

高齢者介護制度の現状と課題

泉 眞 樹 子

目次

- I 人口高齢化と高齢者介護
 - 1 高齢社会と介護問題
 - 2 高齢者介護が問題になる理由
 - 3 介護問題を見る視点
 - 4 財源調達方法による類型化
- II 各国の介護制度の現状と動向
 - 1 日本の介護保険制度
 - 2 ドイツの介護保険制度
 - 3 その他の国の現状と動向
- III 高齢者介護制度の課題
 - 1 構成要素に沿った論点整理
 - 2 我が国の介護保険制度の新たな課題

I 人口高齢化と高齢者介護

1 高齢社会と介護問題

平成16(2004)年、老人の日に発表された我が国の100歳以上の人口は、23,038人であった⁽¹⁾。100歳の人々が生まれた明治37(1904)年の平均寿命(0歳時平均余命)は、男性44歳、女性46歳であったが、現在の我が国の平均寿命は、男性78歳、女性85歳である⁽²⁾。平成16年に生まれた乳児のうち、男児の85%、女児の93%が65

歳まで生き、男児の半数、女児の75%が80歳を超えて生きると推計されている⁽³⁾。

一般に、65歳以上人口(老齢人口)の割合が7%になると「高齢化社会 Aging Society」、14%を超えると「高齢社会 Aged Society」とされる⁽⁴⁾。我が国の現在の老齢人口は約2500万人、総人口比20%に迫る高齢社会である。総人口は平成18(2006年)をピークに減少するが、老齢人口は増え続け、平成62(2050)年には約3600万人、総人口の35%を超える見通しである⁽⁵⁾。

人口高齢化は、もちろん我が国だけの現象ではない。医学の進歩や国民の衛生・栄養状態が改善された結果、20世紀後半の先進諸国で平均寿命は格段に長くなった。我が国は、高齢化社会から高齢社会への移行期間(倍化年数)が短く、現在では、老齢人口の割合は多くの国を抜き、今後の高齢化も最も著しいと推計されている(表1参照)。各国とも第2次世界大戦後にベビーブームを迎え、その世代が21世紀前半に老齢人口となることで、今後、未曾有の超高齢社会となる。特に、合計特殊出生率が低く、人口減少が見込まれている日本・ドイツでは、高齢者介護の問題は非常に深刻になりうる。

本稿では、高齢者介護がなぜ問題になったのか、高齢者介護制度をどう把握すべきか、各国で高齢者介護についてどのような制度を構築し

(1) 毎年「老人の日」9月15日に向けて、厚生労働省が100歳以上の長寿者名簿を内閣に提出する。2004年には、昨年より2,477人増加し、23,038人であった。そのうち女性が19,515人で、全体の8割以上を占めている。

(2) 厚生労働省大臣官房統計情報部『平成15年簡易生命表』(平成16年7月公表)。また65歳の平均余命は、男性18年、女性23年である。

(3) 「生命表上の特定年齢まで生存する者の割合」『平成15年簡易生命表』。これによれば、現在50歳台前半の人々が生まれた昭和25(1950)-27(1952)年には、65歳まで生きると考えられていたのは男性55%、女性62%、80歳までは男性16%、女性26%であった。

(4) 「「高齢化社会」という用語は、1956(昭和31)年の国連の報告書において、当時の欧米先進国の水準を基にしなが、仮に、7%以上を「高齢化した(aged)」人口と呼んだことに由来するのではないかとされているが、必ずしも定かではない。また、「高齢社会」については、高齢化率が7%からその2倍の14%に到達するまでの期間(倍化年数)が、高齢化の進展のスピードを示す指標として国際比較などでよく使われていることから、高齢化率14%を一つの基準として、これを超えたものを「高齢社会」と呼んでいるものと考えられる。」(「コラム1「高齢社会」「高齢化社会」とは」内閣府『平成16年版高齢社会白書』2004.6,p.4.)

(5) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)ー平成13(2001)年～平成62(2050)年ー」2002.3。(平成14年1月30日公表)の中位推計による。

表1 各国の高齢化に関する指標

	65歳以上人口割合 (%)					倍化年数	
	1900年	1950年	1975年	2000年	2050年	7% → 14%	年数
日本	5.5	4.9	7.9	17.1	36.4	1970 → 1994	24
ドイツ	4.9	9.7	14.8	16.4	31.0	1932 → 1972	40
フランス	8.2	11.4	13.5	15.9	26.7	1864 → 1979	115
イギリス	4.7	10.7	14.0	16.0	27.3	1929 → 1976	47
スウェーデン	8.4	10.3	15.1	17.4	30.4	1887 → 1972	85
アメリカ	4.1	8.3	10.5	12.5	21.1	1942 → 2013	71

(出典)「各国の高齢化に関する指標」『世界の介護事情』中央法規,2002.9, p. 10 (伊奈川秀和「介護政策の分析視覚」所収)をもとに、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」2002.3, p.336によってデータを補い、作成。

ているかを概観し、今後の課題を検討する。

2 高齢者介護が問題になる理由

(1) 介護需要と介護者、介護技術

高齢者介護は、そのほとんどが長期介護である。これが、社会問題化する理由は3つある。

第一は、人口構成のバランスの変化である。介護を必要とする高齢者の割合が格段に増える一方で、少子化によって、介護する若い世代の人口の割合は減少した。

第二は、担い手の問題である。それまで専ら私的領域(家庭内)において無償労働で介護を担っていた女性が、市場での稼得活動や公的活動へ進出した。これは、都市化が進み、第1次産業の比重が減り、それに伴う世帯規模の縮小等とともに生じた、先進国共通の現象である。

第三は、保健医療の進歩により、介護を要する人が適切な介護を受ければ、長生きできるようになったことである。すなわち、急性期医療とは異なる介護技術が求められるようになった。これは、家族だけで担えるものではなく、サービスを購入すれば費用がかさむ。医療制度の枠内でサービスを受けようとすると、医療制度への負担が重くなる。

要するに、人口高齢化によって介護需要が飛躍的に拡大した一方で、家庭内での無償労働の供給が減ったことと、また介護に関する専門知識や技術が開発された結果、家庭内では介護は

支えきれなくなくなり、「介護の社会化」が求められるようになったということである。しかしどの国も低成長経済や財政危機が常態化し、介護を提供する人手も資金も潤沢にあるわけではない。医療費高騰への対処も必要である。高齢者介護に対して、人手と資金を、最も効率よく配分する仕組み、社会制度が必要とされるようになったのである。

各国とも、福祉制度の体系の中で、あるいは医療制度の中で、あるいは依然として家庭内で高齢者介護が支えられてきたが、1980年代以降、介護サービス制度の再編が政策課題となっていた。我が国も、1990年代に入り、公的介護制度の必要性が自覚され、介護保険制度を創設するに至った。

(2) 後期高齢者の介護需要

どれくらいの高齢者に、介護が必要になるのだろうか。

WHO(世界保健機関)による健康寿命(Health life expectancy: HALE)の統計によれば、60歳時での健康余命と平均余命の差は、3年から5年である(表2参照)。この差が、健康に問題を抱える期間であり、その中に介護を必要とする期間があると考えることができる。

我が国の介護保険制度に現れた数字はどうか(表3参照)。平成14(2002)年度末の第1号被保険者⁽⁶⁾、約2400万人のうち、前期高齢者(65歳以上75歳未満)が1371万人、後期高齢者(75

(6) 我が国の介護保険制度では、65歳以上の日本在住者は全て第1号被保険者となる。

表2 先進諸国の60歳時の平均余命、健康余命

	60歳時平均余命		60歳時健康余命	
	男	女	男	女
日本	21.4	26.9	17.5	21.7
ドイツ	19.0	23.3	15.9	19.0
フランス	20.2	25.3	16.6	20.4
イギリス	19.4	23.0	15.7	18.1
スウェーデン	20.1	24.2	17.1	19.6
アメリカ	19.6	23.1	15.3	17.9

(出典) 厚生労働省大臣官房統計情報部『第19回生命表』2002.7.と WHO, *The World Health Report 2004*. Annex Table4, をもとに作成。前者は最新の数値、後者は2002年の数値。

表3 第1号被保険者数、要介護（要支援）認定者数とその比率

平成14（2002）年度末

	第1号被保険者（人）	要介護（要支援）認定者（人）						
		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	計
第1号被保険者	23,933,684	492,979	1,022,487	604,853	408,350	405,036	390,451	3,324,156
	認定者 / 被保険者	2.1%	4.3%	2.5%	1.7%	1.7%	1.6%	13.9%
65歳以上 75歳未満	13,708,839	95,856	187,691	116,200	70,328	63,362	66,788	600,225
	認定者 / 被保険者	0.7%	1.4%	0.8%	0.5%	0.5%	0.5%	4.4%
75歳以上	10,224,845	397,123	834,796	488,653	338,022	341,674	323,663	2,723,931
	認定者 / 被保険者	3.9%	8.2%	4.8%	3.3%	3.3%	3.2%	26.6%

(出典) 厚生労働省老健局『介護保険事業状況報告年報 平成14年度』2004.3より、第2表「第1号被保険者数」と第4表「要介護（要支援）認定者数」をもとに作成。

歳以上)が1022万人である。そのうち要介護等認定を受けている者の割合は、前者が4%、後者が27%である。75歳以上では4人に1人が要介護・要支援の認定を受けており、要介護3（生活全般について介護が必要で、施設入所にふさわしいとされる）以上は、10人に1人ということになる。

ドイツの介護保険に関する報告書では、各年齢階層で介護が必要になる比率は、60歳未満では0.5%だが、60歳以上80歳未満で4%、80歳以上ではおよそ32%となっている⁽⁷⁾。スウェーデ

ンでも、80歳以上の2割が痴呆症になることを政策決定における前提としているという⁽⁸⁾。

後期高齢者、特に80歳以上になると、介護問題が非常に現実的になるということである。

3 介護問題を見る視点⁽⁹⁾

(1) 介護制度の構成要素

介護制度（要介護者に介護サービスを提供するシステム）は、以下の要素から構成されている。

第1は、財源と資金供給システムである。公

(7) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. 2004.11.3. < www.bmgs.bund.de/downloads/ DritterBerichtPflegeversicherung.pdf >

(8) 三上英美子「第11章 高齢者福祉サービス」丸尾直美ほか編『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』東京大学出版会、1999, p.263.

