

介護の家族支援策に関する調査研究
—現金給付等に関する制度の諸外国比較—

平成 31 年 3 月
PwC コンサルティング合同会社

目次

目次	3
1. 調査研究の概要	1
(1) 調査研究の背景と目的	1
(2) 事業概要	2
(3) 調査概要	5
2. ドイツにおける介護保険制度と現金給付等制度の実情	7
(1) 介護保険制度の現状	7
(2) 現金給付等の現状	18
3. オランダにおける介護保険制度と現金給付等制度の実情	26
(1) 介護保険制度の現状	26
(2) 現金給付等の現状	41
4. 韓国における介護保険制度と現金給付等制度の実情	49
(1) 介護保険制度の現状	49
(2) 現金給付等の現状	55
5. 日本と3諸国の介護保障制度比較	62
(1) 介護保険制度比較	62
(2) 参考　日本の介護保険制度	74
(3) 参考　スウェーデンの社会保障制度	79
5. 現金給付等導入推計	80
(1) 推計	80
(2) 日本への現金給付等制度導入の影響	90

1. 調査研究の概要

本章では、本事業の背景及び目的等の実施状況について記述する。

(1) 調査研究の背景と目的

①背景

介護保険制度は、21世紀の高齢社会における介護問題の解決を図るため、国民の共同連帶の理念に基づき、要介護者等を社会全体で支援する仕組みとして創設された制度であり、2000年の介護保険法施行から18年が経過した。「介護保険事業状況報告」によれば、2018（平成30）年10月の現物給付の受給者が550万人を超える、制度創設当初（2000年度、184万人）の3倍を超えた。介護サービスの提供事業所も着実に増加しており、介護保険制度は介護が必要な高齢者の生活の支えとして定着、発展してきている。

②目的

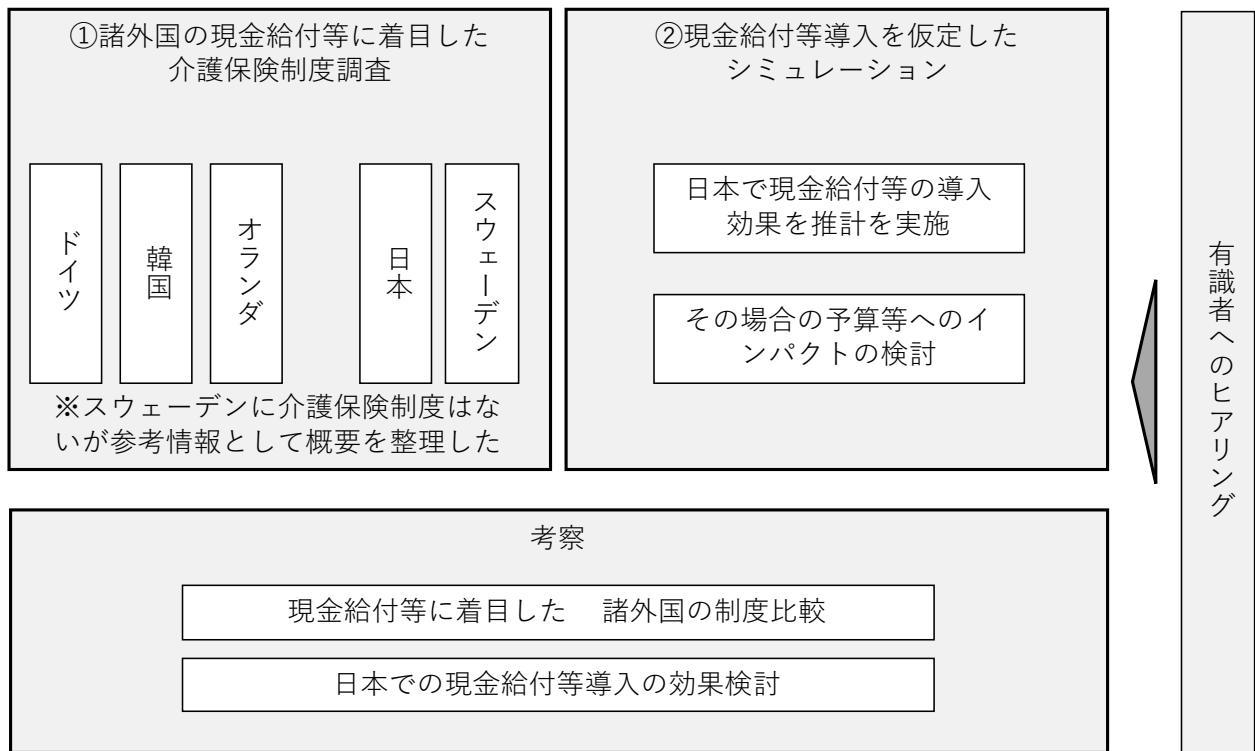
要介護者の家族支援に資する介護サービスが充実してきた一方、制度創設当初から導入議論が続いている介護者や要介護者への一定の補助等を支出するといふいわゆる「現金給付」については、議論の俎上に載せられるものの、特段の結論が出ていない。

そこで本事業では、介護保険制度の実施している国のいわゆる現金給付の仕組みを整理した上で、我が国におけるいわゆる現金給付の導入是非について検討する。特にその是非を判断するにあたり、客観的なデータに基づきその是非を検討することを目的とする。また、いわゆる現金給付等を我が国に導入しようとした場合の効果についても推計する。

(2) 事業概要

本研究調査は、大きく4つの部分から構成される。以下の調査研究の全体フローに示すとおり、①諸外国の現金給付等¹に着目した介護保険制度調査、②現金給付導入を仮定した推計を実施し、その内容について考察した。なお、これらの内容についてより充実した内容にするため、有識者へのヒアリングを行った。

図表1：調査研究の全体フロー



①諸外国の現金給付等に着目した介護保険制度調査

諸外国における現金給付等に着目して、介護保険制度について把握し、わが国での家族支援のあり方の参考とするため、ドイツ、韓国、オランダの3か国を対象に文献による調査を実施した。日本の制度との比較考察が目的であるため、日本の介護保険制度調査も同様の項目で整理をした。なお、スウェーデンについては介護保険制度はないが参考情報として概要を整理した

¹ なお、本事業では、「現金給付等」という表現を用いる。「現金給付」という表現だと、国や自治体から現金を要介護高齢者やその家族に現金等が支給されるイメージを持たれことが多いが、そういった直接的な現金支給を介護保険制度内で実施している国はないため、本事業において誤解を避けるため「現金給付」という表現を用いて整理している。

②現金給付等導入を仮定した推計

①の調査研究結果を踏まえ、日本で現金給付等を導入することによる効果の推計を行うとともに、その場合の予算等へのインパクトの検討を行った。ドイツあるいは韓国の制度導入するとの仮定を置いたうえでの推計を行った。

③考察

以上の①、②の検討を踏まえて、現金給付等に着目した諸外国の制度比較、日本での現金給付等導入の効果について検討して取りまとめた。

④有識者へのヒアリング

以上の分析結果を踏まえ、有識者へのヒアリングを行った。本事業においては各国の情勢に詳しい、以下の有識者に対しヒアリング調査を実施した。

図表2：ヒアリング日程及び議題

氏名 (敬称略)	日時・場所	議題
増田雅暢	2018年9月5日(水) 14:00~15:00 東京通信大学	<ul style="list-style-type: none">・日本の介護保険制度の特徴について・日本の介護保険制度創設時の現金給付導入をめぐる議論について
宮本恭子	2018年9月21日(金) 14:00~15:00 島根大学 松江キャンパス 法文棟1階談話室	<ul style="list-style-type: none">・ドイツ介護保険制度の特徴について・ドイツ家族介護支援策について・ドイツ介護保険制度における現金給付の位置づけについて
大森正博	2018年11月6日(火) 10:30~11:30 お茶の水女子大学 本館 305室	<ul style="list-style-type: none">・オランダ介護保険制度の特徴について・オランダ介護保険制度における現金給付について
中澤克佳	2018年11月12日(月) 14:30~15:30 東洋大学白山キャンパス 2号館8階	<ul style="list-style-type: none">・オランダ介護保険制度の特徴について・オランダ介護保険制度における現金給付について
金貞仁	2018年11月21日(水) 14:00~15:00 東京福祉大学 伊勢崎キャンパス 本館3階	<ul style="list-style-type: none">・韓国介護保険制度の特徴について・韓国介護保険制度における現金給付について
朴光駿	2018年11月30日(金) 13:00~14:30 佛教大学 紫野キャンパス 11号館226室	<ul style="list-style-type: none">・韓国介護保険制度の特徴について・韓国介護保険制度における現金給付について
金明中	2018年12月5日 11:00~12:00 ニッセイ基礎研究所本社	<ul style="list-style-type: none">・韓国介護保険制度の特徴について・韓国介護保険制度における現金給付について

⑤事務局体制

本事業は以下の体制で実施した。なお、事業を進めるにあたっては、厚生労働省老健局介護保険課と協議の上進めた。

図表 3：事務局体制

氏名	所属
東海林崇	PwC コンサルティング合同会社 シニアマネージャー
古屋智子	PwC コンサルティング合同会社 シニアアソシエイト
池田真由	PwC コンサルティング合同会社 アソシエイト
中村美沙	PwC コンサルティング合同会社 アソシエイト

⑥進捗

本事業は以下のように進めた。

図表 4：実施状況

	貴省との打ち合わせ	事業実施状況
平成 30 年 7 月	第 1 回	・ 対象国検討
	第 2 回	・ 調査フレームの整理
8 月	第 3 回	・ 各国制度の概要整理
9 月	第 4 回	・ ドイツ制度の概要 ※有識者ヒアリング実施
10 月	第 5 回	・ ドイツ制度の概要 ※有識者ヒアリング実施 ・ ドイツ制度を踏まえた現金給付等推計実施
11 月	第 6 回	・ オランダ制度の概要 ※有識者ヒアリング実施
12 月	第 7 回	・ 韓国制度の概要 ※有識者ヒアリング実施 ・ 韓国制度を踏まえた現金給付等推計実施
平成 31 年 1 月	第 8 回	・ 上記内容のとりまとめ ・ スウェーデン制度の整理
2 月		・ 報告書とりまとめ
3 月	第 9 回	・ 報告書とりまとめ

(3) 調査概要

本節では、調査の実施方法について詳述する。

①調査対象国

今後、日本において介護保険制度に現金給付を導入するか検討するための参考情報として、すでに現金給付（あるいは、それに類する制度）を実施している海外主要国の実情について整理した。調査対象国は、下記の(A) (B)に当てはまる国であるドイツ・韓国・オランダの3か国を選出した。さらに日本の介護保険制度を構築する上で参考にし、かつ家族介護ケアが発達しているといわれるスウェーデンについても調査対象とした。

- (A) 社会保険方式（介護保険制度）により介護サービスを保障している国
- (B) 介護サービスの一環として現金給付等を実施している国

以上の4か国について日本の制度との比較を行う。また、ドイツと韓国については、日本の介護保険制度における現金給付の導入検討のために各国の現金給付等実情についても比較を行い、各国の現金給付制度を一定の条件のもと、日本に適用した際の推計も行う²。

図表5：調査対象国の概要³

調査対象国	介護保障の法制度	介護保障方式	現金給付等
日本	2000年 介護保険法施行	社会保険方式	×
ドイツ	1995年 介護保険法施行	社会保険方式	○
韓国	2008年 老人長期療養保険法施行	社会保険方式	△
オランダ	1986年 特別医療費保障制度(AWBZ)施行 2015年 長期介護法(WLZ)施行	社会保険方式	△

②調査実施方法

調査は、以下の3つの視点に基づき、まずは邦訳および英訳、現地政府ホームページ等先行研究資料を参照し、各国の介護保険制度設立背景から制度そのものの概況を俯瞰的に把握した。その上で、日本との介護保険制度上の違いを明らかにした。加えて、現金給付等制度（あるいはそれに類する制度）の現状について整理し、日本にて実行した場合のインパクト等を推計した。

² なお、オランダについては近年の法改正で、介護者又は要介護者への現金そのものの給付ではなく、一定の裁量のもとでのサービスの提供がメインとなっていることから現金急騰に関するシミュレーションは行わなかった。詳細は後述する。

³ なお、このほか参考情報として、スウェーデンも本調査研究の対象とする。スウェーデンは1982年に施行された社会サービス法を基礎として税方式で介護保障サービスを提供している。

図表 6：先行研究の調査項目

調査項目	目的	詳細
介護保険制度の現状	日本の介護保険制度との相違点や類似点を概観的に把握する	<ul style="list-style-type: none"> 制度施行の背景と目的 保険者と被保険者 給付対象者 要介護度と要介護認定 利用者の負担 財源構成 保険料の設定 給付サービス内容(現物給付・現金給付)
介護保険制度における現金給付等の現状	日本で現金給付を導入する場合の効果推計をするための前提条件等を整理する	<ul style="list-style-type: none"> 現金給付の位置づけ・導入の背景 給付対象者 受給資格・条件 課題点・懸念点 利点・評価される点 利用状況 <p>過去～現在に至るまでの利用状況推移</p>

2. ドイツにおける介護保険制度と現金給付等制度の実情

本章では、文献調査等を通じて整理したドイツの介護保険制度概況及び現金給付等制度の実情について、日本の制度と比較検討しながら整理する。なお、最後は日本にドイツにて実施している現金給付等制度を導入しようとした場合のメリットおよびデメリットについて整理した。

(1) 介護保険制度の現状

本節では、ドイツにおける介護保険制度の現状について整理した

①制度制定経緯と理念

ア. 介護保障制度制定の背景

ドイツでは、介護保険制度が開始する前は、①労災保険制度における介護給付、②戦争犠牲者援護制度における介護手当の支給、③医療保険制度における在宅サービスの提供または介護手当の給付が公的な介護給付のすべて⁴であった。これ故に老人ホームの入所費用を年金や貯金など個人の資産で貯いきれない場合には、社会扶助⁵に頼らざるをえない状況にあった⁶。さらに人口の少子高齢化と、それに伴う要介護高齢者の急増といった社会的背景もあり、老人ホーム等への施設入所者へ支払われた社会扶助は1970年代から1990年代にかけて膨れ上がり⁷、国の財政は困難に陥った。

このように要介護者に対する公的な介護サービスが不十分であり、社会扶助の支出を抑制する必要があった⁸。1970年代から約20年間にわたる介護保険制度導入是非をめぐる議論を経たのち⁹、当時の連邦労働社会問題大臣、兼、キリスト教民主党(CDU)の労働派の副党首を務めていたノベルト・ブリュームが「キリスト教民主同盟には、従来からの高齢者の高い支持率を保持するような、前向きな争点が必要だ(John, 2009: 253)」として1990年の選挙公約に高齢者への長期ケアを載せたことをきっかけに、1994年に単独の社会保険方式による介護保険法が制定された。

社会保険方式が採用された理由は、消去法に近いと言える。当時、介護対策の選択肢としては公的な介護保険のほかに、税財源による介護給付法の制定も選択肢として挙げられてい

4 宣(2010)p. 3

5 社会扶助とは、一般的な生活援助にかかる扶助としての衣食にかかる生活扶助などである。社会扶助の一つに、特別な生活状態における援助の一種として介護扶助があり、この介護扶助の支給条件は、生活扶助の支給要件より大幅に緩和されている(本沢 2003)p24。

6 藤本(2008)p. 58。

7 施設入所者に支払われた介護扶助支出が1970年には16万6千人・9億マルクであったものが1991年には98億マルクへと増加した(川瀬, 1999: 274)。

8 社会扶助の担い手である州や郡・市といった地方自治体の財政が圧迫され、抜本的な解決策が連邦に求められたことが、介護保険導入の直接の原因になったと言われている(本沢, 2003: 24)。

9 John Creighton Campbell(2009)p. 253

た。しかし、税財源による介護給付法は、財源の確保が困難であり¹⁰、介護保障が財政事情に左右されかねないことを理由に選択肢から外された¹¹。

イ. 介護保障制度の理念・目的

ドイツの介護保険の目的として、社会法典第11編の第一章において「介護保険の給付は、要介護者が、支援を必要とする状態にあるにもかかわらず、可能な限り自立し、かつ自己決定して、人間として尊厳に適う生活を送ることができるように、要介護者を支援するものとする。支援は脳活性化介護(aktivierende Pflege)の形態をも含み、要介護者が身体的、知的及び精神的な力を取り戻すこと又は維持すること」¹²(渡辺 2016)と記されている。

ドイツの介護保険法の理念としては、①在宅介護の優先、②予防とリハビリの優先、③行政や施設、介護金庫が負う介護サービス供給の共同責任の3点があり、全て社会法典第11編に明記されている¹³。これら理念は、問題はより身近なところで解決されなければならないという補完性原理や連帶性原理を基本としており、介護保険は社会的連帶の精神による要介護者の支援を任務とする、と田畠(2018)¹⁴は言う。このようにドイツの介護保険は、日本が目指した「介護の社会化」とは異なった理念の基に成立した。

②介護保障制度の内容

ア. 保険者と被保険者

ドイツ介護保険制度における保険者は、公的医療保険の保険者である疾病金庫(Krankenkassen)に併設されている介護金庫(Pflegekassen)である¹⁵。疾病金庫は、連邦政府、州政府及び地方自治体から、財政的、組織的に独立した公法上の法人であり、その数は1992年1月には全国で1,223あったが各種の公的医療保険制度の改革の動きを受けて吸収・合併が進み、2016年1月には118にまで減少している¹⁶。

国民には介護保険への加入が法律によって義務付けられており、医療保険の被保険者が介護保険の被保険者となる。公的医療保険の被保険者は公的介護保険の被保険者となり、民間医療保険の被保険者は民間介護保険に加入しなければならない¹⁷。このように、ドイツの介護保険は被保険者資格において医療保険とのつながりが深い。社会法典法で、公的医療保険への加入義務のある者と加入義務のない者が定められており、公的医療保険の加入者、すなわち被保険者は以下の図表7のように分類される。

¹⁰背景には、東ドイツとの統合に費用がかかっている中で新税を創立することは不可能であったことがある。(John, 2016: 258)

¹¹ 藤本(2008)p. 59

¹² 渡辺(2016)p53

¹³ 田畠(2018)p. 43

¹⁴ 田畠(2018)p. 43

¹⁵ 渡辺(2016)

¹⁶ 中村(2016)

¹⁷ 中村(2016)

図表 7：公的医療保険の被保険者分類

①公的医療保険への加入義務がある者 (強制被保険者)
<ul style="list-style-type: none"> 所得が一定の基準所得※以下の被用者(ブルーカラー、ホワイトカラー) ※2016年1月現在、年間 56,250 ユーロ 公的年金の年金受給者 失業手当受給者 農業経営者及びその家族従事者 芸術家及び著述家 学生
②公的医療保険への加入義務がない者のうち、公的医療保険加入を選択した者 (任意被保険者)
<p>【「公的医療保険への加入義務がない者」は以下の通りである。】</p> <ul style="list-style-type: none"> 所得が一定の基準所得を超える被用者 自営業者(ただし①に含まれる芸術家等を除く) 官吏、裁判官、軍人、大学教授などの特別な法的関係に基づき、公費による保障を受ける者 EU の医療保障制度によって保障される者 <p>【このうち、「公的医療保険への加入が認められる人」は以下の通りである】</p> <ul style="list-style-type: none"> かつて公的医療保険の強制保険者であった人は、過去 5 年間に 24 か月以上被保険者であった又は直近 12 か月以上連續して被保険者であった者等の一定の要件を満たす場合 初めて就労するときの所得が加入限度額を超えていたために、加入義務がない者
③公的医療保険加入者の家族 (家族被保険者)
<ul style="list-style-type: none"> 被保険者の配偶者、パートナー及び子※であって、その所得が限度額を超えないなどの要件を満たす者(被保険者の親や祖父母は家族被保険者となることができない) <p>※学校教育を受けている場合には 25 歳未満の子、就業していない場合には 23 歳未満の子、その他の場合には 18 歳未満の子が対象となる。ただし、その子が自ら生計を維持することが困難な障害者である場合には、年齢による制限はない。</p>

出典：中村(2016)を基に弊社作成

図表 7 の①～③に当てはまる公的医療保険の被保険者が、すなわち公的介護保険の強制被保険者となる。一方、「公的医療保険の加入義務がない者」のうち民間医療保険に加入することを選択したものは、民間介護保険の強制被保険者となる。

イ. 給付対象者

ドイツでは、介護保険の給付対象者を、健康上の理由により自立性又は能力に障害があるために、他者の支援を必要とする要介護者と定めている。要介護者は、身体障害、認知症若しくは精神障害または健康上の理由による他者への負担もしくは困難を自律的に補償または克服できない者でなければならないとされており、ここには年齢の規定は存在していない。

すなわち、ドイツ介護保険制度においては子どもや障害者も給付の対象となっており¹⁸、給付対象者は日本における給付対象者が異なる。

ウ. 要介護度と要介護認定

要介護度

制度創設当初、ドイツの要介護度の区分はⅠ～Ⅲの3段階に区分されていた。また、介護保険制度施行時点の定義による要介護状態とは、身体的、知的又は精神的な疾病または障害により、6か月以上にわたり、日常生活の基本動作及び家事のための支援を相当程度必要とする状態であった¹⁹。法律施行当時の要介護の概要は以下のとおりである。(図表8)

図表8 介護保険制度施行時点の要介護度

日常生活の基本動作： ①身体ケア（洗顔、シャワー、入浴、歯磨き、整髪、髭剃り、排泄等） ②食事（口腔の状態に合わせた調理、栄養摂取等） ③運動能力（起床・就寝、衣服の着脱、歩行、起立、階段の昇降、外出、帰宅等）		
要介護度等級	介護の分野および頻度 ²⁰	介護時間
I	・基本動作：①～③の1又は2以上の分野で、2以上の動作について週1回以上、かつ、 ・家事：週2回以上	90分以上 (内、①～③に45分以上)
II	・基本動作：①～③につき1日3回以上、かつ、 ・家事：週2回以上	3時間以上 (内、①～③に2時間以上)
III	・基本動作：①～③につき1日中、かつ、 ・家事：週2回以上	5時間以上 (内、①～③に4時間以上)

出典：渡辺(2016) p. 41を基に弊社作成

図表8に示すような従来の要介護認定においては、「身体的機能の低下に応じて必要な身体的介護が重視されており、認知機能の低下に応じて必要な日常の世話(Betreuung)や見守り(Beaufsichtigung)が十分に考慮されておらず、認知症患者は、身体的機能が低下した者と比べて、要介護等級を低く認定されることが多いという問題がかねて指摘されていた(渡辺, 2016: p. 41)」。上記のような要介護をめぐる問題に対応するため、2008年と2017年の2つの改革を通して要介護度の内容は変化している。2008年と2017年の改革のそれぞれの特記事項を以下で図表9にまとめた。

また、介護保険制度創設当初と、2008年改革後、2017年改革後の要介護度の変遷は図表10の通りである。

¹⁸ 渡辺(2016)

¹⁹ 渡辺(2016)p. 40

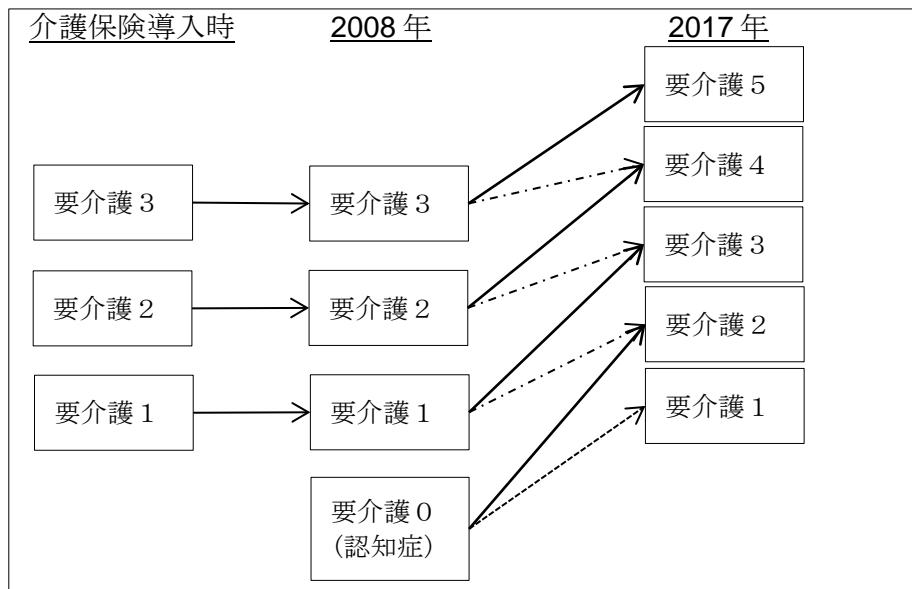
²⁰ 「介護の分野および頻度」について、分野とは日常生活の基本動作①～③が示す3つの分野であり、頻度とは要介護者にとって介護が必要となる頻度のことである。

図表 9：2008 年および 2017 年時点の改革の特徴

改革年	改革の特徴
2008 年	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度 0 の設置： <p>「要介護度 I の下に、精神障害や精神疾患を含め、認知症のように日常生活の判断能力に著しく問題があり、特別な介護²¹が必要な場合を対象とした『要介護度 0』が設けられ、介護保険の対象外であっても『見守りや世話』(Betreuwing)のための給付²²が受けられるようになった」(小柳, 2013: 44)。</p>
2017 年	<ul style="list-style-type: none"> 要介護度の区分が 5 段階へ増加： <p>高齢化の進展に伴う認知症患者が増加していることから、認知症患者への支援を介護保険制度の体系に盛り込むことを主眼として制度改正が行われた²³。</p> <p>改革の結果として「従来の認定者は 5 段階になる前の段階よりもほぼ上の階級に引き上げられるという形になった(中澤, 2018: 17)」。また、2017 年の改革は単に要介護度の区分を増やしただけではなく、「要介護度の概念を変化させる試み」(中澤, 2018: 17)だったということができる。</p>

出典：小柳(2013) p.44、中澤(2018) p.17 を基に弊社作成。

図表 10：要介護度の変遷



参考：中澤(2018) p.15 を基に弊社作成。

中村(2018)によれば、2008 年から 2017 年の変化を示した実線矢印は身体的機能に加えて認知症を抱えた要介護度状態にある人々の移行を示している。点線矢印は、身体的な要介護状態にある人々の移行である。2017 年に新たに設置された要介護 1 は「ドイツ連邦保健省では

²¹ 特別な介護とは、特定の部位や症状に対して行われる従来型のリハビリテーションではなく、老人医学的なリハビリテーションによって、要介護状態を回避ないしは悪化を阻止することが期待された(田畠, 2015: 18)。

²² 要介護度 0 に対する「見守りや世話」への給付は、介護保険制度の財源から支給される。すなわち、要介護状態にない者への、介護保険からの給付を認めたのである(JILPT, 2017: 27)。

²³ 中澤(2018) p. 15

非公式に『予防的介護度』の段階と呼んでいる。」（中澤, 2018: 17）また、2017年の改革について以下のように述べている。

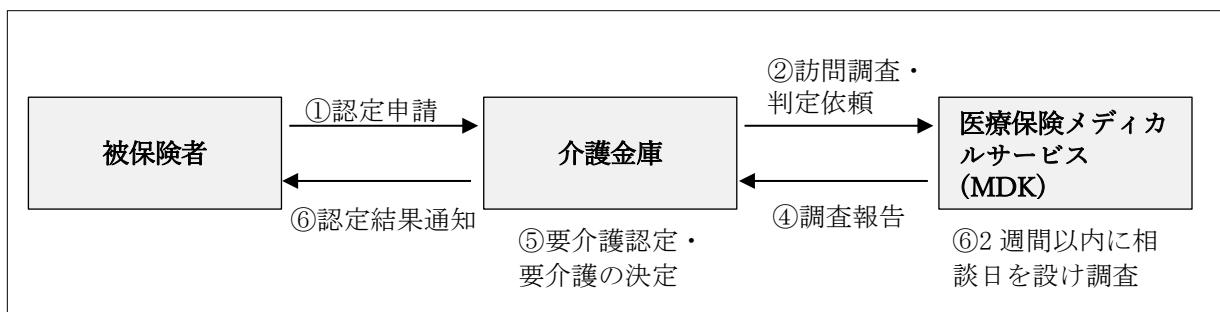
2017年改革までの評価では、基本的には身体的な状態を基準に要介護度を評価し認定していたが、2017年改革以降は要介護度「グレード」という概念を導入し、身体的な状態では必ずしも見てとることができない、認知症のような精神的な部分の、あるいは知的機能の部分を含んで評価する方式に変わった。身体的機能の程度だけではなく、認知症も含めた精神・知的機能も含めた要介護の概念を導入することについては、15年近く議論がされてきており、前政権のときにこの認知症についても要介護度の認定基準に含めることが決まった。（中略）2017年改革によって、身体と認知症の部分、すなわち知的能力の部分の評価が一次、二次ということではなく、同じランクの重要性を持つに至った。（中澤, 2018: 17）

