

健保連海外医療保障

No.94 2012年6月

■特集Ⅰ：諸外国の介護保障制度

- ドイツ
ドイツの介護保険改革……………土田 武史
- フランス
フランス介護保障制度の現状と動向……………稲森 公嘉
- イギリス
イギリスにおける介護保障制度……………吉田 しおり
- カナダ
カナダの高齢者介護：ホームケア……………岩崎 利彦

■特集Ⅱ：ドイツ医療保険改革の動向

- ドイツ
ドイツの2011年医療改革
—公的医療保険診療構造法—……………田中 謙一

■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／イギリス／カナダ

健保連海外医療保障

No.94 2012年6月

ドイツの介護保険改革

早稲田大学教授

土田 武史

Takeshi Tsuchida

ドイツで介護保険が施行されてから15年余りが経過した。介護保険は国民生活にとって不可欠な制度として定着しているが、同時にまた介護保険をもっと役立つ制度にするための改革が試みられている。そのきっかけになったのは、増え続ける認知症の高齢者に対する対応が不十分ではないかという声が大きくなってきたことである。それに対応して、2008年に制度発足以来初めての大きな改革が実施された。要介護度がゼロと認定された認知症の人への給付を増額したのをはじめ、在宅介護における給付水準の引上げ、ケースマネジメントや介護支援拠点の導入、高齢者向け居住共同体の促進、介護休業の導入などの給付改善や、保険料率の引上げなどが行われた。

2009年に中道左派の大連立政権から中道右派の連立政権へと変わったのに伴い、新たな改革が模索されてきたが、このほど2013年からの実施を目指して2つの改革案が取りまとめられた。1つは「介護保険新展開法案」で、認知症の人への給付の引上げ、高齢者向けの居住共同体の積極的な拡大、介護の質を高めるための審査の強化と透明性の確保、新たな要介護概念と認定基準の導入のための検討、0.1%の保険料率引上げ—などが盛り込まれている。もう1つは「新介護職法案」で、従来の介護職(老人介護士、看護師、児童看護師)の資格を統合し、新たな介護職の育成制度を導入することを目的に、そのための新たな職業資格、教育課程、卒後研修—などを定めた法案である。それらの改革の方向性をみると、単に認知症の高齢者を含む要介護者に対する介護の質の向上を図るだけではなく、要介護者の自己決定に基づく自立した生活、人間の尊厳にふさわしい生活を営むことを支援し、高齢社会における生活や地域社会のあり様を変えていこうとしているように思われる。

1. 介護保険の実施状況

最初に、ドイツの介護保険の状況を簡単にみておこう。被保険者数をみると、2011年12月末現在、公的介護保険の被保険者数が6,948万人、民間介護保険の被保険者数が950万人となっている。1996年からの推移をみると、公的介護保険の被保険者が約278万人減少し、民間介護保険の被保険者が約214万人増加している。ドイツの介護保険の保険者(介護金庫)は医療保険の保険者(疾病金庫)が兼ねており、被保険者も医

療保険と重なり合っているので、この増減は医療保険によるところが大きいと思われる。

次に受給者数についてみると、表1のようになっている。2011年12月末現在、在宅介護の受給者が160万人、施設介護の受給者が72万人である。受給者の推移をみると、在宅介護受給者は1996年から2004年にかけては約14万人の増加であったが、2004年から2011年にかけては約30万人の増加と2倍以上になっており、受給者が増加傾向にあることを示している。要介護度別に受給者数の推移をみると、在宅介護では、

要介護度Ⅰが1996年の50万8,000人から2011年の99万6,000人へと2倍近く増大しているのに対して、要介護度ⅡおよびⅢはほぼ横ばいの状態であり、要介護者の増加が主として要介護度Ⅰにおいて生じていることがわかる。また、施設介護の受給者は、1996年の数値は半年分なので2004年から2011年の間でみると、約9万人の増加にとどまっており、在宅介護の増加に比べると施設介護の増加が少ない点に特徴がみられる。ドイツ介護保険における在宅介護優先の理念・政策の影響が大きいことを示しているといえよう。

保険給付の種類別受給者数の推移をみると、表2のようにになっている。在宅介護では、介護手当の受給者が最も多く、1996年から2009年の間に10万人近く増加しているが、受給者総数に占める割合では60.4%から45.5%へと大きく低下している。もっとも、在宅介護の受給者だけでみると、介護手当の受給者は78.6%から

65.6%への低下にとどまり、依然として家族等による介護が大きな役割を果たしていることを示している。また、介護サービスと介護手当のコンビネーション給付の受給者は、1996年から2009年の間に15万人ほど増加し、受給者に占める割合も8.7%から12.5%に増加している。デイケア・ナイトケアの受給者数はまだ少ないが、最近になって増加する傾向がみられる。また、完全施設介護の受給者数も、2004年の54万9,000人から2009年には61万4,000人へと増加しているが、受給者総数に対する割合でみると27.7%から27.0%に若干低下している。

表3は、保険給付費の推移を示したものである。ここにみられるように、介護手当が1996年に43.1%を占めていたが、その後徐々に低下し、2005年以降は23%前後となっている。介護サービスは2000年以降14%台で横ばい状態を示しており、その他の在宅介護給付も大きな変化はみられない。また、施設介護をみると、完全施設

表1 要介護度別受給者数の推移

(単位：千人)

	在宅介護				施設介護			
	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	計	要介護度Ⅰ	要介護度Ⅱ	要介護度Ⅲ	計
1996年	508 (43.8)	507 (43.7)	146 (12.6)	1,162 (100.0)	112 (29.1)	163 (42.3)	110 (28.6)	385 (100.0)
2004年	746 (57.5)	427 (32.9)	124 (9.6)	1,297 (100.0)	245 (39.0)	259 (41.2)	125 (19.9)	629 (100.0)
2011年	996 (62.2)	469 (29.3)	137 (8.5)	1,602 (100.0)	303 (42.3)	274 (38.3)	139 (19.5)	715 (100.0)

注 カッコ内の数値は構成割合(%)。

資料出所：1996年はBKGs, Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, 2004年はBMGS, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (07/09)、2011年はZahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (04/12)。

表2 給付の種類別受給者数の推移

(単位：人)

給付の種類	1996年	2000年	2004年	2009年
介護手当(現金給付)	943,878 (60.4)	954,684 (50.7)	959,580 (48.4)	1,034,561 (45.5)
介護サービス(現物給付)	105,879 (6.8)	159,693 (8.5)	169,357 (8.5)	179,795 (7.9)
コンビネーション給付	135,305 (8.7)	193,018 (10.3)	203,531 (10.3)	284,670 (12.5)
介護休暇	6,805 (0.4)	6,313 (0.3)	12,145 (0.6)	33,779 (1.5)
デイケア・ナイトケア	3,639 (0.2)	10,287 (0.5)	15,045 (0.8)	28,895 (1.3)
ショートステイ	5,731 (0.4)	7,696 (0.4)	9,989 (0.5)	16,542 (0.7)
完全施設介護	355,142 (22.7)	494,793 (26.3)	548,665 (27.7)	613,746 (27.0)
障害者の完全施設介護	5,711 (0.4)	55,641 (3.0)	65,052 (3.3)	79,457 (3.5)
計	1,562,088 (100.0)	1,882,125 (100.0)	1,983,363 (100.0)	2,271,445 (100.0)

注1 完全施設介護は、1996年7月から開始されたので、1996年の給付額は低くなっている。

2 カッコ内の数値は構成割合(%)。

資料出所：1996～2004年はBMGS, Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005、2009年はSoziale Pflegeversicherung, Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2009。

介護は費用が増大しているが、給付総額に占める割合は50%程度で横ばいとなっている。総じて、諸給付の割合はほぼ一定のまま徐々に費用が増大傾向を示しているといえよう。また、給付費総額における現物給付と現金給付の割合をみると、徐々に現物給付の割合が増えており、2011年の平均値では現物給付が39%、現金給付が61%となっている。

2. 2008年改革の概要

2008年にキリスト教民主・社会同盟(CDU/CSU)と社会民主党(SPD)の大連立内閣の下で「介護保険継続発展法」(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)が制定され、施行された。すでに周知のことと思われるが、後に述べる新しい改革法案にも関連してくるので、その改革の主な内容を簡単に述べておきたい。

(1) 保険料率の引上げ

ドイツの介護保険では1995年の実施以来、保険料率を据え置いてきたが、2008年8月から保険料率を1.70%から1.95%に引き上げた。これは以下に述べるような給付の改善に資するためであるが、それに加えて今後の要介護者の増大に備えることも保険料率引上げの理由に挙げられている。また、2005年の改正で、子のない被

保険者に対する保険料率が0.25%引き上げられたが、今回の改正でもその上乗せは変わらず、子のない被保険者に対する保険料率は2.20%に引き上げられた。今回の0.25%の保険料率引上げで、年26億ユーロの収入増が見込まれていたが、これにより2007年の3億2,000万ユーロの赤字が2008年には6億3,000万ユーロの黒字となり、2009年にはさらに9億9,000万ユーロの黒字となった。

ドイツの社会保険は労使折半が原則となっているが、介護保険料率の引上げによる使用者側の負担増が企業の国内投資を妨げる恐れがあるとして、介護保険料率の引上げと引き換えに失業保険料率が4.2%から3.3%に引き下げられた。

(2) 在宅介護の強化

介護保険の給付額は、1995年の制度創設以来据え置かれてきたが、表4に示すように在宅介護を中心に引上げが行われた。施設介護については要介護度ⅠおよびⅡとも据え置かれ、要介護度Ⅲがわずかに引き上げられるにとどまっております。2012年に給付の引上げが完了した後は、3年ごとに物価上昇率を勘案した給付の調整が行われることになっている(最初の調整は2015年に行われる予定)。

また、在宅介護の支援策として、居住地に近

表3 保険給付費の推移

(単位: 億ユーロ)

給付の種類	1996年	2000年	2004年	2009年
介護手当(現金給付)	44.4 (43.1)	41.8 (26.4)	40.8 (24.3)	44.7 (23.1)
介護サービス(現物給付)	15.4 (15.2)	22.3 (14.1)	23.7 (14.1)	27.5 (14.2)
介護休暇	1.3 (1.3)	1.0 (0.7)	1.7 (1.0)	3.4 (1.8)
デイケア・ナイトケア	0.3 (0.3)	0.6 (0.4)	0.8 (0.5)	1.5 (0.8)
ショートステイ	0.9 (0.9)	1.4 (0.9)	2.0 (1.2)	3.1 (1.6)
介護者の社会保障給付	9.3 (9.1)	10.7 (6.7)	9.3 (5.5)	8.8 (4.6)
介護補装具等	3.9 (3.8)	4.0 (2.5)	3.4 (2.0)	4.4 (2.3)
完全施設介護	26.9 (26.2)	74.8 (47.2)	83.5 (49.8)	92.9 (48.1)
障害者の完全施設介護	0.1 (0.1)	2.1 (1.3)	2.3 (1.4)	2.5 (1.3)
計	102.5 (100.0)	158.6 (100.0)	167.7 (100.0)	193.3 (100.0)

注1 カッコ内の数値は構成割合(%)。

2 端数処理の関係、および省略している項目があるため、各項目の数値を足しても計と一致しない箇所がある。

資料出所: 表2に同じ。

接した介護支援拠点 (Pflegestützpunkt) が設けられた。日本の地域包括支援センターに相当するものとされ、医療保険や介護保険の専門職のほか自治体や社会福祉団体などの関係者とも連携し、介護等に関する情報を集積するとともに、利用者がそこに行くとき在宅介護施設や介護人の紹介、申請書の記載、給付等についての相談、介護プランの作成など必要な情報やサービスが得られるようにすることが企図されている。介護支援拠点の設置促進費として6,000万ユーロが予算計上され、1カ所当たり4万5,000ユーロが支出される。維持費は、疾病金庫と介護金庫が負担することになっている。計画では人口2万人に1カ所の割合で設置し、全国に4,000カ所設けるとされている。

また、在宅介護の質を高めるため、ケースマネジメント (Fallmanagement) の仕組みが導入された。日本の介護プランに該当するもので、上記の介護支援拠点とともに、日本の介護保険

制度を模したものとされている。ケースマネジメントを行うのは介護金庫に所属する介護相談員 (Pflegeberater) で、介護や医療に関わるトータルな支援を行うことになっている。介護相談員となるのは、老人介護士、看護師、小児看護師などで一定の実習を経験した者とされており、相談員1人につき約100人の利用者を担当することとされている。

(3) 認知症に対する給付の改善

2008年改革では、認知症に対する給付の充実が図られた。認知症については、入浴・排泄・食事など従来の介護保険給付から抜け落ちていた「見守りや世話」(Betreuung)が必要であることが指摘されてきたが、2008年改革ではそうした見守りや世話への給付が大幅に改善された。すなわち、2001年の改革で年額460ユーロの給付が行われるようになっていたが、見守りや世話のニーズに応じて月額100ユーロまたは200

表4 2008年改革による給付額の変更

(単位:ユーロ、月額)

給付の種類	引上げの時期	要介護度 I	要介護度 II	要介護度 III	過酷なケース	
在宅介護 (現物給付)	2008年6月まで	384	921	1,432	1,918	
	2008年7月1日から	420	980	1,470		
	2010年1月1日から	440	1,040	1,510		
	2012年1月1日から	450	1,100	1,550		
介護手当 (現金給付)	2008年6月まで	205	410	665	なし	
	2008年7月1日から	215	420	675		
	2010年1月1日から	225	430	685		
	2012年1月1日から	235	440	700		
デイケア ナイトケア	2008年6月まで	384	921	1,432	なし	
	2008年7月1日から	420	980	1,470		
	2010年1月1日から	440	1,040	1,510		
	2012年1月1日から	450	1,100	1,550		
ショートステイ (年額)	2008年6月まで	1,432	1,432	1,432	なし	
	2008年7月1日から	1,470	1,470	1,470		
	2010年1月1日から	1,510	1,510	1,510		
	2012年1月1日から	1,550	1,550	1,550		
代替介護 (上段:親族等による場合 下段:その他の者による場合)	2008年6月まで	205	410	665	なし	
		1,432	1,432	1,432		
	2008年7月1日から	215	420	675		
		1,470	1,470	1,470		
	2010年1月1日から	225	430	685		
		1,510	1,510	1,510		
	2012年1月1日から	235	440	700		
		1,550	1,550	1,550		
完全施設介護	2008年6月まで	1,023	1,279	1,432	1,688	
	2008年7月1日から			1,470		1,700
	2010年1月1日から			1,510		1,825
	2012年1月1日から			1,550		1,825

ユーロ(重度の場合)に引き上げられた。

さらに、要介護と認定されなかった「要介護度0」の人でも認知症と認められた場合には、追加給付が認められた。また、要介護度がIからIIIまでの人が認知症と認定された場合にも追加給付が行われることになった。

これと合わせて、介護施設では認知症の入所者の世話をするための改善が図られた。すなわち、介護施設で散歩や簡単な世話をするためにアシスタントを配置した場合、介護金庫からの報酬加算が行われることとなった。このアシスタントはとくに資格は必要とせず、簡単な実習を受講するだけで対応できるものとされた。配置は、入所者25人に1人のアシスタントを付けることが目安とされている。

(4) 介護の質の改善策

介護の質の確保は介護保険の重要な課題とされ、2001年には「介護の質の確保法」が制定されるなど多くの取組みがなされてきた。2008年改革では介護の質に関する審査を強化し、その結果を公表して透明性を高めるための対策が講じられた。

介護の質については、MDK(医療保険のメディカルサービス)による審査が3～5年くらいの間隔で行われてきたが、2008年改革では2011年から少なくとも年に1回以上の審査を行うことが定められた。その際、MDKの審査は、人員や設備等の組織構造の質、サービスの実施プロセスの質、サービスの実施結果の質—について把握することとされ、そのなかでもサービスの実施結果の質に関する審査が最も重視されることになる。

さらに、介護施設に関する透明性を高めるため、MDKが行った審査結果に5段階評価を付け、一定の項目についてインターネットで公開することとされ、2009年7月から入所施設、10月から在宅施設についての情報が公開された。なお、審査結果の公表に際しては、あらかじめ施設側に公表内容を示し、施設側に異議申し立てがあれば、その是非について判断を行うなど

施設側にも配慮した対応策が講じられている。

(5) 高齢者居住共同体の促進

高齢者の多くはできる限り自立して生活することを望んでいる。そうした思いを実現するために、2008年改革では「高齢者居住共同体」(Senioren-Wohngemeinschaft, Senioren-WG)の促進が図られた。居住共同体は、個室などプライベートな空間を持ちながら、台所・食堂・風呂などを共同で利用し、日常の生活や遊びなどを一緒に行う居住形態のことで、従来から学生などの間で行われてきたものであるが、そうした居住形態を高齢者や要介護者の生活において活用しようというものである。日本のグループホームに似ているが、グループホームが認知症高齢者の介護を主な目的とする施設であるのに対して、高齢者居住共同体は日常生活を営む住居であり、そこで自立しながら共同で生活することを主な目的としている点で異なっている。

2008年改革では、居住共同体に居住する要介護者に対する給付要件が改善され、同じ居住共同体に居住している要介護者の給付を「プール制」にすることが可能となった。これは共同体に居住する人が、ヘルパーなどのサービスを共同で利用したり、在宅介護サービスの支払いを共同で行ったりすることによって節約された時間や費用をプールして活用するもので、他のサービスに振り向けることもできる。さらに、在宅介護で個人の介護者と介護契約を結ぶことは、在宅介護機関が関わるのが難しい場合にだけに限定されていたが、個人の介護がとくに効果的で経済的な場合には要介護者が個人の介護者と介護契約を結ぶことが認められるようになり、居住共同体で要介護者が共同でそうしたサービスを受けることも可能となった。

家族等による介護が次第に難しくなり、また介護施設への入所が高額なため難しい場合に、こうした居住共同体の利用は、高齢者の自立した生活を進めるうえで有効な方式として注目されている。

(6) 介護休業の導入

在宅での介護を推進し、介護する家族の負担を軽減するために、介護休業が導入された。これは15人以上の企業における従業員が家族の介護を行うために、最長6カ月間の無給の休業を取得できるようにしたものである。また、在宅介護のための準備や短期の介護を行うために、最長10日間の短期休業（無給）の制度も導入された。

3. 新たな改革への取組み

(1) 介護政策に関する連立協定

2009年秋の連邦議会選挙で社会民主党（SPD）が歴史的な惨敗を喫したことにより、大連立政権が解消され、新たにキリスト教民主／社会同盟（CDU/CSU）と自由民主党（FDP）との保守中道政権が誕生した。連立に際して3党間で連立協定が締結されたが、介護政策については次のような内容となっていた。

