

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金
老人保健健康増進等事業

家族介護者支援に関する諸外国の施策と社会全体で
要介護者とその家族を支える方策に関する研究事業

【報告書】

令和2年（2020）年3月



三菱UFJリサーチ&コンサルティング

目次

序章 事業の概要	1
1. 事業の目的	1
2. 調査対象国	1
3. 事業の内容	2
(1) 文献調査	2
(2) 海外行政当局アンケート調査	2
(3) 海外現地調査.....	2
(4) 有識者会議の設置・運営.....	3
4. 各国の家族介護者支援に関する法・制度、施策等の比較（調査結果のまとめ）	5
第 I 章 イギリス	9
1. 要介護者と家族介護者の定義	1
2. 家族介護者支援に関する法制度の背景.....	1
(1) 統計データ	1
(2) 社会的・文化的背景.....	2
(3) 法制度の検討の経緯.....	2
(4) 現行の法制度.....	3
3. 関連制度	5
(1) 社会保障制度の全体像	5
(2) 介護費用の負担	6
4. 家族介護者支援に関する法制度の内容.....	7
(1) 家族介護者への現金給付に関する制度.....	7
(2) 保険・税制度上の工夫	8
(3) 介護と仕事の両立に関する制度.....	8
(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度	8
5. 今後の動向	10
6. 参考資料.....	11
第 II 章 オーストラリア	13
1. 要介護者と家族介護者の定義	17
2. 家族介護者支援に関する法制度の背景.....	17
(1) 統計データ	17
(2) 社会的・文化的背景.....	18
(3) 法制度の検討の経緯.....	19
3. 関連制度	21
(1) 社会保障制度の全体像	21
(2) 連邦在宅支援プログラム（CHSP）	22
(3) 連邦在宅ケアパッケージプログラム（HCPP）	23

(4) 認知症戦略	23
4. 家族介護者支援に関する法制度の内容	24
(1) 家族介護者への現金給付に関する制度	24
(2) 介護と仕事の両立に関する制度	25
(3) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度	26
5. 今後の動向	29
6. 参考資料	31

第 III 章 ドイツ **35**

1. 要介護者と家族介護者の定義	39
2. 家族介護者支援に関する法制度の背景	39
(1) 統計データ	39
(2) 社会的・文化的背景	41
(3) 法制度の検討の経緯	41
3. 関連制度	44
(1) 社会保障制度の全体像	44
(2) 介護保険制度	45
4. 家族介護者支援に関する法制度の内容	49
(1) 家族介護者への現金給付に関する制度	49
(2) 介護と仕事の両立に関する制度	50
(3) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度	51
(4) 保険・税制度上の工夫	54
5. 今後の動向	55
6. 参考資料	56

第 IV 章 オーストリア **59**

1. 要介護者と家族介護者の定義	63
2. 家族介護者支援に関する法制度の背景	63
(1) 社会的・文化的背景	63
(2) 法制度の検討の経緯	64
3. 介護に関する制度	65
(1) 介護手当（現金給付）（Pflegegeld）	65
(2) 現物給付	68
(3) 24 時間介護（24-Stunden-Betreuung）	68
(4) 連邦・州の財政支出	68
4. 家族介護者支援に関する法制度の内容	69
(1) 家族介護者支援に関する国の方針	69
(2) 家族介護者への現金給付に関する制度	71
(3) 介護と仕事の両立に関する制度	71
(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度	72

(5) 保険・税制度上の工夫	73
5. 今後の動向	73
6. 参考資料	74
第 V 章 フランス	77
1. 要介護者と家族介護者の定義	81
2. 家族介護者支援に関する法制度の背景	81
(1) 統計データ	81
(2) 社会的・文化的背景	83
(3) 法制度の検討の経緯	83
3. 関連制度	84
(1) 社会保険制度	84
(2) 社会扶助制度	84
(3) 高齢者福祉サービス	85
(4) 個別自律手当 (APA)	85
4. 家族介護者支援に関する法制度の内容	87
(1) 家族介護者への現金給付に関する制度	87
(2) 年金・税制度上の工夫	87
(3) 介護と仕事の両立に関する制度	87
(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度	88
5. 今後の動向	88
6. 参考資料	90
第 VI 章 スウェーデン	91
1. 要介護者と家族介護者の定義	95
2. 家族介護者支援に関する法制度の背景	95
(1) 統計データ	95
(2) 社会的・文化的背景	96
(3) 法制度の検討の経緯	98
3. 関連制度	101
(1) 社会保障制度の全体像	101
(2) 社会サービス法	102
4. 家族介護者支援に関する法制度の内容	104
(1) 家族介護者支援に関する国の方針	104
(2) 家族介護者への現金給付に関する制度	105
(3) 介護と仕事の両立に関する制度	107
(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度	107
(5) 保険・税制度上の工夫	109
5. 今後の動向	110
6. 参考資料	110

序章 事業の概要

1. 事業の目的

高齢化の進む日本において、介護を必要とする人（以下「要介護者等」という。）は増加傾向にあるが、それと同時に、介護に携わる家族等の介護者（以下「家族介護者」という。）も増加している。総務省「平成 28 年社会生活基本調査」によれば、15 歳以上の家族介護者数は、平成 28 年時点で約 700 万人であり、平成 18 年時点（約 530 万人）の 1.3 倍となった。また、男性の介護時間の増加等、近年では家族介護者の属性の変化も見られる。

家族介護者の中には、精神的・身体的・経済的負担を抱えている人も多く、介護離職や育児・介護の「ダブルケア」問題など様々な課題が存在する。厚生労働省「平成 30 年度介護離職防止のための地域モデルを踏まえた支援手法の整備報告書」では、市町村・地域包括支援センターが、要介護者だけでなく、家族介護者の生活・人生の質を向上させる視点を持つ必要があると指摘されている。こうした家族介護者の支援について、日本では、市町村（保険者）が地域支援事業として、「家族介護支援事業」を行うことが可能となっているほか、家族介護者支援マニュアル等を活用し、市町村や地域包括支援センターにおいて家族介護者に対する支援の充実に取り組んでいる。

また、家族介護者の仕事と介護の両立に資する介護休業制度等の普及も進められている。

家族介護者への支援については、海外でも様々な施策が実施されている。ヨーロッパの一部の国々では、20 世紀後半頃から、要介護者等への支援とあわせて、介護をする人への支援の必要性も認識されていた。実際には、介護政策における家族介護者の位置づけ、家族介護者への支援の仕組み・内容など、家族介護者をめぐる施策の在り方は様々であり、本人への支援のほか、家族介護者への支援、労働施策との連携など、あらゆる施策等を組み合わせながら取り組まれている。

本事業は、海外諸国の家族介護者支援に関する施策・取組について、その内容や特徴、具体例等を調査・比較し、情報を整理する。

2. 調査対象国

調査対象国は、先進的・特徴的な法・制度を有しており整備に係る議論の経緯が把握可能であること、また、行政文書や先行研究等（英語、日本語）の入手可能性が高いことなどから、以下の 6 か国とする。

- 第 I 章 イギリス
- 第 II 章 オーストラリア
- 第 III 章 ドイツ
- 第 IV 章 オーストリア
- 第 V 章 フランス
- 第 VI 章 スウェーデン

序章 事業の概要

3. 事業の内容

(1) 文献調査

調査対象国の家族介護者支援に係る法・制度等について、文献調査を行う。

本報告書において整理している調査結果は、基本的にはその大半がこの文献調査に基づくものである。

対象文献としては、原則として日本語、英語で閲覧可能なもの対象としたが、これら文献で十分に調査が出来なかった点については、(2)と(3)により情報を収集し、調査内容を補完している。

(2) 海外行政当局アンケート調査

海外の家族介護者支援の法・制度に関する基本情報について、正確かつ最新の情報を収集するため、対象国の家族介護者支援の法・制度を所管する行政当局を対象としたアンケート調査を実施する。

家族介護者支援の法・制度に関する質問票を作成し、電子メールにて依頼・送付、および回収を行った。

なお、本アンケート調査は、対象国のうちオーストリアとスウェーデンの2か国のみから回答が得られた。各国から得られた全ての回答結果は本報告書には掲載しないが、得られた情報は各国のまとめの中で必要に応じて掲載している。

(3) 海外現地調査

(1)と(2)では十分に得られなかった情報などについて、現地でのヒアリング調査を実施し、情報を収集する。調査対象先と主なヒアリング事項は、以下の通りである。なお、各ヒアリング先から得られた全ての回答結果は本報告書には掲載しないが、得られた情報は各国のまとめの中で必要に応じて掲載している。

国名	ヒアリング先	主なヒアリング事項
イギリス	地方自治体（スコットランド地方）：Glasgow City Council	・自治体の概要、要介護者・家族介護者の実態 ・介護者支援に関する経緯・制度
	地方自治体（イングランド地方）：East Sussex County Council	・介護者アセスメント ・サービスの実態 ・国、事業者との関係など
ドイツ	Pflegestützpunkt Charlottenburg-Wilmersdorf (ベルリンの介護支援拠点)	・介護支援拠点の概要 ・相談、支援の内容 ・ケースマネジメントと援護計画について ・家族介護者支援に係る国内の動向・課題など
オーストリア	Interessengemeinschaft Pflegende Angehörigen (介護近親者協会)	・家族介護者支援に係る国内の動向 ・家族による介護が多いことについて、その特徴や変化の有無 ・住み込みの外国人ヘルパーの概要 ・レスパイト・ケアの概要についてなど

(4) 有識者会議の設置・運営

本事業を実施するにあたり、有識者会議を設置し、調査内容等へのご意見を頂戴するため、会議を3回開催した。

【有識者】

田宮 菜奈子	筑波大学 医学医療系 教授
藤岡 純一	関西福祉大学 社会福祉学科 研究科長 教授
松本 均	横浜市 健康福祉局担当理事 高齢健康福祉部長
宮本 恭子	島根大学 法文学部・人文社会科学研究科 教授
山口 麻衣	一般社団法人 日本ケアラー連盟 理事
	ルーテル学院大学 地域福祉開発コース主任 教授

【オブザーバー】

桜井 宏充	厚生労働省 老健局 振興課 課長補佐
平嶋 由人	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係長
佐々木 暁子	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進官
清水 智子	厚生労働省 老健局 振興課 地域包括ケア推進係 主査
佐藤 剛	子ども家庭局家庭福祉課 児童福祉専門官
後藤秀太郎	子ども家庭局家庭福祉課 虐待防止対策推進室 自治体支援係 係長

【事務局 三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社】

鈴木 俊之	社会政策部 主任研究員
鈴木 陽子	共生社会部 主任研究員
松井 望	社会政策部 研究員
野田 鈴子	共生社会部 研究員
服部 保志	共生社会部 研究員
西尾 秀美	社会政策部 研究員

日程	回数	主な検討事項
9/6 (金)	第1回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 事業の実施概要 ・ 調査項目 ・ 海外行政当局アンケート調査の調査票案
12/16 (月)	第2回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 海外行政当局アンケート調査結果 ・ 報告書中間報告 ・ 現地ヒアリング調査の概要案
—	第3回	<ul style="list-style-type: none"> ・ 現地ヒアリング調査結果報告 ・ 報告書 (案)

※ 第3回会議は、新型コロナウイルスの影響により開催を中止し、メールでの資料共有・意見交換とした。

4. 各国の家族介護者支援に関する法・制度、施策等の比較（調査結果のまとめ）

	家族介護者の定義	施策・取組が形成された歴史・文化的背景	介護者の権利、介護者への支援を規定する法令	法に基づく施策			
				介護休暇	家族介護者の休息やエンパワーメント	保険・税制度上の工夫	現金給付
イギリス	<p>【家族介護者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の成人に介護を行う、もしくは行う意思のある者で、契約に基づき介護を行う者、およびボランティア活動として介護を行う者を除く（2014年ケア法 P.5） ・2014年ケア法では、子どもをケアする者へのアセスメント、子どもをケアする者への支援についても記載がある。（P.5） <p>【要介護者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の介護は、本人及び家族の責任とされ、インフォーマルな無償介護に大きく依存 	<p>■ 権利を規定する法令</p> <p>【2014年ケア法】P.5 および P.8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者の権利および介護者のアセスメントや必要な支援を自治体が行うことなどを定める <p>【2014年子どもと家族法】P.5 および P.8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヤング・ケアラーの権利および支援を定める <p>■ 支援を規定する法令</p> <p>【2014年ケア法】P.5 および P.8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者の権利および介護者のアセスメントや必要な支援を自治体が行うことなどを定める <p>【2014年子どもと家族法】P.5・ヤング・ケアラーの権利および支援を定める</p> <p>【雇用者権利法】P.8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族等のためのタイム・オフ <p>【1992年の社会保障拠出および給付法】P.7</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現金給付の根拠法 	<p>【家族等のためのタイム・オフ休暇】</p> <p>（雇用者権利法 P.7）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：家族等（配偶者や子どもなどの家族や（家族に限らず）当該労働者による介護を必要とする者） ・適用：家族等の病気の介護等、一定の予期せぬ緊急事態 ・期間：合理的な期間（明確な定めはない） ・権利保障：被用者が使用者から不当な扱いを受けない 	<p>【介護者アセスメント】</p> <p>（2014年ケア法 P.5 および P.8）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者がアセスメントを受ける権利が規定されており、自治体が支援の必要性を認めた場合、介護者の就業状況、行っている活動や今後の意向を確認し、自治体が介護者のニーズに応じたサポートプランの策定と予算案を作成する <p>【レスパイト・ケア】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内容は自治体による <p>【相談支援・窓口】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内容は自治体による 	<p>【国民保険の免除】p.8</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年金拠出に関する優遇制度（Carer's Credit）があり、優遇措置を受けられれば、介護に従事することで支払うことができない国民保険の未払い分が補填され、年金の拠出実績が継続される。 	<p>【介護者への現金給付】</p> <p>（1992年の社会保障拠出および給付法 P.7）</p> <p>（介護者手当）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民保険基金からの拠出 ・自治体から、介護者ひとりあたり週 62.1 ポンド支給（日本円換算で約 9,000 円）※2016年12月時点 ・働きながら介護する者にも支給されるが、収入要件あり <p>【介護者ニーズを満たすための直接給付】</p> <p>（2014年ケア法 P.10）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者アセスメントの結果、直接給付（direct payments）によって満たされるニーズがある場合、その給付額や給付頻度が策定され、介護者は現金給付を受けるかどうかを選択できる
オーストラリア	<p>【家族介護者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害のある人、医学的状態、精神疾患、または加齢による身体の衰えのある人々に対し、身の回りのケア、手助けもしくは援助を提供する人々（介護者貢献認識法 P.17） ・法律上、家族以外も含むが、施策によって、家族であることを要件としているものもある <p>【要介護者】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なし 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者のケアは家族の責任とされ、特に政策の課題に挙がることはなかったが、1980年代以降の施設ケアから在宅ケア・地域ケアへの転換が進んだことで家族介護者支援の重要性が高まった ・介護者団体による積極的なロビー活動により、介護者のニーズと権利を主張 	<p>■ 権利を規定する法令</p> <p>【介護者貢献認識法 2010】P.19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者の社会的・経済的貢献を公式に認定 <p>【全国介護者戦略 2011】P.19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者貢献認識法の理念を具体的に実行するために策定 <p>■ 支援を規定する法令</p> <p>【在宅ケア及びコミュニティケア法 1985】P.19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域在宅ケア制度（Home and Community Care; HACC）が創設 <p>【高齢者ケア法 1997】P.19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設ケア・在宅ケアと並んでケアラー支援が施策の柱に <p>【介護者貢献認識法 2010】P.19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者の社会的・経済的貢献を公式に認定 <p>【全国介護者戦略 2011】P.19</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者貢献認識法の理念を具体的に実行するために策定 <p>【認知症戦略 2015-2019】P.23</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護者への支援を掲げる 	<p>【「介護休暇」、「無給休暇」、「特別休暇」による休暇】</p> <p>（フェアワーク法 P.25）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：家族（配偶者、事実上のパートナー、子供、親、祖父母、孫、またはきょうだい）のみ。常勤・パートタイムの従業員。無給休暇と特別休暇のみ臨時従業員も対象。 ・期間：10日間+α ・適用：家族の病気や死など ・給与：有給のものもある <p>【柔軟な働き方の要求】</p> <p>（フェアワーク法 P.25）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：介護者貢献認識法で定義された介護者（家族以外も含む） ・内容：介護者は雇用主に対して柔軟な働き方（労働時間や勤務地の変更等）を要求できる 	<p>【訪問介護によるレスパイト】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フレキシブル・レスパイト（高齢者ケア法 P.26） ・対象：My Aged Care（高齢者介護の一元窓口）に登録し、アセスメントを受けた高齢者 <p>【通所介護によるレスパイト】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・センターでのレスパイト ※対象はフレキシブル・レスパイトと同様 <p>【短期入所等によるレスパイト】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・短期滞在型レスパイト ※対象はフレキシブル・レスパイトと同様 <p>【居住施設でのレスパイト】</p> <p>（高齢者ケア法 P.26）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：ACATの認定を受けた高齢者 ・1年で最大63日利用可能 <p>【緊急レスパイト】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：介護者に緊急事態が生じた場合 ・24時間受付の問い合わせ窓口があり、状況に応じて無料で緊急レスパイトを利用可能 	<p>【社会保険制度】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なし <p>【税金の非課税制度】</p> <p>（社会保障法 P.24）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：介護者給付、介護者手当の受給者 ・介護者給付、介護者手当はいずれも非課税給付 	<p>【介護者への現金給付、所得保障、ケア費用の援助】</p> <p>（社会保障法 P.24）</p> <p>（介護者給付）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：被介護者の自宅において継続的にフルタイムで介護を提供しており、実質的な有償労働をすることができない者 <p>（介護者手当）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：被介護者に日常的なケアや見守りを提供している者 ・介護者を対象とした2週間単位の所得保障であり、就労の有無に関係なく受け取れる <p>（介護者上乗せ給付）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象：介護者給付、介護者手当等の受給者 ・障害者や病気のある人のケア費用を援助するため上乗せで支払われる

			<p>【社会保障法】P.24 ・介護者のための経済的支援を規定</p> <p>【フェアワーク法】P.25 ・介護休暇を規定</p>		<p>【相談支援・窓口】 P.27 ・対象：介護をしている者誰でも ・電話相談や自宅訪問（介護者資源センター） ・レスパイト・サービスのマネジメントおよび住民への情報提供・相談対応（連邦レスパイト・ケアリンク・センター） ・全国共通のウェブサイト、情報提供・相談対応・介護者のコミュニティ形成支援（ケアラー・ゲートウェイ）</p>		
ドイツ	<p>【家族介護者】 ・なし</p> <p>【要介護者】 ・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 ・年齢の規定はなく、障害者や子どもも対象（社会法典第 11 編 P. 39）</p>	<p>・在宅・家族・女性中心の介護 ・子どもが親に対し扶養義務を負う ・別宅に住みながら親の元へ通い介護を行うケースが多い</p>	<p>■ 支援を規定する法令</p> <p>【社会法典第 11 編】P.42 ・現金給付、現物給付</p> <p>【介護保険発展法 2008】P.42 ・在宅介護の優先の目的で、介護給付の引き上げ</p> <p>【介護時間法】P.43 ・介護時間 ・緊急短期介護 ・終末期ケアのための介護休業</p> <p>【家族介護時間法】P.43 ・家族介護時間 ・雇用者を通じた無利子貸付</p> <p>【介護と仕事の両立を改善する法律】P.43 ・介護支援手当 ・家族介護時間の法的請求権 ・家族時間、家族介護時間取得中の無利子貸付（被用者から連邦に直接申請可）</p>	<p>【「介護時間」「緊急短期介護」「終末期ケアのための介護休業」「家族介護時間」による介護中の休業や時間短縮】 （介護時間法 P. 50、家族介護時間法 P. 50） ・対象：近親者のみ（祖父母、親（義理の親も含む）、配偶者・パートナー、兄弟、兄弟の配偶者・パートナー、子ども、養子・里子、配偶者・パートナーの養子・里子、義理の子ども（嫁・婿）、孫、継父母、義兄弟）。 ・緊急短期介護は最長 10 日間 ・介護時間と家族介護時間は合計 2 年間（終末期ケアはこれとは別に +3 か月）（取得期間中の無利子貸付）</p>	<p>【通所・短期入所によるレスパイト】 （社会法典第 11 編 P. 48） ・対象：要介護 2 以上（在宅で十分な介護が受けられない場合や、在宅介護の補強や強化が必要な場合に利用可） ・デイケア・ナイトケア（部分的施設介護） ・ショートステイ</p> <p>【訪問によるレスパイト】 （社会法典第 11 編 P. 48） ・対象：要介護 2 以上 ・在宅介護 ・代替介護</p> <p>【相談支援・窓口】 （社会法典第 11 編） ・介護相談（P. 51） ・介護支援拠点（P. 52） ・介護ボランティア連絡センター（P. 52） ・介護講習（P. 53）</p>	<p>【年金保険料、失業保険料、疾病保険料、介護保険料の支払い】 （社会法典第 11 編 P. 54） ・年金保険料の介護金庫からの支払、失業保険料の介護保険料からの支払、疾病保険料、介護保険料への補助金 ・対象：家族介護者を含むインフォーマルな介護者 ・条件：要介護度 2 以上の要介護者を、通常は週 10 時間以上かつ週 2 日以上、所得目的でなく在宅で介護し、30 時間以上仕事をしていない者</p>	<p>【要介護者への現金給付】 （社会法典第 11 編 P. 49） （介護手当） ・要介護者が自ら手配した在宅介護について、経費負担を軽減する目的で、要介護者に対して給付される ・対象は、在宅介護のみで、要介護 2 以上のものについて、現物給付の代替として、要介護度に応じた額が支給される（財源はほぼ 100%が保険料）</p>

	要介護者と家族介護者の定義	施策・取組が形成された歴史・文化的背景	介護者の権利、介護者への支援を規定する法令	法に基づく施策・民間の取組			
				介護休暇	家族介護者の休息やエンパワーメント	保険・税制度上の工夫	現金給付
オーストリア	<p>【家族介護者】 ・なし</p> <p>【要介護者】 (介護手当の対象) ・身体的・精神的障害または感覚障害により、介護及び援助が6か月以上(1か月あたり65時間以上)継続的に必要である場合(連邦介護手当法 P. 63)</p>	<p>・在宅・家族中心の介護</p> <p>・子どもが親の介護に携わるべきという価値観</p> <p>・民法上、配偶者間は扶養義務がある。親の扶養については州によるが、高齢者が子孫に対し扶養を要求できる州もある。</p> <p>・高齢化や女性の社会進出による限界により、州ごとに差異のあった介護手当の制度を統一</p>	<p>■ 支援を規定する法令 【連邦と州の合意(BGBl)】P.64 ・1993年の介護手当導入時に行われた連邦と州の合意(BGBl)において、連邦は介護者(家族介護者を含む)に対する社会保障上の保障を行うことが義務付けられた</p> <p>【連邦介護手当法】P.65 ・現金給付が主</p>	<p>【「介護休暇」「パートタイム介護休暇」「家族ホスピス休業」による、介護中や終末期の休業】 (連邦介護手当法 P. 71) ・対象：近親者のみ。パートタイムも含む。 ・期間：介護休暇は1か月～3か月間、ホスピス休業は3か月～6か月 ※パートタイム介護休暇の場合、勤務時間を週10時間まで短縮可能 ・適用：介護や終末期 ・給与：休暇を取得している期間「介護休暇手当」を支給</p>	<p>・介護手当では目的が達成できない場合は「現物給付」が支給される。ただし、統一的な提供の仕組みはない。 (連邦介護手当法 P. 68)</p> <p>【訪問によるレスパイト】 ・在宅介護サービス</p> <p>【通所によるレスパイト】 ・部分施設介護サービス(デイケア等)</p> <p>【短期入所によるレスパイト】 ・ショートステイ</p> <p>【相談支援・窓口】 ・在宅介護の質保証のための、ヘルスケアや介護専門職による自宅訪問 ・相談対応(市民サービス)</p>	<p>【医療保険、年金保険の加入継続。労災保険と失業保険はなし】 (医療保険) ・介護休暇及び家族ホスピス休業中も、加入実績が継続 ・公的医療保険の近親者分の追加保険料が免除。自己保険への加入を連邦が全額負担。共同保険への加入に関して保険料負担なし (年金保険) ・失業期間は連邦政府が年金保険料を負担することにより、納付期間が途切れない</p> <p>【税金の非課税】 ・介護手当による収入は、課税対象とはならない</p>	<p>【要介護者への現金給付、24時間介護のケア費用助成、代替介護のケア費用助成】 (連邦介護手当法 P. 71) (介護手当) ・要介護者が家族介護者から介護を受ける場合、要介護者は報酬として、当該家族介護者に対し、介護手当を支払う (24時間介護の費用助成) ・外国人介護者が要介護者の居宅に住み込み、見守りなどの介護を行う24時間介護を利用している要介護者またはその家族は、社会省による費用助成制度を利用 (代替介護の費用助成) ・近親者が、病気・休暇等のために7日間以上介護できない場合、代替介護者の費用に対する助成を受ける</p>
フランス	<p>【家族介護者】 ・「近い介護者」は、家族・親族だけではなく、姻族やその他の近い間柄の人で、職業としてではなく高齢者の介護を行っている人(2015年高齢化社会適応法 P. 81)</p> <p>【要介護者】 ・治療を受けた場合においても生活の基本的行為を行うために援助を必要とする人や定期的な監視を必要とする人(高齢者のための自律手当の創設を期待しつつ特定介護給付により高齢者の需要により適切に応えるための法律 P. 81)</p>	<p>・世代間の絆に重きが置かれており、世代間関係は大きな役割を持つ</p> <p>・子どもは経済支援をする必要があると法的に定められており、高齢者が施設に入所する場合は、特に子どもによる経済支援が重要</p>	<p>■ 権利を規定する法令 【2015年高齢化社会適応法】P.84 ・「近い介護者」を定義し、そのレスパイトの権利を認める</p> <p>■ 支援を規定する法令 【2015年高齢化社会適応法】P.84 ・「近い介護者」を定義し、そのレスパイトの権利を認める ・介護者がレスパイトを利用する場合、要介護者への手当(個別自律手当)に加算され、介護者へ支払われる。 ・近親介護休暇を定める</p>	<p>【近親介護休暇制度】P.87 (2015年高齢化社会適応法および労働法) ・対象：親族以外の近い者も含む ・期間：介護休暇は3か月～1年 ・給与：給与支払い義務や手当はない ・権利：使用者は申請を拒否できない</p> <p>【家族連帯休暇】P. 87 終末期の近親者を介護する休暇制度として最長3か月間の休暇を取得できる。</p>	<p>【レスパイト・ケアへの手当】P.87 (2015年高齢化社会適応法) ・要介護者に対する手当である「個別自律手当(APA)」において、介護者がレスパイト・ケアを利用する場合には、その利用分の金額が増額され、手当が介護者に直接支払われる。</p> <p>【相談支援・窓口】P. 84 ・地域インフォメーション・コーディネーターによる、在宅高齢者とその家族への総合相談・助言、諸サービス調整</p>	<p>【年金・医療保険納付の免除】P.87 ・近親介護休暇制度における休暇中の年金積立や医療保険料納付は国によって肩代わりされ、その連続性が確保される。</p>	<p>【レスパイト・ケアへの手当】P.87 (2015年高齢化社会適応法) ・要介護者に対する手当である「個別自律手当(APA)」において、介護者がレスパイト・ケアを利用する場合には、その利用分の金額が増額され、手当が介護者に直接支払われる。</p>

	要介護者と家族介護者の定義	施策・取組が形成された歴史・文化的背景	介護者の権利、介護者への支援を規定する法令	法に基づく施策・民間の取組			
				介護休暇	家族介護者の休息やエンパワーメント	保険・税制度上の工夫	現金給付
スウェーデン	【家族介護者】 ・長期の病気を患っているかまたは高齢である近しい人 (narstående) を介護しているか、または障害のある近しい人を支援している人 (社会サービス法 P. 95) ・近しい人には、両親、配偶者またはパートナー、子ども、兄弟姉妹または他の親族、そして親友、隣人、知人が含まれる 【要介護者】 ・なし	・1992年のエーデル改革により、在宅介護中心の動きがより加速し、家族介護者支援の必要性が高まった ・1998年社会サービス法の改正によって、コミュニティに対し、家族介護者支援が推奨(政府が補助金を交付) ・高齢者の暮らしについては、公的サービスで支えるべきとの考え方が比較的強い	■ 権利を規定する法令 【社会サービス法】P.101 ・2009年施行の改正法より、コミュニティに対し、家族介護者支援を義務化 ■ 支援を規定する法令 【親族等介護有給休暇法】P.107 【社会保障法】P.106 ・パーソナルアシスタンス補償金 ・親族等介護有給休暇における所得補償(介護手当)	【親族等介護有給休暇】 (親族等介護有給休暇法 P. 107) ・重度の病気を患っている場合に限り、看取りのために休暇取得可能。 ・対象：友人も含む ・期間：～100日 ・適用：終末期のみ ・給与：従前所得の80%相当額を補償	※ 具体的な取組内容の決定は、コミュニティにその裁量がある(社会サービス法 P. 103) 【短期入所によるレスパイト】 ・コミュニティによる 【通所介護によるレスパイト】 ・コミュニティによる 【訪問介護によるレスパイト】 ・コミュニティによる 【相談支援・窓口】 ・コミュニティによる	【社会保険制度】 ・なし 【税制度】 (所得税法 P. 109) ・RUT 税額控除制度 ・掃除・洗濯・介護などの家事労働に支払った人件費の50%を控除。1人あたり年間2.5万SEK(約42.5万円)を上限 (付加価値税法 P. 110) ・医療・介護サービスは非課税	【要介護者への現金給付や、介護休暇時の給与保障】 (社会保障法 P. 105) (要介護者給付) ・対象：重度の障害を持つ要介護者 ・パーソナルアシスタントとして家族を選択する(給与を支払う)ことが可能 (介護者給付) ・対象：家族、親族、友人・知人を含む介護者 ・親族等介護有給休暇に対する経済的補償として家族手当を支給

第I章 イギリス

【概要】

【社会的・文化的背景、法制度の検討経緯】

- イギリスでは、高齢者の介護は、第一義的には本人及び家族の責任とされる風潮がある。そのような背景の中、家族の介護負担の高まりなどをうけ、1960年代後半に独身女性を対象とした所得保障が制度化された（親の介護のための離職を対象とした年金保険料の支払い猶予期間の制度化など）。
- 1999年には、ブレア政権が「介護者のための全国戦略」を公表するとともに、2000年制定の「介護者及び障がい児法」では、（地方自治体に対する）介護者自身の独自のアセスメント請求権が定められた。
- 介護を行うものの身分と権利、介護者支援について規定する「2014年ケア法(The Care Act 2014)」では、介護を行う者を「他の成人に介護を行う、もしくは行う意思のある者で、契約に基づき介護を行う者、およびボランティア活動として介護を行う者を除く」と定義されている。

【関連制度】

- イギリスには公的な介護保険制度はなく、要介護者への支援は、地方自治体が行う社会福祉サービスと国民保健サービス(NHS; National Health Service)が提供する医療サービスが担う。NHSが負担する医療関連部分を除き、全額自己負担が原則であり、低所得者に対してのみ公費による補助が行われる。
- 高齢者などが自宅等で自立して暮らすためのケアは「成人ソーシャルケア(adult social care)」と呼ばれ、受給資格と経済的な負担の割合に関するアセスメントを受け、受給資格が認められれば、各種サービスを受けることができる。

【家族介護者支援制度】

（直接給付）

- 自治体による介護者に対する直接給付制度(介護者手当給付)があり、給付額は介護者ひとりあたり2016年12月現在、週62.1ポンドである(日本円に換算して約9,000円。2016年12月時点。)。働きながら介護をしている労働者にも支給されるが、収入要件がある。

（介護と仕事の両立に関する制度）

- 家族等の病気の介護等、一定の予期せぬもしくは突然の緊急事態に対処し、その後に必要な長期的な態勢を整えるための休業として、法律上認められたものとしては「家族等のためのタイム・オフ休暇」がある。一方で、長期の介護休業や日常的な介護に対応するため等を目的とした、他の特別な休業制度は法制化されていない。

（アセスメントを受ける権利）

- 「2014年ケア法(The Care Act 2014)」では、介護者がアセスメントを受ける権利が規定されている。介護者の経済状況ならびに介護者が必要とする支援の程度に関係なく、介護者全般に与えられた権利であり、自治体が支援の必要性を認めた場合、就業状況や行っている活動、今後の意向を確認し、介護者のニーズに合わせてサポートプランが策定される。

【今後の動向】

介護者アクションプラン 2018-2020 が策定されており、同プランに基づいた施策が展開されている。

1. 要介護者と家族介護者の定義

イギリスには、日本におけるような公的な介護保険制度はない。高齢者などが自宅等で自立して暮らすためのニーズに応えるケアとサポートは、「成人ソーシャルケア (adult social care)」と呼ばれている (松岡 2018)。

要介護に相当するものとして、成人ソーシャルケアの受給資格認定がある。自治体に申請を行い、受給資格と経済的な負担の割合に関するアセスメントを受け、受給資格が認められれば、各種サポートが受けられる。2014年ケア法¹には、例として、ケアホームなどの住まい、自宅・地域でのケアとサポート、相談とソーシャルワーク、物と道具・設備、情報と助言・権利擁護、が挙げられている (イギリス国立公文書館ウェブサイトによる)。

介護および支援を必要とする成人の適格基準については、「2015年介護と支援 (適格基準) に関する準則」(The Care and Support (Eligibility Criteria) Regulations 2015) がある。同準則では、介護および支援のニーズを認める基準として、(a) 身体的または精神的な障がいや病気からニーズが生じる場合、(b) ニーズの結果、栄養管理や衛生管理などの10項目のうち2つ以上の項目について実現不可能である場合、(c) 結果として、成人の幸福に重大な影響が及ぶ場合 (ここでいう幸福については後述) の3つを満たすこととしている (イギリス国立公文書館ウェブサイトによる)。そのため、必ずしも高齢者だけでなく、障がいを持つ成人に対する介護も範疇としている。

2014年ケア法では、介護を行うものの身分と権利が規定されている。同法では、介護を行う者「(「介護を必要とする」) 他の成人に介護を行う、もしくは、行う意思のある者で (10条3項)、契約に基づき介護を行う (もしくは行う意思のある) 者、および、ボランティア活動として介護を行う (もしくは行う意思のある) 者を除く (同条9項)」と定義している (JILPT 2017)。

2. 家族介護者支援に関する法制度の背景

(1) 統計データ

2018年時点で、イギリスの総人口は6,643万人、うち65歳以上人口は1,216万人 (18.3%) であり、OECD加盟国全体と比べて、65歳人口の割合がやや高い (図表 I-1)。

図表 I-1 各国・地域の65歳以上人口

国・地域	人口(2018年時点)		65歳以上の割合
	全年齢	65歳以上	
日本	126,443,180	35,577,838	28.1%
ドイツ	82,914,191	17,798,089	21.5%
スウェーデン	10,175,214	2,020,930	19.9%
フランス	66,941,698	13,279,055	19.8%
オーストリア	8,837,707	1,657,884	18.8%
イギリス	66,435,550	12,165,557	18.3%
OECD全体	1,301,969,697	223,992,953	17.2%
オーストラリア	24,992,860	3,914,673	15.7%

出所：OECD Stat. Historical Population をもとに事務局作成

¹ The Care Act は「介護法」と呼ばれることもあるが、本報告書では「ケア法」と翻訳する。これに従い、2014年の The Care Act 2014 は「2014年ケア法」と呼称する。

第 I 章 イギリス

総人口に占める 65 歳以上人口の比率は 17.81% (2014 年時点) となっており、2050 年には約 10 人に 1 人が 80 歳以上となると試算されている一方、介護者についてみると、介護者は 510 万人 (2014/2015 年の調査時点) となっている (JILPT 2017)。

(2) 社会的・文化的背景

(伊藤 2016) によれば、高齢者の介護は、第一義的には本人及び家族の責任とされ、インフォーマルな無償介護に大きく依存するという。無償介護に大きく依存するため、民間の高額なサービスを利用できない限り、介護の問題は、家族で解決される傾向がある (JILPT 2017)。

インフォーマルなケアに依存するという事は、ケアの担い手の負担が大きいということでもあり、イギリスでは、そうしたケアの担い手らによる社会運動が行われてきた。1963 年には、「独身女性とその要介護者全国会議」(National Council for the Single Woman and Her Dependants; NCSWHD) の創設者マリー・ウェブスターが「忘れられた女性たち」と題する論考において、「40 歳を超す女性の 10 人に 1 人以上が未婚状態にあること、その多くが仕事に携わりながら介護を担っていること、そうした事態のため、友人関係を損ない経済的な重圧を被っていること」(三富 2008) を主張し、これに続いて介護者に対する経済的な支援に向けた運動が展開された。

(3) 法制度の検討の経緯

上述の社会運動の結果、1960 年代後半以降に介護者への支援が開始された。介護離職をした女性を対象として、年金保険料の支払い猶予期間が設けられたほか、独身女性を対象にあわせて親族の扶養に要する生活費の一部を必要経費として所得税から控除する制度や介護者手当の制度が設けられた (三富 2008)。当時は、既婚女性が働くことが想定されていなかったことから、介護者手当の受給は未婚女性に限られていたが。その後、対象が既婚女性と事実婚の女性にも拡大した (三富 2008)。

1986 年には「障害者(サービス、諮問及び代表)に関する 1986 年法」(The Disabled Persons (Services, Consultation and Representation) Act 1986) が成立した。障害者の介護者を対象とし、要介護者のニーズをアセスメントするにあたり、介護者による介護の継続可能性を考慮しなければならないとした (湯原 2010)。(三富 2008) もよれば、この法によって、介護者に対するアセスメントが、事実上、法律によって承認されたという。

1990 年には「国民保険サービスとコミュニティケアに関する 1990 年法」(National Health Service and Community Care Act 1990) が成立した。ケアラーの問題にふれた最初の法律とされる (檜原 2001) が、このときはまだ、介護者のアセスメント請求権は規定されなかった。

1995 年、ケアラー(認識及びサービス)法の制定により、介護者アセスメント(Carer's Assessment) が介護者の文言とともに制度化され、導入された。同法では、要介護者が自治体のアセスメントを受ける際に、介護者が自身のアセスメントを受けることを自治体に要求する権利を認めた (JILPT 2017)。

1999 年には、ブレア政権は介護者のための全国戦略 (Caring about carers: a national strategy for carers) を発表した。具体的な政策は以下の通りである。

