 ● 筋力トレーニング ● 座って行うダンス
高齢者の見守り	<ul style="list-style-type: none"> ● コミュニケーション（言語または非言語での意思疎通ができるか） ● 移動時の安全確保 ● 高齢者の見守りに関する理論と支援方法 ● 日常生活（読む、書く、食べる、自由な時間の過ごし方）支援
暴力対処方法の習得	<ul style="list-style-type: none"> ● 暴力のリスクが高い疾病、入所者志向のコミュニケーション方法等の知識習得 ● ストレスマネジメント、マインドフルネス等 ● 法的措置と代替手段についての知識習得等 ● 保護と介入方法についての知識習得等

（注）* ヘッセン地区介護金庫と企業介護金庫が、これらの介護予防サービスを提供できる事業者向けに提示した内容である。

（出典）ヘッセン地区介護金庫 [26]

(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況

2019年に施行された介護職強化法では、介護施設向けにデジタル機器の利用促進に関する補助金を制定した。その目的は介護職の負担軽減であり、介護施設の品質管理、品質指標の収集、医師と介護施設の連携におけるデジタル機器利用促進、および高齢者介護に関するデジタル機器の取扱い教育ならびにトレーニング実施等を促している [27, 28]。

補助金の支給対象期間は2019～2021年、支給対象は介護施設がデジタル機器等の購入および関連するトレーニングに要する費用である。介護施設は当該費用の40%、1施設当たり1万2,000ユーロ（ただし1回のみ）を上限として補助を受けることができる。補助金の申請書は、介護金庫（Pflegekasse）、疾病金庫（Krankenkasse）の中央連合会等へ提出する [28]。

2019年6月に連邦家族省、連邦労働社会省、連邦保健省の大臣連名で介護に関する協調行動が発表された。その内容の一つに、デジタル化を推進して、介護職は介護そのものに多くの時間を割くべきとの方針が示されている [29]。

例えば、介護職のペーパーワークは最終的には全面的に廃止するとされ、中期的には介護職と他の専門職の記録は電子データによる処理（電子介護記録、退所管理、規則管理）に置き換えられる。これらのデジタル化へ対応するため、安全なデータネットワーク環境の構築を介護施設に行う。また、遠隔介護システム（Telepflege）を開発し、介護を必要とする者および家族等の介護者向けに、時間や場所を問わずに映像および音声を利用したサポートを提供する。さらに、居宅、介護施設¹¹において危険を制御する、あるいは繰り返し発生する作業をサポートするシステム（移送の負担軽減用のロボット、ドアセンサーのようなリスク防止装置、転倒検知器、ライト等）の導入等が示されている [29]。

(3) 介護の質向上への取組み

介護サービス提供機関には、介護発展法によって2008年以降、品質評価の結果を公表することが定められている。2015年には品質評価に関する規則を定めた法律が見直され、評価指標を基にした品質評価システムを構築することが決定された。これにより、介護施設向けと居宅サービス提供者向けそれぞれの新たな評価指標が作成され、2019年より段階的に導入されている [30]。

介護施設では、データ収集による指標の評価、外部審査、質の公開の3つが介護の質向上の柱とされている。1つ目のデータ収集による指標の評価では、データ評価センター（DAS）が新たな品質評価基準を定めてデータの収集や評価を行うこととなり、2019年にテストデータの収集を開始した。2020年7月からはデータの収集を本格化し、年に2回収集するデータを基に品質指標を算出し、2020年7月から評価結果の公開を予定している。介護施設の品質指標としては、3つの領域で10分野が設定され

¹¹ 介護施設に加えて病院も対象とされている。

ている。10分野のうち6分野については、介護を受けた入所者の状態（アウトカム）を評価し、残りの4分野は構造またはプロセスを評価するものである（図表 II-18）。

外部の審査については、2019年11月から新たな基準による外部審査が開始され、全ての施設（完全入所）はMDKまたは民間保険の検査機関による審査を2020年末までに受ける義務が定められた。MDKによる外部審査では6つの領域を対象としており、入所者に関連した事項が重視されている。例えば、介護施設の介護従事者の言動により入所者が健康を害した場合、入所者にリスクがあるとみなされて介護施設はマイナスの評価を受ける（図表 II-19）。

介護の質の公開については、例えば地区介護金庫では、ウェブサイト上で介護施設ごとの審査結果を2020年1月から公開することを予定している。

居宅サービスにおける品質評価については、2019年末時点で評価指標を策定中であり、2019年10月から12月に改定内容について実現可能性および信頼性を確認するための試験調査が行われている [31]。

図表 II-18 データ評価センター（DAS）による介護施設の品質評価領域と指標

質の領域	指標の分野
予防と自立促進	1. 移動 2. 自分で日常の作業ができるよう維持 3. 自立した生活を送る
身体へのダメージと負荷の予防	4. 皮膚の圧迫 5. 深刻な転倒 6. 予期せぬ体重減少
特定の要求へのサポート	7. 会話 8. 拘束具の使用 9. ベッドサイド用補助パーツの使用 10. 褥瘡に対する知識の更新

（出典）ヘッセン地区介護金庫 [31]

図表 II-19 MDKによる介護施設外部審査の内容

領域	例
1 移動と自立	移動、栄養、失禁、身体介助
2 疾病または治療に関連した支援	疼痛管理、褥瘡ケア
3 日常生活の形成および社会的つながりの促進	会話、生活支援
4 特別対応	施設の転送、挑戦的なふるまい
5 包括的な対応	衛生管理、介護用具
6 施設内部の組織および品質管理	—

（出典）ヘッセン地区介護金庫 [31]

(4) 認知症施策との関係

介護保険制度改革前の 2016 年までは、介護等級 (Pflegestufe) による 3 段階の介護認定区分が設けられており、主には身体的な介護支援に必要な時間の長さによって介護等級が設定されていた。ただし、2013 年より身体的な障害のない認知症患者向けの介護等級として、介護等級 1 の下に介護等級 0 が設定された¹² (図表 II-20)。

2017 年の介護強化法 II によって 5 段階の介護グレード (Pflegetherad) を用いた認定基準が新しく導入され、これまでの時間で判定する方式から、身体的もしくは精神的な自立度合いから評価されるように認定基準が抜本的に見直された。この改革に伴い、認知症患者はおおむね従来の介護等級より 2 段階高い介護グレードが、認知症なしの場合はおおむね従来の介護等級より 1 段階高い介護グレードが認定されるようになった (図表 II-21)。

図表 II-20 法改正前 (2016 年まで) の介護等級概要

介護等級	介護の度合い	介護支援に必要な合計時間	介護が必要な頻度
介護等級 0	—	90 分未満	—
介護等級 1	かなり必要	少なくとも 90 分	少なくとも 1 日に 2 回
介護等級 2	重度	少なくとも 180 分	少なくとも 1 日に 3 回
介護等級 3	ハイリスク	少なくとも 300 分	24 時間体制 (夜間 10 時~翌朝 6 時の間を含む)

(出典) Krankenkassen-ZENTRALE [12]

¹² 2012 年の介護調整法制定により、2013 年から 2016 年までの間、介護等級 0 の認定がされると、介護手当 123 ユーロまたは月額 231 ユーロまでの居宅介護サービス受給が認められていた [12]。

図表 II-21 法律改正前後における介護認定比較

●2016年まで

認定区分	給付上限額*1
(認定なし)	—
介護等級 0*2	231 ユーロ
介護等級 1	468 ユーロ
介護等級 1 (認知症あり) *3	689 ユーロ
介護等級 2	1,144 ユーロ
介護等級 2 (認知症あり) *3	1,298 ユーロ
介護等級 3	1,612 ユーロ
介護等級 3 (認知症ありまたは重度のケース) *3	1,612 ユーロ

●2017年以降

認定区分	給付上限額*1
介護グレード 1	—
介護グレード 2	689 ユーロ
介護グレード 3	1,298 ユーロ
介護グレード 4	1,612 ユーロ
介護グレード 5	1,995 ユーロ

(注) *1 居宅訪問介護サービスを例として挙げた。

*2 身体的な障害のない認知症患者が対象。2012年までは給付対象となっていない。

*3 2013年より認知症ありの場合に給付額が上乘せされるようになった。

(出典) Krankenkassen-ZENTRALE [12, 32]

一方、認知症患者による給付額増加への対応として、介護保険料率が引き上げられている。2019年1月から介護保険料率は0.5ポイント引き上げられており、そのうち0.3ポイントは認知症患者等の介護保険受給者が増え、給付額が急増したことによる、介護保険の赤字補てんのためである [33]。

(5) その他の改革や議論の動向

ドイツでは、67歳以上の高齢者人口が2040年までに2,150万人へと増加すると予測されていることから [1]、介護人材の不足にどう対応するかが、近年の改革の大きな焦点となっている。看護師 (Gesundheits- und Krankenpfleger) と介護士の教育は、かつては高齢者介護士法と看護師法によって別々に規定されていたが、2017年に公布された介護職改革法によってこれらの教育の統合がなされた。同法により全般的な教育を2年間受けた後、一般的な看護師の資格を取得する者は3年目も同様の教育を継続し、高齢者の介護、または小児の看護・介護を専門にする場合は3年目にそれらの教育を受けて、各専門の資格を取得することになった [10]。

2018年には、連邦保健省、連邦家族省、連邦労働社会省の3つの政府機関が協力して介護の人材不足に取り組むことが決定され、2019年に介護に関する協調行動が発表された。介護に関する協調行動では、前述したデジタル化推進の他に、介護職の増員、賃金増額、介護職の研修体制拡充、責任範囲の拡大等についての計画が盛り込まれている。また、介護に関する協調行動では介護職増員に加えて、介護施設の職場環

境改善も求められており、その環境整備を目的として、介護施設¹³は従来よりも拘束力のある規則を取り入れ、個々の介護職員について評価を行う仕組みを導入することも示された [29]。

外国人の介護職の採用を推進するための施策としては、専門職認定用の中央事務局の設置、外国人の介護職を認定する民間仲介機関の設置、専門的な教育および語学訓練提供等が検討されている。ドイツ国内での研修は、外国人研修生向けの職業訓練手当を改善した上で実施し、移民法による法的枠組みの整備も予定されている [29]。

報酬が低いといわれている介護職の賃金については、高齢者介護における報酬条件を改善すると示され、実現するためのいくつかの方法が議論されている。なお、介護職の賃金を増やすためには介護保険の財務改善が必須であること、介護を必要とする者の財政的な負担軽減には自助領域の拡大が必要であることの 2 点については、既に合意形成がなされている [29]。

なお、2019 年 1 月から 0.5 ポイント引き上げられた介護保険料率のうち 0.2 ポイントは、介護人材不足を解消するための財源である [33]。2020 年 1 月 1 日からは介護職向けの新しい研修制度が開始され、教育訓練体制の充実が図られる。さらに、介護職の責任範囲を拡大するため、医師等他の専門職とのワークシェアリングに関する検討がされている [29]。

また、介護職強化法では、介護施設職員の子育てと仕事の両立支援を目的として、介護施設向けに 2019 年から 2024 年までの間、年間上限 1 億ユーロの介護保険からの支出が定められた [34]。

¹³ 介護施設に加えて病院も対象に含まれる。

引用文献

- [1] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung.html>. [Accessed 20 10 2019].
- [2] BMG, Soziale Pflegeversicherung Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht, 7 2018. [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>. [Accessed 30 9 2019].
- [3] BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, 5 2019. [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_der_SPV_2019.pdf. [Accessed 20 11 2019].
- [4] BMG, Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung, 2018. [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung/Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_2018.pdf. [Accessed 20 11 2019].
- [5] BMG, Gesetzliche Krankenversicherung Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand Monatswerte Januar-August 2019, 9 2019. [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Januar_bis_August_2019.pdf. [Accessed 12 10 2019].
- [6] PKV, Zahlenbericht 2018, 12 2019. [Online]. Available: <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen>. [Accessed 24 1 2020].
- [7] Versicherungswirtschaft , 30 Jahre Pflegeversicherung Ein denkwürdiges Jubiläum, 2014. [Online]. Available: https://www.pkv.de/w/files/pflegekompetenz/30jahre_pflegeversicherung_200x280_druck.pdf. [Accessed 6 8 2019].
- [8] Destatis, WZB , Datenreport 2018 :Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, 2018. [Online]. Available: <https://www.wzb.eu/de/publikationen/datenreport/datenreport-2018>. [Accessed 11 10 2019].
- [9] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/die-pflegeversicherung/finanzierung.html>. [Accessed 20 11 2019].

- [10] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz.html>. [Accessed 20 11 2019].
- [11] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestaerkungsgesetz-zweites-psg-ii.html>. [Accessed 20 11 2019].
- [12] Krankenkassen-ZENTRALE , [Online]. Available: <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/pflegegrade#>. [Accessed 20 11 2019].
- [13] BMG, Ratgeber Pflege :Alles, was Sie zum Thema Pflege wissen sollten, 7 2019. [Online]. Available: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg\[pubid\]=13](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/pflege/details.html?bmg[pubid]=13). [Accessed 31 7 2019].
- [14] BMG, Soziale Pflegeversicherung Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegegraden, 31 12 2018. [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>. [Accessed 20 11 2019].
- [15] BMG, Pflegeversicherung Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegegraden, 31 12 2018. [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>. [Accessed 20 11 2019].
- [16] BMG, Pflegeleistungen zum Nachschlagen, 3 2019. [Online]. Available: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Broschueren/190329_Pflegeleistungen_2019.pdf. [Accessed 30 8 2019].
- [17] Destatis, Pflegestatistik Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, 12 2018. [Online]. Available: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179005.html>. [Accessed 13 9 2019].
- [18] Destatis, [Online]. Available: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=5283286&nummer=571&p_sprache=D&p_indsp=5089&p_aid=98384361. [Accessed 12 9 2019].

- [19] Destatis, Pflegeheime (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Pflegeangebot, Träger, Kapazitätsgrößenklassen, 2017. [Online]. Available: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=21692610&nummer=397&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=21972451. [Accessed 12 9 2019].
- [20] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaefigte.html#c3327>. [Accessed 2 9 2019].
- [21] Bundes Agentur für Arbeit, [Online]. Available: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistische-Analysen/Interaktive-Visualisierung/Medianentgelte/Entgelte-nach-Berufen-im-Vergleich-Nav.html>. [Accessed 22 1 2020].
- [22] Bundes Agentur für Arbeit, Entgelte nach Berufen im Vergleich, 12 2017. [Online]. Available: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Rubriken/Statistiktabellen/Generische-Publikationen/Entgelte-nach-Berufen-im-Vergleich-Kurzinfo.pdf>. [Accessed 2 9 2019].
- [23] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeberaterinnen-und-berater.html>. [Accessed 11 9 2019].
- [24] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestuetzpunkte.html>. [Accessed 20 11 2019].
- [25] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/beratung-im-pflegefall.html>. [Accessed 3 9 2019].
- [26] AOK, [Online]. Available: https://www.aok-gesundheitspartner.de/he/pflege/anbieterinfo_praevention/index.html. [Accessed 9 10 2019].
- [27] AOK, [Online]. Available: <https://www.aok-gesundheitspartner.de/he/pflege/ppsg/index.html>. [Accessed 18 10 2019].
- [28] AOK, [Online]. Available: https://www.aok-gesundheitspartner.de/he/pflege/ppsg/index_22094.html. [Accessed 18 10 2019].
- [29] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html#c15623>. [Accessed 24 9 2019].
- [30] GKV, [Online]. Available: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/qualitaetspruefungen/stationaere_pflege/stationaere_pflege.jsp. [Accessed 18 11 2019].
- [31] AOK, [Online]. Available: https://www.aok-gesundheitspartner.de/he/pflege/qualitaet/pruefung/index_22724.html. [Accessed 18 10 2019].

- [32] Krankenkassen-ZENTRALE, [Online]. Available: <https://www.krankenkassen-zentrale.de/wiki/pflegeversicherung-leistungen>. [Accessed 20 11 2019].
- [33] BMG, [Online]. Available: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten/warum-hoehere-beitraege-zur-pflegeversicherung-notwendig-sind.html#c13791>. [Accessed 18 10 2019].
- [34] AOK, [Online]. Available: https://www.aok-gesundheitspartner.de/he/pflege/ppsg/index_22096.html. [Accessed 20 10 2019].
- [35] GKV, [Online]. Available: https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pv_grundprinzipien/soziale_pv/eigenstaendige_saeule.jsp. [Accessed 22 11 2019].

第 III 章 フランスにおける公的介護制度

1. 概要

フランスの公的介護制度である個別自律手当制度（APA）は 2002 年より社会扶助制度の一つとして税財源（地方税および社会拠出金）で運営されている。同制度は、全住民を対象に、自律を喪失した高齢者（要介護高齢者）に対して県¹が給付を行う制度であり、2002 年 1 月にフランス全土で導入された。財源は、県の一般財源に加え、全国自律連帯金庫（CNSA）を通じて配分される補助金である。

個別自律手当は、居宅手当と施設手当の 2 種類ある。自宅や受入れ家族の家庭、または施設手当の基準を満たさない高齢者施設²に住んでいる場合に居宅手当、施設基準を満たす施設に入居した場合に施設手当が給付される。

図表 III-1 個別自律手当制度の概要

根拠法	社会福祉・家族法典 第 2 卷 3 編第 2 章「個別自律手当制度」 (2002 年 1 月施行)
対象者	60 歳以上、かつフランスに合法的に安定して居住している者であり、介護が必要と評価された者
サービス提供組織	県
財源	県の一般財源（2018 年時点では約 60%） 全国自律連帯金庫からの拠出金（同約 40%）
受給者数	2017 年時点 131.0 万人（60 歳以上人口の 7.6%） [1]
年間総支出額	58.4 億ユーロ（2017 年時点） [2]
受給者 1 人当たり 年間平均支給額	4,500 ユーロ（2017 年時点） [2] （居宅手当：4,455 ユーロ、施設手当：4,569 ユーロ）

（出典）社会福祉・家族法典 第 2 卷第 3 編第 2 章「個別自律手当制度」、および全国自律連帯金庫の年次報告書 [2]を基に事務局作成

フランスの社会保障制度は、主として社会保険料を財源とする社会保険制度と、税財源で運営される社会扶助制度に大別される。このうち、社会保険制度には医療保険、労災保険、老齢保険、家族手当が含まれる [3]。なお、フランスの社会保険制度は職域別に強制加入の法定制度が設けられており、職域によって加入する医療保険や老齢保険等が異なる³が、全人口の 93%にあたる約 6,240 万人は一般制度に加入している [3]。

¹ フランスにおける中域圏の地方行政区画である *département* を指す。

² 自律的居住施設、居住サービス施設のほか、施設手当の対象となる施設基準の 25 床以上の居住スペースを持たない要介護高齢者居住施設や長期療養ケア施設も含まれる。

³ 2018 年時点では、下記の 3 種類の制度に大別される。①一般制度：被用者とその家族、自営業者、学生等を対象とする。なお、2018 年 1 月に独立自営業者制度が一般制度と統

フランスの公的介護制度が、ドイツやオランダのような社会保険方式ではなく税方式で運営されている理由としては、県が個別自律手当制度の導入以前から税財源で実施していた社会扶助制度を基盤とする方が効率的であったことに加え、新たな社会保険制度の創設により、国民や事業主に対して新規に拠出金を賦課する政策が当時の政治家に忌避されたこと等が挙げられる⁴ [4, 5]。

フランスでは、1990年代の初頭まで、要介護高齢者に対する介護は主に家族や親戚が担っていたほか、低所得の要介護高齢者に対しては県による障害者を支援するための第三者補償手当制度（ACTP）⁵等を活用して支援が行われていた [4]。1990年代初頭には、高齢化の進展やそれまで介護を主に担っていた女性の社会進出等により、家族介護が限界を迎えるとともに、第三者補償手当制度を始めとする既存の社会扶助制度では要介護高齢者のニーズを満たす上で十分ではないことが、政策立案者の間で広く認識されるようになった。1995年のフランス大統領選挙では、早急な介護給付制度の創設を訴えた右派シラク氏が勝利している。

このような社会的要請を受け、1997年にシラク大統領の下で特定介護給付制度（PSD）が創設された。同制度は、居宅または施設に居住する低所得の要介護高齢者を対象にした公的介護制度であり、第三者補償手当制度と同様、県が財源の確保や給付等の運営を行っていた。また、全国統一の介護等級（GIR、日本の要介護度に相当）が採り入れられ、高齢者の自律レベルを6段階の基準で評価する仕組みが導入された。特定介護給付制度の対象者は、介護等級の高い方から上位3段階まで（GIR1～3）であり、かつ介護等級に応じて給付額の上限が設定されていた [5]。

しかし、特定介護給付制度には、同制度の給付を受ける対象者の少なさや、地域格差等について創設当初から課題が提起されていた。退職者高齢者全国委員会（CNRPA）による1998年の報告書では、下記のような課題が指摘されている [4]。

- 給付の可否の基準に収入の要件が設けられており⁶、限られた高齢者のみが受給できる制度である。
- 受給者の死亡後に当該受給者の遺産から費用を回収する規定が設けられている。
- 給付額の評価について全国標準の指針がなく、受給者1人当たりの給付水準において大きな地域格差が見られる。

合されたため、自営業者も一般制度に加入することとなった [42]。②農業制度：農業従事者を対象とする。③その他特別制度：海員、鉱山労働者、国会議員、公務員等を対象とする。

⁴ 個別自律手当制度の前身である特定介護給付制度創設時における議論より。

⁵ 2006年1月に、第三者補償手当制度に代わる制度として障害補償手当制度が導入されている。ただし、2005年以前に第三者補償手当を受給していた障害者は、障害補償手当制度施行以降も引き続き第三者補償手当を受給することができる。

⁶ 2000年時点では、個人であれば毎月973.69ユーロ以下、夫婦の場合は1,622.67ユーロ以下が給付の要件となっていた。

このような制度上の問題点により、特定介護給付の受給者数は介護を必要とする高齢者数に比して少ない状態が続き、2001年当時で介護を必要とする高齢者は約80万人と推計されていたにもかかわらず、同制度の受給者数は全国で約16万人の規模にとどまった [6]。

2002年に導入された個別自律手当制度は、特定介護給付制度において指摘されていたこれらの課題を改善する制度として施行された。個別自律手当制度では、給付の可否の基準から収入の要件を撤廃するとともに、収入の多寡によって最大80%の自己負担を求める方式を導入し、特定介護給付制度では給付対象にはならなかったGIR4の要介護者も給付の対象に含めた。また、受給者死亡後に介護費用を回収する規定を撤廃するとともに、全国的な基金を設立して財源の一部を国が補助する仕組みが導入された⁷。個別自律手当制度の導入に伴って受給者数は急伸し、2004年12月時点で約87万人に達した [6]。

個別自律手当制度については、その後も給付の対象や給付までの基本的な手続きや枠組みが保持されているが、制度の運営方法や給付範囲等が一部改定された。

2004年には、高齢者や障害者に向けた社会扶助や資源整備のための基金として全国自律連帯金庫が創設された。同基金の創設に伴い、各県への個別自律手当制度の財源配分は、同基金が担うこととなった。また、さらなる財源として、全ての被用者に対して自律連帯拠出金(CSA)が課されることとなった⁸ほか、2013年の社会保障財政法施行によって、年金受給者等に対して、新たに自律連帯付加拠出金(CASA)の負担が割り当てられた。

2016年には、前年12月に成立した高齢化社会適応法に基づき、下記の3点を柱として、将来的な人口の高齢化に適応した社会制度を構築することを目的とした改革が行われた [7]：

- 高齢者が要介護となるリスクを予想し、介護予防および孤立防止に向けて財政的な措置を講ずる。
- 人口の高齢化に対して社会を適応させる。
- 在宅でのケアに焦点を当て、要介護状態に直面している高齢者に対する支援を行う。

上記の改革に伴って個別自律手当制度の見直しも行われ、居宅手当の給付水準が引き上げられるとともに、居宅手当において家族等の介護者を支援することを目的とした一連の取組みが実行された。また、受給者の手続き簡素化のため、給付方法も現物給付が推進されることとなった [8]。

⁷ 個別自律手当財政基金を指す。2004年以降は全国自律連帯金庫が同基金の機能を代替している。

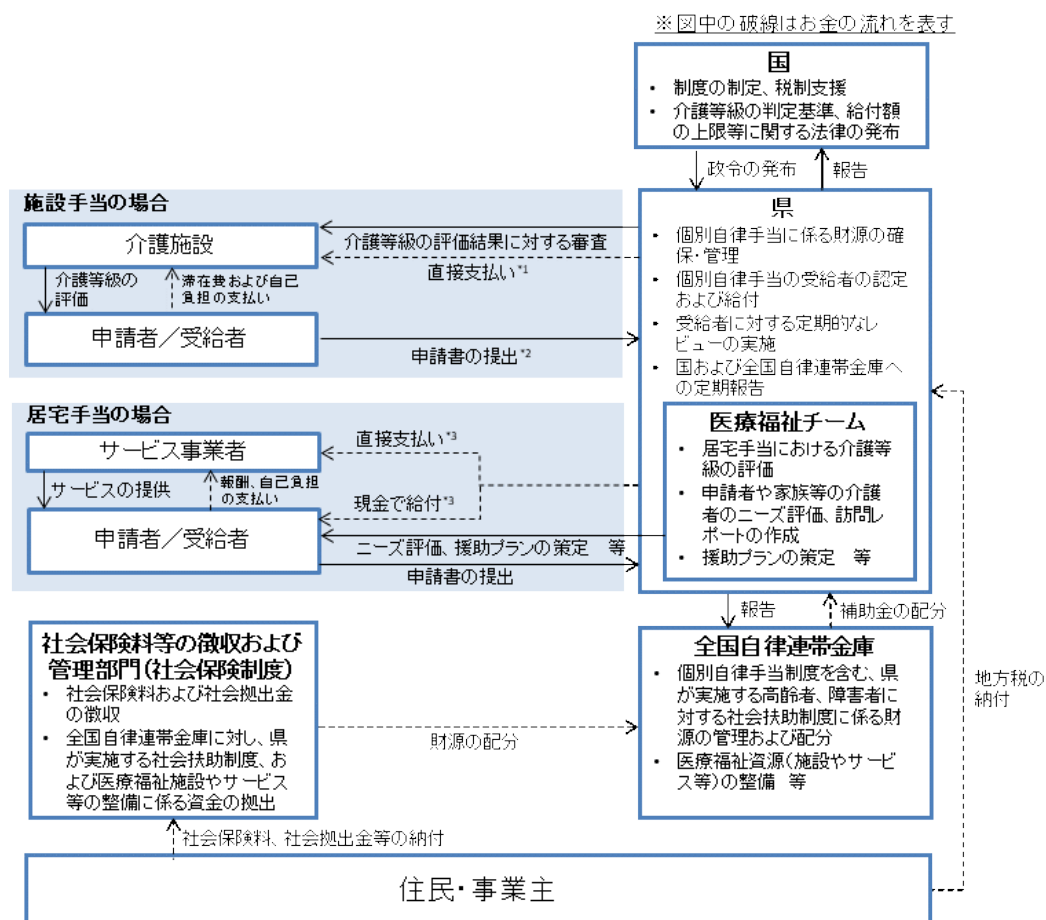
⁸ 事業主が被用者の所得の0.3%を自律連帯拠出金として徴収し、医療保険初級金庫に納付する。

2. 制度の仕組み

(1) 運営体制

個別自律手当制度（APA）では、101の県それぞれが給付の可否および内容の判断、審査、財源の調達といった給付の実務を担っている。これに対して、国は個人に対する給付水準や自己負担の決定、介護等級（GIR）の評価方法等、全国に適応される規定や基準を法律で定めている。また、高齢者と障害者に対する社会扶助制度の給付金、および医療福祉施設やサービスといった社会資源の整備のための財源を運営、配分する役割を担う全国的な組織として全国自律連帯金庫があり、個別自律手当制度の財源の一部を補っている。（図表 III-2）。

図表 III-2 個別自律手当制度の関係者相関図



(注) *1 受給者が希望する場合、受給者の口座に給付額を振り込むことも可能。

*2 当該施設が、入所者全員について県の個別自律手当の受給認定を受けており、入所前3カ月間の住居（病院や医療福祉施設を除く）が同じ県内にある場合は、申請者本人が申請書を記入する必要はない。

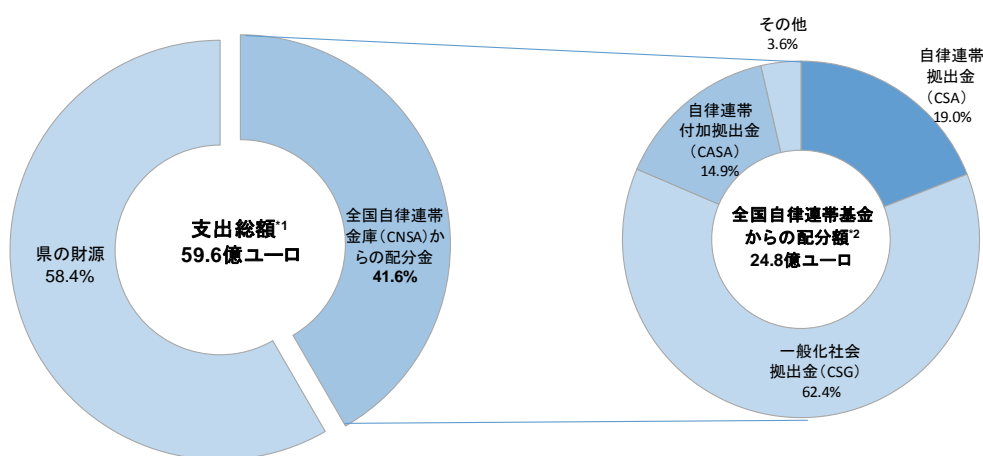
*3 原則として受給者に毎月の金額が給付されるとなっているが、実際には、サービス事業者に直接支払われる現物給付が中心となっている。
 (出典) 全国自律連帯金庫の報告書 [2]等を基に事務局作成

なお、各社会保険制度の中に社会保険料等の徴収および管理を担う機関⁹が設置されており、被保険者から社会保険料と社会拠出金等を徴収し、医療保険の保険料の一部¹⁰と社会拠出金等を全国自律連帯金庫 (CNSA) に納付する役割を担っている。

(2) 財源

個別自律手当制度 (APA) は税および各種の社会拠出金で運営されており、2017年の支出総額は 58.4 億ユーロであった [9]。個別自律手当制度の財源のうち、県の財源は約 6 割を占め、残りの 4 割は全国自律連帯金庫 (CNSA) を通じて配分された補助金である (内訳はそれぞれ図表 III- 3、図表 III- 4 の通り)。

図表 III- 3 個別自律手当制度の財源構成



(注) *1 2018年の支出額より

*2 各社会拠出金の構成割合については、2018年における予算執行の情報から算出

(出典) 全国自律連帯金庫 [2]を基に事務局作成

⁹ フランス国民の約 9 割が加入している一般制度では、社会保障中央管理機関が一括して社会保険料等の徴収および管理を行い、給付を担う各部門 (医療保険、労災保険、老齢保険、家族手当) に対して財源を分配している。農業制度および各種の特別制度においても、それぞれ対応する機関が上記の役割を担っている。

¹⁰ 国民議会で議決される、医療保険における年間支出総額の目標 (ONDAM) のうち、医療福祉関係の施設およびサービスの整備に基づく拠出である。

図表 III- 4 個別自律手当制度の財源のうち、全国自律連帯金庫を通じて各県に配分される補助金の財源

拠出金の名称	拠出金の内容
自律連帯拠出金 (CSA) [10]	高齢者および障害者の自律を支援するための財政措置として、2004年の介護制度改革で設置された。事業主は、被用者（一時的な労働者や季節労働者等を含む）の所得の0.3%に相当する額を同拠出金として納付する。
一般化社会拠出金 (CSG) [11]	社会保障目的税であり、所得や老齢年金、失業手当、不動産所得、資産運用による収益、ギャンブルによる収益等に対して一定割合が賦課される。このうち、所得に対する税率は2019年時点で9.2%である。事業主には負担が課されていない。
自律連帯付加拠出金 (CASA) [12]	老齢年金、障害年金、早期退職手当に対して、総収入の0.3%が徴収される。2013年に施行された社会保障財政法によって創設された。

(出典) フランス政府広報 (service-public.fr) 資料等を基に事務局作成

全国自律連帯金庫は、各県に対して個別自律手当の補助金を配分する役割を担っている。補助金の配分においては、個別自律手当の給付に係る補助金を次のAPA1とAPA2の2種類に分け、それぞれについて各県に配分を行っている(図表 III- 5)。APA2は、高齢化社会適応法の施行に伴い、各県で生じる追加の支出分を補てんすることを目的として設置された。

図表 III- 5 個別自律手当の給付に係る補助金の配分方法

項目	APA1	APA2
補助金の性質	居宅手当、施設手当の給付に係る補助金。	居宅手当のうち、要介護者に対する給付上限の引上げや家族等の介護者のレスパイトケアに対する給付等に係る追加の補助金。
支出額	20.3億ユーロ(2018年)	4.5億ユーロ(2018年)
配分の方法	各県における下記の4点を考慮して配分する。 (a) 75歳を超える人口 (b) 個別自律手当の給付額 (c) 税収の潜在力 (d) 積極的連帯手当*受給者数	各県において、2015年比での居宅手当支出額の増加分等を考慮して配分する。

(注) * 日本の生活保護に相当する。

(出典) 全国自律連帯金庫 [13]

(3) 対象者

個別自律手当制度（APA）の対象者は、フランスに居住する 60 歳以上の高齢者であり、身体または精神状態に関する自律の欠如または喪失により行動の責任を負うことができない者である。なお、居住に関しては、フランス国民もしくは日常的にフランスに居住している外国人であり、外国人については住民カードまたは居住許可証を所持していることが条件となる。60 歳未満の障害者には県が運営する別の社会扶助制度（障害補償手当制度：PCH）が適用されるため、個別自律手当制度の対象とはならない。

個別自律手当の受給者数は、2017 年末時点で約 131 万人であり、フランスにおける 60 歳以上人口の約 8%を占める（図表 III- 6）。フランスでは、高齢者人口の増加に伴って個別自律手当の受給者数も緩やかに拡大を続けており、2002 年末時点では約 60 万人であった受給者数が、2017 年末までの 15 年間で 2.2 倍の約 131 万人へ拡大した（図表 III- 7 (A)）。なお、個別自律手当は居宅手当と施設手当に分かれており、受給者の約 6 割（76.9 万人）は居宅手当の受給者である。

受給者数は緩やかに増加しているものの、給付総額は 2009 年から 2015 年の間、約 55 億ユーロで横ばい状態であった（図表 III- 7 (B)）。主な要因として、居宅手当の受給者 1 人当たり平均年間給付額が 2015 年まで減少し続けたことが挙げられる（図表 III- 7 (C)）。フランス調査評価統計局（Drees）の報告書では、原因として年金の給付月額が増加傾向にあることに伴う利用者自己負担の増加に加え、県によっては居宅手当で計上する給付額を 2003 年当時の水準よりも抑制している可能性があることを指摘している。2016 年に施行された高齢化社会適応法では、全国自律連帯金庫（CNSA）に対し、各県の個別自律手当担当部門者が介護予防のための基金会議（後述）と協力して個別自律手当の割当ての好事例を横展開し、公平な給付を保証することが規定された。

図表 III- 6 個別自律手当受給者の状況

(単位：万人)

集計対象	人口*1	受給者数*2	うち	
			居宅手当 受給者数*3	施設手当 受給者数*3
全体（60 歳以上）	1,721.4	131.0 (7.6%)	76.9 (58.7%)	54.1 (41.3%)
うち 65 歳以上	1,314.5	129.0 (9.8%)	75.7 (57.8%)	53.3 (40.7%)
うち 75 歳以上	615.0	115.5 (18.8%)	66.3 (50.6%)	49.2 (37.6%)

(注) *1 2018 年 1 月 1 日時点。海外領土を含む（マイヨット島を除く）。

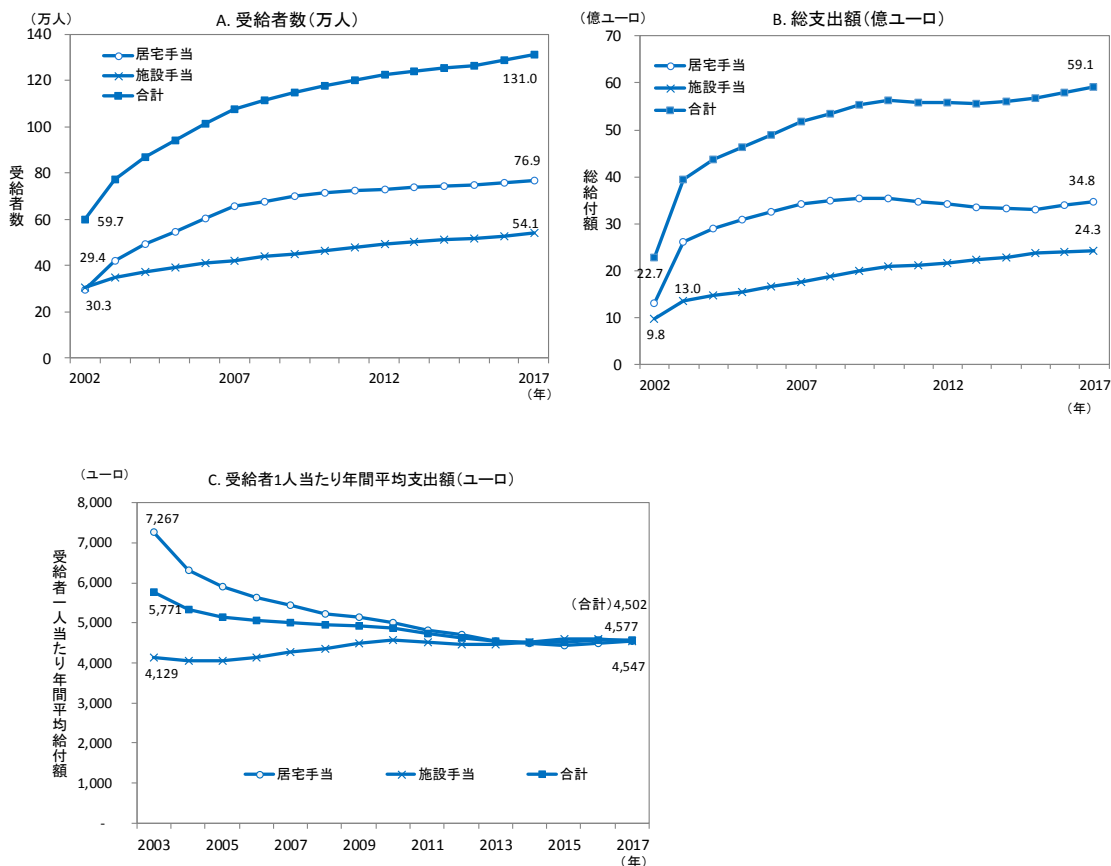
*2 2017 年 12 月末時点。海外領土を含む（マイヨット島を除く）。

括弧内は当該年齢層の人口に占める受給者の割合。

*3 括弧内は受給者数全体（131 万人）に占める割合。

(出典) 国立統計経済研究所 [1]およびフランス調査評価統計局 [14]

図表 III-7 個別自律手当 受給者および受給額の規模*



(注) * 海外領土も含む(ただしマイヨット島は除く)。

(出典) フランス調査評価統計局 [14]

(4) 給付

1) 給付内容

個別自律手当 (APA) の給付に際しては、全国統一の高齢者介護等級評価基準 (AGGIR) による介護等級 (GIR) の評価を行い、それによって給付するか否か、および給付する場合の上限額が設定されている。介護等級は GIR1 (常時介助を必要とする) から GIR6 (自律した高齢者) までの 6 段階に区分されており、このうち GIR1 から GIR4 (日常生活の一部で介助を必要とする) までが手当を受給できる (図表 III-8)。GIR 5~6 の高齢者は、個別自律手当の受給対象ではないものの、市町村や県が主導する生活支援サービスや老齢保険の福祉サービスによって家事支援等が提供される。

介護等級の評価は、コミュニケーションの一貫性や空間的・時間的な認識力、衣類の着脱等、精神および身体的な状況について、図表 III-8 の基準に基づいて判断することが定められている。

図表 III-8 介護等級の評価基準と給付額の上限（2019年時点）

介護等級	評価基準	給付額の上限
GIR 1	<ul style="list-style-type: none"> ● 寝たきりまたは座ったままであり、精神機能にも重篤な障害を有し、介護スタッフによる継続的な援助を必要とする者 ● 終末期で看取りを必要とする者 	1,737.14 ユーロ/月
GIR 2	<ul style="list-style-type: none"> ● 寝たきりまたは座ったままであり、精神機能は完全には損なわれていないものの、日常生活におけるほとんどの活動に対して援助を必要とする者 ● 移動は可能であるものの、精神機能に障害があり、常時見守りを必要とする者 	1,394.86 ユーロ/月
GIR 3	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神的な自律と部分的な運動機能の自律は保持しているものの、日常的に1日数回程度の身体的な介助を必要とする者 	1,007.83 ユーロ/月
GIR 4	<ul style="list-style-type: none"> ● 抱き起こしてもらえれば居宅内を移動することもできるが、排せつや衣服の着脱等の動作に援助を必要とする者 ● 移動上の問題はないが、身体的ケアや食事の介助等を必要とする者 	672.26 ユーロ/月
GIR 5	<ul style="list-style-type: none"> ● 排せつ、食事、掃除等において限定的な介助を必要とする者 	対象外
GIR 6	<ul style="list-style-type: none"> ● 毎日の基本的な動作において自律を維持している者 	対象外