すなわち、介護保険制度創設当初に定義された従来の要介護の問題点は、2回の改革を通して着実に解消されてきたと言える。

要介護認定

ドイツ介護保険制度における要介護認定は図表11で示すような流れで実施される。

図表11：ドイツにおける要介護認定フロー



MDK²⁴による調査の際には図表12で示すような6項目が基準とされる。この6項目についてそれぞれ介護の専門的知見から点数が付され、その点数の合計から最終的な要介護度が決定される。図表12の⑤⑥の項目は2017年の改革から考慮されるようになって点である²⁵。なお、項目の各点数範囲には、それが表す自立性又は能力の障害の重度及び各モジュールの評価比重を考慮して、評価比重点数が割り当てられている。要介護度の点数による決定について詳細を図表13で示す。

²⁴ MDKとは、ライヒ保険法における相談医サービスをその前進としており、医療保険における保険給付の実施について、医学的見地から助言および鑑定意見の提出などを行う。そのため、医師を中心に構成されていた。また、MDKは、州ごとに設置されており、それぞれ疾病金庫の連合会が費用を負担している。こうしたMDKは介護保険法の施行にともなって新に加わった現物給付である介護サービスについても同様の機能を発揮するよう位置付けられ、要介護の認定や施設において保険給付が適正に給付されているかの監督権限を与えられるにいたった（中澤, 2008: 24）。

²⁵ 田畠（2017）p. 50

図表 12：ドイツの要介護認定の基準²⁶

分野	基準
①運動能力	寝返り、座位保持、移動、住居内の歩行、階段昇降
②認知能力及びコミュニケーション能力	近距離からの人の認識、場所の感覚、時間の感覚、重要な出来事又は観察の記憶、日常的多段階行為、日常生活における決定、時事用及び情報の理解、リスク及び危険の認識、基礎的な欲求の伝達、欲求事項の理解、会話への参加
③行動及び心理状態	突発的かつ不穏な行動、夜間の興奮、自傷行為、器物損壊、他社への加害行為、攻撃的な言動、介護に関連する不穏な発言、介護措置及び他の支援措置の拒否、妄想、恐怖、抑鬱、社会的に不適切な行動、介護に関連する他の不適切な行為
④日常動作	上半身全面の洗浄、整髪、陰部洗浄、洗髪を含むシャワー及び入浴、上衣の着脱、下衣の着脱、口腔の状態を考慮した調理及び飲み物を器に注ぐこと、食べること、飲むこと、トイレ又は便座の使用、尿失禁の始末並びに留置カテーテル及び人口膀胱の取 ²⁷ 扱い、便失禁の始末及び人工肛門の取扱い、腸管外又は胃ろうによる栄養摂取、18歳以下の児童において栄養摂取に深刻な問題があり、通常を超える介護集約的な支援を必要とする場合
⑤病気又は治療への対処	a)投薬、注射、静脈注射、痰吸引及び酵素投与、薬の塗布並びに冷却及び温熱、体の状態の測定及び分析、整形外科の補助具使用 b)包帯交換及び傷の手当、人口肛門の装着、尿管カテーテルの定期的な使用及び排尿具の使用、自宅における治療措置、 c)自宅における時間及び技術集約的な措置、通院、他の医療施設又は治療施設への通所、医療施設又は治療施設への時間をかけた通所、児童においては障害児治療施設への通所 d)食事療法又は病気若しくは治療に関する行動規則の遵守
⑥日常生活および社会生活	日常生活および生活への適応、休息及び睡眠、何かに集中して取り組むこと、将来の計画、身近な者との相互交流、身近でない者との交流

²⁶ 介護保険法第15条並びに附則1及び2に基づき、これらの基準に係る能力や自立性、症状や措置等の頻度により評価を行う。渡辺(2016) p.44より作成

図表 13：要介護度判定の基準²⁸

点数範囲	要介護者の状態	項目	評価点数比重
0	自立性又は能力に障害なし	①運動能力	10%
1	自立性又は能力の軽微な障害	②認識能力及びコミュニケーション能力	共通で 15%*
2	自立性又は能力の相当な障害	③行動及び心理症状	
3	自立性又は能力の重大な障害	④日常動作	40%
4	自立性又は能力の著しく重大な障害	⑤病気又は治療への対処	20%
		⑥日常生活および社会生活	15%



点数範囲	要介護度
12.5 点以上 27 点未満	I
27 点以上 47.5 点未満	II
47.5 点以上 70 点未満	III
70 点以上 90 点未満	IV
90 点以上 100 点未満	V

利用者負担

ドイツの介護保険においては、保険給付の中では自己負担はないが、保険給付の範囲を超える部分はすべて自己負担となる仕組みがとられている²⁹。

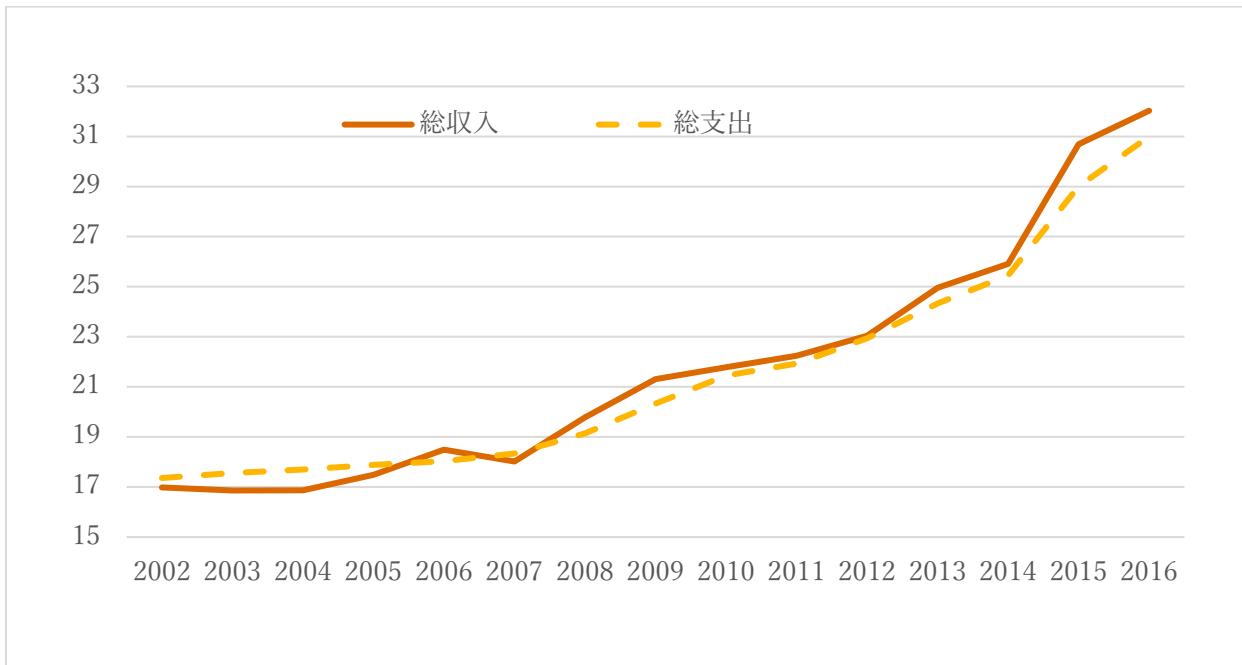
財源構成

ドイツ介護保険の財源は、保険料収入のみで賄われている。また、ドイツでは基本的に「介護保険財政で賄える範囲で保険給付の水準を設定している(増田, 2014: 32)」という構造上の特徴から、「2008 年以降、ドイツの介護保険収支は黒字が続いており、2015 年の第一次介護強化法による保険料率引き上げによって、さらに収支バランスは黒字へと動いて(中澤, 2018: 21)」いる。図表 14 でドイツ介護保険財政の推移を示す。

²⁸ 項目②および③においては、評価点数がより高い項目の点数を共通の点数として用いる。渡辺(2016)を基に弊社作成

²⁹ 増田(2014) p. 32

図表 14：ドイツ介護保険財政の推移(単位: 10 億€)



出典：中澤(2018) p. 21 を基に弊社作成。

続く「保険料の設定」でも言及するが、ドイツではこれまでに連邦政府が介護保険強化法を公布することによって保険料引き上げを実施している。また、2017 年の改革で引き上げられた分の 0.1%については、すぐに支出には回さずに 2035 年まで備えておくことが定められている。今後支出が増加していくため、保険給付が増えていくこと、そして保険料率の値上げが起こることがすでに予想されているので、急激な保険料率の値上げを避けるためにこの 0.1%を基金化することになっているのである³⁰。

保険料の設定

所得に応じて保険料を徴収する。「介護保険料は被用者の場合は労使折半で納付され、自営業者等は全額自己負担(田畠, 2015: 17)」であるとされている。前述のように、「介護保険財政で賄える範囲で保険給付の水準を設定している(増田, 2014: 32)」ために財政赤字にはなりにくい財源構造をしているドイツではあるが、人口の高齢化等に伴う保険料率引き上げが過去 5 回実施された。以下で保険料引き上げの経緯を図表 15 にまとめる。

このように漸進的な介護保険料率引き上げを行ってきたドイツであるが、今後も少子高齢化に伴う保険料率の引き上げが想定されている。

³⁰ 中澤(2018) p. 20

図表 15：ドイツ介護保険料率引き上げの推移

年	保険料率	備考
1995	所得の 1.0%	—
1996	所得の 1.7%	—
2008	所得の 1.95%(子どもがいる場合) 所得の 2.2%(子どもがない場合)	—
2013	所得の 2.05%(子どもがいる場合) 所得の 2.3%(子どもがない場合)	—
2015	所得の 2.35%(子どもがいる場合) 所得の 2.6%(子どもがない場合)	第 1 次介護保険強化法導入
2017	所得の 2.55%(子どもがいる場合) 所得の 2.8%(子どもがない場合)	第 2 次介護強化法：2017 年改革による、要介護認定者増加への対応

出典：齋藤(2013) pp.17-8・中澤(2018) p.20 を基に弊社作成。

給付サービス内容（現物給付/現金給付）

給付サービス内容によって限度額は異なっている。2017年改革以降のドイツ介護保険給付サービス内容は

図表16³¹である。

図表16：要介護度別給付額一覧（単位: €）（一部抜粋）

給付の種類	要介護度				
	I	II	III	IV	V
在宅	現金給付(月)	—	316	545	728
	現物給付(月)	—	689	1,298	1,612
代替介護 (年間6週間以内の介護 経費)	近親者による代替 介護	—	474	8,175	1,092
	近親者以外による 代替介護	—		1,612	
短期ケア	年8週までの総額	—		1,612	
デイケア・ナイトケア	月額	—	689	1,298	1,612
負担軽減手当	月額			125	
介護グループホーム入居 の場合の追加給付	月額			214	
完全施設介護	月額	125	770	1,262	1,775
介護用品(消耗品)	月額 最大			40	
介護補助具	用具当たり				購入する場合は、25ユーロを超えない範囲で、10%の自己負担が生じる。ただし、特定の条件下では自己負担免除。介護補助具は優先的に無料で貸与される。
住環境改善措置	最高額				1措置につき4,000。複数の要介護者が共同で請求するときには最高で16,000。

出典：ドイツ政府資料(2018)「Anleitung Pflege」p.94-99

³¹ 負担軽減手当は、デイケア・ナイトケア、ショートステイ、世話や家事支援等の在宅介護のための現物給付、家事支援サービス又は州法の規定により承認されたボランティアによる世話及び負担軽減サービスを利用するためのものである。（本沢 2016）

(2) 現金給付等の現状

本節では、ドイツにおける介護保険制度における現金給付の仕組みについて整理した

①現金給付等導入の背景と位置づけ

ア. 導入の背景

ドイツでは介護保険導入前から、医療保険の給付としてすでに現金給付が行われており³²、介護保険以外の社会政策である労災保険にも、労働災害の被災者、その家族及び遺族に対する現金給付が取り入れられていた³³。

そのような背景から、ドイツではオランダでの先例をもとに介護保険制度の給付サービスの一つに現金給付が採用された。もともとオランダでは、「現金給付を取り入れなかつたため、要介護高齢者を抱える家族が、家族介護を介護保険による介護サービスへ転換させようとして、施設・在宅の全てのサービスが不足し、財政的にも予想をはるかに超えた負担を強いられ(川瀬, 1999: 288)」ていた。ドイツはその事例から学んだのであった。

現金給付の導入に対し、ドイツでの世論は、支持する意見が多かった。現金給付が家族介護の意欲を強化し、介護保険制度設立当時に政策問題であった家族介護能力の減少を、防ぐか先延ばしにするとできるとされていた³⁴。在宅の要介護者の多くが家族からの介護を受けており³⁵、介護保険制度によって、こうした現状を変えることよりむしろ支援することが選ばれたといえる³⁶。このように、家族介護を介護保険制度の中心に据え、それを支援するものとして社会的サービスを捉えているために、「家族介護をどう評価するか」という議論が非常に活発にされたことがドイツの介護保険制度の特徴といえる³⁷。

また、財政的な面からもドイツにおいて現金給付導入はあまり問題とならなかった。これは、ドイツではもともと高齢者に対する手厚い福祉制度がなく、家族によって自己負担で担われていた介護に対して新たに現物と現金が支給されはじめたという背景から国民はその変化に好意的であったと指摘されている。また、「現金給付が(施設ケアはもちろん)在宅サービスの半分未満というかなり少額の支出で可能(John, 2009: 270)」であったために現金給付導入によって国の財政が逼迫する、というような問題も生じる不安がなかったことが理由として挙げられる。

³² 田中(2000)

³³ JILPT(2008) p. 77

³⁴ 制度設立当時、現金給付への反論としては、「少数の専門家が現金給付を、介護の質が確保されない、既存の介護パターンをあまり変えることができない」などの理由で批判していた程度にとどまるところ。(John, 2009: 270)

³⁵ 1978年に行われた社会データ研究によると、要介護者のうち63%が同居の親族から、31%が同居していない親族から、17%が友人や知り合い・隣人からの介護サービスを受けていた。(JILPT(2017):p23)

³⁶ JILPT(2017) p. 23

³⁷ 宮本(2016) p. 3

イ. 位置づけ

ドイツ介護保険制度における現金給付は、介護保険制度の枠組みの家族支援策のうちのひとつとの位置づけである。津田(2017)によれば、家族介護に対する現金給付の位置づけについて①介護者に対する慰謝・激励、②現物サービス利用者との公平性の確保、③介護に伴う収入減の補填、④介護労働としての評価の4つの側面を挙げている³⁸。また、ドイツ介護保険制度における現金給付は①～④の全ての役割に加えて、「失業者・貧困者対策としての社会政策」の役割をも担っている。

ドイツの介護保険は介護サービス事業者のような専門的な介護の教育を受けた者だけではなく、アマチュアである家族介護者も介護サービスの提供者と位置づけており³⁹、在宅介護において介護サービスの担い手となる家族・親族やその他のボランティア等に対する労働対価として重要である。

現金給付の他にも家族等の介護者に対して提供する支援は、代替介護の給付、年金保険・労災保険・失業保険の適用、医療保険料や介護保険料に対する補助、介護講習会の実施が用意されている⁴⁰。

②現金給付の詳細

給付対象者

要介護状態にあると認められた被保険者は、現物給付、現金給付のみもしくは双方の組み合わせ給付を選択することができる。組み合わせ給付を希望する場合、以下図表17のように現金給付は、要介護者が請求した現物給付の百分率に応じて減ぜられる⁴¹。

図表17：現物給付と現金給付の組み合わせの例

(例) 要介護II/現金給付上限額316€、現物給付上限額689€の場合		
現物給付	現金給付	受給額
100% = 689€	→ 0% = 0€	689 €
60% = 413€	→ 40% = 126€	539 €
30% = 206€	→ 70% = 221€	427 €
0% = 0€	→ 100% = 316€	316 €

また、現金が支払われるのは要介護者本人に対してであり、要介護者本人の口座に現金が振り込まれ、それを要介護者が介護者へ渡す仕組みとなっている⁴²。なお、2017年改革以降

³⁸ 津田(2017)p. 94

³⁹ 宮本(2016)p. 3

⁴⁰ 渡辺(2016)

⁴¹ なお、要介護者は、現金給付と現物給付の請求割合の決定を、6月間変更することができない。(渡辺2016)

⁴² 中澤(2018)p. 25

に新しく設定された要介護度Ⅰは、以前は身体的な要介護度の評価基準を満たされていなかったグレードであり、現金給付の支給対象外である⁴³。

現金給付の水準は現物給付の約5割程度に設定されている（図表18）。これは、「現物給付よりも現金給付での受給を選択する場合が多いと想定され、現物給付額より現金給付額を低く設定することで介護給付の総支給額を抑制するというねらいがあったため（齋藤、2013:19）」だとされる。

図表18：改正（2017年1月1日）以降の在宅介護における現物給付と現金給付の給付限度額

（単位：€）

	要介護度				
	I	II	III	IV	V
現金給付（月）	—	316	545	728	901
現物給付（月）	—	689	1,298	1,612	1,995

出典：渡辺（2016）p.46.を基に弊社作成

受給資格・条件

受給の条件は、要介護者に必要な基礎介護及び家事援助が適切な方法で行われていることである。この判断は疾病保険⁴⁴の専門機関である医療保険メディカルサービス（MDK）が審査をする⁴⁵。介護者は、親族やボランティアのほかに、要介護者によって雇用された者も認められており、要介護者が自ら介護者を雇用する形態は事業主モデル（Arbeitgebermodell）と呼ばれ、介護に関する資格は問われない⁴⁶。

要介護者に適切な介護が提供されている限り現金給付の使途を厳密に追及されることはほとんどなく、例えば介護を担当する家族が息抜きとして旅行や映画に給付された現金を用いたとしても問題はないとされる。ただし、現金給付のみを受ける要介護者は要介護度に応じて介護相談を受けることが法律で義務付けられている⁴⁷。

⁴³要介護Ⅰのグレードは具体的には高齢者が在宅でいられる期間、自立して生活できる期間をなるべく伸ばすために、住居のさまざまなインフラを変えていくということが必要になるレベルと考えている（中澤、2018: 19）。

⁴⁴ 疾病保険は医療保険と同義であり、ドイツでは公的医療保険または民間医療保険どちらかへの加入が義務付けられている。

⁴⁵ 齋藤（2013）p. 23

⁴⁶ 齋藤（2013）p. 23

⁴⁷ 宮本（2016）p. 9-10

図表 19：現金給付を受給する要介護者に義務付けられる相談

要介護度	頻度	相談者	場所
I	要介護度 I への現金給付はない		
II	半年に 1 度	・認可された介護事業者	
III	半年に 1 度	・州介護金庫連合会が承認した介護の専門的能力を証明する相談機関	
IV	四半期に 1 度	・介護金庫が委託した介護専門職で、介護金庫により雇用されていないもの	自宅
V	四半期に 1 度		

出典：渡辺(2016)を基に弊社作成

③課題・懸念点

現金給付に伴う課題としては①不正受給②アマチュア介護者による介護の質の担保③外国人ヘルパーの非合法労働の 3 つが主に挙げられる(宮本, 2017; 中澤, 2018)。

ア. 不正受給

前述のように、ドイツ介護保険制度における現金給付では、現金が要介護者本人の口座に振り込まれ、要介護者から介護者へ現金が渡される仕組みになっている。そのため、介護者に対してきちんと現金給付が渡されているのか、といういわゆる不正受給の問題が提起される。ただ、中澤(2018)が訪問したドイツ連邦保健省、ドイツ連邦労働・社会省におけるインタビュー調査によると、ドイツ連邦保健省の担当者は、要介護者が給付を完全に着服した場合にはそもそも家族・近隣者からの介護が受けられなくなる上に、現金給付の限度額も低くなっていることから大きな問題は生じていないという認識をもっている⁴⁸。

イ. アマチュア介護者による介護の質の担保

不正受給されず、介護者にきちんと現金が支払われた場合でも、現金給付を受け取った介護者が、要介護者に対して適切な介護を行っているのか、という問題が残されている。この問題が生じる場合としては、専門的な介護の教育を受けていない者であっても介護サービスの提供者だと認められるからこそ、家族介護者が「適切に介護をしたくても、できていない」状況、もしくは、「故意に要介護者を放置、または不適切な介護をしている」状況が考えられる。対策として、半年に 1 度、要介護度のグレードが高い人に対しては四半期に 1 度の頻度で訪問調査が行われている⁴⁹。

ウ. 外国人ヘルパーの非合法労働

ドイツの在宅介護は、外国人ヘルパーに支えられている。在宅の家族介護者は、自らが仕事等により介護を担当できない場合などに現金給付を利用して住み込みの外国人ヘルパーを雇うことが多い⁵⁰。こうした外国人ヘルパーの多くは人件費の安い東欧からの出稼ぎで、多

⁴⁸ 中澤(2018)p. 26

⁴⁹ 中澤(2018)p. 26

⁵⁰ 吉田(2015)p. 58-62

の場合、非合法労働であるがゆえに、介護職の最低賃金を全く満たしておらず、勤務内容や労働条件は雇用主である家族との交渉で決定する⁵¹といった問題が生じている。

さらに「外国人ヘルパーの採用基準には介護経験の有無やコミュニケーションを図れる程度のドイツ語能力が問われる場合が多いが、介護の専門知識や介護専門職資格が問われるることはほとんどない(宮本, 2017: 17)」ために、②アマチュア介護者による介護の質の担保が危ういといった問題も生じる⁵²。

エ. 社会政策としての意義からのずれ

現金給付は、失業中や経済的困窮状態にある家庭では、本来の趣旨目的とは異なるが、貴重な現金収入となってしまっている⁵³。その点で、現金給付は一種の社会政策としての役割も担っていしまっている状況といえ、介護労働に費やした時間を社会保険に適用することで、介護離職等による無年金等の可能性を減らし、家族介護者の将来的な貧困を予防するといった状況が結果的に生じている。

また、図表18に給付限度額について記載をしているが、現金給付の給付額は現物給付と比較して5割程度にとどまっているため、現金給付を選択する人が多ければ多いほど介護保険の支出は抑えられる。しかし、図表18はあくまで給付限度額であり、現金給付はおそらく満額受給しているが、日本でもそうであるように現物給付は実際に受給している額はずれてい可能性が高い。また、現物給付のみであれば受給しない者が現れ、現金給付による受給者を誘発することもある想定されることから、結果的に、一概に支出が抑えられるとは限らないと考えられる。

④利点・評価される点

ドイツにおいて現金給付は、単に家族介護者の労働を評価するという意味にとどまらない。以下では、現金給付がもたらすと考えられる2つの利点、①要介護者ごとの状況に応じた柔軟な給付内容選択の実現、②社会政策としての意義について記載する。

イ. 要介護者の状況に応じた柔軟な給付内容選択の実現

前述の通り、要介護度Ⅱ～Ⅴの要介護認定を受けた要介護者は、自らの希望に応じて、現金給付と現物給付の割合を選択することができる。「現物給付と現金給付の両方の道を開くことは、要介護者や家族等が必要な介護の程度や家族の置かれた状況等に応じて柔軟に現物給付と現金給付をうまく組み合わせてサービスを選択することを可能にして(宮本, 2017: 7)」おり、さらに「現金を支給することにより、現物給付とされない介護サービスの入手を可能にする(JILPT, 2017: 22)」といえる。これはすなわち、要介護者による、自らのニーズに沿

⁵¹ 津田(2017)pp. 16-17

⁵² なお、ドイツにおける外国人ヘルパーの諸事情については JILPT, 2014, 「欧州諸国における介護分野に従事する外国人労働者-ドイツ、イタリア、スウェーデン、イギリス、フランス 5か国調査-」に詳しい。

⁵³ 宮本(2017)p. 6

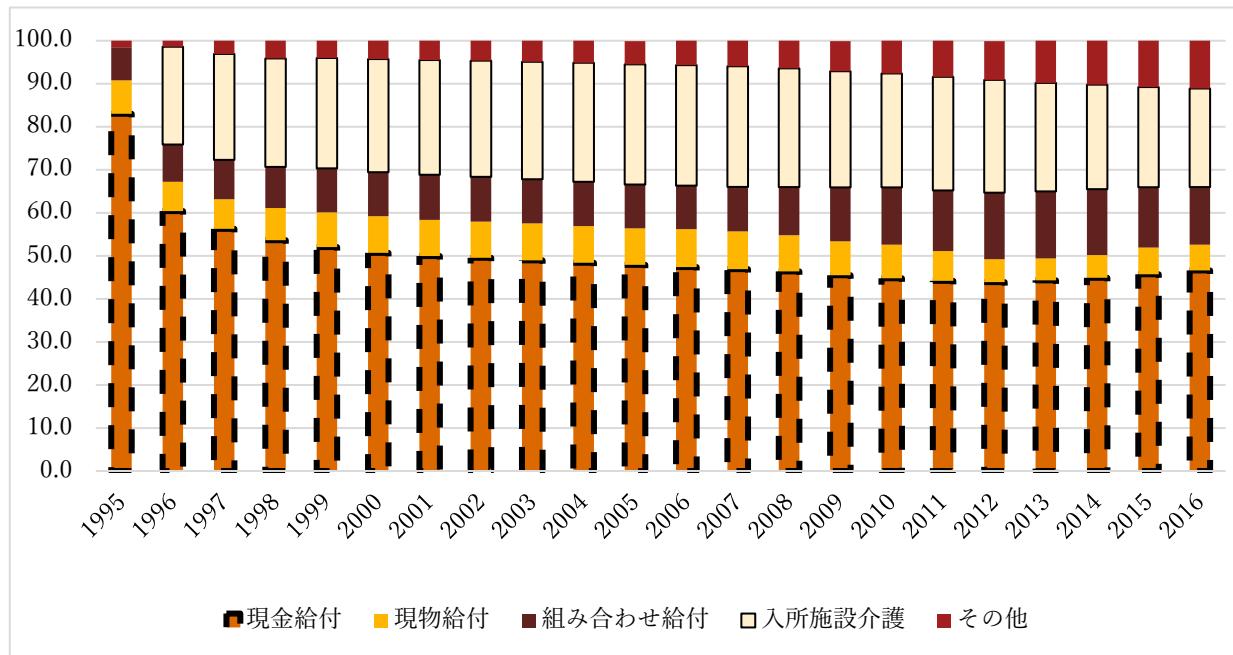
った最適な選択が可能であるということである。同じ要介護度であっても、その要介護者の置かれる環境や自身の求めるケア等は時期によって十分に変わりうる。現物給付と現金給付の受給割合を要介護者が自由に選択できることは、個人の状況に応じたより適切な給付が受けられるということである。

⑤利用状況

図表 20 に 1995 年から 2016 年にかけてのサービス別受給率を示した。現金給付は現物給付よりも受給人数が多く、全体の 40~50% を占めている。

図表 20 : サービスごとの受給者数(人)とその割合

	現金給付	現物給付	組み合わせ給付	入所施設介護	その他
1995	887, 697	82, 763	82, 330	0	15, 893
1996	943, 877	105, 879	135, 305	355, 142	21, 885
1997	970, 775	119, 167	157, 390	424, 853	52, 814
1998	962, 669	133, 895	171, 764	452, 750	73, 586
1999	982, 877	152, 648	192, 556	485, 014	75, 410
2000	954, 684	159, 693	193, 018	494, 793	79, 937
2001	962, 130	161, 653	201, 667	513, 377	86, 226
2002	977, 327	165, 679	205, 322	532, 278	91, 032
2003	968, 289	169, 580	202, 710	540, 070	96, 647
2004	959, 580	169, 357	203, 544	548, 647	102, 231
2005	959, 546	173, 251	204, 348	559, 784	107, 816
2006	977, 034	180, 944	208, 825	575, 846	117, 564
2007	986, 294	184, 280	217, 724	588, 827	124, 991
2008	1, 009, 122	182, 191	244, 425	600, 389	139, 462
2009	1, 034, 561	179, 795	284, 670	613, 746	158, 673
2010	1, 050, 894	183, 014	311, 739	621, 442	181, 262
2011	1, 058, 768	164, 447	336, 704	632, 598	202, 264
2012	1, 075, 835	129, 489	380, 186	642, 334	221, 539
2013	1, 148, 866	132, 683	403, 432	654, 011	252, 319
2014	1, 257, 010	149, 623	427, 684	680, 142	285, 519
2015	1, 329, 588	180, 808	408, 373	676, 584	313, 443
2016	1, 438, 381	185, 145	414, 007	706, 037	341, 175



「その他」には代替介護、ケアナイトケア、ショートステイ、障害者の施設介護が含まれる。

出典：ドイツ政府資料「Leistungsarten_ab1995」をもとに弊社作成。

(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>) (最終確認日 2018/12/20)

参考文献

- 増田雅暢, 2014, 「日本とドイツの介護保険観の相違」『週刊社会保障』No. 2798
- 増田雅暢, 2016, 『介護保険の検証—軌跡の考察と今後の課題』法律文化社.
- 宮本恭子, 2016, 「ドイツにおける家族介護の社会的評価」『経済科学論集』42: 1-21.
- 宮本恭子, 2017, 「ドイツにおける家族介護者支援の構造的特徴」『経済科学論集』43: 1-29.
- 中澤克佳, 2018, 『介護保険制度の持続可能性：オランダ・ドイツからの示唆』平成29年度海外行政実態調査報告書, 会計検査院.
- 田畠洋一, 2015, 「ドイツの介護保険と介護改革の課題」『鹿児島国際大学福祉社会学部論集』33(3): 13-22.
- 田畠洋一, 2017 「ドイツの介護保険-要介護の「新概念」の導入と保険給付」『週刊社会保障』
- 田畠洋一 2018, 「ドイツ介護保険の要介護認定と介護給付」『週刊社会保障 No. 2965』
- 渡辺富久子, 2016, 「ドイツにおける介護保険法の改正—認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更—」『外国の立法』268: 38-89, 国立国会図書館.
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構(JILPT), 2008, 「ドイツにおける労働保険及び社会保険の徴収事務一元化をめぐる実態と課題」, 『諸外国における労働保険及び社会保険の徴収事務一元化をめぐる実態と課題に関する調査研究』 No. 49: 68-94.
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構(JILPT), 2017, 「ドイツ介護保険制度における介護者の支援」, 『ヨーロッパの育児・介護休業制度』 No. 186: 18-29.
- 齋藤香里, 2013, 「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』Autumn No. 184: 16-29.
- 宣賢奎, 2010, 「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」『共栄大学研究論集』8: 1-18.
- John Creighton Campbell, 齋藤曉子訳, 2009, 「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程」『東京大学社会科学研究所紀要』60(2): 249-277.
- 松本勝明, 2006, 「ドイツにおける介護給付と社会参加給付との関係」『海外社会保障研究』Spring No. 154: 16-25.
- 吉田恵子, 2015, 「ドイツの介護保険制度のいま」『月刊介護保険』No. 229: 58-62.
- 本沢巳代子, 2003, 「介護保険と低所得者対策—ドイツ法を参考として—」『週刊社会保障』No. 2218: 24-27.
- 中村亮一, 2016, 「ドイツの医療保険制度(1)—被保険者による保険者選択権の自由化により、保険者の集約化が進む公的医療保険制度の現状—」
- 津田小百合, 2017, 「家族介護者に対する経済的支援の方向性」『社会保障法研究』7: 8-112
- 小郷治宣, 2013, 「ドイツ介護保険の現状と課題」『週刊社会保障』No. 2792: 44-49.
- 川瀬善美, 1999, 「ドイツ我国の介護保険制度の比較検討」『白鷗女子短大論集』24(2): 271-291.
- 藤本健太郎, 2008, 「ドイツの介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障[第2版]』法律文化社, 57-71
- 藤本健太郎, 2018, 「ドイツの医療保険者機能について」『JRI レビュー』4(55): 19-36.
- 田中耕太郎, 2000, 「介護手当(金銭給付)の意義、実施状況およびその評価」『海外社会保障研究』Summer No. 131: 24-36.

