

健保連海外医療保障

No.100 2013年12月

■特集：高齢者施策の動向

- ドイツ
ドイツにおける高齢者対策の現状と課題…………… 小棚 治宣
- フランス
フランス終末期ケアの現状とわが国への示唆
—2012-2013年に発表された調査結果の分析を中心に—
…………… 篠田 道子
- スウェーデン
スウェーデンにおける高齢者政策の動向
—高齢者ケアサービスをを中心に— …………… 岡部 史哉
- 韓国
韓国における高齢者対策の動向…………… 金 賢植 金 道勲 前橋 明

■参 考 掲載国関連データ

- ドイツ／フランス／スウェーデン／韓国

健保連海外医療保障

No.100 2013年12月

ドイツにおける高齢者対策の現状と課題

日本大学 教授

小柳 治宣

Onagi Harunobu

ドイツでも日本同様、高齢者対策の最大の課題は介護問題である。なかでも急務なのは、認知症対策である。1995年に導入された介護保険に定められている要介護認定の基準では、認知症患者の多くが給付の対象外になってしまっている。この問題を根本的に解決するには、要介護の概念を改め、認定基準そのものを「時間」から「必要度」に変えなければならない。また、在宅介護優先の原則を貫き、施設入所を増加させないためには、給付の拡大、家族介護者の支援の強化、そしてリハビリテーション、とりわけ老人医学的リハビリの推進が不可欠となる。さらに、最悪のケースでは2030年に介護専門職が50万人不足するといわれるなか、介護人材をいかに育成すべきかという問題もある。2012年の新介護調整法を中心に、こうした問題への取組みの現状並びに今後の課題をみていくことにする。

1. はじめに

ドイツでもわが国同様に、高齢者の介護問題は、政治的にも、社会的にも最大の課題といえる。まずは、その実態をドイツ連邦保健省のデータによって確認しておこう。2013年1月1日現在で、公的介護保険の被保険者数は、6,979万人である。その他に民間の介護保険加入義務者が約920万人（2011年）いるが、本稿では、公的介護保険に焦点を絞ることにしたい。

受給者総数は239万6,000人、そのうち在宅で介護されているケースが166万7,000人、施設入所者が72万9,500人（このうち、約8万人は障害者支援施設の入所者）となる。

次に要介護度別に給付の割合をみると、まず在宅介護は、要介護Ⅰが62.6%、Ⅱが29.0%、Ⅲが8.5%（このうち、最重度の割合は1.6%）で、要介護Ⅰの受給者が圧倒的多数を占めている。他方、施設入所者は、Ⅰが43.0%、Ⅱが37.5%、Ⅲが19.5%（このうち、最重度の割合は4.3%）で、

在宅と比べるとより重度なⅡとⅢの割合が高く、Ⅲは在宅の2倍強に上る。日本でもそうであるが、施設入所では、重度者が過半（57%）を占めていることがわかる。

介護ニーズの背景をなす人口の高齢化の状況はどうであろうか。2009年時点で総人口8,170万人のうち65歳以上が1,690万人（総人口の21%）、これに対して20歳以下は1,530万人（同19%）で、高齢者人口が若年人口を完全に上回っている。しかも、65歳以上人口は、2050年には670万人増加し、2,340万人（同32%）になるものと予測されている（総人口は7,400万人）。こうした高齢化の進展につれて、要介護者数（公的介護保険の受給者）も、2013年の239万人から2020年には281万人、2030年には322万人、2040年には364万人、そして2050年には423万人になると見積もられている。

一方、2012年時点で0歳児の平均余命は、男が77.5年、女が82.7年、65歳時では男17.5年、女20.7年となる。つまり、65歳まで生きるとすると、

平均して男は82.5歳まで、女は85.7歳まで生存することになる。

高齢になれば、その年齢に比例して、要介護リスクも高まるのは必然の結果である。60歳以前リスクが0.7%であるのに対して、60～80歳では4.2%、80歳を超えると、その値は大幅に上昇し28.8%、つまり3.5人に1人が要介護の一しかもそのうちのかなりの部分が重度の一状態になる。これは、次の人口動態の予測を加味すると、きわめて深刻である。つまり、2008年時点で80歳以上人口は約400万人（総人口の4.9%）を占めているが、その数が2020年には600万人（同7.5%）、2030年には640万人（同8.3%）と増加していき、2050年には1,030万人（同14.8%）に達することになる。

この1,030万人のうちの28.8%が要介護状態になったとすると、その数は、297万人となる。現在の要介護者総数が、民間の介護保険加入義務者を含めて254万人なので、2050年には80歳以上の要介護者のみで、この数を50万人も上回ることになる。しかも、平均余命が現在のままで推移したとしても、80歳の時点から平均で3年（男）から6年（女）の介護サービスを供給する必要があるということでもある。また、別の研究では（Bertelsmann-Stiftung,2012）、人生の最後の時点で介護保険の給付を受けていた者は、2001年で死亡した人のうちの半数（男40%、女60%）に上り、さらに2009年では、男50%、女72%に達しているというデータもある。

だが、日本に比べてドイツでは要介護認定の基準が厳しく、日本の要介護Ⅰ程度の状態では、公的介護保険の給付対象とはならない。ドイツの要介護Ⅰは、日本の要介護Ⅲ相当ではないかと類推される。したがって、要介護者の数は、公式統計上では、日本よりも低めに出ることになり、潜在的な要介護者はかなりの数に上るものと推定される。ちなみに、公的介護保険の給付請求権を有しない要介護者の数は、およそ300万人いるとされている。さらにもう1つの留意点として、ドイツの介護保険の給付対象は65歳以上に限定されていないということが挙げら

れ、日本とは異なっている点である。すべての年齢が対象となるが、20歳未満が5%であるのに対して、65歳以上が80%を占めている。

こうした現状および将来の見通しのなかで、介護保険を核にした高齢者対策が推し進められてきている。2013年1月1日より施行されている「新介護調整法」（PNG）は、その最新の成果の1つである。本稿でも、このPNGを中心に論考を進めていく。

2. 認知症対策

高齢者対策のなかでも現在、最も急務とされるのが、認知症高齢者の問題である。介護保険の認定基準が身体上のケアに置かれているため、認知症は給付の前提とはなっていない。ところが、認知症の場合、介護者の負担が、身体的介護より大きいことも少なくない。しかもその数は、高齢化の進展とともに増加し続けてもいる。ドイツ連邦保健省のホームページで「認知症」という項目を開くと、「新介護調整法により、認知症患者への給付が拡大」という表題のもと、その冒頭で次のように述べられている。

〈今、ドイツでは、140万人の認知症患者がいます。人口の高齢化を背景として、そうした人々に対する支援は、保健・社会制度にとってますます大きな課題となってきます。統計上の推計では、認知症患者数は2030年には約220万人に増加するものとされています。新介護調整法は、それに応えんとするものです。〉

認知症の問題は、現行の介護保険の限界を示すものといえるが、では、この問題に新調整法以前にはどう取り組み、それがどう「拡大」されたのかを簡単に辿ってみよう。

まず、2002年1月に施行された「介護保険給付補完法」によって、要介護と認定された認知症患者に対して、基本給付に加えて年額460ユーロ（約6万円）分の介護サービスが併給されることになった。その給付内容は、デイサービス、ナイトサービス（施設での昼・夜の滞在）、ショートステイ（施設での短期滞在）並びに在宅介護

ステーションを通じての見守り等のサービスの提供である。その際、介護専門職ではない無資格の者（研修は義務づけられている）による介護も認められることになった。そうしたボランティア等で提供されるサービスは低コストなため、専門職によるサービスよりも利用回数を増やすことができた。支給条件はかなり厳しく、給付額も月額にすれば約38ユーロ（約5,000円）と少額ではあったが、「認知症」を介護保険のなかで特別に扱う道がここに開かれたわけである。また、不足する介護専門職の溝を埋める役割を担う「非専門介護者」が公認された意義も小さくはない。

その6年後の2008年改革（「介護保険継続発展法」）において、認知症付加給付額は、大幅に増額されるが、それとともに要介護認定基準そのものにかかわる重大な給付範囲の拡大が行われた。まず付加給付額が、年額460ユーロから1,200ユーロ（15万6,000円）、重度の場合には2,400ユーロ（2.6倍ないし5.2倍）に引き上げられ、次いで、「要介護0」（身体的には自立、非認定）であるが、認知症基準には達している者に対しても、同額の認知症付加給付が支給されることになったのである。厳密に言えば、「付加」ではない。基本給付なしの付加などあり得ないからだ。そのあり得ないものがあり得てしまったところに、介護保険の根本的な問題が内在しているといえる。認知症に対応できない要介護認定の基準を抜本的に改めることがぜひとも必要になってきていたのである。

そこへ向けての半歩前進ともいえる給付の改善が、今回の「新調整法」に示されている。「要介護0」の在宅の認知症患者に対して、要介護Ⅰの基本給付の2分の1に相当する現金（月額120ユーロ）ないし現物サービス（月額225ユーロ）が従来の付加給付に加えて給付されることになったのである。要介護者の基本給付に準ずるものとみなしてもよい。こうした給付の改善は、要介護ⅠおよびⅡの認知症患者に対しても行われている。月額で、現金給付の場合、Ⅰでは305ユーロ（通常の給付よりもプラス70ユーロ）、

Ⅱでは525ユーロ（プラス85ユーロ）、現物の場合にはⅠが665ユーロ（プラス215ユーロ）、Ⅱが1,250ユーロ（プラス150ユーロ）に引き上げられ、これに付加給付の100ないし200ユーロが加算されることになる。

こうした給付改善のために、2013年1月1日より、保険料率が0.1ポイント引き上げられ、2.05%（子のない被保険者は2.3%）となった。これによって、年間11億ユーロの収入増が見込まれている。

3. 在宅介護支援の強化策

介護保険法の第3条にはこう記されている。

〈介護保険はその給付により、要介護者ができる限り長くその家庭環境のなかに留まれるよう、在宅介護並びに家族および隣人の介護をしようとする意志を優先的に支援しなければならない。ショートステイおよびデイケアなどの半日入所給付が施設での長期入所給付に優先する〉

とはいえ、介護保険が導入（1995年）された当初は、コストの問題あるいは施設に長期入所している高齢者の多くが、その入所費用を負担できず社会扶助（生活保護）によって救済されていたという事実もあり、在宅よりも施設入所への支援の方が優っていたといえなくもない。

だが、在宅で介護されている割合は、要介護者全体の約7割を占めている。にもかかわらず、給付額は、1995年から13年間据え置かれ、2008年改革でようやく3段階（2008、2010、2012年）で引き上げられることになった。最終的には、在宅介護の現物給付の場合、要介護Ⅰが384→450ユーロ、Ⅱが921→1,100ユーロ、Ⅲが1,432→1,550ユーロ、現金給付では、Ⅰが205→235ユーロ、Ⅱが410→440ユーロ、Ⅲが665→700ユーロとなったが、その引上げ幅はインフレ率以下に抑えられていた。介護保険からの給付だけでは、介護に必要な費用全体の半分程度しか保障されない（介護保険は、基本的費用を保障する部分保険として制度設計されている）ので、給付額の据え置きは実質的な引下げ

を意味し、個人負担の割合をさらに引き上げることになる。給付を実質化するうえでも一層の引上げが必要であると思われるが、この点については「新介護調整法」では触れられていない。

ところで、在宅介護の柱になるのは家族の介護力（ドイツでも、主たる介護者は配偶者と子・子の配偶者）であるが、それが人口・世帯構造あるいは就業構造の変化等により弱体化化している。例えば、平均世帯人数は、ドイツ連邦統計局のデータによれば1999年から2009年の間に、2.18人から2.04人に減少し、この期間に世帯総数は約240万増加した一方で、独居世帯はそれを上回って約250万増加しているのである。2030年までに、独居世帯はさらに1割強増加するのに対して、3人以上の世帯は25～30%減少すると推計されている。

また、子どものいない世帯も増加しており、子どものいない女性が1933～43年生まれで平均11%なのに対して、1959～63年生まれでは17%、そして1964～68年生まれでは21%と5人に1人の割合となっている。

「新介護調整法」では、こうした背景のもと、在宅で介護する家族の負担を軽減したり（ショートステイを利用しても介護手当（現金給付）の2分の1を継続して受給できる）、要介護者とその家族が介護サービスの内容についてより柔軟に決定できるようにするなど、施設介護よりも在宅介護そのものを優先する方向性が明確に示されている。2008年改革でも、地方自治体ごとに1カ所、「介護支援拠点」（日本の地域包括支援センターに当たる）が設置され、その結果、施設やサービスの紹介、介護に関する相談、介護プラン作成等総合的なサービスが提供されるようになった。

「新介護調整法」ではさらに、介護金庫に対して在宅の要介護者へのスムーズな対応を義務づけている。つまり、介護金庫は、申請後2週間以内に相談日を指定し、要介護認定の結果を4週間以内に決定しなければならないとされている。期限内に決定できなかった場合には、期限経過後1週につき70ユーロを支払わねばならない。ま

た、在宅介護と施設介護の中間形態と位置づけられる「介護共同住宅」の利用促進が図られてもいる（入居者に対して月額200ユーロの付加手当支給、共同住宅新設の場合には1万ユーロまでの補助金支給）。

また、医療保険の分野では、すでに医療改革2001において高齢者が自宅を終の棲家とすることを支援する、在宅サービスとしての終末期ケアの導入が図られている。疾病金庫は入所の必要のない人たちに対して、ボランティアによる「死への寄り添い」（Sterbebegleitung）を行う在宅ホスピスステーションへの援助を行うとされている。在宅ホスピスステーションなど在宅緩和ケアステーションの数は1996年に451であったのが、2002年には1,156、2008年には1,500に、つまり10年余の間に3倍以上に増加しているという（藤本健太郎2009）。

在宅介護を長期間継続させるうえで、ショートステイ（年間に4週を限度）の果たす役割は重要度を増しているが、それを裏づけるように、利用者数は1998～2011年の間に3倍に増加している。病院から退院後にショートステイを利用した要介護者の割合も、1998年が12%であったのに対して、2011年には30%と2.5倍になっている。この場合、ショートステイの目的は、退院後の在宅介護の準備のためであり、家族介護者の休養のためである。つまり、病院から自宅への橋渡しの役割を果たしているといえる。

ところが、同期間に、ショートステイ利用後に自宅で死亡した割合は、11%から17%に増加してはいるが、ショートステイ後に完全入所施設に入所した割合も18%から30%へと大幅に増加している。ここからは、【病院→ショートステイ→自宅】という本来想定されていたルートが、【病院→ショートステイ→施設】へと変化しつつあることがみてとれる。その背後には、家族介護力の弱体化はもちろんのこと、もう1つリハビリテーションの不十分さが潜んでいるのではないかと考えられる。

4. 「介護の前のリハビリテーション」策

介護保険法の第5条第1項によれば、介護金庫は要介護状態となるのを回避するために予防から治療、リハビリに至るまでのあらゆる適切な措置が給付実施機関において導入されるように努めることを義務づけられている。

また、同条第2項には、

〈給付実施機関は要介護状態となった後も、リハビリのための医療関連給付を大量に投入し、要介護状態の克服、緩和そして悪化防止に努めなければならない〉

とあり、第31条では「介護よりリハビリテーションを優先」と明示されている。

こうしたリハビリ給付は、介護保険導入前には医療保険で行われていたが、導入後も要介護状態となってからの医学的リハビリは引き続き医療保険が引き受けている。これは、ドイツの介護保険が医療保険から派生していることと関連するが、医療的部分はそのまま医療保険に留め置き、介護保険では「家事および基礎的介護に必要な」現物ないし現金給付に限定されている(同法第4条)。そこに、リハビリと介護の連携が十分に機能し得ない原因の一端がある。

2007年に成立した公的医療保険競争強化法のなかに、在宅看護の強化とともに医療リハビリテーションの法定給付化も盛り込まれ、2008年介護改革でも「介護の前のリハビリテーション」を実現すべく、予防・リハビリに対する介護金庫の義務が強化された。とりわけ、特定の部位や症状に対して行われる従来型のリハビリではなく、老人医学的なりハビリ(geriatrische Reha)によって、要介護状態を回避ないしは悪化を阻止することが期待されたのであるが、今のところ実効性は乏しいようである。

ここでいう「老人医学的なりハビリ」とは、商品試験財団(Stiftung Warentest,ドイツ政府公認の非営利機関)によれば〈高齢から生ずる様々な苦痛や生活上の制約をもつ主として70歳以上の人たちを対象とするもので、具体的な健康上の問題の世話に加えて、幅広い範囲で患者の面

倒をみ、トレーニングを行い、しかも家族のケアも含めて考慮されている〉ものである。つまり、高齢者を身体的、精神的両面からサポートし、局所的ではなく総合的なりハビリによって、日常生活を自立した状態で(ベストは介護なしで自宅で)送れるようにすることを究極の目的としている。そのために、この種のリハビリ施設は、医師、介護士、作業療法士、言語療法士、心理療法士、ソーシャルワーカーといった多様な専門職の人たちが共同で治療にあたることになる。いってみれば老人医学的なりハビリは、高齢者が自己決定できる充実した生活を送るための大きなチャンスでもある。

ところが、その利用は進んではない。商品試験財団は、その理由を3点挙げている。第1は、2007年以降、医療保険の法定給付に加えられているにもかかわらず、その存在がほとんど知られていないこと。第2は、この種のリハビリの具体的な形態が、ドイツの多くの州でほとんど普及していないこと。そして第3は、コストがかかるため、疾病金庫が申請を再三にわたって拒否するか、コストの低い従来型のリハビリへ振り向けるケースが多いこと。そのため、医師も患者に対して、従来型のリハビリを斡旋する傾向にあるという。

2012年の疾病金庫メディカルサービス(MDK)のデータによると、リハビリ申請の4割(38.8%)に上る約68万件(2010年は38.1%)が、医学的理由から却下されていた。保健相のダニエル・パール(FDP)も「これはまともではない」として、疾病金庫に対してリハビリ、補聴器、疾病休業手当金の給付申請を拒否しないように警告を発したほどである。

また、『南ドイツ新聞』(2013年7月26日付)に「介護に先立つリハビリ」というタイトルで、エスリンゲンにあるリハビリ専門クリニックの苦境が報じられているので、紹介しておきたい。このAerpahクリニックは、高齢者用の100強のベッドを備えた、バーデン・ヴュルテンベルク州で最大の施設であるが、2014年初頭には閉鎖せざるを得ない状況にあるという。ストットガルト周

辺では、すでにここ数カ月の間に老人医学を基盤に据えたリハビリ専門クリニック5つのうち、3つが閉鎖されたという。その理由はクリニックの赤字である。というのも、疾病金庫が、この数年、診療報酬をほとんど据え置いたまま引き上げないためである。

他の州でも、高齢者リハビリセンターは、閉鎖あるいは、満員であるにもかかわらずベッド数を減らしているというのが現状である。高齢患者は、リハビリセンターにとっては経営のマイナス要因でしかなく、1日患者1人当たり35ユーロの損失となってしまう。2011年に施設に入所した高齢者の6割が、直接病院から入所して来ており、これは2003年と比べると3倍増になっている。病院は手術等をした後に、コストのかかるリハビリによる追加的治療をせずに早期に退院させる傾向にあり、疾病金庫もリハビリの申請を拒否するケースが増えているからである。