（出典）フランス政府広報（service-public.fr） [15]

給付の内容は、居宅手当と施設手当とで異なる（図表 III-9）。居宅手当の給付の範囲は、社会福祉・家族法典において「医療福祉チームによって策定された、援助プランに記載されている全てのサービスに係る費用」が含まれると規定されている。

図表 III-9 個別自律手当制度の給付内容

居宅手当 [16]	
<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅での支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 介護士等による時間単位での介助 ➢ 食事の配膳、洗濯サービス、移動介助 等 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 介護用具の購入補助 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 車いす、つえ、歩行器、医療用ベッド、移乗用具、失禁用品 等 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 家族等の介護者に対するレスパイトケアに係る支援 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 施設や要介護者受入れ家族での一時受入れに係る費用 	
施設手当 [17]	
<ul style="list-style-type: none"> ● 各施設が設定した介護費（介護等級ごとに異なる）のうち、施設手当の中で規定された自己負担分を差し引いた費用 	

（出典）フランス厚生省資料 [16, 17]を基に事務局作成

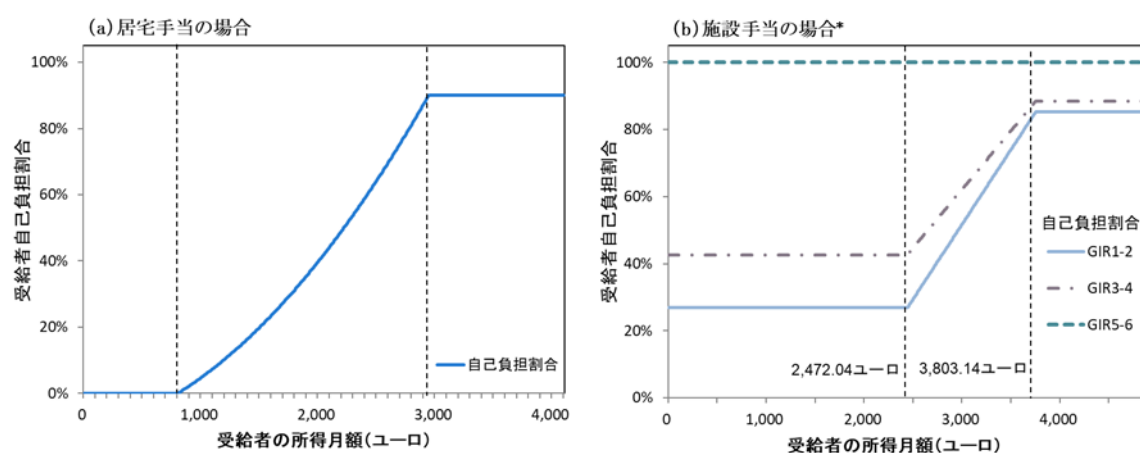
居宅手当の主な給付内容には、介護士等による居宅での支援（身体介助、家事支援等）、介護用具の購入等の補助およびレスパイトケアに係る支援がある。なお、援助プランは介護等級ごとに定められた給付額の上限を上回らないように策定される。ただし、2016年に施行された高齢化社会適応法に伴い、家族等の介護者に対するレスパイトケアや入院等に対処する際には、一時的に別途法律で定められた範囲まで上限を上回る給付が認められるようになった。居宅での医師等による診察、訪問看護サービス、衛生用品の購入等には医療保険が適応される。

施設手当の場合は、施設における介護費のみが給付の対象となり、滞在費は原則、給付の対象外である¹¹。なお、施設における医師の診察や医療的ケア等については医療保険が適応される。

個別自律手当の自己負担については、受給者の所得水準に応じて変動する自己負担率が適用される仕組みとなっている（図表 III-10）。

居宅手当では、受給者の所得月額が 810.96 ユーロ以下の場合には受給者の自己負担は発生しないが、所得月額が 810.96 ユーロを超える場合は、所得月額に比例した自己負担比率に従い介護費の最大 90%（所得月額 2,986.58 ユーロを超える場合）を自己負担する。施設手当の自己負担は、受給者の所得水準にかかわらず最低でも介護等級が GIR5～6（軽度）の利用者と同額の介護費を支払う。これに加えて受給者の所得月額が 2,472.04 ユーロを超える場合、当該受給者の介護等級別の介護費から GIR5～6 の介護費を差し引いた費用のうち、所得に比例した自己負担比率に従い最大 80%（所得月額が 3,803.14 ユーロを超える場合）を負担する。

図表 III-10 利用者自己負担の水準



(注) * 以下の仮定の下に算出した：

¹¹ 滞在費については、以下の制度による補助が受けられる。
 ・滞在費扶助制度（ASH）：65歳を超えており、滞在費を支払えるだけの貯蓄がない等、一定条件に該当する者に対して県が支給。
 ・居住費個別補助（APL）／社会的居住費補助（ALS）：家族手当の一部として支給。APLは県と契約を締結している施設が対象で、ALSはそれ以外の施設が対象。

- GIR5～6 の場合、施設における 1 日当たり介護費は 5.5 ユーロ
- GIR3～4 の場合、施設における 1 日当たり介護費は 12.9 ユーロ
- GIR1～2 の場合、施設における 1 日当たり介護費は 20.5 ユーロ

(出典) フランス調査評価統計局 [14]

2) サービス提供

居宅手当では、医療福祉チームが策定した援助プランに基づくサービスが給付される。2016 年時点では、介護士やホームヘルパー等による居宅での支援に係る報酬が居宅手当の給付額の 9 割以上を占めた。居宅での支援は、サービス時間単位や日単位で報酬が支払われる。サービス実施者は、利用者が直接雇用する方式、契約したエージェントに所属する実施者を選ぶ方式、ニーズに合わせて派遣してもらう方式等から利用者が選択する [18]。なお、2016 年時点ではニーズに合わせて派遣してもらう方式が給付額の 8 割を占めていた [14]。

施設手当の対象となるのは、要介護高齢者居住施設 (EHPAD) と長期療養ケア施設 (USLD) の 2 種類で、どちらの施設においても、施設と連携する医師や看護チームにより、介護サービスに加えて施設内で医療的なケアも提供されている。要介護高齢者居住施設には、要介護高齢者が各施設と契約を締結して入居するが、長期療養ケア施設は病院機能の一つとみなされているため、直接入院するには医師による紹介が必要となる点が異なる (図表 III-11)。

図表 III-11 施設手当の対象となる施設の概要とサービス内容

要 介 護 高 齢 者 居 住 施 設	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ● 60 歳以上であり、日常的に支援や治療が必要となる者。 アルツハイマー病患者の受入れ体制を整えた施設も存在する。
	施設数	7,400 施設、600,380 室 (2015 年) [14]
	サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 下記をはじめとする生活支援： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 滞在時の生活に係る備品や設備の管理等 (浴室、トイレ、テレビ、電話の設置、室内および共用スペースの清掃、インターネットへのアクセス等) ➢ 食事提供サービス ➢ 洗濯サービス ➢ レクリエーション 等 ● 施設の看護チームによる検査や服薬管理 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 施設と連携する医師による、利用者のかかりつけ医との連携や専門医への紹介 ● 利用者は滞在費および介護費を施設に支払う。なお、滞在費、介護費ともに施設によって料金設定が異なる。

図表 III-11 施設手当の対象となる施設の概要とサービス内容（続き）

	サービス内容 (続き)	<ul style="list-style-type: none"> ● 例) パリ市モントルイユ街の EHPAD <ul style="list-style-type: none"> ➤ 滞在費：100 ユーロ／日（個室） ➤ 介護費： <ul style="list-style-type: none"> ◇ GIR1～2：23.13 ユーロ／日 ◇ GIR3～4：14.68 ユーロ／日 ◇ GIR5～6：6.23 ユーロ／日
長期療養ケア施設	対象者	<ul style="list-style-type: none"> ● 60歳以上かつ継続的な監視を必要とする重度の要介護高齢者を対象としており、通常、退院直後の患者や回復期でリハビリテーションを必要とする患者等が利用する。 ● 自宅から直接入院するには、医師による紹介が必要になる。 ● 要介護高齢者居住施設と比較して、より医療的なケアの必要性が高い高齢者が対象となる。
	施設数	● 596施設、33,860室（2015年） [14]
	サービス内容	● 要介護高齢者居住施設と同様、医療的なケアと介護サービスが含まれる。ただし、医療必要度の高い利用者が多い。
	料金	● 滞在費（食費を含む）および介護等級別の介護費を支払う必要がある。

（出典）全国自律連帯金庫 [19, 20]等を基に事務局作成

3) 実施職種

高齢者の介護に従事する者が保有する主な国家資格としては、生活指導介護士（DEAES）、医療系介護士（DEAS）、補足的居宅ヘルパーがある。これらの職業資格はいずれも中等教育レベル（レベルV）の国家資格であった。給与水準は、本調査で調査した範囲ではいずれの資格も1,500～2,000ユーロ／月程度が一般的であった。

また、ソーシャルワーカーの業務を実施するには、通常、準学士レベル（レベルIII）の国家資格である社会サービス支援士の資格を取得している必要がある。ソーシャルワーカーは、県や市町村等の自治体や中央政府、病院、介護施設等で活動しており、フランス調査評価統計局の調査によると、2011年時点では全国で3万3,500人の有資格者が活動していた。同有資格者の給与水準は、本調査で調査した範囲ではいずれも1,600～2,700ユーロ／月程度であった。

なお、2019年時点における全産業の労働者の最低水準賃金¹²は1,521.22ユーロ／月、所得中央値¹³は1,794ユーロ／月 [21]、1人当たり平均月収は2,633ユーロ [22]であった。これに対し、居宅で介護に従事する労働者の所得中央値は1,370ユーロ／月と低い水準である [21]。

¹² 18歳以上の労働者が週35時間のフルタイム労働をする場合の最低時給労働法に定められている支給額（salaire minimum de croissance:SMIC）。

¹³ 所得額から税金、社会保障費等を差し引いた分を指し、単身世帯を想定して換算されている（niveau de vie median）。

図表 III-12 主な介護サービス実施職種の資格、要件等

職種	職務の内容等	資格の有無、要件
生活指導介護士 (DEAES)	<ul style="list-style-type: none"> ● 自宅、施設や学校の環境において、他の関連する専門職との連携を行いつつ、高齢者や障害者に対する日常生活の支援を目的とした活動を行う。 ● 通常、居宅、施設（EHPAD等）、小児の3種類の専門分野から1分野を選択する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 国家資格（レベルV） ● 資格の取得には840時間の実地研修を含む合計1,365時間の教育を必要とする。
医療系介護士 (DEAS)	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者や障害者の健康の維持・回復のために、病院や介護施設、居宅等の環境において、看護師の指導の下で予防的、治療的ケアおよび緩和ケアに従事する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 国家資格（レベルV） ● 計10カ月間の教育（うち座学17週間および24週間のインターンシップ）を必要とする。
補足的居宅ヘルパー (MCAD)	<ul style="list-style-type: none"> ● 居宅の環境で、高齢者や障害者およびその家族等と連携し、日常生活における活動を支援する。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 国家資格（レベルV） ● 居宅での支援に関して、16週間の実地研修を含む1年間の教育を必要とする。
社会サービス支援士 (DEASS)	<ul style="list-style-type: none"> ● 公共部門や病院等の環境において、ソーシャルワーカーとして、高齢者や障害者の社会的、経済的、心理的な課題に対処するために、必要な助言や情報提供等を行う。 ● 個別自律手当制度では、県の医療福祉チームの構成員となる。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 国家資格（レベルIII） ● 最低3年間の教育を必要とする。

（出典）事務局作成

(5) 利用方法

個別自律手当（APA）を受給するまでの手続きは、居宅手当と施設手当とで申請方法や介護等級（GIR）の評価者等が異なる。介護等級の評価を受ける前に、自宅や受入れ家族の家庭、または施設手当の基準を満たさない高齢者施設¹⁴に住んでいる場合は居宅手当を申請し、施設手当の基準を満たす施設と契約し入居している場合は施設手当を申請する（図表 III-13）。

¹⁴ 自律的居住施設、居住サービス施設のほか、施設手当の対象となる施設基準の25床以上の居住スペースを持たない要介護高齢者居住施設や長期療養ケア施設も含まれる。

図表 III-13 個別自律手当の給付までのプロセス

居宅手当の場合		施設手当の場合	
状況	<ul style="list-style-type: none"> 自宅、または受入れ先家族の家庭で暮らしている。 施設手当の対象とならない施設に入居している。 	状況	<ul style="list-style-type: none"> 要介護高齢者居住施設と契約し、入居した。 医師の紹介により、介護ケア施設に入院した。
申請	<ul style="list-style-type: none"> 申請者は、所定の受給申請書類に記入した上で、県の窓口へ提出する。 	評価	<ul style="list-style-type: none"> 当該施設と連携している医師が、利用者の入居時（もしくは入院時）に介護等級の評価を実施する。 ※個々の入居者に対する介護等級の評価は、施設手当の管理と検証の目的のために県の医師および地域圏保健局(ARS)の医師に送付される。
評価	<ul style="list-style-type: none"> 県の医療福祉チームのメンバーが申請者の自宅を訪問し、申請者の介護等級の評価、および生活状況の調査を実施する。 医療福祉チームは、訪問後に下記の作業を行う。 <ul style="list-style-type: none"> （介護等級GIR1～4の場合）援助プランを策定し、申請者に提案する。 （介護等級GIR5、6の場合）生活状況に関するアドバイス等を含む訪問レポート(compte-rendu de visite)を申請者に送付する。また、年金保険金庫や県が運営する生活支援サービスを案内する。 	申請	<ul style="list-style-type: none"> 当該施設が包括的な施設手当を受けている施設であり、かつ申請者が以前暮らしていた県と同じ県に存在している場合： <ul style="list-style-type: none"> 個別の申請者に対して県に申請する必要はなく、入居とともに自動的に給付される。 それ以外の場合： <ul style="list-style-type: none"> 申請者は、所定の受給申請書類に記入した上で、県の窓口へ提出する。
審査、認定	<ul style="list-style-type: none"> 県議会議長は、医療福祉チームによる説明に基づき、給付の可否および給付金額を決定する。 	審査、認定	<ul style="list-style-type: none"> 県議会議長が給付の可否を判断する。

(出典) 事務局作成

居宅手当の場合は、給付を希望する高齢者が県の窓口へ申請書を提出し、県の医療福祉チームによる介護等級の評価等を受ける。申請者の介護等級が軽度（GIR5～6）である場合、訪問調査の結果を基に生活状況に対するアドバイスを含む訪問レポートを申請者に送付し、必要に応じて市町村や老齢保険金庫等が運営する生活支援サービスを案内する。介護等級の評価を行う医療福祉チームは、介護等級が給付対象となる GIR1～4 の場合に要介護者や家族等の介護者のニーズを踏まえて援助プランを提案することが法律で定められている（社会福祉・家族法典 L. 232-3 条および L. 232-6 条）。援助プランは、日本の介護保険制度における居宅サービス計画（ケアプラン）と同様、個々の要介護者に対して提供される介護サービスの内容を規定する役割を果たす。なお、援助プランの策定に際して受給者への負担は課されていない。

施設手当の場合は、施設と連携する医師が全ての利用者に対して入居時に介護等級の評価を行う。

なお、居宅手当、施設手当のいずれにも、緊急性を要する要介護高齢者に対しては、各県の県議会議長の判断により、介護等級を決定する前に一定額を給付する規定が存在する¹⁵。

¹⁵ 介護等級を決定する前に一定額を給付する規定について、2019年時点では、居宅手当では 868.57 ユーロ/月、施設手当では GIR1～2 の利用者に対して施設が設定した介護費の 5 割が暫定的に給付される。

3. 公的介護制度における各種課題および状況

(1) 介護予防の取組み

日本と異なり、介護予防サービスは公的介護制度である個別自律手当制度（APA）の給付対象とはなっていない。ただし、軽度の介護等級（GIR5～6）と判定された高齢者に対しては、老齢保険金庫や自治体（市町村、県）において、生活支援サービスを提供している。

老齢保険金庫では、軽度の支援が必要な高齢者に対し、買い物や家事、配食サービス、遠隔での支援等のサービスおよび居宅に係る相談や財政支援等のサービスを提供している [23]。また、自治体では、社会福祉活動の一環として光熱費等やデイケア、施設での一時受入れ等のサービスに係る費用の援助等を独自に実施している [24]。

これらに加えて、2016年に施行された高齢化社会適応法では、さまざまな関係者や社会資源を連携・関与させ、高齢者に対する介護予防体制を構築することに重点が置かれることとなった。特に、同法では介護予防計画の策定と実施に際して県の役割が強調されており、各県内の関係者が連携して高齢者に対して介護予防活動を実施していくために、県が主体的に介護予防のための基金会議（以下、「基金会議」）を設置することが義務付けられた。

上記の基金会議は、県単位で集团的・個別的な介護予防プログラムの策定や資源の調整等を担う会議体であり、構成員には下記の組織の代表者を含むことが法律で規定されている：

- 県議会議長
- 地域圏保健局（ARS）の局長もしくはその代理者
- 県内の自治体および公的機関の代表者
- 一般制度の老齢保険金庫および医療保険金庫の代表者
- 補足的年金制度連合（ARRCO）の代表者
- 全国住宅事業団（ANAH）の県代表
- 共済組合の代表者

県議会議長および地域圏保健局長は、それぞれ同会議の議長、副議長となって会議を主導する。県議会議長は年に1回、会議の活動レポートおよび活動内容についてのデータを全国自律連帯金庫（CNSA）等に提出することが義務付けられている。

県では、基金会議で討議された内容に従って地域の高齢者に対する介護予防プログラムを策定する。県が策定する介護予防プログラムの対象者は、個別自律手当の受給者も含む¹⁶全ての60歳以上の高齢者と家族等の介護者である [25]。これらの介護予防活動に対しては、全国自律連帯金庫から各県に補助金が配分されて

¹⁶ 県の介護予防活動に係る支出のうち、最低40%は個別自律手当の基準を満たさない高齢者を対象とすることが法律で規定されている（社会福祉・家族法典 L. 233-2条）。

いる。介護予防に係る全国自律連帯金庫から県への 2018 年の補助金は、予防活動に約 1 億 4,000 万ユーロ、自律パッケージに 4,000 万ユーロであった [25]。

また、各県の基金会議で策定・運用される介護予防プログラムは図表 III-14 に挙げた国家的な予防戦略をカバーする必要がある [26]。

図表 III-14 基金会議で策定する介護予防プログラムの内容

居宅サポートに関する介護支援機器へのアクセスおよび個別的な技術支援の向上	
<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者や障害者、介護者を支援する機器、ソフトウェア等の購入や貸与に際して援助を行う。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 技術支援の対象となる介護支援機器には、医療保険の償還対象となっている介護支援機器等のほか、自宅での自律的な生活を可能にし、かつ社会的なつながりを維持するための情報通信技術（ICT）、遠隔での支援、自宅のオートメーション等が含まれる。 ● 介護予防プログラムの事例： <ul style="list-style-type: none"> ➢ モニタリングおよび適切な技術支援と連動した包括的な作業療法サービスの実施（イゼール県） [27] ➢ 高齢者およびその家族等の情報を市町村間で共有するツールの開発。居宅または施設における孤立防止プロジェクトの支援。高齢者の権利意識の改善、行政手続きの簡素化等（コート・ダルモール県） [28] 	
自律的居住施設*1の居住者に対する介護予防活動の提供	
<ul style="list-style-type: none"> ● 自律的居住施設では、県の管理の下で居住者に対して自己負担なしで介護予防プログラム（「自律パッケージ」と呼ばれる）を提供する。 ● 自律パッケージとして行われるプログラムには、例として下記が含まれる： <ul style="list-style-type: none"> ➢ セーヌ川でのランチクルーズ（パリ郊外ヌイイ・シュル・マルヌの施設） ➢ 温泉のサービス（アンギャン・レ・バンの施設） ➢ その他、美術館への旅行や国内観光等 ● 県では、自律的居住施設に対して自律パッケージに係る予算を割り当てる（予算の一部は全国自律連帯金庫から各県に配分される）。 	
家事援助・サポートサービス（SAAD）*2による介護予防活動の連携、支援	
<ul style="list-style-type: none"> ● 家事援助・サポートサービスでは、地域における高齢者の自律状況を把握し、包括的な介護予防活動のプロセスの中で各ステークホルダーを結び付ける役割を果たす。 	
多目的居宅援助・ケアサービス（SPASAD）*3による介護予防活動の連携、支援	
<ul style="list-style-type: none"> ● 多目的居宅援助・ケアサービスによる、集団的・個別的な介護予防活動を支援する。 	

図表 Ⅲ-14 基金会議で策定する介護予防プログラムの内容（続き）

家族等の介護者へのサポート
<ul style="list-style-type: none"> ● 家族等の介護者に対し、情報提供や訓練、集団的・個別的な支援等を提供する。 ● 家族等の介護者に対する支援の事例： <ul style="list-style-type: none"> ➢ 介護職および家族等の介護者の訓練（ジュラ県） [29] ● 介護に係る負担が大きい状況に陥っている家族等の介護者の特定（コート・ダルモール県） [28]
その他の集団的介護予防活動の開発
<ul style="list-style-type: none"> ● 国による公表データ、および県による分析から認識したニーズを基に、集団的な介護予防活動を開発する。 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 虚弱者や生活基盤が脆弱な者が可能な限り長期にわたり良好な健康状態で過ごせることを目的としている。 ● 介護予防活動の効率性も考慮に入れつつ、最善の介護予防活動を選択する。フランス公衆衛生局による介護予防介入のレビューも参考にする。

（注）*1 自律的居住施設（résidence - autonomie）とは、60歳以上で自律を維持している高齢者（通常、介護等級がGIR 5または6）を対象とした永住の居住施設を指す。高齢化社会適応法により、それまで（高齢者向けの）居住施設（logement - foyer）と呼ばれていた施設の名称が改められ、かつ介護予防活動の提供や施設基準、実施サービス基準等が新たに定義された（社会福祉・家族法典 D. 312-159-5条）。

*2 民間や公立の居宅介護提供組織であり、日常生活や家事のサポート、介護予防や自律支援活動等を通して虚弱な高齢者等をサポートする [30]。

*3 要介護者のさまざまな医療・介護ニーズを満たすために多目的の在宅医療と生活支援サービスを提供するチームであり、県および地域圏保健局の認可に基づいて活動する [30]。

（出典）社会福祉・家族法典 第2巻3編3章「介護予防」（L.233-1～6条）、および全国自律連帯金庫 [26]等を基に事務局作成

（2）新規技術の導入促進政策、導入状況

フランスでは、高齢者の生活の質改善、自律の維持・支援に係る市場、経済活動等がシルバー・エコノミーと総称されており、2000年代以降、市場の創出・拡大や技術開発のための環境整備やさまざまな関係者間の連携が進められてきた [31]。

2016年に施行された高齢化社会適応法では、シルバー・エコノミーの発展や技術的な進歩と関連して、特に介護等級が中等度（GIR4）から軽度（GIR5～6）の高齢者や居宅の要介護高齢者に対して自律支援のための技術（補助的な機器による支援、遠隔支援、高齢者向けの住宅開発、自宅のオートメーション（自動化））、

集団的な予防活動等を積極的に取り入れていくことが強調された¹⁷。同法で規定された主な施策の内容は図表 III-15 の通りである。

図表 III-15 介護または介護予防と関連する新規技術の開発・導入促進に向けた施策

法令および条項	施策の内容
社会福祉・家族法典 L. 14-10-1 条	<ul style="list-style-type: none"> ● 「全国自律連帯金庫は、高齢者や障害者の自律向上を目的とする技術支援に関する技術革新、情報、アドバイスに役立つシステムの試験運用を行い、利用者のニーズや質、提供条件の公平性の観点から評価を行う」
社会福祉・家族法典 第 3 章（介護予防） L. 233-1 条	<ul style="list-style-type: none"> ● （各県の介護予防プログラムにおいて）「全国自律連帯金庫による上記の評価を考慮し、居宅サポートに適した機器および個別的な技術支援へのアクセスを改善する」 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 例えば、所得水準が低い高齢者に財政支援を行うことにより、高齢者に対して居宅での支援に適した機器や技術支援、遠隔支援サービス等を提供する [32]。

（出典）高齢化社会適応法および関連する法律等より事務局作成

(3) 介護の質向上への取組み

フランスでは、福祉施設、医療福祉施設または居宅サービス事業者が県と複数年契約¹⁸を結ぶ際に、国が定めた標準的な方法で活動やサービス提供についての評価を実施することが法律上義務付けられている（社会福祉・家族法典 L.312-8）。評価は、施設内部と高等保健機構（HAS）によって認可された外部組織の双方で実施され、サービスの継続的な向上につなげることを目的としている [33]。また、上記の評価においては高等保健機構が策定した推奨事項を考慮することが規定されている（社会福祉・家族法典 付則 3-10）。

また、全国自律連帯金庫（CNSA）では、介護に係る補助金の配分や個別自律手当（APA）の給付に係るニーズの評価、介護予防活動の状況把握等の側面で、質向上や標準化を目的としてさまざまな取組みを行っている。社会福祉・家族法典で規定されている全国自律連帯金庫の役割のうち、上記の側面での質向上・標準化に関する規定は下記の通りである。

- 医療福祉サービスに係る知見の向上とニーズの分析に貢献するために、あらゆる障害を考慮に入れ、財源分配の公平性を確保する（L. 14-10-1 条第 2 項）。
- 技術的な専門知識を活用し、障害や要介護の程度、家族等の介護者の状況やニーズ等を評価するための全国標準に関する提案を行う（L. 14-10-1 条

¹⁷ 高齢化社会適応法 前文第 2 項の添付レポート（政策の意義に関するレポート）

¹⁸ 福祉施設、医療福祉施設および居宅サービス事業者と行政との契約形態の 1 つで、「目標と手段の複数年契約」と呼ばれる（社会福祉・家族法典 L.313-11）。

第3項)。

- 高齢者と障害者の自律を改善することを目的とした技術支援に関し、技術革新や情報集積、技術的な助言に寄与するための試行プログラムを実施する (L. 14-10-1 条第5項)。
- 個別自律手当や基金会議における個別のニーズ評価や援助プランの作成、給付管理に関する好事例を全国に横展開し、県間での給付プロセスの公平性を確保する (社会福祉・家族法典 L. 14-10-1 条第6項)。

また、各県における基金会議の活動状況についても、全国自律連帯金庫は各県から提出される活動レポート等を通じて把握する役割が規定されている (社会福祉・家族法典 L. 233-4 条)。

(4) 認知症施策との関係

フランスでは、2001年10月、他のヨーロッパ諸国に先んじて認知症に関する国家計画が策定された(アルツハイマー病および関連疾患計画(第1期)) [34, 35]。フランスにおいて比較的早くから認知症対策が進められた背景として、1990年代末時点ではフランス国内に50万人以上の認知症患者がいると推計されており、さらなる高齢化を見込んで危機感が高まっていたことが挙げられている [36]。

同計画に伴い、認知症の早期診断と治療を行う認知症外来が全国の400カ所の病院および認可を受けた診療所の医師により提供されることになった。また、全国27カ所の基幹病院内に、高度かつ専門的な診断や管理を担う認知症資源研究センターが設置された。さらに同計画には、個別自律手当 (APA) の給付において認知症要介護者のニーズに即した介護等級 (GIR) の判定基準の策定や、一時受入れ施設へのアクセス向上、老齢保険金庫を通じた専門職による家族等の介護者へのサポート等も盛り込まれた。

同計画は2004年(第2期)および2008年(第3期)に改定された後、2014年からはパーキンソン病や多発性硬化症等も包含した「神経変性疾患計画(2014~2019年)」 [37]に継承されて現在に至る。第2期(2004~2007年)では、認知症外来や認知症資源研究センターの整備・拡充や介護施設に従事するスタッフの増加が図られたことに加え、アルツハイマー病患者のニーズ評価や疾患の適切な管理を目的として、専門職に向けた教育ツールが開発された。

第3期(2008~2012年)では、アルツハイマー病や関連疾患に対するケースマネジメントの手法である MAIA が開発され¹⁹、アルツハイマー病患者等に対して必要に応じた治療や介護を提供するための窓口となる機能が整備された [38]。また、アルツハイマー病患者に対する診断と診療行為のデータを登録し、国家的な

¹⁹ 自律分野における支援サービスとケアサービスの統合のための行動手法。全国自律連帯金庫のホームページでは、アルツハイマー病だけではなく、要介護状態にある高齢者に対して広く適応されるケースマネジメント手法として紹介されている。

データベースとして一元的に管理する仕組みも構築された²⁰ [39]。

2014年に発表された神経変性疾患計画（2014～2019年）では、計画の対象となる疾患が拡充されたことに加え、重点を置く施策として診断や治療へのアクセスのさらなる向上や、患者や家族の生活の質向上、神経変性疾患に関する研究の促進等が盛り込まれた [40]。具体的な施策には、作業療法士や介護士等からなるアルツハイマー病特別チーム²¹の全国展開や、MAIAの対応拠点増設、介護休暇に対する補償制度等の利用率向上、神経変性疾患に関する臨床的・社会的な研究や技術革新の効果に関する研究の促進等が盛り込まれている。

(5) その他の改革や議論の動向

フランスの人口に占める65歳以上の割合は、2000年から2009年の間は上昇が緩やかで15.8%から16.5%へ0.7ポイント増であった。しかし、2010年代に入ると高齢化の進展が顕著になり、2019年の推定では20.1%へと上昇した。また、高齢者の中でも個別自律手当（APA）の受給者となる割合が高まる²²75歳以上の人口は、2040年までに2015年比で5.5ポイント増の14.6%に上り、85歳以上の高齢者人口は2050年までに500万人に達すると予測されている [41]。

こうした高齢化の進展に対して、フランスでも日本と同様に介護労働力不足が深刻な問題となりつつある。こうした中、2019年10月にフランス厚生省は介護職の現状分析と、今後労働力をどう確保していくかについてのアクションプランをまとめた「高齢化と自律」と題する調査レポートを発表した [21]。

同レポートの中では、介護職の現状として以下の点が問題として挙げられている。

- 生活指導介護士（DEAES）と医療系介護士（DEAS）の給与が最低賃金またはそれ以下のレベルであり、キャリアを重ねても給与の上昇率が低い。また、これにより、介護職の貧困率は全産業平均の6.5%に比べて17.5%と高い。
- 介護職の魅力が低く、就業後6年以内に25%が離職している。
- 人員の不足により労働環境が悪化しており、勤務中の事故や職業病により心身を病む確率が国の平均値に比べて3倍高い。
- 特に若年層の間で介護職の実態が知られておらず、職業の選択肢としてあまり考慮されない。

同レポートでは、上記の問題点に対する国や地方の取組みが不十分で目立った

²⁰ 全国アルツハイマーデータバンクを指す。第3期計画（2008～2012年）に基づき、2009年に創設された。全国の認知症外来、認知症資源研究センターおよび独立の専門医が参加し、患者の基本情報に加え、介護給付の受給状況や診断結果、診療行為に関する情報を収集している。

²¹ 在宅や介護施設において、初期から中期段階の認知症患者に対してリハビリの実施や介護者に関する支援等を行う。同チームによる介入を受けるには医師の処方が必要とする。

²² 2017年時点で人口に占める個別自律手当受給者の割合は75～79歳で6%、80～84歳で13%、85～89歳で27%、90～94歳で48%、95歳以上で74%であった。

成果を挙げられていない点や、介護職に関する職能団体が 7 つも存在する等細分化され、効果的な活動をできていない点も指摘している。

こうした現状を受け、同レポートには以下の 5 点を軸としたアクションプランを発表し、その実行に向けて年間 8 億 2,500 万ユーロの予算を投じることも盛り込まれた。

- 介護職の労働条件を増員と賃金増の両面から向上させる。
 - 2024 年までの 5 年間に毎年 1 万 8,500 人の介護職を増員する。
 - 2021 年以降、介護職の賃金を最低賃金以上の水準へ引き上げる。
- 介護職の労働の質を高めるため、勤務中の事故等を削減する。
- 介護職の教育環境を改善し、介護職に対するイメージを改善する。
- 介護職に関する職能団体の改革を行う。
- 県や地域を超えて全国的に介護職の流動性を高めるための取組みを強化する。

引用文献

- [1] Insee, Estimation de population au 1er janvier 2019 : Séries par région, département, sexe et âge de 1975 à 2019, 15 1 2019. [Online]. Available: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>. [Accessed 17 10 2019].
- [2] CNSA, Rapport annuel 2018, 7 2019. [Online]. Available: https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_ra_2018-accessible.pdf. [Accessed 17 10 2019].
- [3] Direction de la Sécurité sociale, Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2018, Édition 2019, 2019. [Online]. Available: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2019/CHIFFRES%20CLES%202019.pdf>. [Accessed 28 11 2019].
- [4] N. Morel, Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: the case of long-term care, in *The policies of post-industrial welfare states*, Routledge, 2006, pp. 227-247.
- [5] K. Chevreul and K. B. Brigham, Financing long-term care for frail elderly in France: The ghost reform, *Health Policy*, vol. 111, pp. 213-220, 2013.
- [6] A. Weber, Regards sur l'APA trois ans après sa création, *Données sociales - La société française*, édition 2006, 1 5 2006. [Online]. Available: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1371943/donsoc06zo.pdf>. [Accessed 6 11 2019].
- [7] B. Le Bihan, France anticipates ageing society through new piece of legislation, *ESPN Flash Report*, vol. 18, 2016.
- [8] Ministère des Solidarités et de la Santé, [Online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/reforme-de-l-apa-allocation-personnalisee-d-autonomie-a-domicile>. [Accessed 4 2 2020].
- [9] OFGL, Rapport de l'Observatoire des finances et de la gestion publique locales : Les finances des collectivités locales en 2019, 7 2019. [Online]. Available: https://www.collectivites-locales.gouv.fr/files/files/statistiques/brochures/ofgl2019_publication_globale_0.pdf. [Accessed 17 10 2019].
- [10] Service-Public-Pro.fr, 17 4 2019. [Online]. Available: <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32872>. [Accessed 17 10 2019].
- [11] DILA, 1 2 2019. [Online]. Available: <https://vie-publique.fr/fiches/21973-contribution-sociale-generalisee-csg-taux>. [Accessed 13 11 2019].
- [12] Service-Public.fr, 4 2 2019. [Online]. Available: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F31408>. [Accessed 17 10 2019].

- [13] CNSA, 4 4 2019. [Online]. Available: <https://cnsa.fr/budget-et-financement/concours-aux-departements/concours-allocation-personnalisee-dautonomie>. [Accessed 13 11 2019].
- [14] Drees, L'aide et l'action sociales en France - édition 2018, 30 10 2018. [Online]. Available: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2018>. [Accessed 17 10 2019].
- [15] Service-Public.fr, 11 4 2018. [Online]. Available: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>. [Accessed 17 10 2019].
- [16] Ministère des Solidarités et de la Santé, 16 4 2016. [Online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile>. [Accessed 17 10 2019].
- [17] Ministère des Solidarités et de la Santé, 26 4 2016. [Online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-en-etablissement>. [Accessed 17 10 2019].
- [18] CFDT Retraités, 27 4 2018. [Online]. Available: <https://www.xn--cfdt-retraits-mhb.fr/32-Les-modes-d-intervention-pour-les-services-a-domicile>. [Accessed 13 11 2019].
- [19] CNSA, 12 1 2015. [Online]. Available: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-usld-unites-de-soins-de-longue>. [Accessed 13 11 2019].
- [20] CNSA, 12 1 2015. [Online]. Available: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un-etablissement-medicalise/les-ehpad>. [Accessed 13 11 2019].
- [21] Ministère des Solidarités et de la Santé, Rapport El Khomri : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge, 29 10 2019. [Online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/personnes-agees/article/rapport-el-khomri-plan-de-mobilisation-nationale-en-faveur-de-l-attractivite>. [Accessed 03 02 2020].
- [22] ACOSS, ACOSS STAT No 287, 6 2019. [Online]. Available: <https://www.acoss.fr/home/observatoire-economique/publications/acoss-stat/2019/acoss-stat-n287.html>. [Accessed 13 2 2020].

- [23] CNSA, 22 11 2016. [Online]. Available: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/les-aides-des-caisses-de-retraite/facile-a-lire>. [Accessed 13 11 2019].
- [24] CNSA, 12 1 2015. [Online]. Available: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/beneficier-daides/les-aides-domicile/les-aides-extralegales-des-mairies-ou-des-conseils-departementaux>. [Accessed 13 11 2019].
- [25] CNSA, 1 3 2019. [Online]. Available: <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/conference-des-financeurs>. [Accessed 17 10 2019].
- [26] CNSA, Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie: Guide technique - seconde édition, 6 2019. [Online]. Available: https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_dgcs_guide_technique_seconde_edition_vf.pdf. [Accessed 17 10 2019].
- [27] Département de l'Isère, Programme coordonné pluriannuel 2017 - 2021, 2017. [Online]. Available: <https://www.isere.fr/sites/default/files/programme-coordonne-2017-2021.pdf>. [Accessed 17 10 2019].
- [28] Département des Côtes d'Armor, L'Autonomie en actions, Conférences des financeurs: Vers une dynamique territoriale de prévention, 6 2018. [Online]. Available: https://cotesdarmor.fr/sites/default/files/2018-06/conference-des-financeurs_0.pdf. [Accessed 17 10 2019].
- [29] Département du Jura, Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, 11 5 2018. [Online]. Available: <http://www.jura.fr/wp-content/uploads/2018/04/Re%CC%80glement-appel-a%CC%80-projets-2018-2019.pdf>. [Accessed 26 11 2019].
- [30] Ministère des Solidarités et de la Santé, [Online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/article/aides-et-soins-a-domicile>. [Accessed 18 11 2019].
- [31] Ministère de l'Économie et des Finances, 14 11 2017. [Online]. Available: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/silver-economie-definition>. [Accessed 19 11 2019].
- [32] B. Le Bihan and A. Sopadzhyan, Country report, France :Quality and cost-effectiveness in long-term care and dependency prevention, 11 2017. [Online]. Available: https://1d520973-35f0-4e46-8af0-304ac08d8794.filesusr.com/ugd/442c21_1248c8d9e1be47b791fd1254c2fb31d8.pdf. [Accessed 28 10 2019].
- [33] HAS, 3 4 2018. [Online]. Available: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838131/fr/l-evaluation-des-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms. [Accessed 27 11 2019].

- [34] K. Saad, 39. The international challenge of dementia, in *Dementia*, Fifth edition, D. Ames, J. T. O'Brien and A. Burns, Eds., Boca Raton, FL: CRC Press, 2016, pp. 402-410.
- [35] Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé, Secrétariat d'état aux Personnes Agées, Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées, 10 2001. [Online]. Available: <https://www.alzheimer-europe.org/content/download/32072/218605/file/1st%20French%20Alzheimer%20Plan%202001-2005.pdf>. [Accessed 23 10 2019].
- [36] Amieva, H. et al., *Maladie d'Alzheimer: enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux*, 2007. [Online]. Available: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Sommaire.html>. [Accessed 1 11 2019].
- [37] Stratégie Nationale de Sante, Plan Maladies Neurodégénératives, 2014-2019, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Paris, 2014.
- [38] CNSA, Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012, 1 2 2008. [Online]. Available: https://www.cnsa.fr/documentation/plan_alzheimer_2008-2012-2.pdf. [Accessed 28 11 2019].
- [39] BNA, [Online]. Available: <http://www.innovation-alzheimer.fr/bna-fr/>. [Accessed 23 10 2019].
- [40] Ministère des Solidarités et de la Santé, Neurodegenerative Diseases Plan 2014-2019 (Press Pack), 8 11 2014. [Online]. Available: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/french_neurodegenerativediseasesplan2014_2019-2.pdf. [Accessed 25 10 2019].
- [41] Ministère des Solidarités et de la Santé, 29 10 2019. [Online]. Available: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-remise-du-rapport-el-khomri>. [Accessed 3 2 2020].
- [42] Ministère de l'Économie et des Finances, de l'Action et des Comptes publics, 5 11 2019. [Online]. Available: <https://www.economie.gouv.fr/entreprises/tout-savoir-sur-securite-sociale-des-independants>. [Accessed 28 11 2019].