3. オランダにおける介護保険制度と現金給付等制度の実情

本章では、文献調査等を通じて整理したオランダの介護保険制度概況及び現金給付等制度の実情について、日本の制度と比較検討しながら整理する。なお、最後は日本にドイツにて実施している現金給付等制度を導入しようとした場合のメリットおよびデメリットについて整理した。

（1）介護保険制度の現状

本節では、オランダにおける介護保険制度の現状について整理した。

①制度制定経緯と理念

ア. 介護保障制度制定の背景

オランダにおける介護保障制度の端緒は、長期医療に関する制度が最初に制定された 1968 年である。堀田（2014）⁵⁴によれば 1960 年代のオランダでは「専門医療にかかる医療費」が増大しており、その財政的な負担が検討される中で、「慢性疾患患者の脱病院化」がはかられた。退院した慢性疾患患者の受け皿としてナーシングホームが急増し、1970 年代から 1980 年代にかけて、欧州で「高齢者の施設入居率が最も高い国」となった。このような長期療養を要する患者のケアや生活を担う仕組みとして特別医療費保険（AWBZ）⁵⁵が創設された。この制度は長期療養を「非常に大きなリスク（Catastrophic risk）」⁵⁶と位置づけ、制度設計がなされた。

水島（2012）⁵⁷によれば、1960 年代のオランダは「大陸型福祉国家」に分類されるという。その特徴としては、①男性稼得者モデルの家族を社会の基本単位と考え、生活を維持するために必要な高い水準の給付を行うこと、②福祉に関する国家の役割を限定し、個人の帰属する社会団体が主体を担うことがあげられる。当時のオランダ政府は支持基盤である民間非営利団体（主に宗教団体）を保護し、公的な援助を与えていた。これら団体が医療サービスの実施主体であり、国家の役割は、財政支援と監督のみであったことからも分権性という特徴がうかがえる。

しかし、1973 年に起こったオイルショックによる景気低迷により、財政逼迫状態から社会保障負担が問題となり、当時のオランダでは福祉国家の変革を迫られていた。つまり、民間非営利団体によるケア提供体制から、「地域レベルでの包括的で一貫性のあるヘルスケア提供体制整備」に向け、ヘルスケア関連の計画・政策にかかる地方分権化を進めつつ、国・州・地方自治体の各レベルにおいて政府・行政を中心とした意思決定枠組みを整備し、医療費の

⁵⁴ 堀田（2014）p25 参考。

⁵⁵ 特別医療費保険（AWBZ）は現在施行されている長期介護法（WLZ）の前身である。なお、日本の医療保険にあたる短期医療（いわゆる急性期医療）に対応する仕組みとして、疾病金庫法（法：Ziekenfondswet、ZFW）が制定されていた。（堀田 2014）

⁵⁶ 大森（2015a）p. 23

⁵⁷ 水島（2012）p14-18

集権的コントロールを図」⁵⁸(堀田 2014) ることが模索された。加えて、「地域医療・予防を強調し、高度に専門化かつ／もしくは入院・入所によるセカンダリ・ケア（病院、ナーシングホーム等）とプライマリ・ケアを分化、セカンダリ・ケアへの直接アクセスをなくす方針が示され、プライマリ・ケアセンター整備等をつうじた多職種協働が推進される」⁵⁹(堀田 2014)こととなった。これ以降、現在までもプライマリ・ケアはオランダの介護保障制度を考える上で重要なキーワードとなっている。

このように公的介入が進むと民間非営利団体が主体である「大陸型福祉国家」のオランダは1980年代で終焉を迎えた。また、生活の維持のために高水準な給付が行われていたが、就労復帰を促進するための仕組みは弱い「受動的」な福祉国家であった。そこで福祉国家の持続可能性を高めるためには就労重視の福祉社会へと変容が迫られていた⁶⁰。これより、「より多くの市民を労働市場へと『参加』⁶¹させ、（中略）、全員が何らかの形で経済社会に貢献する、一種の『参加』型社会を志向する」⁶²(水島 2012)ようになった。例えば1990年代に推し進められたワークフェア改革では被保険者は福祉に対する権利を得るための就労努力し、帰属するコミュニティに「参加」し「責任」を果たすことを義務として課された⁶³。

このような方針転換を背景として、「消費者主権」を重視した改革がなされ、長期ケアに関するコスト削減の必要性が提起されるとともに高齢者自身が、自分でサービスを選ぶことが新たなトレンドとなり、「自立」が重視された⁶⁴。こうして集中的で高価格のケアをより安価なケアにシフトする「代替⁶⁵」や利用者1人1人のニーズに合わせてケアの提供を行う「個別仕立てのケア」が進み、地域を基盤とする質の高いケアの効率的な提供(ケアの統合⁶⁶)が目指された。

一方、政府の医療費抑制策は、病院や専門医に対して規制を強化していたが、当時の保険者である疾病金庫⁶⁷は損失補償されていたため費用削減が十分ではなかった。また、政府は待機リスト⁶⁸の拡大による医療サービスの質の低下を懸念していた⁶⁹。そこで保険者や医療

⁵⁸ 堀田(2014) p66

⁵⁹ 堀田(2014) p68

⁶⁰ 水島(2012) p16-18

⁶¹ 「参加」に困難をともなうとみなされる人々、とりわけ外国人や移民は、（中略）、排除される可能性が高い。（水島 2012）

⁶² 水島(2012) p191

⁶³ 水島(2003) p54

⁶⁴ 堀田(2014) p66

⁶⁵代替とは脱施設化のみならず、治療から予防へ、各科専門医から家庭医、医師から看護師やパラメディカル、看護師から介護士へ、さらに専門職からインフォーマルケアへ、保険市場から一般市場へといった多様な意味が含まれる。（堀田 2014）

⁶⁶ 具体的には、運営の統合（Kodnerによる英文は administrative consolidation）、サービスの共同配置（同 co-location of the services）、ケアのネットワーク（同 care network）、ケース（ケア）マネジメント（同 case management）、切れ目ないケア提供に向けた連携（同 chains of care）、サービス付き住宅（同 service-enriched housing）の6区分となる。（堀田 2014）

⁶⁷ 疾病金庫とは、公的保険者のこと（佐藤 2007）

⁶⁸ 待機リストとは、治療サービスを受けるまでの時間が長いことを指す。

⁶⁹ 佐藤(2007) p45

機関の効率的な運用を目指した「デッカープラン」が1987年に発表された。デッカープランの目的と施策は図表21に示した。

図表21：デッカープランの目的と対策

<p>①医療保険と介護保険の統合</p> <p>②保険者機能の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療サービス提供者とサービスの質、価格に関して交渉し、契約することができる 被保険者が保険者を選択する 保険者は加入している被保険者の健康状態のリスクに応じて事前に費用償還を受給する <p>➡「保険者が同等の効果を持つ医療サービス群の中から最も効率的なものを選択・提供し、医療サービス間の代替を促進」する</p>
--

出典：大森(2011a)p10、佐藤(2007)p.47をもとに弊社作成。

デッカープラン以前は、保険者(疾病金庫)間での競争原理は働いていなかったが、保険者機能の強化を行うことで、保険者(疾病金庫)は限られた中で競争をしなければいけない状況が作り上げられた。この状態を「規制された競争」と大森(2011)⁷⁰は表現する。しかし、1995年には、当時のオランダ政府厚生大臣より医療保険の一元化を放棄する改定案が提示された。

図表22：1995年の改定案による医療保険の分類

種類	カバーする医療の種類	サービス効率化に向けた施策
Compartment1 (特別医療費保険(AWBZ))	長期医療と精神医療	現金給付である個人介護予算(PGB) ⁷¹ の導入
Compartment2	短期医療	規制された競争
Compartment3	自由診療	—

参考：大森(2011a) p5を基に弊社作成

この1995年改定では、図表22に示すように医療・介護サービスをCompartment1「長期医療と精神医療」(特別医療費保険(AWBZ))、Compartment2「短期医療」、Compartment3「自由診療」の3つに分類することとし、Compartment2に限定して保険者を強化する「規制された競争」を導入することとした。一方、Compartment1では、「規制された競争」を導入しない代わりに現金給付である個人介護予算(PGB)を導入することでサービスの効率化を目指すとした⁷²。(図表22)

そして、2006年の改革にて、Compartment2の短期医療に関して保険制度の一本化した「健康保険法(ZVW)」が制定された。2006年までのCompartment2の保険者は疾病金庫と私的保険会社が分立しており、疾病金庫は一定所得未満を、私的保険会社は一定所得以上を対象に保

⁷⁰ 大森(2011a)p10

⁷¹ 現金給付に関しては後述する。

⁷² 大森(1998)p39

険を提供していた。また、非営利を義務付けられ、配当が禁止されていた⁷³。しかし図表 23 の点が変更となり、保険者の配当が認められ、保険者の「規制された競争」が強化された⁷⁴。

図表 23：2006 年の Compartment 2 に関する改定点

- 保険者である疾病金庫と私的保険会社は同一私法の基に運用することとした
- 保険者が営利であること認め、配当を認めた
- 被保険者は年一回保険者を変更することとした
- 現金給付を開始した

出典：大森(2011a) p5、真野(2013)を基に弊社作成

図表 24：2007 年の政策目標

- ①インフォーマル提供者の増加
- ②特別医療保険(AWBZ)のサービス満足度の増加
- ③患者の法的な権利と義務の確立
- ④サービス提供体制の効率化
- ⑤特別医療保険(AWBZ)適用患者の立場の強化 など

出典：大森(2011c) p68 を基に弊社作成

2007 年には、政府は長期療養・介護サービスに関して主に

図表 24 の政策目標を立てた。この政策目標を背景に、住民に最も身近な市町村レベルの自治体(約 400⁷⁵)が中心となり、よりよい医療、介護・福祉サービス体制を築く⁷⁶ことを目的とした社会支援法(WMO)を制定した。同制度は社会福祉法と障害者福祉法と特別医療費保険(AWBZ)の一部を統合したものであり、それまで特別医療費保険(AWBZ)にあった家事援助が社会支援法(WMO)に移管された(図表 26)。

しかし、特別医療費保険法(AWBZ)の保険料率は 2009 年時には 12.15%であったが、2014 年時には 12.65%と徐々に上昇し、国民が今後負担に耐えることができるレベルに収まるのか懸念されていた⁷⁷。

図表 25：特別医療費保険(AWBZ)と長期介護法(WLZ)(2018 年時)の保険料率推移(%)

特別医療費保険(AWBZ)			長期介護法(WLZ)
2006	2009	2014	2018
12.55	12.15	12.65	9.65

出典：大森(2015 a) p22、およびオランダ政府資料より弊社作成

⁷³ 大森(2006) p78

⁷⁴ 佐藤(2007) p58

⁷⁵ オランダ政府資料(a)

⁷⁶ 廣瀬(2011)

⁷⁷ 大森(2015a) p22

イ. 介護保障制度の理念・目的

このような背景のもと 2013 年から 2017 年に歳出を€40 億削減することが提案され、その削減対象には長期療養・介護サービスも含まれていた⁷⁸。そして 2015 年改革では、特別医療費保険(AWBZ)は「24 時間の継続的な見守りや介護が必要な重度」⁷⁹な患者⁸⁰のみを対象とする長期介護法(WLZ)と形を変えた。つまり、宮本(2015)⁸¹によれば、訪問看護および身体介護⁸²を健康保険法(ZVW)に、デイサービス等生活に密着したサービスを社会支援法(WMO)に移管することで、長期介護法(WLZ)が特別医療費保険(AWBZ)制定時に掲げられた「途方もない費用のかかるリスク(Catastrophic risk)」をカバーする社会保険としての位置づけを明確化させた(図表 26)。さらには社会支援法(WMO)を運営する地方自治体に移管することで「市民参加型の福祉」への転換を促していた。実際、長期介護法(WLZ)に課されている保険料は所得課税の 9.65%であり、2014 年時と比べ国民の負担は低下している。(図表 25)

このような近年の改革の流れは、真野(2013)⁸³によると「『個人でできることは個人で、地域で解決できることは地域コミュニティ(自治体、地域的な団体・サークル、社会福祉協議会、生協など)で、さらには市町村、都道府県、そして国へと問題解決の範囲を徐々に移行させていく』という補完性原則を重視している」と言う。また、中澤(2018)⁸⁴は「これまで一律で給付が行われていたサービス内容の見直しが行われ、個人の事情やニーズに沿った『補完的』給付へと転換して」いると指摘している。

なお、上述したように介護保障制度が 3 つの制度に分かれておりそれぞれ性質が異なるため、市民からはわかりにくいとの指摘が多くなされた。そこでオランダ政府は、相談機能の一元化や地域で活動するボランティア組織や NPO 法人、在宅ケアプロバイダーのネットワーク化などにより、ニーズへの対応の円滑化を目指し、「ソーシャルヴァイクチーム(Sociaal Wijkteam; SWT)」が各地に設立された。⁸⁵

⁷⁸ 大森(2015b)p177

⁷⁹ 松岡(2017)p52

⁸⁰ 具体的には、重度の認知症、重度の精神障害、身体障害、知覚障害を持った人々(大森 2015)

⁸¹ 宮本(2018)p65

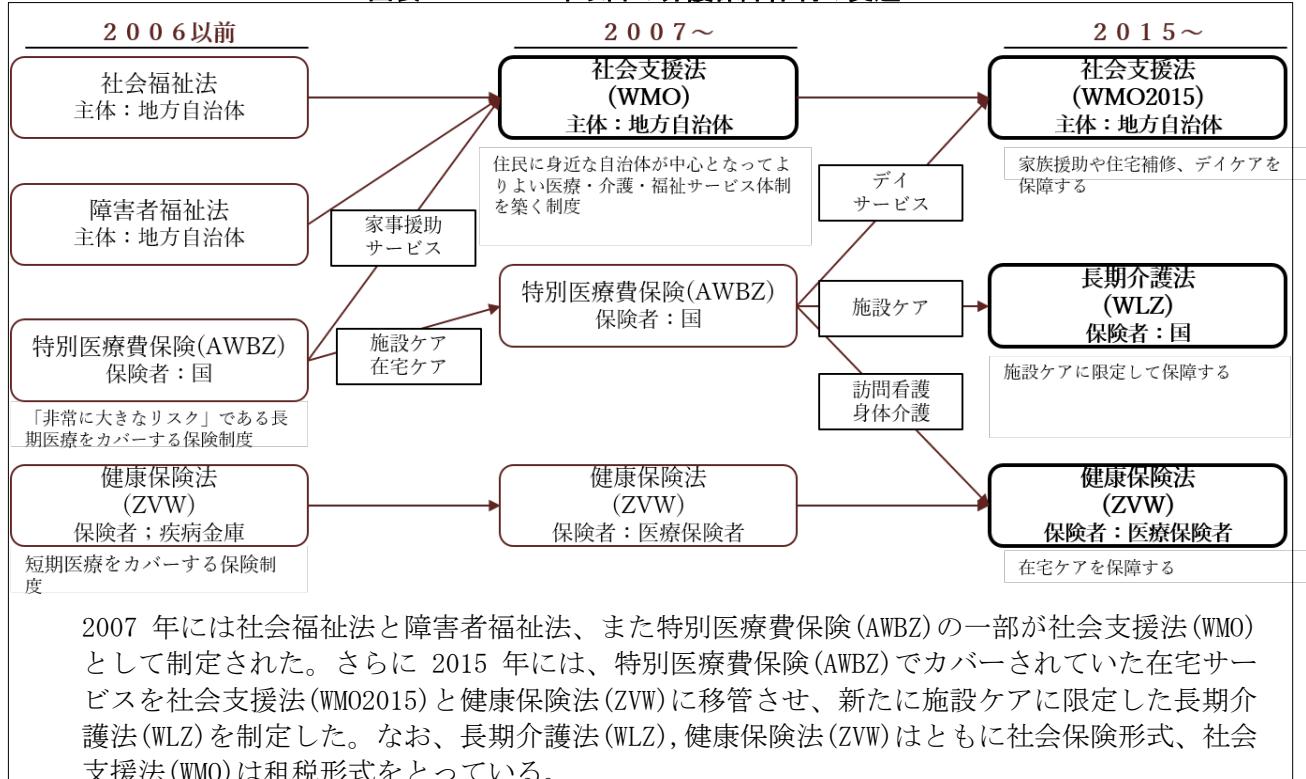
⁸² 在宅看護の内容は、注射、傷の手当、糖尿病ケア、投薬管理、身体介護である。衣服の着脱やシャワーや介助などの身体介護も医療保険(ZvW)の管轄である。(松岡 2017)

⁸³ 真野(2013) p111

⁸⁴ 中澤(2018)p12

⁸⁵ 松岡(2014)p80

図表 26：2006 年以降の介護保障体制の変遷



出典：中澤(2018)をもとに弊社作成

②介護保障制度の内容

前述したようにオランダの現在の介護保障制度は 3 つの仕組みによって成り立っている。それぞれの制度の特徴は次のとおりである。

ア. 長期介護法 (WLZ)

保険者・被保険者

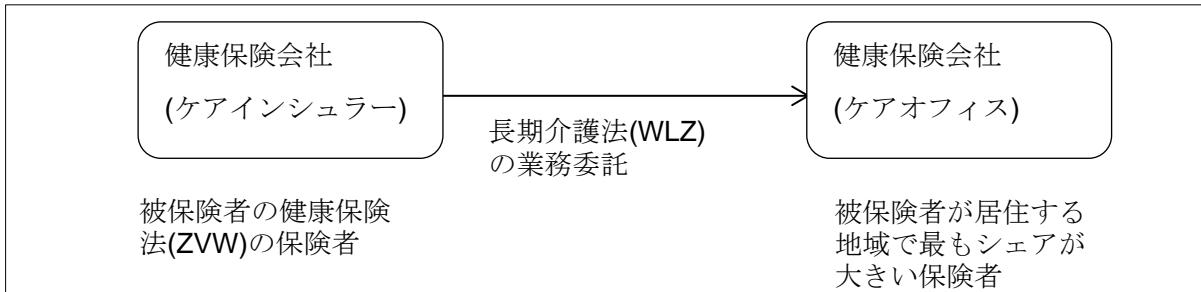
保険者は、国である。しかし実際は、圏域ごとに、その圏域において最もシェアの大きい健康保険会社(ケアオフィスと呼ばれる)が国の保険代行者として保険業務を担っている⁸⁶。被保険者が加入する健康保険法 (ZVW) の保険者(ケインシュラー)が被保険者の居住している圏域で、長期介護法 (WLZ) の実務を担うケアオフィスに、保険業務を委託するという形になる(図表 27)⁸⁷。ケアオフィスは国に代わってサービス供給者との契約、保険料徴収、被保険

⁸⁶ 宮本(2018)p62

⁸⁷ 大森(2011c)p53

者の相談受付等を行う。なお、被保険者は、オランダ国内の全ての居住者、または、オランダ国内で労働所得のある者であり、強制加入である⁸⁸。

図表 27：長期保険法(WLZ)の保険者の仕組み

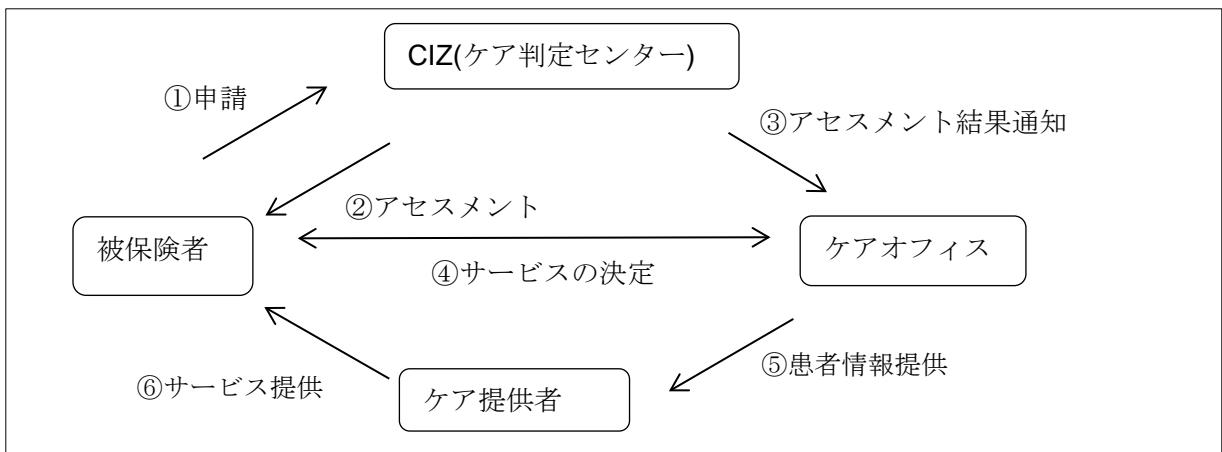


出典：大森(2011d)をもとに弊社作成

給付対象者⁸⁹

申請からサービスの決定までのプロセスは 6 週間以内で行われる。まず、被保険者は、CIZ(ケア判定センター)に申請書を提出する。申請内容をもとに、ケア判定センター(CIZ)が申請者を BSN と呼ばれる市民サービス番号⁹⁰で識別し、被保険者の該当するオフィスが選定される。ここからケア判定センター(CIZ)によるアセスメントが行われる。CIZ のアセスメント結果は、ケアオフィスに伝えられる。このアセスメント結果には、申請者に必要な支援や助言が全般的な言い回しで記載されているだけで具体的に必要なサービス内容、時間は示されていないため、サービスの決定は、ケア提供者と被保険者が相談してケアの内容を話し合い、ケアオフィスが決定をする(図表 28)。

図表 28：ケアアセスメント体制



参考：オランダ政府資料(a) (b) (c)を基に弊社作成

⁸⁸ 大森(2015 b)

⁸⁹ 大森(2015 b)

⁹⁰ 住民登録をすると付与される番号

以下は、CIZ(ケア判定センター)がアセスメントを行う際の内容であり、5段階(高齢者の場合は4段階)に分けられる。

図表 29 : 長期介護法(WLZ)におけるアセスメントのステップ

Step1	ケア状況のアセスメント	<ul style="list-style-type: none"> 医学的根拠に基づいた正式な診断情報 障害状況を把握するため、7領域(社会的自立、心理社会的機能、身体介護、移動、運動機能、看護、行動障害)をそれぞれ4段階のスコアで評価
Step2	永続的な観察もしくは24時間のケアの必要性の判断	<ul style="list-style-type: none"> 24時間のケアの必要性 <ul style="list-style-type: none"> ①身体的問題 ②管理が非常に難しい問題
Step3	永続的なケアニーズの判断	<ul style="list-style-type: none"> 永続的なケアニーズの必要性 障害の回復可能性の判断
Step4	長期介護法の基準の判断(高齢者の場合、省略)	—
Step5	給付の最終決定	<ul style="list-style-type: none"> ケアプロファイルの種類 有効期間

出典：中島(2018)p69を基に弊社作成。

要介護度

ケア判定センター(CIZ)は図表 30 に記載したように要介護者の状態に合わせ、ケア強度パッケージ(ZZP, Care Intensity Package)を決定する。

高齢者のケア強度パッケージ(ZZP)は、社会的自立、心理社会的機能、身体介護、移動、運動機能、看護、行動障害といった7種類のカテゴリーがあり、それぞれのカテゴリーごとの重症度により受けられる支援内容がパッケージ化されている仕組みである。高齢者のケアはVV04~VV10 の枠組みであり、+が多くなるほど、該当するニーズが高くなるような記載となっている。(図表 30)

認知症に関するカテゴリー (VV05 と VV07) で全体の約 50%を占めており、認知症の人が主な対象者である⁹¹。また、Herbert et al(2012)⁹²によると、VV08の方がVV07よりも要介護状況が重度なわけではないにも関わらず、VV08の方が高いレベルに置かれているのはサービス支出が大きいためである。すなわち、VV07はVV08よりも社会的自立、心理・社会的機能、行動障害のスコアが高く、心理・社会医学的、老年精神医学的、その他心理医学的分野に関する問題に対応するのに対し、VV08 は身体的な疾患や問題に対応することが求められるため、支出が増えてしまう。なお、施設ケアを受けることができる的是VV05以上のレベルの患者および、VV04の一部である⁹³。

⁹¹ 中島(2018)p72

⁹² Herbert 、Marieke(2011)p142

⁹³ 水田(2014) p122

図表 30 : ケア強度パッケージ

	社会的自立	心理社会的機能	身体介護	移動	運動機能	看護	行動障害	2016年実数
比較的軽度の人	++++	+++	++	+	+	+	+	31,700 (20.5%)
認知症の人	+++++	++++	++++	++++	++	+	+	66,564 (42.8%)
身体障害の人	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0	29,190 (18.8%)
認知症に加え重度の行動障害がある人	++++++	+++++	++++	+++	++	++	+++	12,289 (7.9%)
重度で複雑な身体障害がある人	+++++	+++	++++++	++++++	++++	++++	+	2,432 (1.6%)
リハビリが必要な人	+++	++	+++	++	++	+	0	880 (0.6%)
緩和ケアが必要な人	++++	++++	++++	++++	++++	+++	+	296 (0.2%)

出典：中島(2018) p72

以下、オランダ医療サービス庁(NZa)によって決められた1日あたりの最高補償額である。

図表 31 : NZa(オランダ医療サービス庁)⁹⁴が決定した1日当たりの(最高)補償金額(€)(2018年度)

VV	治療を含めない合計金額	治療を含めた合計金額
4	160.59	190.16
5	208.71	240.99
6	208.97	242.00
7	240.88	282.55
8	277.06	319.29
9b	203.99	289.68
10	299.43	341.12

出典：オランダ政府資料(d)をもとに弊社作成

⁹⁴ 保健、福祉、スポーツ省 (VWS) から派生した独立行政機関で、ヘルスケア市場の監視を行っている (オランダ政府のホームページより <https://www.nza.nl/english>) (最終確認日 : 2018/12/12)

自己負担 ⁹⁵

中央管理庁(CAK) ⁹⁶が、サービス利用者の自己負担額を決定する。金額を決定する指標としては、年齢、所得、資産、家族構成等があげられ、自己負担額は低と高の 2 パターンに分類される。2018 年時点で、低は 1 か月あたり下限が 161.80€、上限が 850€ であり、高負担の場合は、1 か月あたり上限が 2,332.60€ と設定されている。

財源構成

長期介護法(WLZ)の財源は保険料、自己負担、国庫負担からなる。2018 年時の割合をみると、保険料が 76.2% となっている（図表 32）。

図表 32：長期介護法(WLZ)の財源推移(単位：100 万€)