Aerpathクリニックの主任医師は、「我々のクリニックが閉鎖されれば患者の3分の1は直接自宅へ戻り、3分の1は整形外科のリハビリで間に合わされるであろうが、残りの3分の1は施設へ入所することになるであろう」と語っている。医療費の膨張を抑制せざるを得ないなかで、「介護に先立つ」リハビリという理想的な姿（長期的に医療・介護費用の削減に繋がるはずである）を実現するには、まだ克服すべき多くの問題を残しているといえる。

5. 結び

高齢者施策のなかでも、最も切迫しているが、有効な解決策の道筋がみえていないのが、介護労働力の問題である。現在でも約5万人の介護専門職が不足しているという。この分野で働いている労働者の約70%がパートタイムであるうえに、有資格者の割合は全体の56%でしかない。Bertelsmann財団の『介護2030』によると、2030年に最悪のケースでは、介護労働力の不足はフルタイム労働に換算して49万2,000人分に相当すると予測されている。しかし、「在宅介護の優先」

が徹底され、施設入所者数が増加せず、家族介護が現状のまま推移したとすれば、その不足分は23万3,000人分に抑えられる。そのための最重要課題は、1つには在宅での家族介護を継続させるための施策を構想することであり、今1つは、介護職の労働条件を大幅に改善し、その増加策を図ることである。

介護労働者の月収は正規雇用の場合でも税込みで2,000ユーロ程度である。全産業の平均（3,100ユーロ）の65%ほどである。しかもパートタイマーの平均月収は190ユーロにすぎない。2010年に介護分野にも最低賃金が導入（当時で7.5ユーロ（旧東独地区）ないし8.5ユーロ（旧西独地区））。その後、2013年までに0.5ユーロ引上げ）されてはいるが、決して高いとはいえない。しかも、労働者の平均年齢は40歳以上で、女性が圧倒的に多い。こうした状況のなかで、質の高い、フルタイムの専門職、とりわけ若い世代をこの分野に引き入れることは至難であり、待遇と育成方法の抜本的な改善が急務である。その1つが、2012年の「新介護職法」で、従来の3つの介護専門職（老人介護士、看護士、児童看護士）の資格を統合し、育成のための新たな教育制度の創設を試みようとしている。

また、家族介護者は、2012年の「家族介護期間法」によって、最長2年間、週労働時間を15時間まで短縮することができるようになった。さらに労働時間を50%に短縮した場合でも、従来所得の75%が保障される。ただし、フルタイムに復帰後も、介護期間と同じ期間は75%に据え置かれることになる。とはいえ、使用者の同意が得られなければ、希望しても利用できないため、今のところ利用者はごく少数に限られており、実効力という点では問題があるといえよう。

ドイツの介護保険は、今後、要介護認定方法の抜本的見直し（時間から必要度への転換）が進められていくことになるであろうが、それを起点にして、高齢者施策も大きく転換していくものと思われる。それはまた日本にも重要な示唆を与えてくれるはずである。

参考文献

- ・土田武史(2012)「ドイツの介護保険改革」『健保連 海外医療保障』94.
- ・藤本健太郎(2009)「ドイツにおける終末期ケア」『海外社会保障研究』168.
- ・田中謙一(2009)「ドイツの2008年介護改革」『週刊 社会保障』2513.
- ・小柳治宣(2012)「ドイツにおける介護改革の新たな動向」『週刊社会保障』2683.
- ・小柳治宣(2013)「ドイツ介護改革の現状と課題」『週刊社会保障』2741.
- ・斎藤義彦(2012)『ドイツと日本「介護」の力と危機』ミネルヴァ書房
- ・荒牧弥生(2011)「ドイツにおける認知症ケアの展開—2008年介護改革—」『社会関係研究』16巻2号
- ・齋藤香里(2013)「ドイツの介護者支援政策」『海外 社会保障研究』184.
- ・BARMER GEK, 2012, *Pflegereport 2012*.
- ・Bertelsmann - Stiftung, 2012, *Pflege 2030*.
- ・Bundesministerium für Gesundheit, 2013, *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*.
- ・*Süddeutsche Zeitung* vom 26.7/17.18.8/20.8/12.9.2013
- ・Gerhard Igl, Gerhard Naegelc, Silke Hamdorf (H. g.) 2007, *Reform der Pflegeversicherung - Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen*, Münster/Hamburg.

フランス終末期ケアの現状とわが国への示唆 —2012-2013年に発表された調査結果の分析を中心に—

日本福祉大学教授

篠田 道子

Shinoda Michiko

フランス終末期ケアは、政府主導によるインフラ整備により、量・質ともに大きく進んだ。2012-2013年に発表された終末期ケアに関する調査報告書と、担当者へのヒアリングで得られた知見は次の通りである。①レオネッティ法が施行されてからは、多職種チームによる意思決定は定着している。②要介護高齢者施設の終末期ケアは、看護師の配置が鍵である。③終末期ケアのインフラ整備はがんに注力されており、非がんの整備は手薄く、わが国と同様の課題を抱えている。

はじめに

フランスの終末期ケアへの取り組みは最新国のイギリスに比べると意外にも遅い。イギリスで「セント・クリストファー・ホスピス」が設立されたのは1967年であるが、フランス初の緩和ケア病棟の設立は、それより20年後の1987年である。しかし、ここ20数年間、政府主導のインフラ整備により、終末期ケアは量・質ともに大きく進んだ¹⁾。具体的には、①終末期ケアに関する基本法と関連制度の整備、「緩和ケア推進プログラム」など大きな国家プロジェクトの実施、②既存病床活用による緩和ケア病床の整備、③緩和ケア教育の充実による人材育成にまとめられる。

このような政府主導のインフラ整備が進んだことで、2010年7月、英国「エコノミスト」の調査部門「エコノミスト・インテリジェンス・ユニット (Economist Intelligence Unit: EIU) 「死の質—世界40か国の終末期ケアのランク付け」では、フランスは総合12位 (6.1点) である。この調査は、OECDの加盟国30か国とその他の10か国を対象とした「死の質指数」(10点満点) に基づいてランキングしているものである。

ただし、これらインフラ整備は、わが国と同様に「がん」に注力されており、死亡者の3分の2を占める「非がん」の整備は手薄い。しかしながら、すべての国民が緩和ケアを受ける権利を認めた「緩和ケア権利法」(1999年)、医師と患者が対等な立場で治療方針など話し合う中で、患者の自己決定が尊重され、質の高い医療を受ける権利を定めた「患者の権利および医療システムの質に関する法」(2002年)、さらには、患者の意思を尊重しつつ、医療チームが最後まで尊厳ある看取りを行うことを定めた「終末期患者の権利および生命の末期に関する法」(レオネッティ法、2005年)の3つの基本法が制定され、終末期ケアの枠組みが整備されたことは大きな前進である。さらに、緩和ケアの普及と発展を目的とする「フランス緩和ケア・看取り協会」(Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs: 以下、SFAP) が1990年に、緩和ケアの研究調査に基づいて政策提言を行う「国立終末期研究センター」(Observatoire national de la fin de vie: 以下、ONFV) が2010年に設立されている。

本稿の目的は次の3点である。①フランス終末

期ケアにおける基本法と関連制度、医療提供体制の整備状況など国レベルでの取り組みを整理する、②ONFV「終末期の現状調査報告書」(2012年2月)、国立人口統計研究センター (INED)「フランスの終末期医療の決断—アンケート調査報告書—」(2013年1月)、ONFV「在宅終末期医療実態調査—2013年度調査報告書」(2013年3月)、ONFV「要介護高齢者滞在施設 (EHPAD) における終末期ケア報告書」(2013年9月)の4つの報告書と、担当者へのヒアリングで得られた知見をもとに、フランス終末期ケアの現状を整理する、③日仏比較を通して、わが国の終末期ケアの強みと弱みを考察することである。

1. フランス終末期ケアに関する施策の動向

表1にフランス終末期ケアに関する主な施策についてまとめた。1999年「緩和ケア権利法」で、すべての国民に緩和ケアを受ける権利を保障し、2002年「患者の権利および医療システムの質に関する法」では、医師と患者が対等な立場で治療方針など話し合う中で、患者の自己決定が尊重されることを定めた。さらに、2005年「レオネッティ法」では、終末期医療において患者の尊厳を守るために、医師等が行うべき義務と、延命

治療の中止を含む手順を定めた。

終末期ケアのプロジェクトは、1999年～2001年、2002年～2005年、2008年～2012年の3回にわたる「緩和ケア推進プログラム」、および2003年～2007年「がん5カ年計画」で大きく整備された。特に2008年7月13日に発表した「緩和ケア推進プログラム」では、①医療機関、老人ホームなど医療・社会福祉施設や在宅ケアにおける緩和ケアの充実、②緩和ケアの研修・研究の充実、③緩和ケア文化の普及を柱としている。目標達成のために5年間で国家予算2億2,900万ユーロが投じられている。このようなことから、終末期ケアの調査研究を積極的に行うために、2010年2月に国立終末期研究センター (ONFV) が設立された。

2. 死亡場所とフランス終末期医療の提供体制

ONFV「終末期の現状調査報告書」(2012)によれば、2008年におけるフランス総死亡者数は53万5,451人、うち、病死者数は50万3,696人(94%)、事故死者数は3万1,755人(6%)である。死亡場所の内訳は、自宅 (Domicile) 27%、病院 (Hopital) 58%、老人ホーム (MR : Maison de Retraite) 11%、その他 (Autres Lieux) 5%である。ここ18年間の死亡場所は、ほとんど変

表1 フランスの終末期ケアに関する主な施策

年月日	主な施策
1986年8月26日	「終末期患者のケアと看取りの組織化に関する通達」(ラロック通達)
1987年	フランス初の終末期ケア病棟設立
1990年	フランス緩和ケア・看取り協会 (SFAP) 設立
1999年6月9日	「緩和ケア権利法」
1999年～2001年	「緩和ケア推進プログラム1999～2001」
2002年～2005年	「緩和ケア推進プログラム2002～2005」
2002年3月4日	「患者の権利および医療システムの質に関する法」
	「ヘルスネットワーク」が始まる
2003年～2007年	「がん5年計画」
2005年4月22日	「終末期患者の権利および生命の末期に関する法」(レオネッティ法)
2008年3月25日	「緩和ケアネットワークの組織化に関する通達」
2008年7月13日	「緩和ケア推進プログラム2008 - 2012」を発表。5年間の国家予算は、2億2,900万ユーロ
2010年2月	国立終末期研究センター (ONFV) 設立
2011年3月2日	看取り手当の創設 (在宅で看取る家族への給付)

出典：篠田道子 (2012)：フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆。日本福祉大学社会福祉論集。第127号、P6

化していない。

フランスの終末期医療の提供体制は、大きく分けて入院ケアと在宅ケアがあり、さらに前者は、①緩和ケアユニット (USP)、②緩和ケア認定病床 (LISP)、③緩和ケアモバイルチーム (EMSP) の3種類がある。在宅ケアは、①通常の診療 (外来と往診)、②地域緩和ケアネットワーク、③在宅入院 (HAD) の3種類がある。

USPやLISPは、専門的な緩和ケアを提供する病床であり、USPは日本の緩和ケア病棟に相当する。独立型ホスピスから、一般病床や長期療養病床に併設されたものまで様々である。日本の緩和ケア病棟のように、入院患者をがんとエイズに限定してはいないが、約90%ががん患者である。USPは1,176床、LISPは4,800床整備されている。LISPは以前から存在していたが、2008年3月25日「緩和ケアの組織化に関する通達」によって、役割や必要条件が明確になったため、数が急増している。EMSPは緩和ケアモバイルチームであり、2004年頃から増加して2010年には353チームが活動している。医師、看護師、臨床心理士、ソーシャルワーカーで構成されたチームで、院内だけでなく、高齢者施設や在宅にも赴いている。表2にフランス終末期医療の提供体制の推移をまとめた。

また、地域緩和ケアネットワークは、在宅緩和ケアのキイパーソンである、かかりつけ医や開業看護師を後方支援する役割を担う。コーディネートのみで直接的ケアは実施しない。2010年末に稼働している地域緩和ケアネットワークは124カ所である。

表2 フランス終末期医療の提供体制の推移

	1999	2004	2005	2007	2010
緩和ケアユニット (USP)					
施設数	87	78	80	90	107
病床数	742	783	825	942	1,176
緩和ケア認定病床 (LISP)					
病床数	—	1,281	1,908	3,060	4,826
緩和ケアモバイルチーム (EMSP)					
チーム数	184	317	328	337	353

出典：緩和ケア普及実態調査報告書 (2010) より筆者作成

3. レオネッティ法の適用状況

(1) フランスの終末期医療の決断

—アンケート調査報告書—

フランスでレオネッティ法が2005年に制定されて8年が経過した。15条からなるレオネッティ法は、公衆衛生法典 (Code de la santé publique) を一部改正したものである。過剰医療または無駄な延命治療としての不合理な固執 (obstination deraisonnable) を避けるという枠組みの中で尊厳死が語られている。あくまでも「過剰または無駄な延命治療」の停止、あるいは制限を認めているもので、ベルギーやオランダで制度化されている積極的な安楽死を認めたものではない。患者の尊厳を守ることを前提とし、治癒が望めない終末期にある患者およびその代理人が延命治療の中止を求めた場合、医師はその結果を十分説明する義務があり、その上で患者がそれを望むのであれば、一定期間の後に延命治療を中止できるものである。

国立人口統計研究センター (INED) がONFVの協力を得て、レオネッティ法の適用状況について調査を実施した。この調査は、全国の医療機関で死亡した4,871人を対象にしたもので、結果を「フランスの終末期医療の決断—アンケート調査報告書—」(2013) と、ONFV「在宅終末期医療実態調査 - 2013年度調査報告書」(2013) にまとめている。結果は次の通りである。

- ①レオネッティ法に基づいて、延命治療を制限または中止した人は45%、そのうち18.8%が疼痛治療の強化により、結果として死期を早めた可能性があるとして報告している。これは、患者の尊厳を守るためのものであり、レオネッティ法に則っているとしている。
- ②事前に代理人を指名している人は38%で、うち98%が家族の一員を選んでいる。
- ③事前指示書を作成している人は、2.5%に留まっている。しかしながら、事前指示書がある場合には、それが多職種チームでの意思決定の重要な要素であると、医師の72%は回答している。
- ④延命治療の制限または中止の決断は、多職種

チームとのカンファレンスを経た上で決定した
が63%、他の医師に相談した44%（重複回答）
と、終末期医療の現場では、多職種チームで
の意思決定が定着している。

- ⑤フランスの開業医が1年間に受け持つ終末期患
者は1～3人と少ない。その理由は、外来診療
と定期的な訪問診療に多くの時間を費やして
いることから、医院での診療業務と在宅終末
期ケアの両立が難しいと指摘している。
- ⑥地域緩和ケアネットワークは、孤立しがちな
開業医をサポートし、多職種による在宅終末
期ケアを実践するものである。しかし、開業
医からネットワークへのアクセスは少ない状況
である。

（2）ガルニエホスピスでのヒアリング結果

フランス最大のホスピスであるメゾン・メディ
カル・ジャンヌ・ガルニエホスピスのチーフドク
ターであるダニエル・デルヴィル氏に、レオネッ
ティ法における意思決定の現状についてヒアリ
ングを行った。

①当該ホスピスの緩和ケアの特徴

入院患者の90%はがん患者であるが、筋萎縮
側索硬化症や腎不全など非がんも10%を占めて
いる。平均在院日数は19.6日であり、これは年々
短縮化している。その理由は、死期が迫った患
者の入院が多いことや、診療報酬が包括払い
で、一定の在院日数を超えると減額されることが
影響している。

また、独居高齢者や介護放棄にある患者な
ど、支援困難ながん患者が増加しているため、
在宅入院（HAD）など院外のチームと連携して
問題解決にあたっている。

②レオネッティ法の事前指示書と信頼できる代 理人はどれだけ定着しているのか、

当該ホスピスは年間1,000人を超える患者を受
け入れているが、事前に代理人を指名し、自らの
意思を事前指示書に記している人はほとんど
いないため、多くは家族が意思決定を代理して
いる状況である。そのため、患者以上に家族へ
の説明に多くの時間を費やしていること、「家族

だけで判断する」という心理的負担を軽減させ
る役割が医師に求められており、これらを法律
が守ってくれている。

③多職種チームによる意思決定はどのようにさ れているのか

レオネッティ法が施行されてからは、多職種
が参加するカンファレンスを実施するようになった。
医師が司会をすることが多いが、パターナ
リズムにならないように気を付けている。カン
ファレンスの参加者は、本人、家族、医師、看
護師、医療ソーシャルワーカー、臨床心理士、
セラピストなどである。ケースによっては、牧師
やHADのコーディネーター医師と看護師が参加
する場合もある。

④レオネッティ法のメリット

レオネッティ法が施行されてからは、苦痛の
緩和を優先するようになった。治療を中止して
も、多職種チームで話し合ったことが、カルテ
に記載されていれば訴追されるという心配がな
くなったため、患者や家族と本音で話し合うこ
とができるようになった。

多職種チームでの医師の役割は、医学的見
地からみた方法を推奨することである。医師の
発言が意思決定に与える影響は大きいので、多
職種の意見を引き出すことにも注意を払ってい
る。多職種チームが行う意思決定とは、正しさを
追究するのではなく、専門職としての意見を誠
実に伝えつつも、患者と家族が主体的に意思決
定できるように後方支援することであり、これら
はカンファレンスで行うことが望ましいと語った。

4. 要介護高齢者滞在施設（EHPAD）に おける終末期ケアの実態

Etablissements d'Hébergement pour Personnes
Âgées Dépendantes（以下、EHPAD）とは、要
介護高齢者滞在施設と訳され、60歳以上の介護
の必要な高齢者を受け入れる施設である。2001
年の設立以来、徐々に増え続け、2011年の施設
数は7,752、収容人数は59万2,970人である（表
3）。設置主体は、民間営利、民間非営利、公営

表3 EHPAD施設数と収容人数

設置主体	施設数	収容人数
EHPAD民間営利	1,681	11万8,240
EHPAD民間非営利	2,271	16万2,160
EHPAD公営	3,800	31万2,570
EHPAD総数	7,752	59万2,970

出典：DREES 2013年7月発表

表4 EHPAD別GIR（要介護度）の割合

設置主体	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	合計(%)	入所者数
民間営利	19	38	16	18	5	4	100	9万8,330
民間非営利	17	34	15	20	7	7	100	14万3,340
公 営	21	34	15	19	6	5	100	28万7,870
総 数	20	35	15	19	6	5	100	52万9,540

出典：DREES 2013年7月発表

の3種類であり、公営が半数を占めている。日本の療養病床に近い機能を持っている。

原則として個別自律手当（以下、APA）²⁾で要介護状態と判定された人を優先的に入所させている。GIR（要介護度）1：最重度と、GIR2：重度を合わせると55%を占め、入所者の重度化が進んでいる（表4）。EHPADの滞在費は自己負担（ただし、低所得者の場合は社会扶助から給付）、介護費用はAPA、医療・看護サービスは疾病保険から給付される。APAは本人・家族（扶養義務者）の収入に応じて給付額が決定する。APAについては、稲森（2012）が詳細に述べているので、そちらを参考にされたい。