第 IV 章 オランダにおける公的介護制度

1. 概要

オランダでは、1968年に世界に先駆けて特別医療費保険（AWBZ）と呼ばれる社会保険方式の公的介護保険制度が導入された。特別医療費保険が創設される以前は、高齢者や慢性疾患の患者、障害者等の長期間のケアを必要とする人々には公的保険が適用されず、主に家族介護のほか自治体や教会による支援が中心であった [1]。特別医療費保険の創設によって、長期間のケアを必要とする人の施設入居に対して保険が適用されることになり、1970年代には施設の建設が相次いで進められた [1]。1980年代以降には特別医療費保険の給付範囲が、訪問看護（wijkverpleging）等の在宅サービスにも拡大され、1996年には現金給付に相当する個人介護予算（PGB）が導入された。個人介護予算は当初、支出抑制策の一環として導入されたが、65歳以上の高齢者人口が1970年から2010年の間にほぼ2倍となり、高齢化率も15%を超えるなど利用者の増加によって結果的には支出の増大を招く形となった [1, 2]。

このように特別医療費保険の給付範囲拡大に伴い、特別医療費保険の財政面の持続可能性およびサービス従事者の不足が危惧されるようになった [3]。加えて、世界金融危機をきっかけとして2009年にオランダ政府の税および保険料収入が大幅に減少し、EU加盟国に求められる「年間の政府財政赤字がGDP比3%以内」等を定めた安定成長協定に違反する状態となったため、社会保障費を含めた歳出削減の必要に迫られた [4]。これらを背景として、政府は介護保険制度の抜本改革に着手した¹。具体的な制度改革としては、従前の特別医療費保険に代わって新たに長期療養サービス保険法（Wlz）が2015年に施行され、重度かつ可逆性の低い要介護者に絞って給付を行う制度へと移行した。一方、長期療養サービス保険の対象とならない軽度の要介護者等については、障害者や精神疾患患者等、社会参加に制限のある者の社会参加を援助することを目的とした社会支援法（Wmo）および18歳以下を対象とした青少年法（Jeugdwet）、ならびに医療保険法（Zvw）の訪問看護のいずれかによってカバーされることとなった。

介護に関連した社会保障制度の概要は図表 IV-1 の通りである。介護保険に相当する長期療養サービス保険は、医療保険と同様に法定保険であり、オランダに居住する全ての人加入者となる。給付を受けるためには事前に公的機関である介護認定機構（CIZ）より認定を受ける必要がある。受給者の大半は介護施設に入居し、在宅ケアを希望する一部の受給者は訪問看護を利用する。訪問看護は、長期療養サービス保険の認定を受けている者は長期療養サービス保険からの給付、その他の者は基本的に医

¹ 2013年に当時の保健福祉スポーツ省大臣は、介護保険制度改革が必要な理由として「オランダの介護の支出額がOECD平均の2.5倍に相当する。」「今の制度のままでは今後数十年のうちに介護の支出額のGDP比が2倍となる。」等と説明している [3]。

療養保険からの給付という形となっている² [5]。2019年1月1日時点の長期療養サービス保険の認定者数は30万8,065人で、そのうち65歳以上の認定者数は18万480人（全認定者に占める割合58.6%）である [6]。これより、オランダの65歳以上人口（2019年1月1日時点で331万4,004人）の5.4%に相当する人が長期療養サービス保険の認定者ということになる [7]。

図表 IV-1 オランダの介護保険およびその周辺の社会保障制度

	長期療養サービス保険	社会支援	医療保険
根拠法	長期療養サービス保険法（Wlz、2015年施行）	社会支援法（Wmo、2007年施行）	医療保険法（Zvw、2006年施行）*1
運営主体	介護管理局	自治体	医療保険者（民間医療保険会社）*2
財源	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険料 ● 利用者自己負担 ● 政府補助金 	<ul style="list-style-type: none"> ● 政府交付金 ● 利用者自己負担 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険料 ● 利用者自己負担 ● 政府補助金
対象者	認知症の進行した高齢者、身体および精神障害者等	身体的または精神的な障害を有する者（高齢者を含む）	オランダ居住者
受給者数	2019年時点で認定者数は約31万人（うち65歳以上は約18万人）	2018年時点で約111万人（うち60歳以上は約76万人）	2017年の入院患者数は約116万人（日帰り入院除く）
給付内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設入居 ● 在宅ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ● 家事支援 ● デイケア ● 介護用品の貸与 ● 自立支援 等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師による治療 ● 入院 ● 医薬品 ● 訪問看護 等

(注) *1 2005年以前の医療保険は、所得が一定水準以下の人が加入する公的医療保険、公務員を対象とした公務員保険、その他の人が加入する私的医療保険に分かれていたが、2006年以降は医療保険制度が一本化され、全てのオランダ居住者の保険加入（国民皆保険制度）が実現された。

*2 オランダには2019年12月時点で24の民間医療保険会社があり、各保険会社は法的規制の下、実質的には非営利組織として保険者機能を担っている。

(出典) 保健福祉スポーツ省 [8]、国立ヘルスケア研究所 [9]、中央統計局 [10]、大森 [11, 12]等を基に作成

² 2015年の改革以前は、訪問看護は特別医療費保険によりカバーされていたが、2015年以降は基本的に医療保険による給付へと移行した。なお、自立や社会参加を促すことを目的に自立支援の一環として身体介護を提供する場合は、訪問看護が社会支援より給付される場合がある [71, 72]。

長期療養サービス保険の対象とならない者のうち、食事や入浴等の日常生活上の自立度が低く、医療的ケアが必要な者については、医療保険を通じて訪問看護を利用する [5]。なお、オランダでは身体介護等の訪問介護は訪問看護の一部として一体的に提供されている [13]。2017年の訪問看護利用者数は55万6,975人で、そのうち65歳以上の利用者数は45万8,250人（全利用者に占める割合82.3%）である [14]。これは2017年時点の65歳以上人口の14.5%に相当する。

長期療養サービス保険の対象とならない者のうち、軽度の要介護者等については、社会支援法の下、自治体³が主体となって提供する介護サービスを受ける⁴。介護サービスは自治体ごとに異なるが、主として家事支援やデイケア、介護用品の貸与等を実施している [15]。社会支援の受給者はオランダ全土で111万2,720人（2018年時点）で、そのうち60歳以上の受給者数は約75万7,000人（約68%）となっている⁵。これは60歳以上人口（2019年1月1日時点で441万843人）の17.2%に相当する。

参考までに、2015年の介護保険制度改革の前後における各種制度の給付範囲の変更を図表 IV-2 に整理する。従前の特別医療費保険では施設や在宅での介護サービスのほかにも訪問看護や高齢者リハビリテーション（geriatrische revalidatiezorg）、精神疾患患者の入院2年目以降に係る費用等、幅広い領域をカバーしていた。しかし2015年の改革により、デイケアや自立支援（begeleiding）⁶、精神障害者を対象としたケア付き住宅等に係る給付は社会支援へ移行し⁷、訪問看護や高齢者リハビリテーション、精神疾患患者の入院2～3年目に係る費用⁸等、医療的ケアの性質を持つサービスは医療保険へと移行した。

長期療養サービス保険等の総支出額は2017年時点で約201億ユーロである⁹。制度改革が行われた2015年は、2014年と比較して長期療養サービス保険の支出額が約67億ユーロ減少、社会支援の支出が約29億ユーロ増加、長期療養サービス保険から医療保険へ移行したサービスの支出が約32億ユーロ増加し、全体として約5億ユーロ減少している。しかし、2016年以降の総支出額は増加へと転じている（図表 IV-3）。なお、社会文化計画局と呼ばれる政府調査機関の報告によると、改革前に政府が予測した支出額と比較して2015～2017年の支出は低い水準に抑えられている [3]。

³ オランダは12の州と355の自治体で構成されている（2019年時点） [80]。

⁴ 社会支援法の枠組みでは、介護サービスのほか、慢性疾患患者への経済的支援、DV被害者支援、ホームレス支援等も実施されている。

⁵ 60歳以上の受給者数は推計値。年齢別の受給者数のデータは一部の自治体では公開されておらず、年齢別のデータが公開されている自治体の総受給者数97万9,405人のうち60歳以上は66万3,345人であり、その割合（約68%）を基に推計した [74]。

⁶ 自立支援とは、日常生活のさまざまな活動（買い物、お金の管理、家電製品等の操作、物書き等）を自ら行えるように看護師等が支援する介護サービスのこと [75]。

⁷ 2007年の社会支援法の制定時には特別医療費保険の給付範囲であった家事援助が社会支援の枠組みに移行した [76]。

⁸ 3年以内の入院費用は医療保険より、4年目以降は長期療養サービス保険より給付。

⁹ 出典が異なるため、図表 IV-5 の数値とは若干異なる。

図表 IV-2 2015年の制度改革の主な内容

項目		改革前	改革後
24時間のケアを必要とする者への介護サービス	施設入居または在宅ケア		長期療養サービス保険 (Wlz)
上記以外の者への介護サービス	在宅介護 (デイケア、レスパイトケア、自立支援等)	特別医療費保険 (AWBZ)	社会支援 (Wmo)
	訪問看護 (身体介護を含む)		医療保険 (Zvw)
その他サービス	精神障害者向けケア付き住宅		社会支援 (Wmo)
	高齢者リハビリテーション (保険適用は原則6カ月間のみ) *1		医療保険 (Zvw)
	在宅復帰に向けた短期入所*2		
	精神疾患の入院治療 (入院 2~3年目の患者) *3		
視覚および聴覚障害等に対する外来治療			

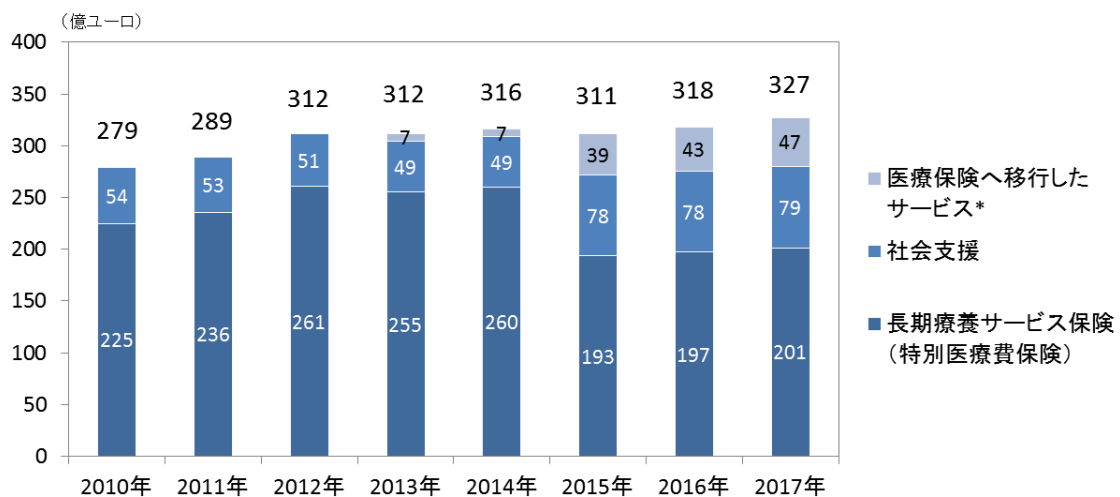
(注) *1 2012年以前は特別医療費保険、2013年以降は医療保険より給付。

*2 2015~2016年は長期療養サービス保険の補助金、2017年以降は医療保険より給付。

*3 4年目以降の精神疾患の入院治療は、長期療養サービス保険より給付。

(出典) 社会文化計画局 [3]を基に事務局作成

図表 IV-3 制度改革前後を含む長期療養サービス保険等の総支出額の推移



(注) * 訪問看護、高齢者リハビリテーション、視覚および聴覚障害等に対する外来治療、在宅復帰に向けた短期入所、精神疾患の入院治療 (2~3年目)

(出典) 社会文化計画局 [3]を基に事務局作成

2. 制度の仕組み

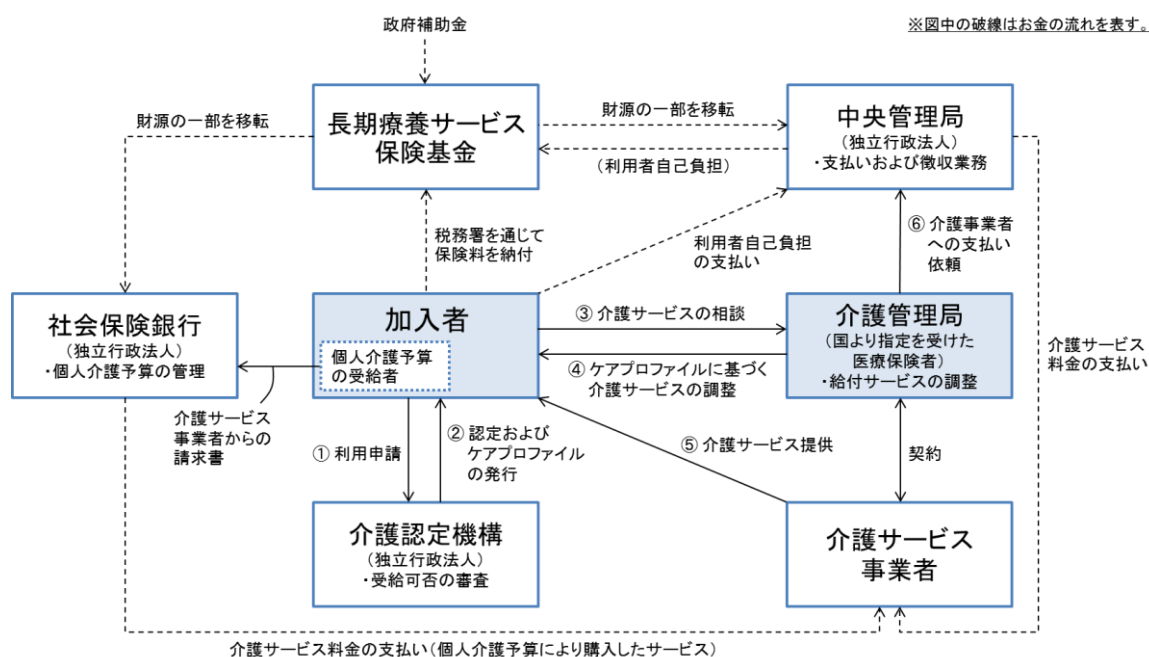
オランダの主な公的介護制度である、比較的重度の要介護者を対象とした長期療養サービス保険（Wlz）と、軽度の要介護者等を対象とした社会支援（Wmo）の2つについて、各制度の基本的な仕組みを述べる。

（長期療養サービス保険）

(1) 運営体制

運営主体である介護管理局（zorgkantoor）は長期療養サービス保険法（Wlz）に基づき保健福祉スポーツ省の大臣により指定された医療保険者であり、通常、各圏域¹⁰の中で最も規模の大きな医療保険者が担う。介護管理局は医療保険者としての本来の業務とは独立して介護サービス調整等の業務を担当している [16, 17]。長期療養サービス保険の受給希望者は保健福祉スポーツ省所管の介護認定機構（CIZ）と呼ばれる独立行政法人に対して申請を行い、認定を受ける必要がある [18]。給付条件を満たし認定を受けた者は介護管理局により介護サービス事業者の調整が行われる（図表 IV-4）。

図表 IV-4 長期療養サービス保険の関係者相関図



（出典）保健福祉スポーツ省 [8]、中央管理局 [19]、Kroneman et al. (2016) [4]を基に事務局作成

¹⁰ 圏域とは保健医療行政の区分単位であり、2019年現在31の圏域に分かれている。圏域は、自治体を複数組み合わせ合わせた形で構成されている [73, 77]。

受給認定を受けた者は、サービス形態（施設入居または在宅）や介護サービス事業者の選択について介護管理局に相談し、介護管理局はあらかじめ契約を締結した介護サービス事業者との間で調整を行う [17]。各介護管理局は、毎年、介護サービス事業者との間で提供サービスの金額、量ならびに質に関する契約を交わし、当該契約に基づき介護サービスが適切に提供されているかどうかチェックを行う [3]。また、現金給付に相当する個人介護予算（PGB）の受給希望者については、介護管理局が給付の可否を審査する [17]。

介護サービス事業者に対するサービス料金の支払い業務は中央管理局（CAK）¹¹と呼ばれる公的機関が担っている。長期療養サービス保険基金から中央管理局へと財源の一部が移され、介護管理局からの依頼に基づいて中央管理局が介護サービス事業者へ料金を支払う [8]。また、個人介護予算の財源は、長期療養サービス保険基金から社会保険銀行（SVB）¹²へと移される。

(2) 財源

長期療養サービス保険（Wlz）の財源は、長期療養サービス保険基金として国立ヘルスケア研究所（Zorginstituut Nederland）¹³が管理している [8]。財源構成は、保険料、利用者自己負担、政府補助金から成る。保険料は医療保険とは別に徴収され、被用者の場合、毎月給与の一定割合（2019年は9.65%¹⁴）が保険料として課されている。事業主負担はなく、事業主は税務署に対して個人負担分のみを納付する¹⁵ [8, 20]。子供や収入のない被扶養者は保険料の納付義務が免除されている一方、年金受給者については年金の一定割合が保険料として年金支給時に差し引かれる [21]。なお、年齢や収入額に応じた保険料の減免制度が別途設けられている [22]。また、長期療養サービス保険の受給者に対しては、受給者の収入等に応じた利用者自己負担が発生する¹⁶。なお、施設入居または在宅ケア（在宅フル・パッケージ）の場合、利用開始後4カ月間は自己負担が低く設定されている¹⁷ [23]。参考までに長期療養サービス保険の利用

¹¹ 中央管理局は、保健福祉スポーツ省の下で、長期療養サービス保険および社会支援に係る利用者自己負担の徴収や長期療養サービス保険の支払い等を行う独立行政法人。日本の国民健康保険団体連合会に類似する機能を持つ [19]。

¹² 公的年金ならびに個人介護予算等の管理を行っている独立行政法人 [79]。

¹³ 長期療養サービス保険ならびに医療保険に関する政府の諮問機関であり、それらの保険財源の管理等も担う独立行政法人。

¹⁴ 割合は年ごとに変更される。また、保険料の課される所得には上限が設定されている。

¹⁵ 医療保険については、加入者への保険料のほかに、事業主に対する負担がある。

¹⁶ 利用者自己負担の金額は、受給者の収入および課税対象となる資産から、保険料や生活費に相当する額等を控除して計算される。

¹⁷ 利用開始後4カ月間の自己負担の法定下限額は2019年時点で1カ月164.2ユーロ、法定上限額は1カ月861.8ユーロ。また、5カ月目以降の通常の自己負担の法定上限額は1カ月2,364.8ユーロ。なお、一定の条件（配偶者が自宅に居住している、養育費を負担している、または在

者1人当たり平均自己負担額を試算すると1カ月約551ユーロとなっている¹⁸。政府補助金は保険料収入の減少を補てんするもので、2001年に導入された[24]。2017年は保険料収入が73.9%、利用者自己負担が8.8%を占めている(図表IV-5)。2015年以降、利用者自己負担は横ばいで推移している一方、政府補助金は増加傾向、保険料収入も2016年に一度減少してからは増加傾向にある(図表IV-6)。

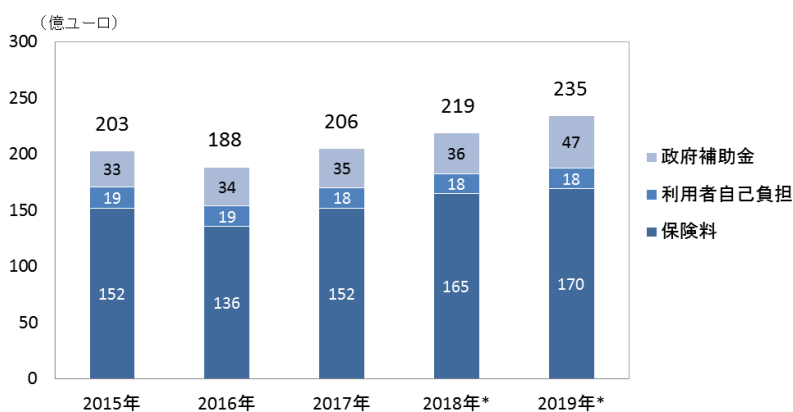
図表 IV-5 長期療養サービス保険の収支 (2017年)

項目	金額 (億ユーロ)	総収入比
総収入	205.9	100.0%
保険料	152.2	73.9%
利用者自己負担	18.1	8.8%
政府補助金	35.2	17.1%
その他収入	0.4	0.2%
総支出	203.2	98.7%
施設入居	164.3	79.8%
在宅ケア*	10.3	5.0%
個人介護予算	17.5	8.5%
その他の給付サービス	6.2	3.0%
運営費用	1.8	0.9%
その他補助金等	3.1	1.5%

(注) * 在宅ケアは、在宅フル・パッケージと在宅規格パッケージの合計額。

(出典) 国立ヘルスケア研究所 [25]を基に事務局作成

図表 IV-6 長期療養サービス保険の収入の推移



(注) * 2018年および2019年は推計値。

(出典) 国立ヘルスケア研究所 [25]を基に事務局作成

宅ケアや個人介護予算を受給している)に該当する場合は5カ月目以降も低い自己負担となる。

¹⁸ 2017年の年間の自己負担総額18.1億ユーロを、2017年の長期療養サービス保険の利用者数27万3,635人で除し1カ月に換算した額[28]。

長期療養サービス保険の支出先を見ると、施設入居に関する支出が総収入比 79.8%、在宅ケアが同 5.0%、個人介護予算（PGB）が同 8.5%を占めており、支出の大部分は施設入居に関する費用となっている¹⁹。

(3) 対象者

長期療養サービス保険法（Wlz）の下、加入者は基本的にオランダに居住する者と定められている。給付対象者について年齢の制限は特に設けられていないが、主に認知症の進行した高齢者、身体および精神障害者等が対象となる [26]。また、保険料を納める義務のある者は、基本的にオランダに居住し収入を得ている者である [27]。

(4) 給付

1) 給付内容

長期療養サービス保険（Wlz）のサービス種別は大きく分けて、施設入居、在宅ケア、個人介護予算（PGB）の 3 つがあり、受給者は基本的に 3 つのうちいずれか 1 つを選択する（図表 IV- 7）。いずれのサービス種別についても利用者自己負担が発生し、その額は給付内容によらず受給者の収入額等に応じて決まる（自己負担の詳細は「(2) 財源」参照）。

施設入居および在宅ケアについては、介護管理局（zorgkantoor）が契約している介護サービス事業者よりサービスが提供される。提供されるケアの内容は、ケアプロファイル（zorgprofielen）に沿って給付される（ケアプロファイルの詳細は「(5) 利用方法」参照）。また、介護管理局が契約している事業者以外の者（家族等）より必要な介護サービスを受ける際は、現金給付に相当する仕組みとして個人介護予算がある。2017 年の長期療養サービス保険の利用者総数は 27 万 3,635 人で、このうち施設入居者数は 20 万 1,450 人（73.6%）、在宅ケアの受給者数は 4 万 1,035 人（15.0%）、個人介護予算の受給者数は 3 万 9,795 人（14.5%）となっている²⁰ [28]。長期療養サービス保険の受給者の 7 割以上は施設入居者であった。

なお、制度上の保険適用範囲は、国立ヘルスケア研究所（Zorginstituut Nederland）からのアドバイスに基づき中央政府が定めている [29]。また、保健福祉スポーツ省の下部組織である保健局が、介護サービスに係る人件費等のコスト調査に基づき介護サービス料金の上限金額を定めている。介護管理局は介護サービス事業者と契約を締結する際に、当該上限金額を超えない範囲で料金を設定する [30]。

¹⁹ 上記のほか介護管理局および社会保険銀行の運営費用が長期療養サービス保険基金より支出されており、保健福祉スポーツ省の大臣が運営費用の予算を決定している [78]。

²⁰ サービスごとの利用者数は、サービスの途中変更等により重複して計上されている利用者があるため、各サービスの内訳人数合計と受給者総数は一致しない。また、長期療養サービス保険の認定を受けているが、サービスを利用していない者は人数に含まない。

図表 IV-7 長期療養サービス保険のサービス種別

施設入居	<p>長期療養サービス保険の認定者のうち主に高齢者が入居する施設としては、ナーシング・ホームとケア・ホームの2種類があり、下記のサービスに保険が適用される。</p> <p>食事の提供、居室の清掃、可動式家具の貸与、身体介助、自立支援、看護、入居者の障害に関する医学的治療、移動用福祉用具（車いす等）、自立支援や治療を受ける場所への移動介助、レスパイトケア、その他の付加サービス（一般診療、精神障害に対する治療、薬剤治療、福祉用具の使用、歯科治療、特殊衣服の着用）。</p>
在宅ケア	<p>施設ではなく在宅で24時間のケアを希望する場合には、以下の2種類（在宅フル・パッケージ、在宅規格パッケージ）のいずれかを選択し、訪問看護事業者より施設入居と同様の介護サービスを受ける*1,2。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅フル・パッケージ：介護管理局が契約しているいずれか1つの事業者からサービスを受ける。 ● 在宅規格パッケージ：介護管理局が契約している事業者を複数組み合わせることで必要なサービスを受ける*3。
個人介護予算	<p>介護管理局より個人介護予算の受給許可が下りた者には、ケアプロファイルの種類に応じて省令で定められた予算*4が、社会保険銀行の口座に支給される。受給者は介護サービスを受けた後*5、介護サービス事業者から受領した請求書を社会保険銀行へ送付し、社会保険銀行は当該請求書に基づき介護サービス事業者へ料金を支払う*6。なお、個人介護予算と在宅規格パッケージを組み合わせることも可能である。</p>

- (注) *1 その他の付加サービスに相当する給付は基本的に医療保険より、可動式家具および移動用福祉用具の貸与は、社会支援（自治体）より給付される。
- *2 長期療養サービス保険に該当しない者は、医療保険より訪問看護を受ける。
- *3 在宅規格パッケージにおける食事の提供は社会支援（自治体）より給付される。
- *4 看護・介護領域で重症度の最も低いケアプロファイルに該当する者の場合、身体介護のための個人介護予算として年間1万3,878ユーロが支給される（2019年時点）。
- *5 その他の付加サービス、可動式家具および移動用福祉用具の貸与は給付対象外。
- *6 介護サービスの単価は、介護サービス提供者が家族（第一度・第二度近親者に属する者（親、子供、兄弟、おじ、おば、おい、めい、祖父、祖母、孫）の場合には1時間当たり20ユーロ、家族以外の専門職の場合には同63ユーロまでが上限。

(出典) 長期療養サービス保険法および省令、中央政府 [31]、保健福祉スポーツ省 [8]、国立ヘルスケア研究所 [32, 5, 33]、Zorg en Zekerheid [34, 35]を基に作成

2) サービス提供

長期療養サービス保険（Wlz）の受給者のうち主に高齢者を対象とした施設として

は、比較的重度の要介護者を対象としたナーシング・ホーム（verpleeghuis）と軽度の要介護者を対象としたケア・ホーム（verzorgingshuis）の2種類がある（図表 IV-8）。ケア・ホームは医療的な処置は提供しておらず、介護サービスのみを必要とする高齢者等が対象となる。長期療養サービス保険法に基づき各施設は毎年、保健福祉スポーツ省の大臣に財務諸表を提出することが義務付けられている。また、在宅ケアを担う訪問看護（wijkverpleging）事業者は民間等により運営されており、2017年時点で2,687の事業者がある [36]。

図表 IV-8 主な施設サービス

ナーシング・ホーム	長期療養サービス保険の受給者を対象として、民間によって運営されている介護施設。主にヘルスケアワーカー、介護福祉ヘルパーおよびケアヘルパー等の介護職によってサービスが提供されており、医師および看護師は30分以内に施設に到着できる体制が求められる。2014年時点で450の事業者により約2,000施設のナーシング・ホームが運営されている。また、国立ヘルスケア研究所により、ナーシング・ホームの品質指標が定められている（詳細は「3. (3) 介護の質向上への取組み」を参照）。
ケア・ホーム	ナーシング・ホームとは異なり、医療的な処置は提供されない高齢者向けの介護施設。2013～2014年にかけて介護認定機構による対象者の認定基準が厳格化されたことに伴い、ケア・ホームの対象者・施設数ともに減少傾向にある。

（出典）中央政府 [31]、国立ヘルスケア研究所 [37, 38]、Kroneman et al. (2016) [4]、Lingewaard Nieuws.nl [39]を基に作成

3) 実施職種

介護サービスに従事する職種としては主に看護師（verpleegkundige）、診療看護師（verpleegkundige specialist）、ヘルスケアワーカー（verzorgenden IG）、介護福祉ヘルパー（helpenden）、ケアヘルパー（zorghulp）の5つがある。診療看護師は、看護業務に加えて一定の診断および治療業務を行うことができる。ヘルスケアワーカーは、看護職種と介護職種の間に対応する職種であり、所定の研修を受講することにより、注射、経管栄養ならびにカテーテル等の手技を行うことができる。介護職種である介護福祉ヘルパーは身体介護および家事援助を担い、同じくケアヘルパーは主に家事援助を行う（図表 IV-9）。ヘルスケア専門職法の下、診療看護師、看護師およびヘルスケアワーカーは法的に保護された業務独占資格となっている。このうち、看護師については、国のデータベースへの登録・更新が義務付けられている²¹ [40]。参考までに、オランダの全産業の被用者の賃金を挙げると、2017年時点で1カ月約2,800ユーロ（中央値）となっており、ヘルスケアワーカー、介護福祉ヘルパー、ケアヘルパーの賃金水準は全産業と比べて低い傾向にある [41]。

²¹ 診療看護師は任意でデータベースに登録可能。

図表 IV-9 看護・介護職種

職種	教育要件	職務内容	(参考) 従事者数 *1	(参考) 賃金水準 (月収) *2
診療看護師	高等職業教育機関 (学士および修士)	● 専門分野*3 に応じた一定の診断および治療 ● 看護業務	3,672 人	4,466 ユーロ/月
看護師	高等職業教育機関 (学士) または 中等職業教育訓練学校 (4 年間)	● 看護業務	18 万 6,234 人	3,135 ユーロ/月
ヘルスケアワーカー	中等職業教育訓練学校 (3 年間)	● 家事援助 ● 身体介護 ● 一部の看護業務*4	15 万 5,000 人	2,424 ユーロ/月
介護福祉ヘルパー	中等職業教育訓練学校 (2 年間)	● 家事援助 ● 身体介護	3 万 8,000 人	2,194 ユーロ/月
ケアヘルパー	中等職業教育訓練学校 (半年～1 年間)	● 家事援助	3 万 3,000 人	1,874 ユーロ/月

(注) *1 従事者数は、診療看護師および看護師は 2019 年 8 月 1 日時点の数値、その他の職種は 2010 年時点の概算値。介護以外の従事者も含む。

*2 民間の求人紹介会社の調査に基づく職種別の月収額の中央値。

*3 専門分野は、予防医学、急性期医療、慢性期医療、集中治療、精神医学の 5 つ。

*4 注射、経管栄養、カテーテル等。

(出典) 堀田 [42]、CIBG [43]、看護介護職協会 [44, 45]、neuvoo [46]、NCOI [47]等を基に作成

(5) 利用方法

給付条件は、下記のいずれにも該当する者とされている [48]。

- ① 身体的な疾患、老年精神医学的な疾患（認知症等）、知的障害または身体障害のいずれかを有している。
- ② 生涯にわたるケアを必要とすることが明らかである。
- ③ 継続的な管理もしくは 24 時間のケアを必要とする。

長期療養サービス保険 (Wlz) の受給希望者は、介護認定機構 (CIZ) による審査を受け、受給認定が下りるとケアプロファイル (zorgprofielen) が発行される (図表 IV-10)。ケアプロファイルとは、日本の要介護度区分に相当するもので、ケアプロファイルの種類に応じてケアの内容 (認知症ケアや看護ケアの有無等) および入居可能な施設が決まる [49]。日本の場合は、要介護度区分に応じて介護保険からの支給限度額が決まるが、オランダではケアプロファイルによってケアの内容が決まる点が異なる。

る²²。

認定を受けた者は介護管理局（zorgkantoor）と相談し、介護サービスを受ける事業者を選定する。選定された介護サービス事業者は、受給希望者とともに介護プラン（zorgplan）を作成することが義務付けられている。介護プランは、受給者と介護サービス事業者との間の契約に相当し、受給者が要望するケアを受けられるよう下記の事項を定めたものである。なお、介護サービス事業者による介護プランの作成は無料で行われ、年に2回の見直しが義務付けられている [50]。

- 受給希望者が自分自身で行いたいこと
- 介護サービス事業者から受けたいケアの内容や頻度
- 今後のケアの目標 等

図表 IV-10 長期療養サービス保険の利用手続き

① 申請
長期療養サービス保険の利用を希望する者は、介護認定機構に対して申請書を提出する。申請書には、診断名等の医学的な情報や同保険の必要理由等を記入する。
② 介護認定機構との面談
介護認定機構が申請書を受領した後、介護認定機構と申請者との間で面談が行われる。面談には、家族等の介護をする者の同伴が許可されている。
③ 認定可否の通知
申請後、原則として6週間以内に介護認定機構より認定可否の通知とともに申請者に適したケアプロファイルが送付される。ケアプロファイルとは、必要なケアの内容（日常生活動作、移動、監視、看護等）が定性的に記されたもので、全35種類のうち各申請者の身体状況等に応じた最適なケアプロファイルが1つ選択される*。
④ 介護サービスの利用開始
介護認定機構からの認定が下りた場合、介護認定機構から介護管理局に対し認定結果が通知される。申請者は介護管理局に相談し、介護管理局が介護サービス事業者の調整を行う。介護サービス事業者は受給希望者とともに介護プランを作成する。介護管理局による支援および介護サービス事業者による介護プラン作成は無料。

(注) * 全35種類のケアプロファイルのうち、主に高齢者を対象とした看護・介護領域は6種類。「高負荷の自立支援および包括的な介護を提供する施設への入居」、「高負荷の認知症ケアを提供する施設への入居」等の名称で区分されている。

(出典) 介護認定機構 [51]を基に作成

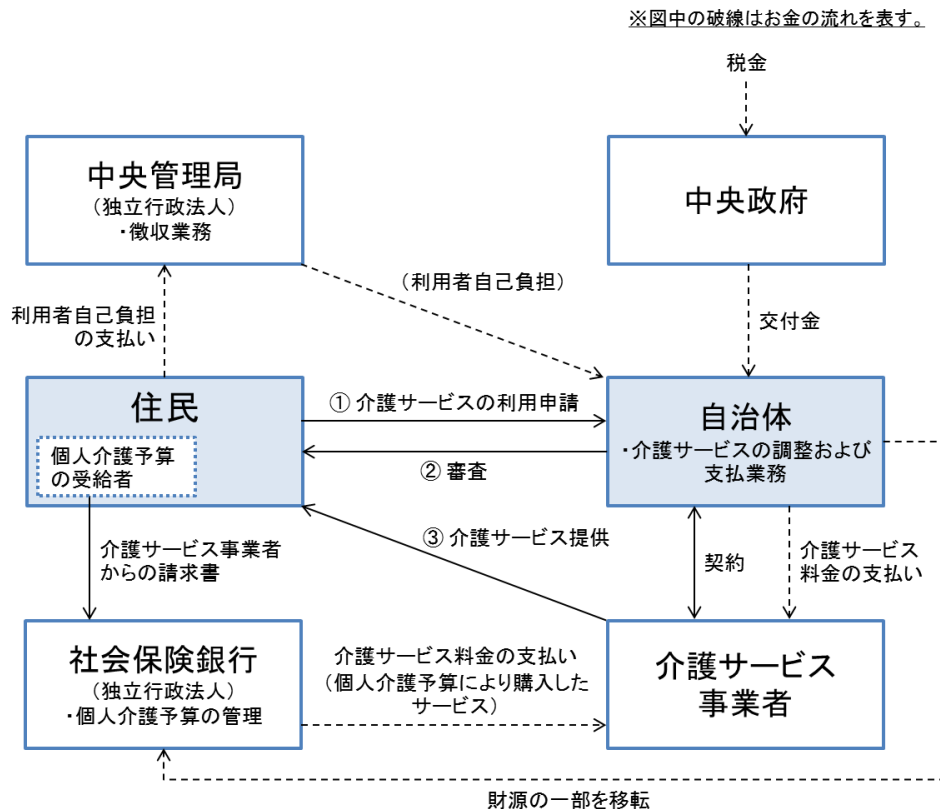
²² 現物給付ではなく現金給付（個人介護予算）の受給者の場合は、省令によりケアプロファイルごとに給付上限額が定められている。

(社会支援)

(1) 運営体制

社会支援（Wmo）に基づく介護サービスは自治体が主体となって提供している。自治体の住民全体を対象とした福祉サービスである一般給付（algemene voorziening）と、自治体による事前審査を必要とする個別給付（maatwerkvoorziening）がある。自治体から個別給付の受給認定を受けた者は、自治体が契約している介護サービス事業者より介護サービスを受ける。また、現金給付に相当する個人介護予算（PGB）を希望する場合は、別途自治体の審査が必要となる。個人介護予算の受給認定が下りると、社会保険銀行（SVB）の口座に予算が支給され、社会保険銀行から介護サービス事業者に料金が支払われる（図表 IV- 11）。

図表 IV- 11 社会支援の関係者相関図



(出典) 保健福祉スポーツ省 [8]、中央管理局 [19]を基に事務局作成

(2) 財源

中央政府からの交付金が財源となっており、自治体は社会支援法（Wmo）の範囲内で用途を決めることができる。交付金の額は、各自治体の総人口や若年人口、受給者数、土地面積等の指標に基づいて決定される [52]。自治体はあらかじめ介護サービス

事業者との間で契約を締結し、自治体から介護サービス事業者へ料金が支払われる [53]。別途、個人介護予算 (PGB) による給付の場合には、自治体から社会保険銀行 (SVB) へと財源が移され、社会保険銀行から介護サービス事業者へ請求書に基づいて支払いが行われる [8]。

また、介護サービス受給者に対しては原則として自己負担が課せられており、中央管理局を通じて各自治体に支払われる (図表 IV- 11)。

(3) 対象者

社会支援 (Wmo) による介護サービスの給付を申請できる者は、自立や社会参加のための支援を必要とする各自治体の 18 歳以上の住民である [8]。

(4) 給付

1) 給付内容

自治体が提供している社会支援 (Wmo) のサービスは大きく分けて、一般給付 (algemene voorziening)、個別給付 (maatwerkvoorziening)、個人介護予算 (PGB) の 3 つがある (図表 IV- 12)。一般給付は、自治体の住民全体を対象とした福祉サービスであり、特に自治体の審査を受けなくとも利用できる。一般給付や地域のボランティアによる支援だけでは日常生活に支障がある者は、自治体に対して個別給付または個人介護予算を申請する。個別給付は現物給付、個人介護予算は現金給付に相当する。個別給付または個人介護予算を受給する者については、原則として別途自己負担が発生する²³。2019 年時点の自己負担額は、個人の収入や資産額に関係なく 4 週間ごとに一律 17.5 ユーロである²⁴ [54]。なお、自治体による社会支援では要介護度のような基準はなく、各受給者の個別の状況に応じて自治体が提供サービスをカスタマイズする形となっている。図表 IV- 13 に個別給付のサービス例を示す。

図表 IV- 12 社会支援のサービス種別

一般給付
<p>住民全体を対象とし、自治体の審査を受けなくとも利用できる福祉サービス。例えば、以下のような事業が各自治体で行われている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域住民の交流場 (コミュニティーセンター等) の提供 ● 高齢者に対する公共交通機関の利用料の割引 ● 高齢者専用バスの運行 等 <p>自治体によっては家族等の介護者への支援策^{*1}や、高齢者の散歩の付き添いや買い物代行等をするボランティアの募集・登録が行われている。</p>

²³ 同居している夫婦世帯については、夫婦のいずれかまたは両方が年金受給開始年齢 (2019 年時点では 66 歳 4 カ月) に達していない場合は自己負担が免除される。

²⁴ 実際の介護サービス料金が 17.5 ユーロを下回る場合は、当該料金が自己負担額となる。

図表 IV-12 社会支援のサービス種別（続き）

個別給付	<p>個別給付は基本的に一般給付や地域のボランティア組織による支援では不十分な場合を前提とし、自治体と契約している介護サービス事業者より、各個人の必要とする介護サービスを受ける。受給希望者は、事前に自治体に申請を行い、面談を受ける。例えば、デン・ハーグ市では個別給付として下記の介護サービスが提供されている。家事援助、住宅改修（バリアフリー化等）、介護用品の貸与、自立支援、移動支援、デイケア、レスパイトケア、精神障害者向けケア付き住宅等。</p>
個人介護予算	<p>自治体が契約していない介護サービス事業者や家族等から介護サービスを受ける際に、現金給付に相当する仕組みとして個人介護予算がある。事前に自治体の審査を受ける必要があり、受給認定を受けた申請者に対して、自治体から社会保険銀行に予算が割り当てられる。社会保険銀行は、介護サービス事業者の発行した請求書に基づき、介護サービス事業者へ直接料金を支払う。なお、個人介護予算として支給される金額は、各自治体の規定に基づいて定められている*2。</p>

(注) *1 例えば、デン・ハーグ市では週に8時間以上の介護を3カ月以上行っている家族等の介護者に対する給付（映画館等の割引チケットや自治体が運営しているウェブストアでの買い物券等）や介護に関する知識・情報の提供等を実施。

*2 例えば、レーワルデン市では、家族から介護サービスを受ける場合、個別給付に基づくサービス料金の60%に相当する予算が割り当てられる（家族以外の専門職から介護サービスを受ける場合は個別給付の80%に相当する額）。