	2015(確定)	2016(確定)	2017	2018	割合 (%) (2018)
保険料	15,194.20	13,568.10	14,707.30	17,300.70	76.2
自己負担	1,872.70	1,861.90	1,807.10	1,784.30	7.9
国庫負担	3,250.00	3,382.20	3,516.70	3,582.90	15.8
その他	19.3	29.9	26.1	29.3	0.1
歳入合計	20,336.20	18,842.10	20,057.20	22,697.30	100.0

出典：オランダ政府資料(e)をもとに弊社作成

保険料の設定

保険料は、所得比例であり、課税所得の 9.65% (2017 年時点) が課せられている。長期介護法(WLZ)の受給者であっても年金とその他の収入に応じた拠出が課される ⁹⁷。保険料が課される所得には上限があり、2017 年時では、誕生日が 1945 年 12 月 31 日より後の者は年間€ 33,791、1946 年 1 月 1 日より前の者は、年間€ 34,130 である (2017 年時点) ⁹⁸。

給付サービス内容

給付サービスは施設サービス、在宅サービスのフルパッケージ(VPT)、在宅規格パッケージ(MPT) ⁹⁹、個人介護予算(PGB)を選択することが可能である ¹⁰⁰。在宅サービスのフルパッケージ(VPT)には、自宅で受けるすべてのケア(

図表 33) が含まれている。

⁹⁵ オランダ保険会社ホームページ(<https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>) (最終確認日 2018/12/13)

⁹⁶ 特別医療費保険(AWBZ)、社会支援法(WMO)の一部負担を計算し、利用者に請求・納付してもらう業務を担う(大森 2011)

⁹⁷ オランダ政府資料(a)より

⁹⁸ オランダ政府のホームページより

https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontenten/belastingdienst/individuals/moving_internationally/social_security/how_is_the_contribution_calculated/maximum_contribution_base/maximum_contribution_base_for_2017 (最終確認日 2018/12/26)

⁹⁹ 施設ケアと個人介護予算(PGB)を組み合わせたもの

¹⁰⁰ 大森(2015b) p176

図表 33：在宅サービスのフルパッケージ(VPT)のサービス内容¹⁰¹

機能	詳細例
介護	シャワー・入浴、着衣、スキンケア、排せつ、飲食
ガイダンス(個人/グループ)	自立して生活するための援助
看護	注射やケガの治療等、治療の補助
長期介護法に基づく治療	慢性疾患の治療、認知症のケア
送迎(デイケア等)	身体障害のため、移動に補助が必要な患者の移送
家の掃除	—
レスパイトケア	—

出典：オランダ政府資料(c)を基に弊社作成

イ. 健康保険法 (Zvw)

保険者・被保険者

保険者は健康保険会社(ケインシュラー)である。2016 年時点では 24 のケインシュラーがあり、家庭医(GP)、ケア提供者と契約を行うことが主な業務である。また、加入者を選ぶことを禁止されており、申請者を全て加入させなければならない¹⁰²。

被保険者はオランダ国内の全ての居住者、または、オランダ国内で労働所得のある者¹⁰³である。被保険者には基本パッケージの購入が義務づけられており、公式ポータルサイト等で公表される情報をもとに、ケインシュラーを自ら選択し、1 年ごとに契約更新を行う。その際、ケインシュラーを変更することも可能である¹⁰⁴。保険加入義務の例外はあるが、実質的に国民皆保険を実現している。

給付対象者

健康保険法(Zvw)のサービス利用の申請する際は、地域看護師(レベル 5)¹⁰⁵がアセスメントを行い、給付が必要とされる人を決定する。

給付要否の審査

ケインシュラーより提出が求められている項目はあるが、アセスメントの基準は公的にルール化されていないため、それぞれのケア提供組織が独自のアセスメントツールを用いている¹⁰⁶。中島(2018)¹⁰⁷によると、ケニアーズに関連するアセスメントは次の 4 領域に対して

¹⁰¹ 在宅規格パッケージ(MPT)にはこれらの一部サービスが含まれている。

¹⁰² 大森(2015b)p. 169

¹⁰³ WLZ の被保険者と同じである。(M Kroneman, 2016, 「Health Systems in Transition, Netherlands」 Vol. 18 p71)

¹⁰⁴ 宮本(2018)p61

¹⁰⁵ 1997 年より介護職と看護職が一元化され、レベル 1~3 は看護士ではなく、オームケアスタッフにあたる。レベル 4, 5 は介護士に該当し、ともに修士号を取得議に専門看護師となることができる。(中島 2014)

¹⁰⁶ 中島(2018)p74

¹⁰⁷ 中島(2018)p75

行われる。①身体的ウェルビーイングと健康、②住居と生活環境、③社会参加、④精神面の状況に分かれ、基本的なアセスメント構造として、それぞれ 1. シグナルと症状、2. 原因、3. 介護問題の有無、4. 目的、5. 財源の項目がある。

図表 34 : アセスメントの一例

1. シグナルと症状			
栄養失調のリスク	<input type="checkbox"/> 低い	<input type="checkbox"/> 高い	<input type="checkbox"/> 栄養失調
肥満	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
食欲	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い
水分摂取	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 悪い
ダイエット	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	
摂取の課題	<input type="checkbox"/> 飲み込み	<input type="checkbox"/> におい	<input type="checkbox"/> 味 <input type="checkbox"/> 食事を忘れる <input type="checkbox"/> その他
水分摂取の制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(量: 理由:)
摂取方法	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(<input type="checkbox"/> 鼻から、 <input type="checkbox"/> PEG、 <input type="checkbox"/> 点滴)
2. 原因			
<input type="checkbox"/> 健康に関連する行動	<input type="checkbox"/> クライアントの自立性		
<input type="checkbox"/> 環境	<input type="checkbox"/> 自立		
<input type="checkbox"/> 心理的原因	<input type="checkbox"/> 一部自立		
<input type="checkbox"/> 身体的物理的原因	<input type="checkbox"/> いいえ(依存)		
3. 介護問題	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	内容:
4. 目的			
5. 財源	<input type="checkbox"/> 地域看護	<input type="checkbox"/> 在宅医療専門看護	<input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> その他

出典: 中島(2018)を基に弊社作成

アセスメントを行う地域看護師(レベル5)の査定結果に基づき、看護師がサービス内容(身体介護、看護、在宅医療専門看護など)、ケアレベル、時間帯、曜日、アクティビティ、必要時間、ケアのタイプなどが記載されているケアプランを示す¹⁰⁸。

財源構成

保険料、国庫補助金約 6.1%と利用者の控除免責額¹⁰⁹4.6%で構成されている。保険料は定額部分 35.8%と、所得比例部分 53.0%の 2 つからなる¹¹⁰(2012 年時点)。国庫補助金の大部分は 18 歳に満たない者の保険料の支払いである¹¹¹。控除免責には「強制控除(a mandatory policy excess)」と 18 歳以上の被保険者が自ら免責控除金額を設定する「任意控除」¹¹²があり、そ

¹⁰⁸ 中島(2018)p75

¹⁰⁹ 控除免責額とは被保険者の自己負担分一定金額のことで、オランダ国民のコストに対する意識を高めるため、モラルハザード防止のために 2008 年から導入されたものである。(宮本 2018)

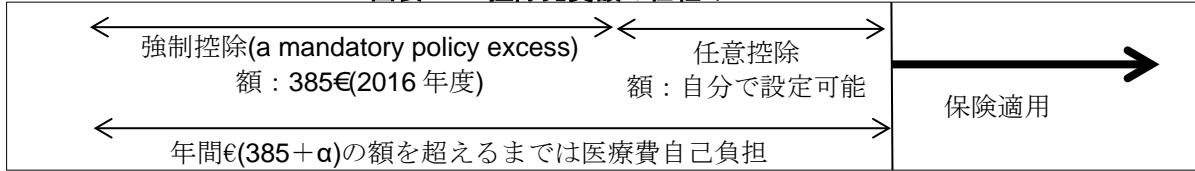
¹¹⁰ 大森(2015b)p61

¹¹¹ オランダ政府資料(a)より

¹¹² 対象はプライマリケアとしており、強制控除適用後€100～500 まで設定できる。これは定額保険料の割引を受けることができる。(大森 2015b)

の金額以内の医療費は自己負担とする¹¹³(図表 35)。つまり、385€までは実質自己負担であり、それを超えた分から保険適用となる(2016年時点)¹¹⁴。任意控除額を設定した場合は、保険者に支払う定額保険料の額が割り引かれる。

図表 35：控除免責額の仕組み



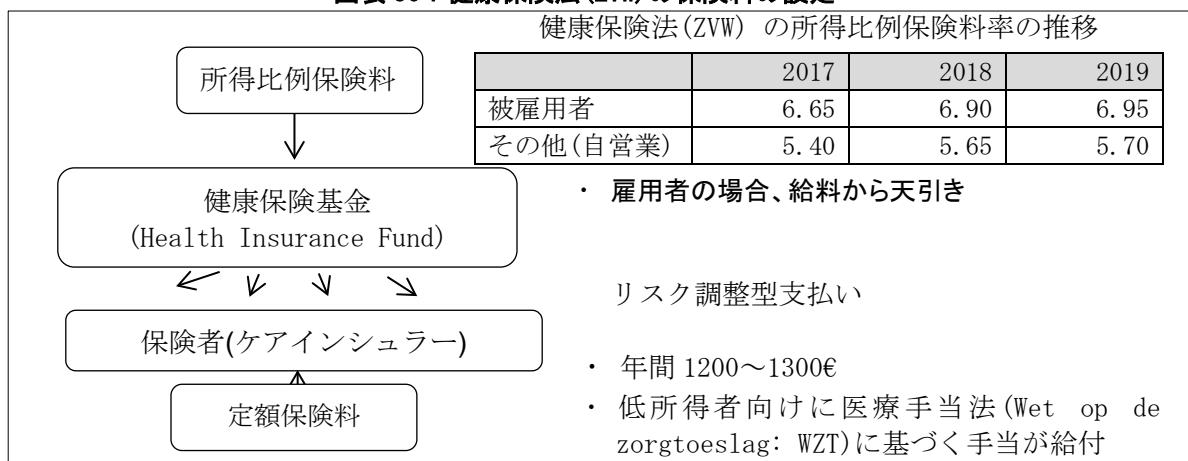
出典：大森(2015g)をもとに弊社作成

保険料設定

健康保険法(ZVV)の保険料は2通りある(図表 36)。被雇用者の場合、所得に応じて健康保険基金(Health Insurance Fund)に支払う。(2018年度保険料率6.9%)その後、健康保険基金は、保険者(ケインシュラー)ごとに、被保険者の健康リスクを指標として、リスク調整型支払いを行う。このとき、重病患者が多い保険者ほど、受け取る保険料の額は大きい。

保険者(ケインシュラー)の収入は、所得比例保険料の割合を全体の50%とし、残りを定額保険料徴収するよう定められており、予算より費用が上回ると考えられるときに保険加入者に対し、請求する¹¹⁵。2016年度は平均1200€¹¹⁶であったが、2017年度は平均1300€¹¹⁷と年々定額保険料は増額している。

図表 36：健康保険法(ZVV)の保険料の設定



出典：オランダ政府資料(a)、保険者ホームページ <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wat-is-de-inkomensafhankelijke-bijdrage> (最終確認日：2018/12/17)を基に弊社作成

¹¹³ 大森(2015b)p168

¹¹⁴ オランダ政府資料(a)

¹¹⁵ 大森(2015b)p171

¹¹⁶ オランダ政府資料(a)

¹¹⁷ シャボットあかね, 2018 「オランダ発ポジティブヘルス」 『日本評論社』

給付サービス内容

健康保険法(ZVW)で保険者が提供する基礎健康保険パッケージに含まなければいけないサービス内容は政府によって定められている¹¹⁸。例えば、家庭医(GP)と専門医による診療、1年未満の入院、出産とそれに関連したサービス、移送サービス、セラピーの一部、栄養相談、薬剤¹¹⁹等があげられる。2015年改革以降、特別医療費保険法(AWBZ)から移管されたサービスは以下の通りである。

図表37：特別医療費保険から健康保険法に移管されたサービス一覧

視覚障害、聴力障害の人々に対する介護サービス
医療が現在必要であり、近い将来必要になる可能性が高いという前提のもとでの看護・介護
精神障害者に対する施設サービス
手術一週間以内の回復のためのナーシングホームに移管されるサービス

出典：大森(2015b) p177 を基に弊社作成

ウ. 社会支援法 (WMO)

運営者

地方自治体が主体となって介護サービスを提供する。1つには、地方自治体又はその業務を代行する民間事業者があり、もう1つは、地方自治体から助成を受けて生活支援を提供するボランティア団体がある¹²⁰。

給付対象者および給付要否の判断

給付対象者に年齢制限はなく、自治体が、家族や近隣介護の可能性、本人の要望を「キッチンテーブルでの会話」¹²¹ (keukentafelgesprek)を通じて把握し、補完的に給付を行う。長期介護法(WLZ)にて要介護認定されない場合も給付を受けることが可能である。一方、長期介護法(WLZ)にて要介護状態を認定された場合でも、認められない場合もある。

自己負担

自治体によって異なるがサービス利用時一部自己負担が必要である。一部負担の上限が受給者の所得、受給者が65歳以上か否か、家族の数等で設定される。

¹¹⁸オランダ政府資料(a)

¹¹⁹ 廣瀬(2017)

¹²⁰ 白川(2014) p38

¹²¹ 「オランダでは要介護認定の際に、配偶者や家族ならば行うことが当たり前とされる「日常ケア」が、在宅介護給付から除外されているが、最近では、社会支援制度のサービスを必要とする申請者に対して、正式な申請の前に初期面談を実施する自治体が増えているといわれる。それは、「キッチンテーブルでの会話」(keukentafelgesprek)と呼ばれるが、正式なサービス申請の前に、自治体職員がサービス申請者宅を訪問して、申請者の生活状況を把握するとともに、本人を取り巻く家族やその他のインフォーマルな援助の担い手がどのくらい確保できるかを見極めるための面談ともいわれる。」(廣瀬 2017)

財源構成

中央政府からの補助金と地方自治体の独自財源(税財源)、利用者一部自己負担による¹²²。

給付サービス内容

中島(2014)¹²³によると、現物給付と個別介護予算(PGB)がある。現物給付の主な給付内容としては①家事支援(掃除)、②住宅改修(階段、トイレ)、③公共交通機関を利用できない人向けの地域内輸送(タクシー、タクシーディスパッチ、スクーター)、④ボランティアやインフォーマル介護者へのサポート、⑤車いす、⑥食料雑貨や食事の調達、⑦公民館や社交クラブなど地域での取り組み支援がある。

③オランダの介護保障制度の整理

以上のオランダの介護保障制度の概要を整理すると次の表になる。

図表 38: 3 制度の比較

	長期介護法(WLZ)	健康保険法(ZVW)	社会支援法(WMO)
制度の立て方	社会保険方式	社会保険方式	租税方式
保険者	国(実務はケアオフィス)	ケアインシュラー	自治体
被保険者	オランダ国内居住者およびオランダに給与税を納めている者		—
給付対象者	年齢制限なし 24時間の見守りが必要と判断された者	年齢制限なし	年齢制限なし
要介護区分	ケア強度パッケージ (7段階)	なし	なし
要介護認定	ケア判定センター(CIZ)が申請者の審査、ケア判定を行い、ケアオフィスに伝える	看護師(レベル5)がケアを判断	自治体が「台所での対話」をもとに判断
自己負担	一部負担有	原則自己負担なし	一部負担有
財源構成	保険料、自己負担、国庫負担、その他	定額保険料、所得保険料、控除免責額、国庫負担	中央政府からの補助金と地方自治体の独自財源、利用者一部自己負担
保険料の設定	所得比例(9.65% 2017年)	・ 所得比例(被雇用者 6.9%) ・ 定額(年間平均 1300€)	—
給付サービス内容	現物給付(主に施設) 現金給付(個人介護予算)	現物給付(主に在宅看護、身体介護) 現金給付(個人介護予算)	現物給付(家事援助サービス、デイサービス) 現金給付(個人介護予算)

¹²² 中澤(2018)p.4

¹²³ 中島(2014)p35

(2) 現金給付等の現状

本節では、オランダにおける介護保険制度における現金給付の仕組みについて整理した。

①現金給付等導入の背景と位置づけ

オランダにおける現金給付は個人介護予算(PGB)と呼ばれ、1995年に特別医療費保険法(AWBZ)の給付サービスの一つとして導入された。背景としては障害者団体及び障害児の親たちを中心とした自立と選択を求める運動と、待機リスト縮小とサービス提供の効率化を目指す政府の関心¹²⁴が合致し、それを要因の一つとして導入された。個人介護予算(PGB)は、「判定に基づく要介護者に対する現金の給付であり、利用者の選択と組み合わせの自由を高める仕組みであること、あらゆる主体に対する支払が可能であることに特徴」¹²⁵(堀田 2014)がある。そのため、自由に専門的な支援者を雇うことや、ケアを提供してくれる近隣の人に対しても支払うことができる¹²⁶。つまり個人介護予算(PGB)はインフォーマル介護の促進のために活用され¹²⁷るとともに、ホームケア、精神障害者ケアのサービス提供者が消費者を求めて、より質の高いサービスをより安く供給するよう¹²⁸効率化することを政府は期待した。

現在では、長期介護法(WLZ)、社会支援法(WMO2015)、健康保険法(ZVV)の3つの制度それぞれ、現物だけではなく現金も給付内容に含まれている。しかし現金給付サービスの拡大に伴い、不正受給が問題となり、現在は導入時と比べて異なった性質をもつ。

以降、長期介護法(WLZ)、社会支援法(WMO2015)、健康保険法(ZVV)のそれぞれの現金給付等仕組みについて記載する。

ア. 長期介護法 (WLZ)

給付対象者

現物給付時と同様で、給付対象者に年齢による制限はなく、身体障害(Somatic disorder)、老人精神病(Psycho-geriatric disorder)、精神障害(Mental disorder)、または知的障害(Intellectual disability)、身体障害(Physical disability)、知覚障害(Sensory disability)のいずれかに該当し、24時間の継続的な見守りが必要な状態である者が受給条件となっている。

受給資格・条件

CIA(ケア判定センター)から必要なケアに関して決定されたら、受給者は現物給付もしくは個人介護予算(PGB)を選択することができる。

¹²⁴ 堀田(2014) p72

¹²⁵ 堀田(2014) p120

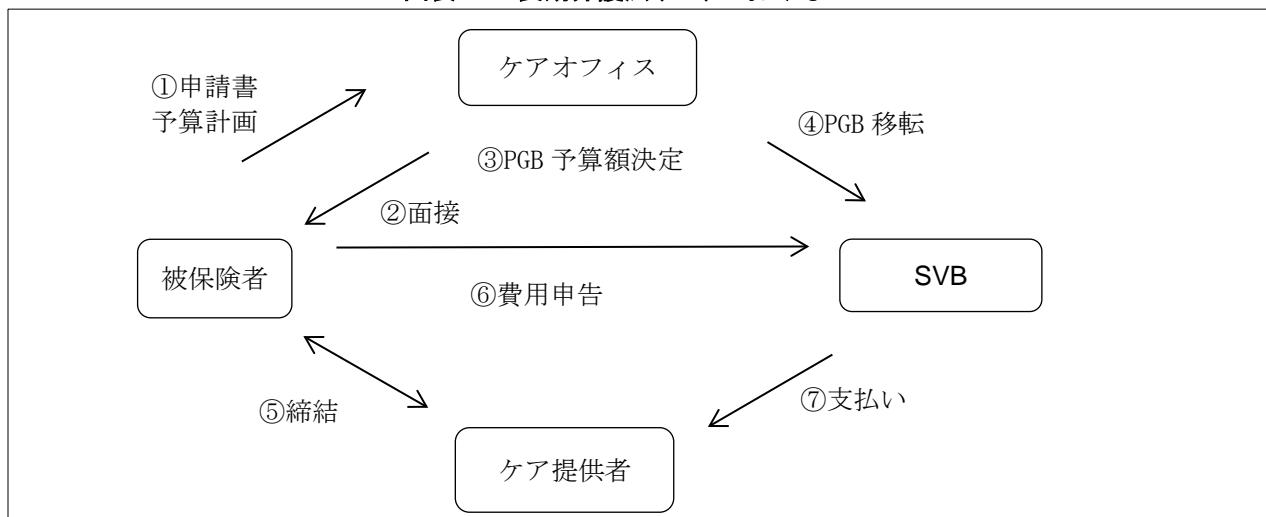
¹²⁶ 松岡(2014)

¹²⁷ 廣瀬(2011)

¹²⁸ 大森(1998) p39

まず、申請者が個人介護予算(PGB)の受給を希望するには、地域のケアオフィスに対して、申請書と予算計画書を提出する。この予算計画では、申請者は個人介護予算(PGB)をどのケア提供者からどのサービスを購入するかという使用用途と個人介護予算(PGB)が自分に適していると考える理由を記載しなければならない。その後、ケアオフィスにて面談を行い、個人介護予算(PGB)が最も適したケアであるのか話し合う。続いて、ケアオフィスが予算額を決定する。そして、ケア提供者とサービス内容を含め契約を行う。介護報酬は、Social Insurance Bank (SVB) が本人の代わりとなってケア提供者に支払う。以下、長期介護法(WLZ)における個人介護予算(PGB)のプロセスである(図表 39)。

図表 39：長期介護法(WLZ)におけるプロセス



出典：オランダ政府資料(c)を基に弊社作成

現金給付等の内容

図表 40 に示しているのは、2018 年度の年間個人介護予算(PGB)の最高額である。使用できるサービスとして、看護、介護、ガイダンス(個別、グループ)、家庭内補助、レスパイクケアがあげられる。長期介護法(WLZ)の医療に関する支払いには利用することはできない¹²⁹。

図表 40：2018 年度個人介護予算(PGB)年間合計金額 (€)

	PV	VP	BEG IND	BEG GR	HH	合計
4VV	13,392	8,102	11,492	0	3,537	36,523
5VV	13,392	14,854	17,770	0	3,537	49,553
6VV	13,392	14,854	17,770	0	3,537	49,553
7VV	13,392	14,854	30,289	0	3,537	62,072
8VV	18,096	14,854	37,594	0	3,537	74,081

出典：オランダ政府資料(c)p15

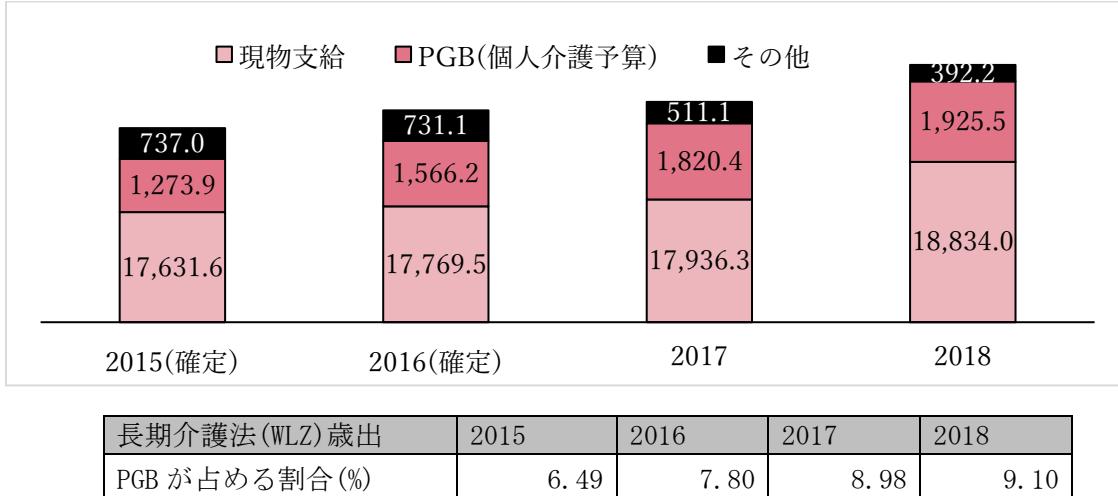
PV：介護、VP：看護、BEG IND：個別ガイダンス、BEG GR：グループガイダンス、HH：家庭内ヘルプ

¹²⁹ PGB 申請者が Care office の決定に不服を申し立てる場合は、6 週間以内に行わなければならない。
(オランダ政府のホームページ(h)) 参照日:2018/10/24)

現金給付の内容

長期介護法(WLZ)の PGB(個人介護予算)の歳出額、割合を図表 41 に示した。長期介護法(WLZ)施行時にくらべ、PGB(個人介護予算)は 2.61%増加している。

図表 41：長期介護法(WLZ)歳出推移および PGB がしめる割合(単位：€million)



出典：オランダ政府のホームページ(f)を基に弊社作成（最終確認日 2018/12/11）

イ. 健康保険法 (Zvw)¹³⁰

給付対象者

健康保険法(Zvw)において①最低一年、看護と(または)ケアを受給した者、および②ターミナルケアを受給している者である。

受給資格・条件

個人介護予算(PGB)を申請する場合は、使用用途計画と、個人介護予算(PGB)が自分に適している理由を記載し、面談時ケインシュラーに対し、何故個人介護予算(PGB)を希望するかを明確に説明しなければならない。また、ケア提供者も、個人介護予算(PGB)を選択する意味を正確に説明する。この内容をケインシュラーは申請者にとって適切か判断する。続いて、申請者が購入するサービスの質をケインシュラーが査定する。受給者はケア提供者とどの種類のケアをどのくらいの時間の提供してくれるか、そしてそのケアの値段を決定するため話し合い、合意する必要がある。また、個人介護予算(PGB)に関するルールはケインシュラーによって異なるため、申請者自身が確認する¹³¹。

¹³⁰ オランダ政府ホームページ(g) (最終確認日 2018/12/12)

¹³¹ PGB 申請者が保険会社の決定に不服がある場合は、12カ月以内に independent complaints body へ申請する。(オランダ政府のホームページ(h)参照日:2018/10/24)

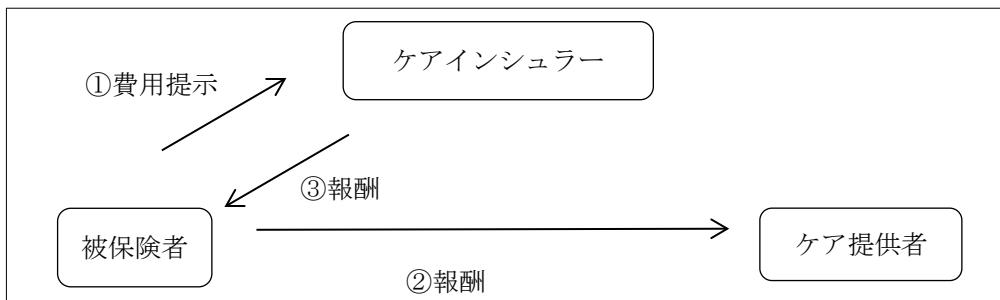
図表 42：健康保険法(ZVW)における個人介護予算(PGB)決定のプロセス



出典：オランダ政府ホームページ (g) (最終確認日 2018/12/12) より弊社作成

また、支払いプロセスとして、受給者は予め個人介護予算を受け取ることはできない。ケア提供者に介護報酬を受給者自ら支払い、その金額をケインシュラーに提示することで個人介護予算を受けとることができる。長期介護法(WLZ)と同様に SVB(social insurane bank)で管理することもできる(図表 43)。

図表 43：健康保険法(ZVW)におけるケア提供者へ個人介護予算(PGB) 支払いプロセス



出典：オランダ政府ホームページ(g) (最終確認日 2018/12/12) より弊社作成

現金給付等の内容

現金給付の対象は、介護とケアに限る。フォーマルケアの場合、時間給に関して国が定めている値ではなく、ケインシュラーごとに最高額を決定している。一方、インフォーマルケアの場合 1 時間 € 23 と定められている。

利用状況

2009 年時点での健康保険法(ZVW)のサービス受給者は「40%が現物給付モデル、25%が個人介護予算(PGB)モデル、残りの人々が現物給付モデルと個人介護予算(PGB)モデルの組み合わせ型の保険商品を契約している。」¹³²(2011 大森)

¹³² 大森(2011)p53

ウ. 社会支援法 (WMO) ¹³³

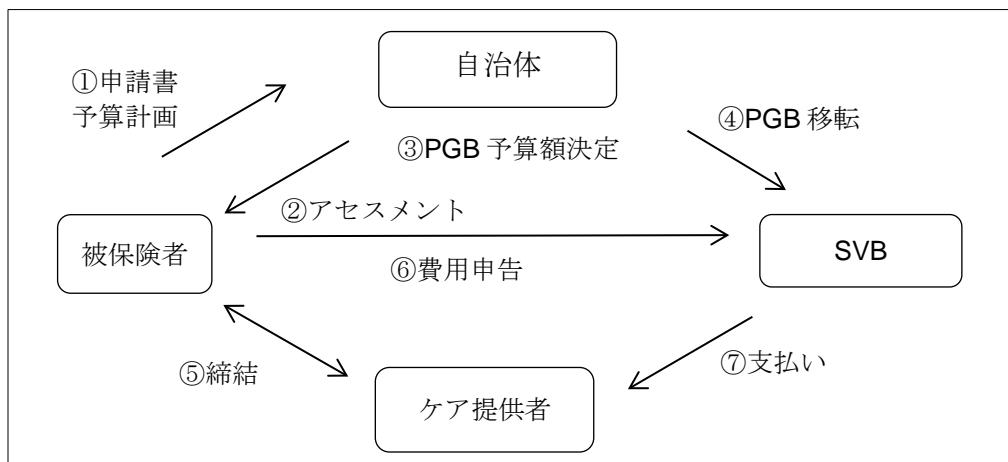
給付対象者

現物給付時と同様に自治体が、要介護者の家族や近隣介護の可能性、本人の要望を「キッチンテーブルでの会話(keukentafelgesprek)」を通じて把握し、給付が必要と判断したものが対象である。