ONFVは「要介護高齢者滞在施設（EHPAD）における終末期ケア報告書」（2013年9月）を発表した。この調査は、2011年12月31日付けで開業しているすべてのEHPADを対象に、死亡前2週間の終末期ケアの実態を調査したものである（回収率は53%）。筆者は2013年8月に渡仏した際、ONFVの主任コーディネーターであるルッカ・モリン氏より、本調査の暫定結果の提供を受けた。そこで、暫定結果をもとに、氏にヒアリング調査を行った。その後、正式な報告書入手してヒアリング内容を加筆・修正した。結果は次の通りである。

①EHPAD内での死亡割合は74%、病院25%、緩和ケアユニット（USP）はわずか1%であり、

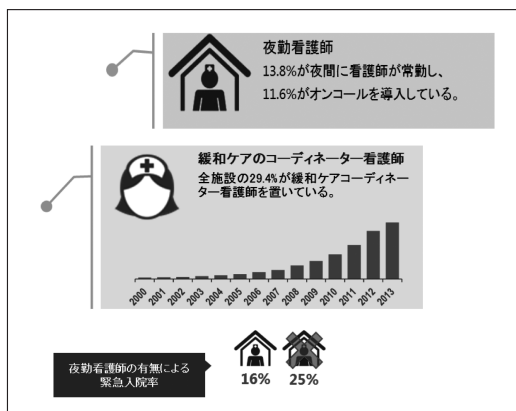
入居者の4人に1人が病院で死亡している。施設内の年間死亡者数は20人である。

②夜勤看護師が常駐している施設は13.8%で、夜間オンコール体制の施設は11.6%である。

夜勤看護師が常駐している場合の、病院での死亡割合は18.5%、病院に緊急入院をした割合は16%である。夜勤看護師が常駐していない場合の、病院での死亡割合は27.1%、病院への緊急入院は24.9%と高くなっている。また、全施設の29.4%が緩和ケアのコーディネーター看護師を配置している。看護師の配置が施設内看取りを高くする要因であると報告している（図1）。

③死亡前2週間の終末期ケアの実態は、利用者の

図1 看護師の配置が施設内看取りの鍵



出典：「要介護高齢者滞在施設（EHPAD）における終末期ケア報告書（2013）」より引用

39.7%がレオネット法に基づいて、延命治療の制限または中止の決断を受けている。しかしながら、利用者の58%が点滴などの人工栄養補給を受けていた。モリン氏は、この点については疑問が残るとしつつも、最低限の水分補給により、過度な脱水による苦痛（口腔内乾燥やせん妄など）を改善する対策として実施しているのではないかと語った。そのうえで、人間の気持ちは変わるもので、その都度本人・家族の意向を聞き、たとえ意向が変化しても、その気持ちに寄り添うことが重要と強調された。

- ④課題として、25%のEHPADが、外部の緩和ケアモバイルチーム(EMSP)や地域緩和ケアネットワークとの連携がなかった。施設で完結する終末期ケアでは、マンパワーの不足から十分な緩和ケアは提供できない。そのため、すべての国民に緩和ケアを受ける権利を保証した「緩和ケア権利法」の趣旨が達成できない。今後は、施設と外部のチームとのより一層の連携が求められるとしている。

5. まとめとわが国への示唆

(1) 多職種チームでの意思決定を重視

ONFV「在宅終末期医療実態調査 - 2013年度調査報告書」では、事前に代理人を指名している人は38%で、うち98%が家族の一員を選んでいる。さらに、事前指示書を作成している人は、25%に留まっている。レオネット法が施行されて8年が経過したが、書面に意思を書き残しておくことには慎重である。

厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2013)では、一般国民の7割が「事前指示書をあらかじめ作成しておくこと」に賛成している。ただし、作成に賛成と回答した人でも、実際に作成している人は3.2%と少ない。また、事前指示書に従った治療を行うことを法律で定めることは、一般国民の5割が消極的で、特に医師は7割以上が消極的である。この結果は、事前指示書の作成に賛成と回答した人で

も、同じであった。

全日本病院協会(2012)は、事前指示書の確認方法について調査した。その結果、病院の34.4%、介護保険施設の31.8%、グループホームの30.1%、訪問看護ステーションの24.0%が「特に確認していない」と回答していた。

また、終末期カンファレンスの実施状況について、日本慢性期医療協会(2008)の調査では、医療療養病床は、「70%実施している」22.4%、「40~70%実施している」9.9%、「10~40%実施している」19.7%であり、「ほとんど実施していない」と「全く実施していない」を合わせると44.4%である。

以上の結果から、日仏ともに、書面での事前指示書は普及していない状況である。法制化や書面で書き残すことよりも、多職種チームとの丁寧な話し合いを望むことは、両国に共通している。終末期のカンファレンスについては、詳細なデータがないため、単純に比較できないが、少なくともフランスにおいては、患者・家族・多職種チームの意思決定の場として定着しつつある。

(2) 要介護高齢者滞在施設の終末期ケアは 看護師の配置が鍵

フランスのEHPADでは、看護師の夜間配置と緩和ケアコーディネーターとしての役割が、施設内看取りを高める要因であるとしている。わが国では、療養病床と特養がEHPADに近い機能を有していることから、両施設の終末期ケアの実態調査を比較しながら、わが国への示唆を述べる。

全日本病院協会の調査(2012)によれば、特養の100床当たりの施設内死亡数は年間13人と報告している。池崎ら(2012)は、267施設の特養を調査し、施設内死亡数は100床当たり4.3人で、協力病院が隣接していることや、常勤医師がいる施設では、いずれもそうでない場合に比べて100床当たりの施設内死亡数は多いが、有意差は確認されていないと報告している。田中(2001)は、北陸3県で看取り介護加算を算定している特

養68施設を対象に、看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセスの実態調査を行った。その結果、「チームケアの実施」が看取り介護加算の算定に影響を及ぼすとしている。本加算を算定している特養は、コーディネーターとして、看護師をあげる施設が多いと報告している。

一方、療養病床の施設内死亡数は、日本慢性期医療協会（2008）の病院調査によれば、1年間の施設内死亡数は100床当たり35.1人で、平均年齢は84.7歳と高齢である。全日本病院協会（2012）の調査では、100床当たり48人と報告している。調査により数にバラツキはあるが、特養よりは療養病床の施設内看取りは多くなっている。

筆者ら（2013）が実施した調査でも、特養と療養病床のどちらの施設も、看護師がコーディネーターとしての役割を担っていた。特に夜勤看護師が常駐していない特養では、看護師の速やかな判断と介護職員との連携が重要と回答していた。

両国とも、要介護高齢者施設における終末期ケアのコーディネーターは、看護師であることが確認できた。また、EHPADの看護師の29.4%が緩和ケアのコーディネーターとして配置されている。緩和ケアのコーディネーターになるには、緩和ケアの研修を一定時間受けなければならない。

厚生労働省の調査（2011）によれば、特養などの老人ホームの看取り割合は4.0%と微増している。これから迎える多死時代には、特養や療養病床は看取りの場としての役割が期待されている。終末期ケアの質を高めるには、看護師や介護職員の体系的な教育が必要である。高齢者施設での看取りの量的拡大と質の確保は車の両輪であろう。

（3）日仏とも今後の課題は非がん患者の終末期ケアの充実

フランスの地域緩和ケアネットワークはがん患者に限定していないが、現実にはがん患者が中心で、老衰、認知症や脳卒中など非がん患者のインフラ整備はほとんど進んでいないという、わ

が国と同じ課題を抱えている。USPやLISPも疾患を限定していないが、入院患者のほとんどはがん患者である。これから増加する認知症や慢性疾患など非がん患者の終末期ケアにどのように対応するかは今後の課題である。

厚生労働省人口動態調査によれば、2011年の死亡者数のうち、がんの占める割合は28.5%である。割合からすると、非がんの方が圧倒的多数である。しかし、日本緩和医療学会の調査（2011）によれば、非がん患者への緩和ケアチームの関与は2.5%とわずかである。その要因は、非がん患者の予後予測が困難であること、療養期間が長く介入の時期が難しいことなどがあげられている。

わが国にはUSPやLISPは存在しないが、介護保険施設が82万床あるという強みがある。筆者が所属している日本福祉大学終末期ケア研究会は、1999年から終末期ケアの実態調査を行っているが、これまでの調査から導き出された知見は、「死亡場所ではなく、どのように看取るか」というプロセスが終末期ケアが質を高めるというものであった。

非がん患者の終末期ケアは、慢性疾患の増悪や認知症から要介護状態になり、その後死を迎えることが多い。余命予測や意思確認が難しく、長期の生活を支援する体制構築が必要になるなど、がんモデルをそのまま当てはめることはできない。緩和ケアはそもそも疾患を限定してはいない。そうであれば、がん患者のみが受けているケアをそれ以外の疾患に広げる施策や体制づくり、さらには人材育成が必要であろう。

注

- 1) フランスでは、「緩和ケア」(soin palliatif)と「終末期ケア」(fin de vie)は明確に分けていない。本稿では同義語として使用している。
- 2) APAの受給要件は、①フランス国内に合法的に居住していること、②60歳以上であること、③身体的・精神的状態に関連して自律を欠如または喪失しており、日常生活を営むのに、何らかの支援が必要なこと。2011年末で119.9万人が受

給している。

文献

- ・フランス国立終末期研究センター (ONFV) ホームページ
<https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/>
2013年10月1日閲覧
- ・フランス国立人口統計研究センター (INED) : フランスの終末期の現状報告書. 2012年2月.
- ・木澤義之 (2011) : 緩和ケアチームの動向と現状 / 緩和ケアチームの全国調査
www.hospat.org/assets/templates/hospat/.../2012_3.pdf 2013年11月1日閲覧
- ・厚生労働省 (2013) : 人生の最終段階における医療に関する意識調査 集計結果(速報)の概要.
- ・厚生労働省ホームページ「人口動態統計」第5表 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移 (2011年12月1日発表資料).
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/dl/s03.pdf> 2013年2月28日閲覧.
- ・樋口京子、篠田道子、杉本浩章、近藤克則 (2010) 『高齢者の終末期ケア—ケアの質を高める4条件とケアマネジメント・ツール』中央法規出版.
- ・稲森公嘉 (2012) : フランス介護保障制度の現状と動向. 健保連海外医療保障, NO.94, P9-15.
- ・池崎澄江、池上直己 (2012) 「特別養護老人ホームにおける特養内死亡の推移と関連要因の分析」 厚生指標. 59(1), P14-20.
- ・日本慢性期医療協会ホームページ「療養病床における終末期医療・看護に関する調査「病院調査」(平成20年9月) <https://jamcf.jp/enquete.html> 2013年3月20日閲覧.
- ・日本緩和医療学会 : 2011年度緩和ケアチーム登録結果報告.
- ・Stffen M (CNRS - Grenoble University) (2010) : The French health care system, liberal universalism. Journal of Health Politics, Policy and Law 35(3), P353—387.
- ・Observatoire National de la Fin de vie Rapport (2011)
- ・篠田道子 (2012) : フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆. 日本福祉大学社会福祉論集. 第127号, P1-17.
- ・篠田道子、上山崎悦代、宇佐美千鶴 (2013) : 終末期ケアにおける多職種連携・協働の実態—特別養護老人ホームと医療療養病床の異同を通して—
- 一. 日本福祉大学社会福祉論集. 第129号, P11-38.
- ・田中克恵 (2011) 「特別養護老人ホームの終末期ケアに関する研究—看取り介護加算の算定を支える終末期ケアのストラクチャーとプロセス—」 社会福祉学研究 NO.6
- ・全日本病院協会 (2012) : 終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究.
- ・宮田和明、近藤克則、樋口京子編 (2004) 『在宅高齢者の終末期ケア—全国訪問看護ステーション調査に学ぶ』中央法規出版.

スウェーデンにおける高齢者政策の動向 —高齢者ケアサービスを中心に—

千葉市保健福祉局次長

岡部 史哉

Okabe Fumiya

スウェーデンでは1903年に世界で初めてとなる普遍的な年金制度を導入してから一世紀が経過した。戦後、急速に発展を遂げた所得保障や保健医療といった高齢者の生活保障制度は、1990年代以降、経済の低成長と高齢化の進展を背景に様々な改革が行われており、高齢者を取り巻く環境も大きく変化してきている。本稿では高齢者ケアサービス¹⁾を中心に高齢者の生活保障制度について、最近の動向を俯瞰するとともに、2014年の国政・地方選挙に向けた今後の見通しについて検討する²⁾。さらに、埋葬料の徴収や高い火葬実施率、匿名の共同墓地の普及などスウェーデンに特徴的な墓地・埋葬の仕組みについても紹介する。

1. 高齢化の動向と高齢者の状況

(1) 人口動態

2012年のスウェーデン人の出生時平均余命は男性で79.87年、女性で83.54年であり、小国の一部にはさらに長い平均余命を誇る国があるものの、OECD加盟国では日本やフランス、イタリア、スペインなどと並んで最も長寿のグループに属する。平均余命は今後さらに伸びていき、2050年には男性で85.7年、女性で87.9年に達するものと予想されている。65歳時点の平均余命を見ると、2012年には男性で18.42年、女性で21.02年と、1990年からだけでも男性で3.1年、女性で1.9年伸びている。平均余命の伸長とともに65歳以上人口の20～64歳人口に対する比率（依存人口比率）は、2012年の32.9%から2050年には45.1%に上昇すると予想されている³⁾。

(2) 高齢者の健康状況

スウェーデン中央統計局 (Statistiska centralbyrån：以下「SCB」) の「生活実態調査」(ULF) によると65～74歳の人の70.0% (2012年) が自分の健康状態について「良い」としているのに対して、

「悪い」としている人の割合は6.1%にすぎない(表1)。「良い」の割合は年齢が上がるほどに低くなるが、85歳以上の年齢層においてもまだ「良い」の割合は「悪い」を大幅に上回っている。さらに時系列的な変化は大きくはないものの、どの年齢層においても「良い」の割合が長期的に上昇傾向にある。

同じく高齢者が不安・孤独感を感じているかどうかを見てみると、「不安・孤独を感じる」と「強い不安・孤独を感じる」は、85歳以上でもそれぞれ20.4%、6.2%など、若者を含めた全年齢と大きな相違はなく、少なくとも高齢者が特に不安・孤独に悩まされているという状況は見られない。

表1 高齢者の健康・精神状態（自己申告）
(2012年：%)

	健康状態 「良い」	健康状態 「悪い」	不安・孤独 を感じる	不安・孤独を 強く感じる
65～74歳	70.0	6.1	15.3	3.9
75～84歳	60.8	9.2	17.2	3.1
85歳以上	49.9	11.8	20.4	6.2
全年齢 (16歳以上)	79.7	4.7	18.5	5.6

資料：Undersökningarna av levnadsförhållanden (SCB)

(3) 高齢者の社会的状況

1) 高齢者の労働力率

スウェーデンの65歳以上の労働力率は、男性：19.26%、女性：11.40%（2012年）で、ヨーロッパ各国との比較では比較的高いグループに属する（表2）。2000年以降の動きをみると緩やかな上昇傾向にある（図1）。

表2 65歳以上の者の労働力率（2012年：%）

	男 性	女 性
スウェーデン	19.26	11.40
日本	28.71	13.38
ドイツ	6.65（2011年）	3.08（2011年）
フランス	3.11	1.66
イギリス	12.52	6.53

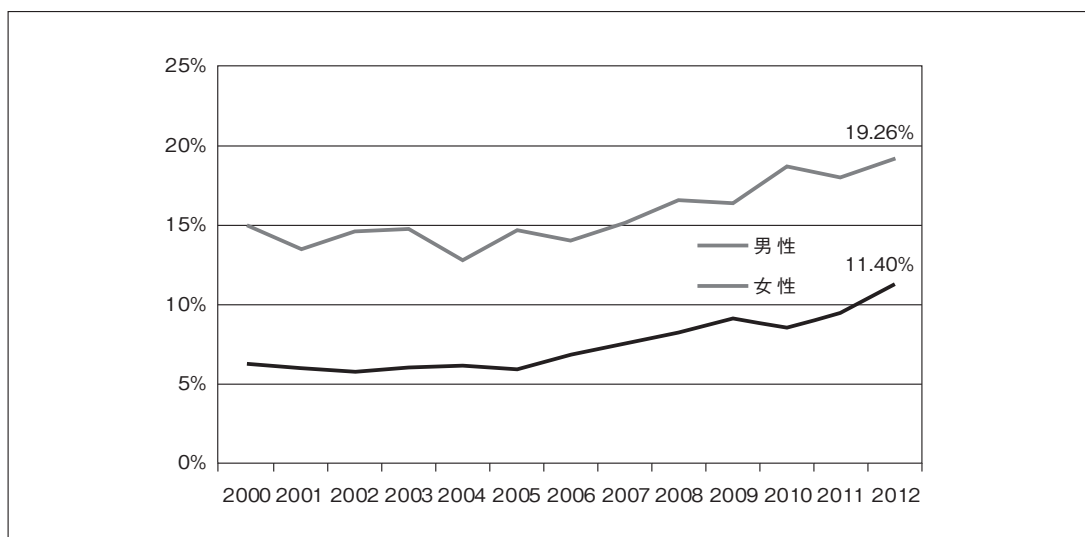
資料：OECDホームページ

2) 高齢者の所得

2008年の高齢者の可処分所得額（年額）を見ると、夫婦世帯の中央値は65～74歳で約25万5,600クローナ、75歳以上で18万9,900クローナで

ある。収入源を各項目別にみると、「年金」が夫婦世帯の税引き前収入のうち、65～74歳では67.0%を、75歳以上では82.9%を占めている（表3）。

図1 65歳以上の者の労働力率（%）



出典：OECDホームページ

表3 高齢者世帯の収入源（中央値・2008年）

（単位：千クローナ）

		事業所得 賃金・	資産所得	年金	傷病補償年金 （早期年金）	親手当・労働 市場給付	傷病手当・両 給付	児童手当 など非課税	住宅手当	社会扶助	税	所得 その他移転	可処分所得
夫婦世帯	50～64歳	323.6	56.0	53.3	20.6	11.6	0.0	0.2	0.5	-131.1	-5.1	329.5	
	65～74歳	55.1	53.0	242.0	7.8	2.4	0.2	0.5	0.1	-104.6	-0.8	255.6	
	75歳以上	5.2	37.9	217.7	0.5	0.0	0.2	1.1	0.0	-72.5	-0.2	189.9	
単身世帯	男性	50～64歳	223.0	51.2	19.4	29.0	11.8	0.1	3.4	2.1	-91.6	-8.6	239.8
		65～74歳	23.5	66.5	196.2	4.9	0.5	0.4	4.2	0.1	-84.1	-2.4	209.8
		75歳以上	4.8	44.4	187.1	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	-65.9	-0.6	172.9
	女性	50～64歳	165.2	35.0	29.0	37.2	13.6	0.2	4.5	1.9	-73.5	-7.5	205.7
		65～74歳	23.1	44.7	164.3	2.0	0.5	0.7	8.0	0.0	-63.1	-1.9	178.4
		75歳以上	0.9	34.6	145.8	0.0	0.0	0.1	11.9	0.0	-46.6	-0.1	146.7

資料：Inkomstfördelningsundersökningen 2008 (SCB)