(出典) 保健福祉スポーツ省 [8]、デン・ハーグ市 [55, 56, 57, 58]、レーワルデン市 [59] を基に作成

図表 IV-13 個別給付のサービス例

家事援助	<p>自宅の清掃および清掃方法のアドバイス、食事の準備、買い物の援助。</p>
自立支援	<p>日常生活のさまざまな活動（買い物、お金の管理、家電製品等の操作、物書き等）を自ら行えるように支援する。</p>
介護用品の貸与	<p>車いす（手動および電動）、大人用三輪車、電動カート（シニアカー）、介護用リフト、シャワーチェア、ポータブルトイレ。</p>
住宅改修	<p>車いす生活に適したスロープの設置、浴室の改修、特殊キッチンの設置、階段昇降機の設置、電動ドアへの改修等。</p>
移動支援	<p>公共交通機関での移動が困難な人を対象とした乗り合いタクシー。</p>

図表 IV- 13 個別給付のサービス例（続き）

デイケア	グループディスカッション、創作活動（絵画、編み物、木工等）、記憶力トレーニング、料理、インドアスポーツ等。
レスパイトケア	家族等の介護者が休暇等を取る際に、介護者に代わって介護サービスを提供。

（出典）デン・ハーグ市 [55]等を基に作成

2) サービス提供

社会支援（Wmo）のサービスは民間事業者等によって提供されている。

3) 実施職種

実施職種は、長期療養サービス保険（Wlz）の「(4) 3) 実施職種」を参照。

(5) 利用方法

社会支援法（Wmo）の第 1.2.1 条において、「通常の手助け、家族等によるケアまたは社会ネットワークによる支援を受けていても、障害や慢性的な精神・心理社会的な課題のために、十分な自立や社会参加ができない限りにおいて、自治体の代表者が十分な自立および社会参加を手助けすること」と規定されている。このため、自治体は給付希望者に対して、希望者自身では何ができるのか、地域の社会ネットワークによる支援は可能か等を事前に調査し、その結果、支援が必要と判断した場合についてのみ個別給付（maatwerkvoorziening）または個人介護予算（PGB）を給付する [60]。個別給付を希望する者は図表 IV- 14 に沿って利用手続きを行う。

図表 IV- 14 社会支援の利用手続き

① 自治体への申請	<p>社会支援の給付を希望する者は自治体のホームページ等を通じて申請を行う。例えば、ハールレム市の申請フォームには以下の設問等が設定されている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日常生活を送る上でどのような問題や障害が生じているのか ● 当該問題を解決するために自身でどのような取組みをしたのか ● 当該問題の解決策としてはどのような案があるか
② 自治体担当者との面談	<p>申請者は、申請後に自治体担当者と自宅での面談を行う。面談では、申請者の状況や周辺環境を考慮し、下記の点等について検討が行われる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 申請者は自身で何ができ、どのようなサポートを必要としているのか ● 地域に申請者をサポートできる人は存在するか ● 申請者がサポートを受けられるボランティア等の組織はあるか

図表 IV- 14 社会支援の利用手続き（続き）

<p>③ 面談レポートの受領（自治体 → 申請者）</p> <p>面談後 6 週間以内に自治体から面談レポートが郵送される。面談レポートには、申請者に対する提案（問題を解決するためにどのようなサポートが地域で受けられるのか、また、地域のサポートでは不十分な場合には社会支援の枠組みに基づく給付サービスの内容）が記載されている。</p>
<p>④ 面談レポートの返送（申請者 → 自治体）</p> <p>面談レポートを受け取った申請者は、内容に同意する場合には署名した上で自治体に返送する。面談レポートの内容に異議がある場合には、追加で希望する給付サービス等を記載の上、返送する。</p>
<p>⑤ 給付可否の通知（自治体 → 申請者）</p> <p>返送された面談レポートを自治体が確認し、給付の可否を審査する。審査結果は郵送で送られる。</p>
<p>⑥ 介護サービスの利用開始</p> <p>自治体より給付の許可が下りた場合、申請者は介護サービス事業者に対して具体的な介護プラン（給付サービスの量や時間）を相談する。介護サービス事業者から自治体に介護プランが報告され、自治体の許可に基づき介護サービスの提供が開始される。</p>

（出典） ハールレム市 [61]を基に作成

3. 公的介護制度における各種課題および状況

(1) 介護予防の取組み

社会支援法（Wmo）では、自治体が地域住民に対して自立や社会参加のための援助を行うことを義務付けており、その一環として介護予防に相当する取組みが行われている。例えば、自立支援（begeleiding）や住宅改修のほか、買い物代行をするボランティアの募集・登録等が行われている（詳しくは前述した社会支援の「(4) 給付」を参照）。その他、公衆衛生法では、自治体に対して高齢者の健康状態に関する体系的な調査や、介護サービスの必要量の推定等を義務付けている。

(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況

医療・介護分野において健康管理を支援するための新たな情報通信技術の活用（E-Health）を促すため、eHealth-monitor と呼ばれる調査が保健福祉スポーツ省の要請の下、国の調査機関によって 2013 年より毎年実施されている。同調査では、「医療・介護サービス利用者（特に慢性疾患患者）およびサービス事業者は、E-Health をどの程度使用しているか」、「E-Health は医療・介護領域におけるボトルネックの解消にどの程度貢献することができるか」等の観点から国内における E-Health の活用状況を調査し、報告書としてまとめている [62]。

また、オンライン訪問看護ならびに錠剤ディスペンサーが 2020 年より長期療養サービス保険（Wlz）ならびに医療保険（Zvw）に適用された（図表 IV- 15）。

図表 IV- 15 介護分野における新規技術の例

オンライン訪問看護	
	訪問看護の看護師がビデオ通話を用いて、在宅患者に対し服薬管理等の看護ケアを提供する。
錠剤ディスペンサー	
	薬の飲み忘れ等を防ぐために、服用時間になると自動的に適量の薬を配分する機械。訪問看護の看護師による服薬管理を効率化・省力化できるというメリットがある。

（出典）SmartHealth [63]、保健局 [64]

(3) 介護の質向上への取り組み

介護施設のナーシング・ホーム（verpleeghuis）では毎年、自らの施設の品質指標を国立ヘルスケア研究所（Zorginstituut Nederland）に対して報告することが義務付けられている [65]。報告結果は国立ヘルスケア研究所のホームページより公開されている（図表 IV- 16）。

図表 IV- 16 ナーシング・ホームの主な品質指標

指標	回答
情報公開	
品質レポートを報告期間内に公開しているか	はい/いいえ
当該施設を家族や友人に勧めると回答した入居者の割合	〇%
入居者が当該施設の感想を共有するネット掲示板等があるか	はい/いいえ
情報の収集・活用（以下の各項目について情報を収集し、品質改善に役立てているか）	
ケア上の問題（ベッド等からの落下、向精神薬等の処方、褥瘡等）	はい/いいえ
入居者の感想、意見、体験	はい/いいえ
入居者の家族やボランティアの満足度	はい/いいえ
被用者の満足度や意見、研修実施状況	はい/いいえ
内部監査および外部監査に基づく情報	はい/いいえ
インシデントレポート、災害レポート	はい/いいえ
褥瘡、向精神薬の処方、身体拘束の実施状況	
褥瘡の発生割合	〇%
直近の 30 日間に継続的に向精神薬を処方された入居者の割合	〇%
向精神薬の処方の必要性が組織的に評価されているか	はい/いいえ
直近の 30 日間に身体拘束が行われた入居者の割合	〇%
30 日以内に身体拘束の再評価が行われているか	はい/いいえ

図表 IV-16 ナーシング・ホームの主な品質指標（続き）

指標	回答
口腔ケア	
入居開始から 6 週間以内に歯科医による診療を受けているか	はい/いいえ
入居者の口腔ケアに関する方針が施設内で記録・共有されているか	はい/いいえ
介護職の研修内容に口腔ケアに関する内容が含まれているか	はい/いいえ
歯科治療の実施状況をチェックする体制はあるか	はい/いいえ
運営体制	
感染予防および衛生管理に関する監査を 2 年ごとに実施しているか	はい/いいえ
労働安全衛生に関する計画見直しを定期的に行っているか	はい/いいえ
職員の常勤換算人数（職種別等）	○人
その他	
入居者のケアプランについて定期的な見直しが行われているか	はい/いいえ
終末期ケアの同意書の作成割合	○%

（出典）国立ヘルスケア研究所 [38, 66]を基に作成

(4) 認知症施策との関係

医療費全体のうち認知症に関する費用は 5%以上を占め、今後とも増加が懸念されることから、2013 年より認知症デルタプランと呼ばれる官民共同の取組みが実施されている。2013～2020 年の間で 8,500 万ユーロを投資する計画で、3 つの目標（認知症の予防および治療、認知症患者に対するケアの改善、認知症患者に優しい社会の実現）の下、各種施策を展開している（図表 IV-17）。

図表 IV-17 認知症デルタプランの概要

認知症の予防および治療	4 つのテーマ（認知症の原因とメカニズム、診断、治療および予防法、効果的なケアおよび支援）に関連する研究プロジェクトへの資金援助が行われている。2017 年時点で約 80 のプロジェクトが進行している。
認知症患者に対するケアの改善	認知症患者が自宅で過ごし続けることができるよう、認知症ケアの質の改善が目指されている。その取組みの一環として、医療ならびに介護従事者を対象とした認知症ケアに関するナレッジや事例を共有するホームページが立ち上げられている。
認知症患者に優しい社会の実現	生活のさまざまな場面における認知症患者への対応方法等を学ぶことができるオンライントレーニングが提供されている。ホームページ上で登録することで誰でも無料で受講することができる。

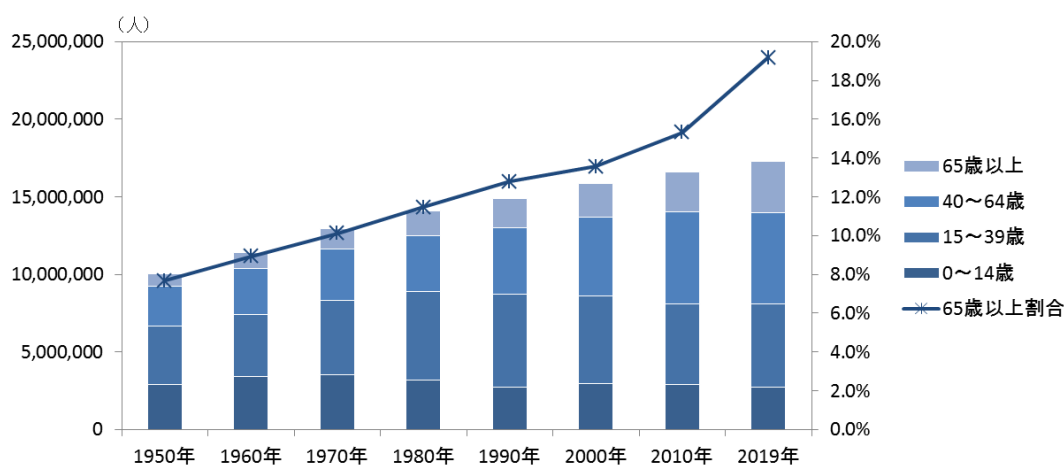
（出典）Deltaplan Dementie [67]等を基に作成

(5) その他の改革や議論の動向

オランダの65歳以上の高齢者人口は年々増加し、2019年時点で約331万人（全人口に占める割合19%）となっている（図表IV-18）。2018年時点の将来人口予測によると2030年には高齢者人口は約423万人（同24%）と見込まれている[68]。

政府の2018年の発表によると、今後の高齢者人口の増加等を背景として、2022年には看護・介護職人材が最大で12万5,000人不足することが予測されている。その対策として2018年に保健福祉スポーツ省によって「Work in Care」と呼ばれるアクションプログラムが策定され、看護・介護職のイメージ改善を図る施策等が実施されている（図表IV-19）。

図表 IV-18 人口および高齢化率の推移（各年1月1日時点）



（出典）中央統計局 [7]

図表 IV-19 看護・介護職人材不足に関するアクションプログラムの概要

看護・介護職のイメージ改善	
	<p>看護・介護職に対するイメージを改善するため、全国メディアやインターネットを通じた宣伝キャンペーンが政府により行われている。また、医療・介護分野への転職希望者向けの教育プログラム等が実施されている。</p> <p><政府の2022年の目標値（対2018年）></p> <ul style="list-style-type: none"> ・他産業からの転職者数ならびに復職者数：計3万人の増加
教育の改善	
	<p>学生に早期の段階から就業イメージを持ってもらうため、介護施設等へのインターンシップの機会を増やす取組みが行われている。また、就業者が継続してスキルアップ・キャリアアップを図るための研修機会を増やす取組みも行われている。</p> <p><政府の2022年の目標値（対2018年）></p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護・介護専門課程の学生数：1万5,000人の増加

図表 IV- 19 看護・介護職人材不足に関するアクションプログラムの概要（続き）

働き方の改善
<p>看護・介護職が学んだことを生かして働くことができ、不要な事務的負担をなくすことで、欠勤や離職を防止することが目指されている。加えて、カメラやセンサーによる見守りシステム等の新規技術の導入を促し、生産性の向上を図る。</p> <p><政府の 2022 年の目標値（対 2018 年）></p> <ul style="list-style-type: none"> ・パート職員の契約時間の延長（+1 時間）：2 万人分の増加 ・タスクシフトによる障害者雇用等の創出*：2 万人の増加 ・事務的業務の削減（1 週間につき 1 時間）：2 万人分の業務削減 ・病気による欠勤者：6,000 人の減少 ・離職者数：1 万 7,500 人の減少 ・新規技術による生産性向上（年 1%の改善）：2 万 5,000 人分の業務削減

（注）* 専門職が実施すべき業務と、非専門職により実施可能な業務に切り分け、後者を障害者等の新たな雇用につなげることが目指されている。

（出典）保健福祉スポーツ省 [69]

また、多くの自治体では、2015 年の介護制度改革を機にソーシャルワイクチーム（sociale wijkteam）と呼ばれる医療・介護の専門職チームを創設している。ソーシャルワイクチームは、自治体の社会支援（Wmo）の審査や調整を代行する役割を持つ。ソーシャルワイクチームによって、相談者の表面的な課題だけでなく隠れた問題を見つけ出し適切な支援につなげることができるといった利点があるほか、多くの自治体では、ソーシャルワイクチームによる早期介入が自立度の悪化を予防し、介護サービスに係る支出の抑制につながるものと想定した。

しかしながら、中央計画局²⁵が近年行った調査によると、ソーシャルワイクチームを持つ自治体、特に介護サービス事業者の被用者がチームに出向しているケースでは、その他の自治体と比べて、社会支援の給付件数が大きく増加していることが報告された。こうした背景もあり、ソーシャルワイクチームを持つ自治体では近年、給付件数の抑制を図る観点から次の見直しを行っている [70]。

- ソーシャルワイクチームが全ての相談を担当していた従来の方法を見直し、通常の相談は自治体窓口を通じて行い、複雑な案件についてのみソーシャルワイクチームに依頼する形へと変更。
- 介護サービス事業者より出向していた者を、自治体が直接雇用する形態に変更。
- 医療・介護専門職の意見がそのまま給付内容に反映されてしまう現状を改善するため、自治体職員の医療・介護に関する知識レベル向上を図る。
- 自治体がソーシャルワイクチーム間の給付件数等を比較し、不合理な差が生じている場合は討議を行う体制を構築（ベンチマーキングシステム）。

²⁵ 経済・気候政策省の下部組織。

引用文献

- [1] CANON, [Online]. Available: https://www.canonsociaalwerk.eu/nl_han/details.php?cps=15&canon_id=276. [Accessed 22 8 2019].
- [2] CAK, [Online]. Available: <https://www.hetcak.nl/over/over-ons/historie>. [Accessed 22 8 2019].
- [3] SCP, Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking, 6 2018. [Online]. Available: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Veranderde_zorg_en_ondersteuning_voor_mensen_met_een_beperking. [Accessed 10 10 2019].
- [4] M. Kroneman et al., Netherlands Health system review, Health Systems in Transition, vol. 18, no. 2, pp. 1-240, 2016.
- [5] Zorginstituut Nederland, [Online]. Available: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/v/verpleging-in-de-wijk-zvw>. [Accessed 6 9 2019].
- [6] CIZ, [Online]. Available: <https://ciz.databank.nl/jive>. [Accessed 1 8 2019].
- [7] CBS, 15 7 2019. [Online]. Available: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/7461bev/table?ts=1564387270220>. [Accessed 30 7 2019].
- [8] VWS, Healthcare in the Netherlands, 1 2016. [Online]. Available: <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/publications/publications/2016/01/31/healthcare-in-the-netherlands>. [Accessed 10 10 2019].
- [9] Zorginstituut Nederland, 5 12 2019. [Online]. Available: <https://www.kiesbeter.nl/artikelen/zorgthemas/zorgverzekering/overzicht-nederlandse-zorgverzekeraars>. [Accessed 16 1 2020].
- [10] CBS, 8 3 2019. [Online]. Available: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84069NED/table?ts=1566376511400>. [Accessed 21 8 2019].
- [11] 大森正博, オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲をめぐる政策動向, 健保連海外医療保障, no. 95, pp. 17-28, 2012.
- [12] 大森正博, オランダにおける医療と介護の機能分担と連携, 海外社会保障研究, no. 156, pp. 75-90, 2006.
- [13] ZorgthuisNL et al., Kwaliteitskader Wijkverpleging, 19 4 2018. [Online]. Available: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/wijkverpleging-kwaliteitskader>. [Accessed 6 9 2019].
- [14] vektis, [Online]. Available: <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/row-1/welke-mensen-maken-gebruik-van-wijkverpleging/>. [Accessed 6 9 2019].

- [15] VWS, 8 1 2019. [Online]. Available: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo>. [Accessed 18 9 2019].
- [16] VWS, [Online]. Available: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/zorgkantoor>. [Accessed 18 7 2019].
- [17] VWS, [Online]. Available: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/woordenlijst/zorgkantoor>. [Accessed 18 7 2019].
- [18] CIZ, [Online]. Available: <https://www.ciz.nl/over-ciz/governance>. [Accessed 22 8 2019].
- [19] CAK, [Online]. Available: <https://www.hetcak.nl/over/over-ons>. [Accessed 18 7 2019].
- [20] Belastingdienst, [Online]. Available: https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/werk_en_inkomen/sociale_verzekeringen/premies_volks_en_werknemersverzekeringen/volksverzekeringen/hoeveel_moet_u_betalen. [Accessed 23 7 2019].
- [21] SVB, [Online]. Available: https://www.svb.nl/int/nl/aow/hogte_aow/wat_gaat_er_af/. [Accessed 28 8 2019].
- [22] Belastingdienst, [Online]. Available: https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/inkomstenbelasting/heffingskortingen_boxen_tarieven/heffingskortingen/algemene_heffingskorting/. [Accessed 13 9 2019].
- [23] CAK, [Online]. Available: <https://www.hetcak.nl/regelingen/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-van-de-eigen-bijdrage-wlz/lage-of-hoge-eigen-bijdrage>. [Accessed 18 7 2019].
- [24] Zorginstituut Nederland, [Online]. Available: <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/begrippenlijst>. [Accessed 23 1 2020].
- [25] Zorginstituut Nederland, Wlz-cijfers tot en met het 1e kwartaal 2019, [Online]. Available: <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/publicatie/2019/07/11/publicatie-wlz-2015-2019>. [Accessed 17 7 2019].
- [26] VWS, 23 2 2019. [Online]. Available: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/jeugd/toegang-wlz>. [Accessed 22 7 2019].
- [27] Belastingdienst, [Online]. Available: https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/prive/werk_en_inkomen/sociale_verzekeringen/premies_volks_en_werknemersverzekeringen/volksverzekeringen/volksverzekeringen. [Accessed 23 7 2019].

- [28] CBS, 26 7 2019. [Online]. Available: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84529NED/table?ts=1567497975984>. [Accessed 4 9 2019].
- [29] Zorginstituut Nederland, [Online]. Available: <https://english.zorginstituutnederland.nl/about-us/tasks-of-the-national-health-care-institute/advising-on-and-clarifying-the-contents-of-the-standard-health-care-benefit-package>. [Accessed 28 8 2019].
- [30] NZa, Verantwoordingsdocument Prestaties en tarieven langdurige zorg Fase 2: van kosten naar tarieven, 18 10 2018. [Online]. Available: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_253471_22/1/. [Accessed 6 9 2019].
- [31] Rijksoverheid, [Online]. Available: <https://www.regelhulp.nl/ik-heb-hulp-nodig/verblijf-in-een-instelling>. [Accessed 26 7 2019].
- [32] Zorginstituut Nederland, [Online]. Available: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/l/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>. [Accessed 5 8 2019].
- [33] Zorginstituut Nederland, 4 7 2019. [Online]. Available: <https://www.kiesbeter.nl/onderwerpen/verpleeghuiszorg?subjectId=245§orId=5>. [Accessed 14 8 2019].
- [34] Zorg en Zekerheid, [Online]. Available: <https://www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/persoonsgebonden-budget-pgb/wat-is-een-pgb/waar-moet-u-rekening-mee-houden/>. [Accessed 5 8 2019].
- [35] Zorg en Zekerheid, [Online]. Available: <https://www.zorgkantoor-zorgenzekerheid.nl/persoonsgebonden-budget-pgb/zelf-zorg-inkopen-met-een-pgb/hoeveel-mag-u-uw-zorgverlener-betalen/>. [Accessed 7 8 2019].
- [36] vektis, [Online]. Available: <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/zorg-dichtbij/wijkverpleging/row-2/hoeveel-zorgaanbieders-leveren-wijkverpleging-en-hoeveel-euro-gaat-om-in-de-wijkverpleging/>. [Accessed 17 10 2019].
- [37] Zorginstituut Nederland, Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg, [Online]. Available: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-kwaliteitskader>. [Accessed 14 8 2019].
- [38] Zorginstituut Nederland, Openbaar databestand VHZ verslagjaar 2018, [Online]. Available: <https://www.zorginzicht.nl/openbare-data/open-data-verpleeghuiszorg>. [Accessed 4 7 2019].
- [39] Lingewaard Nieuws.nl, 22 8 2014. [Online]. Available: <https://lingewaard.nieuws.nl/nieuws/20140822/wonen-in-een-verzorgingshuis-wat-moet-ik-daarvoor-doen/>. [Accessed 19 8 2019].

- [40] CIBG, [Online]. Available: <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving>. [Accessed 10 9 2019].
- [41] CBS, 1 7 2019. [Online]. Available: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84494NED/table?ts=1573525112300>. [Accessed 12 11 2019].
- [42] 堀田聡子, ケア従事者確保に向けた諸課題—オランダの経験から—, 季刊社会保障研究, vol. 47, no. 4, pp. 382-400, 2012.
- [43] CIBG, [Online]. Available: <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register/cijfers/basisberoep-en-specialisme>. [Accessed 10 9 2019].
- [44] V&VN, Leren van de toekomst, [Online]. Available: <http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/23203%20Leren%20van%20de%20toekomst%20VV2020.pdf>. [Accessed 10 9 2019].
- [45] V&VN, [Online]. Available: <https://venvnvs.nl/venvnvs/over-de-verpleegkundig-specialist/>. [Accessed 21 8 2019].
- [46] neuvoov, [Online]. Available: <https://neuvoov.nl/salaris/?job=Verpleegkundige>. [Accessed 18 9 2019].
- [47] NCOI, 9 1 2017. [Online]. Available: <https://www.ncoi.nl/blog/Wat-is-de-betekenis-van-verzorgende-IG.html>. [Accessed 21 8 2019].
- [48] VWS, 28 6 2019. [Online]. Available: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wlz>. [Accessed 23 7 2019].
- [49] Amstelring, [Online]. Available: <https://www.amstelring.nl/zorgprofiel-per-locatie>. [Accessed 9 8 2019].
- [50] VWS, [Online]. Available: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/soorten-zorg/zorgplan>. [Accessed 11 11 2019].
- [51] CIZ, [Online]. Available: <https://ciz.nl/client/client-meer-informatie/uw-aanvraag-in-vier-stappen>. [Accessed 8 7 2019].
- [52] Rijksoverheid, [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/financien-gemeenten-en-provincies/gemeentefonds>. [Accessed 19 7 2019].
- [53] Den Haag, [Online]. Available: <https://www.denhaag.nl/nl/zorg-en-ondersteuning/zorg-in-natura.htm>. [Accessed 4 9 2019].
- [54] CAK, [Online]. Available: <https://www.hetcak.nl/over/nieuws/2018/in-2019-is-eigen-bijdrage-wmo-maximaal-17,50>. [Accessed 7 8 2019].
- [55] Den Haag, 3 6 2019. [Online]. Available: <https://www.denhaag.nl/nl/zorg-en-ondersteuning/wat-is-de-wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo.htm>. [Accessed 19 7 2019].
- [56] Den Haag, 12 3 2019. [Online]. Available: <https://www.denhaag.nl/nl/zorg-en-ondersteuning/persoonsgebonden-budget-pgb.htm>. [Accessed 7 8 2019].

- [57] Den Haag, 20 9 2018. [Online]. Available: <https://www.denhaag.nl/nl/zorg-en-ondersteuning/zorg-voor-elkaar/vrijwilligerswerk-ga-aan-de-slag-als-vrijwilliger.htm>. [Accessed 7 8 2019].
- [58] Den Haag, [Online]. Available: <https://www.denhaag.nl/nl/zorg-en-ondersteuning/zorg-voor-elkaar/waardering-voor-mantelzorgers.htm>. [Accessed 7 8 2019].
- [59] Leeuwarden, Maximum PGB-tarieven Wmo 2018, [Online]. Available: <http://lwdvoorelkaar.nl/nl/file/2630/download>. [Accessed 8 8 2019].
- [60] Rijksoverheid, [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/ondersteuning-gemeente-wmo-2015-aanvragen>. [Accessed 22 7 2019].
- [61] Haarlem, Meedoen en zelfstandig blijven, 3 2017. [Online]. Available: https://www.haarlem.nl/bestandsopslag/bestanden/Zorg_en_welzijn/Wmo-meedoen_en_zelfstandig_blijven.pdf. [Accessed 6 8 2019].
- [62] Nictiz, Nivel, eHealth-monitor 2019, 11 2019. [Online]. Available: <https://www.nictiz.nl/rapporten/ehealth-monitor-2019-rapport/>. [Accessed 25 11 2019].
- [63] SmartHealth, 25 6 2019. [Online]. Available: <https://www.smarthealth.nl/2019/06/25/nza-wijkverpleging-technologie-ehealth/>. [Accessed 5 12 2019].
- [64] NZa, [Online]. Available: https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_277680_22/1/. [Accessed 17 1 2020].
- [65] Zorginstituut Nederland, [Online]. Available: <https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/verpleeghuiszorg-indicatoren>. [Accessed 26 9 2019].
- [66] Zorginstituut Nederland, [Online]. Available: <https://www.kiesbeter.nl/zorginstellingen/profielpagina?naam=%22De%20Fagel%22&kvnummer=34259830&vestigingsnummer=30450683&subjectId=245#kwaliteitsgegevens>. [Accessed 26 9 2019].
- [67] Deltaplan Dementie, Netherlands Deltaplan for Dementia, 6 2017. [Online]. Available: <https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Netherlands#fragment3>. [Accessed 10 1 2020].
- [68] CBS, 18 12 2018. [Online]. Available: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/51/prognose-18-miljoen-inwoners-in-2029>. [Accessed 6 9 2019].
- [69] VWS, Werken in de Zorg Actieprogramma, 3 2018. [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>. [Accessed 27 9 2019].

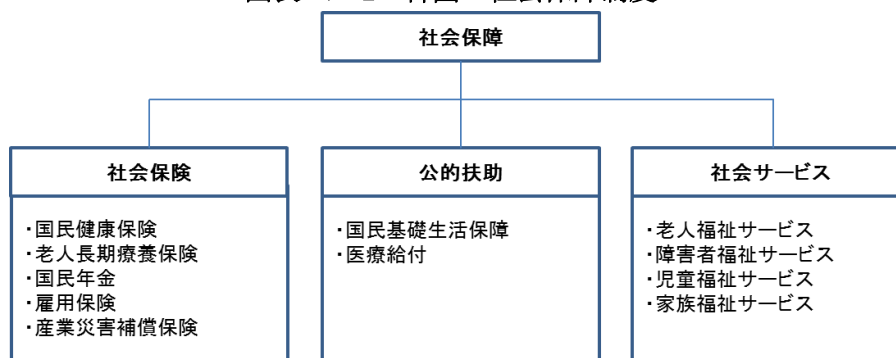
- [70] CPB, De wijkteambenadering nader bekeken, 1 2019. [Online]. Available: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Publicatie-De-wijkteambenadering-nader-bekeken.pdf>. [Accessed 25 9 2019].
- [71] Schulinck, 27 1 2016. [Online]. Available: <https://www.schulinck.nl/opinie/opinie-sociaal-domein-wmo-wanneer-valt-persoonlijke-verzorging-onder-de-wmo-2015>. [Accessed 19 9 2019].
- [72] VWS, 23 2 2019. [Online]. Available: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/verpleging-verzorging>. [Accessed 19 9 2019].
- [73] 大森正博, オランダの長期療養・介護制度改革, 健保連海外医療保障, no. 107, pp. 20-27, 2015.
- [74] CBS, 7 5 2019. [Online]. Available: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83262NED/table?ts=1564723359209>. [Accessed 2 8 2019].
- [75] VWS, 8 1 2019. [Online]. Available: <https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/begeleiding>. [Accessed 5 8 2019].
- [76] VWS, [Online]. Available: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/over-mlz/begrippen/wet-maatschappelijke-ondersteuning>. [Accessed 31 7 2019].
- [77] ZN, [Online]. Available: <https://www.zn.nl/350584833/Zorgkantoren>. [Accessed 2 8 2019].
- [78] Zorginstituut Nederland, [Online]. Available: <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/beheerskosten-en-zorgkosten-wlz-awbz/wlz-2019>. [Accessed 29 8 2019].
- [79] SVB, [Online]. Available: [https://www.svb.nl/int/nl/over_de_svb/wat_doen_wel/wat_doen_wel/index.jsp](https://www.svb.nl/int/nl/over_de_svb/wat_doen_wel_wat_doen_wel/index.jsp). [Accessed 17 9 2019].
- [80] DutchNews.nl, 11 7 2018. [Online]. Available: <https://www.dutchnews.nl/news/2018/07/senate-approves-plan-to-abolish-25-municipalities-next-year/>. [Accessed 1 7 2019].

第 V 章 韓国における公的介護制度

1. 概要

韓国では、公的介護保険制度として 2008 年に老人長期療養保険(노인장기요양보험)が導入され、社会保障制度において国民健康保険(국민건강보험)と同様に社会保険に位置付けられている。

図表 V-1 韓国の社会保障制度



(出典) 国民健康保険公団ウェブサイト [1]を基に事務局作成

老人長期療養保険は、国民健康保険公団(국민건강보험공단)¹が保険者として管理・運営しており、対象者は医療保障²と同じく韓国国内に居住する全ての住民(外国人を含む)である。このうち介護費用を給付されるのは、65歳以上の高齢者または老人性疾患を有する65歳未満の者で、等級認定を申請し、認定された者である。2017年時点で医療保障対象者は5,243万人に上り、このうち65歳以上人口の8%にあたる58万5,287人が等級認定を受けて、老人長期療養保険を受給している [2]。

給付対象の種類としては、長期間の施設入所に対する施設給付、在宅での日常生活支援等に対する在宅給付、および福祉用具等があり、専門職である療養保護士(요양보호사)が中心となってサービスを提供している。

韓国で老人長期療養保険の必要性が生じた背景として、急速な高齢化があり、65歳以上の人口は1990年から2001年の間に約1.6倍に増加した³ [3]。さらに、以下の4点が要因となり老人長期療養保険の導入を迫られた [4]。こうした背景・要因は、日本における介護保険制度導入時の状況と類似しているといえる。

① 要介護者の増加

高齢化により認知症や脳血管障害による麻痺等の要介護高齢者も増加し、2003年時点では約59万人であった要介護者が、2010年には約79万人、2020年には約

¹ 医療保険である国民健康保険の保険者でもある。

² 国民健康保険および医療給付制度からなる。

³ 2018年における65歳以上の人口は約730万人で全人口に占める割合は14.3%。

114万人に増加すると推計された。潜在的な介護費用についても、2003年時点の3兆4,000億ウォンから2020年には8兆3,000億ウォンに増加すると推計された⁴。

② 高齢者にかかる医療費の増加

高齢者にかかる医療費による、国民健康保険財政の圧迫も問題となっており、1990年の2,391億ウォン（医療費全体に占める割合：10.8%）から、2001年の3兆6,356億ウォン（同19.3%）へと増加し、高齢化率が10%に到達する2010年には医療費全体の約30%を占めると推計されていた。これについては、高齢者人口の増加だけでなく、高齢者の急性期病院への入院期間長期化も一因とされている。

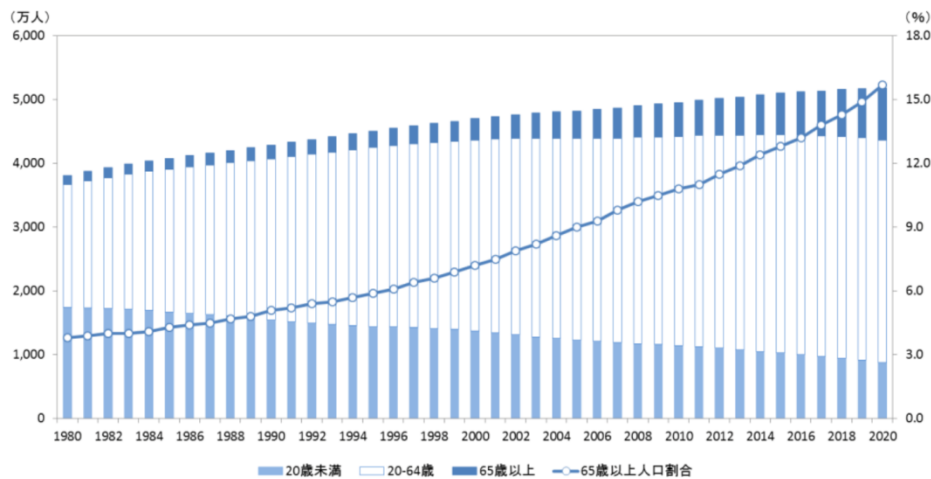
③ 既存制度における介護提供体制の限界

老人長期療養保険の制度導入前は老人福祉法に基づき、社会サービスの一部として老人福祉サービス⁵が提供されていた [5]。しかし、国民基礎生活保障受給者等の特定の低所得者のみを対象としており、適応対象とならない高齢者は全額自己負担が必要であった [6]。その費用は毎月100万～250万ウォン⁶と、高齢者にとって負担が重かった。

④ 家庭での介護提供体制の限界

核家族化および女性の社会参加が進むことで、従来家庭での長期療養は限界に達していた。

図表 V-2 年齢区分別人口および65歳以上人口割合の推移



(出典) 統計庁 [3]を基に事務局作成

⁴ 2020年3月時点で、100ウォンは約9.3円（日本銀行による報告省令レート）。

⁵ 老人長期療養保険の施行後も老人福祉サービスは継続して提供されている。老人医療福祉施設の対象者は、65歳以上の低所得者（費用は国と地方自治体が全額負担）と60歳以上の国民（費用は全額自己負担）であり、老人長期療養保険の等級認定者でなくとも長期療養サービスを受けることができる。

⁶ 有料療養施設（現在は、老人療養施設に移行）への入所などの場合。

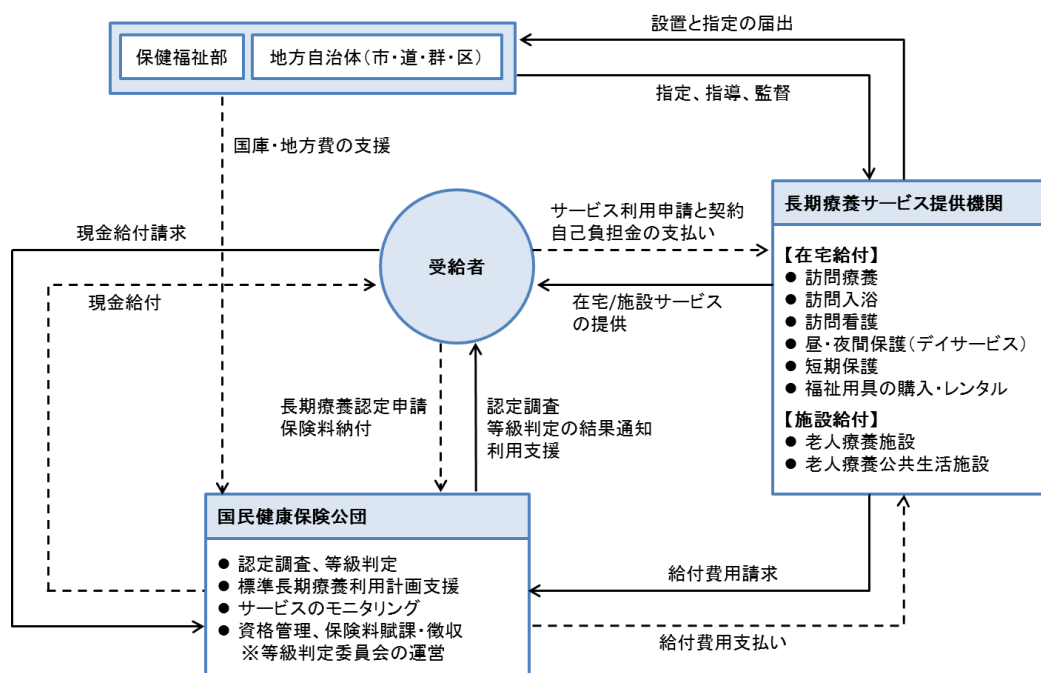
こうした背景を踏まえ、金大中大統領が2001年に介護保険制度の導入を提唱した。その後、2005年から段階的に対象者と地域を拡大する試験事業が開始され、2007年には老人長期療養保険法(案)が国会を通過した。2008年に老人長期療養保険制度が施行された後もいくつかの制度変更があり、2009年には外国人労働者の保険料負担軽減および農漁村地域居住者の経済的負担軽減、2013年には運営体制の確立および管理強化⁷、2014年には長期療養等級(장기요양등급)を3段階から5段階に変更する等の改定が行われた[7]。

2. 制度の仕組み

(1) 運営体制

老人長期療養保険(노인장기요양보험)関連の制度全般は保健福祉部⁸が管掌しており、国民健康保険公団(국민건강보험공단)が保険者として管理運営全般の業務を担っている[2]。国民健康保険公団から長期療養等級(장기요양등급)の認定を受けた受給者は、長期療養サービス提供機関と契約を結び長期療養サービスを受ける(図表V-3)。

図表 V-3 関係機関相関図*



(注) * 破線はお金の流れを示す。

(出典) 2017年老人長期療養保険年報[2]を基に事務局作成

⁷ 自己負担金の免除や割引行為の禁止、虚偽請求に対する処罰等。

⁸ 保健および福祉に関する政策の調整および監督を行う行政機関であり、日本の厚生労働省における厚生部門に相当する。

(2) 財源

財源は下記の保険料および公費 2 種類から構成されており、2017 年の老人長期療養保険（노인장기요양보험）財政の収入額に占める割合は長期療養保険料が 64%、国庫支援金が 11%、医療給付負担金が 23%であった [2]。以下、それぞれの財源の詳細について述べる。

① 長期療養保険料

長期療養保険料は、所得に応じて決定される健康保険料⁹に長期療養保険料率（2018 年、7.38%）¹⁰を乗じて算定し、健康保険料と合算して徴収される。国民健康保険（국민건강보험）と老人長期療養保険いずれの保険料についても、地域加入者（世帯単位）は 100%本人が負担するが、職場加入者の場合は、被用者と事業主が 50%ずつ負担することが定められている [2]。

② 国庫支援金

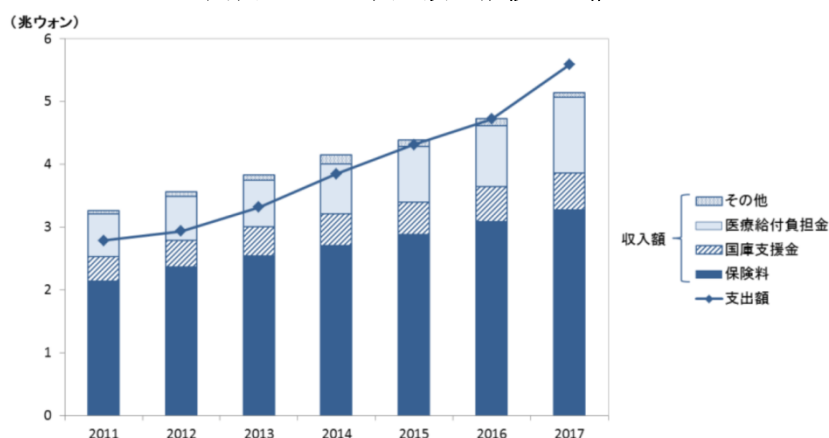
国は毎年の予算の範囲内で、当該年度の長期療養保険料予想収入額の 20%に相当する金額を拠出する。

③ 医療給付負担金

医療給付受給者¹¹への給付費用と管理運営費を、国と地方自治体が共同で全額負担する。

上記の財源による老人長期療養保険財政の収入額と支出額の推移は、図表 V-4 の通りである。2011～2017 年の 6 年間で、主に保険料からなる収入額の年間増加率は平均 8%であったのに対し、支出額は平均 12%であり、2017 年には収支が赤字に転じた。