- ① 自治体に介護者のニーズを取り上げることを求めるための新しい立法措置を講じる。
- ② ケアに従事した期間を国の第 2 年金期間に算入する。

- ③ 2050年までに、介護者に対して現在価格で週50ポンド(約7300円)²受給できる提案を行う。
 - ④ 高齢者となった人がケアされる場合は、地方税を減額する。
 - ⑤ ケアラーセンターなどを含めて、近隣サービスの体制をつくる援助を行う。
 - ⑥ ケアラーが仕事に戻れるようにする支援の拡充を図る。
 - ⑦ 新しい国勢調査において、ケアラーに関する情報の不備を補うための質問項目を設ける。
 - ⑧ 若いケアラーを、登校への支援を含めて援助する。
 - ⑨ ケアラーのブレイク(休息)のために特別予算
- (出所) 森山(2012)。貨幣の換算は事務局による。

2000年に制定された「介護者及び障がい児法」(The Carers and Disabled Children Act 2000)は、新たに、要介護者がアセスメントを受けるかどうかによらず(独立して)、介護者が自身のアセスメントを自治体に請求する権利(請求権)や、自治体が介護者に対する直接の支援ができることなどについて定めた(JILPT 2017)。

2004年制定の「介護者(機会均等)法」(The Carers (Equal Opportunities) Act 2004)は、介護者自身がアセスメントを受ける権利を有することについて、自治体が介護者に知らせる義務を定めたほか、介護者自身を就労や就学のニーズを持つ個人として認め、介護の状況だけでなく、労働、教育、訓練、余暇活動の状況やそれらへの参加の意思についても確認する義務を自治体に課した(JILPT 2017)。

2008年には、全国戦略「21世紀の家族と地域の中心に位置する介護者について - あなたのための介護制度、あなた自身の生活 - (Carers at the heart of 21st century families and communities: a caring system on your side, a life of your own)」が策定、公表された。就労を希望する介護者に対して、就労機会や技術習得の機会を提供するなど、介護者の就労および就労継続の支援強化が示された(JILPT 2017)。具体的な方針は以下の通りである。

- ① 介護者はケアパートナーとして、尊厳と尊重をもって扱われる。
- ② 介護者は、彼らが行うケアの役割のなかで、サポートが必要であれば、サービスを受ける権利がある。
- ③ 介護者は彼ら自身の生活をする(保つ)ことができる。
- ④ 介護者は、彼らのケアの役割によって、財政的な困難を強いられないように、支援されなければならない。
- ⑤ 介護者は、精神的にも身体的にもよい状態であるように支援され、また人間らしく対応される。
- ⑥ 子どもや若年者は、不当なケアから保護される。それは学び成長し、児童期を肯定的に享受できるように支援されることである。

(出所) 森山(2012)

(4) 現行の法制度

2014年には、介護者支援についても規定する「2014年ケア法」(The Care Act 2014)が新たに成立した。2000年介護者及び障がい児法、2004年介護者(機会均等)法などに記載されていた介護者アセスメントの内容が2014年ケア法に取り込まれたうえで、改められている。なお、イギリス国立公

² 1ポンド=145円で計算

第I章 イギリス

文書館のウェブサイトでは、2000年介護者及び障がい児法は廃止されていることが確認できるが、関連する過去の法律のすべてが完全に引き継がれ、廃止されたかは確認できなかった。

2014年ケア法第1項は「Promoting individual well-being（個人の幸福の促進）」と題されており、第1項（1）は、個人の幸福を促進することを地方自治体の一般的な義務として課している。個人の幸福に関連する要素として、以下の項目が挙げられている。

2014年ケア法における幸福の定義

(Care Act 2014, Part 1. Care and Support, Section 1. Promoting individual well-being)

第1項 個人の幸福の増進

(2) 個人に関する幸福とは、下記のいずれかに関わる範囲の幸福をいう。

- (a) 個人の尊厳（敬意を持って個人と接すること）
- (b) 心身の健康および感情的な幸福
- (c) 虐待や放棄（ネグレクト）からの保護
- (d) 個人による日常生活のコントロール（介護および支援、支援、およびこれらがなされる方法へのコントロールを含む）
- (e) 労働、教育、訓練や余暇への参加
- (f) 社会的・経済的な幸福
- (g) 家庭、家族や私的な関係
- (h) 適切な住まい
- (i) 個人の社会貢献

(出所) Care Act 2014。原文はイギリス国立公文書館ウェブサイト、翻訳は事務局による。

また、地方自治体は、地方自治体の職務として、以下のことを念頭に置くことが求められている。

2014年ケア法における個人の幸福の増進における地方自治体が留意すべき事項

(Care Act 2014, Part 1. Care and Support, Section 1. Promoting individual well-being)

(3) 個人に対する職務の行使にあたっては、地方自治体は以下の点に留意しなければならない。

- (a) 個人の幸福を判断する立場にもっとも適しているのはその個人自身であるという前提から始めることが重要であること
- (b) 個人の考え方、願い、気持ち、信念
- (c) 介護や支援あるいは支援へのニーズが高まることを防止あるいは遅らせることが重要であること、および、すでに存在するそうしたニーズを少なくしていくことが重要であること
- (d) 個人に関わる決定が、個人の状況を考慮したうえでなされるよう徹底されなければならないこと（個人の年齢や見た目だけでなく、その他個人の幸福について、他の人が不当な想定を抱いてしまうようにしてしまいかねない個人の状況や行動にも基づかないこと）

- (e) 職務の行使の決定について、個人が可能な限り十分に参画することが重要であること、および、個人の参画を可能にするために必要な情報と支援が提供されることが重要であること
- (f) 個人の幸福とその人の介護に関わる友人や親族らの幸福のバランスをとることが重要であること
- (g) 虐待や放棄（ネグレクト）から人々を守らなければならないこと
- (h) 職務の行使にあたり、個人の権利や行動の自由に対するいかなる制約も、行使する職務が果たそうとする目的を達成するために必要最低限でなければならないこと

(出所) Care Act 2014。原文はイギリス国立公文書館ウェブサイト、翻訳は事務局による。

第 10 項において地方自治体が介護者アセスメントを行う義務が規定されている（後述）。

その他、第 60 項では、子どもをケアする者へのアセスメント (assessment of a child's carer's needs for support) に関する記載、第 62 項に、子どもをケアする者への支援 (power to meet child's carer's needs for support) に関する記載がある。また、第 63 項にヤング・ケアラーへのアセスメント (assessment of a young carer's needs for support) に関する記載がある。ヤング・ケアラーについては、アセスメント後の対応に関する項はなく、第 64 項にアセスメントに関する留意事項、ニーズがある場合にはアドバイスや成人 (18 歳) になったときを見越した情報提供を行うことが記載されている。

なお、ヤング・ケアラーのアセスメントについては、「2014 年子どもと家族法」(Children and Family Act 2014) に規定されている。地方自治体は、地域のヤング・ケアラーのニーズに関するアセスメントを行なうこと、ヤング・ケアラーを見つけるため、積極的な行動をとらなくてはならないと定められている (澁谷 2017)。

3. 関連制度

(1) 社会保障制度の全体像

イギリスには公的な介護保険制度はない。介護を必要とする人に対する支援は、地方自治体が行う社会福祉サービスと国民保健サービス (National Health Service; NHS) が提供する医療サービスがある。吉田 (2012) は、イギリスにおける介護保障の特徴として、①サービスの担い手として社会福祉と医療における分担の境界があいまいであること、②わが国と異なり、高齢者に対する介護と若年障害者に対する介護に明確な区別がないこと、③対人社会サービスと NHS において財源的な境界線はあるものの、NHS の予算の中から社会的ケアにお金を回している面もあること、④ケアの質に関するチェックは、基本的にとっても厳しいこと、を挙げている。

また、社会保障に関する仕組みとして国民保険基金 (National Insurance Fund) があり、この保険基金のを拠出や給付に関する根拠として、「1992 年の社会保障拠出および給付法 (the Social Security Contributions and Benefits Act 1992)」がある。同法において、「介護手当 (Attendance Allowance)」や後述する介護者手当 (Care's Allowance) が規定されている。介護手当は、65 歳以上かつ障がい者手当の受給要件を満たさない人で、介護を要するとみなされる一定の条件を満たす者を対象に手当が支給されるもので、週に 58.70 ポンド (8,511 円) または 87.65 ポンド (12,709 円) の給

第 I 章 イギリス

付がある（イギリス国立公文書館ウェブサイトによる）。³

(2) 介護費用の負担

i. 概要

イギリスにおける介護費用は、医療関連部分を除き、原則は全額自己負担であるが、低所得者に対してのみ公費による補助が行われている。公的介護制度は 1948 年国民扶助法にまで遡るが、自ら介護費用を負担できない重度の要介護者のみを対象としたセーフティネットとなっている（伊藤 2016）。

介護費用は、ケアの費用（看護ケア、家事援助等の費用）と食費・居住費（ホテルコスト）に大きく区分されるが、看護ケアの費用については NHS が負担しており、その他の費用は、自治体による公費負担が行われている（伊藤（2016））。

なお、介護施設については、介護施設であるケアホームがあるが、パーソナルケアを提供するレジデンシャルホームと、看護ケアも提供するナーシングホームがある。ケアホームの料金は、事業者が自由に設定することができ、介護を要する高齢者は、自治体によるアセスメントを受けたうえで、施設を選択するが、公費による支援を受ける場合は、その入所費用が自治体から施設に支払われる（伊藤 2016）。

iii. 経緯

1990 年代以降、介護を必要とする高齢者が介護費用を賄うために、自宅を売却することが社会問題として顕在化していた（平岡 2003）。介護費用の負担への関心が高まり、検討が進められたものの、政権が変わる度に、実現に向けた一進一退が続いた。1997 年には、ブレア労働党政権のもと、「長期介護に関する王立諮問委員会」が設置され、1999 年 3 月に同委員会は看護ケアとパーソナルケアの無料化を提言した。政府は、NHS とのバランスの観点から、看護ケアの無料化は受け入れたものの、パーソナルケアの無料化を拒否した。続く、ブラウン政権下のもと、在宅パーソナルケアを無料にする Personal Care at Home Act 2010 が成立したものの、次のキャメロン政権において、同法が凍結された。その後、与野党のコンセンサスがとられ、2014 年ケア法が成立した。法律の施行は 2016 年度とされていたものの、自治体の財源不足の問題から、2020 年度までに延長された（伊藤 2016）。

iv. ソーシャルケアの受給までの流れ

ケア法第 9 項では、成人の介護ニーズおよび支援に関するアセスメントに関する規定がある。成人ソーシャルケアを受けるためには、申請者はまず自治体の担当部門に申請する。自治体では、有資格のソーシャルワーカーが自宅を訪問してアセスメントを行なうが、ネットや電話、セルフアセスメントも認められているという（松岡 2016）。アセスメントの結果、受給資格が判定され、受給資格が認められれば、ケアとサポートの計画およびサービスの自己負担額の割合が決定される（松岡 2016）。

ソーシャルケアを受給するためのアセスメントの内容（松岡 2016）

- 1：支援ニーズのアセスメント（どのような支援を必要としているのか）：受給資格の決定
- ・身体的・精神的障害や疾病が原因でニーズがあること
 - ・その結果として、二つ以上の特定の領域（5.5paragraph）の行為ができないこと

³ 1 ポンド=145 円で計算

・その結果として、その人のウェルビーイングに重大な影響を与えているらしいこと（「重大な」とはどれほどであるかは、明確には記されていない）

2：経済的アセスメント（資産状況からのアセスメント、自己負担額）：負担割合の決定

家を含む全資産を対象として、

14,250 ポンド（約 213 万円）以下：無料

14,250 ポンド～23,250 ポンド（約 213～349 万円）：ある程度払う

23,250 ポンド（約 349 万円）以上：全額自費

（出所）松岡（2016）

4. 家族介護者支援に関する法制度の内容

(1) 家族介護者への現金給付に関する制度

i. 間接給付

間接給付の制度はない。

ii. 直接給付

自治体が介護者に対して「介護者手当」（Care's Allowance）を直接給付する。

介護者手当の始まりは 1975 年に導入された「病身介護手当」（Invalid Care Allowance）である。1975 年導入当時から、要介護に依存する形ではない方法で介護者自身が収入を得ることの重要性が認識されていた。ただし、当時は、対象が介護を行う男性または独身女性に限られ、また、要介護となる相手は近い家族に限られていた。1981 年には遠い家族や友人の介護も対象となったほか、1986 年には既婚女性も受給の対象になった。2003 年には「1992 年の社会保障拠出および給付法」が改正され、介護者が 65 歳以上である場合も対象となったほか、要介護者の死後 8 週間までの間も受給資格を得られるようになった（Parliament（グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国議会）ウェブサイトによる）。

介護者手当給付額は、介護者ひとりあたり 2016 年 12 月現在、週 62.1 ポンドである（日本円に換算して約 9,000 円。4 週受給したとして約 36,000 円）となっている。働きながら介護をしている労働者にも支給されるが、週 110 ポンド未満（日本円に換算して約 16,000 円未満。4 週として約 64,000 円未満）という収入要件がある（JILPT 2017）。

介護者である受給者はこの要件は、以下の 6 点である。

- ① 年齢が 16 歳以上であること
- ② 週 36 時間以上（インフォーマルな）介護をしていること、
- ③ 過去 3 年のうち、少なくとも 3 年間はイングランド、スコットランドまたはウェールズに居住し、現在もいずれかの地に居住していること
- ④ フルタイムの学生でないもしくは週 21 時間以上就学していないこと、
- ⑤ 週 110 ポンド（約 16,000 円）以上を就労によって得ていないこと（ただし、税金や就労中の介護サービス費用、年金のための拠出金のための支出の 50%を除く）
- ⑥ ⑥その他、出入国管理の対象者でないことが要件となっている。

（出所）JILPT 2017

第 I 章 イギリス

介護者手当を受給するための、被介護者が、介護する被介護者が一定程度以上の個人自立手当（Personal Independence Payment; PIP）や障害者生活手当（Disability Living Allowance; DLA）、介護手当等のいずれかを受給している必要があるが、受給する介護者と被介護者が同居している必要はなく、血縁関係にあることも要件となっていない（JILPT 2017）。

(2) 保険・税制度上の工夫

2010 年に導入された年金拠出に関する優遇制度(Carer's Credit)があり、優遇措置を受けられれば、介護に従事することで支払うことができない国民保険の未払い分が補填され、年金の拠出実績が継続される。優遇制度を受けるためには、16 歳以上であること、年金受給年齢ではないこと、週 20 時間 1 人以上の介護をしていることなどの要件を満たす必要があり、被介護者は、介護者手当の要件と同様に、介護手当等の何らかの手当を受けていることが要件となる（JILPT 2017）。

(3) 介護と仕事の両立に関する制度

1996 年の「雇用者権利法」(Employment Rights Act 1996) では、タイム・オフ (time-off) の権利が認められている。タイム・オフの権利は、雇用者の家族等に予期せぬ緊急事態が起きた際に一時的に休業を取得する権利である。対象となる家族等には、配偶者や子どもなどの家族や(家族に限らず)当該労働者による介護を必要とする者が含まれる。休業期間は合理的な長さとしてされるが、合理的な長さや取得できる回数についての規定は状況によるという。タイム・オフによる休業に関連して、被用者は使用者によるいかなる作為もしくは意図的な不作為による不利益も受けない権利を有する一方、企業は休暇に対する給与の支払い義務はない（いずれも英国政府ウェブサイトによる）。

タイム・オフの権利は、合理的な長さでの一時的な休暇を認めるものであるが、JILPT (2017) によれば、長期の介護休業や日常的な介護に対応するため等を目的とした、他の特別な休業制度は法制化されていない。

(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度

i. アセスメントを受ける権利

ケア法において、介護者がアセスメントを受ける権利が規定されている。介護者の経済状況ならびに介護者が必要とする支援の程度に関係なく、介護者全般に与えられた権利となっている。2014 年ケア法において、介護者アセスメントに関する地方自治体の義務や留意事項が示されている。その内容は下記の通りである。

2014 年ケア法における介護者アセスメントに関する記載

(Care Act 2014, Part 1. Care and Support, 10. Assessment of a carer)

- (1) 介護者が（現在または将来的に）支援を必要とすると思われるような場合には、地方自治体は以下のアセスメントを行われなければならない。
 - (a) 支援へのニーズがあるか（または将来的にニーズがありそうかどうか）、および、
 - (b) 支援へのニーズがある場合、どのようなニーズか（または将来的にどのようなニーズとなりそうか）
- (2) (1)のアセスメントを本パートでは「介護者アセスメント」と呼ぶ。

- (3) 「介護者」とは、別の成人（介護を必要とする成人）に対して介護を行う、または、介護を行う意思を持った成人を指す。ただし、下記（9）および（10）を参照のこと。
- (4) 介護者のアセスメントを行う義務は、以下の事柄に対する地方自治体の見解に関わらず適用される。
- (a) 介護者が支援を必要とする度合い、または
 - (b) 介護者の資力や要介護者の資力
- (5) 介護者に対するアセスメントは、以下のアセスメントを含まなければならない。
- (a) 介護者は要介護者に対する介護を行うことができ、また介護を続けられそうかどうか
 - (b) 介護者は介護を行うことをいとわないか、また、介護をいとわずに続けられそうか
 - (c) 第1項（2）に挙げられている事項（※前述の個人の幸福に関する諸項目を指す）に関わる支援へのニーズの影響
 - (d) 介護者が日常生活において得たいと願う結果（アウトカム）
 - (e) 支援の提供がそれらの結果を得ることに寄与するかどうか、するのであれば、どの程度寄与するか
- (6) 地方自治体は介護者アセスメントの実施にあたり、以下の点に留意しなければならない。
- (a) 介護者は就労しているか、または、就労を希望しているか
 - (b) 介護者は教育、訓練、余暇に参加しているか、または、参加することを希望しているか
- (7) 地方自治体は介護者アセスメントの実施にあたり、次の者に参画してもらわなければならない。
- (a) 介護者
 - (b) 介護者が地方自治体に対して、参画してもらいたいと要求した人
- (8) 介護者アセスメントを実施する際は、地方自治体は以下のことを考慮しなければならない。
- (a) 支援の提供以外に、介護者が日常生活で得たいと願うアウトカムを得ることに寄与することはあるか、あるのであれば、どの程度寄与するのか
 - (b) 第2項、第4項に規定される支援またはコミュニティで利用可能な支援の提供から介護者が利益を得るかどうか
- (9) 以下のように介護を行う者は、介護者としてはみなさない。
- (a) 契約に基づいて行う場合
 - (b) ボランティア活動として行う場合
- (10) ただし、地方自治体が要介護者と介護を行う者、または、介護を行おうとする者の関係が、後者を介護者であるとみなすのが適切であるような場合には、当該の者は介護者としてみなされる（その場合（9）は無効となる）
- (11) 本項でいうところの介護の提供には、実務的支援または情緒的支援を含む。
- (12) 本項は第11項（5）から（7）（介護者が支援を拒否する場合に関する項）に従う。
- （出所）Care Act 2014。原文はイギリス国立公文書館ウェブサイト、翻訳は事務局による。

第I章 イギリス

自治体が支援の必要性を認めた場合、介護者のニーズに合わせてサポートプランが策定される。アセスメントの結果、介護プランに相当する、介護者へのサポートプランが策定される。2014年ケア法では、アセスメントの結果、ニーズがあると判断した場合には、その根拠およびニーズを満たす方法やアドバイスなどが示されることとされている。要介護者に対するサポートプランが策定されるのと同様に、介護者自身に対しても、サポートプランと個別予算が策定され、個人負担額や自治体負担額が決められる。

2014年ケア法では、介護者支援を行うことが自治体の義務とされているが、イギリス全土において実施率がどの程度かは定かではない。本事業において、現地調査を行ったイーストサセックス（イングランド）では、介護者約6万5,000人程度に対して、何らかの形でアセスメントを受けた介護者は6,895人で、およそ1割程度である（現地ヒアリング調査による。詳細は参考資料1に記載。）。

ii. 直接給付（direct payment）

アセスメントの結果、直接給付（direct payments）によって満たされるニーズがある場合、その給付額や給付頻度が策定され、介護者は現金給付を受けるかどうかを選択できる（JILPT 2017）。現地調査を行ったイーストサセックス（イングランド）では、直接給付の実績は年間2,100件程度だという。

iii. その他

森山（2012）によれば、介護者は介護者の休息（ブレイク）、介護者が夜間眠れるための見守りサービス、（介護者が）教会・病院・美容院・映画などへいく時間の保障などのサービスを受けることができることとされている。また、JILPT（2017）によれば、家事援助、他の家族との連絡のためのパソコン購入、介護者自身の健康維持のためスポーツジムの会員になること等も含まれるという。なお、2014年ケア法の条文では、個別具体的な支援の内容に関する言及はない。

現地調査を行ったイーストサセックス（イングランド）では、介護者への支援として直接給付のほか、「情報・アドバイス提供」が年間約4,100件、「レスパイト支援」が600件程度提供されている。現地調査からは、訪問介護によるレスパイトであることが分かるが、訪問に限られているかどうかは不明である。また、スポーツクラブに加入したり、映画鑑賞のために給付がされることもあるという。ほかに、現地調査を行ったグラスゴー（スコットランド）では、介護者のための研修を実施し、介護者間のネットワークづくりや情報提供を行っているという。

5. 今後の動向

直近に公開されている次期戦略として、介護者アクションプラン2018-2020がある（英国政府ウェブサイトによる）。同プランは「1. 介護者のためのサービスと制度」「2. 雇用と経済的な幸福」「3. ヤング・ケアラー支援」「4. 広範なコミュニティや社会における介護者の認知と支援」「5. 介護者支援の効果を高めるための調査研究とエビデンスの構築」の全5章から成る。アクションプランは政府がウェブサイト上にて介護者、介護をされている者、ビジネスセクター、ソーシャルワーカー、その他専門職など向けにコンサルテーション（パブリックコメントに相当）を行って収集したエビデンスに基づいて策定された。

「1. 介護者のためのサービスと制度」では、介護者支援に関して医療従事者やソーシャルワーカーの啓発を行うこと、2014年ケア法や2014年子どもと家族法に規定された義務の履行を確実にし

ていくこと、精神的な病を患う人の介護を行う者の支援を充実することなどが記載されている。

「4. 広範なコミュニティや社会における介護者の認知と支援」では、介護者フレンドリーなコミュニティを構築することの重要性を指摘している。コミュニティには、チャリティーやボランティアなどはもちろん、(サービスの利用という点での) ビジネスセクター、(就労という点での) 企業セクターなどが想定されており、介護者を認知し、就労の場面や孤立との闘いにおいてよりよい支援を行うことを目指すとされている。

6. 参考資料

Parliament(グレートブリテンおよび北アイルランド連合王国議会)「3 Carers' income and benefits」.
参照先：<https://publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmselect/cmworpen/485/48506.htm>. (閲覧日 2020年3月23日)

イギリス国立公文書館「Care Act 2014」. 参照先：<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>. (閲覧日 2020年3月23日)

イギリス国立公文書館「The Care and Support (Eligibility Criteria) Regulations 2015」. 参照先：<http://www.legislation.gov.uk/uksi/2015/313/contents/made>. (閲覧日 2020年3月23日)

イギリス国立公文書館「Social Security Contributions and Benefits Act 1992」. 参照先：<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1992/4/contents>. (閲覧日 2020年3月23日)

イギリス政府「Carers action plan 2018 to 2020」. 参照先：<https://www.gov.uk/government/publications/carers-action-plan-2018-to-2020>. (閲覧日 2020年3月23日)

イギリス政府「Time off for family and dependants」. 参照先：<https://www.gov.uk/time-off-for-dependants>. (閲覧日 2020年3月23日)

伊藤善典(2016)「イギリスの高齢者介護費用負担制度の改革—責任と公平を巡る17年間の議論—」『海外社会保障研究』193, 54-67.

榎原明(2001)「イギリス社会保障の動向と現在」『大原社会問題研究所雑誌』(517), 1-29.

澁谷智子(2017)「ヤングケアラーを支える法律：イギリスにおける展開と日本での応用可能性」『成蹊大学文学部紀要』(52), 1-21.

森山千賀子(2012)「イギリスとフィンランドの介護者支援策—日本が学べる点を検討する」『白梅学園大学・短期大学 教育・福祉研究センター研究年報』17, 3-13.

湯原悦子(2010)「イギリスとオーストラリアの介護者法の検討—日本における介護者支援のために—」『日本福祉大学社会福祉論集』122, 41-52.

松岡洋子(2018)「2. 要介護認定、ケアマネジメント関連制度と施策」『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』「II. イギリス」. 一般財団法人長寿社会開発センター国際長寿センター

三富紀敬(2008)「イギリスの介護者支援の政策」『静岡大学経済研究』静岡大学経済研究 12(4), 105-122.

森川美絵, 植嶋大晃(2017)「イギリスにおける社会ケア関連 QOL 尺度 (ASCOT) の介護者版の開発と活用」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業『家族介護者に対する支援のあり方に関する調査研究』(代表: 田宮菜奈子. H28-政策-一般-002) 平成28年度総括・分担研究報告書. 2017. p.29-39

第I章 イギリス

吉田しおり（2012）「イギリスにおける介護保障制度」『健保連海外医療保障』(94), 16-20.

労働政策研究・研修機構（JILPT）（2017）『ヨーロッパの育児・介護休業制度』資料シリーズ No.186.

第Ⅱ章 オーストラリア

【概要】

【社会的・文化的背景、法制度の検討経緯】

- オーストラリアでは、1980年代以降の施設ケアから在宅ケア・地域ケアへの転換と、障害者に対する権利保障運動などを背景に、介護者支援の取組が進められることとなった。1985年には「在宅ケア及びコミュニティケア法」が制定され、在宅・地域ケアプログラム(HACC)が開始された。1997年に制定された「高齢者ケア法(Aged Care Act)」では、「介護者支援」が施策の柱として盛り込まれ、様々な施策が実施された。
- また、2010年に制定された「介護者貢献認識法」では、介護者を「障害のある人、医学的状态、精神疾患、または加齢による身体の衰えのある人々に対し、身の回りのケア、手助けもしくは援助を提供する人々」と定義し、さらに介護者が社会において尊敬に値し、社会的・経済的貢献をしていることを公式に認めている。

【関連制度】

- オーストラリアには公的な介護保険制度はない。高齢者ケアは、在宅ケア、施設ケア、移行期ケア(病院から自宅に移行する際のケア)で構成され、在宅ケアのうち軽度の利用者については「連邦在宅支援プログラム(CHSP)」を、中重度の利用者は「連邦在宅ケアパッケージプログラム(HCPP)」を利用することができる。
- CHSPを利用する場合には、地域評価サービス(RAS)、HCPPや施設ケア、移行期ケアを利用する場合は、高齢者介護審査チーム(ACATs)のアセスメントを受ける必要がある。施設ケアについては、ACATsの認定を受けることにより、連邦政府が補助金を出している高齢者施設への入居などが可能となる。

【家族介護者支援制度】

(直接給付)

- 介護者のための経済的支援として、介護者給付(CP)、介護者手当(CA)、介護者上乘せ給付(CS)があり、いずれも社会保障法にて規定されている。
- 例えば、介護者給付(CP)は重度の障害や症状のある人、虚弱な人にフルタイムで日常的な介護を行うため、実質的な有償労働をすることができない人に対して行われる非課税給付であり、給付水準は、2019年9月日現在、単身者が933.4ドル(約10万円)、夫婦2人の場合1,407.0ドル(約15万円)である。

(介護と仕事の両立に関する制度)

- 2009年3月に成立したフェアワーク法では、病気の家族を介護するための「介護休暇(12か月あたり10日間付与)」、介護休暇に加えさらに介護が必要な場合の「2日間の無給休暇」、命にかかわるけがや病気を負った家族と過ごすための「2日間の特別休暇」などが規定されている。また、「介護者貢献認識法」で定義された介護者には、雇用主に対して柔軟な働き方を要求することも認められている。

(レスパイト・相談窓口)

- CHSPではセンターでのレスパイト、短期滞在型レスパイト、フレキシブル・レスパイトなどが、施設ケアとしてはACATsの認定を受けることにより、居住施設でのレスパイト・ケアを受けることもできる。
- 各州に設置されている介護者資源センターでは、無料の電話相談や必要に応じて介護者の自宅訪問、介護者向け情報キットの配付などが行われている。また、緊急時のために24時間問い合わせ窓口(連邦レスパイト・ケアリンク・センター)が開設されており、状況に応じて無料で緊急レスパイトを受けることができる。

【今後の動向】

- 現在オーストラリアでは介護者に対する早期介入と予防、スキル構築支援等を目的とした「統合的介護者支援サービスモデル」の導入が進められており、サービス提供の仕組みも変更となることが予定されている。

1. 要介護者と家族介護者の定義

オーストラリアには、介護保険制度は存在せず、要介護者に関する明確な定義はない。しかしながら、連邦政府が補助金を出している高齢者施設への入居や、一部の在宅介護プログラムの利用にあたっては、高齢者介護審査チーム（The Aged Care Assessment Teams; ACATs）の認定を受ける必要がある。（認知症介護研究・研修東京センター 2011）。

一方、介護者については、介護者貢献認識法（Carer Recognition Act 2010）によって定義がなされている。これによると、介護者（Carer）とは「障害のある人、医学的状态（終末期患者もしくは慢性疾患を含む）、精神疾患、または加齢による身体の衰えのある人々に対し、身の回りのケア、手助けもしくは援助を提供する人々」とされる（鈴木 2018）。

介護者は、被介護者の家族のみを意味するものではなく、友人、親戚、きょうだい、隣人が含まれ、さらに障害や病気、精神疾患のある子どもにケアを提供する祖父母または里親（養育者）の介護者も含まれ、提供している介助、手助け、援助の量は問わない。ただし、報酬のある人や慈善団体等で自発的にケアを提供する人、教育訓練カリキュラムの一環でケアを提供している人は含まれない（鈴木 2018）。

2. 家族介護者支援に関する法制度の背景

(1) 統計データ

以下では、オーストラリア統計局（Australian Bureau of Statistics; ABS）が作成した報告書“Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings, 2018”にもとづき、オーストラリアの高齢者と介護者の統計データを確認していく。

i. 高齢者について

2018年時点でオーストラリアの総人口は2,470万人であり、うち65歳以上人口は390万人（15.9%）である。65歳以上人口の割合は、2009年に13.3%、2014年に14.3%、2015年に15.1%となっており、年々増加傾向にある。男女別に65歳以上人口の割合をみると、女性では16.7%、男性では15.0%となっており、女性の割合が高い。

高齢者の95.3%は自宅で過ごしており、4.6%は介護施設に居住している。自宅で生活している割合を男女別にみると、男性では96.8%、女性では94.2%となっている。また、自宅に住んでいる高齢者のうち、一人暮らしである割合は、男性では18.1%、女性では33.7%であり、女性のほうが一人暮らしである傾向がみられる。介護施設に居住している割合は、65歳以上79歳以下では1.4%だが、80歳以上では14.3%に増加する。高齢者のうち、49.6%が何らかの障害（6ヶ月間以上継続して毎日の活動を制限するもの）を有しており、介護施設に居住する高齢者のほとんど（96.1%）は障害を有している。そのうち4分の3以上は80歳以上である。

また、高齢者のうち38.0%（約148.2万人）が日常活動における支援を必要としている。必要としている支援の内容は、医療ケア（22.5%）、財産管理（20.0%）、家事（16.0%）などである。全体として、女性は男性と比較して、援助を必要とする傾向がある（女性：44.3%、男性：30.8%）。また、移動、財産管理、家事について、男性よりも女性の方が支援を必要とする割合が高い。自宅で暮らしている高齢者のうち、130万人は日常の活動にいくらかの援助を必要としており、そのうち65.9%（約

第Ⅱ章 オーストラリア

84.5 万人) がニーズを完全に満たすことができている。

ii. 介護者について

続いて、介護者の状況について確認する。なお、本調査において、介護者は「障害者や高齢者（65 歳以上）に対して、手助けや見守りといったインフォーマルな支援を少なくとも 6 ヶ月間以上継続して提供する者」と定義されている。2018 年時点で、こうした介護者は 265 万人であり、総人口の 10.8% を占めている。なお、この割合は 2015 年時点で 11.6% であり、減少傾向がみられる。男女別にみると、男性介護者はすべての男性の 9.3% であるのに対し、女性介護者はすべての女性の 12.3% であり、女性ほど介護者である傾向がみられる。また、全介護者のうち 8.9% が 25 歳未満の若年介護者である。

また、主介護者（要介護者に対して、移動やセルフケア、コミュニケーションといった中心的なインフォーマルケアを主として提供している 15 歳以上の介護者）は総人口の 3.5%（861,600 人）であり、そのうち 71.8% が女性である。主介護者が誰にケアを提供しているかをみると、配偶者・パートナーが 36.6%、子どもが 27.1%、親が 26.2% となっている。このうち、配偶者またはパートナーにケアを提供している人の半数以上（54.8%）は 65 歳以上であり、親にケアを提供している人のほぼ 3 分の 2（64.9%）は 45～64 歳である。また、主介護者の 79.1% は要介護者と同居している。

主介護者がその役割を引き受けた理由をみると、家族としての責任からその役割を引き受けたとする者が 46.6% でもっとも多い。しかし、65 歳以上の要介護者に対する主介護者は、65 歳未満の要介護者に対する主介護者と比較して、他の友人や家族がケアを提供できないために引き受けているとしている。

介護者の就労状況をみると、15～64 歳の介護者のうち 70.9% が就労しているが、主介護者は 58.8%、それ以外の介護者は 76.7% となっており、主介護者ほど低い傾向がみられる。また、雇用率をみると、介護者（66.6%）と非介護者（77.4%）、男性介護者（71.8%）と女性介護者（63.2%）でそれぞれ差がある。主介護者の雇用率は 55.5% だが、ケア提供時間が週 40 時間以上の場合には 28.6%、週 20 時間未満の場合には 52.8% となっており、ケア提供時間によって大きな差がみられる。

経済状況をみると、介護者の個人所得総額は週あたり 800 ドル（約 61,000 円）となっている（非介護者は 997 ドル（約 76,000 円））。また、主介護者は所得の低い世帯に属している割合が高い。主介護者の 50.2% は世帯所得が総所得 5 分位のうち下から 2 番目までのカテゴリに属しており、非介護者（25.6%）の約 2 倍となっている。

(2) 社会的・文化的背景

長らく介護が必要な高齢者のケアは家族の責任とされ、特に政策の課題に挙がることはなかったが、1980 年代に生じた障害者に対する権利保障運動を背景に、1990 年代に入ると介護者たちが連邦政府と州政府に対し、介護者のニーズと権利を認めるようロビー活動を行い始めた（湯原 2010）。1992 年には初めて「介護者啓発週間」として、介護者の役割の重要性に対する一般の認識を高めるためのキャンペーンが行われた。1993 年には介護者団体である、ケアラーズ・オーストラリアの前身となるオーストラリア・ケアラー協会が発足し、以降様々なイベントやキャンペーン、調査研究が行われた（Carers Australia 2020）。こうした活動を通じて、オーストラリアにおける介護者支援の機運は高まっていき、政府も政策として重点を置くようになっていった。

(3) 法制度の検討の経緯

i. 1980年代～1990年代

オーストラリアでは、1950年代から1980年代前半にかけて施設重視の施策がとられていたが、膨らんでいく支出の抑制が課題となり、1980年代中頃には在宅ケア・地域ケア重視の政策へと転換した（鈴木 2018）。1985年には、高齢者ケア改革戦略（Aged Care Reform Strategy）がスタートし、「在宅ケア及びコミュニティケア法」が制定され、施設入所の適正化を目的とした専門家チームによるアセスメント（Aged Care Assessment Team; ACATs）や、連邦政府が6割の財政負担を行い州が実施主体となる地域在宅ケア制度（Home and Community Care; HACC）が創設された。これらは現在にも引き継がれ、オーストラリアの特徴として広く知られている（木下 2013）。

こうした流れを受け、1997年の高齢者ケア法（Aged Care Act）に施設ケア・在宅ケアと並んで介護者支援が施策の柱として盛り込まれた。背景には、当時障害者や高齢者が受けているケア全体の約74%を家族、友人、近隣住民などのインフォーマルな介護者が担っており、在宅ケアを継続的に支えるためには介護者の支援が重要という認識があった（木下 2013）。また、介護者によって結成された団体（オーストラリア・ケアラー協会、今のケアラーズ・オーストラリア）によるロビー活動も重要な役割を果たした（湯原 2010）。同時期に、全国介護者レスパイトプログラム（National Respite for Carers Program; NRCP）が実施され、連邦政府によって、全国に8つの介護者資源センター（Carer Resource Centres）と50以上のケア・レスパイト・センター（Care Respite Centres）が設置された（鈴木 2018）。前者は一般住民への意識啓発や情報提供、カウンセリングを目的とし、各州に1つずつ設置された。一方後者は、レスパイト・サービスのマネジメントを目的とし、州よりもさらに細かい区分のサービスエリアに1つずつ設置された（木下 2013）。

また、1999年からは住民に対してケアサービス全般に関する情報提供を行うため、ケアリンク・センター（Carelink Centre）が全国に設置され、住民は共通の無料電話を利用して全国どこからでも問い合わせができる体制が整備された。その後、ケア・レスパイト・センターとケアリンク・センターは併設で設置されるようになった（木下 2013）。これらは現在、連邦レスパイト・ケアリンク・センター（Commonwealth Respite & Carelink Centers; CRCCs）に統合されている。

ii. 2000年代以降

このように、高齢者ケアにおける介護者支援は、連邦政府の主導により整備されてきたが、障害者ケア領域での介護者支援は州政府のサービスの枠内で対応されてきた。そのため、介護者支援の総合的政策化を目的として、2009年に全国介護者貢献認識枠組み（National Care Recognition Framework）が提示された（木下 2013）。

これをふまえて、2010年には介護者貢献認識法（Carer Recognition Act）が制定された。これは、介護者の貢献に対する認識や気づきを増大するため、介護者の社会的・経済的貢献を公式に認めたものである。この法律において、「介護者」は、「障害のある人、医学的状態（終末期患者もしくは慢性疾患を含む）、精神疾患、または加齢による身体の衰えのある人々に対し、身の回りのケア、手助けもしくは援助を提供する人々」と定義された。この介護者は、被介護者の家族だけでなく、友人、親戚、きょうだい、隣人が含まれ、さらに障害や病気（終末期または慢性疾患を含む）、精神疾患のあ

第Ⅱ章 オーストラリア

る子どもにケアを提供する祖父母または里親（養育者）も含まれる。また、提供している介助、手助け、援助の量に関わらず介護者とされる（鈴木 2018）。法律の構成は以下に示すとおりとなっている。

図表 II-1 介護者貢献認識法の構成

<p>第1部 序章</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 略称 2. 施行 3. 法の目的 4. 用語の定義 5. 「介護者」の意味 	<p>第3部 公的サービス機関と関連事業者の義務</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. すべての公的サービス機関の義務 8. 公的サービスのケア機関の追加的な義務 9. 関連事業者の義務
<p>第2部 オーストラリアの介護者のための声明</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. オーストラリアの介護者のための声明 	<p>第4部 他の事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. 同法は法的強制力のある義務は作成しない 11. 同法は類似する州・準州の法律を排除しない 12. 規則

出所：鈴木奈穂美（2018）「オーストラリアのインフォーマル介護者の権利と支援施策の実態」P.67

上記のとおり、この法律は介護者に関する基本的な考え方を明記し、オーストラリアの公的サービス機関および関連事業者の義務を定めたものである。ただし、この義務は考慮義務であり、法的拘束力はない（木下 2013）。

さらに2011年には、全国介護者戦略（National Carer Strategy）が打ち出された。これは、介護者貢献認識法の理念を具体的に行うために策定されたもので、介護者支援の重点6領域として「適切な貢献認識と敬意」「情報とアクセス」「経済的安定」「介護者へのサービス」「教育とトレーニング」「健康と安定した社会生活」が掲げられた。

介護者貢献認識法の成立により、介護者の概念が大きく広がり、高齢者、障害者だけでなく、精神疾患のある人、慢性疾患患者、薬物依存症の人、病院から退院する患者、終末期患者など、抱える課題によらずひとりでは日常生活の維持が困難な人々をインフォーマルな立場でケアしている人々が介護者と位置づけられるようになった。こうした中で、親が問題を抱えているために家事や幼いきょうだいのケアを担っている子どもたちの存在が、ヤング・ケアラーとして注目されるようになっていく（木下 2013）。現在は、社会サービス省が中心となり、情報提供・相談体制の強化、レスパイト・ケアの提供、経済的支援を柱に施策を提供している（鈴木 2018）。

こうした拡大の背景には、早期の退院を進めざるを得ない医療制度の問題、中でも民間健康保険制度が選択肢として導入されているが、その多くは退院後の支援サービスが不十分なために、退院支援の段階からレスパイト・サービスへの依存傾向が強まっているという問題もある（木下 2013）。

また、連邦政府は介護者に対する早期介入と予防、スキル構築支援等を目的とし、2016年より統合的介護者支援サービスモデル（Integrated carer support service model; ICSS）の導入に取り組んでいる。こちらについては本稿の後半で検討する。

3. 関連制度

(1) 社会保障制度の全体像

オーストラリアの社会保障制度には、所得保障制度（年金、家庭手当、生活保護等）、医療保障制度（メディケア）、社会福祉制度（高齢者ケア、障害者福祉、児童福祉等）のほか、民間による退職後の所得保障制度として、被用者が積み立てる貯蓄制度の退職年金制度がある。オーストラリアの社会保障制度の特徴は、①所得保障制度及び医療保障制度が社会保険方式ではなく、原則的に一般財源で賄われていること、②医療・福祉サービスは全国民を対象とするサービスであること、③連邦、州、地方自治体、民間団体といった多様な主体が各制度を機能的に分担し、並列的にサービスを提供していることの3つとされる（厚生労働省 2007）。

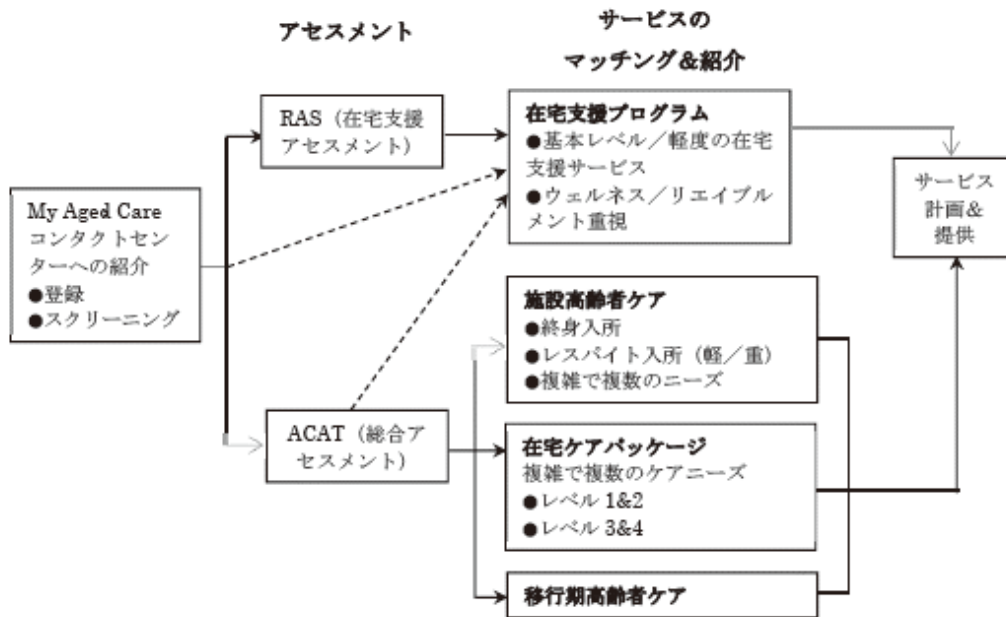
高齢者ケアに関しては、1985年に制定された「在宅ケア及びコミュニティケア法」と、1997年に制定された「高齢者ケア法」のもとで規定されている。2015年に大幅な制度改革が行われ、在宅ケアに関する政策パッケージとして連邦在宅支援プログラム（Commonwealth Home Support Program; CHSP）がスタートした。これは、従来の連邦在宅ケア・コミュニティケアプログラム（Commonwealth Home and Community Care Program; HACC）、全国介護者レスパイトプログラム（National Respite for Carers Program; NRCP）、デイセラピーセンタープログラム（Day Therapy Centres Program; DTC）、高齢者向けケア付き住宅支援プログラム（Assistance with Care and Housing for the Aged Program; ACHA）の4つを統合したものである（鈴木 2018）。加えて、高齢者ケアに関する包括的な受付窓口として「My Aged Care」制度が導入された。これは連邦政府の管理のもとにすべての高齢者ケアサービスの窓口を一本化するものである。オーストラリアのどの州に住んでいても、高齢者ケアに関する受付窓口は「My Aged Care」であり、一度登録すると基本情報は保存・共有され、必要に応じて変更・更新される。サービスの利用にあたっては、「My Aged Care」を通じてアセスメントを受ける必要がある（日本介護支援専門員協会 2019）。

高齢者ケアには在宅ケア、施設ケア、移行期ケアがある。このうち在宅ケアは、軽度の利用者向けの連邦在宅支援プログラム（Commonwealth Home Support Program; CHSP）と、中重度の利用者向けの連邦在宅ケアパッケージプログラム（Home Care Packages Program; HCPP）の2つに分けられる。

CHSPを利用する場合には、地域評価サービス（Regional Assessment Service; RAS）のアセスメントを受ける必要がある。一方、HCPPや施設ケア、移行期ケアを利用する場合は、高齢者介護審査チーム（Aged Care Assessment Team; ACATs）のアセスメントを受ける必要がある。ACATsは、看護師、老年科医、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー等で構成される（厚生労働省 2007）。

RASとACATsどちらのアセスメントを受けることが適しているかについては、「My Aged Care」との電話による簡易アセスメント（スクリーニング）によって判断される。サービス利用までの流れを示したのが図表 II-2である（日本介護支援専門員協会 2019）。

図表 II-2 My Aged Care アセスメントとサービス紹介の経路



出所：日本介護支援専門員協会（2019）「ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業 報告書」 P.129

(2) 連邦在宅支援プログラム（CHSP）

以下では、高齢者ケアのうち介護者支援との関わりが深い在宅ケアの2つのプログラム（CHSPとHCPP）について、詳細な内容を確認する。

まず、軽度レベルの利用者を対象としたCHSPについてみていく。CHSPで受けられる支援としては以下のようなものがあり、介護者へのレスパイト・ケアも含まれている（Department of Health 2017）。

図表 II-3 連邦在宅支援プログラム（CHSP）で受けられる支援内容

<ul style="list-style-type: none"> ・移動支援 ・家事手伝い（家の掃除、衣服の洗濯など） ・パーソナルケア（入浴や着替えの支援など） ・住宅のメンテナンス（電球の交換、ガーデニングなど） ・家の改造（手すりの設置など） ・補助具および備品（バスシート、補高便座、移動補助具など） 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事支援（食事の準備と調理、栄養に関するアドバイス） ・看護（薬物治療の管理など） ・関連分野の医療（足病学、理学療法、作業療法など） ・ソーシャルサポート（同伴活動、グループでの小旅行など） ・レスパイト（介護者が休憩する間のケア提供）
--	--

出所：Department of Health. (2017). Your guide to Commonwealth Home Support Programme services: Supporting you to live at home. (<https://www.myagedcare.gov.au/resources>) P.8 をもとに当社作成

これらのサービスを受けるためには、前述のとおり My Aged Care の窓口で電話をかけ、地域評価サービス（Regional Assessment Service ; RAS）の評価を受ける必要がある。評価は自宅で対面によって行われ、高齢者の日々の活動の状況やニーズを確認する。この評価を通じてサービスを受ける資格があると認定されれば、どのサービスプロバイダーからサービスを受けるかを選択することとなる。サービスの決定にあたっては、RAS の評価士が在宅支援計画を作成する。この計画は年に 1 回見直される。サービスの費用は、各サービスプロバイダーおよび利用しているサービスの種類・数によって異なるが、個人の支払い能力も考慮される（Department of Health 2017）。

(3) 連邦在宅ケアパッケージプログラム（HCPP）

続いて、中重度レベルの利用者を対象とした HCPP についてみていく。HCPP では、消費者主導ケア（Consumer Directed Care; CDC）の原則のもと、各利用者のニーズにあわせてサービスパッケージが提供される。利用できるサービス内容はおおむね CHSP と同様であるが、ケアの必要度合いに応じてパッケージレベルが 4 段階で判定され、レベルに応じて補助を受けることができる。

図表 II-4 HCPP パッケージレベル

パッケージレベル	ケアの必要性のレベル	政府による補助金額（年）
レベル 1	Basic care needs（軽度）	約 8800 豪ドル（約 67 万円 ⁴ ）
レベル 2	Low level care needs	約 15500 豪ドル（約 120 万円）
レベル 3	Intermediate care needs	約 33700 豪ドル（約 260 万円）
レベル 4	High level care needs（重度）	約 51100 豪ドル（約 390 万円）

出所：My Aged Care サイト内の‘Home care packages’のページ

（<https://www.myagedcare.gov.au/help-at-home/home-care-packages>）をもとに当社作成

(4) 認知症戦略

また、認知症戦略においても介護者支援の取組が行われている。家族が自宅で認知症の人の生活を支えている場合、施設入所の最大の要因は家族の燃え尽きである。そして、家族が燃え尽きる大きなきっかけが BPSD であるとの認識から、オーストラリアでは認知症の行動マネジメント助言サービス（DBMAS）やレスパイト・ケアなどを通じて、介護者支援に手厚く取り組んでいる（厚生労働省 2012）。

2012 年、オーストラリア政府は認知症を国の優先健康課題 9 疾患の 1 つに位置付け、大幅な高齢者ケア改革『Living Longer, Living Better』を発表した。2006 年に開始した国家戦略『National Framework for Action on Dementia』が改訂され、2015-2019 年版が発表されている。認知症戦略の 7 つの方針は以下のとおりである（Department of Health 2015）。

⁴ 1 ドル（オーストラリア）=76 円で計算

図表 II-5 認知症戦略の7つの方針

1. Increasing awareness and reducing risk : 意識を高め、リスクを減らす
2. The need for timely diagnosis : タイムリーな診断の必要性
3. Accessing care and support post diagnosis : ケアへのアクセスと診断後の支援
4. Accessing ongoing care and support : 継続的なケアやサポートへのアクセス
5. Accessing care and support during and after hospital care : 入院中および退院後のケアや支援へのアクセス
6. Accessing end of life and palliative care : 終末期と緩和ケアへのアクセス
7. Promoting and supporting research. : 研究の促進と支援

出所 : Department of Health. (2015). National Framework for Action on Dementia 2015 – 2019. より作成。

上記戦略の3つ目「ケアへのアクセスと診断後の支援」において、介護者への支援が掲げられている。家族や友人などのインフォーマルケアは、日常生活の支援だけでなく、認知症患者の支援計画に対する患者のニーズ情報を保有している可能性が高いため、ケア計画における不可欠なパートナーとされている。そして、介護者は、肉体的、精神的、感情的プレッシャーをマネジメントするために、ニーズに合わせたサポートを利用できる必要があり、情報やサポートサービスの提供が役立つと述べている。その例として、「My Aged Care」などのウェブサイトによる情報提供、Alzheimer's Australiaのような組織が提供する国家認知症ヘルプライン、ヘルプシート、ウェブサイト、カウンセリングサービス、介護者への教育などが挙げられている。

4. 家族介護者支援に関する法制度の内容

(1) 家族介護者への現金給付に関する制度

オーストラリアでは介護者のための経済的支援として、介護者給付 (Carer Payment; CP)、介護者手当 (Carer Allowance; CA)、介護者上乘せ給付 (Carer Supplement; CS) があり、いずれも社会保障法にて規定されている (鈴木 2018)。

介護者給付 (CP) は、重度の障害や症状のある人、虚弱な人にフルタイムで日常的な介護を行うため、実質的な有償労働をすることができない人に対して行われる非課税給付である。被介護者は、16歳以上の場合、オーストラリア在住で、成人障害評価判定 2018 (Adult Disability Assessment Determination; ADAT) のスコアが高く、病気または障害を持っている期間が12ヵ月以上に及び、介護者から自宅または病院で介護を受けている必要がある (Services Australia 2020a)。介護者は、被介護者の自宅で継続的に介護を提供している必要がある (同居・近居の必要はない)。また、老齢年金と一緒に受給することはできない。ただし、後述する介護者手当 (CA) とあわせて受給することは可能である (鈴木 2018)。給付にあたっては、他の社会保障年金と同様に、所得・資産テストが実施される (Department of Social Services 2019a)。CPを受給していても、移動時間を含めて週25時間までは就労、ボランティア、教育訓練を受けることができ、年間63日までは介護のために休暇をとることも可能である。CPの給付水準は、2019年9月20日の基準では、単身者が933.40オーストラ

リアドル(約7.1万円)、夫婦2人の場合1,407.00オーストラリアドル(約11万円)(1人あたり703.50オーストラリアドル(約5.3万円))となっている。CPの支払いが適切に行われているかを確認するために、受給者に対しては定期的実施している介護の詳細や住所をオンライン上で更新することが求められる。また、介護の状況が変わった場合には14日以内に報告することとされ、報告が適切になされていないと不正行為とみなされる場合がある(Services Australia 2020a)。

介護者手当(CA)は、被介護者に日常的なケアや見守りを提供している保護者もしくは介護者に対して支払われる2週間単位の所得保障である。被介護者の定義はCPと同様である。資産テストは不要で、就労の有無に関係なく受け取ることができ、課税所得の対象にもならない。ただし、2018年より所得テストが導入され、本人とパートナーの課税所得の合計が年間250,000オーストラリアドル(約1900万円)未満の場合対象となる。2019年時点の給付水準は、16歳以上の被介護者を介護している場合、2週間ごとに131.90オーストラリアドル(約1万円)が支給される。16歳未満の子を介護している場合、重度のニーズを有している子に対してはヘルスケアカード(提示することで薬等の割引を受けられる)とともに2週間ごとに131.90オーストラリアドル(約1万円)が支払われ、軽度のニーズの子に対してはヘルスケアカードのみが支給される(Services Australia 2020a)。

介護者上乘せ給付(CS)は、CP,CAやその他年金の受給者を対象に、障害者や病気のある人のケア費用を援助するために追加的に支払われるものである(鈴木2018)。年間600オーストラリアドル(約4.6万円)の支払いで、毎年7月に介護対象者ごとに介護者手当等の受取人に支払われる(Department of Social Services 2019a)。

その他、介護者調整給付や障害児支援給付、年金受給者教育上乘せ手当などの経済的支援がある(鈴木2018)。2018~19年度に認められた請求は、CPが約50,000件、CAが約86,000件となっている(Services Australia 2020b)。

(2) 介護と仕事の両立に関する制度

オーストラリアにおいて、介護と仕事の両立に関する制度は2009年3月に成立したフェアワーク法(Fair Work Act)によって規定されている。

まず、介護休暇(Carer's leave)として、常勤・パートタイムの従業員に対して12か月あたり10日間付与される。介護休暇は病気の家族を介護するための休暇である。家族には、配偶者、事実上のパートナー、子供、親、祖父母、孫、またはきょうだいが含まれる(Fair Work Ombudsman 2019)。この休暇は労働時間に応じて1年間のうちに漸次発生し、年度を越えて累積させることが可能となっており、1年のうちに使用できる休暇日数の上限は撤廃されている(日本貿易振興機構2010)。

介護休暇を10日間取得した後さらに介護が必要な場合は、2日間の無給休暇(Unpaid carer's leave)を追加できる(厚生労働省2012)。臨時的従業員に対しては、10日間の介護休暇は付与されないが、2日間の無給休暇は付与される(Fair Work Ombudsman 2019)。

また、臨時的従業員を含むすべての従業員には、命にかかわるけがや病気を負った家族と過ごすための2日間の特別休暇(Compassionate leave)が与えられる。この休暇は家族が亡くなった際も利用できる。臨時従業員は無給、それ以外の従業員は有給である(Fair Work Ombudsman 2019)。

さらに、介護者貢献認識法で定義された介護者には、雇用主に対して柔軟な働き方を要求することも認められており、雇用主は、合理的なビジネス上の理由がある場合のみその要求を拒否できる。柔

第Ⅱ章 オーストラリア

軟な勤務形態の例には、労働時間の変更（労働時間の削減、開始・終了時間の変更）、仕事のパターンの変更（分割シフトやジョブシェアリングなど）、勤務地の変更（在宅勤務や他の場所での勤務）などが挙げられる（Fair Work Ombudsman 2019）。

(3) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度

i. レスパイト

レスパイト・ケアとは、限られた期間、介護者に休息を与えるためのサービスで、介護者が日常の活動に出席したり、リラックスするために誰かが代わって介護を提供することである。代わりに介護を提供する者は、家族や友人・隣人などのインフォーマルな場合と、フォーマルな介護労働者による場合がある（鈴木 2018）。

レスパイト・ケアは主に高齢者ケア法にもとづく連邦在宅支援プログラム（Commonwealth Home Support Program; CHSP）において実施されており、センターでのレスパイト、短期滞在型レスパイト、フレキシブル・レスパイトなどがある（My Aged Care 2019）。また、ACAT の認定を受ければ、居住施設でのレスパイト・ケアを受けることもできる。レスパイト・ケアは事前に計画をして利用することが可能であり、介護者に旅行の計画がある際なども利用できる。

図表 II-6 レスパイト・ケアの内容

種類	内容	利用方法
緊急レスパイト (Emergency respite)	介護者に緊急的な事態が生じ、介護を行うことが難しくなった際に、無料で利用できる。	連邦レスパイト・ケアリンク・センターに連絡する
センターでのレスパイト (Centre-based respite)	日中（主に午前 10 時～午後 3 時）、デイセンター等で高齢者が過ごす機会を設ける。センターへの送迎も含まれる。	My Aged Care に登録し、アセスメントを受ける（CHSP の一部）
短期滞在型レスパイト (Cottage respite)	一晩あるいは週末に、コミュニティやホストファミリーの家で高齢者を受け入れる。一度に 2～3 日連続で利用できる。	My Aged Care に登録し、アセスメントを受ける（CHSP の一部）
フレキシブル・レスパイト (Flexible respite)	日中や夜間に、介護従事者が自宅を訪問して家族が短い休息をとることができるようにする。	My Aged Care に登録し、アセスメントを受ける（CHSP の一部）
居住施設でのレスパイト (Residential respite)	高齢者介護施設に、数日～数週間にわたって短期滞在することができる。受けられるケアの内容は、ACAT のアセスメントにより決まり、1 会計年度で最大 63 日利用できる。	My Aged Care に登録し、アセスメントを受ける（ACAT の認定が必要）

（出所）My Aged Care サイト内の'Respite care'のページ（<https://www.myagedcare.gov.au/short-term-care/respite-care>）および Carer Gateway サイト内の'Respite'のページ（<https://www.carergateway.gov.au/respite>）を参考に当社作成

CHSP のレスパイト・ケアを利用する場合は、前述のとおり 65 歳以上の高齢者を介護していれば、高齢者介護の一元窓口である My Aged Care に登録すると、対面式でのアセスメントが実施され、対象と認められればレスパイト・ケアの事業者を選択できる。

また、緊急時は、連邦レスパイト・ケアリンク・センター (Commonwealth Respite & Carelink Centers; CRCCs) へ連絡すると、状況に応じて緊急レスパイトを受けられる。問い合わせ番号は全国統一の無料番号で、住民はどこからでもその番号にかけることができ、居住エリア外からかけた場合は該当エリアのセンターに転送される。通常の受付時間は 9 時～17 時だが、緊急時の問い合わせは 24 時間受け付けている (木下 2013)。「My Aged Care」のサイトでは、緊急レスパイト・ケアが必要となる状況として、主たる介護者の死亡や病気、その他介護をすることが難しくなる緊急事態が挙げられている (My Aged Care 2019)。介護者には、緊急時に備えて緊急ケアプラン (緊急連絡先、被介護者のニーズ、病歴、服用している薬の情報等をまとめたもの) と介護者用緊急カード (介護している人の情報を記載したもの) を作成しておくことが推奨されており、後述するケアラー・ゲートウェイで様式が公開されている (Carer gateway 2019)。

利用費用は、レスパイト・ケアの種類と負担能力に応じて決まるが、緊急レスパイトは無料で受けられる。自己負担分以外に、連邦政府や州政府も負担している (鈴木 2018)。

2018 年～19 年度に CHSP のレスパイト・ケアを提供した事業所は 565 件で、利用者数は 51,039 人であった。また、居住施設でのレスパイトを実施した事業所は 2579 件であり、登録者数は 83,455 人、そのうち利用者数は 65,523 人であった。居住施設でのレスパイトの利用日数はのべ 220 万日で、前年度に比べると 13 万日増加した。また、一人あたりの平均滞在回数は 1.3 回で、一回あたり平均日数は 25.8 日であった (Department of Health 2019, p.39)。

同じく 2018～2019 年度にオーストラリア政府が CHSP を実施した事業者に提供した補助金は総額 2 億 7630 万ドル (約 210 億円)、居住施設でのレスパイトへの補助金は総額 3 億 9,230 万ドル (約 298 億円) であった (Department of Health 2019; p.40)。

ii. 相談支援・窓口

各州に必ず 1 か所介護者資源センターを設置することとされており、無料の電話相談や必要に応じて介護者の自宅訪問、介護者向け情報キットの配付などが行われている (湯原 2011)。

また、州はさらにいくつかのサービスエリアに区分され、エリアごとに連邦レスパイト・ケアリンク・センター (Commonwealth Respite & Carelink Centers; CRCCs) が配置されている。ここでは、前述の緊急レスパイトの相談の他にも、介護者のニーズに応じた相談対応と情報提供を担う。

さらに、介護者向けの実践的な情報提供サービスとして、2015 年より「ケアラー・ゲートウェイ (National Carer Gateway)」が開始された。これは、介護者を地域のサポートサービスにつなげるため、全国規模のウェブサイトと電話による情報提供を実施しているものである (鈴木 2018)。具体的には、実用的な情報とアドバイス、必要なサービスとサポート、電話での無料のカウンセリングサービス、無料のコーチング、他の介護者とつながることができるコミュニティフォーラムなどの提供がなされている (Carer Gateway 2019)。

そのほか、各州および準州にあるケアラー連盟のネットワークを通じて、介護者のニーズに応じたサービスやカウンセリングに関する情報が得られる「介護者情報支援サービス」や、支援を必要とす

第Ⅱ章 オーストラリア

る介護者に短期的カウンセリング、感情的および心理的支援サービスを提供する「全国介護者カウンセリングプログラム」が実施されている（Department of Social Services 2019b）。

iii. 各州での介護者支援の取組み

上記以外にも、各州または準州で独自のサービスが実施されている。以下では、各州で活動するケアラー連盟の取組について記載する。

図表 II-7 各州のケアラー連盟による介護者支援の取組概要

州	取組概要
首都特別地域 (Carers ACT)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 休息の取得 ・ 短期滞在型レスパイトの提供 ・ カウンセリング ・ 介護者支援グループによるピアサポート ・ 介護者向けの研修・ワークショップ ・ 在宅介護パッケージ (HCPP) の調整 ・ 教育・職業訓練のための奨学金 ・ 先住民の介護者支援 ・ 権利擁護 ・ ヤング・ケアラー支援 ・ 介護者のメンタルヘルス支援 ・ 介護者による意見表明の支援
ニューサウスウェールズ州 (Carers NSW)	<ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセリング ・ 介護者向けの研修・ワークショップ ・ 介護者支援グループによるピアサポート ・ 企業向けの支援（研修、従業員のサポート、コンサルティング） ・ オンライン上の介護者コミュニティ ・ 介護者のメンタルヘルス支援 ・ ヤング・ケアラー支援
北部準州 (Carers NT)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 権利擁護 ・ 高齢者介護サービス（短期滞在型レスパイト、センターでのレスパイト、グループでのアクティビティ、夕方・夜間などの柔軟なレスパイト） ・ 介護者支援グループによるピアサポート ・ 介護者向けの研修・ワークショップ ・ 介護アドバイザーによる情報提供 ・ ボランティアによる支援 ・ ヤング・ケアラー支援

クイーンズランド州 (Carers QLD)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供・アドバイス ・ カウンセリング ・ 高齢者介護サービス (在宅介護パッケージの調整) ・ 成年後見・権利擁護 ・ 介護者のメンタルヘルス支援 ・ 無利子ローンの提供 ・ ヤング・ケアラー支援
南オーストラリア州 (Carers SA) タスマニア州 (Carers TAS)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供・相談対応 ・ 介護者支援グループによるピアサポート ・ 介護者向けの研修・ワークショップ ・ カウンセリング ・ レスパイト
ビクトリア州 (Carers Victoria)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報提供・相談対応 ・ カウンセリング ・ 医療関係者から紹介された介護者の受入 ・ レスパイト調整 ・ ファクトシートや介護計画の策定支援 ・ 文化的・言語的に多様なケアラーに対する支援 ・ LGBTIQIA+の介護者に対する支援
西オーストラリア州 (Carers WA)	<ul style="list-style-type: none"> ・ カウンセリング ・ 情報提供・相談対応 ・ 介護者向けの研修・ワークショップ ・ 在宅支援プログラム (CHSP) の調整 ・ 介護者支援グループによるピアサポート ・ 病院から在宅への移行準備プログラム ・ 介護者向けの職業訓練プログラム ・ 介護者を雇用する企業に対する支援 ・ ヤング・ケアラー支援 ・ 介護者のための静養所

出所：各州のケアラー連盟ウェブサイトより当社作成

5. 今後の動向

オーストラリア政府は、2016年より統合的介護者支援サービスモデル (Integrated carer support service model; ICSS) の導入に取り組んでいる。これは、介護者に対する早期介入と予防、スキル構築支援等を目的としたものである。

ICSS の導入は3段階に分けて進められている。第1段階は、すでに述べたケアラー・ゲートウェイの導入により、介護者がオンラインサービスで様々な支援にアクセスをできる環境を整備することである。第2段階は、介護支援サービスの提供モデルの見直し、第3段階が実装である。

第Ⅱ章 オーストラリア

現在進められている第2段階では、2020年4月までに、オーストラリア全土のサービス提供事業者のネットワークを構築し、介護者一人ひとりのニーズにあわせたサービスを提供できる体制を整えることを目指している。具体的には、以下のような内容が実施される予定である。

図表 II-8 レスパイト・ケアの内容

- ・介護者支援計画の策定：介護者にとってどの支援がもっとも役に立つかを見定め、継続的な支援とサービスのための簡単な計画を策定する
- ・支援内容のカスタマイズ：介護者に対して具体的な支援（介護をサポートする機器やアイテムの支給といった単発での支援、あるいはレスパイトや移動支援などの1年を通じた継続的支援）を提供する。支援内容はサービス提供事業者によってアレンジされる。
- ・対面カウンセリング：ストレスを感じた場合、プロのカウンセラーが1対1でサポートを行う。
- ・対面でのピアサポート：同じような介護の状況におかれている人と出会い、知識や経験を共有できる。
- ・対面でのコーチング：有資格のコーチから1対1で介護者としてのスキルやレジリエンスを習得することができる。
- ・緊急時のレスパイト・ケア：介護者に緊急事態が生じた場合、確実に被介護者をサポートする。

上記のサービスを実施するにあたって、16のサービスエリアが設定される（図表II-9）。現在のケアラー・ゲートウェイのサービスは全国レベルだが、サービスエリアの設定によりローカルなレベルでの支援が可能となる。また、現在は介護者向けの相談窓口としてケアラー・ゲートウェイとCRCCsが併存しているが、将来的にはこれらが統合され、ケアラー・ゲートウェイに一本化される予定である。

また、2019年度予算では、8,430万ドル（約64億円）が介護者支援に充てられることが発表されたが、特にヤング・ケアラーに対する専門のサポートワーカーによる支援が重点的に実施される予定である。

図表 II-9 ICSS のサービスエリア



出所：Carer Gateway サイト内の‘Carer Gateway service areas’のページより引用

(https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/09_2019/car-gateway-service-areas.pdf)

6. 参考資料

天野マキ (2012) 「オーストラリアの社会保障・社会福祉制度改革過程に視る社会的政策の視角：改革に至る試行錯誤のプロセスと政策課題の検討を通して」『福祉社会開発研究』(5), 15-27.

木下康仁 (2013) 「オーストラリアのケアラー(介護者)支援」『海外社会保障研究』(184), 57-70.

公益財団法人東京都医学総合研究所 (2013) 『平成 24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』

厚生労働省 (2007) 「定例報告 (オーストラリア)」『2005～2006 年海外情勢報告』 290-293.

—— (2012) 「各国にみる労働施策の概要と最近の動向 (オーストラリア)」『2010～2011 年海外情勢報告』 255-266.

鈴木奈穂美 (2018) 「オーストラリアのインフォーマル介護者の権利と支援施策の実態」『専修大学社会科学年報』(52), 59-94.

日本介護支援専門員協会 (2019) 『平成 30 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究事業 報告書』

日本貿易振興機構 (2010) 「豪州におけるフェアワーク法の概要」

(https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/report/07000684/report.pdf) (2020 年 2 月 12 日閲覧)

認知症介護研究・研修東京センター (2011) 「オーストラリアの認知症ケア動向 I オーストラリアの高齢者ケアの状況」(https://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/houkoku_au.php#au02) (2020 年 2 月 12 日閲覧)

第Ⅱ章 オーストラリア

湯原悦子 (2010) 「イギリスとオーストラリアの介護者法の検討--日本における介護者支援のために」『日本福祉大学社会福祉論集』(122), 41-52.

—— (2011) 「オーストラリアの介護者支援」『立命館大学共同対人援助モデル研究報告書 1 家族介護者支援を考える : 日本と英・豪・米の比較研究』17-26.

Australian Bureau of Statistics. (2018). 4430.0 Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings. 2018.

(<https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4430.0Main%20Features12018?opendocument&tabname=Summary&prodno=4430.0&issue=2018&num=&view=>) (2020年2月12日閲覧)

Carer Gateway. (<https://www.carergateway.gov.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers ACT. (<https://www.carersact.org.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers Australia. (<https://www.carersaustralia.com.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers NSW. (<https://www.carersnsw.org.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers NT. (<https://www.carersnt.asn.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers QLD. (<https://carersqld.com.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers SA. (<https://www.carers-sa.asn.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers TAS. (<https://www.carerstas.org/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers Victoria. (<https://www.carersvictoria.org.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Carers WA. (<https://www.carerswa.asn.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Department of Health. (2015). National Framework for Action on Dementia 2015 – 2019.

(<https://www.ceafa.es/files/2017/05/AUSTRALIA-1.pdf>) (2020年2月12日閲覧)

——. (2017). Your guide to Commonwealth Home Support Programme services: Supporting you to live at home. (<https://www.myagedcare.gov.au/resources>) (2020年2月12日閲覧)

——. (2018). 2017-18 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997.

(<https://www.gen-agedcaredata.gov.au/Resources/Reports-and-publications/2018/November/2017%E2%80%9318-Report-on-the-Operation-of-the-Aged-Care-A>) (2020年2月12日閲覧)

——. (2019). 2018–19 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997.

(<https://www.gen-agedcaredata.gov.au/Resources/Reports-and-publications/2019/November/2018%E2%80%9319-Report-on-the-Operation-of-the-Aged-Care-A>) (2020年2月12日閲覧)

Department of Social Services. (2019a). About the Department: More funding for carers services.

(<https://www.dss.gov.au/about-the-department/publications-articles/corporate-publications/budget-and-additional-estimates-statements/budget-2019-20/more-funding-for-carers-services>) (2020年2月12日閲覧)

——. (2019b). Disability and Carers. (<https://www.dss.gov.au/disability-and-carers>) (2020年2月12日閲覧)

Fair Work Ombudsman. (2019). (<https://www.fairwork.gov.au/>) (2020年2月12日閲覧)

My Aged Care. (2019). (<https://www.myagedcare.gov.au/>) (2020年2月12日閲覧)

Services Australia. (2020a). Centrelink.

(<https://www.servicesaustralia.gov.au/individuals/services/centrelink>) (2020年2月12日閲覧)

——. (2020b). 2018-19 Annual Report.

(<https://www.servicesaustralia.gov.au/sites/default/files/annual-report-191019-v2.pdf>) (2020年2月12日閲覧)

第Ⅱ章 オーストラリア

第Ⅲ章 ドイツ

【概要】

【社会的・文化的背景、法制度の検討経緯】

- ドイツでは、子が親に扶養義務を負い、高齢者の介護は配偶者や娘、嫁の役割と捉えられてきた。
- 1970年代から1990年代にかけて施設入所者への社会扶助が膨れ上がり、国が財政難に陥ったことなどを背景に、1994年に介護保険法が制定された。また、2008年には在宅介護優先の強化を目指す「介護保険発展法」が制定されるとともに、家族介護者の負担軽減を目的として「介護時間法」が施行、続いて介護時間の制度をさらに拡充した「家族介護時間法」が2012年に施行された。
- さらに、2014年から2016年にかけて家族介護の支援強化を含む介護保険改革が段階的に進められ、2015年施行の「介護と仕事の両立を改善する法律」により、介護時間及び家族介護時間の制度に改善が加えられた。また、要介護者の対象拡大、保険料の引き上げ、地域介護サービスの充実などが進められた。

【関連制度】

- ドイツの介護保険制度は、日本と異なり、給付対象に年齢制限がなく、さらに財源はほぼ100%が保険料（労使折半で、2017年以降は賃金の2.8%又は2.9%）で賄われている。また、在宅介護のための保険給付には、現物給付（専門職による訪問介護サービスなど）と現金給付、両者を組み合わせた混合給付がある。
- 在宅介護優先の原則の下、①まずは在宅介護のための保険給付があり、①を補うものとして、②部分的施設介護があり、さらに、②でも対応できなくなった場合には、③入所施設介護という考え方が基本である。

【家族介護者支援制度】

（間接給付）

- 家族や隣人等の介護力を支援する主な手段として、現金給付「介護手当」がある（社会法典第11編）。介護手当は、要介護者が自ら手配した在宅介護について、経費負担を軽減する目的で要介護者に給付される。対象は在宅介護のみで、要介護2以上の場合、現物給付の代替として要介護度に応じた額が支給される。

（介護と仕事の両立に関する制度）

- 近親者が急病等で緊急に介護が必要になった場合、その近親者を介護する被用者は、介護時間法に基づき、最長10日間まで休業することができる。
- 近親者を介護する者は、介護時間法に基づく「介護時間」及び家族介護時間法に基づく「家族介護時間」を取得できる。なお、「介護時間」と「家族介護時間」は合計で2年間まで取得可能である。
- 近親者が終末期を迎えている場合、最長3か月間の完全な休業又は部分的な休業が取得可能である。
- 介護時間や家族介護時間の取得期間中の収入の減少について、連邦家族・市民社会任務庁が無利息で貸し付けを行う制度がある。ただし、制度開始後の2年半の間に、貸付を申請したのは800人程度である。

（レスパイト・相談窓口）

- 被保険者は最寄りの相談所において介護相談員と相談を行い、援護計画の作成を請求することができる。介護金庫は、要介護者とその家族に対し、自分の保険の介護相談を提供する義務がある。
- 介護支援拠点では、社会法典に基づく権利・義務などの案内・相談と州による独自の給付などの案内や介護相談、地域でのケアや世話のための医学的・介護的・社会的な扶助・支援サービスが提供されている。
- 介護保険の給付の一つとして、デイケア・ナイトケア（部分的施設介護）がある。これらのレスパイト・ケアは、在宅で十分な介護が受けられない場合や、在宅介護の補強や強化が必要な場合に利用できる。

【今後の動向】

- 2020年1月に「介護近親者負担軽減法」が施行され、これまで近親者の扶養義務が所得に関係なく課されていたのに対し、総所得10万ユーロ（約1,200万円）以下の世帯は扶養義務から外れることとなった。
- 従来の介護支援制度は、システム構築と情報の周知に注力されていたが、今後はその成果の向上を図るため、手続き簡略化や情報伝達の効率化などが喫緊の課題とされる。
- 2019年6月に、連邦健康省が「介護オーケストラ作戦」を策定し、5つのWGのもと、今後の方向性が検討されている。

1. 要介護者と家族介護者の定義

ドイツには、日本と同様に介護保険制度が存在する。介護給付の対象となる要介護者（Pflegebedürftigkeit）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あり、給付を受けるには介護認定を受ける必要がある。年齢の規定はなく、障害者や子どもも対象となる点が、日本の制度との大きな違いの一つである（PwC 2019）。

ドイツの社会福祉は「自助」を前提とし、自助の限界を補うものとして、地域や国家等の連帯による相互扶助の仕組みがある（「連帯性の原則」）が、連帯性原則による支援は、自助を阻害しないように行うこととされている（「補完性（Subsidiarität）の原則」）（宮本 2014）。補完性の原則は、教皇ピア 11 世の「社会回勅」に由来すると言われ、まずは個人が自助努力をし、それができなければ家族、次に隣人、民間団体、自治体、国家による支援といった順に拡大していく（豊田 2013）。この「連帯性の原則」と「補完性の原則」が、ドイツにおける家族介護の根拠となっている。

ドイツでは家族だけでなく、近隣の知人や友人、住み込みの外国人ヘルパー等がインフォーマルな介護を行う場合もある。例えば、4(4)で詳説するインフォーマルな介護者への社会保障上の評価の文脈では、介護者の要件は、介護保険で要介護者と認められた人を、通常は週に 2 日以上かつ合計 10 時間以上介護していることである（社会法典第 11 編第 19 条）。

しかし、ドイツの場合、インフォーマルな介護者を対象とした制度の中には、「近親者」を介護する者に限定した制度が多い。近親者とは具体的に、祖父母、親（義理の親も含む）、配偶者・パートナー、兄弟、兄弟の配偶者・パートナー、子ども、養子・里子、配偶者・パートナーの養子・里子、義理の子ども（嫁・婿）、孫、継父母、義兄弟を指す（渡辺 2015）。したがって、ドイツにおけるインフォーマルな介護者支援は、家族以外の者（知人・友人）も視野に入れてはいるものの、特に家族介護者を意識して政策づくりが行われていると言えよう。

2. 家族介護者支援に関する法制度の背景

(1) 統計データ

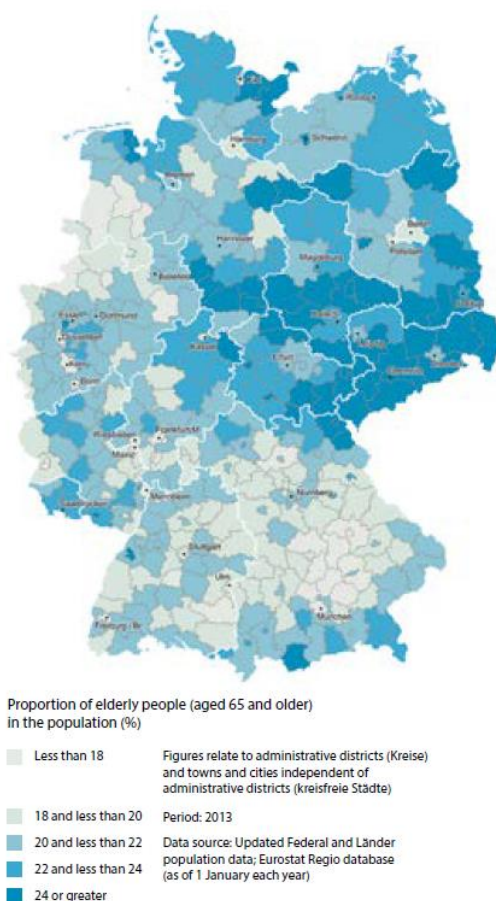
2018 年時点で、ドイツの総人口は 8,291 万人、うち 65 歳以上人口は 1,780 万人（21.5%）であり、OECD 加盟国の中でも割合が高い（図表Ⅲ-1）。また、ドイツの中でも、中東部における高齢化率が特に高い（図表Ⅲ-2）。

図表 III-1 各国・地域の 65 歳以上人口

国・地域	人口(2018年時点)		65歳以上の割合
	全年齢	65歳以上	
日本	126,443,180	35,577,838	28.1%
ドイツ	82,914,191	17,798,089	21.5%
スウェーデン	10,175,214	2,020,930	19.9%
フランス	66,941,698	13,279,055	19.8%
オーストリア	8,837,707	1,657,884	18.8%
イギリス	66,435,550	12,165,557	18.3%
OECD全体	1,301,969,697	223,992,953	17.2%
オーストラリア	24,992,860	3,914,673	15.7%

出所：OECD Stat. Historical Population をもとに事務局作成

図表 III-2 ドイツ国内の地域別 65 歳以上人口の割合



出所：BMFSFJ (2017) p.22

また、81 歳以上の人口に着目すると、2020 年で 590 万人（全人口の 7.2%）なのが、2040 年に 780 万人（9.9%）、2060 年には 900 万人（12.3%）と増加する見込みである（BMG 2019a, p.15, 表 XV）。

次に、要介護者に関する統計を見る。2017 年末の要介護認定者数は 341 万人であり、2015 年の 286 万人から大幅に増加した。増加の理由は、2017 年の介護保険法改正により、要介護者の定義が拡大されたためである (Statistisches Bundesamt 2018)。要介護者の 63%は女性であり、年齢については、65 歳以上が 81%、85 歳以上が 35%を占める (Statistisches Bundesamt 2018)。年齢別の要介護となる割合は、81 歳以上で 37.1%、60～80 歳で 7%、60 歳未満で 1.3%である (BMG 2019a, p.15, 表 XV)。

要介護者の 76% (259 万人) は在宅で介護を受けおり、そのうち 68% (176 万人) は家族にのみ介護されている。(Statistisches Bundesamt 2018)。家族介護者の属性については、松本 (2011, pp.47-48) が次のようなデータを示している。家族介護者で最も多い続柄は子ども (53.4%)、次いでパートナー (18.4%) である。また、平均年齢は 53.8 歳、性別では女性が 76.1%を占める。

(2) 社会的・文化的背景

ドイツでは法律上、子どもが親に対し扶養義務を負っている。ドイツ民法典 (BGB) 1601 条によれば、直系血族は、相互に扶養義務を負うこととされている。この一般血族間の扶養義務 (未成年者等に対する親の扶養義務の規定とは区別されている) は、具体的には、親に対する子の扶養義務、成年子に対する親の扶養義務、孫と祖父母間及びそれ以遠の直系血族間の扶養を指す (冷水 2018)。

文化的な背景を見ても、ドイツでは日本と同様、伝統的には、高齢者の介護は配偶者や娘、嫁の役割と捉えられてきた。カトリック信者の多い地域では、その宗教的影響から家族介護が強いと言われるが、北欧にプロテスタント信者が多いのに対し、ドイツはカトリック信者も多くおり (豊田 2013)、これもドイツで家族介護が多いことに関係しているだろう。

しかし最近では、住まいや権利関係の面で、日本との違いも見られる。日本及びドイツで介護保険制度が導入された 1990 年代において、高齢者の半数が子どもと同居していた日本と異なり、ドイツでは子どもと同一世帯に住む高齢者が比較的少なかった (キャンベル 2009)。2010 年時点では、子どもや孫と同居する高齢者世帯は 8%にとどまり、また最近では、高齢者同士で同居する高齢者シェアハウスが普及している (坂本 2012)。つまり、子どもが高齢者の親を介護する場合であっても、同居しながらの介護ではなく、別宅に住みながら親の元へ通い介護を行うケースが多いと思われる。さらには、成年後見制度が普及し、家族・親族以外の第三者に、老後の財産管理や看護・医療措置に関する権利を与える事例が増えている (坂本 2012)。

それでも、先に示したデータのとおり、ドイツにおいて在宅で介護を受ける人の多くは、家族から介護を受けている。また、介護負担が家族の中でも女性に集中していることは、ドイツ家族政策における主要な課題の一つとなっている (BMFSFJ 2017)。その一方で、高齢者が子どもと同居しないケースが多く、第三者後見が進んでいるなど、介護における高齢者と家族の関係性には一定の距離感があり、この点は日本の状況とは異なっていると思われる。

(3) 法制度の検討の経緯

i. 概要

ドイツでは、日本と同時期の 1990 年代半ばに介護保険制度が導入された。ドイツの介護保険制度は、社会保険方式であり、要介護度ごとに保険給付額が定められているなど、制度創設当初から日本との共通点も見られた。しかし、日本と異なる点も多く、例えば、給付対象に年齢制限がない、在宅介護の場合は現物給付 (専門職による施設介護サービス、訪問介護サービス等) だけでなく現金給付

第三章 ドイツ

もあるといった特徴がある。また、日本の介護保険の財源が保険料と公費負担の半々であるのに対し、ドイツの介護保険の財源は、ほぼ 100%保険料（2017 年は、保険料収入が 360 億 9,000 万ユーロ（約 4.3 兆円）⁵、その他 6,000 万ユーロ（約 72 億円））である。

このように日本とは違いも多かったドイツの介護保険制度であるが、過去の制度の変遷を見ると、日本に近づいてきたと言える部分もある。例えば、2008 年の介護保険法の改正では、ケースマネジメント制度が導入され、日本でいう居宅介護支援や介護予防の仕組みが導入された。また、かつて 3 段階であった要介護度は、2015 年の法改正により日本と同じ 5 段階に拡大され、以前と比べ軽度者でも支援を受けられるようになった。ただし、このケースマネジメントは内部のものであり、要介護者や介護者はその具体的な内容や枠組みに触れることはなく、その点は日本の居宅介護支援とは異なる。

家族介護者との関係では、ドイツの介護保険制度は、2 で述べたとおり、「連帯性の原則」と「補完性の原則」に則り、可能な限り家族介護に拠ることが前提となっている。そのため、介護保険制度の枠組みの中で、家族の手に渡ることを想定した現金給付や、介護期間中の家族への社会保障等の仕組みが強化されてきたのである。また、特に 2008 年以降に認知症患者を対象とした支援を拡大してきたことは、患者自身だけでなく、その家族の負担軽減をも目的としていた。

以下、介護保険制度の導入から現在まで、特に家族介護者への支援に焦点を当てつつ、制度の変遷を確認する。

ii. 介護保険制度の導入

ドイツで介護保険が導入されたのは 1994 年である。それ以前は、介護サービスは全額自己負担であり、個人の資産で賄えない場合は、社会扶助（日本の生活保護に相当）の支給を受けていた。その結果、1970 年代から 1990 年代にかけて施設入所者への社会扶助が膨れ上がり、国が財政難に陥ったため、介護保険制度導入をめぐる議論が行われた（PwC 2019）。そして 1994 年、社会保険方式による介護保険法が制定され、1995 年に施行された。

このように、ドイツの介護保険導入は、介護サービスの提供体制や要介護者の状況の改善を図ったというよりも、財政上の問題解決のために決断されたものであった（JILPT 2017）。また、介護保険法の施行後しばらくは、医療サービス機構（MDK）による要介護認定事務が円滑に進まず、介護サービス供給の拡大も遅れたため、家族介護に頼る状況が続いたという（JILPT 2017）。ドイツの介護保険法は、2008 年に至るまで、保険料率の変更を除き、大きな改正は行われなかった（松原 2018）。

なお、1995 年時点の保険料率は所得の 1.0%であったが、1996 年には 1.7%に引き上げられた（斎藤 2013, p.17）。

iii. 2008 年～2012 年

ドイツでもやがて、在宅介護から施設介護への移行傾向が見られるようになった（松原 2018）。また、認知症患者が増え続ける中、認知症患者とその家族への支援が課題となっていた（宮本 2016）。こうした背景から、2008 年、在宅介護優先の強化を目指す「介護保険発展法」（das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflege-versicherung）が成立した。

これにより、現金給付を含むほぼすべての介護給付について上限額が引き上げられるとともに、保険料率も引き上げられた。子どものいる場合は所得の 1.95%、子どもがいない場合は 2.2%となった（斎藤

⁵ 1 ユーロ = 120 円で計算

藤 2013, pp.17-18)。また、要介護状態にない認知症高齢者など、要介護ではないが自立した生活を営むのが困難な者(要介護度0)に対する「見守りや世話(Betreuung)」の給付が創設された(JILPT 2017)。

また、家族介護者の負担軽減を目的として「介護時間法(Pflegezeitgesetz)」が施行された。従業員は在宅介護を行う場合、最長6か月間、雇用者に対し、労働の全部または一部の免除を請求できることになった(介護時間)(渡辺 2015)。加えて、近親者を緊急に介護する必要が生じた時は、最長10日間労働しない権利を保障され、この間、雇用者との合意があれば、給与の支払いを受けることができることとなった(緊急短期介護)(渡辺 2015)。

介護時間の制度をさらに拡充したのが、2012年施行の「家族介護時間法(Familienpflegezeitgesetz)」である。同法により、在宅介護を行う従業員は、上述の介護休業のほかに、雇用者との合意があれば、最長2年間、労働時間を週15時間まで減らせることとなった(家族介護時間)。そしてその間、雇用者を通じて、連邦から給与の前払いとして、無利子貸付を受けることができることとなった(渡辺 2015)。

さらに、日本の介護保険制度に倣ったとされる新たな制度創設も行われた。「介護支援拠点」(Pflegestützpunkt)という日本の地域包括支援センターに該当するものを設置し、そこで介護金庫の介護相談員が「介護相談」(Pflegeberatung)と呼ばれるケースマネジメント(日本の居宅介護支援や介護予防支援に相当)を行う仕組みが導入された(JILPT 2017; 松原 2018)。

iv.2013年以降

2013年の連邦総選挙で成立したキリスト教民主連合(CDU/CSU)と社会民主党(SPD)の連立政権(第三次メルケル政権)は、新しい介護概念の導入や家族介護の支援強化を含む介護保険改革のため、三段階の法律を施行した(松原 2018)。

まず2014年12月制定の「第一次介護強化法」(Erstes Pflegestärkungsgesetz)で、介護給付上限額の引き上げ、介護保険料率の引き上げ等が行われた(松原 2018)。保険料率については、2013年から、子どものいる場合は所得の2.05%、子どもがいない場合は2.3%となっていたが(斎藤 2013, p.18)、第一次介護強化法により0.3%上乗せされ、子どものいる場合は所得の2.35%、子どもがいない場合は2.6%となった(中澤 2018, p.20)。

また、仕事と介護の両立支援に関して、既に述べたとおり2012年の段階で、介護時間及び家族介護時間の制度が存在したのだが、家族介護時間については法的権利として認められていないなど、利用しやすさの点で課題もあった。そこで2015年施行の「介護と仕事の両立を改善する法律」(Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf)により、制度にいくつかの改善が行われた。介護時間及び家族介護時間を取得した従業員について、短期的(緊急の介護の必要な場合に10日まで)に労働への支障が生じた場合には、介護時間法および社会法典第11編に基づき、所得補償として、手取給与の9割相当(ただし上限額あり)の介護支援手当を、事業所規模を問わず介護保険から受給できることとなった(渡辺 2015)。また、雇用者26人以上の事業所において家族介護時間の法的請求権を認め、介護時間又は家族介護時間の取得期間中は、被用者から連邦に直接、無利息の貸し付けを申請できるようになった(渡辺 2015)。加えて、近親者の範囲が拡大され、継父母及び義兄弟が追加された(渡辺 2015)。

次に、2015年12月制定の「第2次介護強化法」(Zweites Pflegestärkungsgesetz)において、要介護認定基準が見直され、身体機能の低下のみならず認知機能の低下も評価されることとなり、認知症

第三章 ドイツ

や精神疾患のある者への給付が改善された（渡辺 2016、中澤 2018）。また、これまでの要介護等級（Pflegestufe）は3段階であったのが、5段階の要介護度（Pflegegrad）に改正され、要介護が身体的な理由のみによる場合は従来の介護区分から1段階、認知症・精神疾患のある場合には2段階引きあがり、新基準の要介護度1については、これまで要介護認定を受けられなかった者が対象に含まれた（中澤 2018）。この結果、2017年6月3日時点で、居宅の要介護認定者は2,372,799人、施設の要介護認定者は776,040人となり、これは2016年12月31日時点より約35万人増（13%増）である（中澤 2018, p.19）。

このように要介護者が増えたことを受けて、保険料の引き上げも行われた。子どものいる場合は所得の2.55%、子どもがいない場合は2.8%となった（中澤 2018, p.20）

介護者に関しては、社会保障上の評価に際しての介護者の要件が、「週に14時間以上介護する者」から「通常は週に2日以上で合計10時間以上介護する者」に変更となったほか、離職して要介護度2以上の者を介護する介護者には、介護金庫から失業保険料が支払われることとなった（松原 2018, p.56）。

最後に、2016年12月制定の第3次介護強化法により、自治体の追加的介護給付の実施及びその場合の介護保険財源による支援や、介護金庫が実施してきた介護相談事業を自治体の介護相談員が行うモデル事業の実施、「介護支援拠点」を新たに設置するための権限の自治体への5年間付与等、地域介護サービスの充実が図られた（泉 2017）。

なお、連邦会議は2018年11月29日、「社会法典11巻第11改正法-保険料調整」を可決し、介護の改善に係る費用を賄うための保険料率の0.5%ポイントの引き上げを決定した。これにより、保険料率は2019年1月1日より3.05%に引き上げられた。保険料引き上げの背景の1つは、増加した要介護者数とそれに伴う介護保険の支出の増加（2013年から2017年までに約120億ユーロ増（約1兆4,400億円増））を受けたものであり、それが引き上げのうち0.3%ポイントに該当する。さらに、介護士の確保・処遇改善の観点から、2018年8月に連邦政府は介護人材改善の第一弾として「介護緊急計画」を可決し、これにより2019年1月から介護施設は1万3千人の介護職の新規採用が可能となったが、そのコスト負担が0.2%ポイント分に該当する（加えて、介護職業学校の学費の廃止も行った）。

3. 関連制度

(1) 社会保障制度の全体像

正井（2011）によれば、ドイツの憲法である基本法は、ドイツを社会国家であると定めており（20条1項）、国家は国民の義務を保障するとともに、国民の生存に関わる生活の基盤を保護する義務を負う。ドイツの社会保障制度は、個人を病気・事故・失業等の危機から守るものであるが、ドイツはその目的を達成するため、社会法典（Sozialgesetzbuch; SGB）及び数々の関連法を制定している。

また、正井（2011）によれば、ドイツでは国民の9割が社会保険に加入しており、給付の主体は国や自治体ではなく、各社会保険の担い手たる公法上の団体（法律に基づく公的保険組合（疾病金庫）、ドイツ年金保険組合、職業組合など。国の監督を受ける）である。社会保険には、①失業保険（Arbeitslosenversicherung）、②公的年金保険（Gesetzliche Rentenversicherung）、③公的疾病保険（Gesetzliche Krankenversicherung）、④公的労災保険（Gesetzliche Unfallversicherung）、⑤社会介護保険（Soziale Pflegeversicherung）の5つがある。

(2) 介護保険制度

i. 基本理念

ドイツの介護保険制度は、「自己決定」の原則を掲げており、社会法典では、「給付法 (Leistungsrecht) の枠組みにおいて要介護者の希望に沿う」介護であること等、要介護者の意思を重視すべきとされている (第 11 編第 2 条第 2 項) (松原 2018, p.50)。

また、在宅介護の優先を理念とし、社会法典にも、「要介護者ができるだけ長くその家庭的環境に留まることができるよう、保険給付によって在宅介護及び近親者と隣人の介護力 (Pflegebereitschaft) を支援する」(同第 3 条) と規定されている (斎藤 2009, p.72)。さらに、同第 4 条第 2 項は、在宅介護及び部分施設介護について、「家族、隣人又は他のボランティアによる介護及び世話を補う」ものであると規定している (松原 2018, p.50)。このように、介護保険制度は家族や隣人の潜在的な介護力に期待しており (斎藤 2009)、後述するように、在宅介護重視という介護保険制度の理念を守るため、家族介護者への支援が強化されてきた (宮本 2017)。

ii. 制度の概要

上述のような在宅介護優先の原則の下、ドイツの介護保険制度では、要介護者本人に支給される保険給付として、①在宅介護のための保険給付がまずあり、次に①を補うものとして、②部分的施設介護 (デイケア、ナイトケア、ショートステイ) がある。さらに、②でも対応できなくなった場合には、③入所施設介護 (介護ホーム、老人ホーム、ケアハウス等) を受けることができる (本澤 2016)。

そして、①在宅介護のための保険給付には、現物給付と現金給付がある。現物給付は、専門職が要介護者の住まい (自宅のほか、高齢者向け住宅も含まれる) を訪問し、身体の看護・介護や家事援助等を行うものである (MISSOC 2019; 本澤 2016)。現金給付は、要介護者が自分で手配した在宅介護の支援 (基本介護と家事援助) の経費を補助するものである (本澤 2016) (詳細は 5(1))。現物給付も現金給付も、要介護度 2 以上の要介護者を対象として、要介護度別に給付額が定められている。また、両者を組み合わせた混合給付を受けることも可能である。

介護保険制度は、疾病保険制度及び社会扶助制度と密接に関係しているため、以下 iii 及び iv において、各制度との関係について説明する。

iii. 疾病保険との関係

介護保険は介護金庫 (Pflegekasse) により運営されるが、介護金庫は疾病金庫 (Krankenkasse) が設置を義務付けられているものである。疾病保険とは、日本の医療保険に相当するものであり、国民の 9 割が加入している。なお、国民の 1 割は民間の保険に加入しているほか、無保険者も 0.1% 程度存在する (長坂 2005)。被雇用者のうち一定所得以下の者は、公的医療保険への加入義務を負い、介護保険にも強制的に加入させられるが、それ以外は任意で公的医療保険に加入するか、私的医療保険に加入することとなる (JILPT 2017)。

疾病保険は、公的法人である疾病金庫により運営される。疾病金庫は、2016 年 1 月時点で全国に 118 存在し、①地域疾病金庫 (②～⑥のいずれにも該当しない人が対象。地域単位)、②企業疾病金庫 (企業や企業グループ単位。設置数は計 93)、③同業組合疾病金庫 (職業組合単位)、④農業疾病金庫、⑤鉱業・鉄道・船員年金保険、⑥代替疾病金庫の 6 種類に分かれる (ニッセイ基礎研究所 2016)。

第三章 ドイツ

長坂 (2005) によれば、疾病金庫は、疾病保険と介護保険の保険料徴収と保険給付を行うとともに、年金保険と失業保険の保険料徴収も委託されている。すなわち、雇用者は疾病保険、介護保険、年金保険、失業保険について、被雇用者から保険料を源泉徴収するとともに、それと同額の雇用者負担分の保険料を疾病金庫に納付する。その後、疾病金庫は徴収した保険料のうち、一定割合を年金保険者及び失業保険当局に配分し、残りを疾病保険及び介護保険の保険料に充てる。介護保険料率は労使折半の形式で徴収される。

iv. 社会扶助との関係

ドイツの社会扶助 (Sozialgesetzbuch: 日本の生活保護に相当) は社会法典第 12 編に基づく制度で、その給付機関は、郡に属さない市 (kreisfreie Stadt)、及び郡 (Kreis) であり、財源は税である (森 2009)。

本沢 (2002) によれば、ドイツの福祉サービスは民間主導で運営されてきた歴史があり、介護保険法施行前は、施設介護も在宅介護も、利用者とサービス提供者の契約に基づき提供され、利用料は全額利用者の自己負担であった。しかし、多くの利用者は費用を負担しきれず、社会扶助からの介護扶助 (Hilfe zur Pflege) の支給を受けていた。高齢化により要介護者数の増加が進むなどした結果、介護扶助の財政支出が急増し、自治体の財政が逼迫した。こうした背景が、介護保険導入の理由であったという。

現在、介護扶助は、介護保険からの介護給付を受けられない者 (介護保険未加入者等) であって、介護保険と同様の要介護状態が存在する者や、介護保険のみでは十分な介護を受けられない者に対し、給付が実施されることとなっている (森 2009)。介護扶助の受給者数は、1994 年で約 56 万人、1998 年で約 29 万人、2002 年に約 31 万人、2007 年に約 35 万人となっていた (森 2009, p.19)。また、介護扶助の給付額 (高齢者介護と障害者介護の合計) については、2018 年に約 35 億ユーロ (約 4,200 億円) (前年比 2.4%増) であり、社会扶助の給付額全体 (約 310 億ユーロ (約 3.7 兆円)) の 11% を占める (Statistisches Bundesamt 2019)。

v. 介護給付の受給までの流れ

ドイツの介護保険の財源は、保険料収入のみで賄われており、保険給付の自己負担はない。ただし、保険給付の範囲を超える部分は、全て自己負担となる (PwC 2019)。保険料は労使折半の形式で徴収されており、2019 年 1 月 1 日より 3.05% が保険料として徴収されている。

介護給付は、医療サービス機構 (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung; MDK) から要介護認定を受けた者に対し実施される。要介護認定は、被保険者の申請に基づき、MDK が調査を実施し、その結果報告を受けた介護金庫により決定される (PwC 2019)。MDK は、疾病保険の給付について医学的見地から助言・鑑定意見を出す機関であるが、1995 年の介護保険法施行後は、介護サービス給付の適正性の監督も行っており、在宅の要介護者が現金給付を受給する場合には、MDK が訪問審査を行い、要介護者の状況を確認する義務を負う (JILPT 2017)。

要介護度判定の基準は図表 III-3 のとおりである。また、要介護度別の受給者数は図表 III-4 のとおりであり、2018 年の受給者は 3,685,389 人で、最も多いのは要介護度 2 (42.4%)、次いで要介護度 3 (27.9%) である。

図表 III-3 要介護度判定の基準

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

出所：PwC コンサルティング合同会社（PwC）（2019）『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 30 年度老人保健健康増進等事業, p.14 図表 13.

図表 III-4 要介護度別受給者数（人）（2017 年、2018 年）

	2017.12.31				2018.12.31			
	在宅	施設	合計	(割合)	在宅	施設	合計	(割合)
要介護1	190,364	4,112	194,476	5.8%	343,334	4,787	348,121	9.4%
要介護2	1,273,025	185,445	1,458,470	43.7%	1,384,210	178,215	1,562,425	42.4%
要介護3	699,842	240,465	940,307	28.2%	773,796	255,590	1,029,386	27.9%
要介護4	287,777	224,175	511,952	15.3%	294,516	223,551	518,067	14.1%
要介護5	109,971	124,003	233,974	7.0%	109,469	117,921	227,390	6.2%
合計	2,560,979	778,200	3,339,179	100.0%	2,905,325	780,064	3,685,389	100.0%

出所：BMG（2019a）. Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten の表Ⅲを基に事務局作成

要介護度は1から5までの5段階があり、要介護認定を受けた被保険者には、要介護度に応じた給付が行われる。要介護度別の給付限度額は図表Ⅲ-5のとおりである。例えば要介護度5で完全施設介護を受ける場合、支給限度額は月2,005ユーロ（26万円）⁶であるが、同じ要介護度5で月額約36万円の日本に比べると、給付水準は低い（中澤 2018, p.24-25）。

在宅の要介護者については、要介護度2以上であれば、現物給付、現金給付又は両者の混合給付のいずれかを選択できる。混合給付の場合は、上限額から現物給付の額を差し引いた分を、現金給付として受け取れる（JILPT 2017）。現金給付の限度額は、いずれの要介護度でも、現物給付のほぼ半分の水準に設定されている。2013年時点では、介護保険の受給者のうち、現金給付受給者は1,148,856人、現物給付が132,683人、混合給付が403,432人であり（宮本 2017, p.8）、大半の要介護者が現金給付を受けていることが分かる。

⁶参考資料の中で1ユーロ=130円で計算されている。

第三章 ドイツ

このほか、デイケア・ナイトケアについては、これを利用しなければ在宅での介護が十分保障されない場合に利用可能であり、短期ケアについては、介護施設での介護ができない又は期待できない場合に利用可能である（本澤 2016）。

また、月々の保険給付とは別に、家族介護者等が病気等により在宅介護に支障が生じた場合、年間6週間までの代替介護の経費補助が受けられる（本澤 2016）。

図表 III-5 要介護度別給付限度額（単位：ユーロ）

給付の種類		要介護度				
		I	II	III	IV	V
在宅	現金給付(月)	—	316	545	728	901
	現物給付(月)	—	689	1,298	1,612	1,995
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	1,352
	近親者以外による 代替介護	—	1,612			
短期ケア	年8週間までの総額	—	1,612			
デイケア・ナイトケア	月額	—	689	1,298	1,612	1,995
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	2,005
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。				

出所：PwC コンサルティング合同会社（PwC）（2019）『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30年度老人保健健康増進等事業, p.17 図表 16。

※ドイツ政府資料(2018)「Anleitung Pflege」p.94-99をPwCにおいて和訳したもの

vi. 制度の利用実態について

在宅介護を受ける場合においては、現物給付か現金給付、あるいは混合給付を選択できるわけであるが、実際には、現金給付のみの受給をしているケースが約8割を占めるといふ（本澤 2016, p.17; 宮本 2017, p.8）。

さらに、近年のサービス利用率の変化に着目しても、現金給付の利用はますます増加傾向にある。BARMER（2018, p.36）によれば、2017年の給付実績を2016年と比べると、現物給付により専門職から介護サービスを受けるケースよりも、現金給付を利用してインフォーマル介護を受けるケースの方が増加している（前者は17%増、後者は46%増）。この背景の一つには、介護労働市場で人手が不足しているため、フォーマルな介護サービスの供給が需要に追いつかないという背景も考えられる。BARMER（2018）では現金給付の増加について、介護市場におけるサービス不足の結果と言及してい

る。

4. 家族介護者支援に関する法制度の内容

既に述べてきたように、ドイツの介護保険制度は家族の介護力なくしては成り立たない仕組みとなっている。そのため、介護保険制度の枠組みの中で、家族の手に渡ることを想定した現金給付や、介護期間中の家族への所得補償等の仕組みが強化されてきた。以下、家族介護者を対象とした支援制度について、一つずつ紹介する。

なお、2でも記載したが、ドイツにおいては、家族介護者の支援を重視しながらも、所得目的でない介護を行うインフォーマルな介護者全てを支援の対象としている。そのため、以下で紹介する制度も、必ずしも家族介護者だけを対象としたものではないことに留意されたい。

(1) 家族介護者への現金給付に関する制度

要介護の高齢者にとって、住み慣れた環境を離れ施設等で公的な介護サービスを受けるよりも、在宅で気心の知れた家族や知人からインフォーマルな介護を受けて暮らす方が望ましい、という考え方は、多くの国・地域で共感されている。先述のとおり、ドイツでも家族や隣人による在宅介護が重視されており、家族や隣人等の介護力を支援する主な手段として、現金給付「介護手当」(Pflegegeld)の仕組みがある。

介護手当は、家族等によるインフォーマルな介護への直接の対価として支払われるものではない。介護手当は、要介護者が自ら手配した在宅介護について、経費負担を軽減する目的で、要介護者に対して給付される(本澤 2016)。手続き的には、現金が要介護者の口座に振り込まれ(PwC 2019)、要介護者は、在宅介護を行うのが家族であれば家族へ、近隣の友人であれば近隣の友人に対して、介護手当を支払うこととなる。なお、ドイツの介護手当は、在宅介護の場合にのみ、現物給付の代替として支給される(松本 2009)。給付額は図表Ⅲ-5のとおりで、要介護度2以上の者について、要介護度に応じた額が支給される。

介護手当は用途が限定されておらず、要介護者にとって適切な基礎介護及び家事援助が適切な方法で確保されていればよいため、家族介護者が介護手当を使って、人件費の安い外国人ヘルパーを雇う例も多い(宮本 2017)。また、家族介護者が介護の休息の一環として、趣味や旅行に介護手当を使っても問題ない(PwC 2019)。外国人ヘルパーを雇う際の仲介は、消費者保護センターが行っており、大半はポーランドやチェコ、ウクライナなど東欧からの派遣が多い。

また、宮本(2017)によれば、ドイツの現金給付は、失業中又は経済的に困窮している家族にとって、社会政策としての役割を担っており、現金給付を受ける家庭には貧困家庭が多く、このような家庭にとっては現金給付が収入源となるほか、失業中の家族は介護という責任ある仕事を得られるなど、現金給付は家族介護者を社会的に評価し、失業者・貧困家庭に社会参加の機会を与えているとされる。

なお、ドイツで現金給付の導入が可能となった背景に関し、キャンベル(2009)は次のように分析している。娘や嫁との同居が多い日本と異なり、ドイツでは高齢者が子ども世代と同居するケースが介護保険導入時から少なかった。そのため、現金給付による家族介護者支援が介護の密室化を招き、娘・嫁を介護に束縛することになるのではないかといった、日本で懸念されていたような点は、そもそも別居介護の多いドイツでは議論にならなかった。

第三章 ドイツ

(2) 介護と仕事の両立に関する制度

ドイツでは、近親者（祖父母、親（義理の親も含む）、配偶者・パートナー、兄弟、兄弟の配偶者・パートナー、子ども、養子・里子、配偶者・パートナーの養子・里子、義理の子ども（嫁・婿）、孫継父母、義兄弟）のみを対象として、介護者が介護をしながら仕事を継続できるよう、次のような制度を設けている。

i. 緊急短期介護

近親者が急病等で緊急に介護が必要になった場合、その近親者を介護する被用者は、介護時間法第2条に基づき、最長10日間まで休業することができる（緊急短期介護：kurzzeitige Arbeitsverhinderung）。その間、被用者は雇用者に対して報酬給付請求が認められていないが、介護金庫や介護保険会社に対して介護支援金（Pflegeunterstützungsgeld）の申請をすることが可能である。（BMG 2017a）。なお、当該近親者は要介護度1以上の要介護者を介護していれば、制度の対象となる（MISSOC 2019）。また、緊急短期介護は全ての被用者の権利であり、事業所の規模にかかわらず請求できる。

しかし、緊急短期介護の利用者は少なく、中澤（2018, p.25）によれば年間1万人程度である。また、2017年に緊急短期介護取得中に介護支援金を受給したのは、わずか2,533人であった（BARMER 2018, p.40）。

ii. 介護時間と家族介護時間

①制度の概要

近親者を介護する者は、介護時間法に基づく「介護時間」及び家族介護時間法に基づく「家族介護時間」を取得できる。

まず、従業員が15人以上の事業所においては、仕事の完全な休業又は就労時間の短縮（「介護時間」）を6か月間まで請求することが、法的権利として認められる。その後、従業員が26人以上の事業所においては、「家族介護時間」として労働時間を週15時間まで減らすことが認められる。労働時間の短縮については、雇用者との書面の合意に基づく必要がある（MISSOC 2019）。

「介護時間」と「家族介護時間」は合計で2年間まで取得可能である。ただし、両者は継続して取得される必要があり、例えば介護時間終了後、数か月経ってから家族介護時間を取得することはできない（BMAS 2015）。なお、緊急短期介護を取得後、近親者が要介護の状態になった場合には、続けて「介護時間」又は「家族介護時間」を2年間まで取得することができる（宮澤 2018）。

②制度利用中の家族介護者への金銭的支援

介護時間や家族介護時間の取得期間中、特に介護時間で完全に仕事を休んでいる間は、収入が大幅に減少することとなるが、このような人のために、連邦家族・市民社会任務庁(BAFzA)から無利息で貸し付けを行う制度が実施されている（BMAS 2015）。この制度により、被用者は介護時間又は家族介護時間の取得期間中、給与の前借という形で、連邦から貸し付けを受けることができる。

宮本（2016）及びJILPT(2015)によれば、家族介護時間中は最大で50%まで労働時間を短縮できるのだが、その間、従前の75%の賃金を受け取ることができる。ただし、25%の上乗せ分は前借りという扱いであるため、家族介護時間終了後の賃金は、フルタイムで働いても、前借り分を返済する間（最長2年間）は75%となるという。それでも、介護をしながら仕事を継続したい家族にとっては有益な

制度であるし、この制度では退職後に受け取る公的年金の受給額が保障されているため、フルタイムで働き続けた場合と変わらない年金額を受け取れる。

また、2(3)でも述べたが、2015 年から、短期的（緊急の介護の必要な場合に 10 日まで）に介護に労働への支障が生じた場合には、介護時間法および社会法典第 11 編に基づき、所得補償として、手取給与の 9 割相当（ただし上限額あり）の介護支援手当を、事業所規模を問わず介護保険から受給できることとなった（渡辺 2015）。

③制度の利用状況

このように、介護時間・家族介護時間を取得しやすい環境が整備されつつあるにもかかわらず、これらの取得率は、緊急短期介護と同様に伸び悩んでいる。介護時間については、利用者は年間 6 万人である（中澤 2018, p.25）。また、貸付制度については、制度開始後の 2 年半の間に、貸付を申請したのは 800 人程度である（中澤 2018, p.25）。

Dörte and Christian（2015）が 2014 年 11 月（家族介護時間の制度が開始する直前）に実施したアンケート調査によれば、2,015 人の回答者の 94%が、家族を介護している間であっても、仕事を維持することが「重要」又は「非常に重要」と考えていた。一方で、回答者の多くは、仕事と介護の両立環境に関して、非常に批判的に評価している。3/4 近く（72%）が、「悪い」または「非常に悪い」と評価している。「一般的に、仕事と介護はどの程度両立可能だと思うか」という問いに対し、72%は否定的な回答をしていた。また家族介護時間について、55%は「役立つ」又は「非常に役立つ」と回答しつつも、実際に利用するかは「分からない（25%）」「利用しない（42%）」と答えた者が多かった。そして、「利用しない」理由としては、「経済的理由」が 84%、次いで「キャリアプランにおいて不利益を被ることへの恐れ」が 43%であった。更に、「介護の経過が前もって計画しづらいこと（37%）」も大きな理由として挙げられている。

以上から、制度の理由が少ない背景には、実態として、制度を利用した場合の経済的補償や、キャリアプランへの不利益に不安を感じている人が多いことが推測される。

iii. 終末期ケアのための介護休業

近親者が終末期を迎えている場合、被用者は、前述の合計 2 年間の介護時間及び家族介護時間とは別に、介護時間法に基づき、最長 3 か月間の完全な休業又は部分的な休業を取得することができる。この制度は、15 人以上の従業員を有する事業所で実施され、当該近親者が在宅で介護を受けている必要はない（BMAS 2015）。

(3) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度

i. 介護相談（Pflegeberatung）

2008 年、保険給付に介護相談というケースマネジメントの仕組みが導入され、被保険者は介護相談員と相談を行い、援護計画（Versorgungsplan）の作成を請求することができるようになった（社会法典第 11 編）（JILPT 2017）。

介護相談は、最寄りの相談所において受けることができる。また、介護金庫は、要介護者とその家族に対し、自分の保険の介護相談を提供する義務がある。BMG（2017b）の説明によると、被保険者が介護保険給付の申請を行ってから 2 週間以内に、介護金庫により介護相談が手配される。要介護者

第三章 ドイツ

本人の同意があれば、家族が単独で相談を受けることもできる。相談員は社会保障の専門家で、そのほとんどは介護金庫に雇用されている。なお、介護金庫は、自ら介護相談を提供できない場合、パウチャーを発行し、利用可能な相談所等を紹介する。

ii. 介護支援拠点 (Pflegestützpunkten)