表4・5 年齢・世帯形態別の居住形態（2006年）

		一軒家			集合住宅		賃 貸 (又貸し)	特別の 住居	その他
		所有権	居住権	賃貸	居住権	賃貸			
20～29歳		19.2%	1.9%	6.2%	15.6%	49.1%	4.4%	-	3.5%
30～49歳		52.1%	2.7%	5.6%	11.7%	25.9%	1.0%	-	1.0%
50～64歳		57.8%	2.8%	3.7%	13.9%	20.4%	0.4%	-	0.9%
65～74歳		53.4%	2.4%	4.1%	15.7%	23.0%	0.4%	0.4%	0.6%
75歳以上		28.7%	1.6%	5.6%	19.8%	37.2%	0.3%	6.1%	0.7%
65歳以上 単身者	女性	16.5%	1.6%	5.3%	22.5%	44.4%	0.4%	8.2%	1.1%
	男性	33.3%	1.2%	5.8%	15.6%	37.3%	0.7%	5.4%	0.6%
65歳以上夫婦		56.2%	2.4%	4.3%	16.2%	20.4%	0.2%	0.1%	0.3%

出典：Boende och boendeutgifter 2006 (SCB)

	一軒家	集合住宅	特別の住居
65歳	52%	47%	1%
70歳	47%	52%	2%
75歳	43%	55%	2%
80歳	31%	67%	2%
85歳	17%	68%	16%
90歳	14%	66%	20%
95歳	13%	52%	36%

資料：SOU 2008:113 (SCB 2006 HEK を特別集計)

3) 高齢者はどこに住んでいるか

年齢と居住形態との関係を見ると、30歳を超えると自らが所有権を有する形態を中心に一軒家に居住する割合が過半となるが、75歳を超えると一軒家の割合が低下し、代わりに賃貸による集合住宅や「特別の住居」の割合が高くなる（表4・5）。この傾向は、特に单身・女性の高齢者で顕著となる。加齢に伴う身体機能の低下により、それまで暮らしてきた一軒家から、利便性が高くバリアフリー化など機能面で適した高齢者向けの住宅（シニア住宅など）に転居する行動が広く行われていることがうかがえる。

4) 高齢者は家族介護を望んでいるか

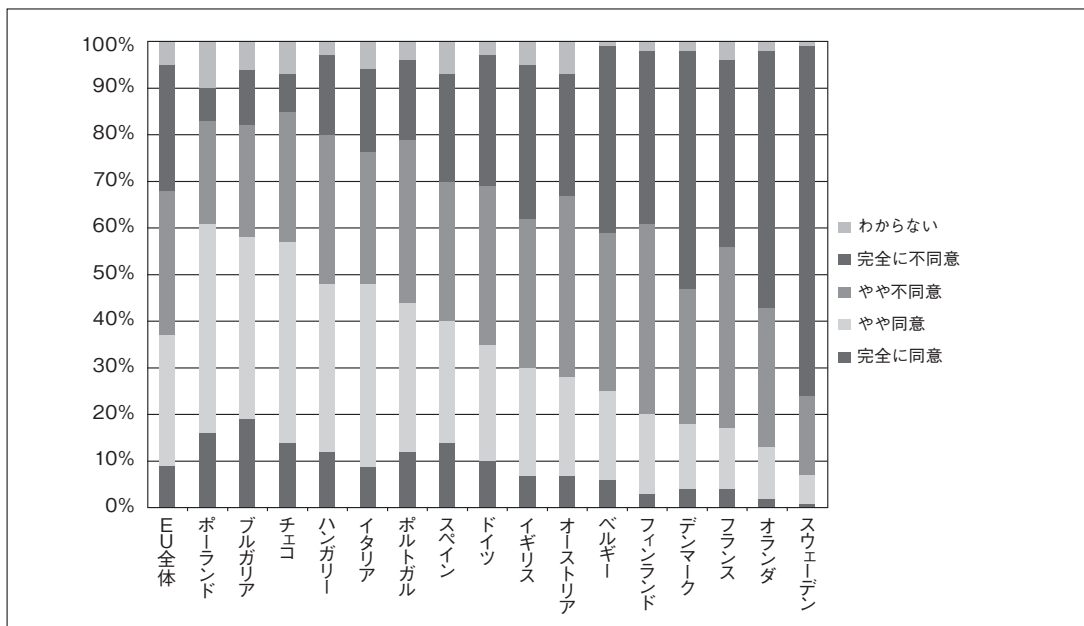
スウェーデン人は個人の自律を重視し、社会保障制度の発展と同時に家族への依存を弱めてきたとされる（ヘルリッツ（2005））。本稿との関連では高齢者介護における公共部門と家族の役割に関する意識が注目される。ECでは加盟各国の市民を対象に世論調査Eurobarometer

を様々なテーマで実施しており（European Commission（2007））、このうち医療・高齢者ケアに関する世論調査ではスウェーデン人の考え方の特徴がよく現れている。

「たとえそのキャリア（職業）がある程度犠牲になっても近親者が介護をするべきと考えるか」という質問には、例えばポーランドでは「同意」「やや同意」合計で6割を超えるなど、東欧や南欧諸国において同意傾向が強いのに対し、スウェーデンでは75%が「まったく同意しない」とし、「やや不同意」：17%との合計は92%と、調査対象国の中ではずばぬけて高い不同意割合となっている（図2）。また、「親の収入が不十分な場合に子が経済的に負担をすべきと考えるか」という質問には、EU27カ国全体で「同意」「やや同意」の合計が48%なのに対して、スウェーデンでは「同意」：2%、「やや同意」：13%、合計で15%と調査対象国では最も低い割合となっている（「やや不同意」：15%、「まったく同意しない」：69%）。このように、スウェーデンでは他のヨーロッパ諸国と比較して、高齢となって身体的、精神的、経済的に自立できなくなったとしても子に頼るべきではないという規範が際立って強いことがうかがえる。

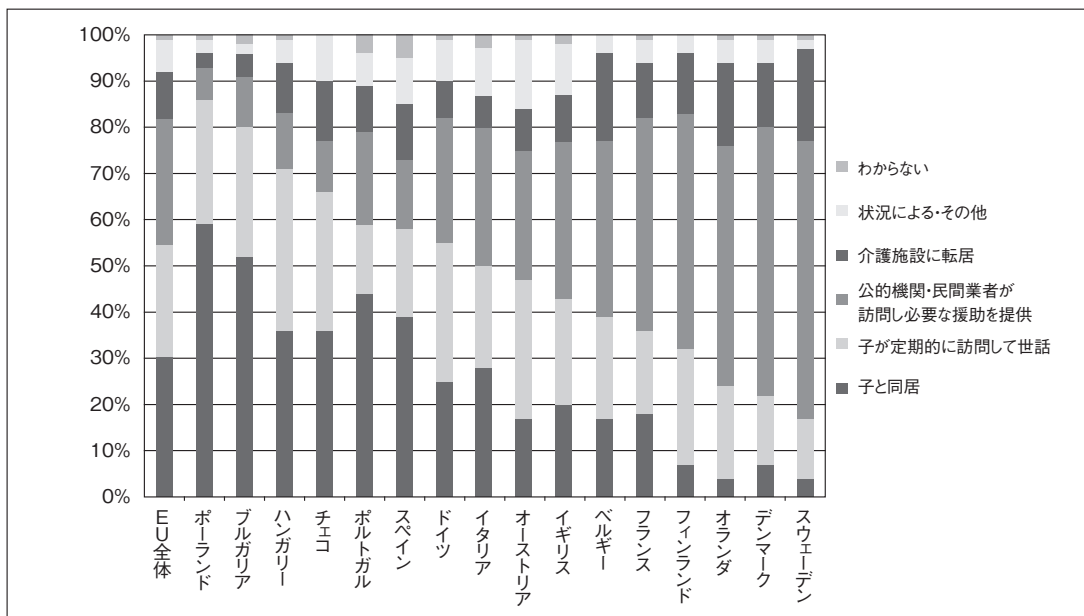
さらに、「老親が身体的・精神的な理由により常時介護なしでは一人で生活できない場合の最良の手段は何か」という質問に対しては、例えばポーランドでは「子と同居」「子が定期的に訪問して世話」の合計が8割を超えるなど、東欧・南欧諸国において子の役割に期待する傾向が強

図2 「たとえそのキャリア（職業）がある程度犠牲になっても近親者が介護をするべきと考えるか」



資料：EC（2007）

図3 「老親が身体的・精神的な理由により常時介護なしでは一人で生活できない場合の最良の手段は何か」



資料：EC（2007）

いのに対して、スウェーデンでは「公的機関・民間業者が訪問し必要な援助を提供」：60%、「介護施設に転居」：20%、合計で80%となり（調査対象国中最多）、社会的な介護・生活援助サービ

スに期待する傾向がきわめて強い(図3)。同じく、「公的機関が必要な在宅・施設介護サービスを高齢者に提供すべきと考えるか」という質問に対しては、スウェーデンでは「完全に同意」が

80%と調査対象国中最多となっており⁴⁾、要介護高齢者に対しては公的機関が適切なサービスを提供すべきという意識が強いことがわかる。

2. 高齢者ケア制度の概要と動向

(1) 医療サービス

保健医療法 (Hälsö- och sjukvårdslag (1982:763)) では、全国に21あるレーンごとに設置される広域自治体であるランステイング (landsting)・レギオン (region) (以下単に「ランステイング」) が住民に必要な医療サービスを提供する義務を負うとされている。ランステイングの収入は主に住民の所得税 (2012年の税率: 11.07% (中央値)) で、収入全体の約7割を占めている。医療サービスは年齢の別なく基本的に全住民に提供され、高齢者用の特別の医療制度は存在しない。医療サービスを必要とする住民はまず、居住地域にある初期医療センターを受診し、その後専門医の診断が必要であれば総合病院など専門の医療機関を受診するというパターンが一般的である。ただし、イギリスのような家庭医制度が統一的に適用されているというわけではなく、医療機関が受け入れる限りににおいて患者が診療所や病院を選択して受診することは可能である。

(2) 在宅介護サービス

1) 社会サービス法に基づくホームヘルプサービス

社会サービス法 (Socialtjänstlag (2001:453)) 第5章第5条では「(注: 全国290の基礎自治体コミューン (kommun) の) 社会福祉委員会は、高齢者が良好な居住を得られるようにするとともに、必要な者には住居における援助および補助その他利用可能な形態のサービスを提供しなければならない。コミューンは、特別な援助を必要とする高齢者に対してサービスおよびケアを提供するために特別な形態の住居を用意しなければならない」と規定されている。これに基づき、コミューンは高齢の住民に対して在宅介

護サービス (以下「ホームヘルプサービス」) の提供を行っている。

社会サービス法において「ホームヘルプ」の内容に関する具体的な規定はないが、直接高齢者の身体を介護するサービス (身体介護) に加えて、掃除、洗濯、買い物の世話、付き添い、調理、着替え、移動、排泄の援助といったより周縁的な身の回りの援助が含まれると解されている。本人や親族から援助の申請があった場合には、社会サービス法の規定に基づき、コミューン (実際にはコミューンに雇用される介護ニーズ判定員) は援助の必要性を審査し、提供するサービスの内容を決定することになる。社会サービス法は「枠組み法」であり、コミューンが提供するサービスの内容や提供方法に関する国レベルでの規制やガイドラインは存在しない。このため、サービス内容には地域的に差が生じており、特に提供方法 (コミューン直営か、民間企業への委託か) に関してはコミューンの政治的なスタンスや地理的な条件によりコミューン間で状況が大きく異なっている。

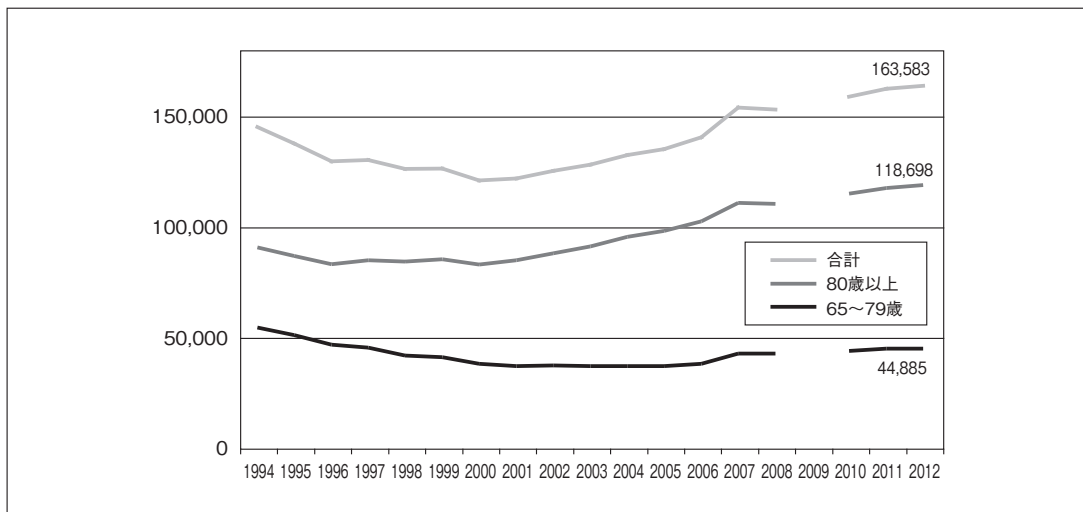
1990年代には地方自治体の財政的制約により供給量が抑制され、ホームヘルプサービスの利用者数・利用率とも低下傾向にあったが、2000年代に入ると利用者数は増加に転じ、2012年には全国の利用者数は約16万4千人となっている (図4・5)。うち女性は約67%、80歳以上の者は約73%である。近年の利用者数の増加は主に80歳以上の利用者数増加によるものである。

2) ニーズ判定を行わないで提供する付加的サービス

2006年7月から、コミューンが67歳以上の高齢者を対象として、事故、ケガ、病気を予防することに寄与するような付加的なサービスをニーズ判定なしで提供する権限が法律に明記された⁵⁾。ただしこのようなサービスを行うかどうかはコミューンの任意であり、義務ではない。さらに、コミューンは、67歳以上の高齢者のうちどのような者を対象としてサービスを提供するか、費用徴収をどのように行うかを自律的に決定するこ

図4 ホームヘルプサービスの利用者数

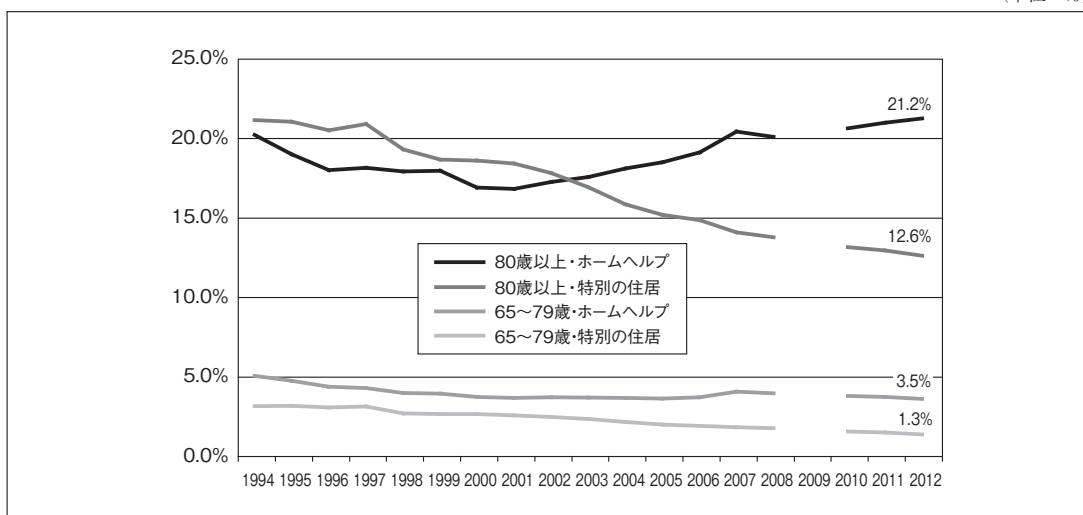
(単位：人)



出典：Socialstyrelsen（2013b）他各年版とSCB（人口統計）

図5 公的介護サービスの利用率

(単位：%)



出典：Socialstyrelsen（2013b）他各年版とSCB（人口統計）

注：「ホームヘルプ」は通常の住居＝特別の住居以外における介護サービスの受給者の数。なお、2009年のデータは公表されていない。また、2007年以降はそれまで統計に含まれていなかった配食、緊急通報アラームのみ援助を受けている高齢者が新たに加えられている。

とができる。具体的な内容はコミュニケーションごとに異なるが、在宅における転倒事故を防ぐために、カーテンのつり下げ、電球の交換、家具の移動といった危険を伴う作業を代行するサービスが典型である（奥村（2010））。ただし、ニーズ判定なしで提供するサービスの範囲に身体介護自体は含まれない（＝社会サービス法に基づきコミュニケーションに提供義務がある）とされ、またこれによって社会サービス法に基づくコミュニケーションの提供

義務も変わらないものとされた。

3) 家事代行サービスに対する税額控除

2006年の政権交代により発足したラインフェルト中道右派政権は、需要・供給両面での労働インセンティブを高める政策に注力してきた。この一環として、2007年には、掃除、洗濯、庭の手入れといった家事代行サービスを住民が利用した場合に1人当たり年額5万クロナを上限とし

て利用料の半額を所得税（地方・国税）および不動産税額から控除できる制度が創設された。これによって実質的には利用料の半額が国庫により補助されることになる。税額控除の利用者は18歳以上の者であり高齢者に限られないが、一般的な家事代行サービスに加えて排泄、着替え、食事、外出の付き添いといった身の回りの世話も含まれるため、介護の必要な高齢者の利用も想定される。ただし、税額控除の対象は従事者に特段の専門的資格が必要ないサービスに限られ、医療サービスや理美容といった専門的なサービスは含まれないとされる（Skatteverket (2013)）。その目的は、労働需要を喚起するとともに、従来は課税逃れのために闇で提供される

ことが多いと考えられていたサービス産業の合法的な取引を促すことである。発足以降、本制度利用者は年々増加し、2011年には年間約41万6千人が利用した（Skatteverket (2012)）が、低所得者の社会的排除や公的福祉の後退につながる恐れも指摘されている（吉岡（2012））。

（3）施設サービス

1) 特別の住居

1991年に実施されたエーデル改革（Ädelreformen）の結果、長期医療を含めた高齢者ケアがコミュニティの責任になるとともに、それまで、①伝統的な「老人ホーム」、②比較的自立して生活できる高齢者のためのアパートであ