図表 V-4 収入額の推移と内訳



（出典）2017 年老人長期療養保険年報 [2]を基に事務局作成

⁹ 2017 年における健康保険料の 1 世帯当たり平均月額額は、職場加入の場合 10 万 7,449 ウォン、地域加入の場合 8 万 7,458 ウォンである [47]。

¹⁰ 財政状況等を考慮して、毎年、大統領令により決定される。

¹¹ 主に低所得者を対象として、国家が医療費を保障する医療給付制度の受給者。医療給付制度は、公的扶助に位置付けられる [1]。

(3) 対象者

老人長期療養保険（노인장기요양보험）の対象となるのは、韓国国内に居住する全ての住民（外国人を含む）である。国民健康保険（국민건강보험）の加入者（医療給付受給者を除く全住民）¹²は強制的に老人長期療養保険の加入者となり、保険料を納付している。また、国民健康保険に加入していない医療給付受給者は、老人長期療養保険の保険料の納付はしていないが、医療と同様に国と地方自治体の財政負担により長期療養保険の対象者となっている。

上記対象者が、実際にサービスを受給するには長期療養等級（장기요양등급）の認定を受ける必要があり、同認定を申請できるのは、65歳以上の高齢者または、65歳未満でも認知症や脳血管性疾患等の老人性疾患を有する者となっている [8, 9]¹³。2017年時点では約92万人の申請者のうち6割強の約58万5,000人が長期療養認定を受けている [2]。

(4) 給付

1) 給付内容

長期療養等級（장기요양등급）は1～5等級および認知支援等級（인지지원등급）に区分され、等級に応じて受給できるサービスや給付額等が定められている。なお、1等級が最も介護の必要性が高い等級である [9]。認定の基準となる点数と2017年時点での認定者数を図表V-5に示す。

図表 V-5 長期療養等級別の認定点数と認定者数（2017年時点）

等級	1	2	3	4	5	認知支援等級*1
長期療養 認定点数*2	95点 以上	75点～ 94点	60点～ 74点	51点～ 59点	45点～ 50点	44点以下
認定者数（千人）	43.4	79.9	196.2	223.9	42.0	-
構成割合（%）	7.4	13.6	33.5	38.3	7.2	-

（注）*1 2018年に新設されたためデータなし。

*2 申請者に対する訪問調査によって評価される点数（100点満点）。

（出典）老人長期療養保険ウェブサイト等 [2, 9]を基に事務局作成

老人長期療養保険（노인장기요양보험）の給付は、施設給付、在宅給付（福祉用具を含む）、特別現金給付の3つに分類される。

施設給付は、老人医療福祉施設（노인의료복지시설）等の長期入所施設で提供される、身体活動支援や心身機能の維持・向上を目的とした各種リハビリテーション等の

¹² 被扶養者を含む。

¹³ この条件を満たさない障害者の場合、社会サービスに位置付けられる障害者福祉サービスの制度によって、必要なサービスを受けたり、施設に入所したりすることができる [43, 44]。

サービスを対象とする（図表 V-6） [2]。施設給付の対象サービスを提供する老人医療福祉施設は、老人療養施設（노인요양시설）と老人療養共同生活家庭（노인요양공동생활가정）に分けられ、それぞれに対して等級別に 1 日当たりの長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額^{14,15}が設定されている（図表 V-7）。受給者が長期療養サービス提供機関に支払う自己負担金¹⁶は、施設給付の場合、原則として長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額の 20%¹⁷と定められている。なお、ある受給者に関する 1 カ月当たりの長期療養サービス提供機関に支払われる報酬限度額は、利用する長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額に当該月日数をかけた金額となる [11]。

図表 V-6 施設給付の対象となる主な提供サービス

身体活動支援	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 更衣、入浴、トイレ、食事、整容、移動等の ADL 支援 ● 身体機能の維持・増進（関節拘縮予防等）
機能回復訓練	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 身体機能や動作訓練：関節可動域訓練、筋力増強運動、立ち上がり、食事等 ● 物理・作業療法：温熱療法、電気療法、運動遊び等
健康管理と看護ケア	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 観察と測定：血圧、体温、脈拍等 ● 健康管理：関節拘縮予防、投薬管理、基礎医療、認知訓練等 ● 看護ケア：褥瘡ケア、栄養管理、疼痛ケア、排泄ケア等 ● 緊急サービス：意識消失、呼吸困難等への対応
施設環境管理	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 環境管理：温度調節、室内清掃等 ● 物品管理：衣服、日用品、お小遣い等
認知機能とコミュニケーション支援	
	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知機能：認知機能向上のための認知活動支援等 ● コミュニケーション：手紙代筆、話し相手になること等

（出典）老人長期療養保険法施行規則 [11]を基に事務局作成

¹⁴ 長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額は、保健福祉部所属の長期療養委員会の審議を経て、保健福祉部長官が決定する。

¹⁵ 長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額のうち、利用者が支払う自己負担金を差し引いた金額を国民健康保険公団が長期療養サービス提供機関に支払う。

¹⁶ 国民基礎生活保障法に基づく医療給付受給者（低所得者）は全額免除される [8]。

¹⁷ 当該受給者の健康保険料の支払い額等に応じて、自己負担軽減措置が設けられている。健康保険料が全体の第 1 四分位（25%以下）に該当する額であれば 60%、第 2 四分位（25～50%）に該当する額であれば 40%の自己負担軽減が受けられる。また、国民基礎生活保障法以外の事由による医療給付受給者や天災等による生計困難者も 60%の自己負担軽減対象となる [35]。

図表 V-7 長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額（2019年）

（単位：ウォン／日）

等級	1	2	3, 4, 5
老人療養施設	69,150	64,170	59,170
老人療養共同生活家庭	60,590	56,220	51,820

（出典）長期療養給付提供基準と給付費用算定方法等に関する告示 [10]を基に事務局作成

在宅給付の対象となるサービスは在宅老人福祉施設（재가노인복지시설）によって提供され [12]、サービスの種類と内容は図表 V-8 のように分類される。なお、昼・夜間保護は日本のデイサービス、短期保護はショートステイに相当するサービスである。在宅給付における受給者の自己負担金は、長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額の 15%¹⁸である。

図表 V-8 在宅給付の対象となる主な提供サービス

種類	内容
訪問療養	<p>専門職職員が受給者の家庭等を訪問して、下記のような支援を提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体活動支援*1 ● 認知活動型訪問療養（教材・ツールを使用して実施するプログラム等） ● 認知機能支援：認知行動変化の管理等 ● 精神的支援：手紙代筆、話し相手になること等 ● 家事・日常生活支援：外出同行、食事の準備、掃除等の家事の支援 <p>長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額は、30～240 分の範囲で 30 分ごとに設定され、60 分の場合は利用 1 回当たり 2 万 1,690 ウォン*2。</p>
認知活動型訪問療養*3	<p>認知刺激活動と残存機能の維持・向上のための訓練を提供する。訪問療養とは異なり、洗濯・食事準備等の家事支援は提供できないが、受給者が服を着ることや料理をつくることを見守り・指導する等は可能。</p>
訪問看護*4	<p>医師、韓医師*5または歯科医師の指示に従って看護師、看護助務士または歯科衛生士が受給者家庭等を訪問して下記のような、サービスを提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 健康管理：投薬管理、認知訓練等 ● 看護ケア：褥瘡ケア、栄養管理、疼痛ケア、排泄ケア等 <p>長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額は、30 分未満、30 分以上 60 分未満、60 分以上の 3 段階に分けられ、30 分以上 60 分未満の場合は利用 1 回当たり 4 万 4,190 ウォン*2。</p>

¹⁸ 自己負担金の免除や軽減措置の条件は、施設給付と同様。

図表 V-8 在宅給付の対象となる主な提供サービス（続き）

種類	内容
昼・夜間 保護	<p>受給者を1日の中で一定時間保護して、下記のような支援やリハビリテーション等を提供するサービス。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体活動支援*1 ● 健康管理と看護ケア*1 ● 認知機能とコミュニケーション支援*1 ● 機能回復訓練*1 <p>等級別に設定された1日当たりの長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額は図表 V-9 に記載。</p>
短期保護	<p>受給者を1カ月当たり9日以内の期間、在宅老人福祉施設で保護して、施設給付と同様のサービスが提供される。</p> <p>等級別に設定された1日当たりの長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額は図表 V-9 に記載。</p>
訪問入浴	<p>専門職職員が入浴設備を備えた車両を利用して、受給者の家庭を訪問し、入浴サービスを提供する。</p> <p>長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額は、車両の利用有無および利用場所に応じて設定され、車両を利用して車両内で入浴した場合、利用1回当たり7万2,540ウォン*2。</p>
その他在宅 給付（福祉 用具給付）	<p>受給者の日常生活や身体活動支援に必要な用具を提供し、利便性向上を図る。</p>

(注) *1 施設と同様のサービスが提供される。

*2 長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額は2019年度の規定内容（毎年更新されている）。

*3 長期療養等級5等級の受給者は、原則訪問療養は利用できず、認知活動型訪問療養のみが利用可能。

*4 長期療養等級の認定を受けた者だけが利用できるサービス。国民健康保険の対象となる在宅看護とは区別され、医師からの指示形態およびサービス提供機関が異なる。

*5 伝統的な韓医学を専門として、医療を提供する国家資格。

(出典) 老人長期療養保険法施行規則 [11]および老人長期療養保険ウェブサイト [13]を
基に事務局作成

図表 V-9 1日単位のサービスに関する長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額の例（2019年）

（単位：ウォン／日）

等級	1	2	3	4	5	認知支援等級
昼・夜間保護 (8～10時間の場合)	56,890	52,710	48,660	47,330	45,980	45,980
短期保護	55,710	51,600	47,660	46,400	45,140	45,140*

(注) * 認知症家族休暇制度（詳細は第3節）として利用する場合。

(出典) 長期療養給付提供基準と給付費用算定方法等に関する告示 [10]を基に事務局作成

また、在宅給付における1カ月当たりの長期療養サービス提供機関に支払われる報酬限度額は、図表V-10の通りである。

図表 V-10 在宅給付（福祉用具給付を除く）における長期療養サービス提供機関に支払われる報酬限度額（2019年）

（単位：千ウォン／月）

等級	1	2	3	4	5	認知支援等級
在宅給付	1,456.4	1,294.6	1,240.7	1,142.4	980.8	551.8

(出典) 長期療養給付提供基準と給付費用算定方法等に関する告示 [10]を基に事務局作成

福祉用具給付では、施設給付を利用していない老人長期療養保険の受給者（認知支援等級を含む）を対象として、福祉用具を購入またはレンタルによって提供する [14]。図表 V-11 のように、給付方法ごとに対象となる福祉用具が定められている。

受給者の自己負担金は、在宅給付と同様に長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額の15%である。なお、年間限度額（年間160万ウォン）が定められており、受給者の有効期間開始日から1年間において、福祉用具給付費用¹⁹が年間限度額を超えた場合、年間限度額を超過した金額は全額自己負担となる [14]。

図表 V-11 福祉用具給付における給付方法と対象品目

購入品目（10種）
移動式トイレ、入浴用の椅子、成人用歩行器、安全用手すり、滑り止め用品（滑り止めマットや靴下等）、簡易トイレ（簡易大便器・小便器）、つえ、床ずれ予防クッション、体位変換用具、失禁パンツ
レンタル品目（7種）
手動車いす、電動ベッド、手動ベッド、移動式浴槽、入浴用リフト、徘徊センサー、傾斜台
購入またはレンタル品目*（1種）
床ずれ予防マットレス

¹⁹ 公団が負担する給付金額および自己負担額の合計。

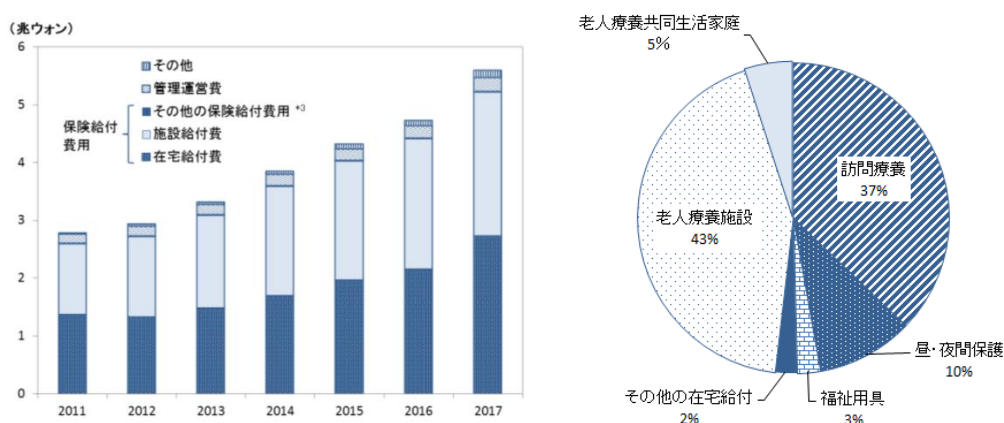
(注) * 受給者が購入またはレンタル方式のいずれかを選択することができる。

(出典) 老人長期療養保険ウェブサイト [14]を基に事務局作成

特別現金給付(특별현금급여)とは、受給者が島しょ部やへき地に住んでいる場合、または天災、身体・精神的等の事由で長期療養保険の対象となる施設で長期療養サービスを受けることができず、その家族等から訪問療養に相当する長期療養サービスを受けたときに現金を給付する制度である。施設給付または在宅給付と重複した利用はできないが、福祉用具給付とは重複利用が可能であり、支給額は、1 カ月当たり 15 万ウォンである [15]。

これらの給付による支出について、老人長期療養保険財政に占める大まかな内訳および 2017 年時点での給付対象サービスによる内訳を図表 V-12 に示す。

図表 V-12 老人長期療養保険財政における支出(左)および国民健康保険公団による給付金額*1の内訳*2(右)



(注) *1 長期療養サービス提供機関に支払われる報酬額のうち受給者の自己負担金を含まない金額。

*2 2017 年時点の数値。

*3 その他の保険給付費用とは、家族療養費および医師所見書発行費用、訪問看護師指示書発行費用からなる。

(出典) 2017 年老人長期療養保険年報 [2]を基に事務局作成

2) サービス提供

入所施設である老人療養施設(노인요양시설)と老人療養共同生活家庭(노인요양공동생활가정)は、いずれも日常生活に必要な支援を提供する施設だが、老人療養共同生活家庭ではより住居に近い環境であることが特徴である。施設の定員は、老人療養施設が 10 人以上、老人療養共同生活家庭が 5~9 人と定められており、2017 年時点で老人療養施設は 3,289 カ所、老人療養共同生活家庭は 2,015 カ所存在する [2, 5]。いずれの施設も社会福祉士(사회복지사)、療養保護士(요양보호사)、看

看護師（간호사）²⁰、物理治療士（물리치료사）または作業治療士（작업치료사）²¹の配置が必須であり、老人療養施設では医師の配置も義務付けられている [5]。

在宅介護サービスは在宅老人福祉施設（재가노인복지시설）で提供され、提供するサービスに応じて人員配置等の基準が設けられているが、施設基準を満たした上で申告をすれば、同一施設で複数種類のサービスを提供することができる [12]。2017 年時点で在宅老人福祉施設は 1 万 5,073 カ所²²存在する [2]。昼・夜間保護または短期保護を提供する場合は、療養保護士と看護師²⁰の配置が必須であるが、その他の専門職種²³の配置基準については提供するサービスや利用者数に応じて定められている [5]。

上記の入所施設および在宅老人福祉施設のうち、9 割以上が民間の法人または個人によって運営されている [2]。

3) 実施職種

韓国の長期療養サービスは、社会福祉士（사회복지사）や療養保護士（요양보호사）、看護師（간호사）²⁰、物理治療士（물리치료사）または作業治療士（작업치료사）等の専門職種によって提供されるが、その中でも特に、療養保護士が主要な役割を担っている。従来は家庭奉仕員や生活指導員と呼ばれる人材²³が老人福祉法上のサービスを担っていたが、2008 年の老人長期療養保険（노인장기요양보험）制度施行に備えて、長期療養サービスを提供する専門職種としての能力および知識水準を向上するために、療養保護士国家資格制度が新設された [16]。療養保護士の資格取得には、教育機関での所定の教育課程履修後、資格試験（筆記・実技）に合格する必要がある。資格には 1 級と 2 級があり、2 級の場合は老人長期療養保険の受給者に対して提供するサービスが、日常生活支援サービス²⁴のみに制限される [16]。療養保護士の業務領域（図表 V-13）および、療養保護士以外の専門職種によって提供される長期療養サービス（図表 V-14）は下記の通りである。

図表 V-13 療養保護士の業務領域

業務領域	具体的な内容
身体活動支援	洗面支援、口腔ケア、頭髮洗浄、整容、更衣、入浴支援、食事支援、体位変換、移動支援、身体機能の維持増進、トイレ利用支援
日常生活支援*	炊事、清掃・周辺整理、洗濯
個人活動支援	外出同行、日常業務代行
精神的支援	生活相談、意思疎通支援、話し相手等
訪問入浴	訪問入浴

（注）* 2 級の療養保護士が、老人長期療養保険の受給者に提供できるサービス

（出典）2019 年改訂療養保護士養成標準教材 [17]を基に事務局作成

²⁰ 看護助務士を含む。

²¹ 物理治療士と作業治療士はそれぞれ、日本の理学療法士と作業療法士に相当する職種。

²² 複数種類のサービスを提供する施設による重複を除いた数。

²³ 長期療養サービスを提供する人材の呼び名であり、福祉関連の資格を有さない者も含まれる。

図表 V-14 療養保護士以外の専門職によって提供される主な長期療養サービス

主な介護サービス	看護師または 看護助務士	物理治療士 または 作業治療士	社会福祉士
看護と処置（呼吸器ケア、皮膚関連ケア、疼痛ケア、排泄ケア、栄養管理、透析ケア等）	○		
救急サービス	○		
認知症症状の評価	○		
機能回復訓練*1（日常生活動作訓練、認知機能訓練、身体機能訓練*2等）	○	○	○
物理・作業療法（温熱療法、運動療法等）		○*3	
施設環境管理*1	○	○	○

（注）*1 療養保護士も提供可能

*2 一部は物理・作業治療士のみが提供可能

*3 医師の指導が必須

（出典）老人医療福祉施設健康管理ガイドライン [18]を基に事務局作成

実際に長期療養サービス提供機関で勤務する専門職種の人数は、図表 V-15 の通りである。社会福祉士の月給は 174 万～250 万ウォン程度²⁴で、療養保護士の月給は 134 万～240 万ウォン程度^{24,25}となっている [19]。なお、2018 年時点における全産業の全国平均月給は約 254 万ウォン²⁶である [20]。

図表 V-15 長期療養サービス提供機関で勤務する主な専門職種の人数および有資格者数

（2017 年時点、単位：人）

専門職種	在宅老人 福祉施設	老人医療 福祉施設	合計*1	有資格者
社会福祉士	13,188	5,402	18,535	938,040
療養保護士	284,144	64,179	340,624	1,512,750
看護師および看護助務士*2	4,491	8,945	12,636	1,031,547
物理・作業治療士	266	1,861	2,024	77,313
医師（嘱託を含む）*3	134	2,161	2,198	176,609

（注）*1 在宅老人福祉施設と老人医療福祉施設で重複する者の人数を除く。

*2 有資格者数のみ、2016 年時点のデータ。

*3 有資格者数には歯科医師・韓医師を含む。

²⁴ 韓国雇用情報院のウェブサイトに掲載されている求人情報（2019/10/24 時点）を参照した。

²⁵ 週 5 日、1 日 8 時間勤務の場合。

²⁶ 超過勤務に対する賃金および賞与は含まない。

(出典) 2017 年老人長期療養保険年報 [2] および 2018 年保健福祉統計年報 [21]等を基
に事務局作成

(5) 利用方法

長期療養サービスを利用するには、長期療養等級（장기요양등급）判定を受けて受給者となり、長期療養サービス提供機関と契約を結ぶことが必要である（図表 V-16）。

図表 V-16 長期療養等級認定後の利用手続き

① 長期療養認定申請	長期療養認定申請の資格者が認定申請をすると、専門職種（看護師、社会福祉士、物理治療士等）で構成された国民健康保険公団所属の職員が申請者を直接訪問し、長期療養認定調査票に従って 12 領域 90 項目を総合的に調査する*1。
② 長期療養等級の判定	等級判定委員会が、訪問調査による長期療養認定点数およびその他の特記事項、別途提出が必須である医師所見書を考慮して、長期療養等級を認定するか否かを判定する。
③ 書類等の受領	長期療養等級の判定を受けると、下記の書類を受領する。 (ア) 長期療養認定書：長期療養等級、有効期間*2、対象サービスの種類等を記載。 (イ) 標準長期療養利用計画書：受給者が長期療養サービスを円滑に利用できるように発行される利用計画書で、長期療養サービス提供機関との給付契約締結時に長期療養認定書と一緒に提出する。 (ウ) 福祉用具給付確認書：受給者の心身状態等に応じて購入またはレンタルすることができる項目を記載した証明書で、福祉用具購入・レンタル時に提出する。
④ 長期療養サービス提供機関の選択と契約	受給者は①の書類の内容を考慮しつつ、自身の希望に合わせて利用する長期療養サービス提供機関を選択し、契約を締結する。長期療養サービス提供機関への連絡または訪問により利用可能なサービス、費用等について相談することができる*3。
⑤ 長期療養サービスの利用*4	受給者の自宅や療養施設で長期療養サービスを利用する。長期療養サービス提供機関は提供内容等を記載した長期療養給付提供記録紙を利用者に提供する。

(注) *1 長期療養認定点数の算定に使用するのは、90 項目中 52 項目。調査項目には、基本的日常生活活動（ADL）、手段的日常生活活動（IADL）、認知機能、看護処置、リハビリテーション領域の各項目に対する申請者の機能状態や、疾病およびその症状、住宅環境（照明・階段等）、サービスのニーズ等が含まれる。

*2 等級ごとに有効期間が定められており、有効期間終了の 90～30 日前までに更新申請が必要。

*3 老人長期療養保険ウェブサイトからも検索することが可能。

*4 原則、長期療養認定書が到着した日から長期療養サービスを受けることができ

る。

(出典) 老人長期療養保険ウェブサイト [22]を基に事務局作成

標準長期療養利用計画書(표준장기요양이용계획서)は日本のケアプランに相当するもので、長期療養等級認定を受けた全ての受給者に対して、国民健康保険公団(국민건강보험공단)から無料で提供される。同計画書には、長期療養サービスの利用計画(給付の種類・回数)および、それに応じて発生する給付額と自己負担額、長期療養における受給者の問題および目標、支援が必要な領域や内容についても記載される。また、長期療養サービス提供機関に対しては、長期療養サービス提供開始前に長期療養給付提供計画書(장기요양급여 제공 계획서)を作成し、国民健康保険公団に報告することが義務付けられている。長期療養給付提供計画書は、標準長期療養利用計画書を基にして作成されるより具体的な計画書で、当該受給者に対して提供する詳細な長期療養サービスの内容(着替えの手伝い等)・回数・時間等が記載される [11]。

受給者は必要に応じて、国民健康保険公団に長期療養サービスの利用に関する相談をすることができる。初めて受給者になった際は、サービス利用説明会または1対1の面談を通じて総合的な相談をすることができ、サービス利用中には、機能状態の変化(褥瘡発生等)に応じた等級変更や、長期療養サービスの種類・内容変更申請等の方法について相談することができる [22]。

3. 公的介護制度における各種課題および状況

(1) 介護予防の取組み

老人長期療養保険(노인장기요양보험)の保険者である国民健康保険公団(국민건강보험공단)により、国民健康保険(국민건강보험)の財源によって、高齢者の医療費削減を目的として健康百歳運動教室(건강백세운동교실)および老人健康マイレージ(노인건강마일리지)という介護予防事業が実施されている [23, 24]。健康百歳運動教室は2005年より開始された取組みで、全国178カ所の国民健康保険公団支社によって運営されている。対象者の制限はなく²⁷、地域住民が希望すれば参加できる [24, 25]。敬老堂²⁸や住民自治センター、国民健康公団支社の空室等に運動指導の講師を派遣し、参加者に対して運動講座(体操やヨガ、ダンス等)や健康状態の測定(身体機能・うつ病・認知機能検査等)を提供する。2018年には、全国4,395カ所の施設で実施されており、同年における運営費用は、144.2億ウォンであった [23, 25]。老人健康マイレージは健康百歳運動教室に参加した65歳以上の高齢者を対象とした事業で、同教室の参加状況に応じてマイレージが付与され、マイレージは年間最大2万ウォンの商品と交換することができる [23, 26, 27]。なお、調査した範囲では、老人

²⁷ 2016年より対象者の年齢制限が撤廃された [23]。

²⁸ 老人福祉法において老人余暇福祉施設に分類される施設で、地域の高齢者が自主的に趣味活動や、交流、情報交換等ができるような場所の提供を目的としている。

長期療養保険の財政で実施されている介護予防管理事業は、見当たらなかった。

(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況

保健福祉部により、介護ロボット研究とサービスモデル開発事業が推進されている [28]。高齢化の進行等により、介護の需要が増加する一方で生産人口の減少等による介護サービスにおける人材不足を背景として、介護ロボット等第4次産業革命の技術により、従来では解決できなかった介護に関連する問題を包括的に解決することを目指した事業である [29]。同事業では、公募により研究開発案を選定し、最大4年間の資金援助を行う [30]。2019年度における公募課題と資金援助額を図表 V-17 に示す。

図表 V-17 介護ロボット研究とサービスモデル開発事業における2019年度の公募課題と資金援助の年間限度額

公募課題	内容	資金援助の年間限度額
要介護高齢者を対象としたスマート介護スペース*の構築とサービスモデル研究	介護ロボットの実証 活用ガイドラインの開発 社会サービス、公的給付等と連携可能なサービスモデルの開発	1～2年目： 4億ウォン 3～4年目： 3.5億ウォン
介護ロボットと技術開発に関するガイドラインおよび安全評価基準の研究	介護ロボットの品目分類案の作成 介護ロボットの安全評価等のガイドライン開発 介護ロボット規制緩和と管理システム案の作成	1～2年目： 1.5億ウォン 3～4年目： 2.5億ウォン
スマート介護スペースに基づくデータテクノロジー応用研究	介護行為等のデータ測定と解析技術の開発 介護データの標準規格の開発と法や制度移行の研究 介護データテクノロジーサービスの研究開発と試験適用	1.6億ウォン

(注) * スマート介護スペースとは、スマート介護ロボット等第4次産業革命の技術を適用し、データ生成や新技術、サービスの実証拠点として持続的に活用する環境を指す [31]。

(出典) 2019年度介護ロボット研究とサービスモデル開発事業の新規支援対象課題公募 [30]等を基に事務局作成

同事業で研究開発を行う技術やサービスの対象者は、介護を必要とする障害者または高齢者、および彼らに介護サービスを提供する者²⁹であり、高齢者については、長期療養等級 (장기요양등급) 1～4等級に相当する者とされている。また、ロボット技術を適用する介護分野としては、移乗、褥瘡予防と体位変換、排泄、食事の4分野が

²⁹ 療養保護士等。

設定されている [28]。

(3) 介護の質向上への取組み

老人長期療養保険（노인장기요양보험）制度における、サービスの質の向上を目的とした主な取組みとしては、老人長期療養保険法に基づく、①長期療養サービス提供機関に対する定期評価制度および②長期療養サービスモニタリングの他、③長期勤続奨励金がある。

① 長期療養サービス提供機関に対する定期評価制度 [32]

2009年より開始された制度で、評価結果は下記のように活用される。

- 評価結果に基づいて加算金を支給し、長期療養機関の中での競争を通してサービスの質の向上を持続的に誘導する。
- 評価結果が不十分な機関に対しては事後管理を実施してサービス水準向上のために持続的に支援する。
- 評価結果を長期療養機関の指定権者である市・郡・区の長に通知して、管理・監督の資料として活用できるようにする。

また、定期的な評価結果を公開することで、受給者による長期療養サービス提供機関の選択の幅を拡大することも目指している。定期評価は、国民健康保険公団（국민건강보험공단）の職員2名および豊富な専門知識と経験を有する外部評価者1～2名³⁰によって構成された評価チームによって実施される。評価の実施頻度は、3年に1回である³¹。長期療養サービス提供機関は、人材や設備の管理、受給者へのサービス提供の状況等について100点満点で評価され、点数に応じてA～Eの5等級に分類される³²。

長期療養サービス提供機関は、定期評価の結果に応じて加算金の支給を受けることができる。支給条件は、施設給付の提供機関である場合は施設規模別³³、在宅給付の提供機関の場合は提供サービスの分類別で、評価点数が上位20%以内であり、かつA等級の判定を受けることである。施設規模別または提供サービス分類別で上位10%以内の機関は、定期評価の前年度の審査で決定した公団負担金の2%、上位10～20%の機関は公団負担金の1%が支給される³⁴。一方、定期評価の結果、最下位等級（E等級）だった長期療養サービス提供機関および休業、業務停止等の事由で定期評価を受けることができなかった機関に対しては、追加評

³⁰ 評価チームにおける外部評価者の人数は、施設給付を提供する機関および昼・夜間保護または短期保護の提供機関は1名、在宅給付を提供する機関は2名と規定されている。

³¹ 当初は施設給付の提供機関と在宅給付の提供機関を交互に隔年で評価してきたが、2015年の改正以降、3年周期に変更された。

³² 在宅給付提供機関では、100点満点に換算した後、別途加点がある [45]。

³³ 施設規模は、30人以上、10人以上30人未満、10人未満の3つに分類される。

³⁴ 福祉用具事業所では、上位10%以内の場合1%、上位10～20%の場合0.5%が支給される。

価が実施される³⁵。追加評価の結果は定期評価と同様の方法で公開されるが、評価結果に応じた加算金は支給されない。

② 長期療養サービスモニタリング

老人長期療養保険には長期療養サービス提供機関への報酬に対する加算・減算（違反）が設けられており、加算を受けた長期療養サービス提供機関を対象に、サービス提供水準の点検³⁶が実施される [10, 33]。長期療養機関による自己診断³⁷後に、サービスモニター団³⁸が長期療養機関を訪問する [33]。対象となる加算類型は図表 V-18 の通りである。

図表 V-18 長期療養サービス提供機関の報酬に対する加算類型

加算類型	提供すると適用対象になる長期療養サービス
人材追加配置加算	施設給付、昼・夜間保護、短期保護
訪問療養社会福祉士等の配置加算	1 個以上の家庭訪問給付
看護師配置加算	施設給付、昼・夜間保護、短期保護
夜間職員配置加算	施設給付、短期保護
個別型サービス提供加算	施設給付、昼・夜間保護、短期保護

（出典）長期療養給付提供基準と給付費用算定方法等に関する告示 [10]を基に事務局作成

③ 長期勤続奨励金

同一の長期療養サービス提供機関において、同一の職種で所定の期間継続勤務している従事者に対して奨励金を支給する制度である³⁹。サービスの質向上のため、2019年1月に増額が行われた。支給対象職種の従事者がそれぞれの条件（図表 V-19）を満たすと、勤続期間に応じて図表 V-20 に示す金額が支給される [10, 34]。

³⁵ 2016年からサービスの質の管理を目的として、実施されている。

³⁶ サービスモニタリングマニュアルに基づく。

³⁷ マニュアルを参照して自主的に診断した結果を長期療養情報システムに入力する。

³⁸ 国民健康保険公団の職員および社会福祉士や療養保護士等の専門職種で構成される [33]。

³⁹ 長期療養給付提供基準と給付費用算定方法等に関する告示の第11条により規定。

図表 V-19 長期勤続奨励金の対象および条件

長期療養サービス提供機関の種類	対象職種	長期勤続の条件	算定月の支給条件
老人療養施設、老人療養共同生活家庭、昼・夜間保護または短期保護を提供する機関	療養保護士、社会福祉士、看護師*1、物理（作業）治療士	1 カ月 120 時間以上勤務した期間が継続 36 カ月以上	120 時間以上勤務
訪問療養、訪問入浴、訪問看護のいずれかを提供する機関	療養保護士*2、看護師*1,2、社会福祉士*2		
		受給者の家庭を訪問してサービスを提供する療養保護士、看護師*1、歯科衛生士	1 カ月 60 時間以上勤務した期間が継続 36 カ月以上

(注) *1 看護助務士を含む

*2 訪問療養社会福祉士等の配置加算の対象条件を満たす者

(出典) 長期療養給付提供基準と給付費用算定方法等に関する告示 [10]を基に事務局作成

図表 V-20 長期勤続奨励金の支給金額

勤続期間	1 カ月当たりの支給金額
36 カ月以上 60 カ月未満	6 万ウォン
60 以上 84 カ月未満	8 万ウォン
84 カ月以上	10 万ウォン

(出典) 長期療養給付提供基準と給付費用算定方法等に関する告示 [10]を基に事務局作成

(4) 認知症施策との関係

2017 年 9 月より、政府が認知症国家責任制 (치매국가책임제) を推進し、認知症の早期診断から予防、相談、症例管理、医療支援等の総合的な支援システムを構築することを目指している [23]。認知症国家責任制における主要な事業を図表 V-21 に示し、その中で老人長期療養保険 (노인장기요양보험) と関わる事業について後述する。

図表 V-21 認知症国家責任制の主要な事業

① 個別型症例管理	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症安心センター*1にて、認知症患者およびその家族に対して、相談や検診、マンツーマンでの症例管理を提供。
② 認知症患者医療支援強化	<ul style="list-style-type: none"> ● 重度の認知症患者 (幻覚、暴力等の異常行動が多い) が入院して集中的な治療を受けることができるよう、全国の公立療養病院 55 カ所に認知症専門病棟を設置し、施設基準と人材要件を満たした機関を順次、認知症安心病院に指定*2。

図表 V-21 認知症国家責任制の主要な事業（続き）

③ 認知症医療費と療養費負担の緩和
<ul style="list-style-type: none"> ● 健康保険算定特例制度：重度認知症以上の患者を対象に、健康保険給付の自己負担を軽減（自己負担率 20～60%から 10%とする）。 ● 認知症治療管理費支援：認知症診断を受けた、基準中位所得 120%以下の満 60 歳以上の高齢者が、認知症安心センターに認知症患者として登録した場合、認知症治療管理費の自己負担金を月 3 万ウォン以内で実費支援する。 ● 長期療養自己負担金軽減対象拡大
④ 長期療養サービスの拡大
<ul style="list-style-type: none"> ● 軽度認知症老人に対する長期療養サービスの提供（詳細は後述） ● 認知症専門型長期療養施設の拡充（詳細は後述）
⑤ 認知症予防と認知症患者に優しい環境づくり
<ul style="list-style-type: none"> ● 老人福祉館*3における認知症予防プログラム提供：高齢者を対象とした、認知症予防のためのプログラムである認知活動サービスが提供されている。 ● 認知症検診：60 歳以上の高齢者を対象として、スクリーニング検査や鑑別検査を実施する。 ● 国家健康検診の認知機能検査の精密化：66 歳以上の全国民を対象に、2 年ごとに検査を実施。 ● 認知症家族休暇制度（詳細は後述）
⑥ 認知症研究開発
<ul style="list-style-type: none"> ● 2020 年から 9 年間で 2,000 億ウォンを投資して、認知症の原因や診断・予防・治療技術の開発研究を推進する計画を樹立・推進

(注) *1 全国 256 カ所の保健所に設置されており、認知症に関する相談や検診、予防、症例管理等、総合的にサービスを提供する。

*2 2019 年 9 月 20 日時点では、3 施設が指定されている。

*3 老人福祉法において老人余暇福祉施設に分類される施設で、全国に約 260 カ所存在する。健康増進や疾病予防、所得補償、在宅福祉等の高齢者福祉に必要なサービスを提供することを目的として、高齢者の教養や趣味、社会参加等に関する情報やサービスを提供する。

(出典) 老人健康分野事業分析 [23]等を基に事務局作成

③認知症医療費と療養費負担の緩和における、長期療養自己負担金の軽減対象拡大は 2018 年 8 月から施行されている。従来は、当該受給者が支払う健康保険料支払額が全体の第 1 四分位（25%以下）に該当する場合に、自己負担金に対して 50%の軽減を受けることができたが、改定により、健康保険料支払額が全体の第 1 四分位（25%以下）に該当する場合は 60%、第 2 四分位（25～50%）に該当する場合は 40%の軽減を受けることができるようになった [35]。これにより、約 25 万人が自己負担金の軽減を受けている [36]。

④認知症患者への長期療養サービスの拡大では、主に 2 つの事業が行われている。

一つ目は、軽度認知症の高齢者に対する長期療養サービスの提供で、2018年1月から認知支援等級（인지지원등급）が新設された [36]。それまでの長期療養等級（장기요양등급）の基準では、身体機能を中心に評価されていたため、身体機能が良好な軽度認知症を有する高齢者は長期療養等級の認定を受けることができなかったが、認知支援等級により身体機能に関係なく認知症が確認された場合には、老人長期療養保険の対象となることが可能になった [37]。認知支援等級の判定を受けた者は、2019年9月時点で約1万3,000人である [36]。二つ目は、認知症専門型長期療養施設（치매전담형 장기요양시설）の拡充である。認知症専門型長期療養施設には以下の3種類があり、療養保護士（요양보호사）の追加や認知症専門教育を受けた人材⁴⁰を配置して、認知機能の維持と問題行動の改善等、認知症を有する受給者に対して個別型プログラムを提供する [38]。

- 老人療養施設（노인요양시설）における認知症担当室
- 認知症専門型老人療養共同生活家庭
- 昼・夜間保護提供機関における認知症担当室

利用対象者は、長期療養等級2～5等級⁴¹の中で、医師所見書に認知症の傷病名の記載があるか、最近2年以内に認知症の診療記録がある者であり、認知支援等級の受給者は、昼・夜間保護提供機関における認知症担当室のみ利用可能となっている [38]。2018年より、公立療養施設のない地域を中心に認知症担当室を有する公立施設を130カ所新設する計画があり、2019年9月時点で39カ所が建設中である [36]。

⑤認知症予防と認知症患者に優しい環境づくりにおける認知症家族休暇制度では、認知症患者の家族の介護負担を軽減することを目的としており、認知症を有する受給者は月の限度額に関わらず、年間6日以内で短期保護や終日訪問療養（1回12時間以上24時間未満）を利用することができる [10]。短期保護は、1～5等級の認知症を有する受給者および認知支援等級受給者が利用できるが、終日訪問療養は1等級と2等級の受給者に限られる [10]。長期療養サービス提供機関に支払われる報酬金額については、短期保護は通常通りだが、終日訪問療養には特別な金額が設けられており、基本の長期療養サービス提供機関に支払われる報酬金額は8万ウォンで1回当たり6万3,780ウォンが加算⁴²される [10]。

(5) その他の改革や議論の動向

長期療養給付を円滑に提供するため、5年ごとに長期療養基本計画（장기요양 기본계획）を策定することが規定されており⁴³、現在は、第2次長期療養基本計画（2018

⁴⁰ プログラム管理者（施設長、社会福祉士、看護師、物理治療士等）は73時間、療養保護士は60時間の認知症専門教育を受ける。2016年よりサービスの質の向上を目的として開始された [46]。

⁴¹ 2等級に一部除外あり。

⁴² 加算金額については、自己負担なし。

⁴³ 老人長期療養保険法第6条

～2022年)が進行中である。同計画では、尊厳のある老後生活を保障する地域社会支援の実現というビジョンを掲げ、28の制度改善策や試験事業等を推進している [39]。その中から、主な内容を抜粋して以下に述べる。

まず、人口構造的な背景として急速な高齢化により、老人長期療養保険(노인장기요양보험)受給者は、2017年時点の58万人から2022年には86万人に増加すると推計されている。これに伴い、長期療養サービスの需要が高まり、2022年までに入所施設は6,999カ所(2017年時点では5,304カ所)、昼・夜間保護提供機関は5,020カ所(2017年時点では2,795カ所)、療養保護士(요양보호사)は53.2万人(2017年時点では36.4万人)が必要になると見込まれている [40]。

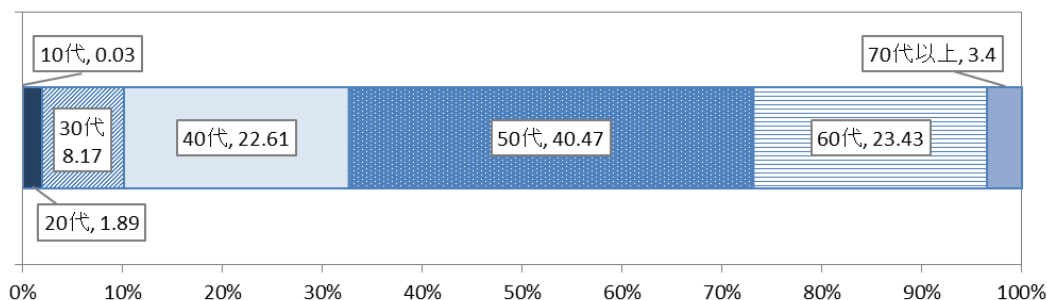
長期療養サービス提供機関における課題の一つとして、長期療養サービス提供機関の不足や地域間の偏りが挙げられる [39]。これに対して、保健福祉部は長期療養サービス提供機関および人材に関する地域別需給状況を鑑みた政策方針を提示するとともに、自治体では長期療養サービス提供機関および人材確保に関する需給計画を立案して長期療養サービス提供機関の開設を誘導する取組みがなされている。また、長期療養サービス提供機関の開設者や専門職種の人材が長期療養サービス市場の状況を把握することができるようにするため、地域別需給状況等はウェブサイトで公開される [39]。