- ・高齢者の介護に関わる専門職の充実化とその育成を図ること。そのために介護職に関する新たな法律を定めるとともに、その育成のための教育制度改革を行うこと。
- ・要介護者のニーズにより即した介護を行うとともに、介護の価格や介護の質など介護給付に関する透明性を高めること。そのために介護支援拠点の拡大の促進を図ること、また介護の質に関する審査においては介護サービスの実施結果の質を優先すること。
- ・要介護度の判定に関して新たな認定基準を創設すること。その際は、単に身体的機能だけでなく見守りや世話の必要性など認知症に関わる事柄にも配慮すること。また、認知症患者のための居住共同体のような居住と世話に関する給付システムにも配慮するなど、介護保険の新たな展開も考慮する必要があること。
- ・介護保険は社会保険の重要な制度であるが、将来的には介護ニーズの増大等による財源不足が予想されるため、将来の要介護状態に備えて個人が介護費用を積み立てる付加的制度

の創設が必要であること。その検討のために省庁間で作業グループを設置すること。

(2) 介護保険新展開法案の概要

2012年3月末に連邦政府は、「介護保険新展開法」（Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung, Pflege-Neuausrichtungsgesetz, PNG）の法案を閣議決定した。新たな改革を行う背景としては、現在、認知症の高齢者が120万人を超え、さらに今後10年間にその数が400万人に増加することが見込まれていることが挙げられる。そうした認知症への対応として、従来の介護給付にはなかった「見守りや世話」の給付の提供が必要とされている。また、ドイツの介護保険では「施設の前に在宅を」（“ambulant vor stationar”）がスローガンとして掲げられているが、そのための対策として、介護の給付や時間等に関して要介護者自身が主体的に選択していくことを重視することや、介護をする家族への支援を強化していくことが求められている。さらに、要介護者の増大に対処し、介護の質の向上を図るために長期的な財政対策が必要であることが挙げられている。

介護保険新展開法案の主な内容は、以下のようになっている。

第1に、在宅の認知症への対策が強化されたことが挙げられる。先に2008年改革で「要介護度0」の者に対して月額100ユーロまたは200ユーロの給付が導入され、さらに要介護度Ⅰ～Ⅱの認知症の人に対しても給付が上乘せされるようになったことを述べたが、新展開法案では2013年1月からそれらが増額されることになった。すなわち、要介護度0に対しては月額120ユーロの介護手当または225ユーロの介護サービスを行うこと、また、要介護度Ⅰに対しては305ユーロの介護手当（通常の介護手当に70ユーロを追加）または665ユーロの介護サービス（通常の介護サービスに215ユーロを追加）、要介護度Ⅱに対しては月額525ユーロの介護手当（通常の介護手当に85ユーロを追加）または1,250ユーロの介護サービス（通常の介護サービスに150ユーロを

追加)を提供するとしている。

さらに、在宅の認知症の人への対策として、将来的には、新たな要介護概念と認定基準に基づき、従来の基礎的介護と家事援助的なサービスに加えて、見守りや世話の給付を行うことも挙げられている。

第2に、新しい要介護概念と認定基準の導入について検討を進めることが挙げられている。新たな要介護概念と認定基準については、先の大連立政権の下で専門委員会が設置され、その検討に基づく試案が提出されていた。そこでは認知症や精神障害などを要介護の概念のなかに入れるとすれば、従来のように介護に要する時間を尺度とした概念では捉えられないとして、新たに自立の度合いを尺度として概念構築を行うことなどが試みられている。しかし、今回の法案策定においては新たな要介護概念と認定基準の提示が断念され、さらに検討を進めることとされた。

第3に、在宅で介護を行っている家族等に対する支援が強化された。具体的には、家族の代替介護に際して介護手当が追加給付されることになったことである。すなわち、家族介護者が休暇や病気等で介護に支障が生じた場合、家族等の代わりに介護を行う(代替介護)ための費用が1年間に4週間を限度として支給されているが、さらに介護手当の半分が追加給付されることになった。

第4に、要介護者の住居の共同化を促進するために、一定の要件の下で居住者1人当たり200ユーロの補助金を支給することが盛り込まれている。また、在宅の要介護者が居住共同体をつくらうとする場合には、1人当たり2,500ユーロ(1グループ当たり最大1万ユーロ)を支給するとしている。そのための費用として3,000万ユーロが計上されており、3,000の居住共同体または1万2,000人に対応することができるとしている。また、科学的見地から新しい居住形態の展開を試みることに對する費用も1,000万ユーロ計上され、完全介護施設に代わって居住共同体のなかで個々の居住者の意向に沿った介護サービスを

提供することが企図されている。

第5に、介護金庫やMDK等に対する要介護者やその家族等の権利が強化されている。先の2008年改革でも官僚主義の弊害を減らすことが掲げられていたが、新展開法でもそのことが強調され、介護施設における透明性と品質基準を高めていくことや、MDKが要介護者に対して尊厳の念をもって対応することが求められている。また、「介護の前にリハビリテーションを」というスローガンを実現する意味でもリハビリテーションの自動的な受給を進めることとされている。また、相談機能を高めることが重視され、介護金庫は要介護者に対して早い時期に相談を行うために、2週間以内に相談の予定を組むことが求められることになった。また、介護金庫がそうした相談を行うことが難しい場合には、他の専門家による対応を行うことが義務づけられることになった。

第6に、こうした新たな対策を行うための財源として、保険料率を0.1%引き上げることが提案されている。この提案に対しては、それでは不十分だとしてもっと引き上げることを求める意見もみられる。

以上が、介護保険新展開法の主な内容であるが、認知症に対する給付引上げや居住共同体の促進などに介護保険の新たな展開の方向性が示されているといえよう。今後、新しい要介護概念や認定基準が提示されることによって、介護保険の展開の方向性がより明確になるものと思われる。

(3) 新介護職法案の策定

先の連立協定で、介護職の充実化とその育成制度を設けることが記されていたが、それに対応するために連邦保健省と連邦家庭省が協力体制を強化し、「介護に関する研究会」を組織して検討を行ってきた。その提案を受けた連立政権は2012年2月に「新介護職法」(Neue Pflegeberufegesetz)の法案を策定した。

その主な内容は、現在の3つの介護専門職、すなわち老人介護士(Altenpfleger)、看護師

(Gesundheits- und Krankenpfleger)、児童看護師 (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) 一の資格を統合し、介護専門職の育成のための新たな教育制度を創設するというものである。

新しい介護職法を導入する要因として、2つのことが挙げられている。1つは人口構造や疫学とそれに対応した介護・看護の変化であり、もう1つは労働市場の動向が挙げられている。

前者について項目を列挙すると、○ドイツに居住する人の寿命が伸び、高齢化比率が高まっていること、○慢性疾患の罹病者数が増加していること、○家族形態が変化し高齢者の一人暮らしが多くなっていること、○病院やリハビリテーション施設において介護に対する需要が高まっていること、○児童や青年層における慢性疾患への適切な対応が求められていること、○病院や介護施設への入所期間を短くし、在宅での介護・看護の充足が必要とされていること—などが挙げられている。

また、後者については、○雇用の拡大が見込まれること、○介護・看護に関する新たな職業分野が開拓されること、○介護分野で科学的根拠に基づく新たな職業資格が創出されること—などが挙げられている。

また、法案では3年間に4,600人の介護職の育成を図るとしており、そのうち2,100人は理論的および実務的な教育を受け、2,500人は実務的な教育を受けるとしている。さらに、そのためのカリキュラム等が設定されている。

ドイツでも介護職の待遇改善が課題となっているが、新たな介護職法によってその専門的な技能が高く評価され、社会的な評価も高まってくるのに伴い、その待遇も改善されていくことが期待される。

おわりに

これまで2008年の改革と2013年からの施行を目指す新たな改革法案についてみてきた。ドイツで認知症への対応が遅れ、さまざまな問題が生じたが、2008年以降その改善策が着実に進

行しているのがわかる。そこでは認知症の人への見守りや世話などの対応策に加えて、居住共同体の促進、要介護者の自己決定権への配慮、尊厳ある生活の確保、家族介護者への支援、新たな介護専門職の育成—などを通じて、単なる介護対策の枠を超えて新たな高齢社会の構築に向かっているように思われる。日本への示唆は少なくない。

参考文献

- ・ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療関連データ集〔2010年版〕』医療経済研究機構、2012年
- ・斎藤義彦『ドイツと日本「介護」の力と危機』ミネルヴァ書房、2012年
- ・松本勝明『ヨーロッパの介護政策』ミネルヴァ書房、2011年
- ・田中耕太郎「ドイツにおける高齢者ケアの新たな展開」健康保険組合連合会『健保連海外医療保障』No.79、2008年
- ・土田武史「介護保険の展開と新政権の課題」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No.155、2006年
- ・土田武史・田中耕太郎・府川哲夫 編著『社会保障改革』ミネルヴァ書房、2008年
- ・Bund-Länder-Arbeitsgruppe Weiterentwicklung der Pflegeberufe, Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes
- ・Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung Nr.18, 28.März 2012. „Kabinett beschließt Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung“.
- ・Bundesministerium für Gesundheit, Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.
- ・Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 04/2012.
- ・Bundesministerium für Gesundheit, Leistungen für Demenzerkrankte (<http://www.bmg.bund.de/pflege/leistungen-fuer-demenzkrank.html> 2012/05/28)
- ・Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP, „Wachstum, Bildung, Zusammenhalt“, 2009.

フランス介護保障制度の現状と動向

京都大学准教授
稲森 公嘉
Inamori Kimiyoshi

創設から10年が経った個別自律手当 (APA) は、受給者数・給付額ともに順調に伸びているが、格差の是正や財源の確保が課題となっている。サルコジ前大統領が意欲を示した「第5のリスク」改革は、欧州経済危機のため二度にわたって中断された。社会保障の第5部門の創設や公私パートナーシップに基づく民間介護保険への加入の義務化といった抜本的改革案は、現下の経済情勢に鑑みると実現性に乏しく、現行制度を前提とした改革にとどまる可能性が高いと考えられる。

はじめに

フランスは比較的ゆっくりとしたペースで高齢化が進んできた国であるが、第2次大戦後から1975年までの間に出生したベビーブーム世代が60歳に到達する2035年に向けて、今後、高齢化の歩みを早めていくものと予測されている。2010年に国立統計経済研究所 (INSEE) が公表した人口推計¹⁾によれば、2007年から2060年までの間に、総人口に占める60歳以上人口の割合は21.5%から32.1%に、75歳以上人口の割合は8.5%から16.2%に増えると予想されている。このような高齢化の進展に伴い、要介護高齢者数も介護費用もいっそう増えるであろうと見込まれている。

フランスは、介護保険方式を採用するドイツや日本と異なり、社会扶助の方式で介護保障給付を行っている。現在の介護保障制度は、要介護者を年齢で区分し、60歳以上の者については個別自律手当 (allocation personnalisée d'autonomie : APA) を、60歳未満の者については障害者福祉制度の一環として障害者補償給

付 (prestation de compensation du handicap : PCH) を支給することで、要介護者の介護ニーズに対応している。

要介護高齢者の増加に伴い、公的介護給付の費用が国内総生産の伸びを上回るペースで増加を続けていることもあり、フランスも何らかの介護制度改革が必要な状況にある。ニコラ・サルコジ前大統領は、2007年の大統領就任以来、選挙公約に掲げた介護制度改革(「第5のリスク」の創設)に取り組む姿勢を見せてきたが、結局、その任期中に介護制度改革を成し遂げることはできなかった。フランソワ・オランド新大統領も「第5の社会保障部門」の創設に前向きな姿勢を示しているが、現下の厳しい経済情勢の中、採り得る選択肢の幅は必ずしも広くない。こうした状況を踏まえ、本稿では、APAの現状と最近の改革動向について紹介する。

1. 個別自律手当の概要と現状

(1) APAの概要

APAは、特定介護給付 (prestation spécifique

dépendance : PSD) に代わる新たな介護保障目的の社会扶助給付として、2001年7月20日法律で創設されたものである。県が支給主体となって個別に決定される無拠出制の給付でありながら、所得制限がなく、相続財産からの回収も行われないうといった点で普遍的な性格も示しており、伝統的な社会扶助給付とは異なるハイブリッドな性格の給付であると理解されている。

APAの受給要件は、①フランス国内に安定して正規に居住していること(居住要件)、②60歳以上であること(年齢要件)、③身体的・精神的状態に関連して自律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(自律喪失要件)である(社会福祉・家族法典L.232-1条)。

社会扶助に関する権限は地方分権化されて現在では一般に県の権限とされているが、APAについても同様であり、APAの受給申請は県会議長に対して行うことになる。申請が受理されると要介護度の判定手続に移る。要介護度の判定は、AGGIRの指標に基づいて行われ、GIR1からGIR6までの6段階に区分される(表1)。APAを受給できるのはGIR1からGIR4までに該当する者のみである。

APAには在宅APAと施設APAがあり、受給手続や給付内容等が異なっている。

1) 在宅APA

在宅APAの給付額は、支給限度額の範囲内で、申請者のニーズと資力に応じて、個別に決定される。

在宅サービス希望者の場合には、要介護度の判定を行う県の医療福祉チームが、申請受理から30日以内にケアプラン(plan d'aide)を作成して申請者に提示し、その同意を得て、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という手続を経る。提案されるケアプランには要介護度と利用者負担額も含まれており、申請者はこれを拒否することができる。

在宅APAの給付額は、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。利用者負担は、収入が月額725.23ユーロ以下の場合には免除され、725.23ユーロから2890.09ユーロまでの場合には収入額に応じて0%から90%の負担となり、2890.09ユーロを超える場合には90%の負担で固定される。

在宅APAは原則として受給者本人に支給されるが、在宅サービスを提供している事業者等に直接支払うこともできる。

2) 施設APA

要介護高齢者滞在施設(établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : EHPAD)には、老人ホーム(maison de retraite)や老人アパート(logement-foyer)のような福祉系施設と、長期療養施設(unité de

表1 要介護度の区分

GIR 1	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、社会的自律を失っており、介助者の常在を必要とする者
GIR 2	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、精神的機能が悪化しているが運動能力は維持している者
GIR 3	精神的自律及び部分的に運動的自律は維持しているが、日常的に一日数回は身体的自立のための援助を必要とする者
GIR 4	一人で移動することはできないが、いったん起床したら、住居の中を移動することができる者で、洗面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
GIR 5	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
GIR 6	日常生活の基本的行為についての自律を失っていない者

出典：DREES, 2012.

soins de longue durée : USLD) のような保健医療系施設とがあり、施設入所に関する費用は、①介護サービス費 (dépendance)、②滞在費 (hébergement)、③ケア費 (soins) に三分される。施設APAはこのうちの介護サービス費に充てられるものである。なお、ケア費は医療保険から支給され、滞在費は原則として利用者が負担するが、低所得者の場合には滞在扶助(aide sociale à l'hébergement : ASH) という社会扶助給付の対象となる。

施設APAについては、要介護度別に介護サービス費用が包括化されており、そこから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、直接施設に支払われる。施設入所者の場合にはケアプランの作成は不要である。

APAの財源は、県の一般予算、年金金庫からの拠出金、一般社会拠出金 (contribution sociale généralisée : CSG)、自律連帯拠出金 (contribution solidarité autonomie : CSA) などからなる。各県への財源の配分に関わっているのが、2004年6月30日法律で創設された全国自律連帯金庫 (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : CNSA) である。金庫という名称

を有する公法人であるが、他の社会保障金庫と異なり、APAやPCHの財源を法定の基準に従って配分する組織なので、現状では基金としての性格が強い。

なお、前述の通り、APAは相続財産からの回収の対象とならないが、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) APAの現状

APAは、2002年の制度開始から10年が経過したが、この間、受給者数、給付費ともに伸びを続けてきた(表2)。直近の統計によれば、2011年12月31日時点で、APA受給者数は対前年比で2%増加し、119.9万人に上っている。在宅・施設の別および要介護度別にその内訳を見ると、在宅APAの受給者は軽度者(GIR4)が多く、施設APAの受給者は重度者(GIR1およびGIR2)が多い(表3)。

介護費用の上昇に伴い、在宅APAの支給限度額も引き上げられている(表4)。必ずしも常に限度額いっぱいまで利用されているわけではないようだが、表の数字は平均値であることに

表2 2002年から2009年までのAPAの給付費及び受給者数の推移(単位:千ユーロ、千人)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
APA給付費	1859	3299	3741	4043	4365	4692	4990	5136
在宅APA	1060	2173	2474	2671	2867	3061	3213	3268
施設APA	799	1126	1251	1348	1462	1584	1718	1834
APA受給者数*	597	772	868	939	1012	1075	1115	1148
在宅APA	294	423	494	547	603	654	678	699
施設APA	303	349	374	392	409	421	438	449

*各年12月31日現在。

出典: BÉRARDIER et CLÉMENT, 2011.

表3 APA受給者の内訳(2011年12月31日現在)

要介護度	在宅		施設		計	
	人数(千人)	割合(%)	人数(千人)	割合(%)	人数(千人)	割合(%)
GIR 1	18	2.4	93	19.5	111	9.3
GIR 2	126	17.5	194	40.5	320	26.7
GIR 3	157	21.8	82	17.1	239	19.9
GIR 4	420	58.3	109	22.9	529	44.1
計	721	100.0	478	100.0	1199	100.0

出典: DREES, 2012.