(9) 伊奈川秀和「第1章 介護政策の分析視覚」鬼崎信好ほか編『世界の介護事情』中央法規、2002等、参照。

的負担によるものと私的負担によるものがあるが、前者は、社会保険制度と、税財源による社会サービス制度に大別できる。

第2は、サービス供給体制である。各国で、公的介護制度の構築・再編が求められた背景には、社会的入院⁽¹⁰⁾の問題があった。医療費の膨張を防ぐため、介護と医療のサービス供給体制の峻別が必要とされた。

第3は、介護を提供する人である。介護サービスは、医療同様に労働集約的である。介護需要の増加によって、労働市場における介護職の重要性が高くなる。また、介護が医療と区別されることで、逆説的だが、従来以上に医療に近い高度な介護技術が求められることになる。そのような介護が可能なマンパワーの養成と供給が問題となる。一方、私的介護における家族介護者の問題も忘れてはならない。

第4は、介護される場所である。軽度の要介護者は在宅介護が推奨されるが、要介護度が高ければ、介護サービスを集約して提供できる集団生活（グループホーム）や施設介護が効率的となる。在宅介護が可能な住宅整備と、適切な介護施設の整備が必要となる。

第5は、適正な介護サービスを供給するための介護認定と介護サービス計画策定である。公的制度によってサービス供給を過不足なく行うための要である。

(2) 経済的視点

OECDによれば、先進諸国の総医療費の対GDP比は、7.6%（日本、イギリス）、8.7%（スウェーデン）、9.5%（フランス）、10.7%（ドイツ）、13.9%（アメリカ）と幅広い⁽¹¹⁾が、長期介護（long-term care）費用の対GDP比はほぼ1~3%である⁽¹²⁾。今後の高齢化に伴い、さらに介護費用が増加していくことは間違いない。しかし、これを単なる負担と捉えるだけでなく、介護サービスという新しい経済活動、産業分野の創出として積極的に捉えることは可能である。介護サービスは、地域密着型の労働集約型産業であるため、地域産業・雇用⁽¹³⁾を創出し、かつ

魅力的な投資先ともなりうる。

(3) 法的・社会的視点

介護の社会化と、親族扶養の義務とは、拮抗している。家族介護のあり方は、老親扶養義務の範囲や重さに左右されるが、これは民法と社会保障法の境界領域にまたがる問題である。親族扶養義務は、先進諸国間でも様々な捉え方が存在する。概ね、先進諸国では、未成年の子に対する扶養義務以外は絶対的ではないのに対し、我が国の親族扶養義務の範囲は広い。

一方で、親族扶養の義務の規定があっても、介護制度が整備されれば、家族だけが介護の重荷を負わなくてよくなり、女性が介護に拘束されることを当然視する風潮が変わる。制度の構築によって、社会や個人のライフスタイルが変わりうる。

(4) 保健医療の視点

平均余命や健康寿命は、国によって差がある（表2参照）。介護予防を重視し、健康な高齢期を延長できれば、介護費用を減らすことができる。痴呆症や高齢期医療の研究が進み、痴呆症に対する適切な介護技術や、壮年期とは異なる治療法が開発されれば、効率的な資源配分が可能になる。介護制度を通じて、高齢者介護について新たな知見を得ることもできる。

4 財源調達方法による類型化

先進国の介護制度を比較すると、公的介護制度を整備した国と、依然として家族介護が中心の国に分かれる。前者には、社会保険制度の国と、税財源による普遍的な（＝全住民対象）社会サービスシステムの国がある。

長期介護は、医療か福祉の制度で提供されてきたため、それらのあり方の違いが、各国の現在の公的介護制度の相違点として現れている。医療制度にも、社会保険財源の国と税財源による保健医療サービスの国があるし、福祉制度についても、社会サービスとして全住民をカバー

(10) 医療行為が終了しても、退院したら在宅では適切な介護が受けられないと予想される者が、入院し続けること。

(11) OECD, *Health at a Glance*. 2003,p.60. (2001年の数値)；石本忠義「少子高齢社会と医療・介護費問題」『週刊社会保障』2266号, 2004.1.12.

(12) 伊奈川 前掲論文 p.14.

(13) 総務省の「労働力調査」によれば、医療・福祉関係就業者数は、424万人（平成10年12月）から530万人（平成16年6月）と、5年間で100万人以上増加した。（池田省三「地域の雇用創出に貢献する介護保険」『月刊介護保険』103号, 2004.9.）

する国と一部の困窮者のみを対象とする国がある。一部の困窮者に対する公的介護しかない国では、いきおい家族介護か個人負担で民間サービスを利用することになり、負担は重くなる。あるいは医療分野での社会的入院が増える。以上の観点から介護制度のスタイルを、主に財源調達方法によって類型化すると、以下のとおりである。なお、日本とドイツを中心に、それぞれ代表的な国の現状等について、次章で詳述する。

(1) 社会保険型

日本では、高齢者介護を対象とする社会保険制度創設を目的とした介護保険法案が、平成8(1996)年に国会に提出され、翌年可決された⁽¹⁴⁾。社会保険制度により公的介護を提供している国には、オランダ、ドイツ等⁽¹⁵⁾がある。いずれも、医療制度が社会保険制度で営まれている国で、保険料徴収や運営についても、医療保険制度と連携して行われる。ドイツ、オランダは年齢で区別せず障害者・障害児への介護サービスも対象とする点が、我が国と大きく異なる。

(2) 税財源による個人手当型

フランスは、医療制度についてはドイツ同様、職域別の社会保険制度によって営まれているが、公的介護制度については、税財源による普遍的な介護保障制度として、個人自立手当制度(Allocation personnalisée d'autonomie : APA、2002年1月施行)を創設した。フランスも、ドイツと同様、介護保険制度の採用も検討したが、自国の社会保険制度や財政制度の問題点を考慮したうえで、税財源で行うことを決定した。

(3) 社会サービス型

スウェーデンなど北欧やイギリスは、我が国とは異なり、医療制度を社会保険ではなく税財源による公的サービスとして営んでいる。また、福祉国家を標榜していたとおり、福祉サービスも充実している。

スウェーデンでは、運営主体が医療は県レベル、介護は市町村レベルと分断されていたこと

による非効率や、医療と福祉で自己負担に格差があったことによる社会的入院の増加などが問題となり、介護制度の再編を迫られた。また、イギリスでは、保守党政権下に、公共支出抑制とサービス利用者の選択拡大を目的に、民間のサービス事業者の参入が促進された。

(4) 民間サービス・家庭介護中心

アメリカには、そもそも一般向けの公的医療保障制度が存在せず、公的医療保障は、高齢者・障害者対象のメディケア(Medicare)と低所得者対象のメディケイド(Medicaid)だけである。メディケアは長期介護を賄っておらず、メディケイドは資産調査を要件とする。すなわち、公的介護制度は困窮者に対するものしか存在しない。従って、一般の人は、民間介護サービスを購入するか、加入する民間医療保険、民間介護保険によって介護サービスの提供を受けることになる。また、家族介護も非常に多い。高齢化が比較的穏やかであること、国内で低価格の労働力が調達できることが特徴である。

II 各国の介護制度の現状と動向

1 日本の介護保険制度

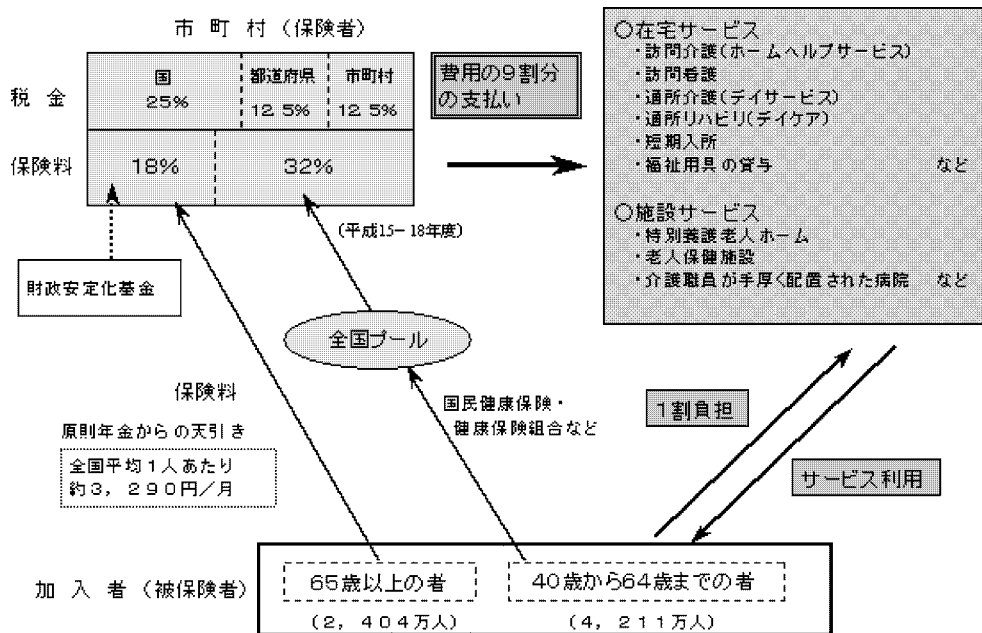
平成12(2000)年4月に、高齢者介護と介護予防を目的とした介護保険制度が発足するまで、高齢者介護は、老人福祉と老人保健の2つの異なる制度の下で行われてきた。福祉の措置制度のもとでは、利用者範囲や費用負担の不均衡(低所得者への偏り)が指摘され、医療分野では、社会的入院を含む長期入院による医療保険の財政逼迫が課題となっていた。普通の家庭での介護は、多くの自治体で十分な支援がなされず、介護する家族の肉体的、精神的、経済的負担が座視できない状況となっていた。

急速な高齢化により、今後も要介護状態に陥る高齢者の増加は必至であり、また、核家族化の進展、女性の稼得労働への進出も進み、家族・家庭の介護機能だけを頼りに21世紀の高齢社会

(14) 介護保険法(平成9年12月17日法律第123号、平成12年4月施行)

(15) オランダは特別医療費補償法(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten : AWBZ、1967年12月14日制定、1968年1月施行)、ドイツは介護保険法(Pflegeversicherungsgesetz、1994年制定、1995年1月から1996年7月まで段階的に施行)によって、制度を運営する。

図1 介護保険の概要



(注1) 65歳以上の者（第1号被保険者）の数は、平成15年6月末現在。40歳から64歳までの者（第2号被保険者）の数は、平成15年度の見込数。
 (注2) 国の負担（25%）及び1号保険料の負担（18%）は全国平均の値。
 (出典) 社会保障審議会障害者部会（第9回）平成16年4月28日資料6「制度の比較について」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/04/s0428-12f.html>

を支えることは不可能であるとの声が、各方面から上がった。このような意見に動かされ、高齢者介護のサービス基盤拡充と財政基盤作りのために、介護保険制度が導入された。

(1) 対象者（被保険者）

我が国の介護保険制度は、高齢者介護だけを対象とし、被保険者も限定されている。高齢者（65歳以上）を第1号被保険者、加齢が原因で介護が必要になりうる40歳以上を第2号被保険者とする。介護給付を受けるには、第1号被保険者は要介護認定を受ければ原因を問われないが、第2号被保険者とその被扶養者（40歳以上65

歳未満）の場合は、加齢による原因⁽¹⁶⁾に限られる。

(2) 保険者と財源

介護保険の保険者（保険制度の運営主体）は、市町村と特別区⁽¹⁷⁾である。制度の概要は、図1のとおりである。財源の半分を公費（税財源）で賄う点が、他国の介護保険制度と大きく異なる。負担割合は、税が50%（うち国庫負担金20%、国庫調整交付金5%⁽¹⁸⁾、都道府県12.5%、市町村12.5%）、保険料収入が50%（第1号保険料18%、第2号保険料32%⁽¹⁹⁾）と定められている。

保険料の徴収と保険者（市町村等の介護保険特

(16) 以下の15種の特定疾病によって介護が必要になった場合に限る。初老期の痴呆（アルツハイマー病、脳血管性痴呆等）、脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）、筋萎縮性側索硬化症（ALS）、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、シャイ・ドレーガー症候群、糖尿病性腎症・網膜症・神経障害、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎）、両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症、慢性関節リウマチ、後縦靭帯骨化症、脊柱管狭窄症、骨粗鬆症による骨折、早老症（ウエルナー症候群）。

(17) 複数の自治体が共同で行う広域連合も多数結成されている。保険者が行うのは、①被保険者の管理、②要介護認定、③保険給付の支払い事務、④サービス基盤整備を推進するための市町村介護保険事業計画の策定、⑤介護保険特別会計の設置・運営、⑥保険料徴収、である。

(18) 国庫調整交付金5%は、保険者の第1号被保険者の所得水準、75歳以上の後期高齢者比率等に応じて、保険者へ交付されるため、保険者によって公費内の負担割合は多少異なる。

(19) 第1号保険料（第1号被保険者の保険料）と第2号保険料（第2号被保険者の保険料）の負担割合は、両者の全国平均の1人当たり負担額が同水準となるよう、人数比に応じて3年ごとに見直される。今後、高齢者人口が増加するに従い、第1号保険料比率が高まると予想される。

表4 要介護度とサービス水準、保険給付限度額

	要介護の状態とサービス水準の目安	保険給付限度額（月額）*
要支援	・日常生活上の支援（入浴等に一部介助）を要する状態。	61,500円
要介護1	・立ち上がりや歩行が不安定等。	165,800円
要介護2	・立ち上がりや歩行に介助が必要等。	194,800円
要介護3	・中度の介護。医療の必要性、痴呆症等。	267,500円
要介護4	・重度の介護。医療の必要性、痴呆性の問題行動。	306,000円
要介護5	・最重度の介護。意志の伝達が困難、寝たきり状態等。	358,300円

*一般的な1単位=10円で算出した。

(出典)『介護保険ハンドブック 平成15年改訂版』法研, 2003.5, p.178等を参照して作成。

別会計)への流れは、以下のとおりである。第1号保険料は、5段階(または6段階)で、個人単位で賦課される。老齢・退職年金受給者からは、年金保険者が給付前の年金から天引きして、介護保険者に納付する(特別徴収)。第2号被保険者については、それぞれ加入する医療保険制度が、雇用主負担も含めて介護保険料²⁰を徴収する。第2号保険料は医療保険者(国民健康保険、被用者医療保険)を通じて、介護給付費納付金として社会保険診療報酬支払基金に全て集められ(全国プール)、ここから介護給付費交付金として各保険者に交付される。

(3) 要介護認定と保険給付限度額

介護を必要とする度合いのランク分けは、「要支援」、「要介護1~5」の6段階である。要介護認定は、保険者(市町村、特別区)が全国一律基準に従って行う⁽²¹⁾。認定調査の結果は、介護認定審査会(市町村に設置、共同設置、都道府県に委託のいずれか)が審査・判定し、結果を市町村に通知する。決定内容に不服がある場合は、介護保険審査会(都道府県に設置)に審査請求を行う。認定の更新は6ヵ月毎を原則とする。

要介護度のランクにより、決められた限度額

の範囲内でサービスを利用できる(表4参照)⁽²²⁾。要介護度が高ければ、保険給付限度額も高くなり、より多くの介護が受けられる。介護保険の利用者は、介護費用の1割を負担する⁽²³⁾。例えば、要介護度5の認定者が上限まで利用した場合、自己負担分として約4万円をサービス事業者・施設等に支払うことになる。

(4) 給付内容とサービス供給者

介護保険の給付対象となる介護サービスを供給する事業者(介護保険指定事業者)には、指定居宅サービス事業者と指定居宅介護支援事業者、介護保険施設がある。

介護サービスの種類については、居宅サービス(いわゆる在宅サービス)は内容によって12種類、施設サービスは施設の類型によって3種類に分かれる(表5参照)。その他、福祉用具購入、住宅改修、ケアプラン作成等が、介護保険から支出される。

介護保険における事業者および施設については、全国統一の基準を厚生労働大臣が設定し、その基準に合致する事業者や施設を、都道府県が指定することとなっている(表6参照)。居宅サービスの事業者は、サービスの種類ごとに指

(20) 保険料の算定ルールは、以下のとおり。①国民健康保険：世帯主が、40~64歳の世帯主及び世帯員分を納付。保険料は、各自治体の国民健康保険料の算定ルールに従って、所得割・資産割・均等割・平等割で賦課される。賦課総額と同額を国庫が負担(介護給付費納付金の1/2)。②被用者医療保険(政府管掌健康保険、組合健康保険、共済組合)：40~64歳の被保険者に対し、その標準報酬に定率で賦課される。原則として労使折半。

(21) 要介護認定は、指定居宅介護支援事業者等に調査委託できる。実際に認定調査するのは、保健師、ケースワーカー、ケアマネジャー。

(22) 上限を超える分については、全額自己負担でサービスを利用することは可能である。

(23) 保険料は応能(払える能力に応じて払う)で決まり、自己負担は応益(受けたサービスに応じて払う)である。低所得者対策は別に行われる。生活保護受給者に対しては、保険料は生活扶助の介護保険料加算として、介護費自己負担分は介護扶助として、生活保護費に上乘せされる。複数の要介護者を抱える家庭や低所得者には、1ヵ月間の利用者負担額が一定額を超えた場合、「高額介護サービス費・高額居宅支援サービス費」が支給される制度がある。

表5 介護保険サービスの類型

	保険給付の類型	介護場所等	
居宅サービス関連	①訪問介護（ホームヘルプサービス）、②訪問入浴介護、③訪問看護、 ④訪問リハビリテーション、⑤居宅療養管理指導	自宅	
	⑥通所介護（デイサービス）、⑦通所リハビリテーション（デイケア）	通所施設	
	⑧短期入所生活介護（福祉施設のショートステイ）、 ⑨短期入所療養介護（医療施設のショートステイ）	施設	
	⑩地方対応型共同生活介護（グループホーム）	グループホーム	
	⑪特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス）	特定施設	
	⑫福祉用具貸与 福祉用具購入費、住宅改修費 居宅介護支援（ケアプラン作成）		
	施設介護	①介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	
		②介護老人保健施設（老人保健施設）	
③介護療養型医療施設（療養病床等）			

（出典）『介護保険ハンドブック 平成15年度改訂版』法研，2003等をもとに作成。

表6 介護事業者・施設別の設立要件

正式名称	根拠	要件
指定居宅サービス事業者	都道府県知事の指定 (介護保険法70条)	・法人格（営利・非営利を問わない） ・人員基準、設備運営基準
指定居宅介護支援事業者	同上	同上 + ケアマネジャー配置
指定介護老人福祉施設	同上	・施設基準（ケアマネジャー必置）
介護老人保健施設	都道府県知事の開設許可	同上 + 医師・看護師必置
指定介護療養型医療施設	都道府県知事の指定	同上（医療保険の療養病床と同程度）

（出典）『介護保険ハンドブック 平成15年度改訂版』法研，2003等をもとに作成。

定される。

従来、医療や福祉分野の事業者は、公立以外は原則として、医療なら医療法人、福祉なら福祉法人でなければならなかったが、介護保険制度では、居宅サービス事業者等は法人格さえあれば営利・非営利を問わないとされたのは画期的なことであった。現在、大小さまざまな株式会社やNPOが、介護保険のサービス事業者に指定され、介護保険導入後、急激に増加した需要に応じてサービスを提供している。

(5) 介護職

介護保険制度の創設後、従来からある介護福祉士や社会福祉士⁽²⁴⁾に加えて、介護保険の運営と在宅介護サービスに関する専門資格として、介護支援専門員（ケアマネジャー）と訪問介護員（ホームヘルパー）が新設された。どちらも都道府県の指定に依る公的資格である（表7参照）。介護福祉士や社会福祉士は、主に施設職員として施設介護や通所介護に携わっている。訪問看護や訪問リハビリテーション、通所介護、施設介護においては、医療資格や福祉資

(24) 社会福祉士の資格を得るには国家試験合格が必須である。介護福祉士は、養成施設（1年または2年）の修了、または実務経験3年を経て介護福祉士国家試験に合格する、のいずれかで資格が得られる。

表7 介護支援専門員と訪問介護員の資格と仕事

	資格取得要件	仕事の内容
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	介護支援専門員実務研修受講試験を受験できるのは、実務経験5年以上の有資格者（医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師・准看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、社会福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師・きゅう師、柔道整復師、精神保健福祉士）か、または老人施設等での相談援助業務従事者等。試験合格後、32時間の実務研修を経て、各都道府県より介護支援専門員登録証明書授与。	介護保険の利用者の相談に応じ、適切なサービス利用ができるよう、サービス事業者・施設などとの連絡・調整を行い、介護サービス計画（ケアプラン）の作成等を行う。 ・指定居宅介護支援事業者や介護保険3施設には必置。
訪問介護員（ホームヘルパー）	都道府県または都道府県が指定する者が行う養成研修の修了者。1級、2級、3級がある。	訪問介護、訪問入浴介護（複数で）に携わる。

（出典）川村匡由『2004年版 福祉の仕事ガイドブック』中央法規出版、2004.1, p.34等により、作成。

格を持つ者の配置が、目的に応じて必要とされる。

介護支援専門員（ケアマネジャー）は、要介護者等が介護サービスを利用する場合に相談に応じ、課題分析（アセスメント）を実施し、介護サービス計画（ケアプラン）を作成する等、サービス利用につなげ、モニタリングを行うことが主な役割である。多くは介護サービス供給者である指定居宅介護支援事業者、介護保険施設に所属している。

訪問介護員（ホームヘルパー）は、訪問介護（ホームヘルプサービス）に単独で携わるため、サービスの水準を直接、左右する。現在、居宅サービス事業者も介護施設も、職員採用には、ホームヘルパー2級以上を条件としているのが実態である。ホームヘルパーによる医療行為の是非⁽²⁵⁾が議論的となっており、この点からも、ホームヘルパーの業務範囲の拡大と資格の高度化が必要とされている。平成16年7月に社会保障審議会介護保険部会がまとめた意見書では、「将来的には、介護福祉士を基本とすべき」と

された⁽²⁶⁾。

(6) 医療と介護の関係

介護保険給付である訪問看護、通所リハビリテーション（デイケア）、老人保健施設、介護療養型施設等におけるケアは、介護保険制度設立以前には、老人医療の一部として行われていた。介護療養型医療施設とは、従来の医療保険上の療養病床を、施設設備・人員構成を変えず、介護保険制度発足時に介護保険の対象に切り替えたものである⁽²⁷⁾。

このように医療と介護は、実際には不可分の関係にある。病気や怪我が原因で介護状態に陥ることや、要介護者が加齢によって機能低下し、医療が必要になることはごく当たり前にかかる。施設入居者への医療についても、その費用負担を医療保険に求めるか、介護保険で賄うか、は現場では常に問題となっている⁽²⁸⁾。

(7) 今後の見通し

平成16年10月に厚生労働省が発表した「介護

(25) ホームヘルパーが行えない医療行為とは、傷口のガーゼの交換、血圧・体温測定、軟膏の湿布等に始まり、たんの吸引、経管栄養の注入まで、幅広い。家族なら行ってもかまわないとされているため、議論的となっている。これらの行為は、介護施設でも、看護職者ではなく介護職によって行われているのが実態である。なお、厚生労働省は、「看護師等によるALS患者の在宅療養支援に関する分科会報告書」（平成15年6月発表）を受けて、在宅ALS患者については、患者及び家族の負担を軽減する観点から、医師及び看護職員との連携による適正なたんの吸引の実施を、ホームヘルパーに認めた。

(26) 厚生労働省は、介護サービスの質の向上のため、在宅サービスや施設で働く介護職員を、国家資格である介護福祉士に統一する方針を固めたと報じられた（『読売新聞』2004.11.14.）。研修制度を充実させて研修修了者には必要な実務経験期間を短縮する、実務に従事しながら介護福祉士養成課程の一部受講で資格を取れるようにする、などを検討中とのことである。現在は、ホームヘルパーとして3年間の実務経験をつめば、介護福祉士の国家試験の受験資格が得られる。なお、看護・介護職は、現在、FTAの締結に伴う外国人労働者への門戸開放に関連して、ホットな話題となっている。

(27) 同じ病院の病床を、医療保険の療養病床と介護保険の介護療養型医療施設に分けて、指定を受けることもできる。

(28) 原則として、介護の必要性に対応する医療サービスは介護保険で給付する（居宅療養管理指導。医師による医学的管理等をさす。）が、投薬や処置等の具体的な診療行為に係る費用は、医療保険によって給付される。

表8 被保険者数・要介護認定者数と介護給付費・保険料の見通し

	平成16年度	平成20年度	平成23年度	平成26年度
第1号被保険者数	2500万人	2800万人	2900万人	3200万人
伸び率	100	112	116	128
要介護認定者等数	410万人	520万人	580万人	640万人
伸び率	100	127	141	156
75歳以上人口	1100万人	1300万人	1400万人	1500万人
伸び率	100	118	127	136
	第2期 平成15～17年度	第3期平 成18～20年度	第4期 平成21～23年度	第5期 平成24～26年度
介護給付費	5.5兆円	7.2兆円	8.8兆円	10.6兆円
伸び率	100	131	160	193
第1号保険料（全国平均）	3,300円	4,300円	5,100円	6,000円
伸び率	100	130	155	182

(出典) 厚生労働省「介護保険制度における第1号保険料及び給付費の見通し - ごく粗い試算 -」2004.10. ; 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」2002.3. の中位推計をもとに作成。平成16年度および第2期を基準値100とする数値は算出した。

保険制度における第1号保険料及び給付費の見通し - ごく粗い試算 - は、第1号被保険者数、要介護認定数、介護給付費、第1号保険料に関する見通しを提示して、改革の必要性を強調した（表8参照）。

介護給付費の今後の伸びは、第1期の平均伸率（年率15%程度）と第2期の平均伸率（年率11%程度）を前提として、物価上昇や賃金上昇、名目国民所得の伸びも勘案の上、算出されている。このため、第2期から第5期までの間で、要介護認定者数の伸び率⁽²⁹⁾が56%であるのに対して、介護給付費の伸び率は92%、第1号保険料の伸び率も82%と、非常に高い数値となっている。

介護保険制度設立直後に比べ、要介護認定者数が急激に増加しているのは確かである。介護保険制度導入理由の一つである「介護の社会化」が実現したとも言えるが、特に軽度の要介護認定率の伸びが指摘される。池田省三教授（龍谷大学）は、軽度の要介護認定率を高める要因が、

後期高齢者数と低所得世帯数・高齢者世帯数であることを示したうえで、介護支援専門員（ケアマネジャー）数が認定率を押し上げると分析している⁽³⁰⁾。その理由として、ケアマネジャーの多くがサービス事業所等に属しているため、自社のサービスを提供するようにケアプランを作成しがちであるからとしている。

(8) 制度改革の方向性

現在、介護保険法について、「施行後5年目を目途」に全般的な見直しをする旨、定めている附則第2条に従って、改正に向けた検討が進められている（平成16年12月現在）。上述のとおり、介護保険制度発足により介護の社会化が進んだため介護需要の顕在化が著しく、今後も急激な支出増（介護給付費の伸び）が見込まれるが、制度の持続性を確保するには、支出増の抑制と無理のない増収（保険料収入の伸び）を目標とした制度再編が必要である。

無理のない増収の実現と障害者介護制度⁽³¹⁾

(29) 3200万人のうち640万人が要介護状態になるという推計は、65歳以上の認定率が現在の13.9%から20%に上昇することを意味する。平成26年度は、昭和20年代前半に生まれたベビーブーマーが65歳以上になっているため、第1号被保険者数は700万人増加しているが、75歳以上人口の増加は400万人に止まる。前述のとおり、要介護者数に直結するのは、第1号被保険者数より75歳以上人口のほうである。従って、要介護認定者数が10年間で230万人増加するという推計は、65歳以上75歳未満の第1号被保険者数に占める要介護認定者等数が、現在5%未満であること（表2参照）と比較すると、やや過剰な数値との感は否めない。

(30) 池田省三「軽度認定率の決定要因」『月刊介護保険』104号, 2004.10.

との統合を同時に実現するため、介護保険の対象を障害者全般に広げ、それと同時に被保険者(第2号)を40歳未満まで引き下げることが検討されていた。しかし、これまで保険料負担のなかった年齢層に保険料負担を課す案への反発が強く、今回の改革では見送られる公算である。

支出増の抑制については、施設給付の見直しと介護予防の制度化が注目されている。在宅介護との不公平が指摘されてきた施設介護のホテルコスト(居住費・食費)については、自己負担とする予定である。また、軽度の要介護者に対しては、介護サービス利用によってかえって廃用症候群⁽³²⁾が進むとの指摘もあり、介護予防を重視して改正する方向で検討されている。

2 ドイツの介護保険制度

ドイツでは1970年代から、家族介護に加えて、施設介護と非営利民間福祉団体(宗教団体、労働団体、赤十字など)による在宅介護活動(Sozial Station、ソーシャルステーション)が、全国的に普及していった。施設介護については、高齢者施設の入所者の権利や設備基準等を定めた「障害者・高齢者のための施設における入居者の権利擁護に関する法律(Heimgesetz)」(以下、ホーム法という。)が1974年に制定され、医療保険には1988年に実験的に在宅介護給付が月額750マルクを上限として新設された。しかし、介護施設入居は個人負担が原則であったため、年金だけで足りず、貯金や資産を取り崩し、それも尽きれば社会扶助に頼るケースは珍しくなかった⁽³³⁾。社会扶助は州と地方自治体が財政責任を負うため、地方財政が逼迫していた。一方、在宅介護の保険給付が微々たる状況では、日本同様、社会的入院が生ずる。このような状況の

下で、1970年代から20年をかけた議論の結果、1994年に「介護保険法(Pflegeversicherungsgesetz)」(社会法典第XI編社会介護保険SGB XI Soziale Pflegeversicherungに編纂)が第5の社会保険制度として制定された。

(1) 被保険者と保険料

ドイツの介護保険給付は、年齢で区別されない。医療保険に加入すれば、それに伴い介護保険にも加入する⁽³⁴⁾。介護保険は、財政上、独立した公法人(介護金庫)として運営され、保険者は医療保険の運営機関でもある疾病金庫が兼ねるという形になっている⁽³⁵⁾。

保険料は20歳以上の被保険者が負担する。被保険者および家族は、子どもから大人まで介護給付が受けられるので、障害児・障害者への介護についても介護保険がカバーする。1995年1月に保険料率1.0%(労使折半)で保険料徴収が開始され、1997年には予定通り1.7%に引上げられた。給付については、保険料徴収開始の半年後、1995年4月から在宅介護が開始され、施設介護は2年後の1997年に始まった。十分な資金が用意できてから、給付を開始したのである。

(2) 介護認定

要介護の度合いは、介護の頻度、介護時間等に基づき、在宅介護、施設介護とも同じ基準で、3段階に分けられる。中度の要介護度(毎日1回以上、1日1.5時間以上の介助)が「介護度Ⅰ」、重度(毎日3回以上、1日3時間以上の介助)が「介護度Ⅱ」、最重度(夜間も含めて24時間体制、1日5時間以上の介助)が「介護度Ⅲ」である。介護度Ⅲの上に、「特に過酷な場合」というランクがある。日本と異なり、軽度の要介護者は、介護保険の給付対象にはならないので、介護サービ

(31) 介護保険被保険者でない障害者への介護サービスについては、平成15年度から、それまでの「措置制度」(行政がサービスの受け手を特定しサービス内容を決定する)から、「支援費制度」(障害者自身がサービスを選択し、サービスを提供する施設・事業者と契約に基いてサービスを利用する制度で、その費用の一部を公費(支援費)で賄う)に変更された。税財源による点と、利用者負担が応能で決まる点が、介護保険制度と異なる。地域社会で障害者が在宅で暮らすノーマライゼーションの理念を実現するために導入された。

(32) 廃用症候群とは、寝かせきりなどの状態で、心身の不使用・不活発(体や頭を使わないこと)によって起こる機能低下のこと。安静による筋力低下は、3週間で60%にも及び、循環器障害、自律神経障害など、身体機能の低下の悪循環が生ずる。1週間の安静により生じた体力低下を回復するには1か月かかるという。

(33) 土田武史「第16章 介護保険の創設とその後の展開」古瀬徹ほか編『先進諸国の社会保障4 ドイツ』東京大学出版会、1999、p.339。

(34) ドイツの医療保険は職域別で、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業組合疾病金庫、農業疾病金庫、海員疾病金庫、連邦鉱夫組合、労働者代替金庫、職員代替金庫の8つの疾病金庫に大別される。一部高額所得者は社会保険加入を強制されないため、社会保険に任意加入するか、民間保険に加入する。また、公務員は別制度である。

(35) ドイツでは退職しても従来の医療保険に加入し続けるので、介護保険についても同様である。

表9 介護度別要介護者分布

(2003年末現在)

	在 宅		施 設		合 計	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合
介護度Ⅰ	732,000人	57.2%	237,000人	38.8%	970,000人	51.2%
介護度Ⅱ	424,000人	33.2%	254,000人	41.4%	678,000人	35.8%
介護度Ⅲ*	123,000人	9.6%	121,000人	19.8%	245,000人	12.9%

* 「特に過酷な場合」は介護度Ⅲに含まれる。在宅1,100人、施設3,000人で、非常に例外的なケースである。

(出典) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. 2004.11.3, p.48,227. をもとに作成。

スを受ければ、全額自己負担となる。要介護者の介護度による分布は、在宅の場合、比較的軽い介護度Ⅰが大半を占めているが、施設介護では、より重度の要介護者が多い(表9参照)。

介護度の審査を行うのは、各州に1つある疾病金庫メディカルサービス(Medizinische Dienst der Krankenversicherung: 以下、MDKという。)である⁽³⁶⁾。介護を必要とする者の給付申請に基づき、MDKの医師、介護専門職が、本人に面接調査する。MDKの介護認定の判定報告を受け、介護金庫が要介護認定の決定を行う⁽³⁷⁾。

(3) サービス供給と質の保障

介護度については、在宅介護も施設介護も同じ扱いだが、介護給付の上限額は、サービスの種類(施設介護、在宅介護、短期介護、部分介護、家族介護等)毎に、介護度に応じて定められている。我が国と異なり、家族介護が保険給付の対象である。家族介護者への現金給付(介護手当)の他、代替介護(介護者が年間4週間休暇を取れるようにするためのサービス給付)、介護者のため

の年金保険料拠出が、介護保険から支出される⁽³⁸⁾。家族介護者に休暇と社会保障が適用されていることは、特筆に値する。ただし、1995年には介護手当受給は全受給者の83%に達していたが、2000年には全受給者の半数に減少し、家族介護の比重は低くなってきている⁽³⁹⁾。

サービス供給者については、非営利(公益)民間団体が半数以上を占めているが、介護保険導入後、特に在宅介護の分野で私立・企業体が増え、4分の1を超えた⁽⁴⁰⁾。

介護サービスの質の保障について、介護保険法の条文の実効性を高め、ホーム法による行政の施設監査と連動させるために、2001年に「介護における質の保障と消費者保護の強化に関する法律(介護の質の保障法)」と「ホーム法改正に関する第3法律」が制定された(2002年施行)。

(4) 介護職

高齢者介護を行う老人介護士(AltenpflegerIn)は、患者看護師(KrankenpflegerIn)⁽⁴¹⁾とは異なり、1960年代末から各州で独自の法的規制が行われてきた⁽⁴²⁾。教育期間は2年または3年、

(36) 8種類の疾病金庫・介護金庫によって共同で設置された組織だが、各金庫やサービス事業所、行政からは独立した中立の鑑定機関として機能している。業務として、医療保険関係の判定、介護保険関連では要介護認定と介護事業所のサービスの質の評価事業を行っている。「介護プラン」への判断を下す場合もある。最大州のバイエルン州MDKは専従職員約900人で構成されており、連邦全土では7,000人近い職員を擁す。そのうち約2,100人が医師、約900人が介護専門職(看護師、老人介護士等)である。(「特集ドイツ介護保険 10年の軌跡と今後の展望」『月刊介護保険』104号, 2004.10.)

(37) MDKの判定について、制度発足時には地域格差が指摘されたが、MDKの中央本部MDS(Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen)や各州MDKで協同し、現在では、全国同じレベルで認定されている。

(38) 家族介護者とは、週14時間以上在宅で介護して、そこから所得を得ていない人。労災保険、年金保険、失業保険が適用される。労災保険の保険料は、地方自治体が負担する。齋藤香里「ドイツの介護保険の成立と仕組み」舟場正富ほか編『介護財政の国際的展開-イギリス・ドイツ・日本の現状と課題-』ミネルヴァ書房, 2003, pp.232-234.

(39) 「(参考) 諸外国における介護制度の概要」『介護保険制度の見直しに向けて 社会保障審議会介護保険部会報告・介護保険4年間の検証資料』中央法規, 2004, p.220.

(40) 春見静子「第11章 高齢者・障害者福祉サービス」古瀬徹ほか編『先進諸国の社会保障4 ドイツ』東京大学出版会, 1999, p.242.

(41) 患者看護師法の成立は1957年。以来、連邦レベルで教育・資格の認定が行われてきた。その他、ドイツには州による規定に基づく小児看護師という資格もあり、この教育期間は2年または3年である。

(42) 八田和子「ドイツにおける老人介護職制度の新展開」『賃金と社会保障』1295号, 2001.4下旬; 峯川浩子「ドイツ連邦共和国におけるAltenpflegerInの制度的位置づけ」『年報医事法学』17号, 2002.

教育内容も看護の重視、福祉の重視など、州によって差があったが、介護保険制度実施後の2000年に、職業養成訓練と職業資格の許可について定めた連邦法「老人介護の職業に関する法律（老人介護法）及び患者看護法の改正」⁽⁴³⁾が成立した（2004年施行）⁽⁴⁴⁾。教育期間は3年間に統一され、実習が重視され、国家試験が課された。看護職としての位置づけがより明確になり、独自の判断で高齢者介護に当たるものとされた⁽⁴⁵⁾。

老人介護ヘルパー（AltenpflegehelferIn）も、老人介護法で国家資格として規定された。教育

期間は原則1年（定時制教育は3年まで）で、介護専門職（看護師、老人介護士）の指導下で、専門的な世話や介護を行う。教育課程や期間については、各州の独自の判断による部分も多い⁽⁴⁶⁾。

その他、教育課程にある実習生や非軍事役務従事者（Zivildienstler）⁽⁴⁷⁾も、在宅介護や施設で、重要なマンパワーとなっている。

2004年11月に連邦保健・社会保障省が出した報告書⁽⁴⁸⁾によれば、2001年末までの2年間で、介護職者が4万人増えたが、その大半（35,000人）が施設介護分野である（表10参照）。在宅介護分野で19万人が介護に従事しており、その86%

表10 介護保険分野従事者
(単位:人)

	1999年	2001年	差	伸び率
老人介護士	109,161	124,879	15,718	14.40%
在宅	25,456	28,179	2,723	10.70%
施設	83,705	96,700	12,995	15.52%
老人介護ヘルパー	16,624	19,061	2,437	14.66%
在宅	3,869	4,419	550	14.22%
施設	12,755	14,642	1,887	14.79%
看護師	112,709	114,488	1,779	1.58%
在宅	62,528	62,029	-499	-0.80%
施設	50,181	52,459	2,278	4.54%
看護助手	31,270	29,970	-1,300	-4.16%
在宅	10,243	9,565	-678	-6.62%
施設	21,027	20,405	-622	-2.96%
その他	354,958	376,537	21,579	6.08%
在宅	81,686	85,375	3,689	4.52%
施設	273,272	291,162	17,890	6.55%
総計	624,722	664,935	40,213	6.44%
在宅	183,782	189,567	5,785	3.15%
施設	440,940	475,368	34,428	7.81%

(出典) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*, 2004.11.3, p.75より算出。

(43) 邦訳は、八田和子訳「老人介護の職業に関する法律及び看護婦（士）法の改正に関する法律（仮訳）」『賃金と社会保障』1295号，2001.4下旬。

(44) 老人介護士についての連邦統一法案は、介護保険法に先んじて1990年にも審議されたが、バイエルン州の反対等により、成立しなかった。1999年に再度法制化の動きが始まったのは、介護施設のスクandal続出によって介護サービスの質が焦点となったためであり、「介護の質の保障法」制定の動きと同様である。

(45) 老人介護法による全国共通の教育課程が全面的に採用されるのは、2003年8月からである。

(46) シュレスヴィヒ-ホルシュタイン州は1年半、ハンブルク特別市は2年である。

(47) 兵役の代わりに福祉事業等に従事する者。2004年11月現在、81,141人が従事している。(Bundesamt für den Zivildienst <http://www.zivildienst.de/Navigation/Home/homepage_node.html_nnn=true>)

(48) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, op.cit.

表11 入所施設介護給付上限と入所費用（介護度別）

	完全施設介護給付上限	老人介護ホームの入所費用の一例
介護度Ⅰ	1,023ユーロ	約2,143ユーロ
介護度Ⅱ	1,279ユーロ	約2,510ユーロ
介護度Ⅲ	1,432ユーロ	約3,121ユーロ
特に過酷な場合	1,688ユーロ	--

(出典) 藤本健太郎「ドイツの社会保障の動向④-介護-」『週刊社会保障』2241号, 2003.7.7の表5,6をもとに作成。なお、完全施設介護給付上限は、2004年1月現在も同様。

が女性、全体の65%がパートタイム勤務である。実習生は1% (2,000人)、非軍事役務従事者は3.5% (6,600人) である。施設介護分野には47万5000人が従事しており、その85%が女性で、全体の54%がパートタイムである。実習生は4% (17,000人)、非軍事役務従事者は2% (11,000人) を占めている。老人介護士、老人介護ヘルパーの増加が著しい。施設では老人介護士中心、在宅では老人介護ヘルパー中心で介護が行われている。介護保険導入後、施設数が増えたため、施設の介護職・看護師が増えている。

これまで、介護職は賃金水準も低く、労働条件の厳しさと労働時間の不規則さが、継続的な就労を妨げていると言われてきた。専門職の老人介護士・老人介護ヘルパーでさえ、資格取得5年後の離職率が80%と高く⁽⁴⁹⁾、平均就業年数が非常に短かった。老人介護法の制定により、今後どう変わるか、注目される。ドイツは、人口の9%が外国人だが、介護・医療分野での外国人労働者の割合は4.5%前後で、決して多くはない⁽⁵⁰⁾。

(5) 介護給付、医療保険との連携

介護給付の上限まで、自己負担はない⁽⁵¹⁾が、介護認定されない軽度の者は、全額自己負担と

なる。施設介護⁽⁵²⁾の費用については、介護関係は介護保険、治療費関係は医療保険、食住コストは自己負担によって賄われる。入所費用の半額程度が、保険でカバーされる(表11参照)。自己負担できない者の費用は、介護扶助、住宅手当(家賃補助)、社会扶助等によって賄われる⁽⁵³⁾。

2001年より介護施設等での医療については、介護保険ではなく医療保険から給付されることになった。また、介護保険制度発足時には配慮が十分でなかった痴呆症について、在宅介護の改善を目的とした「相当の一般的な世話ニーズを伴う要介護者の在宅介護給付の補完に関する法律(介護給付補完法)」が2001年に制定され、2002年4月1日(一部、2003年)に施行された。

(6) 財政と被保険者・要介護者の現状

ドイツは、既に2002年に人口のピークを迎え(8254万人)、今後50年間で1200万人が減少すると推計されている(現在の人口の15%)。被保険者数は、2000年時点で減少に転じており、収入はかろうじて増加しているが、それをはるかに上回って支出額、受給者が増えている(表12参照)。1996年に40億ユーロ以上の積立金を用意した上で、1997年から施設給付を開始したが、

(49) 峯川浩子「ドイツにおける高齢者介護の担い手 老人看護師法制定までの経緯と展望」『看護管理』13巻5号, 2003.5.

(50) 多々良紀夫、塚田典子「ドイツの介護・医療現場における外国人労働者の現状(1)(2)」『月刊福祉』(1)87巻2号, 2004.2. (2)87巻3号, 2004.3.