療養保護士については、前述の通り需要が高まる一方で人材不足が懸念されている [40]。療養保護士は勤続期間が短く⁴⁴、離職率が高い状況にあり、有資格者数において実際に長期療養サービス提供機関で従事している者は全体の約22.5%となっている [40]。低賃金や長時間労働等の就業環境が問題視されていることから、長期療養人員支援センター(장기요양요원 지원센터)の拡充が実施されている。長期療養人員支援センターは自治体によって設置される施設で、長期療養サービス提供機関の従事者(特に療養保護士)を対象に苦情相談、能力強化、健康管理、就業連携等の支援を提供する。2017年の6カ所から2022年までに17の市・道に1カ所以上設置することを目指している [39, 40]。また、人員配置基準(現状は原則受給者2.5人に1人)がサービスの質の低下や従事者の労働環境悪化に影響するという指摘もあることから、研究(2019～2020年)を実施して適正な人員配置基準を検討する予定である [39, 41]。

さらに、有資格者における若年層の割合が低いことも問題視されている。療養保護士の有資格者における年代別の割合を見ると、50代が最も多く40.5%を占める一方で20代は1.9%となっている(図表 V-22)。

⁴⁴ 療養保護士有資格者の一部を対象とした調査において、50%以上が勤続年数3年未満であった(2016年時点) [40]。

図表 V-22 療養保護士有資格者における年代別割合（2016年時点）



（出典）第2次長期療養基本計画樹立研究 [40]を基に事務局作成

このような状況に対し、療養指導士（仮称）⁴⁵のような中間管理人材となる資格を導入し、キャリアと職位に応じた適切な職務教育体系をつくること目指されている。専門的かつ昇級可能なキャリア開発パスを構築することで、40～50代の中高年層の就業促進を一つの狙いとしている。また、現状では療養保護士の資格取得に必要な教育は療養保護士教育院で受けることが必須だが、若い人材確保のため専門大学等でも受講可能にし、一定期間の現場経験後に療養指導士として活動することができるようにすることが検討されている⁴⁶ [39, 40]。

最後に、統合的在宅サービスの提供を目指した取組みについて述べる。在宅給付の提供において、個別の長期療養サービス提供機関により、サービスが別々に提供されている状況があり、訪問療養およびその他の在宅サービスが必要であるにも関わらず、訪問療養のみを受けた受給者は82%に上る [39, 41]。また、長期療養等級（장기요양등급）が高くなくとも、家族による介護が難しい等の理由で施設入所する受給者が増加している⁴⁷ことから、特に独居または高齢者夫婦世帯への在宅給付の提供が不十分だと考えられている [39]。そこで、受給者が長期療養サービス提供機関で一度申請すれば、ニーズ調査や相談を基に訪問療養や昼・夜間保護等の在宅サービスを一つの長期療養サービス提供機関で利用することができる統合的在宅サービスの導入が計画されている。なお、同サービスでは社会福祉士（사회복지사）・看護師（간호사）・療養保護士で構成されたチームで受給者の個別ニーズに対応する [39]。2019年8月から予備事業を実施中である [41]。

この他、第2次長期療養基本計画とは別となるが、2018年より地域主導型の社会サービス政策であるコミュニティケアが推進され、介護等が必要な高齢者や障害者等が居住地域で統合的な支援を受け、自宅での生活を継続することを目指している。16の地方自治体を選定し、2019年から2年かけて試験事業を実施する計画である [42]。

⁴⁵ 案としては、3～5年等の一定期間の実務経験と職務教育実績のある療法保護士を対象に、資格試験を実施し、合格者に資格を付与することが考えられている。

⁴⁶ 案としては、保健福祉部が指定した専門大学等に療養指導士の教育課程を開設し、履修した者に療養指導士の受験資格を付与することが考えられている。

⁴⁷ 長期療養等級が3～5等級の受給者において施設入所認定を受けた者の割合は、2010年の12.2%から2017年には22.8%に増加した。

引用文献

- [1] 국민건강보험공단, 국민건강보험 사회보장의 체계, [Online]. Available: <https://www.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=B1200>. [Accessed 24 10 2019].
- [2] 국민건강보험공단, 2017 노인장기 요양보험 통계 연보, [Online]. Available: <https://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0160/26935?boardKey=37&sort=sequence&order=desc&rows=10&messageCategoryKey=&pageNumber=1&viewType=generic&targetType=12&targetKey=37&status=&period=&startdt=&enddt=&queryField=&query=>. [Accessed 24 10 2019].
- [3] 통계청, 성 및 연령별 추계인구(1 세별, 5 세별) / 전국, 2019. [Online]. Available: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA001&conn_path=I3. [Accessed 24 9 2019].
- [4] 공적노인요양보장추진기획단, 한국보건사회연구원, 보건복지부, 공적노인요양보장체계 개발연구(요약본), 6 2004. [Online]. Available: <https://www.kihasa.re.kr/common/filedown.do?seq=15280>. [Accessed 19 12 2019].
- [5] 보건복지부, 노인복지법 시행규칙, 12 12 2019 시행. [Online]. Available: <http://law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%85%B8%EC%9D%B8%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B2%95%20%EC%8B%9C%ED%96%89%EA%B7%9C%EC%B9%99>. [Accessed 19 12 2019].
- [6] 増田雅暢, 世界の介護保障【第2版】, 法律文化社, 2014.
- [7] 국민건강보험공단, 장기요양보험 제도소개 노인장기요양보험이란? 추진경과, [Online]. Available: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/102/npeb102m01.web?q=C1010767189E0158FFE06269B077C536BFC19C7CA5AC34;emByIFReqIWuIIKTv91m2F2f3vQ%2BXSILqbJB7/goNFMbTiqWyrZbMgfZ5QLfUi62zQ0s%2BLCrvCPyXZ0/VF14hg%3D%3D;E/cUjxBOSxJtUkzeE7USOYePdHw%3D&charset=UTF-8>. [Accessed 2 8 2019].
- [8] 국민건강보험공단, 장기요양보험 제도소개 노인장기요양보험이란? 제도개요, [Online]. Available: www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/101/npeb101m01.web?menuId=npe0000000030&zoomSize=. [Accessed 2 8 2019].
- [9] 국민건강보험공단, 장기요양보험 제도소개 장기요양인정및이용절차 인정절차, [Online]. Available: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/201/npeb201m01.web?menuId=npe0000000080&zoomSize=>. [Accessed 24 10 2019].

- [10] 보건복지부, 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시, 11 2019 시행. [Online]. Available: <http://www.law.go.kr/%ED%96%89%EC%A0%95%EA%B7%9C%EC%B9%99%EC%9E%A5%EA%B8%B0%EC%9A%94%EC%96%91%EA%B8%89%EC%97%AC%20%EC%A0%9C%EA%B3%B5%EA%B8%B0%EC%A4%80%20%EB%B0%8F%20%EA%B8%89%EC%97%AC%EB%B9%84%EC%9A%A9%20%EC%82%B0%EC%A0%95%EB%B0%A9%EB%B2%95%20%EB%93%B1%EC%97%90%20%EA%B4%80%ED%95%9C%20%EA%B3%A0%EC%8B%9C>. [Accessed 24 10 2019].
- [11] 보건복지부, 노인장기요양보험법 시행규칙, 20 12 2019 시행. [Online]. Available: <http://www.law.go.kr/LSW/lInfoP.do?lsiSeq=212539#J22:0>. [Accessed 20 12 2019].
- [12] 국민건강보험공단, 국민건강보험공단 장기요양보험 제도소개 급여종류및내용 재가노인복지시설, [Online]. Available: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/302/npeb302m01.web?q=C1010766189E0045A1A9287F1ADCA5F5A34A70761331E8;auEHYOd5kYUTtOgmAO5aYP5n04BzgTzRXeHD72VP3zJ8jV7SacA11TgNeXGVIqhZUUC5r6PUQb/j9BcMEAvq3Q%3D%3D;YsLw%2Bgq6LJZdVKEbclt1b8DIIfSE%3D&charset=UTF-8>. [Accessed 16 8 2019].
- [13] 국민건강보험공단, 장기요양보험 제도소개 급여종류및내용 재가급여·시설급여, [Online]. Available: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/303/npeb303m01.web?q=C1010766189E0183D8A3331FEB9E3E77EB24B8ADF6A068;Gz6uf7k9Pcl5u5cH557IzasPxXdfBNgTGvYX1hEnkfmjHbPx7DKv9Vl8lXJtiWmc4B5hB842fLU%2B8uF4dNTn%2BA%3D%3D;wwWcZ3O9Bp6AGBcjdAvCAcGQTYs%3D&charset=UTF-8>. [Accessed 24 10 2019].
- [14] 국민건강보험공단, 장기요양보험 제도소개 급여종류및내용 복지용구, [Online]. Available: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/304/npeb304m01.web?q=C1010766189E0183D8A3331FEB9E3E77EB24B8ADF6A068;/g5YxrWFHQuGm8ld9xTumyREZgNlsUph3VwQ2hiwhK1Uer6GTqozHnpZASHIEjH6J0P7jZZlRB%2BXemyojGwJ6g%3D%3D;rtI3XM55eh5jVOXUALkyMq6pUBw%3D&charset=UTF-8>. [Accessed 25 9 2019].
- [15] 국민건강보험공단, 국민건강보험공단 장기요양보험 제도소개 급여종류및내용 특별현금급여(가족요양비), [Online]. Available: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/305/npeb305m01.web?q=C1010766189E0045A1A9287F1ADCA5F5A34A70761331E8;dulxKBOAdaFj/FPwpYqui1nHSZQmjES2FJ8WDWFutfVPcQKPOVNr40wotUEiZ3Uh9gKO/vSWpk5PWTn9l7ue4Q%3D%3D;B3CO8e2ijYOCb60rPITNLEfKo88%3D&charset=UTF-8>. [Accessed 8 8 2019].

- [16] 보건복지부, 2019 년 요양보호사 양성지침, 12 3 2019. [Online]. Available: <http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp>. [Accessed 21 8 2019].
- [17] 보건복지부, 2019 년개정 요양보호사 양성 표준교재, [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032902&CONT_SEQ=349516&page=1. [Accessed 24 9 2019].
- [18] 보건복지부, 노인의료복지시설 건강관리 가이드라인, 1 2013. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=13040201&CONT_SEQ=293276&page=19. [Accessed 25 9 2019].
- [19] 한국고용정보원, 채용정보 상세검색, [Online]. Available: <https://www.work.go.kr/empInfo/empInfoSrch/list/dtlEmpSrchList.do?moreCon=more>. [Accessed 17 12 2019].
- [20] 고용노동부, 2018 고용형태별근로실태조사 보고서, 6 2019. [Online]. Available: <http://laborstat.moel.go.kr/lsm/bbs/selectBbsDetail.do>.
- [21] 보건복지부, 2018 보건복지통계연보, [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=347082. [Accessed 25 9 2019].
- [22] 국민건강보험공단, 장기요양보험 제도소개 장기요양인정및이용절차 이용절차, [Online]. Available: <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/202/npeb202m01.web?q=C1010766189E0183D8A3331FEB9E3E77EB24B8ADF6A068;tu1Fti32vo0l1kmqSGwWDlm2avpWscU3ZKixRhHQWBeHUiAHgDDTtYUJxwxrSNEweUAMLDxh%2BMxsujZ7BmFgWQ%3D%3D;6GQgbiryJka0Ym9uLXXP%2B1sIWqs%3D&charset=UTF-8>. [Accessed 25 9 2019].
- [23] 국회예산정책처, 노인건강분야 사업 분석, [Online]. Available: https://www.nabo.go.kr/Sub/01Report/01_01_Board.jsp?funcSUB=view&bid=19&arg_cid1=0&arg_cid2=0&arg_class_id=0¤tPage=0&pageSize=10¤tPageSUB=0&pageSizeSUB=10&key_typeSUB=&keySUB=&search_start_dateSUB=&search_end_dateSUB=&department=0&department_s. [Accessed 18 12 2019].
- [24] 국민건강보험공단, 건강 iN 건강백세운동교실안내, [Online]. Available: https://hi.nhis.or.kr/bi/ggpbi004/ggpbi004_m01.do#. [Accessed 21 11 2019].
- [25] 보건복지부, 2018 보건복지백서, 8 2019. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=350558. [Accessed 18 12 2019].
- [26] 구학모, 노인의 신체활동 실천현황 및 정책 제언, 20 4 2017. [Online]. Available: https://www.khealth.or.kr/kps/publish/view?menuId=MENU00889&page_no=B2017002&pageNum=4&siteId=&srch_text=&srch_cate=24&srch_type=ALL&str_clft_cd_list=&str_clft_cd_type_list=&board_idx=9746. [Accessed 18 12 2019].

- [27] 보건복지부, 보도해명자료, 2 5 2016. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0404&CONT_SEQ=331390. [Accessed 27 12 2019].
- [28] 돌봄로봇중개연구사업단, 2019 년도 돌봄로봇 중개연구 및 서비스모델 개발 사업 신규지원 대상과제 공고 안내, [Online]. Available: <https://www.ntis.go.kr/rndgate/eg/un/ra/view.do?roRndUid=339266>. [Accessed 18 12 2019].
- [29] 국립재활원, 연구사업 돌봄로봇중개연구 사업개요, [Online]. Available: www.nrc.go.kr/research/html/content.do?depth=rp&menu_cd=03_05_00_01. [Accessed 13 12 2019].
- [30] 돌봄로봇중개연구사업단, 2019 년도 돌봄로봇 중개연구 및 서비스모델 개발 사업, [Online]. Available: <https://www.ntis.go.kr/rndgate/eg/un/ra/view.do?roRndUid=339266>. [Accessed 18 12 2019].
- [31] 산업통상자원부, 제 3 차 지능형 로봇 기본계획, 8 2019. [Online]. Available: http://www.motie.go.kr/motie/ms/nt/announce3/bbs/bbsView.do?bbs_seq_n=65584&bbs_cd_n=6. [Accessed 18 12 2019].
- [32] 국민건강보험공단, 2018 년 장기요양기관(시설급여) 정기평가결과, [Online]. Available: http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=60351. [Accessed 18 12 2019].
- [33] 국민건강보험공단, 2019 년 장기요양 서비스 모니터링 매뉴얼, [Online]. Available: http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=60348. [Accessed 18 12 2019].
- [34] 보건복지부, 보도자료 장기요양 종사자 처우와 서비스 질 개선한다!, 5 11 2018. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=346557. [Accessed 18 12 2019].
- [35] 보건복지부, 보도자료 노인장기요양 본인부담 경감대상 중산층까지 확대, 28 6 2018. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=345238. [Accessed 18 12 2019].
- [36] 보건복지부, 보도자료 치매국가책임제 시행 2 년, 주요 성과 및 내실화 계획, 19 9 2019. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=350919. [Accessed 26 11 2019].

- [37] 보건복지부, 보도자료 치매, 안심하세요. 이제 국가가 책임집니다, 15 9 2017. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=341876. [Accessed 18 12 2019].
- [38] 국민건강보험공단, 치매전담형 장기요양기관 매뉴얼, 2 2018. [Online]. Available: http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=60229. [Accessed 18 12 2019].
- [39] 보건복지부, 2018-2022 제 2 차 장기요양 기본계획, [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=0319&CONT_SEQ=345605&page=1. [Accessed 18 12 2019].
- [40] 보건복지부, 제 2 차 장기요양 기본계획 수립 연구, 11 2017. [Online]. Available: http://www.prism.go.kr/homepage/entire/retrieveEntireDetail.do?research_id=1351000-201800104. [Accessed 18 12 2019].
- [41] 보건복지부, 보도자료 보다 많은 어르신에게 더 나은 서비스를, 28 10 2019. [Online]. Available: http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=351370. [Accessed 18 12 2019].
- [42] 문화체육관광부, 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어), [Online]. Available: <http://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>. [Accessed 21 1 2020].
- [43] 보건복지부, 장애인복지법 시행령, 9 8 2017 시행. [Online]. Available: [http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EC%9E%A5%EC%95%A0%EC%9D%B8%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B2%95%EC%8B%9C%ED%96%89%EB%A0%B9/\(28207,20170724\)](http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EC%9E%A5%EC%95%A0%EC%9D%B8%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B2%95%EC%8B%9C%ED%96%89%EB%A0%B9/(28207,20170724)). [Accessed 24 9 2019].
- [44] 보건복지부, 제Ⅲ권 2019 장애인복지시설 사업안내, 25 2 2019. [Online]. Available: https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=03160501&page=1&CONT_SEQ=https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=03160501&page=1&CONT_SEQ=347894. [Accessed 24 9 2019].
- [45] 국민건강보험공단, 2017 년도 장기요양기관(재가급여) 정기평가 결과, 4 2018. [Online]. Available: http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=60258. [Accessed 18 12 2019].

- [46] 국민건강보험공단, 보도자료 국민건강보험공단, 노인장기요양 서비스 질 높이기 위해 장기요양종사자 치매전문교육 대폭 강화, 7 3 2016. [Online]. Available: http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000780&bKey=B0010&search_boardId=50344. [Accessed 28 11 2019].
- [47] 국민건강보험공단, 2017 건강보험주요통계, 3 2018. [Online]. Available: <https://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0074/25665?boardKey=29&boardName=B0074>. [Accessed 19 9 2019].

第 VI 章 日本における公的介護制度

1. 概要

日本における公的介護制度は、1997年12月に国会で制定され、2000年4月に施行された介護保険法を根拠としている。同法によって規定された介護保険制度では、日本に住む40歳以上65歳未満の医療保険に加入している者または65歳以上の全住民が加入することが義務付けられ、自立支援・利用者本位・社会保険方式の3つを基本的な考え方としている。自立支援は、介護や社会的な支援を必要とする者が、必要なサービスを受けることで自立した日常生活を営むことを目指すこと、利用者本位は、サービスを利用する者が自ら選択できるようにすることで、多様な主体からさまざまなサービスを利用できること、社会保険方式は、給付と負担の関係が明確にされていることとしている。

介護保険における被保険者は、65歳以上の者が第1号、40歳以上65歳未満の医療保険加入者が第2号と定義され、加入者数は2017年度の時点で第1号被保険者が約3,446万人 [1]、第2号被保険者が約4,228万人 [2]である。介護保険サービスを利用しているのは、大部分が第1号被保険者となっており、少子高齢化が進んだ場合、現行の介護保険制度の仕組みでは要介護者を支える被保険者の負担が増大すると予想されている。

制度は3年を1期として見直しが行われている。近年の制度改革を例に挙げると、第6期（2015～2017年度）では地域包括ケアシステムに向けた地域支援事業の充実（在宅医療・介護連携、認知症施策の推進等）や一定以上の所得のある利用者の自己負担金引上げ等が行われた。また第7期（2018～2020年度）では、介護医療院¹の創設や、介護保険と障害福祉制度に共生型サービス²を新たに位置付けた。

日本における老人福祉政策の歴史は1960年代まで遡る。1963年に老人福祉法が制定されたことに伴い、特別養護老人ホーム等が創設され、介護関連のサービスが始まった [3, 4]。さらに1970年代に入ると、短期入所生活介護（ショートステイ）や日帰り介護（デイサービス）等の事業が創設された [4]が、これらの老人福祉事業は、市町村がサービスの種類や提供機関を決めていたことや、所得調査に対する心理的抵抗感、所得に応じた負担（応能負担）等もあったことで、サービスの利用が普及しなかった。一方で、1973年より始まった老人医療費無料化により高齢者の受療が増加し、寝たきり高齢者が医療機関に長期入院するといった社会的入院が増加した [4, 5]。医療費の急増が社会的問題となり、医療費は1970年に約2.1兆円だったものが、1980年には約10.7兆円に増加した [6]。

1989年、政府は老人福祉・老人医療制度を充実させるためゴールドプラン（高齢者

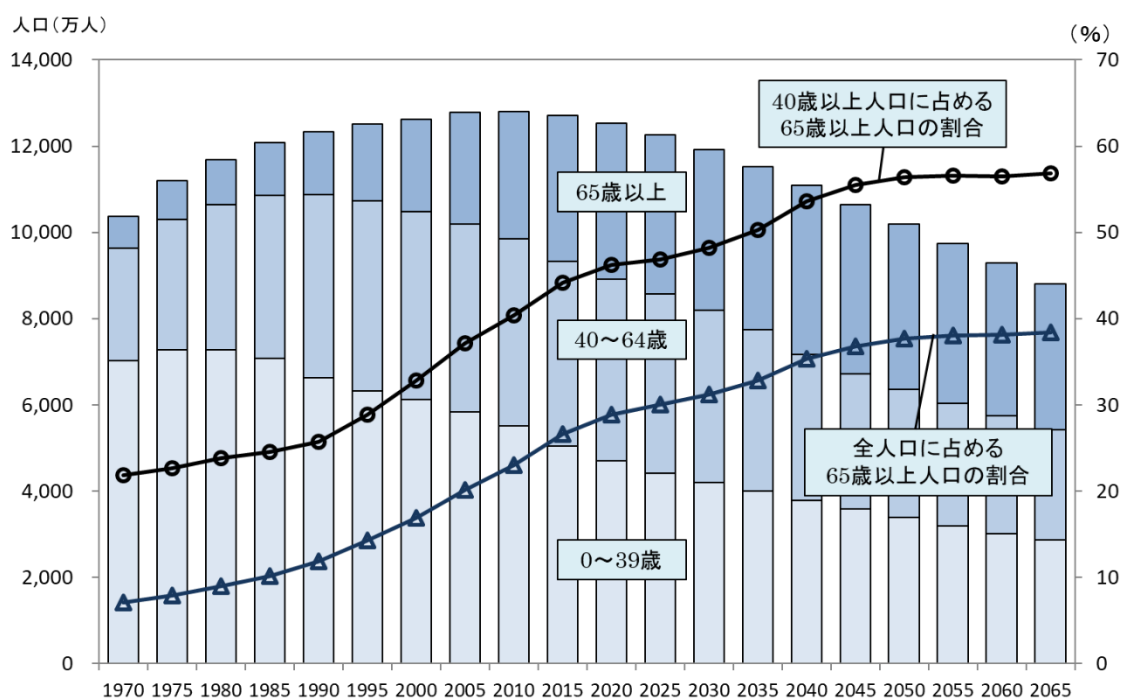
¹ 「日常的な医学管理」に加え、「看取り・ターミナル」等の機能と「生活施設」としての機能を兼ね備えている。

² 高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けることができる。

保健福祉推進十か年戦略)を策定し、介護関連施設の整備および在宅福祉の推進に着手した [5]。1994年には高齢者介護対策本部が設置され介護保険制度の導入検討が本格化するとともに、ゴールドプランの目標水準を上回る新ゴールドプランが策定され、1997年12月に介護保険法が成立、2000年4月に施行された [4]。この法律の施行をもって、日本において介護保険制度が導入された。

日本の総人口は2010年をピークに、それ以降は減少傾向となっている。2015年時点では1億2,000万人を超えている [7]が、2055年には1億人を下回ると予想されている (図表 VI-1)。全人口に占める65歳以上人口の割合は、2015年時点では約27%で、2040年には約35%まで上昇すると予想されており、世界で最も少子高齢化が進んだ地域の一つとなっている。

図表 VI-1 日本の人口の推移



(出典) 2015年までは総務省統計局「人口推計」 [7]、2020年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (中位推計)」 [8]を基に事務局作成

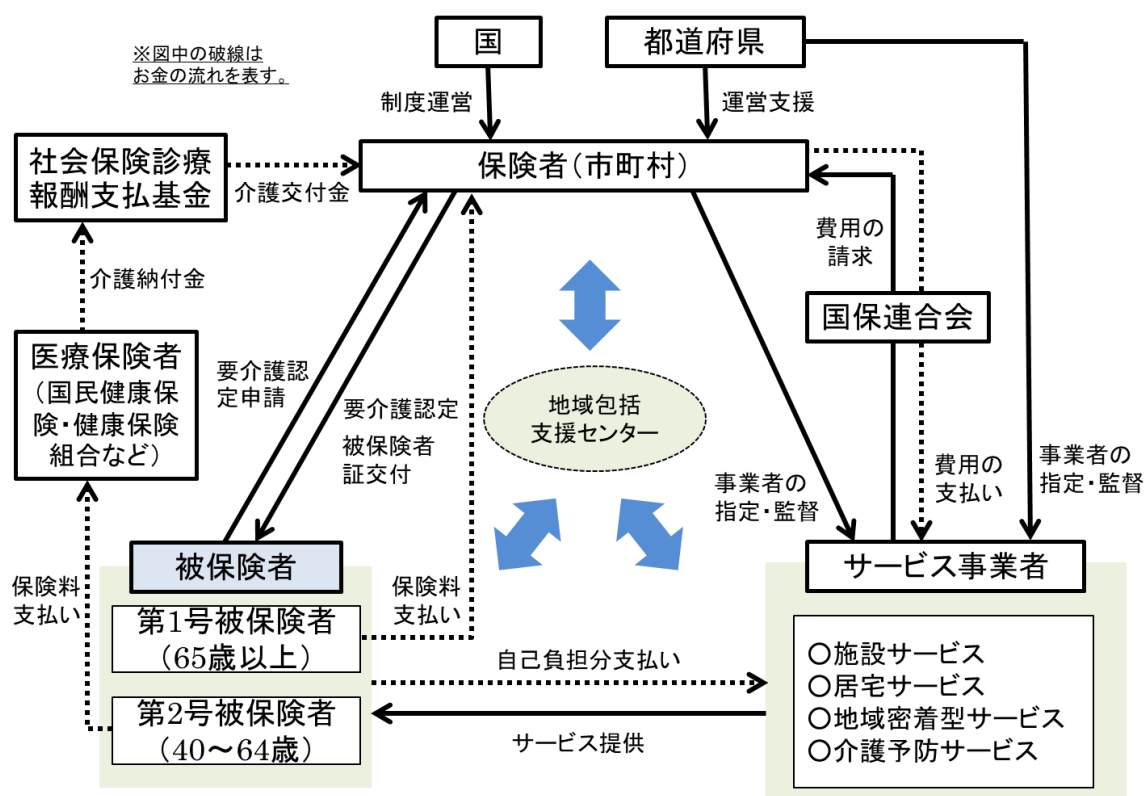
2. 制度の仕組み

(1) 運営体制

公的介護保険の保険者は市町村および特別区である。市町村および特別区は、介護保険の運営や保険財政の管理等を行っている。また、介護保険事業の運営が健全かつ円滑に行われるようにするために、国と都道府県はそれぞれ責務を負っている。国は、保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する体制の確保に関する施策その他必要な各般措置を講じなければならない。都道府県は、市町村に対して必要な助言および適切な援助をしなければならない。

保険者（市町村）、被保険者、サービス事業者はそれぞれ地域包括支援センターと連携して、サービスを必要とする者にサービスが提供されるための仕組みづくりに取り組んでいかなければならない。（図表 VI-2）

図表 VI-2 介護保険制度の仕組み



（出典）国民健康保険中央会ホームページ等 [9] を基に事務局作成

(2) 財源

介護保険の財源は、被保険者から徴収する保険料 50%と、公費 50%で賄われている

(図表 VI-3)。公費は市町村、都道府県、国庫から拠出されており、施設等給付費³と居宅給付費⁴で拠出割合が異なる。施設等給付は国庫負担が 15%なのに対し在宅給付は 20%となっている。居宅サービスの給付費が 1 人当たり月間平均約 12 万円であるのに対して、施設サービスは 1 人当たり年間平均約 29 万 1,000 円 [10]と高額であることから、政府は居宅給付の国庫負担金の割合を施設等給付に比べて高くすることで、居宅介護への誘導を図っていることがうかがえる。

保険料の決め方および徴収方法は、65 歳以上の第 1 号被保険者と 40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者とで異なる。第 1 号被保険者の保険料は、市町村が所得階級ごとに金額を定めており、市町村が年金からの天引き等で徴収する。一方、第 2 号被保険者の場合は当該被保険者が加入している医療保険の保険者（健康保険組合等）がそれぞれに介護保険料率を定め、被保険者は医療保険に加算する形で介護保険料を支払う [4]。

第 2 号被保険者の保険料は、医療保険者から社会保険診療報酬支払基金に介護納付金として納付され、国民健康保険を除いて被用者と事業主が原則折半で負担している⁵。賦課の方式については、これまでは各医療保険者が加入している第 2 号被保険者（被扶養者を含む）の人数に応じて納付金を負担する加入者割という仕組みであったが、国民健康保険や国民健康保険組合を除く各健康保険組合、各共済組合、全国健康保険協会等で 2017 年 8 月以降の徴収分より総報酬割という制度が段階的に導入された。総報酬割は、納付金を被用者保険間で給与等の報酬額に比例して負担する仕組みで、2020 年度には国民健康保険や国民健康保険組合を除き介護納付金が全面総報酬割で賦課される予定である [11]。

図表 VI-3 介護保険の財源構成

	財源	施設等給付	居宅給付	介護給付費 ^{*1}
公費 50%	市町村	12.5 %	12.5 %	1.4 兆円
	都道府県	17.5 %	12.5 %	1.5 兆円
	国庫負担金【定率分】	15 %	20 %	2.0 兆円
	国庫負担金【調整交付金】	5 %	5 %	0.5 兆円
保険料 50%	第 1 号保険料【65 歳以上】 ^{*2}	23 %	23 %	2.5 兆円
	第 2 号保険料【40～64 歳】 ^{*2}	27 %	27 %	2.9 兆円

(注) *1 介護給付費は 2019 年度予算案。

*2 財源構成における第 1 号保険料と第 2 号保険料の比率は、全国の第 1 号・第 2 号被保険者の比率によって定められ、計画期間（3 年間）ごとに見直される。この数値は第 7 期（2018～2020 年度）の数値。

(出典) 厚生労働省老健局 [3]

³ 都道府県が指定する介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、特定施設に係る給付費をいう。

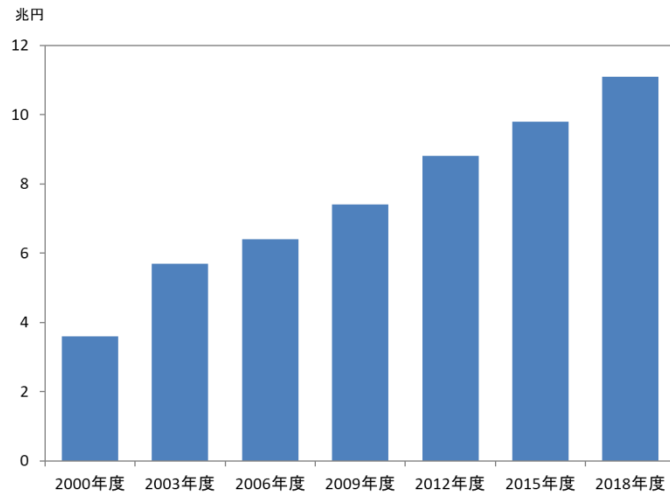
⁴ 施設等給付費以外の給付費をいう。

⁵ 被用者の被扶養者が第 2 号被保険者にあたる場合も、各医療保険者で被扶養者分の保険料を負担する。負担の方式には、各医療保険者の第 2 号被保険者全体で保険料を負担する方式と、被用者本人が第 2 号被保険者でなくとも扶養家族分の保険料を負担する方式（特定被保険者）がある。

介護給付費（総費用額）は、介護保険制度が始まった 2000 年度は約 3.6 兆円であったが、2016 年度には約 10 兆円に達し、その後も増え続けている（図表 VI-4）。

高齢化の影響もあり、介護保険料も年々上昇し続けていく見込みである。第 1 号被保険者に賦課される保険料の基準額⁷は、第 1 期⁸では平均 2,911 円（月額）だったが、第 7 期⁹では平均 5,869 円まで上昇している（図表 VI-5）。

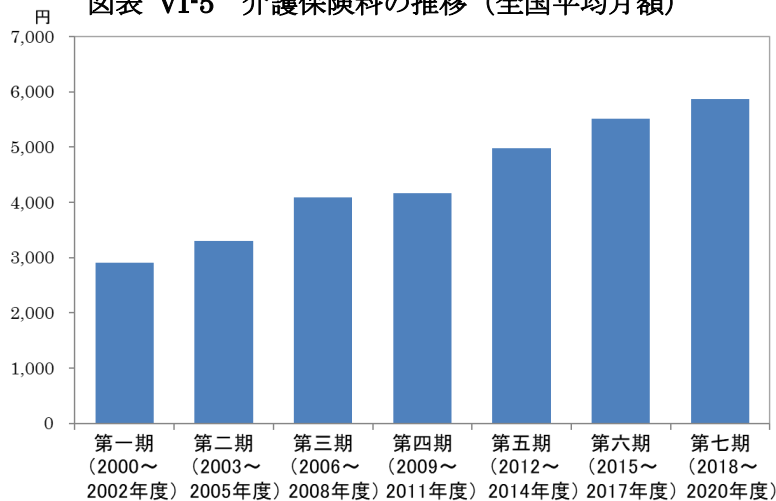
図表 VI-4 介護総費用額の推移



（注）2018 年度は予算案。

（出典）内閣府 [12] を基に事務局作成

図表 VI-5 介護保険料の推移（全国平均月額）



（出典）内閣府 [12] を基に事務局作成

⁷ 第 1 号被保険者から保険料を徴収する際の基準となる額。市町村ごとに定められ、この額をもとに、保険者の所得段階に応じて納付額が決定される。

⁸ 2000～2002 年度。

⁹ 2018～2020 年度。

(3) 対象者

2017年度時点での介護保険の被保険者は約7,674万人で、内訳は65歳以上の第1号被保険者数が約3,446万人 [1]、40歳以上65歳未満の第2号被保険者数が約4,228万人¹⁰ [2]となっている。第1号被保険者と第2号被保険者では介護保険サービスの給付要件が異なり（図表 VI-6）、40歳未満および第2号被保険者で特定疾病に該当しない障害者等については、障害者総合支援法における障害福祉サービスを受けられるため介護保険の対象とはならない [14]。

被保険者のうち、主に65歳以上の介護を要する者は、市町村へ要介護認定の申請を行い、要介護と認定された場合、サービス事業者が提供する現物給付による¹¹介護サービスを受けられる。介護サービスを受けた者は、一部の費用をサービス事業者に支払い、残りの費用はサービス事業者が保険者に請求する。国民健康保険団体連合会（国保連合会）は、保険者からの委託によりサービス事業者からの請求の審査や支払業務を実施している。

図表 VI-6 介護サービスの被保険者

	第1号被保険者	第2号被保険者
対象年齢	65歳以上の者	40歳以上64歳以下の医療保険加入者
給付要件	要介護状態 ^{*1} もしくは要支援状態 ^{*2}	要介護状態 ^{*1} 、要支援状態 ^{*2} が、特定疾病（加齢に起因する疾病） ^{*3} による場合

（注）*1 寝たきり、認知症等で介護が必要な状態を言う。

*2 日常生活に支援が必要な状態を言う。

*3 がん、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症、パーキンソン病関連疾患、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性疾患、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、変形性関節症の16疾病が対象となる。 [15]

（出典）厚生労働省老健局 [3]

2017年度の要介護または要支援の認定者数を年齢別で見ると、年齢が高くなるにつれて認定者数の比率も上昇している。85歳以上になると、半数以上が介護サービスを受給している（図表 VI-7）。

¹⁰ 2017年度の医療保険制度加入者数の平均値。

¹¹ 介護保険法上は現金給付だが、本来なら保険者に支給されるサービス利用費用を、保険者が利用者にかわってサービス事業者に支払うこと（法定代理受領）ができるため、実質的に現物給付となっている。

図表 VI-7 年齢別人口における認定者数とその割合（2017年度）

（単位：千人）

年齢階級	要支援		要介護		合計		人口
	認定者数	（割合）	認定者数	（割合）	認定者数	（割合）	
40～64歳	31.7	（0.1%）	98.7	（0.2%）	130.4	（0.3%）	41,849.1
65～69歳	83.3	（0.8%）	192.0	（1.9%）	275.4	（2.8%）	9,868.2
70～74歳	149.8	（1.9%）	312.2	（4.0%）	462.0	（6.0%）	7,711.8
75～79歳	288.1	（4.3%）	551.0	（8.2%）	839.1	（12.5%）	6,711.6
80～84歳	481.3	（9.1%）	969.4	（18.4%）	1,450.7	（27.5%）	5,277.1
85～89歳	469.5	（13.9%）	1,225.7	（36.2%）	1,695.2	（50.0%）	3,387.9
90歳以上	254.6	（12.4%）	1,305.5	（63.7%）	1,560.1	（76.1%）	2,050.0
計	1,758.2	（2.3%）	4,654.6	（6.1%）	6,412.8	（8.3%）	76,855.8

（注）各年齢における人口には、介護保険被保険者でない者も一部含む。

小数点第2位以下を四捨五入しているため、合計しても100%とならない場合がある。

（出典）総務省統計局「人口推計」[7]および厚生労働省「介護保険事業状況報告 年報」[16]を基に事務局作成

第1号被保険者数と認定者数は増加傾向にある。40歳以上人口における65歳以上人口の割合は、介護保険制度が始まった2000年時点では約34%であったが、2018年には45%を超えた[7]。また、要介護または要支援の認定者数は、2018年4月末時点で約644万人となっており、介護保険制度施行時の約218万人からおよそ3倍に増加している[17, 18]。

(4) 給付

1) 給付内容

介護保険における給付は、ケアプランに従ってサービスを利用した場合、実質的に現物給付となる。介護サービスは大きく分けると、居宅サービス、施設サービス、地域密着型サービスに分かれる（図表 VI-8）。

居宅サービスを利用したい場合、一般的には居宅介護支援（介護予防支援）でケアマネージャーにケアプランを作成してもらい、各種サービスを組み合わせて利用する。

施設サービスにおいては、2006年の医療保険制度改正に伴い、介護療養病床を廃止することで従来型の老人保健施設や介護療養型老人保健施設への転換を進めてきたが、なかなか進まないこともあり、介護療養病床の廃止・転換期間は2023年度まで延長された。また、今後増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズに対応するため、地域包括ケアシステム強化の一環として日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備えた新たな介護保険施設として、介護医療院が2018年4月に創設された。介護医療院の施設数は、2019年6月末時点で約220

と少なく、1つも開設されていない都道府県も存在する¹² [19]。

地域密着型サービスは、地域の特性を生かし、地域の事情を考慮してサービスを提供するために、市町村が事業者の指定・監督を行っている。小規模施設や短い滞在期間で多くの回数を利用する訪問サービス等、柔軟なサービス設計が特徴である。

図表 VI-8 主な介護サービスの種類

区分	サービス	介護給付	予防給付	
居宅	訪問	訪問介護	○/● *1	-
		訪問入浴介護	○	○
		訪問看護	○	○
		訪問リハビリテーション	○	○
		居宅療養管理指導	○	○
	通所	通所介護（デイサービス）	○/● *2 *3	● *2
		通所リハビリテーション	○	○
	短期入所	短期入所生活介護（ショートステイ）	○	○
		短期入所療養介護	○	○
		特定施設入居者生活介護	○/● *4	○
		福祉用具貸与	○	○
		特定福祉用具販売	○	○
施設	介護老人福祉施設	○	-	
	介護老人保健施設	○	-	
	介護療養型医療施設	○	-	
	介護医療院（2018年度～）	○	-	
その他 地域密着型 等	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	●	-	
	小規模多機能型居宅介護	●	●	
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	●	●	
	複合型サービス	●	-	

(注) ○：都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

●：市町村が指定・監督を行う地域密着型サービス

*1 夜間対応型

*2 認知症対応型

*3 地域密着型

*4 地域密着型特定施設入所者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

(出典) 厚生労働省老健局 [20]

被保険者からの申請が受理されると、要介護認定等基準時間¹³や低下している日常能力について審査が行われる。支援や介護が必要と認められた場合、要支援2区分・

¹² 岩手県、宮城県、新潟県、宮崎県の4県が該当する。

¹³ 介護認定の審査の際に算出される、介護にかかる想定される時間。

要介護 5 区分の計 7 区分のうちのいずれかに認定され、区分に応じて居宅サービスの支給限度額が決定される（介護認定の詳細については「2.(5) 利用方法」参照）。

図表 VI-9 要介護区分別の状態と支給限度額

区分	要介護認定等基準時間	低下している日常能力*1	支給限度額*2
要支援 1	25 分以上 32 分未満	起き上がり、立ち上がり	50,320 円
要支援 2	32 分以上 50 分未満	片足での立位、日常の意思決定、買い物	105,310 円
要介護 1	32 分以上 50 分未満	片足での立位、日常の意思決定、買い物	167,650 円
要介護 2	50 分以上 70 分未満	歩行、入浴、つめ切り、服薬、金銭管理	197,050 円
要介護 3	70 分以上 90 分未満	寝返り、トイレ、歯磨き、着替え	270,480 円
要介護 4	90 分以上 110 分未満	座位保持、両足での立位、移動、洗顔、整髪	309,380 円
要介護 5	110 分以上	麻痺、食事、短期記憶	362,170 円