表6 ホームヘルプ、ニーズ判定なしサービス、税額控除適用家事サービスの比較

		公共部門		民間市場
		ホームヘルプ	ニーズ判定なしサービス	税額控除適用家事サービス
根拠法		社会サービス法 (2001:453) ※コミュニティにサービス提供義務	コミュニティの権限に関する法律 (2009:47) ※コミュニティがサービスを「提供できる」(権限法)が提供の義務はない。	・所得税法 (1999:1229) ・家事サービスに対する税額控除手続に関する法律 (2009:194)
	サービスの内容	身体介護・家事サービス（「ホームヘルプ」の内容について法律に規定はないが、身体介護に加えて、掃除、洗濯、買い物、世話、付き添い、調理、着替え、移動、排泄の援助など身の回りの援助が含まれると解されている。）	・67歳以上の高齢者の事故、ケガ、病気を予防することに寄与するような付加的なサービス。 ・身体介護は含まれない（コミュニティに提供義務がある。）	・清掃、窓ふき、洗濯、食器の片づけ、調理、雪かき、簡単な庭作業など。 ・医師、看護師、理学療法士など従事者に医療資格が必要なサービスは含まれない。
ニーズ判定		あり	なし	－
監督機関		保健福祉サービス監督庁 (IVO)	なし	－
料金		社会サービス法の規定に基づきコミュニティが決定する。	「コミュニティの権限に関する法律」に基づきコミュニティが独自に料金を決定する。 (サービス需要者の経済力により料金を変えることが可能、原価を上回ってはならないなど。)	市場価格
税額控除の適用		なし	なし	あり
質の保証規定		あり	なし	なし
サラ法 (注) の適用		あり	なし	なし
個人情報保護	社会サービスにおける個人方法取扱法 (2001:454)	適用あり	適用あり	適用なし
	個人情報保護法 (1998:204)	適用あり	適用あり	適用あり
公式統計		あり	なし	なし
提供主体		コミュニティとコミュニティから委託を受けた民間提供者	コミュニティとコミュニティから委託を受けた民間企業	民間企業

注：「サラ法」：介護・障害者サービスにおける問題について介護従事者が監督当局に報告する義務規定（社会サービス法）。「サラ」は本規制の導入の契機となった事件（1997年）の告発者（介護士）の名前。

資料：Socialstyrelsen (2012), p.6に加筆

る「サービスハウス」、③認知症患者を中心に長期療養を行う「ナーシングホーム」に分立していた要介護高齢者を対象とした入居施設が「特別の住居」(särskilt boende)として統合され、従来は医療施設としてランスタイングに管轄下にあったナーシングホームを含めてコミュニンの管理に一元化された⁶⁾。「特別な住居」への入居に当たっては、社会サービス法に基づきコミューンがニーズ判定を行い、入居の決定を行う。特別の住居は原則的に入居者が死亡するまで住み続けることを前提とする「住宅」であり⁷⁾、その意味で一時的な施設入所とは異なる⁸⁾。エーデル改革後は特別の住居の水準向上が進められた結果、2012年現在では特別の住居入所者のうち多床室に居住する割合は0.2%に過ぎず、キッチン付きの部屋に居住する割合は7割を超えている(Socialstyrelsen (2013c))。

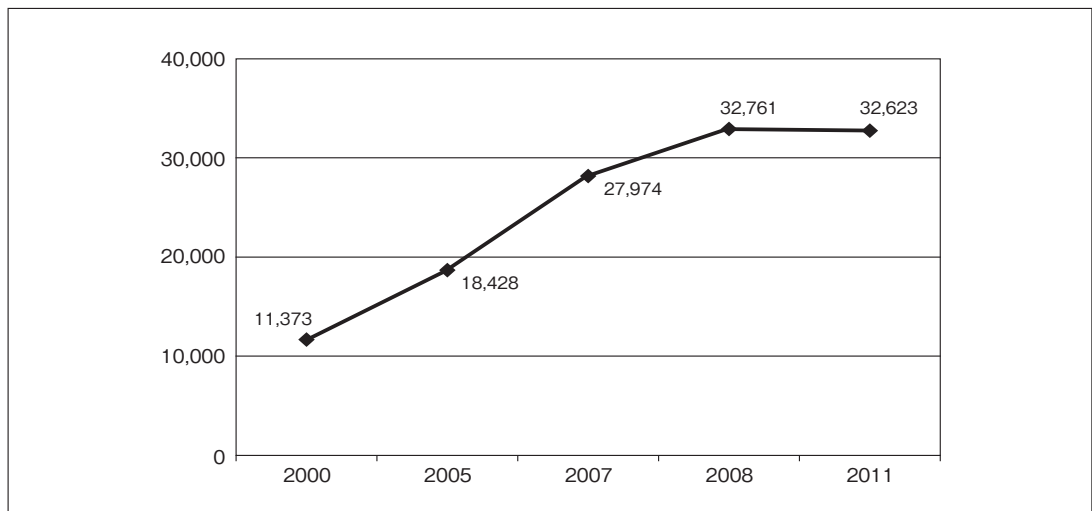
特別の住居の入居者は、1990年代後半から一貫して減少傾向にあり、1997年には全国で13万人を超えていたものが、2012年には8万7千人弱まで減少している。人口全体に占める入居者の率も、1994年には80歳以上の者で21.1%あったものが、2012年には12.6%まで低下している(図5)。この要因としては、まず1990年代から2000年代にかけてのコミューンの財政的制約が強ま

り新規開設が抑制されたことが挙げられる。さらに、特に、従来型の特別の住居の多くを占める「サービスハウス」は、その基本構造が普通のアパートであってユニットケア型のような効率的に介護を行うことを前提としたものとなっており、要介護度の高い高齢者のニーズに応えられる構造になっていないために、自立して生活できる高齢者の住居としての「シニア住宅」に転換されるケースも多かった。コミューン・ランスタイング連合会(Sveriges Kommuner och Landsting (SKL))の調査によると、2000年代に全国で約8,500戸の特別の住居がシニア住宅に転換されている(SKL (2012))。

2) シニア住宅

近年では、特別の住居とは別に、一定年齢(55歳以上が一般的)に達した者を対象としたシニア住宅(seniorbostäder)の提供が進んでいる。シニア住宅は一般的にバリアフリー化など、生活援助や身体介護がしやすい形態となっているが、あくまでも一般の住宅の一種であり、「特別の住居」と異なり社会サービス法に基づきコミューンが入居を決定するものではない。住民が介護を必要とする場合には一般の住宅に居住する場合と同様に在宅ホームヘルプサービスを

図6 シニア住宅の提供数



出典：SKL (2012)

表7 シニア住宅の提供主体 (2011年)

コミュニティの住宅公社	55%
財団	15%
住宅協同組合	14%
民間住宅会社	12%
コミュニティ	3%
その他	0%

出典：SCB (2011)

利用することになる。コミュニティ・ランスティング連合会が各コミュニティに対して実施した調査によると、2011年には全国で約32,600戸のシニア住宅が提供されている（図6）。その主な提供主体としてはコミュニティ設立の住宅公社が過半となっている（表7）。

（4）高齢者ケア・医療サービスの利用料金

1）医療サービス

ランスティングが主に住民税を財源に全住民を対象に医療サービスを提供している仕組みにおいて、高齢者用の医療制度は存在せず、高齢者が医療サービスを受けた場合には一般の患者と同様の一部負担を行うことになる。保健医療法では全国的な上限額を設定し、その範囲内で各ランスティングが独自に自己負担額を設定している。具体的には、外来では通院1回当たりの定額が、初診か否か、患者の年齢や訪問先などに応じて設定されており、その額は所得にかかわらず一般的な所得に比べて非常に低い額に設定されている。高齢者については、一部のランスティングで自己負担の上限額に差をもうけている例もあるが⁹⁾、多数のランスティングにおいては特別な扱いは設けていない。2013年においては、通常のプライマリケアの外来受診の場合1回当たり100～200クローナとなっている¹⁰⁾。法律に基づく患者の自己負担額の上限は1年間の総額で1,100クローナ（正確には物価基礎額¹¹⁾の0.025倍）と定められており、各ランスティングはこれより低い額を定めることもできる。入院に係る自己負担額は法律による上限額が1日当たり100クローナ（正確には物価基礎額の0.0023倍）であり、実際には1日当たり40～100クローナで設定され

ている。薬剤については、全国一律の自己負担額が設定されており、1年間で2,200クローナが上限である。

2）高齢者ケアサービス

コミュニティが提供する高齢者ケアサービスの利用料金はサービスの内容や所得によって基本的にコミュニティが独自に決定するが、社会サービス法には一定の枠が設けられている。これは、1990年代後半に財政状況の悪化により利用料金の引き上げを行うコミュニティが増加したため、2002年から政府（当時は社民党政権）がこの傾向に歯止めをかけるために実施したものである¹²⁾（斉藤（2012））。

社会サービス法では、まず、①利用料金は実費を超えてはならないこと（第8章第2条）、②ホームヘルプサービス、デイサービス、訪問看護サービスの料金を合計して物価基礎額（月額）の0.48倍を上限とすること、③特別の住居の入居者の場合は物価基礎額（月額）の0.5倍を上限とすること（同第5条）が規定されている。さらに、利用者がすべての料金を支払ったのちに一定額の生活費が手元に残るようにすることを求めており（留保額：förbehållsbelopp）、その額（年額）の最低額（minibeloppet）は単身者で物価基礎額の1.3546倍、夫婦世帯で一人当たり物価基礎額の1.1446倍と規定されている（同第7条）¹³⁾。この「最低額」には、食事、衣服、靴、余暇、健康衛生、新聞、電話、テレビ視聴料、家財保険、外来医療、歯科医療、電気、家具、交通、消耗品、医薬品の費用が含まれるとされる¹⁴⁾。

社会サービス法の規定に基づき各コミュニティが利用料を設定する。料金設定の方法は、過半数のコミュニティにおいて所得額とサービス量の組み合わせの方式を採用しているが、所得額のみ、サービス量のみで料金を設定しているコミュニティもあるなど様々である（Socialstyrelsen（2007））。全国で最大の人口を擁するストックホルム・コミュニティでは所得額とサービス利用量の組み合わせの方法を採用している（表8）。

表8 スtockホルム・コミュニンの介護サービス利用料金（2013年）
（最高額であり利用者の所得額によっては減額される）

サービスの内容（一月当たり）	最高月額 （単位：クローナ）
緊急アラーム／サービスハウスにおける基本料金	119
1～4.9時間のホームヘルプ／17～20.9時間のレスパイトケア	408
5～10.9時間のホームヘルプ／21～26.9時間のレスパイトケア／週当たり1～2日のデイケア	745
11～25.9時間のホームヘルプ／27～41.9時間のレスパイトケア／週当たり3～4日のデイケア	994
26～40.9時間のホームヘルプ／42～56.9時間のレスパイトケア／週当たり5日のデイケア	1,372
41～55.9時間のホームヘルプ／57時間以上のレスパイトケア／週当たり6～7日のデイケア	1,558
56時間以上のホームヘルプ／ショートステイ／特別の住居	1,780
・16時間までのレスパイトケア ・社会的・文化的活動への支援など通常のホームヘルプに含まれないサービス ・精神障害者に対する特別の住居 ・精神障害者・精神障害を抱える高齢者のための事業 ・月額50クローナ未満の場合	無料

資料：ストックホルム・コミュニンホームページ

表9 高齢者ケア・医療の総費用（2007～2011年）

（単位：百万クローナ）

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
コミュニンによる高齢者介護費用	90,713	91,176	92,564	93,440	94,973
特別の住居	54,333	54,123	55,405	55,123	55,731
一般の住居でのサービス	34,878	35,530	35,609	36,767	37,699
ホームヘルプ・家事援助	24,608	22,897	23,885	25,338	29,002
ショートステイ	5,798	5,495	5,653	5,637	5,828
その他の援助	4,472	7,138	6,071	5,793	2,849
コミュニンの一般経費	1,502	1,522	1,550	1,549	1,543
コミュニンの福祉サービス費総額に占める割合	54.4%	53.9%	52.9%	52.8%	52.4%
ランスティングによる65歳以上住民への医療サービス費 ^(注1)	74,249	74,137	75,841	76,423	77,523
ランスティングの医療サービス費総額に占める割合 ^(注2)	37.7%	36.8%	37.0%	37.2%	37.1%

出典：Socialstyrelsen（2013a）, p.179, p.188

注1：65歳以上の住民に対する医療サービス費は、スコネ・レギオンにおいて推計したものを人口比で全国に拡大して得られたもの。

注2：分母となる医療サービス費総額はネットの額を用いた。

（5）高齢者ケア・医療にかかる費用

コミュニンが高齢者ケアに充てる費用は2011年には総額約950億クローナで、これはコミュニンが実施する福祉サービス総費用の約52%を占める（表9）。特別の住居に充てる費用（約557億クローナ）は一般の住居におけるサービス費用（約377億クローナ）を上回り高齢者ケア費用のうち約59%を占めるが、その割合は近年低下傾向にある。

これに対し、スウェーデンでは年齢にかかわらず全住民を対象にランスティングが一元的に医療サービスを提供していることと、日本の医

療保険制度のような診療行為ごとの報酬制度ではなく個人単位での医療費の集計が制度的に困難であるために、高齢者に対する医療サービスの費用を集計したマクロデータは存在しない。最南部のスコネ・レギオンにおいて推計したものを人口比で全国に拡大して得られた推計によると、65歳以上の住人に対してランスティングが実施した医療サービスの総費用は約775億クローナ（2011年）であり、これはランスティングが提供する医療サービス総費用の約37%を占めている（表9）。

(6) 高齢者ケアサービスにおける民営化

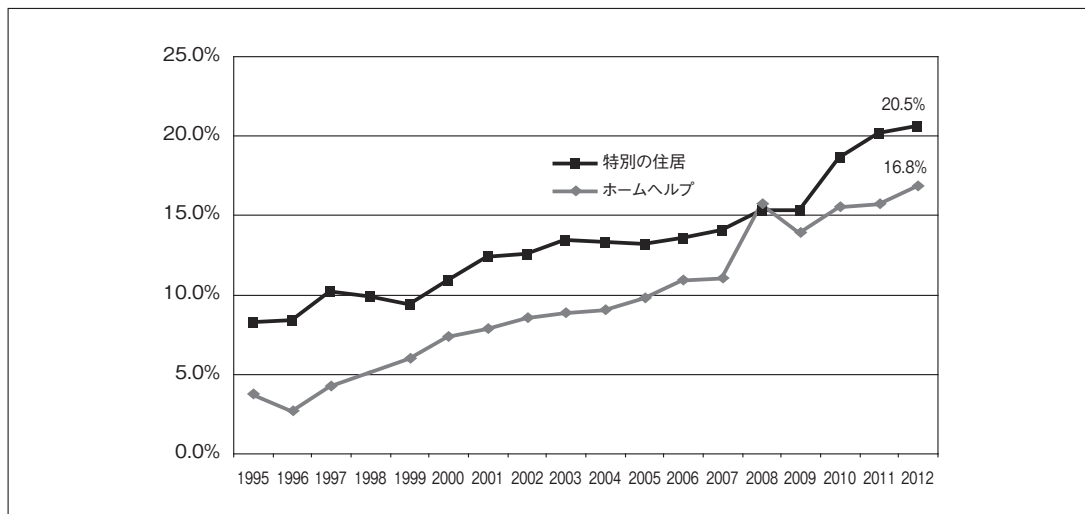
医療・福祉サービスの「民営化」は左右の政治ブロック間のイデオロギー対立を伴う政治テーマであり、1980年代以降、形を変えつつ論争が継続してきた歴史がある。具体的には、穏健党を中心とする中道右派（ブルジョワ）政党が「選択の自由」を掲げて、利用者の意思の尊重や提供主体の多様化を主張するのに対して、社民党など左派政党は公共サービスにおいて営利企業が利益を上げることに対する拒否感が存在し、公的機関によるサービス提供を重視する傾向にある。ただし、医療・福祉サービス分野を規定する保健医療法、社会サービス法ともにいわゆる「枠組み法」であり、サービス内容や提供方法を詳細には規定せず自治体の裁量が非常に大きいため、中央政府での動きと地方の現場レベルの動きは必ずしも連動したのではなく、左派政党が主導する自治体においても民営化の取り組みが進んでいる例があるなど地域により状況は様々である。

「民営化」には、①伝統的に公共部門（コミュニケーション・ランディング）が直接サービスを提供する

モデルが支配的であった分野に民間企業など公共部門以外の提供主体を参入させ提供主体の多様化を図るという方向性と、②サービス提供者を自治体が一方的に決定するのではなく利用者自らが提供者を選べるようにするという二つの方向性がある¹⁵⁾。まず、①についてみると、1993年に中道右派政権によって自治体はその業務について外部団体への委託ができることについて法律上明確化したことを一つの契機として、高齢者介護サービス（在宅・施設）において民間事業者が提供するサービスをコミュンが購入する形態が徐々に拡大し、2012年には特別の住居で20.5%、ホームヘルプサービスで16.8%となった（図7）。

次に②の住民選択制に関して、2006年に政権交代の結果発足したラインフェルト中道右派政権は、医療・福祉サービスにおける住民選択制の導入を促進するために「選択の自由推進法」（Lag om valfrihetssystem (2008:962)。略して「LOV」と呼ばれる）を社民党など野党3党の反対を受けつつ国会で成立させ、同法は2009年から施行された。本法の目的は、地方自治体が医

図7 民間事業者によるサービス提供の割合
(特別の住居の場合は民間事業者により経営される施設への入居割合)



注1：1995～1997年は高齢者（65歳以上）及び65歳未満の機能障害者数が母数。

注2：ホームヘルプの1998年はデータが集計されていない。

注3：2007年および2008年のホームヘルプのデータは総時間数ベース（他の年は人数ベース）。

資料：Socialstyrelsen（2013c）の統計から筆者作成

療・福祉サービスの提供において住民選択制を導入した際には、例えば競争入札など一般の公共調達手段に依らずに住民の選択に基づいて提供者からサービスを購入（調達）することになるため、公共調達について規定する法律との関係を整理・明確化して地方自治体による住民選択制導入の動きを後押しすることである¹⁶⁾。「選択の自由推進法」の施行に併せて政府は住民選択制の導入を目指す自治体に対する臨時補助金を交付するなど支援を行った結果、2011年から2012年にかけて高齢者ケアにおける住民選択制を導入するコミューンが増加し、コミューン・ランスタンピング連合会によると2013年10月現在で全290コミューンのうち144コミューン（全人口の66%）が既に何らかの形で制度を導入している¹⁷⁾。

医療・福祉分野において住民選択制を導入するかどうかは現時点では自治体の任意であるが、医療サービスのうち初期医療（プライマリケア）については、政府は住民選択制の導入をランスタンピングに法的に義務付けるための保健医療法の改正法案を成立させ、同法は2010年から施行されている。さらに政府は初期医療にとどまらず高齢者ケア全般において住民選択制を導入する方針を示し、2012年9月に委員会を設置し検討を開始した¹⁸⁾。同委員会は2014年1月までに最終報告書を政府に提出することになっている。

3. 死亡場所と墓地・埋葬

スウェーデンでは、死亡時の埋葬の費用を賄うために生前から一種の税として徴収される「埋葬料」や高い火葬実施率など、死亡時の埋葬に伴う仕組みに特徴が見られる¹⁹⁾。最近ではこのような死亡時におけるスウェーデンの特徴的な仕組みを福祉国家形成の基盤と関連して論じる研究も見られている（大岡（2004））。

（1）高齢者はどこで死亡しているか

高齢者が死亡する場所を「医療機関」、「医療機関外」で分類した統計をみると、エーデル改革実施前の1980年代後半には65歳以上の年間死

亡者数約8万人のうち6万人弱が病院で死亡していたが、1992年にはその数が急減し、2003年には約3万人まで減少している。一方で「医療機関外」で死亡した割合は逆の動きをたどり、1980年代後半の年間約2万人（全体の約25%）から2003年段階では約5万人（全体の約63%）に増加した（Socialstyrelsen（2005））。この背景にはエーデル改革によって1990年代初頭に病床数が削減されたことと、それまで医療機関との位置づけであったナーシングホームが「特別の住居」としてコミューンの管轄に移ったことがある（SOU 2000:6, p28）²⁰⁾。

