

# 公的介護制度に関する国際比較調査 報告書（概要）

## ■ 調査の目的

昨今、日本を含む世界の主要先進諸国では、人口の高齢化という共通の課題に直面している。このような高齢化の進展や社会・疾病構造の変化を背景として、各国では長期療養が必要な高齢者に向けた公的介護制度の導入や改革を進めてきた。日本においても、高齢者の介護を社会全体で支え合う仕組みとして2000年4月より介護保険制度が導入された。しかしながら、同制度の利用者数は制度導入当初の3倍強（2017年4月時点）に達し、近年では財政的な持続可能性と介護従事者の確保が主要な懸案となっている。

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

調査対象国としては、ドイツ、フランス、オランダ、韓国、日本の計5カ国を選定した。この5カ国は、高齢化の進展という共通の課題に対処する過程で、全高齢者もしくは全国民を対象とした公的介護制度を整備してきたという共通点があること、その一方で財源や運営方法等においてはそれぞれ特徴のある相異なる仕組みを採用していることなどから、比較の対象に足り得ると判断した。なお、本調査では、主として高齢者に対する介護の在り方に焦点を当てており、各調査対象国においても主として高齢者に対する給付を中心に調査を進めた。

## ■ 諸外国および日本の調査結果

### (1) ドイツ

ドイツは、自治体の財政負担の増加等を背景に1995年に介護保険制度を導入した。介護保険は、公的介護保険と民間介護保険に分かれており、公的介護保険には公的医療保険の加入者、民間介護保険には民間医療保険の加入者が加入し、両者を併せて皆保険制度が成立している。

介護保険制度は連邦保健省が管掌しており、公的介護保険の運営主体は疾病金庫を設立母体とする介護金庫、民間介護保険の運営主体は民間の保険会社である。公的、民間ともに介護保険の加入と給付に年齢制限はない。給付は居宅サービス給付と施設サービス給付に大別され、受給者数と給付費用ともに居宅サービスの方が多。給付の形態は施設サービスについては現物給付だが、居宅サービスについては現物給付のほかに介護手当と呼ばれる現金給付を選択することができる。

制度の特徴としては、保険料を財源とし公費の投入を前提としていない点、部分保険であり介護に必要とされる全ての費用をカバーしていない点、居宅での介護を優先

し、家族等の介護者支援策を制度化している点などが挙げられる。また、子供がいない被用者の公的介護保険料率を、子供がいる被用者より高く設定しているのも特徴的と言える。

保険財政は保険料率の引上げ等により比較的安定していたが、2017年の制度改革による認知症患者等の認定基準見直しを機に受給者が急増し、公的介護保険の収支は赤字となっている。また、ドイツでは67歳以上の高齢者人口が2040年までに2,150万人へと増加すると予測されていることから、介護人材の不足にどう対応するかが近年の改革の大きな焦点となっている。2019年には「介護に関する協調行動」が発表され、デジタル化推進の他に、介護職の増員、賃金増額、介護職の研修体制拡充、責任範囲の拡大等についての計画が盛り込まれた。

## (2) フランス

フランスは、社会構造の変化等で家族や親戚による高齢者介護が限界を迎えたことを背景に、2002年に個別自律手当制度と呼ばれる公的介護制度を導入した。同制度は社会扶助制度の一つとして税財源で運営されており、自治体（県）が運営主体として税財源管理と給付実務を担当している。

個別自律手当の給付を受けられるのは60歳以上である。給付は居宅手当と施設手当に大別され、受給者数と給付費用ともに居宅手当の方が多い。給付の形態は現物給付が中心だが、利用者が居宅でのサービス実施者を直接雇用する場合などに現金給付が利用されることもある。

制度の特徴としては、収入による自己負担比率が0～90%と幅広く応能負担の度合いが強い点、「排せつ、食事、掃除等において限定的な介助を必要とする者」や「毎日の基本的な動作において自律を維持している者」が軽度者とされて個別自律手当の受給対象とならないなど、給付範囲が日本などに比べ絞られている点が挙げられる。なお、個別自律手当の給付対象とならない軽度者には、老齢年金金庫や自治体を通じて、家事や配食など日常生活に必要な支援が提供されている。

また、2000年代初頭から国家的な認知症対策を推進していること、および2016年に施行された高齢化社会適応法に基づき、県が基金会議を設置して介護予防プログラムを作成・実施していることなど、給付範囲拡大以外の支援体制拡充に重点を置いている。

財政面では、給付範囲を拡大する改革を行っていないことや、自己負担が一定ではないこと等を背景として、給付費の伸びは日本やドイツに比べると緩やかである。一方で、高齢化の進展による介護労働力不足が深刻な問題となっており、介護人材の確保について、介護職の労働条件の向上、勤務中の事故の削減、介護職に対するイメージの改善、介護に関する職能団体の改革、介護職の流動性を高めるための取組みの強化の5点を軸とするアクションプランを掲げ、2020年以降の高齢化進展に備えた労

働力不足への対策に着手している。

### (3) オランダ

オランダは、世界に先駆け 1968 年に特別医療費保険と呼ばれる社会保険方式の公的介護制度を導入したが、介護保険の支出増大、税および保険料収入の悪化による EU の安定成長協定への違反等をきっかけとして、2015 年に介護保険制度の抜本改革に至った。改革によって公的介護保険は長期療養サービス保険となり、対象者は主に施設入居を必要とする重度の要介護者に限定された。それに伴い、その他軽度の要介護者は主に自治体による社会支援に移行した。

長期療養サービス保険の運営主体は保健福祉スポーツ省の大臣により指定された医療保険者で、介護管理局と呼ばれる。加入と給付に年齢制限はなく、給付は施設入居、在宅ケア、個人介護予算に大別される。給付者数と給付費用は施設入居が最も多い。給付の形態は施設入居と在宅ケアについては現物給付だが、個人介護予算についてはケアプロファイル（日本の要介護度区分に相当）に応じた金額が社会保険銀行の口座に振り込まれ、それを使って介護サービスを利用するというもので、現金給付に近い形態となっている。

長期療養サービス保険の特徴としては、保険料率が全国一律である点、利用者自己負担は日本のような定率負担ではなく、収入額に基づく応能負担である点、日本のケアマネジメントに相当する仕組みはなく、基本的にケアプロファイルによってケアの内容が決まる点などが挙げられる。また、自治体による社会支援として行われる介護サービスは、受給希望者の家族やボランティア等の存在を考慮した上で受給審査が行われ、給付は必要な部分に限られているという特徴がある。

自治体に移行したサービス等を含む介護保険全体の総支出額は、改革後も増加を続けているものの、改革前に政府が予測した支出額と比較すると抑えられたことが報告されている。目下の課題である介護人材不足については政府主導でアクションプランを策定し、看護・介護職のイメージ改善や、学生インターンシップの機会の拡充、事務的業務の削減などの各種施策に取り組んでいる。

### (4) 韓国

韓国は、日本を上回る速さの高齢化進展を背景に、2008 年に老人長期療養保険と呼ばれる介護保険制度を導入した。導入の契機としては、要介護者の増加、高齢者にかかる医療費の増加、低所得者のみを対象とした社会サービスの一部としての介護提供体制の限界、家庭での介護提供体制の限界などが挙げられ、日本における介護保険制度導入時の状況とよく似ている。

老人長期療養保険の制度全般は政府の保健福祉部が管掌しており、管理運営は国民健康保険公団が担っている。保険への加入と給付の対象に年齢制限はないが、給付要

件である長期療養認定を受ける者は主として 65 歳以上である。給付は在宅給付と施設給付に大別され、給付費用は在宅給付と施設給付がほぼ同等となっている。給付の形態は特別現金給付と呼ばれる現金給付制度があるものの、現物給付が中心となっている。

老人長期療養保険は、保険給付が現物給付である在宅給付と施設給付に大別される点や、要介護認定の方法や 65 歳以上の高齢者を中心とする給付など、日本の制度に類似している部分も多い。その一方で、単一保険者による社会保険制度である点や、全国一律の保険料率の設定など日本と異なる部分も存在する。また、日本にない制度として、サービスの質向上を目的に介護サービス提供事業者である長期療養サービス提供機関に対して定期評価を行い、評価結果に応じて事業者にインセンティブを与える仕組みが存在する。

韓国では支出の拡大により、2017 年に老人長期療養保険の財政が赤字に転じた。また長期療養サービス提供機関と人材の不足が目下の課題となっている。政府は外部の専門家による収支の推計と支出急増の要因分析や、有資格者の離職防止を目的とした取組みなどによって、これらの課題に対処しようとしている。

## (5) 日本

日本は、高齢化の急速な進展に伴う要介護者の増大等を踏まえて、2000 年より社会保険方式による介護保険制度を導入した。社会保険方式を採用したことで多様な事業者が参入するようになり、市町村が老人福祉サービスを提供していた制度導入以前と比べ、利用者のニーズに応じた手厚い介護が実施されるようになった。

介護保険制度の運営主体は自治体（市町村および特別区）で、介護保険への加入対象者は 65 歳以上の第 1 号被保険者と 40～64 歳の第 2 号被保険者に分かれており、給付を受けることができるのは特定疾病（加齢に起因する疾病）による場合を除いて第 1 号被保険者である。給付は居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービスに大別され、利用者数と給付費用ともに居宅サービスが最も多い。給付の形態はいずれのサービスも現物給付となっている。

制度の特徴としては、自治体（市町村および特別区）が保険者となり保険の運営や財政の管理等を担っていること、介護保険の加入対象が 40 歳以上であること、保険料の支払い方式が、自治体に直接納付する第 1 号被保険者と医療保険者を通じて納付する第 2 号被保険者で異なること、給付を受けるのが主に第 1 号被保険者であること、諸外国と比較して提供される介護サービスの種類が多様であることなどが挙げられる。

介護保険の支出は年々増加しており、2017 年度の介護費用は制度が開始した年の約 3 倍に達した。また、労働力人口の減少等から介護人材不足も深刻化している。このような状況に対し、政府は「地域包括ケアシステムによる地域中心の介護体制の構

築」「負担と給付の見直し」「介護職の処遇改善」などを軸に持続可能な制度を模索してきたが、現行の制度のままでは、保険料のさらなる上昇や介護サービスの担い手不足が避けられない状況となっている。

## ■ 総括

本報告書で調査した諸外国は、公的介護制度を導入した背景に差があるものの、近年は受給者数の増加や介護人材不足、財政問題等を共通の課題として抱えており、それらに対応した公的介護制度を構築しようとしている。

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

日本の介護保険制度の持続可能性を高めるにあたっては、これまでになされてきた議論を踏まえつつも、本報告書で採り上げたような他国の制度や取組み等を参考にし、我が国の制度の在り方やそれが前提としてきた背景・条件等を検証していく必要があるだろう。他国の制度や取組み等の中には、昨今の介護保険制度をめぐる国内の議論で見られないものも多くあり、制度が成立した社会的背景や制度の周辺も含め検証することで、我が国の介護保険制度を見直すにあたっての有益なヒントや新たな視座が得られると考える。

以上