(注) *1 80%以上の割合で能力の低下が見られることを目安とする。

*2 2019年10月以降の1カ月当たりの限度額。介護報酬の1単位を10円として計算。

(出典) 厚生労働省老健局 [21, 22]を基に事務局作成

サービス利用の自己負担割合は原則支給限度額の1割だが、一定の所得以上の者は2割または3割負担となる（図表 VI-10）。介護給付、介護予防給付は7～9割が介護保険で給付されるため、サービス利用者は所定の自己負担のほか、施設サービスを利用した場合には居住費、食費、日常生活費¹⁴を負担する。

図表 VI-10 自己負担割合

		世帯の合計所得		
		(単身世帯) 280 万円未満	280 万円以上	340 万円以上
		(家族世帯) 346 万円未満	346 万円以上	463 万円以上
本人の合計所得	160 万円未満	1 割負担		
	160 万円以上	1 割負担	2 割負担	
	220 万円以上	1 割負担	2 割負担	3 割負担

(注) 2019年12月時点での自己負担割合となる。

(出典) 厚生労働省老健局 [3] を基に事務局作成

介護サービスを利用する場合の自己負担金には月々の上限額が設定されており、世帯合計または個人で上限額を超えた場合は、超えた分が払い戻されるといった高額介護（介護予防）サービス費制度（図表 VI-11）や、1年間における医療保険と介護保険の自己負担が著しく重くなった場合の負担を軽減する高額介護合算療養費制度が存在する。ただし、短期入所サービスでの食費・滞在費、保険給付対象外のサービスの利用料（支給限度額超過の場合の全額負担分等）は、こうした自己負担を軽減する制

¹⁴ 日常生活において通常必要となる費用（理美容費、教養娯楽費、管理費等）。

度のサービス費合算の対象とはならない。

図表 VI-11 高額介護（介護予防）サービス費の自己負担上限額（月額）

対象者	上限額（月額）
生活保護受給者等	15,000 円（個人）
前年の合計所得金額と公的年金収入額の合計が年間 80 万円以下の者等	24,600 円（世帯） 15,000 円（個人）
世帯全員が市町村民税非課税の者	24,600 円（世帯）
世帯に市町村民税を課税されている方（現役並み所得）がいる者	44,400 円（世帯）

（注）2019 年 9 月時点での上限額となる。

（出典）厚生労働省

2) サービス提供

介護サービスの利用者数は居宅サービスが大部分を占めており、事業所も半分以上が居宅サービスとなる（図表 VI-12）。1 人当たりの月間平均給付額¹⁵は、居宅サービスが約 12 万円、居宅介護支援が約 1 万 4,000 円、地域密着型サービスが約 16 万 3,000 円であるのに対し、施設サービスは約 29 万 1,000 円と高額である [10]。

図表 VI-12 サービス別給付額、利用者数および事業所数（2017 年度）

サービス	給付額 （百万円）	利用者数 ^{*4} （千人）	延べ事業所数
居宅サービス ^{*1}	4,241,624	3,850.7	144,589
居宅介護支援サービス	448,165	3,532.0	40,065
地域密着型サービス ^{*2}	1,661,788	1,150.9	46,148
施設サービス ^{*3}	3,281,809	1,266.2	13,252
計	9,633,384	5,095.8	244,054

（注）*1 居宅サービスは訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、福祉用具貸与、短期入所生活介護、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、特定施設入居者生活介護の合計。

*2 地域密着型サービスは定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設サービス、複合型サービスの合計。

*3 施設サービスは介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の合計。なお、施設サービスの介護医療院は 2018 年 4 月に創設されたため、上記に含まれていない。

*4 利用者数は期間中に一度でも介護サービスを受給した者の数であり、同一人物が 2 回以上受給した場合は 1 人として計上している（ただし、被保険者番号の

¹⁵ 2017 年 4 月審査分。

変更があった場合は、別受給者として計上)。そのため、各サービスの利用者数の和と合計の利用者数は一致しない。

(出典) 厚生労働省老健局 [20] を基に事務局作成

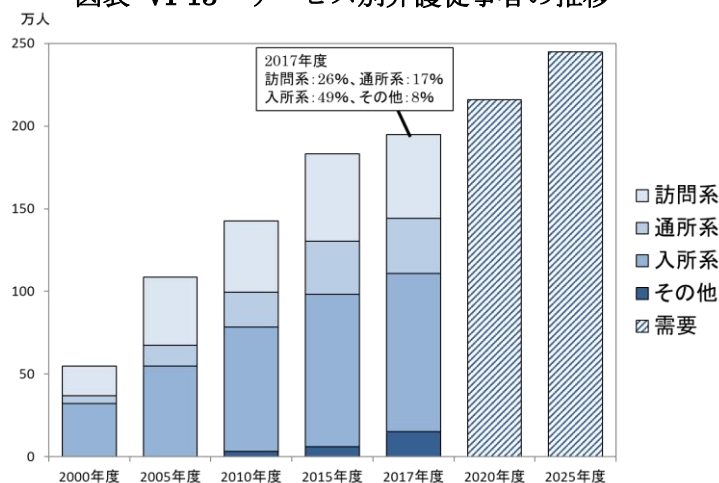
3) 実施職種

日本で介護事業所や施設の職員となる場合、必ずしも資格は必要ないが、介護福祉分野で働く者に関する国家資格として介護福祉士がある。また、訪問介護員になるためには都道府県が実施する介護職員初任者研修(130時間)や介護職員実務者研修(450時間)を修了しなければならない。その他にも、看護師や理学療法士等の医療分野の資格や、介護支援専門員等社会福祉に関する資格を持つ者が介護の仕事に従事している。

介護支援専門員(ケアマネージャー)として活動するには、実務研修受講試験に合格した後、実務研修を受講・修了し、さらに都道府県の資格登録簿へ登記して介護支援専門員証の交付を受ける必要がある。なお、介護支援専門員の資格取得者には、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師等¹⁶、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧師等¹⁷、栄養士等¹⁸、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士等 [23]の職業の者が多い。

介護に従事する者は、2017年度の時点で約195万人であった。このうち入所系が約半分と最も多く、次いで訪問系が約4分の1を占める(図表VI-13)。厚生労働省の推計によると、2020年には約216万人、2025年には約245万人の介護従事者が必要になると言われている [13]。

図表 VI-13 サービス別介護従事者の推移



(注) その他には小規模多機能型居宅介護、介護予防、総合事業に従事する者も含む。

(出典) 厚生労働省 [13] を基に事務局作成

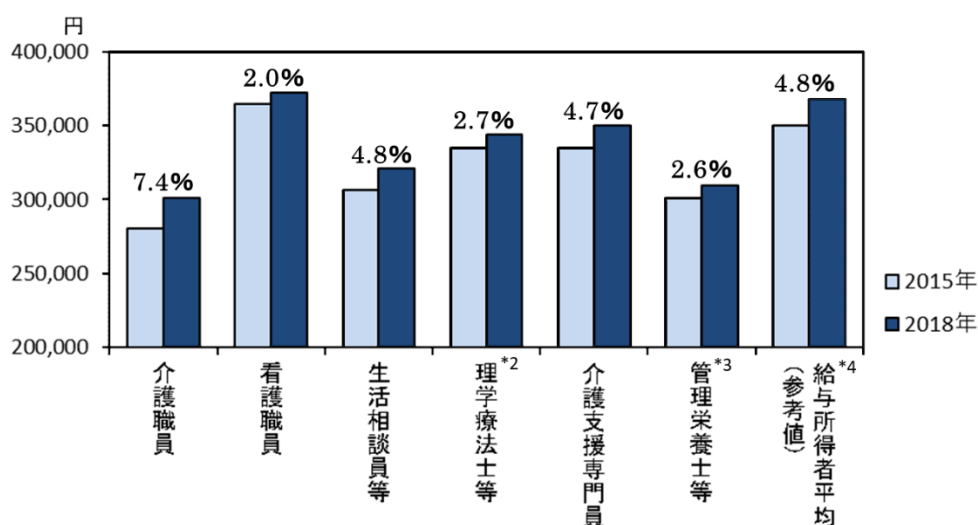
¹⁶ 准看護師を含む。

¹⁷ はり師、きゅう師を含む。

¹⁸ 管理栄養士を含む。

介護職員¹⁹の平均給与月額について、2015年と2018年とを比較すると、28万250円から30万970円と上昇傾向にあり、また全ての職種において2%以上増加している（図表 VI-14）。しかしながら、2018年の民間事業所における給与所得者の平均月収は約36万7,250円 [24]であり、介護従事者の給与水準はまだ低いことがうかがえる。また、2018年6月における介護職の有効求人倍率は、全国平均で3.72倍と依然として高い数値であり、東京都6.36倍、愛知県5.85倍、大阪府4.71倍等 [25]、大都市を擁する都府県で特に人手不足が深刻となっている。

図表 VI-14 介護従事者の平均給与月額^{*1}と昇給率



(注) *1 常勤職員における2018年9月の給与額。基本給（月額）、手当および一時金（4～9月支給金額の6分の1）を含む。

*2 理学療法士等は作業療法士、言語聴覚士または機能訓練指導員を含む。

*3 管理栄養士等は栄養士を含む。

*4 民間事業所における給与所得者の年間平均給与を12で除した額。

(出典) 厚生労働省介護従事者処遇状況等調査 [26, 27]、国税庁 平成30年民間給与実態統計調査 [24]を基に事務局作成

(5) 利用方法

介護保険の被保険者が介護サービスを利用する場合は、まず居住している市町村の窓口へ介護認定の申請を行う。その際、基本チェックリスト²⁰を用いた簡易的な状態

¹⁹ ここでは介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ）を取得（届出）している事業所における介護職員を指す。保有資格（介護福祉士・実務者研修・介護職員初任者研修）ありの者だけではなく、保有資格なしの者も含む。

²⁰ 厚生労働省が作成した、加齢による心身機能の衰えを判定するためのリスト。全25項目の質問によって構成される。

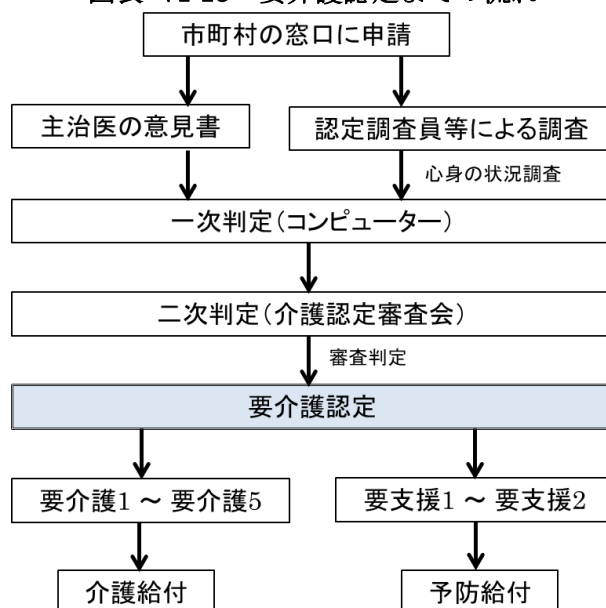
の確認が行われることもある。

申請が受理されると、市町村は、認定調査員等による調査や医師の意見書を基に判定を行う。その結果を基に介護認定審査会で審査を行い、介護や支援が必要と判断された場合は、要介護 1～5 もしくは要支援 1～2 のいずれかの区分を認定する（図表 VI-15、図表 VI-16）。

要介護 1～5 の認定を受けた者は介護給付、要支援 1～2 の認定を受けた者は介護予防給付を受けられる。認定を受けた者は、ケアマネージャー等が作成するケアプランに応じた、またはケアプランを作成しない自らの選択²¹によって、市町村または都道府県が指定・監督する施設や事業所のサービスを利用することができる。なお、介護認定には有効期間が定められており、定期的に更新を行う必要がある。認定の有効期間は、新規申請の場合 6 カ月、更新申請の場合 12 カ月に設定されているが、市町村の事務負担を軽減する目的で介護予防・日常生活支援総合事業を実施している市町村については、上限を 24 カ月まで設定することができる。

ケアプラン作成は自己負担なしで利用できる（2020 年 1 月現在）が、ケアプラン作成を介護サービスの一部とみなし、他のサービスと同様に自己負担を求めるべきという意見もあり、有償化をめぐって議論がなされている。

図表 VI-15 要介護認定までの流れ



（出典）厚生労働省老健局 [3] を基に事務局作成

²¹ ケアプランなしでサービスを利用した場合、利用者はサービス費用を全額負担し、後から自己負担額以外の払い戻しを保険者に申請する償還払いとなる。

図表 VI-16 要介護度の調査から判定までの流れ

①	74 項目の基本調査における選択肢の選択
	<p>全 74 項目において、調査員等が調査を行う。</p> <p>介助（16 項目）：「全介助」または「一部介助」等の選択肢</p> <p>能力（18 項目）：「できない」または「つかまれば可」等の選択肢</p> <p>有無（40 項目）：「ある」（麻痺、拘縮）等の選択肢</p>
②	中間評価項目得点の算出（状態の維持・改善可能性の評価）
	<p>74 項目の基本調査結果を基に、下記 5 群の指標によって中間評価項目得点を算出する。</p> <p>基本調査：身体機能・起居動作、生活機能、認知機能、精神・行動障害、社会生活への適応</p>
③	要介護認定等基準時間の算出
	<p>基本調査項目の選択および中間評価項目の得点を基に、下記 8 つの生活場面における介助にかかった時間を測定する。</p> <p>食事、移動、排泄、清潔保持、間接、BPSD*、機能訓練、医療関連</p>
④	二次判定（介護審査委員会による審査）
	<p>保険・医療・福祉の学識経験者により構成される介護認定審査会により、一次判定の結果や主治医の意見等に基づいた審査が行われる。</p>
⑤	要介護度の判定
	<p>要介護認定等基準時間によって、要介護または要支援の区分に認定する。基準時間が長いほど、要介護度が高いと判断している。</p>

(注) * BPSD は徘徊等の認知症に伴う症状を言う。

(出典) 厚生労働省老健局 [21] を基に事務局作成

3. 公的介護制度における各種課題および状況

(1) 介護予防の取組み

日本における介護予防は、過去においては主に身体機能回復訓練を重視した介護予防体制を採っていた。しかし、介護保険導入後に要支援²²・要介護 1 の認定者が増加したため、介護予防の見直しが課題として浮上した。

2005 年の介護保険法改正では「予防重視型のシステムへの転換」を制度改革の柱の一つとした。この法改正により、介護予防給付は「要介護状態に陥らない」「要支援状態を改善する」ことを重視したものに見直され、また地域支援事業が創設されて市町村による介護予防事業が実施されるようになった。

地域支援事業による介護予防事業は、要支援・要介護となるおそれのある者を対象にした特定高齢者施策（二次予防事業）と、全ての高齢者を対象とした一般高齢者施策（一次予防事業）に分かれていた。しかし、高齢者の容体に関わらず切れ目のない介護予防を実施するため、2014 年の介護保険法の改正ではこの区分が撤廃されるとともに、それまで介護予防給付の一部だった訪問介護と通所介護が移管され、介護予防・日常生活支援総合事業（新総合事業）となった（図表 VI-17）。

図表 VI-17 介護予防制度の概略

介護予防給付	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防サービス <ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護予防訪問看護 ➤ 介護予防訪問リハビリテーション ➤ 介護予防短期入所生活介護 ➤ 介護予防福祉用具貸与 ● 地域密着型サービス <ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護予防認知症対応型通所介護 ➤ 介護予防小規模多機能型居宅介護
地域支援事業	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護予防・日常生活支援総合事業 <ul style="list-style-type: none"> ➤ 介護予防・生活支援サービス事業 <ul style="list-style-type: none"> ◇ 訪問型サービス ◇ 通所型サービス ◇ 生活支援サービス ◇ 介護予防支援事業 ➤ 一般介護予防事業 ● その他の事業（包括的支援事業・任意事業）

（出典）厚生労働省 [28] を基に事務局作成

介護予防給付は、ケアプラン（介護予防サービス計画）に基づき、国が定めた一律の基準によってサービスを提供するもので、財源構成も介護給付の居宅サービスと同

²² 2001～2005 年度は要支援には 1・2 の区別はなかった。

様である。

地域支援事業による介護予防事業は、要支援者および基本チェックリスト²³で支援が必要と判断された者に対して行われる介護予防・生活サービス支援事業と、地域の全ての高齢者（第1号保険者）を対象とした一般介護予防事業に分かれる。介護予防・生活サービス支援事業がケアプラン（介護予防ケアマネジメント）に基づいたサービスであるのに対し、一般介護予防事業はケアプランを作成しない者でも参加できる。

地域支援事業による介護予防事業のサービス基準は、国が定めたガイドラインを基に各市町村が自由に設定でき、財源構成も介護給付・介護予防給付と同様である。ただし、市町村ごとに地域支援事業に対する予算の上限額が設定されているため、各市町村はその範囲内で事業を運営しなければならない。

介護予防の財源については、原則として介護給付と同様に公費 50%²⁴、第1号保険料 23%、第2号保険料 27%の割合²⁵で国と被保険者が分担する。歳出の内訳については、2017年度の保険給付にあたる「介護予防サービス等諸費用」が約 3,021 億円、地域支援事業の「介護予防・生活支援サービス事業費」が約 2,264 億円、「一般介護予防事業費」が約 251 億円、「介護予防事業費」が約 75 億円となっており、合算すると介護保険事業の歳出総額の約 5.4%を占めている [29]。

(2) 新規技術の導入促進政策、導入状況

2025年問題等の労働人口の大幅な減少に備え、介護分野においてもロボット技術やICTを活用した生産性向上の取組みが行われている。

日本の介護・福祉分野におけるロボットの市場規模は2015年の時点で167億円だが、国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構の推計によると2035年には4,000億円規模に達する見込みである [30]。内閣府が発表した「未来投資戦略2017」において、ロボット介護機器の開発重点分野の再検証が行われ、厚生労働省と経済産業省により6分野13項目にわたる重点分野が示された [31]。また厚生労働省は「介護ロボット開発等加速化事業」を実施し、介護ロボットの開発と導入を行う事業に4.8億円（令和元年度予算）を割り当てている [32]。

地方公共団体の取組みとしては、福岡県北九州市における国家戦略特区としての介護ロボット導入事業の取組み等がある。介護の作業分析結果に基づいて移乗支援、移動支援、歩行リハビリテーション支援、見守り支援、コミュニケーション等の機能を持つ介護ロボットが導入され、実証試験が行われている [33]。

²³ 厚生労働省が作成した、加齢による心身機能の衰えを判定するためのリスト。全25項目の質問によって構成される。

²⁴ ただし地域支援事業のうちの包括的支援事業と任意事業については、財源構成がその他の介護予防給付・介護予防事業と異なり、国 38.5%、都道府県 19.25%、市町村 19.25%、1号保険料 23%の割合となる。

²⁵ 第7期（2018～2020年度）における割合。第1号保険料と第2号保険料の割合は計画期間（3年間）ごとに見直される。

図表 VI-18 厚生労働省が公開した介護ロボットに関する重点分野

① 移乗介助	<ul style="list-style-type: none"> ● 介助者のパワーアシストを行う装着型の機器 ● 介助者による抱え上げ動作のパワーアシストを行う非装着型の機器
② 移動支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者等の外出をサポートし、荷物等を安全に運搬できるロボット技術を用いた歩行支援機器 ● 高齢者等の屋内移動や立ち座りをサポートし、特にトイレへの往復やトイレ内での姿勢保持を支援するロボット技術を用いた歩行支援機器 ● 高齢者等の外出等をサポートし、転倒予防や歩行等を補助するロボット技術を用いた装着型の移動支援機器
③ 排泄支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 排泄物の処理にロボット技術を用いた設置位置の調整可能なトイレ ● ロボット技術を用いて排泄を予測し、的確なタイミングでトイレへ誘導する機器 ● ロボット技術を用いてトイレ内での下衣の着脱等の排泄の一連の動作を支援する機器
④ 見守り・コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護施設において使用する、センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム ● 在宅介護において使用する、転倒検知センサーや外部通信機能を備えたロボット技術を用いた機器のプラットフォーム ● 高齢者等とのコミュニケーションにロボット技術を用いた生活支援機器
⑤ 入浴支援	<ul style="list-style-type: none"> ● ロボット技術を用いて浴槽に出入りする際の一連の動作を支援する機器
⑥ 介護業務支援	<ul style="list-style-type: none"> ● ロボット技術を用いて、見守り、移動支援、排泄支援をはじめとする介護業務に伴う情報を収集・蓄積し、それを基に、高齢者等の必要な支援に活用することを可能とする機器

(出典) 厚生労働省 [31] を基に事務局作成

介護ロボットの現場への普及促進については、厚生労働省が地域医療介護総合確保基金による介護従事者の確保（82 億円・令和元年度予算）の一環として介護ロボット導入支援事業を実施し、ロボットを導入した事業者に対し 1 機器につき 30 万円の補助金を交付している²⁶ [34]。その他にも、固定資産税の減免等の税制優遇や、政策金融機関による低金利融資等が実施されている [35]。

ロボット以外の ICT の活用推進については、厚生労働省が 2019 年度より ICT 導入支援事業を実施し、1 事業所当たりの対象経費の 2 分の 1 以内の範囲で補助金を交付している²⁷。また ICT の普及促進のため、官民においてソフトウェアやデータベース

²⁶ ただし 60 万円未満のものは価格に 2 分の 1 を乗じて得た額が上限、限度台数あり。

²⁷ 上限は 30 万円。

の改善が行われており、2018年度の厚生労働省委託事業では「居宅介護支援事業所と訪問介護等のサービス提供事業所間における情報連携の標準仕様」が作成され、ソフトウェアベンダーによって異なっていたデータ形式の統合が図られた [36]。健康・医療・介護の各データベースで保有する情報を連結し、分析可能な環境を提供する「データヘルス分析関連サービス」も2020年度からの本格稼働を目指している [37]。

(3) 介護の質向上への取組み

介護保険法により、サービスの質の評価を実施することは各事業者の義務となっており、2005年の介護保険法の改正に基づき翌2006年から介護サービス情報の公表制度が実施されている。厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」において、都道府県が各事業所から報告された内容が取りまとめられ、項目ごとにレーダーチャートの形式²⁸で公開されている。ただし、「介護サービス情報公表システム」で公開されている情報は、全てプロセス指標でありアウトカム指標ではない(2019年12月現在)。また、介護サービスに関して第三者機関による品質評価を義務付ける制度はないが、独立行政法人福祉医療機構のウェブサイト「WAM NET」において、介護保険地域密着型サービスの外部評価情報が公開されている。

介護サービス事業に対する業務改善の取組みについては、厚生労働省が「介護サービス事業における生産性向上に資するガイドライン」を2019年に公表し、事業者の業態ごとに改善活動に対する指針を提供している。同ガイドラインでは、介護業務の生産性向上を通じてサービスの質を向上させるという考えのもと、PDCAサイクルに基づいた具体的な業務改善の取組み方法を提案している。

都道府県や市町村に対しては、2017年度の介護保険法改正により保険者機能推進強化交付金が創設され、国が定めた評価指標(図表 VI-19)を満たした保険者に、介護保険の調整交付金を活用して財政的インセンティブ²⁹が付与されることになった。政府は地域支援事業による介護予防・重度化防止等を推進するため、インセンティブに関わる予算を増額し、同制度を拡大する方針を示している。

²⁸ 「利用者の権利擁護」「サービスの質の確保への取組」「相談・苦情等への対応」「外部機関等との連携」「事業運営・管理」「安全・衛生管理等」「従業員の研修等」の7項目を各5点満点で評価し、都道府県平均とともに公開している。

²⁹ 予算規模は200億円で、その内訳は市町村190億、都道府県10億である。

図表 VI-19 保険者機能推進交付金の主な評価指標

市町村の指標 (計 612 点)	
I.	PDCA サイクル体制等の構築 (82 点)
II.	自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (小計 460 点)
(1)	地域密着型サービス (40 点)
(2)	介護支援専門員・介護サービス事業所 (20 点)
(3)	地域包括支援センター (150 点)
(4)	在宅医療・介護連携 (70 点)
(5)	認知症総合支援 (40 点)
(6)	介護予防／日常生活支援 (80 点)
(7)	生活支援体制の整備 (40 点)
(8)	要介護状態の維持・改善の状況等 (20 点)
III.	介護保険運営の安定化に資する施策の推進 (小計 70 点)
(1)	介護給付の適正化 (60 点)
(2)	介護人材の確保 (10 点)
都道府県の指標 (計 713 点)	
I.	地域課題の把握 (180 点)
II.	自立支援、重度化防止等に資する施策の推進 (小計 530 点)
(1)	地域密着型サービス (40 点)
(2)	地域ケア・介護予防 (110 点)
(3)	生活支援体制の整備 (70 点)
(4)	自立支援・重度化防止に向けたリハビリテーション専門職の活用 (80 点)
(5)	在宅医療・介護連携 (110 点)
(6)	認知症総合支援 (20 点)
(7)	介護給付の適正化 (50 点)
(8)	介護人材の確保 (50 点)
(9)	その他 (10 点)
III.	管内の市町村における達成状況による評価 (小計 20 点)

(出典) 厚生労働省 [38] を基に事務局作成

(4) 認知症施策との関係

日本では 2002 年から 2017 年までの間に認知症（アルツハイマー病）患者が約 7 万人から約 51 万 3,000 人に増加した。高齢者のおよそ 4 人に 1 人が認知症またはその予備軍とされており [39]、認知症対策は喫緊の課題となっている。

近年の認知症施策は、2012 年に策定されたオレンジプラン（認知症施策推進 5 年計画）および、同プランの強化版で 2015 年に策定された新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）に基づいて推進されてきた。これらのプランは、認知症の早期診断・早期対応や、地域での生活を支えるサービスの構築等を骨子とし、認知症の高齢者に優しい地域づくりを目指すものである。新オレンジプランの基本的な考え方については、2017 年制定の地域包括ケア強化法（地域包括ケアシステム強化のための介護保険法等の一部を改正する法律）により介護保険法上にも反映され、取組みが一層

強化された。

新オレンジプランに基づき、市町村や医療・介護との連携が目指され、地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チームの設置や、認知症疾患治療センターの設置数拡大等が推進されている [41] (図表 VI-20)。

また、2019年には内閣官房長官を議長とする認知症施策推進関係閣僚会議において、認知症対策推進大綱が示された。この大綱では、これまでの普及啓発活動や医療・介護との連携をさらに進めるとともに、認知症を発症した人でも社会生活を送れる仕組みづくり (認知症バリアフリー) を目指す方針が示された。

図表 VI-20 新オレンジプランで示された具体的な認知症施策の例

認知症疾患医療センターの設置数拡大	認知症疾患医療センターは病院内に設置される機関。認知症の診断や専門医療相談等を実施するとともに、地域の保健医療・介護関係者等との連携を行い、地域における支援体制を構築する。2020年度末までに全国500カ所の設置を目標としている。2019年4月の時点で設置数は全国に449カ所。
認知症初期集中支援チームの設置	地域包括支援センター等に置かれる認知症対策を行うチーム。医療や介護の専門職が配置され、認知症が疑われる人やその家族を訪問し、初期の認知症の支援を集中的に (おおむね6カ月) 行う。
認知症サポーターの増加	認知症に対する正しい知識を持ち、地域や職域で認知症の人や家族に対してできる範囲での手助けをする。都道府県、市町村、職域団体等で実施される「認知症サポーター養成講座」を受講することで認知症サポーターに認定される。2019年9月現在の認知症サポーター数は全国で約1,192万人、養成講座の講師役であるキャラバンメイトは約16万人 [40]。
認知症カフェ設置の推進	認知症の人や介護・福祉の専門家等が気軽に集い、情報交換や相談等を行うことができる施設。1980年に京都市で発足した「認知症の人と家族の会」が日本における認知症カフェの草分けで、この会の活動を国が後押しする形で始まった。全国1,265市町村で5,863カ所が運営 (2017年度)。

(出典) 厚生労働省 [41] 等を基に事務局作成

(5) その他の改革や議論の動向

日本は世界各国の中で最も高齢化率が高い水準にあり、今後はさらなる高齢化の進展が見込まれている。介護保険に関わる40歳以上の年齢層を見ると、2017年時点で65歳以上の人口が3,515万人、40～64歳の人口が4,245万人である[42]のに対し、高齢者の人口がピークに達する2042年の予測³⁰では65歳以上の人口は3,935万人、40～64歳の人口は3,281万人となり[8]、現行制度のままであれば第1号被保険者の人口が第2号被保険者のそれを上回る。要介護認定者数や給付費も年々増加しており、少子高齢化は介護保険制度を維持する上で大きな課題となっている。

このような状況に鑑み、介護保険制度に関する改革や議論は、少子高齢化が進む中でいかにして持続可能な制度を構築するかに重点が置かれたものとなっている。

2019年2月から同年末にかけて、複数回にわたって行われた厚生労働省社会保障審議会介護保険部会では「地域共生社会と2040年への備え」を今後の介護制度改革の目指す方向とし、「介護予防・地域づくりの推進」「地域包括ケアシステムの推進」「介護現場の革新」の3つを柱とする制度改革のイメージが提示された[43]。

同会議では「第2号被保険者の年齢範囲の拡大」「補足給付の見直し」「多床室施設の室料負担」「軽度者（要介護1・2）の生活援助サービス等の地域支援事業への移管」「ケアマネジメントの利用者負担導入」「高額所得の第1号被保険者に対する自己負担上限額の見直し」等、補足と給付の制度改革に関する議論が行われた。「補足給付の見直し」と「高額所得の第1号被保険者に対する自己負担上限額の見直し」については見直し案が示されたが、それ以外の課題については継続して検討という結論となり[43]、第8期（2021～2023年度）の介護保険事業においては、大きな制度の変更は見送られる見込みである（主要な議論については図表VI-21参照）。

また、「全世代型社会保障改革」が内閣府の主導により政策課題とされ、2019年9月より全世代型社会保障検討会議がひらかれている。同年12月の中間報告では「積極的に介護予防や健康づくり等に取り組む保険者（市町村・都道府県）に対し、交付金の支給やインセンティブの強化を行う」「エビデンスを確保するため国主導で実証事業を行う」「介護事業者の創意工夫と投資を引き出して効果的・効率的で持続性の高い介護提供体制の構築を進める」といった方針が示された[44]。

³⁰ 国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口 中位推計による。

図表 VI-21 2019年の介護制度改革に関する主な議論

介護予防・地域づくりの推進（健康寿命の延伸）	
<ul style="list-style-type: none"> ● 一般介護予防事業等の推進 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 医療等専門職の関与 ➢ PDCA サイクルに沿った取組みの推進 ● 総合事業の変革 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 事業の対象者を認定制度にとらわれない弾力的なものとする ➢ 総合事業の担い手確保（有償ボランティアに係る謝金等の支出） ● ケアマネジメントの質の向上 ● 地域包括支援センターの機能強化 	等
保険者機能の強化（地域保険としての地域の繋がり機能・マネジメント機能の強化）	
<ul style="list-style-type: none"> ● PDCA プロセスの推進 ● 保険者機能強化推進交付金（インセンティブ）の強化 ● 調整交付金の予算額増額と指標の見直し ● データの利活用の推進 	等
地域包括ケアシステムの推進（多様なニーズに対応した介護の提供・整備）	
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域の実情に応じた介護サービス基盤の整備 ● 高齢者向け住まいの在り方、住まいと生活の一体的支援の在り方の検討 ● 医療と介護の連携 	等
認知症対策の総合的な推進	
<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症施策推進大綱に沿った施策の推進 	等
持続可能な制度の構築・介護現場の革新	
<ul style="list-style-type: none"> ● 介護人材の確保・介護現場の革新 <ul style="list-style-type: none"> ➢ 介護職員の処遇改善 ➢ 外国人の受入れ環境の整備 ➢ ロボット・ICT の活用 ➢ 事務手続きで発生する文書量の削減 ● 給付と負担の見直し <ul style="list-style-type: none"> ➢ 被保険者範囲・受給者範囲の検討 ➢ 補足給付の在り方についての検討 ➢ 多床室*の室料負担についての検討 ➢ ケアマネジメントの給付の在り方についての検討 ➢ 軽度者（要介護2まで）の給付の在り方についての検討 ➢ 「現役並み所得」「一定以上所得」の判断基準の見直し 	等
その他の課題	
<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護認定の認定期間の延長、認定制度に関する業務の簡素化 	等

(注) * 「多床室」は介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院等。

(出典) 厚生労働省 [43] を基に事務局作成

引用文献

- [1] 厚生労働省, 介護保険事業状況報告の概要 (平成 29 年 4 月暫定版), 4 2017. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyom17/dl/1704a.pdf>. [Accessed 10 1 2020].
- [2] 厚生労働省保険局, 医療保険に関する基礎資料～平成 29 年度の医療費等の状況～, 12 2019. [Online]. Available: https://www.mhlw.go.jp/content/kiso_h29.pdf. [Accessed 10 1 2020].
- [3] 厚生労働省, 公的介護保険制度の現状と今後の役割, 2018. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000213177.pdf>. [Accessed 17 7 2019].
- [4] 黒田研二、清水弥生、佐瀬美恵子, 高齢者福祉概説, 明石書店, 2016.
- [5] 大森彌、山崎史郎、香取照幸、稲川武宜、菅原弘子, 新装版 介護保険制度史 基本構想から法施行まで, 東洋経済新報社, 2019.
- [6] 全国健康保険協会運営委員会, 国民医療費等の動向, 4 9 2017. [Online]. Available: https://www.kyoukaikenpo.or.jp/~media/Files/osaka/20130222-1/H29/2910/291030_2_sankou2.pdf. [Accessed 10 9 2019].
- [7] 総務省統計局, 人口推計, [Online]. Available: https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00200524&tstat=000000090001&cycle=0&cycle_facet=cycle. [Accessed 31 10 2019].
- [8] 国立社会保障・人口問題研究所, 日本の将来推計人口, 31 7 2017. [Online]. Available: http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf. [Accessed 17 12 2019].
- [9] 公益財団法人国民健康保険中央会, [Online]. Available: https://www.kokuho.or.jp/summary/nursing_care_insurance.html. [Accessed 3 9 2019].
- [10] 厚生労働省, 平成 29 年度 介護給付費等実態調査の概況, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/17/dl/03.pdf>. [Accessed 25 12 2019].
- [11] 厚生労働省老健局・社会保険診療報酬支払基金, 2018・2019 年度の介護納付金額の修正及び 2020 年度における調整について (社会保障審議会介護保険部会資料), 27 12 2019. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000581808.pdf>. [Accessed 16 1 2020].
- [12] 内閣府, 介護保険制度の見直し, [Online]. Available: <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/wg1/310328/shiryoku2-2.pdf>. [Accessed 30 7 2019].

- [13] 厚生労働省老健局, 介護人材の確保・介護現場の革新 (社会保障審議会介護保険部会資料), 26 7 2019. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000531297.pdf>. [Accessed 19 9 2019].
- [14] 厚生労働省社会・援護局, 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について, 31 3 2015. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000111531.pdf>. [Accessed 2 3 2020].
- [15] 厚生労働省, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/gaiyo3.html>. [Accessed 14 8 2019].
- [16] 厚生労働省老健局, 平成 29 年度介護保険事業状況報告 (年報), 30 8 2019. [Online]. Available: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450351&tstat=000001031648&cycle=8&tclass1=000001132783>. [Accessed 3 9 2019].
- [17] 厚生労働省, 介護保険事業報告 (暫定) (平成 12 年 4 月分), [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1-4.html>. [Accessed 2 3 2020].
- [18] 厚生労働省, 介護保険事業状況報告の概要 (平成 30 年 4 月暫定版), [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m18/dl/1804a.pdf>. [Accessed 10 9 2019].
- [19] 厚生労働省老健局, 介護医療院の開設状況について, 30 1 2020. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000590199.pdf>. [Accessed 28 2 2020].
- [20] 厚生労働省, 介護分野の現状等について, 18 3 2019. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/000489026.pdf>. [Accessed 3 9 2019].
- [21] 厚生労働省老健局, 要介護認定の仕組みと手順, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/000126240.pdf>. [Accessed 16 8 2019].
- [22] 厚生労働省, 区分支給限度基準額 (社会保障審議会介護給付費分科会資料), 23 8 2017. [Online]. Available: https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000175118.pdf. [Accessed 4 9 2019].
- [23] 厚生労働省, [Online]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000187425_00003.html. [Accessed 22 7 2019].
- [24] 国税庁, 1 9 2019. [Online]. Available: <https://www.nta.go.jp/information/release/kokuzeicho/2019/minkan/index.htm>. [Accessed 12 2 2020].

- [25] 厚生労働省社会・援護局, 福祉・介護人材の確保に向けた取組について, 6 9 2018. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000363270.pdf>. [Accessed 25 11 2020].
- [26] 厚生労働省, 平成 28 年度介護従事者処遇状況等調査結果の概要, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/17/dl/28gaiyou.pdf>. [Accessed 13 8 2019].
- [27] 厚生労働省, 平成 30 年度介護従事者処遇状況等調査結果の概要, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/jyujisya/19/dl/30gaiyou.pdf>. [Accessed 13 8 2019].
- [28] 厚生労働省保険局, 高齢者の保険事業と介護予防の一体的実施について (高齢者の保険事業と介護予防の一体的実施に関する有識者会議資料), 6 9 2018. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000350583.pdf>. [Accessed 29 10 2019].
- [29] 厚生労働省老健局, 平成 29 年度介護保険事業状況報告, 30 8 2019. [Online]. Available: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450351&tstat=000001031648&cycle=8&tclass1=000001132783>. [Accessed 12 12 2019].
- [30] 国立研究開発法人新エネルギー・産業技術総合開発機構, 2035 年に向けたロボット産業の将来市場予測, [Online]. Available: <https://www.nedo.go.jp/content/100080673.pdf>. [Accessed 12 12 2019].
- [31] 厚生労働省老健局, 12 10 2017. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000180168.html>. [Accessed 12 12 2019].
- [32] 厚生労働省老健局, 令和 2 年度概算要求の概要, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/wp/yosan/yosan/20syokan/dl/gaiyo-12.pdf>. [Accessed 12 12 2019].
- [33] 北九州市介護ロボット開発コンソーシアム, [Online]. Available: <http://www.ksrp.or.jp/fais/tokku/case.html>. [Accessed 8 1 2020].
- [34] 厚生労働省, 【介護ロボットの導入・活用支援策】のご紹介, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/434.pdf>. [Accessed 12 12 2019].
- [35] 厚生労働省, 地域医療介護総合確保基金 (介護分) を活用した介護事業所に対する業務改善支援及び ICT 導入支援 (平成 31 年度新規), [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000529834.pdf>. [Accessed 12 12 2019].
- [36] 厚生労働省, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/kaigo-ict.html>. [Accessed 12 12 2019].
- [37] 厚生労働省, [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148743.html>. [Accessed 12 12 2019].

- [38] 厚生労働省, 保険者機能強化推進交付金 (介護保険における自治体への財政的インセンティブ) , [Online]. Available: https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/committee/20190528/shiryoku1_2.pdf. [Accessed 6 12 2019].
- [39] 厚生労働省, 平成 30 年版 厚生労働白書, 7 2019. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/18/dl/all.pdf>. [Accessed 11 11 2019].
- [40] 全国キャラバン・メイト連絡協議会, [Online]. Available: <http://www.caravanmate.com/>. [Accessed 8 11 2019].
- [41] 厚生労働省老健局, 認知症施策の総合的な推進について (社会保障審議会介護保険部会資料) , 20 6 2019. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000519619.pdf>. [Accessed 19 7 2019].
- [42] 国立社会保障・人口問題研究所, 2019 年版 人口統計資料集, 2019. [Online]. Available: http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/P_Detail2019.asp?fname=T02-03.htm&title1=%87U%81D%94N%97%EE%95%CA%90l%8C%FB&title2=%95%5C%82Q%81%7C%82R+%90%AB%81C%94N%97%EE%81i%8Ae%8D%CE%81j%95%CA%91%8D%90l%8C%FB%81F2017%94N. [Accessed 17 12 2019].
- [43] 厚生労働省老健局, 介護保険制度の見直しに関する意見 (社会保障審議会介護保険部会資料) , 27 12 2019. [Online]. Available: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000582108.pdf>. [Accessed 27 12 2019].
- [44] 全世代型社会保障検討会議, 全世代型社会保障検討会議 中間報告 (案) , 19 12 2019. [Online]. Available: https://www.kantei.go.jp/jp/singi/zensedaigata_shakaihoshou/dai5/siryoku1.pdf. [Accessed 20 12 2019].