介護相談の創設と同時に、設置されたのが、介護支援拠点である。これは、州の介護委員会の支援のもと、“中心的な始動機関” (zentrale Anlaufstelle) としての機能を有する機関で、社会法典に基づく権利・義務などの案内・相談と州による独自の給付などの案内や介護相談、地域でのケアや世話のための医学的・介護的・社会的な扶助・支援サービスが提供されている (社会法典第 11 編) (JILPT 2017)。介護支援拠点には、疾病金庫 (参加必須) のほか、介護金庫、介護サービスを提供する施設、介護保険を運営する民間の医療保険が任意で参加しており、介護支援拠点の運営及び費用負担は、参加者である施設や会社が担っている (JILPT 2017)。なお、介護支援拠点の対象は高齢者のみでなく、障害による要介護などを含むすべての年齢層を対象としており、居住人口で約 9.3 万人に一か所設置されている。

介護支援拠点は、全てではないが全国各自治体に置かれている。例えば、首都ベルリンは 12 の行政区からなるが、1 区あたり 3 か所、合計 36 か所の介護支援拠点を有する (Pflegestützpunkte Berlin 2019)。費用は、疾病金庫・介護保険・ベルリン州の予算によって 1/3 ずつ負担されている。ベルリンの介護支援拠点である「Pflegestützpunkt Charlottenburg-Wilmersdorf」では、所長を含め 5 名が勤務しており、フルタイムで換算すると 3.5 名である。支援メニューは、電話相談、面談、訪問相談、ケースマネジメントなどとなっている。相談内容 (2018 年) は、具体的な介護プログラムの問い合わせが 1,692 件、一般的な情報の問い合わせ (940 件)、ケースマネジメントによる訪問 (延べ 72 件) であり、現在ケースマネジメントを受けている要介護者は延べ 2,704 名となっている。

なお、ベルリンにおいては、1989 年に州が独自に 60 歳以上の高齢者を対象とした「高齢者サポートセンター (Koorinierungsstelle rund um Alter)」を各行政区に 1 か所ずつ設置していたが、それが 1990 年半ばに介護支援拠点として再編されたものである。

iii. 各種の電話相談サービス

連邦家族・高齢者・女性・青少年省が運営する電話相談サービス「介護電話 (Pflegetelefon)」では、介護サービスや家族介護に関する相談を受け付けている。営業時間は、月曜日から木曜日の間、午前 9 時から午後 6 時までであり、要介護者本人だけでなく介護者も、ストレスや困りごとについて直接相談することができる。また、介護電話は、「アルツハイマー電話 (Alzheimer-Telefon)」など他の関連する電話カウンセリングサービスとも連携している (BMFSFJ 2019)。

アルツハイマー電話は、アルツハイマー協会が運営する電話相談サービスであり、その財源は連邦家族・高齢者・女性・青少年省が提供している。認知症患者の家族に対し、診断や治療、日常のケアや介護保険による支援に関する助言を行っている (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 掲載年不明)。

iv. 介護ボランティア連絡センター

介護ボランティア連絡センター設立の根拠法は、2010 年に介護ボランティアの普及促進の根拠として施行された「社会法典 11 編第 45 条 d 項」である。介護ボランティア連絡センターは、現在はベル

リン州のみにあり、12区それぞれに1センターが設置されている（スタッフは2～3人ずつ）。運営は各センターいずれも、自助グループセンターと隣接する場所にある（介護ボランティアもセルフヘルプの一つであるため）。センター職員の保有資格は、社会福祉士が多く、その他介護士、介護教育者等である。センター運営のための財源は、州と介護金庫、民間健康保険連盟によって助成されている。活動内容は、①啓発・普及活動（介護に関する情報提供、介護の専門知識情報の発信、介護する家族への支援の必要性の普及・啓発）、②地域の支援ネットワークの構築と支援、③ボランティアに関する相談、④介護世帯支援のための訪問サービス、⑤利用者を探すこと、⑥ボランティアの確保、⑦地域の会話グループ・テーマグループ、⑧会場提供、⑨研修等である。

介護ボランティア利用者数（2015年度）は、ベルリン州の12センター全体で約400人である。

v. 介護講習（Pflegekurse）

介護金庫は、インフォーマルな介護者（家族介護者を含む）のために、無料の介護講習を提供しなければならない（社会法典第11編第45条）。ただし、介護講習はソーシャルステーションや成人教育センター等に委託され実施されることもある。介護講習には、介護者の介護技術の向上だけでなく、介護に起因する心身への負担を軽減・予防する目的もある（BARMER 2018）。

講習では、介護に関する助言や支援、実践的指導や情報提供が行われるほか、介護者同士の情報交換の場ともなっている。また、介護者が希望すれば、要介護者が暮らす自宅での出張個別指導も行われる（BMG 2019b）。なお、介護講習への参加は介護者の任意であるが、介護対象が要介護度1以上であれば受講可能である（本澤 2016）。

しかし、介護講習の制度については、まだ認知度が低いと言われる。BARMER（2018, p.143）の調査によれば、アンケート回答者の20%強は、この制度について知らなかった。また、知っていても、実際に利用したことのある者は更に少なく、0.7%から2.5%の間に留まっていた。利用が困難な理由には、場所又は時間の制約が挙げられていた。特に、講習の日程はあらかじめ決められており、事前予約が必要だが、当日の予定が立たないことは、利用を躊躇する大きな要因となっていた。なお、利用した者の満足度を見ると、84%が役に立ったと評価している。

vi. レスパイト・ケア

4(2)で紹介したとおり、介護保険の給付の一つとして、デイケア・ナイトケア（部分的施設介護）がある。デイケア（Tagespflege）及びナイトケア（Nachtpflege）は、在宅で十分な介護が受けられない場合や、在宅介護の補強や強化が必要な場合に利用できる。また、適切な介護の確保や、介護を行う近親者の過剰な負担を回避する必要がある場合も、利用が可能となる（BARMER 2018）。

デイケア・ナイトケアは、要介護度2以上の要介護者に受給資格があり、要介護度に応じた給付上限額が定められている（図Ⅲ-5）。

しかし、2015年末の連邦統計局の統計によれば、在宅の要介護者224万人のうち、部分的施設介護を受けていたのはわずか78,000人（3.5%）で、特にナイトケアに限ると44人に過ぎない。ナイトケア利用の満足度については、満足した者としなかった者が半々程度であった（ただし、十分なサンプルサイズは得られていない）。デイケア、短期介護施設に関しては、コスト面や、事務手続きが煩雑であることなどから、まだ十分な規模のサービスが提供されていない（BARMER 2018, p.133）。

第三章 ドイツ

vii. 認知症戦略

2012年連邦政府によって、「認知症患者のための連携（Alliance for People with Dementia）」が開始された。これは、認知症患者とその家族のQOLを保障し、社会において彼らへの理解や配慮を促進することを目標としたもので、4つのフィールド（①科学と研究、②社会的責任、③認知症の人とその家族への支援、④サポートおよびケアシステムの構成）が掲げられた。

2019年、ドイツ連邦保健省は、アルツハイマー病協会（DAIzG）などによるワーキンググループを結成し、全国認知症戦略を策定中である（Alzheimer Europe 2019）。

家族介護者支援については、「認知症患者のための連携」における「③認知症の人とその家族への支援」の中で、「家族介護者のためのネットワークを支援する：カウンセリングやスキルの向上」が挙げられている。詳細は以下の通りである。

- ・地域のフォーラム形成により、認知症の支援が情報共有できる場を作る。
- ・2015年1月の「介護と仕事の両立を改善する法律」により、介護支援手当を行ったが、さらに法整備を進めていく。
- ・できる限り在宅で暮らしたいと考える認知症患者やその家族に対しての支援サービスのニーズに答える。
- ・認知症の行動障害、支援者のストレス、向精神薬の利用、運動に関するトレーニングの効果についての研究を進める。
- ・長期ケアガイドに関して、連邦政府が介護者に、日常生活支援の申し出の情報提供を行う。
- ・介護提供条例を改正し、基金を簡素化して、近隣のヘルパーを利用しやすくする。
- ・認知症患者の医療情報などを記録するLOGBUCHが開発された。
- ・ドイツのアルツハイマー協会（German Alzheimer Society）は、自助の観点から、家族への電話カウンセリングを行っている。（Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Public Relations Division 2014, p.61-74）

viii. その他

大半の企業では、労働組合等において、介護と仕事の両立のための独自の労働協約等を締結しており、当該協約や社内のインフォーマルな介護支援制度が利用されている（JILPT 2015）。

(4) 保険・税制度上の工夫

これまで述べてきたように、ドイツは、家族介護者の介護労働を社会的に評価しようとしており、家族介護者への支払いを想定した現金給付も、その手段の一つである。これに加えてドイツでは、家族介護者の社会保障法上の評価も行っている。

社会保障上の評価の仕組みにおいて、家族介護者を含むインフォーマルな介護者には、以下のとおり、労災保険、年金保険、失業保険、疾病保険及び介護保険が適用される。ここでのインフォーマルな介護者の定義も、要介護度2以上の要介護者を、通常は週10時間以上かつ週2日以上、所得目的でなく在宅で介護し、30時間以上仕事をしていない者である（社会法典第11編第19条）（MISSOC 2019）。

まず、インフォーマルな介護者が介護年金を受給していない場合、介護期間中は年金保険に加入していると見なされ、介護金庫から年金保険料が支払われる仕組みになっている（MISSOC 2019; 宮本

2016)。ドイツの介護保険では、在宅で介護を行う者について、要介護度と介護時間によって、一般被用者の労働価値に対する介護者の労働価値の相当分を規定している（標準収入額の26～80%の収入があったとみなされ、保険料が算出される（宮本 2016）。

また、インフォーマルな介護者は、失業保険にも加入し、介護保険から一律 38.94 ユーロ（約 4,700 円）の保険料が支払われる（BMG 2019a, 表 IX）。介護終了後は、スムーズに市場復帰できるよう、無償の職業訓練や職業紹介が行われる（本澤 2016）。

さらに、ドイツでは介護保険制度の開始当時から、介護労働中の事故により活動ができなくなった場合の保障が認められていた。要介護者の身体的介護や家事援助に加え、要介護者の自宅と介護場所との移動経路における通勤災害も対象となっている（本澤 2016）。また、介護時間が短時間であっても、それまでの収入から 20%以上の低下があれば、適用対象となる。なお、当該介護労働者が家族介護のみに従事する場合は、一般最低収入限度の 3 分の 2 が支払われる（田宮 2009）。本来、労災保険では介護の家事労働が対象とされていないため、市町村が独自財源から労災保険の保険料を負担している（宮本 2016）。受給者数については、正確な統計は不明であるが、2%程度と推定されている（田宮 2009, p.21）。

最後に、介護期間中は、疾病保険料の補助金が月 161.98 ユーロ（約 19,000 円）、介護保険料の補助金が月 31.67 ユーロ（約 3,800 円）支払われる（BMG 2019a, 表 IX）。

5. 今後の動向

① 介護近親者負担軽減法の施行

2019 年 12 月 9 日に連邦参議院（Bundesrat）で「介護近親者負担軽減法（Gesetz zur Entlastung unterhaltsverpflichteter Angehöriger in der Sozialhilfe und in der Eingliederungshilfe, Angehörigen-Entlastungsgesetz）」が採択された。特に第 1 款第 8 条では、社会扶助を規定する社会法典第 12 編第 94 条に第 1a 項が追記され、これまでは近親者の扶養義務が所得に関係なく課されていたのに対して、総所得 10 万ユーロ（約 1,200 万円）以下の世帯は扶養義務から外れることとなった。この軽減法は 2020 年 1 月 1 日から施行された。

② 介護オーケストラ作戦（Konzertierten Aktion Pflege）の策定

2019 年 6 月には、連邦健康省が「介護オーケストラ作戦（Konzertierten Aktion Pflege）」を策定した（BMG 2019c）。この作戦の元、以下の 5 つのワーキンググループが構築され、今後の方向性が検討されている。

- WG1：介護職教育攻勢（2019-2023）
- WG2：人材マネジメント、労働安全衛生、健康促進
- WG3：介護メソッドのイノベーション、デジタル化
- WG4：外国からの介護専門職導入
- WG5：介護における報酬構造

③ 今後の課題

従来の介護支援制度は、システム構築と情報の周知に注力されていたが、「システムの利用効率

第Ⅲ章 ドイツ

どの程度であるか」、また「周知を図っている情報が、支援を必要とする人々（要介護者および介護支援者）にどの程度到達しているのか」といった点に関しては、十分な確認が取れていなかった。そのため、十分な情報にたどり着けていない人々も多く、介護支援を利用している人でも、その一部を利用しているに過ぎない状況が多く見られた。さらに、たとえ支援制度の存在を知っていても、煩雑な手続きがあり、手間が大きいなど、実際の利用にたどり着けない例が多かった（BARMER 2018, p.189-90）。こうしたことから、情報伝達の効率化、手続き簡略化などが喫緊の課題である。さらに、必ずしも「介護」である必要はなく、ちょっとした家事手伝いが介護支援者の負担を大きく軽減できることが明らかである。

解決策の一つとして、新しい居住コンセプトがいくつか提案されている（ex. DEVAP 2014）。例えば、シニア地区として要介護者が介護者等と共に集住し、そこに集中的に介護インフラを投資していく形である。ただし、こうしたシニア地区の実現は、これまでの住居環境から引っ越すことが前提となり、意識の転換が必要となる。

6. 参考資料

泉眞樹子（2017）「介護保険制度改革の経緯と第3次介護強化法」『外国の立法』No.272-1.

キャンベル・ジョン・クレイトン（2009）「日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程（<特集>アメリカ・モデルの福祉国家2）」『社会科学研究』60(2), 249-277.

齊藤純子（2009）「ドイツの介護時間法制」『国立国会図書館』242, 71-86.

坂本恭子（2012）「これからの家族と介護の関わり：ドイツ家族介護時間法」『医療・生命と倫理・社会』11, 102-110.

冷水登紀代（2018）「ドイツ法における血族間扶養の意義—老親扶養を中心に—」『甲南法務研究』14, 53-63.

田宮菜奈子（2009）「先進国における家族介護者支援の現状分析に基づく途上国への適用および日本導入におけるモデル提言—ドイツ、英国、日本およびチリの文献レビュー・疫学調査分析および学際的考察に基づく各国の今後の支援のあり方」ファイザーヘルスリサーチ振興財団国際共同研究助成『平成21年国際共同研究』, 19-23.

豊田謙二（2013）「認知症の人を巡る社会的支援と家族：日本とドイツ」社会関係研究 19(1), 37-70.

長坂光弘（2005）「ドイツにおける社会保障制度の特徴と保険料徴収制度の仕組み」『税大ジャーナル』1, 127-134.

ニッセイ基礎研究所（2016年3月15日）「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—」（<https://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=52514&pno=2&more=1?site=nli>）（2019年9月5日閲覧）

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」会計検査院平成29年度海外行政実態調査報告書.

松原直樹（2018）「ドイツ介護保険法の改正」『桐生大学紀要』29, 49-58.

松本勝明（2011）『ヨーロッパの介護政策—ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析—』ミネルヴァ書房

正井 章裕（2011）「ドイツの社会保障制度 -改革と現実-」『早稲田法學』86(4), 49-97.

宮本恭子 (2014) 「ドイツ社会保障の潮流と成年後見制度」『経済科学論集：島根大学法文学部紀要 法経学科篇』 40, 1-23.

——. (2016) 「ドイツにおける家族介護の社会的評価」『経済科学論集：島根大学法文学部紀要 法経学科篇』 42, 1-21.

——. (2017) 「ドイツにおける家族介護者支援の構造的特徴：ドイツ現地調査から」『経済科学論集：島根大学法文学部紀要 法経学科篇』 43, 1-29.

本沢巳代子 (2002) 「介護保険と低所得者対策--ドイツの介護保険給付と租税給付の関係を参考として」『会計検査研究』 26, 91-102.

本沢巳代子 (2016) 「ドイツにおける家族介護の法的位置づけと家族介護者支援」田宮菜奈子、森山 葉子、本沢巳代子、森川美絵、高橋秀人、柏木志保、伊藤智子、植嶋大晃『家族介護者に対する支援のあり方に関する調査研究』厚生労働科学研究費補助金 行政政策研究分野 政策科学総合研究 (政策科学推進研究) .

森周子 (2009) 「ドイツにおける障害者福祉の現状と課題—介護給付と社会参加給付を中心に—」『海外社会保障研究』 166, 15-25.

労働政策研究・研修機構 (JILPT) (2015 年 7 月) 「介護と仕事の両立支援—新法施行と企業の実態調査」 (https://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2015/07/germany_01.html) (2019 年 9 月 13 日閲覧) .

労働政策研究・研修機構 (JILPT) (2017) 『ヨーロッパの育児・介護休業制度』資料シリーズ No.186.

渡辺富久子 (2015) 「【ドイツ】 介護と仕事の両立を改善するための法律」『外国の立法』 No.263-2, 12-13.

——. (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』 No.268, 38-89.

PwC コンサルティング合同会社 (PwC) (2019) 『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 30 年度老人保健健康増進等事業.

BARMER (2018) . Pflegereport 2018. Universitat Bremen, SOCIUM-Forschungszentrum Ungeleichheit und Sozialpolitik Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung.

Bundesministerium für Arbeit Soziales (BMAS)(2015). Pflege und Beruf vereinbaren.

(<https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsrecht/Vereinbarkeit-Familie-Pflege-Beruf/vereinbarkeit-familie-pflege-beruf.html>)(2019 年 10 月 7 日閲覧).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017a). Kurzzeitige Arbeitsverhinderung.

(<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/kurzzeitige-arbeitsverhinderung.html>)(2019 年 10 月 7 日閲覧).

——. (2017b). Pflegeberaterinnen und Pflegeberater. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegeberaterinnen-und-berater.html>)(2019 年 10 月 7 日閲覧).

——. (2019a) . Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_u-Fakten-zur-Pflegeversicherung_2019.pdf) (2019 年 10 月 9 日閲覧).

—— — . (2019b) . Pflegekurse. (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegekurse.html>)(2019 年 10 月 15 日閲覧).

第三章 ドイツ

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (掲載年不明) . Alzheimer-Telefon. (<https://www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/alzheimer-telefon.html>) (2019年10月8日閲覧)

Dörte Naumann, Christian Teubner (2015). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege aus Sicht Erwerbstätiger-2014. (https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Meinungsbild_Beruf_Pflege_2015.pdf) (2019年10月4日閲覧).

Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (BMFSFJ) (2017). Care and Shared Responsibility in the Municipal Community. (2019年8月22日閲覧) .

—. (2019) . Pflgetelefon und Informationsportal "Wege zur Pflege" .(<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege/servicetelefon-pflege-und-informationsportal-wege-zur-pflege/pflgetelefon-und-informationsportal--wege-zur-pflege-/77454>) (2019年10月8日閲覧)

Hans-Joachim Reinhard. (2018). Long-Term Care in Germany. Becker, LL.M. (EHI), Ulrich, Reinhard, Hans-Joachim (Eds.) *Long-Term Care in Europe -A Juridical Approach*. Springer.

OECD Stat. Historical Population. (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HISTPOP>) (2019年10月16日閲覧).

Statistisches Bundesamt. (2018). Presse3,4 Millionen Pflege-bedürftige zum Jahres-ende 2017. DESTATIS. (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2018/12/PD18_501_224.html;jsessionid=186A66A64EDC16B83EB217123390C0E0.internet712) (2019年10月16日閲覧)

—. (2019). Pressemitteilung Nr. 324 vom 28. August 2019. (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/08/PD19_324_221.html) (2019年9月5日閲覧) .

Bundesministerium für Gesundheit(2008) 「Das bringt die Pflegereform 2008」
https://www.kvb.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/pflegeversicherung/wirueberuns/das-bringt-die-pflegeversicherung_2008.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Alzheimer Europe
<https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Strategies/Germany>
(2020年1月29日閲覧)

荒牧弥生(2011) 「ドイツにおける認知症ケアの展開—2008年介護改革—」『社会関係研究』 第16巻第2号 25-58

<http://www3.kumagaku.ac.jp/srs/pfd2/16-2/16-2-25.pdf>

Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth Public Relations Division
「The Alliance for People with Dementia -Results of the 2014-2018 Common Efforts -」
https://www.wegweiser-demenz.de/fileadmin/de.allianz-fuer-demenz/content.de/downloads/Report_on_the_Implementation_of_the_Agenda.pdf

Mutual Information System on Social Protection (MISSOC). (2019) Missoc Comparative Tables. (<https://www.missoc.org/>) (2019年10月11日閲覧).

Pflegestützpunkte Berlin (2019). Die Pflegestützpunkte in Berlin. (https://www.pflegestuetspunkteberlin.de/wp-content/uploads/2019/07/2019_07_TB-Beileger-Pflegestuetspunkte-Berlin.pdf.pdf) (2019年10月8日閲覧).

第IV章 オーストリア

【概要】

【社会的・文化的背景、法制度の検討経緯】

- オーストリアでは、子どもが親の介護に携わるべきという価値観が比較的強く、家族による介護が多い。しかしながら、高齢化や介護を担ってきた女性の社会進出が進んだことなどを背景に、1988年に障害者団体が、「介護手当の支給により、自己決定に基づく生活が可能となる」との考えのもと、議会に嘆願書を提出した。
- 1993年には、「連邦と州の合意」があり、「連邦介護手当法及び各州の介護手当法」が制定されたことにより、統一的な介護手当の支給が実現した。また、連邦は介護者に対する社会保障上の保障を行うことが義務付けられた。
- さらに、2012年に介護手当法の改正法が成立し、介護に関することが連邦の責任として定められるとともに、介護給付の受給資格の根拠が連邦介護手当法に一元化された。

【関連制度】

- 介護手当(現金給付)は、「身体的・精神的障害または感覚障害により、介護及び援助が6か月以上(1か月あたり65時間以上)継続的に必要である場合」に支給され、年齢による制限は設けられておらず、収入や資産、介護が必要となった原因も問われない。財源は、全て連邦の一般税である。
- 現物給付は、在宅介護、施設介護、ショートステイ、部分施設介護などがあり、連邦政府、自治体又は各福祉組織により提供される。現物給付の財源は、連邦と州、自治体の各予算及び介護基金から支出される。
- 外国人介護者が要介護者の居宅に住み込み、見守りなどの介護を行う「24時間介護」があり、要介護度3以上(認知症患者の場合は要介護度1以上)で介護手当を受給している者が対象となる。

【家族介護者支援制度】

(間接給付)

- 上述の介護手当は、要介護者を対象としたものであり、介護者の直接的な権利としては位置付けられてはいないが、実際には、家族介護者の支援策の一部として重要な役割を担う。
- 24時間介護を利用する場合は助成制度を利用でき、助成額は、2人の外国人介護者が自営業である場合は月最大550€(約6.6万円)、介護サービス事業者に雇用されている場合は1,100€(約13万円)。
- 要介護度3以上の要介護者を1年以上介護している近親者が、病気・休暇等のために7日間以上介護できない場合、「障害がある人々に対する支援基金」から、代替介護者の費用に対する助成を年間1,200~2,200€(約14~26万円)(金額は要介護度による)まで受けることができる。

(介護と仕事の両立に関する制度)

- 介護手当を受給している要介護度3以上(認知症患者の場合は要介護度1以上)の近親者を介護する被用者は、雇用契約が3か月以上継続していれば、雇用者との協議に基づき、「介護休暇」又は「パートタイム介護休暇」を1か月から3か月間取得できる(雇用契約法適用法、連邦介護手当法)。
- 終末期の近親者を介護する被用者は、雇用者との協議に基づき、3か月間(6か月まで延長可能)の「家族ホスピス休業」を取得できる(雇用契約法適用法、連邦介護手当法)。

(レスパイト・相談窓口)

- 要介護3以上の患者および認知症患者の介護をしている近親者は、年間に3週間のレスパイト・ケアを取得することができる。このレスパイト・ケアに必要な金額は連邦社会庁から補填される。
- 現物給付として、在宅介護サービス、ショートステイ、部分施設介護サービス(デイケア等)がある。
- 在宅介護の質保証のためのヘルスケアや介護専門職による自宅訪問、相談対応(市民サービス)がある。

【今後の動向】

- 2019年1月に新政府が設立され、連立協定の中では新しい社会保護をテーマとした章で、貧困対策の次に介護が位置付けられるなど、重視されている。今後はコミュニティ・ナース(介護士・看護師の資格を持つ者の地域への巡回訪問)という制度に加え、ヤング・ケアラーに対する支援の充実が図られる見込みである。

1. 要介護者と家族介護者の定義

オーストリアにおいては、連邦介護手当法 (Bundespflegegeldgesetz; BPGG) により、一定程度以上の介護が必要な者に対し、統一的な介護手当が支給される。同法において、介護が必要な者は「要介護者 (Pflegebedürftige Person)」と呼ばれ、身体的・精神的障害または感覚障害により、介護 (Betreuungs) 及び援助 (Hilfsbedarf) が 6 か月以上 (1 か月あたり 65 時間以上) 継続的に必要である場合に、介護手当が支給される (連邦介護手当法第 4 条)。なお、年齢による制限は設けられておらず、収入や資産、介護が必要となった原因も問われない。

介護を行う家族について、法令上の定義は特に見当たらないが、インフォーマル介護者 (Informelle Pflegekraft) すなわち「Pflegende Angehörige (女性), Pflegender Angehöriger (男性)」については、各種の支援制度が存在する。Pflegende Angehörig/Pflegender Angehöriger は、法律上の家族に限らず、知人・友人、要介護者と同居する者で、インフォーマルな介護支援及び援助を提供する全ての者を指す (BMASGK 2018a)。本稿では、Pflegende Angehörige/Pflegender Angehöriger を、便宜的に「家族介護者」と訳す。

なお、18 歳未満の家族介護者は、ヤング・ケアラー (Kinder und Jugendliche als Pflegende Angehörige) と呼ばれる。

2. 家族介護者支援に関する法制度の背景

(1) 社会的・文化的背景

OECD Historical Population によれば、2018 年の人口は 8,837,707 人であり、うち 65 歳以上人口は 1,657,884 人 (18.8%) である。日本 (28.1%) やドイツ (21.5%) に比べると低く、OECD 全体の平均 (17.2%) とほぼ同水準である。しかし、介護が必要な人数について、2015 年には 19 万人であったのが、2060 年には 2 倍の 38 万人になると推計されている (Fink 2018, pp.8-9)。

また、介護手当の受給者数は、2019 年時点で 455,710 人であり (図表 IV-2)、受給者のおよそ 3 分の 2 は女性である (Sozialministerium 2016, p.12)。なお、介護手当の受給資格に年齢制限はないため、この人数には 65 歳未満の者も含まれる。1993 年の介護手当受給者は 254,091 人、2011 年の受給者は 371,198 人であったことから (Sozialministerium 2016, p.11)、受給者数は増加傾向にあることが分かる。

要介護の家族を介護する成人は、2019 年時点で 94 万人を超えており (BMASGK 2019b)、その大半は女性であると言われる (Sardadvar & Mairhuber 2018, p.64)。Sozialministerium (2016, p.4) によると、介護を受けている者のうち、44%は在宅で家族介護のみを受けており、31%は在宅で家族介護と専門職による訪問介護サービスを組み合わせているが、施設介護サービスの利用者は 16%にとどまる。介護者の構成は、2012 年の段階で 47%が子 (嫁・婿含む)、28%が配偶者、7%が親である (Appelt 2014, p.66)。

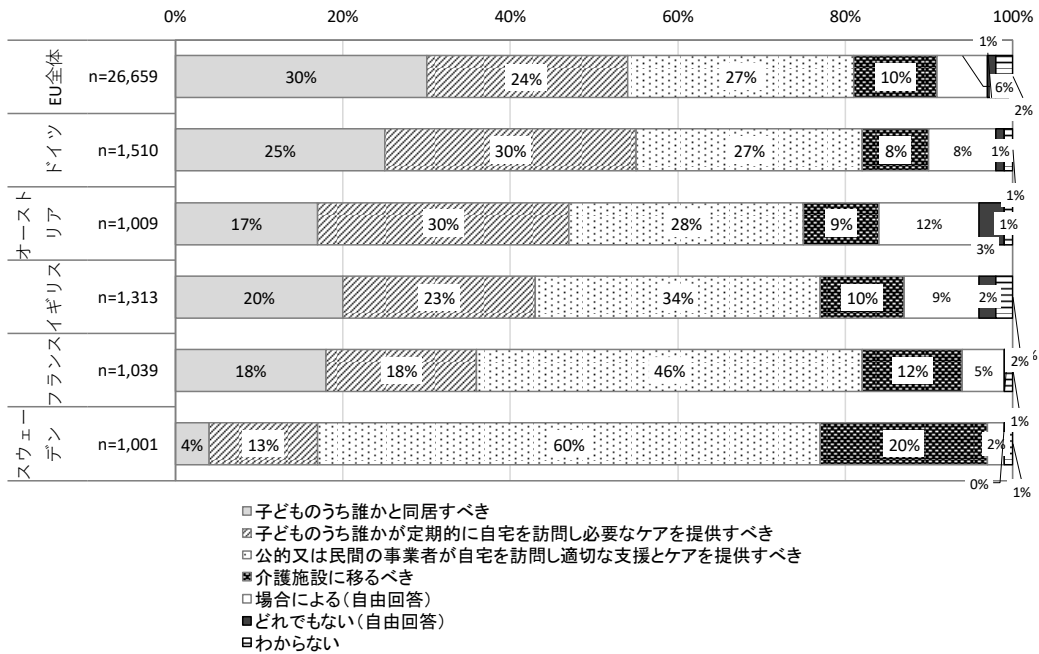
オーストリアで家族による介護が多い背景の一つには、子どもが親の介護に携わるべきという価値観が比較的強いことがある。Eurobarometer (2007) の調査によると、オーストリアにおいては、介護が必要な高齢の親について、「子どものうち誰かと同居すべき」「子どものうち誰かが定期的に自宅を訪問し必要なケアを提供すべき」という回答が、あわせて全体の 47%を占めている。「公的又は民間の事業者が自宅を訪問し適切な支援とケアを提供すべき」「介護施設に移るべき」という回答は、イギリス、フランス、スウェーデンと比べると低い。

第IV章 オーストリア

次に、家族が高齢者を介護する義務について、法的観点からも確認する。Hörl (2005) によれば、まず民法上、配偶者間には扶養義務があるとされる。親の扶養については州によるが、高齢者が子孫に対し扶養を要求できる州もある。多くの州の社会扶助法では、子どもは一定の状況下で、コミュニティサービスと親の在宅ケアの費用を負担することとなっている。

図表 IV-1

Q47a 高齢の父母が一人暮らしをしており、心身の健康上の理由により、定期的な支援なしでは生活できない状態としたら？最善と思う選択肢を1つ選んでください。



出所：Eurobarometer (2007, p.190)を基に事務局作成

(2) 法制度の検討の経緯

かつてのオーストリアでは、介護を要する者に対しては、公的年金受給者、労災被害者、戦争犠牲者等を対象とする個別の制度において現金給付が行われており、かつ各制度は連邦のものと州のものに分かれ、それぞれ給付要件や給付額等に差異があった（一圓 1996; 松本 2011）。また、1970年代から1980年代にかけて、コミュニティケアが急速に広がったが、これも地域により格差があった（Hörl 2005）。

やがて他国と同様、オーストリアでも高齢化や、家族介護を担ってきた女性の社会進出が進み、家族が中心となり介護を支える仕組みは限界を迎える（一圓 1996）。1988年、若手の障害者団体が、議会に嘆願書を提出した（一圓 1996）。当時の障害者団体は、介護手当の支給により、自己決定に基づく生活が可能となる、という考えを示していた（松本 2011）。こうした動きを受けて、1993年、「連邦憲法第15a条の規定に基づく、要介護者のための共同施策に関する連邦と州の合意(BGBI 1993/866)」があり、これに基づいて、連邦介護手当法及び各州の介護手当法が制定されたことにより、一定程度以上の介護を要する者に対する統一的な介護手当の支給が実現した（松本 2011）。

この合意は、オーストリア国内における統一的な現金給付と現物給付の水準を提供することを定めたもので、ランク分けを規定したものである。実際には、合意に準じて各州が州介護手当法を規定す

ることとなった（第2条第2項）。給付は、所得・資産の多寡に影響されず（第2条第5項）、要介護に陥った理由の如何を問わず（第1条第3項）、また同レベルの障害に対して同水準の給付を保証する（第1条第4項）ものであった。また、特に従来問題となっていた州境を超える転居によって給付に間隙が生まれないように注意されることになった（第2条第6項）。現物給付は各州に対して基準値を示しており、長期入院、短期入院、デイケアのサービスを含めて設置を義務付けている（第3条第1項）。その際、従業員に対して労働法・社会保障に関する規約遵守が義務付けられる（第3条第3項、第7条）。こうした規制は、ボランティア（有償）の協力を妨げないことになっている（第3条第3項）。これらのサービス提供組織は、できるだけ分散型で設置され、全国に等しくサービスが提供されなければならない（第4条第1項）。給付に関する財源は、介護手当に代表される現金給付は、連邦と州が折半し、更に事故原因の介護については法定事故保険が部分的に負担することになっている（第10条第1項）。法規内容の進捗確認や意見交換、ベストプラクティスなどの事例交換などは、連邦と各州の代表、各職種の団体代表などが集まって構成される介護作業部会 *Arbeitskreis für Pflegevorsorge* を介して実施される（第12条）。最低でも年に一度は会議を開催し、年報を出版することが義務付けられている。また、現状専門職員の欠員が多いことから、人材育成が重視されている（第13条）。同時に労働環境の改善が推進されなければならない、介護職員と家族介護者との密な連絡を可能にすると同時に、家族介護者の復職にも十分な配慮をすることが要請されている（第13条）。

しかしその後、10の介護手当法と規則が併存し、かつ同法の実施主体が多数あるという複雑な状態が続いたため、批判も多かった（Pfeil 2018）。そうした背景から、2012年に介護手当法の改正法が成立し（BGBl 2011/58）、介護に関することが連邦の責任として定められるとともに、介護給付の受給資格の根拠が連邦介護手当法に一元化された（Pfeil 2018）。またこの改正により、それまで州から介護手当の支給を受けていた者について、支給者が連邦に変更されたため、2012年に連邦の介護手当の支出は急激に増加した（BMSGK 2018b）。

また、介護手当法の実践としては、2014年に介護手当鑑定士学院（*Akademie für Ärztliche und Pflegerische Begutachtung; ÖBAK*）が設立され、介護手当の等級を決める鑑定士の育成に当たることになった。

3. 介護に関する制度

先述のとおり、オーストリアでは、一定程度以上の介護を要する者は、①連邦介護手当法に基づき介護手当の支給を受けられる。また、②在宅又は介護施設で介護サービスの提供を受けることができる。さらに、③外国人介護労働者による「24時間介護」を受ける場合の金銭的支援等もある。

(1) 介護手当（現金給付）（*Pflegegeld*）

i. 目的と財源

介護手当の目的は、要介護者が介護を受けるために増えた支出を補い、自己決定に基づく生活の可能性を高めることである（連邦介護法第1条）。

ドイツには介護保険制度が存在し、介護手当も介護保険料から支払われるのに対し、オーストリアでは介護保険の仕組みがなく、介護手当の財源は全て、連邦の一般税である（Fink 2018）。

第IV章 オーストリア

ii. 受給資格

先述のとおり、介護手当の受給資格は、身体的・精神的障害または感覚障害により、介護支援（Betreuungs）及び援助（Hilfsbedarf）が6か月以上（1か月あたり65時間以上）継続的に必要であることである。ここで、「介護支援」とは、要介護者の生活環境を整えるために短間隔で必要となる行為を指し、具体的には、着替えや衛生管理、調理と食事介助、排せつ介助、服薬、移動介助等である（Pfeil 2018）。そして、「援助」とは、生活環境を整えるために必要だが、時間的に余裕をもって行っても差し支えない行為を指し、具体的には、買い物や清掃、洗濯、部屋の暖房、外出の際の移動介助等である（Pfeil 2018）。つまり、「介護支援」も「援助」も（以下、合わせて「介護」と呼ぶ）、医療技術を必要とする行為を含まない。また、提供者に関する規定がないため、専門の介護職員でなく、家族等インフォーマル介護者（知人・友人、要介護者と同居する者など）によるものでも問題ないことになる（Pfeil 2018）。

要介護度の判定についての具体的基準は、「連邦介護手当法のための要介護度区分令」に定めがあり、医師による審査結果に基づき要介護度が決定される（松本 2011）。要介護度は7段階に分かれ、それぞれの認定基準と支給額は図表 IV-2 のとおりである。年齢の制限はなく、収入や財産の多少にかかわらず既定の金額を支給される。またドイツと異なり、在宅で介護を受ける者に限らず給付の対象となる。

2019年6月時点の要介護度別支給額及び受給者数は、図表 IV-2 のとおりである。支給額は2016年1月以降、全ての介護度について、従前の2%増額となった。2020年1月以降は、支給額が毎年改定される予定である（BMASGK へのアンケート調査結果より）。受給者数については、合計455,710人のうち、最も多いのは要介護1（27.82%）、次いで要介護2（21.68%）が多い。他方、要介護6は受給者全体の4.34%、要介護7は2.04%である。

図表 IV-2 要介護度別の要介護認定基準、介護手当支給額及び受給者数

1か月あたり必要な介護時間	要介護度	月額（ユーロ）	受給者数（人）	受給者の割合（%）
65時間以上	1	157.30	126,764	27.82%
95時間以上	2	290.00	98,785	21.68%
120時間以上	3	451.80	82,924	18.20%
160時間以上	4	677.60	66,781	14.65%
180時間以上で、時間的に調整不可能な介護措置が要求され、これが昼夜を問わず定期的に提供される必要がある場合、又は、自身又は他人を危険にさらす可能性があるため、昼夜を通して介護者が継続的に居る必要がある場合	5	920.30	51,392	11.28%
180時間以上で、四肢の自由が利かず、目的に即した機能的な行動が不可能な場合、または即座の対応が必要な状態にある場合	6	1,285.20	19,790	4.34%

180 時間以上で、時間的に調整不可能な介護措置が要求され、これが昼夜を問わず定期的に提供される必要がある場合、又は、自身又は他人を危険にさらす可能性があるため、昼夜を通して介護者が継続的に居る必要がある場合	7	1,688.90	9,274	2.04%
合計	-	-	455,710	100.00%

※なお、7歳未満で重度の障害を持つ者及び15歳以上で重度の精神障害を持つ者や認知症の患者については、加算が行われる。

出所：BMASGK へのアンケート調査結果、連邦介護手当法第4条、Austrian Presidency of the Council of the European Union. (2018) . *Social Protection in Austria -Benefits, expenditure and financing 2018.* を基に事務局作成

iii. 給付の受給プロセスと使い方等

介護手当の給付は、本人又は代理人等からの申請を必要とする。申請があると、医師による審査が行われ、6か月以内に当局から決定通知が発行される。給付は受給者本人の銀行口座に毎月支払われる。なお、Sozialministerium (2016, p.8) によれば、実際に審査にかかる期間は、平均60日未満であるという。