受給資格・条件

個人介護予算(PGB)を希望する場合は、申請者は簡潔に個人介護予算(PGB)の使用用途計画を記載しなければならず、その内容は申請者にとって適正か「キッチンテーブルの会話」を通じて地方自治体が判断する。続いて、申請者が購入するサービスや物の質を地方自治体が査定する。そして、Social Insurance Bank (SVB) から料金が支払われる¹³⁴。このとき受給者は自分で個人介護予算(PGB)を管理しなければならない。以下のプロセスである(図表44)。

図表44: 社会支援法(WMO)におけるプロセス



出典: オランダ政府ホームページ(h)を基に弊社作成

受給資格・条件

社会支援法(WMO)は家族や友人といったインフォーマルなケア提供者に支払うこととしている。支給額に関しては、自治体ごとに設定しており、法律上では「適切」であることが定められているだけで明確な金額は記されていない。また、要介護者が家族やインフォーマルなケアにお金を払う場合、プロによるケアではないため、自治体は本来よりも支給額を低くして計算することも可能である¹³⁵。

¹³³ オランダ政府ホームページ(g) (最終確認日 2018/12/12)

¹³⁴ PGB申請者が地方自治体からの決定に不服を申し立てる場合は、6週間以内に行わなければならない。
(オランダ政府ホームページ(h)参照日: 2018/10/24)

¹³⁵ オランダ政府ホームページ(i) (最終確認日 2018/12/12)

③課題・懸念点

現金給付に伴う課題としては①不正受給②アマチュア介護者による介護の質の担保③外国人ヘルパーの非合法労働の3つが主に挙げられる(宮本, 2017: 中澤, 2018)。

ア. 不正受給¹³⁶

①受給条件が甘く、②自分の状態と比べ、多額の個人介護予算(PGB)を受け取ることができたため、自分の家族にケアの割に合わない額を支払う不正乱用が問題となつた。対策として、オランダの医療サービス庁は適切な用途をするように働きかけると同時に、個人介護予算(PGB)を受け取ることのできる基準が年々厳格になっている¹³⁷。また、政府の外郭団体が個人介護予算(PGB)の使い方を教えるセミナーを開催している。

イ. 個人介護予算(PGB)の有効性

効果の判定ができないため、実際に効果的かは不明である。その対策として、全てが家族へのケアとならないよう、上限を設定している¹³⁸。

ウ. 低賃金労働

「家族等のインフォーマルな介護者のうち、約半数は、現金給付を使った介護を行う前に有給職に就いておらず、この現金給付プログラムが長期介護を担う労働力を拡大したという見方もある。しかし、今までの無償労働を有償化したといえる。いっぽうで、主に女性が担っている現金給付による介護は、女性たちを生活の見通しのない低賃金労働に従事させる「罠」にもなりかねない、と指摘する論者もいる。」¹³⁹(廣瀬 2008)

エ. 実質的な支出増加

現金給付によるサービスを提供することで、専門サービス提供者は追加的な収入を生み出すことになるが、職員不足の問題からその調整にディレンマを生じことがある。また現金のやりとりがスムースでない場合もある¹⁴⁰(廣瀬 2008)。

オ. その他

現金給付等導入前後の離職状況¹⁴¹は問題になつてない。オランダでは、介護離職に関する議論はPGB導入前後で生じなかつた。オランダは共働きが多く、女性が必ずしも介護をしていたわけではない。PGBを導入しても家族ではなく、介護サービスに使用したと想定され

¹³⁶ 大森先生へのヒアリング時のコメント

¹³⁷ 特別医療費保険(AWBZ)時、個人介護予算(PGB)額は年々伸びており、不正受給も問題になつてたため、適切に給付を行える体制を作ることとした。現在、実際に受給者の口座に振り込まれるのではなく、ZN(日本の銀行でいうと日銀の立ち位置)にある受給者の口座に振り込まれる。ZNが受給者の口座を管理し、お金の動き方を監視している。つまり、個人介護予算(PGB)受給時に個人介護予算(PGB)用途計画書を受給者自身が作成するが、その記載と相違はないか監視する。

¹³⁸ 中澤先生へのヒアリング時のコメント

¹³⁹ 廣瀬(2008)p50

¹⁴⁰ 廣瀬(2008)p50

¹⁴¹ 大森先生へのヒアリング(2018/11/6)

るためである。そもそも宗派別の団体が介護を行っており、時代が進むにつれて地域となつていったため、家族がやるという認識が薄いと考えられる。

④利点・評価される点

利用者の介護サービスの選択肢を拡げるとともに、家族、知人等のインフォーマルケアの利用を促していると考えられる¹⁴²。さらに、堀田(2014)¹⁴³によると、個人介護予算(PGB)「利用により理念や目的を共有する多様なイニシアティブによる利用者本位のサービスイノベーションが起き、社会支援法(WMO)は家事援助の新たな市場形成につながった」という。

¹⁴² 宮本(2018)p63

¹⁴³ 堀田(2014)p41

参考文献

- 大森正博, 1998 「オランダの医療・介護制度改革」 『海外社会保険研究』
- 大森正博, 2006 「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』
- 大森正博, 2011
- a) 「近年のオランダ医療・介護保険制度について」 『医療・介護において共有すべき情報に関する研究』
- b) 「オランダ医療関連データ集【2011年版】」 『医療経済研究機構』
- c) オランダの介護保障制度』 『レファレンス』
- 大森正博, 2015
- a) 「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
- b) 「オランダの医療・介護保険制度」 『介護保険白書』
- 佐藤主光, 2007 「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」 『会計検査研究』 No.36
- 中澤克佳, 2018 「介護保険の持続可能性：オランダ・ドイツからの示唆」 『平成29年度海外行政実態調査報告書』
- 廣瀬真理子, 2008 「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」 『海外社会保障研究』
- 廣瀬真理子, 2011 「オランダの高齢者福祉政策、医療制度の概要」 『オランダ医療関連データ集』
- 廣瀬真理子, , 2017 「【シンポジウム】家族の機能の衰退と超高齢社会」
- 堀田聰子, 2014 「オランダの地域包括ケアーケア提供体制の充実と担い手確保に向けてー」 『労働政策研究報告書』 No.167
- 真野俊樹, 2013 「オランダ医療制度」 『共済総合研究第67号』
- Herbert Rolden and Marieke van der Waal , 2011 「Coordination of health care services in the Netherlands」 (訳)磯部「オランダにおける医療・介護サービスの調整」 『医療・介護において共有すべき情報に関する研究 2011年度報告書』
- 水田邦雄, 松岡洋子, 白川泰之, 澤野詩野, 中島民恵子, 2014 「平成25年度高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究報告書」 『一般財団法人 長寿社会開発センター』
- 水田邦雄、松岡洋子、中島民恵子他11人, 2018 「平成29年度先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書」 『一般財団法人 長寿社会開発センター』
- 松岡洋子, 2017 「第8回はみ出す・まじる「地域丸ごとケア」の諸相」 『財団ニュース』
- 水島治郎, 2003 「オランダにおけるワークフェア改革」 『海外社会保障研究』
- 水島治郎, 2012 「反転する福祉国家-オランダモデルの光と影」 『岩波書店』
- 宮本恭子, 2018 「オランダの地域包括ケアシステムと日本への示唆」 『社会文化論集』
- オランダ政府資料
- a) 「Healthcare in the Netherland」 (2016)
- b) 「Beleidsregels indicatiestelling WLZ 2018」
- c) 「Zelf uw zorg inkopen in 6 stappen 2018」
- d) 「BELEIDSREGEL BR/REG-18143a Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten」
- e) EXPLOITATIE FONDS LANGDURIGE ZORG
- f)<https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/publicatie/2018/10/15/publicatie-wlz-2015-2018>
- g)<https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/zvw-pgb>
- h)<https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home/question-and-answer/where-can-i-apply-for-a-personal-budget>
- i)<https://www.informatielangdurigezorg.nl/volwassenen/wmo-pgb>

4. 韓国における介護保険制度と現金給付等制度の実情

本章では、文献調査等を通じて整理した韓国における介護保険制度概況及び現金給付等制度の実情について、日本の制度と比較検討しながら整理する。なお、最後は日本にドイツにて実施している現金給付等制度を導入しようとした場合のメリットおよびデメリットについて整理した。

（1）介護保険制度の現状

本節では、韓国における介護保険制度の現状について整理した。

①制度制定経緯と理念

ア. 介護保障制度制定の背景

韓国では、ドイツ、日本の介護保険制度を参考にし、韓国の実情を踏まえた介護保障制度「老人長期療養保険法」が制定され、2008年7月より運用が開始した。このとき、高齢化率は10.3%であった。これは、日本の介護保険導入時の高齢化率17.3%とくらべて低かった（図表45）が、他の先進諸国に比べて高齢化が急速に進んでいることが大きな契機となった。韓国の高齢化率は2045年に世界で最も高い水準になると予想され¹⁴⁴、本格的な高齢社会に備えた環境整備と制度拡充を段階的に進めていくことを国家戦略として、制度構築が進められた¹⁴⁵。

図表45：介護保険導入時の高齢化率の日韓比較

	日本	韓国
導入年度	2000年	2008年
高齢化率(%)	17.4	10.3

出典；日本：総務省、韓国：統計庁「生命表」

介護保障制度の制度構築が進められたもう一つの要因として、家族形態の変容が挙げられる。韓国には、家族が責任をもって老親を扶養するという伝統文化¹⁴⁶があるため、高齢者の介護は家族が行うこととされ、介護保険制度施行以前は、介護保障制度は原則、低所得層に限定されていた。しかし、昨今の少子化に伴い、家族形態が変容し、核家族化が進行したため、家族介護の限界が露呈するようになった¹⁴⁷。

また、他の要因としては、特に認知症と脳卒中の患者が増え、要介護者が急激に増加していること、老人医療費が増えて健康保険の財政が厳しくなったこと¹⁴⁸等があげられる。このような問題に対し、高齢者の団体等が所得に関係なく、介護サービスを受けるべきだ、非労

¹⁴⁴ 金(2016) p19

¹⁴⁵ 森、藤沢(, 2010) p165

¹⁴⁶ 金(2013)p42

¹⁴⁷ 金(2016)p19

¹⁴⁸ 宣(2010)p3

働人口である女性の社会化を推進すべきとの意見等が示され、世論も「介護の社会化」¹⁴⁹の必要性に関する認識が広まったことから、「介護の社会化」を目指した老人長期療養保険法が成立した。

イ. 介護保障制度の理念・目的

老人長期療養保険法の目的は、「高齢や老人性疾病などの事由で日常生活を一人で遂行することが困難なお年寄りなどに提供する身体活動、または家事活動などの長期療養給与に関する事項を規定し、老後の健康増進及び生活安定を図り、その家族の負担を減らすことにより国民の質を向上すること」¹⁵⁰と定められており、金(2013)¹⁵¹によれば、本法案の基本目標は、①介護が必要なすべての高齢者を包括する『普遍的な体制』、②サービスの選択と利用が保障される『利用者中心』のサービス体系、③介護市場に公的・私的事業者などが参与する『多様な主体の参与』、④『社会的連帶』による介護保険費用の確保、⑤介護の『在宅優先』と予防及びリハビリ体制の構築であるとされる。このように介護保障制度を導入した目的、理念は日本と共通している部分がある。

②介護保障制度の内容

ア. 保険者と被保険者

保険者は医療保険制度の運営全般を担う「国民健康保険公団」であり、介護保険制度の実務もほぼ全て担っている¹⁵²。被保険者は国民健康保険加入者であることから、20歳未満でも国民健康保険加入者であれば、被保険者となる。

イ. 給付対象者

長期療養が必要な65歳以上の高齢者、及び認知症や脳血管障害などの老人性疾病を持つ65歳未満の者¹⁵³が対象である。

ウ. 要介護度と要介護認定

要介護度

韓国における要介護度の判定は、被保険者が給付を希望する場合、図表46の①～⑧の順で給付の要否検討が行われる。まず、被保険者本人および代理人¹⁵⁴が国民健康保険公団支社の

¹⁴⁹ 介護保険制度は、(中略)家族の女性が無償で担ってきた介護を高齢者に応分の負担を求めるながら社会全体で支える介護の社会科の方向に一方踏み出したという点で「脱家族化」とみることもできる(金2009)

¹⁵⁰ 老人長期療養保険のホームページ(最終確認日:2018/11/08)

¹⁵¹ 金(2009) p68

¹⁵² 宣(2010)p7

¹⁵³ 老人長期療養保険のホームページ(最終確認日:2018/11/08)および金(2013)、森、藤沢(2010)をもとに作成。

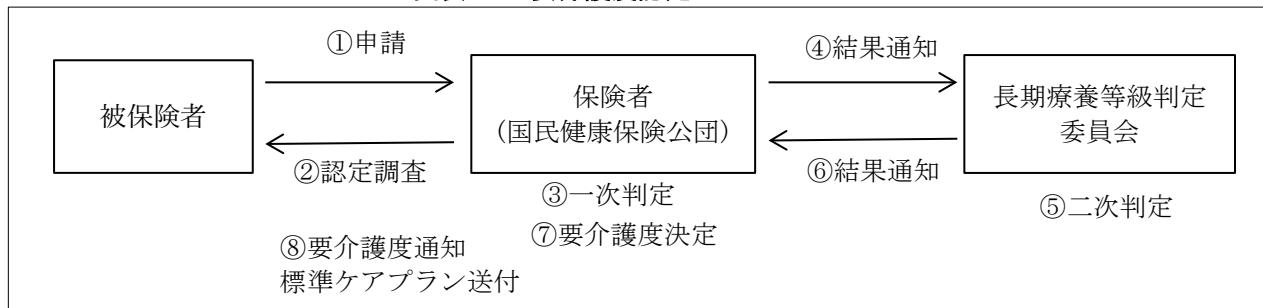
¹⁵⁴ 代理人とは、家族、親戚、利害関係者、社会福祉専担公務員、市長・郡守・区長が指定する者(森、藤沢2010)

窓口にて申請を行う。このときかかりつけの医師の意見書が必要となる。続いて公団の調査員が家庭を訪問し、調査を行う。調査項目は、身体機能、認知機能、行動変化、看護処理、リハビリの5領域に関する65項目の調査と25項目の特記事項調査¹⁵⁵がある。

調査結果をもとにコンピューターによる一次判定が行われる。このとき調査員が申請者の状態を各項目「できる」「できない」で判断し、長期療養認定点数として点数化したものに基づきとしている。

一次判定をもとに自治体の首長(市郡区町長)が委任した医師または漢方医師等で構成される長期療養等級判定委員会が医師の意見書を勘案しながら二次判定を行い、国民健康保険公団が要介護判定を行う。国民健康保険公団は、被保険者から申請書を受理した次の日から30日以内に判定結果と標準ケアプランを通知する。標準ケアプランには法的拘束力はなく、要介護者は自由にケア提供者と契約を選ぶことができる¹⁵⁶。

図表46：要介護度認定のプロセス



出典：老人長期療養保険法のホームページ(最終確認日：2018/12/06)

<http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/e/100/htmlView?pgmId=npee301m03s&desc=JudgmentRating>

要介護区分

認定調査の結果得られた得点をもとに、一次判定、二次判定を経て要介護区分を決定する。判定の際は認定得点が設定されており、その得点状況により介護等級が判断される仕組みとなっている。

韓国における要介護度区分は、2014年以前は3段階であったが、一番要介護度が軽い3等級が広範囲を対象としていたため、2014年に、旧3等級を3等級と4等級に分けられた¹⁵⁷。また、新たに設置された5等級では、要介護度4等級と判断するには認定得点が低水準であるが、認知症と診断される場合に対象とすることになった。結果として、韓国の要介護度は1等級から5等級の5段階で定義されることになった。なお、韓国の要介護度1、2、3、4、5等級の順に日本の要介護度5、4、3、2、1に相当する。

¹⁵⁵ 金(2016) p8

¹⁵⁶ 特に生活保護受給者が保障の上限額まで使用することが問題になっている(金貞任先生ヒアリング時のコメント)。

¹⁵⁷ 金貞任先生ヒアリング時のコメント

図表 47 : 介護度とその定義

介護等級	状態	判定基準
1 等級 (最重度)	心身の機能障害があり、日常生活で全般的な助けが必要	認定点数 95 点以上
2 等級 (重度)	心身の機能障害があり、日常生活でかなりの助けが必要	認定点数 75 点以上 95 点未満
3 等級 (中重度)	心身の機能障害があり、日常生活で部分的な助けが必要	認定点数 60 点以上 75 点未満
4 等級	心身の機能障害があり、日常生活で一部の助けが必要	認定点数 51 点以上 60 点未満
5 等級	認知症患者(法第 2 条による老人性疾患に限定)	認定点数 45 点以上 51 点未満または認知症患者

出典: 金(2016c) p. 8

利用者負担

給付サービスによって自己負担額は異なっている(図表 48)。

図表 48 : 給付内容別自己負担額

		自己負担額
一般	在宅給付	サービス利用費用の 15%
	施設給付	サービス利用費用の 20%
国民基礎生活受給者 いわゆる生活保護受給者	在宅給付	全額公費
	施設給付	全額公費
低所得者	在宅給付	サービス利用費用の 7.5% : 自己負担(残り 7.5%: 公費)
	施設給付	サービス利用費用の 10% : 自己負担(残り 10%: 公費)

出典: 金(2016c)をもとに弊社作成。

財源構成

老人長期療養保険の財源は国庫負担 20%、介護保険料 60~65%、自己負担 15~20%となるように調整している¹⁵⁸。加えて公的扶助に該当する者たちの費用の全額は国および自治体が負担する¹⁵⁹。割合は年により異なり、2017 年は、国庫負担と介護保険料の合計が全体の 88.4%を占め、自己負担額が 11.6%を占める¹⁶⁰。

保険料の設定

介護保険料は、報酬月額¹⁶¹(×)健康保険料率(×)長期療養保険料率で算出される。長期療養保険料率は 10%以下で徴収するように規定されており、保険料は労使折半で保険料納付義務

¹⁵⁸ 金(2016) p15

¹⁵⁹ 金明中様ヒアリング時資料

¹⁶⁰ 韓国政府資料「2018년 상반기 노인장기요양보험 주요통계」p. 10

¹⁶¹ 同一事業場において、当該年度に受け取った報酬総額を勤務月額で割った金額

務は使用者にある¹⁶²。2018年現在までの保険料率の推移を図表49に示した。2018年現在の長期療養保険料率は7.38%と、2011年以来初めて割合が増加した¹⁶³。

また、保険料軽減措置の適用対象者¹⁶⁴には、当該措置をとる。2018年より、低所得者に対する軽減税率が拡大し、高所得者の負担が増えた¹⁶⁵。また、被扶養制度があり、65歳以上の高齢者で子どもに扶養されている場合、保険料の負担義務はない¹⁶⁶。

図表49 健康保険料率および長期療養保険料率の推移

適用期間	健康保険料率(%)	長期療養保険料率(%)
2008.1~2009.12	5.08	4.05
2010.1~2010.12	5.33	4.78
2011.1~2011.12	5.64	6.55
2012.1~2012.12	5.80	6.55
2013.1~2013.12	5.89	6.55
2014.1~2014.12	5.99	6.55
2015.1~2015.12	6.07	6.55
2016.1~2017.12	6.12	6.55
2018.1~	6.24	7.38

参考：韓国政府ホームページ(<http://www.mohw.go.kr>)（最終確認日：2018/12/06）および「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書」（平成29年6月）『健康保険組合連合会』p.38を参考に弊社作成。

。

給付サービス内容（現物給付/現金給付）

介護給付の内容は、施設サービス、在宅サービス、特別現金給付から構成されており、サービス内容は以下の通りである。施設サービスは介護保険制度施行当時、1、2等級（認知症の場合は3等級から）に限り利用可能であったが、現在、利用できる範囲は3等級までに拡大している。利用対象が広がっている一つの理由として、理由としては当初、施設が整備されておらず、ようやく供給が追い付いてきたことがあげられるとのことであった。以下にサービス内容および給付限度額を表にまとめた。また、等級外の者に対しては、各自治体が提供する、情報サービスや老人福祉館¹⁶⁷の利用など一部のサービスを利用することができる¹⁶⁸。

¹⁶² 「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書」（平成29年6月）『健康保険組合連合会』p.38

¹⁶³ 韓国政府ホームページ(<http://www.moe1.go.kr>)（最終確認日：2018/12/06）

¹⁶⁴ 国外で就労する者、大統領令で定める過疎地域に居住するもの、軍人、休職者、任意継続加入者（「韓国医療保険制度の現状に関する調査研究報告書」（平成29年6月）『健康保険組合連合会』より）

¹⁶⁵ 韓国政府ホームページ(<http://www.mohw.go.kr>)（最終確認日：2018/12/06）参考

¹⁶⁶ 宣(2010)p16

¹⁶⁷ 日本でいう宅老所に当てはまる。

¹⁶⁸ 金(2016) p8

図表 50：介護保障制度のサービス一覧

サービス内容	
施設サービス	・介護療養施設（老人療養、軽費療養、有料療養、老人専門療養、有料専門療養施設を統合）
	・老人療養共同生活家庭（グループホーム）
在宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問入浴 ¹⁶⁹ 、認知活動訪問介護サービス、デイサービス、夜間保護、ショートステイ、福祉用具の貸与・購入
現金給付	特別現金給付（家族療養費）
介護事業者による家族介護を行っている療養保護士への賃金支払い	

出典：金(2013b) p 48、金(2016d) p22 を参考に作成

図表 51 等級別の施設ケアに対する最大補償額/月(ウォン)

等級	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級
老人療養施設	1,768,240	1,640,830	1,513,110	1,513,110	1,513,110
老人療養共同生活家庭	1,589,990	1,475,290	1,359,970	1,359,970	1,359,970

出典：老人長期療養保険ホームページ（最終確認日 2018/11/02）

<http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/e/100/htmlView?pgmId=npee401m01s&desc=Facility%20Benefit>

図表 52：在宅介護サービスにおける要介護度の利用限度額/月(単位：ウォン)

等級	1等級	2等級	3等級	4等級	5等級
在宅給付限度額	1,396,200	1,241,100	1,189,400	1,085,900	938,000

出典：韓国政府ホームページ「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 제 13 조」
(<http://www.law.go.kr>)（最終確認日：2018/12/06）

¹⁶⁹ 訪問入浴とは、日本とは異なり、基本的にはシャワーのみである。また、あかすりをする。（朴先生、金先生ヒアリング時のコメントによる）

(2) 現金給付等の現状

本節では、韓国における介護保険制度における現金給付等の仕組みについて整理した

①現金給付等導入の背景と位置づけ

老人長期療養保険法の目標の一つである要介護が必要なすべての高齢者を包括する「普遍的な体制」作りを目指す上で、老人の選択権保障およびインフラ不足問題の解決、そして財政節減する¹⁷⁰ために、特別現金給付(家族療養費)を導入した。金(2009)¹⁷¹によれば、韓国世論では、「家族の女性が無償で担ってきた介護から社会全体で支える『脱家族化』」とみることができる」といった指摘がなされており、それまで、介護する家族を支援する仕組み自体がなかったことから、比較的好意に受け止められているとのことである。

一方、家族に療養保護士がいた場合、介護事業者に所属することで賃金として家族介護に対する対価が支払われる仕組みもある。これは政府があまり意図していなかったところで広まった形態であるが、実質的には介護事業者を介して賃金という形での、介護者である家族への給付である。

韓国にて実施されている現金給付の仕組みを大別すると以下のようになる(図表53)。現状、介護事業者がない地域で、サービスを受給できない場合と療養保護士¹⁷²という資格保有者が、介護事業者に雇用され自身の家族に介護を行った際に、現金が給付される。

図表53: 特別現金給付と家族療養保護士に対する現金手当の概要

	特別現金給付(家族療養費)	介護事業者による家族介護者への賃金支払い
法的根拠	老人長期療養保険法第24条	なし 保健福祉部によって運用 ¹⁷³
給付対象者	老人長期療養保険の受給者	老人長期療養保険の受給者に対し介護を行う 民法に定められた親族
受給条件	①島嶼・僻地などの居住者 ②天災地変などによって介護事業者のサービスが受けられないと認められた場合 ③感染病患者、精神障害、身体的変形などにより他人のサービス利用が難しい者	①要介護者が1~5等級に該当すること ②介護者が療養保護士の資格を有していること ③資格を持つ介護者(家族)が4大保険を提供する職場に通っていないこと ④在宅訪問療養センターに療養保護士として登録されていること
受給額	要介護度に関係なく月15万ウォン	約24万ウォン 例外に該当する場合、介護時間1時間半、31日分の受給可能で最大54万ウォン
給付プロセス	保険者→要介護者	保険者→在宅訪問療養センター→家族療養保護士

¹⁷⁰ 金(2009)p.70

¹⁷¹ s 金(2009)p.68

¹⁷² 日本で言う介護職員初任者研修、介護職員実務者研修のような研修を受講し、修了した者のこと

¹⁷³ 孫(2011)p10

②現金給付の詳細

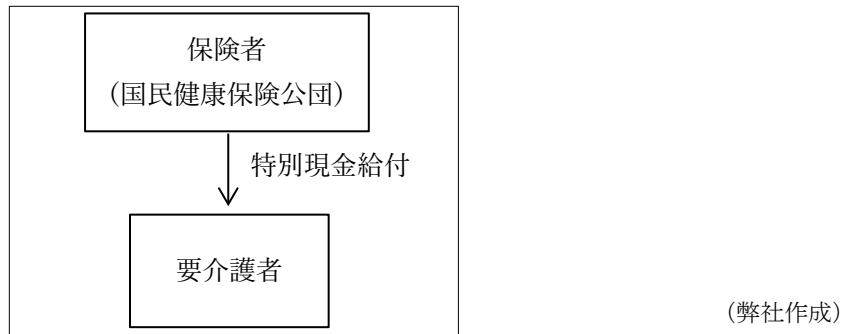
ア. 特別現金給付（家族療養費）

受給条件

要介護者の介護を行っている家族が、以下の①～③のいずれかに該当する場合、受給できる。③の場合は、診断書もしくは障害者登録書等の提示が必須となる。また、受給者は、「福祉用具利用」以外の介護サービス利用は認められないとの指摘がなされている。

- ①島嶼・僻地など介護事業者が著しく足りない地域に居住する場合
- ②災害などの事由によって、介護事業者が実施する介護給付を利用することができないと保健福祉部長官が認めた場合
- ③身体的・精神的事由や、性格など、大統領令が定める事由によって、施設ではなく家族による介護が不可避になった場合

図表 54 特別現金給付の給付プロセス



受給額

介護保険導入時から 2018 年現在の在宅給付限度額は増額しているが、家族療養費の給付額は増額されていない。（図表 55）

図表 55：在宅給付限度額および家族療養費の推移

	在宅給付限度額(ウォン)		家族療養費(ウォン)	
	2008	2018	2008	2018
等級 1	1,097,000	1,396,200	150,000	150,000
等級 2	879,000	1,241,100	150,000	150,000
等級 3	760,000	1,189,400	150,000	150,000

出典：韓国政府ホームページ「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 제 13 조」
(<http://www.law.go.kr>) (最終確認日：2018/12/06)

利用状況

受給者数は 2009 年に約 1000 人で、2017 年には 1131 人と横ばいである。図表 56 に示したように介護保険給付額に占める特別現金給付額（家族療養費）は増加していない。

図表 56 : 利用状況

	2008	2010	2012	2014	2015
介護保険給付額(億ウォン)	4,314	24,153	27,328	35,984	40,362
特別現金給付(億ウォン)	6	13	10	12	12
特別現金給付の占める割合(%)	0.14	0.05	0.04	0.03	0.03

