

平成 24 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分)

補足給付の実態と資産等を勘案した負担能力評価のあり方に
関する調査研究

報告書

平成 25 年 3 月

株式会社 野村総合研究所

目次

I. 調査研究の概要	1
1. 調査研究の背景と目的	1
2. 調査研究の方法	4
II. 補足給付の受給及び受給者に関する実態	7
1. 分析対象・分析方法	7
2. 補足給付受給者の所得及び資産の状況(集計結果)	10
1) 補足給付の有無別にみた対象者の状況	10
2) 介護保険料所得段階別にみた補足給付受給者の状況	26
3) 本人所得金額別にみた補足給付受給者の状況	37
4) 補足給付受給者の所得と資産の状況	47
3. 想定される負担能力把握方法とその実務的課題	52
1) 既存制度における資産評価の仕組み	52
2) 既存研究論文等で指摘されている資産調査に関わる実務的な問題点	62
III. 諸外国における入所者の負担能力評価の仕組み	71
1. 各国における入所者の負担能力を考慮した制度等	71
2. アメリカ	74
1) 医療・介護制度の概要	74
(1) 医療・介護制度の概要	74
(2) その他高齢者向けの関連制度	83
2) 介護給付の内容と給付条件	88
(1) 給付の概要	88
(2) 施設給付の利用条件	93
3) 資産等を勘案した利用者負担の仕組み	96
(1) メディケイド資産回収 (Medicaid Estate Recovery)	96
4) 近年の費用負担のあり方をめぐる議論	102
3. ニューージーランド	103
1) 医療・介護制度の概要	103
(1) 介護制度の概要	103
(2) 医療制度等との関係	104
(3) その他高齢者向けの関連制度	105
2) 介護給付の内容と給付条件	106
(1) 給付の概要	106
(2) 施設給付の利用条件	108
3) 資産等を勘案した利用者負担の仕組み	110
(1) 施設介護補助金制度 (Residential Care Subsidy Scheme)	111
(2) 施設介護貸付制度 (Residential Care Loan Scheme)	115
4) 近年の費用負担のあり方をめぐる議論	117

4. その他	118
1) オーストラリア	118
(1) 介護制度の概要および施設給付の利用条件	118
(2) 施設介護の料金体系	121
<Basic Daily Fee ・ Income Tested Fee>	121
<Accommodation Bonds>	123
2) アイルランド	125
(1) 介護制度の概要および施設給付の利用条件	125
(2) ナーシングホーム支援制度	127
3) イギリス	131
(1) 介護制度の概要および施設給付の利用条件	131
(2) ケアホームの利用料金と自治体からの補助	135
(3) Bonds Scheme / Loan Stock Scheme	138
4) フランス	139
(1) 介護制度の概要および施設給付の利用条件	139
(2) 不動産ビアジェ および 抵当権付終身貸付	142
<不動産ビアジェ>	142
<抵当権付終身貸付>	143
IV. 日本における資産等を勘案した負担能力評価のあり方(考察)	145
1. 補足給付受給者の所得及び資産の状況	145
2. 負担能力把握に関する実務的課題	148
3. 諸外国の制度からみた負担能力評価への示唆	152
参考文献一覧	158

I. 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

1) 調査研究の背景

平成 22 年 11 月 30 日付でまとめられた「介護保険制度の見直しに関する意見」(社会保障審議会介護保険部会)において、補足給付(特定入所者介護サービス費)に関し、以下のように問題提起されている。

(補足給付)

- 前回改正において、施設と在宅の間の利用者負担の不均衡是正の観点から、施設における食費・居住費は介護保険給付の対象外としたところである。上記の見直しに当たっては、補足給付が導入され、低所得者の負担が軽減されている。
- 補足給付については、低所得者に対する食費・居住費の補助は、要介護・要支援状態の発生という保険事故に対する給付ではなく、あくまで低所得者対策であるとの観点から、全額公費負担の福祉的な制度とすべきとの意見があった。現在の国及び地方の財政状況を踏まえると、ただちに全額公費により補足給付を賄うことは困難であるが、将来的な補足給付のあり方について、社会保障と財政のあり方全体の議論と併せて、引き続き検討することが必要である。
- こうした中、今回の介護保険制度改革においては、前回改正の趣旨や低所得者対策としての補足給付の趣旨に即した見直しを行っていくべきである。

(家族の負担能力の勘案)

- 特養の入所者については、現在、入所者の約 4 分の 3 が補足給付を受給している。しかし、これらの者の中には、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがある。このため、補足給付の低所得者対策としての趣旨を徹底する観点から、保険者の判断により、施設入所者について可能な範囲で家族の負担能力等を把握し、それを勘案して補足給付の支給を判断することができる仕組みとすべきである。

一方、保険者によって取扱いに違いが生じることが想定されることや、正確な資産把握が困難と考えられることから、慎重な検討が必要であるとの意見があった。

これを踏まえて、平成 23 年 10 月 31 日に開催された第 39 回社会保障審議会介護保険部会の資料4として、「主な意見」が以下のようにまとめられている。

- 現行の補足給付は、ある程度所得のフローについて考慮しているが、資産も含めて考慮していくという議論は、公平性を確保する観点から必要。
- 補足給付は、介護保険からは外して別の枠組みでやることとし、その上で、預貯金なり資産なりも考慮した上で受給対象者を決めるようにやる方がいい。
- 特養入所に当たって世帯分離をしなければ家族の負担が重くなる。補足給付は、あくまで本人の所得に着目して行われるべき。
- 現実的には、資産状況の正確な把握が困難であるということ、世帯認定や資産の把握の事務作業が増大することなど、課題も多い。保険者の意見も十分に踏まえた慎重な検討が必要。
- 例えば老人保健施設は中間施設であり、在宅に帰ることが想定されているのだから、資産を処分しなければ入所できないような状況にならないようにすべき。資産要件を課すのは適当ではない。

その後、社会保障審議会介護保険部会は、これらの議論を総括する形で、平成23年11月30日付けで「社会保障・税一体改革における介護分野の制度見直しに関するこれまでの議論の整理」をとりまとめている。ここでは、補足給付に関する論点は、以下のようにまとめられている。

(補足給付における資産等の勘案)

- 事務局からは、世代内(特に高齢世代内)での公平の確保、所得再分配機能の強化の観点から、在宅や居住系サービス利用の場合は自己負担となる居住費について、施設入所の場合には補足給付により助成を受け一方、その結果保有する居住用資産や預貯金が保全される現在の仕組みを見直すことについて見直しが必要ではないかとの問題提起があった。
- これに対しては、社会保険制度内で資産を取り扱うことや低所得者対策を行うこと、居住用資産を流動化してフローの負担に充てられないこと、資産等を把握することが実務的に困難であることに対する懸念や意見が示されたものの、若い人よりも高齢者の方が資産保有は多いこと、今後生産年齢人口が減少していく中で資産に着目した負担を重視していく必要があること、今後社会保障・税共通番号の導入により、現在は名寄せが困難である金融資産についての把握も行いやすくなる可能性があることなどの立場から、補足給付における資産の勘案について肯定的な意見が多かった。
- リバース・モーゲージなど居住用資産の流動化の試みや、諸外国において採用されている死後精算制度などを含めて、今後、資産の勘案の具体的な仕組みづくりに向けた、実務的な検討を早急に開始すべきである。

2)ここまでの論点の整理

以上の議論を整理すると、以下のように整理することができる。

(補足給付の見直しが必要とする理由等)

- ・本人が資産を保有していたり、同居家族に負担能力があつたりする場合にも補足給付を受給できることは、低所得者対策として制度化された趣旨に合わない
- ・特養入所者の約4分の3が補足給付を受給しているという対象者層の広さと、それによる介護保険財政への影響
- ・高齢者の資産保有の高さや、生産年齢人口減少等からみた長期的持続性への懸念
- ・社会保障・税共通番号の導入による資産把握が行いやすくなることへの期待
- ・諸外国では、居住用資産の流動化のための仕組みや死後精算制度等が存在すること

(補足給付見直しの視点)

- ・入所者本人の保有資産(居住用資産、預貯金等)の勘案
- ・入居前の同居家族の負担能力の勘案

(想定される導入時の課題)

- ・社会保険制度の中で、資力調査を伴う低所得者対策を行うことの制度不適合性
- ・正確な資産把握が実務的に困難であること
- ・居住用資産の流動化が困難であること
- ・保険者の判断により勘案できるようにすべきか、保険者によって取扱いに差が生じるのは望ましくないのか、制度の性質の明確化

3) 調査研究の目的

本調査研究の背景及び論点は、以上とりまとめたとおりであるが、現状では、補足給付受給者のうちどの程度が資産もしくは負担能力のある家族を保有しているかについては実態が把握できていない。

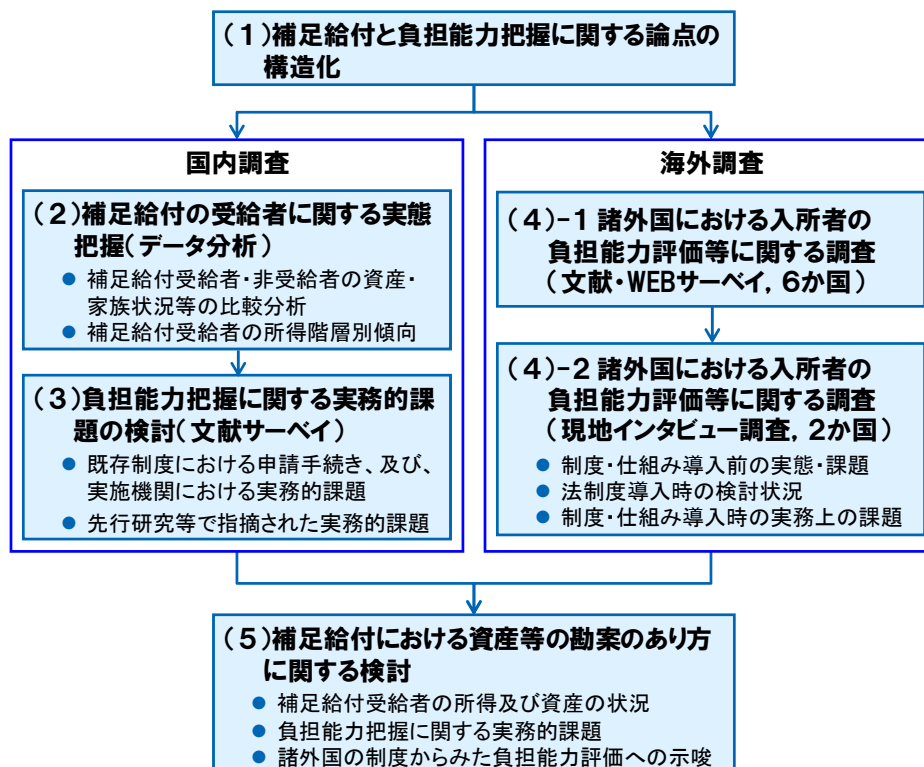
また、海外では、受給者の死後、遺産から費用を徴収する「死後精算」の仕組みを有している国もあるが、その制度化にあたって何がハードルになったか、また制度導入後運用面でどのような点に留意が必要か等については十分な情報が得られていない。

そこで、本調査研究は、補足給付受給者の資産や家族負担力の実態把握を試みるとともに、海外での制度・取り組みを調べることにより、我が国における資産等を勘案した負担能力のあり方(適正な「応能負担」のあり方)について検討・整理することを目的として実施した。

2. 調査研究の方法

本調査研究は、大きく国内調査と海外調査で構成される。以下の調査研究の全体フローに示すとおり、補足給付及び負担能力把握に関する論点を整理・構造化した上で、国内調査、海外調査を実施し、それらから得られた示唆をもとに、補足給付における資産等の勘案のあり方に関する検討(考察)をとりまとめた。

図表 I-2-1 調査研究の全体フロー



(1)補足給付と負担能力把握に関する論点の整理

介護保険部会や社会保障・税一体改革での議論をとりまとめ、補足給付と負担能力に関わる論点を構造的・体系的に整理した(本報告書第I章P1~3に整理)。

(2)補足給付の受給及び受給者に関する実態把握

補足給付における資産勘案の必要性を検討するにあたっては、まず、補足給付受給者のどのくらいの割合の人が、負担能力のある家族や資産を有しているかについて、把握しておく必要がある。しかし、特別養護老人ホーム等への入所者の約4分の3が補足給付を受給していることは把握されているが、このうち、実際に、入所前に同居していた家族に負担能力がある場合や、入所者自身が資産を保有しているケースがどの程度あるのかについては、正確に把握されていない状態であった。

そのため、自治体の協力を得て、匿名化個票ベースで補足給付の受給状況、所得や資産の状況、入所前の家族の状況等のデータ提供を得て、実際に、補足給付を受けている入所者のうち、どの程度の割合の人が負担能力のある家族や資産を有しているかについて、把握を試みた。

具体的には、本調査研究では、全国から都市規模やエリアの異なる30自治体程度に対し、匿名化個票データの提供に関する協力可否について相談し、そのうち協力を得られた3自治体のデータを対象に分析を行った(報告書第II章1及び2)。

(3) 負担能力把握に関する実務的課題の検討

補足給付において、資産等を勘案した負担の仕組みを新たに創設する場合、その把握に関し、どの程度の実務的負荷がかかるかを把握する必要がある。

そのため、本調査研究では、資産等を対象要件に含めている既存制度において、どのような申請手続きが必要となり、誰がどのような審査・評価を行うのかについて、公開情報から把握できる情報を整理した。あわせて、既存調査研究において指摘されている、自治体において資産等を把握する場合の実務的課題について、サーベイを通じてとりまとめを行った(報告書第Ⅱ章3)。

(4) 諸外国における入所者の負担能力の評価等に関する調査

諸外国の介護施設等の料金負担の仕組みにおいて、資産等を勘案した制度・仕組みをとりあげ、その導入経緯・目的、考慮対象となる所得や資産の定義・範囲、その把握・審査方法、利用実態や成果等について、調査を行った。

まず、最初に、先行研究・文献、WEB 情報等を対象とするデスクトップリサーチを行い、アメリカ、ニュージーランド、オーストラリア、アイルランド、イギリス、フランスの6カ国の制度を対象に、上記の項目に関して調査・整理を行った。

次に、文献調査を行った6カ国の中から、2カ国(アメリカ、ニュージーランド)の制度を選定し、現地インタビュー調査を実施し、文献調査では得にくい、以下のような事項についても調査・整理を行い、これらの結果を、本報告書第Ⅲ章にとりまとめた。

図表 I-2-2 現地調査項目

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・医療・介護制度の概要
(医療介護制度を担う省庁およびその分担、近年の改革の状況)・介護給付の内容と給付条件
(公的介護の給付内容の詳細、利用条件(身体状況・収入・資産・家族 等))・資産等を勘案した利用者負担の仕組み
(当該制度の導入の背景、制度の仕組み・運用の詳細、実績(利用者数、回収率等)) |
|---|

図表 I -2-3 現地調査訪問先

アメリカ

1. 米国保健社会福祉省 (U.S. Department of Health and Human Services)
保健福祉分野の政策を担当する連邦政府機関。日本の厚生労働省に相当。医療・介護分野ではメディケア、メディケイドといった公的医療(介護)制度の政策・企画等を所管している。
2. メディケア・メディケイドセンター (Centers for Medicare & Medicaid Services)
公的医療(介護)制度であるメディケア、メディケイドの管理・運営を行う連邦政府機関。
3. ペンシルバニア州 公共福祉局 (Pennsylvania State/Department of Public Welfare)
ペンシルバニア州の保健福祉領域の政策を担当する局。州の住民に対する Medicare、Medicaid などの医療支援の管理・運営を実施。
4. カイザー・ファミリー財団 Kaiser Family Foundation)
社会保障領域を含む研究を行っている民間シンクタンク。

ニュージーランド

1. 保健省 (Ministry of Health)
医療・介護分野の政策を担当する政府機関。社会開発省と共に日本の厚生労働省に相当。医療・介護制度の政策・企画を所轄する。また、医療・介護サービスの購入者であり、財源の確保およびその分配を役割とする。
2. 社会開発省 (Ministry of Social Development)
年金・雇用・低所得者対策・弱者保護(高齢者・児童等)に関する政策を担当する政府機関。保健省と共に日本の厚生労働省に相当。医療・介護分野では、資力調査を所轄している。
3. 地方保健医療委員会 (District Health Board)
全国 20 の地域におかれる保健省の下部組織。各地方のニーズを考慮して医療・介護サービスをコーディネートし、地域住民の健康を改善し、自立を促す役割をもつ。
4. NASC (Capital and Coast DHB Care Co-ordination centre)
DHB 内にある組織。各地域において介護サービス受給希望者に対してニーズアセスメントおよびサービスのコーディネートを所轄する。
5. ニュージーランド高齢者介護協会 New Zealand Aged Care Association
介護施設提供者の 80% が加入する協会。加入する介護施設提供者へ向けたトレーニングの実施や、施設介護に関わる各種調査をレポート化し、政府・DHB などへロビー活動を行う。

(5) 補足給付における資産等を勘案した負担能力評価のあり方に関する方策検討

(2)～(4)の調査で得られた結果を踏まえ、日本の介護保険施設利用料金における資産等を勘案した負担能力評価の導入に向けた示唆及び課題を整理し、とりまとめた(本報告書第IV章)。

Ⅱ. 補足給付の受給及び受給者に関する実態把握

1. 分析対象・分析方法

1) 分析対象データ

3つの協力自治体(A市, B市, C市とする)よりデータ提供を得て、集計・分析を行った。ただし、下表のとおり、提供を受けたデータの対象範囲が自治体によって異なる点に留意が必要である。

また、分析に用いた各データ項目の時点が異なることにより、以下のような事象が発生しているが、本分析ではいずれも分析対象に含めた。

- 本来、補足給付は介護保険施設への入所・短期入所の場合に適用される制度であるが、B市では平成24年7月以降調査時点までに限度額認定された人を対象としているため、8月時点では特定施設や認知症対応型共同介護に入居している場合があり、補足給付受給者の居所が特定施設や認知症対応型共同介護となっている集計結果がある。
- 本来、補足給付は保険料段階が3段階以下の場合に適用される制度であるが、保険料段階が4段階以上であっても補足給付が受給されているように見える集計結果がある。

図表Ⅱ-1-1 協力自治体

	自治体概要	分析対象データ
A市	<ul style="list-style-type: none">• 首都圏近郊(郊外部)• 人口約5~10万人	<ul style="list-style-type: none">• 平成24年4~9月の間に介護保険により施設サービスまたは短期入所を利用した者全数(N=359)
B市	<ul style="list-style-type: none">• 地方都市• 人口約10~20万人	<ul style="list-style-type: none">• 平成24年8月時点の補足給付受給者全数(N=1,457)• ただし、第2号被保険者は除く
C市	<ul style="list-style-type: none">• 地方都市(中核市)• 人口約30~40万人	<ul style="list-style-type: none">• 平成24年9月時点の介護保険サービス利用者全数(N=14,696)• ただし、第2号被保険者は除く

2) 分析対象データ項目

分析対象データとして、補足給付の受給状況、(本人の)収入及び資産の状況、家族及びその収入の状況について、協力自治体にデータ提供を依頼した。

実際に得られたデータは、次ページの表のとおりである。自治体によって、データの出典や時点、さらには定義(範囲)が異なる点に留意が必要である。そのため、各集計・分析において、データの範囲に留意が必要な場合は、各分析の前段の囲み枠内に留意事項を示した。

図表Ⅱ-1-2 分析対象データの概要

データ項目	データ提供			データ出典・定義	時点
	A市	B市	C市		
補足給付の受給状況/入所状況					
補足給付の受給状況	○	○	○	(A市・C市)介護保険システムの給付管理用情報より、介護保険請求に対する補足給付の給付状況 (B市)介護保険システムの受給者台帳情報より、本人負担限度額の認定状況	(A市)施設入所:平成24年9月 短期入所:平成24年4～9月 (B市)平成24年8月分 ※7～8月に限度額認定された被保険者は補足給付受給有りの扱いとしている。 (C市)平成24年9月分
入所施設 (施設入所者の場合)	○	○	○	(A市・C市)介護保険システムの給付管理用情報より、介護保険請求のある施設サービスコード (B市)介護保険システムの受給者台帳情報より、請求のある施設サービスコード	
入所先居室タイプ (施設入所者の場合)	○	○	○	(A市・C市)介護保険システムの給付管理用情報より、介護保険請求のある施設サービスに記載のある入所年月日 (B市)介護保険システムの受給者台帳情報より、請求のある施設サービスに記載のある入所年月日	
施設入所年月 (施設入所者の場合)	○	○	○		
本人の現在の状況					
年齢	○	○	○	介護保険システムの被保険者台帳情報	(A市)平成24年10月時点 ※複数日にわたって調査 (B市)平成24年10月25日時点 (C市)平成24年11月21日時点
性別	○	○	○		
要介護度	○	○	○	(A市・C市)介護保険システムの被保険者台帳情報 (B市)介護保険システムの要介護認定決定情報 (NCI251) ※認知症レベル・ADLについては、保険者を異動した場合には内容が引き継がれないため、データが得られていない。 ※A市において不明であった者については、別途以下により追加調査をして集計に反映させている。 ・A市独自システム情報	(A市)施設入所:平成24年9月最新 短期入所:平成24年4～9月最新 (B市)平成24年8月分最新 (C市)平成24年9月分最新 ※ただし要介護認定の有効期間が最大2年であるため、最新データでも2年程度古い情報である可能性がある。
認知症レベル	○	○	○		
ADL	○	○	○		
保険料段階	○	○	○	(A市)介護保険システムの納付原簿情報 ※ただし、A市において不明であったものについては、別途以下により追加調査をして集計に反映させている。 ・後期高齢者医療保険料の台帳情報 (B市・C市)介護保険システムの納付原簿情報	平成23年1月1日～12月31日分 ※A市の追加調査分については、対象者により異なる場合がある。 (A市:平成24年10月確認、 B市:平成24年10月15日確認、 C市:平成24年11月21日確認)
本人所得 ・・・本人課税対象所得金額 (年金控除後)	○	○	○		
課税対象年金収入 ・・・前年の課税対象年金収入 (控除前総額)	○	○	○		
年金種別	○	○	○	(A市・B市)介護保険システムの納付原簿情報 ※ただし、A市において不明であったものについては、別途以下により追加調査をして集計に反映させている。 ・後期高齢者医療保険料の台帳情報 ・A市独自システム情報 (C市)市民税システムの課税管理情報	
固定資産税額	○	○	○	(A市)国民健康保険の資産割分算定に利用される固定資産税額情報 (B市)固定資産システムの固定資産税額情報	(A市)平成24年1月1日時点評価、 平成24年5月決定額 (B市)平成24年10月15日確認
住まいの形態 (在宅の場合)	○	○	○	A市独自システムより、在宅(短期入所利用者)の現在の住まいの形態	平成21年～平成24年 ※対象者により異なる
家賃相当額 (施設入所の場合)	○	○	○	入所先施設に問合せて確認	平成24年11月時点
施設入所前の状況					
入所前の居所	○	○	○	A市独自システムより入所直前居所の確認	平成21年～平成24年 ※対象者により異なる
入所前の住まいの形態 (在宅の場合)	○	○	○	A市独自システムより入所直前の住まいの形態	平成21年～平成24年 ※対象者により異なる
世帯構成 (施設入所前)	○	○	○	A市独自システムより	平成21年～平成24年 ※対象者により異なる
世帯主年齢 (施設入所前)	○	○	○		
世帯所得 (施設入所前)	○	○	○	後期高齢者医療保険料額における前年の課税対象世帯所得金額	平成23年1月1日～12月31日分 (平成24年7月確認)

3) 集計項目

提供を受けたデータ項目について、以下のような分析を行った。

○補足給付の受給者・非受給者による状態像、収入・資産、家族状況等の相違の分析

○補足給付受給者における、本人収入別の状態像、資産、家族状況等の相違の分析

なお、「本人収入」については、介護保険料所得段階を用いた場合と、本人の課税対象所得及び年金収入をもとに作成した本人収入(推定値)を用いた場合と、2種類の分析を行った。

4) 結果の見方について

- クロス集計表
 - クロス集計表は、上段に人数(単位:人)、下段に横方向に 100.0%となるように算出した構成比(単位:%)として示している。なお、小数点第2位で四捨五入をしているため、各項目に表示されている値の単純合計は、実際の値と必ずしも一致しない場合がある。
 - クロス集計における構成比は、「不明」も含めて算出した。
- 「-」および「不明」の取り扱い
 - 出典および定義上、調査対象外となっている項目は「-」とした。
 - 調査対象の項目で、当該高齢者の状況が把握できていない場合は「不明」とした。
 - ・ A市の「課税対象所得」、「年金収入」、「介護保険料所得段階」「入所前世帯所得」は、65歳未満の場合に介護保険システムからは把握出来ないため、「不明」とした。
 - ・ C市の「課税対象所得」、「年金収入」、「介護保険料所得段階」は、介護サービス利用者の被保険者台帳情報が死亡・転出・住所地特例・未申告であった場合に「不明」とした。
- 集計範囲
 - 補足給付の受給者・非受給者による状態像、収入・資産、家族状況等の相違の分析では、分析対象データ全てを集計対象とした。
 - 本人収入別の状態像、資産、家族状況等の相違の分析については、集計範囲を補足給付受給者に限定して分析を行った。従って、施設入所者でなくとも、短期入所を利用し、補足給付を受給している者も、集計対象に含まれている。
 - 入所者に限定した集計の場合は、「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」、「介護老人保健施設」、「介護療養型医療施設」の入所者を対象とし、「現在の居所」が「自宅」、「特定施設」、「認知症対応型共同介護(認知症対応型グループホーム)」である者は集計対象から除いている。
- 平均値について
 - 平均年齢
 - ・ 年齢の集計は5歳区分のカテゴリで行っているが、平均年齢は1歳刻みの元データを用いて平均値を求めた。なお、年齢の不明者は存在しない。
 - 平均入所期間
 - ・ 入所期間の集計は1年区分のカテゴリで行っているが、入所期間は1ヵ月刻みの元データを用いて平均値を求めた。なお、入所期間の不明者は存在しない。
 - 平均要介護度
 - ・ 平均要介護度は、要支援1を 0.375、要支援2を 1 とし、要介護者は要介護度の値をそのまま用いて平均値を求めた。なお、要介護度の不明者は存在しない。

2. 集計結果

1) 補足給付の有無別にみた対象者の状況

(1) 現在の居所

①現在の居所

- 自治体によるデータ提供範囲の定義の違いから、「自宅」には、A市・B市の場合は短期入所利用者のみが、C市の場合は短期入所以外を含む在宅介護サービス利用者全てが含まれる。このため、A市・B市と、C市では単純にデータの比較ができない点に留意が必要である。
- B市では、特定施設と認知症対応型共同生活介護の利用者に補足給付受給者が含まれるが、これは時点の違いによるもの(平成24年7月に限度額認定を受け、平成24年8月に特定施設や認知症対応型共同生活介護に入居した場合等)である。

補足給付受給者では、非受給者に比べ、「介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)」入所者の割合が高い傾向が見られた。

C市は、在宅介護サービス利用者が含まれるため、「自宅」の割合が大多数を占めるが、施設サービス及び短期入所サービスの利用者を対象としたA市のデータにおいても、補足給付受給者に占める「介護老人福祉施設」入所者の割合(37.1%)は、非受給者の場合(15.2%)の2倍以上となった。

図表Ⅱ-2-1 補足給付有無別 現在の居所

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	現在の居所					
			介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設	特定施設	認知症対応型共同生活介護	自宅
A市	合計	359 100.0%	103 28.7%	145 40.4%	48 13.4%	-	-	63 17.5%
	補足給付 有	221 100.0%	82 37.1%	90 40.7%	30 13.6%	-	-	19 8.6%
	補足給付 無	138 100.0%	21 15.2%	55 39.9%	18 13.0%	-	-	44 31.9%
B市	補足給付 有	1,457 100.0%	480 32.9%	268 18.4%	11 0.8%	21 1.4%	12 0.8%	665 45.6%
C市	合計	14,696 100.0%	1,349 9.2%	935 6.4%	18 0.1%	475 3.2%	408 2.8%	11,511 78.3%
	補足給付 有	1,865 100.0%	1,101 59.0%	513 27.5%	11 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	240 12.9%
	補足給付 無	12,831 100.0%	248 1.9%	422 3.3%	7 0.1%	475 3.7%	408 3.2%	11,271 87.8%

②入所期間(介護保険施設入所者のみ)

- 入所年月データをもとに、平成24年11月まで連続して入所していると仮定して入所期間を算出した。

補足給付受給者では、4年以上入所している割合がA市・B市では25%超、C市では21%と、補足給付非受給者よりもその割合が高い傾向が見られる。

また、平均入所期間で見ても、補足給付受給者の方が非受給者に比べ、A市では0.28年、C市では0.40年ほど長い。

図表Ⅱ-2-2 補足給付有無別 入所期間(介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	入所期間(年)						平均入所期間(年)	
			1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満		6年以上
A市	合計	296 100.0%	73 24.7%	76 25.7%	42 14.2%	31 10.5%	19 6.4%	25 8.4%	30 10.1%	2.83
	補足給付 有	202 100.0%	43 21.3%	50 24.8%	35 17.3%	22 10.9%	13 6.4%	17 8.4%	22 10.9%	2.96
	補足給付 無	94 100.0%	30 31.9%	26 27.7%	7 7.4%	9 9.6%	6 6.4%	8 8.5%	8 8.5%	2.55
B市	補足給付 有	759 100.0%	224 29.5%	153 20.2%	120 15.8%	65 8.6%	45 5.9%	46 6.1%	106 14.0%	2.90
C市	合計	2,302 100.0%	888 38.6%	517 22.5%	288 12.5%	181 7.9%	124 5.4%	79 3.4%	225 9.8%	2.37
	補足給付 有	1,625 100.0%	531 32.7%	393 24.2%	213 13.1%	145 8.9%	97 6.0%	62 3.8%	184 11.3%	2.63
	補足給付 無	677 100.0%	357 52.7%	124 18.3%	75 11.1%	36 5.3%	27 4.0%	17 2.5%	41 6.1%	1.76

③入所先居室タイプ(介護保険施設入所者のみ)

- ユニット型個室、従来型個室、多床室の3分類で集計した。
- A市においては、介護療養型医療施設に入所している場合の部屋タイプが把握できなかったため、「不明」としている。

入所先居室タイプにおける「多床室」の割合は、A市では8割近くを占めるのに対し、B市、C市では約5割と、自治体により大きく異なる傾向が見られた。

A市では補足給付受給者、非受給者で傾向の違いは見られなかったが、C市では、補足給付受給者の方が非受給者より「ユニット型個室」の割合が高く、「多床室」の割合が低い傾向がみられた。

図表Ⅱ-2-3 補足給付有無別 入所先居室タイプ(介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	入所先居室タイプ			
			ユニット型個室	従来型個室	多床室	不明
A市	合計	296 100.0%	20 6.8%	29 9.8%	247 83.4%	-
	補足給付 有	202 100.0%	15 7.4%	18 8.9%	169 83.7%	-
	補足給付 無	94 100.0%	5 5.3%	11 11.7%	78 83.0%	-
B市	補足給付 有	759 100.0%	203 26.7%	137 18.1%	408 53.8%	11 1.4%
C市	合計	2,302 100.0%	632 27.5%	106 4.6%	1,564 67.9%	-
	補足給付 有	1,625 100.0%	502 30.9%	62 3.8%	1,061 65.3%	-
	補足給付 無	677 100.0%	130 19.2%	44 6.5%	503 74.3%	-

《参考》家賃相当額(A市・介護保険施設入所者のみ)

補足給付受給者は、市町村民税非課税世帯を対象とした居住費の標準額である「320 円」の家賃相当額であるケースが 78.7%と大半を占めているのに対し、補足給付非受給者は「321 円以上 1,000 円未満」が 66.0%、「1,000 円以上」は 17.0%を占めている。

図表Ⅱ-2-4 補足給付有無別 家賃相当額
(A市・介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	家賃相当額(月額)			
			0円	320円	321円以上 1,000円未満	1,000円以上
A市	合計	296 100.0%	10 3.4%	175 59.1%	89 30.1%	22 7.4%
	補足給付 有	202 100.0%	10 5.0%	159 78.7%	27 13.4%	6 3.0%
	補足給付 無	94 100.0%	0 0.0%	16 17.0%	62 66.0%	16 17.0%

《参考》現在の住まいの形態(A市・在宅者のみ)

- 現在の住まいが「戸建て」である場合は、その住まいが「持ち家」か「賃貸」かの別が不明であり、区分できなかった。

補足給付受給者は、補足給付非受給者に比べ、「集合住宅(持ち家)」が 3.2 ポイント、「戸建て」に住む割合が 11.0 ポイント低く、「集合住宅(賃貸)」に住む割合が 14.2 ポイント高い傾向が見られた。

「戸建て」については所有関係が不明であるが、少なくとも補足給付受給者の4人に1人が居住用住宅資産を保有していることが明らかになった。

図表Ⅱ-2-5 補足給付有無別 現在の住まいの形態
(A市・在宅者のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	現在の住まいの形態(在宅の場合)		
			戸建て	集合住宅 (持ち家)	集合住宅 (賃貸)
A市	合計	63 100.0%	38 60.3%	18 28.6%	7 11.1%
	補足給付 有	19 100.0%	10 52.6%	5 26.3%	4 21.1%
	補足給付 無	44 100.0%	28 63.6%	13 29.5%	3 6.8%

(2) 状態像

① 年齢

補足給付受給者では、「85～89歳」、「90～95歳」の割合が高く、補足給付非受給者（「80～84歳」、「85～89歳」の割合が高い）よりも年齢がやや高い傾向が見られる。

平均年齢で見ても、補足給付受給者の方が、A市では3.0歳、C市では3.4歳ほど年齢が高い。

これは、補足給付非受給者には、施設入所を必要としない在宅の介護サービス利用者等が含まれていることが影響していると考えられる。

図表Ⅱ-2-6 補足給付有無別 年齢

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	年齢								平均年齢
			～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95歳～	
A市	合計	359 100.0%	5 1.4%	21 5.8%	23 6.4%	54 15.0%	71 19.8%	80 22.3%	64 17.8%	41 11.4%	84.1
	補足給付 有	221 100.0%	2 0.9%	12 5.4%	10 4.5%	29 13.1%	42 19.0%	49 22.2%	46 20.8%	31 14.0%	85.2
	補足給付 無	138 100.0%	3 2.2%	9 6.5%	13 9.4%	25 18.1%	29 21.0%	31 22.5%	18 13.0%	10 7.2%	82.2
B市	補足給付 有	1,457 100.0%	— —	34 2.3%	107 7.3%	187 12.8%	342 23.5%	355 24.4%	300 20.6%	132 9.1%	85.0
C市	合計	14,696 100.0%	— —	661 4.5%	1,144 7.8%	2,090 14.2%	3,682 25.1%	4,003 27.2%	2,231 15.2%	885 6.0%	83.7
	補足給付 有	1,865 100.0%	— —	41 2.2%	80 4.3%	185 9.9%	336 18.0%	531 28.5%	453 24.3%	239 12.8%	86.7
	補足給付 無	12,831 100.0%	— —	620 4.8%	1,064 8.3%	1,905 14.8%	3,346 26.1%	3,472 27.1%	1,778 13.9%	646 5.0%	83.3

② 性別

補足給付受給者では、「女性」が8割を超えているのに対し、補足給付非受給者では「女性」の割合が7割を切り、「男性」が3～4割を占めている。

図表Ⅱ-2-7 補足給付有無別 性別

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	性別	
			女	男
A市	合計	359 100.0%	267 74.4%	92 25.6%
	補足給付 有	221 100.0%	189 85.5%	32 14.5%
	補足給付 無	138 100.0%	78 56.5%	60 43.5%
B市	補足給付 有	1,457 100.0%	1,176 80.7%	281 19.3%
C市	合計	14,696 100.0%	10,205 69.4%	4,491 30.6%
	補足給付 有	1,865 100.0%	1,554 83.3%	311 16.7%
	補足給付 無	12,831 100.0%	8,651 67.4%	4,180 32.6%

③要介護度

- A市は、施設サービス及び短期入所サービスの利用者を対象とするデータであるが、結果として要支援者は存在しなかった。
- C市は、短期入所以外を含む在宅介護サービス利用者を対象とするデータとなっていることから、全般にA市・B市に比べ、要支援1～要介護1の軽度者が多い傾向がある。
- このため、A市・B市と、C市では単純にデータの比較ができない点に留意が必要である。
- また、各市で要介護認定審査時のデータに含まれる ADL 及び認知症の程度を把握しているが、転入の場合には要介護度のみが引き継がれるため及び ADL、認知症の程度の集計に「不明」が生じている。

補足給付受給者では、最も割合が高いのはA市・B市では「要介護4」、C市では「要介護5」となっているのに対し、補足給付非受給者で最も割合が高いのはA市では「要介護4」、C市では「要介護1」である。

また、平均要介護度で見ても、補足給付受給者の方が非受給者に比べ、A市では 0.32、C市では 1.79 要介護度が軽い。

図表Ⅱ-2-8 補足給付有無別 要介護度

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	要介護度							平均 要介護度
			要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
A市	合計	359 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	21 5.8%	59 16.4%	75 20.9%	114 31.8%	90 25.1%	3.54
	補足給付 有	221 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 4.5%	30 13.6%	43 19.5%	80 36.2%	58 26.2%	3.66
	補足給付 無	138 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 8.0%	29 21.0%	32 23.2%	34 24.6%	32 23.2%	3.34
B市	補足給付 有	1,457 100.0%	15 1.0%	17 1.2%	174 11.9%	220 15.1%	293 20.1%	381 26.1%	357 24.5%	3.31
C市	合計	14,696 100.0%	2,337 15.9%	2,153 14.7%	2,650 18.0%	2,095 14.3%	1,772 12.1%	1,926 13.1%	1,763 12.0%	2.16
	補足給付 有	1,865 100.0%	2 0.1%	7 0.4%	86 4.6%	216 11.6%	400 21.4%	558 29.9%	596 32.0%	3.72
	補足給付 無	12,831 100.0%	2,335 18.2%	2,146 16.7%	2,564 20.0%	1,879 14.6%	1,372 10.7%	1,368 10.7%	1,167 9.1%	1.93

④日常生活自立度(ADL)(A市・B市のみ)

A市の補足給付受給者では、日常生活自立度(ADL)が「B」及び「C」の割合が74.2%を占めるのに対し、補足給付非受給者では66.4%と、7.8ポイントの開きが見られる。

一方、B市の補足給付受給者では「B」及び「C」の割合が62.6%である。対象データの範囲のほか、自治体の施設整備状況(定員数等)や居住者の施設志向の度合い等が異なるため、単純に比較はできないが、A市の方が全般に日常生活自立度が低い傾向が見られている。

図表Ⅱ-2-9 補足給付有無別 日常生活自立度(ADL)(A市・C市のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	日常生活自立度(ADL)				
			J	A	B	C	不明
A市	合計	359	19	84	151	104	1
		100.0%	5.3%	23.4%	42.1%	29.0%	0.3%
	補足給付 有	221	9	48	97	67	0
	補足給付 無	138	10	36	54	37	1
		100.0%	7.2%	26.1%	39.1%	26.8%	0.7%
B市	補足給付 有	1,457	69	473	646	266	3
		100.0%	4.7%	32.5%	44.3%	18.3%	0.2%

⑤認知症の程度

認知症の程度の「Ⅳ」、「M」に該当する重度認知症者の割合は、補足給付受給者ではA市26.2%、C市30.7%であるのに対し、補足給付非受給者ではA市21.0%、C市10.1%と、それぞれ5.2ポイント、20.6ポイント、補足給付受給者の方が重度認知症者が多い。

対象データの範囲のほか、自治体の施設整備状況(定員数等)や居住者の施設志向の度合い等が異なるため、自治体間では単純に比較はできないが、全般に、A市で認知症の程度が高い傾向が見られている。

図表Ⅱ-2-10 補足給付有無別 認知症の程度

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	認知症の程度						
			自立	I	II	III	IV	M	不明
A市	合計	359	21	35	91	124	74	13	1
		100.0%	5.8%	9.7%	25.3%	34.5%	20.6%	3.6%	0.3%
	補足給付 有	221	8	20	60	75	49	9	0
	補足給付 無	138	13	15	31	49	25	4	1
		100.0%	9.4%	10.9%	22.5%	35.5%	18.1%	2.9%	0.7%
B市	補足給付 有	1,457	100	207	596	372	171	8	3
		100.0%	6.9%	14.2%	40.9%	25.5%	11.7%	0.5%	0.2%
C市	合計	14,696	2,808	2,879	3,868	3,243	1,656	211	31
		100.0%	19.1%	19.6%	26.3%	22.1%	11.3%	1.4%	0.2%
	補足給付 有	1,865	58	144	351	739	522	51	0
	補足給付 無	12,831	2,750	2,735	3,517	2,504	1,134	160	31
		100.0%	21.4%	21.3%	27.4%	19.5%	8.8%	1.2%	0.2%

(3) 所得・資産の状況

① 保険料所得段階

- 自治体により、保険料所得段階の定義及び保険料額が異なる(下表参照)ことから、基準額(第4段階)を超える段階は1つの区分として集計・分析を行った。
- 補足給付を受給できるのは、本来は第3段階以下の者であるが、集計結果において第4段階以上でも補足給付受給者が存在するのは、データの時点の違いによるものである。
- B市は、特例第3段階は第3段階に、特例第4段階は第4段階に含まれた数値となっている。

補足給付受給者の方が、非受給者に比べ、所得段階1や所得段階2といった低所得者の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-11 補足給付有無別 保険料所得段階

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	保険料所得段階							
			1	2	特例3	3	特例4	4	5以上	不明
A市	合計	359 100.0%	19 5.3%	161 44.8%	24 6.7%	34 9.5%	33 9.2%	12 3.3%	71 19.8%	5 1.4%
	補足給付 有	221 100.0%	19 8.6%	148 67.0%	22 10.0%	29 13.1%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	2 0.9%
	補足給付 無	138 100.0%	0 0.0%	13 9.4%	2 1.4%	5 3.6%	33 23.9%	11 8.0%	71 51.4%	3 2.2%
B市	補足給付 有	1,457 100.0%	97 6.7%	897 61.6%	415 28.5%	47 3.2%			1 0.1%	-
C市	合計	14,696 100.0%	564 3.8%	4,348 29.6%	1,113 7.6%	1,004 6.8%	3,032 20.6%	1,270 8.6%	3,176 21.6%	189 1.3%
	補足給付 有	1,865 100.0%	90 4.8%	1,298 69.6%	245 13.1%	150 8.0%	44 2.4%	12 0.6%	3 0.2%	23 1.2%
	補足給付 無	12,831 100.0%	474 3.7%	3,050 23.8%	868 6.8%	854 6.7%	2,988 23.3%	1,258 9.8%	3,173 24.7%	166 1.3%

図表Ⅱ-2-12 各市における保険料所得段階の定義

段階	A市	B市	C市
第1段階	生活保護受給者、もしくは、老齢福祉年金受給者で世帯全員が住民税非課税		
第2段階	住民税世帯非課税、かつ、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下		
特例第3段階	住民税世帯非課税、かつ、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超120万円以下		
第3段階	住民税世帯非課税、かつ、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が120万円超		
特例第4段階	住民税本人非課税、かつ、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下		
第4段階	住民税本人非課税、かつ、本人の課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円超		
第5段階	住民税本人課税、かつ、前年の合計所得金額の合計が190万円未満	住民税本人課税、かつ、前年の合計所得金額の合計が125万円未満	
第6段階	同190万円以上500万円未満	同125万円以上190万円未満	
第7段階	同500万円以上800万円未満	同190万円以上300万円未満	同190万円以上400万円未満
第8段階	同800万円以上1,000万円未満	同300万円以上500万円未満	同400万円以上
第9段階	同1,000万円以上1,500万円未満	同500万円以上1,000万円未満	—
第10段階	同1,500万円以上	同1,000万円以上	—

②本人収入(推定値)

- 一般に、「所得」とは、各種控除や経費等を「収入」から差し引いたものを指す。ここでは、本人収入に関するデータをもとに分析を実施したかったが、各種控除・税引き前のデータが得られなかった。
- A市及びC市では、「本人課税対象所得」及び「課税年金収入」のデータが得られたことから、これらをもとに、以下の式1により、「本人収入(推定値)」を算出し、分析に用いた。
- ただし、ここで算出した「本人収入(推定値)」は、その他控除(年金以外の収入に対する控除)額のデータが得られなかったため、やむを得ず「0」として扱っている。また、遺族年金等の非課税年金は受給額が不明のため、「本人収入(推定値)」には含まれていない。これらのことから、「本人収入(推定値)」は、実際の本人収入額より低めに算出されている。

式1： 本人収入(推定値) = 本人課税対象所得(a) + 年金控除みなし額(b) + その他控除額

- 本人課税対象所得(a)：各種控除後の課税対象となる所得の合計額(年金を含む)
- 年金控除みなし額(b)：課税年金収入(c)より式2及び別表を参考に算出

式2： 年金控除みなし額(b) = 課税年金収入(c) × (1 - 課税対象率(s)) + 年金控除額(t)

- 課税年金収入(c)：各種控除前の課税対象となる年金収入の合計額。ただし、障害年金・遺族年金は非課税であるため、これらの年金による収入は含まれない。

別表 A市・C市における年金控除額の算定表

課税年金収入の区分	課税対象率 (s)	年金控除額 (t)
120万円未満	0	課税年金収入の全額が控除される
120万円以上 330万円未満	1	120万円
330万円以上 410万円未満	0.75	37.5万円
410万円以上 770万円未満	0.85	78.5万円
770万円以上	0.95	155.5万円

- 本人の収入が非課税年金のみである場合、収入額がゼロになるケースがあることに留意が必要である。
- B市は、「本人課税対象所得」のみしか得られなかったため、参考として、「本人課税対象所得」の3市比較の分析も実施した。
 - なお、自営業者等の場合に収入がマイナスとなる場合があるが、この場合も「課税対象所得」はゼロとして扱われるため、本集計でも同様にゼロとして集計している。

本人収入(推定値)が年 120 万円以下の割合を見てみると、A市では補足給付受給者が 79.6%、補足給付非受給者が 29.0%、C市では補足給付受給者が 90.5%、補足給付非受給者が 63.7%と、いずれの市においても補足給付受給者の方が非受給者より収入が低い傾向が見られる。

また、補足給付受給者のうち、年 240 万円以上(月 20 万円相当)の収入がある人は、ほとんど見られなかったことから、収入審査に関しては、適正な運用がなされていると考えられる。

参考までに、本人課税対象所得を見ると、いずれの市でも6割以上が所得「なし」に含まれる。年金控除額が大きいことから、年 120 万円以上の割合は全体の1割程度、補足給付受給者では1%にも満たない。

本人収入(推定値)、本人課税対象所得とも、遺族年金等の非課税年金の受給額は含まれていない。現状では、非課税年金を含む正確な収入を把握することが難しく、高齢者の負担能力を評価するにあたって、その把握が課題となっている。

図表Ⅱ-2-13 補足給付有無別 本人収入(推定値)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	本人収入(推定値)						
			なし	40万円未満	40万円以上 80万円未満	80万円以上 120万円未満	120万円以上 240万円未満	240万円以上	不明
A市	合計	359 100.0%	42 11.7%	61 17.0%	77 21.4%	36 10.0%	46 12.8%	57 15.9%	40 11.1%
	補足給付 有	221 100.0%	41 18.6%	46 20.8%	58 26.2%	31 14.0%	20 9.0%	0 0.0%	25 11.3%
	補足給付 無	138 100.0%	1 0.7%	15 10.9%	19 13.8%	5 3.6%	26 18.8%	57 41.3%	15 10.9%
C市	合計	14,696 100.0%	1,161 7.9%	2,428 16.5%	4,313 29.3%	1,956 13.3%	2,433 16.6%	2,216 15.1%	189 1.3%
	補足給付 有	1,865 100.0%	233 12.5%	498 26.7%	697 37.4%	260 13.9%	151 8.1%	3 0.2%	23 1.2%
	補足給付 無	12,831 100.0%	928 7.2%	1,930 15.0%	3,616 28.2%	1,696 13.2%	2,282 17.8%	2,213 17.2%	166 1.3%

《参考》補足給付有無別 本人課税対象所得

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	本人課税対象所得						
			なし	40万円未満	40万円以上 80万円未満	80万円以上 120万円未満	120万円以上 240万円未満	240万円以上	不明
A市	合計	359 100.0%	214 59.6%	18 5.0%	13 3.6%	14 3.9%	42 11.7%	18 5.0%	40 11.1%
	補足給付 有	221 100.0%	175 79.2%	10 4.5%	6 2.7%	5 2.3%	0 0.0%	0 0.0%	25 11.3%
	補足給付 無	138 100.0%	39 28.3%	8 5.8%	7 5.1%	9 6.5%	42 30.4%	18 13.0%	15 10.9%
B市	補足給付 有	1,457 100.0%	1,253 86.0%	115 7.9%	59 4.0%	28 1.9%	2 0.1%	0 0.0%	-
C市	合計	14,696 100.0%	9,571 65.1%	1,206 8.2%	785 5.3%	653 4.4%	1,658 11.3%	634 4.3%	189 1.3%
	補足給付 有	1,865 100.0%	1,674 89.8%	101 5.4%	43 2.3%	20 1.1%	2 0.1%	2 0.1%	23 1.2%
	補足給付 無	12,831 100.0%	7,897 61.5%	1,105 8.6%	742 5.8%	633 4.9%	1,656 12.9%	632 4.9%	166 1.3%

③年金種別

- 年金種別を把握したデータの出典は、A市、B市、C市で異なっている。なお、複数の年金を受給している者も存在すると思われるが、下記のとおり、データ出典上、主要な年金1つのみが把握されている。
 - A市では、介護保険料の特別徴収対象の年金種別を基本とし、普通徴収の場合は後期高齢者医療保険料の特別徴収対象の年金種別やA市の独自調査結果データを確認し、その上でなお把握しきれなかった場合に「不明」扱いとなっている。
 - B市では、介護保険料の特別徴収対象の年金種別を採用。そのため、普通徴収の場合や無年金の場合は、受給している年金種別を把握できず、「不明」としている。
 - C市では、市民税の課税管理情報として把握されている市民税の特別徴収対象の年金種別を採用。そのため、無年金の場合や非課税年金(障害年金、遺族年金)及び普通徴収の場合は、受給している年金種別を把握できず、「不明」としている。
- 特別徴収については、以下の情報に従って「不明」とそれ以外を判断した。
 - 税の特別徴収の場合は、課税対象とならない非課税年金から徴収されることはないため、障害年金、遺族年金等の受給状況は把握できない。
 - 保険料の特別徴収の場合は、障害年金、遺族年金から徴収される場合があるため、障害年金、遺族年金等の受給状況が把握できる場合がある。

補足給付受給者では、非受給者に比べ、「遺族年金」受給者や「不明」の割合が高い。

図表Ⅱ-2-14 補足給付有無別 年金種別

(単位:人,%)

	給付状況	合計	年金種別						
			なし	国民年金 (基礎年金)	厚生年金	共済年金	障害年金	遺族年金	不明
A市	合計	359 100.0%	22 6.1%	207 57.7%	30 8.4%	6 1.7%	14 3.9%	37 10.3%	43 12.0%
	補足給付 有	221 100.0%	19 8.6%	121 54.8%	13 5.9%	2 0.9%	8 3.6%	30 13.6%	28 12.7%
	補足給付 無	138 100.0%	3 2.2%	86 62.3%	17 12.3%	4 2.9%	6 4.3%	7 5.1%	15 10.9%
B市	補足給付 有	1,457 100.0%	-	1,014 69.6%	153 10.5%	10 0.7%	73 5.0%	94 6.5%	113 7.8%
C市	合計	14,696 100.0%	-	10,406 70.8%	1,616 11.0%	453 3.1%	-	-	2,221 15.1%
	補足給付 有	1,865 100.0%	-	1,293 69.3%	171 9.2%	15 0.8%	-	-	386 20.7%
	補足給付 無	12,831 100.0%	-	9,113 71.0%	1,445 11.3%	438 3.4%	-	-	1,835 14.3%

《参考》年金種別(詳細)

図表Ⅱ-2-15 補足給付有無別 年金種別

(単位:人, %)

<A市>

給付状況	合計	年金種別(詳細)															不明	
		なし	国民年金(基礎年金)			厚生年金		共済年金				障害年金		遺族年金				
			国民年金 老齢年金	国民年金 通算老齢年金	老齢基礎 年金	厚生年金保険 老齢年金	厚生年金保険 通算老齢年金	国家公務員 退職年金	公立学校 退職年金	日本私学 退職年金	東京都通算 退職年金	障害基礎 年金	国民年金 障害年金	遺族厚生年金	遺族共済年金	日本私学遺族 共済年金		
合計	359 100.0%	22 6.1%	56 15.6%	22 6.1%	129 35.9%	27 7.5%	3 0.8%	2 0.6%	2 0.6%	1 0.3%	2 0.3%	1 0.3%	12 3.3%	2 0.6%	34 9.5%	2 0.6%	1 0.3%	43 12.0%
補足給付 有	221 100.0%	19 8.6%	43 19.5%	16 7.2%	62 28.1%	11 5.0%	2 0.9%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	1 0.5%	1 0.5%	7 3.2%	1 0.5%	28 12.7%	2 0.9%	0 0.0%	28 12.7%
補足給付 無	138 100.0%	3 2.2%	13 9.4%	6 4.3%	67 48.6%	16 11.6%	1 0.7%	2 1.4%	1 0.7%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	5 3.6%	1 0.7%	6 4.3%	0 0.0%	1 0.7%	15 10.9%