介護手当は現金給付のみであり、要介護者は給付された現金を使って、介護施設に入所することもできるし、在宅で介護事業者から介護サービスを受けることもできる。また、家族介護者に対し、介護の報酬として現金を支払うこともできる。

なお、在宅の要介護者が、介護手当や年金等の収入で介護費用を負担しきれない場合には、社会扶助 (Sozialhilfe) が在宅介護サービスの費用を負担する (松本 2011)。また、社会扶助の受給を受けるためには、週に一定時間以上労働または就労のための時間を確保することを要求されるが、要介護度3以上、認知症患者または未成年の要介護度1以上の家族がいる場合は、介護者がその家族を介護しているかにかかわらず、社会扶助受給資格に労働時間確保は含まれない (BMASGK 2019e)。

第IV章 オーストリア

(2) 現物給付

介護手当では目的が達成できないと思われる場合には、代わりに現物給付が支給されることとされている（連邦介護手当法第 20 条）。現物給付には、在宅介護サービス、施設介護サービス、ショートステイ、部分施設介護サービス（デイケア等）、代替施設（Alternative Wohnformen。高齢者が共同で生活できる住宅。入居者は、社会的、心理的、または身体的な理由により、一人暮らしをすることができない、または暮らしたくない人、介護は必要なものの継続的な施設介護は不要な人。）があり、これらは連邦政府、自治体又は各福祉組織により提供される。なお、現物給付の財源は、連邦と州、自治体の各予算及び介護基金（Pflegefonds）から支出されている。⁷

しかし、Pfeil (2018)によると、現物給付は介護手当と異なり、統一的な提供の仕組みが存在しない。現物給付、特に施設における介護サービスについては、1993 年の介護手当導入時に行われた連邦と州の合意（BGBl）により、州の規定に基づき提供されることとなっている。そして、サービス確保は県や自治体の責務となっており、県によりサービスの質や提供状況にばらつきが生じているという問題がある。

さらに、Pfeil (2018)によれば、実際には十分な種類の現物給付が用意されていないことが多く、現物給付の支給が行われることはあまりないという。

(3) 24 時間介護（24-Stunden-Betreuung）

オーストリアでは、外国人介護者が要介護者の居宅に住み込み、見守りなどの介護を 24 時間体制で行っているケースがみられるが、これは「24 時間介護」と呼ばれている。元々、要介護者のいる家庭が介護手当を使って、ルーマニアなど東欧からの外国人介護者を非合法に雇用している状況があり、外国人への労働許可や最低賃金、労働時間等の観点から問題になっていた。この問題は 2006 年以降、連邦議会選挙の争点となるなど大きな議論となり、24 時間介護は一定のルールを適用されたうえで、合法化の方向に進んだ（松本 2011）。

2007 年制定の居宅世話法（Hausbetreuungsgesetz; HbeG）によれば、24 時間介護を行おうとする者は、要介護度 3 以上（認知症患者の場合は要介護度 1 以上）で介護手当を受給している者の居宅に住みながら、最長 2 週間ごとの介護を提供することができる。ただし、就労時間は 2 週間で計 128 時間を超えてはならない（Pfeil 2018）。すなわち、24 時間介護では、2 名の外国人介護者が、2 週間交代で住み込みの介護を提供するシステムとなっている（松本 2011）。

介護の内容は、身体介護ではなく、買いものの付き添いや調理・洗濯・掃除などの家事支援が中心の限られた内容となっており、介護の資格などは問われない。

(4) 連邦・州の財政支出

(1)～(3)の制度の財源については、連邦と州の合意に基づき、連邦と州とで分担している。また、連邦は 5 で紹介する家族介護者支援の財源を負担している。図表 IV-3 に、2015 年時の財政支出の内訳を示す。

⁷ 2011 年に介護基金法（Pflegefondsgesetz）に基づき創設された制度で、介護システムを確保及び拡大することを目的として、連邦が州や自治体に対して基金を提供するというものである。元々は 2014 年までの期限付き制度であったが、現在では 2021 年まで延長されている（Pfeil 2018）。

図表 IV-3 連邦と州の財源支出 (2015)

項目	負担者	支出額 (ユーロ)
現金給付	連邦	25 億
施設介護サービス	州	14 億 2,000 万
訪問介護サービス	州	3 億 6,770 万
その他介護サービス (部分施設介護、短期介護、代替施設、ケース・ケアマネジメント)	州	1 億 4,050 万
24 時間介護	連邦	8,320 万
	州	5,536 万
家族介護者支援	連邦	社会保険：4,920 万 代替介護：1,100 万 介護休業手当+保険：650 万+330 万 在宅介護の質保証のための訪問：190 万 合計：7,190 万
LTC 基金 (介護基金)	連邦+州	3 億 (※2011-2016 年の合計は 13 億 3,500 万)
合計		49 億 4,000 万

出所：Sozialministerium. (2016). Long-Term Care in Austria – an Overview. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)* 主催の 2016 年 10 月 26 日会議 “La atención a la dependencia en España y en la Unión Europea. Situación actual y perspectivas” における発表資料, p.3 を基に事務局作成

4. 家族介護者支援に関する法制度の内容

(1) 家族介護者支援に関する国の方針

1993 年の介護手当導入時に行われた連邦と州の合意 (BGBI) において、連邦は介護者 (家族介護者を含む) に対する社会保障上の保障を行うことが義務付けられた (Pfeil 2018)。

2015 年、「認知症戦略-認知症とともに生きる」(Demenzstrategie - Gut leben mit Demenz) が策定された。これは、認知症患者、政策決定者、専門家からなる 6 つのワーキンググループを中心に議論されたものである。同戦略は、地域全体が認知症について理解を深め、偏見をなくすことを目的として掲げており、連邦・州の政策決定者やサービス提供者に対し、認知症患者やその介護者のニーズに応じていくよう促している (Gesundheit Österreich GmbH 2015)。具体的には 7 つの目標が設定されているが、概要は図表 IV-4 のとおりである。

第IV章 オーストリア

図表 IV-4 認知症戦略の7つの目標

目標	アウトカムと勧告
1. 認知症患者とその介護者の社会参加と自己決定の促進	<p>認知症に対する社会の偏見をなくし、認知症患者が暮らしやすい環境をつくること（自宅から近いサービスを用意する等）によって、認知症についての理解を深めることができる。</p> <p>地域の支援サービスの向上や、地域の自助組織・支援ネットワークにおいて、当事者参加型のケアプラン作成等により、自己決定の促進を行うことにより、認知症患者が社会・地域に参加できるようになるべきである。</p>
2. 市民及び特定のターゲットグループの認知症患者に対する質の高い知識を確保し関心を高める	<p>認知症患者やその介護者及び市民は、質の高い情報とサービスにアクセスできるべきである。そのためには、メディアも活用した情報の周知広報と、特定のターゲットグループに向けた補足情報の提供、診断やケアサービスに関する情報のアクセスを容易にすること、メディア情報の適正実施基準の検討が必要である。</p>
3. フォーマル及びインフォーマル介護者の知識、技術、専門性の向上	<p>ヘルスケア・ソーシャルケアのサービス提供者だけでなく、インフォーマル介護者についても、認知症患者に対し最良のケアを提供するために必要な技術を習得するべきである。これには、適切な研修の提供と、介護者が認知症について継続的に学ぶことへの支援が必要である。</p>
4. 連携ある介護のための一貫した枠組みづくり	<p>（政治的）政策決定者及びヘルスケア・ソーシャルケアのサービス提供者は、サービス連携促進のため、協力し合わなければならない。それには、連邦・地域レベルでヘルス部門とソーシャル部門の連携を確立すること等が必要である。</p>
5. ヘルスケア・ソーシャルケアサービスの確保と改善	<p>全ての認知症患者は必要な支援とケアにアクセスできるべきである。そのためには、地域の多職種チームによる治療、ケア、支援の統合されたケアを確保し、医療機関における認知症患者へのケアの質を向上させる必要がある。</p>
6. 異なるケアサービス間の協力と連携の促進	<p>全ての認知症患者とその家族は、自宅付近のコンタクト・ポイント及びドロップ・イン・センター（多職種チームが情報提供、早期の診断と支援のためのサービス提供、ニーズに応じたケア連携を行っている）にアクセスできる必要がある。</p>
7. 認知症に関する研究によるケアの質の向上と確保	<p>認知症の原因と認知症患者のニーズに関し、近年の研究においてまだ分かっていない点を研究し、その結果を（政治的な）政策決定者や市民、認知症患者に周知する。</p>

出所：Gesundheit Österreich GmbH. (2015). Dementia strategy Living well with dementia, p. 7-8 の概要を事務局において和訳

(2) 家族介護者への現金給付に関する制度

i. 介護手当

要介護者が家族介護者から介護を受ける場合、要介護者は報酬として、当該家族介護者に対し、介護手当を支払うことができる。しかし、介護手当はあくまで要介護者に支給されるものである。連邦介護手当法第1条でも、介護手当は要介護者の自己決定の可能性を高める目的を持つことが明記されているが、介護者の直接的な権利として位置付けられてはいない。しかし実際には、介護手当は、家族介護者の支援策の一部として、重要な役割を担っている。

まず、介護手当という経済的支援により、要介護者が介護サービスを利用することが可能となり、家族の負担が軽減される。そして、家族が介護を行う場合には、その家族に対して金銭的に報いることができるのである（松本 2011）。

ii. 24時間介護の費用助成

また、24時間介護を利用している要介護者またはその家族は、連邦介護手当法第21b条に基づき、社会省（Sozialministerium）による費用助成制度を利用できる。助成額は、2人の外国人介護者が自営業である場合は月最大550ユーロ（約6.6万円）⁸、介護サービス事業者に雇用されている場合は月最大1,100ユーロ（約13万円）である。この制度には収入制限があり、月収2,500ユーロ（約30万円）（介護手当等の手当による収入を含まない）以上の場合は費用助成を受けられない（BMASGK 2019d）。

iii. 代替介護の費用助成（Zuwendungen zu den Kosten für Ersatzpflege）

要介護度3以上の要介護者を1年以上介護している近親者が、病気・休暇等のために7日間以上介護できない場合、連邦介護手当法第21a条に基づき、社会サービス省の「障害がある人々に対する支援基金」（Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung）から、代替介護者の費用に対する助成を年間1,200～2,200ユーロ（約14～26万円）（金額は要介護度による）まで受けることができる。なお、代替介護の期間は年に最大28日まで認められる（BMASGK 2019a; Sozialministerium 2016, p.15）。また、要介護者が未成年、もしくは認知症患者の場合（認知症患者の場合は要介護1から対象となる）は、助成額が一律300ユーロ（約3.6万円）上乗せされる（BMASGK 2019a）。ただし、これらの支給には所得制限がある。

(3) 介護と仕事の両立に関する制度

介護手当を受給している要介護度3以上（認知症患者の場合は要介護度1以上）の近親者を介護する被用者は、雇用契約が3か月以上継続していれば、雇用者との協議に基づき、「介護休暇（Pflegekarenz）」又は「パートタイム介護休暇（Pflegeteilzeit）」を1か月から3か月間取得可能である（雇用契約法適用法（AVRAG）第14c、14d、15条及び連邦介護手当法第21c、21d、21e、21f条）。パートタイム介護休暇の場合、勤務時間を週10時間まで短縮可能である。なお、ここでの近親者とは、配偶者・パートナー、子ども、親、兄弟、祖父母、養親・里親、養子・里子、孫、義理の子ども（婿・嫁）を指し、近親者と介護者が同居している必要はない（BMASGK 2019c）。

また、終末期の近親者を介護する被用者は、雇用者との協議に基づき、3か月間（6か月まで延長

⁸ 1ユーロ＝120円で計算

第IV章 オーストリア

可能)の「家族ホスピス休業 (Familienhospizkarenz)」を取得できる (雇用契約法適用法第 14 a, 14 b、15a 条及び連邦介護手当法第 21 c, 21 d, 21 e, 21 f 条)。この制度においても、フルタイムでの休業と、就労時間の短縮と、いずれかを選択できる (BMASGK 2019c)。

上記の休暇いずれを取得する場合であっても、介護者は社会省に申請を行うことで、休暇を取得している期間、介護休暇手当 (Pflegekarenzgeld) の支給を受けることができる。支給額は収入によって決定され、基本的に失業手当と同額である。また、医療保険と年金保険の制度においては、介護休暇及び家族ホスピス休業中も、加入実績が継続される (BMASGK 2019c)。

図表 IV-5 介護休暇等の取得状況 (2018 年)

取得者数合計	2,962 人				
取得した休業の内訳	子どもへの付き添い	家族ホスピス休業	パートタイム介護休暇	介護休暇	合計
	25.1%	20.8%	2.7%	51.4%	100.0%
介護休業手当支給総額	960 万ユーロ (約 12 億円)				

出所：BMASGK へのアンケート調査結果から事務局作成

(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度

i. 在宅介護の質保証のための訪問

Fink (2018)及び Socialministerium(2016)によれば、在宅介護の質を保障するため、ヘルスケアと介護の専門職による自宅訪問が行われている。この訪問は、介護給付を初めて受給する場合に、当事者の要望に応じて無料で実施されるプログラムである。要介護者・介護者の側は、このプログラムを通じて、困りごとの相談をしたり、必要な情報や支援を受けることができる。また、専門職側は、イギリスで採用されている Adult Social Care Outcomes Toolkit; ASCOT というアセスメントツールをもとに、介護の状況や要介護者・インフォーマルな介護者それぞれの状況を評価し、報告と、場合により必要な措置の提案を行う。2001 年から 2015 年の間において、こうした訪問は 177,833 回行われた (Sozialministerium 2016, p.19)。

ii. レスパイト・ケア

レスパイト・ケアは、代替介護の仕組みの中で提供される。要介護 3 以上の患者および認知症患者 (要介護 1 以上) の介護をしている近親者は、年間に 3 週間のレスパイト・ケアを取得することができる。このレスパイト・ケアに必要な金額は連邦社会庁 (Bundessozialamt) から補填される (Alzheimer Europe, 2013)。

なお、現物給付として、在宅介護サービス、ショートステイ、部分施設介護サービス (デイケア等) がある。

iii. 相談支援、カウンセリング、情報提供

オーストリアでもドイツと同様、家族介護者の介護技術やメンタルヘルス向上等を目的として、相談支援、カウンセリング、情報提供を行う仕組みが確保されている。

① 連邦が提供する仕組み

連邦労働・社会・消費者保護省 (BMASGK) は、「市民サービス (BürgerInnenservice)」を開設し、介護手当、社会サービス、介護休暇等の介護を目的とした休暇制度、家族介護者の社会保障と雇用保護、24 時間介護、財政援助と補助金などに関し、市民からの相談に応じている。電話の営業時間は、平日の 8 時から 16 時までである (Stadt Wien 2019a)。パンフレットやチラシによる周知と、コールセンターによる電話受付が中心である。

② 州の取組

連邦の有する仕組みとは別に、州が独自で実施する取り組みもあり、連邦の「市民サービス」と比較して、より地域に密着した対面での情報提供、ヘルプケアなどを行うものである。例えばウィーンでは、「巡回訪問サービス (Kontaktbesuchsdienst)」を実施している。これは、ウィーンに住む 65 歳以上の高齢者を対象として、希望に応じて居宅を訪問し、無料の情報提供を行うものである。このサービスは 1977 年から行われており、訪問を通じて、個人の地域の環境への満足度やニーズを聴取するとともに、介護サービスや介護手当等の必要な情報を提供している (Stadt Wien 2019b)。一日に三回、ヘルパーが担当地区を巡回して見守りや家事支援などを行うものであり、一回の訪問は 30 分程度である。

またウィーンには、「介護相談センター (Beratungszentrum Pflege und Betreuung)」があり、看護師等の医療職やカウンセラーによる、訪問介護サービス、介護施設等に関する助言を行っている (Stadt Wien 2019c)。

(5) 保険・税制度上の工夫

強制加入の公的医療保険では、要介護 3 以上の被保険者が、近親者 (配偶者・パートナー、実子・養子。また、一定の条件下では継子・里子、孫も認められる) に在宅で介護されている場合について、当該近親者分の追加保険料 (総収入の 3.4%) が免除されることとなっている (Pfeil 2018)。

公的医療保険に加え、要介護度 3 以上の近親者を在宅で介護しており、相当の介護負担を抱えている介護者については、介護期間において自己保険への加入が可能で、その保険料は連邦が全額負担する。さらに、要介護度 3 以上の介護手当を受給している者又はそのような家族を有する者は、保険料を負担することなく、共同保険への加入が可能である (BMASGK 2019b)。

また、年金保険制度においては、要介護 3 以上の近親者を介護する者については、介護を行うことにより失職した場合、当該失業期間は連邦政府が年金保険料を負担することにより、納付期間が途切れないように工夫されている (Pfeil 2018)。

労災保険と失業保険については、インフォーマルな介護者を対象とした保障の仕組みは存在しない。介護手当による収入は、所得税の課税対象とはならない (Sozialministerium 2016)。

5. 今後の動向

2019 年 1 月に新政府が設立され、連立協定の中では新しい社会保護をテーマとした章で、貧困対策の次に介護が位置付けられている。

今後は、現在 3 週間となっているレスパイト・ケアに加え、月 1 日は必ず休息をとることが出来るようになる見込みである。さらに、今後はコミュニティ・ナースという制度が新たに構築される。こ

第IV章 オーストリア

れまでは、提供されていたサポートは基本的に「お世話 (Betreuung)」のレベルに限定されおり、厳密には「介護 (Pflege)」という意味でのサポートは行われてこなかったが、コミュニティ・ナースは、介護士・看護師の資格を持つ者が地元と密接に協力する形で対応していくものであり、在宅介護を実施している家庭を巡回して要介護者をサポートするものである。また、詳細な内容は不明であるが、一人のナースが4～5軒程度の世帯を完全に担当することなどが想定される。さらに、要介護度に関係なく、75歳以上の高齢者が居る近隣の家庭にも訪問し、介護が必要になる前からの予防や、また事前準備のアドバイスなどが行われることが想定される。

さらに、新政府が新たに注力していこうとしている分野として、ヤング・ケアラーに対する支援がある。オーストリアでは、18歳以下の青少年・児童による祖父母の世話が增加している。サポートとしては、まずはヤング・ケアラー自身に介護サポートをしているという自覚を促すこと、それから社会が彼らの働きに対して正当な評価をすることである。

6. 参考資料

一圓光彌 (2016) 「21世紀の社会保障の課題—高齢者介護保障をどう構築するか—」三田商学研究 39(3), 77-95.

松本勝明 (2009) 「オーストリアの介護手当制度：介護保障における現金給付の役割」社会政策 1(2), 77-87.

松本勝明 (2011) 「ヨーロッパの介護政策：ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析」ミネルヴァ書房.

Alzheimer Europe (2013) National Policies covering the care and support of people with dementia and their carers. Austria. (<https://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/Country-comparisons/2013-National-policies-covering-the-care-and-support-of-people-with-dementia-and-their-carers/Austria>) (2019年11月27日閲覧)

Appelt, Erna/Fleischer, Eva/ Preglau, Max (Hrsg.) (2014) *Elder Care. Intersektionelle Analysen der informellen Betreuung und Pflege alter Menschen in Österreich*. StudienVerlag.

Austrian Presidency of the Council of the European Union. (2018) . *Social Protection in Austria -Benefits, expenditure and financing 2018*. (<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=663>) (2019年10月25日閲覧) .

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). (2018a). *Angehörigenpflege in Österreich - Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke – Endbericht Juni 2018*. (<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=664>) (2019年11月6日)

—. (2018b). *Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=673>)(2019年10月10日閲覧)

—. (2019a). *Unterstützungen für pflegende Angehörige*. (<https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=331>)

—. (2019b). *Betreuende und pflegende Angehörige*. (https://www.sozialministerium.at/site/Pension_Pflege/Pflege_und_Betreuung/Betreuende_und_pflegerische_Angehoerige/Betreuende_und_pflegerische_Angehoerige)

nde_Angehörige)(2019年10月25日閲覧).

——. (2019c). *Pflegekarenz/Pflegeteilzeit und Familienhospizkarenz/Familienhospizteilzeit*. (<https://brotschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=248>) (2019年10月30日閲覧)

——. (2019d). Support for Caregiving and supporting relatives. (https://www.sozialministerium.at/siteEN/Pension_Nursing/Long_term_Care_Benefit/Support_for_caregiving_relatives/) (2019年10月29日閲覧)

——. (2019e). *Anspruchsvoraussetzungen* (https://www.sozialministerium.at/site/Soziales_und_KonsumentInnen/Sozialhilfe_Mindestsicherung/Voraussetzungen/) (2019年12月2日閲覧).

EC (2009) *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008. Country Profiles*. Commission staff working document. Brussels, 24.2.2009.

Eurobarometer. (2007). *Health and long-term care in the European Union*. Special EUROBAROMETER 283, TNS Opinion & Social, on request by the European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.

Gesundheit Österreich GmbH. (2015). *Dementia strategy Living well with dementia*. (<https://www.demenzstrategie.at/>) (2019年10月25日閲覧).

Hörl, J. (2005). *National Background Report for Austria. Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. Contract: QLK6-CT-2002-02647. EUROFAMCARE.

Marcel Fink. (2018). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care -Austria*. European Commission, European Social Policy Network (ESPN).

Sardadvar, K., & Mairhuber, I. (2018) “Employed family carers in Austria”. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 43(1), 61-72.

Sozialministerium. (2016). Long-Term Care in Austria – an Overview. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)* 主催の2016年10月26日会議 “La atención a la dependencia en España y en la Unión Europea. Situación actual y perspectivas”における発表資料. (http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/04jdependen_espa_ueamiklautz.pdf) (2019年10月17日閲覧).

Stadt Wien. (2019a). *Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, BürgerInnenservice (früher: Pflegetelefon und Sozialtelefon)*. (https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/en/10/InstitutionDetail.do?it_1=2098408) (2019年12月5日閲覧).

——. (2019b). *Kontaktbesuchsdienst für Seniorinnen und Senioren*. (<https://www.wien.gv.at/bezirke/josefstadt/senioren/kontaktbesuchsdienst.html>). (https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/en/10/InstitutionDetail.do?it_1=2098408) (2019年12月5日閲覧).

——. (2019c). *Beratungszentrum Pflege und Betreuung, Standort Guglgasse - Fonds Soziales Wien (FSW)*. (https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/de/10/InstitutionDetail.do?it_1=2097620) (2019年12月5日閲覧).

Pfeil, Walter J. (2018). “Benefit Structures for Persons Dependent on Long-Term Care in Austria”. Becker, LL.M. (EHI), Ulrich, Reinhard, Hans-Joachim (Eds.) *Long-Term Care in Europe -A Juridical Approach*. Springer.

第V章 フランス

【概要】

【社会的・文化的背景、法制度の検討経緯】

- フランスでは、家族の大切さや世代間の絆に重きが置かれている。子どもは経済支援をする必要があると法的に定められており、高齢者が施設に入所する場合は特に子どもによる経済支援が重要となる。
- 2003年12月には、制度を強化するための国家計画として、「老いと連帯計画」が示され、2008年までに要介護高齢者と障害者の福祉に関する多角的な改革を実施することとした。
- 2015年に制定された「高齢化社会適応法」では、家族・親族だけではなく、姻族やその他の近い間柄の人で、高齢者の介護を行っている人を「近い介護者」として定義し、さらにその「レスパイトの権利」を認めた。

【関連制度】

- 公的な介護保険制度はないが、これに相当するものとして、個別自律手当(APA)がある。手当を必要とする高齢者に給付を行う制度で、主に租税と社会拠出金を財源とする。受給者は、能力評価を受け、その評価によって給付額が変動する。
- 高齢者への基礎手当として、「高齢者連帯手当」(allocation de solidarité aux personnes âgées; ASPA)がある。原則として65歳以上の者に給付がなされる。金額は世帯構成などにより異なり、単身である場合は、月868.20ユーロ、夫婦世帯の場合は、月1,347.88ユーロで、別途収入がある場合には、減額される。

【家族介護者支援制度】

(直接給付・レスパイト利用に対する手当)

- APAにおいて、介護者がレスパイトを利用する場合、要介護者のAPAが増額される。APAは要介護者に支払われるものであるが、レスパイト利用分など一部は介護者に直接支払われる。介護を受ける者の受給資格を評価する際、介護者についても評価が行われる。
- 労働者は介護のために休暇をとる制度として、近親介護休暇制度(Congé de Proche aidant)があるが、本休暇制度を利用する場合、休暇中の年金積立や医療保険料納付は国によって肩代わりされ、その連続性が確保される
- 日本の地域包括支援センターと類似の機能を持つ組織として、「地域インフォメーション・コーディネーター」(Centre Local d'Information et de; CLIC)がある。在宅高齢者とその家族に対する総合相談・助言などを行っている。

(介護と仕事の両立に関する制度)

- 労働者は介護のために休暇をとる制度として、近親介護休暇制度(Congé de Proche aidant)がある。勤続年数2年以上であることが条件で、休暇の期間は3ヶ月であるが、最長で合計1年まで延長することができる。給与支払い義務や手当はない。また、使用者は申請を拒否できない。

【今後の動向】

介護者のための動員・支援戦略2020-2022年が策定されており、同プランに基づいた施策が展開されている。

1. 要介護者と家族介護者の定義

フランスでは、必要とみなされた高齢者に手当（個別自律手当⁹（allocation personnalisée d'autonomie; APA））を給付する制度があるが、最初にこれについて定めた1997年1月24日付けで制定された「高齢者のための自律手当の創設を期待しつつ特定介護給付により高齢者の需要により適切に応えるための法律」¹⁰において、「要介護」の状態は、「治療を受けた場合においても生活の基本的行為を行うために援助を必要とする人、あるいは、定期的な見守りを必要とする人の状態」と定められている。

原田（2007）によれば、給付の受給にあたっては、居住要件、年齢要件、身体的・精神的状態と関連した自律の欠如・喪失による影響に対処する能力がないという「自律の喪失要件」を満たしている必要がある。能力の評価はAGGIR（Autonomie Gérontologique-Groupes Iso-Ressources；老年学的自律能力判定表）に基づいてなされ、その認定区分（GIR）は、GIR1～GIR6の6段階で評価される。GIR1が最も重く、GIR5およびGIR6は比較的軽い状態を指す。

家族介護者に関連する用語として、2015年に制定された「高齢化社会適応法」¹¹において定義された、「近い介護者（proche aidant）」がある。その定義は、「高齢者の配偶者、連帯民事契約を結んだパートナー又は同棲者、親族又は姻族は、家族介護者」であり、「これら家族介護者、あるいは、高齢者と同居しているか緊密で安定した関係を持つ人で、定期的かつ頻繁に、また職業としてではなく、日常生活の行為及び活動の全て又は一部を行うために高齢者を助ける人が、高齢者の近い介護者とみなされる」とされる（社会扶助家族法典L.113-1-3条）。

2. 家族介護者支援に関する法制度の背景

(1) 統計データ

2018年時点で、フランスの総人口は6,694万人、うち65歳以上人口は1,327万人（19.8%）であり、OECD加盟国全体と比べて、65歳人口の割合がやや高い（図表V-1 エラー! 参照元が見つかりません。）。

⁹ APA（allocation personnalisée d'autonomie）のうち、「autonomie」にあたる部分の邦訳について、「自律」とする文献と「自立」とする文献のどちらも確認されたが、身体的状態および精神的状態により関連し、原田（2007）の訳の通り「喪失するもの」としてより適切と考えられる「自律」を採用する。また、厚生労働省（2019）は、「高齢者自立手当」としているが、本報告書では、personnaliséesの直訳に近い「個別」を採用する。また、APAの訳語以外にも、法文等の原語において「autonomie」が用いられている場合は、「自律」とする。

¹⁰ 仏名は la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance である。翻訳は（厚生労働省 2007）による。

¹¹ 仏名は la loi relative à l'apton de la société au vieillissement である。

図表 V-1 各国・地域の 65 歳以上人口

国・地域	人口(2018年時点)		65歳以上の割合
	全年齢	65歳以上	
日本	126,443,180	35,577,838	28.1%
ドイツ	82,914,191	17,798,089	21.5%
スウェーデン	10,175,214	2,020,930	19.9%
フランス	66,941,698	13,279,055	19.8%
オーストリア	8,837,707	1,657,884	18.8%
イギリス	66,435,550	12,165,557	18.3%
OECD全体	1,301,969,697	223,992,953	17.2%
オーストラリア	24,992,860	3,914,673	15.7%

出所：OECD Stat. Historical Population をもとに事務局作成

個別自律手当（APA）の受給者数は、2011年の時点で120万人となっている（図表 V-2）。

図表 V-2 APA の受給者数（千人）

第 5-2-3 表：APA 制度受給者数（在宅・施設区分）（千人）

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
在宅	602	662	689	681	700	733
(%)	59.7	61.4	61.8	61.3	61.5	60.9
施設	406	416	426	430	439	470
(%)	40.3	38.6	38.2	38.7	38.5	39.1
合計	1,008	1,078	1,115	1,111	1,139	1,203
増加率		6.9	3.4	-0.4	2.5	5.6

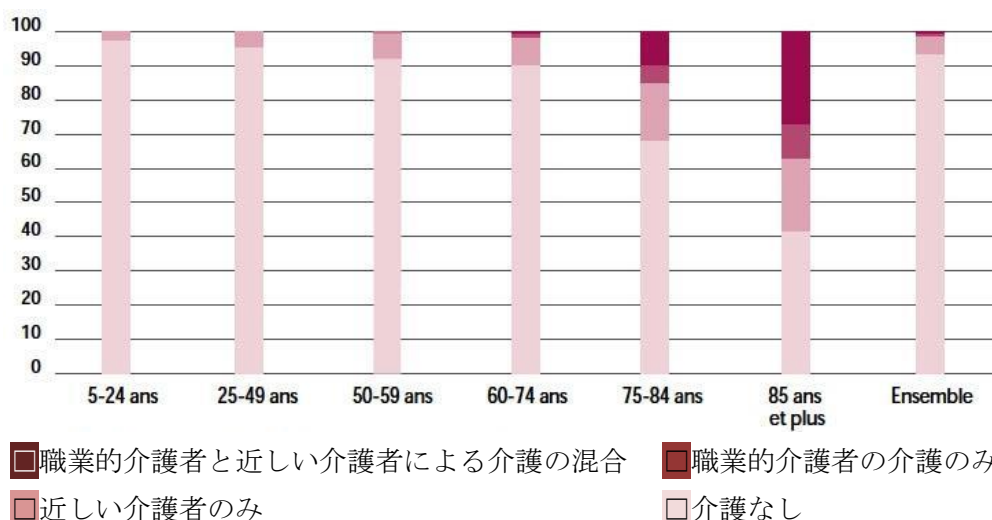
資料出所：保健省発表資料¹⁷より作成

（出所）JILPT（2014）。元データはフランス保健省発表資料による。

連帯・保健省の調査研究評価統計局（Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques; DRESS）が 2008 年に発表した近しい介護者へのアンケート調査の結果によると、

- ・ 5 才以上の人口の 10%、すなわち 630 万人が、健康上の問題又は障害を理由に自宅で近しい介護者の定期的な介護を受けている。うち 360 万人が 60 才以上である。
- ・ 近しい介護者の数は 830 万人。
- ・ 健康上の問題又は障害を理由として介護を受けている在宅者について、年齢別に見たときの介護者の種類(職業的介護者又は近しい介護者)の割合は、以下のグラフのようになる。例えば 75-84 才の場合、7 割近くが「介護なし」となっており、1 割強が「近しい介護者の介護のみ」を受けている。

図表 V-3 介護者の身分の割合



調査対象 : 5 才以上で家庭で生活している人

左から右へ「5-24 才、25-49 才、50-59 才、60-74 才、75-84 才、85 才以上、全体」

(出所) Enquête Handicap-Santé-Ménages, 2008 年, INSEE.

(2) 社会的・文化的背景

フランスでは家族の大切さや世代間の絆に重きが置かれており、年齢が上がるにつれ（高齢者の住居が近い距離にある場合は特に）、親世代の世話をする子世代が大きな役割を持つ。フランスの法律では、子どもは経済支援をする必要があると定められており、高齢者が施設に入所する場合は特に子どもによる経済支援が重要になる（国際長寿センター 2012）。

(3) 法制度の検討の経緯

1997 年 1 月 24 日「高齢者のための自律手当の創設を期待しつつ特定介護給付により高齢者の需要により適切に応えるための法律」¹²が制定された。60 歳以上の介護給付については特別介護給付が、60 歳未満については第三者補償手当（県の公費で提供される障害者扶助）がカバーすることとなったが、要介護度の重い GIR1～GIR3 の者のみが対象となっていたことや所得要件があったことが批判された（厚生労働省 2007）。

そこで、2001 年に「高齢者の自律性の喪失の費用負担及び個別自律手当に関する法律」¹³が制定され、「個別自律手当」が創設された。これにより、給付対象が GIR4 まで拡がり、また、社会保険方式が廃止され、3分の2を県税が、3分の1を国が負担することとなった（厚生労働省 2007）。

2003 年 12 月には、制度を強化するための国家計画として、「老いと連帯計画」(Le Plan Vieillesse et Solidarités) が示され、2008 年までに要介護高齢者と障害者の福祉に関する多角的な改革を実施することが示された（原田 2007）。同計画の実現のため、2004 年 6 月には「高齢者および障がい者の自

¹² 仏名は Loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance である。

¹³ 仏名は Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie である。

第V章 フランス

律のための連帯に関する法律」¹⁴が制定された。各県ごとに異常事態（2003年には猛暑のため多数の高齢者の死者が出た）が発生した場合に備える計画の策定や、こうした計画の実施の際の財政措置を行うための全国自律連帯金庫の創設（caisse nationale de solidarité pour l'autonomie; CNSA）を行った（原田 2007）。2004年法の時点においては、高齢者介護におけるケアラー支援に関する条項はみられない。

一方、認知症に対する課題認識から、フランスは欧州諸国でもっとも早く認知症国家計画を出している。2001年～2005年を期間とした「第1期認知症国家計画」、これに続き「第2期認知症国家計画」（2004年～2007年）が打ち出され、2008年には「第3期認知症国家計画 2008-2012：アルツハイマー及び関連疾患に関する国家計画」（Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012）が発表された（近藤 2015）。計画に掲げられた11の目標のうち、目標1として、「ケアラーを支援する」ことが示され、「多様なレスパイトの仕組みの開発」「ケアラーの教育システム」「ケアラーの健康管理」などの施策が記載され、目標2として、ワンストップ相談機関であるMAIA（Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer）を全国に設置することやケースマネージャー（coordonnateur）を全国に配置することが記載された（近藤 2015）。¹⁵

2015年には「高齢化社会適応法」が議会で可決、2016年1月1日に施行された。同法では、家族・親族だけではなく、姻族やその他の近い間柄の人で高齢者の介護を行っている人を「近い介護者」として初めて定義して認知し、その「レスパイトの権利」を認めた法律となった。同法によって発生する新規支出は、2013年から存在している「自律のための連帯追加負担金（contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie; CASA）」を財源として賄うこととされた。CASAは、高齢者・障害者の介護財源とした社会保障負担金で、所得が一定水準以下である場合を除いて、老齢年金及び障害年金から源泉徴収される。

3. 関連制度

(1) 社会保険制度

フランスでは、社会保険制度の整備より前から存在した職域ごとの相互扶助組合や社会事業等を、国の社会保障に組み込む形で制度が形成されてきた。老齢保険（年金）（assurance vieillesse）と医療保険（assurance maladie）がそれぞれ別の制度であり、年金、医療ともに種々の制度が分立し、金庫が管理運営を行っているが、国民の大多数はいずれかの老齢保険制度及び医療保険制度によってカバーされる（厚生労働省 2019）。なお、介護保険制度はないが、これに相当するものとして個別自律手当（APA）がある（APAについては後述）。

(2) 社会扶助制度

フランスでは、社会保険制度の給付を受けない高齢者、障害者、児童などの救済を目的とする補足的な制度として、多くの困窮者救済策が発展してきた。社会扶助は租税を財源としており、給付を受けるには所得が一定額以下であることが条件となる（厚生労働省 2019）。

高齢者が関わる扶助としては、非拠出制（保険料ではなく主に租税を原資とする年金）の手当であ

¹⁴ 仏名はLoi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées である。

¹⁵ 具体的な施策は（近藤 2015）に記載がある。

る、「高齢者連帯手当」(allocation de solidarité aux personnes âgées; ASPA)がある。原則として65歳以上の者に給付がなされる。金額は世帯構成などにより異なるが、単身である場合は月868.20ユーロ、夫婦世帯の場合は月1,347.88ユーロで、他に収入がある場合は減額される(厚生労働省2019。金額は2019年1月現在。)

(3) 高齢者福祉サービス

社会福祉施策は、社会扶助制度の枠組みで行われ、主に税を財源とし、県が基本的な実施主体となっている(厚生労働省2019)。

厚生労働省(2019)によれば、例えば、地域社会福祉センター(Centre Communal d'Action Sociale)を経由したホームヘルプサービス等が行われおり、具体的なサービスとして、余暇クラブの設立、高齢者レストランの設置、在宅介護サービスの提供、家事援助サービス、食事宅配サービスやデイケアセンター、リハビリ老人クラブ、高齢者移送サービス等がある(厚生労働省2019)。ほかに、集合住宅、長期医療ケア病床、要介護高齢者居住施設(EHPAD)など施設サービスが整備されている。

(4) 個別自律手当 (APA)

i. 概要

2002年に初めて導入された。主に租税と社会拠出金を財源として、高齢者に手当として現金給付を行う制度である。手当の受給には、居住要件、年齢要件、身体的・精神的状態と関連した自律の欠如・喪失による影響に対処する能力がないという自律の喪失要件を充足する必要がある(原田2007)。AGGIR判定票を用いた客観的な評価の結果、受給可否および受給金額上限が決定する。

APAは、在宅介護の場合の在宅APAと施設介護の場合の施設APAがあり、それぞれ認定方法や給付内容が異なる。

在宅APAの場合、医師とソーシャル・ワーカーからなるチームが申請者の家庭を訪問し、申請者及びその家族の話合いにより介護ニーズを把握し、支援プランを作成する。支援プランに沿って介護サービスが提供されるが、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護器具購入、住宅改修などで、サービス経費から利用者負担額を差し引いたものが、給付の対象となる(厚生労働省2019)。