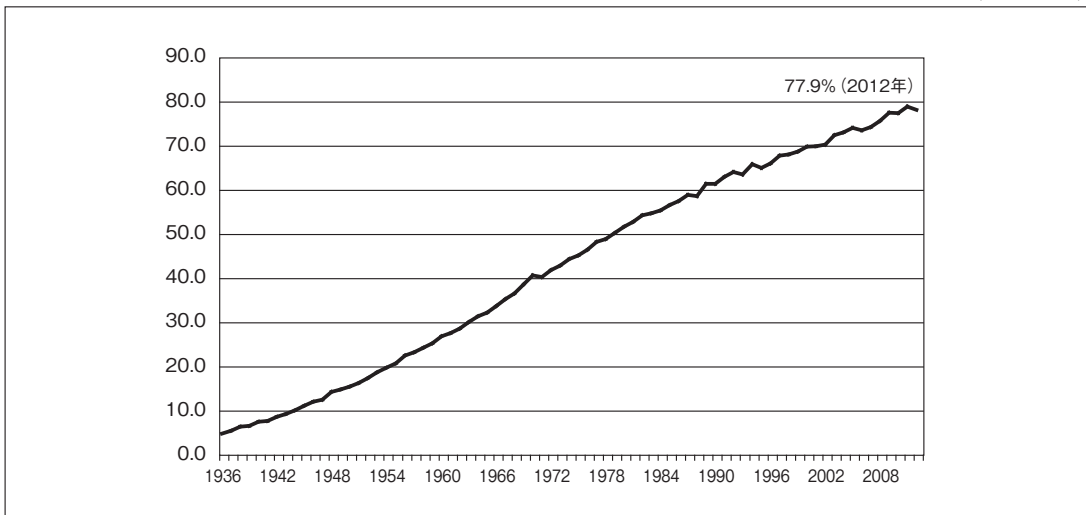
（2）死亡から埋葬までの扱い

スウェーデンでは16世紀のグスタフ・ヴァーサ国王による宗教改革の結果、ルター派プロテスタントが国教会としての地位を占め、聖俗ともにスウェーデン社会の指導的な役割を担ってきた。2000年に国教会はその地位を解かれ、新たに「スウェーデン教会」（Svenska kyrkan）となったが、国民の約7割は依然としてスウェーデン教会信徒である。スウェーデンは世界でも最も世俗化が進んだ社会の一つで日常的に教会の活動に参加する国民は少数であるものの、死亡の際の葬儀は多くがスウェーデン教会により実施されている。

埋葬法（1990:1144）では、社会が住民の火葬・埋葬の責任を負うものとされ、教会教区（församling：コミューンより地理的範囲が狭い）ごとに「埋葬責任者」（huvudmän）が設置される。実際には、一部のコミューンを除きスウェーデン教会の教区組織がこの「埋葬責任者」の任に就いている²¹⁾。「埋葬責任者」は管理地区の住民に埋葬のための場所を用意し、管理するとともに、住民が死亡した際には、①埋葬地の確保（埋葬後25年間）と被埋葬者の氏名・死亡日・住所の情報管理、②埋葬、③火葬、④遺体の安置場所の確保、⑤葬儀場の確保を無料で実施する（Ministry of Culture（2001））。埋葬費用をまかなうために全住民は、一般の地方住民税と同様に定率の所得比例で額が算定される埋葬料

図8 火葬の実施率

(単位：%)



資料：SKKF（2013）

(begravningsavgift) を、国税庁 (Skatteverket) を通じて納付しなければならない。埋葬料の全国平均料率は0.22%である（2013年）。

（3）火葬と匿名墓地ミンネスルンドの普及

キリスト教ではイエス・キリストの復活信仰から、遺体の火葬を忌避する考え方が根強くあり、ヨーロッパ内でも火葬の実施率は国により大きく異なる。この中で、スウェーデンの火葬実施率は2012年で77.9%であり、これはヨーロッパ諸国の中ではイギリスやデンマークと並んで高い率である²²⁾。スウェーデンにおける火葬は19世紀後半から実施され始めたが、当初は国教会の反対が強く1888年の法定化の後も実施率は低かった（大岡（2004））。その後、第二次大戦後の都市化・産業化の進展と軌を一にして火葬率は上昇し、1970年代末には50%を超えた（図8）。

さらに、1960年代には散骨（散灰）の是非が社会的な議論になり、1958年には共同墓への遺灰の埋葬や散骨が法定化された。1970年代からは墓地の一角の林や芝生に散骨用の場所を設けて墓地の係員が散骨し、その場所を遺族に具体的には伝えず、被埋葬者の墓碑も設けない、「ミンネスルンド」（Minneslund：追憶の森）と呼ばれる匿名性の高い埋葬方式が盛んになった。こ

の背景には、1. で紹介した子による介護を望まないという高齢者の希望と同様に、死後に墓の管理で子供など遺族の世話になりたくないという考え方が国民の間で強まっていることがあると考えられる²³⁾。火葬された遺灰のミンネスルンドへの埋葬率は2012年には2割を超えている²⁴⁾。

4. 今後の見通し

スウェーデンでは4年ごとに国政と地方（ランステイング・コミューン）の選挙が同時に行われ、今回は2014年9月に予定されている。2013年11月現在の世論調査では、穏健党を中心とする中道右派4政党に対して、社民、環境、左翼の中道左派3政党は支持率の合計で10%程度の差をつけており、この状況が継続すれば2006年以来の8年ぶりの政権交代の可能性が高まっている。ラインフェルト政権の最大与党穏健党は2006年の選挙で「新しい労働党」を選挙スローガンに掲げて、従来の新自由主義的な主張を抑えつつ福祉国家を維持していく姿勢を示して社民党に勝利した。政権期間中は、勤労所得減税や傷病手当の支給厳格化など雇用を需要・供給の両面で拡大する政策に注力してきた。しかし、2010年の選挙の結果、第2次ラインフェルト政権が少数

政権として発足したことによって、傷病手当の支給厳格化は野党側の強硬な反対により後退を重ね、勤労所得減税については2014年度の再度拡大の目途が立っていないなど、就労促進路線が成果を上げられない状況にある。2014年秋の選挙で社民党を中心とする政権が発足した場合には、8年間の中道右派政権の路線をどう維持または修正していくのが最大の注目点となる。

医療・介護については、住民の「選択の自由」を拡大するために政権が進めてきた初期医療における住民選択制の導入や、政権が検討を進めている高齢者ケアにおける住民選択制の導入の行方が焦点となる。社民党は、社会サービス分野において民間委託が進んで国際的な大企業が巨額の利益を上げている²⁵⁾ ことに対して批判的であり (Socialdemokraterna (2012))、政権交代の際にはこの観点からの対応が行われる可能性がある。ただし、現場レベルでは社民党主導のコミュニティでも住民選択制の導入が進んでいるところも多くあり、国政の動きとは別に医療・介護分野において民営化が緩やかに進展していくという現在の潮流に大きな変化が生じる可能性は少ないだろう。

民間委託が進展しても、医療や介護といった社会サービスを提供する責任は依然として自治体にあり、医療・介護とも自己負担額が低額であることとあわせて、所得の多寡にかかわらず個々人のニーズに応じて必要な給付を行うという普遍的社会保障政策の原則は揺らいでいないように見える。しかし、理念とは別に実際には医療機関での長い待ち時間がなかなか解消しないことや、特別な住居の削減によって必要なだけの施設サービスが確保できていないなど、国民が必要なサービスをどのように保障していくかという根本的な課題は残ったままである。「所得の多寡にかかわらず」原則そのものについても、ラインフェルト政権が導入した家事サービスの税額控除は、比較的高所得の国民が公的介護サービスと組み合わせて利用してより手厚い介護サービスを受けることを可能としており、実質的に社会サービスの利用における貧富の格

差を作り出しているという懸念も示されている (Erlandsson *et al.* (2013))。このようなスウェーデンの福祉社会の根本に関わる課題について、これから選挙に向けて、中央だけでなく地方レベルでもどのような政策論が交わされていくのか、注意深く観察していく必要があろう²⁶⁾。

注)

- 1) 本稿では高齢者に対する社会サービスのうち、長期療養(医療)と介護をまとめて「高齢者ケア」と称する。これは、それぞれスウェーデン語における *vård* と *omsorg* に相当するものであり、制度的にはコミュニティが提供責任を負っている部分である(訪問看護の提供主体はランスティングとの協議により決定される)。なお、急性期医療は *sjukvård* に相当し、ランスティングが提供責任を負っている。
- 2) 高齢者政策のもう一つの柱である所得保障政策の最近の動向については岡部(2010b)と「保険と年金の動向2013/14」(近刊)掲載の拙稿を参照。
- 3) SCBの将来人口推計による。
- 4) 「公的機関が高齢者に必要な在宅・施設介護サービスを提供すべき」に対して、スウェーデンでは「完全に同意」:80%、「やや同意」:17%、「やや不同意」:「完全に不同意」および「わからない」は1%。EU27カ国全体では「完全に同意」:61%、「やや同意」:32%、「やや不同意」:4%、「完全に不同意」:1%、「わからない」:2%。
- 5) ニーズ判定なしサービスの法定化のため、「コミュニティによる高齢者に対するサービス提供の権限に関する法律」(2006:492)が制定されたが、その後2009年3月施行の「コミュニティの権限に関する法律」(2009:47)に統合された。なお、統合に伴う内容面での実質的な変更はない (Socialstyrelsen (2012))。
- 6) エーデル改革の内容と評価については伊澤(2006)を参照。
- 7) 特別の住居は住居として建築法の適用も受けるが、すべての特別の住居が必ずしも建築法の基準を満たしているわけではない(奥村(2010))。
- 8) 介護の必要性が急に生じた場合などにはコミュニティの決定に基づいて一時的に特別の住居に入所する場合がある(ショートステイ

- (korttidsboende))。2012年10月現在では全国で1万1,144人の利用があった。
- 9) 例えば、イェムトランド・ランスティングでは1日当たりの入院費上限額について20～64歳は80クローナであるのに対して65歳以上は70クローナに設定しているが、このような取り扱いは例外的である。対照的に、多くのランスティングにおいては未成年の患者については無料または負担の軽減がされている。なお、インフルエンザワクチンの接種費用については、多数のランスティングにおいて65歳以上の者は無料とされている(いずれも2013年)。
 - 10) 各ランスティングの医療の自己負担額は“*Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2013*”(SKL)による。
 - 11) 物価基礎額(Prisbasbeloppet)は各種公的給付の算定額を規定するために用いられる基本額で、2013年の額は年額4万4,500クローナ。毎年物価上昇率に応じて改定され、これにより法律上「物価基礎額の…倍」と規定されている各種給付が自動的に物価スライドされる。
 - 12) 介護サービス利用料に上限を設定した政策は一般には介護マックスタクサ(maxtaxa)と呼ばれる。
 - 13) 2009年の改正で、それぞれ1.294倍、1.084倍から引き上げられた。
 - 14) 医療費の一部負担において高齢者も一般と同じ扱いであるが、介護サービスの留保額の扱いにおいて医療費の一部負担を結果的に考慮されていることになる。
 - 15) 在宅サービスの場合にはコミュニティと民間事業者が契約を締結し、コミュニティが事業者からサービスを購入する形で住民にサービスを提供する形態が一般的である。これに対して、施設サービスでは、民間事業者が設置した施設(特別の住居)に住民が入所してコミュニティがサービス対価を支払う形態と、コミュニティが設置した施設の運営を民間事業者に委託してコミュニティが委託料を支払う形態がある。後者の場合、さらに建物としての施設の維持管理の事業者と、介護や食事など施設内で提供される対人サービスの提供事業者を別にする例も多い。
 - 16) LOVの詳細については岡部(2010a)を参照。斉藤(2012)では、ストックホルムおよびヴェクシュエ(Växjö)両コミュニティにおける住民選択制度の実態について紹介している。
 - 17) 高齢者ケアサービスの民営化が費用の削減に寄与するかどうかについては、例えば参入した多くの事業者の管理費用が増大するといった費用増の要因ともなり、明確な実証は得られていない(Edebalk (2011))。
 - 18) *Framtida valfrihetssystem inom socialtjänsten* (Dir. 2012:91) (2012年9月19日)
 - 19) 労働者が終末期にある近親者の看取りをする必要がある場合には、「家族介護休暇に関する法律」(1988:1465)により、被看取り者一人について最大100日の休暇を取得する権利を有する。休暇を取得する権利は家族に限定されない。休暇中は社会保険庁から看取り手当(Närståendepenning)として従前所得の80%相当額が物価基礎額の7.5倍の額を限度に支給される。
 - 20) 保健福祉庁(Socialstyrelsen)は、死亡調査の際の調査票に死亡した場所に関する項目(「医療機関」「ナースিংホーム・特別の住居」「個人の住居」「その他」)を設けて調査を行っているが、調査結果は利用可能な形で公表されていない。なお、SOU 2000:6では1996年当時の死亡場所についてさらに詳細なデータを掲載している。これによると、①病院:42%、②特別の住居:31%、③自宅:20%、④不詳:7%となっている。
 - 21) ストックホルムとヨンショーピング・レーン(県)に属するトラネス(Tranås)の2コミュニティでは、政府の指定によりスウェーデン教会ではなくコミュニティが「埋葬責任者」になっている。
 - 22) 2011年の火葬実施率は、スウェーデン:78.62%、デンマーク:78.18%(2012年)、イギリス:74.39%、オランダ:58.43%、ポルトガル:50.5%、フィンランド:44.01%(2012年)、ノルウェー:37.21%(2012年)、フランス:32.27%、イタリア:14.29%、ポーランド:9.00%(2010年)など。例外はあるものの、カトリック諸国に比べてプロテスタント諸国において火葬実施率が高い傾向が見られる。なお、日本の火葬実施率は99.89%で統計資料がある各国の中で最高値である(SKKF(2013))。
 - 23) このような火葬率が高い＝精神的な観念より実態的な側面(衛生面など)を重視する、ミネスルンドなど匿名墓地の普及＝死後は狭義の家族を離れて自然に回帰することを志向するといったスウェーデン人に特徴的な考え方が、コーポラティズムに代表されるスウェーデンモ

デルの形成と何らかの相互影響を及ぼしてきたことも考えられる。これがスウェーデンにおいてなぜ短期間に社会保障制度が高度に発展したのかという疑問に対する手掛かりの一つになることも期待されるが、今後の研究課題である。

- 24) 2012年では全死亡者数9万1,938人のうち、火葬数:7万1,575件、ミネスルンドへの埋葬数:1万5,630件であった(SKKF(2013))。埋葬(散骨)に際して家族の立ち会いが認められず墓標も立てないミネスルンドの他に、被埋葬者の名を記した簡単な墓碑の設置が認められるが個人ごとの墓地区画を作らないAskgravplats(遺灰墓地)や、布袋に入れた遺灰を埋葬しその際に家族の立ち会いを認め、集合墓名碑も設置するAskgravlund(遺灰の森)など、ミネスルンドに比較して死者の存在を残したいという遺族の意思をより考慮した形の合葬墓も普及している。
- 25) 高齢者ケアサービスの外部委託が増加した結果、Attendo Care、Carema Care、Alerisといった大手の介護サービス企業がシェアを伸ばしており、コンサルタント会社の集計では、例えば民間委託された特別住居のうち46%はAttendo CareとCarema Careが運営しているという(Erlandsson *et al.* (2013))。これらの大手介護サービス会社は国外の投資ファンドが所有しているケースが多い。スウェーデン国民が支払った税金を原資とする介護サービス企業の営業利益の多くが国内で課税されず、タックス・ヘイブンを通じて投資ファンドに渡っているとの批判が強い。この動きは野党側だけでなく政権与党側にもあり、例えば自由党は2013年11月の党大会において、医療・福祉分野で営利企業が営業する場合には長期的な企業所有を要件とするとして、投資ファンドが利益を求めて短期的に企業を買収・売却することを拒否する内容の動議を採択した。
- 26) 社民党のルヴェーン(Stefan Löfven)党首は、ダーゲンス・ニーヘテル紙の討論記事(“*Vinner vi är vi beredda att regera över blockgränsen*” Dagens Nyheter 2013.11.08)において、「選挙で勝利した際には政治ブロックを超える用意がある」として、2014年の選挙結果によっては左派ブロックの政党のみならず中道右派(ブルジョワ)ブロックの政党とも協力する可能性がある」と表明した。2010年の選挙によって極右ポピュ

リスト新興政党のスウェーデン民主党が議席を獲得し、左右のどちらのブロックとも過半数を割っている不安定な政治状況の中で、社民党の独自性を失わずに選挙後の選択肢をできる限り広くしておきたいという意図があるものと見られる。社民党は第二次大戦前から1950年代にかけて農民同盟(現在の中央党)と長期間連立政権を形成した経験や、最近では税制改革など他党の広範な協力が必要な際には環境党や左翼党だけでなく自由党などとも部分的に協力した実績がある。自由党や中央党といった中道政党との協力も視野に入れる(公共部門の民営化に強く反対している左翼党の発言力を減じることになる)ことで、政党間のイデオロギー対立の強い社会政策に関しても今後の政権公約作成において何らかの影響が生じることも考えられる。

参考文献

- ・Edebalk, Per Gunnar (2011), *Kundval inom äldreomsorgen- om kunskap och forskningsbehov (Meddelanden från Socialhögskolan 2011:7)*, Socialhögskolan, Lunds Universitet
- ・Erlandsson, Sara *et al.* (2013), “Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation”, in: *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences (Stockholm Studies in Social Work 30)*, edited by G. Meagher and M. Szebehely, Department of Social Work, Stockholm University
- ・European Commission (2007), *Health and long-term care in the European Union (Special Eurobarometer 283/ Wave 67.3)*
- ・Ministry of Culture (2001), *Burial and cremation services in Sweden, Memorandum of the Division for Cultural Heritage*
- ・Skatteverket (2012), *Skatteverkets uppföljning och utvärdering av skattereduktion för husarbete*
- ・Skatteverket (2013), *Skatteverkets information om skattereduktion för husarbete fr.o.m. 2013 (Skatteverkets meddelanden 2013:4)*