表4 APAの平均給付額及び利用者負担額
(2011年12月31日現在。支給限度額は2012年4月1日現在)

在宅APAの月額

(単位：ユーロ、%)

要介護度	支給限度額	ケアプラン平均額	県負担額	利用者負担額	実際の負担者割合
GIR 1	1288.09	997	810	187	75
GIR 2	1104.07	783	620	163	79
GIR 3	828.05	578	462	116	78
GIR 4	552.03	346	279	67	80

高齢者滞在施設における施設APAの月額

要介護度	介護サービス平均給付額	県負担額	利用者負担額
GIR 1, GIR 2	607	430	177
GIR 3, GIR 4	382	217	165

出典：DREES, 2012および連帯省ウェブサイト。

注意が必要である。また、実際には何らの利用者負担を負わない者が2割程度存在する。

2. 現行制度の課題と改革の動向

(1) 現行制度の課題

「自律の喪失」(perte d'autonomie)という点では異ならないにもかかわらず、現行制度では、60歳以上の者は高齢者介護給付(APA)、60歳未満の者は障害者介護給付(PCH)と、年齢により適用される制度が異なっているため、以前からAPA受給者とPCH受給者の間の格差が問題となってきた²⁾。加えて、APA受給者間にも、在宅APA受給者と施設APA受給者の間の格差、APAでもなお残存する地域間格差などが存在しており³⁾、これらの格差の解消が大きな課題として認識されている。

さらに、高齢化の進展に伴う要介護高齢者数の増加によって今後一層増加する介護費用を、誰がどのようにして負担するのが重要な課題となっている。要介護者とその家族の介護費用負担はなお大きく⁴⁾、特に在宅要介護者の場合には、介護者家族(aidants familiaux)の身体的・精神的負担の軽減も課題である⁵⁾。

(2) サルコジ政権下での改革論議⁶⁾

近年の介護制度改革の論議は、「第5のリスク」という概念をめぐる繰り返り広げられてきた。

この概念の意味するところは一定の変遷を経てきたが、現在では一般に、「自律の喪失」を既存の社会保障制度の4つのリスク(疾病、労災職業病、年金、家族)に続く「第5のリスク」と捉え、これに対応する新たな第5の社会保障部門(cinquième branche)を創設するかどうかは意見の分かれるところであるとしても、何らかの制度的な対応をしようとするものといえる。前述の通り、「自律の喪失」という状態は年齢にかかわらず生じ得るので、高齢者介護給付と障害者介護給付の統合一体化が争点となってくる。CNSAは、2007年と2008年の報告書において、年齢や自律支援ニーズの発生原因の如何にかかわらず、日常生活や社会生活の活動を行う際の諸制約を補償する普遍的権利(droit universel)を創設し、それを新たな集団的連帯の枠組の中に包摂することを原則とする介護制度改革案を提示した。

政府や議会の側でも介護制度改革への動きが進行した。サルコジ前大統領は、大統領当選後の2007年秋から「第5のリスク」改革の実現に向けた検討作業を開始した。元老院も、2007年12月に、介護保障と第5のリスクの創設に関する情報調査委員会(mission commune d'information)を設置し、2008年7月に「第5のリスクの構築」と題する中間報告書(VASSELLE, 2008)を取りまとめている。しかし、これらの試みは、世界的な経済危機の影響

を受け、2009年にいったん中断することになった。

介護制度改革の動きは、2010年末に再び登場した。大晦日恒例のテレビ演説において、サルコジ前大統領は、再び介護制度改革に取り組む意向を表明し、2011年末までに新たな改革を行う方針を示したのである。2011年1月に、ロズリヌ・バシュロ＝ナルカン連帯・社会統合相が4つのワーキングチームを発足させ、元老院の情報調査委員会は「情報調査報告書」(VASSELLE, 2011)を取りまとめた。しかし、この二度目の試みも、ギリシャ経済危機の影響によって再び頓挫する羽目になり、ユーロ圏を脅かす経済危機の問題が解決するまで、介護制度改革は延期されることになった。

(3) 3つの選択肢

これまでの政府や元老院、CNSA等による検討作業を踏まえると、今後の方向性として、大きく3つの選択肢が考えられる。

第1の選択肢は、第5の社会保障部門として、賦課方式によって運営される普遍的な公的介護保険を創設し、フランス国内に居住するすべての者を、年齢や健康状態の如何にかかわらず、強制加入させるとする案である。第5部門の財政は、所得に比例して賦課徴収される保険料によって運営される。給付については現行のAPAに近く、画一的な金銭給付ではなく個別化された金銭給付とし、相続財産からの回収も行わない。部門の管理運営に当たる組織としてはCNSAが想定される。

この案のメリットとして、単一の組織が制度の管理運営に当たることによって、サービスやケアの管理が最適化できること、地域間の格差を縮小できること、地方財政上の理由により要介護高齢者のニーズを下回るケアプランが採択されることを防げることなどが挙げられる。しかし、第5部門の創設は現行制度よりも重い財政負担を伴うとされており、欧州経済危機の只中において社会保障分野でも赤字削減が課題とされている状況では、現実的な選択肢とは考え

られていないようである。

第2の選択肢は、公私のパートナーシップ(partenariat public-privé)の理念に基づき、一定年齢以上のすべての国民にいずれかの民間介護保険への強制加入を義務付け、現行の公的介護給付の全部または一部をこれに置き換えるというものである。強制加入の対象年齢としては40歳または50歳あたりが想定される。給付については、良質なサービスへのアクセスを可能にするに十分な程度の金額であることが求められ、保険料は、所得ではなく新制度に基づく保険加入時点での年齢によって決められる。

この案を導入する場合には、低所得者等に対する(主に費用負担面での)公的な契約締結支援が不可欠となるほか、新制度導入時にすでに50歳以上である者についても、60歳到達までの保険料拠出期間が短くなる分、保険料額が高額になるため、何らかの経過措置が必要となる。また、すでに要介護状態にある者については、新規に民間介護保険に加入することが困難と考えられるため、継続して給付を受け続けることができるよう、何らかの制度的な対応が求められる。

この案では、2020年以降は現行制度よりも公的費用が抑えられるが、それまでは当面、現行制度よりも公的費用が増えることになると予測されている。新制度でカバーされない要介護高齢者の費用を負担しなければならないこと、低所得者等への契約締結支援の財源も必要となることなどのためである。それゆえ、この案の採用も政治的なリスクがあるとされ、実現性に乏しいと考えられている。

第3の選択肢は、以上のような抜本的改革ではなく、現行制度の改善を図っていくとするものであり、現下の経済状況に鑑みると、おそらく最も現実的な案であろうと考えられている。

具体的な項目としては、①在宅APAについて相続財産からの回収(gage patrimonial)の導入、②在宅APAの改善、③施設入所者の負担軽減、④民間介護保険の規制改革、⑤公的介護費用の増加に充てる追加的な財源の探求といっ

たものが挙げられる。

まず、相続財産からの回収の導入については、15万ユーロから20万ユーロ程度以上の相続財産額を対象とし、(a) APAの全額を受給する代わりに、2万ユーロを限度として死亡時に相続財産から回収することを受け入れるか、(b) 相続財産からの回収を行わない代わりに、APAの半額を受給するかを選択させる案が検討されている。もっとも、相続財産からの回収の可能性があることがPSDの受給を抑制した一因であったとして、APAでは相続財産からの回収が排除されたという経緯に鑑みると、相続財産からの回収をAPAに導入することには慎重な意見も強い。

次に、在宅APAについては、まず、支給限度額に関して、①要介護度等に応じてケアプランの限度額を引き上げ、必要性の高い者(重度要介護者のほか、アルツハイマー病患者、独居者など)に給付を重点化すること、②限度額の設定方法について、対人サービスの価格が物価指数を超えて上昇していることから、物価を基準とする現行制度を維持した上で5年後に見直すか、賃金を基準とする方式に改めること、③在宅介護サービスの価格に地域差があることから、地域区分に応じて限度額を段階化することなどが検討されている。そのほか、重度者の自己負担割合の軽減や、給付対象となる費用の範囲の拡大(例えば住宅改修費)などが挙げられている。

施設APAについても、施設入所者の自己負担の軽減が課題であり、EHPADの料金表の改正、EHPADやUSLDの住宅手当の引き上げ、要介護高齢者の自己負担に上限を設けること(bouclier dépendance)などが検討されている。

それでも、介護サービスに必要な費用を必ずしも公的給付だけで十分には賄えないとなれば、公的介護給付を補足する民間介護保険の役割がますます重要となる。そこで、民間介護保険の契約締結者を保護するための法規制が求められるとして、具体的には、①要介護度の評価基準について、公的部門と民間介護保険とで共

通の指標(AGGIR)を採用すること、②民間介護保険のうち最低限の質を保障するものに公的なラベル付けを行うことなどが検討されている。後者の具体的基準としては、情報提供や最低限保障、契約のポータビリティ(transférabilité)といった要素が挙げられている。

もちろん、民間介護保険に依拠するだけでなく、公的介護給付に充てる追加的な財源を求める努力も続けられる必要がある。想定される財源としては、①贈与税・相続税、②第2の連帯の日(journée de solidarité)の創設(自立連帯拠出金の引き上げ)、③退職年金に賦課されるCSGの引き上げ、④多人数家族に対する退職年金の加算への課税、⑤要介護高齢者につき、その滞在費および介護サービス費として認められている所得税控除の廃止、⑥退職年金に対する租税控除の廃止または改正、⑦70歳以上の自立高齢者について認められている社会負担の免除の廃止または改正、といったものが検討されている。

おわりに

2012年の大統領選挙の結果、フランスでは17年ぶりに社会党の大統領が誕生した。オランダ新大統領の下、2012年5月16日に発足したジャン＝マルク・エロー内閣では、社会学者アラン・トゥーレーヌ氏の娘で、オランダ陣営で社会問題を担当したマリソル・トゥーレーヌ氏が社会問題・保健相に就任し、その下に高齢者・介護担当相(ミシェル・ドロネ氏)が置かれた。エロー内閣は介護制度改革についてどのような方針を示すのか。6月の国民議会選挙を経た上での、今後の展開が注目される。

*本稿の執筆に当たっては、2012年4月25日に東京大学で開催されたGCOEプログラム「国家と市場の相互関係に関するソフトロー」および「Education & Solidarity Network」共催のシンポジウム「日欧の介護保障に関する比較法的・比較制度的検討——日本の介護

保険制度と欧州における民間非営利組織の活動」におけるJean-Louis Davet氏(MGEN)の講演および資料を参考にさせていただいた。Davet氏ならびに同シンポジウムの開催にご尽力された岩村正彦教授(東京大学)、笠木映里准教授(九州大学)をはじめとする関係者各位に厚く感謝申し上げます。

注

- 1) BLANPAIN Nathalie, CHARDON Olivier, division Enquêtes et études démographiques, Insee, *Projections de population à l'horizon 2060*, Insee Première, n° 1320, octobre 2010.
- 2) 原田(2008a)70-71頁。
- 3) BORGETTO et LAFORE, 2009, p. 361.
- 4) そのため、公的介護給付で賄いきれない介護費用に対処するべく、共済組合や保険会社等の提供する民間介護保険の利用が進んでいる。原田(2008b)48頁参照。
- 5) Voir, SOULLIER Noémie, *Aider un proche âgé à domicile : la charge ressentie*, Études et résultat, n° 799, mars 2012.
- 6) その詳細については、原田(2008a)および原田(2009)を参照。

参考文献

- ・篠田道子(2009)「フランス介護制度の動向と日本への示唆」*健保連海外医療保障* 83号 15-21頁
- ・原田啓一郎(2007)「フランスの高齢者介護制度の展開と課題」*海外社会保障研究* 161号 26-36頁
- ・原田啓一郎(2008a)「介護施策における『第5のリスク』の創設に向けた議論と2009年改革の方向性」*フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療関連データ集【2008年版】』*医療経済研究機構、65-73頁
- ・原田啓一郎(2008b)「フランスの介護保障」増田雅暢編『*世界の介護保障*』法律文化社、37-54頁
- ・原田啓一郎(2009)「フランスの介護制度改革と『第5のリスク』の創設の行方——変化する連帯のあり方」*フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療関連データ集【2009年版】』*医療経済研究機構、73-83頁
- ・ALFANDARI Élie et TOURETTE Florence,

- 2011, *Action et aide sociales, 5^e édition*, Dalloz.
- ・BÉRARDIER Mélanie et CLÉMENT Élise, 2011, *L'évolution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) de 2002 à 2009, série révisée*, Études et résultats, n° 780.
- ・BORDERIES Françoise et TRESPEUX Françoise, 2012, *Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010*, Études et résultats, n° 787.
- ・BORGETTO Michel et LAFORE Robert, 2009, *Droit de l'aide et de l'action sociales, 7^e édition*, Editions Montchrestien.
- ・DREES, 2012, *Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie réalisée par la DREES auprès des conseils généraux, Statistiques au 4^e trimestre 2011*, APA Résultats de l'enquête trimestrielle n° 1.
- ・VASSELLE Alain, 2008, «*Construire le Cinquième risque*», *rapport d'étape*.
- ・VASSELLE Alain, 2011, *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Sénat.

イギリスにおける介護保障制度

龍谷大学非常勤講師

吉田 しおり

Shiori Yoshida

イギリスの介護保障は、わが国の介護保険のように介護だけが独立した制度とはなっておらず、医療保障と社会福祉の双方の制度で介護を必要とする人を支える制度となっている。2010年5月の選挙において、13年ぶりに政権交代が行われ、これまでの労働党政権から、保守党と自由民主党の連立政権となり、キャメロン内閣が発足した。新たな政権の下においては、特に医療分野における政策変更が取り上げられることが多いが¹⁾、介護分野においてもいくらかの変化が見受けられる。

本稿では、イギリスにおける介護保障の概要と、政権交代後の動き、また新たな方向性についてみていきたい。

1. イギリス介護保障制度の枠組みと近年の動向

わが国においては、2000年4月より公的な介護保険が開始され、介護保障は社会保障制度の中で、社会保険を用いて独立した一つの保障分野となった。イギリスにおいては、公的な介護保険はなく、成人でかつ介護を必要とする人に対する保障 (adult social care) について、支援を行うサービス分野としては、社会福祉 (対人社会サービスとして、各地方自治体が提供) と医療 (国民保健サービス (NHS)) で担ってきた。財源は、主として税金である (医療の一部には、国民保険の保険料からの繰入れがある²⁾)。

イギリスの介護保障の特徴としては、①サービスの担い手として社会福祉と医療における分担の境界があいまいであること、②わが国と異なり、高齢者に対する介護と若年障害者に対する介護に明確な区別がないこと、③対人社会サービスとNHSにおいて財源的な境界線はある

ものの、NHSの予算の中から社会的ケアにお金を回している面もあること、④ケアの質に関するチェックは、基本的にとても厳しいこと一等が挙げられる。

ケアの質に対しては、政権交代後、ケアより発生する「結果 (outcome)」についての査定が特に厳格になっている³⁾。また、費用については、社会福祉サービスにかかる費用の対GDP比は2%程度で、NHSの費用の半分以下である⁴⁾ (医療費の対GDP比は、わが国と同程度で8%前後)。さらに、わが国と同様、公的な介護保障を補完する形での民間の介護保険も存在する (民間保険には、高齢者に対する介護保険のほかにも、若年障害者向けの保険もある⁵⁾)。ほかの特徴としては、①対人社会サービスを受ける65歳以上の人のうちの多くはイギリス人、もしくはイギリス国籍をもつ人である (99.4%) が、イギリス国籍をもたない人もサービス受給者に含まれている (0.6%) こと⁶⁾、②地方自治体の対人社会サービスを受けながら、高齢になっても独居を続け

る人も多く、在宅での対人社会サービスの提供量は、施設サービスの提供量に比べて増加傾向にあること⁷⁾、③施設において対人社会サービスを受ける人については、高齢者が多くの割合を占めていること一等がある(表1)。

2008年における保健医療・ソーシャルケア法(The Health and Social Care Act 2008)によって、従来分立していた医療サービス、社会福祉サービス、精神保健サービスの評価監視機関が統合され、2009年4月より新設されたケアの質委員会(Care Quality Commission: CQC)がそれらの機能を担うことになった。一圓(2009)も指摘しているように⁸⁾、サービスの質向上や利用者の安全確保のために、従来以上に強い調査や

改善指導の権限が与えられている⁹⁾。2010年以降、新政権においては、対人社会サービスにおいても前政権とは一線を画す姿勢をとっている。したがって、新しい概念も多く提唱されている。①サービスを受ける人を主体に据えること、②サービスの質の継続的な向上という基本的な理念は変化していないものの、結果(outcome)を出すサービスを求めること、なかでも、③サービスを受ける側の人の自立を促すサービスを提供する、という点は、2010年以降、特に重要視され強調されている点である(表2)¹⁰⁾。さらに、介護支援を受けるだけではなく、支援を受ける人が自分自身の健康状態を管理し自律的な生活を行うことを、介護支援の最終目標とする

表1 イングランドにおいて施設サービスを受けている人が有する特徴

	医療的なケアがない施設	医療的なケアがある施設
高齢である	55%	87%
認知症状がある	34%	54%
精神疾患がある	19%	19%
身体障害がある	9%	14%
知的障害がある、または自閉症スペクトラムに属する	44%	11%
Mental Health Act 2007 を適用する状況である	2%	2%
薬物やアルコールに依存した状態である	2%	2%
摂食障害がある	1%	1%

出所: Care Quality Commission (2011), p.20 Figure7より作成

表2 結果を出す対人社会サービスにおいて重要視されるポイント

テーマ	内容等
生活の質を、サービスを受ける人の求める介護と支援に対する対応によって高める	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立生活支援 ・ 介護者の生活支援 ・ 介護や支援を受ける人の就労や社会への参加を支援する
介護や支援における快適さを保証する	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護を受ける人は、対等な立場で介護を受けるプロセスの決定に参加することができる ・ 介護サービスの決定に選択権をもつ ・ 個人の尊厳を維持する ・ 個人の環境に合った介護サービスや支援を受けることができる
個人のニーズに応じた介護や支援を受ける	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護や支援を受ける人は、介護や支援についての情報を必要ときに得ることができる ・ 生活における自立性を高めることによって介護や支援を受けることをやめたり、減らしたりすることができる ・ 状況が変化したことにより、介護や支援のサービス量を増やしたい場合には、ニーズに応じて増やすことができる
社会的、または環境的な被害から、介護や支援を必要とする人を守る	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護や支援を必要とするすべての人は、虐待、疾病、けが、自傷一等から守られなければならない、リスク管理を行うことができるような支援を受けることができる

出所: Department of Health (2012), *Transparency in outcomes: a Framework for Quality in Adult Social Care The 2012/13 Adult Social Care Outcomes Framework*, Department of Health, p.20 より作成

政策策定が行われている¹¹⁾。2012年3月には、Health and Social act 2008、そして引き続き Health and Social act 2011 を改訂した Health and Social act 2012が成立しているが、個人の自立支援という政策の方向性はさらに強く打ち出されている。

イギリスにおいても居宅介護が増加傾向にあり、政策的にもその傾向を後押しする姿勢をとっていることは、わが国における政策の方向性と近いため、興味深い¹²⁾。Care Quality Commission (2011) において、新しい流れとしての居宅サービスの拡張について述べられているが、介護サービスの「新しい形 (new type)」として、「より多くの人々が、より長く自宅で生活できることを可能にする (to enable more people to live at home for longer) ようなサービス」を取り上げ、全面的な医療ケアを必要としない人のための施設 (residential care) のサービス提供量が、2004年から2010年にかけて10%減少したのに対して、居宅サービスの提供量は大幅に増加 (事業者数が1.3倍の増加、2011年において5,894事業) していることを指摘している。そして、このような形のケアは、政府の推進事業 (Extra Care) のモデルとなること、また、短期的にわが国のショートステイのような形で医療ケアを多く必要とする人のための施設 (nursing home) を用いることが、病院における長期入院に代替する形態であるとして推奨している¹³⁾。