<B市>

給付状況	合計	年金種別(詳細)															不明
		なし	国民年金(基礎年金)			厚生年金		共済年金			障害年金		遺族年金				
			国民年金 老齢年金	国民年金 通算老齢年金	老齢基礎 年金	厚生年金保険 老齢年金	厚生年金保険 通算老齢年金	退職年金 (共済)	通算退職年金 (共済)	減額退職年金 (共済)	障害基礎 年金	国民年金 障害年金	厚生年金保険 障害年金	遺族厚生年金	遺族共済年金		
補足給付 有	1,457 100.0%	0 -	338 23.2%	112 7.7%	564 38.7%	125 8.6%	28 1.9%	7 0.5%	1 0.1%	2 0.1%	67 4.6%	5 0.3%	1 0.1%	75 5.1%	19 1.3%	113 7.8%	

<C市>

給付状況	合計	年金種別(詳細)												不明
		なし	国民年金(基礎年金)			厚生年金		共済年金			船員保険			
			国民年金 老齢年金	国民年金 通算老齢年金	老齢基礎 年金	厚生年金保険 老齢年金	厚生年金保険 通算老齢年金	退職年金 (共済)	通算退職年金 (共済)	減額退職年金 (共済)	船員保険 老齢年金	船員保険 通算老齢年金		
合計	14,696 100.0%	0 -	2,554 17.4%	821 5.6%	7,031 47.8%	1,183 8.0%	433 2.9%	396 2.7%	14 0.1%	38 0.3%	4 0.0%	1 0.0%	2,221 15.1%	
補足給付 有	1,865 100.0%	0 -	577 30.9%	129 6.9%	587 31.5%	133 7.1%	38 2.0%	10 0.5%	4 0.2%	1 0.1%	0 0.0%	0 0.0%	386 20.7%	
補足給付 無	12,831 100.0%	0 -	1,977 15.4%	692 5.4%	6,444 50.2%	1,050 8.2%	395 3.1%	386 3.0%	10 0.1%	37 0.3%	4 0.0%	1 0.0%	1,835 14.3%	

④固定資産額

- 固定資産評価額をもとにデータ分析を実施したかったが、そのデータは得られなかった。その代替として、A市及びB市では、「固定資産税額」データが得られたため、それをもとに集計・分析を行った。
 - 固定資産税は、市町村(東京都23区の場合は例外的に都)が毎年1月1日(賦課期日)時点の土地、家屋、償却資産の所有者に対し、その固定資産税評価額(課税標準)をもとに課税する税金である。
 - 固定資産税のもととなる評価額は、市場価値とは異なり、以下の方法で算出している。
- 土地の固定資産税評価：地目(宅地、田及び畑、鉱泉地、池沼、山林、牧場、原野、雑種地)及び地籍に応じて評価される。**評価額30万円未満は非課税**となる。
 - ・ 宅地の場合、主に路線価(街路に沿接する標準宅地の単位当たり価格)に基づいて画地計算法(奥行、間口、形状、街路との接し方等を考慮して評価する計算法)を適用する「**路線価方式**」により求められる。特例として、**住宅用地の場合は、課税標準を6分の1**(200㎡までの住宅用地)**または3分の1**(200㎡を超え住宅延床面積の10倍までの部分)**とみなす軽減税率が適用される**。
 - ・ 農地(田及び畑)のうち、市街化区域内の農地(生産緑地を除く)の場合は、類似宅地の価格を基準として求めた価格から宅地に転用する場合に必要な造成費を引いた「宅地並み評価」が適用されるのに対し、市街化区域外の農地の場合は、その農地が農産物の収穫によってどれだけ収益をあげられるかということを基準とした「農地評価」が適用される。
- 住宅の固定資産税評価：評価の対象となった家屋と全く同一のものを、同じ場所に新築する場合に必要な建築費を求め、それに当該家屋の経過年数に応じた減価を考慮して算出する「**再建築価格方式**」により求められる。このため、建築後の経過年数が長くなるにつれ評価額が緩やかに低下する。**評価額20万円未満の場合は非課税**となる。特例として、一定規模の新築住宅の場合は、構造等によって3～5年度分、固定資産税額の2分の1が減額される(平成26年3月31日までの時限制度)。
- 固定資産税の税率は都道府県及び市町村が設定できるが、標準税率は1.4%である。参考までに、標準税率を想定した場合の固定資産税評価額(ただし、特例の場合を除く)は以下のとおり。
 - ・ 固定資産税額 1万2千円 →固定資産評価額85万円に相当
(全て200㎡以下の宅地の場合、約500万円相当)
 - ・ 固定資産税額 2万3千円 →固定資産評価額165万円に相当
(全て200㎡以下の宅地の場合、約1,000万円相当)
 - ・ 固定資産税額 3万5千円 →固定資産評価額250万円に相当
(全て200㎡以下の宅地の場合、1,500万円相当)
 - ・ 固定資産税額 7万円 →固定資産評価額500万円に相当
(全て200㎡以下の宅地の場合、3,000万円相当)
 - ・ 固定資産税額 14万円 →固定資産評価額1,000万円に相当
(全て200㎡以下の宅地の場合、6,000万円相当)
- A市では、国民健康保険加入者分のみ「固定資産税額」データが得られたが、それ以外についてはデータが得られなかったことから、「不明」に含まれる。また、非課税となる固定資産を保有している数は把握できず、「不明」に含まれる。これらによって、A市の「不明」の割合が高いため、図表Ⅱ-2-16では、参考までに、「不明」を除いて作成した構成比を3段目に掲載した。

固定資産額に関しては得られているデータが少ない(A市では「不明」の割合が高い)が、補足給付受給者の場合は固定資産「なし」の割合が高くなっている。

固定資産評価額 500 万円(全て 200 m²以下の宅地の場合、3,000 万円)以上に相当する固定資産税が7万円を超える人が、A市の補足給付受給者では5件(全体の 2.3%、「不明」を除いた場合の構成比では 14.3%)、B市の補足給付受給者では 82 件(5.6%)見られた。

また、全て 200 m²以下の宅地の場合、固定資産評価額が 500 万円以上に相当する固定資産税額 1.2 万円を超える人は、A市の補足給付受給者では 14 件(全体の 6.3%、「不明」を除いた場合の構成比では 40.0%)、B市の補足給付受給者では 313 件(21.5%)見られた。

図表Ⅱ-2-16 補足給付有無別 固定資産税額

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	固定資産税額								
			なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3千円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上	不明
A市	合計	359	28	-	4	7	5	15	13	5	282
		100.0%	7.8%	-	1.1%	1.9%	1.4%	4.2%	3.6%	1.4%	78.6%
		100.0%	36.4%	-	5.2%	9.1%	6.5%	19.5%	16.9%	6.5%	-
	補足給付 有	221	19	-	2	5	0	4	5	0	186
		100.0%	8.6%	-	0.9%	2.3%	0.0%	1.8%	2.3%	0.0%	84.2%
		100.0%	54.3%	-	5.7%	14.3%	0.0%	11.4%	14.3%	0.0%	-
補足給付 無	138	9	-	2	2	5	11	8	5	96	
	100.0%	6.5%	-	1.4%	1.4%	3.6%	8.0%	5.8%	3.6%	69.6%	
	100.0%	21.4%	-	4.8%	4.8%	11.9%	26.2%	19.0%	11.9%	-	
B市	補足給付 有	1,457	988	62	94	85	75	71	63	19	-
		100.0%	67.8%	4.3%	6.5%	5.8%	5.1%	4.9%	4.3%	1.3%	-

※ A市の3段目の数字は、「不明」を除いて算出した構成比。

(4) 入所前の状況(A市のみ)

A市に関しては、①入所前の居所、②入所前の住まいの形態(在宅の場合)、③入所前の世帯構成、④入所前の世帯主年齢、⑤入所前の世帯所得 の5情報が得られたため、本節では、それらについて整理した。

①入所前の居所(A市)

以下の表から、補足給付受給者・非受給者によらず、「自宅」からの入所者は、全体の3分の1となっている。

補足給付受給者の入所前の居所は、「医療機関」が最も多く 36.6%、次いで「自宅」(32.2%)、「介護老人保健施設」(23.3%)となっている。補足給付非受給者と比べると、補足給付受給者の方が「医療機関」の割合がやや低く、「介護老人保健施設」の割合がやや高い。

図表Ⅱ-2-17 補足給付有無別 入所前の居所
(A市・介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	入所前の居所						
			特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	特定施設	認知症対応型共同生活介護	医療機関	自宅	不明
A市	合計	296 100.0%	1 0.3%	63 21.3%	2 0.7%	11 3.7%	117 39.5%	96 32.4%	6 2.0%
	補足給付 有	202 100.0%	1 0.5%	47 23.3%	1 0.5%	8 4.0%	74 36.6%	65 32.2%	6 3.0%
	補足給付 無	94 100.0%	0 0.0%	16 17.0%	1 1.1%	3 3.2%	43 45.7%	31 33.0%	0 0.0%

②入所前の住まいの形態(A市・在宅の場合)

入所前の居所が「自宅」だった場合を対象に、その住まいの形態について集計を行った。

補足給付受給者の場合は、「戸建て(持ち家)」と「集合住宅(持ち家)」の合計は 49.2%であるのに対し、補足給付非受給者では 58.1%と、補足給付受給者の方が居住用住宅を所有している割合が 8.8ポイント低い傾向が見られた。

しかし、自宅から直接入所した補足給付受給者の5割近くは持ち家を所有していることが明らかになった。

図表Ⅱ-2-18 補足給付有無別 入所前の住まいの形態
(A市・介護保険施設入所者のうち、入所前の居所が在宅の場合のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	入所前の住まいの形態(在宅の場合)			
			戸建て(持ち家)	戸建て(賃貸・その他)	集合住宅(持ち家)	集合住宅(賃貸)
A市	合計	96 100.0%	34 35.4%	35 36.5%	16 16.7%	11 11.5%
	補足給付 有	65 100.0%	20 30.8%	23 35.4%	12 18.5%	10 15.4%
	補足給付 無	31 100.0%	14 45.2%	12 38.7%	4 12.9%	1 3.2%

③入所前の世帯構成

入所前に、配偶者以外の同居者があった割合(下表「その他」に該当)は、補足給付受給者では、42.6%であるのに対し、非受給者では54.3%と、11.7ポイントの開きが見られた。

補足給付受給者は、入所前の同居者が配偶者のみ(下表「夫婦のみ」に該当)もしくは「単身」であった割合が高く、その中でも特に、女性の単身者の割合が高い。

しかし、補足給付受給者の約4割は、入所前に配偶者以外の同居家族があったことが明らかになった。

図表Ⅱ-2-19 補足給付有無別 入所前の世帯構成
(A市・介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	世帯構成			
			単身(男)	単身(女)	夫婦のみ	その他
A市	合計	296 100.0%	20 6.8%	81 27.4%	58 19.6%	137 46.3%
	補足給付 有	202 100.0%	10 5.0%	74 36.6%	32 15.8%	86 42.6%
	補足給付 無	94 100.0%	10 10.6%	7 7.4%	26 27.7%	51 54.3%

④入所前の世帯主年齢

補足給付受給者は、入所前の世帯主年齢が「80代」や「90代」の割合が高く、補足給付を受けてない場合よりも世帯主の年齢が高い傾向が見られた。

しかし、補足給付受給者の約16%は、入所前に60歳未満の同居者がいたことが明らかになった。

図表Ⅱ-2-20 補足給付有無別 入所前の世帯主年齢
(A市・介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

市	給付状況	合計	入所前の世帯主年齢						
			30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代
A市	合計	296 100.0%	3 1.0%	13 4.4%	34 11.5%	66 22.3%	68 23.0%	88 29.7%	24 8.1%
	補足給付 有	202 100.0%	1 0.5%	9 4.5%	23 11.4%	42 20.8%	45 22.3%	61 30.2%	21 10.4%
	補足給付 無	94 100.0%	2 2.1%	4 4.3%	11 11.7%	24 25.5%	23 24.5%	27 28.7%	3 3.2%

⑤入所前の世帯所得

- 入所前の世帯所得は、入所前の世帯の合計「課税対象所得」を用いた。「課税対象所得」では、各種控除額が差し引かれた数値となっている。

補足給付の受給者は、入所前の世帯所得が「なし」の割合が 65.3%と、非受給者(38.3%)と比べ、27 ポイントも高くなっている。

しかし、補足給付受給者の約 14%は、入所前の世帯所得が年間 240 万円以上であったことが明らかになった。

なお、入所前の世帯所得が 120 万円以上 240 万円未満の 11 件では、入所前に夫婦のみ世帯であったのが6件、配偶者以外の同居者がいたのは5件であるのに対し、入所前の世帯所得が 240 万円以上の 29 件では、入所前に夫婦のみ世帯であったのが1件、配偶者以外の同居者がいたのは 28 件となっている。

また、入所前の世帯主年齢は、入所前の世帯所得が 120 万円以上 240 万円未満の 11 件では、70 代以上が6件と過半数を占めたのに対し、入所前の世帯所得が 240 万円以上の 29 件では、50 代以下が9件、60 代が 14 件を占めた。

図表Ⅱ-2-21 補足給付有無別 入所前の世帯所得
(A市・介護保険施設入所者のみ)

(単位:人, %)

市	給付状況	合計	入所前の世帯所得				
			なし	120万円未満	120万円以上 240万円未満	240万円以上	不明
A市	合計	296 100.0%	169 57.1%	12 4.1%	28 9.5%	65 22.0%	22 7.4%
	補足給付 有	202 100.0%	133 65.8%	8 4.0%	11 5.4%	29 14.4%	21 10.4%
	補足給付 無	94 100.0%	36 38.3%	4 4.3%	17 18.1%	36 38.3%	1 1.1%

入所前の世帯構成

夫婦	6	1
その他	5	28

入所前の世帯主年齢

50代以下	2	9
60代	3	14
70代以上	6	6

2) 介護保険料所得段階にみた補足給付受給者の状況

以下では、補足給付の受給者を対象に、介護保険料所得段階別の傾向を分析する。

(1) 現在の居所

①現在の居所

介護保険料所得段階によって、現在の居所に特定の傾向は見られなかった。

図表Ⅱ-2-22 介護保険料所得段階別 現在の居所
(補足給付受給者のみ)

(単位: 人, %)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	現在の居所					
		介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	特定施設	認知症対応型 共同生活介護	自宅
合計	221 100.0%	82 37.1%	90 40.7%	30 13.6%	-	-	19 8.6%
1	19 100.0%	5 26.3%	9 47.4%	4 21.1%	-	-	1 5.3%
2	148 100.0%	58 39.2%	58 39.2%	18 12.2%	-	-	14 9.5%
特3・3	51 100.0%	18 35.3%	22 43.1%	7 13.7%	-	-	4 7.8%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	-	-	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	-	-	0 -
不明	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	-	-	0 0.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	現在の居所					
		介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	特定施設	認知症対応型 共同生活介護	自宅
合計	1,457 100.0%	480 32.9%	268 18.4%	11 0.8%	21 1.4%	12 0.8%	665 45.6%
1	97 100.0%	24 24.7%	24 24.7%	4 4.1%	2 2.1%	1 1.0%	42 43.3%
2	897 100.0%	318 35.5%	161 17.9%	5 0.6%	14 1.6%	9 1.0%	390 43.5%
特3・3	415 100.0%	128 30.8%	71 17.1%	1 0.2%	5 1.2%	2 0.5%	208 50.1%
特4・4	47 100.0%	10 21.3%	12 25.5%	1 2.1%	0 0.0%	0 0.0%	24 51.1%
5以上	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	現在の居所					
		介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	特定施設	認知症対応型 共同生活介護	自宅
合計	1,865 100.0%	1101 59.0%	513 27.5%	11 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	240 12.9%
1	90 100.0%	37 41.1%	37 41.1%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	16 17.8%
2	1,298 100.0%	794 61.2%	331 25.5%	9 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	164 12.6%
特3・3	395 100.0%	212 53.7%	127 32.2%	1 0.3%	0 0.0%	0 0.0%	55 13.9%
特4・4	56 100.0%	33 58.9%	17 30.4%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%	5 8.9%
5以上	3 100.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
不明	23 100.0%	22 95.7%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

②入所期間(介護保険施設入所者のみ)

A市、B市では、介護保険料所得段階が低いほど、「1年未満」の割合が低く、入所期間が長い傾向が見られる。C市では、介護保険料所得段階によって、入所期間に特定の傾向は見られなかった。

図表Ⅱ-2-23 介護保険料所得段階別 入所期間
(補足給付受給者のうち、介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	入所期間(年)						
		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上
合計	202 100.0%	43 21.3%	50 24.8%	35 17.3%	22 10.9%	13 6.4%	17 8.4%	22 10.9%
1	18 100.0%	3 16.7%	8 44.4%	1 5.6%	3 16.7%	1 5.6%	0 0.0%	2 11.1%
2	134 100.0%	25 18.7%	31 23.1%	24 17.9%	15 11.2%	9 6.7%	14 10.4%	16 11.9%
特3・3	47 100.0%	13 27.7%	11 23.4%	9 19.1%	4 8.5%	3 6.4%	3 6.4%	4 8.5%
特4・4	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	入所期間(年)						
		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上
合計	759 100.0%	224 29.5%	153 20.2%	120 15.8%	65 8.6%	45 5.9%	46 6.1%	106 14.0%
1	52 100.0%	12 23.1%	14 26.9%	9 17.3%	4 7.7%	3 5.8%	3 5.8%	7 13.5%
2	484 100.0%	124 25.6%	103 21.3%	80 16.5%	42 8.7%	29 6.0%	25 5.2%	81 16.7%
特3・3	200 100.0%	72 36.0%	32 16.0%	29 14.5%	18 9.0%	13 6.5%	18 9.0%	18 9.0%
特4・4	23 100.0%	16 69.6%	4 17.4%	2 8.7%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	入所期間(年)						
		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上
合計	1,625 100.0%	531 32.7%	393 24.2%	213 13.1%	145 8.9%	97 6.0%	62 3.8%	184 11.3%
1	74 100.0%	28 37.8%	14 18.9%	13 17.6%	5 6.8%	5 6.8%	4 5.4%	5 6.8%
2	1,134 100.0%	327 28.8%	280 24.7%	152 13.4%	107 9.4%	73 6.4%	48 4.2%	147 13.0%
特3・3	340 100.0%	131 38.5%	88 25.9%	40 11.8%	30 8.8%	17 5.0%	8 2.4%	26 7.6%
特4・4	51 100.0%	43 84.3%	4 7.8%	1 2.0%	2 3.9%	0 0.0%	1 2.0%	0 0.0%
5以上	3 100.0%	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
不明	23 100.0%	2 8.7%	5 21.7%	7 30.4%	1 4.3%	1 4.3%	1 4.3%	6 26.1%

③入所先居室タイプ(介護保険施設入所者のみ)

介護保険料所得段階が1の場合に、他の段階に比べて「多床室」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-24 介護保険料所得段階別 入所先居室タイプ
(補足給付受給者のうち、介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	入所先居室タイプ		
		ユニット型個室	従来型個室	多床室
合計	202 100.0%	15 7.4%	18 8.9%	169 83.7%
1	18 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	18 100.0%
2	134 100.0%	12 9.0%	16 11.9%	106 79.1%
特3・3	47 100.0%	3 6.4%	2 4.3%	42 89.4%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	入所先居室タイプ			
		ユニット型個室	従来型個室	多床室	不明
合計	759 100.0%	203 26.7%	137 18.1%	408 53.8%	11 1.4%
1	52 100.0%	1 1.9%	4 7.7%	43 82.7%	4 7.7%
2	484 100.0%	138 28.5%	89 18.4%	252 52.1%	5 1.0%
特3・3	200 100.0%	58 29.0%	40 20.0%	101 50.5%	1 0.5%
特4・4	23 100.0%	6 26.1%	4 17.4%	12 52.2%	1 4.3%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	入所先居室タイプ		
		ユニット型個室	従来型個室	多床室
合計	1,625 100.0%	502 30.9%	62 3.8%	1,061 65.3%
1	74 100.0%	2 2.7%	0 0.0%	72 97.3%
2	1,134 100.0%	382 33.7%	47 4.1%	705 62.2%
特3・3	340 100.0%	90 26.5%	12 3.5%	238 70.0%
特4・4	51 100.0%	15 29.4%	1 2.0%	35 68.6%
5以上	3 100.0%	1 33.3%	0 0.0%	2 66.7%
不明	23 100.0%	12 52.2%	2 8.7%	9 39.1%

(2) 状態像

① 年齢

介護保険料所得段階1の場合に、他の段階に比べて「65～69 歳」の割合が高く、「95～99 歳」、「100 歳～」の割合が低いなど、年齢が若い傾向にある。

図表Ⅱ-2-25 介護保険料所得段階別 年齢
(補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	年齢								
		～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～
合計	221 100.0%	2 0.9%	12 5.4%	10 4.5%	29 13.1%	42 19.0%	49 22.2%	46 20.8%	27 12.2%	4 1.8%
1	19 100.0%	0 0.0%	3 15.8%	1 5.3%	4 21.1%	6 31.6%	3 15.8%	2 10.5%	0 0.0%	0 0.0%
2	148 100.0%	0 0.0%	5 3.4%	3 2.0%	17 11.5%	28 18.9%	34 23.0%	39 26.4%	20 13.5%	2 1.4%
特3・3	51 100.0%	0 0.0%	4 7.8%	6 11.8%	8 15.7%	8 15.7%	11 21.6%	5 9.8%	7 13.7%	2 3.9%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	年齢								
		～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～
合計	1,457 100.0%	-	34 2.3%	107 7.3%	187 12.8%	342 23.5%	355 24.4%	300 20.6%	111 7.6%	21 1.4%
1	97 100.0%	-	5 5.2%	16 16.5%	27 27.8%	14 14.4%	24 24.7%	5 5.2%	4 4.1%	2 2.1%
2	897 100.0%	-	12 1.3%	47 5.2%	82 9.1%	193 21.5%	218 24.3%	237 26.4%	89 9.9%	19 2.1%
特3・3	415 100.0%	-	17 4.1%	40 9.6%	72 17.3%	122 29.4%	100 24.1%	49 11.8%	15 3.6%	0 0.0%
特4・4	47 100.0%	-	0 0.0%	4 8.5%	5 10.6%	13 27.7%	13 27.7%	9 19.1%	3 6.4%	0 0.0%
5以上	1 100.0%	-	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	年齢								
		～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～
合計	1,865 100.0%	-	41 2.2%	80 4.3%	185 9.9%	336 18.0%	531 28.5%	453 24.3%	195 10.5%	44 2.4%
1	90 100.0%	-	7 7.8%	10 11.1%	16 17.8%	17 18.9%	21 23.3%	13 14.4%	1 1.1%	5 5.6%
2	1,298 100.0%	-	16 1.2%	47 3.6%	89 6.9%	195 15.0%	400 30.8%	358 27.6%	159 12.2%	34 2.6%
特3・3	395 100.0%	-	16 4.1%	21 5.3%	72 18.2%	108 27.3%	97 24.6%	56 14.2%	23 5.8%	2 0.5%
特4・4	56 100.0%	-	1 1.8%	2 3.6%	6 10.7%	13 23.2%	11 19.6%	17 30.4%	5 8.9%	1 1.8%
5以上	3 100.0%	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
不明	23 100.0%	-	1 4.3%	0 0.0%	2 8.7%	1 4.3%	2 8.7%	8 34.8%	7 30.4%	2 8.7%

②性別

補足給付受給者全体の8割以上が「女性」であり、各段階とも「男性」より「女性」の割合が高いが、介護保険料所得段階1の場合及び第3段階(特例第3段階を含む)では、他の段階に比べて「男性」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-26 介護保険料所得段階別 性別
(補足給付受給者のみ)

(単位:人, %)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	性別	
		女	男
合計	221 100.0%	189 85.5%	32 14.5%
1	19 100.0%	11 57.9%	8 42.1%
2	148 100.0%	138 93.2%	10 6.8%
特3・3	51 100.0%	38 74.5%	13 25.5%
特4・4	1 100.0%	1 100.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	1 50.0%	1 50.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	性別	
		女	男
合計	1,457 100.0%	1,176 80.7%	281 19.3%
1	97 100.0%	68 70.1%	29 29.9%
2	897 100.0%	807 90.0%	90 10.0%
特3・3	415 100.0%	264 63.6%	151 36.4%
特4・4	47 100.0%	37 78.7%	10 21.3%
5以上	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	性別	
		女	男
合計	1,865 100.0%	1,554 83.3%	311 16.7%
1	90 100.0%	63 70.0%	27 30.0%
2	1,298 100.0%	1,174 90.4%	124 9.6%
特3・3	395 100.0%	248 62.8%	147 37.2%
特4・4	56 100.0%	47 83.9%	9 16.1%
5以上	3 100.0%	2 66.7%	1 33.3%
不明	23 100.0%	20 87.0%	3 13.0%

③要介護度

介護保険料所得段階が1の場合に、他の段階に比べて平均要介護度が低い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-27 介護保険料所得段階別 要介護度
(補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	要介護度							平均 要介護度
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
合計	221 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 4.5%	30 13.6%	43 19.5%	80 36.2%	58 26.2%	3.66
1	19 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 26.3%	5 26.3%	4 21.1%	5 26.3%	3.47
2	148 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 4.7%	19 12.8%	31 20.9%	55 37.2%	36 24.3%	3.64
特3・3	51 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.9%	6 11.8%	6 11.8%	21 41.2%	15 29.4%	3.76
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	5.00
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	-
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	4.00

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	要介護度							平均 要介護度
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
合計	1,457 100.0%	15 1.0%	17 1.2%	174 11.9%	220 15.1%	293 20.1%	381 26.1%	357 24.5%	3.31
1	97 100.0%	2 2.1%	1 1.0%	12 12.4%	14 14.4%	22 22.7%	30 30.9%	16 16.5%	3.17
2	897 100.0%	6 0.7%	10 1.1%	109 12.2%	126 14.0%	192 21.4%	219 24.4%	235 26.2%	3.34
特3・3	415 100.0%	6 1.4%	6 1.4%	49 11.8%	70 16.9%	72 17.3%	115 27.7%	97 23.4%	3.27
特4・4	47 100.0%	1 2.1%	0 0.0%	4 8.5%	10 21.3%	7 14.9%	17 36.2%	8 17.0%	3.26
5以上	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	5.00

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	要介護度							平均 要介護度
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
合計	1,865 100.0%	2 0.1%	7 0.4%	86 4.6%	216 11.6%	400 21.4%	558 29.9%	596 32.0%	3.72
1	90 100.0%	0 0.0%	1 1.1%	3 3.3%	12 13.3%	20 22.2%	32 35.6%	22 24.4%	3.62
2	1,298 100.0%	2 0.2%	4 0.3%	58 4.5%	146 11.2%	274 21.1%	391 30.1%	423 32.6%	3.74
特3・3	395 100.0%	0 0.0%	2 0.5%	22 5.6%	50 12.7%	94 23.8%	111 28.1%	116 29.4%	3.62
特4・4	56 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 3.6%	6 10.7%	9 16.1%	17 30.4%	22 39.3%	3.91
5以上	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	3.67
不明	23 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	1 4.3%	3 13.0%	6 26.1%	12 52.2%	4.17

④日常生活自立度(ADL)(A市・B市のみ)

介護保険料所得段階によって、日常生活自立度(ADL)に特定の傾向は見られなかった。

図表Ⅱ-2-28 介護保険料所得段階別 日常生活自立度
(A市・B市、補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>						
介護保険料 所得段階	合計	日常生活自立度(ADL)				
		J	A	B	C	不明
合計	221 100.0%	9 4.1%	48 21.7%	97 43.9%	67 30.3%	0 0.0%
1	19 100.0%	1 5.3%	4 21.1%	7 36.8%	7 36.8%	0 0.0%
2	148 100.0%	4 2.7%	35 23.6%	70 47.3%	39 26.4%	0 0.0%
特3・3	51 100.0%	4 7.8%	8 15.7%	20 39.2%	19 37.3%	0 0.0%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%

<B市>						
介護保険料 所得段階	合計	日常生活自立度(ADL)				
		J	A	B	C	不明
合計	1,457 100.0%	69 4.7%	473 32.5%	646 44.3%	266 18.3%	3 0.2%
1	97 100.0%	4 4.1%	31 32.0%	46 47.4%	16 16.5%	0 0.0%
2	897 100.0%	43 4.8%	287 32.0%	395 44.0%	169 18.8%	3 0.3%
特3・3	415 100.0%	20 4.8%	142 34.2%	182 43.9%	71 17.1%	0 0.0%
特4・4	47 100.0%	2 4.3%	13 27.7%	23 48.9%	9 19.1%	0 0.0%
5以上	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%

⑤認知症の程度

介護保険料所得段階によって、認知症の程度に特定の傾向は見られなかった。

図表Ⅱ-2-29 介護保険料所得段階別 認知症の程度
(補足給付受給者のみ)

(単位:人, %)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	認知症の程度						
		自立	I	II	III	IV	M	不明
合計	221 100.0%	8 3.6%	20 9.0%	60 27.1%	75 33.9%	49 22.2%	9 4.1%	0 0.0%
1	19 100.0%	1 5.3%	0 0.0%	6 31.6%	8 42.1%	2 10.5%	2 10.5%	0 0.0%
2	148 100.0%	4 2.7%	15 10.1%	38 25.7%	48 32.4%	39 26.4%	4 2.7%	0 0.0%
特3・3	51 100.0%	3 5.9%	5 9.8%	15 29.4%	17 33.3%	8 15.7%	3 5.9%	0 0.0%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	認知症の程度						
		自立	I	II	III	IV	M	不明
合計	1,457 100.0%	100 6.9%	207 14.2%	596 40.9%	372 25.5%	171 11.7%	8 0.5%	3 0.2%
1	97 100.0%	10 10.3%	17 17.5%	41 42.3%	18 18.6%	11 11.3%	0 0.0%	0 0.0%
2	897 100.0%	53 5.9%	115 12.8%	363 40.5%	238 26.5%	120 13.4%	5 0.6%	3 0.3%
特3・3	415 100.0%	33 8.0%	68 16.4%	168 40.5%	106 25.5%	37 8.9%	3 0.7%	0 0.0%
特4・4	47 100.0%	4 8.5%	7 14.9%	24 51.1%	9 19.1%	3 6.4%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	認知症の程度						
		自立	I	II	III	IV	M	不明
合計	1,865 100.0%	58 3.1%	144 7.7%	351 18.8%	739 39.6%	522 28.0%	51 2.7%	0 0.0%
1	90 100.0%	3 3.3%	10 11.1%	16 17.8%	37 41.1%	19 21.1%	5 5.6%	0 0.0%
2	1,298 100.0%	40 3.1%	97 7.5%	244 18.8%	521 40.1%	362 27.9%	34 2.6%	0 0.0%
特3・3	395 100.0%	15 3.8%	32 8.1%	74 18.7%	148 37.5%	117 29.6%	9 2.3%	0 0.0%
特4・4	56 100.0%	0 0.0%	4 7.1%	11 19.6%	23 41.1%	17 30.4%	1 1.8%	0 0.0%
5以上	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
不明	23 100.0%	0 0.0%	1 4.3%	5 21.7%	8 34.8%	7 30.4%	2 8.7%	0 0.0%

(3)入所前の状況(A市のみ)

①入所前の居所

介護保険料所得段階が1の場合に、他の段階に比べて「医療機関」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-30 介護保険料所得段階別 入所前の居所
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

介護保険料所得段階	合計	入所前の居所						
		特別養護老人ホーム	介護老人保健施設	特定施設	認知症対応型共同生活介護	医療機関	自宅	不明
合計	202 100.0%	1 0.5%	47 23.3%	1 0.5%	8 4.0%	74 36.6%	65 32.2%	6 3.0%
1	18 100.0%	0 0.0%	3 16.7%	0 0.0%	1 5.6%	10 55.6%	4 22.2%	0 0.0%
2	134 100.0%	1 0.7%	29 21.6%	1 0.7%	6 4.5%	44 32.8%	49 36.6%	4 3.0%
特3・3	47 100.0%	0 0.0%	13 27.7%	0 0.0%	1 2.1%	19 40.4%	12 25.5%	2 4.3%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%

②入所前の住まいの形態(在宅の場合)

サンプル数が少ないため有意な差とは言えないが、介護保険料所得段階が1の場合に、他の段階に比べて「戸建て(持ち家)」や「集合住宅(持ち家)」の割合が低く、「集合住宅(賃貸)」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-31 介護保険料所得段階別 入所前の住まいの形態
(A市・補足給付受給者のうち、在宅の場合)

(単位:人,%)

介護保険料所得段階	合計	入所前の住まいの形態(在宅の場合)			
		戸建(持ち家)	戸建(賃貸・その他)	集合住宅(持ち家)	集合住宅(賃貸)
合計	65 100.0%	20 30.8%	23 35.4%	12 18.5%	10 15.4%
1	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%	0 0.0%	2 50.0%
2	49 100.0%	15 30.6%	18 36.7%	11 22.4%	5 10.2%
特3・3	12 100.0%	4 33.3%	4 33.3%	1 8.3%	3 25.0%
特4・4	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -

③入所前の世帯構成

サンプル数が少ないため有意差があるとは言えないが、介護保険料所得段階が1の場合、他の段階に比べて「単身(男性)」や「夫婦のみ」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-32 介護保険料所得段階別 入所前の世帯構成
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

介護保険料 所得段階	合計	世帯構成			
		単身(男)	単身(女)	夫婦のみ	その他
合計	202 100.0%	10 5.0%	74 36.6%	32 15.8%	86 42.6%
1	18 100.0%	3 16.7%	5 27.8%	6 33.3%	4 22.2%
2	134 100.0%	5 3.7%	52 38.8%	16 11.9%	61 45.5%
特3・3	47 100.0%	2 4.3%	17 36.2%	10 21.3%	18 38.3%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%

④入所前の世帯主年齢

介護保険料所得段階によって、入所前の世帯主年齢に特定の傾向は見られない。

図表Ⅱ-2-33 介護保険料所得段階別 入所前の世帯主年齢
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

介護保険料 所得段階	合計	入所前の世帯主年齢						
		30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代
合計	202 100.0%	1 0.5%	9 4.5%	23 11.4%	42 20.8%	45 22.3%	61 30.2%	21 10.4%
1	18 100.0%	0 0.0%	1 5.6%	1 5.6%	4 22.2%	7 38.9%	5 27.8%	0 0.0%
2	134 100.0%	0 0.0%	5 3.7%	15 11.2%	29 21.6%	24 17.9%	46 34.3%	15 11.2%
特3・3	47 100.0%	1 2.1%	3 6.4%	7 14.9%	7 14.9%	14 29.8%	9 19.1%	6 12.8%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

⑤入所前の世帯所得

介護保険料所得段階が1の場合、入所前の世帯所得が「240万円以上」であるケースはなかったが、介護保険料段階2では25件(18.7%)、介護保険料段階3(特例第3段階を含む)では3件(6.4%)が「240万円以上」に該当した。

図表Ⅱ-2-34 介護保険料所得段階別 入所前の世帯所得
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人, %)

介護保険料 所得段階	合計	入所前の世帯所得				
		なし	120万円未満	120万円以上 240万円未満	240万円以上	不明
合計	202 100.0%	133 65.8%	8 4.0%	11 5.4%	29 14.4%	21 10.4%
1	18 100.0%	16 88.9%	1 5.6%	1 5.6%	0 0.0%	0 0.0%
2	134 100.0%	79 59.0%	5 3.7%	5 3.7%	25 18.7%	20 14.9%
特3・3	47 100.0%	38 80.9%	2 4.3%	4 8.5%	3 6.4%	0 0.0%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%

3) 本人収入(推定値)別にみた補足給付受給者の状況(A市, C市のみ)

以下では、補足給付の受給者を対象に、本人収入(推定値)別の傾向を分析する。

(1) 現在の居所

① 現在の居所(A市・C市のみ)

本人収入(推定値)が「なし」の場合に、「介護老人福祉施設」の割合がやや高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-35 本人収入(推定値)別 現在の居所
(A市・C市、補足給付受給者のみ)

(単位: 人, %)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	現在の居所					
		介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	特定施設	認知症対応型 共同生活介護	自宅
合計	221 100.0%	82 37.1%	90 40.7%	30 13.6%	-	-	19 8.6%
なし	41 100.0%	17 41.5%	15 36.6%	7 17.1%	-	-	2 4.9%
40万円未満	46 100.0%	13 28.3%	22 47.8%	8 17.4%	-	-	3 6.5%
40万円以上 80万円未満	58 100.0%	21 36.2%	22 37.9%	6 10.3%	-	-	9 15.5%
80万円以上 120万円未満	31 100.0%	12 38.7%	15 48.4%	3 9.7%	-	-	1 3.2%
120万円以上 240万円未満	20 100.0%	6 30.0%	7 35.0%	4 20.0%	-	-	3 15.0%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	-	-	0 -
不明	25 100.0%	13 52.0%	9 36.0%	2 8.0%	-	-	1 4.0%

<C市>

本人収入 (推定値)	合計	現在の居所					
		介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設	特定施設	認知症対応型 共同生活介護	自宅
合計	1,865 100.0%	1,101 59.0%	513 27.5%	11 0.6%	0 0.0%	0 0.0%	240 12.9%
なし	233 100.0%	141 60.5%	66 28.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	26 11.2%
40万円未満	498 100.0%	306 61.4%	131 26.3%	4 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	57 11.4%
40万円以上 80万円未満	697 100.0%	407 58.4%	184 26.4%	6 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	100 14.3%
80万円以上 120万円未満	260 100.0%	149 57.3%	78 30.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	33 12.7%
120万円以上 240万円未満	151 100.0%	73 48.3%	53 35.1%	1 0.7%	0 0.0%	0 0.0%	24 15.9%
240万円以上	3 100.0%	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
不明	23 100.0%	22 95.7%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

②入所期間(A市・C市、介護保険施設入所者のみ)

A市については、サンプル数が少ないため、本人収入(推定値)によって、入所期間に特定の傾向は見られないが、C市では、本人収入(推定値)が低いほど入所期間2年未満の割合が下がり、入所期間4年以上の割合が高くなる傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-36 本人収入(推定値)別 入所期間
(補足給付受給者のうち、A市・C市の介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	入所期間(年)						
		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上
合計	202 100.0%	43 21.3%	50 24.8%	35 17.3%	22 10.9%	13 6.4%	17 8.4%	22 10.9%
なし	39 100.0%	9 23.1%	9 23.1%	6 15.4%	4 10.3%	1 2.6%	2 5.1%	8 20.5%
40万円未満	43 100.0%	5 11.6%	12 27.9%	5 11.6%	8 18.6%	5 11.6%	2 4.7%	6 14.0%
40万円以上 80万円未満	49 100.0%	8 16.3%	14 28.6%	10 20.4%	5 10.2%	2 4.1%	6 12.2%	4 8.2%
80万円以上 120万円未満	30 100.0%	9 30.0%	5 16.7%	7 23.3%	4 13.3%	1 3.3%	2 6.7%	2 6.7%
120万円以上 240万円未満	17 100.0%	4 23.5%	6 35.3%	2 11.8%	0 0.0%	2 11.8%	1 5.9%	2 11.8%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	24 100.0%	8 33.3%	4 16.7%	5 20.8%	1 4.2%	2 8.3%	4 16.7%	0 0.0%

<C市>

本人収入 (推定値)	合計	入所期間(年)						
		1年未満	1年以上 2年未満	2年以上 3年未満	3年以上 4年未満	4年以上 5年未満	5年以上 6年未満	6年以上
合計	1,625 100.0%	531 32.7%	393 24.2%	213 13.1%	145 8.9%	97 6.0%	62 3.8%	184 11.3%
なし	207 100.0%	55 26.6%	44 21.3%	23 11.1%	18 8.7%	12 5.8%	14 6.8%	41 19.8%
40万円未満	441 100.0%	146 33.1%	96 21.8%	59 13.4%	40 9.1%	31 7.0%	18 4.1%	51 11.6%
40万円以上 80万円未満	597 100.0%	187 31.3%	156 26.1%	84 14.1%	55 9.2%	35 5.9%	20 3.4%	60 10.1%
80万円以上 120万円未満	227 100.0%	91 40.1%	55 24.2%	23 10.1%	19 8.4%	13 5.7%	6 2.6%	20 8.8%
120万円以上 240万円未満	127 100.0%	50 39.4%	36 28.3%	17 13.4%	12 9.4%	4 3.1%	3 2.4%	5 3.9%
240万円以上	3 100.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	1 33.3%
不明	23 100.0%	2 8.7%	5 21.7%	7 30.4%	1 4.3%	1 4.3%	1 4.3%	6 26.1%

③入所先居室タイプ(A市・C市、介護保険施設入所者のみ)

A市では、本人収入(推定値)により入所先居室タイプに特定の傾向は見られなかったが、C市では、本人収入(推定値)が「40万円未満」や「40万円以上80万円未満」の場合に、他と比べて「ユニット型個室」の割合が高く、「多床室」の割合が低い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-37 本人収入(推定値)別 入所先居室タイプ
(補足給付受給者のうち、A市・C市の介護保険施設入所者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	入所先居室タイプ		
		ユニット型個室	従来型個室	多床室
合計	202 100.0%	15 7.4%	18 8.9%	169 83.7%
なし	39 100.0%	2 5.1%	5 12.8%	32 82.1%
40万円未満	43 100.0%	2 4.7%	6 14.0%	35 81.4%
40万円以上 80万円未満	49 100.0%	4 8.2%	2 4.1%	43 87.8%
80万円以上 120万円未満	30 100.0%	2 6.7%	1 3.3%	27 90.0%
120万円以上 240万円未満	17 100.0%	1 5.9%	1 5.9%	15 88.2%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	24 100.0%	4 16.7%	3 12.5%	17 70.8%

<C市>

本人収入 (推定値)	合計	入所先居室タイプ		
		ユニット型個室	従来型個室	多床室
合計	1,625 100.0%	502 30.9%	62 3.8%	1,061 65.3%
なし	207 100.0%	52 25.1%	8 3.9%	147 71.0%
40万円未満	441 100.0%	151 34.2%	17 3.9%	273 61.9%
40万円以上 80万円未満	597 100.0%	191 32.0%	23 3.9%	383 64.2%
80万円以上 120万円未満	227 100.0%	64 28.2%	6 2.6%	157 69.2%
120万円以上 240万円未満	127 100.0%	31 24.4%	6 4.7%	90 70.9%
240万円以上	3 100.0%	1 33.3%	0 0.0%	2 66.7%
不明	23 100.0%	12 52.2%	2 8.7%	9 39.1%

(2) 状態像

① 年齢(A市・C市のみ)

本人収入(推定値)が「なし」の場合に、他の段階に比べて「65～69歳」、「70～74歳」の割合が高く、90歳以上の割合が低いなど、年齢が若い傾向にある。

図表Ⅱ-2-38 本人収入(推定値)別 年齢
(A市・C市、補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	年齢								
		～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～
合計	221 100.0%	2 0.9%	12 5.4%	10 4.5%	29 13.1%	42 19.0%	49 22.2%	46 20.8%	27 12.2%	4 1.8%
なし	41 100.0%	0 0.0%	7 17.1%	2 4.9%	8 19.5%	8 19.5%	10 24.4%	5 12.2%	1 2.4%	0 0.0%
40万円未満	46 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	5 10.9%	7 15.2%	6 13.0%	17 37.0%	11 23.9%	0 0.0%
40万円以上 80万円未満	58 100.0%	0 0.0%	1 1.7%	0 0.0%	6 10.3%	13 22.4%	15 25.9%	16 27.6%	5 8.6%	2 3.4%
80万円以上 120万円未満	31 100.0%	0 0.0%	3 9.7%	3 9.7%	6 19.4%	5 16.1%	8 25.8%	2 6.5%	3 9.7%	1 3.2%
120万円以上 240万円未満	20 100.0%	0 0.0%	1 5.0%	3 15.0%	2 10.0%	3 15.0%	3 15.0%	3 15.0%	4 20.0%	1 5.0%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	25 100.0%	2 8.0%	0 0.0%	2 8.0%	2 8.0%	6 24.0%	7 28.0%	3 12.0%	3 12.0%	0 0.0%

<C市>

本人収入 (推定値)	合計	年齢								
		～64歳	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85～89歳	90～94歳	95～99歳	100歳～
合計	1,865 100.0%	-	41 2.2%	80 4.3%	185 9.9%	336 18.0%	531 28.5%	453 24.3%	195 10.5%	44 2.4%
なし	233 100.0%	-	10 4.3%	28 12.0%	29 12.4%	43 18.5%	49 21.0%	43 18.5%	19 8.2%	12 5.2%
40万円未満	498 100.0%	-	5 1.0%	11 2.2%	15 3.0%	34 6.8%	104 20.9%	205 41.2%	110 22.1%	14 2.8%
40万円以上 80万円未満	697 100.0%	-	9 1.3%	20 2.9%	62 8.9%	142 20.4%	276 39.6%	139 19.9%	35 5.0%	14 2.0%
80万円以上 120万円未満	260 100.0%	-	9 3.5%	10 3.8%	49 18.8%	77 29.6%	63 24.2%	34 13.1%	16 6.2%	2 0.8%
120万円以上 240万円未満	151 100.0%	-	7 4.6%	11 7.3%	28 18.5%	38 25.2%	36 23.8%	23 15.2%	8 5.3%	0 0.0%
240万円以上	3 100.0%	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	1 33.3%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
不明	23 100.0%	-	1 4.3%	0 0.0%	2 8.7%	1 4.3%	2 8.7%	8 34.8%	7 30.4%	2 8.7%

②性別(A市・C市のみ)

補足給付受給者全体の8割以上が「女性」であり、本人収入(推定値)のカテゴリがいずれであっても「男性」より「女性」の割合が高いが、保険料収入(推定値)が高くなるにつれ、「男性」の割合が高まる傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-39 本人収入(推定値)別 性別
(A市・C市、補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	性別	
		女	男
合計	221 100.0%	189 85.5%	32 14.5%
なし	41 100.0%	29 70.7%	12 29.3%
40万円未満	46 100.0%	46 100.0%	0 0.0%
40万円以上 80万円未満	58 100.0%	54 93.1%	4 6.9%
80万円以上 120万円未満	31 100.0%	27 87.1%	4 12.9%
120万円以上 240万円未満	20 100.0%	11 55.0%	9 45.0%
240万円以上	0 -	0 -	0 -
不明	25 100.0%	22 88.0%	3 12.0%

<C市>

本人収入 (推定値)	合計	性別	
		女	男
合計	1,865 100.0%	1,554 83.3%	311 16.7%
なし	233 100.0%	187 80.3%	46 19.7%
40万円未満	498 100.0%	476 95.6%	22 4.4%
40万円以上 80万円未満	697 100.0%	610 87.5%	87 12.5%
80万円以上 120万円未満	260 100.0%	192 73.8%	68 26.2%
120万円以上 240万円未満	151 100.0%	68 45.0%	83 55.0%
240万円以上	3 100.0%	1 33.3%	2 66.7%
不明	23 100.0%	20 87.0%	3 13.0%

③要介護度(A市・C市のみ)

A市では、本人収入(推定値)により要介護度に特定の傾向は見られなかったが、C市では、本人収入(推定値)が低いほど、要介護度が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-40 本人収入(推定値)別 要介護度
(A市・C市、補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	要介護度							平均 要介護度
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
合計	221 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 4.5%	30 13.6%	43 19.5%	80 36.2%	58 26.2%	3.66
なし	41 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.9%	5 12.2%	9 22.0%	13 31.7%	12 29.3%	3.68
40万円未満	46 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 4.3%	5 10.9%	16 34.8%	10 21.7%	13 28.3%	3.59
40万円以上 80万円未満	58 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 5.2%	11 19.0%	5 8.6%	28 48.3%	11 19.0%	3.57
80万円以上 120万円未満	31 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 6.5%	5 16.1%	2 6.5%	12 38.7%	10 32.3%	3.74
120万円以上 240万円未満	20 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.0%	1 5.0%	4 20.0%	9 45.0%	5 25.0%	3.80
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	-
不明	25 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 12.0%	7 28.0%	8 32.0%	7 28.0%	3.76

<C市>

本人収入 (推定値)	合計	要介護度							平均 要介護度
		要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
合計	1,865 100.0%	2 0.1%	7 0.4%	86 4.6%	216 11.6%	400 21.4%	558 29.9%	596 32.0%	3.72
なし	233 100.0%	1 0.4%	0 0.0%	5 2.1%	27 11.6%	45 19.3%	75 32.2%	80 34.3%	3.84
40万円未満	498 100.0%	0 0.0%	1 0.2%	23 4.6%	58 11.6%	110 22.1%	145 29.1%	161 32.3%	3.72
40万円以上 80万円未満	697 100.0%	1 0.1%	4 0.6%	34 4.9%	77 11.0%	146 20.9%	216 31.0%	219 31.4%	3.72
80万円以上 120万円未満	260 100.0%	0 0.0%	1 0.4%	12 4.6%	31 11.9%	66 25.4%	72 27.7%	78 30.0%	3.66
120万円以上 240万円未満	151 100.0%	0 0.0%	1 0.7%	11 7.3%	21 13.9%	30 19.9%	44 29.1%	44 29.1%	3.58
240万円以上	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	0 0.0%	0 0.0%	2 66.7%	4.00
不明	23 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 4.3%	1 4.3%	3 13.0%	6 26.1%	12 52.2%	4.17

④日常生活自立度(ADL)(A市のみ)

A市では、本人収入(推定値)が低いほど、日常生活自立度(ADL)が「B」、「C」である割合が低くなる傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-41 本人収入(推定値)別 日常生活自立度(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人, %)

<A市>						
本人収入 (推定値)	合計	日常生活自立度				
		J	A	B	C	不明
合計	221	9	48	97	67	0
	100.0%	4.1%	21.7%	43.9%	30.3%	0.0%
なし	41	2	7	18	14	0
	100.0%	4.9%	17.1%	43.9%	34.1%	0.0%
40万円未満	46	0	11	19	16	0
	100.0%	0.0%	23.9%	41.3%	34.8%	0.0%
40万円以上 80万円未満	58	2	13	32	11	0
	100.0%	3.4%	22.4%	55.2%	19.0%	0.0%
80万円以上 120万円未満	31	4	4	10	13	0
	100.0%	12.9%	12.9%	32.3%	41.9%	0.0%
120万円以上 240万円未満	20	0	4	10	6	0
	100.0%	0.0%	20.0%	50.0%	30.0%	0.0%
240万円以上	0	0	0	0	0	0
	-	-	-	-	-	-
不明	25	1	9	8	7	0
	100.0%	4.0%	36.0%	32.0%	28.0%	0.0%

⑤認知症の程度(A市・C市のみ)

本人収入(推定値)によって、認知症の程度に特定の傾向は見られなかった。

図表Ⅱ-2-42 本人収入(推定値)別 認知症の程度(A市・C市・補足給付受給者のみ)

(単位:人, %)

<A市>									
本人収入 (推定値)	合計	認知症の程度							
		自立	I	II	III	IV	M	不明	
合計	221	8	20	60	75	49	9	0	
	100.0%	3.6%	9.0%	27.1%	33.9%	22.2%	4.1%	0.0%	
なし	41	1	2	12	15	8	3	0	
	100.0%	2.4%	4.9%	29.3%	36.6%	19.5%	7.3%	0.0%	
40万円未満	46	2	6	9	13	15	1	0	
	100.0%	4.3%	13.0%	19.6%	28.3%	32.6%	2.2%	0.0%	
40万円以上 80万円未満	58	1	6	17	20	13	1	0	
	100.0%	1.7%	10.3%	29.3%	34.5%	22.4%	1.7%	0.0%	
80万円以上 120万円未満	31	3	4	8	8	6	2	0	
	100.0%	9.7%	12.9%	25.8%	25.8%	19.4%	6.5%	0.0%	
120万円以上 240万円未満	20	0	1	7	9	2	1	0	
	100.0%	0.0%	5.0%	35.0%	45.0%	10.0%	5.0%	0.0%	
240万円以上	0	0	0	0	0	0	0	0	
	-	-	-	-	-	-	-	-	
不明	25	1	1	7	10	5	1	0	
	100.0%	4.0%	4.0%	28.0%	40.0%	20.0%	4.0%	0.0%	