- ・ Socialdemokraterna (2012) , *Vinst, valfrihet och kvalitet- en analys av dagens välfärd*
- ・ Socialstyrelsen (2005) , *Var dör de äldre - på sjukhus, särskilt, boende eller hemma? En registerstudie*
- ・ Socialstyrelsen (2007) , *Avgiftsenkät januari 2007, Redovisning och jämförelser med tidigare studier*
- ・ Socialstyrelsen(2012), *Hemtjänt, hushållstjänster och servicetjänster utan behovsprövning (Meddelandeblad Nr 16-2012)*
- ・ Socialstyrelsen (2013a) , *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2013*
- ・ Socialstyrelsen(2013b), *Äldre- vård och omsorg den 1 oktober 2012*ほか各年版
- ・ Socialstyrelsen(2013c), *Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform år 2012*ほか各年版
- ・ SOU 2000:6, *Döden angår oss alla värdig vård vid livets slut*
- ・ SOU 2008:113, *Bo bra hela livet, Slutbetänkande av Äldreboendedelegationen*
- ・ SOU 2013:25, *Åtgärder för ett längre arbetsliv*
- ・ Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2012) , *Seniorbostäder, 55+, 65+ bostäder, kommunkartläggning 2011*
- ・ Sveriges kyrkogårds- och krematorieförbund (SKKF) (2013), *Kremationsstatistik 2012*
- ・ 伊澤知法 (2006)「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携—エーデル改革による変遷と現在—」『海外社会保障研究』No.156
- ・ 大岡頼光 (2004)「なぜ老人を介護するのか スウェーデンと日本の家と死生観」(勁草書房)
- ・ 岡部史哉 (2010a)「中道右派政権下の医療政策」『健保連海外医療保障』No.85
- ・ 岡部史哉 (2010b)「施行後10年を経たスウェーデンの年金改革・マイナス改定回避に向けた動きから見えてくるもの」『年金と経済』Vol.29 No.1
- ・ 奥村芳孝 (2010)「スウェーデンの高齢者ケア戦略」(簡井書房)
- ・ 厚生労働統計協会「保険と年金の動向2013/2014」
- ・ 斉藤弥生 (2012)「スウェーデンの社会保障制度における国と地方の関係—介護サービスにおける『サービス選択自由化法』の影響を中心に—」『海外社会保障研究』No.180
- ・ イリス・ヘルリッツ (今福仁訳) (2005)『スウェーデン人 我々は、いかに、また、なぜ』(新評論)
- ・ 吉岡洋子 (2012)「2000年以降のスウェーデンにおける高齢者福祉—『選択の自由』拡大とそれに伴う諸対応の展開—」『海外社会保障研究』No.178

韓国における高齢者対策の動向

早稲田大学人間総合研究センター
招聘研究員
金 賢植
Kim Hyunshik

国民健康保険公団
健康保険政策研究院 室長
金 道勲
Kim Dohoon

早稲田大学大学院
人間科学学術院 教授
前橋 明
Maehashi Akira

韓国では、少子・高齢化の進み具合が他の国々に比べて速いため、急増する高齢者福祉のニーズに対応して継続的な法的・制度的基盤を備えていく必要があると思われる。そこで、本稿では、韓国における高齢者に関する医療費支出状況、老人長期療養保険制度、高齢者疾病の予防事業、医療と介護の連携、ターミナルケアの高齢者対策一を取り上げ、その現状を把握したうえで、問題点や課題について検討する。

1. 韓国の高齢者割合と医療費状況

(1) 韓国の高齢者割合

近年、韓国の高齢者人口は急速に増加し、高齢者割合は11.7%となった。2018年には、ますます高齢社会が進み、2026年には超高齢社会となることが予想される。将来の人口推計（統計庁、2010）によると、韓国全体の人口は2030年には5,216万人にまで増加するが、生産可能な人口は2016年の3,704万人（全体人口の72.9%）を頂点に漸減し、2017年には、高齢者人口が幼年人口を超えると予想されている。65歳以上の人口は、1960年の73万人（2.9%）から2010年の545万人（11.0%）に増加したが、さらに2030年に1,269万人（24.3%）、2060年に1,762万人（40.1%）と増加していくと推計されている（図1）。とくに、85歳以上の人口は2010年の37万人（0.7%）から、2060年には448万人（10.2%）と、10倍にまで増加すると予想されている。

超高齢者の割合が増加しているということは、医療資源を必要とする高齢者が増えるということである。それにより、医療費や介護費が増えることも予想される。75歳未満の高齢者は、

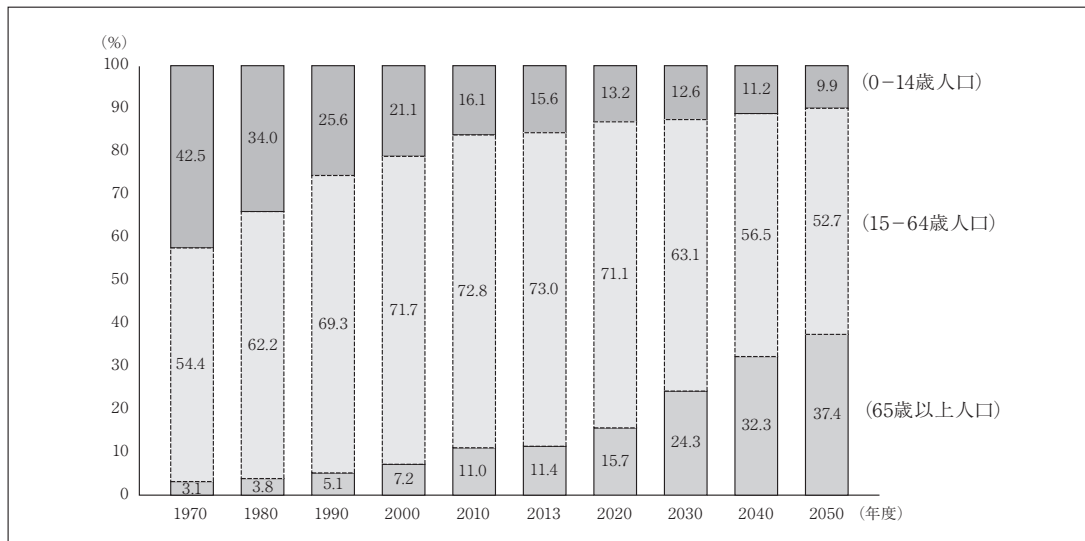
75歳以上の高齢者と比較して、一般的には健康状態が良好であるが、75歳以上の高齢者の場合、身体的、認知的な機能が急速に落ちる傾向にあるため、医療による処置が求められることが多い。また、超高齢者層は認知症になる可能性が高いため、高齢者人口とともに認知症の患者数も大幅に増えると予測される。

なお、高齢社会の特性として、女性高齢者の平均寿命は男性高齢者に比べて長くなり、さらに一人暮らしの女性高齢者が増加していくため、女性の認知症患者数も多くなることになる。とくに、老後の収入が十分に保障されていない場合は、社会的または個人的な問題が発生する可能性が高くなる。

(2) 韓国高齢者の医療費支出状況

高齢者人口の増加は、医療費の支出を増加させる1つの要因である。高齢化社会において医療費の支出が増加する原因としては、まず、高齢期は老人性疾病および慢性疾患の治療に関する需要が急激に高まる時期であり、それに伴い高齢者の医療費も増えていくこと。また、高齢期における医療の利用状況は、疾患の特性とし

図1 韓国における人口推計



て、治療により回復していく急性期疾病ではなく、体の老化による高血圧、糖尿病、心臓病、関節炎のような慢性疾患が原因であることが多い。

韓国の高齢者医療費の支出状況を見ると、2000年以後、医療費（健康保険給付費）が年平均で11.2%以上増加している。健康保険加入者は、2003年以降、7年間で平均0.5%増加したが、高齢者人口は5.0%で10倍も増加した。また、全体医療費は年間平均11.2%増加したのに比べて、高齢者医療費の増加率は18.1%であった（表1）。

さらに、2003年の全体医療費のうち、高齢者医療費が占める割合は21.2%であり、全体医療費は毎年増加して、2010年には32.2%と11.2%増加したのに比べて、高齢者医療費の増加率は18.1%

であることが明らかとなった。

①健康保険の高齢者診療費

韓国の医療費支出のうち、健康保険が適用される給付における総診療費は1999年の13兆3,829億ウォンから2009年の34兆8,749億ウォンと、2.5倍も増加した。一方、65歳以上の高齢者の診療費については、同期間に2兆3,171億ウォンから11兆0,138億ウォンと、4.8倍の増加を示した。さらに、健康保険の総診療費に占める高齢者診療費の割合は、16.7%から31.6%にまで増加した。高齢者の診療費を男女別にみると、男性高齢者の診療費は9,873億ウォンから4兆6,219億ウォンと4.7倍、女性高齢者は1兆3,298億ウォンから6兆3,919億ウォンと4.8倍、それぞれ増加し

表1 韓国における高齢者医療費の年度別状況

(単位：ウォン)

項目 \ 年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年	年平均増加率(%)
適用人口(千人)	47,103	47,372	47,392	47,410	47,820	48,160	48,614	48,907	0.5
高齢者人口(千人)	3,541	3,748	3,919	4,073	4,387	4,600	4,826	4,979	5.0
比率(%)	7.5	7.9	8.3	8.6	9.2	9.6	9.9	10.2	—
総医療費(億ウォン)	207,420	225,060	248,615	284,103	323,892	348,690	393,390	436,281	11.2
高齢者医療費(億ウォン)	44,008	51,364	60,731	73,504	91,189	107,371	124,236	140,583	18.1
比率(%)	21.2	22.8	24.4	25.9	28.2	30.8	31.7	32.2	—

注 適用人口および高齢者人口は健康保険の適用人口のみ記載

出典：国民健康保険公団より再作成

たことになる。

一方、健康保険の高齢者診療費の変化を医療サービスの種類によって、費用が高い入院サービスと、比較的費用が低い外来サービスと薬局サービスで分けてみると、入院サービス費は、1999年9,837億ウォンから2009年4兆4,349億ウォンと4.5倍に増加し、外来サービス費は、1兆3,056億ウォンから3兆4,273億ウォンと2.6倍に、薬局サービス費は277億ウォンから3兆1,516億ウォンと113倍にそれぞれ大幅に増加した(表2)。これらの結果から、高齢者の診療費のうち、入院サービスの割合は、1999年の42.5%から2002年には33.0%に減少したが、2009年には再び40.3%にまで増加したことが明らかとなった。外来サービスの割合は、1999年の56.3%から2008年の31.0%と減少傾向がみられたが、2009年から増加し(31.2%)、薬局サービスの割合は、1999年1.2%から2000年8.2%と急増の後、2001年から27~30%の水準を維持している。また、2003年に比べて、2010年の高齢者の年齢別1人当たり月平均診療費は、65~69歳で92.7%、70~74歳で107.9%、75~79歳で138.7%、80~84歳で201.7%、85歳以上で338.6%—とそれぞれ増加した。

②医療給付の高齢者診療費

高齢者のなかには「医療給付」(日本における

生活保護制度の医療扶助に相当)を受けている者が多い。2009年のOECDの調査結果によると、韓国の65歳以上の45.1%が貧困層であり、「国民基礎生活給付」(日本における生活保護制度の諸給付に相当)対象者のうち、65歳以上の高齢者の割合は26.5%と報告されている。

健康保険と医療給付を受けている高齢者数を比較すると、健康保険を受けている65歳以上の高齢者は、2001年の321万6,228人から2009年の482万6,440人と1.5倍に増加し、医療給付を受けている高齢者は同時期において、37万1,664人から45万9,943人と1.2倍増加した。

また、健康保険と医療給付を受けている男性高齢者は、ともに急速に増加した。詳細にみると、健康保険を受けている男性高齢者の割合は、同時期に39.3%(126万4,476人)から41.7%(201万2,419人)に増加し、医療給付を受けている男性高齢者の割合は、同時期に26.7%(9万9,419人)から27.6%(12万6,894人)にまで増加した。

このように、医療給付を受けている高齢者の増加により、医療給付の高齢者診療費は激増している。表3をみると、2001年の医療給付の高齢者診療費は7,811億ウォンで全体医療給付の診療費のうちの36.5%を占めていたが、2009年には2.4倍増加して1兆7,432億ウォンとなり、全医療給付の診療費のうち41.4%を占めた。これらを男女別にみると、男性高齢者の診療費は、2,369億

表2 韓国における65歳以上高齢者の健康保険診療費

(単位:千ウォン)

年	項目	全 体	入院サービス(%)	外来サービス(%)	薬局サービス(%)
1999年		2,317,186,452	983,727,021 (42.5)	1,305,667,417 (56.3)	27,792,014 (1.2)
2000年		2,657,715,372	1,066,809,841 (40.1)	1,371,685,668 (51.6)	219,219,863 (8.2)
2001年		3,581,116,129	1,217,839,474 (34.0)	1,383,650,229 (38.6)	979,626,425 (27.4)
2002年		4,005,938,404	1,323,420,628 (33.0)	1,533,102,374 (38.3)	1,149,415,404 (28.7)
2003年		4,684,343,658	1,645,321,200 (35.1)	1,691,303,292 (36.1)	1,347,719,165 (28.8)
2004年		5,277,860,285	1,825,730,105 (34.6)	1,851,087,505 (35.1)	1,601,042,676 (30.3)
2005年		6,073,084,081	2,096,436,150 (34.5)	2,094,708,652 (34.5)	1,881,939,279 (31.0)
2006年		7,192,168,846	2,580,675,756 (35.9)	2,397,105,783 (33.3)	2,214,387,306 (30.8)
2007年		8,701,324,109	3,422,081,471 (39.3)	2,728,316,680 (31.4)	2,550,925,958 (29.3)
2008年		9,787,689,717	3,927,231,234 (40.1)	3,032,836,075 (31.0)	2,827,622,408 (28.9)
2009年		11,013,865,006	4,434,956,447 (40.3)	3,427,306,013 (31.1)	3,151,602,546 (28.6)

出典:保健福祉部「健康保険統計年報2009」

表3 韓国における65歳以上高齢者の医療給付診療費

(単位：千ウォン)

年	項目	全 体	入院サービス (%)	外来サービス (%)	薬局サービス (%)
2001年		781,156,817	314,487,812 (40.3)	279,321,452 (35.8)	187,347,551 (24.0)
2002年		829,119,275	334,568,642 (40.4)	289,534,200 (34.9)	205,016,433 (24.7)
2003年		890,825,644	382,676,439 (43.0)	286,528,224 (32.2)	221,620,980 (24.9)
2004年		1,021,699,493	442,813,397 (43.3)	313,426,714 (30.7)	265,459,382 (26.0)
2005年		1,242,688,287	541,975,882 (43.6)	366,939,074 (29.5)	333,773,332 (26.9)
2006年		1,492,654,106	655,414,590 (43.9)	427,112,246 (28.6)	410,127,270 (27.5)
2007年		1,581,012,871	712,925,653 (45.1)	436,359,086 (27.6)	431,728,132 (27.3)
2008年		1,671,934,237	790,706,716 (47.3)	435,483,663 (26.0)	445,743,860 (26.7)
2009年		1,743,206,500	844,626,006 (48.5)	443,393,834 (25.4)	455,186,659 (26.1)

出典：保健福祉部 「健康保険統計年報2009」

ウォンから5,142億ウォンと2.2倍、女性高齢者の診療費は、5,442億ウォンから1兆2,289億ウォンと2.7倍にそれぞれ増加した。

一方、医療サービスの種類別に高齢者診療費の変化をみると、入院サービスは、2001年の3,144億ウォンから2009年の8,446億ウォンと2.7倍、外来サービスは、2,793億ウォンから4,433億ウォンと1.6倍、薬局サービスは、1,873億ウォンから4,551億ウォンと2.4倍にそれぞれ増加した。

このように、医療給付の高齢者薬局サービスでは、大幅に増加した健康保険の高齢者薬局サービス（表2）とは異なる結果がみられた。しかし、健康保険の高齢者薬局サービスの変化は、医薬分業が本格的に施行された2000年8月前からの変化であり、医療給付の高齢者薬局サービスの変化は、医薬分業以後の2001年からの変化である。したがって、健康保険の高齢者薬局サービスの増加は、医薬分業の効果を大きく反映した結果であり、2001年以降の健康保険における高齢者診療費の変化は、医療給付と同様に、入院サービスの増加によるところが大きい。

また、医療給付を受けている高齢者数の増加に伴い、医療給付の高齢者1人当たり診療費も、2001年の210万ウォンから2009年の379万ウォンにまで増加した。男女別にみると、同時期の男性高齢者の1人当たり診療費は238万ウォンから405万ウォン、女性高齢者の1人当たり診療費は199万ウォンから369万ウォンとなり、それぞれ継続して増加傾向にある。

2. 韓国の老人長期療養保険制度と予防事業

(1) 老人長期療養保険制度

韓国では、高齢や老人性疾患などの理由で日常生活を1人で行えない高齢者に、身体活動および家事活動の支援のような長期療養サービス（日本の介護サービスに相当）を提供する「老人長期療養保険制度」（日本の介護保険制度に相当）が、社会保険の形態で2008年7月から導入・実施されている。

①管理・運営システム

老人長期療養保険事業には、保健福祉部、国民健康保険公団、長期療養施設、地方自治団体が参加する。保健福祉部は、事業を総括し、基本計画の策定および調整を担当する。国民健康保険公団は、保険者として保険加入者の資格管理、保険料の徴収、申請者の等級判定、給付管理、評価、給付費の審査などの役割を担う。長期療養施設は、国民健康保険公団より等級判定を受けた介入者に対し、長期療養サービスを提供する。地方自治団体は、長期療養基本計画に基づいて、長期療養施設の設置および指定などの事業を支援する役割を担う。

②給付対象者および内容

給付対象者は、65歳以上の高齢者、あるいは老人性疾患のため、6カ月以上日常生活が1人

で行えない者で、かつ申請・調査後、1～3等級の介護保険受給者に認定された者とした。また、所得に関係なく、65歳以上の高齢者、あるいは老人性疾患のある者は、国民健康保険公団で申し込むことができる。その後、評価委員は申請者の居住地を訪問して評価する。評価判定項目は、身体機能、認知機能、問題行動領域、看護欲求、リハビリ欲求など、5領域の52項目で構成される。各領域の機能評価結果から、介護認定点数を算出し、個人別等級を決める。判定結果の内容は、1等級は「他の人の助けなしで動くことができない寝たきりの者（介護認定点数95点以上）」、2等級は「主にベッドで生活しているが、車椅子を利用して日常生活維持が可能な者（75点以上 95点未満）」、3等級は「歩行補助機を用いて移動が可能だが、他の人の助けが必要な者（55点以上 75点未満）」—に分けられる。

③申請および認定者の状況

老人長期療養保険制度が導入された2008年以降、65歳以上の高齢者人口と老人長期療養保険の認定者の数は、持続的に増加している。2011

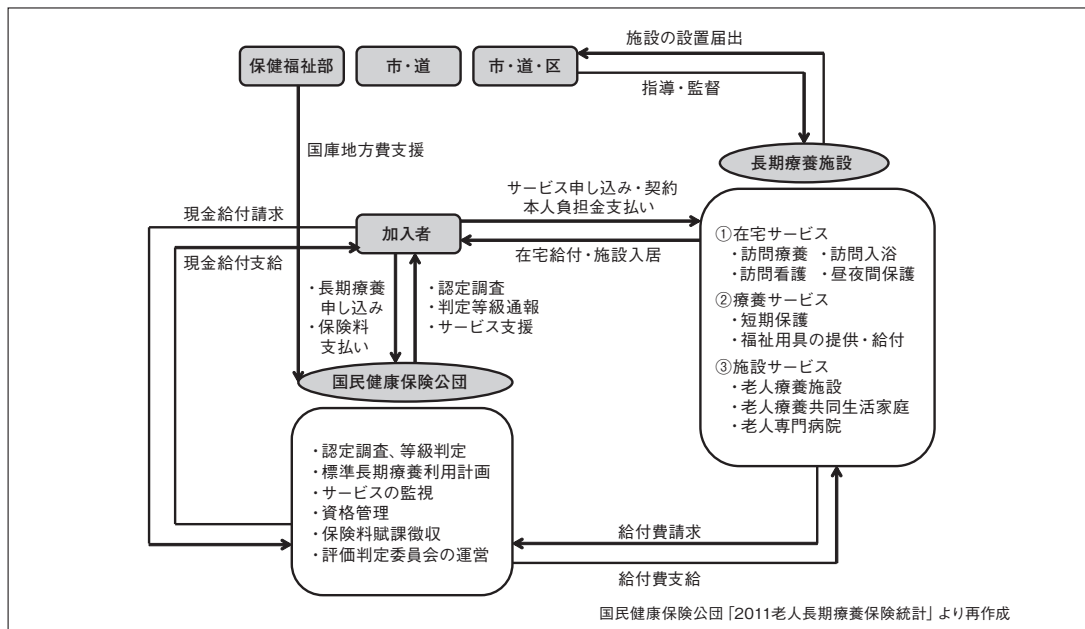
年には、高齢者人口564万4,758人のうち、61万7,081人（10.9%）が老人長期療養保険を申請し、47万8,446人（77.7%）が等級内（1～3等級67.8%）および等級外（A～B等級32.2%）に認定された。つまり、2011年を基準として、高齢者人口のうちの8.5%が判定を受け、5.7%は老人長期療養保険の給付対象になったことになる。2008年と比較して1.5%ポイント増加している。等級別にみると、1等級の割合は2008年の26.7%から持続的に減少して、2011年には12.7%にまでなっている。また、2等級は、2008年に比べて4.8ポイント減少し22.3%となった。しかし、3等級は2008年に46.0%であったのが、2011年には64.8%にまで増加している。