イギリスの介護保障において、サービス提供の中心となる主体は地方自治体とNHSであることは上述したが、特に医療分野であるNHSがケア提供の理念構築においても積極的に関与している点は注目される。1997年に発足したブレア労働党政権以降、医療提供において中心とされてきた「患者中心 (patient centred)」という理念は、そのままの形で対人社会サービス分野にも拡張されている。政府刊行物等においても、医療的なケアと成人 (18歳以上) の対人社会サービスがまとめて取り上げられることが多い。従来、イギリスの対人社会サービスは、地方自治

体を中心となって、コミュニティ・ケアやケアマネジメントを推進してきた。ソーシャルワーカーは地方自治体の職員であることが多い。配食サービスや移送サービス等では、民間非営利組織やボランティアも活発に活動してきた歴史がある¹⁴⁾。地方自治体が提供する基本的なコミュニティケアを医療分野が側面から支える形は、わが国における医療と社会福祉の連携という課題において参考になるのではないか¹⁵⁾。また、慢性疾患のある人に対する健康指導や予防活動等において、地域のプライマリ・ケアを行う医療者らが予算管理や実際の健康増進活動に積極的に関与する点は、保険者機能の強化、また地域医療の推進という点において注目されるであろう。

2. わが国の介護保障制度への示唆 —まとめ

わが国とイギリスの社会保障制度はさまざまな面で異なっている。財源構成の面でも、一圓 (2011) の指摘があるように、税金を社会保障制度の主な財源とするイギリスと社会保険料が財源の6割を占めるわが国とは大きく異なっている¹⁶⁾。

また、制度の枠組みの区切り方も相違がある。イギリスには、わが国のように独立した介護保障制度は存在しない。社会福祉と医療で重層的に支える形は、介護保険が始まる前のわが国の介護保障の形と似ているともいえる。所得保障との関連では、わが国においては、生活保護制度の中に介護扶助 (介護保険のサービスを利用したときに発生するサービス利用料を支払うことができない場合) と生活扶助 (介護保険料を支払うことができない場合) が組み込まれている。イギリスにおいては、家族介護者等に対する介護手当 (carer's allowance) や付き添い手当 (attendance allowance) が出るほか、本人の老齢年金額が低い場合にはペンション・クレジット (Pension credit) という最低所得保障がある。また、NHSによる無償の医療も提供されている¹⁷⁾。

わが国においては、社会的入院を減少させることや、医療ケアをあまり必要としない高齢者に対する過剰な検査や投薬を減らすことも介護保険創設の目的の一つであったが、イギリスにおいては、地域におけるケア供給体制の充実や診療内容の適正化を標準化することによって、これらの問題に取り組んでいる。わが国においてもイギリスにおいても、介護を必要とする人が、快適に自分らしい生活を送ることを制度策定の最終目的としているものの、制度内容はかなり異なっていることがわかる。

一方で、共通点も多くある。①近年の居宅介護重視、②地域医療の充実、③地域における介護資源や医療資源を活用しての居宅生活の継続、④生活における自立支援の重視、⑤提供されるケアの質の向上一等の課題においては、どちらの国においても、介護政策の重点課題として取り組まれており、イギリスにおける介護政策の状況が進展していくことは、わが国の介護政策の策定においても参考となるであろう。特に、プライマリ・ケアを活用したイギリスの地域医療制度と地方自治体によって提供される対人社会サービスの連携の手法は、今後大いに参考になるのではないかと思われる。

注

- 1) 一圓、田畑(2012)「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』No. 93, pp. 23-30、および田極、家子(2012)「イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向」『健保連海外医療保障』No. 93, pp. 31-41 が、2010年の政権交代以降の医療政策について、詳しく述べている。
- 2) 一圓(2011)pp. 12-13.
- 3) Department of Health(2011)、また、Department of Health(2012)において、具体的な基準の設定がある。
- 4) 一圓(2011)p. 9.
- 5) 代表的なイギリスの民間保険会社 Bupa も、民間介護保険を提供している。
<http://www.bupa.co.uk/individuals/health-insurance>
- 6) Care Quality Commission(2011), p. 29.
- 7) Care Quality Commission (2011), pp. 19-23.

また、地域における高齢期のより快適な過ごし方についての研究活動も、イギリス国内の研究機関において活発に行われている。研究プログラムの例として、ウォーカー、ヘネシー 編著、山田 訳(2009)。

プログラムのURLは、<http://www.growingolder.group.shef.ac.uk/AboutTheProgramme.htm>

- 8) 一圓(2009)「イギリス」健康保険組合連合会『社会保障年鑑 2009年』p. 316.
ガイダンスとしての政府刊行物は、Department of Health (2008)、また、Department of Health (2009)がある。
- 9) Care Quality Commission (2011), pp. 34-35. 施設介護における具体的な視察と改善指導の事例について述べられている。
- 10) 田極、家子(2012) pp. 36-38. 医療について述べられているが、基本的な方向は同様であろう。
- 11) Department of Health(2010)において、介護サービスを受けながら自律的な生活を送ることを側面支援するための制度的なシステムが連絡先とともに詳しく述べられている。
- 12) Care Quality Commission(2011), pp. 19-23.
- 13) Care Quality Commission(2011), p. 19.
- 14) イギリスのコミュニティ・ケアの歴史については、社団法人 生活福祉研究機構(1998)に詳しい。
- 15) 具体的なケアプランの作成の様式を <http://www.dh.gov.uk/health/category/policy-areas/social-care/social-care-workforce/> より用いることができる。
- 16) 一圓(2011) p.9. Joshua, M.W., J. Tilly, A. Howe, C. Doyle, A.E. Cuellar, J. Campbell and N. Ikegami(2007)において、イギリス、オーストラリア、ドイツ、日本の介護政策が詳細に比較されている。
- 17) ウォーカー、ヘネシー 編著、山田 訳(2009) pp. 268-269 において、イギリスにおける高齢者に対する所得保障について詳しく述べられている。

参考文献

- ・ Care Quality Commission (2011), *The State of Health Care and Adult Social Care in England*, London: The Stationery Office.

- ・ Department of Health (2008), *Mental Health Act 2007 Guidance on the Extension of victims' Rights under the Domestic Violence, Crime and Victims Act 2004*, Ministry of Justice .
- ・ Department of Health (2009), *The Health and Social Care Act 2008 Code of Practice for Health and Adult Social Care on the Prevention and Control of Infection and Related Guidance*, Department of Health.
- ・ Department of Health (2010), *Improving care for People with Long Term Care An 'At Glance' Guide for Healthcare Professionals*, Department of Health.
- ・ Department of Health (2011), *The Adult Social Care Outcomes Framework handbook of Definition*, Department of Health.
- ・ Department of Health (2012), *Transparency in outcomes:a Framework for Quality in Adult Social Care The 2012/13 Adult Social Care Outcomes Framework*, Department of Health.
- ・ 一圓光彌 (2009)「イギリス」『社会保障年鑑 2009年』、pp. 307-318.
- ・ 一圓光彌 (2011)「イギリスにおける社会保障と税制」『健保連海外医療保障』No. 90、pp. 9-16.
- ・ 一圓光彌、田畑雄紀 (2012)「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』No. 93、pp. 23-30.
- ・ Joshua, M.W., J. Tilly, A. Howe, C. Doyle, A.E. Cuellar, J. Campbell and N. Ikegami (2007), “ Quality Assurance for Long-Term Care:The Experiences of England, Australia, Germany and Japan”, AARP.
- ・ 社団法人 生活福祉研究機構 (1998)『イギリスの実践にみるコミュニティ・ケアとケアマネジメント』中央法規出版.
- ・ 田極春美、家子直幸 (2012)「イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向」『健保連海外医療保障』No. 93、pp. 31-41.
- ・ A. ウォーカー、C. H. ヘネシー 編著、山田三知子 訳 (2009)『高齢期における生活の質の探求 イギリス高齢者の実相』ミネルヴァ書房.

参考URL

- ・ Department of Health(イギリス保健省)
<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
- ・ CQC(Care Quality Commission)
<http://www.cqc.org.uk/public>
- ・ BMA (英国医師会)
<http://www.bma.org.uk/>
- ・ ONS(Office for National Statistics UK)
<http://www.ons.gov.uk/ons/index.html>

カナダの高齢者介護：ホームケア

関西大学非常勤講師
岩崎 利彦
Iwasaki Toshihiko

高齢者人口の増加につれて医療保障制度も変革が求められる。施設ケアから在宅ケア、つまりホームケアへの流れが、ますます進んでいる。カナダでもホームケアは、「医療保障制度の傍流から本流に」移りつつある。本稿では、高齢者介護保障としてのホームケアに焦点を絞って考察する。ホームケアの促進には、介護者支援が欠かせないことを強調する。介護施設ケアについては、本誌No.88を参照されたい。

1. はじめに ホームケアの高まり

多くの先進諸国が高齢社会を迎え、急性期医療を中心とした医療保障制度は、変革を求められている。カナダの2008年における出生時の平均寿命は、男が78.5歳、女が83.1歳であり、65歳の者の平均余命は男18.3年、女21.5年である〔StatCan 2011a, p. 2〕。「人口高齢化につれて高齢者のニーズに対応した制度がますます重要となる」〔CIHI 2011, p. xi〕。ますます短くなる入院日数、外来治療の利用増加、および平均寿命の伸びによる高齢者人口の増加が、ホームケアおよび介護¹⁾に対するカナダ国民のニーズを増加させている〔Health Canada 2010〕。

別の見方をすれば「増加する高齢者人口が、病院やナーシングホームに対する予算上の圧力となり、より安上がりな代替への関心を促した。そして、ホスピスや在宅医療が、費用効果的であると見られるようになった」のである〔Folland et al., 2012, p. 298〕。カナダにおけるホームケアと地域サービスに対する需要は、高齢化する人口、慢性疾患の発病率の増加、厳しい医療予算等によって劇的な増加を余儀なく

されている〔Shamian and Russell 2011, p. 2〕。

カナダ医療協会 (Canadian Healthcare Association : CHA)²⁾ は、ホームケアが、カナダ国民の重要な課題になると指摘し、その主な理由として①人々は自宅でケアを得ることを好む、②カナダも慢性疾患の罹患率が増加する高齢国家になっている、③技術進歩が自宅でケアを得やすくしている、④政府は医療予算を抑制しようとしており、ホームケアが費用的に安上がりである、の4つを挙げている〔CHA 2009, p. 9〕。

カナダホームケア協会 (Canadian Home Care Association : CHCA)³⁾ は、ホームケアとは「すべての高齢者に対して、自宅および地域で提供され、健康促進と健康指導、病気治療、終末期ケア、リハビリテーション、援助および身体維持、社会的適応および社会的統合、およびインフォーマルな(家族)介護者に対する援助を包含する一連のサービス」としている〔CHCA 2010〕⁴⁾。この定義のなかに「インフォーマルな(家族)介護者に対する援助」が明記されていることに留意しておきたい⁵⁾。

2. カナダ保健法とホームケア

カナダ保健法(Canada Health Act)では、ホームケア・サービスは「副次的な医療サービス(extended health services)」の1つと規定されており、同法のもとでの(無料)保険給付対象の医療サービスになっていない⁶⁾。

カナダ保健法は、医学的に必要なサービスが誰が提供するのか(第一義的には医師)ということと、それをどこで提供するのか(病院)という観点から規定されている[CHA 2009, p. 10]。したがって、公的健康保険を運営する各州・準州政府にすれば、ホームケアは「副次的な」サービスであるから「最低限のサービスのメニュー・セットを提供する義務をもたない」[CHA 2009, p. 9]。

3. カナダにおけるホームケアの歩み

カナダにおけるホームケアの歩みを簡単に見ておきたい。1970年にオンタリオ州が、公的財源を使ったホームケア・サービスを始める。続いて、ケベック州が1972年に地方地域サービスセンター(Local Community Service Centres: CLSCs)を設ける。1974年には、マニトバ州が、同州全域でコーディネートされた継続ケア・プログラムを実施する最初の州となる[CHA 2009, pp.23-24]。

かくて、カナダのホームケアは、提供されるサービスのタイプと量、循環的に繰り返される財源不足、サービス提供モデル等の相違の中で全国的に発展する。2004年に連邦政府、州政府は「医療強化10カ年計画」合意⁷⁾のもとに、ホームケア・サービスのうちの3分野(病院退院後の短期ホームケア、短期の地域精神保健ホームケア、終末期ケア)の無料化が図られる。これら以外の提供サービスに対する全国レベルでの公平性が求められている[CHA 2009, p. 10]。

4. 公的ホームケア支出とマクロ的現状

カナダ医療情報研究所(以下、略称のCIHIとする)の2007年公表資料[CIHI 2007]を使って、1994年度から2003年度までのカナダのホームケア支出の水準と変化および利用量の変化を見てみよう。公的財源によるホームケアの総支出額は、1994年度(1994/1995)に15億5,562万ドルであったものが、2003年度(2003/2004)には34億3,398万ドルに達したと推計されている。連邦政府支出を含めた全政府の公的財源による1人当たりホームケア支出は、1994年度に54.75ドルであったのが、2003年度には93.60ドルとなった(1997年ドル価格)。年平均増加率は6.1%である。また、政府補助のホームケア利用者数は、1994年度の1,000人当たり23.9人から2003年度には26.1人に増加した。

この9年間における公的財源による毎年のホームケア支出の約97%以上が、州・準州政府の支出である⁸⁾。州・準州政府の医療支出に占めるホームケア支出の割合は、1994年度の3.1%から2003年度には4.2%に増加した。しかし、VON Canada⁹⁾は、州・準州の公的医療費に占めるホームケア支出の割合を、現在の4%から10%にまで引き上げることを求めている[Von 2010, p. 2]。

図1は、2003年度における各州・準州政府の総医療支出に占めるホームケア支出と1994年度から2003年度の期間における州・準州別の1人当たりホームケア支出の年平均増加率を表している。2003年度における州・準州政府のホームケア支出が、全州・準州平均の4.2%を上回っていたのは、ニュー・ブランズウィック州(7.4%)、マニトバ州(5.8%)であった。この2州は、包括的なホームケア・プログラムを州民に提供している¹⁰⁾。ノバ・スコシア州が17.3%の大幅な増加率であったのは、1995年創設のすべての年齢層を対象にした「ノバ・スコシア州ホームケア・プログラム(Home Care Nova Scotia program)」によるものである¹¹⁾。

CIHI[2007]は、ホームケアを在宅医療と在

図1 州政府の1人当たりのホームケア支出の年平均増加率
および州政府総医療支出に占めるホームケア支出の割合

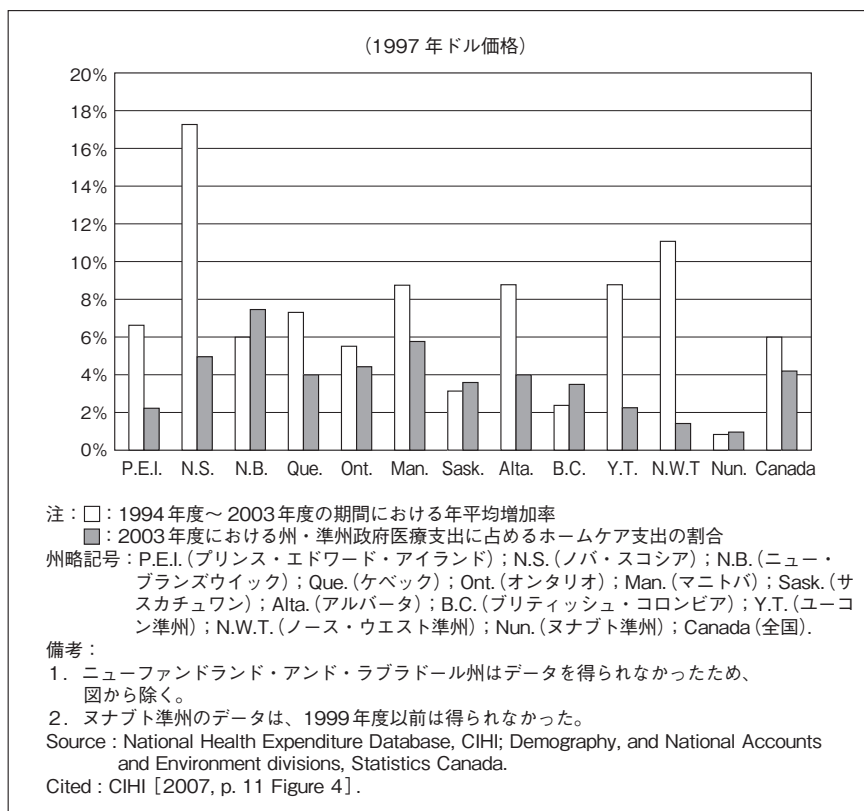


表1 ホームケア支出の使途分類 (6州、1準州の合計)

6州・1準州政府の合計	1995年度	2003年度	年平均増加率
1人当たり在宅医療支出 (a)	32.45ドル (43.3%)	49.75ドル (48.6%)	5.5%
1人当たり在宅援助支出 (b)	42.40ドル (56.7%)	52.50ドル (51.4%)	2.7%
1人当たりホームケア支出 合計 = (a) + (b)	74.85ドル (100%)	102.25ドル (100%)	3.5%