注 : 2008 年は 2008 年 7 月から 12 月までの数値

出典 : 小島(2016) p672 をもとに弊社作成

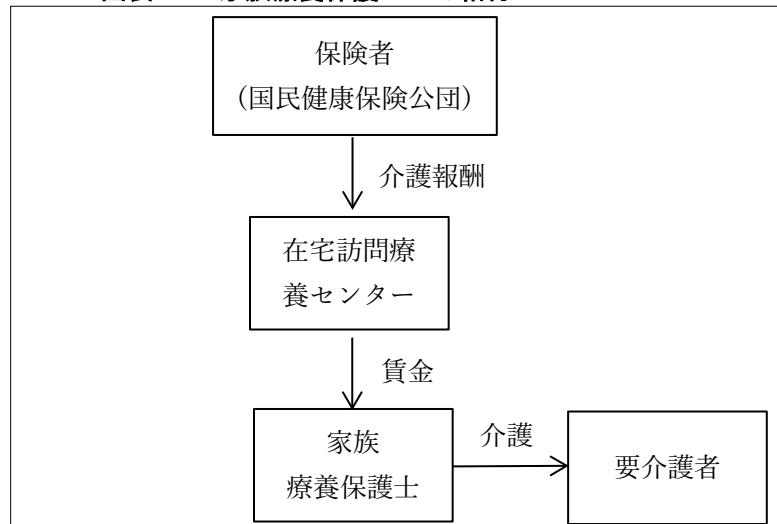
イ. 介護事業者による家族介護者への賃金支払い

受給条件

療養保護士に対する現金給付を受給するための条件を以下に示す。

- ①要介護者が 1 ~ 5 等級に該当する。
- ②介護者(家族¹⁷⁴⁾が療養保護士の資格を有している。
- ③資格を持つ介護者が 4 大保険¹⁷⁵を提供する職場に通っていない。また、家族療養保護士は他の仕事を月 160 時間以上してはいけない。
- ④在宅訪問療養センター(以下、介護事業者)に療養保護士として登録されている。家族の介護をする場合はその旨を伝え、介護事業者は家族関係の確認義務がある。また、受給方法は、登録している介護事業者から給与を受け取る形をとる¹⁷⁶。

図表 57 : 家族療養保護士への給付プロセス



(弊社作成)

受給額

韓国政府のガイドラインによると、「1 日 60 分以上最大 20 日間 17,490 ウォン/時 深夜・休日の加算はなし」と記載してあるが、介護事業者ごとの家族療養保護士の平均時給は 1.4

¹⁷⁴ 受給者の配偶者、直系血族及び兄弟姉妹、直径血族の配偶者、配偶者の直系血族、配偶者の兄弟姉妹

¹⁷⁵ 国民年金、国民健康保険、雇用保険、産業災害補償保険(労災保険)

¹⁷⁶ 森山 (2016) p. 7

万ウォン程度であるとのことである。時給 1.4 万ウォンの場合、月最大 28 万ウォンの受給が可能となる。患者が認知症・暴力性向があり、施設での介護が不可能の場合、また、配偶者を介護する場合は、介護時間 1 時間半、31 日分の受給可能で 54 万ウォンになる。また、在宅サービス時の自己負担額は免除される。

図表 58 家族療養保護士の手当と現物給付時の金銭比較

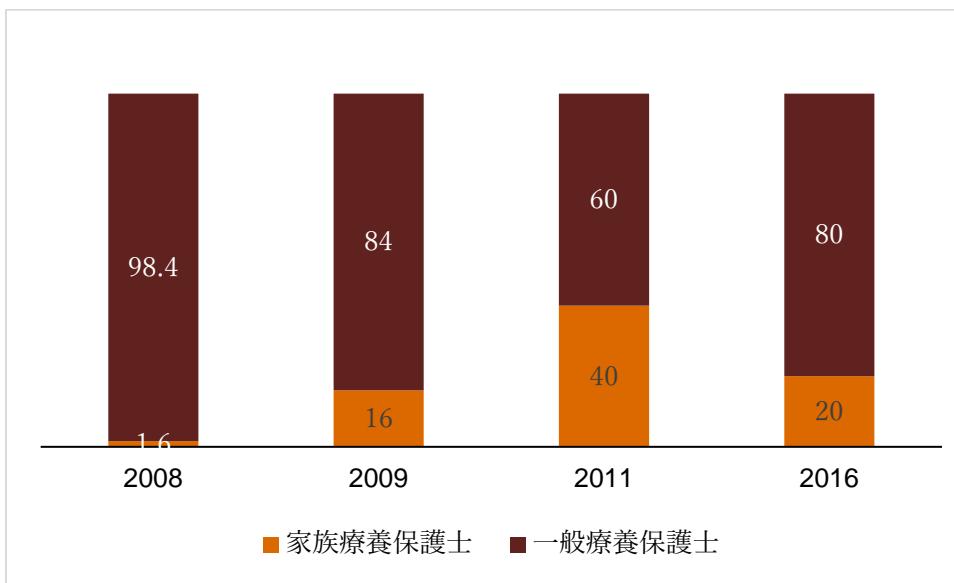
	現物給付(在宅給付)		家族療養保護士の手当(20 日間)	
	在宅給付限度額 (ウォン)	自己負担額 (ウォン)	サービス最大 受給額(ウォ ン)	自己負担額 (ウォン)
等級 1	1,396,200	209,430	280,000 例外:540,000	なし
等級 2	1,241,100	186,165		
等級 3	1,189,400	178,410		
等級 4	1,085,900	162,885		
等級 5	938,000	140,700		

(注: 家族療養保護士の手当に関して、平均時給 14,000 ウォンで計算)

利用状況

図表 59 より、2016 年までの家族療養保護士の割合から、2011 年以降、家族療養保護士の割合は低下していることがわかる。

図表 59: 家族療養保護士/一般療養保護士の割合 (%)



出典: 朴光駿氏ヒアリング時の資料を基に弊社作成

そもそも家族療養保護士に対する支給は政府の意図していなかった結果であった。療養保護士養成開始時、療養保護士の数を増やそうと、政府は養成機関に対し、受講生数に応じて補助金を支給する体制を整えた。療養保護士養成機関は受講生確保のために、家族をケアする人を対象に募集を行う一方、介護事業者は家族をケアする人は既に要介護者がいるため、

療養保護士の登録することで確実に利用者を確保することができた。また、家族をケアする人にとってみると、今まで無給であったものが、ケアに対する対価として報酬（賃金）を受け取ることができるようになった。このように、療養保護士養成機関、介護事業者、家族をケアする人の利害が重なることで、家族療養保護士は拡大したことであった。後述するが、2011年に給付額の減額を行ったため、近年は2011年に比べ低い割合となっている。

③課題・懸念点

現金給付に伴う課題としては①不正受給②アマチュア介護者による介護の質の担保③外国人ヘルパーの非合法労働の3つが主に挙げられる（宮本、2017：中澤、2018）。

ア. 不正受給

介護事業者から家族である療養保護士への賃金の支払いに関して、不正受給が問題となり、2011年8月より、大幅な利用制限が導入された。2011年以前、同居家族の場合、介護時間は1日90分に限られていたが、非同居家族の場合は一般の訪問介護サービスと同様の条件でサービスを提供できた。このため、同居家族の場合は、受給金額が31万ウォン程度にも関わらず、非同居家族の場合は70万ウォン程度と、2倍以上差がある給付水準にあった。そこで、同居の有無に関わらず、介護時間が1日90分から60分、月30日から20日に改定された。

「これら改正の背景には、家族介護者への現金給付費が訪問介護給付費に占める割合が2010年12月で49%であり、女性の社会参加への阻害要因となっていることと、家族介護者の不正請求を防止する狙い」があると金（2013）は指摘する¹⁷⁷。

イ. 介護の社会化への阻害

介護のために家に第三者が入るのを嫌う人々は、家族療養保護士の現金給付を選択しており、介護の社会化に逆行する流れとなっているといわれている。

ウ. 給付額が低額

家族は1日に長時間介護を行っているにもかかわらず、家族療養保護士に対する現金給付では、1日に1時間分しか給付されないといわれている。また、年度別物価上昇率が日本の2倍以上の年度もあるが、特別現金給付（家族療養費）に関しては、要介護度に関係なく15万ウォンと金額は非常に少なく、「物価上昇による議論は一切ないので、現金給付があっても介護者家族が貧困状態による二次的な問題は解決できない。」¹⁷⁸（孫2011）

エ. 給付利用者と非利用者の格差問題¹⁷⁹

経済的な理由で同居家族の療養保護士の資格を取れない場合等、公的介護保障システムでありながら、給付利用者・非利用者との格差問題がある。

¹⁷⁷ 金（2013）p.48

¹⁷⁸ 孫（2011）p14

¹⁷⁹ 孫（2011）p14

才. 給付額が低額

宣(2016)によると介護の家族化では実際に介護されているか見えず、介護放棄等虐待の可能性もある¹⁸⁰。サービスの質は、モニタリングと監督機能と療養保護士の介護教育にかかっているが、韓国の療養保育士の養成教育機関の乱立が指摘¹⁸¹されている。

④利点・評価される点

介護者の経済的負担が軽減し、家族介護を維持することができる。

¹⁸⁰ 宣(2016)

¹⁸¹ 孫(2011)p14

参考文献

- 金貞任, 2009 「韓国介護保険制度」 『海外社会保障研究』
- 金貞任, 2013 「韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護支援の現状」 『海外社会保障研究 Autumn 2013 No. 184』
- 金明中, 2016 「韓国における老人長期療養保険制度の現状や今後の課題-日本へのインプリケーションは?-」 『ニッセイ基礎研究所』
- 金 道勲, 他 2 人, 2016 「日本と韓国の介護保険制度」 『介護保険制度』
- 宣賢奎, 2010 「日本・ドイツ・韓国の介護保険制度の比較考察」 『共栄大学研究論集 第 8 号』
- 宣賢奎, 2016 「韓国の長期療養保険制度の最新動向と課題」 『共栄大学研究論集第 14 号』
- 孫珉澯, 2011 「韓国・老人長期療養保険制度の現金給付に関する一考察」 『佛教大学大学院社会福祉学研究科篇』
- 孫珉澯, 2012 「施行 4 年目を迎える韓国介護保険—その現状と課題—」 『佛教大学大学院社会福祉学研究科篇社会学研究科篇第 40 号』
- 森山治(2016) 「家族介護制度についての一考察」
- 李 玲珠, 2008 「韓国の高齢者福祉制度をめぐる新しい動向」
- 森詩恵 藤沢宏樹, 2010 「韓国介護保険制度の創設とその現状」 『大阪経大論集 第 61 卷第 2 号』
- 小島勝久, 2016 「韓国の社会保障(第 3 回)」
- 韓国政府ホームページ
- a) <http://www.mohw.go.kr> (最終確認日 : 2018/12/06)
- b) <http://www.moel.go.kr> (最終確認日 : 2018/12/06)
- 老人長期療養保険法のホームページ
(<https://www.nhis.or.kr/static/html/wbd/g/b/wbdgb0501.html>)

5. 日本と3諸国の介護保障制度比較

本章では、ここまで分析をしてきた内容を踏まえ、日本と諸外国の制度について比較検討を行う。なお、日本の制度の概況は本章の後半に記載するとともに、参考にスウェーデンに関する記述も掲載する。

(1) 介護保険制度比較

まず、初めに介護保険制度について記載する。

①各国情報

2017年現在、日本は世界一の高齢化率である。日本だけではなく、先進国では、少子高齢化の解決が課題となっており、前章にて述べたように各国それぞれ自国にあった介護保障政策を打ち出している。ここでは、日本と3か国の比較を行っていく。

図表60：調査対象国の概況

	日本	ドイツ	オランダ	韓国
人口(2017年)	1億2680万人	8279万人	1708万人	5147万人
高齢化率 (2017年) ¹⁸²	27.1%	21.5%	18.8%	13.9%
合計特殊出生率	1.43(2017)	1.50(2016)	1.66(2016)	1.05(2017)

②制度施行の背景と目的の国際比較

ア. 導入背景、理念の比較

日本、ドイツ、オランダ、韓国の介護保険制度は全て「社会保険制度」を採用しており、被保険者が保険料を納付し、要介護になった場合に要介護認定を受け、介護給付を受給するという仕組みになっている。

オランダは1968年に世界で初めて長期医療をケアする特別医療費保険制度を制定した。しかし、高齢化が進むにつれて長期医療ケアの維持可能性が懸念され、2015年に施設でのケアを中心に補償する長期介護法(WLZ)、在宅ケアおよび短期医療を中心とした健康保険法(ZVW)、そして地域に根付くケアは社会支援法(WMO)が役割を担うこととなった。社会支援法(WMO)は租税方式をとり、自治体の管轄である。このように長期介護法(WLZ)を施設ケアに特化させることで、保険者である国の負担を減らしている。これら制度の根底にあるものは「消費者主権」という理念である。消費者が自立して、ケアを選択することに重点を置き、インフォーマルケアの促進や、地域包括ケアの取り組みを世界に先駆けて行っている。

¹⁸² グローバルノート-国際統計・国別統計専門サイト

日本でも近年、地域包括ケアシステム体制の構築を目指し、自治体が主体となって予防給付を行っている。このように国の負担を自治体に移行する動きがみられており、オランダの近年の動きと重なるとみなすことができる。

ドイツはオランダを参考に介護保険制度を策定した。ドイツの社会保障の根底には「補完性の原則」「連帶性原理」がある¹⁸³。これは「問題はより身近なところで解決されなければならない」とする考え方である。社会保障においては「自助-互助-共助-公助」という順番で支援をすることを意味しており、介護保険制度の理念である「自己決定」「在宅介護の優先」「要介護者の自助努力」「共同責任」に結びついている。家族や隣人によって介護が優先されることが法で定められているため、日本の理念である「介護の社会化」とは逆向している。

中澤(2018)¹⁸⁴によると、オランダもドイツも親族によるインフォーマルな介護を重視しているが、オランダはインフォーマル介護の利用可能性を加味した上で公的介護が補完するという体制であるためドイツに比べ、手厚い保障となっている。

さらに日本と異なる点として、ドイツの介護保険制度は「部分給付型」¹⁸⁵である。ドイツは介護保険制度導入前、介護に要する費用は原則自己負担であったため、一部でも費用を軽減できる介護保障制度の導入に成功した。また、介護保険制度導入時、保険料徴収、在宅サービス、施設サービスの導入を段階的に行った。この理由として、要介護認定などの一連の手続きを分散させること、また必要な財源を確保することを目的にしていた¹⁸⁶。

韓国の介護保険制度の運用開始は2008年と歴史は浅い。日本とドイツを参考にして、この2か国に比べ高齢化率が低い時点で、介護保険制度を制定した。この理由として、高齢化率の7%から14%へ要した年数を比較するとわかる通り、他3か国に比べ、急速に高齢化が進んでいるが、社会保障の制度の土台はなく、早急な体制作りが求められたからである。韓国世論にとって介護保険制度は、社会保障の拡大のシンボルとしての位置づけであったため、導入に反対意見は起らなかったといわれている。現在も保険者である公団の満足度調査によると要介護者からは87.4%、介護者からは91.1%¹⁸⁷の支持を得ている。

韓国の介護保険制度の理念は日本と同様に「介護の社会化」である。儒教文化が色濃く残る韓国では家族が親のケアをすることが当たり前であったが、少子高齢化による家族形態の変容、そして財政の悪化により非労働人口であった女性を労働人口にすべく社会に進出することを推進する体制を作りあげた。

このように社会保障の理念は国によって異なり、介護保険制度の特徴となっている。

¹⁸³ 田畠(2018)

¹⁸⁴ 中澤(2018)p23

¹⁸⁵ 増田(2014) p48

¹⁸⁶ 田畠(2018)

¹⁸⁷ 韓国政府資料(b)

図表 61：調査対象国の概況

	日本	ドイツ	オランダ			韓国
名称	介護保険法	公的介護保険	長期介護法	健康保険法	社会支援法	老人長期療養保険法
制度	社会保険制度	社会保険制度	社会保険制度	社会保険制度	租税方式	社会保険制度
理念・目的	介護の社会化 必要十分給付型 ¹⁸⁸	補完性の原則 ¹⁸⁹ 部分給付型	消費者主権			介護の社会化 社会保障のシンボル
法律施行年度	2000年	1995年1月 (保険料徴収) 1995年4月 (在宅サービス) 1996年7月 (施設サービス)	2015年 (1968年～ 2015年：特別医療費保険)	2006年改定	2007年 2015年改定	2008年
介護保険導入時の高齢化率 ¹⁹⁰	17.4%(2000)	15.4%(1995)	10.2%(1970)			10.3%(2008)
高齢化7%から14%へ要した期間 ¹⁹¹	24年 (1995年)	40年 (1974年)	35年以上 (2005年)			18年
所管	厚生労働省	連邦保健省 (BMG)	保健・福祉・スポーツ省			保健福祉部

イ. 保険者、被保険者、給付対象者

日本以外のドイツとオランダ、韓国は、保険者が医療保険と同一または、関連機関であるため、医療分野との連携が容易に行うことができる体制となっている。オランダは長期介護法(WLZ)と健康保険法(ZVW)の保険者は異なるが長期介護法(WLZ)の実務を行っているのはケアオフィスと呼ばれる、地域で最もシェアの大きい健康保険会社(ケインシュラー)である。そのため医療と介護の連携がとりやすい体制となっている。

¹⁸⁸ 増田(2014) p48

¹⁸⁹ 田畠(2018)

¹⁹⁰ 日本、韓国に関しては増田(2008)、ドイツ、オランダに関してはOECD統計を参考としている

¹⁹¹ 日本、ドイツ、韓国に関しては 国立社会保障・人口研究研究所「人口統計資料集」(2018年)、オランダに関してはOECD統計を参考としている

韓国の保険者は国民健康保険公団であり、全国に 1 つしかない。日本のように保険者を市町村単位ではなく、全国で 1 つに統一した理由としては、市町村レベルの経済格差が大きく、地域間での保険料格差が生じることが懸念されたため、市町村が保険者の役割を担うことは困難であると考えられた¹⁹²。また、市町村は保険者の経験もなく、非効率であるという議論に至ったと山路(2009)¹⁹³ は言う。

日本、ドイツ、オランダに関しては、被保険者と給付対象者間でのギャップはない。日本は、被保険者、給付対象者ともに 65 歳以上の第一号被保険者と 40~64 歳の第二号被保険者に分類しており、保険料の設定や徴収方法などに違いを設けている¹⁹⁴。一方でドイツ、オランダは、給付の年齢制限を設けておらず、障害者の保障も同制度に含んでいる。

一方、韓国では被保険者と給付対象者のギャップが生じている。被保険者は国民健康保険加入者であるが、実際に給付を受けることは 65 歳以上の要介護認定者もしくは 65 歳未満の老人性疾患を持つ者のみであり、「負担あり給付なし」という状態の国民が多く存在する。この理由は財政に重きを置いており、日本と同様に 40 歳以上にした場合、40 歳以上の負担額が大きくなることが懸念されたことも要素の一つとして考えられる。

金貞任によれば、日本も介護保障制度の維持のためには、被保険者の年齢を引き下げる必要が出てくるのではないかとのことであった。

図表 62：対象国の保険者、被保険者、給付対象者

	日本	ドイツ	オランダ			韓国
名称	介護保険法	公的介護保険	長期介護法	健康保険法	社会支援法	老人長期療養保険法
保険者	市町村、特別区等	介護金庫	国 (実務はケアオフィス)	ケアインシュラー	主体は自治体	国民健康保険公団
被保険者	第一号：65 歳以上 第二号：40~64 歳	公的医療保険加入者	オランダ国内居住者およびオランダに給与税を納めている者		—	国民健康保険加入者
給付対象者	65 歳以上：要支援・要介護認定者 40~64 歳：加齢に起因する 1 特定疾病により要介護状態になった者	全ての年齢の要介護者	年齢制限はなし 特定の疾病があり、24 時間の継続的な見守りが必要な状態にある者	年齢制限はなし 給付が必要と判断された者	年齢制限はなし 給付が必要と判断された者	65 歳以上：要介護認定者 65 歳未満：認知症や脳血管障害など老人性疾患をもつ者

¹⁹² 金 (2013) p59

¹⁹³ 山路 (2009)

¹⁹⁴ 増田 (2008) p202

ウ. 要介護度

日本では、自治体の調査員が申請者の自宅に訪問し、審査を行う。この時、介護の手間を時間に換算することで、コンピュータによる一次判定を行う。その後、一次判定結果と主治医の意見書に基づき、市町村ごとに設置される介護認定審査会にて要介護度が決定する。

韓国の要介護認定は日本と同様の流れであるが、調査方法が異なっている。韓国では、要介護者の「できる」、「できない」を判断し、点数化して要介護度を決定している。日本の方針を取らなかった理由として、サービスが急増し財政が危ぶまれることが懸念されたと金道勲(2016)は述べている。また、韓国は、認知症患者の増加を受け、2014年に5等級まで要介護度を拡大した。しかし現在も要介護者対高齢者比は8%と日本、ドイツに比べ低い値である。そのため認定率をあげようとしているが、財政の問題から難しいと考えられる。

一方、ドイツも、2017年に要介護認定方法を改定するとともに要介護度を3段階から5段階へと拡大した。その理由としては、ドイツは、認知能力の低下、精神障害を有する者に対しても公平な給付を行うためである¹⁹⁵。以前の要介護認定は身体的機能のみを重視したもので3段階に分かれていた。しかし認知症患者、精神障害者の要介護度が低くなるとの批判があり、2017年より介護者の「時間」ではなく、要介護者の自立の程度、つまり介護の「必要度」で判断される基準が導入された。(田畠 2015:54)

オランダは要介護度を認定せず、個人にあったケアを提供する「ケア強度パッケージ」というものが判断される。この強度パッケージの給付が認められる基準が日本の要介護度3以上と松岡(2018)¹⁹⁶は言う。また、オランダの社会支援法は、長期介護法の要介護認定を受けていても、受給を受けることができない可能性がある。なぜなら、自治体が「キッチンテーブルでの会話(keukentafelgesprek)」を通じて要介護者のインフォーマルケアの可能性を把握し、個人にあったケアを提供しているからである。インフォーマルケアの含めた査定を行っていない日本の自治体とは異なる点である。

¹⁹⁵ 渡辺(2016)

¹⁹⁶ 松岡(2018)

図表 63：対象国の要介護度の状況

	日本	ドイツ	オランダ			韓国
名称	介護保険法	公的介護保険	長期介護法	健康保険法	社会支援法	老人長期療養保険法
要介護度	7段階 要介護 1~5 要支援 1~2	5段階 要介護 1~5	ケア強度パッケージ ZZ04~ZZ10	なし	なし	5段階 1~5等級
申請場所	市町村	介護金庫	CIZ(ケア判定センター)	地域看護師 レベル5	自治体	国民健康保険公団
審査方法	【査定者】自治体の調査員 【一次判定】コンピュータ 【二次判定】介護認定審査会 【結果通知】自治体から通知	【査定者】疾病金庫が州ごとに設置している医療サービス(MDK) 【判定】介護金庫 【結果通知】介護金庫から通知	【査定者】CIZ 【判定】CIZ 【通知】Care Office に通知	【査定者】地域看護師(レベル5)	【査定者】自治体	【査定者】公団の調査員 【一次判定】コンピュータ 【二次判定】長期療養等級委員会 【結果通知】公団から通知
要介護認定者数	652.9万人 (2018/8)	314,693人 (2018)	155,515人 (2017)	—	—	585,287人 (2017) ¹⁹⁷
要介護者/高齢者数	18% (2018年8月) ¹⁹⁸	18% ¹⁹⁹ (2017)	5%(2017)	—	—	8% (2017) ²⁰⁰

エ. ケアマネジメントと最大補償額

最大補償額に関しては、日本とドイツ、韓国に関しては、月額補償限度額をオランダに関しては1日当たりの最大補償額を月30日換算で計算した値を基に表を作成した。

日本には、サービス利用のためにケアマネージャーが各個人に適したケアプランを作成し、事業者との利用調整等を行う、ケアマネジメントという体制がある²⁰¹。

オランダは、長期介護法に関しては、ケアマネージャーは原則的にはつかず²⁰²、地域のケアオフィスでいつでも支援を受けられる体制となっている。また、健康保険法の場合、地域看護師の査定結果をもとに、看護師(レベル5)がケアプランを作成するため、専門のケアマ

¹⁹⁷ 韓国政府資料(a)

¹⁹⁸ 厚生労働省資料「介護保険事業状況報告の概要(平成30年8月暫定版)」

¹⁹⁹ 筆者計算

²⁰⁰ 韓国政府資料(a)

²⁰¹ 増田(2008)p205

²⁰² 重度の認知症の場合はつく場合がある。(中島 2018)

ネージャーはいない²⁰³。家庭医(GP) や地域看護師が要介護者の相談を受け、必要な機関に繋いでいるため、日本でいうケアマネージャーの役割に類似している²⁰⁴。

また、ドイツは2008年改正時にケースマネジメントという制度が導入され、保険給付に介護相談が創設された。保険給付を受給する被保険者は、介護相談員に相談し、援護計画の作成などを請求することができることとなった²⁰⁵。これに伴い、介護支援拠点が各地に創設されたが、日本の在宅介護支援センターをモデルにしたと言われている²⁰⁶。

一方、韓国ではケアマネジメント体制は導入されていない。ケアマネジメントを導入しなかった理由として、3点挙げられる²⁰⁷。①介護保障制度施行当時、要介護認定者が少なく、サービスも多くなかったためケアマネジメント体制の必要がなかった、②ケアマネジメント体制創設には多額な費用を要する、③公団が画一的な「標準ケアプラン」を作成し、対象者に送付することとしたからである。しかし、保健福祉部が発行する2022年までの第二次長期療養基本計画によると、利用者の生活の質を確保するために、ケアマネジメントを導入するという報告があった。公団と介護事業者が共同して受給者のニーズを調査し、適正サービスの利用を案内し、継続的に監視することを目指す²⁰⁸。

図表 64：対象国のケアマネジメント

	日本	ドイツ	オランダ			韓国
名称	介護保険法	公的介護保険	長期介護法	健康保険法	社会支援法	老人長期療養保険法
ケアマネジメント	○	△ (ケースマネジメント)	○	○	○	×
ケアマネジメント詳細	要介護者の場合、居宅介護支援事務所のケアマネージャーが作成し、その結果を通知	介護相談員が要介護者と共同して個別のケアプランを作成	Care Officeと被保険者が共同してサービスを決定する	看護師がケアプランを作成	自治体が被保険者にあった補助サービスを提供	2022年に導入を検討

²⁰³ 中島(2018)

²⁰⁴ 中島(2018)p96

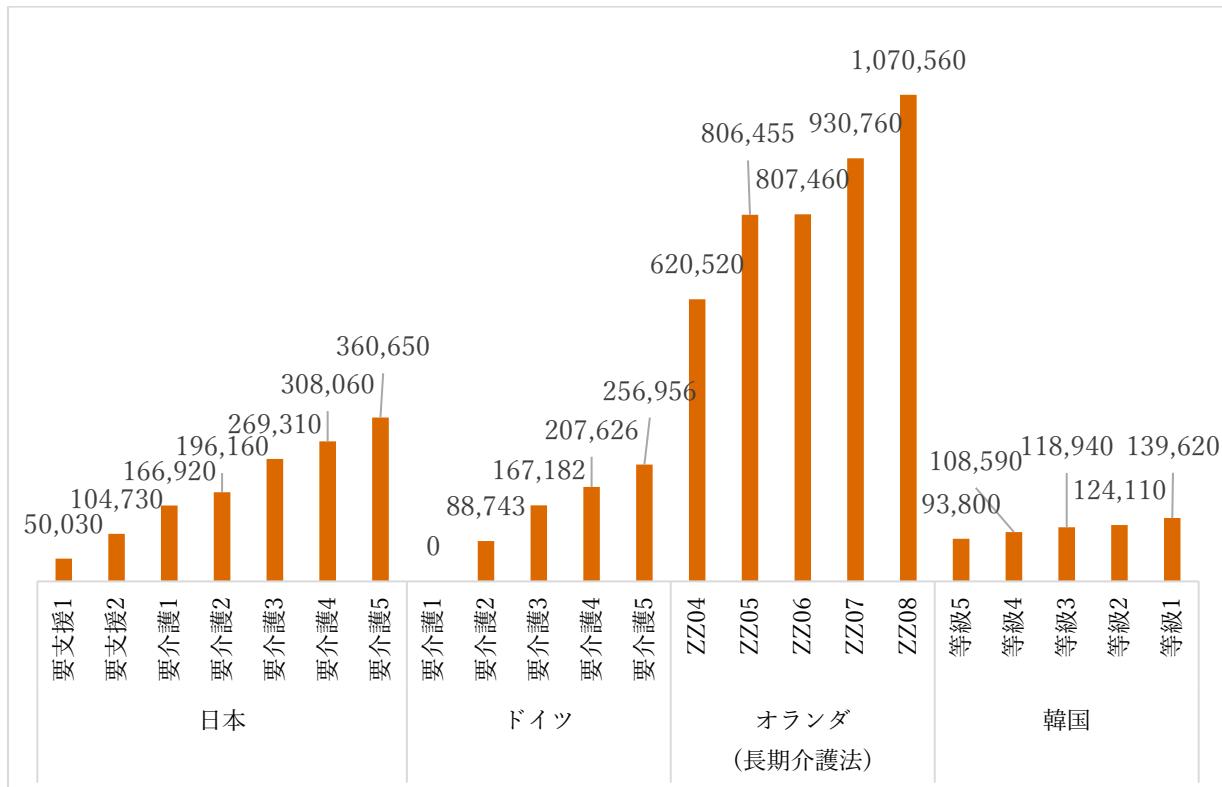
²⁰⁵ JILPT資料「第二章ドイツ介護保険制度における介護者の支援」p28

²⁰⁶ 斎藤(2013) p. 23

²⁰⁷ 宣(2016)