<C市>									
本人収入 (推定値)	合計	認知症の程度							
		自立	I	II	III	IV	M	不明	
合計	1,865	58	144	351	739	522	51	0	
	100.0%	3.1%	7.7%	18.8%	39.6%	28.0%	2.7%	0.0%	
なし	233	9	18	49	84	67	6	0	
	100.0%	3.9%	7.7%	21.0%	36.1%	28.8%	2.6%	0.0%	
40万円未満	498	6	35	88	226	131	12	0	
	100.0%	1.2%	7.0%	17.7%	45.4%	26.3%	2.4%	0.0%	
40万円以上 80万円未満	697	27	58	130	265	196	21	0	
	100.0%	3.9%	8.3%	18.7%	38.0%	28.1%	3.0%	0.0%	
80万円以上 120万円未満	260	12	20	50	86	85	7	0	
	100.0%	4.6%	7.7%	19.2%	33.1%	32.7%	2.7%	0.0%	
120万円以上 240万円未満	151	4	12	28	68	36	3	0	
	100.0%	2.6%	7.9%	18.5%	45.0%	23.8%	2.0%	0.0%	
240万円以上	3	0	0	1	2	0	0	0	
	100.0%	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	
不明	23	0	1	5	8	7	2	0	
	100.0%	0.0%	4.3%	21.7%	34.8%	30.4%	8.7%	0.0%	

(3)入所前の状況(A市のみ)

①入所前の居所

本人収入(推定値)が「なし」の場合に、「医療機関」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-43 本人収入(推定値)別 入所前の居所
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

本人収入 (推定値)	合計	入所前の居所						
		特別養護 老人ホーム	介護老人 保健施設	特定施設	認知症対応型 共同生活介護	医療機関	自宅	不明
合計	202 100.0%	1 0.5%	47 23.3%	1 0.5%	8 4.0%	74 36.6%	65 32.2%	6 3.0%
なし	39 100.0%	0 0.0%	5 12.8%	0 0.0%	3 7.7%	20 51.3%	10 25.6%	1 2.6%
40万円未満	43 100.0%	0 0.0%	13 30.2%	1 2.3%	1 2.3%	14 32.6%	13 30.2%	1 2.3%
40万円以上 80万円未満	49 100.0%	1 2.0%	9 18.4%	0 0.0%	2 4.1%	14 28.6%	21 42.9%	2 4.1%
80万円以上 120万円未満	30 100.0%	0 0.0%	7 23.3%	0 0.0%	1 3.3%	13 43.3%	8 26.7%	1 3.3%
120万円以上 240万円未満	17 100.0%	0 0.0%	6 35.3%	0 0.0%	0 0.0%	6 35.3%	4 23.5%	1 5.9%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	24 100.0%	0 0.0%	7 29.2%	0 0.0%	1 4.2%	7 29.2%	9 37.5%	0 0.0%

②入所前の住まいの形態(在宅の場合)

サンプル数が少ないため有意な差とは言えないが、本人収入(推定値)が「なし」の場合に、「戸建て(持ち家)」や「集合住宅(持ち家)」の割合が低く、「戸建て(賃貸・その他)」や「集合住宅(賃貸)」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-44 本人収入(推定値)別 入所前の住まいの形態
(A市・補足給付受給者のうち、在宅の場合)

(単位:人,%)

本人収入 (推定値)	合計	入所前の住まいの形態(在宅の場合)			
		戸建て (持ち家)	戸建て (賃貸・その他)	集合住宅 (持ち家)	集合住宅 (賃貸)
合計	65 100.0%	20 30.8%	23 35.4%	12 18.5%	10 15.4%
なし	10 100.0%	2 20.0%	5 50.0%	1 10.0%	2 20.0%
40万円未満	13 100.0%	5 38.5%	4 30.8%	2 15.4%	2 15.4%
40万円以上 80万円未満	21 100.0%	6 28.6%	6 28.6%	6 28.6%	3 14.3%
80万円以上 120万円未満	8 100.0%	2 25.0%	2 25.0%	1 12.5%	3 37.5%
120万円以上 240万円未満	4 100.0%	2 50.0%	2 50.0%	0 0.0%	0 0.0%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	9 100.0%	3 33.3%	4 44.4%	2 22.2%	0 0.0%

③入所前の世帯構成

本人収入(推定値)が「なし」の場合、他の段階に比べて「単身(男性)」や「夫婦のみ」の割合が高い傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-45 本人収入(推定値)別 入所前の世帯構成
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人, %)

本人収入 (推定値)	合計	世帯構成			
		単身(男)	単身(女)	夫婦のみ	その他
合計	202 100.0%	10 5.0%	74 36.6%	32 15.8%	86 42.6%
なし	39 100.0%	5 12.8%	13 33.3%	10 25.6%	11 28.2%
40万円未満	43 100.0%	0 0.0%	14 32.6%	4 9.3%	25 58.1%
40万円以上 80万円未満	49 100.0%	1 2.0%	19 38.8%	5 10.2%	24 49.0%
80万円以上 120万円未満	30 100.0%	1 3.3%	12 40.0%	5 16.7%	12 40.0%
120万円以上 240万円未満	17 100.0%	1 5.9%	5 29.4%	5 29.4%	6 35.3%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	24 100.0%	2 8.3%	11 45.8%	3 12.5%	8 33.3%

④入所前の世帯主年齢

本人収入(推定値)によって、入所前の世帯主年齢に特定の傾向は見られない。

図表Ⅱ-2-46 本人収入(推定値)別 入所前の世帯主年齢
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人, %)

本人収入 (推定値)	合計	入所前の世帯主年齢						
		30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代
合計	202 100.0%	1 0.5%	9 4.5%	23 11.4%	42 20.8%	45 22.3%	61 30.2%	21 10.4%
なし	39 100.0%	0 0.0%	2 5.1%	5 12.8%	7 17.9%	12 30.8%	12 30.8%	1 2.6%
40万円未満	43 100.0%	0 0.0%	2 4.7%	3 7.0%	15 34.9%	7 16.3%	12 27.9%	4 9.3%
40万円以上 80万円未満	49 100.0%	0 0.0%	2 4.1%	6 12.2%	8 16.3%	10 20.4%	17 34.7%	6 12.2%
80万円以上 120万円未満	30 100.0%	0 0.0%	3 10.0%	6 20.0%	3 10.0%	9 30.0%	6 20.0%	3 10.0%
120万円以上 240万円未満	17 100.0%	1 5.9%	0 0.0%	1 5.9%	4 23.5%	5 29.4%	3 17.6%	3 17.6%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	24 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 8.3%	5 20.8%	2 8.3%	11 45.8%	4 16.7%

⑤入所前の世帯所得

本人収入(推定値)によって、入所前の世帯所得に特定の傾向は見られない。

図表Ⅱ-2-47 本人収入(推定値)別 入所前の世帯所得
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

本人収入 (推定値)	合計	入所前の世帯所得				
		なし	120万円未満	120万円以上 240万円未満	240万円以上	不明
合計	202 100.0%	133 65.8%	8 4.0%	11 5.4%	29 14.4%	21 10.4%
なし	39 100.0%	33 84.6%	1 2.6%	2 5.1%	2 5.1%	1 2.6%
40万円未満	43 100.0%	24 55.8%	3 7.0%	2 4.7%	13 30.2%	1 2.3%
40万円以上 80万円未満	49 100.0%	38 77.6%	2 4.1%	0 0.0%	8 16.3%	1 2.0%
80万円以上 120万円未満	30 100.0%	24 80.0%	2 6.7%	2 6.7%	2 6.7%	0 0.0%
120万円以上 240万円未満	17 100.0%	14 82.4%	0 0.0%	2 11.8%	1 5.9%	0 0.0%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	24 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 12.5%	3 12.5%	18 75.0%

4) 補足給付受給者の収入と資産の関係

以下では、補足給付の受給者を対象に、収入と資産の関係について傾向を分析する。

収入については、介護保険料所得段階と本人収入(推定値)の2種類を用いて分析した。

(1) 収入を表す指標間の状況

① 介護保険料所得段階と本人収入(推定値)

介護保険料所得段階と本人収入(推定値)とは、おおむね相関している状態である。

ただし、いずれも、遺族年金等の非課税年金は加味されていないことから、負担能力の正確な評価という観点から見ると、その把握が課題となっている。

図表Ⅱ-2-48 介護保険料所得段階別 本人収入(推定値)
(A市・C市、補足給付受給者のみ)

(単位: 人, %)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	本人収入(推定値)						
		なし	40万円未満	40万円以上 80万円未満	80万円以上 120万円未満	120万円以上 240万円未満	240万円以上	不明
合計	221 100.0%	41 18.6%	46 20.8%	58 26.2%	31 14.0%	20 9.0%	0 0.0%	25 11.3%
1	19 100.0%	18 94.7%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
2	148 100.0%	23 15.5%	45 30.4%	58 39.2%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	22 14.9%
特3・3	51 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	31 60.8%	20 39.2%	0 0.0%	0 0.0%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	本人収入(推定値)						
		なし	40万円未満	40万円以上 80万円未満	80万円以上 120万円未満	120万円以上 240万円未満	240万円以上	不明
合計	1,865 100.0%	233 12.5%	498 26.7%	697 37.4%	260 13.9%	151 8.1%	3 0.2%	23 1.2%
1	90 100.0%	45 50.0%	20 22.2%	21 23.3%	4 4.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
2	1,298 100.0%	181 13.9%	462 35.6%	655 50.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%
特3・3	395 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	245 62.0%	149 37.7%	1 0.3%	0 0.0%
特4・4	56 100.0%	7 12.5%	16 28.6%	21 37.5%	11 19.6%	1 1.8%	0 0.0%	0 0.0%
5以上	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 33.3%	2 66.7%	0 0.0%
不明	23 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	23 100.0%

②介護保険料段階と年金受給状況

A市では、介護保険料所得段階が1の場合に、他の段階に比べて年金を受給していない割合が高い傾向が見られる。また、B市、C市では、介護保険料所得段階が1の場合、年金種別が「不明」の割合が高く、5割以上を占めている。これは、無年金の場合や非課税年金（障害年金、遺族年金）受給者、介護保険料普通徴収等の場合、「不明」に含まれていることが影響していると考えられる。

なお、表の縦方向に見ていくと、厚生年金、共済年金の場合は、所得段階3の件数が最も多いのに対し、国民年金、障害年金、遺族年金は所得段階2の件数が最も多いといった傾向が見られる。

図表Ⅱ-2-49 介護保険料所得段階別 年金種別
(補足給付受給者のみ)

(単位: 人, %)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	年金種別						
		なし	国民年金 (基礎年金)	厚生年金	共済年金	障害年金	遺族年金	不明
合計	221 100.0%	19 8.6%	121 54.8%	13 5.9%	2 0.9%	8 3.6%	30 13.6%	28 12.7%
1	19 100.0%	16 84.2%	1 5.3%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	1 5.3%	0 0.0%
2	148 100.0%	2 1.4%	89 60.1%	2 1.4%	0 0.0%	5 3.4%	27 18.2%	23 15.5%
特3・3	51 100.0%	1 2.0%	31 60.8%	11 21.6%	2 3.9%	2 3.9%	1 2.0%	3 5.9%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%
5以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	年金種別						
		なし	国民年金 (基礎年金)	厚生年金	共済年金	障害年金	遺族年金	不明
合計	1,457 100.0%	-	1,014 69.6%	153 10.5%	10 0.7%	73 5.0%	94 6.5%	113 7.8%
1	97 100.0%	-	40 41.2%	3 3.1%	0 0.0%	2 2.1%	0 0.0%	52 53.6%
2	897 100.0%	-	631 70.3%	62 6.9%	1 0.1%	62 6.9%	90 10.0%	51 5.7%
特3・3	415 100.0%	-	307 74.0%	82 19.8%	9 2.2%	7 1.7%	1 0.2%	9 2.2%
特4・4	47 100.0%	-	35 74.5%	6 12.8%	0 0.0%	2 4.3%	3 6.4%	1 2.1%
5以上	1 100.0%	-	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<C市>

介護保険料 所得段階	合計	年金種別						
		なし	国民年金 (基礎年金)	厚生年金	共済年金	障害年金	遺族年金	不明
合計	1,865 100.0%	-	1,293 69.3%	171 9.2%	15 0.8%	-	-	386 20.7%
1	90 100.0%	-	38 42.2%	3 3.3%	0 0.0%	-	-	49 54.4%
2	1,298 100.0%	-	926 71.3%	64 4.9%	2 0.2%	-	-	306 23.6%
特3・3	395 100.0%	-	271 68.6%	97 24.6%	12 3.0%	-	-	15 3.8%
特4・4	56 100.0%	-	41 73.2%	3 5.4%	1 1.8%	-	-	11 19.6%
5以上	3 100.0%	-	3 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	-	-	0 0.0%
不明	23 100.0%	-	14 60.9%	4 17.4%	0 0.0%	-	-	5 21.7%

A市では、本人収入が「なし」の場合に、他の段階に比べて年金を受給していない割合が高い傾向が見られる。

また、C市では、本人収入が「なし」の場合、年金種別が「不明」になっている。

図表Ⅱ-2-50 本人収入(推定値)別 年金種別
(A市・C市、補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	年金種別						
		なし	国民年金 (基礎年金)	厚生年金	共済年金	障害年金	遺族年金	不明
合計	221 100.0%	19 8.6%	121 54.8%	13 5.9%	2 0.9%	8 3.6%	30 13.6%	28 12.7%
なし	41 100.0%	18 43.9%	1 2.4%	0 0.0%	0 0.0%	5 12.2%	9 22.0%	8 19.5%
40万円未満	46 100.0%	0 0.0%	35 76.1%	1 2.2%	0 0.0%	0 0.0%	8 17.4%	2 4.3%
40万円以上 80万円未満	58 100.0%	0 0.0%	50 86.2%	1 1.7%	0 0.0%	1 1.7%	2 3.4%	4 6.9%
80万円以上 120万円未満	31 100.0%	1 3.2%	21 67.7%	5 16.1%	0 0.0%	1 3.2%	1 3.2%	2 6.5%
120万円以上 240万円未満	20 100.0%	0 0.0%	10 50.0%	6 30.0%	2 10.0%	1 5.0%	0 0.0%	1 5.0%
240万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	25 100.0%	0 0.0%	4 16.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 40.0%	11 44.0%

<C市>

本人収入 (推定値)	合計	年金種別						
		なし	国民年金 (基礎年金)	厚生年金	共済年金	障害年金	遺族年金	不明
合計	1,865 100.0%	-	1,293 69.3%	171 9.2%	15 0.8%	-	-	386 20.7%
なし	233 100.0%	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	-	-	233 100.0%
40万円未満	498 100.0%	-	381 76.5%	12 2.4%	0 0.0%	-	-	105 21.1%
40万円以上 80万円未満	697 100.0%	-	611 87.7%	56 8.0%	2 0.3%	-	-	28 4.0%
80万円以上 120万円未満	260 100.0%	-	184 70.8%	61 23.5%	6 2.3%	-	-	9 3.5%
120万円以上 240万円未満	151 100.0%	-	101 66.9%	37 24.5%	7 4.6%	-	-	6 4.0%
240万円以上	3 100.0%	-	2 66.7%	1 33.3%	0 0.0%	-	-	0 0.0%
不明	23 100.0%	-	14 60.9%	4 17.4%	0 0.0%	-	-	5 21.7%

(2) 所得と資産の状況(A市・B市のみ)

① 介護保険料所得段階と固定資産額

- A市では、国民健康保険加入者分のみ「固定資産税額」データが得られたが、それ以外についてはデータが得られなかったことから、「不明」の割合が高い。

A市では「不明」の割合が高いため、固定資産税額と、介護保険料所得段階との間に、特定の傾向は見られない。

一方、B市では、所得段階3以下では、所得段階が低いほど、固定資産を保有していない割合が高くなる傾向が見られる。固定資産税額1.2万円以上(全て200㎡以下の宅地の場合、固定資産税評価額500万円以上に相当)の割合は、所得段階1では1.0%、所得段階2では18.5%、所得段階3(特例第3段階を含む)では33.3%を占めている。

図表Ⅱ-2-51 介護保険料所得段階別 固定資産税額
(A市・B市、補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

介護保険料 所得段階	合計	固定資産税額								
		なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3千円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上	不明
合計	221 100.0%	19 8.6%	-	2 0.9%	5 2.3%	0 0.0%	4 1.8%	5 2.3%	0 0.0%	186 84.2%
1	19 100.0%	1 5.3%	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 5.3%	0 0.0%	17 89.5%
2	148 100.0%	8 5.4%	-	2 1.4%	4 2.7%	0 0.0%	2 1.4%	3 2.0%	0 0.0%	129 87.2%
特3・3	51 100.0%	8 15.7%	-	0 0.0%	1 2.0%	0 0.0%	2 3.9%	1 2.0%	0 0.0%	39 76.5%
特4・4	1 100.0%	0 0.0%	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%
5以上	0 -	0 -	-	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -
不明	2 100.0%	2 100.0%	-	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%

<B市>

介護保険料 所得段階	合計	固定資産税額								
		なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3千円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上	不明
合計	1,457 100.0%	988 67.8%	62 4.3%	94 6.5%	85 5.8%	75 5.1%	71 4.9%	63 4.3%	19 1.3%	-
1	97 100.0%	85 87.6%	9 9.3%	2 2.1%	1 1.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	-
2	897 100.0%	652 72.7%	32 3.6%	47 5.2%	46 5.1%	39 4.3%	38 4.2%	35 3.9%	8 0.9%	-
特3・3	415 100.0%	214 51.6%	19 4.6%	44 10.6%	37 8.9%	35 8.4%	31 7.5%	24 5.8%	11 2.7%	-
特4・4	47 100.0%	37 78.7%	2 4.3%	1 2.1%	1 2.1%	0 0.0%	2 4.3%	4 8.5%	0 0.0%	-
5以上	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	-

②本人所得と固定資産額

A市は、固定資産税額「不明」が多いため、有効サンプル数が少ないが、本人収入(推定値)が「なし」の場合に固定資産税額1.2万円以上(全て200㎡以下の宅地の場合、固定資産税評価額500万円以上に相当)が5人(12.2%)見られた。また、本人収入(推定値)が80万円未満、かつ、固定資産税額1.2万円以上(表中囲み枠内)に該当したのは7件、「不明」除く全体(35件)に対する割合は20.0%であった。

また、参考までにB市について、本人課税所得「なし」の場合に固定資産税額1.2万円以上が228件(18.2%)見られた。また、本人課税所得が80万円未満、かつ、固定資産税額1.2万円以上(表中囲み枠内)に該当したのは296件、全体(1,457件)に対する割合は20.3%であった。

図表Ⅱ-2-53 本人収入(推定値)別 固定資産額
(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市>

本人収入 (推定値)	合計	固定資産税額								
		なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3千円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上	不明
合計	221	19	-	2	5	0	4	5	0	186
	100.0%	8.6%	-	0.9%	2.3%	0.0%	1.8%	2.3%	0.0%	84.2%
なし	41	3	-	1	1	0	0	3	0	33
	100.0%	7.3%	-	2.4%	2.4%	0.0%	0.0%	7.3%	0.0%	80.5%
40万円未満	46	0	-	0	2	0	0	0	0	44
	100.0%	0.0%	-	0.0%	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	95.7%
40万円以上 80万円未満	58	3	-	1	1	0	0	0	0	53
	100.0%	5.2%	-	1.7%	1.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	91.4%
80万円以上 120万円未満	31	6	-	0	1	0	1	1	0	22
	100.0%	19.4%	-	0.0%	3.2%	0.0%	3.2%	3.2%	0.0%	71.0%
120万円以上 240万円未満	20	2	-	0	0	0	1	0	0	17
	100.0%	10.0%	-	0.0%	0.0%	0.0%	5.0%	0.0%	0.0%	85.0%
240万円以上	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
不明	25	5	-	0	0	0	2	1	0	17
	100.0%	20.0%	-	0.0%	0.0%	0.0%	8.0%	4.0%	0.0%	68.0%

《参考》本人課税所得別 固定資産額(B市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<B市>

(参考) 本人課税所得	合計	固定資産税額								
		なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3千円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上	不明
合計	1,457	988	62	94	85	75	71	63	19	-
	100.0%	67.8%	4.3%	6.5%	5.8%	5.1%	4.9%	4.3%	1.3%	-
なし	1,253	898	56	71	65	56	49	45	13	-
	100.0%	71.7%	4.5%	5.7%	5.2%	4.5%	3.9%	3.6%	1.0%	-
40万円未満	115	60	2	7	9	10	12	12	3	-
	100.0%	52.2%	1.7%	6.1%	7.8%	8.7%	10.4%	10.4%	2.6%	-
40万円以上 80万円未満	59	22	4	11	8	5	4	3	2	-
	100.0%	37.3%	6.8%	18.6%	13.6%	8.5%	6.8%	5.1%	3.4%	-
80万円以上 120万円未満	28	7	0	5	3	4	5	3	1	-
	100.0%	25.0%	0.0%	17.9%	10.7%	14.3%	17.9%	10.7%	3.6%	-
120万円以上 240万円未満	2	1	0	0	0	0	1	0	0	-
	100.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	-
240万円以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

3. 想定される負担能力把握方法とその実務的課題

本節では、資産評価を取り入れている既存制度の概要を整理するとともに、既存研究論文・報告書等できりまとめられている資産調査、資産把握に関わる実務的な問題点を整理する。

1) 既存制度における資産評価の仕組み

本節では、以下の4つの既存制度を取り上げ、それぞれの制度における資産等に関する要件、申請手続き及び申請時提出書類について、各種公表資料等からとりまとめを行った。

- (1) 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置
- (2) 不動産担保型生活資金貸付制度
- (3) 要保護世帯向け不動産担保型生活資金貸付制度
- (4) 高齢者向け返済特例制度
- (5) 住宅融資保険制度特定個人ローン保険(高齢者一括返済改良型融資)

(1) 市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置

①概要

本人または世帯員が市町村民税課税されている場合、利用者負担第4段階となり、補足給付(負担限度額認定)の対象とならない。ただし、高齢者夫婦世帯等で、ひとりが施設に入所し、食費・居住費等を負担した結果、在宅にいる配偶者等の生計が困難になるような場合、利用者負担第3段階とみならず特例減額措置が存在する。

適用の要件は、以下の6項目を全て満たすことであるが、(ウ)の収入要件に加え、(エ)、(オ)に資産要件が含まれている。

- (ア) 世帯の構成員の数が2人以上であること
- (イ) 介護保険施設に入所し、利用者負担第4段階の食費・居住費の負担を行うこと
- (ウ) 世帯の年間収入から、施設の利用者負担(1割負担、食費、居住費)の見込額を除いた額が80万円以下となること
- (エ) 世帯の**現金・預貯金等の額が、450万円以下**であること(有価証券・債券等含む)
- (オ) 世帯がその**居住の用に供する家屋、その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していない**こと
- (カ) 介護保険料を滞納していないこと

適用を受けるためには、別途申請が必要となるが、申請が受理されると、(ウ)の収入要件に該当しなくなるまでの期間、食費もしくは居住費またはその両方について、利用者負担第3段階の適用を受けることができる。

②申請手続き及び申請時必要書類

申込書とともに、以下の必要書類をとりまとめ、居住している自治体の担当課へ提出する。

- 申請書(収入申告書、所得調査同意書等を兼ねる)(印鑑)
- 介護保険被保険者証(提示)
- 施設の契約書の写し
- 収入を証明する書類(世帯員全員の所得証明書・源泉徴収票・年金支払通知書・確定申告書の写し等)
- 固定資産税の納税通知書の写し
- 現金・預貯金・有価証券・債券等の申告・通帳等の写し

申請書の様式及び必要添付書類は自治体により異なるが、補足給付(介護保険負担限度額認定)の申請と同じ様式を使っている場合も多い。税務資料等をもとにした所得調査・資産調査等を想定する場合は、調査への情報提供に関する同意書が必要となるため、通常、申請書の様式の中にその内容が含まれている。しかし、申請書類の様式に同意書に相当するものが含まれていないケースも見られる。

平成 20 年度老人保健健康増進等事業「リバースモーゲージの活用による介護保険給付の重点化・効率化に関する調査研究事業」(株式会社価値総合研究所、平成21年3月)によれば、介護保険法施行規則第八十三条の五第4号ロにおいて対象とされている資産と、その確認方法は、以下のよう整理することができる。

○要件(エ)世帯の現金・預貯金等の額が、450 万円以下であることの確認

- ・預貯金の確認 : 預貯金通帳原本あるいは写しによる確認
- ・有価証券及び債権等 : 申請者の申告により確認(株式及び投資信託は時価評価、その他は額面評価での申告が基本)
- ・虚偽申請の疑いがある場合など、必要に応じ、金融機関(銀行、信託会社、証券保管振替機構等)に調査を依頼

○要件(オ)世帯がその居住の用に供する家屋、その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を所有していないことの確認

- ・収入・資産申告書による確認
- ・虚偽申請の疑いがある場合など、必要に応じ、以下の内容の調査を実施
 - 自治体が保有する固定資産課税台帳
 - 法務局が保有する登記簿
 - 警察署が保管する車庫証明
 - 都道府県が管理する自動車税・自動車取得税等の情報

(2)不動産担保型生活資金貸付制度(低所得の高齢者世帯向け)

①概要

「生活福祉資金貸付制度」は、低所得者や高齢者、障害者の生活を経済的に支えるとともに、その在宅福祉及び社会参加の促進を図ることを目的とした貸付制度で、都道府県社会福祉協議会を実施主体とし、市区町村社会福祉協議会が窓口となって実施している。このうち、「不動産担保型生活資金」は、一定の居住用不動産を担保として一定の居住用不動産を持ち、将来もそこに住み続けることを希望する高齢者世帯を対象に、当該不動産を担保として貸付を行う制度である。

貸付対象の要件は、以下の6項目を全て満たすことである。

- | |
|---|
| (ア) 貸付を受けようとする者及びその世帯の構成員が、原則、65歳以上であること |
| (イ) 同世帯が市町村民税非課税か均等割り課税の低所得者であること |
| (ウ) <u>貸付を受けようとする者が単独(もしくは同居の配偶者との共同名義で)所有する不動産に</u> 居住していること |
| (エ) 将来にわたり当該不動産を所有し、また住み続けることを希望していること |
| (オ) <u>当該不動産に貸借権、抵当権等が設定されていないこと</u> |
| (カ) <u>当該不動産の評価額がおおむね 1,500 万円以上</u> であること
(マンションは対象外、評価対象は土地のみ) |

なお、貸付内容は、以下のとおりである。貸付原資や事務費は、国と都道府県・政令指定都市が分担して負担する(国の補助率は、貸付原資は3分の2、事務費は2分の1)。

貸付限度額	居住用不動産のうち、土地の評価額の70%
貸付月額	1ヵ月あたり30万円以内で個別に設定
貸付期間	貸付元利金が貸付限度額に達するまでの期間、 または、貸付契約の終了時(借受人の死亡時)までの期間
貸付利率	年3%または長期プライムレート(毎年度4月1日時点)のいずれか低い利率 各単位期間(36月)中の貸付金の総額ごとに、その期間の最終日の翌日から 償還期間までの間、日数により計算
償還期限	貸付契約の修了後時に一括償還(据置期間は契約終了後3ヵ月以内)
償還の保全措置	推定相続人の中から連帯保証人として一人選任、 当該不動産に抵当権を設定(連帯保証人は不要)

当該制度により貸付を受けた場合、借受人が死亡した場合に貸付契約が終了し、連帯保証人(相続人)等が担保不動産(土地)を売却し、貸付総額(利子相当額を含む)を返済する。ただし、以下のいずれかに当てはまる場合、都道府県知事または政令指定都市市長の承認を得て、償還を免除することもできる。

- | |
|--|
| (ア) 償還期限到来後2年を経過してもなお借り受け人から償還未済額を償還させることが著しく困難であると認められるとき |
| (イ) 償還未済額について、消滅時効が完成しているとき |
| (ウ) 上記以外で、将来にわたって償還が困難と認められるとき |

②申請手続き及び申請時必要書類

借入を希望する者は、市区町村社会福祉協議会の窓口にて、借入相談を行い、貸付要件や固定資産税評価額に関する事前審査を受ける。同制度の要件は市町村民税非課税等という明確な基準であるため、事前審査は、申込書類のうち事前審査に必要な書類(下記のうち、*印のある書類)を提出により、書面ベースで行われる。

事前審査において、正式申込可能と判断された場合、以下の必要書類をそろえ、市区町村社会福祉協議会の窓口を通じて、都道府県社会福祉協議会への申込みを行う。借入申込を受け、世帯の状況等の調査と不動産鑑定とが行われる。世帯の状況等の調査は、提出書類に基づき審査されるが、必要に応じて、民生委員に協力を依頼することもできる。また、貸付限度額の設定のために、**不動産鑑定士による鑑定に要する費用や、担保物件の抵当権の設定登記にかかる費用は、借入申込者が負担する仕組みとなっている。**

なお、貸付決定後には、**貸付契約書(継続的金銭消費貸借契約及び根抵当権等設定契約証書)及び印鑑登録証明書、口座振替依頼書**の提出が必要となる。

○ 生活福祉資金借入申込書	(*印は事前審査に必要な資料)
○ 本人確認書類	
・戸籍謄本	
・世帯全員分の住民票(3ヵ月以内発行)の写し	
○ 世帯全員が低所得であると証明する書類	
・市町村民税非課税証明書 または 世帯全員分の市町村民税均等割り課税証明書(3ヵ月以内発行) *	
○ 担保となる居住用不動産に関する書類	
・担保とする居住用不動産の登記簿謄本(地籍図、公図を含む) *	
・位置図、測量図、建物図面	
・固定資産税台帳評価価格 *	
○ 推定相続人の同意書	

図表 II-3-1 不動産担保型生活資金貸付制度の申請の流れ

	相談・申請先	手続きの内容
借入相談・事前審査	市区町村社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> 窓口にて借入に関する相談を実施、相談内容等を都道府県社協に報告 貸付要件・固定資産評価額を確認し、正式申込の可否を決定するための事前審査を実施
借入申込	市区町村社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> 事前審査の結果、正式申込可となった場合、残りの申請書類を用意して借入申請を実施 市区町村社協から都道府県社協へ申込書類を送付
調査・不動産鑑定	—	<ul style="list-style-type: none"> 世帯状況・貸付計画等を調査 都道府県社協が依頼した不動産鑑定士により、当該不動産(土地)の鑑定を実施(市区町村社協も立ち会い) 申込書類の審査及び鑑定結果を踏まえ、貸付が決定 都道府県社協から申込者へ貸付承諾通知を送付
貸付契約	市区町村社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> 貸付契約書等を記載・提出 市区町村社協から都道府県社協へ契約書・登記完了書類等を送付
抵当権設定登記	司法書士	<ul style="list-style-type: none"> 市区町村社協から司法書士に根抵当権の設定登記を依頼 司法書士による登記の実施(対法務局) 都道府県社会福祉協議会への登記の報告
貸付送金開始	—	<ul style="list-style-type: none"> 法務局の設定登記確認後、都道府県社協からの送金開始

出典)各種資料より作成

(3) 要保護世帯向け不動産担保型生活資金貸付制度

①概要

「要保護世帯向け不動産担保型生活資金」は、「生活福祉資金貸付制度」のうち、生活保護対象となっており、一定の居住用不動産を持ち、将来もそこに住み続けることを希望する高齢者世帯を対象に、当該不動産を担保として貸付を行う制度である(波線部は、前項の制度との相違点を示す)。

貸付対象の要件は、以下の6項目を全て満たすことである。

- (ア) 貸付を受けようとする者及び配偶者が、原則、65歳以上であること
- (イ) 本貸付金を利用しなければ、生活保護を受けなければならないと福祉事務所が認めた世帯であること
- (ウ) 貸付を受けようとする者が単独(もしくは同居の配偶者との共同名義で)所有する不動産に居住していること
- (エ) 将来にわたり当該不動産を所有し、また住み続けることを希望していること
- (オ) 当該不動産に貸借権、抵当権等が設定されていないこと
- (カ) 当該不動産の評価額がおおむね500万円以上であること
(マンションでも可。ただし、建物のみの所有は対象外)

なお、貸付内容は、以下のとおりである。貸付原資や事務費は、国と都道府県・政令市が分担して負担する(国の補助率は、貸付原資は4分の3、事務費は2分の1)。貸付原資は、「セーフティネット支援対策事業費補助金」より充当されており、各都道府県社会福祉協議会に特別会計を設けて管理されている。

貸付限度額	居住用不動産(土地・ <u>建物</u>)の評価額の70%(<u>集合住宅は50%</u>)
貸付月額	<u>生活扶助基準額の1.5倍から収入充当額を差し引いた金額以内</u>
貸付期間	貸付元利金が貸付限度額に達するまでの期間、 または、貸付契約の終了時(借受人の死亡時)までの期間
貸付利率	年3%または長期プライムレート(毎年度4月1日時点)のいずれか低い利率 各単位期間(36月)中の貸付金の総額ごとに、その期間の最終日の翌日から 償還期間までの間、日数により計算
償還期限	貸付契約の修了後時に一括償還(据置期間は契約終了後3ヵ月以内)
償還の保全措置	当該不動産に抵当権を設定(連帯保証人は不要)

当該制度により貸付を受けた場合、契約終了後、原則として借受人または相続人が担保不動産を任意売却し、貸付総額(利子相当額を含む)を返済する。ただし、以下のいずれかに当てはまる場合、都道府県知事または政令市制とし市長の承認を得て、償還を免除することもできる。

- (ア) 償還期限到来後2年を経過してもなお借受人から償還未済額を償還させることが著しく困難であると認められるとき
- (イ) 償還未済額について、消滅時効が完成しているとき
- (ウ) 根抵当権を実行しても貸付元利金の償還を受けられないとき
- (エ) 根抵当権の実行による貸付元利金の償還が見込まれないとき、または、根抵当権の実行が成立しないとき
- (オ) 上記以外で、将来にわたって償還が困難と認められるとき

②申請手続き及び申請時必要書類

県・市町村福祉事務所において、生活保護受給の要否及び貸付対象世帯該当性に関する判断を受け、該当すると判断された場合に、以下の必要書類をそろえ、市区町村社会福祉協議会の窓口を通じて、都道府県社会福祉協議会への申込みを行うことができる。

なお、要保護認定の際には、保護申請書、収入申告書、資産申告書、申請内容の調査に関する同意書、給与証明書、家屋(宅地)賃貸借契約証明書等と、その記載内容を証明する添付資料の提出が、貸付決定後には、貸付契約書及び印鑑登録証明書、口座振替依頼書の提出が必要となる。

同制度では、生活保護の審査スキームを活用し、借入申込の前に、福祉事務所にて要保護判定を受けるための申請を行う仕組みとなっているのが特徴である。このため、所得調査、資産調査は、要保護判定の過程で、市区町村が担っている。また、貸付限度額の設定のために、不動産鑑定士による鑑定が行われるが、これに要する費用や、担保物件の抵当権の設定登記にかかる費用についても、生活保護の実施機関である市区町村が負担する仕組みとなっている。

- 生活福祉資金借入申込書(収入申告書、所得調査同意書等を兼ねる)(印鑑)
- 本人確認書類
 - ・戸籍謄本
 - ・世帯全員分の住民票(3ヵ月以内発行)の写し
- 担保となる居住用不動産に関する書類(位置図、測量図、建物図面)
- 要保護判定を行う福祉事務所からの書類
 - ・貸付対象世帯通知書
 - ・貸付対象世帯調査書
 - ・担保とする居住用不動産の登記簿謄本(地籍図、公図を含む)
 - ・貸付申込み者の戸籍謄本
 - ・推定相続人の同意書 または 推定相続人との本件に関する調整状況を付記した書類

図表Ⅱ-3-2 要保護世帯向け不動産担保型生活資金貸付制度の申請の流れ

	相談・申請先	手続きの内容
借入相談	福祉事務所	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口にて借入に関する相談を実施 ・要保護判定を申請
借入申込	市区町村社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・借入の申請 <ul style="list-style-type: none"> - 申請書類を記載・提出 - 要保護判定結果は、福祉事務所より直接送付 ・市区町村社協から都道府県社協へ申込書類を送付
不動産鑑定	—	<ul style="list-style-type: none"> ・都道府県社協が依頼した不動産鑑定士により、当該不動産の鑑定を実施(市区町村社協も立ち会い) ・申込書類の審査及び鑑定結果を踏まえ、貸付が決定 ・都道府県社協から申込者へ貸付承諾通知を送付
貸付契約	市区町村社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・貸付契約書等を記載・提出 ・市区町村社協から都道府県社協へ契約書・登記完了書類等を送付
抵当権設定登記	司法書士	<ul style="list-style-type: none"> ・市区町村社協から司法書士に根抵当権の設定登記を依頼 ・司法書士による登記の実施(対法務局) ・都道府県社会福祉協議会への登記の報告
貸付送金開始	—	<ul style="list-style-type: none"> ・法務局の設定登記確認後、都道府県社協からの送金開始

出典)各種資料より作成

(4) 高齢者向け返済特例制度

① 概要

高齢者向け返済特例制度は、満 60 歳以上の者が自ら居住する住宅に、バリアフリー工事または耐震改修工事を施すリフォームを行う場合に、返済期間を申込者本人(連帯債務者を含む)の死亡時までとし、毎月の返済は利息のみとし、借入金の元金は申込者本人の死亡後に一括返済とする、住宅金融支援機構が提供する融資制度(融資の概要は下表のとおり)である。当該制度により融資を受けた場合、申込者本人(連帯債務者を含む)の死亡後、相続人が当該不動産(土地・建物)を売却する等により、一括返済する。相続人が返済可能であれば、必ずしも土地・建物の売却は必要としない。

融資対象の要件として、以下の全ての項目を満たす必要がある。

<対象者の要件>	
(ア)	借入申込時に満 60 歳以上であること
(イ)	借入申込者本人が居住する住宅のリフォームであること
(ウ)	総返済負担率が、次の基準以下であること <ul style="list-style-type: none"> ・年収が 400 万円未満の場合 : 30%以下 ・年収が 400 万円以上の場合 : 35%以下
(エ)	日本国籍を持つ者、または、永住許可等を受けている外国人であること
<対象となる住宅>	
(オ)	以下の全てを満たす住宅 <ul style="list-style-type: none"> ・工事完了後の住宅部分の床面積が 50 ㎡(共同建ての場合は 40 ㎡)以上の住宅 ・申込者本人、配偶者、本人または配偶者の親族が所有する住宅 ・工事完了後、物件検査を受け、適合証明書等が交付される住宅
<対象となる工事>	
(カ)	部分的バリアフリー工事または耐震改修工事のいずれかの基準に適合する工事 <ul style="list-style-type: none"> ・部分的バリアフリー工事(床の段差解消、廊下幅及び居室の出入口の幅員の確保、浴室及び階段の手すり設置のいずれかの、基準に適合する工事) ・耐震改修(都道府県や市区町村の認定を受けた耐震改修計画にしたがって行う工事)、または、耐震補強(住宅金融支援機構の定める耐震性に関する基準に適合する工事)のいずれかに該当する工事 ・部分的バリアフリー工事もしくは耐震改修工事と併せて実施する改築工事、増築工事、修繕・模様替え

融資限度額	1,000 万円(住宅部分の改修工事費)、または、住宅金融支援機構が承認している保証機関(財団法人高齢者住宅財団)が保証する額のいずれか低い額
融資金利	借入申込時の金利を全期間固定で適用(毎月改定)
返済期間	返済期間を申込者本人(連帯債務者を含む)の死亡時までの期間
返済方法	毎月の返済額＝融資金額×融資金利÷12 (1 円未満切り捨て) 元金は申込者本人(連帯債務者を含む)の死亡時一括償還
償還期限	借入金申込者(全員)の死亡後に一括償還
償還の保全措置	土地・建物に第1順位の抵当権を設定 建物には、特約火災保険またはそれ以外の住宅金融支援機構が定める要件を満たす火災保険を設定し、その保険金請求権に第1順位の質権を設定
連帯保証人	住宅金融支援機構が承認している保証機関(財団法人高齢者住宅財団) 保証料 : 融資金額の 1.5% 事務手数料 : 融資金額が 100 万円以上の場合 36,750 円(消費税込) 融資金額が 100 万円未満の場合 融資金額の 3.5%(消費税込)

②申請手続き及び申請時必要書類

本制度の申込手続きは、カウンセリング及び事前相談を受けるところから始まる。これは、制度に関して説明を受け、理解した上で利用する必要があることとともに、リフォーム事業者や工事の内容が、住宅金融支援機構が定める基準に適合しているかどうか、事前確認・相談が要となるためである。

また、融資申込の前に、保証機関である高齢者住宅財団を通じ、担保物件となる当該不動産(土地・建物)について、不動産鑑定士による評価を受け、保証限度額証明書を手入する必要がある。

その後、融資申込と保証申込を同時に行う。融資申込に必要な書類は、以下のとおりである。

なお、申込手続きの過程で発生する、担保評価や物件検査にかかる費用(手数料等)は、申込者の負担となる。

- リフォーム融資借入申込書
- 申込内容確認書
- 個人情報の取扱いに関する同意書
- 本人確認書類(運転免許証、パスポート、健康保険証または住基カードのいずれかの写し)
- 建物及び土地の後期事項証明書(全部事項証明書)
- 申込本人の収入及び納税に関する公的証明書(2年間分)
- 給与収入がある場合：前年度・本年度分の住民税課税証明書、特別徴収税額の通知書
- 給与収入以外の場合：前年・前々年の納税証明書(所得金額用、納税額用)、確定申告書の写し、前年度・本年度分の住民税証明書類(課税証明書または納税証明書)
- 工事請負契約書(工事内容・金額などが確認できる書類)の写し
- 保証限度額証明書
- 通知に関する申出書(申込本人または連帯債務者死亡時の報告通知の誓約書類)、住民票
- 80円切手を添付した封筒(融資承認通知書送付用)

図表Ⅱ-3-3 高齢者向け返済特例制度の申込手続きの流れ

	相談・申請先	手続きの内容
カウンセリング 事前相談	高齢者住宅財団 もしくは 住宅金融支援機構(支店) 適合証明機関・技術者	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口にて当該制度の利用に向けて相談を受付、当該制度に関する説明、アドバイスの実施 ・リフォーム事業者・工事内容の基準適合性に関し、適合証明機関・適合証明技術者と事前相談
担保評価 保証限度額決定	高齢者住宅財団	<ul style="list-style-type: none"> ・不動産鑑定士による担保物件の評価の受審を申請 ・保証限度額証明書を発行
融資申込 保証申込	住宅金融支援機構 高齢者住宅財団	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅金融支援機構に対し、融資申込書類を提出 ・高齢者住宅財団に対し、保証申込書類を提出 ・申込書類の審査を経て、融資が決定
改修工事の実施 物件検査	リフォーム事業者 住宅金融支援機構	<ul style="list-style-type: none"> ・事前相談内容を踏まえ、基準及び融資条件に適合した改修工事を実施 ・工事終了後、適合証明技術者の作成した調査判定書と工事完了届を提出、工事の基準適合性に関する物件検査を実施
融資契約 保証契約	住宅金融支援機構 高齢者住宅財団	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅金融支援機構と融資契約、高齢者住宅財団と保証契約を締結
融資金受取 金利返済開始	—	<ul style="list-style-type: none"> ・融資金を受け取り、保証料を支払う ・金利分の返済開始

出典)各種資料より作成

(5)住宅融資保険制度特定個人ローン保険(高齢者一括返済改良型融資)

①概要

住宅融資保険は、住宅融資保険法に基づき、民間金融機関の住宅ローンが不測の事態により事故となった場合に金融機関に住宅金融支援機構から保険金の支払いを受けられる保険制度で、住宅金融支援機構と民間金融機関の間で契約されるものである。

その保険商品のひとつとして、高齢者一括返済改良等融資型の特定個人ローン保険が存在する。同保険では、金融機関が融資するリバースモーゲージ型の住宅リフォーム等ローン(死亡時を融資機関の満了時期として、元金等を一括で返済するローン)について、住宅金融支援機構が未回収元金の10割を保険引受する。

融資対象の要件は、以下のとおりである。

<対象となる融資>	
(ア)	満60歳以上の者が自ら居住する住宅または3年以上定期借家契約により第三者に賃貸する住宅のリフォーム等資金
(イ)	住み替え先となるサービス付き高齢者向け住宅の入居一時金、またその場合の住み替え前の住宅リフォーム等資金
<対象となる融資の債務者>	
(ウ)	以下の全てを満たすこと
	・借入申込時の年齢が満60歳以上であること
	・毎月払い方式の場合は、総返済負担率が、次の基準以下であること
	-年収が400万円未満の場合：30%以下
	-年収が400万円以上の場合：35%以下
	・借入申込に当たって、金融機関からカウンセリング(融資内容の説明・アドバイス)を受けていること

融資限度額	リフォーム等資金を対象とする場合(上記ア)、以下のうちいずれか最も低い額 (a)1,500万円 (b)リフォーム等工事費の100%に相当する額 (c)担保不動産の評価額の50%に相当する額 入居一時金を対象とする場合(上記イ)、以下のうちいずれか最も低い額 (a)1,500万円 (b)入居一時金の額と住み替え前住宅リフォーム工事費の合算額の100%に相当する額 (c)担保不動産の評価額の50%に相当する額
返済期間	返済期間を債務者(及び連帯債務者)の死亡時までの期間
返済方法	元金は債務者(及び連帯債務者)の死亡時一括返済 利息返済方法は以下のいずれかを選択 (a)毎月利払い方式 (b)元利金一括返済方式(債務者等の死亡時に元金とともに一括返済)
担保	融資対象となる土地・建物に対し、金融機関を抵当権者とする第1順位の抵当権を設定(保証人は不要) 建物には、特約火災保険またはそれ以外の住宅金融支援機構が定める要件を満たす火災保険を設定し、その保険金請求権に第1順位の質権を設定
保険料率	リフォーム等資金を対象とする場合(上記ア)、年0.39% 入居一時金を対象とする場合(上記イ)、年0.61%
保険料支払方法	一括払い または 毎年払い

②申請手続き及び申請時必要書類

特定個人ローン保険(高齢者一括返済改良型融資)は、住宅金融支援機構と民間金融機関の間で契約される保険制度であるため、付保承認申請は金融機関から住宅金融支援機構に対して行われる。

ただし、保険の設定にあたり、各金融機関が申込者に対し、融資申込み受理前に、カウンセリング(当該ローンの内容の説明やアドバイス)を実施していることが条件となる。また、相続人に対して、債務者の死亡後、融資金の全額の返済を行うことの意味確認、年1回以上の債務者への連絡・安否確認等も金融機関が行うよう義務づけられている。

なお、個人から金融機関へ融資申込みを行う際に必要となる資料は、金融機関やローンの種類によっても異なるが、一般的には、借入申込書、個人情報取扱に関する同意書、住民票・印鑑証明証の写し、本人確認資料(運転免許証等)、融資申込者の収入に関する資料、対象物件・工事等に関する資料などの提出が求められる。

図表Ⅱ-3-4 特定個人ローン保険(高齢者一括返済改良型融資)の申込手続きの流れ

	相談・申請先	手続きの内容
カウンセリング 融資申込受付	申込者→金融機関	<ul style="list-style-type: none"> 金融機関窓口にてリバースモーゲージ型住宅リフォーム等ローン当該制度に関する説明、アドバイスの実施 融資申込を受け、金融機関にて融資審査を実施
付保承認申請	金融機関 →住宅金融支援機構	<ul style="list-style-type: none"> 金融機関から住宅金融支援機構へ、特定個人ローン保険の設定のための申請を実施 住宅金融支援機構で申請内容を評価して付保承認
(リフォーム工事等の実施)	—	<ul style="list-style-type: none"> リフォーム資金融資の場合は、リフォーム工事を実施し、工事終了後、物件検査を実施 入居一時金を対象とする場合は、入居物件を確認
融資契約 融資実施	申込者・金融機関間	<ul style="list-style-type: none"> 融資申込者と金融機関の間で融資契約を締結、融資の実施 入居一時金を対象とする場合は、融資実施後、入居確認を実施
貸付実行通知	金融機関・ 住宅金融支援機構間	<ul style="list-style-type: none"> 申込者への融資実施について、金融機関から住宅金融支援機構へ報告 報告を受け、住宅金融支援機構から金融機関へ保険料を請求
保険開始	—	<ul style="list-style-type: none"> 金融機関から住宅金融支援機構への保険料納付とともに保険契約開始

出典)各種資料より作成

2) 既存研究論文等で指摘されている資産調査に関わる実務的な問題点

本節では、現在の補足給付の申請手続きを整理した上で、既存研究論文・文献等のサーベイを通じて、これまでに指摘されている実務面の課題についてとりまとめを行った。

(1) 補足給付において資産等を勘案するための実務面の課題

平成 19 年度老人保健健康増進等事業「リバースモーゲージの活用による介護保険給付の重点化・効率化に関する調査研究事業」(株式会社価値総合研究所、平成 20 年 3 月)、及び、平成 20 年度老人保健健康増進等事業「リバースモーゲージの活用による介護保険給付の重点化・効率化に関する調査研究事業」(株式会社価値総合研究所、平成 21 年 3 月)では、補足給付制度を対象に、資産捕捉を行った場合に、市町村事務手続き等にはどのような変化(追加的負担)が生じるか、資産等の把握において生じる運用上の課題は何か等について、検討が行われている。

ここでは、この研究でとりまとめられた内容をもとに、補足給付において資産等を勘案するための実務面の課題を整理する。

① 現行補足給付申請手続き

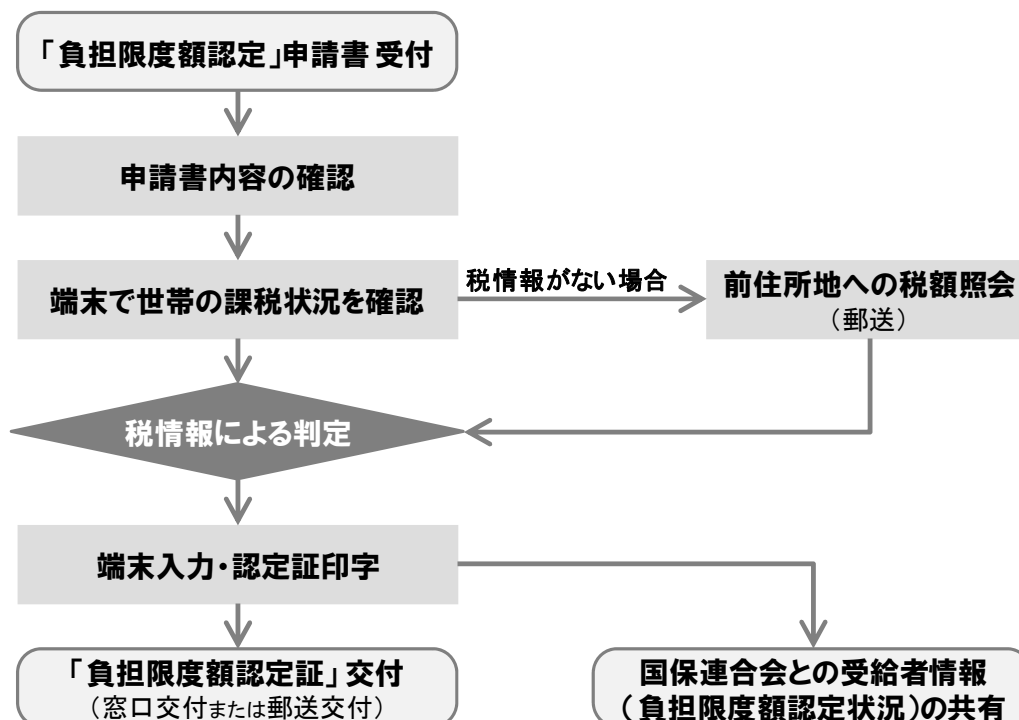
現在の補足給付の申請及び保険者事務手続きは、以下のような流れで実施されている。

まず、補足給付の受給を希望する被保険者は、「負担限度額認定」の申請書を記載し、郵送もしくは窓口持参により保険者に提出する。

保険者である、市町村は、申請書を受け付けた後、申請書記載内容に抜け漏れや誤りがないかを確認した後、さらに、世帯の課税状況を確認する。自市町村に税情報がない場合は、前住所地の市町村に対して郵送で税額照会をかける。

市町村は、税情報が確認されたら、それに基づいて判定を行う。判定の結果、補足給付受給が認められる場合は、端末にその旨を入力、「負担限度額認定証」を印字して、窓口または郵送にて交付する。