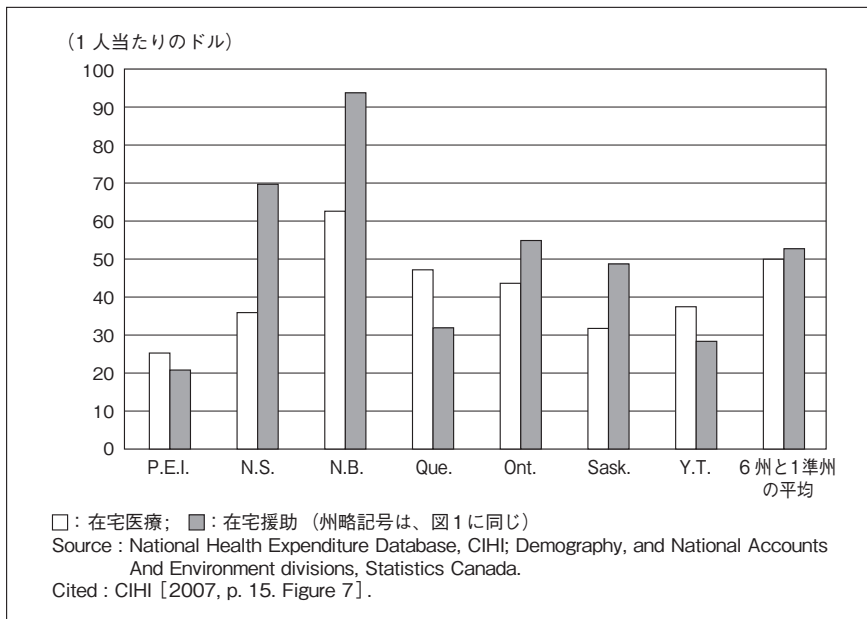
Source：CIHI [2007, pp. 15-17] 筆者作成。

宅援助の2つに分類して、その資料の得られる6州と1準州について、1994年度から2003年度までを調査した。プリンス・エドワード・アイランド州 (1996年度以降)、ノバ・スコシア州、ニュー・ブランズウィック州、ケベック州、オンタリオ州 (1995年度以降)、サスカチュワン州の6州とユーコン準州である。これら6州と1準州で、2003年のカナダ人口の71.4%を占めている。ここで言う在宅医療とは、ナーシング・ケアおよび医療サービスである。また、在宅援助には、個人的ケア、家事、食事、買い物、レス

パイト・ケアが含まれる。

これらの6州政府と1準州政府の1人当たりホームケア支出、およびそれを在宅医療支出と在宅援助支出に分けたものを、1995年度と2003年度について見たのが表1である。1人当たりのホームケア支出額は、いずれの年度においても在宅援助支出の方が、在宅医療支出よりも多い。ただし、年平均増加率は、医療支出が5.5%であるのに対して在宅援助支出は2.7%であった。これを州・準州政府別に見たのが図2である。ニュー・ブランズウィック州は、1人当たりの在

図2 6州・1準州における在宅医療と在宅援助に対する州・準州政府の1人当たりの支出水準(2003年度)(1997年ドル価格)



宅医療支出が62.75ドル、在宅援助支出が93.60ドルで、いずれの支出額も比較州の中でもっとも高かった。これは、ニュー・ブランズウィック州のホームケア・プログラムが、「入院の経済的代替」機能を果たしていることが原因と考えられる(注10参照)。逆に、プリンス・エドワード・アイランド州は、在宅医療支出が25.10ドル、在宅援助支出が21.10ドルで、比較州の中で最も低かった。

5. 州・準州間で異なるホームケア・サービス内容と利用料

公的財源によるホームケア・プログラムは、州・準州政府自ら、あるいは地方保健局によって計画・提供されている。そして、すべての州・準州は、ケース・マネジャーによるホームケア・サービスに対するニーズ評価と調整によって公的資金を支出している。地域によって、ホームケア提供者は、公務員であったり、公務員とエージェンシーとの契約の組合せであったりする。これらのエージェンシーは、非営利も営利もあ

る[HCA 2012, p. 22]¹²⁾。

オンタリオ州、マニトバ州、ケベック州、3準州、および連邦プログラム¹³⁾においては、ホームケア・サービス利用に際して所得調査や利用料を課していない。ブリティッシュ・コロンビア州、アルバータ州、サスカチュワン州、ニュー・ブランズウィック州、ノバ・スコシア州、およびニュー・ファンドランド・アンド・ラブラドル州の6州は、専門職サービスと、ほとんどの個人的ケア・サービスを州政府プランでカバーしているが、個人的援助や地域援助に対しては、所得に基づいた利用料を課している。また、ほとんどの州・準州で、レスパイト、成人デイサービス、家事、および配食サービスといった地域援助サービスの利用料に対して州政府補助を実施している[HCA 2012, p. 22]¹⁴⁾。

6. ホームケア・サービス利用のミクロ的現状

キャリー(Carrièle)が、2003年のカナダ地域健康調査(2003(cycle 2.1), Canadian Community

表2 直近の1年間にホームケアを利用した高齢者の割合

年 齢	フォーマルなケアのみ	インフォーマルなケアのみ	フォーマルなケアとインフォーマルなケア	合 計
65歳～74歳	5%	3%	1%	8%
75歳～84歳	12%	5%	3%	20%
85歳以上	24%	10%	8%	42%

Source : 2003 Canadian Community Health Survey.
Cited : Carrière [2006, p. 43. Chart 1].

Health Survey:CCHS)を利用してカナダのホームケアの利用実態を推計している¹⁵⁾。ホームケアを利用したほとんどの高齢者が、フォーマルなケアに依存している。また、ホームケアの利用者の割合は、男(12%)よりも女(17%)の方が多い。ホームケア利用は、年齢と強い関連があり、65歳から74歳が8%、75歳から84歳が20%、85歳以上が42%となっている(表2参照)[Carrière 2006, p. 43]。

ホームケア利用者の世帯類型を見てみると、夫婦だけで生活する高齢者では、比較的小さな割合(11%)が直近の1年間にホームケアを利用した。そして、同居(夫婦の同居の有無にかかわらず)の高齢者では17%、単身高齢者世帯では21%であった。また、単身高齢者世帯は、上記の他の2グループよりも、フォーマルケアのみの利用者が多かった。また、慢性疾患の数が多い高齢者ほど、ホームケアを利用している。さらに、主要所得源泉が、社会扶助または老齢基礎年金(OAS年金)および補足所得保証(GIS)である高齢者の相対的に大きな割合(20%)がホームケアを利用し、特にフォーマルなケアを利用する者が多かった(12%)[Carrière 2006, pp. 43-44]。

高齢者によって利用されたホームケアのタイプを見てみると、ホームケアの提供者が公私にかかわらず、家事労働の利用者が最も多かった(36.1万人)。フォーマルなケアのみの利用者では、家事労働(16.1万人)、ナーシング・ケア(11.4万人)、個人的ケア(8.7万人)の順であった。一方、インフォーマルなケアのみの利用者では、家事労働(12.7万人)、買い物(8.2万人)、食事準備または配食(8万人)の順であった。フォー

マルなケアとインフォーマルなケアの両方の利用者では、家事労働(7.3万人)、買い物(5.6万人)、個人的ケア(5.6万人)の順であった[Carrière 2006, p. 44]。

7. ホームケア：介護者の重要性

カナダの高齢者の93%は、自宅で生活しており、そのほとんどができるだけ長く自宅で生活を続けたいと望んでいる[CIHI 2011b, p. x]。しかし、高齢者人口の増加と加齢に伴う慢性疾患の普及が、地域で自立して生活する個人の身体能力を悪化させ、ホームケアへのニーズをますます増加させている[Carrière 2006, p. 43]。カナダ医療協会は、ホームケアが医療保障制度の傍流から本流に移りつつあると指摘している[CHA 2009, p. 12]。

ホームケア制度を考える際に、この仕組みを支えるインフォーマルなケア提供者(介護者：caregivers)の存在を抜きにして考えることはできない。介護者とは「家族、友人、あるいは無報酬でケアを提供する者」である[HCC 2012, p. 5]。2007年には、高齢者介護をする45歳以上の介護者数は、270万人に増加した。そして、介護者の75%は45歳から64歳であり、残りの25%(67.5万人)は高齢者であった。しかも、この高齢者のうち3分の1は75歳以上であった[StatCan 2008, p. 2]。そして、家族介護者の57%が女性であった。また、介護者の57%が被用者であり、家族と高齢者介護さらに仕事の掛け持ちであった[Cranswick and Dosman 2008, p. 49]。

グランフェルド等[Grunfeld et al, 1997, p.

1101] は、医療制度の再構築の中で、施設ケアよりも在宅ベースのケアが選好される根底にあるのは、家族介護者による援助を自宅において期待できるからである、と端的に指摘している。また、ブロードヘッド[Brodhead 2003, p. 1]も、カナダにおいて介護者は「医療制度が持続するように施設ケアからのホームケアへの移行を可能にする隠れた支援者」であると述べている。

カナダ地域健康調査では、介護者の3分の1が慢性疾患の1つを患っていると答えており、約4分の1は2つ以上の慢性疾患があると回答している[HCC 2012, p. 30]。

介護者は、介護と仕事の両立が困難になった時や、あるいは介護の量やレベルが介護者の能力を超えてしまった時に、他の誰かに援助を求める必要が出てくる。45歳以上の介護者について調べたカナダ統計局の2007年一般社会調査(General Social Survey, 2007)結果[Cranswick and Dosman 2008, pp. 48-56]から見てみよう。介護者の34%は、自分の子どもから援助を得たと答えており、介護者のサポーターとして一番多い。次に多いのは、配偶者からで26%であった。3番目は親族からの24%であった。これに、親しい友人および近隣者からの19%、地域(community)からの13%、そして地方政府

あるいは州政府からの12%が続いた(図3参照)。援助者を複数答えている場合もあるので、合計は100%にならない。政府からの援助には、レスパイト・ケアやホームケアといったフォーマルなサービスにアクセスするためのソーシャル・ワーカーからの援助、あるいは介護してきた高齢者をケア施設に移すための援助が含まれている[Cranswick and Dosman 2008, pp. 53-54]。

カリエール等は、「今日まで、要介護者の兄弟姉妹は、援助の主要な提供者でなかった。大抵、配偶者と子どもが心身に障害のある高齢者に対する援助提供者である」と指摘している[Carrière et al., 2009, p. 3]。

介護者の半数以上が、介護上での悩みを経験している(表3参照)。それは、情緒的な欲求(18%)、自分自身や家族に対する時間を十分に取れない(11%)、ストレス(10%)、疲労(7%)となっている。悩みがないと回答した者は、43%である[HCC 2012, p. 28]。

また、介護による複数のストレスにより、介護者が要介護者に虐待に及んだと見られるケースもある。介護との関連は定かでないが、2009年に約7,900人の高齢者が虐待を受け、そのうちの35%(約2,400人)は、家族によるものであ

図3 45歳以上の介護者に対する援助者

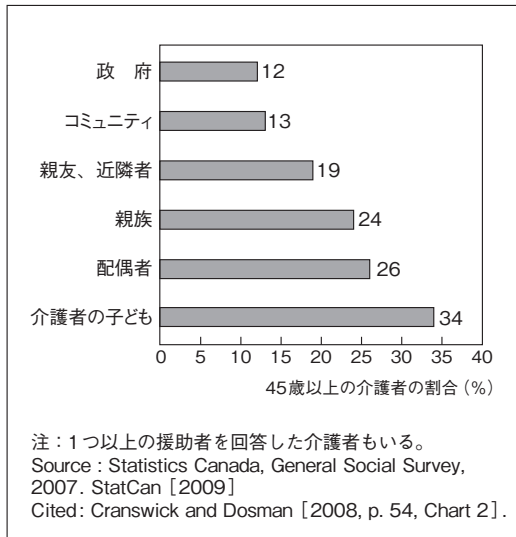


表3 介護者の抱える悩み

悩みの種類	割合 (%)
情緒的な欲求	18%
自分自身や家族のための時間の不足	11%
ストレス	10%
疲労	7%
金銭的負担	2%
家族へのインパクト	2%
仕事への支障	2%
その他	5%
悩みはない	43%

備考: 調査回答者は、介護者かどうかを直接問われていないが、45歳以上で、過去1年間に健康状態に関係した援助を誰かに提供した人口サンプルである。

Source: Statistics Canada, Community Health Survey-Healthy Aging Component, 2008-2009.
Cited: HCC [2012, p.28, Figure 7B].

た¹⁶⁾ [StatCan 2011b, pp. 26-28]。

かくて、介護者のニーズを顧みないことの結果は、介護者にとっても、ケアを受ける要介護者にとっても、医療制度にとっても、深刻なものとなる [Special Senate Committee on Aging, 2009, p. 118]。

8. 介護者支援策

介護者が要介護者の介護によってバーンアウトしないため、あるいはストレスが深刻な鬱症状にならないため、あるいは不幸な虐待に及ばないために、あるいは共倒れになり介護施設入居や病院入院とならないために、そのような徴候を早くキャッチする手立てが必要であろう。そのひとつの手段として「居宅者評価手法—ホームケア (Resident Assessment Instrument-Home Care : RAI-HC、以下この略称とする)」の利用が考えられる。

2007年にCIHIは、ホームケアのプラン作成、質の向上、説明責任のための情報を提供するために、全国的なホームケア報告システムを立ち上げることにした。そして、公的財源によるホームケアの利用者に関する標準化された臨床データ、人口統計データ、管理データ、および資源利用データを捕捉しようとしている。ここで利用されるのがRAI-HCである。

RAI-HCは、30カ国の非営利調査ネットワークであるinterRAIによって開発された包括的で標準化された評価手段で、介護利用者のニーズ、選好、体力を査定する¹⁷⁾。そして、臨床的状態の指標および受けたサービスと共に、身体機能、認知機能、および社会的機能の程度が記録される。この評価は、介護利用者およびその介護者についての情報となり、臨床医がリアルタイムで得られることになる [CIHI 2010, p. 3]。

CIHIは、RAI-HC評価から利用可能な項目を使って介護者の疲労に関係した要因を見いだそうとした。そして、2007年から2008年にかけて、公的財源によるホームケア利用者でRAI-HC評価を受けた13万1,258人のサンプルを使って、

ロジスティック回帰分析により、介護者の疲労に最も強く関係した要因の組合せを解明しようとした。この評価は、ノバ・スコシア州、オンタリオ州、マニトバ州ウイニペグ地方保健局、ユーコン準州のみのものである [CIHI 2010, p. 4]。

この分析結果から判明したことは、介護者の疲労に最も強い関係のある要因は、ホームケア利用者に認知障害およびADLといった日常機能障害があるとき、インフォーマルな介護時間数が多いとき、ホームケア利用者に鬱症状あるいは徘徊などの厄介な行動があるときであった。また、疲労や潜在的なバーンアウト (燃え尽き) のリスクが高いのは、配偶者であった。

ハールデス等 [Hirdes et al., 2008] もRAI-HCに基づいた「優先レベル選定手法 (Method for Assigning Priority Levels : MAPLe、以下この略称とする)」からホームケア介護者の疲労のランク付けを行っている。このMAPLeは、ケア利用クライアントが地域サービスあるいは施設サービスを要求しているかどうかに関係なく、ケース・マネジャーが相対的な優先性を決定する際の援助となる評価手法である。ハールデス等は、RAI-HCに基づいたカナダと国際的なデータを使って、クライアントのナーシングホームへの配置 (placement)、介護者の疲労 (distress)、および回復による代替配置のためのランク付けのための予測変数を明らかにしようとした。

しかし、本稿で着目したいのは、このMAPLeが介護者の疲労のランク付けにも有効であるということである。つまり、介護者の疲労のパターンは明白であり、中レベルのMAPLe範疇と低レベルのMAPLe範疇とを比較すると介護者の疲労リスクは5倍であり、非常に高いレベルのMAPLe範疇と低いレベルのMAPLe範疇を比較すると26倍高いという。したがって、MAPLe手法は、介護者の疲労、さらにはバーンアウトを予測する1つの有力な手がかりとして期待したい¹⁸⁾。

もしフォーマルな援助が提供されないのであれば、インフォーマルな介護者は、バーンア

ウトしてしまうリスクがある。そうなれば、要介護者は、一層のフォーマルなケア（多くの場合、施設ケア）を求めることになり、介護者もフォーマルなケアの利用者になる可能性がある [Grunfeld et.al., 1997, p. 1101]。維持可能な医療制度は、高齢者が自宅に居れるようにして、施設入居をできるだけ回避するために、インフォーマルなネットワークをあてにしている。疲労のリスクの高いインフォーマルな介護者が介護を継続するためには、追加資源あるいはレスパイトが必要と思われる [CIHI 2010, p. 15]。

9. レスパイト・ケアの利用

レスパイトとは、「介護者のためのブレイク（休憩）、中休み、あるいは気分転換」と定義される¹⁹⁾。具体的には、成人のデイケア、在宅レスパイト・ケア、諸施設での1泊あるいは長期のレスパイト宿泊、組合せサービスである [Keefe and Manning 2005]。カナダでは、介護者の援助または補償をするこれまで全国的な普遍的な制度はない。もっとも、州・準州政府が各自で公的財源によるホームケア・プログラムの中でレスパイト・サービスを提供している。

常識的には、レスパイト・サービスの利用は、介護者の負担とストレスを削減するので、医療制度の維持にかなりの貢献をしているはずである。しかし、これまでのところ、諸研究からレスパイト・サービスの介護者に対する有効性、あるいは費用対効果があるという証拠を見つけることは困難である。さらに、レスパイトに対する高い需要があるにもかかわらず、実際には過少利用となっている [Keefe and Manning 2005]。過少利用の理由としては、利用に対する消費者の知識不足、制度利用の不安、もしくはギブアップの一手手前であるという恐れが指摘されている [Torjman 2003, p. 2]。また、レスパイトの利用については、文化の違いも関係するであろう。筆者もかつてアメリカでの介護施設調査で、このことをスタッフから聴取している。

しかし、レスパイト・ケアは、介護者の健康を支える諸施策のひとつとして基本となるものである [CIHI 2011b, p. 78]。だからこそ、「高齢化に関する上院特別委員会」が、介護者への必要な直接的サービスとして、レスパイト・サービスを明記しているのであろう [Special Senate Committee on Aging 2009, p. 119]。介護者のためのレスパイト・サービスを含めた公的援助は、ますます必要かつ重要となるであろう。

11. 総括

高齢者人口が今後ますます増加することを考慮すれば、ホームケアは医療保障制度の重要部分となってくる。医学の進歩も施設ケアから在宅ケアへの傾向を促進するであろう。ホームケアは、医療サービスと社会サービスの交差点にある。医療関係者と福祉関係者が一緒になって介護利用者のために連携したケアを提供する必要がある。まさに連携包括ケア (integrated care) が求められる²⁰⁾。

注

- 1) 連邦保健省の定義によると「ホームケアおよび介護とは、医学的、看護的、社会的または健康上の処置、および(もしくは)日常生活における必須の活動に対する援助、の必要な回復期の者、障害者、慢性疾患の者、あるいは末期的病気の者に対して、自宅や地域において提供される広範な医療サービスを包含する。介護は、また、援助付き住宅および介護施設をベースにしたケアをも含む [Health Canada 2010]。
- 2) 1931年創設。カナダ全国の州および準州の病院および医療機関の連盟。
- 3) 1990年創設。カナダ全国の600以上のホームケア関係者を代表する非営利の会員制組織。Website: <http://www.cdnhomecare.ca/>。
- 4) カナダホームケア協会 (CHCA) の定義は、Canadian Home Care Association (2008)。Portraits of home care in Canada. Mississauga: CHCAに記載されているとして、良く引用されているが筆者未確認。