④保険料の現況

老人長期療養保険率は、2008年の制度導入時は4.05%で、2009年は4.78%、2010年は6.55%にまで増加したが、2011年は6.55%で維持されている。老人長期療養保険料の基準額は、健康保険料であり、健康保険料は月報酬額と国民健康保険率によって決定される。

よって、老人長期療養保険率が上がらなくて

図2 韓国における老人長期療養保険管理・運営体系



も、国民健康保険率が増加すると、老人長期療養保険料はアップになる。

(2) 高齢者疾病の予防事業

韓国では、高齢者の健康増進および生活の質の向上のため、保健所が「老人健康健診事業」、「老人健康増進事業」、「リハビリ保健事業」等を実施している。また、国民健康保険公団では、介入者のために「老人保健事業」を行っている。

①老人健康健診事業

保健福祉部では、1983年より国民基礎生活保障を受けている高齢者に対して、無料健康健診事業を実施している。老人健康健診事業の実施計画は、2005年から保健福祉部のガイドラインに応じて、地方自治体で独自の計画が策定され、実施されている。健診内容は、目の疾病、認知症、骨粗しょう症などについて、保健所および公共医療機関と連携して、訪問治療と医療サービスを提供し、老人病の予防および治療を実施するものである。

②老人健康増進事業

老人健康増進事業は、「老人健康増進の保健所」を指定・運営し、老人健康大学設置、敬老堂および老人福祉施設に対し運動プログラムを、虚弱高齢者のためには在宅運動プログラムをそれぞれ実施するものである。また、高齢者の運動アシスタント養成プログラムを通じて運動指導者を補助するボランティアを育成している。なお、高齢者の栄養改善のために、保健所の高齢者栄養支援団体と連携し、栄養強化とともに、栄養教育および栄養実態評価を実施している。

③訪問健康管理事業

訪問健康管理事業は、保健機関の専門医が地域住民の家、あるいは施設を訪問し、高齢者の健康増進、疾病予防・治療、慢性疾患者を管理するものである。また、適切な保健医療サービスを提供して、家族や地域住民に自己管理能力を改善させる包括的な事業である。

④リハビリ保健事業

リハビリ保健事業は、リハビリ機器レンタル、地域社会のリハビリ事業、訪問健康管理事業を通じて実施されている。慢性関節リウマチのある高齢者に対しては、関節リウマチ教育、痛みの治療、筋力強化運動、水中運動講座を実施している。

⑤老人健康支援事業

国民健康保険公団では、加入者の健康支援サービスを拡充し、保険者としての役割を果たすために老人健康支援事業を行っている。この事業の内容は、高齢者のために、健康管理教育、老人健康運動事業、健康キャンペーン、健康診断結果の事後管理、健康増進センターの設置・運営をするものである。また、加入者の支援事業として、健康情報提供、慢性疾患者のケースマネジメント事業も行っている。

「老人健康運動事業」は、65歳以上の高齢者のなかから健康診断（認知症、うつ、日常生活遂行能力）の結果、リスク群と認定された者を対象に実施される。この事業の内容は、大学教授と専門指導員が、町にある敬老堂、会館、運動場、公園などに訪問して体操、ゲートボール、ストレッチ、生活ダンス、卓球などを指導するものである。2008年より栄養と疾病関連プログラムについても実施され、体成分測定と基礎体力測定などの身体的な運動効果の分析も行われている。

「健康増進センター」は、医学相談、体力測定、栄養相談、運動指導などを行うためのものである。ただし、健康増進センターは高齢者だけではなく、健康危険群である成人を主な対象としているため、今後は高齢者の健康増進および老人長期療養事業に活用するための方策も必要と考えられる。

3. 医療施設と介護施設の連携・役割分担

韓国の療養施設（日本の介護施設に相当）は、

認知症や脳卒中などの老人性疾病があったり、身体・精神機能の低下のため、日常生活が行えない高齢者に対し、身体活動および家事支援などの福祉サービスを提供している。また、療養病院（医療施設）は、老人性疾病や障害のある高齢者に対し、入院、外来およびリハビリ等の医療サービスを提供している。老人長期療養保険制度の実施と高齢者の医療需要の増加により、ここ数年の間に、療養施設と療養病院の数が急速に増加し、2010年時点で、療養施設の数 は2,489カ所、療養病院は759カ所が運営されている。このような増加は、老人長期療養保険制度に必要な福祉や医療サービスを提供していくうえでは肯定的な側面もあるが、施設の数増加に伴う問題点も発生している。

最近、療養病院の急増で医療や看護がとくに必要ではない安定期の患者にも、医療やリハビリのサービスを提供していることが問題となっている。なお、老人長期療養保険制度の判定結果により除外された対象者は、医療による治療が必要でないにもかかわらず、療養病院に入院している実態がある。また、療養施設については、老人長期療養保険の判定基準では医療に関して評価が適切に反映されていないことから、医療による治療が必要な患者（とくに、1～2等級の場合、認知症や脳卒中などの重症の患者が多い）が治療を受けられないという実態も指摘されている。

日本の場合、要介護の対象者は、健康状態が悪化して療養施設で保護ができない場合でも、病院に入院することはできるが、その費用は、介護保険ではなく、医療保険で支払うことになっている。それは、患者が医療を受ける必要性に応じて診療報酬が策定されているためである。しかし、老人長期療養保険の加入者についても疾病や医療のニーズを総合的に評価して、包括的なサービスを提供するためには医療サービスとの連携が必要不可欠であるにもかかわらず、現在、韓国では療養サービスと医療サービスの連携が確立されていない。このため、老人性疾病や障害のある高齢者に対し、医療や介護

サービスを提供する療養病院と介護施設の機能や役割を確立させ、対象者の継続的な管理をすべく、両者の連携システムの構築が求められている。

4. 韓国のターミナルケアの現状と課題

（1）ターミナルケア施設の現状

韓国のターミナルケア施設は、宗教団体が運営している医療機関および宗教団体を中心に設立され、活動が始まっている。1980年までに、ターミナルケア施設は3カ所と報告されていたが、その後、1990年までに17カ所が設立され、現在では、150カ所のターミナルケア施設が運営されている。

ターミナルケア施設については、医療機関で運営しているもののうち30%程度がターミナルケア用ベッドを用いて入院サービスを提供している。また、非医療機関は、民間団体と病院から協力を得て入院サービスを行っている。

ターミナルケアについては、日本の場合、医療保険の給付対象になるのはがん患者とAIDS患者に限られているが、韓国の場合、末期がん患者をケアしている施設が96.9%であり、そのうち、末期慢性疾患患者をケアする施設は50%、AIDS患者をケアする施設は26.6%である。また、寝たきり患者をケアする施設は18.8%、認知症患者をケアする施設は15.6%、精神疾患患者とアルコール依存症をケアする施設も3.1%である。日本では、がん患者とAIDS患者にのみ保険給付が行われている理由として、保険財政との関連があると考えられているが、韓国でもターミナルケアに対して保険給付が実行されると、日本と同様の問題が発生する可能性がある。

（2）ターミナルケアの問題点と課題

韓国は、2003年、「がん管理法」を制定し、末期がん患者の痛みの管理、専門医療機関の育成および家庭訪問に関する法的な根拠を提示した。また、2003年から2年間で5カ所を選定し、ターミナルケアのモデル事業を実施した。

なお、ターミナルケアに必要なベッドを確保し、地域中心のターミナルケアのためのインフラの拡充、施設・設備などの運営に必要な予算を一部支援している。しかし、ターミナルケアが一般化されている欧米に比べて不十分な状況である。

韓国のターミナルケアの課題として、第1に、ターミナルケアに対する保険給付がある。ターミナルケアには、施設や設備、医療関係の人員などと、それに伴う費用がかかるが、韓国ではまだ国民健康保険にターミナルケアに関する報酬を定めていない。そのため、ターミナルケア施設を運営するには、各機関の予算支援を受け、助成金に依存せざるを得ない実情にある。しかし、末期患者の生活の質を高め、人間としての尊厳を維持し、痛みを軽減するために、福祉制度あるいは国民健康保障として、ターミナルケアに関する報酬制度が策定されることが必要であると思われる。

第2に、ターミナルケアに対する法制化である。死と延命治療などの意思決定の原則と手順を立法化することで法律上の問題を解消し、がん末期患者の権利を保護し、ターミナルケアに関する法律を通じて国民の命の安全と健康を保護する必要がある。そのため、ターミナルケアのための効果的な法的支援システムが必要であると思われる。

第3に、ターミナルケアに対する医師の参加と教育である。韓国でターミナルケアに従事するスタッフは、医師ではなく、主に看護師、宗教関係者およびボランティアである。しかし、上記に述べたように、末期患者の症状をコントロールすることなしに、ターミナルケアの目標を達成することはできないので、医師の積極的な参加が不可欠となる。そのため、医師に対するターミナルケアの教育とプログラムの開発が必要であると考えられる。そのほか、ターミナルケアに関する地域社会との連携と国民の認識の醸成も必要であろう。

5. おわりに

近年、韓国では、少子・高齢化の進捗が他の国々に比べて速いため、高齢者福祉に関する需要が急増している。高齢者人口の急速な増加に伴い、今後、その医療費も増加すると予想され、これに対する効率的な対策が求められている。また、高齢者の医療費支出状況をみると、入院サービスの方が外来サービスに比べて増加率が高く、療養病院の利用率も高い傾向にある。このような高齢者の医療費の増加を抑えるために、過剰な医療サービスと利用状況を管理し、適切な受診へと誘導するための主治医制度および診療費の支払制度の改革が必要である。また、高齢者の医療費のうち、入院サービスの割合が持続的に増加している点については、韓国はまだ老人長期療養保険と健康保険との役割分担が確立されていないことが原因であるといえるため、今後、両者の機能確立と効率的な連携方策が必要であると思われる。

さらに、2008年に老人長期療養保険制度が導入されて以来、対象者の拡大やサービス向上に重点を置いており、制度導入の初期段階である現時点では、老人長期療養保険の財政が黒字を示しているが、急速な高齢化に伴う老人長期療養保険の需要の増加から、今後、財政が悪化する可能性は高い。老人長期療養保険制度の導入から6年目を迎え、迅速にサービスの質的な側面と財政上の問題を考慮する必要がある。まず、対象者の拡大による影響について、財政上の問題を考慮し、老人長期療養保険の判定項目と評価判定システムを補完することが必要である。あわせて、老人長期療養保険の対象者の急増を抑制するための高齢者の疾病予防事業の強化も必要である。なお、医療や介護サービスを提供する療養病院と介護施設の機能や役割を確立し、対象者の継続的な管理のために、両者の連携システムが必要といえる。今後、継続的に諸問題を解決していくための議論を重ね、高齢者の福祉サービスを改善していくことが求められる。

参考文献

- ・ HS Jeong, YM Song. Contributing factors to the Increases in Health Insurance Expenditures for the Aged and Their Forecasts. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 19(2), 21-38, 2013.
- ・ WK Chung. Medical Expenditure at End-of-Life. *The Korean Journal of Health Economics and Policy* 18(4), 149-168, 2012.
- ・ KK Kim, CY Lee, GS Kim et al., Nurses' Perception on Hospice Law in Hospice Institutions. *J Korean Acad Nurs Admin* 14(3), 332-343, 2008.
- ・ WJ Kim. 保健と福祉の連携サービスモデルの開発を通じた地域社会の訪問保健事業の活性化方策. 韓国自治行政学報 26(2), 245-260, 2012.
- ・ YW Cho. 生涯の患者の医療費推定を通じた高齢者の医療費の分析. 保険金融研究 22 (2) , 27-51. 2011.
- ・ HK Kim, CW Kim, YD Kim, et al., 「老人長期療養保険制度の導入に伴う地域保健・福祉サービスの変化の展望と課題」2008.
- ・ HS Yoon, HJ Kwon, et al., 「老人長期療養保険の実施1年後の現状と改善方策」韓国開発研究院. 2009.
- ・ YH Kim. 「老人医療費支出の増加と効率的な管理方法」韓国保健社会研究院. 2011.
- ・ EK Lee. 「高齢化と老人医療費研究」韓国租税研究院. 2011.
- ・ YS Shin, EH Namgung. 「老人医療費の実態と政策提言」韓国保健社会研究院. 2010.
- ・ YK Noh. 「老人療養施設と療養病院の役割確立方法の研究」保健福祉部. 2010.
- ・ 保健福祉部. 「2011老人福祉施設」2011.
- ・ 統計庁. 「将来の人口推計」2011.
- ・ 保健福祉部. 「健康保険統計年報」2009.
- ・ 国民健康保険公団. 「2010健康保険の主な統計」2010.
- ・ 保健福祉部. 「2012年度健康健診事業」2012.
- ・ 保健福祉部. 「2012老人保健福祉事業」2012.
- ・ 保健福祉部. 「2011年度老人福祉施設状況」2011.

1. 基本情報

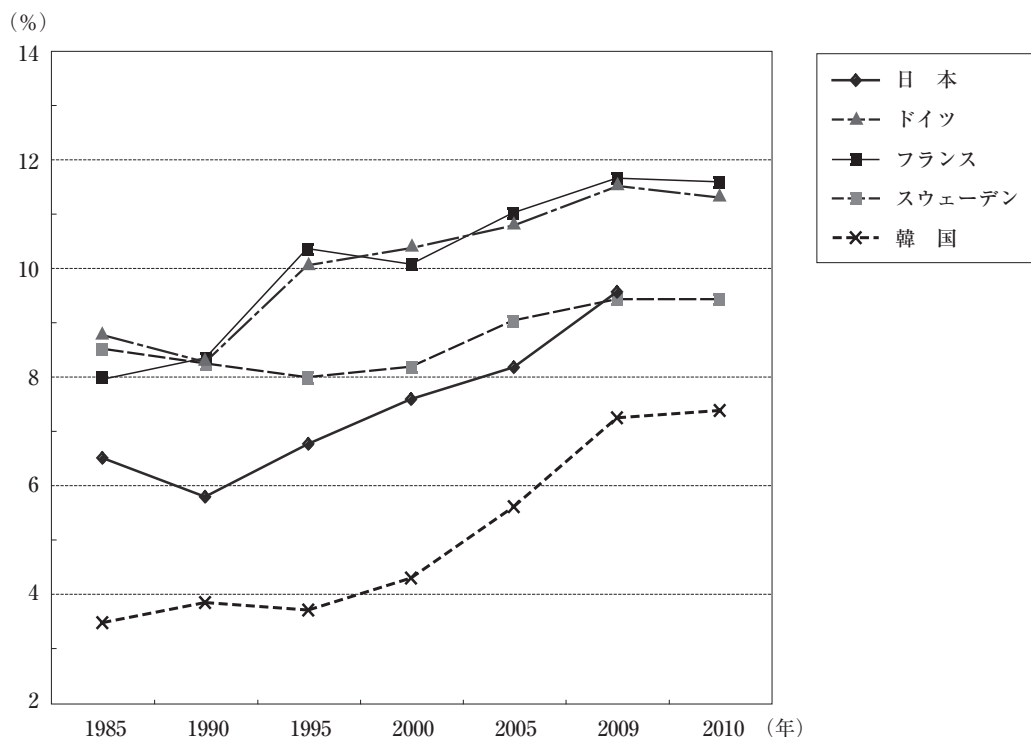
	日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	韓国
総人口(千人)	127,515 (12年)	81,913 (12年)	63,249 (11年)	9,449 (11年)	50,004 (12年)
高齢化率(%)	23.3(11年)	20.7(11年)	17.1(11年)	19.3(11年)	11.4(11年)
合計特殊出生率	1.39(10年)	1.39(10年)	1.99(10年)	1.98(10年)	1.23(10年)
平均寿命(年)	男79.4／女85.9 (11年)	男78.4／女83.2 (11年)	男78.7／女85.7 (11年)	男79.9／女83.8 (11年)	男77.7／女84.5 (11年)
失業率(%)	4.4(12年)	5.5(12年)	10.3(12年)	7.9(12年)	3.2(12年)
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	20.5	7.6
医療費対GDP(%)	9.6(10年)	11.3(11年)	11.6(11年)	9.5(11年)	7.4(11年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	38.5	50.5	60.0	47.3
	租税負担率(A)	22.1	28.6	35.2	36.4
	社会保障負担率(B)	16.4	21.9	24.8	10.8

(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10年の数値。

出所：OECD(2013)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2013)

3. 医療提供体制

(11年)			日本	ドイツ	フランス	スウェーデン	韓国
平均在院日数(急性期)			18.2	7.3	5.2	6.6	10.6(03年)
病床数	医療施設	急性期	1,016,394 (7.95)	434,087 (5.33)	223,289 (3.43)	19,008 (2.01)	294,247 (5.91)
		長期	344,317 (2.69)	— —	32,621 (0.50)	2,033 (0.22)	135,294 (2.72)
		精神	344,047 (2.69)	98,719 (1.21)	57,928 (0.89)	4,436 (0.47)	43,885 (0.88)
		その他	7,681 (0.06)	139,767 (1.72)	101,371 (1.56)	89 (0.01)	2,318 (0.05)
医療 関係者数	医師		283,548(10年) (2.21)	312,695 (3.84)	199,920 (3.07)	36,227(10年) (3.86)	101,370 (2.04)
	歯科医師		98,739(10年) (0.78)	65,502 (0.80)	41,507 (0.64)	7,528(10年) (0.80)	21,410 (0.43)
	薬剤師		197,616(10年) (1.54)	50,656 (0.62)	68,732 (1.05)	7,120(10年) (0.76)	33,643 (0.68)
	看護師		1,285,379(10年) (10.04)	925,000 (11.37)	— —	— —	235,116 (4.72)

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所：OECD, StatExtracts(2013)

4. 掲載国通貨円換算表 (2013年11月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	スウェーデン (1スウェーデン・クローネ)	韓国 (100ウォン)
140.96	16.07	9.89

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