図表 II-3-5 現行補足給付にかかわる申請及び保険者事手続きの流れ



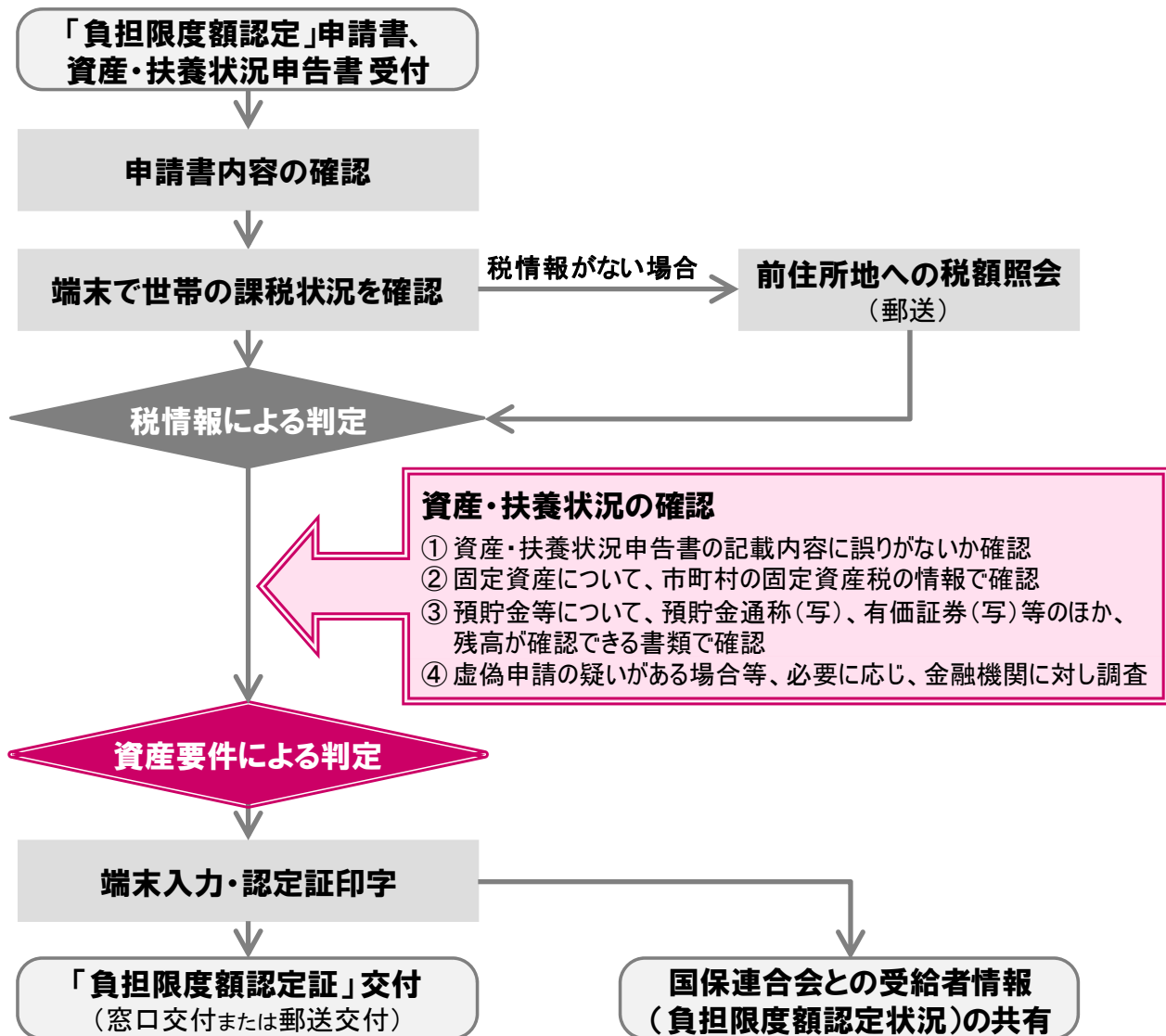
出典)平成 20 年度老人保健健康増進等事業「リバースモーゲージの活用による介護保険給付の重点化・効率化に関する調査研究事業」(株式会社価値総合研究所、平成 21 年 3 月)等より作成

②補足給付において資産等を勘案する場合の申請手続きと保険者における事務量の増加

同研究の平成 20 年度の報告書では、資産捕捉を行った場合の市町村事務手続きの流れについて、以下のように整理されている。

現行のフローで、税情報による判定を行った後、資産・扶養状況の確認を行い、資産要件による判定を行うことが想定されている。追加で新規に発生する業務は、この、資産・扶養状況の確認と資産要件による判定(下図、二重枠線部分)である。

図表Ⅱ-3-6 補足給付において資産等を勘案する場合の申請及び保険者事手続きの流れ
(新規申請時)



出典)平成 20 年度老人保健健康増進等事業「リバースモーゲージの活用による介護保険給付の重点化・効率化に関する調査研究事業」(株式会社価値総合研究所、平成 21 年 3 月)をもとに作成

さらに、同報告書では、横浜市を事例に、資産捕捉を行った場合に新たに発生する市町村の業務に必要な人工(時間数、人員数)の試算が行われている。その試算結果によれば、年間 527 人分の人員を要する業務になるとされている。

試算上では、以下のような事項が加味されている。

- ・これまでも行っていた窓口受付、端末入力、証交付にかかる作業時間が1件あたり5分増加すると想定
- ・これまで行っていなかった以下の3つの業務が新規に発生すると想定
 - －金融機関への預金照会として、①口座有無の照会、及び、②支店への残高照会業務が発生し、この作業に1件あたり 40 分かかる
 - －不動産調査のために固定資産台帳調査が発生し、この作業に1件あたり 10 分かかる
 - －申請件数の 5%に対し、各戸訪問調査が発生し、この作業に1件あたり 90 分かかる
(仮に、全件に対して訪問調査を行った場合、下記に加えてさらに
 $90 \text{ 分} \times 926152 \text{ 件} \div (450 \text{ 分} \times 245 \text{ 日}) = 756 \text{ 人分}$
 が必要となり、合計 1,283 人分の人員を要する業務になる)

これらの中では、金融機関への預金照会にかかる業務に要する人員数が最も大きくなっている。また、同報告書では、仮に、全件に対して訪問調査を行った場合、下記に加えてさらに
 $90 \text{ 分} \times 926152 \text{ 件} \div (450 \text{ 分} \times 245 \text{ 日}) = 756 \text{ 人分}$
 が必要となり、合計 1,283 人分の人員を要する業務になることにも触れられている。

以上の検討から、保険者の事務負担がどのくらい増加するかに関しては、制度や仕組みの設計次第であることがわかる。実際に資産等を勘案した仕組みとする場合は、このような保険者の事務負担の増分を加味し、実現可能性のある仕組みを検討・設計する必要がある。例えば、預金照会対象を全数ではなく抽出調査で行う仕組みとすれば、保険者の事務負担増を抑えることができると考えられる。

図表 II-3-7 補足給付において資産等を勘案する場合の人工試算(横浜市の場合)

	現行 作業時間	資産勘案後 作業時間	作業時間 増分	件数 ^{※1}	作業時間 合計	人工 ^{※2}
	A	B	C=B-A	D	E=C×D	E÷(450分 ×245日)
	(分)	(分)	(分)	(件)	(分)	(人)
窓口受付、端末入力、 証交付	15	20	5	974,897	4,874,485	44
金融機関への預金照会 (①口座有無の照会＋ ②支店への残高照会)	—	40	40	974,897	38,995,880	354
不動産調査 (固定資産台帳調査)	—	10	10	974,897	9,748,970	89
各戸訪問調査 (全件数の 5%)	—	90	90	48,745	4,387,050	40
合計					58,006,385	527

出典)平成 20 年度老人保健健康増進等事業「リバースモーゲージの活用による介護保険給付の重点化・効率化に関する調査研究事業」(株式会社価値総合研究所、平成 21 年 3 月)をもとに作成

※1 厚生労働省「平成 17 年度 介護保険事業報告(全国計)」より

※2 1日の稼働時間は 7.5 時間=450 分、年間の稼働日は、土日祝日を除き 245 日 として計算

③資産等を勘案する場合の運用上の課題

同研究の平成 19 年度の報告書では、運用上の課題として、以下のような点が指摘されている。

<申請時の資産状況申告書の受付>

- ・現金、非課税収入、有価証券等の資産は、被保険者からの申告がないと把握できない。

<資産確認等>

- ・預貯金については、通帳の提出を要件にしても、故意に提出しなかった場合に把握できない。
- ・訪問調査では、往復の移動時間や聞き取り調査・相談等に多大な時間がかかる。
- ・訪問調査をしても、現金や通帳の提出を求めるだけであり、滞納処分のように強制的に調査することはできない。

<その他>

- ・申請から認定証の交付まで、20～40 日はかかる
- ・認定証の年度更新時期(6月)には、短期間に膨大な量の資産把握を行うことになる。

さらに、平成 20 年度の報告書では、補足給付の受給要件として資産要件を加える場合、保険者の業務として、以下のような事前・事後の措置講じる必要性が発生することが指摘されている。

<申請受付時>

- ・虚偽申告は刑法の詐欺罪に問われるとともに、補足給付受給後、虚偽申告であることが発覚した場合には、不正受給額を強制徴収されることに関する周知徹底
- ・「介護保険負担限度額認定申請書」及び「介護保険負担限度額認定証」への上記内容の記載

<資産確認>

- ・「介護保険負担限度額認定申請書」受領と同時に、申請者から資産調査等への同意の取り付け
- ・預貯金等について、介護保険法第 203 条(郵便局・銀行等に対して報告等を求めることができる規定)を活用し、虚偽申請の疑いがある場合など必要に応じた金融機関等への調査の依頼
- ※預金照会は、まず本店等へ口座の有無を、次に該当する支店へ残高を、2段階に分けて照会するため、調査に時間がかかる
- ・不動産について、税務担当部局の固定資産税情報を用いた確認
- ・他市町村内に所在する不動産について、直接他の市町村に照会できる仕組みの創設

<認定後>

- ・介護保険施設やケアマネジャー等への周知、利用者が補足給付の支給を受けるべき生活実態となっていない場合に、保険者へ報告してもらい協力体制の構築
- ・必要に応じて、保険者による実態確認のための調査の実施

なお、上記のうち、※印の点については、平成 24 年 12 月より、本店一括照会ができるようになっており、平成 19 年度研究当時よりも照会事務にかかる負担は軽減されている。そのため、前ページに掲載した人工試算表における「資産換算後作業時間(B)」は、当時想定していた 40 分よりも短い時間で行える可能性がある。

(2)生活保護制度の資産把握における実務面の課題

「包括外部監査結果報告書及びこれに添えて提出する意見(平成23年度)生活保護に関する事務の執行について」(札幌市包括外部監査人 坂野健弥、平成24年3月28日)では、札幌市における生活保護に関する事務執行を対象に、その事務執行が適切に行われているか、関連部局の担当者からのヒアリング、ウォークスルー*、提供された資料の閲覧、予算や決算数値の分析、選定した区への実地調査等を通じて監査が行われている。

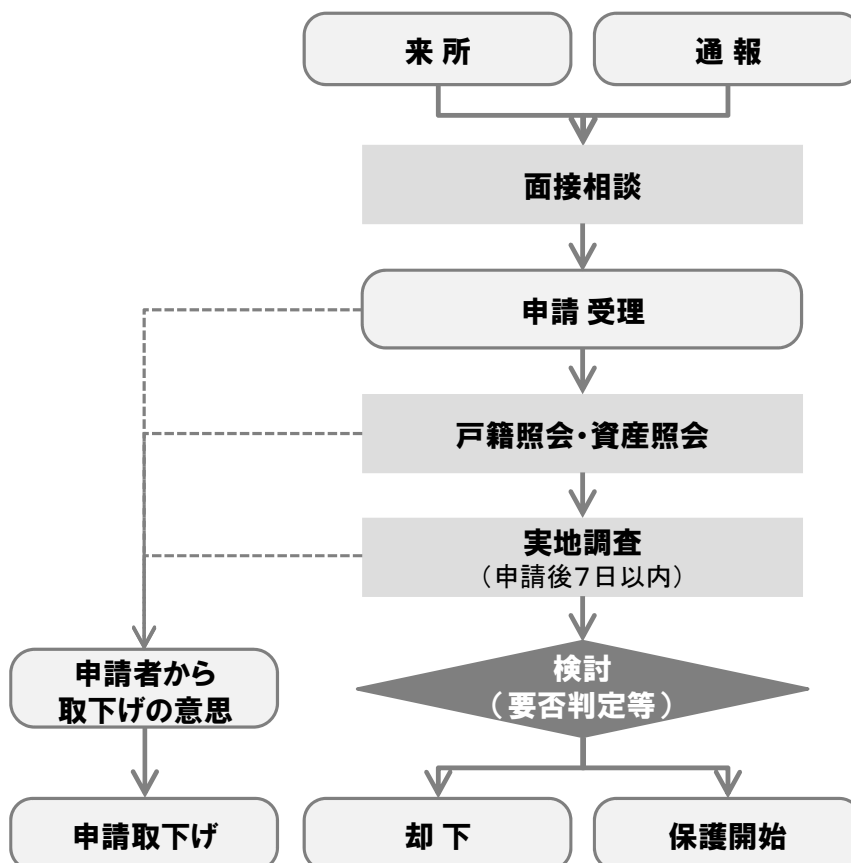
ここでは、この監査結果報告書でとりまとめられた内容をもとに、生活保護制度において、現在市町村が行っている事務の内容と、資産等を適切に把握するための実務面の課題について整理する。

*ウォークスルーとは：財務諸表監査において内部統制の整備状況を評価する際に実施する監査手続のひとつであり、取引の発生から財務報告までの一連のプロセスで処理される帳票・記録を追跡し、業務が適正に実施されているかどうかを、実際に作成された書類や帳票類、システムを利用しているのであれば当該システムの画面などを確かめることによって検討する方法。

①生活保護制度の申請手続き

生活保護制度の申請及び市町村事務手続きは、以下のような流れで実施されている。

図表Ⅱ-3-8 生活保護制度における申請から保護開始(却下・取下げ)決定までの流れ
(札幌市の事例)



出典「包括外部監査結果報告書及びこれに添えて提出する意見(平成23年度)生活保護に関する事務の執行について」(札幌市包括外部監査人 坂野健弥、平成24年3月28日)等より作成

<面接相談>

札幌市では、各区が保護実施機関となっているため、相談者が区に来所した場合、区の保護課の担当者が、どうして生活保護を受けなければ生活が成り立たない状況に至ったのかを聴取する。面接

時に聴取した内容は、面接中に記録したメモをもとに、面接終了後に「面接受付票」(エクセルファイル)に入力する。

一通り生活困窮事由を聞いた後に、相談員は、相談者の財産状況や扶養親族の有無などを聞き出し、他方他施策の利用可否を検討する。生活保護の相談があった場合は、制度の説明を行い、申請の意思があるかどうかを確認しながら、必要となる申請書類の記入の説明を行うとともに、必要添付書類のうち用意可能なものの提出を依頼する。

通報による場合は、通報を受けた担当者が「通報表」を作成し、できる限り事情聴取することになっている。通報は、病院や民生委員からなされる場合が多く、該当者からの聞き取りはケースワーカーが実施して「面接受付票」を作成する。

相談担当者は、ケースごとの「面接受付票」を1日分とりまとめ、来所申請・相談・通報がそれぞれ何件あったかを確認して「面接受付日計表」を作成する。

<申請書類>

- 生活保護開始申請書
- 資産申告書
- 収入申告書
- 扶養義務者届
- 同意書：収入や資産に関する関係先への問い合わせ照会に対する承諾意思の確認

<必要添付書類>

- 預貯金通帳の写し
- 保険証
- 年金手帳、障害者手帳
- 過去3ヵ月分の給与明細
- 保険証書、車検証等

<申請>

申請があった場合は、相談担当係長が「面接記録票」及び「保護開始申請書」等を地区担当のスーパーバイザーに回付し、スーパーバイザーが書類を確認した後、地区担当ケースワーカーに渡される。ひとりのケースワーカーが扱う新規申請の受付件数は、多くて月4件程度である。

<戸籍照会・資産照会>

申請者の「面接記録票」及び「保護開始申請書」等がケースワーカーに渡されると、ケースワーカーは生活保護OAシステム上で戸籍照会、資産照会を開始する。

戸籍照会では、本人のほか本人を扶養する義務を持つ扶養義務者についての調査も含まれ、住民基本台帳端末より本籍地を確認し、本籍地の市町村に対し戸籍謄本及びその附票の送付依頼を行う。市内の場合は遅くとも3日以内、市外であれば10日程度で回答が得られる。

資産照会では、各金融機関に対して申請者の預貯金口座の有無と、有る場合には当該預貯金の残高、各保険会社に対して申請者の保険契約の有無と、有る場合は当該契約の内容の確認を行う。回答が得られたら、ケースワーカーが申告内容と一致しているかを確認する。

本来であれば、申請を受理した翌日から14日以内に保護要否の通知を行わなければならないが、特別な理由がある場合でもその期間を30日までしか延長することができないが、戸籍照会や資産照会には最長で3ヵ月を要する場合があるため、全ての回答が揃う前に保護開始の要否決定が必要となるケースもある。

<実地調査>

戸籍照会及び資産照会の手続き開始後、ケースワーカーは申請者の実態調査のために家庭訪問を行う必要がある。家庭訪問は、申請を受理した日から1週間以内に行うことになっている。

最初の家庭訪問における聴取では、保護歴、生活歴、加入している社会保険・国民年金、稼働状況、病院の受診歴などを確認する。

聞き取りと視認を通じて把握した生活歴、世帯主及び世帯員の状況、資産の状況とその活用の有無、他法他施策の活用状況、扶養義務者の状況、住居の状況等を「実態調査書」に記録する。役所に戻った後、「実態調査書」をもとに、「ケース記録」及び「援助方針票」を作成し、申請者が抱える問題点、どのような指導・援助を行っていくか等を記入する。

<世帯認定・保護開始決定／却下・取下げ>

実態調査を通じて収集した情報と、収入等の状況を、生活保護 OA システムに入力すると、最低生活費の計算が自動的になされ、最低生活費に収入が満たなければ差額の扶助が決定される。ケースワーカーが計算チェックを行い、「保護決定調書」を出力し、保護開始決定に必要な書類をとりまとめ、決裁を受けた後、保護が実施される。

保護を要しないと判断されると、却下される。却下のケースには、高額療養費などの特例的措置、境界層該当によるもののほか、申請をしたにもかかわらず調査に協力しないケース等がある。

申請者から申請取下げの意思表示があった場合は、申請書を取下げの趣旨と理由を記載した「保護取下げ申請書」を記載・提出してもらい、その受理をもって、取下げとして処理する。

<保護開始決定後、継続的に行われる事務>

保護開始後も、継続的に被保護者とのコミュニケーションを図るため、ケースワークの基本として、継続的に訪問調査活動が行われる。当該ケースの世帯状況に変化があったときには、情報収集をして、今後のケースの方向性等を再度検討することになる。札幌市では、ケースに応じて訪問格付け(面接や家庭訪問の頻度、それによる支援の着眼点等を整理して定めた分類)を設定し、それに照らした取り組みが行われる。

また、以下のような変化が生じた場合、変更内容等の把握を行い、それに応じた保護内容の見直し等が必要となる。

- ・入院
- ・世帯人員の増減 : 受給者から「世帯の異動等の申告書」の提出を受け、氏名、人員増減が生じた月日、転出入理由、転出入先等を調査
- ・収入の増減 : 就労に伴う収入は毎月変動することが想定されるため、認定の方法は、実額認定と見込認定(前3ヵ月の平均によってその額を求める方法)とがある。毎月の実績額の変動が大きい場合には、最初は見込額で「保護決定調書」による決裁を受け、実績額が確定した後にその額で改めて「保護決定調書」による決裁を受けなおす。毎月の実績額が落ち着いてくると、前3ヵ月の平均額で今後3ヵ月間の支給額とみなすことができる。受給者からは、毎月、「給与明細書」と「(無)収入申告書」の提出を受ける。
- ・転居 : 被保護者から「異動申告書」、新住居の「家賃証明書」、「生活保護申請書」(移送費、敷金、不動産仲介料等が必要な場合)の提出を受け、ケースの移管・受理の手続きを行う。

なお、臨時収入の増加等により、一時的に保護を要しなくなった場合は、保護の「停止」、6ヵ月以上安定的に保護を要しなくなった場合は、保護の「廃止」処理が行われる。

②資産等の把握における運用上の課題

同報告書では、運用上の課題として、以下のような点が指摘されている。

○戸籍照会・資産照会に時間がかかること

本来であれば、申請を受理した翌日から14日以内に保護要否の通知を行わなければならないが、特別な理由がある場合でもその期間を30日までしか延長することができないが、戸籍照会や資産照会には最長で3ヵ月を要する場合があるため、全ての回答が揃う前に保護開始の要否決定が必要となるケースもある。

○区による取り扱いの相違

札幌市では、区ごとに対応を行っていることから、区によって取り扱いが異なる業務が多くある。

例えば、最も端的な例として、就労収入(給与)の認定方法がある。支給される生活保護費は、最低生活費から総収入を差し引いて算出されるが、就労収入の認定方法には、実額認定と見込認定とがあり、区によってその扱いが異なっている。具体的には、見込認定した際に、翌月の実額との差額がたとえ少額でも全額その差額分を認定(実額認定)している区と、一定の基準を決めて、その基準以内の差額である場合は実額認定をしていない区がある。

○資産照会を行う対象金融機関の見直し

同報告書では、監査の結果から、資産照会の対象にする金融機関の範囲を、金融業界の変化及び被保護者の態様に応じて見直しを行うべき、と推奨している。近年はサブプライムローン問題を発する世界的な金融市場の混乱のもとで、被保護者は比較的若い単身その他世帯が増加していることから、この見直しは有用である、と説明されている。

(3) その他の課題

その他、各種既存文献・論文等において指摘されている資産等の把握に関わる実務面の課題として、以下のようなものが挙げられる。

・償却資産(車両、機械・装置、構築物等)の把握の困難性

償却資産には、例えば、自動車やパソコン、ルームエアコン等が含まれるが、固定資産税の対象とする償却資産は、「土地及び家屋以外で、**事業の用に供することができる資産**」と定義づけられている。

土地や住宅と異なり、登記制度が存在しないことから、税務(固定資産税)においても、所有者に対して申告の義務を課し、申告された資料を参考として市町村が税を賦課する賦課課税方式が採られている。加えて、資産そのものが屋内に存在していることも多く、実地調査においても、外観調査のみでは全ての資産を把握することは非常に困難という特性がある。

(出典:大阪市総務部市町村課税政グループ 香山叔彦「償却資産の適正・公平な課税に向けて」自治大阪, 2008.8)

・調査権限/回答義務がないことによる実態把握の困難性(生活保護制度の場合)

生活保護制度の場合、生活保護法第28条における立入調査は、相手方の同意がある任意調査であること、第29条では申請者及び扶養義務者の資産及び収入の調査が可能とされているが、照会先には回答義務がないこと等から、必ずしも十分な調査が行えていないとの指摘がある。扶養義務者については、「同意書がないと回答が得られないのが現状」、虚偽の世帯構成や居住実態を証明することについても、「かなりの困難が伴っている」との報告もある。

このため、大阪市、東大阪市等のいくつかの自治体や、指定都市市長会のような団体から、自治体の調査権限強化に関する要望が出されている。このとき、不正受給の場合は、保護廃止後に過去にさかのぼって調査を行う必要性が生じることもあり、保護廃止後であっても調査権が維持される工夫が必要であると指摘されている。

(出典:大阪市健康福祉局生活福祉部保護課「生活保護の適正化に向けて 生活保護行政特別調査プロジェクトチーム(PT)のこれまでの取り組み」2011.12, 大阪市「生活保護における扶養義務について」, 東大阪市生活保護行政適正化推進本部会 第2回会議議資料 2012.5, 指定都市市長会「社会保障制度全般のあり方を含めた生活保護制度の抜本的改革の提案」2012.10 (ほか))

Ⅲ. 諸外国における入所者の負担能力評価の仕組み

本章では、諸外国の介護施設等の料金負担において、資産等を勘案した制度・仕組みをとりあげ、その導入経緯・目的、考慮対象となる所得や資産の定義・範囲、その把握・審査方法、利用実態や成果等についてまとめる。

1. 各国における入所者の負担能力を考慮した制度等

1) 調査結果

まず、OECD「Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care」(2011)などの既存研究を元に、諸外国における介護施設料金の負担の仕組みとして、どのようなものがあるかを把握した。その結果、アメリカ、イギリス、フランス、ニュージーランド、アイルランド、オーストラリアの6か国に、資産を勘案した応能負担の仕組みや、死後精算の仕組みが導入されている事が明らかとなった。

図表Ⅲ-1-1 諸外国における資産を勘案した介護施設料金制度

国名	制度名称	制度概要
アメリカ	Medicaid Estate Recovery	<ul style="list-style-type: none"> • メディケイド(低所得者向け医療)で給付した金額のうち、受給者の試算で賄える部分を、受給者の死後に回収する。
ニュージーランド	Residential Care Subsidy Residential Care Loan	<ul style="list-style-type: none"> • 公的施設ケア料金の自己負担額が、収入を考慮して決まる。 • ケアの全費用と自己負担額の差分は政府からの補助金(Subsidy)または貸付(Loan)で賄われる。いずれを受けられるかは、保有資産額によって決定される。 • 貸付の場合は、受給者の死後に一括返済する。
オーストラリア	Accommodation Bonds	<ul style="list-style-type: none"> • 施設入所の一時金が、資産保有額を考慮して決まる。 • 退所時には、入所年数に応じた金額が差し引かれ、残金が返還される。
アイルランド	Nursing Homes Support Scheme	<ul style="list-style-type: none"> • 公的・私的施設ケア料金の自己負担額が、資産・収入を勘案して決定される。 • ケアの全費用と自己負担との差分は、政府からの給付により賄われる。 • 自己負担額のうち、資産に由来する金額については、利用者の死後まで支払いが猶予される。
イギリス	(ケアホームの利用料金補助)	<ul style="list-style-type: none"> • 施設ケアの自己負担額が資産・収入を勘案して決定される。 • ケアの全費用と自己負担との差分は、自治体からの補助金により賄われる。
フランス	ピアジェ 抵当権終身貸付	<ul style="list-style-type: none"> • 個人投資家と契約をした高齢者が、住宅を担保に、投資家から年金を受ける。

この6カ国の制度について、我が国における制度見直しの参考になるかどうかを図るために、以下の様な観点から評価を行った。(図表Ⅲ-1-2 参照)

○我が国の問題との適合性

:我が国における補足給付との親和性が高いか(公的制度か否か・導入の背景・利用範囲)

○資力調査の対象範囲

:我が国で導入が検討されている、資産や家族の負担能力を勘案しているか

○制度の実現されやすさ

:制度の実効性と、国民の受け入れ易さのバランス(制度の成果・住宅の取り扱いなど)

この結果より、アメリカ及びニュージーランドが、上記3つの観点から最も日本の補足給付の制度見直しにとって参考になると判断した。アメリカの Medicaid Estate Recovery は公的な制度であり、利用者負担の公平性を高めるために利用者の資産から費用を徴収する目的で導入された制度で、現在の日本の補足給付における問題意識と非常に近い。一方、ニュージーランドの Residential Care Subsidy / Loan も公的な制度ではあるが、その導入の背景は、入居者の生存中に住宅を売却しなくても良いようにという利用者への配慮であり、日本の問題意識とは異なる。ただし、利用者への配慮と、資産を勘案して貸付か補助金かを決定するプロセスや、貸付の金額が回収可能な金額に設定されている点が、日本の参考になると考えられた。

どちらの国も、実際の費用の回収率やその運用体制・詳細な運用方法を把握するには既存研究や Web 等のデスクトップリサーチだけでは不足であったため、現地でのヒアリングを行うこととした。

以下、「2. アメリカ」、「3. ニュージーランド」として、デスクトップリサーチ及び現地調査に基づいた2カ国の調査結果を掲載する。また、他の4カ国に関しては「4. その他」として、オーストラリア・アイルランド・イギリス・フランスの順に、デスクトップリサーチの結果を掲載する。

図表Ⅲ-1-2 各国制度の比較

国名		アメリカ	ニュージーランド	オーストラリア	アイルランド	イギリス	フランス
制度名称		Medicaid Estate Recovery	Residential Care Subsidy / Residential Care Loan	Accommodation Bonds	Nursing Homes Support Scheme	(ケアホームの利用料金補助)	ピアジェ 抵当権付終身貸付
我が国の 問題との 適合性	公的制度か 否か	• 公的制度	• 公的制度	• 公的制度	• 公的制度	• 公的制度	• 民法上の商取引
	導入の背 景・課題 (応能負担 の精密化を 目的として いるか)	• メディケイドの公平な運用の観点から、資産を保有する受給者からの費用回収を義務化した	• 負担応力に資産が含まれており、資産の売却により費用を捻出することが前提 • 貸付の仕組みは、生存中に住宅の売却を免れる仕組みとして導入	• 施設の建替え等のための資金を、利用者から応能負担で徴収するための仕組みとして導入	• 公的施設、民間施設の一律で公平な、応能負担の仕組みとして導入	• 従来より、応能負担型で運営される福祉サービスの一環として施設ケアが位置づけられていた	• ピアジェは200年以上続く商取引であり、高齢者にとっては長生きリスクを外部的に減じることができる • 抵当権付終身貸付はピアジェから射幸性を減じた取引
	利用範囲 (施設介護費 用の補助に 限定されて いるか)	• メディケイドが支払ったナーシングホーム費用が回収対象	• 公的介護施設入所者を対象	• 介護施設入所者を対象 • 施設の設備費・改修費にのみ充当	• 公的/私的施設への介護施設入所者を対象	• 公的/私的施設への介護施設入所者を対象	• 受け取った年金は生活費全般に使用可能
資力調査 の対象範 囲	収入の勘案	• 自己負担額に反映される	• 自己負担額に反映される	• 年金額が自己負担額に反映される	• 自己負担額に反映される	• 自己負担額に反映される	• 特になし
	資産の勘案	• 利用者の死後、資産から費用を回収する	• 補助金が貸付かを決定する足切りとして用いる • 貸付額は利用者の死後資産から費用を回収する	• 入所一時金の額に反映される	• 自己負担額に反映される • 利用者の死後の支払いも可能	• 自己負担額に反映される	• 住宅価値と余命見込みが、利用者が受け取る金額に影響する
	家族の 負担能力	• 基本的に勘案されない	• 夫婦単位で勘案される	• 夫婦単位で勘案される	• 夫婦単位で勘案される	• 基本的に勘案されない	• 勘案されない
制度の実 現されや すさ	成果・回収 の安定性	• 効率が悪いと判断される場合には資産から費用を回収しなくてよいという例外規定がある • 回収率が低い可能性	• 資産価値を上回らない貸付額に設定	• 一時金に対する勘案のため、応能負担の仕組みとしては弱い可能性	• 資産価値の変動により、2012年に予算が枯渇 • 現在、制度を見直しを議論中	• 近年、国・自治体負担の強化及び死亡までの支払い猶予等を議論中	• ピアジェは投資家が損をするリスクがある • 抵当権付終身貸付は、貸付額は資産価値以下に押さえられており、リスクはない
	貸付にあ たっての 住宅の取 り扱い	• 回収の効率が悪いと判断される場合には、回収されない	• 家族の状況によって住宅は資産に勘案されない • 貸付の場合は住宅の売却が必要	• 家族の状況によって住宅は資産に勘案されない	• 返済が出来れば、住宅等の不動産を売却する必要はない	• 費用支払のために住宅等の資産売却せざるを得ないケースに批判が高まっている	• 生存中の住宅の売却が必要

2. アメリカ

1) 医療・介護制度の概要

(1) 介護・医療制度の概要

- アメリカの医療制度は民間保険を中心に展開されているが、公的医療制度としては高齢者・障害者向け医療保険制度メディケア (Medicare) と低所得者向け医療扶助制度メディケイド (Medicaid) が存在する。
- 保険種別にみた人口のカバレッジは、雇用主等から提供される民間保険加入者が人口の約 55%、メディケアの加入者が約 15%、メディケイドの加入者が約 16% (メディケアとの重複あり) という構成になっている。
 - － 公的医療の対象とならず、民間保険にも加入していない無保険者が 5,000 万人近く (人口の約 16%) いることが長年深刻な問題とされてきた。この状態の解消をめざし、2010 年 3 月、オバマ政権の下、「患者保護とアフォーダブル・ケア法 (ACA: Patient Protection and Affordable Care Act, LP111-148)」が制定された。以下のような政策を通じた無保険者の民間保険加入促進により、国民の 95% が何らかの保険でカバーできるようになると見込まれている。
 - 既往歴健康保険プラン： 州及び連邦保健福祉省 (HHS: Department of Health and Human Services) に「既往歴健康保険プラン」を設け、民間保険では加入が認められにくい既往歴を持つ人々も、これらの保険に加入できるようになった。
 - 医療保険料税額控除： 貧困線以上から貧困線の4倍までの中間所得層に対し、各世帯が支払う保険料に対する給付付き税額控除が設けられた。
 - 未加入者への課税： 国民の医療保険に要するコストを医療保険未加入者を含む全ての国民でシェアするという考え方から、未加入者に対して一定額の課税が行われることとなった。ただし、低所得者や想定保険料額が所得の一定割合を超える者はこの課税を免除される。
- 介護に関して独立した公的保障制度はなく、ナーシングホーム等、医療の範疇に入る一部の介護サービスは主としてメディケアもしくはメディケイドでカバーされる。医療の範疇に含まれない配食サービスや入浴介助等、在宅・コミュニティベースの介護サービスは、アメリカ高齢者法 (OAA: Older American Act) によって、一定のサービスに対する連邦政府等の補助が定められているが、その予算は極めて小さく、介護費用の多くは民間保険を含む自助努力に委ねられている。
- 公的制度を補完する形で、民間介護保険も存在する。メディケアやメディケイドでカバーされなかった部分を保障する実費償還型 (Reimbursement Model)と、心身機能や認知機能に障害 (保険事故) が生じた場合に定額が支払われる定額補償型 (Indemnity or Per diem Model)が存在する。税制優遇措置を受けられる保険商品が多いが、一部、税制優遇を受けられない非税制適格商品も存在する。民間介護保険加入者は 2009 年時点で約 730 万人*1 に上っている。
- 2010 年に成立した「患者保護とアフォーダブル・ケア法 (ACA)」には、公的介護保険制度の創設を意図した高齢者・障害者が任意で加入できる介護保険プログラム「コミュニティ・リビング支援サービス・サポート法 (CLASS: Community Living Assistance Services and Supports Act)」が含まれていたが、2011 年 11 月、連邦保健福祉省 (HHS) により具体化に向けた検討停止が発表されている。

*1 加入者は1日当たり保障額 (受給額) と給付期間とを予め選択し、それに見合った保険料を支払う。1日当たり保障額を100~200ドルとする商品への加入が7割弱を占めており、給付期間は3~5年の商品への加入が7割弱、終身タイプが2割弱を占めている。

①メディケア(Medicare)

- 1965年に創設された連邦政府が運営する公的医療保険制度である。具体的には、メディケアのマネジメントは連邦保健福祉省(HHS)の管轄機関であるメディケア・メディケイド・サービス・センター(CMS:Centers for Medicare and Medicaid Services)が行っている。
- メディケアの対象は、65歳以上の者、障害年金受給者、慢性腎臓病患者等で、2010年時点で約4,750万人(総人口の約15%、65歳以上高齢者の約93%)が加入している。ただし、メディケアによる給付を受けるには、本人または配偶者が通算10年間以上社会保障税(Social Security Tax)*²を払っていることが条件となる。
- 強制加入のメディケア・パートAと、任意加入のメディケア・パートBを中心に構成されている。
- 2010年時点ではメディケアの支払い総額5,211億ドルのうち、パートAが2,490億ドル(約48%)、パートBが2,084億ドル(約40%)を占めた。
- メディケアの報酬は、原則としてDRG/PPSによって支払われるが、一部に医療機関類型ごとの定額払い方式も併用されている。患者自己負担分も存在し、自己負担分をカバーするための民間保険も別途、存在する。

<パートA>

- パートAは、入院サービス等を保障する病院保険(HI:Hospital Insurance)であり、2010年時点の加入者数は約4,710万人である。現役労働者の社会保障税(HI相当分は給与の2.9%*³、被用者は労使折半、自営業者は全額自己負担)と患者自己負担によって賄われており、一般財源等からの補助はない。
- パートAの被保険者の資格は年金(OASDI)受給権と連動しており、OASDI受給資格者(本人または配偶者が40四半期以上社会保障税を納付)が65歳に達すると受給資格が得られる。このほか、65歳未満でも、2年以上障害年金を受給している障害者や肝臓移植や人工透析を受けている末期肝臓病患者(ESRD:End Stage Renal Disease)等も対象となる。
- パートAの給付内容は、入院医療、高度看護施設ケア(Skilled Nursing facility care)、在宅医療、ホスピスケア等である。ナーシングホーム(看護師が常勤する介護施設)等、医療の範疇に入る一部の介護サービスもカバーされる。入院医療やナーシングホームは入院からの日数によって免責(deductible)の範囲や給付金額が定められており、入院医療では150日、ナーシングホームは100日を超える分はメディケアではカバーされない。

<パートB>

- パートBは、外来等における医師の診察、検査・画像診断、リハビリや在宅医療サービス、救急医療サービス等を保障する補足的医療保険(SMI:Supplementary Medical Insurance)である。
- 加入は任意であるが、パートAの受給資格者であれば誰でも加入できるため、パートA加入者のほとんどがパートBにも加入しており、2010年時点の加入者数は約4,380万人にのぼる。
- 加入者は所得に応じ定額保険料を負担する。加入資格があるのに加入しない場合、1年間に10%ずつ保険料が引き上げられる。
- 年間140ドルまで(2012年時点)は免責となっており、それを超える医療費支払額の80%相当を現金給付の形で償還する(20%相当は自己負担)。
- 財源は、加入者が負担する保険料と連邦政府の一般財源により賄われている。

*2 年金(OASDI、障害年金)と公的医療の保険料は社会保障税(Social Security Tax)と呼ばれ、所得の15.3%を負担する。被用者の場合は、これを労使折半で負担する。

*3 2013年より、高所得納税者(単身で20万ドル、夫婦で25万ドル)の税率が0.9%引き上げられる。

図表Ⅲ-2-1 メディケア・パートBの保険料(2012年時点)

2010年の年間所得		月額保険料
単身での申告	夫婦での申告	
85,000ドル以下	170,000ドル以下	\$99.90
85,000ドル超 107,000ドル以下	170,000ドル超 214,000ドル以下	\$139.90
107,000ドル超 160,000ドル以下	214,000ドル超 320,000ドル以下	\$199.80
160,000ドル超 214,000ドル以下	320,000ドル超 428,000ドル以下	\$259.70
214,000ドル超	428,000ドル超	\$319.70

出典)メディケアホームページ(<http://www.medicare.gov/>)

<パートC (メディケア・アドヴァンテージ, Medicare+ Advantage) >*4

- パートA、パートBの双方に加入している者が、政府に代わって民間保険者からパートAの給付と同以上の給付を受けられる制度であり、以下のような保険を選ぶことができる。保険料や給付内容は保険プランによって異なっており、外来薬剤給付を含むプランも存在する。
- 民間保険者は、メディケア・メディケイド・サービス・センター(CMS)から給付を請け負った加入者人数に応じた定額の報酬を受け取り(人頭払い制)、その金額の範囲で給付及びサービスを提供する。そのため、保険者間では、給付内容・サービスの工夫に関して競争が生じる。
- 2011年時点の加入者数は1,190万人、メディケアからプランへの支払額は1,150億ドルであった。

図表Ⅲ-2-2 メディケア・パートCの主な保険プラン

保険プラン	概要
民間保険出来高払いプラン Medicare Private Fee-For-Service Plans	オリジナルなメディケアプランとほぼ同じ内容の民間保険プラン。
HMO型医療プラン Medicare Managed Care Plans	保険者と契約を結んだ医師や病院しか受診できない(通常、GPを受診した後、必要な専門医への照会を受ける)が、保険料は安い。
PPO型医療プラン Medicare Preferred Provider Organization Plans	受診する医師や病院を自由に選択できるが、保険料が高い。追加費用を支払えば、保険者と契約を結んでいない医師・病院も受診できる。
医療貯蓄勘定 Medical Saving Account (MSA)	高額な免責額が設定された医療保険(HDp: High-Deductible plans)に加入している者を対象とする非課税貯蓄勘定。拠出上限額は年間免責額の65%(家族の場合は75%)で、支払用途は医療保険の免責分の支払及び保険対象外の医療費に充てる場合に限定される。拠出時に所得控除、支払時に利子課税免除が受けられる。
特別プラン Medicare Specialty Plans / Special Needs Plan	メディケアとメディケイドの重複受給者、ナーシングホーム居住者、特定の疾患の患者等、特定層を対象としたプラン。

出典)各種資料より作成

*4 1997年予算均衡法(BBA:Balanced Budget Act)によって、1998年より新たに「メディケア選択プラン(Medicare + Choice program)」として導入され、2003年のメディケア改革法(MMA)により、メディケア・アドヴァンテージ(MA:Medicare + Advantage)と改称された。

<パートD>

- メディケア改革法(MMA:Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003)
*5によって、2006年1月1日より「メディケア処方せん薬プラン(Medicare Prescription Drug Plan)」
が新設され、これまで保険適用外だった外来患者の処方せん薬代がメディケアの対象に加えられた。
- パートDへの加入は任意で、その対象者はパートA、パートBの双方に加入している者である。2011年時点の加入者数は2,950万人、2010年時点の支払額は638億ドルであった。
- メディケア・メディケイド・サービス・センター(CMS)から補助を受けた民間保険者がプランを提供するため、保険料や給付内容は保険者や保険商品(オプション)によって異なる。所得の多い加入者には、下表のとおり追加保険料が課せられる。
- 財源は、加入者が負担する保険料と連邦政府及び州政府の一般財源、患者自己負担により賄われている。2011年時点の平均保険料(月額)は40.72ドルであり、連邦政府の定める給付の最低水準は以下のとおりである。

図表Ⅲ-2-3 メディケア・パートDの保険料(2012年時点)

2010年の年間所得		保険料
単身での申告	夫婦での申告	
85,000ドル以下	170,000ドル以下	プランの保険料
85,000ドル超 107,000ドル以下	170,000ドル超 214,000ドル以下	+11.60ドル
107,000ドル超 160,000ドル以下	214,000ドル超 320,000ドル以下	+29.90ドル
160,000ドル超 214,000ドル以下	320,000ドル超 428,000ドル以下	+48.10ドル
214,000ドル超	428,000ドル超	+66.40ドル

出典)メディケアホームページ(<http://www.medicare.gov/>)

図表Ⅲ-2-4 メディケア・パートDの給付最低水準

年間薬剤負担額	給付割合
310ドル以下	免責(deductible)(全額自己負担)
310ドル超 2,840以下	75%給付(残りの25%は自己負担)
2,840ドル超 6,448ドル以下	全額自己負担 ※ただし、製薬企業にはブランド薬の50%値下げが義務付けられるほか、受給者にリベートが支給されることで、今後10年間の受給者の実質負担割合は25%になるとされている
6,448ドル超	追加費用の95%を給付(残りの5%は自己負担)

出典)各種資料より作成

*5 2003年11月25日に上院で可決され、12月8日にブッシュ大統領の署名によって成立した。

②メディケイド(Medicaid)

- メディケイドは、メディケアとともに 1965 年に創設された低所得者のための医療扶助制度で、**連邦政府(連邦保健福祉省:HHS)の定めるガイドラインの下、州政府が運営**する。受給者数は 2010 年時点で約 6,200 万人である。
- **財源は、主として州の一般財源と連邦からの補助金**で賄われる。連邦からの補助金は、連邦ガイドラインに従っている州に対して提供される。メディケイドの支出は増加を続け、2008 年には州・連邦合算で 3,806 億ドルと、2003 年時点(1,587 億ドル)からの 5 年間で 2.4 倍に膨らんでいる。
- **受給者の要件は州が独自に設定することができる**ため、州により異なる。メディケアの受給資格を得るには、**資力調査を受ける必要がある**。
 - － **連邦ガイドラインでは、対象者を①強制加入者、②裁量的加入者、③医療困窮者の 3 つに分類**しており、州はこの分類を元に受給対象者を決定する。

図表Ⅲ-2-5 メディケイドの対象者

対象者グループ	適用要件
強制加入者 Mandatory Categorically Needy	<ul style="list-style-type: none"> ・要扶養児童家庭扶助(AFDC:Aid to Families with Dependent Children)の受給資格を持つ世帯 ・補足的保障所得(SSI:Supplement Security Income)の受給者 ・連邦貧困ライン 133%以下の世帯の 6 歳未満の児童、妊婦 ・連邦貧困ライン以下の 19 歳未満の児童 等 ※連邦貧困ラインについては後述
裁量的加入者 Optional Categorically Needy	州の裁量により設定される強制加入者と同等・類似のグループ
医療困窮者 Medically Needy	19 歳未満 の子どもと妊婦は必須(義務付け) その他は、州が自由に対象者を決定できる

出典)各種資料より作成

- メディケイドの給付は**現物給付**で、通常の医療サービスのほか、メディケアでカバーしない長期ケア(介護)も給付対象となる。**給付範囲・水準等についても、連邦が定めるガイドラインで示されたものは、基礎給付として必須で提供しなければならないが、免責の範囲、自己負担等は州が独自に設定することができる**。
 - － 連邦政府が義務と定める**入院診療、外来診療、ナーシングホームでのサービス、在宅医療、ヘルス・センター等でのサービス、検査・画像診断、家族計画に関するサービス、看護師・助産師・ナース・プラクティショナー等によるサービス、禁煙支援等は必須**で給付対象としなければならない。薬剤給付、理学療法・作業療法・言語聴覚療法、視力検査・眼鏡の処方、歯科診療・歯科補綴、メンタルヘルス等は州が選択できるオプション給付に位置づけられる。
- メディケイドの対象となる低所得の高齢者・障害者は、**メディケアが優先的に適用**され、自己負担分等にメディケイドが適用される。また、ナーシングホーム等に入居している高齢者が、介護費用を負担するために資産を使い尽くして自己負担ができなくなった場合は、メディケイドにより介護費用が給付される。
 - － 65 歳以上の高齢者の約 63%はメディケアと民間保険、約 9%はメディケアとメディケイドを併用している。メディケアのみに頼っている高齢者は約 27%である(2008 年時点)。
- 1997 年の均衡予算法において、メディケイドの適用対象とならない貧困ライン 200%以下の低所得世帯の 18 歳以下の無保険者を減らすため、「**児童医療保険プログラム(CHIP:Children's Health Insurance Program)**」が創設された。メディケイドと同様、連邦政府及び州政府の一般財源を財源とし、州政府により運営される制度である。

- 給付対象者は、制度創設後、段階的に拡大されてきており、2010年時点の受給者数は約770万人に達した。
- 2005年赤字削減法(2005DRA:2005 Deficit Reduction Act)によって、ナーシングホームに最低90日間入所し、1日以上メディケイドの給付を受けた入所者で、レジデンシャルケア施設に移行する方が適切である場合に、メディケイドの連邦補助金から一部費用を拠出する **MFP(Money Follows the Person)**と呼ばれるプログラムが施行された。施設介護とコミュニティケアを再バランスし、施設依存を減らすことを目的としており、同法では、5年間17億5000万ドルを支出することが定められた。
 - － MFPとともに、小規模のレジデンシャルケア施設(最低4床)の開設が認められるようになった。人員配置や部屋に関する要件等があるため、小規模なほど割高な側面はあるが、ナーシングホームより低コストな施設として位置づけられた。
- MFPは、2010年患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)において2016年まで延長された。同法では、2016年に補助金を獲得した州は、2020年までにファンドを使えばよい、としている。
- 現在MFPプログラムの実施のために、40億ドルの連邦補助金が44州に配布されている。
- 一方で、患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)により、メディケイド受給資格は、2014年には、連邦貧困ラインの133%を満たす合法的米国居住者(市民、永住権所有者)にも拡大される予定となっている。2014年から2016年の3年間、新たにメディケイドの受給資格を得た人には、100%の連邦拠出が行われるが、2020年までに90%まで減額される予定である。

【参考】 連邦貧困ライン(Poverty Thresholds)

「貧困ライン」とは、一般に、個人の基本的物質的ニーズ(主に1人当たり1日最低限必要とされるカロリーを基準とする)を満たすために必要な所得水準を指す。

アメリカでは、公式な貧困基準として、「連邦貧困ライン」が定められており、それに基づいて貧困率が測定されている。行政予算管理局(Office of Management and Budget)が、統計局(Bureau of the Census)作成の最新データに基づいて毎年定めている。また、「連邦貧困ライン」の簡略版として、社会給付の資格認定のために連邦保健社会福祉省(DHHS:Department of Health and Human Service)が設定する「貧困ガイドライン(Poverty Guideline)」があり、「連邦貧困ライン」より早い時期に公表されるが、両者大きな違いはない。

参考 連邦貧困ライン(2011年)

(ドル)

世帯人員数	18歳未満の子どもの数									
	なし	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人	8人以上	
単身	65歳未満	11,702								
	65歳以上	10,788								
2人	世帯主65歳未満	15,063	15,504							
	世帯主65歳以上	13,596	15,446							
3人		17,595	18,106	18,123						
4人		23,201	23,581	22,811	22,891					
5人		27,979	28,386	27,517	26,844	26,434				
6人		32,181	32,309	31,643	31,005	30,056	29,494			
7人		37,029	37,260	36,463	35,907	34,872	33,665	32,340		
8人		41,414	41,779	41,027	40,368	39,433	38,247	37,011	36,697	
9人以上		49,818	50,059	49,393	48,835	47,917	46,654	45,512	45,229	43,487

出所)アメリカ連邦統計局(U.S. Census Bureau)

③アメリカ高齢者法(OAA: Older Americans Act)

- アメリカ高齢者法(OAA)では、メディケア、メディケイドと同じく 1965 年に制定された法律で、アメリカ連邦政府が補助金を出す高齢者サービスの種類が定められている。連邦補助金の予算は 2008 年時点全米合計で約 20 億ドルである。
 - － 第1章 アメリカ高齢者法の目的と定義
 - － 第2章 連邦高齢化対策局(AoA)の組織と財政
 - － 第3章 州・地域の高齢者プログラム(下表参照)
 - － 第4章 法遂行のための具体的なプロジェクト(調査、研修、情報提供等のための補助等)
 - － 第5章 高齢者の雇用・ボランティア機会の創出
 - － 第6章 ネイティブアメリカンに関する補助金
 - － 第7章 虚弱高齢者の権利擁護のための州補助
- アメリカ高齢者法(OAA)では、基本的に 60 歳以上の者で、メディケアやメディケイドを利用していない高年齢者及びその家族を対象とする、医療の範疇に含まれない介護サービスについて、連邦補助が行われる(下表参照)。所得の低い者を対象としているため、所得を自己申告し、それによって利用者が負担するサービス費用が決定する仕組みとなっている。
 - － 連邦政府は、保健福祉省(HHS)に高齢化対策局(AoA: Administration on Aging)を設置し、州やカウンティ等の高齢者局が行う高齢者ニーズ調査、高齢者向けサービスに関する計画策定、非営利団体等への委託を通じた高齢者向けサービスの提供等に関し、補助を行っている。
 - － 州やカウンティは、資金分配役とサービス提供を担う各団体の監督役を務めている。州が補助金を得るためには、実施する高齢者向けプログラム、サービス水準、方針、手続き等を定めた高齢者サービス計画を、2～4年ごとに策定しなければならない。計画は、住民の意見を聴取し、州知事による承認を受けた後、連邦高齢化対策局の承認を受けなければならない。

図表Ⅲ-2-6 アメリカ高齢者法(OAA)における州・地域の高齢者プログラムの概要

区分	概要
パート A	州高齢者局(SUA: State Units on Aging) 地域高齢者局(AAA: Area Agencies on Aging)
パート B	○地域サービス(Community based services) ・デイケア(Adult Day Care) ・住宅サービス(Housing Services) ○在宅サービス(In-Home Services) ・身体介護(Personal Care) ・家事援助(Homemaker / Chore) ・在宅医療(Home Health) ・配食(Home-Delivered Meals) ・ショートステイ(Respite) ・住宅改修(Home Repair) ○アクセス・サービス(Access Service) ・情報提供・援助(Information & assistance) ・広報・地域への働きかけ(Outreach) ・交通・移送(Transportation) ・ケース・マネジメント(Case management)
パート C	集団食事プログラム及び宅配食事プログラム
パート D	予防、健康増進
パート E	家族介護者支援プログラム(Family Caregiver Support Program)

出典) 自治体国際化協会「在宅サービスへ移行するアメリカの高齢者福祉～アメリカ高齢者福祉法に基づく高齢者支援体制と非営利団体～」より作成

④コミュニティ・リビング支援サービス・サポート法(CLASS)と患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)

- 2010年3月、オバマ政権により、医療保険の無保険者解消をめざした「患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)」が制定されたが、そこには、公的介護保険制度の創設を意図した高齢者・障害者が任意で加入できる介護保険プログラム「コミュニティ・リビング支援サービス・サポート法(CLASS 法)」が含まれていた。
- CLASS 法で想定されていた介護保険制度は、連邦政府が運営する任意加入の保険プログラムを創設し、主として雇用主の団体保険の販売ルートを通じて若年層を含む多くの人の加入を促進する、ということが意図されていた。CLASS プログラムで想定されていた内容は以下のとおりである。
 - － 保険対象者は、18歳以上の被用者、自営業者
 - － 雇用主は被用者を自動的に保険対象者として加入させ(automatic enroll)、加入者個人単位での保険加入可否審査(medical underweighting)は行わない
 - ・被用者の配偶者は、自分自身に関し全ての要件を満たす必要がある
 - ・自営業者や、雇用主が CLASS プログラムを用意できない被用者は、代替加入手段を持つ
 - ・入所者は例外に含まれる
 - － ただし、加入を希望しない被用者は、加入を拒否することもできる(opt-out)
 - － 加入者は、保険料を給与天引き payroll deductions)または直接納付にて負担する
 - ・保険料は連邦保健福祉省(HHS)が設定するが、加入時に設定された保険料は保険期間中に増額されない仕組みとする
 - ・低所得者や、雇用契約を維持しているがフルタイムで学生をしている者等も、月5ドルから始まる名目的な保険料を負担する
 - － 加入資格に関する詳細な要件は連邦保健福祉省(HHS)が設定する
 - － 複数の機能障害あるいは認知機能障害を有し、かつ、月額保険料を最低5年間支払い、そのうち3年間以上雇用されていた者が受給権を得る
 - ・医師の診断書により、90日以上期間にわたって障害が続くことを証明する必要がある
 - － 給付は、障害の程度に応じた現金給付(平均1日50ドル以上)を、毎日もしくは州単位で、生涯にわたって限度額なしに給付する
 - ・医療に限らず、訪問看護、デイサービス、福祉用具、住宅改修、身体介護、レスパイトケア、移送サービス、家事援助、アシステッド・リビング、ナーシングホーム等、地域で自立して暮らし続けるために必要なサービスや支援の購入費に充てることができる
 - ・CLASS 法の受給権ができて、メディケイドや他の福祉給付の受給権は侵害されることなく適用され、CLASS 法による現金給付をその費用の補填に活用できる
 - ・ただし、慢性障害を持つ多くの高齢者の相互扶助の仕組みではあるが、介護にかかる全ての費用を保障することを意図した設計とはなっていない
 - ・障害の程度に応じた給付額は、連邦保健福祉省(HHS)が設定する
 - － 受給者は、サービス及び事業者の選択のための助言・支援を含むカウンセリングを受けつつ、必要な介護サービスを自由に選択して購入する
 - － CLASS プログラムのために、新たな保険として「自立生活会計(Life Independence Account)」が設けられる。加入者の保険料と運用益のみで運営され、いかなる税金の投入も行わない独立した会計制度とする
 - － 年間保険料に占める事業費(保険募集、保険料徴収、保険給付、助言・コンサルティングに係る経費)の割合を3%以内とすること
 - － 財政的健全性を確保し、保険給付の支払能力(solvency)を75年の長期にわたって確保する

- CLASS プログラムの実施要件の規定や具体化は、連邦保健福祉省(HHS)が行う。介護人材・労働力諮問委員会(Personal Care Attendants Workforce Advisory Panel)を設置し介護サービス提供体制整備に関する答申を得て、2012年1月1日までに加入資格要件システムの詳細を決定、同10月1日までに給付内容及び決定理由を公表する
- CLASS法の実現により、メディケイドへの依存を緩和し、家族介護者の負担を軽減することが期待されたが、保険料納付期間5年という受給要件のため、2017年まで効力が発揮されないことから、現在介護を要する高齢者や障害者に対して即効性はない。
- しかし、連邦保健福祉省(HHS)は、2011年10月14日に「CLASSプログラムに関する保険数理、マーケティング及び法的分析に関する報告書(A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program)」を連邦議会に提示し、CLASSプログラムの具体化に向けた検討を停止すると発表し、10月26日、同省の責任者が連邦下院議会でCLASSプログラムは保険給付の支払能力(solvency)の条件を満たすことができないと証言している。
 - 〈報告書で指摘された主な問題点〉
 - 保険料の引き上げや一般財源からの負担や保証措置がないことを条件としており、将来保険給付が支払い不能になる不確実性があること
 - 保険者には加入者審査が認められないが、加入者には加入拒否が認められることにより、逆選択が生じる(リスクの高い人ばかりが加入する傾向が生じやすい)こと
 - 保険料に占める事業費率が通常の民間保険に比べ圧倒的に低く、十分な運営ができないこと
- 上記のとおり、CLASS 法案に沿ったプログラムの具体化が実現不能と判明したことにより、今後、CLASS 法案の見直しが必要となっているが、**2012年11月大統領選挙の結果が出た後、新体制のもとで議論するため、本格的な議論は2013年1月以降に再開される見通し**である。

- なお、メディケア・メディケイド・サービス・センター(CMS)では、患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)のもとで、既に、以下の2つの取組みが実施されている。

①Community First Choice Option(コミュニティが第一の選択肢)

- ナーシングホームよりも低コストの代替を利用することを目的とし、患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)セクション2401の下に、Community First Choice Optionが位置づけられた。そこでは、地域での生活が第一に選択されるように、社会保障法の新セクション1915(k)を通して、州に、自宅ならびにコミュニティベースの付添いサービスや支援を提供するオプションを与えている。
- 2011年10月以降、メディケイドによりコミュニティベースの付添いサービスや支援を提供する州には、連邦が行うマッチング拠出が6%上乗せされている。

②メディケアとIndependence at Home Demonstration(自宅での実証)

- 医療行為を効果的かつ効率的に提供することを目的とし、CMS Innovation Centerが医療機関と協力し、総合的な在宅医療の効果、複数の慢性病を抱えるメディケア受給者のケアの改善を実証するための取組み。コスト削減を実現しつつ、品質の高いケアを提供する医療機関等に報償を与える。

(2) その他高齢者向けの関連制度

- ここでは、高齢者に対する社会保障制度として、年金、居住支援制度における家賃補助制度に加え、低所得者向け給付である補足的保障所得(SSI)、補足的栄養支援制度(SNAP)、一般扶助(GA)についてとりまとめる。

①年金

- 一般的な被用者向け年金制度として、老齢・遺族・障害年金(OASDI: Old Age, Survivors, and Disability Insurance)があり、連邦社会保障庁(SSA: Social Security Administration)により運用されている。被用者、年収400ドル以上の自営業者、1984年以降に新規採用された連邦公務員・議会職員等が強制加入している。無業者に対する公的年金制度はなく、任意加入も認められていない。
 - － OASDIを受給する公務員は、さらに上乘せの連邦被用者退職制度(FERS: Federal Employees' Retirement System)も受給している。
 - － 上記以外の公的年金制度として、鉄道労働者に対しては、鉄道退職制度(RR: Railroad Retirement)、1983年までに採用された公務員に対しては、公務員退職制度(CSRS: Civil Service Retirement System)が設定されている。
- OASDIは、社会保障税(Social Security Tax)を40四半期以上納付することで受給資格を得ることができる。社会保障税の税率は所得の12.4%^{*6}で、内国歳入庁(IRS: Internal Revenue Service)がその他の租税と合わせて徴収している。被用者は労使折半、自営業者は全額自己負担である。毎年の社会保障税の歳入超過分は、社会保障信託基金(OASDI Trust Fund)に高齢化等による将来の支出増に備え積み立てられている。
- 受給資格者は退職、死亡、障害等により要件を満たしたときから死亡までの間に年金を受給する(死亡した場合は家族に対する遺族年金として受給する)。OASDIの支給開始年齢は65歳であったが、2003年から2027年にかけて段階的に67歳に引き上げられることになっている。
- OASDIの所得代替率(現役時の所得水準に対する年金給付額の比率)は単身では40%強程度、配偶者年金を加味した世帯分で見ると60%強程度でしかない。そのため、アメリカでは、公的年金に上乘せする企業年金が発達している。企業年金は法的な強制力はなく、事業主が任意で加入する制度であるが、大企業を中心に50%以上の企業で実施され、公的年金を補完する役割を果たしている。主なものには、確定給付型年金プラン(DB Plan: Defined Benefit Plan)と確定拠出型年金プラン(DC Plan: Defined Contribution Plan)が存在するが、1980年以降に401(k)プランが登場して以来、確定拠出型年金プランが普及している。
- 2008年12月31日時点の老齢・遺族・障害年金(OASDI)の支給総額は年額約6,200億ドル、受給者は約5,100万人であった。

^{*6} 被用者は10万2,000ドルまで6.2%、自営業者は10万2,000ドルまで12.4%である。自営業者は、法人税所得引当金(income tax provision)と相殺される可能性もある。

②居住支援制度(Housing Assistance)における家賃補助制度(Section8)

- 連邦居住支援(FHA:Federal Housing Assistance)制度は、住宅・都市開発省(HUD:Department of Housing and Urban Development)が所管する居住支援制度で、①公営住宅の提供、②低所得者向け賃貸住宅整備助成金、③家賃補助の3つで構成される。家賃補助は、低所得者に対し、居住支援制度の対象となる適切な住宅として認可を受けた賃貸住宅^{*7}の家賃の全部または一部をバウチャーにより補助する現物給付制度であり、セクション8(Section 8)と呼ばれ、居住支援制度の中心的な役割を果たしている。
- セクション 8 は、連邦一般財源を財源とし、住宅・都市開発省によって管理・運営されている。バウチャーの配布は住宅・都市開発省(HUD)が認可をした各州の公営住宅局(PHA)を通じて支払われる。公営住宅局(PHA)の予算は、住宅・都市開発省(HUD)から配分される。州は連邦政府に補助金の申請を行い、交付した補助金を地方自治体に再配分する等の活動を行っている。
- セクション 8 の支給要件は、米国の市民権を有していることが前提となる。その上で、住宅・都市開発省(HUD)により定められた適正市場家賃(Fair Market Rent)に則り、公営住宅局(PHA: Public Housing Agencies)^{*8}が支給対象(個人または世帯)決定する。
 - ー 通常、住宅・都市開発省(HUD)が郡毎に設定する家族の人数を加味した所得中央値によって決定される。法律では、受給者の75%は米国の各州の郡(County)毎の所得中央値の30%以下であることが求められているが、都市部では、受給者は所得中央値の50%以下であることが一般的である。
- セクション 8 は、受給者本人の自己負担分として、家賃の額から調整後の所得(就労所得、失業手当、社会保障等が加味される)の30%相当額を差し引き、残りの金額が郡の公営住宅局(PHA)によりバウチャーとして受給者に交付される。
- セクション8による給付は、ナーシングホームには利用できず、介護の付かない自立して生活するための賃貸住宅(Independent Living)でのみ利用できる。

*7 居住支援の対象となる住宅は、住宅・都市開発省(HUD)が、住宅の規模、寝室数、住宅品質基準(Housing Quality Standard, HUDが定める13の標準項目と州が独自に定める項目が含まれる)への適応度、家賃価格等をもとに、住宅・都市開発省(HUD)が認可している。そのため、家賃は、HUDが定める適正市場家賃(Fair Market Rent)以下に抑える必要がある。

*8 州法に基づき、地方自治体単位で設置されている組織である。地方自治体に認可を受けて設立されるが、地方自治体とは独立した組織である。

③補足的保障所得 (SSI: Supplement Security Income)

- 連邦政府 (社会保障庁(SSA)が所管)が、連邦一般財源を財源として、直轄で管理・運営する低所得者に対する現金給付制度。名称にある「補足的 (Supplement)」とは、老齢・遺族・障害年金 (OASDI) が低額である場合にそれを「補足」するものとして位置づく給付であることを示している。46 州 (2008 年時点)では、SSI に加え、州単位でさらなる上乘せ給付が行われている。
- SSI の給付対象は、アメリカの市民権を有する者または 7 年以上アメリカに居住する合法永住者、亡命者、難民等の認定移民者のうち、①高齢者、②視覚障害者、③その他の障害者、または④視覚障害児・その他障害児のいずれかに該当する者^{*9}である。資産・所得調査を受け、以下の要件を満たすことが必要となる。ただし、病院、ナーシングホーム、刑務所等の公的施設に入所している場合は SSI の支給対象とならない。
 - － 所得 : 総収入 (Gross Income) から一定の控除を差し引いた「純所得 (Net Income)」が、SSI の給付上限額 (2007 年時点では単身の場合月 623 ドル、夫婦の場合月 935 ドル) を下回っていること。所得には就労所得のほか、各種社会給付、無償で提供される宿泊・食事の代金相当額等が含まれる。就労所得としては、毎月 65 ドルと 65 ドルを差し引いた残額の半分が控除対象となる。就労所得の半分のみを控除対象とすることで、就労に対するインセンティブを高めている。
 - － 資産 : 単身の場合 2,000 ドル、夫婦の場合 3,000 ドルを下回っていること。資産には現金、貯金、株式、債券、生命保険、不動産、2 台目以降の自動車、その他現金に交換できるあらゆる財産が含まれるが、持ち家及び持ち家の建つ不動産、生活用品、身の回り品、自動車、生業や自活に必要な所持品、自身と配偶者の埋葬費、生命保険代、9 か月前までの遡及 SSI 給付金、9 か月前までの奨学金等の学費等は含まれない。
- SSI の給付額は、給付上限額 (月額) から申請者の純所得 (Net Income) を差し引いた額となる。2009 年 4 月時点の実際の受給者の平均給付額は月額 505.10 ドルである。
 - － 給付上限額: 労働統計局 (Bureau of Labor Statistics) が作成する消費者物価指数 (CPI : Consumer Price Index) に連動した物価スライドが適用される (新規の無資産受給者の場合の、2009 年時点の SSI 給付上限額は単身の場合月 674 ドルで、夫婦ともに SSI の受給要件を満たす場合は合わせて月 1,011 ドル)。
 - － メディケイドが半分以上の費用を給付するナーシングホームや医療機関に SSI 受給者が入居する場合、受給者への SSI 給付額は月 30 ドルに制限される。州によっては、減額された分を補完する仕組みを持っているが、その金額は州によって異なる。
- 各種の社会給付の中で最後の手段 (Last Resort) という位置づけであり、他の給付の適用が優先される。このため、補足的保障所得 (SSI) は、老齢・遺族・障害年金 (OASDI) や貧困家庭一時扶助 (TANF)、メディケイド、補足的栄養支援制度 (SNAP)、対低所得者光熱費扶助 (LIHEAP)、一般扶助 (GA)、失業保険との併給が可能であるが、これらの給付も「所得」として扱われ、SSI の給付額は減額される。
- 2009 年 4 月時点での受給者数は約 495.3 万人 (全人口の 1.6%) であるが、高齢者はこのうち 16% のみで、84% は 65 歳以下の障害者 (視覚障害者 1%、その他障害者 83%) である。受給者数の対人口比は、州によって 0.9~4.4% までの格差がある。

^{*9} 1996 年の「個人責任及び就労機会調整法 (PRWORA)」によって、老齢・遺族・障害年金 (OASDI) に 40 四半期以上加入している場合 (年金受給権のある高齢者) を除き、市民権等を持ち法的に正当にアメリカ国内に居住する者に対象が制限された。

④補足的栄養支援制度(SNAP: Supplemental Nutrition Assistance Program)

/ 旧フードスタンプ(Food Stamp)

- 低所得世帯の食品の購買力及び食生活の確保・向上を目的とし、連邦農務省(Department of Agriculture)が直轄して行っている事業で、低所得者に対し、食料購入に使用できるクーポンを支給制度である。クーポンで食料を購入すると、その代金が本人のフードスタンプ口座から引き落とされ、連邦政府からの給付金が毎月フードスタンプ口座に振り込まれる仕組みである。2008年10月より全ての給付がICカード(一種のクレジットカード)にて行われることとなった。
- 財源には連邦政府及び州政府の一般財源が充てられている。実際の給付にかかる費用の大部分は連邦が負担し、州は制度の運用にかかる費用を負担している。業務面では、カードの発行、配布、州が行う配給制度の監督、利用ができる食料品店等の許可等の業務は連邦農務省(DOA)によって行われ、窓口業務等の実際の給付に関する業務は州が担当している。受給資格、給付水準、運営上の規則等は連邦規則で一律に定められている。
- SNAPは、所得・資産調査を受け、所得・資産要件及び就労要件を満たした場合に受けられる。ただし、貧困家庭一時扶助(TANF)や補足的保障所得(SSI)の受給資格を世帯員全員が持つ場合は、自動的にSNAPの受給権も得られる。
 - － 所得要件: 世帯総所得(Gross Income)^{*10}が「連邦貧困ライン」の130%以下(ただし、高齢者や障害給付受給者で障害等のために食事を別にすることができないが別世帯としてフードスタンプを受給している者が世帯にいる場合には、その高齢者や障害者を除いた世帯総所得が「連邦貧困ライン」165%以下)、かつ、各種控除後の世帯純所得(Net Income)^{*11}が「連邦貧困ライン」を下回ること
 - － 資産要件: 世帯の資産(金融資産、自動車等)が2,000ドル未満(高齢者及び障害者の世帯は3,000ドル未満)であること(資産の上限は法改正により過去12ヵ月の物価指数を考慮して250ドル単位で調整が行われることとなった)
 - － 就労要件: 就労可能な成人がいる世帯の場合は当該成人が就労しているか、もしくは、求職活動中・職業訓練受講中であること
- 給付は州が決定を行い、世帯単位で行われる。給付額は、「給付上限額」(世帯人員数により異なる)から「純所得」の30%を差し引いた額となる。「給付上限額」は、毎年設定される「連邦貧困ライン」の額に合わせて毎年変動する。
- なお、SNAP(旧フードスタンプ)による給付は、所得税や社会保障税の課税対象とならず、また、SNAPを利用して購入した商品には消費税も課せられない。
- 2007年時点のSNAP受給者数は月平均2,646万人(全人口の約9%)、連邦の年間総給付額は3.4億ドルにのぼる。

*10 「所得」には、就労収入のほか、老齢・遺族・障害年金(OASDI)、失業保険給付、一般扶助(GA)が含まれるが、SSI、メディケイドからの給付、就労所得税額控除(EITC)、児童税額控除(CTC)は所得に含まれない。TANFについては、通常は「収入」に含めて考えられるが、州の裁量によって含めないこともできる。

*11 「純所得」は、「総収入」から、①「総収入」のうち就労収入の20%、②世帯毎の基礎控除額(世帯人数が1-3人は134ドル(2009年度からは144ドルに変更される予定)、4人は143ドル、5人は167ドル、6人以上は191ドル)、③①②を控除後の世帯収入の50%を超える月額住居費(最大431ドル)、④丸1ヵ月無料の避難所などの提供を受けていないホームレスの世帯で公共料金手当を受給している場合はその金額である143ドル、⑤住居の賃借代/住宅ローンの支払い以外の公共料金(274ドル)、⑥暖房、冷房以外の2種類の公共料金(79ドル)、⑦⑤⑥に該当しない場合、電話代または同等の通信費用(20ドル)、⑧扶養控除(2歳未満の子どもは1人上限200ドル、その他は1人あたり上限175ドル)(2009年度からは上限を撤廃する予定)、⑨60歳以上または障害のある家族のための医療費で、月35ドル以上で、かつ保険によってカバーされない額、⑩その他州ごとに設定された控除項目、を控除して算出される⑤の控除要件以外の要件は、連邦の定める運営規則によりほぼ全国一律となっている。[免除される収入] ①金銭以外での収入、②世帯のメンバー以外の第三者が支払った費用、③教育ローン、④補助金・奨学金、⑤四半期で300ドルを下回る金銭的な慈善金、⑥予測されている不定期/不規則に受給する収入で四半期で30ドルを下回る金額

⑤一般扶助(GA:General Assistance)

- 州や郡によっては、貧困家庭一時扶助(TANF)や補足的保障所得(SSI)、補足的栄養支援制度(SNAP)等の社会給付の受給資格のない個人・世帯、または主要な社会扶助のみでは生活できない個人・世帯に対して、州・郡独自の扶助を提供しているケースがある。こうした制度を総称して一般扶助(General Assistance)あるいは一般救済(General Relief)と呼ぶことがあるが、制度名も州ないし郡によって異なる。
- 受給資格及び給付額は州ないし郡ごとに異なっており、連邦での規制・ガイドラインも特にない。給付の種類も州ないし郡ごとに異なっており、現金給付、食品または家賃補助等様々である。

2) 介護給付の内容と給付条件

(1) 給付の概要

① 介護給付/介護サービスの概要

- アメリカの高齢者介護サービスは、大きく施設ケアと在宅ケアとに分類される。
- このうち、施設ケアは、さらに、介護施設（ナーシングホーム、Nursing Homes）とケア付き住宅（Residential Care もしくは Residential Community Care）とに分けることができる。これらの大半は民間法人が運営する施設で公営施設は数%に過ぎない。
- 一方、在宅ケアは、メディケイドでは給付対象となっているが、メディケアでは退院直後の医療的ケアやリハビリテーション、終末期ケア等、限定的な範囲のみが給付対象となる。そのため、多くの高齢者は、自己負担もしくは民間介護保険を活用してサービスを利用している。在宅ケアの財源構成は、2009年時点でメディケア 41%^{*12}、メディケイド 24%、州政府・自治体 15%、民間保険 8%、自己負担 10%等であった。
- 一方で、アメリカ高齢者法（OAA: Older American Act）に基づく在宅・コミュニティベースの介護サービスが存在している。これは、在宅もしくはコミュニティで日常生活上の支援を行うことにより、ナーシングホームへの入所を予防し、メディケア・メディケイド等の医療財政の負担を軽くすることを目的としてつくられた制度である。
 - － OAA が提供するサービスの受給資格は、以下のとおり。主要ターゲットは社会的・経済的に困窮する高齢者だが、高齢者就労支援サービスを除き、収入や資産に関する受給要件は設けられていない。
 - ・一般サービス: 60 歳以上
 - ・ファミリーケアサポート: 60 歳以上あるいは 18 歳以下の子をケアする成人の介護者
 - ・高齢者就労支援サービス: 55 歳以上及び調整後所得が連邦貧困レベル (Federal Poverty Level) の 125% 以下の人々
 - － OAA には、タイトル 3 ファンドと呼ばれるファンドがあり、以下のようなサービスに対する給付が想定されているが、**レジデンシャルケアは対象に含まれない**。
 - ・配食サービス、食事提供・栄養プログラム
 - ・移送サービス
 - ・予防・生活習慣病管理のための保健サービス
 - ・家事援助（パーソナルケア）
 - ・高齢者の権利擁護・法務支援サービス（介護オンブズマンプログラム等）
 - ・レスパイトケア
- これらとは別に、退役軍人省 (Veterans Administration) の高齢者・延長ケア (Geriatrics and Extended Care) 局は、慢性病、障害、高齢等により、自立して暮らすことができない退役軍人のためのサービスを提供している。高齢者ケア (Geriatrics) には高度なニーズをもつ高齢退役軍人への介護、拡張ケア (Extended Care) は、日々の生活支援を必要とする全年齢の退役軍人のための支援プログラムである。退役軍人省は Community Living Centers を直営もしくは契約により確保し、退役軍人にサービスを提供している。州政府が所有・運営・管理する State Veterans Homes は、介護やデイケアを提供する住居である。

*12 メディケア受給者の 5% 相当、約 220 万人がナーシングホームやケア付き住宅等の長期療養施設で生活している。

図表Ⅲ-2-7 アメリカの介護サービスの体系

種類	サービス	概要	メディ ケア	メディ ケイト
施設	【施設】 Nursing Homes	常時看護(介護)を提供するベッドを3床以上有する施設。メディケアまたはメディケイドの認定を受けるか、州政府から免許を取得する必要がある。		
	高度看護施設ケア (SNF)	急性期ケアを終え、病院から退院した患者に対し、比較的密度の高い看護(介護)サービスを提供する施設。医療・看護・リハビリといった医療的ケアと、食事・入浴・排泄等の介助が、24時間体制で提供される。	○	○
	ナーシングホーム (NF)	主として高齢者に対する介護サービス(食事・入浴・排泄等の介助)を提供する施設。入居者の9割以上を65歳以上の高齢者が占めている。	×	○
	【ケア付き住宅】 Residential Care	居室(住戸)と食堂等の共有スペースを備え、身体介護・家事援助等の介護サービスを提供するケア付き住宅。		
	アシステッド・リビング Assisted Living	24時間の介護は必要としないが、自立して生活することが困難な要介護者に対し、身体介護や服薬管理、食事・洗濯・掃除等の生活支援サービス、レクリエーションの機会等を提供する。施設により、提供するサービス範囲が異なる。	×	△
インデペンデント・リビング Independent Living	介護を必要としない自立した高齢者向けの集合住宅。独立した居室(住戸)を確保しつつ、共有スペースを広く確保し、レクリエーションやサークル等の交流活動が持てることをセールスポイントとしている。	×	×	
コンティニューイング・ケア・ リタイアメント・コミュニテ ィ (CCRC)	高齢期の比較的早い時期から移り住める「高齢者が安心して暮らせる街・住まい」をコンセプトとして開発され普及してきた。敷地内にインデペンデント・リビング、アシステッド・リビング、ナーシングホーム等を持ち、介護の必要度に応じて住み替える仕組みとなっている。	△	△	
在宅	デイケア Adult Day Care Services	利用者の自宅から送迎し、センターで各種プログラム、食事の提供等を行うサービス。高齢者と幼児が同じセンターで交流を図れるようになっているインタージェネレーション・デイケア(Intergenerational Day Care)というサービスもある。デイケアセンターの7割超がSNFまたは医療機関の附属施設となっている。利用料金は1日あたり平均60~70ドル。	△	△
	訪問看護・訪問介護 Home health Care / Home Care	在宅医療の範疇に含まれる訪問看護、訪問リハビリのほか、訪問介護のうち、身体介護(Home health aid)はメディケア・メディケイドとも給付対象となる。	△	△
	家事援助 Homemaker / chore services	訪問介護のうち、家事援助については、州によってはメディケイドの給付対象となるが、メディケアでは給付対象とならない。	×	△
	配食サービス Meals on wheels	一人暮らし高齢者や寝たきり等介護を要する高齢者の自宅に食事を配達するサービス。非営利団体や公営によるサービスが多い。	×	△
	レスパイトケア Respite Care	家族の休息のため、夜間や週末に(宿泊で)ケアを提供するサービス。8時間勤務で3交代のシフトを組む必要があり、利用料金は1回の週末利用で500ドル以上になる。	×	△
	移送サービス Transportation Services	自動車を保有していない、もしくは、運転ができない高齢者に対する外出支援サービス。タクシー会社や非営利団体、地域のボランティア団体等によるサービスが多い。	×	△
	ホスピス・緩和ケア Hospice and Palliative Care	がんの末期患者等を対象として、痛みの緩和や精神面の支援等を行うための施設。メディケア、メディケイドともに給付対象となっている。	○	○

○高度看護施設ケア(SNF: Skilled Nursing Facility care)/ ナーシングホーム(NF: Nursing Facility)

- SNF・NF ともに、メディケア及びメディケイドの給付対象となっている。メディケアでは、入居からの日数及び金額に制限が設けられているが、メディケイドは適用者であれば全額支給される。
 - － SNF: 病院に3日以上入院し、退院後 30 日以内にメディケア認定施設に入居した場合に、メディケアの給付が受けられる。最初の 20 日間は全額支給されるが、21 日～100 日までは1日あたり 144.50ドルを自己負担し、100 日を超えると給付対象外(全額自己負担)となる。
- 2011 年 5 月時点のメディケア認定施設数は 15,712 施設であり、入居者数は全米で 140 万人にのぼる。
 - － SNF・NF 混合型が 14,312 施設と9割を占め、SNF 専用型が 795 施設、NF 専用型が 605 施設となっている。
 - － 運営主体別にみると、民間営利法人が7割弱、民間非営利法人が3割弱、公営施設は 5%強となっている。
 - － 入居者 140 万人中、89 万人(64%)がメディケイド利用者、20 万人(14%)がメディケア利用者である。
- 2011 年時点の平均利用額は、個室の場合で年間 87,235ドル(1日あたり 239ドル)、準個室の場合で年間 78,110ドル(1日あたり 214ドル)である。
- 入居費用の財源(2006 年時点)は、メディケイド 43%、自己負担 26%、メディケア 17%、民間保険 7%、その他 6%となっている。入居開始時点に限定すると、自己負担 42%、メディケア 36%、その他 4%となる。
- 入居者の半数近くは1年以内に退居している。

○アシステッド・リビング(Assisted Living)

- アシステッド・リビングは、医療的要素が少ないため、メディケアの給付対象とはならないが、メディケイド特例条項プログラム(Medicaid waiver program)によりメディケイドが費用の一部を給付対象としている。
- 施設の建設や運営にあたっては、州の許可が必要となる。
- アシステッド・リビングは、2010 年時点で全米に 39,500 施設存在し、その入居者数は 90 万人を超えている。
- 2011 年時点の平均利用額は、年間 41,724ドル(月額 3,477ドル)である。認知症の入居者の場合、月 750～2,300ドル程度の追加費用が必要となる施設もある。

○インデペンデント・リビング(Independent Living)/

コンティニューイング・ケア・リタイアメント・コミュニティ(CCRC: Continuing Care Retirement Communities)

- インデペンデント・リビングは、自立した高齢者向けの住宅という扱いのため、メディケア、メディケイドの給付対象とならない。しかし、CCRC としてアシステッド・リビングやナーシングホームと併設されている場合は、それらの施設がメディケアやメディケイドの対象となっている場合もある。
- CCRC は、2007 年時点でアメリカ全土に 2,240 ヲ所存在し、入居者数は約 72.5 万人にのぼる。
- 入居申込金として 38,000～400,000ドルの負担が必要なほか、月々の負担も 650～3,500ドル程度必要となるが、建物のグレードやサービスの充実度によって金額の差が大きい。
- 上記の施設が、メディケアあるいはメディケイドの給付を受けるためには、介護施設としての要件

(Requirements for Long Term Care Facilities , 42 CFR Part 483, subpart B) に準拠し、州の調査員 (surveyor) による生命に関する安全規則 (Life Safety Code) と基準準拠 (Standard) の調査を受けた上で、州の認定を受ける必要がある。

- また、上記以外に住宅・都市開発省の管理のもと、連邦政府が低所得高齢者向けに提供しているセクション 202 住宅が、全米に約 6,200 ヶ所、25 万戸 (2006 年時点) 存在する。
 - － セクション 202 住宅の入居要件は、62 歳以上で、かつ、年収が当該地域の住民の年収の中央値の 50% 以下の者である。
 - － 通常は、キッチン・バス付のワンルーム形式の賃貸住宅であるが、一部の住宅では、サービス・コーディネーターが配置され、外部の介護サービス事業者等と連携し、入居者の介護サービス調達のサポート等が行われている。また、アシステッド・リビング化が図られた住宅もある。

②ナーシングホームの料金体系とメディケア・メディケイドの給付額

- ナーシングホームの利用料金は、事業者が自由に設定できるが、一般的に、以下の項目が含まれている(詳細は州や施設、支払方法によっても異なる)。
 - － ペンシルバニア州では、料金に含まれるものが詳細には定義されていないが、24 時間の医療ケア、食事、アクティビティ、パーソナルケアが料金に含まれている。

○通常、利用料金に含まれるもの

- － 居室と食事
- － 家具、食事制限にも対応した1日3回の食事、スナック、飲み物
- － 介護スタッフが 24 時間常駐と基本的な介護ケア
- － 日常生活上の支援
- － 医療機器
- － 投薬管理(薬代は別途患者が負担)
- － Minimum Data Set ^{*13}ツールを使った定期的健康診断
- － ソーシャルサービス
- － 電気代
- － エンターテイメントや娯楽的活動

(参考)通常、利用料金に含まれていないもの

- － 医師による診察
 - － 処方せん、医薬品(自己負担)
 - － 食事介助、経管栄養
 - － 医療機関への移送
 - － トイレ用品
 - － 理美容サービス
 - － ゲストの食事
 - － 特別医療サービス(術後ケア、レントゲン、透析、歯科治療等)
 - － リハビリテーション(理学療法、作業療法、言語療法)
 - － 便通を助けるサービス
 - － 車いすや歩行補助具
 - － 電話やテレビサービス
 - － 洗濯
- これに対し、メディケア、メディケイドでは以下のようにその料金を負担するため、同じ施設でも、プライベートペイ(自己負担)やメディケア適用の患者とメディケイド受給者では、利用料金が異なる。ナーシングホーム利用者全体に占めるメディケイド受給者の割合が高まると、施設の経営上、収入が減ってしまうことになる。しかし、メディケイドの適格施設(Medicaid eligible facilities)となるための要件として、一定割合以上のメディケイド適用患者を受け入れることが条件となっている州も多く、通常、入居者の20～30%程度を上限に、メディケイド患者を受け入れている施設が多い。
 - － メディケア認定ナーシングホーム(Medicare certified facility)の場合：最初の20日間は利用料金(全額自己負担の人と同じ料金)の全額がカバーされるが、21～100日までは1日当たり定額(2012年時点では1日あたり144.50ドル)^{*14}で支給され、差額を入所者が自己負担する。施設側から見ると、プライベートペイの患者と同額の収入が得られる。
 - － メディケイド適格ナーシングホーム(Medicaid eligible facilities)の場合：各州が独自で受給者に対する給付額を定めており、州により異なっている。入所者による自己負担はないため、施設側から見ると、プライベートペイやメディケア適用患者の場合に比べ、収入額が低くなる。
 - メディケア、メディケイドでは、介護サービスのほか、室料及び食費が給付対象となる。レジデンシャルケア施設は、介護サービスの対価のみ、メディケイドの給付対象となる。

¹³ CMS では、ナーシングホームにおける介護管理ツールとして、ケアアセスメント表 RAI (Resident Assessment Instrument) の一部を抽出した MDS (Minimum Data Set) を用い、入居者全員の機能を判定している。

¹⁴ ナーシングホームに支給される一日あたり費用は、一定の特性及び入居者が使用したリソースの量 (RUG: Resource Utilization Group と呼ばれるグループ分類) に応じて、包括払い制 (Prospective Payment System) となっている。

(2)施設給付の利用条件

①身体状況

- メディケイドの介護サービスの受給権は、①65歳以上の高齢者、②視覚障害者、③65歳未満の障害者の3つのカテゴリのいずれかに該当する場合^{*15}に与えられる。また、就労できない(2010年時点で月1,000ドル未満の稼働所得である)ことも条件とされる。
- － ①高齢者：65歳以上であることを証明する書類の提出が必要となる
- － ②視覚障害者：矯正後の視力が良い方で0.1以下、または、視野20度以下の視野狭窄(tunnel vision)の場合に適用され、医師による医学的診断が必要となる。また、認定審査の適正化のため、新規認定の場合は州が認定した新規認定者を連邦機関が再審査・再認定を行うしくみが、継続認定の場合は継続的な障害審査(Continuing Disability Review)の仕組みが用意されている
- － ③その他障害者：身体的・精神的な障害(impairment, 機能的な制約)を持つ者で、余命の診断がされているか、障害が少なくとも12ヵ月以上継続するという期間要件(duration requirement)を満たし、一定以上の勤労所得を得ることができない場合が対象となる。審査には、医師による医学的診断に加え、社会保障庁がまとめた障害項目と個別機能評価(Individualized Functional Assessment)が用いられ、技能や職歴も加味される。視覚障害と同様、連邦機関による再審査・再認定、継続的な障害審査といった認定審査適正化の仕組みが用意されている
- ナーシングホームには、一定の医療・看護ニーズが認められ、それがレジデンシャルケア等他の手段によっては満たすことができないと判断された場合に利用できる。医療・看護ニーズの判定は、州の高齢者生活選択局(Agency on Aging Options)職員^{*16}による面談により、「ナーシングホーム資格要件(nursing home eligible)」に記載された事項の裏付けを確認しながら判定される。具体的な入居要件は、各州が独自に規定することができる。
- － 連邦法の規定により、医療ケアを提供するナーシングホームに初めて入居を認められた個人は、特殊サービスの必要性の判定のため、重度の精神病、知能発育不全もしくは発育障害に関する検査を受ける必要がある。これらの症状を有していると判断された者は、施設入所に先立ち、さらに詳細な検査を受け、必要であれば、施設は、その特殊サービスが提供できるようにしなければならない。
- － ペンシルバニア州では、各地の高齢者省(Department of Aging)がまず申請者と面談し、医療面からの必要性を判定し、次いで公共福祉部(DPW:Department of Public Welfare)により負担能力面から給付の必要性が判定される。

*¹⁵ この要件は、補足的保障所得(SSDI)と同様である。

*¹⁶ 特定の資格の保有者に限定されているわけではないが、ソーシャルワーカーの資格を持っている場合が多い。

②所得

- メディケイドの適用を受けてナーシングホーム等の施設給付を受ける場合、資力調査が必要となる。資力調査の基準の詳細は、州によって異なるが、通常、州の公共福祉部門に対し、世帯構成、所得、資産に関する情報を記載した申請書類を提出し、面接審査を経て受給資格が判断される。
 - － 申請書類には、社会保障番号(SSN: Social Security Number)を記載するため、申請書上の情報をコンピュータに入力後、SSNをもとにクリアランスレポート(Clearance Report)にかけられ、本人の社会保障(メディケイド、各種現金給付、SNAP等)の受給状況が確認される。次に、SSNをキーとして、RFI(Resource Files Integration)と呼ばれる、職歴、所得、資産等が正しいかどうか、税務等で管理する他のデータベースの情報と照合するプロセスが行われる。RFIにより申請情報との不一致が発見された場合には、不正を目的とした申告のケースだけでなく、記載ミスやデータベース更新時点の相違等でも不一致が生じることがあるため、申請者に証拠となる資料の提示と説明を求め、再度確認を行う。
 - － 面接調査では、以下の書類の提出が求められる。
 - ・年齢証明書(出生証明書等)
 - ・市民権または居住状況の証明書
 - ・直近の給与明細書(就業している場合)
 - ・給与以外の所得に関する証明書(社会保障、年金、退職金等)
 - ・保有している銀行口座の通帳、保険証書等
 - ・居住証明(賃借料の領収書、土地保有証書)
 - ・メディケアの受給証明カード
 - － メディケイドの受給資格は1年のみで、毎年更新が必要となる。更新漏れが発覚した場合は、医療費の返還を求められるが、訴訟を起こすことは少なく、任意での返還請求が多いこと、対象者が現金を保有していないケースも多いことから、現実的には回収が困難なことが多い。
- 本人の所得は、就労による所得に限らず、公的年金や各種給付金、金融所得(利子、配当等)等、全ての所得が、その源泉や受取時期に関わらず介護費用に充当可能なものとみなされる。ただし、個人的なニーズを満たすための資金として月額35ドルと、本人のメディケア・パートB加入のための保険料は手元に残すことができる。つまり、ナーシングホームの月額利用料と、本人の所得から手元残金分を除いた金額との差額が、州の定めるメディケイドの給付上限額の範囲であれば、メディケイドから給付される。また、SSIの給付は所得に含められない。
 - － フロリダ州では、より厳しい基準が設けられており、本人所得(月額)が、州の定める基準額(2009年時点では2,022ドル)を超える場合は、ナーシングホームの費用がそれを超える金額であってもメディケイドの給付対象から除外される。
- ただし、配偶者名義の所得を資力調査の対象に含むか否かは、州によって異なる。
 - － ペンシルバニア州では、個人の所得制限は、単身の場合で月2,094ドル、夫婦の場合で月3,033ドルと設定されている。夫婦の片方がメディケイドを申請し、もう片方が申請しない場合、共通の所得(joint income)は、片方にまとめて計上することができる配偶者の共同資産分配(Community Spouse Resource Allowance)の仕組みが設けられており、メディケイドの申請をしやすくしている。
 - － フロリダ州では、配偶者の所得(月額)が月間最低必要手当(MMMNA: Minimum monthly Maintenance Needs Allowance, 2009年時点では1,822~2,739ドル)を上回る場合には、本人の所得を配偶者の生活に回すことは認められない。しかし、下回る場合は、その差額分を本人の所得から配偶者の生計費確保のために充当できるよう、ナーシングホームに申請することができる。

③資産

- メディケイドの資力調査では、本人名義の資産のほか、配偶者に保有が認められる資産(2009年時点で109,560ドル)を上回る配偶者名義の資産も評価対象となるが、以下の資産については評価対象から除外される。
 - － 住宅： 配偶者が自宅として居住している場合(もしくは、現在居住していても戻ってくるのが想定される場合)は、介護費用に充当可能な資産とはみなされない。
 - － 自動車： 2台目までは介護費用に充当可能な資産とはみなされない。
 - － 家財： 一般的な家財は介護費用に充当可能な資産とはみなされない。ただし、宝飾品、美術品等は介護費用に充当可能な資産とみなされる。
 - － 個人年金(IRP)・401k： 通常の年金であれば介護費用に充当可能な資産とはみなされない。
 - － 生命保険： 定期生命保険や死亡保障が2,500ドル以下の終身保険は介護費用に充当可能な資産とはみなされない。死亡保障が2,500ドルを超える終身保険は、その現在価値分が介護費用に充当可能な資産とみなされる。
 - － 一定限度額までの埋葬費用の信託積立金(Revocable burial fund)、墓地・墓標
- 詳細は、各州によって定められるため、州によって一部要件が異なっている。
 - － フロリダ州では、本人名義の評価対象資産が2,000ドル(月間所得が808ドル未満の場合は5,000ドル)を超える場合は支給が認められない。
 - － ペンシルバニア州では、8,000ドルを超える資産がある場合、その資産を使い果たすか、控除試算(exempt assets)に計上するか、しなければ、メディケイドの給付が認められないが、夫婦の片方がメディケイドを申請し、もう片方が申請しない場合、**配偶者の共同資産分配(Community Spouse Resource Allowance)**の仕組みにより、資産を、8,000ドル以上、最高で113,640ドルまで、非申請側の配偶者に計上できる。
- 資産隠しのために見せかけの譲渡等が行われた場合には、ペナルティとして、その資産額や時期等に応じて、メディケイドの給付を一定期間停止する等の措置がとられている。

④家族(扶養義務)

- 所得、資産の項で記載したとおり、配偶者の所得や資産はメディケイドの資力調査でも加味されるが、配偶者以外の親族の所得や資産については特段加味されない。

3) 資産等を勘案した利用者負担の仕組み

(1) メディケイド資産回収 (Medicaid Estate Recovery)

① 制度の主旨、所管及び財源

- 1993 年の連邦包括予算調整法 (OBRA'93: Omnibus Budget Reconciliation Act of 1993) により、1988～1993 年の 5 年間で 260 億ドルから 1,398 億ドル (約 5 倍) まで増加し、1995～2002 年の 7 年間で 1508 億ドル、年間増加率にして 10% 超の急速な増加が見られたことから、メディケイド予算の抑制をねらって創設され、資産の回収が州の義務となった。
 - － 1965 年のメディケイド創設当初から、一定の条件の下、州が死亡したメディケイド受給者の遺産から費用を徴収することが認められていたが、93 年以前は、資産回収を実施していた州は半数以下であった。
 - － 93 年以降は、資産回収は連邦から州に義務付けられた業務となり、メディケイド資産回収を実施しなければ、メディケイド・プログラムへの連邦補助金が受けられなくなった。
 - － 同時に、負担の公平性もねらいのひとつとされた。従前は、資産を家族等に相続した上で、メディケイドを利用して介護を受けようとする行為が見られたが、これを阻止するため、5 年間の「ルックバック期間 (“look back period”）」を設け、過去 5 年間の資産の移転 (相続、贈与) をチェックし、負担可能な人に適切に負担してもらう仕組みに改善された。
- 州政府が、メディケイドの施設サービス、在宅サービス、介護サービスに伴う医療の給付を受けていた場合、受給者の死後、その資産から当該受給者に要した費用を回収する。
- 資産回収に係る事務等は州が執行するが、回収された資金は連邦政府に返納されることになっている。

② 対象者及び利用条件

- 費用徴収の対象とする費用の範囲は、各州法で定められる。
- 原則として、①55 歳以上のメディケイド受給者に係るナーシングホーム費用、在宅及び地域ケア費用 (関連する病院費用及び処方せん薬費用を含む)、②年齢にかかわらず終身施設入所しているメディケイド受給者に係る施設入所費用で、死亡した受給者が対象となる。
- これら以外についても、州政府の判断により、資産回収の対象となるメディケイドサービスの範囲を拡大することができる。

③スキーム

- 具体的な仕組みは、州によって異なるが、連邦包括予算調整法(OBRA'93)で定められたガイドラインは以下のとおりである。

<資産回収の方法>

- MERの申請手続きは、州が定めており、裁判の必要性も州によって異なるが、一般的には、受給者本人の死後、州政府が債務者となり遺言裁判所(Probate Court)に申し立てする。
- 受給者が死亡すると、亡くなった受給者の代理人(遺言執行人 executor、または、地元の弁護士同盟あるいは公共福祉省(DPW)が指名する管理人 administrator)が公共福祉省に、故人が死亡前5年間にメディケイドを受給していたことを申請するための申請書類を、受取証明付き書留郵便、ファクシミリ、電子メールのいずれかで提出する。
- 申請書類には、メディケイドを受給していた故人の氏名、社会保障番号(SSN)、生年月日、死亡年月日、最後の住所、遺産価値総額及び資産1件ごとの推定資産価値を記載にした書類を添付する。また、MER担当スタッフが対応できるよう、代理人の氏名、住所及び電話番号も書類に記載しなければならない。
 - － 遺言執行人は、申請書類の記載に不備や虚偽がないかを確認し、資産価値の全ての変動をDPWへ報告する義務がある。
 - － 管理人は納税申告書もしくは箇条書き表、ならびにDPWから出された質問表に回答したものを提出する。
 - － 管理されていない私有財産は、公共福祉省あるいは弁護士協会が管理人を指名する。
- 公共福祉省は、申請書類受領後45日以内に、遺産の代理人に対し、支払ったメディケイド給付額を一覧にした請求明細書(SOC:Statement of Claim)を送付する。
- 遺産の代理人は、債務金額につき質問があるか、もしくはそれに同意しないときは、MER担当に電話もしくは書面で連絡する。

<回収対象となる資産>

- 受給者がその全部もしくは一部の所有権を持っている‘私有財産(estate)’^{*17}はMERの回収対象となる。
- 州政府の判断により、資産回収の対象となる私有財産(estate)の定義を拡張したり、資産に先取特権(Lien)を設定したりすることができる。
 - － 私有財産(estate)の定義の拡張 : 亡くなった受給者本人が100%所有権をもつ私有財産だけを回収対象とする、あるいは、一部所有権をもつ財産を対象とする等のオプションがある。このため、州は、自身の判断により、連邦指針に定められたもののほか、共有名義の資産、本人名義でも別の人が居住している場合の住宅資産、子ども名義の資産(特に本人生存中に子どもに相続した資産)等を追加することができる。
 - － 資産の先取特権(lien)の設定 : 受給者が在宅に戻る見込みのない場合においては、一定の条件及び手続きの下、受給者の存命中であってもその資産に先取特権を設定することができる。TEFRA 1982(1982年Tax Equity and Fiscal Responsibility Act)により、州は、メディケイドを利用する介護受給者が、資産(特に、死後は居住しない居住住居)を子ども等に贈与することを避ける

^{*17} ‘私有財産’には、不動産(estate property)、遺言資産(Probate Assets、故人の資産であって、法によって、債権者の請求対象となる資産)、その他資産が含まれる。

ため、(死亡前)先取特権(lien)を使うオプションを得た。州がこのオプションを使うことを選ぶと、MERが住宅の居住者よりも優先されるようになった。ただし、配偶者、21歳未満の子、年齢にかかわらず盲目もしくは障害を持つ子、あるいは当該住宅に持ち分を有する兄弟姉妹のうち一人でも当該住宅に居住している場合は、この条項は除外される。MERは、メディケイド受給者が死亡するまで適用されないが、TEFRA先取特権は、ナーシングホーム、精神薄弱者のための中間ケア施設、その他の医療機関で、患者が‘在宅復帰不可能’と見なされたときに適用される(メディケイド受給者が自宅に戻るときには、TEFRA先取特権を解除しなければならない)。

※ペンシルバニア州は包括財政調整法(OBRA)の基準をそのまま踏襲している。同州は課税の公平及び財政責任法(TEFRA)に基づく先取特権は採用していない。

- **債権の抵当に入っている資産の場合は、抵当への充当が優先される。**その後の優先順位は、以下の通り。ただし、州の判断により、Estate Recovery Lienと呼ばれる先取特権を設定することができる(ハワイ州等で採用)ことから、州によって優先順位が異なる。

- － **優先順位1**： 葬儀埋葬費用及び死亡前6ヵ月以内に提供された以下の全ての費用
 - ・医薬品
 - ・看護サービス
 - ・医療サービス(病院、診療所)
 - ・故人が雇用していた人たちへの賃金
- － **優先順位2**： 事務管理費用
 - ・家族控除
 - ・墓標費用
 - ・故人が最後の6ヵ月間に居住していた住居の賃借料
 - ・州税、州及び州の関連機関による請求 (ただし、州によって優先順位が異なることもある)
- － **優先順位3**： 死亡前6ヵ月以前に提供された以下の全ての費用
 - ・医薬品
 - ・看護サービス
 - ・医療サービス(病院、診療所)
 - ・故人が雇用していた人たちへの賃金
 - ・連邦税、連邦及び連邦の関連機関による請求

<資産価値の評価方法と回収額>

- 回収する費用の金額は、受給者が55歳以降に受けた給付の総額を超えてはならない。
- MERの対象となる資産は、州が州法に基づく方法で評価する。総私有財産(gross estate)の評価額の算定に際し、故人の代理人は、以下の2つの時点のいずれか有利な方を選ぶことができる。

- － **「死亡日」の市場評価額(fair market value)**： 死亡日の総私有財産(gross estate)に含まれる、全資産の市場評価額。
 - ・銀行、投資、リタイアメント口座の「死亡日」の明細報告書にある金額
 - ・証券口座の外で公に取引されている株価：(死亡日の高値と低値の平均)×所有株数
 - ・故人の所有物、ビジネスの所有権、不動産の「死亡日」の市場評価額
- － **「代替評価日」の資産評価額**： 死亡日から6ヵ月後にあたる日の総私有財産(gross estate)に含まれる、全資産の市場評価額

<資産回収できない場合>

- 以下の場合、資産を回収できないこととされている。
 - － 受給者の配偶者が存命中の場合
 - － 受給者が21歳未満の子どもを有している場合:その子が21歳に達するまで回収が延期される
 - － 受給者が障害を有する子ども(年齢制限なし)を有している場合:その子が死亡するまで回収が延期される
 - － 受給者がナーシングホームに入所する1年以上前から当該受給者の家に住んでいる兄弟姉妹がいる場合
 - － 受給者がナーシングホームに入所する2年以上前から当該受給者の家に同居し、在宅介護を行っていた子どもがいる場合
- 連邦法では、このほか、資産回収を行うと困窮欠乏につながる場合には州政府は資産回収を免除することができることとされており、数州は、この免除条項を一定以下の財産価値のないものについて機械的に適用している。
 - － ペンシルバニア州では、私有財産(estate)の総額が2,400ドル未満^{*18}であれば受給者は免除される。これは、1994年にMER法が施行されたときに設定されたもので、この数字の背景は公開されていない。
- また、資産が少ない等で、費用の徴収が非効率な場合は、州の判断で、費用の徴収を免除することができる。
 - － 州に、費用対効果の最低基準値を定める裁量を与えられている。

^{*18} Public Assistance Manual, Subpart G – Restitution and Reimbursement, Chapter 258 Medical Assistance Recovery; 258.10 セクション—Undue hardship waivers。州によって異なるが、おおむね同水準(2,000～3,000ドル程度)である。

④成果・実効性

- 全米の回収額は、以下のとおり。
 - － 1999年時点では全国で約2億ドルの回収が行われた。1996年時点と比べて約16%回収額が増えているが、メディケイド総支出額(約1,900億ドル)の0.1%に過ぎない。
 - － 2003年時点のCMSのレポートによれば、回収額は330百万ドル、全ての州のメディケイド支出合計額の0.13%と見込まれていた。
 - － 2005年時点のHHSのレポート(<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/estreccol.htm>)によれば、2004年度で3億6,177万ドル(同0.789%)であった(次ページ表参照)。
※公表されている最新の調査レポートは、上記のHHSレポートである。
- 特に、CMSとして、MERの回収額や件数の目標を定めているわけではない。
- 州ごとにみると、取組み、回収額等にかかなりの差が生じている(次ページ表参照)。
 - － ペンシルバニア州における回収額は、予算年度2011/2012年度で3,670万ドル。制度運用開始の初年度2003/2004年度は2,280万ドルであったから、回収成果が高まっていると言える。公共福祉省は、数字が増えているのは、メディケイド受給者が増えたことも影響していると分析する。MER対象のケースが増えており、現在約43,000件が調査中となっている。MERが完済するには数年を要している。
- MERは、州が、随時、制度の見直し等を行っている。特に、対象とする資産の範囲を拡大すべきかどうかについては、絶えず議論がある。州の裁量により、資産の範囲を広く設定することにより、正式な遺産相続のプロセスを経ずして、財産の一部あるいは全部をMERの対象とすることができる点には問題がある。
- MERが、通常、低所得者は遺産相続アドバイス(資産隠しへの助言等)を受けにくい立場にある低所得者のみをターゲットとする仕組みであることから、MERに反対する意見もある。また、親や成人の子どもがメディケイドを受給すると、資産が減るとの理由でメディケイドのサービスを敬遠する傾向もあり、それが要因となって、健康が悪化すると、かえって医療費(メディケイド給付費)の高騰につながるという意見もある。
- 一方、退職後のファイナンシャルプランニングが高度化し、また、その利用が浸透する傾向にあり、そうしたプランニングの中で介護も考慮されるようになってきている。多くの人々がメディケイドのルール(特にMER)を理解すればするほど、資産隠しを巧妙に行いメディケイドに頼ろうとし、その結果、メディケイドは更に大きな支出を強いられるようになる恐れがある。

図表Ⅲ-2-8 州別にみたナーシングホーム支出額に占めるメディケイド資産回収率(2004年時点)

州	MER回収額			メディケイド ナーシングホーム 支出額	MER回収額の ナーシングホーム 支出額に占める 割合(2004年)	
	2002年検認分	2004年検認分	伸び率 (02→04年)			
Arizona	アリゾナ	\$1,790,755	\$2,403,306	34.2%	\$23,172,901	10.4%
Oregon	オレゴン	\$13,738,730	\$13,843,592	0.8%	\$238,642,419	5.8%
Idaho	アイダホ	\$4,034,789	\$5,695,851	41.2%	\$126,613,061	4.5%
Iowa	アイオワ	\$9,145,536	\$12,194,616	33.3%	\$426,181,610	2.9%
Minnesota	ミネソタ	\$18,668,919	\$24,999,595	33.9%	\$904,205,889	2.8%
Wyoming	ワイオミング	\$855,348	\$1,632,368	90.8%	\$60,552,927	2.7%
Maine	メイン	\$4,760,834	\$6,178,845	29.8%	\$248,697,265	2.5%
Massachusetts	マサチューセッツ	\$28,837,456	\$32,577,301	13.0%	\$1,617,497,416	2.0%
Wisconsin	ウィスコンシン	\$15,447,888	\$16,772,729	8.6%	\$917,421,595	1.8%
Washington, D.C.	ワシントンD.C.	\$7,548,849	\$10,770,875	42.7%	\$593,061,233	1.8%
New Hampshire	ニューハンプシャー	\$4,964,422	\$4,362,641	-12.1%	\$276,085,727	1.6%
Colorado	コロラド	\$4,018,129	\$6,241,993	55.3%	\$423,944,387	1.5%
California	カリフォルニア	\$36,335,161	\$44,668,847	22.9%	\$3,033,946,724	1.5%
Montana	モンタナ	\$1,663,969	\$2,363,322	42.0%	\$164,145,366	1.4%
Kansas	カンザス	\$4,762,300	\$4,866,505	2.2%	\$344,645,407	1.4%
South Carolina	サウスカロライナ	\$3,483,235	\$6,206,820	78.2%	\$461,865,198	1.3%
Illinois	イリノイ	\$17,003,820	\$21,254,742	25.0%	\$1,608,092,952	1.3%
North Dakota	ノースダコタ	\$1,627,014	\$2,000,766	23.0%	\$166,456,173	1.2%
Missouri	ミズーリ	\$7,368,152	\$8,597,322	16.7%	\$789,726,442	1.1%
South Dakota	サウスダコタ	\$1,096,932	\$1,222,693	11.5%	\$118,375,810	1.0%
Rhode Island	ロードアイランド	\$4,387,978	\$2,792,488	-36.4%	\$292,744,235	1.0%
Washington	ワシントン	\$974,188	\$1,789,570	83.7%	\$188,211,034	1.0%
Hawaii	ハワイ	\$1,304,625	\$1,684,280	29.1%	\$182,705,650	0.9%
Tennessee	テネシー	\$4,805,977	\$8,895,934	85.1%	\$1,006,485,725	0.9%
Kentucky	ケンタッキー	\$1,893,814	\$5,391,045	184.7%	\$627,317,272	0.9%
Alabama	アラバマ	\$4,485,886	\$6,204,836	38.3%	\$766,521,275	0.8%
Connecticut	コネチカット	\$10,243,388	\$8,204,283	-19.9%	\$1,015,579,338	0.8%
Indiana	インディアナ	\$6,366,273	\$7,649,409	20.2%	\$948,116,230	0.8%
United State	全米合計	\$321,725,993	\$361,766,396	12.4%	\$45,835,646,786	0.8%
Maryland	メリーランド	\$6,377,662	\$5,456,547	-14.4%	\$867,262,512	0.6%
Florida	フロリダ	\$9,683,087	\$13,478,207	39.2%	\$2,250,455,672	0.6%
New Jersey	ニュージャージー	\$5,311,581	\$8,329,882	56.8%	\$1,479,889,851	0.6%
Ohio	オハイオ	\$10,814,457	\$13,987,964	29.3%	\$2,722,643,741	0.5%
North Carolina	ノースカロライナ	\$4,200,000	\$5,529,652	31.7%	\$1,096,619,059	0.5%
New York	ニューヨーク	\$26,878,856	\$29,953,334	11.4%	\$6,486,722,331	0.5%
Arkansas	アーカンサス	\$1,545,931	\$2,104,052	36.1%	\$540,193,697	0.4%
Vermont	バーモント	\$636,899	\$402,156	-36.9%	\$104,364,396	0.4%
Oklahoma	オクラホマ	\$1,276,739	\$1,573,913	23.3%	\$462,935,035	0.3%
Nebraska	ネブラスカ	\$878,467	\$1,125,970	28.2%	\$359,714,726	0.3%
Nevada	ネバダ	\$1,179,014	\$420,429	-64.3%	\$141,377,842	0.3%
Delaware	デラウェア	\$655,836	\$436,370	-33.5%	\$158,840,995	0.3%
Pennsylvania	ペンシルバニア	\$23,288,044	\$5,888,558	-74.7%	\$4,069,955,523	0.1%
Virginia	バージニア	\$810,533	\$776,866	-4.2%	\$656,180,320	0.1%
Mississippi	ミシシッピ	\$920,362	\$391,933	-57.4%	\$563,151,164	0.1%
West Virginia	ウェストバージニア	\$606,746	\$214,656	-64.6%	\$367,149,385	0.1%
Utah	ユタ	\$2,047,412	\$47,443	-97.7%	\$105,854,730	0.0%
New Mexico	ニューメキシコ	\$0	\$78,037	-	\$179,818,250	0.0%
Louisiana	ルイジアナ	\$0	\$103,853	-	\$593,234,878	0.0%
Alaska	アラスカ	\$0	\$0	-	\$107,091,559	0.0%
Georgia	ジョージア	\$0	\$0	-	\$1,466,092,237	0.0%
Michigan	ミシガン	\$0	\$0	-	\$1,704,056,909	0.0%
Texas	テキサス	\$0	\$0	-	\$1,781,030,713	0.0%

出典) US. Department of Health & Human Services “MEDICAIR ESTATE RECOVERY COLLECTIONS” 2005.9

4) 近年の費用負担のあり方をめぐる議論

- メディケイド財政に関しては、2010年に成立した「患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)」の適否について、2012年11月のアメリカ大統領選に絡み、民主党のバラク・オバマ氏と共和党のミット・ロムニー氏の間で激しい論争が行われた。ロムニー氏による批判は、「規制の多さ」と「プログラムの非効率性」に集中しており、オバマケア(「患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)」)の膨大なプログラム実施のために1兆ドルの新たな医療費が発生し、5,000億ドルの増税と5,000億ドルのメディケア財政削減が必要となり、国家財政上の大問題である、との主張が繰り返された。最終的には、オバマ氏が選挙戦に勝利をおさめ、57期大統領就任が決定した。

<民主党・オバマ氏の政策>

- 「患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)」の遂行
- メディケアの保険対象範囲の拡大(予防的医療や使える薬の種類を拡大)
- メディケイドの拡充(連邦補助金の拡充を含む)
等

<共和党・ロムニー氏の政策>

- 「患者保護とアフォーダブル・ケア法(ACA)」の撤廃
 - メディケアをバウチャー制にし、高齢者が民間保険を購入できるようにする
 - メディケイド補助金等連邦負担をなくし、財政運営・管理を州政府に任せる
等
- その他、メディケア・メディケイド財政としては、以下のような政策が提示されている(詳細は前述-メディケア・メディケイドの節を参照)。
 - メディケアやメディケイドにかかる長期ケア施設の費用を抑制するため、レジデンシャルケアや在宅・コミュニティベースのケアを推進すべきとする論がある。
 - 無保険者解消のための一環として、民間保険に加入してこなかった低所得者や中小企業の被用者向けに、Health Insurance Exchange と呼ばれる医療保険の取引市場を州ごとに設けることに加え、それでもなお民間保険加入が難しい人のために、メディケイドの対象範囲を連邦貧困ラインの133%まで引き上げ、その分、1人あたり給付に上限を設定する。

3. ニュージーランド

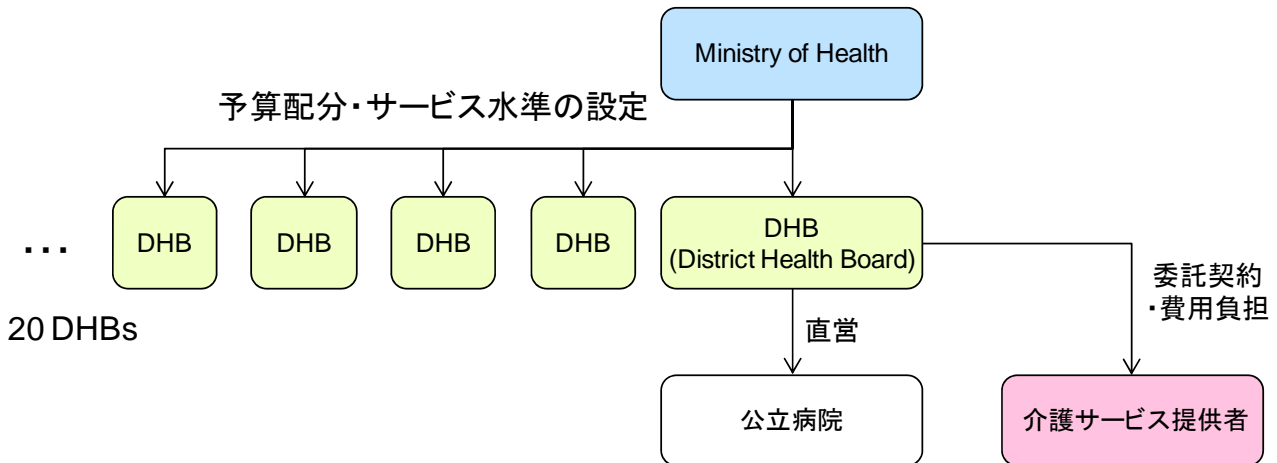
1) 医療・介護制度の概要

- ニュージーランドは、イギリスの影響を強く受けており、社会保障は基本的に税金で賄われている。再分配の性格を強く持ち、応能負担の考えを原則とする制度であると言える。

(1) 介護・医療制度の概要

- ニュージーランドは、1938年に世界で最初に体系や内容の整備された社会保障法を制定した国である。イギリスの植民地であった背景から、税を財源とした社会保障が特徴であり、介護制度も年金や医療と同様、国の一般財源により賄われている。所管している中央官庁は保健省 (Ministry of Health) である。ニュージーランドにおいては、国が医療や介護の購入者であり、サービスについて責任を負う。
- 全国が 20 の地方 (District) に分けられており、それぞれに地方保健医療委員会 (DHB : District Health Board) が置かれている。保健省は DHB に対して、各地方の年齢構成や各種サービスの利用状況を基準として、予算の配分を行う。DHB は、保健省から配分された予算と保健省が定めた戦略・政策の範囲内で、各地方のニーズを加味して公的な医療・介護をコーディネートし、その地域の住民の健康を改善し、自立を促す役割をもつ。地域分権化及び医療・介護サービスの統合が、DHB による介護コーディネートの特徴であり目的である。
- 介護サービス提供者は、ほとんどが民間事業者である。彼らは公的介護を提供するために、国から認可を受け、また各 DHB と契約を結んでいる。
- 国の方針として、なるべく利用者が自立的な生活を送れることを重視している。また、近年はコストを押さえる動きも進んでおり、なるべく在宅で介護を受けることを推奨していたり、DHB に対する予算配分を試験的に変更したりする等の取組みが行われている。

図表Ⅲ-3-1 ニュージーランドの介護における役割分担



(2) 医療制度等との関係

① 医療

- ニュージーランドにおいては、医療も税金で賄われており、原則無料である。一部自己負担があるが、受けた治療に対する費用を支払うものではない。
- 開業医がプライマリケアを、公立病院が二次医療と救急を、私立病院が急性期医療を担う。長期療養病院は公立・民間ともに存在するが、民間のサービス提供が著しく増大している。
- 1999年に行われた研究によれば、老人ホーム(rest home)へは、自宅から入所する者が多く、長期療養病院へは他の病院からの転院や老人ホームからの入院が多いという。したがって、基本的には要ケア度や医療の必要度に応じて、自宅でのケアから老人ホームでのケア、そして病院でのケア・治療というステップになっていると考えられる。

② 障害者ケア

- ニュージーランドにおいて、従来のヘルスケア制度の柱は「医療」と「障害者ケア」である。従来、高齢者介護は、医療の枠内の長期療養病院や、障害者福祉の各種サービスの中で行われていた。現在では、65歳未満の障害者に対するケアは保健省直轄のDHB Shared Service(DHBSS)が管轄している。

(3) その他高齢者向けの関連制度

①年金

- ニュージーランドには、従来からの老齢年金 (New Zealand superannuation) と、2007 年より導入された退職積立金制度 (Kiwi saver) の 2 種類の年金制度が存在する。
- 老齢年金は、一般財源から捻出される全国民強制加入の国民皆年金制度である。支給開始年齢は 65 歳であり、20 歳以降で 10 年以上居住しており、50 歳になってから 5 年以上の居住期間があれば受給権が発生する。所得制限のない定額給付であり、給付額は 1 週間あたり独身者で 48.92NZ ドル (一人暮らし)あるいは 322.08 NZドル (一人暮らしでない)、夫婦の場合 1 人あたり 268.40 NZドルが支払われる。年金の所得代替率は 65～72.5%であり、公的年金が主たる所得として発達していると言える。また、財源は全て一般税収であることから、所得再分配が強く働く。
- 退職積立金制度 (Kiwi saver) は、2007 年より給付水準を上昇させる試みとして、政府主導で導入された。任意加入の就業者用確定拠出年金制度であり、財源は個人・国・雇用主からの拠出金である。受給可能な合計年金額は、拠出金・投資リターンの合計から税金を差し引いた額となる。支給開始年齢は 65 歳であり、受給までに最低 5 年以上加入している必要がある。

②各種手当

- ニュージーランドでは、施設介護に関連した手当として、以下のようなものがある。

● 図表Ⅲ-3-3 ニュージーランドにおける施設サービス

手当名称	対象者	金額
Clothing Allowance	後述する Residential Care Subsidy の受給者	265.81 NZドル/年
Personal Allowance	老齢年金を受給し、施設介護を受けている者	42.38 NZドル/週
Single Rate of Payment	パートナーが施設介護を受けている場合	年金額が独身者と同様となる 夫婦 268.40 NZドル/週 ⇒独身 348.92 NZドル/週
Special Disability Allowance	本人が施設介護を受けている場合に、パートナーに対して給付	37.53 NZドル/週

2) 介護給付の内容と給付条件

(1) 給付の概要

- ニュージーランドにおいて現物給付される介護サービスには、大きく施設サービスと在宅サービスが存在する。

① 在宅サービス (Home and Community Service)

- 生活支援系サービス (House Hold Supports Service) 及び身体介護関連サービス (Personal Care Service) が存在する。生活支援系サービスは、食事の準備・洗濯・掃除等であり、身体介護関連サービスは食事・着替え・入浴の介助等を指す。
- 在宅サービスを受給するは、後述のニーズアセスメントにて、介護が必要であると判定されなければならない。また、生活支援系サービスではニーズアセスメントに加えて、低所得者カード (Community Service Card) を所有していることが給付の条件である。
- 受給が認められた利用者に対しては、利用料金は全額 DHB によって支払われ、自己負担はない。一方、自己負担であってもこれらのサービスを利用する者もいる。

② 施設サービス (Long-term Residential Care)

- Rest Home、Specialist Dementia Unites、Long-term Care Hospital、Psycho-geriatric Hospital が存在する。ベッド数全体に占める割合は、Rest Home (52%) が半数以上を占め、Long-term Care Hospital (34%)、Specialist Dementia Unites (9%)、Psycho-geriatric Hospital (3%) と続く。
- 施設サービスの中には、公的なサービス (Contracted Care Service; DHB との契約の範囲内のサービス) と追加的なサービス (Extra Service) が存在する。公的なサービスは、「利用者中心で」「利用者の自立と QOL を向上するものである」とされている。公的なサービスはパッケージ化されており、その内容と料金は保健省により定められている。DHB は、その内容と料金を変更する権限は持っていない。
- 一方で、追加的なサービスには国の規制はなく、全額自己負担でなされる。

図表Ⅲ-3-3 ニュージーランドにおける施設サービス

公的なサービス(パッケージ)	追加的なサービス(例)
<ul style="list-style-type: none"> • 宿泊設備(バス・トイレ含む) • 食事 • 看護ケア • おむつ(Continence Products) • 移動や身体ケアのための各種設備 • GP の往診 • 処方薬 • GP によって指示された全てのヘルスケア • 気分転換のアクティビティ(Diversional Activities) 	<ul style="list-style-type: none"> • 公的サービス提供施設以外への専門家の派遣 • ヘルスケアに関係のない場所への移動 • 個人的な電話料金 • 個人の電話・携帯電話・インターネット費用等 • 新聞・本等の購入 • 保険 • 個人的な化粧品・洗面具等 • 公的サービスに含まれない余暇活動 • 美容師 • 医師や DHB からの指示のない、栄養士や足専門医等のサービス • メガネ・補聴器、歯科ケア等

- 料金は各自治体(TLA ; Territorial Local Authority)ごと、施設種別ごとに一律の金額設定がされている。価格は各 TLA の土地の値段に連動させており、1年ごとに見直される。
- 自己負担額は、個人の支払い能力を加味して決定される(詳細は後述)。一方、自己負担額の上限額は、国によって Rest Home の料金と同額に定められており、他施設を利用する場合であっても、差額は公費で負担される。なぜならば、Rest Home は基本的な介護を必要とする高齢者向けの施設であり、その他の施設については医療を含めた特殊なケアを必要とする高齢者向けの施設であるため、Rest Home とその他施設の料金の差額は、医療費と同様に扱われるためである。
- 個人負担額の上限額は、2012年10月現在の個人負担額は TLA によって異なるが、概ね 810~890 NZドル/週(GST 込)の間である。
- 施設サービスを受給するためには、ニーズアセスメントを受け、一定の基準を満たすことが必要である(詳細は後述)。

図表Ⅲ-3-4 施設サービスの平均料金(税込)(2012年6月1日制定)

Rest Home	Long-term Care Hospital	Specialist Dementia Unites	Psycho-geriatric Hospital
830.39 NZドル/週	1183.53 NZドル/週	1423.57 NZドル/週	1605.30 NZドル/週

注)全国 72TLA における平均。税込料金。

③現金給付

- 現金給付としては、介護者サポート(Carer Support)と施設介護補助金制度(Residential Care Subsidy Scheme)が存在する。
- 介護者サポートは、一日4時間以上無償で家族や友人の介護をする介護者に対して、保健省から支払われる補助金である。対象者は介護者が無職で、両親や配偶者でない場合等、受給には制限が付けられており、現物給付と同様にニーズアセスメントを受けて一定の基準を満たさなければならない。
- 施設介護補助金制度は、施設サービス料金の一部をDHBが負担するものである。この補助金額の受給の可否は、後述するニーズアセスメント及び資力調査によって決定される。この補助金額によって、自己負担額が決定される。(詳細は後述)

(2) 施設給付の利用条件

① ニーズアセスメント(身体状況、家族、住宅等)

- 施設サービスを受給するためには、ニーズアセスメントで一定の基準を満たす必要がある。
- ニーズアセスメントは、介護サービス利用希望者の要介護度を判定するものである。アセスメントの結果は very low, low, medium, high, very high の5段階に分類され、この結果によって、公的負担にて受けられる介護の内容が決定される。
- 公的な施設サービス及び介護サービスを受けるためには、まずニーズアセスメントを受ける必要がある。ニーズアセスメントは、DHB 内の組織である NASC (Needs Assessment Service Coordination Agencies) によって行われる。DHB の 1/3 程度は、NPO 法人等に NASC の業務を外部委託している。
- ニーズアセスメントの基準は各 NASC で異なり、統一されていないが、身体的・精神的機能に加え、配偶者の有無や住宅の保有状況も加味してアセスメントが行われる。
 - － ニュージーランドにおいて、扶養義務は 18 歳未満の子供に対してしか存在せず、子どもが年老いた両親の面倒をみるのが想定されていない。
 - － ニーズアセスメントの基準は統一されていないが、政府は世界的に実績のある InterRAI による評価を推奨している。
- それぞれの結果に基づいて、NASC がケアプランを作成し、コーディネーターがそれにそって各種サービスをコーディネートする役割を持つ。施設サービスを受けるためには high または very high に分類されることが必要である。ニーズアセスメントは、最低1年に一度受ける必要がある。
- 近年、DHB の支出が増加していることから、2011 年より保健省からオークランド・クライストチャーチ・Capital & Coast の3つの DHB に対する予算配分の仕方が変化した。これに伴い、ニーズアセスメントの手法に変化が起こり始めている。これまでは、各介護サービス提供者からの請求を受けて DHB が支払い、その額を保健省に請求していた。ところが、先の3つの DHB については、予め割り振られた予算内でやりくりするバルクファンディング(Bulk Funding)と呼ばれる方式に変化した。そのため、この3つの DHB では世界で使用されている Inter RAI の様式に基づき、39 段階に分類する詳細なニーズアセスメントを行なっている。
- その結果に基づいて、NASC がケアプランを作成し、コーディネーターがそれにそって各種サービスをコーディネートする。在宅介護の場合、その内容は週単位で細かく見直される。これは、限られた予算を可能な限り有効活用するためである。
 - － 例: 妻に先立たれた料理ができない夫に対しては、料理ができるようになるまで家事支援系サービスとして料理を教え、料理を覚えたらその支援は打ち切る
 - － 例: 通常は同居家族がおらず、身体介護関連サービスを受けているが、ある週は親戚が泊まりに来る場合等には、その週だけ取りやめる。

②資力調査 (Financial Means Assessment) (収入、資産)

- 施設サービス利用の可否には、収入や資産は勘案されないが、施設利用時の自己負担額を決定にあたって、介護サービス利用希望者の負担能力を測るために、資力調査が行われる。
- 資力調査は、社会開発省 (MSD ; Ministry of Social Development) 内の組織である Residential Subsidy Unit が、DHB からの委託というかたちで実施する。
- 資力調査は資産調査と収入調査の2種類に分けられる。
 - － 資産調査の結果は、後述する施設介護補助金制度 (Residential Care Subsidy Scheme) と施設介護貸付制度 (Residential Care Loan Scheme) の利用の可否を決定する。
 - － 収入調査の結果は、自己負担額に影響し、収入が多いほど支払い料金は上昇する。
- それぞれの下表の範囲を対象に、全国一律の基準で行われる。一度閾値を下回ったら、再度受ける必要はない。
- また、どちらの調査も、利用者本人が申請書に記載し、必要があれば証明書を添付して提出し、それを Residential Subsidy Unit が確認することにより行われる。資産調査における住宅の価値は、基本的には2年に一度提出する固定資産税に基づくが、利用者の希望があれば再審査が可能である。

図表Ⅲ-3-5 資力調査の対象範囲(夫婦単位で把握される)

	対象となる範囲	対象外となる範囲
資産調査	<ul style="list-style-type: none"> ● 現金および預金 ● 投資および株式 ● 他人への貸付金 (家族信託を含む) ● レジャーボート、移動住居およびキャンピングカー ● 投資不動産 ● 特許 ● 住宅および車 (特定の場合のみ (※)) ● 贈与資産 	<ul style="list-style-type: none"> ● 先払いしてある葬儀費用 (利用者および配偶者各NZ\$10,000まで) ● 衣類・宝飾品など ● 家具・家財 ● 子供あるいは配偶者/パートナーの主たる住居である場合の住居 ● 贈与資産のうち、夫婦でNZ\$6,000まで
収入調査	<ul style="list-style-type: none"> ● 老齢年金および退役軍人年金 ● 個人年金の50% ● 生命保険年金の50% ● 海外政府からの年金 ● 親族からの寄付・仕送り ● 口座の利子、投資、事業および雇用から生まれる所得 ● 家族信託・信託財産からの所得 	<ul style="list-style-type: none"> ● a weekly personal allowance (\$42.38/週) ● an annual clothing grant (\$265.81/年) ● 資産収入 (利子等) のうち、免除額 (※※) ● 夫婦であり、その1人が介護を受けている場合、そのパートナーの雇用から生まれる所得

(※) 住宅及び車については、下記のいずれかに当てはまる場合にのみ、資産として勘案される。

- ・ 配偶者/パートナーがいない場合
- ・ 配偶者/パートナーはいるが、施設へ入所している場合
- ・ 配偶者/パートナーがおり、施設へ入所していないが、閾値として 213,297 NZドルを選択した場合

(※※) 資産収入の免除額は、家族の状況によって免除額が異なる。毎年7月に更新される。

図表Ⅲ-3-6 資産収入の免除額

利用者の家族状況	資産収入の免除額/年間
独身者	945 NZドル
夫婦だが、その片方が要介護の判定を受けている	1,890 NZドル
夫婦だが、その両方が要介護の判定を受けている	2,835 NZドル

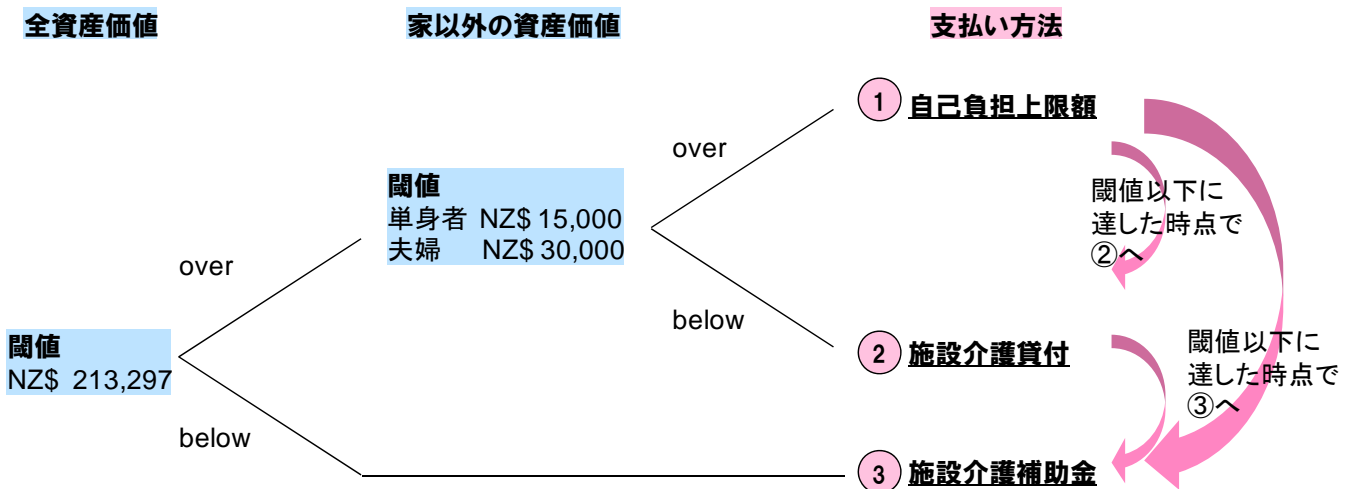
③その他

- ニュージーランドにおける介護制度は障害者のケアに端を発しているため、年齢の制限は明記されていないが、施設介護については50歳以上が想定されている。

3) 資産等を勘案した利用者負担の仕組み

- 施設介護に関して、資産を勘案した利用者負担の仕組みとしては、施設介護補助金制度 (Residential Care Subsidy Scheme) と施設介護貸付制度 (Residential Care Loan Scheme) がある。
- 施設の利用料金は、原則として、所得が多いほど自己負担額が上昇する、応能負担型の料金体系となっている。
- 施設料金の支払い方は、利用者の資産調査の結果によって3種類存在する。まず、資産調査によって把握された利用者の全資産が閾値額を上回った場合には、次に住宅以外の資産価値を査定される。住宅以外の資産価値が閾値を上回った場合は、①上限額まで自己負担する必要がある。また、全資産が閾値額を上回り、かつ住宅以外の資産価値が閾値を下回った場合には、住宅を売却して現金化し、①を選択するか、あるいは②施設介護貸付を受けかを選択できる。施設介護貸付は無利子の貸付であり、返済の必要がある。一方、全資産が閾値額を下回った場合には、③施設介護補助金を受給することができ、自己負担額が軽減される。施設介護補助金は、返済する必要がない。
- また、それぞれの支払い方法で支払う中で、資産がそれぞれの閾値を下回った場合には、①から②、②から③へと支払い方法が変化する。
- 以下、施設介護補助金制度及び施設介護貸付制度の詳細について記載する。

図表Ⅲ-3-7 ニュージーランドの施設サービスの支払い方法(閾値額は2012年11月現在)



(1) 施設介護補助金制度 (Residential Care Subsidy Scheme)

① 制度の主旨、所管及び財源

- 施設介護補助金制度は、施設入所におけるケア料金を補助するものであり、1週間あたりの利用者負担を一定レベル以下に押さえることを目的に作られた制度である。資産と収入を勘案して自己負担額を定める仕組みとなっている。
- 所管は DHB、財源は一般財源である。

② 対象者及び利用条件

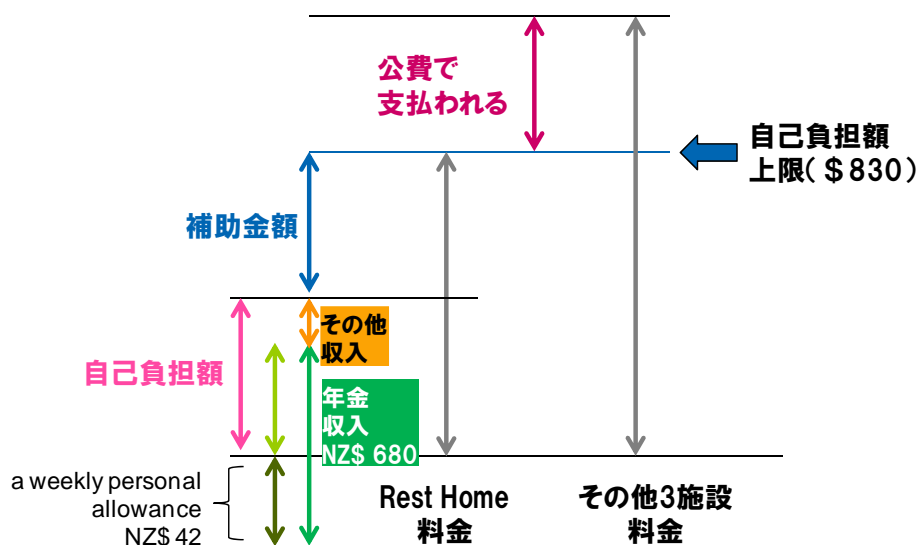
- 対象者は以下の 4 つの条件を満たす必要がある。
 - － 65 歳以上、あるいは 50-64 歳で独身かつ扶養子供がいない
 - － ニーズアセスメントにおいて、長期施設ケアが必要であると判定されている
 - － 資産調査において、保有資産が閾値以下であると判定されている
(但し、50-64 歳で独身かつ扶養子供がいない場合には、資産調査を免除される)
 - － DHB と契約している施設へ入所し、公的なサービスを受けている
- 保有資産の閾値は、利用者の状況によって多少異なり、以下のようなものである。閾値は毎年 7 月 1 日に更新される。

図表Ⅲ-3-8 資産の閾値(2012年7月制定)

利用者の家族状況	閾値
配偶者/パートナーがいない	213,297 NZドル
配偶者/パートナーが施設へ入所している	
配偶者/パートナーがおり、施設へ入所していない	車・住宅を除いて 116,806 NZドル 車・住宅を含めて 213,297 NZドル

- 資力調査の結果を踏まえて、施設サービス利用者の受給額(自己負担額)が確定する。
 - － 受給できる補助金額は、施設介護の総費用と収入調査で査定された利用者の収入との差額となる。
 - － 施設介護を受けている者に対して支払われる Personal Allowance は、収入の範囲に含まれないため、一週間に約 42 NZドルは手元に残される
 - － 最も自己負担額が少ない場合は、年金が唯一の収入源となる場合である。

図表Ⅲ-3-9 補助金額算出の簡略図



図表Ⅲ-3-10 【再掲】所得調査の範囲(夫婦単位)

	対象となる範囲	対象外となる範囲
収入調査	<ul style="list-style-type: none"> • 老齢年金および退役軍人年金 • 個人年金の50% • 生命保険年金の50% • 海外政府からの年金 • 親族からの寄付・仕送り • 口座の利子、投資、事業および雇用から生まれる所得 • 家族信託・信託財産からの所得 	<ul style="list-style-type: none"> • a weekly personal allowance (\$42.38/週) • an annual clothing grant (\$265.81/年) • 資産収入(利子等)のうち、免除額(※※) • 夫婦であり、その1人が介護を受けている場合、そのパートナーの雇用から生まれる所得

(※※) 資産収入の免除額は、家族の状況によって免除額が異なる。毎年7月に更新される。

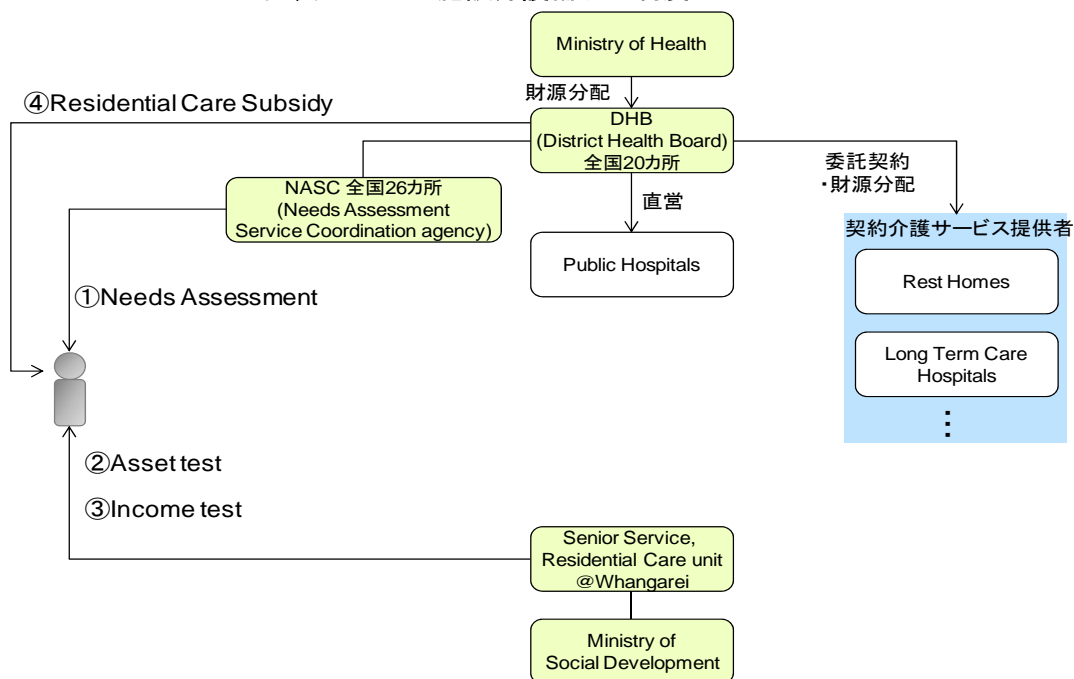
図表Ⅲ-3-11 資産収入の免除額

利用者の家族状況	資産収入の免除額/年間
独身者	945 NZドル
夫婦だが、その片方が要介護の判定を受けている	1,890 NZドル
夫婦だが、その両方が要介護の判定を受けている	2,835 NZドル

③スキーム

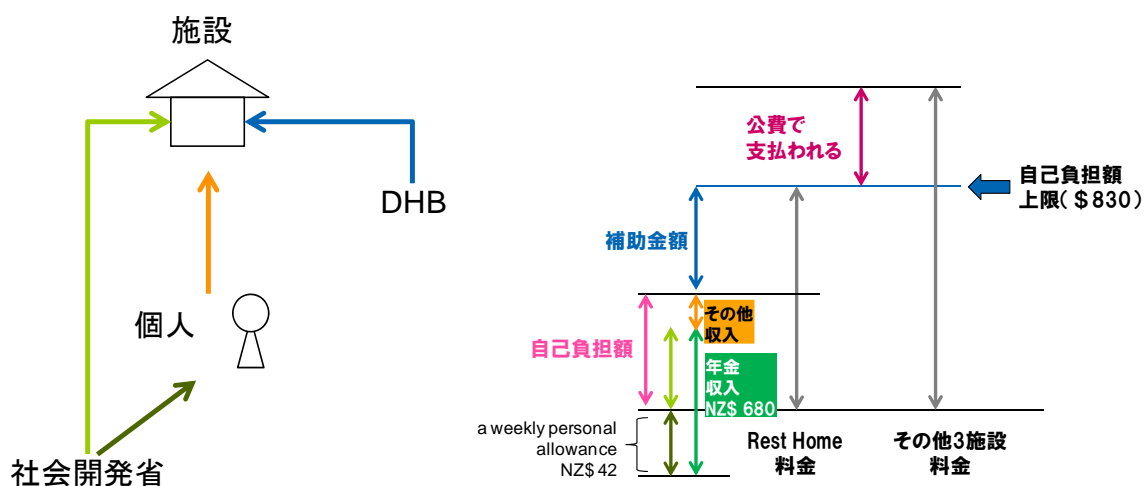
1. 利用者が介護を利用したい旨を申請すると、NASC は利用者のニーズアセスメントを行う。
2. ニーズアセスメントの結果施設介護が認められると、利用者は利用する施設を NASC の提示するリストから選択する。
3. 次に利用者の負担能力を測るために、MSD が資力調査(資産調査・収入調査)を行う。
4. 資力調査の結果、施設介護補助金を受給出来れば、DHB が補助金を支払う。

図表Ⅲ-3-12 施設介護補助金制度のスキーム



- 実際の金銭の流れは、下図のようである。
 - 年金や各種扶助の支払い手である MSD は、年金から Personal Allowance を差し引いた金額を施設へ支払う。Personal Allowance を個人へ給付する。
 - 個人は、年金以外の収入を施設へ支払う。
 - DHB は、施設介護補助金を施設へ支払う。

図表Ⅲ-3-13 金銭の流れ



④成果・実効性

- 概ね公平で良い制度と評価されている。
- 施設入居者の 70%にあたる 22,000 人は、施設介護補助金を受給している。
- 資産調査及び所得調査にて、申請書に虚偽が発覚した場合には、受給資格が取り消される。不正受給した分は返済しなければならない。
- 一方、補助金額が増加を続けていることは問題視されている。

(2)施設介護貸付制度(Residential Care Loan Scheme)

①制度の主旨、所管及び財源

- 施設介護貸付制度は 2005 年から開始した制度であり、閾値以上の資産を保有する施設利用者に対して、無利子で貸し付けを行う制度である。所管は保健省のダニーデン支所であり、財源は一般財源である。施設介護補助金と同様、貸付金は保健省から施設に直接支払われる。
- 2005 年以前では、施設介護補助金は閾値以下の資産を保有している者に限られていた。その対象にならなかった者は、資産を売ってでもケア料金を全額自己負担で払い続け、資産が閾値以下に達した時点で再度資力テストを受け、ようやく施設介護補助金を受給可能となった。施設介護補助金の受給資格を得る前に、住宅を売らざるを得ない状況が問題視され、ニュージーランド政府は 2005 年から資産調査を段階的に廃止することを宣言した。その第一歩として、50～65 歳に対する資産調査の免除と、施設介護貸付制度が、2005 年より導入された。
- 貸付金の返却は、下記まで猶予される。
 - － 利用者の死亡前に住宅を売却した場合には、その売却時
 - － 利用者の死亡後 12 ヶ月経過後
 - － 利用者が死亡後もその配偶者/パートナーが施設でケアを受けており、同様に自宅を担保にこの貸付を受けている場合は、配偶者/パートナーの死亡後 12 ヶ月経過後

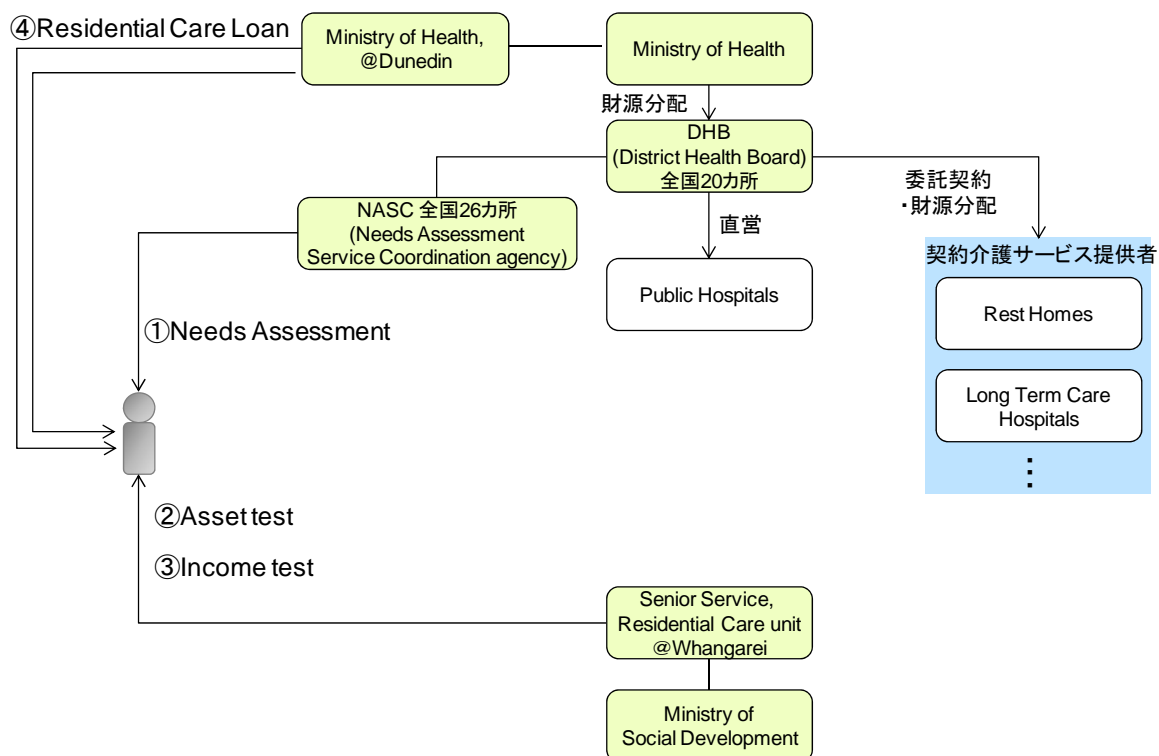
②対象者及び利用条件

- 下記の条件を全て満たした場合にのみ適用される。これらを満たしていることを判断するのは社会開発省である。
 - － ニーズアセスメントにて施設入居が必要とされた場合
 - － 契約された施設ケア料金を、返済できると判断される場合
 - － 資産調査にて、現金や住宅を除く資産は限られているが、住宅を保有しているために施設介護補助金の閾値を超えた場合
 - － 利用者の住宅を除いた資産が、単身者では 15,000 NZドル、配偶者/パートナーがいる場合には 30,000 NZドルを超えない場合
- 貸付金額は借金であることから、全資産価値から貸付金額累計を差し引いた額が、閾値を下回った場合には、施設介護補助金に移行する。
 - － 例えば、ある独身男性の家の価値が 250,000 NZドル、家以外の資産価値が 15,000 NZドルの場合、施設介護貸付の対象となる。この場合、資産価値合計 265,000 NZドルから、資産閾値 213,000 NZドルを差し引いた額 52,000 NZドルが、貸付可能額である。それを超えると、資産価値は資産閾値 213,000 NZドルを下回るため、この男性は施設介護補助金へ移行する。

③スキーム

- 資力調査までは、施設介護補助金と同様のステップで行われる。
- 資力調査の結果、施設介護貸付となると、利用者は申請書及びその証明書を用意する。
- 利用者側とMSD側で弁護士を立てて法的文書を交わし、住宅を担保として契約を行う。その際、住宅の相続人も把握される。
- 最終的に貸付金額を返済する際には、当該住宅の相続人ではなく、弁護士や Public Trust といった第三者によって判断される。法律文書の取り交わしによって、MoH へ借金を返済するまでは誰もその金に手がつけられない仕組みになっているため、取り立てられなくなることはない。

図表Ⅲ-3-14 施設介護貸付制度のスキーム



④成果・実効性

- 当該住宅の価値変動により、当初の想定額を下回り、全額返済不可能となった場合には、返済可能なだけ返済すれば良い。ただし、そのようなことは一度もない。毎年、不良債権化するのは、年間 2 百万ドル程度であり、Residential Care Loan の年間費用 9 億ドルの中の 0.02%のみである。
- 返済が遅れた場合には、10%の延滞利息が請求される。
- 厳格な審査を行なっているので、不正がある場合には多くの場合、Subsidy や Loan の受給資格を判断する前に判明する。
- もしも、受給資格を与えたあとで不正を示す情報を発見した場合には、その時点で審査をやり直し、不正受給の場合には返金の義務が生じる。通常法律的な罰則が与えられることはない。

4)近年の費用負担のあり方をめぐる議論

- 2006年から施行された社会保障改正法2006(Social Security Amendment Act 2006)では、公平性の担保を目的として、さらなる改正がなされた。具体的には下記のようなものである。
 - － 海外の個人年金等が所得として扱われるようになった。
 - － 承認日から90日日付を遡って施設介護補助金を受けることができるようになった。
 - － 障害者手当は、長期ケア施設に入所してからは受け取れなくなった。
 - － 公的なサービス(contractured care service)を最低パッケージとして、地域ごとに一律の金額で提供されるようになった。
- 2009年の変更点として、資産アセスメントは資産から無担保負債を差し引いた額が設定されるように変更された。500 NZ ドルを超える債務については、利用者が個々に検証を提供する必要がある。これによって、より閾値に達しやすくなり、施設介護補助金を受けやすくなった。

4. その他

オーストラリア、アイルランド、イギリス、フランスの4カ国については、介護施設給付に関連する情報に焦点を当てて記載する。

1) オーストラリア

(1) 介護制度の概要及び施設給付の利用条件

① 介護制度の概要

- オーストラリアの社会保障制度は、20世紀初頭に世界に老齢年金制度が創設される等、先駆けて整備されてきた。その財源は全て税金にて賄われており、資産・収入制限によって給付対象を貧困者に限定されていた。
- 1984年のメディケア発足に続き、1985年にはHACCプログラム(The Home and Community Care Program)が発足したことにより、介護についても全国民を対象とした制度が成立した。その後も改革がなされ、現在では11の公的介護プログラムが整備されている
- 一般財源により費用の75%が賄われており、残りは利用者からの費用徴収で成立している。
- 原則は資産・収入を勘案した応能負担の性格が色濃く、従来のオーストラリアの社会保障の考え方を引き継いだ制度となっている。

② 介護給付の内容

- オーストラリアにおける介護サービスは、施設サービスと在宅サービスに加え、介護者に対する現金給付が存在する。
- 施設サービスについて
 - － 公的施設サービスは、Residential Aged Care Serviceという公的介護プログラムにより行われている。施設には、要介護度の低い人を対象としたケア(Low Level Care：ローケア)を提供するホステル(Hostel)と、要介護度の高い人を対象としたケア(High Level Care：ハイケア)を提供するナーシングホーム(Nursing Home)に分けられる。
 - － また、在宅介護サービスプログラムの利用者が、これらの施設をレスパイトケアの施設として利用する事が可能である。
 - － 国の補助金を受けた非営利団体等の民間団体が、これらのサービスを提供している。
 - － 施設入居に関する費用は、基本日額料金(Basic Daily Fee)及び、収入に基づく料金(Income Tested Fee)、宿泊料金(Accommodation payments)の3種類である。いずれも、収入や資産に基づいて利用者の自己負担額が設定されており(後述)、その額及び利用サービスに応じて、残額を政府から補助金が賄う形で行われている。
 - － リタイアメントビレッジ(Retirement Village)については、通常の住宅と同様の入居契約であり、公的な介護サービスではない。
 - － 施設における福祉サービスの提供については、8割を民間福祉団体等が担っている。民間の提供主体はAged Care Standard Accreditation Agencyという第三者機関の認可を受けている。そのうち、半数近くが営利団体であり、特にナーシングホームのサービス提供者として、重要な役割を果たしている。

- 在宅サービスについて
 - － 在宅サービスは 10 の公的介護プログラムにより行われている。
 - － 中でも CACP (Community Aged Care Package)、EACH (Extended Aged Care at Home)、EACHD (Extended Aged Care at Home Dementia) はパッケージ型のプログラムであり、パーソナルケア、移動サービス、家事支援、食事介助、酸素吸入の支援等が、利用者の必要に応じて提供される。
 - － 料金は、年金受給者の場合年金額の 17.5% (8.90 豪ドル/日) である。負担能力に合わせて変動する。不足分政府は、政府から補助金として直接サービス提供者に支払われる。
 - － 在宅における福祉サービスの提供については、地方自治体及び非営利の民間福祉団体等が担っている。営利団体は行なうことができない。

図表Ⅲ-4-1 オーストラリアにおける在宅介護プログラム

在宅介護プログラム	概要
HACC: Home and Community Care	ホームヘルプ、訪問看護、配食サービス、移送、デイケア等を提供 簡易的なアセスメントを受け、ニーズを把握
CACP: Community Aged Care Package	ホステルレベルのケアを在宅で提供 ACAT による要介護度判定が必要
EACH: Extended Aged Care at Home	ナーシングホームレベルのケアを在宅で提供 ACAT による要介護度判定が必要
EACHD: Extended Aged Care at Home Dementia	ナーシングホームレベルのケアを認知症患者に在宅で提供 ACAT による要介護度判定が必要
Transition Care Program	退院後の回復期の在宅支援。平均して 8 週間のプログラム。 ACAT による要介護度判定が必要
Commonwealth Respite and Carelink Centres	一般市民や介護提供者、開業医その他医療従事者に対して、介護サービスやレスパイトケアに関する情報提供を行う施設。
Programs for cultural and identified needs	アボリジニや退役軍人、障害者等、特殊なニーズをもつ国民に対するプログラムを提供する。
Programs for particular needs health conditions	慢性疾患・認知症・うつ病等、特定の疾患・状況に対するプログラムを提供する。
CDC: Consumer Directed Care	複雑なニーズをもつ個人が、自分の求めるケアを選択できるプログラム。 CACP、EACH、EACHD と同様の 3 段階のプログラムが提供される。

- 受給資格について

- － 公的な介護プログラムであっても、その要介護度の判定はサービスによって異なる。施設サービス及び一部の在宅サービスでは、高齢者ケア判定チーム(ACAT チーム:Aged Care Assessment Team)による詳細な要介護度判定が行われる。各地域に ACAT が設置されており、介護サービスの利用を希望する高齢者について、介護度を判定する。
- － この判定に基づき、ACAT チームは施設利用の可否・振り分けや、最適なケアプランを作成する。
- － 施設介護の必要性は RCS(the Resident Classification Scale)という指標で 8 段階に分類される。介護度 1～4 はハイケア(重度ケア)高齢者とされ、ナーシングホーム等密度の高いケアを利用できる。介護度 5～8 はローケア(軽度ケア)高齢者とされ、ホステル等の、密度の低いケアを利用する。
- － 判定の結果は1年間有効である。また、一度アセスメントを受けた場合でも、よりレベルの高いケアを望む場合にも、再度アセスメントが必要となる。
- － オーストラリアの介護度 1・2 が日本の要介護度 5、3・4 が日本の要介護度 4、5・6 が日本の要介護度 3、7・8 が日本の要介護度 2 及び 1 に相当する。
- － また、それ以外の在宅サービスについては、ケアリンクセンター(Commonwealth Respite and Carelink Centres)という家族地域省直轄の連邦組織を通じて利用する。この機関は、全国に 54 存在し、政府組織や非営利団体で組織されている。介護サービスに関する相談窓口として、利用希望者のニーズにマッチするサービスを紹介・提供する役割を持つ。

③施設給付の利用条件

- ACAT によるアセスメントにより、RCS 1～4 の場合はナーシングホーム、RCS 5～8 の場合はホステルへ振り分けられる。
 - － 2005 年では、ACAT のアセスメントを受けた人の 7 割以上が 80 歳位上であり、また、その 4 割以上が RCS1～4 と判定された。
- 収入や資産による入居制限はないが、利用料金には以下のように収入や資産の水準が反映される。また、施設入居に際して持ち家の売却は必ずしも必要ではない。
- 家族による制限はないが、利用料金の閾値が単身者と夫婦世帯で異なり、夫婦世帯は閾値が低く設定されている。(後述)

【参考】 オーストラリアの社会保障年金

- オーストラリアの主たる公的年金である社会保障年金には、厳しい収入・資産制限があり、収入・資産調査に従って、以下のように満額から差し引かれ、各個人の受給年金額が変わる。
 - － 満額で単身者は 689.00 豪ドル/2 週間、夫婦世帯は 1 人当たり 519.40 豪ドル/2 週間である。
 - － ここから、収入 1.00 豪ドルにつき 40 セント(夫婦世帯では 20 セント)、家・土地以外の資産が閾値を 1,000 豪ドル超過するたびに 1.5 豪ドル(夫婦世帯では 75 セント)を、満額から差し引かれて支給される。
- 満額受給できる満額年金受給者(full pensioners)と、満額から差し引かれた額が支給される部分年金受給者(part pensioners)、及び、差引額が年金額を超えてしまい、受給資格がないと判断された者に分けられる。受給対象年齢の人口に対し、年金が支給されているのは 70%にとどまる。また、受給資格をもつ人物の中で、61.8%が満額年金受給者である。

(2)施設介護の料金体系

<Basic Daily Fee ・ Income Tested Fee>

①制度趣旨・所管及び財源

- 基本日額料金(Basic Daily Fee)は、公的施設介護サービスを受給する際に、食事や洗濯、冷暖房等にかかるコストとして、利用者が支払う料金である。
- 収入を勘案した料金(Income Tested Fee)は、収入や必要なケアレベルに応じて、基本日額料金に加えて支払う料金である。これらの料金は、健康老齢省(Department of Health and Ageing)によって、全国一律で定められている。
- 収入の査定は、保健省(Department of Health Service)の組織であるセンターリンク(Centrelink)によって行われる。
- これらの料金は、利用者から施設に直接支払われる。

②対象者及び利用条件

- 基本日額料金は、収入によって、以下の4段階の料金が設定されている。
 - － 標準料金(Standard Rate)： 43.22 豪ドル/日
 - ◇ 満額年金受給者や私的収入(年金以外の収入)が少ない部分年金受給者が対象となる。
 - ◇ 対象となる人が最も多い。
 - － 段階料金(Phased Rate)： 42.72 豪ドル/日
 - ◇ 2009年9月20日以降に施設を利用し始める人で、私的収入が閾値を超えた部分年金受給者、及び年金を受給していない人(self-funded retirees)に適用される。
 - － 保護料金(Protected Rate)： 39.41 豪ドル/日
 - ◇ 2009年9月19日時点で施設を利用しており、私的収入が閾値を超えた部分年金受給者、及び年金を受給していない人(self-funded retirees)に適用される。

図表Ⅲ-4-2 オーストラリアにおける段階料金・保護料金の閾値(2013年1月制定)

	収入
単身世帯の場合	404.00 豪ドル/2週
夫婦世帯の場合 (夫婦の合計の2分の1)	386.00 豪ドル/2週

- － 非標準料金(Non-standard rate)： 49.07 豪ドル/日
 - ◇ 2008年3月20日以前に施設を利用しており、年金を受給していない人(self-funded retirees)やセンターリンクに収入・資産情報を開示することを拒んだ利用者に適用される。

- 収入を勘案した料金は、年金の満額受給者以上の収入をもつ利用者限定して適用される。以下に該当する利用者は、支払う必要がない。
 - － 年金の満額受給者
 - － レスパイトケアの利用者
 - － 元戦争捕虜
 - － 1998年時点で既に施設を利用していた者
 - － 扶養すべき子どもがいる者
- 収入を勘案した料金について利用者が支払うべき金額は、査定された全収入のうち、閾値を超えた部分の5/12と定められており、最大で68.65豪ドルまでとされている。閾値は、基本日額料金の種類に合わせて以下のように定められている。

図表Ⅲ-4-3 収入を勘案した料金に関する収入の閾値(2013年1月制定)

基本日額 料金種類	単身者の場合	夫婦世帯の場合 (夫婦の合計の2分の1)
標準料金	892.10 豪ドル /2 週	874.10 豪ドル /2 週
段階料金	876.11 豪ドル /2 週	858.11 豪ドル /2 週
保護料金	779.50 豪ドル /2 週	761.50 豪ドル /2 週
非標準料金	892.10 豪ドル /2 週	874.10 豪ドル /2 週

- 収入には以下のものが含まれる。これは、課税対象となる収入とは異なる。
 - － 各種年金・扶助等、政府から支給されるもの
 - － 資産の賃料からうまれる収入
 - － 仕事(農業含む)からうまれる収入
 - － 投資・金融商品等のみなし収入
 - － 超過贈与からのみなし収入

<Accommodation Charge・ Accommodation Bonds>

①制度趣旨・所管及び財源

- オーストラリアの施設サービスを利用するには、宿泊料金(Accommodation payments)を支払う必要がある。宿泊料金には、Accommodation Charge 及び Accommodation Bond の 2 種類があり、それぞれハイケア(ナーシングホーム)及びローケア(ホステル)の利用にかかる費用である。どちらも、政府が認めた施設基準を満たした施設のみ、請求することのできる料金である。
- Accommodation Charge は日額の宿泊料金であり、資産を勘案されて算出される。
- 一方、Accommodation Bond は、ホステルへの入所の際に支払う一時金である。日本の敷金に似た制度となっており、施設利用者の死亡時・または退所時には施設利用期間に応じた Retention amount を差し引いた額が利用者に返還される。施設が入居者から受け取った Accommodation Bond を利用できる範囲は、以下に限られている。
 - － 設備投資
 - － 借換債
 - － 設備投資及び返済のための借り換え
 - － 特定の金融商品に関する投資
 - － 特定の金融商品に対する投資のための融資
- Accommodation Bond は 1997 年 10 月 1 日から施行された制度であり、民間の施設における改修等の設備投資は、従来は政府の補助金にて行なっていたが、それを利用者に応能負担させることができるようになった。
- どちらも資産を勘案した料金体系であり、応能負担となっている点が共通している。
- 必ずしも資産査定を受ける必要はないが、受けない場合にはどちらも上限額を支払うこととなる。

②対象者及び利用条件

- Accommodation Charge (2012 年 9 月現在)
 - － ナーシングホームの利用者で、405,000 豪ドル以上の資産を保有するものが対象となる。
 - － 保有する資産額から 405,000 豪ドルを差し引き、それを 2,080 で除した額が 1 日あたりの料金となり、基本月額料金等に加えて日額で課金される。(上限で 32.58 豪ドル。1.00 豪ドル以下は課金しない)。
 - － 108,266.40 豪ドル以上の資産を保有している場合、あるいは、資産情報を開示しなかった場合には、上限である 32.58 豪ドルとなる。
- Accommodation Bond (2012 年 9 月現在)
 - － ホステルの利用者あるいは追加サービス(ハイケア・ローケアを問わない)の利用者が対象となる。
 - － Accommodation Bond の額は、政府によって利用者の手元に最低でも年金額の 2.25 倍を残すよう定められており、施設はこの範囲内で個人と交渉を行い、料金を設定している。施設や個人の負担能力によって異なるが、およそ 200,000～300,000 豪ドル程度である。
 - － 死亡時・または退所時に返還されない額(Retention amount)は月当たりで定められる。5 年分(60 ヶ月分)を上限として、個人の施設利用期間をかけ合わせて決定される。政府によって、以下のように Retention amount の上限が定められている。

図表Ⅲ-4-4 収入を勘案した料金に関する収入の閾値(2013 年 1 月制定)

Accommodation Bond	Retention amount 上限
38,760 豪ドル超の場合	323 豪ドル/月
20,040 豪ドル未満の場合	167 豪ドル/月

- 資産には、以下のものが含まれる。夫婦世帯の場合、夫婦の所有する資産合計額の半分が個人の資産として査定される。

- － 現金・預金
- － 新株引受権・オプション・生命保険・その他金融商品
- － 負債
- － 家族信託・他人への貸付金
- － 家、土地、農場、その他不動産 ※
- － モーターキャラバン、トレーラー、大型ボート等
- － Retirement village の権利
- － 株・債券・その他証券
- － 投資物件
- － 貴重なコレクション
- － 贈与

(1年以内に10,000豪ドルを超過した分、あるいは5年以内に30,000豪ドルを超過した場合)

※)ただし、主たる住宅(持ち家)は、以下の場合は資産として換算されない。

- － 配偶者あるいは扶養すべき子供が、当該住宅に居住しているとき
- － 介護者が政府のIncome support payment¹の受給資格を持ち、当該住宅に2年以上居住しているとき
- － 近縁の親戚(両親・兄弟姉妹・子供・孫)が政府のIncome support paymentの受給資格を持ち、当該住宅に5年以上居住しているとき

- 資産の査定は、センターリンクあるいは退役軍人省(DVA:Department of Veterans' Affairs)によって行われる。

③スキーム

1. 施設利用を希望する高齢者が、ACATヘニーズアセスメントの申込を行う。
2. ACATが利用希望者の要介護度を判定し、ハイケアあるいはローケアに振り分ける。
3. 利用希望者が、センターリンクに資産査定を申し込む。
4. 申込用紙及び各種添付資料に基づき、センターリンクが利用希望者の資産を査定する。
5. ハイケアかつ追加サービスを希望しない場合には、利用希望者は基本日額料金・収入を勘案した料金に加えて、Accommodation Chargeを施設に対して支払う。
6. 一方、ローケアあるいは追加サービスを希望する場合には、利用希望者は入居時に施設とAccommodation Bondについて合意し、契約を交わす。
 - － Accommodation Bondの金額、支払い方法、Retention Amountの額、支払いが滞った場合の利子率等について、合意を行う。
7. 利用者は、施設入所時に入所保証金を支払う。
8. 利用者が施設を利用している間、施設側はAccommodation Bondを設備投資等に利用する。
9. 施設利用者の死亡時または退所時には、利用者の入所期間に応じてRetention amountを除いた額が本人あるいは家族へ返還される。死亡時には、施設は利用者の遺書を見る権利があり、それに基づいて家族へ返還することができる。(遺書を見ずに返還をすることも可能である)

¹ 政府から支給される公的扶助。Social security benefit、Social security pension、Department of Veterans' Affairs service pension、Department of Veterans' Affairs income support supplement が含まれる。

2)アイルランド

(1)介護制度の概要及び施設給付の利用条件

①介護制度の概要

- アイルランドにおける介護は、税方式で行われており、一般税収及び個人の利用料金で賄われている。公的な介護として、施設サービスと在宅サービスがあり、保健子ども省 (Department of Health and Children) の中にある保健サービス局 (HSE:Health Service Executive) が統括している。
- 年齢を問わず、ニーズが認められれば介護の対象となる。

②介護給付の内容

- アイルランドの介護には、大きく施設サービスと在宅サービスがあり、ともに公的に費用を支援する仕組みが存在する。
- 施設サービスについて
 - － アイルランドでは、なるべく在宅にて介護を行う方針を政府が打ち出しており、ナーシングホームを利用しているのは高齢者の5%程度である。
 - － アイルランドの介護施設には細かい分類はなく、全てナーシングホームと呼ばれる。そのサービス提供者によって、公的 (public) ・非営利 (voluntary) ・民間 (private) に分けられる。公的施設は保健医療委員会 (the Health Board) によって直接運営されており、ナーシングホーム全体の半数以上の病床を提供している。民間施設のうち、公的な施設サービスを提供できるのは認可施設である。認可施設は、料金及び提供サービスについて、保健医療委員会から認められた施設であるが、料金は統一されておらず、民間施設の料金は他施設と比較して高額である。
 - － これらの施設を利用するためには、HSE によるニーズアセスメントを受け、施設介護の必要性を認められる必要がある。
 - － ナーシングホーム支援制度 (Nursing Homes Support Scheme) は、これらの施設を利用する際の個人負担額を各利用者の収入・資産に応じた額にし、残額を国が負担する仕組みである。この制度を利用するためには、HSE による資力アセスメントを受ける必要がある。
- 在宅サービスについて
 - － 在宅サービスには、各地域で行われるコミュニティサービス (Community Service) 及び在宅ケアパッケージ制度 (Home Care Package Scheme) が存在する。
 - － コミュニティサービスは、各地域の保健局 (Health Office) の保健センター等が提供するサービスである。
 - － 在宅サービスパッケージ制度は、HSE によるニーズアセスメントを受け、ニーズが高いと判断された高齢者のみ利用することができる。利用を認められなかった高齢者はコミュニティケアサービスを利用することになる。その内容は、家事支援・地域看護・デイケアセンター・食事サービス・医療補助サービス (理学療法・作業療法・足病治療・言語療法 等) 等多岐にわたる。保健師が各高齢者に適切な居宅介護を判断し、コーディネートする。
 - － 在宅サービスパッケージ制度は、利用者に対して無料で提供され、資力アセスメントを受ける必要はない。

- ニーズアセスメントについて

- － 施設サービス・在宅サービスともに、ニーズアセスメントが行われる。各州に配置された HSE ナーシングホーム支援制度オフィスに任命された看護師等が以下の 5 項目を考慮してアセスメントを行う。
 - ◇ 可能な日常生活の範囲
 - ◇ 受けているあるいは受けることのできる医療・保健・社会サービスの範囲
 - ◇ 家族やコミュニティから受けることのできるケア
 - ◇ 本人の希望
 - ◇ 医療従事者による身体機能の確認
- － 個人負担額の決定には、夫婦世帯の場合には収入・資産ともに夫婦合算が勘案されるが、子ども等他の家族の負担能力は勘案されない。
- － アセスメントの結果に不服がある場合や、身体状況の変化等があった場合には、アセスメントをやり直すことができる

③施設給付の利用条件

- 1年以上アイルランドに在住している、あるいは今後1年以上在住する予定のある者を対象とした制度である。
- 公的な施設サービスを受けるためには、前述した HSE によるニーズアセスメントをクリアする必要がある。
- 身体状況や家族によるケアの程度は、ニーズアセスメント時点で考慮される。収入や資産は利用の条件にはならないが、ナーシングホーム支援制度を利用し、ケアにかかる費用を一部 HSE に負担してもらうためには、資力アセスメントを受ける必要がある。
- 主たる住宅を売却する必要はない。

(2) ナーシングホーム支援制度

①制度趣旨・所管及び財源

- ナーシングホーム支援制度は 2009 年に導入された。その目的は、公的・民間の施設に対する一様な財政支援を提供すること、及び、ナーシングホームにおける長期ケアを必要とする国民の誰もが、無理なく支払い可能にすることである。公平さを重視しているため、本制度は“A Fair Deal”とも呼ばれる。
- ナーシングホーム支援制度は、施設サービスの費用のうち利用者は資力アセスメントに基づいて決定された個人負担額のみを支払い、残額は HSE が支払う(State Support)という制度である。所管は HSE であり、HSE による支払いは税金を財源とした国の予算から捻出される。予算が枯渇した場合には、本制度に利用可能な予算が再度編成されるまでは、利用者希望者はウェイティングリスト上に名前が記載されることになる。

②対象者及び利用条件

- 公的施設サービスを利用し、ナーシングホーム支援制度の利用を希望する国民のうち、資力調査により算定した個人負担額が施設サービスの費用を超えない者が、本制度の対象となる。
- 個人負担額は、収入の 80% 及び資産の 5% (年間) が基本であり、週ごとに施設あるいは HSE に支払う。
- 資力調査の対象となる収入、及び資産には、以下のものが含まれる。夫婦世帯の場合には、夫婦の合計の半分が収入となる。

図表Ⅲ-4-5 資力調査の対象となる収入・資産の範囲

	収入	資産
アセスメント対象となるもの	<ul style="list-style-type: none"> • 年金・社会扶助手当等 • 家賃収入等 • 配当・利子等 • その他収入 • 5年以内に処分・贈与した収入 	<ul style="list-style-type: none"> • 全ての物的資産(国外に保有するものを含む) • 現金・預金 • 株・債券・その他証券 • 住宅・土地等の不動産 • 5年以内に処分・贈与した資産

- 但し、以下のような規定がある
 - － 自分のケア費用以上の請求はされない。算出した個人負担額が利用者のケア費用よりも大きくなった場合には、ケア費用を全額支払う。
 - － 資産は、€36,000 を超えた分から、個人負担額に勘案される。(例えば、全資産が€56,000 出会った場合には、勘案される資産は€20,000 となる)
 - － 主たる住宅については初めの 3 年間のみ勘案される。つまり、施設に 3 年以上滞在したとしても、住宅の価値から支払う自己負担は住宅の価値の 15% 以上は請求されない(「3 年キャップ」と呼ばれる)
 - － 農場やその他自営のための資産に関しては、下記条件が揃った場合位にはのもとでは 3 年キャップの対象となる。
 - ◇ 施設利用者が突然の病気・事故により施設利用を余儀なくされたこと
 - ◇ それ以前には、利用者自身が資産を用いた仕事に従事していたこと
 - ◇ 家族相続人が、その仕事を引き継ぐこと

- 査定された収入が無拠出制国民年金(満額で€129.0/週)より少ない場合には、利用者は無拠出制国民年金の20%を手元に残すことができる。
- 住宅に配偶者/パートナーを残して入居する際には、配偶者/パートナーの収入が夫婦の収入の50%か、あるいは無拠出制国民年金(満額で€129.0/週)のうち高額な方が残されるように配慮される。

<ナーシングホームグローン(Ancillary State Support)>

- ナーシングホーム支援制度は、任意のオプションとしてナーシングホームローンという仕組みを有している。これは、個人負担額のうち資産が勘案されたもの(年間で資産の5%)について、HSE が施設へ代わりに支払い、後からその料金を利用者(あるいはその相続人)から回収することにより、一部支払いを猶予する仕組みである。
 - ナーシングホームローンの申込には、支払いを猶予してもらいたい資産を2つ登録し、当該資産に関する証明書を添付する必要がある。また、返済責任者(Relevant accountable person)の氏名・住所・社会保障番号(PPSN:Personal Public Service Number)を記載することが必要である。
 - 回収は、下記の中で最も早いものを契機として、12ヶ月以内に行う。利用者の死亡時や、利用者へ負担能力が残されていない場合には、返済責任者が返済する必要がある。
 - － 利用者の死亡時
 - － 利用者が資産を売却・移転した時
 - － 利用者あるいはその配偶者/パートナーが、破産したとみなされた時
 - － ローンの申請書に誤りがあったとHSEが判断した時
 - 利用者が死亡した際について、主たる住宅に関するローンに関しては、以下の人物が当該住宅に居住している場合においては、彼らの存命中はさらに返済が猶予される(Further Deferral)。
 - － 利用者の配偶者/パートナー
 - － 以下に定義される親類関係者(Connected persons)が、以下の3条件を満たす場合
 - ・ 当該住宅を唯一の住まいとする
 - ・ 利用者がナーシングホームに入所する3年以上前から当該住宅に居住している
 - ・ 当該住宅以外の資産について、全く利害関係を持たない
- < Connected persons >
- ・ 利用者の21歳未満の子どもで、住宅を超える額の資産を保有していないもの
 - ・ 利用者の兄弟姉妹で、住宅を超える額の資産を保有していないもの
 - ・ 障害手当等を受給している親族
 - ・ 当該住宅が付属する建物を保有している親族(親族の住宅敷地内にある「離れ」に、利用者が居住している場合等)
 - ・ 利用者がナーシングホームに入所する前に、利用者の在宅介護を行っていた者
- ローンの返済時には、返済責任者に対してHSEから書類が送られ、返済のタイミングであることや返済額が知らされる。返済額は、ローンが組まれた時からの消費者物価指数の変動を考慮して定められる。

③スキーム

10. 施設利用を希望する高齢者が、各州の HSE ナーシングホーム支援制度事業所へニーズアセスメントの申込を行う。
11. 看護師等が利用希望者の要介護度を判定し、施設サービスの必要性を判定する。
12. 次に、資力アセスメントの申込を行う。
13. 申込用紙及び各種添付資料に基づき、HSE ナーシングホーム支援制度事業所が利用希望者の収入及び資産を査定し、利用者の自己負担額が決定される。
14. ナーシングホームローン希望する場合には、その申込を行う。
15. 利用希望者が、HSE が提供するナーシングホームリストから、利用するナーシングホームを選択する。(公的・非営利・認可営利施設に限られる)
16. 利用者は、週ごとに施設に自己負担額を支払い、HSE が残額を施設へ支払う。
(公的及び非営利施設に関しては、自己負担分を HSE へ支払う)
17. ナーシングホームの返済時には、HSE から返済責任者へ通知を行い、消費者物価指数を考慮した額の返済を求める。
18. 返済責任者が返済を行う。

④成果・実効性

- 2009 年 10 月に開始したナーシングホーム支援制度は、2010 年 4 月までに申し込み人数は全国で 106,000 人に達した。そのうち 1,400 人以上がナーシングホームローンを申し込んでおり、返済を終了したのは 800 人にとどまっている。ナーシングホームを契機として、それまでに政府からの支援が受けられなかった高額な民間施設に利用者が流れたため、予定していた予算を全て使い果たす形となった。2010 年予算はこれを受けて 9,700 万ユーロを増額し、9 億 7,900 万ユーロをこのナーシングホーム支援制度の予算として当てた。しかし、2011 年には再び予算を使い果たし、制度の継続が困難と報じられている。
- 担当の大臣は、制度に資産市場という変動しやすい要素を取り入れたのが原因だと発言している。業界団体からもナーシングホームの新たな形態や、施設入所を認める高齢者の限定等の見直し案が提出される等、現在活発に見直しの議論が行われている。

3) イギリス

(1) 介護制度の概要及び施設給付の利用条件

① 介護制度の概要

- イギリスの介護サービスは、保健省(DOH: Department of Health)が国民保健サービス(NHS: National Health Service)の一部として提供するもの、地方自治体(主としてカウンシル)が社会福祉サービス(コミュニティケア)として提供するもの、自費で購入する民間サービスの、大きく3つの枠組みに整理される。
- NHS で提供される介護サービスは、プライマリ・ケア・トラスト(PCT: Primary Care Trust)が主体となり、地方自治体と連携しながら、地域の必要な看護・保健等のサービスを提供している。これらのサービスは、自治体が地域ニーズに基づいてサービス提供者である PCT からサービスを調達(購入)し、契約に基づく提供が行われているかに関する監督・評価を次の調達に活かす、コミッショニング(Commissioning)と呼ばれるプロセスが採られている。
 - － **訪問看護** : GP の指示のもと、地区看護師が在宅高齢者の自宅を訪問し、看護サービスを提供する。
 - － **NHS 継続ケア(NHS continuing care)** : 障害、事故または疾病により身体的・精神的な医療の必要性があり、長期ケア(介護)を必要とする 18 歳以上の者が、在宅または施設で医療・介護サービスを受ける場合に、その費用の自己負担分を NHS が負担(給付)する。
 - － **ナーシングホームの看護費** : ナーシングホーム料金は滞在費(居住費・食費)、介護費、看護費に区分されるが、このうち、看護師による看護費用は、2003 年 4 月より NHS により負担(給付)されている。
 - － **NHS ダイレクト** : 特別な訓練を受けた NHS の看護師が 24 時間体制で在宅の患者からの電話・インターネット相談に対応するサービス。症状等に関する相談を受け、支援機関の紹介や緊急時の対応指示等を行う。
- NHS の下で行われる介護サービスの財源は、主として政府一般財源で、財源の約2割は国民保険の保険料財源から充当されている。在宅介護サービスは原則として利用者負担はない(無料)が、ナーシングホームについては収入及び資産に応じた利用者負担が課せられる。
- 地方自治体が提供する社会福祉サービス(コミュニティケア)には、訪問介護、配食サービス、デイセンター、ソーシャルワーク、レスパイトケア、移送サービス、福祉用具レンタル、住宅リフォーム等がある(詳細は後述)。
- 地方自治体は、高齢や虚弱によりケアが必要な者に対しサービスを確保する義務を有しており(国民扶助法, The National Assistance Act 1948)、自ら(直営で)提供するか、もしくは、調達して市民にサービス提供する必要がある。
 - － 2003 年コミュニティケア法(Community Care (Delayed Discharges) Act 2003)により、2004 年 1 月以降に病院から退院する患者について、退院にあたり介護サービスが必要だと通知を受けた地方自治体において、必要なサービスを確保できなかったために退院が遅れた場合は、NHS は地方自治体に対し、当該期間の滞在費・看護費として1日 100 ポンド(ロンドン等では1日 120 ポンド)を請求できることになった。
- 「国民保険 サービス及びコミュニティケア法(National Health Service and Community Care Act)」(1990 年制定)により 1993 年以降、地方自治体が、個々の利用者のニーズを評価し、望ましいサービスの内容と量を決定した上で、これを効率的・効果的に提供できる事業者を選び、適切に組み合わせでコーディネートするケアマネジメントの仕組みが導入された。

- サービス提供主体は、コミュニティケア法以前は自治体による直営サービスが中心であったが、同法の施行により、以降、徐々に民間事業者へと中心が移っている。
- これらの民間事業者を含む医療及び介護・社会サービスの全ての担い手を対象に、安全性や質の確保のための監査・監督機能等を有する独立機関として、ケアの質委員会(CQC: Care Quality Commission)が設置されている。
 - － 2000年に制定されたケア基準法(Care Standards Act 2000)を受け、2001年4月に独立した政府機関である全国ケア基準委員会(National Care Standards Commission)が設置され、それまで地方自治体ごとに異なっていた基準の「統一化、高齢者介護に関わる施設・民間病院の監督・指導等が行われるようになった。
 - － 2003年4月には、その監督対象が在宅の訪問介護等に拡大され、2004年には地方自治体が提供するサービス全般を評価する社会ケア監査委員会(CSCI: Commission for Social Care Inspection)に改組された。
 - － 2008年に施行された保健医療及び社会ケア法(The Health and Social Care Act 2008)により、2009年4月、社会ケア監査委員会(CSCI)と保健医療委員会(Healthcare Commission)、精神保健法委員会(Mental Health Act Commission)とを統合し、医療、介護(福祉)、精神保健の3分野のサービスの安全性と質の確保のための機能を集約したケアの質委員会(CQC)が創設された。
- 財源は、人口特性等を踏まえて配分される国庫交付金(政府一般財源)、各地方自治体の税財源及び利用者負担により賄われる。

②給付の概要

- イギリスの高齢者介護サービスは、大きく施設ケアと在宅ケアとに分類される。このうち、施設ケアは、さらに、介護施設(ケアホーム)と高齢者向け住宅(Extra Care Housing)とに分けることができる。また、現物給付でサービスを受けるほか、現金給付を受けてサービス提供者と直接契約・支払いする方式(Direct Payment)も存在する。
 - － 直接支払方式の場合、個人と雇用契約を結ぶこともできる。その場合、サービス利用者が雇用主として社会保険加入等の義務を負うことになる。
- どのサービスをどの程度提供できる体制を整備するかについては、各地方自治体の裁量に委ねられている。また、サービス提供主体には制限が設けられておらず、地方自治体による直営サービス(CSSR: Councils with Social Services Responsibilities)のもと、民間事業者(Independent)とが混在している。民間事業者には、非営利法人と営利法人の双方の参入が認められる。
- 在宅ケアでは、以下のようなサービスが提供される。利用料金や利用者負担の仕組みは地方自治体により異なるが、**低所得者を除き、原則全額自己負担**である。
 - － **訪問介護(Home Care Services)** : ホームヘルパーによって提供される日常的な家事(洗濯、炊事、身支度、買い物等)を支援するサービス。
 - － **配食/給食サービス(Meals on wheels / Community Meals)** : 自宅で調理等ができない高齢者のために、自宅やデイ(ケア)センター等に食事を配達するサービス。
 - － **デイ(ケア)センター(Day (Care) Centre)** : 高齢者や障害者に対する通所型の介護サービス。レクリエーション、社会教育、食事の提供、出張理美容サービス等を提供する。資源センター職員(RCW: Resource Centre Worker)とケアアシスタントが配置されており、RCWは利用者にとって適切なサービスを提供するために利用者ニーズ評価を行い、デイケア計画を作成する。
 - － **ソーシャルワーク/プロフェッショナルサポート(Social Work / Professional Support)** : 高齢者に限らず、生活上の問題を抱える住民に対して行われる相談・援助。本人もしくは家族からの相談を受けて問題を把握し、それらを解決または軽減するために情報提供したり、サービス提供につなぐ。通院・外出等の同行支援も行う。
 - － **レスパイトケア(Respite Care)** : 家族の休息のため、夜間や週末に宿泊または日帰りでケアを

提供するサービス。

- 移送サービス(Transportation Services)
 - 福祉用具レンタル(Special Equipment) : 自助具等も含まれる
 - 住宅リフォーム
 - 緊急通報システム(コールセンター)(Emergency Alarms) : 一般住宅及びケア付き住宅にセンサーユニットを設置し、水漏れ、室温や煙等の異動を感知するセンターと卓上型のホームアラートセンサーとを連動させ、自治体のコールセンターと電話回線で結び、24 時間体制で異常を察知する。緊急通報や買い物代行サービスの受け付け等の付加的なサービスとしても利用可能。
- また、現物給付の代わりにサービス費相当分を現金給付し、利用者が直接サービス提供者と契約・支払いできるようにする**直接支払方式(Direct Payment)**と呼ばれる方式も併用されている。要介護者または家族の申請により、自治体がアセスメント、ニーズ評価を行い、必要と認められたサービスの購入費に充当できる金額が給付される。家族介護者への報酬や本人以外の家族への介護サービスの購入等を含め、認められた介護サービスの購入以外に利用してはいけない。
- 介護施設(ケアホーム)は、ケア基準法(Care Standard Act 2000)により、看護ケアまたは対人ケア(身体介護等)を伴う宿泊を提供する施設と定義づけられており、ナーシングホーム(Nursing Home)とレジデンシャルホーム(Residential Care Home)とがある。両者の法律上の違いはなくなっているが、細かな違いは規則等で定められている。しかし、自治体からの委託を受けやすいよう、双方の機能を登録施設も多い。

図表Ⅲ-4-6 イギリスの介護サービスの体系

種類	サービス	概要
施設	【介護施設】 Care Home	看護ケアまたは対人ケア(身体介護等)を伴う宿泊を提供する施設
	ナーシングホーム Nursing Homes	常時看護を必要とする要介護度の高い高齢者のための入所施設で、食事、身体介護のほか、看護師による24時間の看護(医療的ケア)が提供される。 NHSサービスの1つ であり、看護費用はNHSの財源により賄われる。運営主体はNHSの認定を受けた営利・非営利の民間法人であり、自治体による設置は認められない。
	レジデンシャルホーム Residential Care Home	介護を要する高齢者のための入所施設で、食事や身体介護を提供するが、看護(医療的ケア)は行わない。運営主体は民間法人(営利・非営利)によるものと自治体による直営ホームとが存在する。
	【高齢者向け住宅】 Extra Care Housing	
	ケア付き住宅 Extra Care / Very Sheltered Housing	シェルタード・ハウジングのうち、食事・洗濯・掃除等の生活支援サービス、入浴介助等を提供する住宅。施設により、提供するサービス範囲が異なる。
	シェルタード・ハウジング Sheltered Housing	主として60歳以上の者を対象とする、24時間対応可能な緊急通報装置等を整備した住宅。住み込みの管理人がいるタイプや通いの管理人が定期的に巡回するタイプ等がある。

③施設の利用条件

● 身体状況

- 施設ケアを含む介護サービスを利用する場合には、2005年4月より施行された「介護者(機会均等)法(The Carers (Equal Opportunities) Act 2004)」により、地方自治体の社会サービス部と地方保健当局(Local Health Authority)とが共同で行う単一アセスメントプロセス(single assessment procedure)を受ける仕組みが導入された。
 - ・アセスメントの結果は、①緊急、②重度、③中度、④軽度の4段階で判定される。
 - ・ケアマネジャーのアセスメントによりケアの必要性を評価し、必要なケアの内容や頻度等を考慮してケアプランが作成されること、実際のサービス提供事業者は利用者が選択することについては日本の介護保険制度と同様である。再アセスメントとケアプランの見直し時期は、サービス利用開始から3ヵ月後、状態像が変化した場合の更新、年1回の定期更新と定められている。

● 経済力(収入・資産)

- 施設ケアの利用条件としては特に収入は勘案されない(高所得者でも利用可能である)。
- 自治体からの補助を受けず全額自己負担できる者は、直接施設に申し込み、サービス内容等の交渉を行った上で契約を結べば、利用することができる。
- 入所費用(滞在費、介護費)を全額負担できない場合は、後述のとおり、自治体の補助を申請することができる。

● 家族(扶養義務)

- 家族の扶養義務については、特に定めがない(イギリスでは、20歳未満の子どもに対する扶養義務はその両親にあると見て、社会給付上でも加味されるが、成人した国民に対する扶養義務の概念は見られない模様である)。

(2) ケアホームの利用料金と自治体からの補助

① 制度の主旨、所管及び財源

- 施設ケアの多くは、自治体から民間事業者への委託によって行われている。委託費用は、自治体と施設事業者との契約によって行われるため、契約料金(Contracted fee)は自治体や施設の状況によって異なっている。自治体直性の施設の場合は、実際の運営コストに基づいて基準料金(Standard Charge)が設定されている。
- 利用者が負担する利用料金は、自治体が、国が定めた基準(National Minimum Standards for Care Home for Older People)に従い、利用者の負担能力に応じた利用料金(利用者負担額)を設定している。
- ケアホームの利用料金は、施設によってさまざまに設定されている*2が、通常、滞在費(居住費・食費)、介護費(パーソナルケア費用)、看護費に区分される。
 - － このうち、看護費は NHS により負担(給付)される。
 - ・ケアホームにおける看護費は、2001 年 10 月以降、登録看護拠出金(registered nursing care contribution)として自治体が PCT から受け取り、施設へ支払う仕組みとなっている。導入当初は、要介護度に応じて 3 段階で設定されていたが、現在は一本化されている。
- それ以外の滞在費・介護費は、在宅ケアと同様、低所得者を除き、原則全額自己負担*3である。入所費用を全額自己負担できない介護施設の入居(希望)者は、自治体に申請し、社会サービス(福祉)として補助を受けることができる。
 - － 自治体が施設に支払う委託費より高い利用料金を設定している施設に入所する場合は、その差額も利用者が自己負担する必要がある。

② 対象者及び利用条件

- 介護施設の利用希望者で、入所費用(滞在費、介護費)を全額自己負担できないために、自治体から補助を受けることを希望する者。
- 収入調査及び資産調査を含む資力調査を受け、以下の要件を満たす場合に自治体からの補助が受けられる(収入・資産に応じて利用料金の減免が受けられる)。
 - － 資産要件 : 本人名義の資産が 23,250 ポンド(2012 年 10 月時点)以上ある場合は全額自己負担、14,250 ポンド未満の場合は全額免除となる。資産額が、14,250 ポンド以上 23,250 ポンド未満の場合は、収入要件についての認定を受ける必要がある。
 - ・本人名義もしくは本人が共有名義で所有する資産が対象となる。夫婦もしくはカップルの場合は、共有名義のうち本人の権利分(共有名義の資産の額を折半して算出)が資産額として加味される。
 - ・資産には、土地、建物、有価証券(債権・株式)、信託財産、預貯金、現金等が含まれる。
 - ・資産の価値は現在市場価値もしくは解約時払戻金のいずれか高い方とされる。具体的な評価方法は資産の種類によっても異なる(株式等は新聞紙上での評価、土地・建物・住宅等の不動産の場合は、専門家による評価、等)。
 - ・12 週間以上入所する場合は、配偶者や 60 歳以上もしくは 18 歳未満、障害者の親族等(両親、義理の両親、子、義理の子、兄弟姉妹、叔父・叔母、甥・姪、祖父母、孫、内縁の配偶者等)が居住している場合を除き、持ち家も資産に算入される。

*2 自治体直営施設では、実際の運営費に基づいて算定されるため、比較的安価に設定される傾向がある。これに対し、民間施設では、自由に価格設定されており、同一の施設であっても部屋の広さや位置、設備等によって価格が異なる。

*3 スコットランドでは、2007 年 7 月から 65 歳以上の在宅高齢者の介護サービスは全額無料、ケアホーム入所者には一定額(153ポンド、2009年度)までの介護費と、65歳未満の者も含め看護費(69ポンドまで、2009年度)が、収入要件なしに無料となった。

- **収入要件** : 以下のような収入を収入認定し、自己負担額が算定される。ただし、最低限必要となる個人的費用 (personal expenses) として、週 23.50 ポンド (2012 年 4 月以降) が手元に残るように配慮される。

- ・資産からの見なし収入 : 資産額が 14,250 ポンド以上 23,250 ポンド未満の場合、「入居者用資産・収入換算表 (the resident's tariff income from capital)」に基づき、14,250 ポンドを超える資産 250 ポンドにつき、週 1 ポンドの収入があると見なされる。

- ・年金 (公的年金、職域年金)、年金控除 (Pension Credit)

- ・就労による収入

- ・社会給付による収入 : ケアホームの入所者も、所得補助 (Income Support)、介護手当 (AA: Attendance Allowance)、障害者生活手当 (Disability Living Allowance)、介護者手当 (CA: Carer's Allowance)、住宅給付 (Housing Benefit)、カウンスル税給付 (CTB: Council Tax Benefit) 等のほとんどの社会給付を受けることができる。給付によっては、給付金額が減額される等、併給調整が行われるものもある。

- ・ただし、資産により発生する収入 (受取利息等) は、通常、資産として扱うため、収入には含まない。また、12 週間未満の一時利用の場合は、社会給付は収入認定対象に含めない。

③スキーム

- ・自治体からの補助を希望する場合は、自治体の社会サービス部に申請し、介護ニーズの評価とともに資力調査を受ける。
- ・利用者自己負担額は、自治体に支払うケースと、直接ケアホームに支払うケースとが存在する。

④成果・実効性

- ・実態としては、自治体からの補助を受けている者が民間ケアホーム入所者の6割(2004年時点)を占めている。
- ・2008年の社会ケア監査委員会 (CSCI) の調査によれば、2/3の自治体では、4段階の介護度のうち重度の2段階 (Critical, Substantial) のみを公費補助の対象としており、予算的な制約から資力調査以外の条件でも補助対象が制限されていることがうかがわれる。
- ・一定の価値のある持ち家を所有している場合、自治体の補助を得られず、資産の売却を余儀なくされること等に関しては批判も多い。
- ・介護費用の負担のあり方に関わる課題として、以下のような課題が指摘されている。
 - 介護ニーズの評価、サービス内容、費用徴収の運用等が自治体により大きく異なり、その地域格差が存在する。
 - 介護に関わる費用負担が重く、特に、一定以上の価値を有する住宅を所有している者がケアホームに入所する場合は、自治体からの補助を受けられないため、入居費用を支払う収入(フロー)がないと、持ち家の売却を余儀なくされる。
 - 介護サービスの利用者の重度化が進み、軽度者が介護を利用しにくくなったり、自費で必要なサービスを調達せざるを得なくなったりしている。
- ・介護費用の負担のあり方については、かねてより議論されてきたが、近年、改めて大きな政策課題として注目されてきた課題である。
 - 1998年、ブレア政権下で設置された「高齢者介護 (長期ケア) に関する王立委員会 (Royal Commission on Long Term Care for the Elderly)」で、介護費用負担のあり方が議論となり、1999年に提示書「高齢者への尊敬を込めて一介護の権利と責任 (With Respect to Old Age: Long Term Care-Rights and Responsibilities)」がとりまとめられた。これを受けて、ブレア政権は、以下

のような措置を実施したが、財政的理由から、提言内容に比べ限定的な対応にとどまった。

- ・ケアホームの利用料金を、滞在費(居住費・食費)、介護費、看護費に区分し、看護費については、2001年よりNHSで負担することとした。また、イングランドでは、入所者の持ち家を資産評価に参入する期間を、入所8週以上から12週以上へ延長した。

- ・王立委員会が提案した資産保有上限額引き上げを財政的事情から実現できない代わりに、**高齢者の退所(死亡)時まで住宅資産の売却を猶予する措置を講じた。**

- 2008年1月、社会ケア監査委員会(CSCI)が、報告書「社会ケアの国・イングランド(The state of social care in England 2006-2007)」の中で、現行の介護費用負担の仕組みは、個人負担が重くて継続性がなく(unsustainable)、費用負担者に関して矛盾が多く不公平で(unfair)、責任範囲があいまいで透明性が低い(unclear)と指摘した。
- これを受け、政府は、2009年7月にグリーン・ペーパー「ケアの未来をともに形づくる(Shaping the Future of Care Together, 2009)」、2010年3月に白書「国民介護サービスの構築(Building the National Care Service)」を公表し、介護を要する全てのイングランド人に対し、無料の介護を提供する「国民介護サービス(National Care Service)」制度の創設を提案した。しかし、その後の総選挙で、労働党が敗北したことにより、この構想は白紙に戻った。
- 総選挙後に設立した保守党・自民党連立政権は、アンドリュー・ディルノット氏を座長する「**介護・支援の財源に関する委員会(通称・ディルノット委員会)(Commission on Funding of Care and Support)**」を設置し、介護のあり方に関する議論を諮問した。2011年7月4日、同委員会は、以下の内容を含むレポート「**より公平な介護負担へ(Fairer Care Funding)**」を公表した。
 - ・個々の高齢者が支払う介護費用の総額に上限を設定(35,000ポンド)し、それ以上の費用は国が負担する
 - ・介護費用が全額自己負担となる資力調査における総資産額の上限額を引き上げる(23,250ポンド→100,000ポンド)
 - ・**施設ケアを受ける場合の自己負担額について、自治体の低利融資を受け、死後に持ち家を売葉・償還する仕組みの導入**
- ・地方自治体により異なっている受給要件の全国統一

(3) Bonds Scheme / Loan Stock Scheme ～民間事業者において導入されているスキーム例

①制度の主旨、所管及び財源

- ヨーゼフ・ラウントゥリー住宅組合(JRHT:Joseph Rowntree Housing Trust)^{*4}が管理・運営する介護施設、高齢者向け住宅等の利用者で、一定の資産を保有しているが、フローとしての収入が少ない高齢者でも、自宅を売却することなく、高齢者向け住宅もしくは介護施設で生活できるように作りだした仕組み。主として、以下の3つの目的がある。
 - ①ベッドフォード・コート^{*5}の建物初期コストを相殺する
 - ②居住者がこのスキームを通じて「所有権」を持っていることを感じられる
 - ③奨学金(bursary)への拠出を通じ、自治体の支援を受けている居住者の費用を補足する
- Bonds Scheme は資産を活用して債権(bonds)を購入する方式、Loan Stock Scheme は資産をスキームに投資する方式である。
- 利用者自身が、自身のもつ資産の所有額を勘案して拠出した資金が財源となる。

②対象者及び利用条件

- Bonds Scheme : ヨーゼフ・ラウントゥリー住宅組合(JRHT)が管理・運営するベッドフォード・コート(Bedford Court)^{*5}の新規入居者で、40,000ポンド以上の資産を保有する者が希望した場合に利用できる。
- Loan Stock Scheme : ヨーゼフ・ラウントゥリー住宅組合(JRHT)が管理・運営するレッド・ロッジ(Red Lodge)^{*6}の新規入居者で、40,000ポンド以上の資産を保有する者が希望した場合に利用できる。

③スキーム

- Bonds Scheme
 - － 40,000ポンド以上の資産を保有する新規入居者のうち、希望者は、40,000ポンドを超える資産で債権(bonds)を購入する。購入した債券の価値の3%を毎年の居住費の相殺に充てることができる。債権(bonds)はヨーゼフ・ラウントゥリー住宅組合(JRHT)によって投資され、居住費の相殺分を超える運用益は奨学金基金(bursary fund)に積み立てられ、同スキームに参加する居住者のケアの原資に充てられる。退居時には、債権を時価で売却することができる。
(例)居住費が週72ポンドの居室の居住者が40,000ポンドの債権を購入した場合

毎年居住費に充当できる金額	$40,000 \times 3\% = 1,200$
週単位の金額に換算	$1,200 \div 365 \times 7 = 23$
実際に支払う週あたり居住費	$72 - 23 = 49$
- Loan Stock Scheme
 - － 40,000ポンド以上の資産を保有する新規入居者のうち、希望者は、40,000ポンドを超える資産をスキームに投資し、居住費や介護費と相殺する権利を得る。Bonds Schemeとの相違点は、退去時に売却して払い戻しできる金額が当初の出資額に限られる点である。奨学金基金(bursary fund)は、保有資産が10,000ポンド未満で社会給付を受けている居住者のケアに充当される。

*4 ヨーゼフ・ラウントゥリー住宅組合(JRHT:<http://www.jrht.org.uk/>):ヨーク及びイングランド北西部において、高齢者・障害者向けの介護施設、ケア付き住宅等を提供する民間非営利事業者。

*5 ベッドフォード・コート(Bedford Court:<http://www.jrht.org.uk/communities/bedford-court>):34のベッド付き居室のある集合住宅、4対のアパートメント、10のバンガローで構成される、フルタイムのケアが付いた高齢者向け住宅。

*6 レッド・ロッジ(Red Lodge:<http://www.jrht.org.uk/communities/red-lodge>):42戸のレジデンシャル・ケアと21戸のケア付き住宅で構成され、看護(Nursing care)の提供ができる事業所もある。

4) フランス

(1) 介護制度の概要及び施設給付の利用条件

① 介護制度の概要

- フランスの社会保障制度は、大きく社会保険制度と社会扶助制度に分けられる。
- 社会保険制度は保険料を財源とし、医療、年金等様々な用途に用いられている。
- 一方、社会扶助制度は、障害者、高齢者、児童等に対する給付であり、税財源が充てられている。介護制度の中心を担っているのは、社会扶助制度の中の個別自立手当(APA : allocation personnalisée d'autonomie)であり、60歳以上の要介護者に対して給付されている。一方、60歳未満の要介護者については、障害者福祉制度の一貫として、障害者補償給付(PCH : prestation de compensation du handicap)で対応している。社会扶助に関わる権限は地方分権化され、APAの権限も県にある。
- APAの財源は、約2/3を県の一般予算、約1/3が全国自律連帯基金(CNSA:caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)が負担している。本基金の負担は、自律連帯拠出金(CSA:contribution solidarité autonomie)、国庫負担金(一般社会拠出金(CSG:contribution sociale généralisée))、年金金庫からの分担金が充てられている。
- 無拠出性の給付でありながら、収入制限はなく、相続財産からの回収も行われていない点は、社会扶助制度の中でも特殊である。

② 介護給付の内容

- フランスにおける介護サービスには、施設サービスと在宅サービスが存在する。また、財源や根拠法により、更に福祉サービス及び保健医療サービスに分類することができる。
- 施設サービスについて
 - － 要介護高齢者滞在施設(EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)には、福祉系施設として自律した生活を営むことのできる高齢者用住宅である老人アパート(longement-foyer)、日常生活援助や食事に提供等、高齢者のニーズ全般をカバーする老人ホーム(maison de retraite)等がある。また、保健医療施設として、高齢者に限らず生活上自立することが困難で、医療上の見守りが必要な状態の者を対象とする長期療養施設(USLD:unité de soin de longue durée)等が存在する。
 - － 施設入所に関する費用は、介護サービス費、滞在費、ケア費に分けられる。このうち、介護サービス費が施設APAの給付対象となる。ケア費は医療保険から支給される。滞在費は、通常自己負担となるが、低所得者の場合は滞在扶助(ASH:aide sociale a l'hebergement)という社会扶助給付の対象となる。
 - － 要介護度に応じて介護サービス費は包括化されており、利用者の収入に応じて定められる利用者負担額を控除した金額が、県から施設へ直接支払われる(現物給付)。
 - － 施設サービスを利用する際には、宿泊・食事部分は全額自己負担である。ただし、低所得者については社会的扶助から支給される。

図表Ⅲ-4-7 フランスにおける施設介護

サービス種類	対象サービス	料金体系	負担
施設サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉系施設 <ul style="list-style-type: none"> -老人ホーム -老人アパート 等 ・保健医療施設 <ul style="list-style-type: none"> -長期療養施設 等 	介護サービス費	APAの対象 一部は利用者負担 (収入に応じて確定)
		滞在費	原則利用者負担 (低所得者は滞在扶助給付より支給)
		ケア費	医療保険より支給

● 在宅サービスについて

- 在宅サービスの中心は、掃除・料理等の家事援助を行うホームヘルプサービス(service d'aide à domicile)であり、加えて高齢者の入院回避を目的とする在宅看護サービスがある。
- ホームヘルプサービスの提供者はコミュン社会福祉センター(CCAS: Centre Communal d'Action Sociale)やアソシエーションと呼ばれる非営利民間団体である。
- APA から支給される在宅サービスの種類としては、家事援助、食事介助、食事宅配サービス、移動サービス、住宅改修等幅広いサービスが含まれる。要介護度判定を行った医療福祉チームにより、ケアプランが作成され、給付額は、支給限度額の範囲内で、申請者のニーズと負担能力に応じて個別に決定される。
- 在宅サービスの場合、要介護度判定を行う県会の医療福祉チームが、希望者の介護ニーズに合わせて作成したケアプランについて申請者の同意を得、県会議長が県の APA 委員会の提案に従って給付額を決定する。
- 給付額は、ケアプランに記載された在宅サービス利用額から、受給者の収入に応じて定められる利用者負担額を控除した金額となる。収入が月額 725.23 ユーロ以下の場合には全額免除となる。また、収入が月額 725.23~2890.09 ユーロの場合は、収入額に応じて 0~90%の自己負担となる。
- APA を受給する場合には、原則として認可を受けた介護サービス提供者を利用する必要があり、無認可の事業者を利用する場合は利用者負担が 1 割加算される。

● APA の受給資格について

- APA は、どちらのサービスにおいても受給することが可能だが、社会福祉・家族法典により、以下の 3 つの条件を満たすことが給付の条件として定められている。
 - ① フランス国内に安定して正規に居住していること
 - ② 60 歳以上であること
 - ③ 身体的・精神的状態に関連して自立を欠如ないし喪失しており、生活上の基本的行為を行うのに援助を必要とするか、定期的な見守りが必要な状態にあること
- 身体的・精神的状態の基準としては、要介護度が用いられる。在宅サービスの場合、県会の医療福祉チームにより、全国一律の基準で 6 段階の要介護度判定が行われる。APA を受給できるのは、要介護高齢者(GIR1~4)と判定された高齢者が、前述の介護サービスを利用した際である。施設サービスの場合については、要介護度・介護ニーズの把握は医師の責任において施設によって行われる。

図表Ⅲ-4-8 フランスにおける要介護度の区分

GIR1	ベッドまたは椅子に寝たきりの状態にある者で、精神的・身体的・運動的・社会的自立を失っており、介助者の錠剤を必要とする者
GIR2	ベッドまたは椅子に寝たきりの状態にある者で、精神的機能は全面的に悪化してはいないが、日常生活の活動の大半に介助を必要とするか、精神的昨日が悪化しているが運動能力は維持している者
GIR3	精神的自律及び部分的に運動的昨日は維持しているが、日常的に一日数回は身体的自律のための援助を必要とする者
GIR4	一人で異動することはできないが、一旦起床したら住宅の中を異動する事ができる者で、専門及び着替えに援助を必要とする者、または、移動に問題はないが、身体的活動及び食事に援助を必要とする者
GIR5	洗面及び着替えに限定的な援助を必要とするにとどまる者
GIR6	日常生活の基本行為についての自律を失っていない者

- 収入はAPAの受給条件にはならないが、介護サービス費用の自己負担額は収入を勘案して定められ、収入の少ないものは自己負担額が軽減される。また、前述のとおり、原則全額自己負担となる滞在費についても、低所得者であれば社会扶助制度である滞在扶助給付を受給することができる。このように、収入を勘案して負担額が定められている。
- 低所得者に対する給付である参入最低所得 RMI では、勘案される収入の範囲は以下のようである。
 - ・ 収入の範囲は稼働収入の全額
 - ・ 資産から得ている収入(家賃収入等)の全額
 - ・ 社会給付のうち年金、失業手当、家族手当等

③施設給付の利用条件

- 前述の APA の受給条件をクリアすることが条件である。
- 要介護度判定は医師の責任の下各施設で判定され、要介護度が重度(GIR1～3)及び中程度(GIR4)に該当するものが対象となる。
- 収入は入居の条件にはならないが、介護サービス費の自己負担額に収入が勘案される。
- 家族に関する入居条件はない。
- 資産の勘案はない。また前述のとおり相続財産からの回収もない。しかし、法律上は、受給者本人が良好な資力を回復した場合には回収の対象となる可能性が残されている。

(2)不動産ピアジェ 及び 抵当権付終身貸付

<不動産ピアジェ>

①制度趣旨・所管及び財源

- 不動産ピアジェは、フランスにおいて 200 年以上存在する商習慣である。フランス民法第 1968～1983 条において定義されている。この制度は、高齢者が個人投資家に自宅を売却(所得移転)し、購入した投資家が高齢者に一時金と終身定期金(年金)を給付する仕組みである。契約は売り手が死亡した時にのみ終了する。そのため、売り手の存命年数によっては、買い手は通常の代金よりも多くを売り手に支払うことになる。このような不確実性を伴うため射幸契約と呼ばれる。
- 大きくピアジェ・オキュペとピアジェ・リーブルに分けられる。どちらの場合においても住宅の売却は必要であるが、ピアジェ・オキュペの場合は、売り手が存命中には、その物件の占有・居住権をもち、継続的に居住することが可能である。一方、ピアジェ・リーブルの場合は、売却された物件の占有権は買い手に移り、売り手は他の住宅に転居する必要がある。
- ピアジェ・リーブルは買い手がすぐに居住可能なため、ピアジェ・オキュペよりも平均的に 2 倍程度支払額が多い。また、ピアジェ・オキュペの場合、税金・保険料・修理費を売り手が負担する必要がある。

②対象者及び利用条件

- 売り手の年齢条件は、特に定められてないが、主に男性 65 歳以上、女性 70 歳以上とされている。特に近年は 70 歳位上でないと買い手が見つからないため、収入要件は特になく、家を保有しており、定期金の額に合意がなされれば成立する。住宅の売却は必須である。
- ピアジェで得られる定期的な収入については、70%が税金を免除されている。