- 5) カナダ医療審議会(Health Council of Canada:HCC)は、ホームケアという専門用語の使われ方が必ずしも一致していないために、ホームケアの議論をするときの課題のひとつであると指摘している[HCC 2012, p. 5]。なお、同審議会は、「2003年の医療改革に関する連邦・州首相合意(the 2003 *First Ministers' Accord on Health Care Renewal*)」によって創設され、医療改革の進捗状況を公表する独立の全国的機関である。
- 6) カナダ保健法でいう「副次的な医療サービス」とは、(a)ナーシングホーム媒介のケアサービス、(b)成人の施設ケアサービス (c) ホームケア・サービス、(d) 外来医療サービスである[Canada Health Act, R.S.C., 1985, c. C-6 (Section 2)]。
- 7) この「医療強化10カ年計画(10-year Plan to Strengthen Health Care)」は、「2004年 合意(2004 Accord)」とも呼ばれる。
- 8) 州、準州政府の1人当たりホームケア支出は、1994年度が53.20ドル、2003年度が91.15ドルであった(1997年ドル価格)。但し、これは、資金調達財源に基づく配分ではなくて、支払責任に基づく配分で見たまのである。したがって、この配分では、連邦移転資金は除かれている。
- 9) 100年以上の歴史を持ち、一般にVON Canadaの呼び名で親しまれているが、正式にはVictorian Order of Nurses for Canada。1897年2月10日にリドホール(カナダ総督官邸)の会合で、ウィルフリッド・ロリエ(Wilfrid Laurier)首相がVictorian Order of Nurses for Canada創設の発意をした。現在、約5,500人の専門職員と約9,000人のボランティアのネットワークを擁する非営利、ホームケア、地域ケアのカナダの代表的な全国的慈善組織(1,200地域)で、広範なホームケア、個人的援助、地域援助サービスを24時間体制で提供している。
- 10) 「ニュー・ブランズウィック州施設外ケアプログラム(New Brunswick Extra-Mural Program)」は、「壁のない病院」として多くの人々に知られているプログラムで、日常生活のなかで健康増進、健康維持、あるいは健康回復を目的として、包括的な在宅医療サービスを提供している[New Brunswick website]。「壁のない病院」と言われていることから類推できるように、ニュー・ブランズウィック州のホームケアは、「入院の経済的代替」[CIHI 2007, p. 10]と見なされており、同州の医療制度において重要な役割を演じている。また、「マニトバ州ホームケア・プログラム(Manitoba Home Care Program)」は、カナダで最も古い包括的、普遍的なホームケア・プログラムである[Manitoba website]。
- 11) なお、ノバ・スコシア州は、2011年に健康促進・擁護省と保健省を併合して、保健福祉省になった。現在は、介護プログラムのなかでホームケア・サービスが提供されている。
- 12) CHAによると、初出はCanadian Home Care Association. (2008). *Portraits of home care in Canada*. Mississauga, ON:CHCA.となっているが、筆者未確認。
- 13) 連邦政府プログラムは、先住民およびイヌイト保健支局、連邦復員庁、カナダ軍保健サービス、およびカナダ騎馬警察隊である。
- 14) なお、州ごとの利用者負担と所得テストの現状については、[CHA 2009, pp. 141-142]に紹介されているので参照されたい。
- 15) cycle2.1調査は、2003年元旦から始まり同年12月に終了した。回答率は80.6%で、135,573人の回答からサンプルを得ている。キャリアーは、その中から65歳以上の28,672人の回答者のサンプルをもとに、推定人口380万人を代表するものとしてウエート付けした[Carrière 2006, p. 45]。
- 16) その他の35%は、友人または知人によるものであった。
- 17) interRAIのわが国の代表メンバーは、慶應義塾大学池上直己教授である。
- 18) MAPLe手法は、日本を含めた他国でも利用可能であるとハールデス等は指摘している。interRAIについての詳しくは、同ホームページにアクセスされたい(<http://www.interrai.org/section/view/?/fnode=15>)。
- 19) 原典は、Lysne, Linda (2002). *Give me a break! :Helping Family Caregivers of Seniors Overcome Barriers of Respite*. Ottawa: Canadian Association for Community Care.とされているが筆者未確認。
- 20) "integrated care"を、ここでは敢えて「連携包括ケア」と訳した。"integrated care"については[Kodner 2009, pp. 6-15]を参照されたい。

参考文献(ウェブサイトを含む)

- ・ Canada, Department of Justice (2012). Canada Health Act. Revised Statutes of Canada, 1985, c. 6, s. 1. (current to April 23, 2012.) Retrieved April 30, 2012.
 <<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>>
- ・ Canada, Ministry of Health (Health Canada). (2010). *Health Care System: Home & Continuing Care*. (Modified: May 25, 2010.) Retrieved May 8, 2012.
 <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/home-domicile/index-eng.php>>
- ・ Canadian Healthcare Association (CHA). (2009). *Home Care in Canada: From the Margins to the Mainstream*. Ottawa: CHA. Retrieved March 14, 2012
 <http://www.cha.ca/documents/Home_Care_in_Canada_From_the_Margins_to_the_Mainstream_web.pdf>
- ・ Canadian Healthcare Association (CHA). (2012). *Respite Care in Canada*. Ottawa: CHA. Retrieved May 11, 2012.
 <http://www.cha.ca/documents/Respite_Care_in_Canada_EN_web.pdf>
- ・ Canadian Home Care Association (CHCA). *Home Care Facts*. (Last Updated August 18, 2010). Retrieved April 24, 2012.
 <<http://www.cdnhomecare.ca/content.php?sec=9>>
- ・ Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2007). *Public-Sector Expenditures and utilization of Home Care in Canada: Exploring the Data*. Ottawa: CIHI.
- ・ Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2010). *Supporting Informal Caregivers-The Heart of Home Care*. Ottawa: CIHI. Retrieved March 5, 2012. <http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Caregiver_Distress_AIB_201_EN.pdf>
- ・ Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2011). *Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Aging*. Ottawa: CIHI. Retrieved April 24, 2012.
 <https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_en.pdf>
- ・ Carrière, Gisèle (2006). Seniors' use of home care, In *Health Reports*, Vol. 17, No. 4.
- ・ Carrière, Yves; Keefe, Janice; Légaré, Jacques; Lin, Xiaofen; Rowe, Geoff; Martel, Laurent and Sameer Rajbhandary (2008). *Projecting the Future Availability of the Informal Support Network of the Elderly Population and Assessing its Impact on Home Care Services* (Demographic Documents). Ottawa: StatCan. Retrieved March 14, 2012.
 <<http://www.statcan.gc.ca/pub/91f0015m/91f0015m2008009-eng.pdf>>
- ・ Cranswick, Kelly and Donna Dosman (2008). Eldercare: What we know today. In *Canadian Social Trends*. Winter No. 86. Ottawa: StatCan. Retrieved April 24, 2012.
 <<http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/11-008-x2008002-eng.pdf>>
- ・ Decima Reseach Inc. (2002). *National Profile of Family Caregivers in Canada-2002. Final Report*. Ottawa: Health Canada.
- ・ Folland, Sherman; Goodman, Allen and Miron Stano (2012). *The Economics of Health and Health Care*, 7th ed., Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- ・ Grunfeld, Eva; Glossop, Robert; McDowell, Ian and Catherine Danbrook (1997). Caring for elderly people at home: the consequences to caregivers, In *Canadian Medical Association Journal*, Oct. 15, 157 (8).
- ・ Health Council of Canada (HCC). (2012). *Seniors in need, caregivers in distress: What are the home care priorities for seniors in Canada?* Toronto: HCC. Retrieved April 17, 2012.
 <http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/HCC_HomeCare_FA.pdf>
- ・ Hirdes, John; Poss, Jeff and Nancy Curtin-Telegdi (2008). The Method for Assigning priority Levels (MAPLe): A New decision-support system for allocating home care resources. In *BMC Medicine*, 6:9: Technical advance (Open access). Retrieved March 6, 2012.
 <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-6-9.pdf>>
- ・ Keefe, Janice and Marlie Manning (2005).

"The Cost Effectiveness of Respite: A Literature Review". Ottawa: Health Canada. Retrieved March 2, 2012.

(<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/home-domicile/2005-keefe/index-eng.php#a3>)

• Kodner, Dennis (2009) . All Together Now: A Conceptual Exploration of Integrated Care. In *Healthcare Quarterly*, 13 (Special Issue).

• Manitoba website. *Manitoba Home Care Program*.

(<http://www.gov.mb.ca/health/homecare/index.html>) (Accessed at May 11, 2012.)

• New Brunswick website. *New Brunswick Extra-Mural Program*. Retrieved at May 11, 2012.

(<http://www.gnb.ca/0051/0384/index-e.asp>)

• Romanow, Roy (2002) . *Building on Values: The Future of Health Care in Canada-Final Report*. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada.

• Shamian, Judith and Bob Russell (2011) . In *Better: The 2011 VON annual Report*. Ottawa: Victorian Order of Nurse for Canada (VON Canada) National Office. Retrieved April 8, 2012.

(http://www.von.ca/doc/VON_AR_2011_FINAL_low_res.pdf)

• Special Senate Committee on Aging (2009) . *Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity, Final Report*. Ottawa: Special Senate Committee on Aging of Canada. Retrieved May 1, 2012.

(<http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-e.pdf>)

• Statistics Canada (StatCan) . (2003) . *2002 General Social Survey Cycle 16: Aging and Social Support - Tables*. Ottawa: StatCan. Retrieved April 20, 2012,

(<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-583-x/89-583-x2003001-eng.pdf>)

• Statistics Canada (StatCan) . (2008) . *Daily*, October 21, 2008. Retrieved May 8, 2012.

(<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/081021/dq081021-eng.pdf>)

• Statistics Canada (StatCan) . (2009) . *2007*

General Social Survey: Care Tables. Ottawa: StatCan. Retrieved May 8, 2012.

(<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-633-x/89-633-x2008001-eng.pdf>)

• Statistics Canada (StatCan) . (2010a) . *Daily*, May 26, 2010 (Modified: July 5, 2011.) Ottawa: StatCan. Retrieved April 29, 2012.

(<http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/DAILY/daily.cgi?s=05&y=2010&s=monthly/>)

• Statistics Canada (StatCan) . (2010b) . *Population Projections for Canada, Provinces and Territories: 2009 to 2036*. Ottawa: StatCan.

• Statistics Canada (StatCan) . (2011a) . *Daily*, September 27, 2011. Ottawa: StatCan. Retrieved May 8, 2012.

(<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/120127/dq120127-eng.pdf>)

• Statistics Canada (StatCan) . (2011b) . *Family Violence in Canada: A Statistical Profile*. Ottawa: StatCan. Retrieved May 13, 2012.

(<http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/85-224-x2010000-eng.pdf>)

• Torjman, Sherri (2003) . *What Are Policy-Makers Saying about Respite?* Ottawa: The Caledon Institute of Policy. Retrieved April 12, 2012. (<http://www.caledoninst.org/PDF/553820673.pdf>)

• Victorian Order of Nurses (VON Canada) . (2010) . VON Supports Investment in Family Care. *Media News Releases*. Retrieved May 15, 2012.

(<http://www.von.ca/en/media/docs/caregiving%20oct.pdf>)

ドイツの2011年医療改革 —公的医療保険診療構造法—

厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長補佐
(前社会保険診療報酬支払基金経営企画部長)
(元在ドイツ日本国大使館一等書記官(厚生担当))

田中 謙一
Tanaka Kenichi

ドイツでは、「公的医療保険における診療構造の改善に関する法律」(「公的医療保険診療構造法」)が2011年12月に公布されて2012年1月に施行された。

その中では、家庭医を始めとする保険医の地域的な偏在等に対応するため、

- ① 保険医の診療の保障のための需要計画の見直し
- ② 保険医以外の者に対する保険医の給付の委任の見直し
- ③ 保険医に係る家庭と職業との両立の改善
- ④ 保険医の診療に係る償還の包括化の程度の緩和
- ⑤ 外来特別専門医診療の導入

等が盛り込まれた。

これらについては、今後の動向が注目される。

ドイツでは、2011年12月22日付けの「公的医療保険における診療構造の改善に関する法律(Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung)」(「公的医療保険診療構造法(GKV-VStG)」)が2011年12月28日に公布されて2012年1月1日に施行された。

本稿では、公的医療保険診療構造法について、趣旨及び主要な内容を紹介した上で、評価を試みたい。

なお、本稿中の評価は、筆者の個人的な見解である。

1. 公的医療保険診療構造法の趣旨

ドイツでは、近年、人口の高齢化及び医学の

進歩に伴い、診療に対する需要が増大している。

これに対し、保険医のうち、専門医は、増加しているが、家庭医は、減少している¹⁾。また、就業医に占める女性就業医の比率が増加する²⁾とともに、外来の診療に従事する医師の平均労働時間が減少している³⁾。さらに、保険医の平均年齢が上昇している⁴⁾。

このような中で、公的医療保険診療構造法の趣旨は、主として、次に掲げる3点にある。

- ① すべての地域で身近な需要に応じた供給のために十分な医師を将来にわたって配置するための条件を整備すること。
- ② すべての被保険者のために高価値かつ革新的な診療に対するアクセスを確保すること。
- ③ 患者の利益に資するよう、革新的な診療を可能な限り迅速かつ的確に導入するための条

図表 公的医療保険診療構造法の経緯

2011年 4月 8日	連邦政府による「診療法に関する重点項目(Eckpunkte zum Versorgungsgesetz)」の閣議決定
2011年 8月12日	連邦政府による連邦参議院に対する提出(BR-Drucksache 456/11)
2011年 9月 5日	連邦政府による連邦衆議院に対する提出(BT-Drucksache 17/6906)
2011年 9月23日	修正の提案を内容とする連邦参議院の見解(BR-Drucksache 456/11 (Beschluss))
2011年10月 5日	連邦参議院の見解に対する連邦政府の意見(BT-Drucksache 17/7274)
2011年11月30日	修正を伴う可決を求める旨の保健委員会による連邦衆議院に対する議決勧告及び報告(BT-Drucksache 17/8005)
2011年12月 2日	連邦衆議院の可決(BR-Drucksache 785/11)
2011年12月16日	両院協議会の招集を求めない旨の連邦参議院の議決(BR-Drucksache 785/11 (Beschluss))

件を整備すること。

なお、公的医療保険診療構造法の経緯は、図表のとおりである。

2. 公的医療保険診療構造法の主要内容

公的医療保険診療構造法の主要内容を整理すると、次のとおりである。

なお、本稿中の法文は、2012年1月現在のものである。

(1) 外来の診療の保障

1) 保険医の診療の保障のための需要計画の見直し

州保険医協会は、州疾病金庫連合会と協議し、連邦共同委員会⁵⁾の指針(「社会法典(Sozialgesetzbuch : SGB)」第5編第92条第1項⁶⁾の準則に従い、保険医の診療の保障のための需要計画を策定し、かつ、改定しなければならない(同法第99条第1項)。

このような需要計画について、次のとおり、州レベルで地域の特性を勘案するための裁量の余地を拡大して合目的かつ弾力的なものとする。

- ① 連邦共同委員会の指針について、州が共同で審議する権限を付与すること(同法第92条第7e項)。
- ② 需要に応じた供給のために地域の人口及び罹患率を始めとする地域の特性を勘

案することが必要である場合には、連邦共同委員会の指針を逸脱することが可能であるものとする(同法第99条第1項及び「保険医許可令(Zulassungsverordnung für Vertragsärzte : Ärzte-ZV)」第12条第3項)。

- ③ 地域の計画策定区域⁷⁾について、従前、市又は郡に相当しなければならないものとしていたが、2013年1月より、広域にわたる診療が保障されるように確定されなければならないものとする(同法第101条第1項)。
- ④ 連邦共同委員会は、需要に応じた供給を保障するために必要な場合において、一般的な需要に応じた供給度(「一般的比例数(allgemeine Verhältniszahl)」⁸⁾を改定し、又は新規に設定するときは、主として、人口の動向を勘案しなければならないものとする(同条第2項)。
- ⑤ 地域の供給度(「局地的比例数(örtliche Verhältniszahl)」⁹⁾が一般的比例数の110%以上であるために州保険医・疾病金庫委員会¹⁰⁾が供給過剰と認定して許可制限を指示した計画策定区域(同条第1項及び第103条第1項)では、保険医の許可が死亡、取消し等で終了し、かつ、診療所が後任者によって引き継がれる場合には、許可委員会¹¹⁾は、保険医又はその相続人の申請に基づき、保険医ポストの後任を募集する手続(同条第4項)が実施されるかどうかを決定

するものとする（同条第3a項）。この場合において、保険医ポストの後任が診療事情に基づいて不要であるときは、許可委員会は、当該申請を拒否することができる¹²⁾ものとする（同項）。

- ⑥ 保険医ポストの後任を募集する手続で応募者を選抜するに際しては、州保険医・疾病金庫委員会が供給不足を認定した計画策定区域における少なくとも継続して5年にわたる保険医としての業務も勘案しなければならないものとする（同条第4項）。
- ⑦ 局地的比例数が一般的比例数の100%以上110%未満であって許可制限の対象とならない計画策定区域では、許可委員会による保険医の許可に係る期限の設定¹³⁾を可能とすること（同令第19条第4項）。

2) 保険医の診療の保障のための措置の拡充

州保険医協会及び連邦保険医協会は、保険医の診療を保障しなければならない（同法第75条第1項）。

この点、次のとおり、償還でインセンティブを付与するとともに、弾力的な診療形態（「モバイル診療構想（mobiles Versorgungskonzept）」）を助成するなど、保険医の診療の保障のための措置を拡充する。

- ① 連邦保険医協会及び連邦疾病金庫中央連合会は、2012年6月30日までに、外来の診療について、
- i どのような業務に際しては、保険医の責任で保険医の指示を受けた者による保険医の給付の提供が可能であるか
 - ii 保険医の責任で保険医の指示を受けた者による保険医の給付の提供に関しては、どのような要件が設定されなければならないか
- を確定するものとする（同法第28条第1項）。
- ② 保険医の診療の保障が相応かつ適時な専門医診療の提供も内容とする旨を明確化すること（同法第75条第1項¹⁴⁾）。