施設APAの場合、施設の医師が要介護認定を行う。給付対象は、医療経費及び宿泊滞在経費を除いた介護経費が受給対象となる(厚生労働省2019)。

2015年の高齢化社会適応法では、制度改革がなされ、2002年に導入されたAPAのうち特に、在宅APA制度の拡充が行われた。在宅APAにおいて、給付額の上限額の引き上げられ、ASPAの受給者である場合、支援プランにもとづいたサービス利用における自己負担を免除する。また、要介護者の能力評価において、介護者の状況やニーズを把握し、より総合的な評価を行うこととされた。

ii. 財源

APAの財源はCNSAによる。APAは社会扶助の体系に属する制度であるため、保険料財源ではなく、租税財源を主な原資としている(原田2007)。CNSAの負担分は、介護手当負担金(CSA)、国庫負担金(一般社会拠出金(CSG))、年金保険(全国老齢保険金庫(CNAV)等)の分担金が充てられており、財源の約3分の2を県が、約3分の1をCNSAが負担している(厚生労働省2019)。2013年には介護手当付加負担金(Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie; CASA)が創設

第V章 フランス

され、年金受給者も負担することとなった（厚生労働省 2019）。

iii.内容

在宅 APA と施設 APA の内容を下表の通り整理した。

	在宅 APA	施設 APA
年齢	60 歳以上	
要介護度	AGGIR 判定表の GIR1,2,3,4 に認定された人	
住居	-自宅、「近い人」の住居、契約により高齢者・障害者を受け入れる家庭 ¹⁶ 、または高齢者自律滞在施設(résidence autonomie) -国内に正規に定住していること	-25人以上を受け入れる国内のEHPADの入居者 (25人未満の施設の入居者は「在宅APA」を申請)
申請と審査	-地元当局に必要な書類(旅券等の身分証明書+所得税通知書+持ち家の場合は固定資産税通知書+生命保険(非課税の貯蓄型)の年間明細書を提出する。 -申請受領後、県の医療社会チームが申請者宅を訪問して介護度を認定し、介護者のニーズも考慮したうえで、「支援プラン」を作成する。 -「支援プラン」の総額(ヘルパー又は受け入れ家庭の報酬、交通費・食事宅配費用、技術的費用・住居調整費用、施設又は受け入れ家庭へのショートステイ費用等を含む)から自己負担額を差し引いた額が APA 支給額となる -申請受領後 2 ヶ月以内に県が APA 支給の有無を決定する。	-EHPAD が県から APA 予算を受け取っている場合には個別の申請は必要ない。 -EHPAD の医師が AGGIR 判定表に則って介護度を認定する。GIR1,2,3,4 のいずれかの認定が出た場合には「施設 APA」を受給できる。 -県が 2 ヶ月以内に APA 支給の有無を決定する。 -EHPAD は入居者の介護度に対応する「介護料金」を設定しており、これを入居者に対して請求するが、当該入居者が受給する「施設 APA」が、その「介護料金」の一部又は全額の支払いに充てられる。
支給上限額	Gir1 1737.14€ Gir2 1394.86€ Gir3 1007.83€ Gir4 672.26€	
「近い介護者」のレスパイト又は入院に伴う割増額	-レスパイトの場合：年間 506.71€ -入院の場合：1006.71€/入院	
自己負担額	-自己負担額は要介護者の所得月額によって異なる。 810.96€以下：自己負担ゼロ 810.96€超、2986.58€以下：「支援プラン総額」の 90%未満 2986.58€超：支援プラン総額の 90%	-所得月額が 2472.04€ 以下の場合には Gir5,Gir6 について EHPAD が設定する介護料金と同一額。 同 2472.04€超、3803.14€以下の場合には、Gir5,Gir6 の介護料金に、自分の Gir に相当する介護料金と Gir5,Gir6 の介護料金との差の 0-80%を加算した額。 同 3803.14€超の場合には、Gir5,Gir6 の介護料金に、自分の Gir に相当する介護料金と Gir5,Gir6 の介護料金との差の 80%を加算した額。
所得額の計算方法	所得税の課税対象となる年金や投資収入、主たる住居以外の不動産や動産、キャッシュを賃貸・投資したと仮定した場合の推定収入を積算する。在郷軍人年金、名誉称号に伴う年金、住宅援助、子どもからの経済援助、死亡保険による一時金支払などは所得の計算に含めない。	-所得額計算のベースは「在宅 APA」と基本的に同じ。 -カップルの場合は、そのパートナー（結婚相手、PACS のパートナー、同棲相手）の所得も計算に含められる。

¹⁶ 「契約により高齢者・障害者を受け入れる家庭 (accueillant familial)」は、県の認可を受け、県の監督の下に、高齢者や障害者を自宅に受け入れる制度で、受け入れ家庭は入居者と契約を結んで規定の料金体系に則った報酬を受けとる。

	在宅 APA	施設 APA
支援プラン 総額の控除	<p>-「支援プラン」の費用に関して自己負担が発生する人については、所得額に応じて 0-80%の控除率が適用される。</p> <p>-所得が「高齢者連帯手当 (allocation de solidarité aux personnes âgées; ASPA)」すれすれの水準の人については、控除率は「支援プラン」費用の 350€~550€ (約 4.2 万円~6.6 万円) については 60%、550€超の分については 80%。</p> <p>-所得が増えるにつれて控除率は逡減し、同 2986.58€ (約 36 万円) 以上では 0%となる。</p>	

(出所) フランス当局ウェブサイト <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>。

注) EHPAD は入居者に対して、滞在料金、介護料金、医療料金の三種の料金を請求する。滞在料金は要介護であるかどうかにかかわらず全居住者に一律額が請求される。介護料金は、EHPAD の医師が AGGIR 判定表にしたがって認定する介護度に応じて請求される。医療料金は入居者ではなく医療保険が支払う。

注) 65 才以上の高齢者向け最低収入保障である ASPA (高齢者連帯手当) の支給額は 2019 年 1 月 1 日以降、単身者が月額 868.20€である。マクロン大統領は同手当を 3 年間で 100€増額することを公約しており、2018 年に前年比 30€、2019 年に同 35€の引上げが行われた。2020 年にも 35€の引上げが予定される。

4. 家族介護者支援に関する法制度の内容

(1) 家族介護者への現金給付に関する制度

i. 間接給付

間接給付はないが、介護者への給付は介護される者が APA を受給していることが前提となる。詳しくは下記「ii. 直接給付」に記載する。

ii. 直接給付

2015 年高齢化社会適応法において、介護者の休息の保障が規定された。具体的な施策として、介護者が休息するための支援金制度やレスパイト・ケア手当の導入、介護人が緊急入院し、代替要員がない場合は、一時金として 992 ユーロ (約 12 万円) を上限とする支援金の給付がある (篠田 2016)。

これらの手当は APA の予算の中で扱われる。APA は介護される者の能力評価によって、受給可否や金額が決まるものであるが、初回の申請時や面談時には、介護者の評価を行うこととされている (家族扶助法典 D232-9-1)。介護者がレスパイトを利用する際には、APA にレスパイト利用分が増額される (年間上限 508.23 ユーロ (約 6 万円))。APA のうちレスパイト・ケア手当など、介護者に対して発生する手当は、介護者に直接支払われることがフランス政府のウェブサイトに記載されている。

(2) 年金・税制度上の工夫

近親介護休暇制度 (詳細は、下記 (3) 介護と仕事の両立に関する制度) における休暇中の年金積立や、医療保険料納付は国によって肩代わりされる (厚生労働省 2019)。

(3) 介護と仕事の両立に関する制度

労働者は介護のために休暇をとる制度として、近親介護休暇制度 (Congé de Proche aidant) がある。2006 年全国家族会議において打ち出され、2007 年 1 月 1 日から施行された。労働法 (Code du travail)

第V章 フランス

において定められている(L3142-16~L3142-25-1)。従来は「家族支援休暇」(le congé de soutien familial)と呼ばれていたが、2015年高齢化社会適応法により、2017年1月から、「近親介護休暇制度」という名称の制度となった。同じく2015年高齢化社会適応法により、親族でない近しい者による利用も認められるようになったほか、休暇取得の代わりにパートタイム労働への切り替えの選択や、分割しての取得が可能になった(厚生労働省2019)。

勤続年数2年以上であることが条件で、休暇の期間は3ヶ月であるが、最長で合計1年まで延長することができる(厚生労働省2019)。使用者は申請を拒否することができず、復職後は従前と同一ポスト、あるいは同等とみなされるポストが保障されている(原田2007)。休暇中の給与支払い義務はなく、同休暇に関連する手当もないが、前述の通り、休暇中の年金積立や保険料納付が免除される。

ほかに、終末期の近親者を介護する休暇制度として最長3か月間の休暇を取得できる「家族連帯休暇(Congé de solidarité familiale)」がある(厚生労働省2019)。

(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度

i. レスパイト利用に対する手当

「(1) 家族介護者への現金給付に関する制度」に記載の通り、2015年高齢化社会適応法において、介護者の休息の保障が規定され、介護者がレスパイトを利用する場合、APAの給付額が増額され、介護者に支払われる。

ii. 地域インフォメーション・コーディネーター (CLIC)

日本の地域包括支援センターと類似の機能を持つ組織として、「地域インフォメーション・コーディネーターセンター」(Centre Local d'Information et de; CLIC)がフランス全土に設置されている。CLICは、在宅高齢者とその家族に対する総合相談・助言を行い、課題解決のために地域の社会資源とのネットワークを形成し、サービスの調整等を行っている。(篠田2016)。

5. 今後の動向

2018年以降、マクロン政権下で介護・介護者関連の新法制定へ向けた動きが本格化した。法案作成へ向けた協議プロセスとして、2018年10月から2019年2月まで4ヶ月間にわたる全国協議が行われ、協議の結果とそれに基づく提言をまとめた報告書「高齢者と自律に関する協議報告書」(Rapport de la concertation Grand âge et autonomie)が2019年3月に連帯・保健大臣に提出された。報告書提出により、報告書の提言を叩き台とする法案作成が始動することになり、高齢者の自律に関する法案の提出が2019年12月に予告された。

上記法案の準備が進められる一方、関連する戦略や法的措置の発表が相次いだ。2019年10月には、家族介護者など非職業的立場で介護にあたる人を対象とする「介護者のための動員・支援戦略2020-2022年」(Stratégie de mobilisation et de soutien aidants 2020 - 2022)が発表された。同戦略の概要は以下の通りである(フランス当局のプレスリリースによる)。

1) 「近しい介護者」の孤立化を打開し、日々の活動を支援する。

- ・ 「近しい介護者」向けの全国共通電話受付窓口を設置する。「近しい介護者」としての自己認識を普及させ、適切な相談窓口へつなぐ。(2020年から)
- ・ 「Je reponds aux aidants(介護者に答えます)」という名前の相談窓口ネットワークを展開する。

(2020年から)

- ・「Je reponds aux aidants(介護者に答えます)」ラベルのインターネットポータルを開設する。介護者が地元の支援組織や支援パッケージを検索できるようにする。(2022年までに)
 - ・職業的介護者や他の「近しい介護者」との接触の場を設け、個別又はグループ単位での心理的支援やトレーニングを提供する(会合形式又は遠隔)。2022年までに45万人以上の利用を目指す。
- 2) 「近しい介護者」に新しい社会的権利を付与し、行政手続を簡素化する。
- ・介護休暇手当の支給。2020年10月から、民間被雇用者、自営業者、公務員、失業保険受給者に支給する。「重病又は重大事故の子どもの付き添い休暇」に支給される額と同じ(一日当たりカップルで43ユーロ(約5,200円)、単身で52ユーロ(約6,200円))
 - ・介護休暇取得の条件となっていた「勤続年数1年後以降」という条件が撤廃される。(2020年1月から)
 - ・介護休暇を取得しても失業保険支給額の計算にマイナスの影響がない制度とする。(2019年11月から)
 - ・介護休暇期間は年金支給額計算のための就労期間に自動的に含める。(2020年10月から)
- 3) 「近しい介護者」の私生活と職業生活の両立を可能にする。
- ・「子どもの付き添い休暇」取得の条件を緩和する。半日ずつの分割取得を可能にする。(2020年9月までに)
 - ・介護のため長期にわたって休業しなければならなかった人のキャリアパスを支援する(介護期間に得た能力・経験を認定するシステム等)。(2021年から)
 - ・「近しい介護者」支援を企業内交渉で扱うことを義務化する。「近しい介護者」支援をCSER(企業の社会環境責任)の項目に盛り込むこと。(2020年から)
- 4) レスパイトのためのソリューションを拡充し、多様化する。
- ・レスパイトソリューションの拡充・多様化全国プランをスタート。2020-22年度の追加予算は1億500万ユーロ(約130億円)。
 - レスパイトのための一時滞在施設(デイサービス・ショートステイ施設等)の受入れ能力を2022年までに倍増させる。
 - レスパイト支援を得られる「近しい介護者」の数を2022年までに倍増させる。
 - 官民協力によるイノベティブなレスパイトソリューションの展開
 - カナダ・ケベック州の「バリュシヨナージュ(baluchonnage)」システムにならって、レスパイト期間中に第三者が在宅して介護のバトンタッチをするシステムを2022年をメドに本格展開する。現在54県で試験実施中。
 - 「バリュシヨナージュ」はマクロン大統領の公約にも盛り込まれていた。
- 5) 「近しい介護者」の健康のための対策
- ・「近しい介護者」の健康上のリスクについての理解を深める。2020年に公衆衛生調査を実施する。
 - ・健康リスクを抱えた「近しい介護者」が存在することについての医療関係者の認識を高め、反射

第V章 フランス

的に適切な対応ができるようにする。(2020年から)

6) 若年介護者

- ・若年介護者が存在することについての小・中・高校教職員が認識を高め、適切な指導が行えるようにする(NPO団体と共同で開発したツールを実験的に導入する)。
- ・大学生の介護者に授業への出席や試験などに関しての便宜をはかる。(2019年末から)

6. 参考資料

Institut national de la statistique et des études économiques 「Enquête Handicap-santé - volet ménages」. 参照先：<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1245>. (閲覧日：2020年3月26日)

厚生労働省(2019)「欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向(フランス)」. 厚生労働省『2018年 海外情勢報告』, 51-101.

国際長寿センター(2012)「暮らしのすがた フランス」. 国際長寿センター『高齢社会を生きる Aging—Our Global Relations』, 94-99.

近藤伸介(2015)「フランスの認知症国家計画」『海外社会保障研究』, 190, 14-23.

篠田道子(2016)「医療・介護ニーズの質的变化と地域包括ケアへの取り組み：フランスの事例から」『社会保障研究』, 1(3), 539-551.

原田啓一郎(2007)「フランスの高齢者介護制度の展開と課題」『海外社会保障研究』, 161, 26-36.

フランス政府「Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)」. 参照先：<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>. (閲覧日：2020年3月26日)

フランス政府「Congé de proche aidant」. 参照先：<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>. (閲覧日：2020年3月26日)

第VI章 スウェーデン

【概要】

【社会的・文化的背景、法制度の検討経緯】

- 1950 年以前の高齢者ケアは、老人ホームに強制的に入居させられるケースも多かったが、徐々に施設介護から在宅介護へと転換され、1992 年のエーデル改革により、在宅介護中心の動きがより加速したことから、家族介護者支援の必要性が高まった。
- 2009 年に施行された改正社会サービス法では「社会委員会は、長期の病気を患っているかまたは高齢である近い人を介護しているか、または障害のある近い人を支援している人たちの負担を軽減するために、支援を行わなければならない」とされ、家族介護者支援がコミューン(市町村に相当)に義務付けられた。
- スウェーデンでは、高齢者の暮らしについては、公的サービスで支えるべきとの考え方が比較的強い。

【関連制度】

- スウェーデンの社会保障制度は、社会保険が中心であるが、所得保障を目的とした現金給付が中心であり、日本の医療保険や介護保険といったサービス費用の財源とする制度ではない。
- 社会サービス法に基づき、コミューンが介護サービスを提供するが、サービスの内容や利用要件などの明確な定めはなく、各コミューンが枠組みの範囲内で自由に定め、運営する。介護費用は、コミューンの税財源と利用者負担で賄っている。また、高齢者に対する医療は、ランスティング(都道府県に相当)の税収入によって運用される。
- 介護サービスの利用申請があった場合、コミューンに配置されているニーズ判定員が、申請の受付から介護ニーズの調査と支援判定 の手続きを行い、コミューンの社会委員会が支援の決定を行う。

【家族介護者支援制度】

(間接給付)

- 「①家族を介護職員としてコミューンが採用し、家族手当を給付する家族介護職員制度」、「②重度の障害を持つ要介護者に対して給付する、パーソナルアシスタンス補償金(家族を選択することが可能)」、「③コミューンが独自の取組として行う、在宅介護手当の給付」などがある。

(直接給付)

- 以下の介護有給休暇に対する経済的補償として、家族手当が支給される。補償期間は、1 人の要介護者あたり最大 100 日であり、支給額は従前所得の 80%相当額を基本とする。

(介護と仕事の両立に関する制度)

- 1988 年に施行された親族等介護有給休暇法をもとに、介護を理由とした有給休暇を認めている。家族や友人など、近い人が、重度の病気を患っている場合に限り、看取りのために取得できる休暇制度で、通常の高齢者に対する介護や家族介護者支援には適用されない。

(レスパイト・相談窓口など)

- ほとんどのコミューンで実施されている家族介護者支援の取組はレスパイトであり、例えば、スウェーデンの特徴的な取組として、家族介護者の休息のためにヘルパーを派遣するホームレスパイトなどがある。
- 介護者出会いセンターとして、家族介護者が集まる場所等を用意しているコミューンもあり、講演会や家族会の開催などが主な活動となっている。

【今後の動向】

- 2019 年 5 月に開催された「第 21 回家族介護者カンファレンス」で、社会省大臣の Hallengren 氏は、家族介護者に関する国家戦略の策定を検討していると発表した。

1. 要介護者と家族介護者の定義

スウェーデンにおける社会サービス法 (Socialtjänstlag) は、「母子福祉、社会扶助、障害者ケア、高齢者ケアなどを含むスウェーデン社会サービスにおける包括的基本法」(奥村・伊澤 2006, p.50) である。複数の法律に分けられていた関連法を統合し、1982年に施行された。この法を基に、コミューン¹⁷ (市町村に相当) は、子供の保育、高校までの全学校、障害者福祉、高齢者福祉等といった、住民の福祉に関するサービスを提供している。社会サービス法において、日本における介護保険法のような「要介護者」に該当する明確な単語はなく、主に「個人 (den enskilde)」や、「ケアを受ける者 (Brukare)」が介護サービスの利用者を指す用語として使用されている。

2009年7月に施行された改正社会サービス法 (第5章第10条) で、家族介護者に対する支援をコミューンに義務付けた。具体的には、「(コミューンの) 社会委員会¹⁸は、長期の病気を患っているかまたは高齢である近しい人を介護しているか、または障害のある近しい人を支援している人たちの負担を軽減するために、支援を行わなければならない」としている。この条文における「近しい人 (narstående)」には、両親、配偶者またはパートナー、子ども、きょうだいまたは他の親族、そして親友、隣人、知人が含まれる (藤岡 2016, p.81)。スウェーデンにおける介護者とは、家族だけでなく、親しい友人や隣人等も含んだインフォーマル介護者のことを指している。

2. 家族介護者支援に関する法制度の背景

(1) 統計データ

2018年時点で、スウェーデンの総人口は約1,023万人、うち65歳以上人口は約203万人(約19.9%)、80歳以上人口は約5.3万人(5.2%)である (Socialstyrelsen 2019a; Swedish Institute 2019)。平均寿命は、男性が81歳、女性が84歳である (Swedish Institute 2019)。

2019年時点で、スウェーデンでは、約23.6万人の高齢者が在宅サービスを利用し、約8.8万人の高齢者が施設サービスを利用している (Socialstyrelsen 2019a)。(図表 VI-1 参照)

図表 VI-1 福祉サービス利用者数 (人)

年	2014	2015	2016	2017	2018
在宅サービスを受ける 65歳以上の高齢者	221,634	223,250	228,476	231,324	236,360
施設サービスを受ける 65歳以上の高齢者	88,712	87,903	88,886	88,208	88,044
(参考) 総人口	9,747,355	9,851,017	9,995,153	10,120,242	10,230,185
(参考) 65歳以上人口	1,912,884	1,947,227	1,976,857	2,006,146	2,035,711
(参考) 65歳以上の割合 (%)	19.4	19.6	19.8	19.8	19.9

出所 Socialstyrelsen. (2019a). Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2018. Statistics Sweden. (2019). Summary of Population Statistics 1960–2018. より作成。

¹⁷ 2020年4月現在、290のコミューン、20のランスティング(都道府県に相当)がある。コミューンは、福祉サービス(高齢者福祉、障害者福祉等)を提供し、ランスティングは、保険・医療サービスを提供する(厚生労働省 2019)。

¹⁸ 社会委員会 (socialnämnden) とは、コミューンの議会における各種委員会の1つで、社会サービス法に示された業務の決定を行う。コミューンの議員から委員が構成される。文献によっては、社会福祉委員会と訳されることもあるが、本章では社会委員会と表記する。

第Ⅶ章 スウェーデン

保健福祉庁¹⁹は、2012年にスウェーデン統計局と協働し、18歳以上人口のうち15,000人を無作為に抽出し、アンケート調査を実施した結果から、家族介護者の人数を推計している。そのアンケート調査の回答者8,202人のうち18.4%が、定期的に長期的な病気や高齢または障害を持つ人を介護していると回答した。この割合は、18歳以上のスウェーデン人口757万人のうち約134万人に相当し、そのうち約90万人は労働年齢人口に相当する。内訳として、「介護する」と回答した人のうち、①「毎日介護をする」が約30%、②「少なくとも週1回介護をする」が約46%、③「少なくとも月1回介護をする」が23%であった (Socialstyrelsen 2014a, p.16)。

介護を理由とした離職者数に該当する統計は見当たらないが、2012年の保健福祉庁調査によると、約15%の家族介護者は、介護が何らかの形で仕事に影響を与えたと回答した。特に、週に10時間以上介護する家族介護者のグループのうち半数以上が、労働時間を短縮したり、仕事を辞めたり、仕事を得ることが難しかったりと、介護が仕事に影響したと回答した (Socialstyrelsen 2014a, p.30)。

(2) 社会的・文化的背景

高齢者の生活と意識に関する国際比較調査²⁰によると、高齢者の家族との同居状況について、日本では、単身世帯(15.5%)、夫婦二世帯(36.5%)であった一方、スウェーデンでは単身世帯(47.9%)と夫婦二世帯(47.4%)が多く、日本と比較してスウェーデンでは、子どもや孫と同居する高齢者は少ない (内閣府 2016, p.59)。

介護者との同居状況について、EUROFAMCARE 研究グループの調査²¹によると、45.6%の介護者が要介護者と同居し、別居している場合は、同じ建物内の別居が2.1%、徒歩圏内での別居が21.5%、車・バス・電車で30分以内の距離の別居が26.7%であった (Lamura, et al. 2008, p.127)。

また、2012年の保健福祉庁調査で、全回答者のうち、「介護している」と回答した人は、女性が20%、男性が16%であった。介護者全体でみると、女性が53%、男性が47%であった (Socialstyrelsen 2014a, p.19)。

スウェーデンでは、夫婦間に扶養義務はあるが、子どもに対する老親扶養の法的責任はない (安藤 2008, p.24; 久保 2018, p.150)。しかしながら、介護者における主に介護する相手の割合をみると、およそ50%の介護者が親を介護し、約25%が配偶者やパートナーを、約20%が子どもを介護している (Socialstyrelsen 2014a, p.17)。また、介護者の年齢階級別で主に介護を提供する相手を見ると、18歳から29歳の介護者では、きょうだいや親族が主な介護する相手である割合が高く、30歳から44歳のグループと45歳から64歳のグループでは、親が主な介護する相手である割合が高くなる。また、介護者が高齢になるにつれ、配偶者・パートナーが主に介護を提供する相手となっている (Socialstyrelsen 2014a, p.18)。(図表 VI-2 参照)

要介護者の年齢でみると、介護者の約71%が65歳以上の要介護者を介護し、そのうち約半数の48%の家族介護者は、80歳以上の要介護者を介護している。高齢者を介護する介護者にとって、要介護者

¹⁹ 保健福祉庁は、社会省 (Socialdepartementet) の下に設置される1機関で、主に医療保険や社会扶助等の社会保障・社会福祉制度を管轄している。訳者や著者によって「社会福祉庁 (藤岡 2016)」などと訳され報告されることもあるが、本章では厚生労働省 (2019) に則って、「保健福祉庁」と表記する。

²⁰ 内閣府が5年ごとに実施している調査で、日本の高齢者と諸外国の高齢者の生活意識を把握することを目的としている。第8回「高齢者の生活と意識に関する国際比較調査 (2015年実施)」は、日本・アメリカ・ドイツ・スウェーデンの60歳以上の高齢者を対象に、原則1,000サンプル回収、調査員による個別面接聴取調査で実施された。

²¹ この調査における介護者は、要介護者との関係について、配偶者・パートナーが48.1%、子どもが40.5%で、その他割合は少ないが、嫁・婿、きょうだい、叔母・叔父、いとこ、孫、近隣住民も含まれる (Lamura, et al. 2008, p.127)。

のうち 61%は親、19%はきょうだいはまたは親族、11%は配偶者またはパートナーである (Socialstyrelsen 2014a, p.18)。

図表 VI-2 主に介護を提供する相手 (家族介護者の年齢階級別)

家族介護者の年齢階級	主な要介護者
18 歳から 29 歳	きょうだい・親族 (45%)
30 歳から 44 歳	親 (36%)、子ども (27%)
45 歳から 64 歳	親 (61%)
65 歳から 80 歳	配偶者・パートナー (33%)、親 (24%)
80 歳以上	配偶者・パートナー (73%)

出所：Socialstyrelsen . (2014a). *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser.* p.18. より作成。

また、スウェーデンでは、公的サービスで高齢者の暮らしを支えるべきとする考え方がある。高齢者の生活と意識に関する国際比較調査によると、高齢者に老後の生活費に対する考え方について、日本では、「家族や公的援助に頼らないよう働いて準備 (全体 45.7%)」が一番多い回答であった一方、スウェーデンでは、「社会保障など公的援助がまかなうべき (全体 75.3%)」が一番多い回答であった (内閣府 2016)。また、日本では、老後の生活費を「家族が面倒をみるべきである (6.0%)」とする回答も見られたが、スウェーデンでは、0.8%とほとんど回答がみられなかった (内閣府 2016, p.149) (図表 VI-3 参照)。

図表 VI-3 老後の生活費に対する考え方 (年代別) (%)

		n	家族や公的援助に頼らないよう働いて準備	家族が面倒をみるべきである	社会保障など公的援助がまかなうべき	その他	無回答
日本	全 体	(1,105)	45.7	6.0	44.9	3.4	-
	60~64歳	(201)	48.3	4.0	46.3	1.5	-
	65~69歳	(292)	46.6	4.8	45.9	2.7	-
	70~74歳	(223)	43.5	7.2	45.7	3.6	-
	75~79歳	(171)	45.6	7.6	43.3	3.5	-
	80~84歳	(133)	45.9	3.0	46.6	4.5	-
	85歳以上	(85)	42.4	12.9	36.5	8.2	-
アメリカ	全 体	(1,003)	43.6	5.9	42.3	7.8	0.5
	60~64歳	(216)	40.7	4.6	44.9	9.7	-
	65~69歳	(215)	35.3	8.4	45.6	10.2	0.5
	70~74歳	(172)	40.1	2.9	47.1	9.3	0.6
	75~79歳	(163)	47.2	6.1	41.7	4.3	0.6
	80~84歳	(135)	53.3	8.1	31.1	5.9	1.5
	85歳以上	(102)	53.9	4.9	37.3	3.9	-
ドイツ	全 体	(1,008)	35.0	7.3	50.3	4.5	2.9
	60~64歳	(230)	28.7	6.1	58.7	4.8	1.7
	65~69歳	(212)	33.5	6.6	50.5	4.7	4.7
	70~74歳	(231)	36.4	8.2	48.1	4.8	2.6
	75~79歳	(137)	40.9	6.6	46.7	3.6	2.2
	80~84歳	(109)	37.6	5.5	49.5	5.5	1.8
	85歳以上	(89)	39.3	13.5	40.4	2.2	4.5
スウェーデン	全 体	(1,000)	19.0	0.8	75.3	4.9	-
	60~64歳	(182)	12.6	-	79.7	7.7	-
	65~69歳	(268)	17.9	0.7	78.4	3.0	-
	70~74歳	(261)	21.8	0.4	72.4	5.4	-
	75~79歳	(131)	24.4	1.5	68.7	5.3	-
	80~84歳	(104)	15.4	2.9	77.9	3.8	-
	85歳以上	(54)	25.9	-	70.4	3.7	-

出所：内閣府 (2016) 「平成 27 年度第 8 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」 p.150.

第Ⅶ章 スウェーデン

(3) 法制度の検討の経緯

スウェーデンの介護制度は、施設ケアから在宅ケアを中心とする高齢者ケアに移行した経緯がある。在宅ケアへの移行につれ、家族介護者の存在が社会的に認知されるようになり、1998年に改正された社会サービス法に、コミューンに対して家族介護者支援を推奨する条文が加えられた。その後、政府から家族介護者支援に対する補助金が交付され、コミューンによる支援が促進された。そして、2009年に施行された改正社会サービス法によって、家族介護者支援の実施がコミューンの義務となった。本節では、介護サービスを提供する際の基本法である社会サービス法の制定から、家族介護者支援に関する法制度検討の経緯を述べる。

i. 社会サービス法制定（1980年）までの背景

スウェーデンにおいて、高齢者福祉が発展したとされるのは、1950年から1960年代である。1950年以前は、救貧法（後の社会扶助法）に基づき、最貧困層の高齢者を老人ホーム²²に収容していたという（奥村・伊澤 2006, p.46）。専門職によるケアや住居の提供、さらには扶養の問題を解決できるとして、全国でも老人ホームの建設が進められる中、1952年に『老年期スウェーデン』という題で、老人ホームの告発ルポが発売された（訓覇 2012, p.56）。当時、公的機関による一方的な入所措置の決定が可能で、老人ホーム入居者は、貧民救済局により強制的に入居させられた人も多く、また、高齢者だけでなく、精神障害者・知的障害者なども入居していた（高田 2005, p.267；藤岡 2016, p.36-37）。『老年期スウェーデン』の著者は、「老人ホームは姥捨て山」だと批判し、老人ホームでの生活は社会から隔離され、高齢者を確実に死へ追いやっていると指摘した（藤岡 2016, p.37；訓覇 2012, p.56）。

この告発をきっかけに、スウェーデンでは、高齢者ケアの提供が施設から在宅へと転換されていった。1950年に赤十字社がホームヘルプサービスを開始し、1952年には保健福祉庁が「ホームヘルプ指針」を発表した（藤岡 2016, p.37）。1960年の高齢化率が12%に達し、介護資源の不足が課題とされ、1964年にホームヘルプサービスに対する国庫助成金が導入されるなど、在宅を重視する政策がとれるようになった。政府は、「高齢者の人格の尊重や住み慣れた環境での生活」を高齢者ケアの原則と考え、施設ケアは必要ある場合にのみ提供することとし、在宅ケアを中心とすることを確認した（訓覇 2012, p.57）。その結果、ホームヘルプサービスに対する需要が急増し、非営利団体が対応しきれず、コミューンにホームヘルプサービスの運営を任されるようになった（藤岡 2016, p.37）。1970年代には、送迎や配食、入浴、余暇活動のためのデイセンターなど、多様な介護サービスが提供されるようになった（訓覇 2012, p.57）。

施設ケアに対する考え方の変化に伴い、施設ケアや高齢者住宅の在り方も変容していった。老人ホームの入所者は1974年をピークに減少し、1970年代後半から1980年代にかけてサービスハウスが多く建設された（奥村 2008, p.27）。サービスハウスとは、高齢者の集合住宅で、高齢者は賃貸契約を結び入居する。サービスハウスには、介護職員が常駐し、ホームヘルプサービスとして介護サービスが提供された。しかしながら、共用部分にレストランや美容室などが設置されホテルのようだと評されるほど、サービスハウスは大規模で贅沢な高齢者住宅であったため、その後、高齢者の転居の負担軽減になるよう、小規模な高齢者住宅が多く建設されるようになった（藤岡 2016, p.37-38）。

旧社会扶助法や旧アルコール乱用者のケアに関する法律等の社会福祉に関する法律を統合し、1980

²² 1947年に発表された高齢者政策基本方針で、従来の救貧施設から高齢者の生活施設として老人ホームが位置付けられた。（訓覇 2012, p.56）

年に社会サービス法が制定され、1982年に施行された。同法制定前の社会福祉法制では公的機関に大きな権限があり、個人の自由意思と自己決定を基礎とした社会福祉に関する法律の制定が求められたことから、社会サービス法には、個人の自己決定権の尊重が基本原則として位置づけられている（高田 2005, p.266）。また、個人のニーズ等に応じて、サービスの提供内容を合わせられるよう、サービスの内容に関して細かな規定はほとんど見られず、代わりにランスティング（日本の都道府県に相当する広域自治体）や国を監督機関とし、また裁判所による統制を定めている（高田 2005, p.266）。

ii. 1992年エーデル改革

前節のように、スウェーデンでは早い段階で多様な介護サービスが拡充されており、介護サービスの供給が極端に不足するといった課題は生じていなかった。しかしながら、保健医療サービスはランスティング、介護など社会福祉サービスはコミューンと、実施主体が明確に区別され、社会的入院という問題が生じていた（安藤 2008, p.15）。その背景として、在宅に移行する高齢者を病院から引き受けるコミューンのインセンティブが欠如していたことと、コミューンが提供するサービス利用料より入院にかかる自己負担額のほうが安かったことが指摘されている（伊澤 2006）。

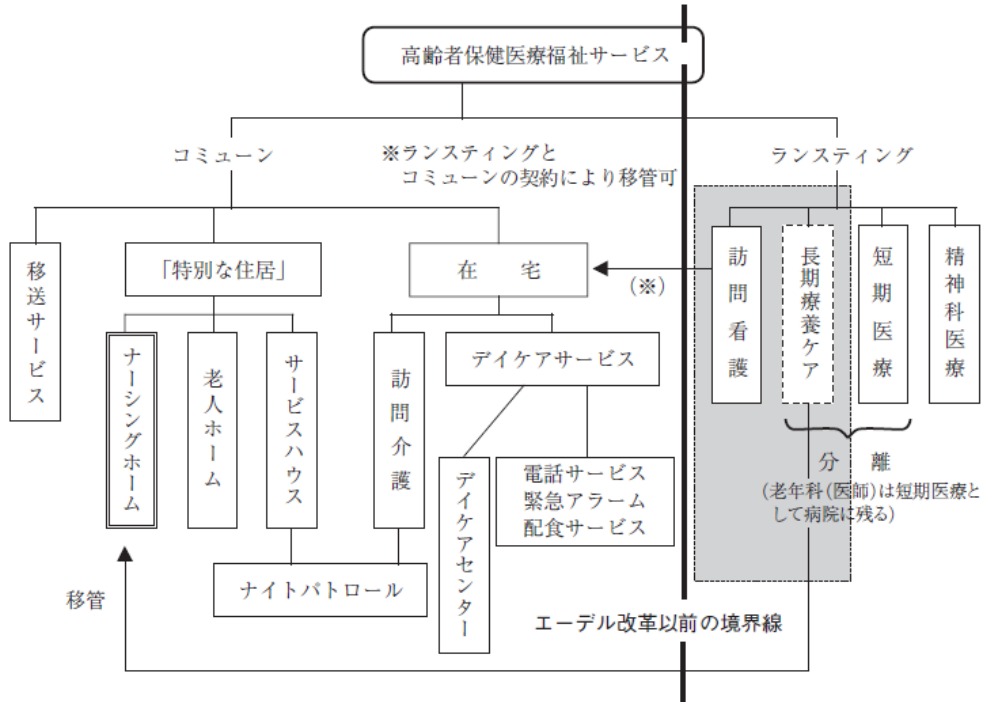
1992年、社会的入院の解決や資源の有効利用などを目指し、保健医療と介護等の社会福祉サービスの行政的統合を目的としたエーデル改革が行われた。具体的には、①改革前にランスティングが提供していた長期療養病院・地域療養ホームなどを「ナーシングホーム」としてコミューンに移管し、②医療施設であったナーシングホームを、サービスハウス・老人ホームとともに社会サービス法上で「特別な住居」として住居系サービスに位置づけ、③特別な住居で提供される高齢者に対する医療や介護サービスの内容・利用者負担等を各コミューンで一元化するなど、大きく制度が改正された（伊澤 2006）（図表 VI-4 図表 VI-4 参照）。改革前は、入居者の介護度が低い場合にはサービスハウス、介護度や看護度が高い場合にはナーシングホームと、入居者の必要な介護度によって施設を替えるといったことも行われていたが、特別な住居として住居系サービスが一元化されたことで、そうした住み替えが不要となった（奥村 2008, p.28）。この改革は、社会的入院の減少や、平均入院日数の短縮、高齢者向け住居の整備促進などにつながり、手厚い介護を必要とする高齢者も自宅へ帰すこととなった（安藤 2008, p.16；渡辺 1999, p.72）。

iii. 家族介護者支援に関する法制度の検討の経緯

エーデル改革後、在宅介護が中心となり家族や親族の介護者が増加した。1996年に設立されたスウェーデン介護者協会（AHR）をはじめとする複数の団体が、スウェーデン政府に家族介護者支援の必要性を訴え、また、介護における家族の役割やその負担感、支援の必要性を訴える調査報告が増えていく中で、家族介護者の存在が社会的に認知されるようになった（藤岡 2016）。

1998年1月に社会サービス法が改正され、家族介護者支援について明記された。具体的には、同法第5条に「（コミューンの）社会委員会は、長期の病気を患っているか、高齢であるか、または機能障害のある近しい人を介護している人に対して、援助と一時休息（レスパイト）によって、その負担を軽減するべきである」という条項が追加され、コミューンによる家族介護者支援の実施が推奨された（藤岡 2016, p.81）。

図表 VI-4 エーデル改革の概要



出所：伊澤知法（2006）「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携」 p.34

原著：斉藤弥生（1994）「エーデル改革の政治経済学」岡沢憲英・奥島孝康編『スウェーデンの経済』早稲田大学出版部

この法改正を受け、「介護者 300 (Anhörig 300)」プロジェクトが立ち上げられた。このプロジェクトでは、1999 年から 2001 年の 3 年間で、家族介護者支援補助金として 3 億スウェーデン・クローナ（以下 SEK）（約 49.5 億円²³）が政府からコミュニティへ交付された（藤岡 2016, p.99）。コミュニティごとに介護者支援実施計画を策定し、ホームヘルプサービスの提供や、家族介護者のための教育プログラムの実施、家族介護者の相談支援を行う家族支援員の設置などに様々な政策に補助金が活用された（藤岡 2016, p.99 ; 久保 2018, p.150）。

介護者 300 プロジェクトの補助を受け、家族介護者に対する支援策を継続して実施したコミュニティの取組を継続的に発展させるため、政府は新たな施策を展開した。2005 年初めに、政府は 2005 年から 2007 年の 3 年間の間に毎年 2,500 万 SEK（約 3.9 億円）の補助金交付と、コミュニティの介護者支援の発展に対する評価方法の開発を決定した（藤岡 2016, p.100）。また、2005 年末には、2006 年から 2007 年にわたって、介護者団体および年金者組織への補助金と、家族介護者支援のための介護者能力センター（Nationellt Kompetenscentrum anhöriga; NKA）²⁴開設を含む新しい取組に対して、各年 1 億 SEK（日本円で約 16 億円）を追加の補助金として予算を確保した（藤岡 2016, p.100）。2008 年にも、政府はコミュニティに対し 9,000 万 SEK（約 15.7 億円）、介護者能力センターに対し 500 万 SEK（約

²³ 1998 年 1 月 1 日時点で 1SEK は約 16.5 円だった。2005 年には約 15.5 円、2006 年に約 16.0 円、2007 年に約 17.0 円、2020 年に 11.5 円という変遷であった。

²⁴ 保健福祉庁からの補助を受け、2008 年に開設された。介護者能力センターでは、自治体や議会等に対し、家族介護支援の専門家として支援を行うことや、年齢・病気・症状・障害問わずすべての家族介護者に関することに携わることを使命としている。介護者支援に関する知識の蓄積や、知識等の提供、コンサルティング、家族介護者に対する教育プログラムの提供、家族介護者に関する年次会議の開催など、様々な活動を行っている（NKA 2016a）。

8,700万円)、介護者組織に対し500万SEK(約8,700万円)をそれぞれ交付した(藤岡2016, p.100)。

そして、改正された社会サービス法が、2009年7月に施行され、家族介護者支援がコミューンに義務付けられた。具体的には、同法第5章10条に、「(コミューンの)社会委員会は、長期の病気を患っているかまたは高齢である近しい人を介護しているか、または障害のある近しい人を支援している人たちの負担を軽減するために、支援を行わなければならない」と規定された(藤岡2016, p.81)。保健福祉庁に、社会サービス法の改正に関する周知や、家族介護者支援に関するガイドラインの作成、2009年と2010年のコミューンに対する補助金交付、そして改正に関する事業評価が義務付けられた(藤岡2016, p.81)。

社会サービス法の改正を受け、2010年から2014年の5年間、保健福祉庁は、コミューンによる家族介護者支援の実施状況に関するアンケート調査を実施した。全数回収ではないものの、毎年70%から87%のコミューンが回答した。アンケート調査では、高齢者ケア、障害者ケア、そして個人・家族ケアの3つのサービスにおける家族介護者支援についてたずねている。それぞれのサービスでの計画等への反映や事業計画の策定の実施状況は、図表VI-5のとおりである(Socialstyrelsen 2014b)。2014年には、高齢者ケアに関する計画に家族介護者支援の内容を追加・策定したコミューンは、回答したコミューンの76%であった。

図表 VI-5 計画への反映や事業計画の策定等の実施状況

	実施しているコミューンの割合				
	2010	2011	2012	2013	2014
高齢者ケア	62%	75%	76%	76%	76%
障害者ケア	35%	51%	56%	59%	62%
個人・家族ケア	17%	30%	39%	41%	50%

出所: Socialstyrelsen. (2014b). *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående Slutrapport 2014*. より作成。

3. 関連制度

(1) 社会保障制度の全体像

スウェーデンの社会保障制度は、国が提供する年金、児童手当、傷病手当等の現金給付、ランスタイングが提供する保健・医療サービス等の現物給付サービス、そして、コミューンが提供する高齢者や障害者等の福祉サービスに分けられる(厚生労働省2019, p.152)。

スウェーデンの社会保障制度は、社会保険が中心である。税務署に住民登録し、個人番号が付与されることによって社会保険に加入したこととなり、居住する全住民(16歳以上のスウェーデン人およびスウェーデンに1年以上居住する外国籍の者)が加入する強制保険の体制を取っている。基本的に給付水準に所得制限はなく、収入に対する定率で保険料を支払い、収入がなくても社会保険給付を受ける権利を保持している(町田敦子2008, p.147)。

「社会保険(Socialförsäkring)」には、年金等の社会保険料を財源とする給付のほか、児童手当等の税金を財源とする給付(社会扶助を除く)や、労災保険(運営主体が労働組合である失業保険を除く)も社会保険に含まれる(町田敦子2008, p.147; 厚生労働省2019, p.152)。1999年に改正し、2001年に施行された社会保険法(SFS1999:799 Socialförsäkringslag)では、「社会保険とは①歳入が租税か保険料かを問わず、社会保険庁が「給付」するものであり、②居住に基づく給付と就労に基づく給

第Ⅶ章 スウェーデン

付に分けられる」とされている。社会保険に位置付けられている給付は、「①家族及び児童にかかる経済的保障、②病気や障害にかかる経済的保障、③高齢者に対する所得保障」の3種類に大別され、その給付の総数は50以上になる（町田敦子 2008, p.148）。したがって、スウェーデンの社会保険における給付は、所得保障を目的とした現金給付が中心であり、日本の医療保険や介護保険といったサービス費用の財源とする制度ではない（厚生労働省 2019, p.152）。

(2) 社会サービス法

スウェーデンでは、社会サービス法に基づき、コミューンが介護サービスを提供する。同法において、介護サービスの明確な定めはなく、各コミューンがサービスの内容や利用要件など、枠組み法の範囲内で自由に定め、運営することができる（Lennarth 2004, p.18）。ただし、枠組み法内であれば全く自由ということではなく、法律の解釈等について、保健福祉庁が発行する庁令やガイドラインが制限を付加し、保健福祉庁や県行政庁には監督機関としての役割がある（奥村・伊澤 2006, p.50-51）。また、社会サービス法は権利法であり、国民に対して権利を付与している。具体的には、個人の自己決定権を尊重することを基本原則として位置づけ、個人の援助を受ける権利、手続的権利、裁判所へ訴える権利を同法に明記している（高田 2005, p.266）。このため、同法に基づくコミューンの決定に対し、個人の権利を主張し、裁判所に訴えることが可能であり、コミューンの裁量を制限している（奥村・伊澤 2006, p.51）。

i. 介護サービスについて

スウェーデンの介護サービスには、在宅サービスと特別な住居における施設サービスに大きく分けられる。在宅サービスには、ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、訪問看護、配食サービス、移送サービス、緊急アラームなどがある（厚生労働省 2019, p.162）。ホームヘルプサービスに関して、全国のコミューンでは、障害のある高齢者が必要な支援を受け続け、一生に渡って自宅で生活できるよう、24時間体制のシステムを構築している（Swedish Institute 2019）。また、ほぼ全てのコミューンで、配食サービスが提供されている（Swedish Institute 2019）。さらに、通常の公共交通機関の利用が難しい高齢者や障害者は、タクシーや特別な移動車両を利用し、移動することができる（Swedish Institute 2019）。

また、法制度検討の経緯に関する節で述べた通り、スウェーデンでは、施設サービスを「特別な住居」と呼称し、施設ではなく、高齢者の住宅と位置付けている。特別な住居には24時間介護職員が常駐している（小松 2016）。社会サービス法において、特別な住居は、身体的・精神的に重度の介護を必要とする高齢者等を対象としていることから、コミューンの社会委員会がその入居を決定する（厚生労働省 2019, p.162）。在宅での生活を続けることが出来ない高齢者が入居するため、特別な住居は、高齢者の最期の住まいとなっている（小松 2016）。ちなみに、特別な住居に入居していないその他の高齢者は、自宅、もしくはシニア住宅²⁵や安心住宅²⁶と呼ばれる住宅で、在宅サービス等を利用しながら生活をしている（小松 2016）。

²⁵ シニア住宅とは、部分的にバリアフリー化された一般住宅のうち、入居年齢が55歳以上といった要件がある住宅（マンション）のこと（小松 2016）。

²⁶ 安心住宅とは、介護度が軽度な高齢者（入居年齢が70歳以上）向けのバリアフリー住宅のこと（小松 2016）。

ii. サービスの利用までの流れ

在宅サービスの利用や特別な住居への入居など、社会サービス法に基づくサービスの利用申請があった場合、コミューンに配置されているニーズ判定員が、申請の受付からニーズ調査と支援判定の手続きを行い、コミューンの社会委員会が支援の決定を行う（奥村・伊澤 2006, p.55; 高田 2015, p.115）。ニーズ判定員は、サービス利用希望者の心身の状態や、生活環境、社会的ネットワークなどの環境要因を考慮し、個人が適切な水準の生活を送るためのニーズ、支援内容を決定する（高田 2015, p.121; 訓覇 2012, p.58）。日本のように、全国一律の要介護度認定調査は実施せず、ニーズの判定基準や方法は、コミューンの裁量に任されている（訓覇 2012, p.58; 安藤 2008, p.15）。その背景として、多様なニーズを一律の測定手段によって判断することが難しいとする考えがあると指摘されている（訓覇 2012, p.58）。また、個人のニーズに基づき客観的に支援内容を決定しなければならず、特別な住居の入居状況といったコミューンの介護資源の状況が考慮されてはならない（高田 2015, p.121）。申請者は、決定された内容に不服があれば、地方行政裁判所に不服申立てをすることができる（訓覇 2012, p.58）。

コミューンの社会委員会による支援決定後、一定期間を過ぎても支援が提供されない場合、保健福祉庁の申立てに基づいて、行政裁判所が、コミューンに対し制裁金の支払いを命じることができる。これは、社会委員会の支援決定をもって、申請者が具体的な支援を受ける権利を有するためである（高田 2015, p.121）。

iii. サービスの財源とサービス利用料

介護サービスの費用は、コミューンの税財源と利用者が支払う利用料で賄っている。また、高齢者に対する医療は、ランスティングの税収入によって運用される。介護サービスと医療サービスの提供において、一時的な支援を除き、基本的に国からの補助は存在しない（奥村・伊澤 2006, p.56）。

社会サービス法に基づき、コミューンは利用者本人の収入に応じてサービス利用料を徴収することができるが、2002年の改正により利用料の最高負担額と最低保障額が決定された。同法第8章第5条には、在宅や日中のケアの場合には物価基礎額（Prisbasbelopp）を0.5392倍した額の12分の1、特別な住居の場合には物価基礎額を0.5539倍した額の12分の1がそれぞれ1か月当たりのサービス利用料上限とされる²⁷。

また、同法第8章第6条以降に、サービス利用料が利用者本人のニーズや生活費を満たすために必要な金額を超えてはならないとしており、介護費用や家賃等を徴収した後に、最低保障額が利用者の手元に残るようにする必要がある。この最低保障額に、食費から衣料費、靴代、余暇活動費、衛生費、日刊新聞代、通信費、家財保険料、医療費、消耗品費などといった生活費と、生活費とは別に住宅費を足し合わせた額が該当する。単身世帯の場合、物価基礎額を1.3546倍した額の12分の1、夫婦またはパートナーと同居世帯の場合、一人当たり1.1446倍した額の12分の1が最低保障月額と定められている²⁸。

²⁷ 物価基礎額とは、社会保障給付に共通して毎年設定されているもので、2019年は46,500 SEK（約53万円）と設定されている。2019年の物価基礎額で計算すると、在宅の場合約2,089 SEK（約2.40万円）、特別な住居の場合約2,146 SEK（約2.45万円）が、2019年の1か月当たりのサービス利用料の最高額となる。

²⁸ 2019年の物価基礎額46,500 SEK（約53万円）で計算すると、単身世帯の場合、約5,249 SEK（約6.00万円）、夫婦やパートナーと同居世帯の場合、約4,435 SEK（約5.10万円）（一人あたり）が、最低保障月額となる。

第VI章 スウェーデン

4. 家族介護者支援に関する法制度の内容

コミュニティは、社会サービスの提供に関する計画策定や、地域住民に対して、家族等を介護している場合に利用できる支援についての情報提供、家族介護者支援に対する予算の確保、その事業評価が義務付けられ、その具体的な支援内容や利用要件等は、各コミュニティの裁量が認められている。本節では、家族介護者に関する国の方針を簡潔に確認した後、家族介護者支援に対する支援や取組の内容をまとめる。

(1) 家族介護者支援に関する国の方針

2018年、「認知症の人の介護のための国家戦略（*Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom*）」が策定された。スウェーデン政府は、ケアの質の改善と、認知症患者とその家族の安全性を高めることを目指し、7つの戦略をまとめた。そのうちの1つに、親族・近親者に関する戦略が盛り込まれており、介護者能力センターを中心とし、家族介護者とのコミュニケーションや情報提供等の重要性について、ソーシャルケアに従事する職員等に理解を促すことが記載されている。その他の概要は、図表 VI-6 の通りである。

図表 VI-6 認知症戦略の概要

戦略	内容
1. ヘルスケアとソーシャルケアの連携	ランスティングとコミュニティの効果的な連携を強化し、認知症の兆候がある患者に、その過程を通じて適切なタイミングで、適切な支援と介入を目的とする。認知症と診断された患者のための標準化されたケア提供モデルの促進と普及を社会福祉庁が担う。
2. 人材	認知症患者のニーズに関する知識を有する人材を確保することが重要である。2015年から2018年に、スウェーデンは、ケアの質の改善と個人の安全の確保を目的とし、高齢者ケアに携わる職員の質向上のため、7億 SEK（約81億円）を投資した。社会福祉庁が行ったフォローアップによると、初年度の2015年だけで、約5,000人（地方自治体や民間の高齢者ケア従事者）の正規職員に資金援助している。
3. 知識と能力	ランスティングとコミュニティが質の高いヘルスケアとソーシャルケアを提供できるように、その職員が適切なスキルを有することが重要である。保健福祉庁は、ヘルスケアとソーシャルケアに従事する全ての専門家団体で認知症に関する知識が欠けていると指摘した。2016年、政府は1億7800万 SEK（約20億円）を高齢者と障害者をケアする職員（主に看護師や介護職員）のスキル開発に投資し、その結果、コミュニティは、倫理観や認知症に関する研修を1,200件実施した。
4. フォローアップと評価	自治体レベルと国レベルで、認知症患者の進行をモニタリングできるシステムとして、スウェーデン認知症レジストリ（SveDem）とBPSDレジストリ（認知症の行動的・心理的症状の登録）という2つのデータベースがある。政府は、これらのデータベースに対して数年にわたって財政的支援を提供してきたが、2018年においても継続して支援する。
5. 親族と近い隣人	政府は、ヘルスケアとソーシャルケアにおいて、認知症の人々の家族の意見が重要と考えている。認知症は、認知症患者自身だけでなく、家族や友人にも影響を及ぼ

	す。介護者能力センターの業務には、家族に提供されるソーシャルサービスの開発方法に関する知識の収集と普及が含まれる。家族のためのコミュニケーション・情報・トレーニングの重要性をソーシャルケアに従事する職員等が理解することが重要である。また、コミュニティは、社会サービス法に基づき、家族を支援することが義務である。
6. 社会	認知症患者にやさしい社会を実現するために、中央政府、ランスティング、コミュニティ、NGO 団体、その他の一般社会との協力が必要である。認知症であっても、安心してスウェーデンでの暮らしを続けられるように、認知症患者が理解と共感を得ることが重要である。
7. デジタル化と福祉技術	先端技術を用いることで、障害を抱え、または障害のリスクがある人でも、自信をもち、活動・参加のレベルを維持・向上させながら、ソーシャルケアに従事する職員の働く環境をも改善する可能性がある。そうしたテクノロジーを使用する機会を有効的に活用するために、さらに投資していく必要があり、2018 年春の修正予算では、3 億 5,000 万 SEK (約 40 億円) の補助金をコミュニティに提案している。

出所：Regeringskansliet. (2018). *Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom*. より作成。

(2) 家族介護者への現金給付に関する制度

i. 間接給付

社会保障法 (socialförsäkringsbalken) に基づき、重度の障害を持つ要介護者に対して、介護手当を給付、もしくは家族を介護職員として雇用し支援を受けることができる制度として、パーソナルアシスタンス補償金 (assistansersättning) がある (第 51 章第 3 条)。入浴や着替え、排せつ、食事などといった日常生活を送る上で、週 20 時間以上の介護を必要とする重度障害者であれば、介護手当の給付か、コミュニティに雇用されたパーソナルアシスタントの支援を受けることができる (European Union 2019)。このパーソナルアシスタントは、コミュニティ、民間企業、非営利組織、または家族からサービス提供者を受給者自身が選択することができる (清原 2018)。65 歳以上になりパーソナルアシスタンス制度を利用する場合、①介護手当の支給対象者が 65 歳になるまでに利用を認められること、または②65 歳の誕生日を迎えるまでに保健福祉庁に申請を行い、その後申請が受理されること、のいずれかを満たす必要がある (第 51 章第 8 条)。介護手当受給に係る年齢の下限はない (European Union 2019)。

したがって、スウェーデンにおける重度障害者を対象として給付されるパーソナルアシスタンス制度では、受給する要介護者が家族をパーソナルアシスタントとして選択すれば、家族介護者が間接的に給付 (給与) を受けることが可能だが、受給者の要件は、重度障害者を想定している制度であり、高齢者が利用することは想定されていない。

コミュニティ独自の取組で、同居する家族等から介護を受けている場合に、在宅介護手当を給付する市がある。Borås 市では、週 20 時間以上、同居する家族・親族等から介護を受け、後述する要件を満たしている場合に、在宅介護手当 (hemvårdsbidrag) を給付している。在宅介護手当の受給には、①要介護者が Borås 市民であること、②要介護者が 18 歳以上であること、③要介護者が週 20 時間以上の介護・支援が必要であること、④料理や掃除、洗濯、買い物を除外した、衣服の着脱、排せつ、トイレまでの移動、食事介助、常時見守り、特定の医療的ケアといった日常生活行為に対して支援が必要

第Ⅶ章 スウェーデン

であること、⑤最低でも6ヶ月以上介護が必要とされること、といった5つの要件がある。受給決定までの期間、月12時間のホームレスパイト（詳細は後述）、もしくは年間4週間のショートステイを利用することができる（Borås 2019）。

ii. 直接給付

社会保障法（Socialförsäkringsbalken）に基づき、重度の病気を持つ人の家族介護者に対する経済的な補償として、家族手当（Närståendepenning）がある。社会保険制度の中で、スウェーデン国内で、重度の病気を患っている人を介護するため家族介護者が休職している期間に対する経済的補償として、家族手当が支給される（第47章第3条）。この制度は、重度の疾患を抱える人の看取りのために使用されることを想定しているため、支給要件や補償期間が限定的となっている。1人の要介護者あたりの補償期間は最大100日²⁹で、介護を始めた日から補償される（第8条）。補償される金額は傷病手当（Sjukpenning）と同一で、従前所得の80%相当額（年収が物価基礎額の7.5倍に相当する341,250SEK（約392万円）を超える場合は同額を上限年収として算出）が支払われる（第47章第14条、厚生労働省2019）。なお、両親手当（Föräldrapenningsförmåner）や傷病手当、リハビリテーション手当（Rehabiliteringspenning）を家族介護者が受け取っている場合、家族手当は支給されない（第17条）。

また、過去の文献から、家族が介護職員としてコミューンに雇用され、介護者に対し給与が支払われる家族介護職員制度（anhöriganställning）の存在が確認できた。2007年に保健福祉庁が発表した報告書によると、2006年時点で、1,881人が家族介護職員制度を利用し、5,162人が家族手当を受給していた。2000年から2006年の推移をみると、家族介護職員の受給者数は減少傾向にあった（Socialstyrelsen 2007）。

図表 VI-7 2000年から2006年における家族介護職員と介護手当の実施状況

年		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
家族介護職員	受給者数	2,375	2,139	2,081	2,002	1,856	1,764	1,881
	コミューン数	-	216	212	208	196	194	189
介護手当	受給者数	4,619	4,978	5,513	5,547	5,280	5,279	5,162
	コミューン数	-	150	150	153	143	140	131

出所：Socialstyrelsen. (2007). *Kommunernas anhörigstöd Utvecklingsläget 2006*.より作成。

コミューン独自の取組例として、Nacka市では、排せつの介助や衣服の着脱など在宅サービスに含まれる支援を行っている家族介護者に対し、看護手当（Omvårdnadsbidrag）を支給している。この看護手当は、在宅サービスやデイサービスなどと併給出来るが、ショートステイ等との併給はできない。看護手当は、日ごとに算出され、ショートステイを利用している期間は支給の対象である。支給額は、月額1,163 SEK（約13,000円）または2,325 SEK（約27,000円）の2段階で、市が支給の有無を決定する（Nacka 2019）。

²⁹ ただし、(1)スウェーデンが提供した血液によってHIVに罹患した人、または、(2)(1)のHIV患者の元・現パートナーがHIVに罹患した人、のいずれかを介護する場合は最大240日まで補償される（同法第47章第4条・第9条）。

(3) 介護と仕事の両立に関する制度

スウェーデンでは、1988年より施行された親族等介護有給休暇法（Ledighet för närståendevård）をもとに、介護を理由とした有給休暇を認めている。家族や友人など、近い人が、重度の病気を患っている（Närståendepenning）場合に限り、看取りのために取得できる休暇制度で、通常の高齢者に対する介護や家族介護者支援には適用されない。前述した家族手当で所得が補償され、その補償されている期間に、介護休暇を取得できる（最大100日）（親族等介護有給休暇法第20条）。

また、家族手当の受給期間には、介護休暇の権利が保障されている。労働協約上、休暇の権利を廃止または制限することはできない。さらに、介護休暇を希望または取得を理由として解雇することはできない。復職後の給与は、取得前と同等の水準が保障されている（古橋1995）。

(4) 家族介護者の休息やエンパワーメントに資する制度

i. 家族介護者支援の概要

家族介護者支援に関する具体的な取組については、コミューンの裁量が認められている。保健福祉庁のホームページ上では、家族介護者支援の例として、支援の機会やその要件に関する情報、要介護者の病気や障害等に関する情報、カウンセリング、教育、ホームヘルプサービス、その他のレスパイト・ケア、経済的補償が挙げられている（Socialstyrelsen 2019b）。また、介護者能力センター（NKA）によると、上記以外に、コミューンが家族介護者をヘルパーに位置づけ所得補償する家族介護職員制度（Anhöriganställning）や、オンライン上での情報提供サービスやビデオ通話によるサポートなどを含んだITによるサポート（IT-stöd）も実施されている（NKA 2016b）。

保健福祉庁が実施した調査をもとに、家族介護者支援のために実施している取組についてまとめたものが図表 VI-8 である（藤岡 2013, p.7）。この表によると、ほとんどのコミューンで実施されていた取組はレスパイトであった。

図表 VI-8 実施方法別介護者支援の実施状況（実施コミューン・コミューン内地区の割合）

	実施しているコミューンの割合					協働で実施 ¹⁾			%
	2004	2005	2006	2007	2008	2006	2007	2008	
ショートステイによるレスパイト	99	100	99	100	99	1	2	0	
デイケアによるレスパイト	92	92	93	94	93	4	3	4	
ホームレスパイト	91	94	94	97	98	7	7	7	
カウンセリング	74	81	84	90	90	12	11	15	
介護者援助グループ	74	76	82	87	90	34	32	40	
介護者の教育	32	33	38	69	78	19	23	27	
介護者出会いセンター	32	40	50	59	65	12	16	20	
ボランティアセンター	-	-	26	30	37	13	22	27	
健康増進活動	12	18	35	48	57	14	18	21	
介護者の健康チェック	3	2	4	4	4	1	2	1	
他の援助	31	34	41	52	46	7	12	9	

1) ボランティア・非営利組織との協働で実施したコミューン・コミューン内地区の割合

出所：藤岡純一（2013）「スウェーデンの介護者支援」 p.7.

原著：Socialstyrelsen（2008a）*Kommunernas anhörigstöd: Utvecklingsläget 2007*. —（2009）*Kommunernas anhörigstöd: slutrapport*.

第VI章 スウェーデン

また、2014年に保健福祉庁は、2010年から2014年における、高齢者を介護する家族介護者支援の実施状況を報告している（図表 VI-9 参照）。この調査によると、2014年において、多くのコミュニティで提供されているサービスは、相談窓口（87%）であった（Socialstyrelsen 2014b, p.20）。

上記サービスの提供方法においても、コミュニティの裁量が認められている。同調査によると、高齢者ケアや障害者ケアにおいては、専門的な役割を持つ職員や立場を確保し、家族介護者支援を提供しているコミュニティが多く、最も共通する取組は、家族コンサルタントまたは家族コーディネーターであった（Socialstyrelsen 2014b）（図表 VI-10 参照）。この家族コンサルタントは、フルタイムの職員に限らず、認知症専門の看護師や行政の管理職などを兼務している場合もある（Socialstyrelsen 2014b）。例えば、Borås市では、親族コンサルタント（Anhörigkonsulenterna）を配置し、家族介護者を対象としたレクリエーションや、講演会、教育等の機会を提供し、また、市のホームページ上で、質問や相談ができるメールフォームを掲載している（Borås 2019）。

図表 VI-9 2010年から2014年における介護者支援の実施状況

	実施しているコミュニティの割合 ¹⁾				
	2010	2011	2012	2013	2014
相談窓口 (enskilda samtal)	95%	95%	87%	87%	87%
家族会の参加 (anhöriggrupp)	96%	96%	86%	89%	82%
ホームレスパイト (avlösning i hemmet)	—	95%	63%	78%	74%

1) 高齢者ケアに関する家族介護者に対する支援の実施状況である。

出所：Socialstyrelsen. (2014b). *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående Slutrapport 2014*. より作成。

図表 VI-10 2012年から2014年における、専門サービスや機能で支援を提供している割合

	実施しているコミュニティの割合				
	2010	2011	2012	2013	2014
高齢者ケア	—	—	87%	91%	91%
障害者ケア	—	—	77%	81%	82%
個人・家族ケア	—	—	54%	54%	54%

出所：Socialstyrelsen. (2014b). *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående Slutrapport 2014*. より作成。

ii. ホームレスパイト

スウェーデンの特徴的な取組の1つとして、ホームレスパイトが挙げられる。ホームレスパイトとは、家族介護者の休息のためにヘルパーを派遣する仕組みで、「介護者の孤立を避け、彼らの生活の質を維持するために、「自分自身の時間」を確保すること」を目的とし実施される取組である（藤岡 2016）。コミュニティによって運用状況は異なるが、2007年時点で、ホームレスパイトを実施するコミュニティのうち、70%のコミュニティで利用料が無料であり、その月利用時間数の平均は12.5時間であつ

た（藤岡 2016）。前述の図表 VI-9 のとおり、2014 年においても、調査に協力したコミュニティのうち、74%がホームレスパイトを実施しており、スウェーデンにおいて、主たる家族介護者支援の1つであるといえる。コミュニティの取組例として、Stockholms 市では、2019 年現在、月 16 時間まで家族介護者に対して無料でホームレスパイトを受けることができるうえ、包括的な料金で、同居するパートナーも便益を受けるサービス（例：掃除、洗濯、買い物）を含めて利用することができる（Stockholms stad elderly care administration 2018）。

iii. 介護者出会いセンター（Anhörigcentral/Anhörigcenter）

介護者出会いセンターとして、家族介護者が集まる場所等を用意しているコミュニティがある。介護者能力センター（NKA）（2016b）によると、講演会や家族会の開催などが主な活動内容で、多くのコミュニティで看護師や介護職員、家族介護の経験があるボランティアなどが配置されている。Vänernsborg 市の介護者出会いセンター（Anhörigcentral）では、家族介護者コンサルタント、認知症専門看護師、作業療法士などを配置し、ホームページ上に担当者名と連絡先を公開している。主な活動内容は、家族会の開催や、カウンセリング、ワークショップ・講演であった（Vänernsborg n.d.）。また、Lund 市の家族介護者センター（Anhörigcenter）では、長期の病気や高齢、障害を持つ人の介護者を対象に、電話相談や、カウンセリング、ストレスなどに関する講演会、当事者団体への参加、その他のアクティビティ（ヨガ、朝食会など）を無料で提供している（Lund 2020）。

2009 年の社会サービス法の改正以前のデータとなるが、介護者出会いセンターでの活動内容は、図表 VI-11 のとおりである。家族介護者が集まるカフェ活動が最も多かった（藤岡 2016）。

図表 VI-11 介護者出会いセンターの活動内容

	2007 年	2008 年
カフェ活動	93%	90%
インフォメーション	78%	78%
グループ談話	75%	67%
カウンセリング	67%	61%
講演会	63%	66%
健康促進活動	62%	63%
趣味	56%	62%
教育	51%	56%
一時的レスパイト	44%	41%
その他	34%	34%

出所：藤岡純一（2016）『スウェーデンにおける社会的包摂の福祉・財政』中央法規. p.106 より作成。

原著：Socialstyrelsen. (2009). *Kommunernas anhörigstöd: slutrapport*.

(5) 保険・税制度上の工夫

掃除、洗濯などの家事労働費用に対し控除する RUT 税額控除制度がある（所得税法（Inkomstskattelag）第 67 章）。2005 年に、スウェーデン国内で 3 千万時間の未申告の家事労働時間があることが試算されたことが背景にあり、2007 年に RUT 税額控除が導入された。この税額控除に

第VII章 スウェーデン

より、家事労働の金額を下げ、家事労働に対する需要の増加、そして、特に低学歴層の雇用機会の増加を目的としている（European Commission 2019）。

対象となる家事労働には、税額控除申請者の自宅、もしくは申請者の親の自宅（申請者が対価を支払う場合）で提供された、掃除・メンテナンス・洗濯・ガーデニング・子どもの見守り・介護サービスなどが含まれる。材料費や交通費を除外した人件費の50%が控除の対象である。また、1人あたり年間2.5万SEK（約42.5万円）までが上限とされている。実際には、家事労働を提供する事業者は控除された金額を顧客に請求し、顧客から支払われた代金と実際の人件費との差額を税務庁に請求する。その際、事業者は労働時間・業務内容・材料費・交通費を申告する必要がある（European Commission 2019）。

RUT 税額控除は、高齢者だけでなく、その子どもが支払うサービスも対象となる。この制度の導入によって、特に共働きで、子どもや高齢者の介護をする世帯にとって、家族によるインフォーマルな介護から、民間サービスへの代替が1つの選択肢となったと指摘されている（Gavanas 2013）。

また、日本の消費税に相当する、付加価値税（Value Added Tax(VAT)）では、標準税率は25%とされているが、医療・介護サービス³⁰は非課税である（付加価値税法（Mervärdesskattelag）第3章第4条・第5条、藤岡 2016）。

社会保険制度上では、前述した家族の看取りのための休職期間に対する家族手当と、家族を介護者として雇用できるパーソナルアシスタンス補償金が補償されている。

その他の医療保険や年金保険、労災保険、失業保険等においては、家族介護者に対する制度等は確認できなかった。

5. 今後の動向

現在、保健福祉庁によって設立された介護者能力センター（NKA）が、スウェーデンの介護者支援の中心を担っている。2019年5月に開催された「第21回家族介護者カンファレンス」で、社会省大臣である Hallengren 氏は、家族介護者に関する国家戦略の策定を社会省が検討していると発表した（NKA 2019）。

同カンファレンスにおいて、介護者能力センターは、欧州連合の研究助成プログラム（ホライズン2020プロジェクト）を活用し2018年から実施されている「ME-WE」プロジェクトについて報告している。このプロジェクトは、イタリア・オランダ・スロベニア・イギリス・スイス・スウェーデンの6か国で、39か月に渡り、15歳から17歳のヤング・ケアラーを対象として、ヤング・ケアラーの置かれている環境の啓発と、支援プログラムの発展を目的に実施される。また、プロジェクトの一環として、法律上や健康上の問題についての情報や、チャット機能、支援に関する情報などにアクセスできるアプリを開発している（NKA 2019）。このように、介護者能力センターの動向に着目すると、家族介護者のうち、特にヤング・ケアラー支援への注目が高まっているといえる。

6. 参考資料

安藤範行（2008）「スウェーデンの介護事情～海外調査報告～」『立法と調査』282, 14-27.

伊澤知法（2006）「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携—エーデル改革による変遷

³⁰ スウェーデン国税庁によると、対象となる介護サービスは、食事介助、掃除、食料の購入、入浴、移動、除雪作業などの料金を徴収し実施されるものが含まれる（Skatteförvaltningen 2019）。

と現在一」『海外社会保障研究』156, 32-44.

奥村芳孝 (2008) 「スウェーデンの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』164, 26-38.

奥村芳孝・伊澤知法 (2006) 「スウェーデンにおける障害者政策の動向」『海外社会保障研究』154, 46-59.

清原舞 (2018) 「地域社会における当事者主体の障害者支援システム: スウェーデンのパーソナルアシスタンス制度とその課題」『桃山学院大学社会学論集』15(2), 221-245.

久保恵理子 (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: 支援者の家族視点に注目して」『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』44, 147-165.

訓覇法子 (2012) 「スウェーデンの高齢者ケアの昨日と今日」『老年歯学』27 (2) , 53-60.

小松紗代子 (2016) 「福祉国家スウェーデンの高齢者住宅・介護事情」(<https://www.mizuho-ir.co.jp/publication/column/2016/0119.html>) (2020年2月28日閲覧).

厚生労働省 (2019) 「第3章 欧州地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向」『2018年海外情勢報告』, 152-164. (<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/19/>) (2019年11月29日閲覧).

高田清恵 (2005) 「スウェーデン社会サービス法の法理念(1)」『琉大法学』74, 272-229.

—— (2015) 「社会福祉サービスにおける利用者による選択と公的責任: スウェーデンにおける自由選択システム法を手がかりに」『琉大法学』93, 113-135.

内閣府 (2016) 「平成27年度第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果(全文)」(<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h27/zentai/index.html>) (2019年11月25日閲覧).

長谷川有紀子 (2005) 「海外トピックス 家族による介護に対して給与を支給—スウェーデン(上)—」(https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/pdf/company/publicity/2005/report050627_hasegawa.pdf) (2020年2月7日閲覧).

藤岡純一 (2013) 「スウェーデンの介護者支援」『海外社会保障研究』184, 4-15.

—— (2016) 『スウェーデンにおける社会的包摂の福祉・財政』中央法規.

古橋エツ子 (1995) 「スウェーデンの介護休暇法制度」『諸外国における介護・看護休暇制度』婦人少年協会. 13-42.

町田敦子 (2008) 「第6章スウェーデンにおける社会保険・労働保険の徴収事務一元化の実態と課題」『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』JILPT資料シリーズ(49). 労働政策研究・研修機構. 147-159.

渡辺晴子 (1999) 「スウェーデンの高齢者介護における「家族介護支援」の動向」『社会問題研究』49(1). 69-91.

Borås(2019) Bistandsbedömt anhängstöd.

(<https://www.boras.se/omsorgochstod/stodtillanhoriga/bistandsbedomtanhorigstod.4.10def705158499bf7c52001.html>) (2020年2月10日閲覧).

European Commission. (2019). Tax relief for domestic service work (ROT and RUT).

European Union. (2019). Incapacity. *Your social security rights in Sweden*. 29-38.

Gavanas, Anna.(2013). Elderly care puzzles in Stockholm: Strategies on formal and informal markets. *Nordic Journal of Migration Research* 3(2), 63-71.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA). (2016a). About us.

第Ⅵ章 スウェーデン

- (<https://www.anhoriga.se/information-in-english/about-us/>) (2019年11月29日閲覧) .
——. (2016b). Fakta om anhängstöd.
- (<https://www.anhoriga.se/stod-och-kunskap/fakta-om-anhorigstod/>) (2019年12月3日閲覧) .
——. (2019). Annual Carers Conference 2019 in Varberg.
- (<https://www.anhoriga.se/information-in-english/news/annual-carers-conference-2019-in-varberg/>) (2019年12月3日閲覧) .
Nacka. (2019). Omvårdnadsbidrag.
(<https://www.nacka.se/omsorg-stod/aldre/hjalp-i-hemmet/omvardnadsbidrag/>) (2019年12月2日閲覧) .
- OECD Stat. Historical Population. (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HISTPOP>) (2019年10月16日閲覧) .
- Lamura Giovanni, Hanneli Dohner, & Chirstopher Kofahl. (2008). *Family Carers of Older People in Europe: A Six-Country Comparative Study*. LIT Verlag.
- Lennarth, Johansson. (2004). National Background Report for Sweden. EUROFAMCARE.
- Lund kommun.(2020). Anhängstöd.
(<https://www.lund.se/omsorg--hjalp/anhoriga-frivilliga/anhorigstod/>) (2020年2月10日閲覧) .
- Regeringskansliet.(2018). *Nationell strategi för omsorg om personer med demenssjukdom*.
- Skatteförvaltningen.(2019). Momsbeskattnig av socialvårdstjänster.
(http://131.207.14.19/sv/Detaljerade_skatteanvisningar/anvisningar/48131/sosiaalihuoltopalvelujen-arvonlisäverotus/) (2020年2月12日閲覧) .
- Socialstyrelsen. (2007). *Kommunernas anhängstöd Utvecklingsläget 2006*.
——. (2014a). *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*.
——. (2014b). *Stöd till personer som vårdar och stödjer närstående Slutrapport 2014*.
——. (2019a). Statistik om äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform 2018.
(<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/socialtjanstinsatser-till-aldre/>) (2019年12月9日閲覧)
——. (2019b). *Stöd till anhöriga och anhängstöd*.
(<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/stod-till-anhoriga/>) (2019年11月29日閲覧) .
- Statistics Sweden. (2019). Summary of Population Statistics 1960–2018.
(<https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-composition/population-statistics/pong/tables-and-graphs/yearly-statistics--the-whole-country/summary-of-population-statistics/>) (2019年12月9日閲覧)
- Stockholms stad elderly care administration. (2018). Fees for elderly care.
(<https://aldreomsorg.stockholm/globalassets/aldreomsorg/dokument/avgiftsbroschyr-2019-engelska.pdf>) (2020年2月10日閲覧) .
- Swedish Institute. (2019). Elderly care in Sweden.
(<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>) (2019年11月26日閲覧) .

Vänersborg.(n.d.). Anhörigcentral.

(<https://www.vanersborg.se/omsorghjalp/anhorigaochfrivilliga/anhorigstod/anhorigcentral>) (2020年2月12日閲覧) .

令和元年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

家族介護者支援に関する諸外国の施策と社会全体で
要介護者とその家族を支える方策に関する研究事業

報 告 書

令和2（2020）年3月

三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社

〒105-8501 東京都港区虎ノ門5-11-2

電話：03-6733-1024