③スキーム

1. 売り手(高齢者)・買い手が面談を行い、当該不動産物件の資産価値を見積もる。
2. 次に居住者の専有原価を差し引く。専有原価とは、その物件に居住し続けることにより喪失している家賃収入を指す。ピアジェ・オキュペの時のみ設定される。
3. 差し引いた代金を元に、契約時の一時金と売り手の生存期間中の終身定期金(年金)の金額について、売り手と買い手で合意する。
4. 公証人を立て、契約書を作成・受理する。また、不動産物件に抵当権が設定される。
5. 売り手が売却し、一時金の受け取りと定期金の金額を受け取る。
6. 売り手が死亡し、契約が解除される。

④成果・実効性

- ピアジェはフランス国内で年間 5,000 件～6,000 件の契約が成立している。これはフランスの不動産売買全体の 1%であり、あまり大きな市場ではない。

< 抵当権付終身貸付 >

① 制度趣旨・所管及び財源

- 抵当権付終身貸付は、2006年に担保法改正によって成立したものである。不動産ピアジェに類似しているが、住宅の売却を前提としておらず、住宅を抵当にした融資という形態をとる。米英で行われているリバースモーゲージをモデルとしている。
- フランスでは、2010年に年金改正法が成立し、年金の支給が2年先延ばしにされた。高齢者は、年金を受給できない期間の生活費を捻出し、また医療・介護の費用も捻出しなければならない。そのニーズを考えて生まれたのが、資産を流動化し、引越しが不要な抵当権付終身貸付である。
- 抵当権付終身貸付は、貸付機関が特定の個人に対して、一括あるいは定期支払の形で貸付を行う契約であり、担保となる抵当は居住目的に限定される借り手の不動産資産に限定されている。2012年1月現在、抵当権付終身貸付を扱っているのはフランス不動産銀行(Credit foncier de France)のみである。
- 相続人は、返済手法を次の2つから選択することができる。1つ目は借入総額を返済することである。もう1つの方法は、当該物件を貸付機関に引き渡すことである。仮に借入総額が物件の価値を大きく上回っていたとしても、相続人が物件を引き渡すことを選択すれば借入れは清算される。
- 逆に、当該物件の価値が借入総額を下回っているにも関わらず、相続人がその保有を望まなかった場合には、同様に貸付機関は物件を手に入れ、借金は清算される。しかし同時に貸付機関は当該物件との差額を小切手として相続財産に組み入れることが必要である。つまり、この場合においても、相続人の損失や貸付機関の利益にはならない。
- 射幸契約でない点や、住宅を手放すことが必ずしも必要ない点が、不動産ピアジェと大きく異なる特徴である。

② 対象者及び利用条件

- 借り手となるには、住宅の完全なる所有権を持っているか、あるいは虚有権(nupropriété:住宅を保有はしているが、居住権(usufuit)は持っていない状態)をもっている必要がある。年齢の制限はないが、フランス不動産銀行はターゲットを70~80歳の層に定めており、利用者の平均年齢は75歳である。
- 借り手の返済期限は、借り手の死亡時である。フランス不動産銀行では、夫婦で居住していた場合には2人目の死亡時としている。
- 返済は死亡時に相続人とのやり取りにより行われるため、借り手には返済の義務はない。借り手の唯一の義務は不動産物件の維持管理を行い、資産価値を保持することである。
- フランス不動産銀行は利率や貸付割合は、アメリカ・イギリス・スペインにおける同様の制度を参照して設定している。75歳の場合、フランス不動産銀行では貸付割合を34%(アメリカ:32%、イギリス:30%、スペイン:33%)、貸付金利を7.95%(アメリカ:8.5%、イギリス:7%、スペイン:8.5%)としている。

③スキーム

1. 借り手(高齢者)と貸付機関が面談を行い、主たる住宅を元にいくらまで融資が可能かシミュレーションを行う。
2. 第三者である公証人が借り手と面談を行い、当該不動産物件の所有権が借り手にあることを確認し、権利関係の証明書を作成する。(完全なる所有権か、虚有権かによって、貸付可能額が変動する)
3. 借り手が貸付機関と面談を行い、証明書を元に当該物件に関して査定部門が査定を行う。不動産価値に加えて、当該物件の価値が今後上昇するか等のチェックを行う。
4. 当該物件の格付けをA～で行う。一等地にあるトップクラスの物件はAで割合は10%程度、今後の資産価値の確実性が危ぶまれる物件はCであり、割合は10%程度、残りの80%がBである。
5. 格付け後、不動産価値を算定し、借り手に対して貸付金額の最大額の提案を行う。借り手はそれより低い金額の貸付を希望することもできる。
6. 貸付機関は、借り手に貸付金額を支払う。
(2012年1月時点では、貸付金は一括・小切手で支払われているが、徐々にピアジェのような分割支払いとする予定)
7. 契約後、査定の調査員は資産の現状把握を行うことができる。(借り手には拒否することができない)
8. 借り手の死亡時には、公証人が相続財産目録を作成する。その際、抵当権付終身貸付の抵当となっている当該不動産物件については、公証人は貸付機関へ連絡する場合がある。
9. 相続人は貸付額を返済する、あるいは当該不動産物件を銀行へ引き渡す。

④成果・実効性

- 2012年1月現在、抵当権月終身貸付を実際に行なっている会社は、フランス不動産銀行(Credit foncier de France)のみである。これは、抵当権付終身貸付の仕組みが、保険の要素を多く含み複雑であるのと同時に、メリットが少なく、また不動産を抱え込むリスクを保有しているため、商品化できる銀行が少なかったためと考えられている。
- また、利用者である高齢者にとっては、通常の不動産貸付の利率(3.7～3.8%)よりも高いこと、及び分割払いができなかったこと、売買契約であるピアジェのほうが、金額としては約2倍得られることがあると考えられる。

IV. 日本における資産等を勘案した負担能力評価のあり方（考察）

1. 補足給付受給者の所得及び資産の状況

1) 補足給付受給者の傾向

自治体の協力を経て実施した補足給付の受給者に関する実態把握（データ分析）の結果から、以下のような傾向が見られた。

- ・補足給付の受給者は、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）だけでなく、介護老人保健施設にも多く、特別養護老人ホームの半数～同数が入所している（P10）。
- ・入居先の居室タイプは、多床室利用が多数（3分の2以上）であるが、従来型個室・ユニット個室利用者も15～30%見られる（P11）。
- ・補足給付受給者は、非受給者に比べ、以下のような傾向が見られる。
 - －年齢がやや高い（平均年齢にして3歳程度）（P13）
 - －女性の割合が高い（P13）
 - －要介護度が高い（ADL・認知症の程度も重い）（P14～15）
 - －入所期間が0.4年（≒5ヵ月）程度長い（P11）
- ・補足給付受給者は、本人課税対象所得が「なし」の割合が高く、おおむね8割超を占める。これは、収入に占める年金収入の割合が高く、120万円未満の年金は年金控除として課税対象から除外されるためである。（P17～18）
- ・補足給付受給者が得ている年金種別を見ると、非受給者に比べて「不明」の割合や非課税年金である「障害年金」、「遺族年金」の割合が高い（「不明」にも、非課税年金のため捕捉できていないものも含まれる）。（P19）
- ・補足給付受給者であっても固定資産税が課税されている人が3割超見られることが確認された。固定資産税額7万円（≒一般的な固定資産評価額500万円相当）超の割合は2～5%程度であった。ただし、固定資産税額1.2万円以上（≒固定資産の全てが200㎡以下の宅地である場合の固定資産評価額500万円相当）の割合は、3割弱程度を占めると考えられる。（P21～22）
- ・（参考）補足給付受給者の入所前の居所が「自宅」であるのは全体の3分の1である（医療機関または介護老人保健施設からの入所が過半数を占める）が、その約半数は持ち家を所有している。（P23）
- ・（参考）補足給付受給者のうち、入所前に配偶者以外の同居者があった割合は約4割で、その割合は、非受給者（約5割）と比べると少ない。（P24）
 - －入所前の世帯主年齢が60歳未満であった割合は16%（P24）
 - －入所前の世帯課税対象所得が年間240万円超だった割合は14%（P25）

2) 収入と資産の関係

補足給付受給者の所得と資産の関係をみると、以下のような傾向が見られた。

- ・介護保険料所得段階と本人収入(推定値)は、おおむね相関しているが、介護保険料所得段階と固定資産税額との間には、特定の傾向は見られない。(P47, 50)
- ・(参考)A市において補足給付の対象となる本人収入(推定値)が80万円未満、かつ、固定資産税額1.2万円以上(表中囲み枠内、全て200㎡以下の宅地の場合、固定資産税評価額500万円以上に相当)に該当したのは7件、「不明」を除く全体(35件)に対する割合は20.0%であった。ただし、A市で固定資産税額が把握できたのが、国民健康保険加入者(≒前期高齢者)分に限定され、それ以外が「不明」に計上されていることも影響していることに留意が必要である。(P51)
- ・(参考)B市において本人課税所得が80万円未満、かつ、固定資産税額1.2万円以上(表中囲み枠内)に該当したのは296件、全体(1,457件)に対する割合は20.3%であった。(P51)

図表Ⅳ-1-1 本人収入(推定値)別 固定資産税額(A市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<A市:全体割合算出>

本人収入 (推定値)	合計	固定資産税額								
		なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3千円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上	不明
合計	221	19	-	2	5	0	4	5	0	186
	100.0%	54.3%	-	5.7%	14.3%	0.0%	11.4%	14.3%	0.0%	-
なし	41	3	-	1	1	0	0	3	0	33
	22.9%	8.6%	-	2.9%	2.9%	0.0%	0.0%	8.6%	0.0%	-
40万円未満	46	0	-	0	2	0	0	0	0	44
	5.7%	0.0%	-	0.0%	5.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-
40万円以上 80万円未満	58	3	-	1	1	0	0	0	0	53
	14.3%	8.6%	-	2.9%	2.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	-
80万円以上 120万円未満	31	6	-	0	1	0	1	1	0	22
	25.7%	17.1%	-	0.0%	2.9%	0.0%	2.9%	2.9%	0.0%	-
120万円以上 240万円未満	20	2	-	0	0	0	0	1	0	17
	8.6%	5.7%	-	0.0%	0.0%	0.0%	2.9%	0.0%	0.0%	-
240万円以上	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
不明	25	5	-	0	0	0	2	1	0	17
	22.9%	14.3%	-	0.0%	0.0%	0.0%	5.7%	2.9%	0.0%	-

注) 上表の下段の数字は、全体合計値(221件中不明186件を除き、N=35)に対する割合として算出したもの。

図表Ⅳ-1-2 本人課税所得別 固定資産税額(B市・補足給付受給者のみ)

(単位:人,%)

<B市:全体割合算出>

(参考) 本人課税所得	合計	固定資産税額								
		なし	有・非課税	1.2万円未満	1.2万円以上 2.3万円未満	2.3千円以上 3.5万円未満	3.5万円以上 7万円未満	7万円以上 14万円未満	14万円以上	不明
合計	1,457	988	62	94	85	75	71	63	19	-
	100.0%	67.8%	4.3%	6.5%	5.8%	5.1%	4.9%	4.3%	1.3%	-
なし	1,253	898	56	71	65	56	49	45	13	-
	86.0%	61.6%	3.8%	4.9%	4.5%	3.8%	3.4%	3.1%	0.9%	-
40万円未満	115	60	2	7	9	10	12	12	3	-
	7.9%	4.1%	0.1%	0.5%	0.6%	0.7%	0.8%	0.8%	0.2%	-
40万円以上 80万円未満	59	22	4	11	8	5	4	3	2	-
	4.0%	1.5%	0.3%	0.8%	0.5%	0.3%	0.3%	0.2%	0.1%	-
80万円以上 120万円未満	28	7	0	5	3	4	5	3	1	-
	1.9%	0.5%	0.0%	0.3%	0.2%	0.3%	0.3%	0.2%	0.1%	-
120万円以上 240万円未満	2	1	0	0	0	0	1	0	0	-
	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	-
240万円以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

注) 上表の下段の数字は、全体合計値(N=1457)に対する割合として算出したもの。

3) 本調査結果からの示唆

本調査研究で行った分析から、補足給付受給者の半数程度は持ち家を所有しているが、固定資産税額から類推するに、資産価値が 500 万円を超える宅地及び持ち家であるケースはおおむね3割程度 (P21~22, 148)と考えられる。そのため、補足給付制度で、資産を勘案する仕組みを取り入れたとしても、資産要件で受給対象から外れる人は多くない可能性がある(前ページで示したデータのとおり、収入または課税対象所得が 80 万円未満、かつ、固定資産税額 1.2 万円以上の割合は約2割)。

ただし、今回の分析においては、以下のとおり、データの取得に困難を伴い、収入と資産の双方のデータを用いて分析ができた自治体が1つのみであること、そしてその自治体においても「不明」の割合が多かったこと等から、十分な結果が得られなかった。これらの課題は、補足給付において資産を勘案した負担能力評価を実施する際に、実務的な課題となる可能性が高い点であると言える。

- ・収入 : 非課税年金(遺族年金、障害年金等)の把握は市町村であっても難しい。そのため、これらの年金を受給している場合、負担段階の第2段階、第3段階の区分において、適切に評価されていない恐れがある。また、入所によって世帯分離がなされる前の世帯には、収入のある人が含まれている場合もあるが、そのような世帯収入を正確に把握するのは難しい。
- ・流動資産 : 市町村では預貯金や有価証券等の流動資産の保有額について把握手段がない。
- ・固定資産 : 福祉部局では、固定資産税の把握が難しい。国保加入者(≒前期高齢者)分以外は、固定資産税担当課との連携がなければ把握が難しい。また、本人名義ではなく、配偶者等の名義となっている資産については、把握・評価が難しい。

2. 負担能力把握に関する実務的課題

1) 既存制度における資産等の扱い

本調査研究で採り挙げた以下の5つの制度で対象とする資産は、「市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置」では、世帯の現金、預貯金等の流動資産も対象に含めているが、それ以外の制度では、居住用の土地または建物を担保として貸付を行うスキームである。その中でも「不動産担保型生活資金(低所得の高齢者世帯向け)」では、マンションは対象とならず、戸建て住宅の場合の土地のみが評価対象に設定されており、他の3制度に比べ、資産の範囲が狭く設定されている。

2) 資産等の把握・評価の仕組み

資産の把握は、いずれも申請時提出書類がベースとなっているが、それぞれに一定の評価あるいは審査を行えるような仕掛けを用意している。

市町村が実施主体である「市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置」では、虚偽申請等が疑われる場合には、固定資産税課税台帳や法務局が保有する登記簿等の行政情報の確認や、金融機関への調査依頼等が行える仕組みとなっている。

社会福祉協議会が実施する2つの「不動産担保型生活資金」及び住宅金融支援機構が行う「高齢者向け返済特例制度」は、いずれも、貸付額決定のベースとする不動産の評価価格について不動産鑑定士による評価を行うスキームとなっている。

住宅金融支援機構の「住宅融資保険制度特定個人ローン保険」は、リバースモーゲージ型貸付を行う金融機関に対する再保険制度であるため、不動産価値の一次評価を金融機関が行い、それに関する資料に基づき住宅金融支援機構側で再度審査を行うという仕組みがとられている。

3) 効率的・効果的に資産等の把握・評価を行うための工夫

既存制度では、制度の主旨・目的に合わせ、資産等を漏れなく「把握」することに力点を置くか、制度で対象とする物件の資産価値の「評価(審査)」に力点を置くかが異なっている。

要保護者・市町村民税非課税層に準じる生活困窮者支援を目的とする「市町村民税課税層における食費・居住費の特例減額措置」では、虚偽申請等が疑われる場合に調査を行えるよう、捕捉性(資産の「把握」)が重視された仕組みとなっているが、その「把握」及び「評価」は、実施主体が市町村であることを活かし、行政が保有している情報の活用を中心に確認を行うことにより、調査の効率化が図られている。

一方、貸付型の制度の場合は、対象物件以外の資産を把握する必要性がないため、申告漏れ等に関する特段の措置は講じられていないが、その「審査」に関しては、対象物件に対する不動産鑑定士評価が行われており、資産の「把握」より「評価」に力点が置かれた制度設計になっている。

中でも、「要保護世帯向け不動産担保型生活資金」において、生活保護に関する事務を担う市町村の福祉事務所との連携により、要保護判定に関わる情報を入手できる仕組みとされている点は、公的な活動を行ってはいないものの、民間機関として扱われる社会福祉協議会が実施主体であることによる、捕捉の困難さを、行政との連携により回避するという点で、同制度を効率的に行う上でひとつのポイントと考えられる。

図表IV-2-1 図表 既存制度における資産評価方法

	資産等に関わる要件	申請時提出書類	申請書類の確認方法
市町村民税課税層における食費・居住費の特例減算措置	<ul style="list-style-type: none"> 世帯の現金、預貯金等の額が450万円以下 世帯がその居住用の用に供する家屋その他日常生活のために必要な資産以外に利用し得る資産を有していない 	<ul style="list-style-type: none"> 収入を証明する書類 (世帯員全員の所得証明書、源泉徴収票、年金支払通知書、確定申告書の写し等) 施設の契約書の写し 現金・預貯金・有価証券等の申告、通帳の写し 固定資産税の納税通知書の写し 	市町村が確認
不動産担保型生活資金(低所得の高齢者世帯向け)(社会福祉協議会)	<ul style="list-style-type: none"> 申請者が単独または配偶者との共同名義で所有する不動産で、居住していること 評価額がおおむね1,500万円以上の不動産を所有(マンションは対象外、評価対象は土地のみ) 貸借権、抵当権等が設定されていないこと <p>→借受人の死亡時または貸付元利金が貸付限度額に達するまでの期間、土地の評価額の7割を限度に貸付</p>	<ul style="list-style-type: none"> 生活福祉資金借入申込書 本人確認書類(戸籍謄本、住民票(世帯全員分)の写し) 住民税非課税証明書または住民税均等割課税証明書 担保とする居住用不動産に関する書類 (登記簿謄本、公図、地籍図、位置図、測量図、建物図面、固定資産課税台帳評価価格) 推定相続人に同意書 	<p>社会福祉協議会において、申請書類に基づき評価</p> <p>不動産評価価格については、不動産鑑定士の評価を実施</p>
要保護世帯向け不動産担保型生活資金(社会福祉協議会)	<ul style="list-style-type: none"> 申請者が単独または配偶者との共同名義で所有する不動産で、居住していること 評価額500万円以上の不動産を所有 貸借権、抵当権等が設定されていないこと <p>→借受人の死亡時または貸付元利金が貸付限度額に達するまでの期間、評価額の7割(集合住宅は5割)を限度に貸付</p>	<ul style="list-style-type: none"> 生活福祉資金借入申込書 本人確認書類(戸籍謄本、住民票(世帯全員分)の写し) 生活保護実施機関からの書類 貸付対象世帯通知書・調査書 担保とする居住用不動産に関する書類 (登記簿謄本、公図、地籍図、位置図、測量図、建物図面、固定資産課税台帳評価価格) 推定相続人に同意書 	<p>福祉事務所において、生活保護受給の可否及び貸付対象世帯該当性を判断</p> <p>不動産評価価格については、不動産鑑定士の評価を実施</p>
高齢者向け返済特例制度(住宅金融支援機構)	<ul style="list-style-type: none"> 持ち家のバリアフリーリフォームや耐震改修等において、生存時は毎月利息のみ返済、死亡時に元金一括返済とする融資制度 <p>→工事費の80%(1,000万円もしくは保証機関が定める保証限度額)までを貸付</p>	<ul style="list-style-type: none"> リフォーム融資借入申込書 申込内容確認書 個人情報の取扱いに関する同意書 本人及び連帯債務者の身分証明書類(運転免許証、パスポート、健康保険証、住基カードのいずれかの写し) 建物・土地の登記事項証明書(全部事項証明書) 本人の収入及び納税に関する証明書(住民税課税証明書、特別徴収税額の通知書、納税証明書、確定申告書の写し、住民税課税証明書、住民税納税証明書等) 工事請負契約書の写し 保証限度額証明書(固定資産評価証明書等の提示または不動産鑑定士による物件評価) 	<p>担保評価部分は、(財)高齢者住宅財団が評価を行い、保証限度額証を発行(連帯保証)</p> <p>→土地・建物に機構のための第1順位の抵当権の設定が必要</p>
住宅融資保険制度特定個人ローン保険(高齢者一括返済改良等融資型)(住宅金融支援機構)	<ul style="list-style-type: none"> サービス付き高齢者向け住宅の入居一時金や住宅リフォーム等において、①生存時は毎月利息のみ返済、死亡時に元金一括返済もしくは②死亡時に元利一括返済、のいずれかとする融資制度 <p>→担保不動産(土地・建物)の評価額の50%以内まで融資</p>	<ul style="list-style-type: none"> (個人→金融機関) ※金融機関、ローンの種類等によって異なる 借入申込書 個人情報の取扱いに関する同意書 住民票の写し、印鑑証明書、本人確認資料 収入に関する書類 物件に関する書類 等 <p>別途、金融機関→機構の付保承認申請が必要</p>	<p>金融機関からの提出資料に基づき住宅金融支援機構で評価</p> <p>→土地・建物に機構のための第1順位の抵当権の設定が必要</p>

4) 既存研究論文等で指摘されている資産調査に関わる実務的な問題点

既存研究論文等で指摘されている課題をまとめると、新たに資産調査等を必要とする制度を設計する場合に留意すべきポイントとして、以下の6点が挙げられる。

①把握が困難な収入・資産の存在

資産等を含む資力調査を実施している生活保護制度を含め、いずれの制度においても、審査の出発点は、申請者からの申告がベースとなる。固定資産等は、行政(市町村等)が実施主体となる場合は、固定資産台帳等の行政情報の活用も可能であるが、以下のような収入・資産については、申告がなければ把握が困難である。把握の正確性をどこまで担保するかについては、制度設計時に考慮すべきポイントの一つと言える。

- ・非課税収入(非課税年金等)
- ・現金
- ・有価証券
- ・預貯金 ※通帳等を故意に提出しなかった場合に把握ができない。
- ・償却資産(車両、機械・装置 等) ※戸別訪問等を行わないと把握ができない。
- ・他市町村に所在する不動産
- ・扶養義務者の収入、資産等

②調査権限/協力義務等の法律上の扱い

上記①とも関わるが、生活保護制度においても、預貯金や有価証券については金融機関への協力依頼、他市町村に所在する不動産については他市町村固定資産税課への協力依頼、車両等については警察署の車庫証明あるいは都道府県が管理する自動車税・自動車取得税の確認依頼等、関係機関への「依頼」を通じて調査を行っている。しかし、あくまで協力「依頼」であり、回答義務はないことから、必ずしも十分な調査を行えていなかったり、回答を得るまでに時間がかかったりすることが指摘されている(P67, 70)。

特に、扶養義務者の収入や資産に関する調査は、照会先機関から扶養義務者の同意書の提示を求められるケースもあり、申請者本人以上に調査が困難とされている。

また、生活実態を把握するための訪問調査により、発見される申告漏れ収入・資産等も存在するケースもある。生活保護制度においても、民生委員からの報告により不正等が発覚するケースもあり、新たに制度を構築する上では、民生委員やケアマネジャー、介護サービス事業者など、生活実態を知り得る立場の人からの報告・協力が得られるよう、法制度上で明確に位置付けておくことがポイントとなると考えられる。

③申請・審査等に関わる実施主体の事務量

申請・審査等に関して発生する事務は、(1)窓口業務(申請受理・登録等)、(2)流動資産に関する金融機関への照会業務、(3)不動産調査、(4)戸別訪問調査、の4つに整理される。

中でも、最も負担が大きいのは、(4)戸別訪問調査で、往復の移動時間や聞き取り調査・相談等に多大な時間を要する。そのため、この業務を必須として制度設計するか否か、必須とする場合も全数実施するのか一部に実施するのか等により、実施主体の事務負担が大きく変わってくる。

次いで、(2)流動資産に関する金融機関への照会業務も、依頼に関わる事務に時間をとられるほか、法制度上における調査権限の設定次第では金融機関等の協力が得にくいこと、協力が得られても回

答を受け取るまでに時間を要する(現行の生活保護制度の場合、最大3ヵ月かかるとの指摘もある)ことが課題となる。

また、一定期間ごとに認定の更新等が必要となる制度とする場合は、更新時期に集中的に事務が発生することも考慮する必要がある。

④実施主体・担当者ごとの運用のバラツキ

制度施行後の運用を想定すると、市町村、担当部署(窓口機関)、担当者によって運用にバラツキが生じることが予想される。現行の生活保護制度でも、区単位で業務を行っている札幌市の監査報告資料では、区ごとの収入認定の運用方法のバラツキが報告されており、統一的なマニュアルの作成等が勧告されている。

新たな制度の設計にあたっては、こうした運用面のバラツキが生じることにも念頭におき、予め業務設計、マニュアル作成等でバラツキを防止することも重要と考えられる。

⑤相続との関係の整理

既存のリバースモーゲージ型貸付制度では、相続人の一人を連帯保証人とし、同意書の提出を求める等の工夫をしているケースが見られる。これは、申請者(貸付対象者)の死亡後、いざ資産を売却して貸付額を回収しようという段になって、相続人側で認識されていないこと等が発覚し、トラブルになるケースもあることから、それをヘッジするために取り入れられているものである。

しかし、相続人の一人を連帯保証人とした場合でも、それ以外の相続人との間でトラブルになること等もあり、新たな制度の設計にあたっては、相続との関係性を整理して、制度上、明確化しておく必要があると考えられる。

⑥不正が発覚した場合の対処方法の設計

事後的に虚偽報告が発覚した場合に、制度上、どのような対応をとることができるかと定められているかによっては、不正がわかっても対応ができない事態も想定される。

生活保護制度では、保護廃止後に、かつての不正が発覚した場合、さかのぼって調査を行ったり、受給額の返還を求めたりすることに対して、法制度の改正要望が出されている。

不正受給額の返還に関しても、その強制度合いをどの程度に設計するかによって、実質的に回収できるかどうか変わってくることから、新たな制度の設計にあたっては、予め、不正発覚時の対象方法についても明確に定めておくことが重要と考えられる。

3. 諸外国の制度からみた負担能力評価への示唆

第Ⅲ章では、アメリカ・ニュージーランド・オーストラリア・アイルランド・イギリス・フランスの6カ国について、それぞれ施設介護に関する負担能力評価に関する制度について調査した。本節では、これらの制度を俯瞰し、各国に共通する傾向や特徴的な工夫などをまとめる。ただし、フランスのピアジェおよび抵当権付終身貸付は、公的介護に関する負担のあり方ではないため、ここでは参考程度に留める。

1) 制度のバリエーション - 各国の特徴

6カ国の制度は、大きく以下の3つに分類することができる。

○後納型：

施設介護の費用を政府が負担し、利用者の死後資産から政府負担費用の一部を回収する。

○リバースモーゲージ型：

施設介護の費用を、利用者の住宅を担保として融資する。利用者の死後に住宅から返済する。

○施設料金変動型：

施設介護に関する自己負担額を利用者の負担能力に応じて定め、実際の費用との差額を政府が負担する。

後納型は、費用全額の回収を前提としておらず、給付の性格が色濃い。利用者が保有する資産の価値に応じて可能な限り費用を徴収するものである。

リバースモーゲージ型は抵当権が発生するため、融資額を少なくとも一部は回収することができる。しかし、利用者の施設利用年数(生存年数)によっては、資産価値を上回る額を融資するリスクがあり、このリスクを抑えるためには融資額の上限を定めるなど、何らかの工夫を要する。また、住宅の価値変動によっては回収不可能となるリスクがあるため、住宅価値が低下しにくい国やインフレーション傾向にある国で実効性が高まる。

施設料金変動型は、保有する資産より利用者の自己負担額が変動するため、利用者に資産を手放すよう促す効果を持つ。一方で、施設利用が長引いた結果費用がかさむと、利用者によっては自宅などの資産を手放すことを余儀なくされるケースが生まれることは問題視される。

調査対象の6カ国は、それぞれ図表 IV-3-1 のように分類される。アメリカは、施設料金変動型と後納型の要素をどちらも含む制度である。ニュージーランドおよびアイルランドについては、施設料金変動型をベースとしながら、リバースモーゲージ型の要素を取り入れた制度となっている。

2) 負担能力の評価対象範囲 - 諸外国に共通する傾向

日本における補足給付は、低所得者に対する施設利用費用の減免措置である。その適用要件は、生活保護等の受給者(第一段階)、市町村民税世帯非課税者(第二段階・第三段階)であることとなっている。第一段階においては、収入・資産・扶養家族が勘案されていると言えるが、第二段階・第三段階においては収入のみが勘案されている。

調査対象である6ヵ国では、各利用者がそれぞれの負担能力に基づいて、介護費用を負担する制度となっている。その負担能力を評価する指標としては、各国ともに収入に加え資産を用いている。

収入として勘案される範囲は広く、各種年金・給与・利子、各種手当も収入と見なされる国が多い。施設料金変動型では、この収入の大半が本人自己負担に充当される。収入の対象から外れたり、利用者の手元に残されたりする収入は必要最小限の金額に限定されている国が多い。

一方、資産は、全ての国において、現金・預金・証券・金融商品などの流動資産に加え、土地・建物などの流動性の低い資産も含めて負担能力に勘案される。料金変動型の各国は、具体的な勘案方法こそ違えど、保有する資産価値によって料金が変動する仕組みとなっている。

ただし、不動産、特に施設入所前に利用者が居住する住宅に関しては、少なくとも利用者の死後まで売却が猶予される仕組みが構築されている国が多く、また現在そのような仕組みを持たないイギリスにおいても、その導入が検討されている。また、配偶者をはじめとした親族が居住している場合には、その猶予期間がさらに延長されるなど、さらなる配慮がされている国も多い。

また、利用者本人の収入・資産だけでなく、その配偶者(婚姻関係にないパートナーも含む)の収入・資産を含めて負担調査を把握する国が多い。一方で、本調査の対象国においては、子どもの収入・資産を勘案する国はない。

より公平な負担のあり方に関して、以下の3点が大きな示唆と考える。まず1点目は、収入に加えて資産を負担調査に勘案している点である。少なくとも預貯金といった流動性の高い資産を個人の負担調査に勘案することは、より公平な負担のあり方として妥当と考えられる。また、複数の国で、過去数年間の生前贈与について把握し、意図的に資産を隠すことができない仕組みを形成している点も、公平な資産把握の観点から参考になる。

2点目は、夫婦単位で負担能力を把握する点である。女性の社会進出が現在ほど盛んでなかった現代の要介護者世代では、妻の資産・収入が夫より少ない傾向にある。一方で、実際の生活は夫婦合計の負担能力の中で成立していると考えられる。本人だけでなく、夫婦単位で負担能力を把握することにより、より実情に近い形で負担能力を評価することができると考えられる。また、世代間格差や少子化が問題視される昨今の事情を考慮すると、子どもの負担調査を勘案することは疑問が残る。世代内で支え合う仕組みとしても、夫婦単位での負担能力の勘案は妥当と考えられる。

3点目は、個人負担のあり方に関する「公平」の考え方である。現在の我が国の仕組みの中では、施設の料金を利用者本人と保険者で、決まった割合にて負担し合う、あるいは収入に比例して負担割合が決まることを「公平」と考える。一方、今回の調査対象国のうち、ニュージーランド、アイルランド、イギリス等に見られる「公平」の考え方は、まず施設利用者それぞれが自身のケア料金を可能な限り支払い、不足分を国が補うというものである。保険方式と税方式、それぞれにおける「公平」の考え方の違いと捉えることもできるかもしれない。

3) 制度の実効性を高めるための工夫

今回の調査対象国では、それぞれの制度を円滑に実行するための仕組みが制度に組み込まれている。それらの仕組みを、①運用負荷軽減、②利用者への配慮、③制度の確実な実行 という観点から論じる。

①運用負荷軽減

資産を勘案した制度の運用に際しては、資産の把握などに要する負荷をどのくらい軽減できるかが重要である。ニュージーランドでは、保健省は社会開発省に資力調査を委託している。これは、社会開発省は低所得者対策や年金を所管しており、収入や資産の把握や貸付・回収のノウハウを保有しているためであり、各組織がそれぞれの専門性を活かして連携した制度となっている。同様に、アメリカのペンシルバニア州においても、医療面に関するアセスメントは高齢者省、収入・資産など資力調査は公共福祉部が担当している。このように、収入・資産の把握のノウハウを持っている組織とうまく役割分担・連携をすることは、制度の運用負荷を軽減するために重要な工夫であると考えられる。

また、収入・資産の把握をどの程度厳密に行うかという点も、制度運用の負荷を左右する。今回調査対象となった国では、利用者あるいは代理人の申告に基づいて査定することを基本とし、申告者側に正確に申告する責任を持たせている。これは、行政側の運用負荷を軽減することに寄与していると考えられる。ただし、申告の正しさを担保し虚偽の申告を牽制するための手段も、同時に必要である。例えば、ニュージーランドでは弁護士、アメリカのMERでは遺言執行人がその申告の正しさを担保する役目を負っている。

②利用者への配慮

資産を勘案した利用者負担を導入する上では、利用者にとって受け入れやすい制度であることが重要である。調査によって、利用者を受け入れられやすい仕組み作りについて、示唆が得られた。1つは住宅などの資産の即時売却を免除する仕組みである。ニュージーランドやアイルランドでは、住宅などの資産によって支払う必要の生じた負担額については死後まで支払いを猶予される。さらに、住宅に配偶者が居住している場合や、障害者や低所得者が居住している場合などは、猶予期間が更に延長されるなど、配偶者や子どもに対する配慮もされている。

また、相続人に対する配慮も重要である。アイルランドのナーシングホームローンや、フランスの抵当権付終身貸付では、住宅を手放すか現金で返済するかを相続人が選択することができる。相続人にとって、住宅の売却は大きな手間である。第三者が売却を代行したり、住宅を保有するかどうかを選べる仕組み等を導入することにより、相続人に受け入れられやすい制度設計になると考えられる。

③制度の確実な実行

リバースモーゲージ型や後納型のように、住宅などをすぐに手放さないような配慮がなされている制度においては、回収の確実性は制度の継続性の観点から重要である。ニュージーランドの施設介護貸付制度においては、保健省が当該住宅に対して抵当権を保有する契約が結ばれ、利用者の死後、住宅が売却され保健省への返済が行われるまでは、相続人の手に渡らない仕組みとなっている。また、アメリカのMERでも、州が当該物件に対し先取特権を設定することができ、費用を優先的に回収することができる仕組みが導入されている。このように確実に費用を回収できる手段を仕組みとして組み込むことが必要と考えられる。

資産を勘案して個人の負担能力を測ることは、非常にデリケートな問題であり、導入している国ではそれぞれの国の社会的環境や慣習にあった制度がつくられている。我が国で新たな負担能力評価の仕組みの導入を検討する際には、これらの国とは社会的環境や慣習が異なることも十分に考慮した上で、制度設計を行うことが必要である。

図表IV-3-1 各国制度のまとめ

●: 全て対象 ▲: 一部あるいは条件付きで対象 ×: 対象外

国名		アメリカ	イギリス	オーストラリア	アイルランド	ニュージーランド	(参考)フランス	
制度名称		Medicaid Estate Recovery	(ケアホームの利用料金補助)	Accommodation Bonds / Accommodation Charge	Nursing Home Support Scheme	Residential Care Subsidy / Residential Care Loan	ピアジェ 抵当権付終身貸付	
制度類型		後納型		施設料金変動型		リバースモーゲージ型		
収入	概要	35\$/月を除いた収入が自己負担額となり、全介護費用との差額はメディケイドから給付される。	23.5£/週を除いた収入が自己負担額となり、介護費用との差額は自治体から補助金として提供される。	収入に応じて4段階の基本料金が設定されている。	収入の80%が自己負担額に含まれる。(年間に資産の5%との合計)	42\$/週を除いた収入が自己負担額となる。全介護費用との差額はDHBから支払われる(補助金または貸付)	- (収入は勘案されない)	
	勘案する収入の種類	就労	●	●	●	●	●	×
		年金	●	●	●	●	▲	×
		資産収入	●	●	●	●	▲	×
		信託	●	×	×	×	●	×
		政府扶助	●	▲	●	●	×	×
家族の収入	州によっては配偶者の収入を含める	基本的に本人収入のみ	夫婦収入の半分を本人収入とみなす	夫婦収入の半分を本人収入とみなす	夫婦収入の半分を本人収入とみなす	-		
資産	概要	利用者の死後、メディケアが給付した費用を可能な限り資産より回収する。	14,250£を超える資産の、250£につき週1£の収入とみなされる。みなし収入も自己負担額となる。	ナーシングホームでは、405,000\$を超える資産を2,080で除した額が、1日あたり自己負担額に上乘せされる。ホステルでは、入居一時金の額が資産に応じて定められる。	年間に資産の5%が自己負担額に含まれる。(収入の80%との合計) 資産から発生する自己負担分は、死後まで猶予することができ、利用者の死後、相続人が返済する。	資産が213,297\$を下回った者は補助金の、これを上回りかつ自宅を除いた資産が15,000\$を超えない者は貸付の受給資格を得る。自宅を除いた資産が15,000\$を超えた場合には、自己負担上限額支払う必要がある。貸付については死後に当該物件を売却して相続人が返済する。	ピアジェでは、利用者の自宅価値と平均余命から一時金と終身定期金の金額を合意。抵当権付終身貸付では、利用者の自宅価値から貸付金額を合意する。死後、相続人は貸付額を返済するか、当該物件を引き渡す。	
	勘案する資産範囲	現金・預金	●	●	●	●	●	×
		金融商品・有価証券	▲	●	●	●	●	×
		貸付・信託	●	●	●	×	●	×
		住宅	▲	▲	▲	●	▲	●
		その他不動産	●	●	▲	●	●	×
		車・移動住宅	▲	×	●	●	▲	×
		贈与	●	×	▲	●	▲	×
家族の資産	配偶者が上限を超える資産を保有していた場合、その資産も回収の対象となる	基本的に本人資産のみ	夫婦資産の半分を本人資産とみなす	夫婦資産の半分を本人資産とみなす	夫婦資産の半分を本人資産とみなす	基本的に本人資産のみ		
配偶者等に対する配慮	<ul style="list-style-type: none"> 以下の人物が死亡するまで、回収を延期される <ul style="list-style-type: none"> - 配偶者 - 障害を有する子ども - 施設入所前から同居する兄弟姉妹 - 施設入所前から同居し、在宅介護を行っていた子ども 利用者が21歳未満の子どもを有している場合は、その子どもが21歳になるまで回収が延期される 	<ul style="list-style-type: none"> 以下の人物が居住している場合は、住宅は資産に勘案されない。 <ul style="list-style-type: none"> - 配偶者 - 60歳以上もしくは18歳未満親族 - 障害をもつ親族等(親族等: 両親、義理の両親、子、義理の子、兄弟姉妹、叔父・叔母、甥・姪、祖父母、孫、内縁の配偶者等) 	<ul style="list-style-type: none"> 以下の人物が居住している場合は、住宅は資産に勘案されない。 <ul style="list-style-type: none"> - 配偶者(内縁も可) - 扶養すべき子供 - 施設入所前から同居し、在宅介護を行っていた人物が、低所得給付を受給している場合 - 施設入所前から同居している親族(両親・兄弟姉妹・子供・孫)が低所得給付を受給している場合 	<ul style="list-style-type: none"> 以下の人物が居住している場合は、その死亡まで支払いを猶予される <ul style="list-style-type: none"> - 配偶者(内縁も可) - 資産を持たない21歳未満の子ども - 資産を持たない兄弟姉妹 - 障害者手当等を受給している親族 - 当該住宅が付属する建物を保有する親族 - 施設入所前に利用者の在宅介護を行っていた者 	<ul style="list-style-type: none"> 配偶者(内縁も可)が、当該住宅を担保としてResidential Care Loanを適用されている場合は、配偶者が死亡するまで支払いを猶予される。 	-		

図表IV-3-2 制度の確実な実行を担保する仕組み

国名 制度名称		回収の確実性を 高める仕組み	資力に関する虚偽申請への対応	
			防止策	発覚時の対応
アメリカ	Medicaid / Medicaid Estate Recovery	<ul style="list-style-type: none"> • メディケイドによる回収の義務化 • 先取特権の設定が可能 • 利用者の死亡時には、遺言執行人または管理人が、利用者の申請に虚偽や不備がない旨を確認する義務をもつ 	<ul style="list-style-type: none"> • 申告内容を証明する書類を提出させる • 申請内容を社会保障番号により既存データと照合する • 弁護士を立てて文書を取り交す • 収入・資産・住宅に関する情報は毎年更新が必要 	<ul style="list-style-type: none"> • 返還が求められる • 返還が行われない場合は、裁判が行われる
ニュージーランド	Residential Care Loan	<ul style="list-style-type: none"> • 抵当権が発生 • 貸付契約時に、資産の相続人を把握 • 完済まで当該物件が相続人の手に渡らない仕組み • 貸付累計額に応じて適宜補助金に切り替わり、資産から回収可能な貸付額額に留められている 	<ul style="list-style-type: none"> • 申告内容を証明する書類を提出させる • 申告書等に対して疑わしい点は MSD から質問を行う • 資産を持たないという申請の場合には、行政から金融機関へ保有資産の確認を行う • 弁護士を立てて法律文書の取り交わす 	<ul style="list-style-type: none"> • 法的な罰則はない • 再審査を行い、受給資格がないことが発覚した場合には、受給した分を返還させる
フランス (参考)	ピアジェ / 抵当権付終身貸付	<ul style="list-style-type: none"> • 当該物件の査定を行う • 抵当権が発生 • 貸し手に資産状態を査察する権利がある 	<ul style="list-style-type: none"> • 第三者である公証人を立てる 	<ul style="list-style-type: none"> • なし

参考文献一覧

(共通)

- 李鳳月「国際比較からみた介護システムの役割分担－民営化と分権化の動向を中心に－」 2010
谷口聡「わが国におけるリバースモーゲージの展開」 2009
諸外国における介護制度の概要 第5回社会保障審議会介護保険部会 資料3 2003.10.27
厚生労働省「海外情勢報告 2010～2011」
健康保険組合連合会編「社会保障年鑑 2011」
健康保険組合連合会編「社会保障年鑑 2010」
健康保険組合連合会編「社会保障年鑑 2008」
クルーム洋子「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」 海外社会保障研究 Autumn 2008 No.164
岡田徹太郎「アメリカにおける住環境の保障と住宅政策」 Autumn 2005 No.152
医療経済研究機構「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査 報告書」 2009.3
財務省財務総合政策研究所「医療制度の国際比較」 2010.6
(株)野村総合研究所「諸外国における公的扶助制度等の調査研究 報告書」 2009.3
海老塚良吉「アメリカとイギリスの家賃補助政策」 東京経大会誌第 269 号 2011.2
年金シニアプラン総合研究機構 世界の年金情報 (2012 年 4 月時点)
吉田しおり「イギリスにおける介護保障制度」 健保連海外医療保障 No.94 2012.6
三富紀敬「介護保障の国際比較研究における基本的な問題」 静岡大学経済研究 2010.2
新社会システム総合研究所 「高齢者介護」 2006
(OECD“Long-term Care for Older People”2005 の翻訳)
OECD “Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care” 2011

(アメリカ)

- 厚生労働省 第 39 回介護保険部会 資料4 昨年介護保険部会で議論した給付に関する制度見直しの論点 2011.10.31
医療経済研究機構「アメリカ医療関連データ集」(2011 年版)
認知症介護研究・研修センター「アメリカの認知症ケア動向」 2011.3
小林篤「米国ヘルスケア改革における介護保険の現状と今後」 損保ジャパン総研レポート 2012.3
自治体国際化協会「在宅サービスへ移行するアメリカの高齢者福祉～アメリカ高齢者福祉法に基づく高齢者支援体制と非営利団体～」CLAIR REPORT No.134 2010.2
Centers for Medicare & Medicaid Services “BRIEF SUMMARIES of MEDICARE & MEDICAID” 2011.11
The Henry J. Kaiser Family Foundation “FOCUS on Health Reform - HEALTH CARE REFORM AND THE CLASS ACT” 2010.4
US. Department of Health & Human Services “MEDICAID ESTATE RECOVERY” 2005.4
US. Department of Health & Human Services “MEDICAID ESTATE RECOVERY COLLECTIONS” 2005.9
AARP Public Policy Institute “FACT SHEET -Medicaid Estate Recovery” 2006.5
US. Department of Health & Human Services “Understanding Medicaid Home and Community Services: A Primer 2010 Edition” 2010
US. Department of Health & Human Services “A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program”
AARP “Medicaid Estate Recovery : A 2004 Survey of State Programs and Practices” 2005.6

(ニュージーランド)

- 松岡博幸「ニュージーランド高齢者介護のサービスと自己負担」 2003
- 松岡博幸「ニュージーランドにおける高齢者介護制度の改革」 2002
- 松岡博幸「ニュージーランドの政府間関係と高齢者政策」 2001
- 武田真理子「ニュージーランドの年金改革と高齢者生活」 国立社会保障・人口問題研究所 海外社会保障研究 1999 No.126
- 年金シニアプラン総合研究所 年金と経済 Vol.31 No.1
- New Zealand Ministry of Health “Long-term Residential Care for Older People What you need to know” 2012
- Auckland District Health Board “Moving into Residential Care” 2011
- New Zealand Ministry of Health “healthcare system over view” 2011
- OECD “New Zealand Long-term Care” 2011.5.18
- New Zealand Health Affairs “New Zealand: Long-Term Care In A Decade Of Change” 2000
- New Zealand Ministry of Health “Residential Care Loan Scheme - Deferred Loan Policy”
- New Zealand Ministry of Health “Notice of Eligibility for Loans Under the Residential Care Loan Scheme”
- New Zealand Ministry of Health “Factsheet - August 2009 Changes to the Financial Means Assessment for the Residential Care Subsidy” 2009
- New Zealand Ministry of Health “Needs Assessment and Support Service for Older People” 2011.5
- New Zealand Ministry of Health “Home and Community Support Services - fact sheet” 2011.5
- New Zealand Ministry of Health “Carer Support - fact sheets” 2011.7
- New Zealand Ministry of Health “Extract from New Zealand Gazette, 21/6/2012, No.69, p. 1969 Work and Income “Residential Care Subsidy and Residential Care Loan” 2012

(オーストラリア)

- 岡部陽二「オーストラリアの医療システム」 医療経済研究機構 Monthly IHEP 2012.8
- 厚生労働省「世界の厚生労働白書」 2007
- 丸尾美奈子「オーストラリアの医療保障制度」 ニッセイ基礎研究所 2009.10
- 認知症介護情報ネットワーク「オーストラリアの認知症ケア動向 IV オーストラリアの社会保障制度」
- オーストラリア政府「HACC Your Rights and Responsibilities」
- 認知症介護情報ネットワーク「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」
- 丸尾美奈子「オーストラリアの年金制度について」 ニッセイ基礎研究所 2009.8
- 大森 正博「オーストラリアの高齢者施設サービス改革」 お茶の水女子大学
- Department of Health and Aging “Accommodation Bonds for Residential Aged Care” 2012.9
- Department of Health and Aging “SCHEDULE OF RESIDENT FEES AND CHARGES: FROM 1 JANUARY 2013”
- Department of Health and Aging ” The Accommodation Charge for Residential Aged Care” 2012.9
- Department of Health and Aging “Basic Daily Fees for Residential Aged Care” 2012.9
- Department of Health and Aging” Income Tested Fees for Residential Aged Care” 2012.9
- State of Western Australia “HACC Needs Identification” 2006.2
- Department of Health and Aging ” Application for Respite Care or Permanent Entry to an Aged Care Home”
- Department of Health and Aging “New Entrants to Residential Aged Care Fees and Charges Flow Chart - (permanent entry)” 2006.6

Department of Health and Aging “Permanent Residential Aged Care Request for an Assets Assessment” 2011.9

Department of Health and Aging “Permanent Residential Aged Care Request for Assets Assessment Information Booklet”

(アイルランド)

Irish Times “Fair Deal nursing scheme to be reviewed in detail” 2012.4.25

Ireland Government “Review of Nursing Home” 2002

Ireland Health Service Executive “Nursing Homes Support Scheme”

Ireland Health Service Executive “Guide to Applying for Nursing Homes Support Scheme” 2000

Ireland Health Service Executive “Performance Report Financial Data” 2010

Ireland Government “New Nursing Home Support Scheme “A Fair Deal”“ 2009

Ireland Health Service Executive “Nursing Home Application form”

Ireland Health Service Executive “Home Care Package Application form”

Ireland Health Service Executive “Home Care Package Scheme”

Ireland Health Service Executive “Review of the Nursing Home Subvention Scheme”

Ireland Health Service Executive “Nursing Home Subvention Scheme Information”

Ireland Health Service Executive “PerformanceReportFinancialData”2010

Ireland Citizen Information Board “Nursing_Home_Support_Scheme_Review_Submission”2012

(イギリス)

医療経済研究機構「イギリス医療関連データ集」(2011年版)

認知症介護研究・研修センター「イギリスの認知症ケア動向」 2010.12

伊藤善典「英国の医療福祉サービスの動向と官民関係(上)(下)」大原社会問題研究所雑誌 No.560,561 2005.7, 2005.8

井上恒男「英国における介護費用負担方式をめぐる議論」週刊社会保障 No.2558(2009.12.7)

井上恒男「病院ケアから地域ケアへー英国の高齢者退院促進政策に学ぶー」同志社政策科学研究 2008.12

長澤紀美子「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革ー高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択ー」海外社会保障研究 Winter 2009 No.169

植村英晴、柳田正明「イギリスの介護施策と障害者施策」海外社会保障研究 Spring 2006 No.154

Department of Health “Charging for Residential Accommodation Guide” 2012.10

Joseph Rowntree Foundation “Options for care funding: what could be done now?” 2009.3

National Statistics “Community Care Statistics 2010-11: Social Services Activity Report, England”

(フランス)

稲森公嘉「フランス介護保障制度の現状と動向」 2012

太矢一彦「フランスにおける不動産ピアジェ」 2009

原田啓一郎「フランスの高齢者介護制度の展開と課題」 2007

医療経済研究機構「フランス医療関連データ集 2009年版」

江口隆裕「フランスにおける医療と介護の機能分担に関する研究」

山本和彦「フランスの不動産競売手続き」 2008

日医総研「フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策」 2008

水野由佳子「家族の変容と相続に関する一考察」 2004

海外社会保障研究「フランスにおける住宅政策と社会保障」 2005

石田三成「フランスにおける国と地方の役割分担」 2006

太矢一彦「フランスにおける抵当権付終身貸付及び不動産ピアジェの現状」 2012

参考 WEB サイト

(アメリカ)

社会保障庁(SSA)の WEB サイト <https://s044a90.ssa.gov/apps6z/issz/main.html>

メディケアの WEB サイト <http://www.medicare.gov/>

メディケイドの WEB サイト <http://www.medicaid.gov/>

Department of Health & Human Services website – Medicaid Estate Recovery

<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/estaterec.htm>

Department of Health & Human Services website

– A Report on the Actuarial, Marketing, and Legal Analyses of the CLASS Program

<http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2011/class/index.pdf>

(ニュージーランド)

保健省 (MoH:Ministry of Health) ニーズアセスメントについて

<http://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/health-older-people/needs-assessment>

Work and Income 施設介護補助金について

<http://www.workandincome.govt.nz/individuals/forms-and-brochures/residential-care-subsidy.html>

保健省 資力調査について

<http://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/health-older-people/long-term-residential-care/income-and-asset-testing>

保健省 資力調査に関する近年の変更について

<http://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/health-older-people/long-term-residential-care/income-and-asset-testing/changes-income-and-asset-testing>

保健省 DHB(District Health Board) について

<http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/key-health-sector-organisations-and-people/district-health-boards>

In Land Revenue Kiwi saver について <http://www.kiwisaver.govt.nz/new/about/how/>

(オーストラリア)

シドニー日本クラブ福祉委員会 HP <http://members.optusnet.com.au/~yhosaka/fukushi.htm>

「国際経営論」最終講義 広島国際大学教授 岡部陽二

http://www.y-okabe.org/medical/post_125.html

オーストラリア政府 HP 施設ケア料金について

<http://www.agedcareaustralia.gov.au/internet/agedcare/publishing.nsf/Content/what+will+I+pay>

オーストラリア政府 HP 在宅ケアについて

<http://www.agedcareaustralia.gov.au/internet/agedcare/publishing.nsf/Content/What+programs+are+available>

Commonwealth Respite and Carelink Centres HP <http://www9.health.gov.au/ccsd/index.cfm>

Centrelink HP 資産について <http://www.humanservices.gov.au/customer/enablers/assets>

(アイルランド)

Irish Health .com A Fair Deal: all you need to know

<http://www.irishhealth.com/article.html?id=16363>

Disability Federation of Ireland HP <http://www.disability-federation.ie/index.php?uniqueID=10560>

(イギリス)

保健省 (DOH:Department of Health) <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

Community Care Statistics <http://www.ic.nhs.uk/pubs/finalcarestats1011ssa>

平成 24 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分)

補足給付の実態と資産等を勘案した負担能力評価のあり方
に関する調査研究

報告書

平成 25 年 3 月
〔平成 25 年 5 月発行第 2 版(訂正版)〕

株式会社 野村総合研究所

〒100-0005 東京都千代田区丸の内1-6-5
丸の内北口ビル
TEL : 03-5533-2111(代表)

〔ユニットコード:6218164〕