- ③ 州保険医協会は、病院との間での協力及び組織の統合を通じて、救急サービスを保障することができるものとする（同項）。
- ④ 連邦保険医協会は、連邦統一的な救急サービス番号に移行するための指針を策定しなければならないものとする（同条第7項）。
- ⑤ 保険医給付統一評価基準¹⁵⁾の見直しに際しては、評価委員会¹⁶⁾は、遅くとも2012年10月31日までに、どのような範囲で外来の遠隔医療の給付を提供することが可能であるかについて、検討し、その結果に基づき、遅くとも2013年3月31日までに、どのような点で保険医給付統一評価基準が改定されなければならないかについて、決定するものとする（同法第87条第2a項）。
- ⑥ 主として、州保険医・疾病金庫委員会が供給不足（同法第100条第1項）又は付加的かつ地域的な診療需要（同条第3項）を認定した計画策定区域では、特別な助成にふさわしい給付及び特別に助成されるべき給付提供者の給付について、州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、保険医の給付の償還のためのユーロ建ての指標値としての連邦統一的な1点単価¹⁷⁾に対する加算を合意することができるものとする（同法第87a条第2項）。
- ⑦ 州保険医・疾病金庫委員会が供給不足又は付加的かつ地域的な診療需要を認定した場合には、州保険医協会が各疾病金庫から州保険医協会へ納付される償還総額（同法第85条第1項¹⁸⁾）を各保険医に配分するために州疾病金庫連合会と協議して設定する配分基準（同法第87b条第1項）で、該当の保険医グループの保険医について、該当の計画策定区域の患者の治療に際し、症例件数を制限し、又は抑制する措置の適用を除外すること（同条第3項）。
- ⑧ 州保険医協会が州疾病金庫連合会と協議して被保険者に対する直接の診療のための

施設（「診療センター」）を運営する場合には、診療センターで提供される保険医の給付は、償還総額による償還の対象とされなければならないものとする（同法第105条第1項）。

⑨ 州保険医協会は、州保険医・疾病金庫委員会が供給不足又は付加的かつ地域的な診療需要を認定した計画策定区域における助成措置の財源調達のため、構造基金¹⁹⁾を造成することができるものとする（同条第1a項）。この場合においては、構造基金の資金は、主として、

i 新規開業又は支分診療所の設立に際しての投資費用に対する補助

ii 償還及び専門教育に係る加算

iii 奨学金の授与

のために利用されなければならないものとする（同項）。

⑩ 市町村は、州保険医協会の同意を得て、根拠に基づく例外的事例において、独自の診療センターを運営することができるものとする（同条第5項）。この場合においては、診療センターで勤務する医師が医師としての決定に際して医師以外の者の指示に拘束されない旨を明確化すること（同項）。

⑪ 許可委員会は、病院で勤務する医師のほか、予防・リハビリテーション施設又は入所介護施設で勤務する医師に対しても、継続教育を修了する限り、それぞれの施設の運営機関の同意を得て、保険医の診療に参画する権限を授与することができるものとする（同法第116条並びに同令第31条第1項及び第31a条第1項）。

⑫ 州保険医・疾病金庫委員会が供給不足又は付加的かつ地域的な診療需要を認定した計画策定区域では、供給不足を解消し、又は付加的かつ地域的な診療需要を充足するために必要な限度で、許可委員会は、許可を受けた病院に対し、その申請に基づき、保険医の診療に参画する権限を授与するこ

とができるものとする（同法第116a条）。

⑬ 従前、保険医は、保険医所在地²⁰⁾で診療を提供することが可能となるよう、住居を選択しなければならないものとしていたが、今般、このような義務を廃止すること（同令第24条第2項）。

⑭ 保険医所在地以外の場所における保険医の勤務については、従前、保険医所在地における診療が阻害されない場合に限り、許容していたが、今般、保険医所在地における診療の阻害が僅少であり、かつ、保険医所在地以外の場所における診療の改善を通じて埋め合わせられる場合には、許容するものとする（同条第3項）。

⑮ 保険医所在地以外の場所における保険医の業務について、

i 保険医所在地以外の場所で提供される給付が保険医所在地で類似の方法で提供されること

ii 支分診療所で勤務する保険医の専門分野が保険医所在地で標榜されることを不要とすること（同項）。

3) 保険医に係る家庭と職業との両立の改善

次のとおり、保険医について、家庭と職業との両立を改善する。

① 保険医ポストの後任を募集する手続で応募者を選抜するに際しては、医師としての業務の期間も勘案しなければならないものとする（同法第103条第4項）。この場合においては、医師としての業務の期間について、医師としての業務が児童の養育又は在宅での要介護の親族の介護を理由として中断された期間に相当する分、延長するものとする（同項）。

② 保険医が出産に引き続いて代理人を選任することができる期間の上限を6月から12月へ延長すること（同令第32条第1項）。

③ 保険医は、

i 児童の養育の期間中に36月

ii 居宅での要介護の親族の介護の期間中

に6月

の期間を上限として、代理人又は補助者を雇用することができるものとする（同条第2項）。この場合においては、州保険医協会は、当該期間を延長することができるものとする（同項）。

(2) 保険医及び保険歯科医の診療に係る償還の見直し

1) 保険医の診療に係る償還の見直し

次のとおり、保険医の診療について、償還の包括化の程度を緩和するとともに、州保険医協会及び州疾病金庫連合会が償還総額を合意するに当たっての裁量の余地を拡大するなど、償還を見直す。

① 保険医給付統一評価基準では、家庭医の診療の給付は、被保険者包括払い²¹⁾として規定されなければならないが、被保険者包括払いは、

i 各診療所で初めて診断され、かつ、治療される患者か、あるいは、治療が継続される患者か

ii 可能な限り、主として疾病の重度を示すために主として決済データを基礎として帰納的に算定される罹患率基準

に従い、細分されなければならないものとする（同法第87条第2b項）。

② 保険医給付統一評価基準では、専門医の診療の給付は、保険医グループごとに、関係者間の協力に基づく診療形態の特性を勘案しつつ、基本・付加包括払い²²⁾として規定されなければならないが、基本包括払いは、可能な限り、実態に応じ、

i 各診療所で初めて診断され、かつ、治療される患者か、あるいは、治療が継続される患者か

ii 主として疾病の重度を示すために主として決済データを基礎として帰納的に算定される罹患率基準

に従い、細分されなければならないものとする（同条第2c項²³⁾）。

③ 保険医給付統一評価基準では、

i 通常の事例

ii 州保険医・疾病金庫委員会が供給不足を認定した場合

iii 州保険医・疾病金庫委員会が供給過剰を認定した場合

におけるそれぞれの連邦統一的な1点単価が設定されなければならない旨の規定（同条第2e項）を廃止すること。

④ 州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、保険医給付統一評価基準を基礎とする総点数として、被保険者の人数及び罹患率構造に応じた治療需要を合意し、かつ、ユーロ建ての1点単価で評価する（同法第87a条第3項）が、治療需要の改定に関する合意の基礎の一つとなる被保険者の罹患率構造の変化（同条第4項）に係る合意に関する評価委員会の決定を州保険医協会及び州疾病金庫連合会に対する勧告として位置付けること（同条第5項）。

⑤ 州保険医協会は、保険医の診療に参画する医師、診療センター等に対し、償還総額を家庭医及び専門医の診療の部門に区分して配分する²⁴⁾に当たり、州疾病金庫連合会と協議して設定された配分基準を適用する²⁵⁾ものとする（同法第87b条第1項）。

⑥ 配分基準は、給付提供者の業務が過度に増大しないようなルールを規定しなければならないものとする（同条第2項）。この場合においては、給付提供者にとっては、報酬の水準に関する計算の確実性が担保されなければならないものとする（同項）。

⑦ 配分基準は、関係者間の協力に基づく患者に応じた診療形態での患者の治療を適切に勘案しなければならないものとする（同項）。この場合において、外来の診療の改善に資するときは、州保険医協会の承認を受けた診療所のネットワークについて、償還総額の一部である独自の報酬総額として、別途の償還ルールを規定することも可能とすること（同項）。

- ⑧ 連邦保険医協会は、四半期ごとに、各州保険医協会について、償還総額、その配分の結果等に関する報告書を公表するものとする（同法第87c条）。
- ⑨ 州保険医協会及び州疾病金庫連合会が罹患率に基づく償還総額の枠外で償還の対象となる保険医の給付²⁶⁾に係る支出制限のための措置を合意する旨の規定（同法第87c条第4項）を廃止すること。

2) 保険歯科医の診療に係る償還の見直し

次のとおり、保険歯科医の診療について、州保険歯科医協会及び州疾病金庫連合会が償還総額を合意するに当たっての裁量の余地を拡大するとともに、要介護者及び障害者に対する給付を改善するなど、償還を見直す。

- ① 州保険歯科医協会は、償還総額を各保険歯科医に配分するに当たり、州疾病金庫連合会と協議して設定された配分基準を適用するものとする（同法第85条第4項）。
- ② 2012年7月1日より、州疾病金庫連合会は、州保険歯科医協会との間で、保険歯科医の給付（義歯を除く。）について、2013年の償還総額に係る合意のため、1回に限り、2012年の平均1点単価を算定するものとする（同条第2a項）。この場合においては、州保険歯科医協会及び州疾病金庫連合会は、2012年の平均1点単価を基礎として、2012年の償還総額を改定し、かつ、これを2013年の償還総額に係る合意をめぐる交渉のための基礎とするものとする（同項）。
- ③ 2013年1月1日より、州保険歯科医協会及び州疾病金庫連合会は、保険歯科医の診療について、
 - i 被保険者の人数及び構造
 - ii 罹患率動向
 - iii 費用及び診療の構造
 等を勘案しつつ、償還総額の変更を合意するものとする（同条第3項）。この場合においては、償還の対象となる保険歯科医の給付（義歯を除く。）の全体のための支出

総額について、保険料率安定の原則²⁷⁾も勘案されなければならないものとする（同項）²⁸⁾。

- ④ 保険歯科医給付統一評価基準では、要介護状態又は障害を理由として歯科診療所を訪問することができない等の被保険者について、保険歯科医が必要に応じて訪問するための付加的な給付を規定しなければならないものとする（同法第87条第2i項）。

(3) 外来特別専門医診療の導入

次のとおり、給付提供者に対するフリーアクセスを基本としつつ、公的医療保険における診療で保険医での外来の診療及び病院での入院の診療と別個独立な制度として、外来特別専門医診療を段階的に導入する。

- ① 外来特別専門医診療は、可能な療法が複雑かつ困難である疾病であって、それぞれの疾病に応じて特別な資格、学際的な協働及び特別な設備を必要とするものについて、診断及び治療を内容とするものとする（同法第116b条第1項）。
- ② 外来特別専門医診療の対象を
 - i 腫瘍、HIV/AIDS、リウマチなど、特別な疾病経過を伴う罹病に係る重篤な経過形態
 - ii 結核、嚢胞性線維症、血友病など、希少な罹病及び症例件数が相応に僅少である罹病状態
 - iii CT/MRIを利用した介入疼痛療法の給付など、高度に専門化された給付
 として（同項）。
- ③ 保険医の診療に参画する給付提供者及び許可を受けた病院は、それぞれ基準となる要件に適合することについて、相応な証明資料を添付して州保険医・疾病金庫委員会に届け出る限り、外来特別専門医診療を提供することができるものとする（同条第2項）。
- ④ 連邦共同委員会は、指針において、2012年12月31日までに、

- i 対象となる罹病の内容及び治療の範囲
- ii 給付提供に対する人的要件及び物的要件並びに品質保全に対するその他の要件
- iii 給付提供が治療を実施する医師による紹介を前提とする症例
- iv 給付提供者相互間の協力のための合意に関するルール

など、外来特別専門医診療に関する詳細を規定するものとする（同条第4項）。

- ⑤ 連邦共同委員会の指針が施行された後、連邦疾病金庫中央連合会、ドイツ病院協会及び連邦保険医協会は、外来特別専門医診療の給付の償還について、計算体系、ユーロ建ての診断単位の料金項目及びそれぞれの施行期日を合意するものとする（同条第6項）。当該合意が施行されるまでの間、評価委員会によって改定される保険医給付統一評価基準で決済の対象として規定される外来特別専門医診療の給付が地域ユーロ料金規則²⁹⁾の価格で償還されるものとする（同項³⁰⁾。
- ⑥ 罹患率に基づく償還総額は、外来特別専門医診療の構成要素である給付に相当する分、減額されなければならないものとする（同項）。
- ⑦ 連邦疾病金庫中央連合会、連邦保険医協会及びドイツ病院協会は、2017年3月31日までに、費用負担者、給付提供者及び患者に対する外来特別専門医診療の効果を評価し、その結果を連邦保険省に報告しなければならないものとする（同条第7項）。

(4) 革新的な検査・治療方法の取扱いの見直し

連邦共同委員会に対して検査・治療方法の検証のための新規の手法を付与するため、革新的な検査・治療方法の取扱いを見直す。

具体的には、連邦共同委員会は、検査・治療方法の評価（同法第135条及び第137c条）に際し、必要な選択肢となる潜在性が示されるものの、有用性が十分に証明されないものと認定すると

きは、評価手続を中止しつつ、有用性の評価のために必要な知見を得るための検証に関する指針を決定することができるものとする（同法第137e条第1項）。この場合においては、当該指針に基づき、当該検査・治療方法を時限的に疾病金庫の負担となる疾病治療等の枠組みで提供するものとする（同項）。

(5) 連邦共同委員会の構造の見直し

連邦共同委員会の決定について、正当性及び受容性並びに透明性及び参画可能性の向上を図るため、連邦共同委員会の構造を見直す。

例えば、決定委員会は、

- ① 1人の公益の委員長
- ② 2人の公益の委員（委員長を除く。）
- ③ 1人の連邦保険歯科医協会によって指名された委員
- ④ 2人の連邦保険医協会によって指名された委員
- ⑤ 2人のドイツ病院協会によって指名された委員
- ⑥ 5人の連邦疾病金庫中央連合会によって指名された委員

で構成される（同法第91条第2項）が、次のとおり、公益の委員及びその代理の中立性を抜本的に強化する。

- ① 前年に
 - i 委員を指名する組織、その構成員、その連合会又は病院で雇用されなかった者
 - ii 自ら保険医、保険歯科医等として業務に従事しなかった者
 に限り、公益の委員及びその代理として指名することを可能とすること（同項）。

- ② 2012年7月1日より、決定委員会における任期を4年から6年へ延長するとともに、2018年7月1日より、公益の委員の再任を禁止すること（同項）。

(6) 疾病金庫相互間の競争の強化

疾病金庫相互間の競争を強化するため、疾病金庫が定款の規定に基づいて給付を提供する可

能性を大幅に拡大する。

その対象となる分野は、次のとおりである(同法第11条第6項)。

- ① 医学的な予防及びリハビリテーション(同法第23条及び第40条)
- ② 人工受精(同法第27a条)
- ③ 義歯の供給を伴わない歯科医の治療(同法第28条第2項)
- ④ 薬局義務³¹⁾の対象となる医薬品であって、処方義務³²⁾の対象とならないものの供給(同法第34条第1項第1文)
- ⑤ 治療具及び補助具の供給(同法第32・33条)
- ⑥ 居宅看護及び家事援助(同法第37・38条)
- ⑦ 許可を受けていない給付提供者による給付

(7) その他

1) 被保険者の受給権の明確化

2005年12月6日付けの連邦憲法裁判所の決定(BvR347/98)の適用範囲を明確化する。

具体的には、生命を脅かす疾病に罹患した被保険者であって、一般に認知された医学的な標準に適合する給付を提供することが不可能であるものについて、治癒又は知覚可能な肯定的な作用が経過に照らして見込まれる場合には、一般に認知された医学的な標準に適合しない給付の提供も可能とする(同法第2条第1a項)。

2) 入院後の退院管理の改善

入院後の退院管理を改善するため、病院診療後の診療に移行するに際しての問題の解決のための退院管理も病院診療の内容とする(同法第39条第1項)。

3) 医薬品供給に関するモデル計画の導入

州保険医協会及び州ドイツ薬剤師連盟は、州疾病金庫連合会との間で、3年を上限とする期間に限り、医薬品供給の品質及び経済性の改善のためのモデル計画の実施について、

保険医の診療における経済性審査の一類型である医薬品供給の標準値審査³³⁾に代替するもの(同法第106条第3b項)として、合意することができるものとする(同法第64a条第1項)。

4) 医薬品・治療具供給の標準値審査の見直し

保険医の診療における経済性審査の一類型である医薬品・治療具供給の標準値審査について、透明性の向上を図るため、次のとおり、「査定に先立つ相談(Beratung vor Regress)」を徹底する。

- ① 25%を上回る外れ値が初めてである場合には、審査機関が保険医に対して相談を実施するものとする(同法第106条第5e項)。
- ② その後の審査期間に係る外れ値に際しては、査定額を設定することが可能であるものとする(同項)。

5) 外来のリハビリテーションの強化

外来のリハビリテーションを強化するため、外来のリハビリテーションについて、入所のリハビリテーションと同様に、州疾病金庫連合会が施設との間で診療契約を締結するものとする(同法第111c条)。

6) 疾病金庫による被保険者に対する情報提供の見直し

疾病金庫は、被保険者に対し、申請に基づき、当該申請前の少なくとも18月の期間に利用された給付及びその費用について、保険医の給付と保険医によって処方され、又は指示された給付とに区分して教示するものとする(同法第305条第1項)。

7) 疾病金庫の年間決算の公表の見直し

疾病金庫は、翌年11月30日までに、電子連邦官報及び自らのインターネットホームページで、年間決算の主要な結果を公表するものとする(同法第305b条)。

3. 公的医療保険診療構造法に対する評価

公的医療保険診療構造法に対する評価を試みると、次のとおりである。

(1) 外来の診療の保障

1) 保険医の診療の保障のための需要計画の見直し

公的医療保険診療構造法では、保険医の診療の保障のための需要計画の見直しが盛り込まれた。

この点、我が国では、例えば、「平成22年度予算編成の基本的考え方について」（平成21年6月3日財政制度等審議会）は、「地域間、診療科間、病院・診療所間における医師の偏在を踏まえ、これを早急に是正する方策を検討する必要がある。」旨を指摘した上で、そのための具体的な手法の例として、「ドイツでは、従来から保険医の開業は、10の地域や14の診療科ごとに定員枠を設け、開業の制限を行ってきた（規制的手法）ほか、今後は、保険医の過剰地域や過少地域においては、通常の1点当たり単価から減額又は増額されるシステムの導入も予定されている（経済的手法）。」旨を挙げた。