²⁰⁸ 保健福祉部 第二次長期療養基本計画(2018～2022)（最終確認日：2018/12/27）
(http://www.mohw.go.kr/react/a1/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=343927&page=1)

図表 65：最大補償額(日本、ドイツ、韓国に関しては在宅の限度額)



才. 財源構成

韓国と日本とともに保険料、公費、自己負担と財源の構成要素は共通している。しかし、保険料の内訳は全く異なっている。日本では65歳以上の第一号保険者と40歳から64歳の第二号保険者から保険料を徴収しているが、韓国では、国民健康保険加入者全員から徴収している。さらに高齢者が子どもの扶養に入っている場合、保険料を払う義務がない被扶養制度を導入しているため、主に労働人口からの保険料で成り立っていると考えられる。また、日本よりも自己負担額を多く設定しているのは、国家の財政を最優先に考える韓国政府の特徴であると考えられる。

ドイツの財源は他国と異なり、ほぼ保険料で賄っている。保険料を払うことができない低所得者に対しては、社会扶助で保険料を賄うこととしている。また、ドイツの介護保障制度は部分保険であるため、保険の最大補償額を超えた場合は全額自己負担となる。そのため、低所得者に対するセーフティーネットを設ける必要があると中澤(2018)は言う。

図表 66 : 財源構成

	日本	ドイツ	オランダ			韓国
名称	介護保険法	公的介護保険	長期介護法	健康保険法	社会支援法	老人長期療養保険法
財源構成	保険料 公費 自己負担	保険料 その他	保険料 公費 自己負担 その他	保険料 公費 控除免責額	自治体の財源 公費	保険料 公費 自己負担
保険料の設定	保険者による 所得比例 3年ごとに改定	全国一律 所得比例 子ども の有無 で割合 変化 3年ごと に改定	全国一律 所得比例 (9.65%)	所得比例 全国一律 所得比例 定額 保険者による 年間平均 1300€	—	保険料＝ (報酬月額) × (健康保険料率) × (長期療養保険料)
自己負担	あり 基本 10%、 所得に応じ て変化	原則な し	あり 所得に応じて変化	原則なし	—	あり 在宅 15%, 施設 20%
サービス内容	在宅給付 施設給付 地域密着型 給付 (予防給付も あり)	在宅給 付 (現物給 付、現 金給付) 施設給 付	主に施設給付 現金給付	在宅給付 (特に訪問 看護) 現金給付	地域に根付い たケア 現金給付	在宅給付 施設給付 現金給付

力. 現金給付等

ドイツもオランダも韓国も家族(ときには隣人)による介護を補完するという目的でサービスの一つに現金給付制度を導入しているが、各国ごとに現金給付の名前や規模、方法は様々である。

ドイツは、現物給付と同様の査定基準で受給を認められ、直接自分の口座に振り込まれる。現物給付時よりも 5~6 割少ない額に設定されているが、普及率は他 2 か国よりも大きくなっている。

オランダは不正受給の問題から、近年個人介護予算(PGB)の受給認定は厳格になっているといわれている。長期介護法、社会支援法に関しては個人介護予算(PGB)を直接要介護者の口座に振り込むことをやめ、SVB(social insurance bank)と呼ばれる機関が受給者の代わりにケア提供者に支払うこととした。これにより個人介護予算(PGB)は「ケアクーポン」に近いものとなった。一方健康保険法の個人介護予算(PGB)は、ケア提供者に介護報酬を受給者自ら支払い、その額を保険者に提示し、受給するというプロセスを踏む。続いて、上限額をみると、長期介護法の個人介護予算(PGB)は他と比較すると抜きん出て高額となっている。一方、社会

支援法の個人介護予算(PGB)は、自治体が「適切」と判断した額であるため、インフォーマルケアはプロによらないケアであるという理由で、故意的に低く設定することも可能である。

大森の指摘によれば、モラルハザードが生じやすい介護業界であるがゆえにオランダ政府は個人介護予算(PGB)を拡大するのではなく、最大限現物給付で抑えたいのではないか、と述べていた。

次に韓国の特別現金給付(家族療養費)に注目する。韓国では、現金給付導入時、「介護の社会化に逆向する」という意見は大きくなく、スムーズに導入に進んだ。ドイツ、オランダは現物給付時と給付対象者は変わらないが、韓国では厳格な条件が設定されており、該当者は全国で1000人程度である。また、在宅給付に上限は増加の一歩をたどっているが、特別現金給付(家族療養費)に関しては、介護保険施行時から一定で、かつ要介護度関係なく1万5000円とかなり少額である。現在、15万ウォンという水準をあげるべきであるという意見と、廃止するべきだという意見がある。今後、この制度は大きく見直されると考えられる。

家族療養保護士に支払う賃金に関しては、政府が現金給付と法で定めたものではなく、保健福祉部によって運用されているものである。不正受給、介護の社会化の逆向、そして介護の密室化が問題となり、2011年に給付額を下げたことから、近年は家族療養保護士の割合は増えていない。

このように現金給付制度を比較すると、各国それぞれの特徴があり、一様に現金給付と記すことは不可能である。またどの国も一度制度を導入したために廃止することができないため最善の政策を模索している、と中澤は言う。

日本は、現金給付導入要否の議論時、「介護の社会化」という方針に逆向する策ではないかということで導入は断念した。中澤は、今後、家族介護へのケアをすべきであるが介護保険ではなく、労働政策の一環で行えばよいのではないかと述べていた。

図表 67 : 現金給付等

ドイツ		オランダ			韓国	
	現金給付	長期介護法の個人介護予算(PGB)	健康保険法の個人介護予算(PGB)	社会支援法の個人介護予算(PGB)	特別現金給付	家族療養保護士に対する賃金払い
位置づけ	家族支援策	被保険者の選択肢の拡大 家族やインフォーマルケアの促進			家族への手当	公式的賃金
給付対象者	給付が認められた要介護者					要介護者を介護する家族
受給条件	MDKによる審査(一部抜粋)	各保険者、自治体が審査(一部抜粋)			指定された島嶼、僻地に居住する者(一部抜粋)	療養保護士の資格を有すること(一部抜粋)
給付方法	直接給付	ケアクーポン	償還型保険	ケアクーポン	直接給付	在宅療養センターから賃金を受給
上限額 ²⁰⁹	現物給付時の5~6割減 月約11万6千円(要介護V)	月約79万5000円 (ケア強度パッケージVV08)	時給約3000円 (インフォーマルケア)	自治体が「適切」と判断した額	月1万5000円 (要介護度関係なし)	最大2万8000円(例外:5万4000円) (要介護度関係なし)
普及度	現金給付のみ 46.6% 現物給付のみ 6.0% 組み合わせ 13.4% (2016年) ²¹⁰	歳出のうち 9.1% (年々増加傾向)	N/A	N/A	介護保険給付額のうち、 0.03% (一定)	療養保護士のうちの割合 20% (減少)

²⁰⁹ 1€128.8円、1ウォン0.1円で換算

²¹⁰ ドイツ政府資料「Leistungsarten_ab1995」をもとに弊社作成。

(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>) (最終確認日 2018/12/20)

参考文献

- 増田雅暢, 2008 「世界の介護保障」 『法律文化社』
- 増田雅暢, 2014, 「日本とドイツの介護保険観の相違」 『週刊社会保障』 No. 2798: 32-33.
- 中澤克佳, 2018 「介護保険の持続可能性：オランダ・ドイツからの示唆」 『平成 29 年度海外行政実態調査報告書』
- 田畠洋一 2018, 「ドイツ介護保険の要介護認定と介護給付」 『週刊社会保障 No. 2965』
- 韓国政府資料
「2018 년 상반기 노인장기요양보험 주요통계」
- 国民健康保険公団 (2018) 「2018 年度老人長期療養保険制度満足度及び認識度調査結果報告書」
- 金貞任, 2013 「韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護支援の現状」 『海外社会保障研究 Autumn 2013 No. 184』
- 山路憲夫(2009) 「韓国「老人長期療養保険」と日本の介護保険との比較」 『白梅学園大学・短期大学紀要』 45:1~11
- 渡辺富久子, 2016, 「ドイツにおける介護保険法の改正—認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更—」 『外国の立法』 268: 38-89, 国立国会図書館
- 松岡洋子、中島民恵子他 12 人, 2018 「平成 29 年度先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書」 『一般財団法人 長寿社会開発センター』
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構(JILPT), 2017, 「ドイツ介護保険制度における介護者の支援」, 『ヨーロッパの育児・介護休業制度』 No. 186: 18-29.
- 齋藤香里, 2013, 「ドイツの介護者支援」 『海外社会保障研究』 Autumn No. 184: 16-29.

(2) 参考 日本の介護保険制度

①介護保険制度の現状

ア. 制度施行の背景と目的²¹¹

介護保障制度制定の背景

介護保険制度開始前は、老人福祉制度および老人医療制度の2つの制度によって高齢者へのケアが実施されていたが、高齢化の進展に伴い、要介護高齢者の増加、介護期間の長期化など、介護ニーズは増大した。さらに核家族化の進行、介護する家族の高齢化など、要介護高齢者を支えてきた家族をめぐる現状が社会問題化するにつれ、従来の2つの制度による対応は限界であると考えられた。そのため、ドイツやオランダの制度を参考に「高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組み作り」を目的として2000年に介護保険法が施行された。

介護保障制度の理念・目的

介護保険法は、高齢者の身の回りの世話をするだけではなく、高齢者の自立を支援すること、利用者がサービスを選択して受給できること、さらに給付と負担の関係が明確な社会保険方式であることが基本の考え方となっている²¹²。

介護保険法が2000年に施行されて以降、3年ごとに制度の見直しがなされており、2018年4月の改正では、地域包括ケアシステムを深化、推進するとともに制度の持続可能性を確保する制度作りが目指されている²¹³。

特に重視されている地域包括ケアシステム²¹⁴では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域作りが目指されている。このシステムの構築には、自助・共助・互助・公助を体系化する役割が必要とされており、全国一律の介護保険サービスではなく、各市区町村が地域の実情に応じて、多様なサービスを充実させる取り組みが行われている。2018年からこの取り組みを「介護予防・日常生活支援総合事業」が開始した(以下、「総合事業」と呼び、一層力を入れている。このように予防給付の一部を総合事業へと移行したため、各市区町村が地域の実情に合わせ、サービスの運営や利用料を独自に設定できるようになった。すなわち、介護予防サービスなどは国主導から自治体主導にシフトしていることができる。

一方、介護保険制度の持続可能性を確保するために、介護サービス利用時の自己負担額が2割に該当する者のうち、特に所得の高い層の自己負担の割合を3割とすることとした。さらに現在、自己負担額が1割の者に対しても原則2割に向けて、段階的に引き上げるべきと財政制度等審議会から提案された。

²¹¹ 増田(2008)「世界の介護保障」『法律文化社』を参考にしたい。

²¹² 厚生労働省(a)p4

²¹³ 厚生労働省(b)p28

²¹⁴ 厚生労働省(c)

イ. 保障制度の内容

保険者、被保険者

保険者は全国の市町村および特別区(東京 23 区)等である。保険者ごとに高齢化率や被保険者の所得水準が異なり、保険者間の財政力の差を解消するために国から調整交付金が提供される²¹⁵。被保険者は①65 歳以上の者(第 1 号被保険者)、②40~64 歳の医療保険加入者(第 2 号被保険者)である²¹⁶。

給付対象者

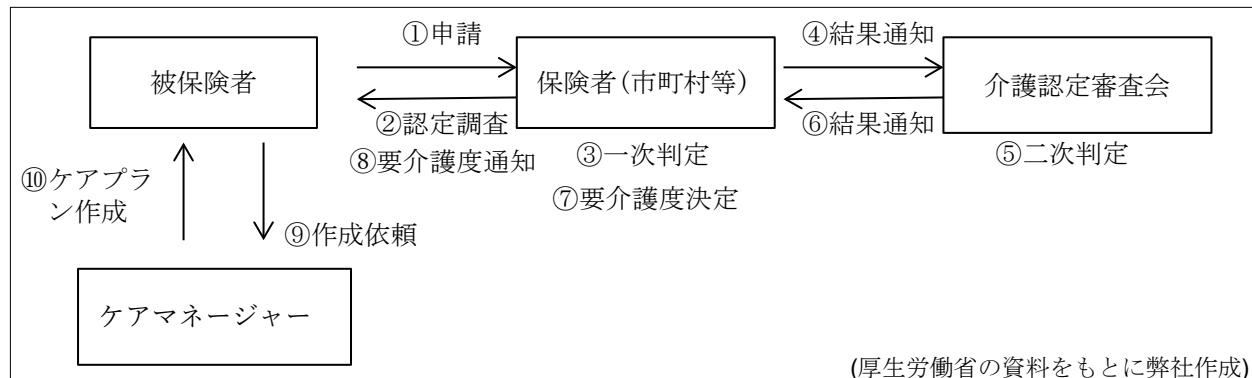
給付対象者は 65 歳以上の要支援・要介護認定者に該当する者、または、40~64 歳以下で加齢に起因する 16 の特定疾病(末期がんや関節リウマチ等)により要支援・要介護状態になった者²¹⁷である。

要介護度認定²¹⁸

被保険者が給付を希望する場合、図表 68 の①~⑩の順で給付の要否に関する検討が行われる。まず、申請者は、保険者である市町村等に申請を行い、保険者の職員が認定調査を行う。その結果を調査票と特記事項にまとめ、全国共通の判定ソフトを用いた一次判定が行われる。このとき調査される項目としては、直接生活介助、間接生活介助、問題行動関連介助、機能訓練関連行為、医療関連行為の 5 分野であり、介護に必要な時間を算出する。

一次判定結果や主治医からの意見書に基づき、市町村等に設置される介護認定審査会²¹⁹において二次判定が下される。その後保険者である市町村等が要支援、要介護度を判定し、被保険者に通達する。

図表 68 : 要介護認定プロセスおよび一次判定基準)



²¹⁵ 厚生労働省(b)

²¹⁶ 厚生労働省(d) p. 9

²¹⁷ 厚生労働省(b)

²¹⁸ 要介護認定に関しては、厚生労働省「介護認定審査会委員テキスト 2009(改訂版)(平成 30 年 4 月改定)」を参照されたい。

²¹⁹ 委員は、保健、医療、福祉に関する学識経験者であり、介護認定審査会は、各分野のバランスに配慮した構成とし、市町村長が任命。(厚生労働省(c))

要介護度

要介護度1～5、要支援1、2および非該當に区分される。要介護状態の定義は「身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要な程度に応じて厚生労働省令で定める区分（要介護状態区分）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）という」と定められている。

一方、要支援状態の定義を「身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要な程度に応じて厚生労働省令で定める区分（要支援状態区分）のいずれかに該当するものをいう。」と厚生労働省は定めている。

要介護1～5の該当者は、介護給付の受給が認められる。要支援1、2の該当者は予防給付を利用し、非該当者は総合事業のみ利用可能となる。

自己負担

サービスおよび、利用者の所得ごとに自己負担額は異なる。在宅サービス利用時は、自己負担額は、介護サービス利用額の1～3割、食費、居住費、日常生活費などの合計である。居宅介護支援²²⁰は保険給付であるため、自己負担はない。介護サービス利用額が図表69に示した支給上限額を超えた場合、超えた分は全額自己負担となる。

図表69：一ヶ月当たりの区分支給限度額(円)(平成27年介護給付費実態調査(5月審査分))

要支援1	50,030
要支援2	104,730
要介護1	166,920
要介護2	196,160
要介護3	269,310
要介護4	308,060
要介護5	360,650

出典：厚生労働省資料

施設サービス利用時は、自己負担額は、介護サービス利用額の1～3割、食費、居住費、日常生活費などの合計である。食費、居住費に関しては、要介護者の所得に応じて、負担限度額を設定している。

²²⁰ 例：ケアマネージャーによるケアプラン作成時の費用

在宅サービス、施設サービス利用時、介護サービスの自己負担額が世帯合計で上限額を超えた場合、所得に応じて超えた分が払い戻される高額介護サービス費が設定されている。この自己負担額には食費、滞在費、日常生活費²²¹などは含まれない。

財源構成

総介護費用から自己負担額を除いた介護給付費のうち、半分を保険料、との半分を公費で賄っている。保険料の内訳は、第一号保険料は 23.1%、第二号保険料は 26.9%を占めている²²²。公費の内訳は、国庫負担金（定率分）20%、国庫負担金（調整交付金）5%、都道府県負担金 12.5%、市町村負担金 12.5%となっている。

保険料の設定

第一号、第二号被保険者ごとの保険料に関して、図表 70 にまとめた。

図表 70：第一号、第二号被保険者ごとの保険料設定

	第一号被保険者	第二号被保険者
徴収者	市区町村	医療保険者
徴収方法	約 9 割：年金から天引き 約 1 割：市町村の個別徴収	医療保険者が医療保険の保険料と一緒に徴収（給料から天引き）
保険料	5514 円 (+542 円) ²²³ (前期との比較) (全国平均)	総報酬 × 1.57%
備考	・保険料は市町村民税の課税状況等に応じて段階的に設定。標準は 9 段階に分かれている。 ・公費から低所得者の保険料軽減を強化している。	・介護保険料率は全国一律である。

（厚生労働省の資料をもとに弊社作成。）

給付サービス内容

要介護者に対しては介護サービス、要支援者に対しては予防サービスが用意されている。介護サービスには在宅サービス、施設サービス、地域密着型サービス²²⁴に分けられる。

²²¹ 例：理美容代、教養娯楽費用、預り金の管理費用

²²² 第 1 号、第 2 号保険料の割合は、介護保険事業計画期間(3 年)ごとに人口で按分している。（厚生労働省(b)）

²²³ 第 6 期(平成 27 年～29 年)の基準となる保険料。市区町村ごとの保険料基準額に所得に応じた割合を掛けて保険料を決定する。

²²⁴ 地域密着型サービスとは、住み慣れた地域で多様かつ、柔軟なサービスを提供するための枠組みである。（厚生労働省(c)）

在宅サービスに関しては、ケア提供者が自宅に訪問する訪問サービスと要介護・要支援者が施設に通う通所サービス、さらには短期間施設に宿泊することができる短期入所サービスなどがある。施設サービスは、要介護者の利用に限られており、要支援者は利用できない。

参考文献

厚生労働省

- a)老健局総務課「公的介護保険制度の現状と今後の役割」(平成 27 年度)
- b)老健局総務課「公的介護保険制度の現状と今後の役割」(平成 30 年度)
- c)老健局振興課「介護予防・日常生活支援総合事業の基本的な考え方」
- d)「日本の介護保険制度について」(2016 年 11 月版)

(3) 参考 スウェーデンの社会保障制度²²⁵

スウェーデンはこれまで示してきた介護保険制度がないため、本稿では特に家族介護支援に着目してその概要について参考に記載する。

概要

スウェーデンの介護サービスは「社会サービス法」に基づき、基礎自治体（コムーネ）が提供している。この政策はスウェーデンの医療福祉の方向性を示した1992年のエーデル改革にその端緒がみられる。

この改革の中で、状態の変化に変化しても同じ場所で済み続けることが方針として示され。コムーネ中心のサービス提供体制に移行した。こうした中で、「高齢者の住まい」とは程遠いような相部屋のナーシングホームは閉鎖され、個室の高齢者施設が増設されることとなった。また在宅においても、バリアフリーな住宅設計が推奨されるようになった。このような改革は日本にも影響を与え、ユニット型特別養護老人ホームなどの考え方にも影響を与えているといえる。

家族介護者支援

スウェーデンにおける社会サービス法において、ケアや必要なサービスの最終責任は自治体にあると定められており、そのため、家族の有無にかかわらず個人が介護給付を受けられる仕組みとなっている。しかし、エーデル改革が開始して以降、1990年代には、何らかの形で家族から支援を受けながら生活している高齢者が報告されるようになった。そのため、スウェーデン国内でも家族介護者を支援するプロジェクトが開始し、家族の介護負担軽減をが検討された。

この中では、介護負担のための支援員の派遣や介護を行うのに必要な教育プログラムなどが実践されている。久保によれば、その中で特に着目すべき点として「家族支援員」があげられている。家族支援員とは、主に家族介護者へのコンタクト、家族介護者同士の会合のアレンジ、特別なニーズを持った家族介護者へのアプローチ方法などが行われており、スウェーデンの社会サービスシステムにおいて、高齢者等本人ではなく、家族介護者を対象とした支援の取り組みとなっている。

現金給付の視点

スウェーデンでは、ドイツや韓国のような現金給付は実施されておらず、介護の社会化という視点から考えると今後も制度化されることはほとんどないと考えられる。

²²⁵ 久保（2018）スウェーデン・日本における認知症高齢者の家族介護者支援に関する比較研究 大阪大学大学院人間科学研究科紀要を参考に作成

5. 現金給付等導入推計

本章では、前章までの議論を踏まえ、ドイツおよび韓国において実施されている現金給付等を日本において導入しようとした場合の検討を行う。なお、オランダでは、個人介護予算 (PGB) が現金給付等の仕組みに該当すると考えられるが、長期介護法 (WLZ)、健康保険法 (ZVW) の各制度において設定される個人介護予算 (PGB) は直接、要介護者本人または家族に給付があるわけではなく、要介護者本人が受けたケアの対価がケア提供者に支払われる仕組みとなっている。したがって、この制度は本事業において想定している現金給付等の仕組みからは外れることから、本推計は実施しないこととした。

(1) 推計

①推計の考え方

ドイツの現金給付等を支給した場合、韓国の仕組みにのっとたいわゆる現金給付等をした場合の推計を以下のようなプロセスで、行った。

初めに、高齢者の将来人口推計結果 (A 高齢者将来人口) を実施し、その結果を基に 2015 (平成 27) 年の要介護者認定率が将来にわたって同率であるとの仮定のもと、要介護高齢者数の推計 (B 要介護高齢者数) を行った。この結果を踏まえて、2015 (平成 27) 年の在宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスの各類型の利用割合が将来にわたって同率であるとの仮定のもと、日本における現物給付者数の推計 (C 現物給付利用者数) を実施した。

ここで、推計された現物給付対象者の中には、現金給付が開始されることにより、現物給付から現金給付に転換する人が生じることが想定され、各サービス類型について、転換する割合 (α 転換率) を設定した。なお、転換率については、3つのタイプ (α_1 、 α_2 、 α_3) を設定した

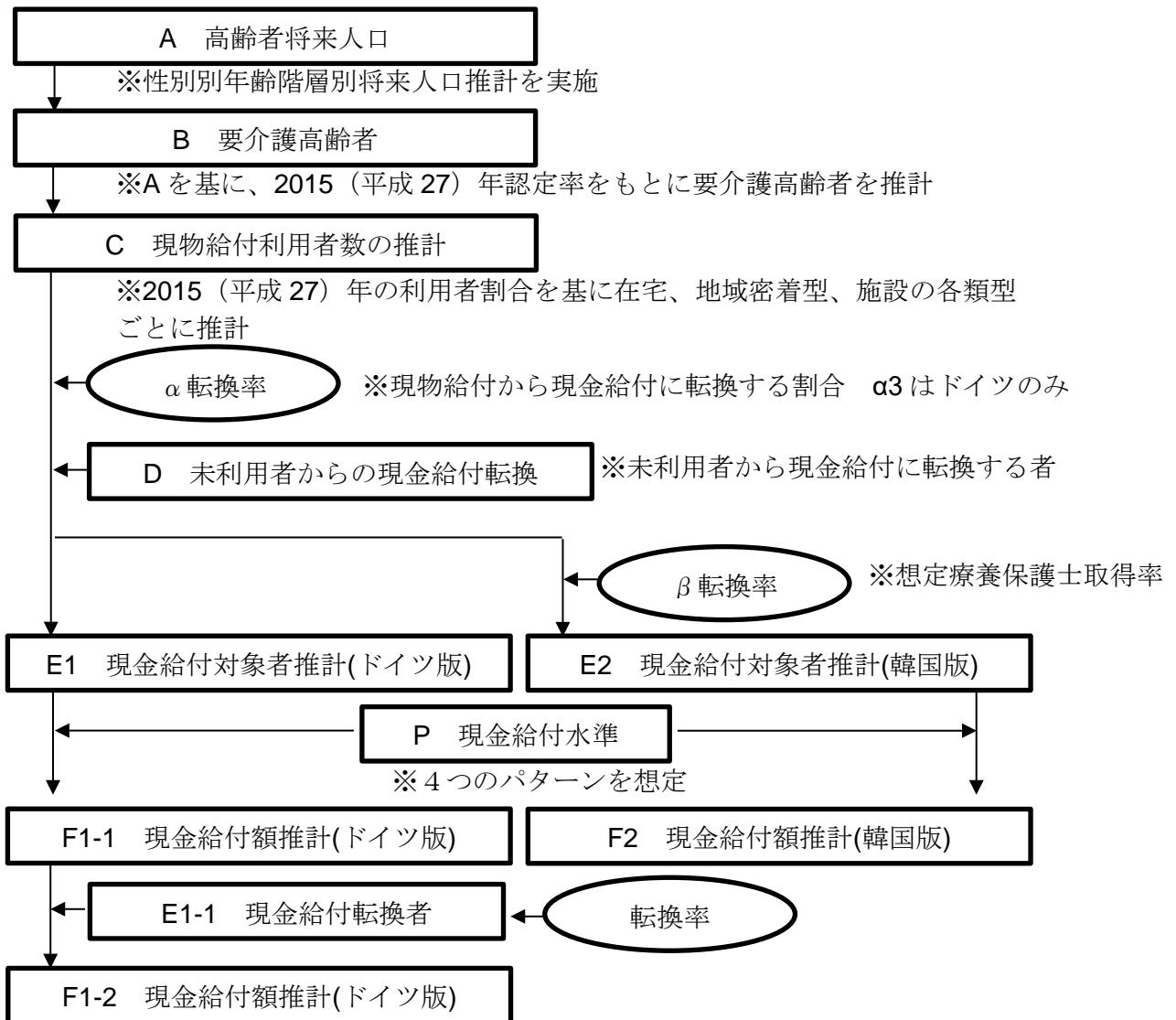
ドイツの場合、先述のとおり、現物給付対象者の範囲が広いため、要介護高齢者のうち、現在介護サービスを利用していない者も現金利用が促進されると考えられることから、現物給付未利用者のすべてが現金給付を利用する (D 未利用者数) と仮定し上で、現金給付対象者数を推計した。

韓国の場合には、介護する家族等が韓国における「療養保護士」に対する介護事業者からの賃金として支払われるため、単純な比較はできないものの、上記現物給付から現金給付に転換するには、療養保護士の取得割合の想定を置き、転換率 (β 現金給付のための療養保護士取得率) をもとに現金給付対象者数を計算した。

上記、ドイツおよび韓国を日本に導入した場合の現金給付対象者数が確定したのち、要介護度別一人あたりの現金給付対象額について 4 つのパターン (P1～P4) を置き、それについて試算した。

また、ドイツの場合は、さらに、E1 で現金給付対象者の推計されたものの他、現物給付対象者の中から一定割合の人が現金給付に転換するとの仮定を置いた場合を推計した。

図表 71：推計の考え方



これらの結果を踏まえ、日本において現金給付等を導入した場合のア. 財政効果、イ. 現金給付導入時の保険料額、ウ. 介護市場へのインパクト、エ. 社会的な影響 の各項目について考察する。

②推計結果

以上の推計の考え方を踏まえ、以下の通り推計を行った。

ア. 高齢者将来人口 (A)

高齢者人口 (A) については、現金給付が導入されたとしても変動はない。そのため、現在の人口及び将来推計人口²²⁶をそのまま用いて推計を行っている。

図表 72：推計に用いた将来人口推計 高齢者人口 (A) (万人)

	総数			男性			女性		
	0-14 歳	15-64 歳	65 歳-	0-14 歳	15-64 歳	65 歳-	0-14 歳	15-64 歳	65 歳-
平成 27 年	15,945	77,282	33,868	8,164	39,021	14,657	7,781	38,261	19,211
平成 32 年	15,075	74,058	36,192	7,719	37,449	15,728	7,356	36,609	20,464
平成 37 年	14,073	71,701	36,771	7,207	36,293	15,950	6,866	35,408	20,821
平成 42 年	13,212	68,754	37,160	6,771	34,824	16,102	6,441	33,930	21,057
平成 47 年	12,457	64,942	37,817	6,384	32,925	16,412	6,073	32,017	21,404
平成 52 年	11,936	59,777	39,206	6,117	30,349	17,129	5,819	29,427	22,077
平成 57 年	11,384	55,845	39,192	5,835	28,395	17,193	5,550	27,450	21,999

イ. 要介護高齢者人口 (B)

要介護高齢者人口 (B) については、性・年齢階級別認定率、年齢階級別施設利用率が現状（平成 27 年）のまま変わらないとして、これを高齢者人口 (A) の将来人口推計結果に機械的に乗じて算出した²²⁷。なお、制度改正等の影響は考慮せず、予防的給付による要介護度の改善、地域支援事業への利用意向などは加味していないので留意が必要である。