(51) そもそも医療保険において原則として患者負担がなく、入院時や薬剤に一部負担が課されるにすぎない。

(52) 介護が行われる施設は以下のとおり。老人ホーム(Altenheim)は、介護や全面的介助は不要だが、独立して家政を維持することはできない状態にある高齢者のための施設。老人居住ホーム(Altenwohnheim)は、特別なニーズのある高齢者ができるだけ長く独立した生活を送れるように設備等を備えた住居。高齢者介護ホーム(Altenpflegeheim)は、慢性疾患等で介護を要する高齢者のため、設備や人員を備え、状態の改善のため積極的な介護看護を行う施設。その他、複合施設(Mehrgliedrige Einrichtungen)。亀本和彦「高齢者と居住問題」『レファレンス』no.644, 2004.9, pp.20-21も参照のこと。

(53) 長谷川有紀子「ドイツの入所型施設と介護保険の費用負担 欧州各国の高齢者介護施設と費用負担③」『週刊社会保障』2299号, 2004.9.13; 木下秀雄「ドイツにおける介護保険と介護扶助」『海外社会保障研究』131号, 2000.6; 本沢巳代子「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』2218号, 2003.1.20.

表12 介護保険の収支及び被保険者・受給者数

	1997年	2000年	2003年
財政状況			
収入	159.4億ユーロ	165.5億ユーロ	168.6億ユーロ
伸び率	100	104	106
支出	151.4億ユーロ	166.7億ユーロ	175.6億ユーロ
伸び率	100	110	116
収支差	8億ユーロ	-1.3億ユーロ	-6.9億ユーロ
積立金残高	48.6億ユーロ	48.2億ユーロ	42.4億ユーロ
伸び率	100	99	87
被保険者・受給者			
被保険者（家族被保険者を含む）	7169万人	7134万人	7046万人
伸び率	100	100	98
介護受給者	166万人	188万人	190万人
伸び率	100	113	114

（出典）「公的介護保険の適用者数及び給付実施状況等」ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療関連データ集 2003年版』医療経済研究機構，2004.3，p.58；「ドイツ介護保険－10年の軌跡と今後の展望－」『月刊介護保険』104号，2004.10をもとに作成。

既に1999年に単年度収支は赤字に転じた。2004年の赤字額は10億ユーロに上るとの報道もあり⁽⁵⁴⁾、財政問題は、既に座視できない状況にある。

前述のドイツ保健・社会保障省の報告書によれば⁽⁵⁵⁾、現在1990万人の60歳以上人口が、2040年までに780万人増加し、2770万人（総人口の35.2%）になる。リュールupp報告（後述）の推計では、現在190万人の受給者が2040年には340万人になるという。同報告書は、2007年には積立金が枯渇し、2040年には保険料率を3%に引き上げなくてはならないと予想している。

(7) 制度改革の方向性

2002年11月に、年金、医療保険、介護保険等、社会保障制度の財政持続性について議論するリュールupp委員会⁽⁵⁶⁾が連邦保健・社会保障大臣により設置され、2003年8月28日に報告書

が提出された⁽⁵⁷⁾。介護保険制度についての提言は、以下のとおりである。

- ・世代間での保険料負担の分担…高齢者への追加的調整保険料賦課と若年層の個人介護口座への貯蓄形成による介護保険財政健全化
- ・給付の自動調整
- ・在宅介護と施設介護の財政均衡…施設介護から在宅介護への財源移転
- ・痴呆性高齢者への給付拡大

一方、2001年4月3日には、連邦憲法裁判所が、子どものいる者といない者の介護保険料が同じであることを違憲とする判決を下し、2004年12月31日までに法改正を行うことを求めた⁽⁵⁸⁾。これに基づき行われる2004年改革に、リュールupp報告書の内容がどれほど盛り込まれるかが関心を集めていたが、違憲判決による改正に限定され、介護保険制度に関する包括的な構造改革は将来に先送りされた。

2004年11月26日に成立した「子ども考慮法

(54) *Frankfurter Allgemeine*, 2004.7.5.

(55) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, op.cit., p.107.

(56) Rürup-Kommission zur nachhaltigen Finanzierung der Sozialversicherungssysteme 経済学者ベルト・リュールupp博士を委員長とし、連邦保健・社会保障省次官も参加。

(57) Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission*（社会保障制度財政の持続性に関する報告書）< <http://www.soziale-sicherungssysteme.de/index.html> >

(58) 判決理由は以下のとおり。子どもを養育している親は、将来の介護の担い手を育てており、公的介護保険制度に貢献しているにもかかわらず、同じ保険料が賦課されては、結果的に子どもを養育している親が不利となり、家族の保護を謳う憲法（ドイツ基本法）第3条と第6条に反する。

(Kinder-Berücksichtigungsgesetz)」の規定は以下のとおりで、これによって予想される保険料収入増は、2005年で約7億ユーロである。

- ・2005年1月から、子ども⁽⁵⁹⁾のいない23歳以上の被保険者は、保険料率が0.25%高くなり、1.1%となる（事業主負担は0.85%のまま変わらない）。
- ・65歳以上の年金受給者には適用されない。
- ・失業給付Ⅱ（ArbeitslosengeldⅡ）⁽⁶⁰⁾の受給者は、加算部分（0.25%）を支払わなくて良い。

3 その他の国の現状と動向

(1) フランス⁽⁶¹⁾

最も高齢化が早かったフランスでは、1960年代から在宅サービスが整備され、70年代から80年代においてはケアつき高齢者住宅などが整備された⁽⁶²⁾。しかし、介護サービスに関して、社会扶助や老齢ミニマム（最低生活保障）などの現金給付、医療保険と老齢年金からの給付、社会福祉など、様々な制度が並立していたため、効率的・合理的な介護サービス供給制度の確立が、90年代を通じて国民的議論となった。

高齢者介護の財源については、社会保障金庫からの支出と県からの支出が多く、在宅介護について、国からの支出も多少あった。もともと医療制度は社会保険で賄っており、医療施設における長期介護が非常に多かった（社会的入院）。このため、隣国ドイツやオランダの介護保険制度にも関心を持っていたが、地域サービスに関する県の実績を重んじて、社会保険制度ではなく、社会扶助制度を基盤とする介護保障制度がまず導入された⁽⁶³⁾。

そこで「特定介護給付制度」（特定介護給付創

設のための法律、1997年1月成立）が、県を責任者とした社会サービスとして開始された。所得制限付きという社会扶助の性格を維持した給付で、県から、在宅や施設入所の要介護高齢者に対して支給された。軽度の在宅の要介護高齢者は対象外であり、ホームヘルプサービスは従来どおり社会扶助や老齢保険金庫等によって実施されるなど、複数の事業で高齢者介護をカバーする構図に変化はなかった⁽⁶⁴⁾。

特定介護給付制度の改革について、厚生労働大臣等からの依頼に基づき検討したオルレアン市長シュウエール氏の報告書（2000年5月）では、介護に関する給付を全国一律の基準で権利（droit）として保障することが提言された。これに基づき、老齢保険金庫の任意の給付（ホームヘルプサービス）も取り込んで、個人自立手当制度（APA、2002年1月施行）が創設された⁽⁶⁵⁾。

要介護認定の仕組みは、県がGIR1～6という6段階の要介護度の認定審査を行い、GIR6（自立）・GIR5（虚弱）以外がAPAから給付を受けることができるというものである。ただし、応能負担で所得によって給付率、自己負担額が異なる。在宅サービスのサービス経費の上限額は、GIR1が月額1,125.59ユーロ、GIR2が月額964.79ユーロである⁽⁶⁶⁾が、施設入所者に対する一人あたり個人自立手当の金額は、日本やドイツの介護保険と比較すると、かなり低い（表13参照）。

フランスでは、2003年夏の猛暑に約15,000人の虚弱高齢者が脱水症状などで死亡し、高齢者医療・介護の問題点が浮き彫りになった。個人自立手当制度の財政負担も、今後いっそう重くなることが予想され、高齢者介護施設やサービスの財源確保を目的とした「高齢者と障害者の自立のための連帯法」が2004年6月30日に成立

(59) 子どもには、養子、連れ子、里子が含まれる。子どもに先立たれた者は、子どもがいないとはみなされない。

(60) 従来の失業扶助 Arbeitslosenhilfe（税財源による失業給付）と社会扶助 Sozialhilfe を統合して創設された。全額連邦の一般財源によって賄われ、連邦雇用機関が所管する。2004年7月1日実施、12月31日まで移行期間。（厚生労働大臣官房国際課『海外情勢報告 2003～2004年』pp.120-121.）

(61) 伊奈川秀和「第10章 フランス」鬼崎信好ほか編『世界の介護事情』中央法規出版、2002、pp.172-188; 松村祥子「フランス」仲村優一ほか『世界の社会福祉年鑑 2003』旬報社、2003、ほか。

(62) 亀本 前掲論文 pp. 21-22.

(63) フランスの社会保障制度は、職域別の社会保険制度をベースとしてきたが、社会保険制度の赤字体質脱却のため、1990年以降は社会保障目的税を導入しており、また、例えば老齢連帯基金（Fonds de Solidarité Vieillesse : FSV）など、普遍的制度を導入する傾向が見られる。

(64) 特定介護給付の受給者数は約12万人で、フランスの人口の0.2%のカバーにとどまる。ただし、法律名に「高齢者のための自立手当の創設を期待しつつ」と明記されているように、もともと過渡期的な法律である。

(65) 「高齢者の自律性の喪失への対応及び個人自立手当に関する法律案」2001年3月提出、2001年6月可決、2001年7月20日法律第2001-647号として公布。社会事業・家族法典のL.232-1条以下に編纂、2002年1月施行。国を責任者とし、財源は地方税3分の2、国庫補助金3分の1である。在宅サービスだけではなく、施設内での介護サービスも対象とする。

(66) 厚生労働大臣官房国際課『海外情勢報告 2003～2004年』p.182.

表13 施設における一人あたり個人自立手当

(月額)

	県負担	利用者負担	合計
GIR1&2	322ユーロ	119ユーロ	441ユーロ
GIR3&4	161ユーロ	111ユーロ	272ユーロ

(出典) 岡元真希子「フランスの高齢者入所施設と個別自立手当・疾病保険の費用負担－欧州各国の高齢者介護施設と費用負担(2)－」『週刊社会保障』2298号, 2004.9.6, p.61.

した。これは、祝日を1日減らして営業日にし、雇用主がその日の売り上げ相当額⁶⁷を納めるという仕組みである。

(2) イギリス⁽⁶⁸⁾

イギリスは1970年代には高齢社会となっている。高福祉国の代表として、医療制度については、税財源で国が運営する国民保健サービス(National Health Service : 以下、NHS という。)が、原則として自己負担なしで医療サービスを提供し、福祉サービスについては自治体が多様なサービスをコミュニティケア⁽⁶⁹⁾として展開してきた。しかし、公的サービスの非効率性を批判するサッチャー政権下で、入所施設の民営化が進められ、1990年代初頭には、医療・福祉分野への市場原理の導入、NHS改革とコミュニティケア改革が進められた。しかしその後も、同じ介護サービスでありながら、NHSなら自己負担はないが、社会サービスなら所得・資産に応じた負担が課されるなど、矛盾が指摘されていた。一般家庭に対する社会サービスの自己負担も重かった。現在のブレア政権は、この分野においても「第3の道」を模索し、新しい進路をとりだしたところである。

ブレア首相によって1997年に設置された「長期介護に関する王立委員会」(Royal Commission on Long Term Care)が1999年に出した勧告⁽⁷⁰⁾は、介護に必要とされる費用を、生活費、住居費、介護の3つに区分した上で、介護費用はNHS同様、租税から支出し、他の費用は所得・資産に応じて利用者が負担する原則を提言した。また、介護の質を高める仕組みづくりも勧告された。これに先立ち、1998年11月には、保健省が白書「社会サービスの近代化(自立促進、保護の改善、水準向上)」を出しており⁽⁷¹⁾、これらを受けて、2000年には「ケア基準法(Care Standards Act)」が成立した⁽⁷²⁾。

また、2001年3月には、保健省が「高齢者のためのサービスの全国的枠組み」(National Service Framework for Older People : NSF)を発表し、包括的な高齢者向けサービスの基準・行動指針⁽⁷³⁾を示した。さらに、これを実現するための仕組みとして、「高齢者のためのシングルアセスメントプロセス」(Single Assessment Process for Older People : SAP)が、NHSや社会サービスに適用され、2002年6月から各地で実施されている。

2003年には、社会的入院を減少させるために、

(67) 営業日が1日増えることで、GDPが0.3%程度(約45億ユーロ)、伸びると予想。

(68) 松田亮三「英国の介護政策 ブレア労働党政権下の展開」『教育と医学』51巻3号, 2003.3, pp.46-53 ; 近藤克則「イギリス・ブレア政権の高齢者介護・福祉政策(上)(下)」『病院』(上)62巻3号, 2003.3, (下)62巻4号, 2003.4 ; 岡元真希子「イギリスのケアホームと自治体福祉サービス」『週刊社会保障』2297号, 2004.8.

(69) 高齢者や障害者が地域(コミュニティ)で普通に暮らせるように、サービスを提供する。日本のように年齢によってサービスが組織されるのではなく、ニーズによって組織される。イギリスの社会福祉サービスは、施策の枠組みは中央政府によって定められるが、具体的な施策は地方自治体などの実施責任を負う組織に委ねられる。

(70) *With Respect to Old Age : Long Term Care - Rights and Responsibilities*, Cm 4192-I, 1999.3.

(71) 白書は、医療と福祉の連携、高齢者の多面的評価、高齢者の医学的社会的リハビリテーション、公平な費用負担、虐待や放置からの保護、介護職者の研修や介護実施基準、介護サービス評価を、重視すべき基本原則として提示した。

(72) 詳しくは、岩間大和子「イギリスにおけるケアサービス質向上のための政策」『レファレンス』613号, 2002.2参照。この法律によって、①全国ケア基準委員会 National Care Standards Commission : NCSC、②総合社会ケア委員会 General Social Care Council : GSCC、③対人社会ケア研修機構 Training Organisation for Personal Social Services : TOPSS等が、設置された。①NCSCは、事業者の登録・抹消、監査機関として2001年1月に設置、2002年4月に活動開始したが、2004年4月に社会ケアと医療ケアを分離し、Commission for Social Care InspectionとCommission for Healthcare Audit and Inspectionに改編された。②GSCCは、100万人の社会サービス関連職の登録やソーシャルワーカーの教育研修規制、両者の行動規範を定めるなど、介護職者の水準維持・向上を目的として、2001年10月に設置された。③TOPSSは、研修・職業訓練を行うため2000年に設置された。

(73) ①年齢差別の根絶、②患者中心のケア、③自立支援・中間ケア、④一般病院ケア、等の重視。

社会サービスにおける自治体の責任を明記した「地域ケア（退院の遅れなど）法（Community Care (Delayed Discharges etc.) Act)」が制定された。これは、社会サービスの不備が社会的入院を増加させているとの現状認識に基づき、社会的入院の費用を、NHSが自治体に請求できるようにするというものである⁽⁷⁴⁾。

ブレア政権下、上記のとおり、自治体や民間事業者の負担は増しているが、新たな財源手当てについての動きは見られない。1990年代に増加した民間の事業者は、高い質を求められる一方で、自治体からの支払額が変わらない状況の中、事業から撤退する例が増え、2001年には入所定員が13,000人減少したという推計もある。

(3) スウェーデン⁽⁷⁵⁾

スウェーデンは、教育と福祉という対人サービスを重視している。各種税率は高いが、普遍的な現金給付も多いため、子育て期や高齢期の所得保障が充実しており、国民は「税金は生活費の前払い」と理解しているという。医療制度も福祉制度も、基本的に税財源で賄われ、サービス提供主体やマンパワーの大半が、公営、公務員である。民間経営も一部、大都市には増えている。

地方分権が進んでおり、国と21のランスティンク（landsting、県レベル）と289のコミューン（kommun、市町村レベル）の役割分担が明確である。社会保障・福祉分野における責任の所在は、国は政策目標の法制化と社会保険（所得保障制度）、ランスティンクは医療サービスの供給、コムミューンは社会サービスと住宅供給となっている。基幹税である所得税が地方税なので、地方財政の基盤は強く、自治体予算の大半が福祉・教育に向けられる。ストックホルム市の場合、2001年予算3500万クロナのうち、高

齢者・障害者サービスだけで25%（913万クロナ）を占めている⁽⁷⁶⁾。

スウェーデンも、1970年代から高齢者介護の社会基盤の整備に力を注いできた。1982年「社会サービス法」の施行により、要介護者が住み慣れた地域で生活できるサービスを充実させ、1985年には、痴呆性高齢者を対象としたグループホーム（gruppboende＝集団居住）が設立されている。

しかし、高齢人口の増加に伴い、医療（長期医療ケア、在宅看護）はランスティンク、社会サービス（サービス付住宅、ホームヘルプ事業等）はコムミューン、と責任が分断されていることが問題視されるようになった。また、後期高齢者の増加⁽⁷⁷⁾により、高齢者医療費や社会的入院も増加し、看護や介護の人手不足、医療サービスと社会サービスの自己負担額の格差等、他国と同様の問題が浮上してきた。約2年におよぶ審議を経て、高齢者サービスのコムミューンへの一元化と資源利用の効率化を基本理念とした「エーデル改革（Ädelreformen）」⁽⁷⁸⁾が1990年12月13日に国会で可決され、1992年1月1日より実施に移された。

高齢者介護を担当する職員約55,000人（地区看護師、看護師、副看護師、看護助手、作業療法士、理学療法士、ケースワーカー等）が、ランスティンクからコムミューンに異動し、コムミューンの介護スタッフの増員・技能レベル向上も図られた。社会サービス法も一部改正され、「介護つき特別住宅（老人ホーム、ケアつきアパート、グループホーム、シュークヘム⁽⁷⁹⁾等）」を提供する義務がコムミューンに課された。ランスティンクが医療施設として所有していたシュークヘム約490カ所（31,000人分）がコムミューンに移管され、グループホーム約400カ所（3,000人分）、デイセンター約200カ所などもコムミューンが運営することに

(74) イギリス同様、医療サービスと福祉サービスの提供責任が異なる政府レベルにあるスウェーデン、デンマークで導入されているが、イギリスの自治体協会は有効性に疑問を呈している。

(75) 『スウェーデン医療関連データ集 2003年版』医療経済研究機構、2004.3；井上誠一「第6章 スウェーデン」鬼崎信好ほか編『世界の介護事情』中央法規出版、2002.9；三上美子「高齢者福祉サービス」丸尾直美ほか編『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』東京大学出版会、1999.8。

(76) スtockホルム市ホームページ<http://www.stockholm.se/templates/template_121.asp>に掲載されている「Årsbok 2003」>finanser>表211「市の歳入歳出」

(77) 80歳以上は8割が一人暮らしとなり、2割が痴呆症になるとの研究結果が、1971年から1987年までの高齢者追跡調査より明らかになり、80歳以上にケア政策の焦点が当てられるようになった。（三上 前掲論文 p.263.）

(78) 審議した政府高齢者福祉状況調査委員会の頭文字をとって Ädel 改革という。

(79) sjukhem とは、病人の家（hem＝ホーム）と言う意味で、介護が必要な者の住宅。病院（シュークフース sjukhus；hus＝ハウス）との対比で、施設ではなく“家”であることが強調されている。

なった⁽⁸⁰⁾。

コミュニティへの責任一元化に伴い、ランスティングの保健医療支出の約21%、203億クロナの財源が、ランスティングからコミュニティに移された。と同時に、「社会的入院費支払い責任 (betalningsansvar av medicinskt tårdigbehandlade)」がコミュニティに課され、医師が治療終了を通告した者の入院の費用を、ランスティングがコミュニティに請求できるようになった。これによって、ランスティングの医療施設からコミュニティの介護つき特別住宅への移行が促進された。

一方、コミュニティの責任によって提供される介護の質が、自治体財政の悪化によって直ちに低下する恐れもある。1998年6月に国会で承認された「高齢者政策に関する国家行動計画」では、高齢者の活動性、安心、敬意、良質の介護を目標に、施策を定めた⁽⁸¹⁾。その主な内容は、施設整備のための特別国庫補助 (1998年2.5億クロナ、1999年1.5億クロナ)、保健福祉庁とレーン庁⁽⁸²⁾による介護に対する監督強化、介護担当職員 (民間事業所職員を含む) の告発義務⁽⁸³⁾等、介護の質の向上につながる措置と特別国庫補助等である。

スウェーデンは、合計特殊出生率の現状維持と、毎年18,000人程度の移民による人口増加 (人口の2%) が続くことを前提として、2040年頃まで人口増が続き、高齢人口比は4人に1人程度になると推計している。しかし、後期高齢者の増

加により、高齢者介護の費用は2030年までの30年間で20% から30% 程度増加すると試算結果も示されており、今後、現在の介護サービスの水準を維持するための財政負担をどうするかが、最重要課題となる。

(4) アメリカ⁽⁸⁴⁾

アメリカには、そもそも医療サービスについても、一般国民対象の公的医療保険が存在しない。公的医療保障制度は、高齢者・障害者対象のメディケア (Medicare、連邦政府運営医療保険) と貧困者用のメディケイド (Medicaid、連邦・州政府共同運営医療扶助) しかなく、一般国民は民間保険に加入することで、医療サービスを利用している。介護に関しては、メディケアは急性期介護しかカバーしないが、メディケイドは支出の22.7% (1998年)⁽⁸⁵⁾がナーシングホーム⁽⁸⁶⁾などの長期医療 (実質的には、介護) に充てられている。従って、高齢者 (65歳以上の96%がメディケア加入) は収入・資産があれば自己負担で民間の介護サービスを利用するか、または民間介護保険に加入して対処するが、資産を使い果たせば、メディケイドに切り替える、という形で、長期介護を賄っている。実態としては、在宅介護が8割で、そのうち約6割が無償の家族介護によっている⁽⁸⁷⁾。

アメリカは合計特殊出生率が高く、移民も多いため、高齢化のテンポは先進国の中では最も遅い。とはいえ、介護費用負担の問題は軽くな

(80) スウェーデンの人口は約900万人で、日本の14分の1である。

(81) 井上 前掲論文 pp.115-116。

(82) ランスティング圏域ごとに設置されている国の出先機関。

(83) 1997年、民営ナーシングホームの介護職員サーラ・ヴェグナートが、十分な介護スタッフがいらないことに起因する介護実態の劣悪さを告発したことがきっかけで、施設内の虐待 (不適切な介護、介護の欠如) について市町村の社会福祉委員会へ報告する義務、同委員会が解決できなければ監督機関に報告する義務が、社会サービス法の規定として追加された。この規定は、通称「サーラ法 (Lex Sara)」と呼ばれている。

(84) 伊原和人「第11章 アメリカ」鬼崎信好ほか編『世界の介護事情』中央法規出版、2002、pp.190-203；佐藤百合子「長期介護の国際比較」『教育と医学』51巻3号、2003.3、pp.12-21；『アメリカ医療関連データ集 2003年版』医療経済研究機構、2004.3；野々下勝行「ISSA 社会保障数理専門国際会議レポート 年金受給者に対する健康保険制度の構造と財政 ③アメリカ」『健康保険』58巻4号、2004.4。

(85) 『アメリカ医療関連データ集 2003年版』医療経済研究機構、2004.3、p.97。

(86) ナーシングホーム (nursing home : NH) とは、3床以上の介護・医療の複合施設であり、メディケア・メディケイドか、州の認可を受けて運営されている。NHのうち、高度看護施設 (Skilled Nursing Facility : SNF) では、急性疾患の回復時の患者に、医師の指示のもと、登録看護師による医療サービスが提供される。一方、中間的介護施設 (Intermediate Care Facility : ICF) では、慢性疾患・障害を有する患者に、無資格の看護助手による看護や介護サービスが提供される。1999年の時点では、162.8万人が18,000施設のNHでサービスを受けていた。4分の3が営利団体の運営で、企業体のチェーン化も60%以上進んでいる。財源ではメディケイドが41%と最も高い。なお、登録看護師とは専門分野別に資格を取得した正規の看護師のことで、学士や修士等、かなりの高学歴である。アメリカの看護師は、看護学博士号取得者から、登録看護師、無資格の看護助手と機能分化・階層化しており、実際の病院運営においても、看護助手の割合が多い。(『アメリカ医療関連データ集 2003年版』医療経済研究機構、2004.3、pp.100-102.)

(87) 武内和久「アメリカ社会保障のひとコマ第7回 アメリカ人の老後 理想と現実 (下)」『週刊社会保障』2228号、2003.3.31、p.55。

い。また、対GDP比医療費は13.9%で世界一高く、医療サービス体制にも問題を抱えている。1980年代以降、急速にメディケアやメディケイドの介護関連給付が拡大しており、第1次クリントン政権の国民皆医療保険構想（1992年から1994年）も、在宅サービスを視野にいれたものだったが、挫折した。

その他のプログラムとして、社会サービスからの補助金、「アメリカ高齢者法（The Older Americans Act：OAA、1965年制定）」による連邦政府から州政府への補助金等があるが、メディケイドの長期介護費用が160億ドル（1999年）であるのに対し、これらの補助金の総額は約10億ドルと限定的である。また、ナーシングホームの介護の質は決して高いとはいえない。

アメリカの特徴は、移民を中心とした低賃金の労働力が、介護労働に参入していることである⁽⁸⁸⁾。ケアに関するマンパワーが低価格なので、公的支出が抑えられている。今後、人口高齢化が進み、無償の家族介護から、施設介護・ホームヘルプに多くを負うようになった場合、このような低賃金労働に依存した介護の質について、今以上に問題となる可能性は否定できない。

Ⅲ 高齢者介護制度の課題

主として後期高齢者の問題である介護問題は、戦後ベビーブーマーがその年代に達する2020年以降に最も深刻になりうる。介護制度の構成要素（資金や人材等）を効率的に配分し、介護需要を必要以上に膨らませないような仕組みづくりが必要とされている。この前提として、最も重要なのは介護を必要とする人、すなわち要介護高齢者の人格尊重、特に痴呆症に対する配慮であることは言うまでもない。今後の重要課題について、介護の構成要素からの観点と我が国の当面する問題から、整理を行いたい。

1 構成要素に沿った論点整理

先に、①財源と資金供給システム、②サービ

ス供給、③介護マンパワー、④住宅と施設、⑤介護認定と介護サービス計画を、介護制度の構成要素として掲げたが、これにそって、主要国の介護保障制度を参考にしつつ、論点を整理してみたい。

(1) 財源、資金供給システム

財源調達方法として、我が国が社会保険制度を採用した根拠の一つとして、社会保険制度は被保険者の権利性が高く、サービス利用に心理的障壁が少ないということが強調された。発足後の制度の普及を見ると、「介護の社会化」を実現するためには妥当だったと思われる。ただし、スウェーデン、イギリス、フランスのように、税負担であっても「権利」（普遍的な社会サービスとしての介護サービス）として受けられる国は多い。なお、我が国も、実態として財源の半分が税収で賄われており、その意味で「折衷的」である。

今後どの国も、より多くの財源が必要になると見られるが、負担（保険料、税）の引き上げは容易ではない。ドイツは、今後の保険料引き上げが必至だが、現役世代の社会保険料率は既に計40%を超えており⁽⁸⁹⁾、それにもかかわらず年金も介護保険も赤字体質である。現役世代に対し、保険料率引き上げをさらに求めるのは至難であろう。リユールupp報告は世代間の協調を謳い、介護リスクの高い高齢者に、現役世代より高い保険料を賦課することを提言したが、実現への道筋は見えていない。フランスも、「連帯（solidarité）」を旗印に、介護保障目的の財源確保の策を講じたものの、両国ともさらなる財源確保が課題となるのは間違いない。スウェーデンでは、介護の責任者である自治体が確実な税財源を持っており、その意味では財政基盤は安定的である。しかし、高齢者介護の費用は2030年までの30年間で20%から30%程度増加すると推計されており、現在の介護サービスの水準を維持するための財政負担をどうするかが、最重要課題となる。

(2) サービスの質の確保

イギリスも日本もサービス供給者を公的サー

(88) アン・ザカリア・ウォルシュ「なぜ、アメリカのケア労働者は低賃金なのか」『女性労働研究』42号、2002.7.

(89) 社会保険料は労使折半で、年金19.5%、医療保険14.3%、介護保険1.7%、失業保険6.5%、計42%（2003年現在）。

ビスに限定せず、競争による質の向上と費用抑制、要介護者の選択肢の拡大を目的として、民営化を導入した。しかし、実際には介護水準の維持、向上のための施策を取らざるを得ない状況も生じている。施設内、家庭内での高齢者虐待の発生も指摘され、高齢者虐待への対応も求められている。ドイツ、イギリス、スウェーデンとも、介護の質の確保のため、さまざまな施策を打ち出しているところである。ただし、費用の抑制と質の向上を同時に課せば、民間業者の撤退が生じ、サービス供給の不足も懸念される。

(3) 介護マンパワーの質と地位

介護職の質が、合理的、効率的な介護サービス提供を左右する。ドイツでは、老人介護士は看護師に並ぶ資格となった。各国とも、介護職者の訓練制度や資格制度が重視されるようになってきている。我が国では、介護保険制度で新設された介護支援専門員（ケアマネジャー）と訪問介護員（ホームヘルパー）の質の向上を目的に、資格や訓練制度のあり方について論じられている最中である。また、安定的な介護労働力の供給には、介護職者のほとんどを占める女性が、継続的に就労できる制度の確立が不可欠である。しかし、これらの措置は労働費用の高騰を招きかねず、介護費用の抑制とは二律背反になりかねない。

(4) 住宅と施設

介護施設と高齢者の住宅は、高齢者の尊厳を守り、かつ効率的にサービスを提供できる場であることが必要である。ただし、我が国の住環境は先進国の中では低水準⁽⁹⁰⁾で、このことが、いっそう介護制度の費用負担を重くする。劣悪な住環境にある者は、要介護度が低い段階で施設介護を求めざるをえず、これは介護保険への負担となる。介護施設整備と同様に、高齢者の住環境の向上を促す住宅政策が求められる。

(5) 介護認定と介護サービス計画

介護認定と介護サービス計画は、サービスの質と量を適正にコントロールするための仕組み

で、医療では診察にあたる部分である。ドイツでは、MDKという独立機関に属する医師と介護専門職が担っているが、我が国では介護支援専門員（ケアマネジャー）に多くを負っている。これらの多くがサービス事業所や施設に属しているため、介護需要の安易な拡大が懸念されている。介護支援専門員（ケアマネジャー）の質の向上と、サービス供給事業者の都合に左右されない独立性の確保が、適切な介護サービス提供に不可欠である。

2 我が国の介護保険制度の新たな課題

(1) 介護保険と障害者介護

我が国特有の問題として、被保険者の年齢の問題がある。前述のように、社会保険制度をとるドイツ、オランダでは、0歳から介護保険給付の対象となっている。現在検討中の介護保険法改正において、40歳未満への介護保険の適用と障害者介護制度（支援費制度）との統合は見送られることとなった。障害リスクの低い20歳代、30歳代には、保険料負担が納得されないとの主張が強かったためである⁽⁹¹⁾。しかし、若いうちは障害を負うリスク発生率は低くとも、一旦発生した場合、そのリスクは高齢者より長い期間続くことが予想される。そのための財源を、介護保険と別に確保することは容易ではないと思われる。支援費制度を介護保険と別建てで続けていくことで、今後、税財源によるサービス供給の利点と問題点もあきらかになる。

(2) 介護予防と高齢者の保健・医療

介護予防が、介護給付の抑制の観点からも注目されている。軽度の要介護者へのサービス提供が、要介護度を悪化させる可能性が指摘されており、検討中の介護保険法改正において、特に軽度の要介護者に対しては、予防やリハビリに重点を移すことが予定されている。要介護度の低い者への介護サービス計画の立て方がその後の状況を左右するため、介護支援専門員（ケアマネジャー）の力量が問われるところである。

介護予防は、リハビリテーションなど医療行為との関連も深い。医療分野では治療は医療保

(90) 国土交通省『国土交通白書 平成16年版』p.125ほか。

(91) 第2号被保険者の保険料を折半して負担する使用者の反発も強かった。

険、予防は税財源による保健事業と分かれているが、介護保険では予防も給付対象にできるため、これまで老人保健事業として提供されていた予防施策（健康診断・健康相談等）もすべて介護保険の事業とする案が検討されている⁽⁹²⁾。

一方、要介護度の高い者への在宅ケアには、医療が不可欠である。高齢者の尊厳重視の観点からも、適切なケアの提供は欠かせない。また、高齢者介護の先にあるターミナルケア（終末医

療・介護）も視野に収める必要がある。

今後、改正が予定されている高齢者医療（老人保健）のあり方については、介護保険と連携して効率的なサービスを提供できるような体制作りが要請される。在宅であれ、施設介護であれ、身体介護と痴呆介護、医療とリハビリテーション、介護予防を、最も必要とする人に提供できる制度を構築し、安定的に運営することが求められている。

（いずみ まきこ 社会労働課）

(92) 市町村の高齢者検診など、国と市町村の税金で賄ってきた事業を介護保険制度の介護予防サービスに切り替えることが検討されていると報道された。（『日本経済新聞』2004.12.6.）