第 VII 章 まとめ

各国の公的介護制度について、調査結果比較および総括を本章で記述する。

1. 概要

まず各国の概要として、総人口と人口予測、および制度について比較する。

2018年と2040年の総人口を比較すると、フランス・オランダは増加するが、日本・ドイツ・韓国は減少する見込みである。また、日本の65歳以上の人口割合は2018年時点で28.0%と5カ国中1位であり、さらに2040年には35.2%に達する見込みである。韓国では今後急速な高齢化が見込まれ、2018年から2040年にかけて同割合が18.6ポイント増加することが予測されている。ドイツ・フランス・オランダについては同割合が8ポイント前後増加するが、2040年時点では30%に達しない見通しである。

公的介護制度については、フランス以外は社会保険方式を採用しており、フランスは租税に基づく社会扶助制度となっている（図表 VII-2）。さらに、社会保険方式を採用する国のうち、ドイツと韓国では、医療保険者が介護保険者となって一体的に運営されているが、日本とオランダは、医療保険とは独立した形で介護保険制度を設けているという違いがある。

図表 VII-1 総人口および高齢者人口の比較

		日本	ドイツ	フランス	オランダ	韓国
総人口 (万人)	2018年	12,653	8,279	6,477	1,718	5,161
	2040年*	11,336	8,200	6,757	1,746	4,978
65歳以上の 人口割合	2018年	28.0%	21.4%	20.1%	18.9%	14.3%
	2040年*	35.2%	29.1%	26.9%	27.8%	32.9%

(注) * 人口予測は各国とも中位推計

(出典) 国際連合 (Demographic Statistics Database, World population prospects 2019)
を基に事務局作成

図表 VII-2 制度の概要比較

	制度の名称	根拠法	施行年	制度の建て方
日本	介護保険	介護保険法	2000年	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険とは独立した保険制度 ● 地方自治体（市町村）を保険者とする地域保険型
ドイツ	介護保険	社会法典第XI編 社会介護保険	1995年	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者が介護保険者となり、医療および介護保険料を一体的に徴収
フランス	個別自立手当制度（APA）	社会福祉・家族法典 第2巻3編 第2章 個別自律手当制度	2002年	<ul style="list-style-type: none"> ● 税財源に基づく社会扶助制度
オランダ	長期療養サービス保険（Wlz）	長期療養サービス保険法	2015年*	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険とは独立した保険制度
韓国	老人長期療養保険	老人長期療養保険法	2008年	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療保険者が介護保険者となり、医療および介護保険料を一体的に徴収

（注）* 長期療養サービス保険法の前身である特別医療費保険は1968年より施行された。

（出典）事務局作成

2. 制度の仕組み

(1) 運営体制

介護制度の運営主体を比較すると、日本とフランスでは自治体が運営する一方、ドイツ・オランダ・韓国では、国の監督の下、各保険者が運営している。

運営主体の主な役割を比較した場合、日本の特徴としては、運営主体がフランスと同様に自治体であること、「介護サービスの調整・助言」について保険者である市町村の他にケアマネージャーという第三者が被保険者と保険者と事業者の間に立ち介護サービスの調整を行っていること、現金給付に相当する制度が存在しないことなどが挙げられる。

図表 VII- 3 管轄官庁と運営主体

	日本	ドイツ	フランス	オランダ	韓国
管轄官庁	厚生労働省	連邦保健省	厚生省	保健福祉スポーツ省	保健福祉部
運営主体*1	市町村 (2017年時点で1,578*2)	介護金庫 (2019年時点で109)	県 (2019年時点で101)	介護管理局 (2019年時点で31)	国民健康保険公団 (全国で1)

(注) *1 介護保険制度を導入している国の場合は保険者。介護保険制度を導入していないフランスについては、公的介護制度の税財源管理と給付実務を担当している県（中域圏の地方行政区画）を運営主体とした。

*2 特別区を含む保険者数（広域連合を設置している場合は広域連合の数）。

(出典) 事務局作成

図表 VII- 4 運営主体の役割の比較

	日本	ドイツ	フランス	オランダ	韓国
財政の管理	○	○	○		○
保険料の徴収	△*1	○		△*5	○
介護サービス事業者との契約締結	△*2	○		○	△*8
要介護認定の審査	○		○		○
介護サービスの調整・助言	△*3	○	○	○	△*9
介護サービス事業者への支払い	○	○	○	△*6	○
現金給付の支払い		○	△*4	○*7	△*10

(注) *1 第1号被保険者のみ。第2号被保険者は医療保険と一体的に徴収。

*2 事業者の指定は都道府県も行うが、費用の支払い等の業務は市町村が国保連合会を通じて行う。

*3 介護サービスの調整・助言は介護支援専門員が行うが、市町村が運営する地域包括支援センター等を通じて行われる場合もある。

*4 現物給付が中心だが、利用者が居宅でのサービス実施者を直接雇用する場合などに現金給付が利用される。

*5 長期療養サービス保険では、税務署が保険料を徴収。

*6 中央管理局を通じて介護サービス事業者への支払いを実施。

*7 直接の支払いは行わないが、社会保険銀行の口座に所定の予算を支給するかどうかの審査を行う。

*8 事業者の指定は地方自治体が行うが、費用の支払いは運営主体（国民健康保険公団）が行う。

*9 保険者による調整・助言も行われるが、主に利用者とサービス事業者の間で行われる。

*10 サービスの現物給付が難しい場合に限る（特別現金給付）。

（出典）事務局作成

(2) 財源

税財源のフランスを除く各国について財源構成を見ると、日本では第1号と第2号を合わせて保険料が50%を占めているが、ドイツでは保険料が約100%、オランダでは81%、韓国では64%となっている。

なお、公費負担の割合や保険料率の多寡について論じる場合は、各国において保険料を徴収する対象や公的介護以外の社会保険制度・公的扶助等についても考慮する必要があり、単純に以下の表だけで論じることはできないことに留意が必要である。

図表 VII-5 財源構成と保険料の比較

	財源構成 (自己負担除く)	保険料の徴収方法	保険料率
日本	<ul style="list-style-type: none"> ● 1号保険料：23% ● 2号保険料：27% ● 公費（国、地方自治体）：50% (2019年時点) 	第1号被保険者は年金から徴収 第2号被保険者は医療保険者が医療保険料と一体的に徴収	<ul style="list-style-type: none"> ● 第1号被保険者 5,869円（月額・第7期平均） ● 第2号被保険者 協会けんぽ：収入の1.73% 健保組合平均：収入の1.57% (ともに2019年時点*1) ※被用者は事業主と折半
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険料：約100% (2018年時点) 	公的医療保険料に準じた方式で疾病金庫が徴収。その後、疾病金庫が介護金庫へ介護保険料を支払う	収入の3.05% (2019年時点) ※被用者は事業主と折半*2
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ● 県の一般財源：58% ● 全国自律連帯金庫：42% (2018年時点) 	税財源のため保険料なし	税財源のため保険料なし*3
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険料：81% ● 政府補助金：19% (2017年時点) 	被用者の場合は、毎月給与の一定割合が保険料として徴収される	収入の9.65% (2019年時点) ※事業主負担なし
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ● 保険料：64% ● 国庫支援金：11% ● 医療給付負担金（国、地方自治体）：23% (2017年時点) 	保険料は健康保険料と合算して国民健康保険団体が徴収	収入の0.46% (2018年時点。参考値*4) ※被用者は事業主と折半

- (注) *1 全国健康保険協会（協会けんぽ）は 2019 年 3 月分の保険料率。健保組合平均は予算早期集計の数値。
- *2 ただし、子供がいない被用者の場合は保険料率が 0.25 ポイント上乗せされ、被用者 1.775%、事業主 1.525%となる。また介護保険導入にあたり法定休日数を減らさなかったザクセン州は特例として被用者 2.025%（子供がいない場合は 2.275%）、事業主 1.025%である。
- *3 ただし、全国自律連帯基金の財源のうち、被用者の所得の 0.3%に相当する額が自律連帯拠出金（CSA）として事業主に課され、事業主以外に対しては所得の 9.2%が一般化社会拠出金（CSG）として徴収される。
- *4 介護保険料は健康保険料に 7.38%を乗じた額。健康保険料は収入に保険料率を乗じた額によって決定される。健康保険の保険料率は加入者の収入によって異なるが、ここでは職場加入者の健康保険料率の 6.24%に 7.38%を乗じ、約 0.46%とした。

(出典) 事務局作成

(3) 対象者

各国の公的介護制度は、年齢制限の有無や障害者支援を包括しているかどうかという点で基本的な制度設計が異なっている。

加入対象者はドイツ・オランダ・韓国が年齢制限を設けず居住者全てを対象としているのに対し、日本は 40 歳以上を加入対象としている。

実際の介護サービスを受ける対象者としては、日本・フランス・韓国では基本的に 60 歳もしくは 65 歳以上の高齢者が対象となっているが、ドイツ・オランダでは年齢制限はなく全世代を対象とした保険となっている。

なお、日本においては、例えば 40 歳未満で要介護者となった者は障害者自立支援法に基づいて各種福祉サービスを受けられるなど、介護保険とは別に公的な支援制度が存在する。韓国やフランスについても同様で、韓国は 65 歳未満、フランスは 60 歳未満を対象とした障害者向けの福祉制度がそれぞれ存在する。

高齢者人口に対する受給者数の割合は、日本 18.1%、ドイツ 16.2%、フランス 7.6%、オランダ 5.4%、韓国 8%となっており、日本とドイツが他の 3 カ国と比較してやや高くなっている。

図表 VII-6 加入対象・受給者数・給付条件の比較

	加入対象	受給者数*1	給付条件
日本	40～64歳 (第2号被保険者) 65歳以上 (第1号被保険者)	全体で約644万人、うち 65歳以上は約630万人 (2018年4月末時点) 総人口の5.1%、65歳以上 人口の18.1%に相当	要介護または要支援の認定を受けた者 (原則として65歳以上だが、特定疾患により要介護・要支援の認定を受けた40～64歳の者も受給可能)
ドイツ	公的医療保険の加入者は公的介護保険へ、民間医療保険の加入者は民間介護保険へ加入する。(年齢制限なし)	公的介護保険全体で約 369万人、うち65歳以上 は約284万人(2018年 時点) 公的介護保険のみで総人口の4.5%、65歳以上人口の16.2%に相当*2	介護グレードの認定を受けた者 (年齢制限なし)
フランス	(保険制度ではないため加入者なし)	全体(60歳以上)で約 131万人(2017年時点) 総人口の2.0%、60歳以上 人口の7.6%に相当	介護等級の認定を受けた者 (60歳以上)
オランダ	オランダに居住する者 (年齢制限なし)	全体で約31万人、うち 65歳以上は約18万人 (2019年1月時点) 総人口の1.8%、65歳以上 人口の5.4%に相当	下記の全ての条件を満たすと認定された者(年齢制限なし) ● 身体的な疾患、老年精神医学的な疾患(認知症等)、知的障害または身体障害のいずれかを有している ● 生涯にわたるケアを必要とすることが明らかである ● 継続的な管理もしくは24時間のケアを必要とする
韓国	韓国に居住する者 (年齢制限なし)	全体で約59万人*3(2017年時点) 総人口の1.1%、65歳以上人口の8%に相当	長期療養認定を受けた者 (主に65歳以上だが、老人性疾患を有し、長期療養認定を受けた65歳未満の者も含まれる)

(注) *1 総人口は2018年時点における人口(国際連合 Demographic Statistics Databaseより)。

*2 人口は2016年時点。

*3 認知支援等級は含まず。

(出典) 事務局作成

(4) 給付

給付形式については、調査対象の5カ国とも現物給付の形式が基本となっているが、ドイツ・オランダ・韓国では現金給付の形式も併用されている。自己負担については、各国とも給付範囲に差があるので単純な比較はできないが、日本・韓国は定率負担、ドイツは給付上限額までは自己負担なし、フランスは個人の収入に基づき大幅に変動する定率負担、オランダは個人の収入に基づく定額負担となっている。

図表 VII-7 給付形式・給付上限額・自己負担の比較

	給付形式	給付上限額	自己負担
日本	現物給付	要介護度区分に応じた上限あり	定率負担（基本的には10%だが、高所得者については20%または30%。上限額を超える分は100%自己負担） ※所得に応じた自己負担額の上限あり
ドイツ	現物給付 現金給付	介護グレードに応じた上限あり	給付上限額までは自己負担なし（上限額を超える分は100%自己負担）
フランス	主として現物給付*	介護等級に応じた上限あり	定率負担（所得に比例した割合、例えば居宅手当の場合は0～90%）
オランダ	現物給付 現金給付	現金給付の場合、ケアプロファイルに応じた上限あり	ケアの内容によらず収入額等に基づく定額負担 ※自己負担額の上限あり
韓国	主として現物給付	長期療養等級に応じた上限あり	定率負担（在宅給付15%、施設給付20%。上限額を超える分は100%自己負担）

(注) * 受給者が希望すれば現金給付も可能だが、支払者である県が利用者に代わって介護サービス事業者に報酬を直接支払うこと（代理受領）が日本と同様に認められており、大半のサービス利用者は現物給付を選択している。

(出典) 事務局作成

提供されるサービスの種類については、日本では諸外国と比べるとサービスの種類が多く（特に地域密着型サービス）、きめ細かくサービスが設定されているという特徴がある。なお日本では、居宅・施設両方のサービスに相当するものを提供する地域密着型サービスが給付額の約6分の1を占める一方、現金給付の制度はない。訪問看護については、日本・オランダ・韓国では対象者に応じて介護保険または医療保険からの給付とされているが、フランスでは医療保険からのみの給付となっている。

図表 VII-8 提供されるサービスの種類の比較

	居宅サービス	施設サービス	その他
日本	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問介護 ● 訪問入浴介護 ● 訪問看護 ● 通所介護 ● 福祉用具購入・貸与 ● 短期入所生活介護 ● 特定施設（有料老人ホーム等） <p style="text-align: right;">等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護老人福祉施設 ● 介護老人保健施設 ● 介護療養型医療施設 ● 介護医療院 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症対応型共同生活介護等の地域密着型サービス*
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ● デイケア・ナイトケア ● ショートステイ ● レスパイトケア ● 住宅改修費用の償還 ● 補助器具の購入補助費用の償還 ● 専門的な介護および介護器具の提供 <p style="text-align: right;">等</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者向け住居 ● 介護付き住居 ● 介護付き施設 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護手当（現金給付） ● 介護支援手当（現金給付） ● 家族等の介護者への社会保険料補てん（現金給付）
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ● 自宅での支援（対人サービス） ● 介護用具の購入 ● 家族等の介護者に対するレスパイトケアに係る支援 	<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護高齢者居住施設 ● 長期療養ケア施設 	—
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問看護事業者による在宅ケア 	<ul style="list-style-type: none"> ● ナーシング・ホーム ● ケア・ホーム 	<ul style="list-style-type: none"> ● 個人介護予算（現金給付）
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ● 訪問療養 ● 認知活動型訪問療養 ● 訪問看護 ● 昼・夜間保護 ● 短期保護 ● 訪問入浴 ● 福祉用具購入・貸与 	<ul style="list-style-type: none"> ● 老人療養施設 ● 老人療養共同生活家庭 	<ul style="list-style-type: none"> ● 特別現金給付（現金給付）

(注) * 地域密着型サービスは、居宅サービスまたは施設サービスに相当するものが混在しているため、ここではその他に分類した。

(出典) 事務局作成

介護サービスに従事する主な職種については、看護師および介護士に相当する職種等を記載している。介護職の平均収入については、各国とも、それぞれの国の全産業平均と比べて低い傾向にある。

図表 VII-9 介護サービスに従事する主な職種・平均収入・従事者数の比較

	職種	1 カ月当たり収入	従事者数
日本	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護福祉士 ● 看護師 ● 介護支援専門員 ● 理学療法士 ● 作業療法士 ● 栄養士 等 	介護職員：30 万 970 円（常勤職員） （参考）民間事業所平均：36 万 7,250 円*1	約 195 万人 （参考）受給者数：約 644 万人
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ● 認定高齢者介護士 ● 認定高齢者介護助手 ● 看護師 ● 看護助手 ● 小児看護師 等 	2,645 ユーロ（フルタイムの介護従事者） （参考）全産業平均：3,304 ユーロ*2	約 115.5 万人 （参考）受給者数：約 369 万人
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ● 生活指導介護士 ● 医療系介護士 ● 補足的居宅ヘルパー ● 社会サービス支援士 等 	生活指導介護士 医療系介護士 補足的居宅ヘルパー } 1,500～ 社会サービス支援士：1,600～2,700 ユーロ ユーロ （参考）全産業平均：2,633 ユーロ*3	— （参考）受給者数：約 131 万人
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ● ヘルスケアワーカー ● 介護福祉ヘルパー ● ケアヘルパー ● 看護師 ● 診療看護師 等 	ヘルスケアワーカー：2,424 ユーロ 介護福祉ヘルパー：2,194 ユーロ ケアヘルパー：1,874 ユーロ （参考）全産業平均：2,800 ユーロ*4	— （参考）受給者数：約 27 万人
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ● 療養保護士 ● 社会福祉士 ● 看護師 ● 看護助手 ● 物理治療士 ● 作業治療士 等 	社会福祉士：174 万～250 万ウォン （フルタイムの職員） 療養保護士：134 万～240 万ウォン （フルタイムの職員） （参考）全産業平均：254 万ウォン*5	約 37.6 万人 （参考）受給者数：約 59 万人

(注) *1 国税庁 平成 30 年民間給与実態統計調査より

*2 連邦雇用庁より

*3 ACOSS STAT No.287 2019 より

*4 中央統計局より

*5 2018 고용형태별근로실태조사 보고서 (고용노동부) より

(出典) 事務局作成

(5) 利用方法

日本・フランス・韓国では運営主体に属する組織が要介護の区分や等級の認定を行っているが、ドイツ・オランダでは運営主体とは別の第三者機関によって行われている。認定基準については、各国とも独自の基準を設けており、おおむね 5～7 区分に分かれた基準を設定している。また、ケアマネジメントについては、調査対象の 5 カ国とも自己負担なしで提供されている。

図表 VII-10 介護サービスの申請先・認定組織と基準・ケアマネジメントの状況の比較

	申請先	認定組織	認定基準	ケアマネジメント
日本	市町村	市町村附属の介護認定審査会	要介護・要支援区分 (7 区分) ※要支援 2 区分 + 要介護 5 区分	<ul style="list-style-type: none"> ● ケアマネージャーがケアプランを作成 (利用者自らケアプラン作成も可能) ● 自己負担なし
ドイツ	介護金庫	MDK もしくは MEDICPROOF	介護グレード (5 区分)	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護金庫に設置された介護支援拠点の介護支援相談員が任意でケアプランを作成 ● 自己負担なし
フランス	県	県の医療福祉チーム	介護等級 (6 区分) ※ただし、軽度の 2 区分は給付の対象外	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療福祉チームが日本のケアプランにあたる居宅サービス計画を作成 ● 自己負担なし
オランダ	介護認定機構	介護認定機構	ケアプロファイル (35 区分) ※主に高齢者を対象とした看護・介護領域は 6 区分	<ul style="list-style-type: none"> ● 日本のケアマネジメントに相当する仕組みはなく、基本的にケアプロファイルによってケアの内容が決まる
韓国	国民健康保険公団	国民健康保険公団	長期療養等級 (6 区分) ※5 等級 + 認知支援等級	<ul style="list-style-type: none"> ● 国民健康保険公団が日本のケアプランにあたる標準長期療養利用計画書を作成 ● 自己負担なし

(出典) 事務局作成

3. 公的介護制度における各種課題および状況

日本の介護予防事業は、保険者である市町村が地域包括支援センター等を通じ、地域の実情に即した介護予防を幅広く展開していることに特色がある。また介護予防の財源は、日本・ドイツでは介護保険を財源として行われているが、オランダでは自治体による税財源、韓国では医療保険の財源の一部、フランスでは全国自律連帯金庫からの補助金等で行われている。

新技術の導入については、日本や韓国では実施されている介護ロボットの導入開発への公費投入が行われており、またドイツやオランダではネットワークを利用した遠隔看護が提供されつつある。

質向上への取組みについては、各国とも評価指標を定め定期的な評価が義務付けられている。なお、日本ではまだアウトカム指標による評価は導入されていないが、ドイツではデータ評価センターによりプロセス・アウトカム両方の指標が評価され、韓国ではサービス提供機関に対する定期評価制度がある。

認知症対策については、フランス・オランダ・韓国・日本が国全体での計画を策定・実施している。公的介護制度との関連については、各国とも認知症の症状を考慮した要介護度の区分判定基準を用いているほか、日本では介護予防・日常生活支援総合事業の一つとして各地の保険者（市町村）が認知症カフェを開設する等している。

介護人材対策については、各国とも国家主導での対策が進められている。人員確保の施策としては、外国人人材を受け入れる施策と、国内人材の確保を目指す施策に分かれる。外国人人材の受入れについては、日本・ドイツにおいて外国人向けの研修等が実施されている。国内人材の確保については、日本・ドイツ・フランスでは介護職の賃金増額が計画されているほか、オランダでは学生インターンシップの機会の拡充、韓国では自治体による就業環境改善支援等の政策が実施されている。

図表 VII- 11 各種課題に対する特徴的な取組み

	介護予防	新技術の導入
日本	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護保険の予防給付 ● 地域支援事業¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護ロボットの開発と導入を行う事業に対する公費投入、介護ロボットを導入した業者に助成金 ● 健康・医療・介護のデータベースの連携
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護施設入居者向けの介護予防サービス 	<ul style="list-style-type: none"> ● デジタル機器の利用促進に関する補助金 ● 電子介護システムの開発
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ● 基金会議の設置 ● 上記会議における介護予防プログラムの策定 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護等級が中等度～軽度の介護者や居宅の要介護高齢者に対する自立支援のための技術²の導入
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会支援法に基づく自立支援等 ● 公衆衛生法に基づく高齢者の健康状態に関する体系的な調査等 	<ul style="list-style-type: none"> ● オンライン訪問看護と錠剤ディスペンサーの保険適用化
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ● 健康百歳運動教室 ● 老人健康マイレージ 	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護ロボット研究とサービスモデル開発事業に対する公費投入

(注) *1 地域支援事業の介護予防に関する事業のうち、介護予防事業の財源構成については、1号保険料 23%、2号保険料 27%、公費 50% (国 25%、都道府県 12.5%、市町村 12.5%) の割合。包括的支援事業と任意事業の財源構成については、公費 77% (国 38.5%、都道府県 19.25%、市町村 19.25%)、1号保険料 23% の割合。

*2 補助的な機器による支援、遠隔支援、高齢者向けの住宅開発、自宅のオートメーション。

(出典) 事務局作成

図表 VII-12 各種課題に対する特徴的な取組み (続き)

	質向上の取組み	認知症対策	介護人材対策
日本	<ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービス情報公表システムで事業所の評価を公開(プロセス指標) ● WAM NET で地域密着型サービスを提供する事業所の外部評価情報を公開 	<ul style="list-style-type: none"> ● 要介護認定における認知症加算 ● 介護予防事業による認知症カフェの設置 ● (政府の施策として) 認知症施策推進大綱の取りまとめおよび関連施策の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 賃金増額 ● 外国人職員の採用 ● 専門職員が担うべき業務の整理・重点化 ● ICT の活用 ● 職業イメージの改善 ● 学生への働きかけ強化等
ドイツ	<ul style="list-style-type: none"> ● データ評価センターによる介護施設の審査(アウトカム評価・プロセス評価) ● MDK または民間保険の検査機関による介護施設の外部審査 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症患者向け介護等級の設定 (2013～2016年) ● 介護グレードの見直し (2017年以降、認知症患者を考慮した評価手法) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 賃金増額 ● 研修体制拡充 ● 責任範囲の拡大 ● 外国人介護職の採用等
フランス	<ul style="list-style-type: none"> ● 施設内部による審査 ● HAS によって認可された組織による外部審査 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知症要介護者のニーズに則した介護等級判定 ● (政府の政策として) アルツハイマー病および関連疾患計画 (2001～2012年)、神経変性疾患計画 (2014～2019年) の策定・実施 	<ul style="list-style-type: none"> ● 賃金増額 ● 勤務中の事故の削減 ● 職業イメージ改善 ● 介護職の職能団体の改革等
オランダ	<ul style="list-style-type: none"> ● 国立ヘルスケア研究所への品質指標の報告 	<ul style="list-style-type: none"> ● (官民共同の取組みとして) 認知症デルタプランの実施) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 職業イメージ改善 ● 学生インターンシップの機会の増加 ● タスクシフトによる障害者雇用等の創出等
韓国	<ul style="list-style-type: none"> ● 国民健康保険公団による定期評価制度等 	<ul style="list-style-type: none"> ● 認知支援等級の創設 ● (政府の施策として) 認知症国家責任制による支援システムの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ● 自治体による就業環境改善支援 ● 上位資格の導入によるキャリア開発等

4. 総括

本報告書で調査した諸外国は、公的介護制度を導入した背景に差があるものの、近年は受給者数の増加や介護人材不足、財政問題等を共通の課題として抱えており、それらに対応した公的介護制度を構築しようとしている。最後に総括として、各国が採ってきた政策および抱えている課題等についてまとめることで、本報告書の結びとしたい。

第Ⅱ章で採り上げたドイツは、自治体の財政負担の増加等を背景に 1995 年に介護保険制度を導入した。ドイツの介護保険は、公的介護保険と民間介護保険に分かれており、公的介護保険には公的医療保険の加入者、民間の介護保険には民間医療保険の加入者が加入し、両者を併せて皆保険制度が成立している。制度の特徴としては、保険料を財源とし公費の投入を前提としていない点、部分保険であり介護に必要とされる全ての費用をカバーしていない点、居宅での介護を優先し、家族等の介護者支援策を制度化している点などを特徴とする。また、子供がいない被用者の公的介護保険料率を、子供がいる被用者よりも高く設定しているのも特徴的と言える。保険財政は保険料率の引上げ等により比較的安定していたが、2017 年の制度改革による認知症患者等の認定基準見直しを機に受給者が急増し、公的介護保険の収支は赤字となっている。深刻化している介護人材不足と併せて今後の動向に注視が必要である。

第Ⅲ章で採り上げたフランスは、社会構造の変化等で家族や親戚による高齢者介護が限界を迎えたことを背景に、2002 年に個別自律手当制度を導入した。同制度は、税財源で運営されており、収入による自己負担比率が 0~90%と幅広く応能負担の度合いが強い。軽度者の自己負担率は 100%であり、給付範囲は日本などに比べて絞られている。その一方で、介護予防については県が主体となって医療、年金、住宅など多分野の関係者を交えた基金会議を設置して予防プログラムの策定・実施を行っている点、2000 年代初頭から国家的な認知症対策を推進している点など、給付範囲拡大以外の支援体制拡充に重点を置いているのが特徴である。給付範囲を拡大する改革を行っていないことや、自己負担が一定ではないこと等を背景として、給付費の伸びは日本やドイツに比べると緩やかだが、介護人材の確保については、2020 年以降の高齢化進展に備えた労働力不足への対策に着手している。

第Ⅳ章で採り上げたオランダは、世界に先駆け 1968 年に社会保険方式の公的介護制度を導入したが、介護保険の支出増大ならびに EU の安定成長協定への違反等をきっかけとして 2015 年に介護保険制度の抜本改革に至った。改革によって給付対象者は主に施設入居を必要とする重度の要介護者に限定され、その他軽度の要介護者は主に自治体による社会支援に移行した。自治体による介護サービスの給付は、受給希望者の家族やボランティア等の存在を考慮した上で受給審査が行われ、必要な部分に限られている。自治体に移行したサービス等を含む介護保険全体の総支出額は改革後も増加を続けているものの、改革前に政府が予測した支出額と比較すると支出が抑えられたことが報告されている。その他の特徴として、介護施設であるナーシング・ホームの質向上を図るために、公的機関に対して品質指標を毎年報告することが義務付けられている。また、介護人材不足については政府主導でアクションプランを策定し、

看護・介護職のイメージ改善を図る施策等に取り組んでいる。

第V章で採り上げた韓国は、日本を上回る速さの高齢化進展を背景に、2008年に介護保険制度を導入した。同制度は、要介護認定の方法や高齢者中心の給付など、日本の制度に類似している部分も多い。その一方で、単一保険者による社会保険制度である点や、全国一律の保険料率の設定など日本と異なる部分も存在する。また、日本にない制度として、サービスの質向上を目的に長期療養サービス提供機関に対して定期評価を行い、評価結果に応じて事業者にインセンティブを与える仕組みが存在する。韓国では支出の拡大により、2017年に老人長期療養保険の財政が赤字に転じたことや、サービス提供機関と人材の不足が目下の課題となっており、外部の専門家による収支の推計と支出急増の要因分析や、有資格者の離職防止を目的とした取組みなどによって、これらの課題に対処しようとしている。

第VI章で採り上げた日本は、高齢化の急速な進展に伴う要介護者の増大等を踏まえて、2000年より社会保険方式による介護保険制度を導入した。社会保険方式を採ったことにより、これまで市町村が提供していた老人福祉サービスに多様な事業者が参入し、制度導入前と比べ利用者のニーズに応じた手厚い介護が実施されるようになった。その一方で、受給者数の増加により、2017年度の介護費用は制度が開始した年の約3倍に達するとともに、労働力人口の減少等から介護人材不足も深刻化した。今後の日本の公的介護制度の維持については、課題が山積しているのが現状である。このような状況に対し、日本政府は「地域包括ケアシステムによる地域中心の介護体制の構築」「負担と給付の見直し」「介護職の処遇改善」などを軸に持続可能な制度を模索してきたが、現行の制度のままではさらなる保険料の上昇や介護サービスの担い手不足が避けられない状況となっている。日本の介護保険制度の持続可能性を高めるにあたっては、これまでになされてきた議論を踏まえつつも、本報告書で採り上げたような他国の制度や取組み等を参考にし、我が国の制度の在り方やそれが前提としてきた背景・条件等を検証していく必要があるだろう。

ひとえに公的介護制度と言っても、自治体が介護現場に対して主導的な役割を持つ日本・フランス、地方行政から独立した機関を持つドイツ・オランダ・韓国で組織や運営の形態は大きく異なる。また給付の範囲についても、中重度者に限定し自律した生活が可能で最低限度の給付に絞っているフランス、軽度の要介護者を自治体による支援に移行させたオランダ、施設に比べて居宅での介護を優先させているドイツなど、国によって大きな差異が見られた。給付の自己負担についても、応益負担の考え方が根底にある日本・韓国と、応能負担の度合いが強いフランス・オランダでは制度の設計思想に違いが見られる。また、目下の課題である介護人材不足についても、具体的な数値目標を掲げ介護人材の増員を目指すフランス・オランダ、有資格者の離職防止に取り組む韓国など、各国の置かれた状況によってその対策はさまざまである。

本報告書で採り上げた他国の制度や取組み等の中には、昨今の介護保険制度をめぐる国内の議論で見られないものも多くあり、制度が成立した社会的背景や制度の周辺も含め検証することで、我が国の介護保険制度を見直すにあたっての有益なヒントや新たな視座が得られると考える。

用語の対応表

● ドイツ

日本語	原語 [略称]
あ行	
MDK	Medizinischen Dienst der Krankenversicherung [MDK]
遠隔介護システム	Telepflege
か行	
介護強化法Ⅰ	Pflegestärkungsgesetz I [PSG I]
介護強化法Ⅱ	Pflegestärkungsgesetz II [PSG II]
介護金庫	Pflegekasse
介護グレード	Pflegegrad
介護支援拠点	Pflegestützpunkt
介護支援相談員	Pflegeberater
介護支援手当	Pflegeunterstützungsgeld
介護時間法	Pflegezeitgesetz [PflegeZG]
介護準備基金	Pflegevorsorgefonds
介護職改革法	Pflegeberufegesetz
介護職強化法	Pflegepersonal-Stärkungsgesetz [PpSG]
介護調整法	Pflege-Neuausrichtung-Gesetz [PNG]
介護付き施設	Pflegeheim
介護付き住居	Altenheim
介護手当	Pflegegeld für häusliche Pflege
介護等級	Pflegestufe
介護に関する協調行動	Konzertierte Aktion Pflege
介護発展法	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz [PFWG]
介護保険法	Pflegeversicherungsgesetz
看護師	Gesundheits- und Krankenpfleger
看護師法	Krankenpflegegesetz
看護助手	Krankenpflegehelfer
強制介護保険	Pflegepflichtversicherung
居宅訪問介護サービス	Pflegesachleistungen für häusliche Pflege
公的医療保険	gesetzliche Krankenversicherung [GKV]
公的介護保険	soziale Pflegeversicherung
高齢者介護士法	Altenpflegegesetz
高齢者向け住居	Altenwohnheim
さ行	
施設完全入所	Vollstationäre Pflege
疾病金庫	Krankenkasse
疾病金庫中央連合会	GKV-Spitzenverband
社会法典第XI編	Sozialgesetzbuch Elftes Buch [SGB XI]
小児看護師	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

● ドイツ (続き)

日本語	原語 [略称]
た行	
データ評価センター	Datenauswertungsstelle [DAS]
な行	
認定高齢者介護士	Staatlich anerkannter Altenpfleger
認定高齢者介護助手	Staatlich anerkannter Altenpflegehelfer
は行	
ベルリン社会調査科学センター	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung [WZB]
ま行	
民間医療保険	private Krankenversicherung
民間医療保険協会	Verband der Privaten Krankenversicherung [PKV]
民間介護保険	private Pflegeversicherung
民間の付加的介護保険	private Pflegezusatzversicherung
ら行	
連邦家族省	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
連邦雇用庁	Bundesagentur für Arbeit
連邦統計局	Statistisches Bundesamt [Destatis]
連邦保健省	Bundesministerium für Gesundheit [BMG]
連邦保険庁	Bundesversicherungsamt [BVA]
連邦労働社会省	Bundesministerium für Arbeit und Soziales

● フランス

日本語	原語 [略称]
あ行	
アルツハイマー病および関連疾患計画	programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées
アルツハイマー病特別チーム	equipe spécialisée Alzheimer [ESA]
一般化社会拠出金	contribution sociale généralisée [CSG]
一般制度	régime général
医療系介護士	diplôme d'état d'aide-soignant [DEAS]
(個別自律手当の) 医療福祉チーム	équipe médico-sociale APA
医療保険 (制度)	assurance maladie
援助プラン	plan d'aide
か行	
(施設における) 介護費	tarif dépendance
介護予防のための基金会議	conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
家事援助・サポートサービス	services d'aide et d'accompagnement à domicile [SAAD]
家族手当	allocations familiales

● フランス（続き）

日本語	原語 [略称]
居住サービス施設	résidence services
（高齢者向けの）居住施設	logement-foyer
居住費個別補助（制度）	aide personnalisée au logement [APL]
居宅手当	APA à domicile
県	département
現物給付	prestation en nature
高等保健機構	Haute Autorité de Santé [HAS]
高齢化社会適応法	loi relative à l'adaption de la société au vieillissement
高齢者介護等級評価基準	autonomie gerontologique groups iso-ressources [AGGIR]
（フランス）国立統計経済研究所	Institut national de la statistique et des études économiques [Insee]
個別自律手当（制度）	allocation personnalisée d'autonomie [APA]
個別自律手当財政基金	fonds de finacement de l'allocation personnalisée d'autonomie [FFAPA]
さ行	
施設手当	APA en établissement
社会サービス支援士	diplôme d'état d'assistant de service social [DEASS]
社会的居住費補助（制度）	allocation de logement sociale [ALS]
社会福祉・家族法典	Code de l'action sociale et des familles [CASF]
社会保障財政法	loi de financement de la sécurité sociale
社会保障中央管理機関	Agence centrale des organismes de sécurité sociale [ACOSS]
障害補償手当（制度）	prestation de compensation du handicap [PCH]
自律的居住施設	résidence - autonomie
自律分野における支援サービスとケアサービスの統合のための行動手法	méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie [MAIA]
自律連帯拠出金	contribution solidarité autonomie [CSA]
自律連帯付加拠出金	contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie [CASA]
シルバー・エコノミー	silver économie
神経変性疾患計画	plan maladies neuro-dégénératives
生活指導介護士	diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social [DEAES]
積極的連帯手当	revenu de solidarité active [RSA]
全国アルツハイマーデータバンク	Banque Nationale Alzheimer [BNA]
全国住宅事業団	Agence nationale de l'habitat [ANAH]
全国自律連帯金庫	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie [CNSA]

● フランス（続き）

日本語	原語 [略称]
た行	
（施設における）滞在費	prix hébergement
滞在費扶助制度	aide sociale à l'hébergement [ASH]
第三者補償手当（制度）	allocation compensatrice pour tierce personne [ACTP]
退職者高齢者全国委員会	comité national des retraités et personnes âgées [CNRPA]
多目的居宅援助・ケアサービス	services polyvalents d'aide et de soins à domicile [SPASAD]
地域圏保健局	Agence Régionale de Santé [ARS]
長期療養ケア施設	unité de soin de longue durée [USLD]
（介護）等級	groupe iso-ressources [GIR]
特定介護給付（制度）	prestation spécifique dépendance [PSD]
独立自営業者制度	régime social des indépendants [RSI]
な行	
認知症外来	consultation mémoire [CM]
認知症資源研究センター	centre mémoire de ressources et de recherche [CMRR]
農業制度	régime agricole
は行	
フランス公衆衛生局	Santé publique France
フランス厚生省	Ministère des Solidarités et de la Santé
フランス調査評価統計局	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Drees]
訪問看護サービス	service de soins infirmiers à domicile [SSIAD]
補足的居宅ヘルパー	mention complémentaire aide à domicile [MCAD]
補足的年金制度連合	association des régimes de retraite complémentaire [ARRCO]
ま行	
目標と手段の複数年契約	contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens [CPOM]
や行	
要介護高齢者居住施設	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]
ら行	
老齢保険	assurance vieillesse

● オランダ

日本語	原語 [略称]
あ行	
一般給付	algemene voorziening
医療保険法	Zorgverzekeringswet [Zvw]
か行	
介護管理局	zorgkantoor
介護認定機構	Centrum Indicatiestelling Zorg [CIZ]
介護福祉ヘルパー	helpenden
介護プラン	zorgplan
看護介護職協会	Verpleegkundigen & Verzorgenden [V&VN]
看護師	verpleegkundige
ケア・ホーム	verzorgingshuis
ケアプロファイル	zorgprofielen
ケアヘルパー	zorghulp
高等職業教育機関	hoger beroepsonderwijs [HBO]
高齢者リハビリテーション	geriatrische revalidatiezorg
国立ヘルスケア研究所	Zorginstituut Nederland
個人介護予算	persoonsgebonden budget [PGB]
個別給付	maatwerkvoorziening
さ行	
在宅規格パッケージ	modulair pakket thuis [MPT]
在宅フル・パッケージ	volledig pakket thuis [VPT]
社会支援法	Wet maatschappelijke ondersteuning [Wmo]
社会文化計画局	Sociaal en Cultureel Planbureau [SCP]
社会保険銀行	Sociale Verzekeringsbank [SVB]
自立支援	begeleiding
診療看護師	verpleegkundige specialist
青少年法	Jeugdwet
ソーシャルヴァイクチーム	sociale wijkteam
た行	
中央管理局	Centraal Administratie Kantoor [CAK]
中央計画局	Centraal Planbureau [CPB]
中央政府	Rijksoverheid
中央統計局	Centraal Bureau voor de Statistiek [CBS]
中等職業教育訓練学校	middelbaar beroepsonderwijs [MBO]
長期療養サービス保険法	Wet langdurige zorg [Wlz]
な行	
ナーシング・ホーム	verpleeghuis
は行	
ヘルスケアワーカー	verzorgenden IG
訪問看護	wijkverpleging
保健局	Nederlandse Zorgautoriteit [NZa]

● オランダ (続き)

日本語	原語 [略称]
保健福祉スポーツ省	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS]

● 韓国

日本語	原語 [略称]
あ行	
医師	의사
か行	
介護ロボット研究とサービスモデル開発事業	돌봄로봇 중개연구 및 서비스모델 개발 사업
家庭奉仕員	가정봉사원
韓医師	한 의사
韓国雇用情報院	한국고용정보원
看護師	간호사
看護助務士	간호조무사
敬老堂	경로당
健康百歳運動教室	건강백세운동교실
国民健康保険	국민건강보험
国民健康保険公団	국민건강보험공단
さ行	
在宅老人福祉施設	재가노인복지시설
作業治療士	작업치료사
歯科医師	치과의사
歯科衛生士	치과위생사
社会福祉士	사회복지사
生活指導員	생활지도원
た行	
長期療養基本計画	장기요양 기본계획
長期療養給付提供計画書	장기요양급여 제공 계획서
長期療養人員支援センター	장기요양요원 지원센터
長期療養等級	장기요양등급
統計庁	통계청
特別現金給付	특별현금급여
な行	
認知支援等級	인지지원등급
認知症家族休暇制度	치매가족휴가제
認知症国家責任制	치매국가책임제
認知症専門型長期療養施設	치매전담형 장기요양시설
は行	
標準長期療養利用計画書	표준장기요양이용계획서
物理治療士	물리치료사

● 韓国（続き）

日本語	原語 [略称]
保健福祉部	보건복지부
や行	
有料療養施設	유료요양시설
療養保護士	요양보호사
ら行	
老人医療福祉施設	노인의료복지시설
老人健康マイレージ	노인건강마일리지
老人長期療養保険	노인장기요양보험
老人福祉館	노인복지관
老人福祉法	노인복지법
老人療養共同生活家庭	노인요양공동생활가정
老人療養施設	노인요양시설

医療保障総合政策調査・研究基金事業
公的介護制度に関する国際比較調査
報告書

令和2年3月

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4

TEL 03-3403-0928

※本報告書の無断引用、転載を禁じます。