図表 73：要介護高齢者 (B) の将来推計 (千人)

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
平成 27 年	1,248	1,115	831	762	622	4,578
平成 32 年	1,448	1,301	983	907	731	5,371
平成 37 年	1,628	1,465	1,117	1,036	829	6,075
平成 42 年	1,789	1,611	1,236	1,149	913	6,697
平成 47 年	1,902	1,728	1,340	1,251	987	7,208
平成 52 年	1,931	1,787	1,407	1,329	1,043	7,497
平成 57 年	1,908	1,764	1,390	1,313	1,031	7,406

²²⁶ 各年 10 月 1 日現在の総人口(日本における外国人を含む)。平成 27(2015)年は、総務省統計局『平成 27 年国勢調査 年齢・国籍不詳をあん分した人口(参考表)』による
国立社会保障・人口問題研究所 日本の将来推計人口 (H29 年推計)

表 1-9A 男女年齢 5 歳階級別人口、年齢構造係数及び性比(総人口)：出生中位(死亡中位)推計

²²⁷ 社会保障審議会介護保険部会(第 55 回) 平成 28 年 2 月 17 日資料 1 にて掲載されている数値に基づき計算した。

ウ. 現物給付対象者 (C)

現物給付対象者(C)については、現在（平成 27 年）の受給者状況²²⁸にもとづき、要介護者に占める受給者割合²²⁹を算出した。その結果を、サービス分類ごとの要介護高齢者 (B) の推計値に乘じて、将来のサービス分類ごとの現物給付受給者数を推計した。

図表 74：現在の現物給付状況（千人）

	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
居宅サービス	2,875	921	845	512	358	240
地域密着型サービス	412	79	97	102	78	56
施設サービス	927	53	104	207	294	269
総数	4,009	1,023	997	766	688	535

図表 75：要介護者に占める受給者割合（%）

	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
居宅サービス	62.8%	73.8%	75.8%	61.6%	47.0%	38.6%
地域密着型サービス	9.0%	6.3%	8.7%	12.3%	10.2%	9.1%
施設サービス	20.3%	4.3%	9.3%	24.9%	38.6%	43.3%
総数	87.6%	82.0%	89.4%	92.1%	90.2%	86.0%

²²⁸ 介護給付費等実態調査報告 H27 年度末

統計表第 2 表 介護サービス受給者数、月・年齢階級・サービス種類・要介護状態区分別

注： 総数には、月の途中で要介護から要支援に変更となった者を含む。

注：各サービスの重複利用者分を含む。ただし、神戸市が示したデータによると重複利用者は全体の 0.5%程度と推察される。そのため、本推計では重複利用分を考慮せず実施した。

²²⁹ 要介護者に占める受給者割合＝現在の現物給付状況 ÷ サービス分類ごとの要介護者 (B)

図表 76：現物給付 受給者将来推計 (C) (千人)

居宅サービス利用者 C1	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	2,875	921	845	512	358	240
平成 32 年	3,368	1,069	986	605	426	282
平成 37 年	3,805	1,201	1,110	688	487	320
平成 42 年	4,193	1,320	1,220	761	540	352
平成 47 年	4,506	1,403	1,309	825	588	381
平成 52 年	4,672	1,425	1,354	866	624	402
平成 57 年	4,615	1,408	1,337	855	617	398
地域密着型サービス利用者 C2	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	412	79	97	102	78	56
平成 32 年	484	92	113	121	93	66
平成 37 年	548	103	127	137	106	75
平成 42 年	605	113	140	152	118	83
平成 47 年	652	120	150	165	128	90
平成 52 年	681	122	155	173	136	95
平成 57 年	672	121	153	171	134	94
施設サービス利用者 C3	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	927	53	104	207	294	269
平成 32 年	1,094	62	121	245	350	316
平成 37 年	1,242	69	136	278	400	358
平成 42 年	1,372	76	150	308	444	395
平成 47 年	1,486	81	161	334	483	427
平成 52 年	1,563	82	166	351	513	451
平成 57 年	1,544	81	164	346	507	446
総数	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	4,009	1,023	997	766	688	535
平成 32 年	4,704	1,188	1,164	906	818	629
平成 37 年	5,321	1,335	1,310	1,029	934	712
平成 42 年	5,867	1,467	1,441	1,139	1,036	785
平成 47 年	6,317	1,560	1,546	1,234	1,129	849
平成 52 年	6,574	1,584	1,598	1,297	1,199	896
平成 57 年	6,493	1,565	1,578	1,280	1,184	886

工. 転換率 (α : $\alpha 1$ 、 $\alpha 2$ 、 $\alpha 3$)

次に、現物給付利用者が現金給付への転換率について検討した。

まず、施設サービス利用者については、単位数から考えてもサービスを受給したほうが現金給付を受けるよりも、得られる利益は大きいと判断され、合理的な判断をするならば、退所することは考えにくいと考えられる。したがって転換率は「0 %」として設定する。

次に、地域密着型サービスについても、認知症対応型共同生活介助や地域密着型介護老人福祉施設等についても、同様に対処することは考えにくい。このため、転換率については、

地域密着型サービスの利用者に占める、定期巡回・臨時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、複合型サービスの利用者の割合を、居宅サービスの転換率に乘じた値として、設定する。

在宅サービスからの転換率については、現物給付の対象者が一定割合転換することが考えられる。本推計では、ドイツの現金給付率を参考に居宅サービス受給者の 50%が転換するとの仮定をおいて推計を行った。

図表 77：各サービス類型からの現金給付への転換率（ $\alpha 1$ ：転換 50%想定）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
在宅サービスからの転換率	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%	50.0%
地域密着サービスの転換率	26.4%	22.6%	18.5%	16.5%	16.1%
施設サービス利用者の転換率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

地域密着型サービスのうち、特定施設、共同生活援助利用者以外の割合	52.8%	45.2%	37.0%	32.9%	32.3%
----------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

また、後述する現金給付等金額の上限を超えて、現物給付が利用できると考えられる場合、合理的に考えれば、現物給付を選択すると考えられる。そこで、現金給付を選択するのは、現金給付額の上限値までと想定される。後述する現金給付水準 (P) において、4 パターンの水準設定をしている。このうち、区分上限額を想定した P2 以外の各項目について、現金給付上限額を超えた場合は、現物給付を選択するとの仮定を置き、推計を行った（ $\alpha 2-1, 3, 4$ ）。なお、在宅サービスの統計値²³⁰をもとに転換率を計算し、地域密着型サービス、施設サービスからの転換率は $\alpha 1$ と同じ推計方法とした。

図表 78：各サービス類型からの現金給付への転換率（ $\alpha 2-1$ ：P1 の支給額を想定した場合）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
在宅サービスからの転換率	77.0%	72.6%	59.4%	63.7%	46.4%
地域密着サービスの転換率	40.6%	32.8%	22.0%	21.0%	15.0%
施設サービス利用者の転換率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

図表 79：各サービス類型からの現金給付への転換率（ $\alpha 2-3$ ：P3 の支給額を想定した場合）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
在宅サービスからの転換率	64.4%	49.4%	43.1%	38.1%	33.9%
地域密着サービスの転換率	34.0%	22.4%	15.9%	12.6%	11.0%
施設サービス利用者の転換率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

²³⁰ 平成 27 年度介護給付費実態調査 統計表第 35 表 居宅サービス給付受給者数・給付単位数、居宅サービス給付単位数階級・要介護（要支援）状態区分別

図表 80：各サービス類型からの現金給付への転換率（ $\alpha 2-4$ ：P4 の支給額を想定した場合）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
在宅サービスからの転換率	77.0%	72.6%	70.2%	68.3%	59.2%
地域密着サービスの転換率	40.6%	32.8%	26.0%	22.5%	19.1%
施設サービス利用者の転換率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

また、図表 20 にも記したように、ドイツのサービスごと受給者数は、在宅のサービス受給者のうち、現金給付支給対象者は2015年実績で69.3%であることから、日本でも同程度の改定が行われると想定して、ドイツの場合のみ、以下の転換率を設定した。

図表 81：各サービス類型からの現金給付への転換率（ $\alpha 3$ ：ドイツの現金支給率）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
在宅サービスからの転換率	69.3%	69.3%	69.3%	69.3%	69.3%
地域密着サービスの転換率	36.6%	31.3%	25.6%	22.8%	22.4%
施設サービス利用者の転換率	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

オ. 未利用者の想定

これまでの未受給者は現金給付の制度が導入されると、要介護状態であるにもかかわらず何らかの理由で受給していなかった人であると想定され、単純に現金が受け取れるのであれば、多くの人が現金給付の受給を受けるようになると考えられる。要介護者のうち現物給付の未受給者²³¹ (D)についても算出した。

図表 82：現物給付 未受給者 (D) (千人)²³²

未受給者	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	570	224	118	65	75	87
平成 32 年	667	260	137	77	89	103
平成 37 年	753	293	155	88	102	116
平成 42 年	830	322	170	97	113	128
平成 47 年	891	342	183	105	123	139
平成 52 年	923	347	189	111	130	146
平成 57 年	912	343	186	109	129	145

カ. ドイツの制度を想定した場合の現金給付対象者

ドイツの現金給付等の特徴は、現物給付か現金給付かを選択できるところにあり、両者を併給することもできる。また、要介護度により支給割合は違うが、現金給付水準は現物給付時に支給される額の約 5 割の水準となっている。2016 年時点で、現金給付は現物給付よりも受給者が多く、全体の 40%～50% が支給を受けている。また、給付された現金は基本的に支

²³¹ 未受給者＝要介護高齢者 (B)－現物給付受給者 (C)

²³² 未受給者を算出するにあたり、総数の数値を用いて算出した。

給を受けた要介護者の裁量で自身のケアのために使ってよいこととされており、ケアそのものに活用することもあれば、旅行などの費用に充てることもできるとされている。

なお、日本と違い、ドイツの介護保険財政は保険の中で完結しており、需要が多くなると保険料の値上げにより保険財政がひっ迫しないようバランスを取る仕組みとなっている。

以上のドイツの実情踏まえ、各サービス類型から現金給付利用に転換するの人数を算出し、前出の未受給者（D）を合算して、ドイツにおける現金給付等の支給をすることとした場合の対象者数は次のようになる。

図表 83：想定される現金給付対象者数（E1 ドイツの制度を想定した場合）（千人）

	$\alpha 1 : 50\% \text{ 転換}$	$\alpha 2-1 : P1 \text{ 想定}$	$\alpha 2-3 P3 \text{ 想定}$	$\alpha 2-4 P4 \text{ 想定}$	$\alpha 3 : \text{独想定率}$
平成 27 年	2,091	2,646	2,099	2,756	2,678
平成 32 年	2,449	3,097	2,455	3,227	3,136
平成 37 年	2,767	3,497	2,772	3,645	3,544
平成 42 年	3,049	3,853	3,053	4,016	3,905
平成 47 年	3,276	4,137	3,277	4,314	4,196
平成 52 年	3,396	4,283	3,389	4,469	4,351
平成 57 年	3,355	4,230	3,347	4,415	4,297

キ. 韓国の制度を想定した場合の現金給付対象者

韓国の現金給付等の特徴は、特別現金給付（家族療養費）と介護事業者による家族介護者への賃金支払いの 2 種類あることである。前者は、条件的にほぼ受給者がいないため、本事業では後者について推計を行う。後者の特徴は、老人長期療養保険の受給者に対し介護を行う民法に定められた親族に介護事業者（から在宅訪問療養センター）から、家族療養保護士である家族に支払われる点である。そのため、推計上は、家族療養保護士に相当する資格（日本では、初任者研修等に相当すると想定される）の受講者がどれくらい発生するかを考える点にある。

共通の想定値に加えて、韓国の場合、介護の資格の取得者が対象（正確に言うと、介護事業者からの賃金）となることから、ドイツのように未受給者がすべて現金給付等を利用するとは限らない。したがって、どれくらいの要介護者の家族が介護の資格を取得するかがポイントになる。現時点で、そのような調査は実施されていないことから、韓国における介護療養保護士のうち支給を受けている人が 20%であることから、これを参考に以下の転換率を設定した。

図表 84：転換率（ β ）

要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
20.0%	20.0%	20.0%	20.0%	20.0%

以上の韓国に関する検討結果を踏まえ、現金給付対象者数を以下の通り推計した。

図表 85：想定される現金給付対象者数（E2 韓国の制度を想定した場合）（千人）

	α1：50%転換	α2-1：P1想定	α2-2 P4想定
平成 27 年	652	529	655
平成 32 年	764	619	766
平成 37 年	863	699	865
平成 42 年	951	771	953
平成 47 年	1,022	827	1,022
平成 52 年	1,060	857	1,057
平成 57 年	1,047	846	1,044

ク. 現金給付水準

現金給付の支給水準は、次の 4 パターンでの水準設定を行う。

P1. 介護時間を想定した給付水準

現金給付の対象となる支給額単価であるが、尾形（2015）²³³が実施した調査によれば、現金給付における介護 1 時間当たりの希望額は 1,000 円であり、家族介護を 1 時間増加させた場合は、1,000 円から 1,500 円程度であるとの調査結果が示されている。そのため、本事業においても、介護 1 時間当たり 1,500 円の支給するとの仮定を置いた。また、内閣府²³⁴によれば、同居している主な介護者の介護時間は、要介護度別に違いがあり以下の通りである。

この結果を踏まえたうえで上記時給単価に金額を乗じて、現金給付支給水準を設定した。

図表 86：現金給付水準（P1:介護時間水準）

	時給単価	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
支給水準（一人単価）	1,500	105,382	143,435	183,380	241,817	244,553
※尾形論文踏まえ、時給設定						
想定介護時間 1 日あたり		2.3	3.1	4.0	5.3	5.4
月（30.4 日換算）あたり		70.3	95.6	122.3	161.2	163.0

²³³ 尾形倫明（2015）家族介護者による現金給付の賛否と意向に関する研究

質問紙調査により以下の設問文で回答を求めた結果である。

全国の訪問看護ステーションのうち 570 事業所を対象に調査を実施し、103 施設から回答を得られ、その利用者である 850 世帯に対し調査を実施した結果

設問文 仮の話として、家族介護に介護保険から現金をお支払いする制度ができたとします。ですが、公的介護サービスの利用を 1 時間減らし、あなたが代わりに家族介護を 1 時間増やす必要があります。この金額なら介護が変わってもよいと思う最低額（時給）をしたから 1 つ選んでください（金額を選択）

²³⁴ 内閣府 高齢社会白書（平成 29 年度）第 1 章第 2 節

図 1-2-3-11 同居している主な介護者の介護時間（要介護者等の要介護別）
なお、ほとんど終日は 8 時間、半日程度は 4 時間、2～3 時間程度は 2.5 時間、必要な時には 1 時間と換算して時間を計算した

P2. 区分支給限度基準額

介護保険支給における区分支給限度額を現金給付の支給水準として設定した。なお、1単位10円で計算している。

図表 87：区分支給限度基準額（P2:区分支給限度水準）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
支給水準(一人単価)	166,920	196,160	269,310	308,060	360,650

P3. 区分支給限度基準額の半分

介護保険支給における区分支給限度額を現金給付の支給水準として設定した。なお、1単位10円で計算している。

図表 88：区分支給限度基準額の半額（P3:区分支給限度半額水準）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
支給水準(一人単価)	83,460	98,080	134,655	154,030	180,325

P4. 一人当たりの費用額

介護給付費等実態調査報告（平成27年度10月審査分）のデータに基づき、一人当たりの費用額を算出した。その費用額を現金給付水準として設定した場合を計算した。

図表 89：区分支給限度基準額の半額（P4:一人当たり費用額水準）

	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
支給水準(一人単価)	106,500	144,000	210,800	251,000	286,800

(2) 日本への現金給付等制度導入の影響

これまでの前提条件に基づき推計を実施した結果を記載する。なお、推計の結果を踏まえ、日本において現金給付等を導入した場合のア. 財政効果、イ. 現金給付導入時の保険料額、ウ. 介護市場へのインパクト、の各項目について考察する。

①ドイツの現金給付等の仕組みを想定した場合（現物給付と現金給付を併給不可とするパターン）

ア. 財政効果

以上の推計をもとにドイツを想定した現金給付等の仕組みを導入したとすると、以下のような結果である。財政的には、基本的には増額している。いずれにしても、支給単価を抑えるか、大幅な財政的な増額を想定しないといけない結果となった。なお、自己負担分除いた費用額を算出するために、平成 28 年度予算ベースの数値を参考に沿う費用額に 0.923 を乗じた額を減額分として推計した。その結果は以下の通り。

図表 90：現金給付支給額(F1-1)（十億円）

現金給付 転換率	α 1:50%転換				α 2			α 3
	P1	P2	P3	P4	P1	P3	P4	
現金支給 水準	P1	P2	P3	P4	P1	P3	P4	P3
平成 27 年	4,017	5,758	3,469	4,281	4,929	3,652	6,834	4,402
平成 32 年	4,717	6,758	4,053	5,029	5,784	4,261	7,983	5,142
平成 37 年	5,339	7,647	4,572	5,693	6,544	4,803	9,006	5,801
平成 42 年	5,888	8,432	5,034	6,279	7,216	5,286	9,915	6,387
平成 47 年	6,344	9,081	5,393	6,767	7,769	5,655	10,622	6,842
平成 52 年	6,612	9,457	5,563	7,058	8,086	5,817	10,955	7,058
平成 57 年	6,532	9,342	5,496	6,972	7,987	5,746	10,822	6,973

図表 91：現金給付への転換に伴う費用額（自己負担分除く）の減額分（十億円）

現金給付転換率	α 1:50%転換		α 2		α 3：独想定	
	現金支給水準	P1～P4	P1	P3	P4	
平成 27 年		2,146	2,796	2,007	3,014	2,975
平成 32 年		2,521	3,281	2,353	3,538	3,494
平成 37 年		2,854	3,712	2,661	4,004	3,955
平成 42 年		3,147	4,093	2,933	4,416	4,362
平成 47 年		3,392	4,407	3,156	4,757	4,701
平成 52 年		3,536	4,585	3,279	4,954	4,901
平成 57 年		3,493	4,529	3,239	4,894	4,841

図表 92：現金給付導入に伴い必要となる財源（十億円）

現金給付転換率	α 1:50%転換				α 2			α 3:独想定
	P1	P2	P3	P4	P1	P3	P4	
平成 27 年	1,871	3,612	1,323	2,135	2,133	1,645	3,820	1,427
平成 32 年	2,196	4,237	1,532	2,508	2,504	1,908	4,445	1,649
平成 37 年	2,485	4,793	1,719	2,839	2,832	2,142	5,002	1,846
平成 42 年	2,741	5,285	1,886	3,131	3,123	2,352	5,499	2,025
平成 47 年	2,952	5,689	2,001	3,375	3,362	2,499	5,865	2,142
平成 52 年	3,076	5,921	2,027	3,521	3,500	2,538	6,000	2,157
平成 57 年	3,039	5,849	2,003	3,479	3,458	2,507	5,928	2,131

イ. 保険料への影響

アで示した増額分を保険料の増額でカバーしようとした場合を想定して試算すると以下のとおりである。なお、保険料の支給額の計算にあたっては、第一号被保険者の負担割合を将来人口推計に基づき算出した（保険料負担 50% ×（各年度第一号被保険者数 ÷ 各年度第一号 + 第二号被保険者数））。

図表 93：上記財源が必要な場合の保険料率の増減分（円）

現金給付転換率	α 1:50%転換				α 2			α 3:独想定転換率
	P1	P2	P3	P4	P1	P3	P4	
現金支給水準								
平成 27 年	1,017	1,963	719	1,160	1,160	894	1,583	776
平成 32 年	1,168	2,253	815	1,334	1,331	1,014	1,820	877
平成 37 年	1,321	2,547	913	1,509	1,505	1,138	2,059	981
平成 42 年	1,480	2,855	1,019	1,692	1,687	1,271	2,308	1,094
平成 47 年	1,636	3,154	1,109	1,871	1,864	1,385	2,553	1,187
平成 52 年	1,754	3,376	1,156	2,008	1,996	1,447	2,739	1,230
平成 57 年	1,793	3,451	1,182	2,053	2,040	1,479	2,800	1,258

ウ. 介護市場へのインパクト

前節の推計の考え方でも示したように、現金給付等を導入するとそれに伴い、現物給付を利用している要介護者が現金給付等に転換することが想定される。転換すると想定される人数は以下のとおりである。これだけの人数が、在宅介護サービスや地域密着型サービスを利用しなくなることから、介護市場の大幅な縮小が考えられる。

図表 94：現物給付から現金給付への移行人数（人）

在宅介護サービス	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	1,299	470	417	203	136	72
平成 32 年	1,519	545	487	240	162	85
平成 37 年	1,716	613	549	273	185	96
平成 42 年	1,890	674	603	302	206	106
平成 47 年	2,028	716	647	327	224	115
平成 52 年	2,098	727	669	343	238	121
平成 57 年	2,073	718	661	339	235	120

地域密着型サービス	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	73	21	22	15	10	5
平成 32 年	86	25	25	18	12	6
平成 37 年	97	28	28	20	13	7
平成 42 年	107	31	31	22	15	8
平成 47 年	115	32	33	24	16	9
平成 52 年	119	33	35	25	17	9
平成 57 年	118	33	34	25	17	9

②ドイツの現金給付等の仕組みを想定した場合（現物給付と現金給付を併給可とするパターン）

α_2 の仮定（現金給付水準を超えて現物給付を受けられる場合は、現物給付を選択する）に加えて、在宅介護サービスの現物給付を選択した人の中からも、現金給付を選択する者が現れると想定された。そこで、在宅サービスの現物給付対象者のうち一定割合が、現金給付を利用するとした。なお、在宅サービスの給付階級別の構成比は平成 27 年度調査の結果²³⁵を活用し、平成 27 年度以降も同じ構成比で推移しているとの想定を置いた。また、統計上、個別の支給額は公開されていないため、給付階級は示されている各階級の上限額と下限額の中央値を設定し推計した。

ア. 現物給付から現金給付の併給を認めた場合の増額

前出の図表 92 の増額に加え、現物給付と現金給付の併給を認めた場合の増額を算出した。この場合、ドイツの現金給付支給率（2015（平成 27）年時点において、給付者全体に占める現金給付対象割合 69.3%）と同程度が現金給付を併給するとの仮定を置いた場合の財源の増額は以

²³⁵ 平成 27 年度介護給付費等実態調査報告 統計表第 35 表 居宅サービス給付受給者数・給付単位数、居宅サービス給付単位数階級・要介護（要支援）状態区分別

下の水準になると推計された。なお、図表 78～80 にある現金給付転換率がドイツの現金給付支給率を超えている場合は併給者はいない（すなわち併給率 0%）との仮定を置いて推計を行った。

図表 95：現物給付から現金給付への併給を認めた場合の増額（十億円）

	$\alpha 2-1 : P1$ 想定	$\alpha 2-3 P3$ 想定	$\alpha 2-4 P4$ 想定
平成 27 年	39	273	6
平成 32 年	53	362	8
平成 37 年	60	411	9
平成 42 年	66	454	10
平成 47 年	72	492	10
平成 52 年	76	517	11
平成 57 年	75	511	11

イ. 財政効果

前出の図表 92 の増額に加え、現物給付と現金給付の併給を認めた場合の増額は以下の水準になると推計された。なお、図表 78～80 にある現金給付転換率がドイツの現金給付支給率を超えている場合は併給者はいない（すなわち併給率 0%）との仮定を置いて推計を行った。

図表 96：現金給付支給額(F1-2)（十億円）

現金給付転換率	$\alpha 2$		
	P1	P3	P4
現金支給水準			
平成 27 年	2,095	1,371	3,815
平成 32 年	2,451	1,545	4,437
平成 37 年	2,772	1,730	4,993
平成 42 年	3,057	1,898	5,490
平成 47 年	3,291	2,007	5,855
平成 52 年	3,425	2,021	5,989
平成 57 年	3,383	1,996	5,917

ウ. 保険料への影響

ウで示した増額分を保険料の増額でカバーしようとした場合を想定して試算すると以下のとおりである。なお、保険料の支給額の計算にあたっては、第一号被保険者の負担割合を将来人口推計に基づき算出した（保険料負担 50% ×（各年度第一号被保険者数 ÷ 各年度第一号 + 第二号被保険者数））

図表 97：上記財源が発生した場合の保険料率の増減分（円）

現金給付転換率	α 2		
現金支給水準	P1	P3	P4
平成 27 年	1, 139	745	2, 073
平成 32 年	1, 303	822	2, 360
平成 37 年	1, 473	920	2, 654
平成 42 年	1, 651	1, 025	2, 966
平成 47 年	1, 824	1, 113	3, 246
平成 52 年	1, 953	1, 152	3, 415
平成 57 年	1, 996	1, 178	3, 491

エ. 介護市場へのインパクト

本節の推計は併給に関する分析なので、現物給付者に変更はないものの、将来的な財政負担や介護の社会化という視点からは逆行する内容となっているため、必要性について検討する必要があると考えられる。

②韓国の現金給付等の仕組みを想定した場合

ア. 財政効果

次に韓国を想定した現金給付等の仕組みを導入したとすると、以下のような結果である。ドイツと比べ、財政的なインパクトは小さいものの、ドイツと同様に支給単価を抑えるか、大幅な財政的な増額を想定しないといけない結果となった。

図表 98：現金給付支給額(F2)（十億円）

現金給付転換率	α 1:50%転換				α 2	
	P1	P2	P3	P4	P1	P4
現金支給水準						
平成 27 年	1,253	1,796	898	1,336	986	866
平成 32 年	1,472	2,109	1,054	1,569	1,157	1,015
平成 37 年	1,666	2,386	1,193	1,776	1,309	1,148
平成 42 年	1,837	2,631	1,315	1,959	1,443	1,265
平成 47 年	1,979	2,833	1,417	2,111	1,554	1,361
平成 52 年	2,063	2,951	1,475	2,202	1,617	1,414
平成 57 年	2,038	2,915	1,457	2,175	1,597	1,397

図表 99：現金給付への転換に伴う現物給付額の減額分（十億円）

現金給付転換率	α 1:50%転換		α 2	
	P1～P4	P1	P1	P4
現金支給水準				
平成 27 年	438	382	439	
平成 32 年	513	448	513	
平成 37 年	580	505	580	
平成 42 年	639	557	638	
平成 47 年	687	598	685	
平成 52 年	712	619	708	
平成 57 年	703	611	699	

図表 100：現金給付導入に伴い必要となる財源（十億円）

現金給付転換率	α 1:50%転換				α 2	
	P1	P2	P3	P4	P1	P4
現金支給水準						
平成 27 年	816	1,359	460	898	603	427
平成 32 年	959	1,596	541	1,056	709	502
平成 37 年	1,086	1,806	613	1,197	803	568
平成 42 年	1,198	1,992	677	1,320	886	627
平成 47 年	1,293	2,147	730	1,425	956	676
平成 52 年	1,351	2,239	763	1,490	998	706
平成 57 年	1,335	2,211	754	1,472	986	697

イ. 保険料への影響

ドイツと同様に、保険料についても試算してみた。ドイツほどではないものの、1号被保険者のみの金額設定であるが、保険料が上がる結果となることがわかる。

図表 101：上記財源が発生した場合の保険料率の増減分（円）

現金給付転換率	$\alpha 1:50\% \text{転換}$				$\alpha 2$	
	P1	P2	P3	P4	P1	P4
平成 27 年	443	738	250	488	328	232
平成 32 年	510	849	288	562	377	267
平成 37 年	577	960	326	636	427	302
平成 42 年	647	1076	366	713	479	339
平成 47 年	717	1190	405	790	530	375
平成 52 年	770	1276	435	849	569	402
平成 57 年	787	1305	445	868	582	411

ウ. 介護市場へのインパクト

ドイツの場合でも示した通り、転換すると想定される人数は以下のとおりである。これだけの人数が、在宅介護サービスや地域密着型サービスを利用しなくなることから、介護市場の大幅な縮小が考えられる。加えて、韓国の場合には、家族介護者への支給であることから、これだけの労働力が労働市場から失われる可能性がある。

図表 102 : 現物給付から現金給付への移行人数（人）

在宅介護サービス	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	449	144	132	80	56	37
平成 32 年	525	167	154	94	66	44
平成 37 年	594	187	173	107	76	50
平成 42 年	654	206	190	119	84	55
平成 47 年	703	219	204	129	92	59
平成 52 年	729	222	211	135	97	63
平成 57 年	720	220	209	133	96	62

(人)

地域密着型サービス	総数	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
平成 27 年	26	7	7	6	4	3
平成 32 年	31	8	8	7	5	3
平成 37 年	35	8	9	8	5	4
平成 42 年	38	9	10	9	6	4
平成 47 年	41	10	11	10	7	5
平成 52 年	43	10	11	10	7	5
平成 57 年	42	10	11	10	7	5

平成 30 年度老人保健健康増進等事業
介護の家族支援策に関する調査研究事業
事業報告書

発 行 日：平成 31 年 3 月
編集・発行：PwC コンサルティング合同会社