確かに、我が国では、病院及び有床診療所に関しては、医療法（昭和23年法律第205号）の規定に基づき、都道府県の医療計画で各区域における病床の種別に応じた基準病床数を設定し、病床数が基準病床数を超過する場合には、病院の開設等の許可を付与しないことが可能である仕組みとしている。これと同様に、開業医に関しても、ドイツにおける需要計画を参考として、地域の実情に応じて開設を制限することは、医療費の抑制のほか、医療資源の適正配置に資するようにも期待される。

しかしながら、ドイツでは、公的医療保険と私的医療保険との分立を前提として、すべての者が公的医療保険又は私的医療保険に加入

しなければならない仕組みとなっているものの、すべての者が公的医療保険に加入しなければならないという我が国の国民皆保険制度と同様な仕組みとなっている訳ではない。これは、開業医にとっては、たとえ公的医療保険の枠組みで需要計画に基づいて保険医の許可を受けることができないとしても、私的医療保険の枠組みで診療を提供する途が開かれていることを意味する。

このような制度的な前提条件を欠く我が国では、開業医について、ドイツと同様な需要計画を導入することは、現実的でないものと思料される。

2) 保険医の診療の保障のための措置の拡充

我が国でも、ドイツと同様に、医師の過重労働を軽減することが重要な課題となっている。

これを踏まえ、我が国では、例えば、

- ① 「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」（平成19年12月28日医政発第1228001号厚生労働省医政局長通知）
 - ② 「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（平成22年4月30日医政発0430第1号厚生労働省医政局長通知）
- 等に基づき、チーム医療が推進されている。

この点、公的医療保険診療構造法では、保険医以外の者に対する保険医の給付の委任の見直しが盛り込まれた。これは、我が国にとっても、参考になるものと思料される。

3) 保険医に係る家庭と職業との両立の改善

我が国でも、ドイツと同様に、女性の医師の増加に対応して女性の医師の就業を促進することが重要な課題となっている。

これを踏まえ、我が国では、例えば、雇用保険の雇用安定事業として「事業所内保育施設設置・運営等支援助成金」を支給する事業と別途に、病院及び診療所における保育所の施設整備費及び運営費を補助する「病院内保

育所施設整備事業」及び「病院内保育所運営事業」が実施されている。

この点、公的医療保険診療構造法では、保険医に係る家庭と職業との両立の改善が盛り込まれた。これは、我が国にとっても、参考になるものと思料される。

(2) 保険医及び保険歯科医の診療に係る償還の見直し

1) 保険医の診療に係る償還の見直し

ドイツでは、2003年11月14日付けの「公的医療保険の現代化に関する法律 (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung)」(「公的医療保険現代化法 (GMG)」)の規定に基づき、2004年1月1日以降、病院の診療に係る償還について、「診断群分類 (DRG)」に基づく症例包括報酬を段階的に導入した。

その後、2007年3月26日付けの「公的医療保険における競争の強化に関する法律 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung)」(「公的医療保険競争強化法 (GKV-WSG)」)の規定に基づき、保険医の診療について、2009年1月1日より、償還を変動制の1点単価から固定制の1点単価へ移行する前提として、2008年1月1日より、償還の包括化を徹底した。

しかしながら、公的医療保険診療構造法では、保険医の診療について、償還の包括化の程度を緩和することが盛り込まれた。これは、出来高払いでは、医療費の抑制が求められるのに対し、包括払いでは、医療の質の確保が求められることに対応したものである。

このような償還の包括化の程度の緩和は、出来高払いから包括払いへの移行が世界的な潮流となっている中で、注目に値するものと思料される。

2) 保険歯科医の診療に係る償還の見直し

ドイツでは、保険歯科医の診療について、保険医の診療に関する規定の適用を除外す

る規定(社会法典第5編第87b条第5項、同法第98条第3項等)も、見受けられる。これは、保険医の診療と比較した保険歯科医の診療の特殊性を反映したものである。

この点、公的医療保険診療構造法では、保険歯科医の診療について、保険医の診療と別途に、償還を見直すことが盛り込まれた。

これを契機として、どのような根拠に基づき、どのような点で、保険歯科医の診療を保険医の診療と別途に取り扱っているかについて、具体的に明らかにしていくことは、興味深いものと思料される。

(3) 外来特別専門医診療の導入

ドイツでは、歴史的には、保険医での外来の診療と病院での入院の診療とが厳格に峻別されてきた。

しかしながら、公的医療保険現代化法の規定に基づき、2004年1月1日より、病院での外来の診療を導入し、公的医療保険競争強化法の規定に基づき、2007年4月1日より、病院での外来の診療を見直した。

この点、公的医療保険診療構造法では、外来特別専門医診療の導入が盛り込まれた。これは、公的医療保険における診療で保険医での外来の診療及び病院での入院の診療と別個独立な制度を創設する点で、画期的な意義を有するものである。

このような外来特別専門医診療については、今後、詳細が連邦共同委員会の指針等を通じて具体化されるため、その動向が注目される。

注

1) 人口1千人当たりの専門医の数は、1993年に0.51人とどまっていたが、2010年に0.79人に達した。これに対し、人口1千人当たりの家庭医の数は、1993年に1.31人に達していたが、2010年に0.70人とどまった。

2) 就業医の総数に占める女性就業医の総数の比率は、1991年に33.6%にとどまっていたが、2010年に43.0%に達した。なお、2010年には、

- 登録医は、439.1千人であったが、そのうち、就業医は、333.6千人であった。
- 3) 外来診療に従事する医師の平均労働時間は、1991年に41.1時間／週に達していたが、2007年に37.2時間／週にとどまった。
 - 4) 保険医の平均年齢は、1993年に47.46歳にとどまっていたが、2009年に52.11歳に達した。なお、保険医の総数に占める60歳以上の保険医の比率は、1995年に9.2%にとどまっていたが、2009年に19.6%に達した。
 - 5) 連邦保険医協会、ドイツ病院協会及び連邦疾病金庫中央連合会は、連邦共同委員会を設立する(社会法典第5編第91条第1項)。
 - 6) 具体的には、2007年2月15日付けの「需要計画策定並びに保険医の診療における供給過剰及び供給不足の認定のための準則に関する連邦共同委員会の指針(Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung)〔需要計画策定指針(Bedarfsplanungs - Richtlinie)〕である。
 - 7) 計画策定区域とは、需要計画が策定される単位となる区域をいう。
 - 8) 一般的比例数とは、供給過剰又は供給不足の認定の標準となる保険医1人当たりの住民の数をいう。
 - 9) 局地的比例数とは、計画策定区域単位での保険医1人当たりの住民の数をいう。
 - 10) 州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、州保険医・疾病金庫委員会を設置する(同法第90条第1項)。
 - 11) 州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、許可に関する決定のため、許可委員会を設置する(同法第96条第1項)。
 - 12) 診療所が
 - i 従前の保険医の配偶者又は子
 - ii 従前の被用者又は共同経営者である保険医に該当する後任者によって引き継がれるときは、この限りでない(同法第103条第3a項及び第4項)。
 - 13) 保険医の許可は、期限の設定に係る期間の経過で終了する(同法第95条第7項)。保険医の許可に関する命令は、保険医の許可に係る期限の設定に関する規定を内容としなければならない(同法第98条第2項)。
 - 14) 相応かつ適時な専門医診療が通常の事例及び例外的事例でどの程度の時間を意味するかについては、州保険医協会が州疾病金庫連合会との間で締結する保険医の診療に関する団体契約(同法第83条)で規定されなければならない(同法第75条第1項)。
 - 15) 連邦保険医協会は、連邦疾病金庫中央連合会との間で、連邦概括契約の構成要素として、保険医給付統一評価基準を合意する(同法第87条第1項)。
 - 16) 評価委員会は、3人の連邦保険医協会によって指名された代表者及び3人の連邦疾病金庫連合会によって指名された代表者で構成される(同条第3項)。
 - 17) 保険医給付統一評価基準では、毎年8月31日までに、保険医の給付の償還のためのユーロ建ての指標値としての連邦統一的な1点単価が設定されなければならない(同条第2e項)。
 - 18) 償還総額の水準は、州保険医協会が州疾病金庫連合会との間で締結する保険医の診療に関する団体契約で合意される(同法第85条第2項)。償還総額は、償還の対象となる保険医の給付の全体のための支出総額である(同項)。
 - 19) 州保険医協会は、罹患率に基づく償還総額の0.1%を構造基金のために提供する(同法第105条第1a項)。この場合においては、州疾病金庫連合会は、同額を構造基金に納付しなければならない(同項)。
 - 20) 保険医所在地とは、保険医の許可に係る開業の場所をいう。
 - 21) 被保険者に対する家庭医の診療の枠組みで通例に、又は極めて希少に僅少な経費で提供される給付は、被保険者包括払いでの償還の対象とされなければならない(同法第87条第2b項)。
 - 22) 保険医グループによって各治療症例で通例に、又は極めて希少に僅少な経費で提供される給付は、基本包括払いでの償還の対象とされなければならない(同条第2c項)。これに対し、給付提供者の給付・構造・品質特徴に基づいて一定の治療症例で生じる特別な給付費は、付加包括払いでの償還の対象とされなければならない(同項)。
 - 23) 保険医給付統一評価基準では、審査基準を含むルールが規定されなければならない(同条第2d項)。
 - 24) 連邦保険医協会は、連邦疾病金庫中央連合会

と協議し、家庭医及び専門医の診療のための償還総額の設定及び改定に関する取決めを規定しなければならない(同法第87b条第4項)。

- 25) 保険医・診療所単位の標準給付総額の割当等に関する従前の規定は、配分基準に関する決定までの間、暫定的に継続して適用される(同条第1項)。
- 26) 主として、外来の手術が想定されていた。
- 27) 疾病金庫及び給付提供者は、必要な診療を保障することが不可能である場合を除き、保険料率が引き上げられないよう、償還に関する合意を形成しなければならない(同法第71条第1項)。
- 28) 2013年の償還総額に係る合意をめぐる交渉に際しては、2012年に各州保険医協会で決済の対象となる保険歯科医の給付(義歯を除く。)に係る総点数が適切に勘案されなければならない(同法第85条第3項)。
- 29) 州保険医協会及び州疾病金庫連合会は、指標値を基礎として、毎年10月31日までに、翌年における保険医の給付の償還のために適用されなければならない1点単価を合意する(同法第87条第2項)。当該1点単価及び保険医給付統一評価基準を前提として、地域ユーロ料金規則が策定されなければならない(同項)。
- 30) 公的に助成される病院における償還は、5%の投資費用減算に相当する分、減額されなければならない(同法第116b条第6項)。
- 31) 薬局義務とは、薬局でしか薬として販売されてはならないことをいう。
- 32) 処方義務とは、医師の処方を経て販売されなければならないことをいう。
- 33) 標準値審査とは、保険医によって処方される給付に係る外れ値に際しての保険医単位の審査をいう(同法第106条第2項)。

参考文献

- ・連邦医師会「医師統計の結果 (Ergebnisse der Ärztestatistik)」(2010年12月31日現在)
- ・連邦保健省報道発表2011年8月3日第42号、同年12月1日第58号及び同月16日第68号
- ・連邦保健省「保健政策情報(Gesundheitspolitische Informaiton)」2011年第3号及び2012年第1号
- ・連邦保健省「ドイツにおける保険医の診療に関

するデータ及び事実(Daten und Fakten zur ärztlichen Versorgung in Deutschland)」(2011年9月23日現在)

- ・太田匡彦「ドイツ医療保険における定額設定制度について」(江頭憲治郎・碓井光明編「法の再構築(Ⅰ)国会と社会」2007年東京大学出版会)
- ・田中謙一「ドイツの2007年医療改革(1)～(4)」(法研「週刊社会保障」2007年6月18日～7月9日号)
- ・田中謙一「ドイツの医薬品供給(1)～(7)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2007年9月1日～11月1日号)
- ・田中謙一「ドイツにおけるジェネリック医薬品の供給」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」2011年3月号)
- ・田中謙一「ドイツにおける公的医療保険の財政運営－2010年医療改革を中心として－」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」2011年6月号)
- ・田中伸至「ドイツにおける医療提供体制の改革」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」2008年3月号)
- ・田中伸至「ドイツ医療提供体制の法的構造－機能分化・適正配置・機能連携－」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」2009年6月号)
- ・田中伸至「ドイツの社会的入院・連携問題と関連法制」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」2010年9月号)
- ・田中伸至「ドイツの家庭医と医療制度」(健康保険組合連合会社会保障研究グループ「健保連海外医療保障」2012年3月号)
- ・戸田典子「ドイツの医療費抑制施策－保険医を中心に－」(国立国会図書館調査及び立法考査局「レファレンス」2008年11月号)
- ・藤本健太郎「ドイツにおけるDRGシステムの導入状況」(社会保険研究所「社会保険旬報」2006年4月21日号)
- ・船橋光俊「医療費の合理的負担を支える診療報酬体系－2009年実施のドイツのリスク構造調整と診療報酬制度－(上)・(下)」(社会保険研究所「社会保険旬報」2011年11月21日・12月1日号)
- ・松田晋哉「ドイツの医療制度と診断群分類」(社会保険研究所「社会保険旬報」2006年7月21日号)
- ・松本勝明「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」(国立社会保障・人口開

題研究所「海外社会保障研究」第155号：2006年
夏)

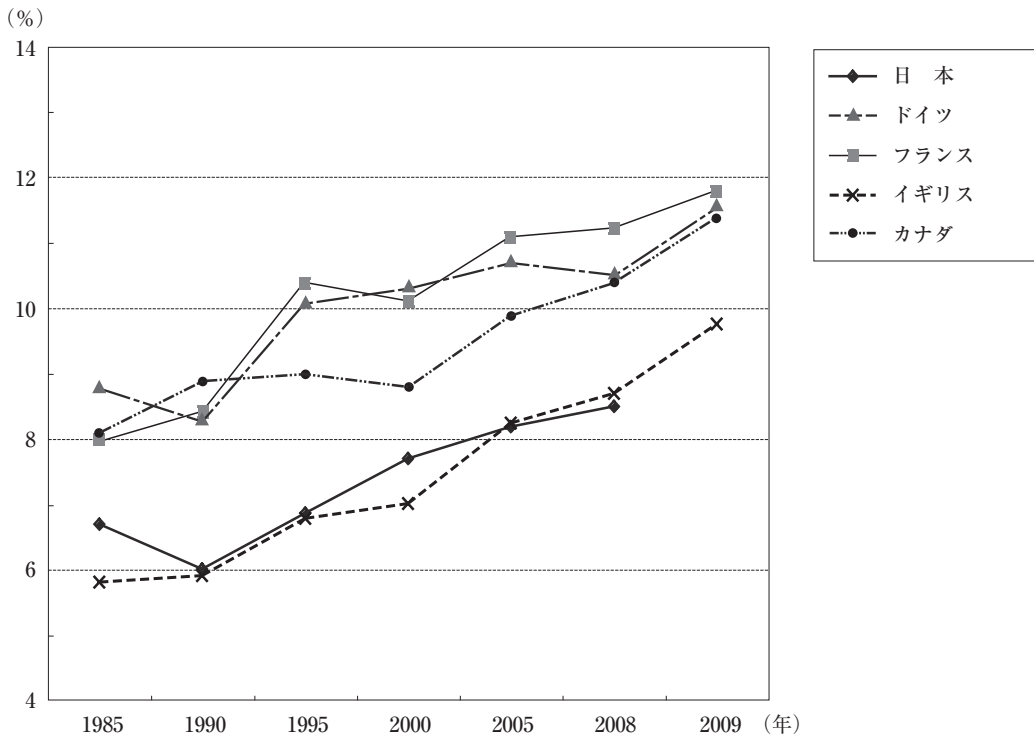
- ・松本勝明「ドイツにおける外来診療報酬制度の
改革」(社会保険研究所「社会保険旬報」2008年7
月21日号)

1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	カナダ	
総人口(千人)	127,081 (10年)	81,715 (10年)	62,959 (10年)	61,349 (10年)	34,126 (10年)	
高齢化率(%)	23.1(10年)	21.0(10年)	16.7(10年)	16.0(10年)	14.1(10年)	
合計特殊出生率	1.37(09年)	1.36(09年)	1.99(09年)	1.94(09年)	1.66(09年)	
平均寿命(年)	男79.6 / 女86.4 (09年)	男77.8 / 女82.8 (09年)	男77.7 / 女84.4 (09年)	男78.3 / 女82.5 (09年)	男78.3 / 女83.0 (07年)	
失業率(%)	4.6(11年)	5.9(11年)	9.7(11年)	8.0(11年)	7.4(11年)	
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	20.5	16.9	
医療費対GDP(%)	8.5(08年)	11.6(09年)	11.8(09年)	9.8(09年)	11.4(09年)	
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	38.3	53.2	60.1	45.8	41.9
	租税負担率(A)	22.0	30.3	34.9	35.0	36.0
	社会保障負担率(B)	16.2	22.9	25.2	10.8	5.8

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。
 2. 国民負担率については、各国09年の数値。
 出所：OECD.(2011)、財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD.(2011)

3. 医療提供体制

(09年)		日本	ドイツ	フランス	イギリス	カナダ	
平均在院日数(急性期)		18.5	7.5	5.2	6.8	7.7(08年)	
病床数	医療施設	急性期	1,033,499 (8.11)	463,176 (5.66)	223,453 (3.47)	163,183 (2.68)	58,832(08年) (1.78)
		長期	352,749 (2.77)	— —	47,966 (0.75)	— —	19,947(08年) (0.6)
		精神	348,121 (2.73)	40,165 (0.49)	56,947 (0.88)	37,458 (0.61)	13,533(08年) (0.41)
		その他	8,924 (0.07)	171,489 (2.09)	99,095 (1.54)	2,737 (0.04)	15,734(08年) (0.48)
	介護施設	729,928 (5.7)	845,007 (10.3)	539,823 (8.4)	533,742 (—)	— —	
医療関係者数	医師	274,992(08年) (2.15)	297,835 (3.64)	— —	164,891 (2.71)	— —	
	歯科医師	96,690(08年) (0.76)	64,287 (0.78)	— —	31,560 (0.52)	— —	
	薬剤師	186,052(08年) (1.46)	49,892 (0.61)	— —	39,642 (0.65)	— —	
	看護師	1,218,332(08年) (9.54)	899,000 (10.98)	— —	589,592 (9.68)	313,431 (9.39)	

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。
出所：OECD, (2011)

4. 掲載国通貨円換算表(2012年5月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	カナダ (1カナダドル)
99.12	126.11	78.22

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp