

健保連海外医療保障

No.88 2010年12月

■トピックス

●フランス

フランス人と日本人の高齢者医療と
終末期の介護に対する考え方の違い…………… 高橋 泰

■特集：介護保障をめぐる諸外国の現状

●イギリス

連立政権誕生後のイギリス介護政策…………… 堀 真奈美

●カナダ

カナダにおける高齢者介護の現状と課題…………… 岩崎 利彦

■参 考 掲載国関連データ

●フランス／イギリス／カナダ

健保連海外医療保障

No.88 2010年12月

健康保険組合連合会 社会保障研究グループ

フランス人と日本人の高齢者医療と 終末期の介護に対する考え方の違い

国際医療福祉大学大学院教授

高橋 泰

Takahashi Tai

日本の介護の特徴は、過保護であり、残存能力を早期に低下させる。北欧やフランスでは、機能の低下した高齢者が自立できるような支援が、徹底的に行われる。また、「医療は、病気を治せるが、老化や老衰は治せない」という医療の限界を知り、高齢者に対しては、胃ろうなどの延命治療を行わなくなった。医療が手に及ばない段階で、看取りの専門家にバトンタッチを行い、彼ら彼女らが望む自然な死に方を是認する文化が社会の中に根付いている。フランスの医療提供制度は、日本に比べ、コストパフォーマンスが悪いにも関わらず、自国の医療に対する満足度が日本よりかなり高いのは、フランス国民が医療の限界や過保護介護の怖さを知り、医療や介護と賢く付き合っているからではないかと思われる。

1. 日本の医療提供体制の コストパフォーマンスは世界一

2010年10月18日に、厚生労働省は2008年の実績を基本とした「OECDヘルスデータ2010」の医療保障制度に関する国際比較の統計を発表した。(表1)に示す医療費に関する統計によると、日本の総医療費の対GDP比は8.1%であり、OECD加盟31カ国中22位、1人当たり医療費は2729ドルで20位であった。一方フランスは、総医療費の対GDP比11.2%で2位、1人当たり医療費は3696ドルで10位であった。

この統計より、フランスは日本に比べ、対GDP比で38% ($11.2\% / 8.1\% = 1.38$)、金額ベースで35% ($3696 \text{ドル} / 2729 \text{ドル} = 1.35$) 多い費用を医療に費やしていることがわかる。

2. フランスの急性期病院を 訪れてみると

2002年のOECDデータによると、100床当

たりの医師数が日本15.6人、フランスが35.2人であり、病床当たりの医師数が2.25倍の開きがある。また、看護師は日本では100床当たり42.8人だが、フランスは69.7人であり、病床当たりの看護師数が1.63倍の開きがある。

筆者は、2008年、2009年、2010年と3年続けてフランスの医療視察を行ってきた。フランスでもトップクラスの病院のICUや循環器病棟、産科病棟などを訪れた。しかし実際の急性期病院をいくつか訪問して、事前の予想は大きく異なったフランスの入院医療の現場の実情に最初戸惑いを感じた。入院の現場で働いている医師数、看護師数は統計の数字ほど多くなく、むしろ日本の病院の医師数、看護師数に近いもののように思えたのだ。また、平均在院日数が短く、人口1000人当たりの病床数も少ないので、日本の急性期病棟より重症患者が多く集まっているはずだが、病棟の雰囲気(図1)に示すように、日本の急性期病院より、のんびりしているように思えた。

表1 OECD加盟国の医療費の状況(2008年)

国名	総医療費の 対GDP比(%)		一人当たり 医療費(ドル)		備考
		順位		順位	
アメリカ合衆国	16.0	1	7,538	1	
フランス	11.2	2	3,696	10	
スイス	10.7	3	4,627	3	*
ドイツ	10.5	4	3,737	9	
オーストリア	10.5	4	3,970	7	
カナダ	10.4	6	4,079	5	*
ベルギー	10.2	7	3,677	11	*
ポルトガル	9.9	8	2,151	23	※
オランダ	9.9	8	4,063	6	*
ニュージーランド	9.8	10	2,683	22	
デンマーク	9.7	11	3,540	12	※
ギリシャ	9.7	12	2,687	21	※
スウェーデン	9.4	13	3,470	13	
アイスランド	9.1	14	3,359	14	
イタリア	9.1	14	2,870	19	
スペイン	9.0	16	2,902	18	
イギリス	8.7	17	3,129	16	
アイルランド	8.7	17	3,793	8	
ノルウェー	8.5	19	5,003	2	*
オーストラリア	8.5	19	3,353	15	※
フィンランド	8.4	21	3,008	17	
日本	8.1	22	2,729	20	※
スロバキア	7.8	23	1,738	26	
ハンガリー	7.3	24	1,437	27	
ルクセンブルク	7.2	25	4,210	4	※
チェコ	7.1	26	1,781	25	
ポーランド	7.0	27	1,213	28	
チリ	6.9	28	999	29	
韓国	6.5	29	1,801	24	
トルコ	6.0	30	767	31	※
メキシコ	5.9	31	852	30	
OCED平均	9.0		3,060		

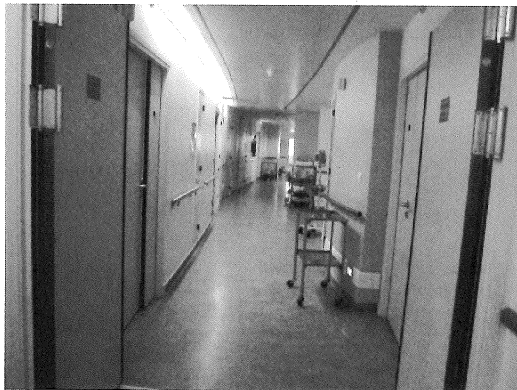
出典：「OECD HEALTH DATA 2010」

注1：上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

注2：※の数値は2007年のデータ(ただし、ポルトガル、ルクセンブルクは2006年のデータ)

注3：*の数値は予測値

図1 病棟の様子(大学病院附属施設なのに緊迫感が感じられない)



3. フランス人、特に医療職の労働観

統計から予測されるほどに病棟の人員配置に日本との差がないように見える原因を、筆者は以下のように考えた。まずフランス人は休暇を大切にし、休暇が減るような社会の動きに対して医療関係者も他のフランス人同様にストライ

キやデモを行い、徹底抗戦する。

フランスには雇用を増やすことを目的とした週35時間労働法という法律があり、労働時間を週35時間までと規制している。この法律は当初、医療現場には適用されていなかったらしいが、公務員組合の圧力の下、医療職にも適用されることになった。

2010年にある公立病院を訪れた際、「恒常的に赤字が続いている」という説明を行う病院のCEO(経営の最高責任者)に対し、日本のある病院の経営者から「職員から病床稼働率(現在75%)をあげるような意見がないのか」という質問が行われた。その質問に対する以下のCEOの答えが、現在のフランスの病院職員の労働意識を示している。「バカンスと休日は、国民的な習慣。月曜日に入院し、金曜日までに退院させる。週末の稼働率は50%程度。よって、75%以上に、病床稼働率を上げるのは物理的に不可能である。バカンスと週末の休暇は、労働者の権利、これはどうにもならない」。

4. 人生は、楽しむためにある

「フランス人は、人生を楽しむために生きている」。視察に行くたびに、毎回強く感じることである。まず、空間や生き方がおしゃれである。統一された街の外観、「色」と洗練された「形」のコンビネーションを意識したホテルのロビー、ホスピス病棟のモダンアートを連想させる椅子、砂糖細工をほどこした宝石のようなデザートなど、パリの街の中には、小さな感動をもたらすおしゃれなアイテムが満ち溢れている。日中の公園で抱き合っているカップル、ワインを飲みながら昼間より談笑しているオジサンたち、「人が亡くなろうとも、バカンスには行く」と断言する病院職員などを見ると、この人達の人生の目的は、明らかに日本人と異なるように思える。

フランス人と話していつも感じることは、強烈な個人主義である。個人主義の徹底は、これまでの視察でも随所に垣間見られた。一例を挙げるなら、高齢者施設での選択メニューの徹底とこだわりである。選択すべき項目が多く、しかも毎食、同じような質問が行われ、その時に応じて高齢者が毎回自分で選択を行なっている。

強烈な個人主義と対になりフランス人の思想の根底に横たわるのが、社会への連帯意識の強さであろう。皆が自分の主義を主張するだけなら、社会は成り立たない。社会を成立させるために、「自分も主張するから、相手の主張も認める」という考え方が、個人主義と対で存在しているように思われる。「自分も1ヵ月半、夏のバカンスを楽しみたいから、医療関係者も夏のバカンスを楽しむ権利がある」と考え、かなりの不便と支障があっても、国民がそれを受け入れ、医療関係者も他の職種と同様の夏のバカンスを楽しんでいる（楽しむことが国民的に許容されている）ことがフランスの凄さである。

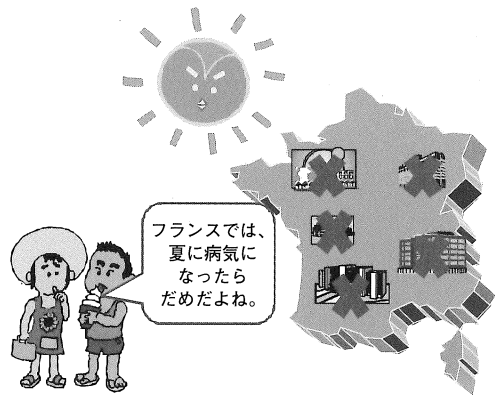
フランス人は、デモやストライキをして守るべきところは徹底的に守ろうとする。一方、他

のことはラテン系特有のおおらかさがあり、普段は「ケ・セラ・セラ（なるようになる）」という、気楽さに満ち溢れている。「フランス人とビジネスをすると、時間のルーズさに辟易する」という声を、日本人ビジネスマンからこれまで何度も聞いたことがある。フランス人は、人生を楽しむために必要だと彼ら彼女らが信じている「個人主義」、「社会への連帯」、「休暇」などは必死で守ろうとするが、それ以外のことは、意外なほどおおらか（アバウト）である。

5. 信じ難いバカンス中のフランスの医療

3回のフランス視察中、フランス在住の日本人からも、フランス人の医療関係者からも「フランスでは、夏に病気になってはならない」という言葉をよく耳にした。日本人には信じがたいことであるが、(図2)に示すように、バカンスの期間中は、フランスのほとんど全ての医療機関の機能が極度に低下する。

図2 バカンス中のフランスの医療機関に対するフランス人の雰囲気



たとえば、これまでの視察で訪問した L'Institut Mutualiste Montsouris (公的非常利病院) でのバカンス期間中の医療提供体制の質問に対する回答は、「8月には、確かに医者がいなくなります。診療科によって差はありますが、全ての診療科において病棟の50%から100%を閉める時期があります。他の病院と提携をして、でき

る限り協力体制を作っています。この病院では、循環器の専門性の高い患者のみを引き受け、そうでない患者は、専門性の低い患者を担当する病院に送っています」というようなものであった。他の病院でもバカンスに関する質問に対する回答はほぼ同様であり、バカンスの期間は、救急部門を含め、ほとんどの病院は、病棟の一部または全部を閉鎖するようだ。

6. フランス人の医療観

平均在院日数が日本の1/3にもかかわらず、病棟の雰囲気がのんびりしている第1の理由は、フランス人の医療観の差によるものと思われる。フランスでは、地方医療計画によりCTやMRIなどの高額診断機器や放射線治療装置などの高額治療機器の台数が、極めて限られている。さらにフランス人の気質から考えて、CTやMRIを24時間フル稼働させて少ない台数を補うため、スタッフが時間をやりくりして働いているとも考えにくい。おそらくこれらの高額医療機器を、医療を提供することにより効果の高い（治る見込みの高い）患者さんに集中的に使用していることが予想される。またフランス国民も、CTが普及すれば医療費が上がることを知っており、日本やアメリカ国民ほどに、むやみに高度医療機器を用いた検査を要求しないのだろう。

フランス人の高齢者医療に対する考え方も日本人の高齢者医療に対する考え方と大きく異なる。65歳以上とそれ以下で、一人当たりの医療費に国によりどの程度差があるのかの比較を（表2）に示す。日本は1997年、フランスは1991年とデータは古いが、日本の高齢者が他国と比較して、突出して多くの医療費を消費していることがうかがえる。

（表2）より、フランスの医療費は日本と比較して若い世代に多く使用されていることがわかる。一方日本は、高齢者が他国に比して、より多くの比率で医療費を使っている。日本の医療の大きな特徴として、高齢者に延命処置を積極

表2. 高齢者と勤労世代の一人当たりの医療費の開き

日本（1997）	4.9 times
韓国（2003）	3.0 times
アメリカ（1995）	4.6 times
イギリス（1997）	3.4 times
ドイツ（1994）	2.7 times
フランス（1991）	3.0 times

（Source: OECD, OECD Health Data）

的に行うことであり、療養病床を中心に、多くの胃ろうを付けた高齢者の患者が入院している。

日本の医療関係者から見れば、フランスや北欧の高齢者に対する医療は、驚くほど生命維持という点で淡白である。北欧の施設で死に行く高齢者に対して医療処理が全く行われていない現状を見て、「殺人である」と息巻いた筆者の日本の知人がいるほどである。確かにこれまで筆者が訪れた複数のフランスや北欧の病院や施設において、一例の胃ろうや経管栄養の高齢者に出会っていない。またフランスや北欧の医療関係者の間に、筆者の目から見て、「高齢者に対する医療は、ほどほどに」という暗黙のコンセンサスがあるように感じられた。一方、フランスの高齢者施設において「自分たちは十分に生きてきた。医療費は自分たちのためにではなく、若い人のためにつかってほしい」という高齢者の意見を聞いたことがある。

7. 嚥下障害の期間を左右する胃ろうやチューブの使用

急死のケースを除けば、死亡する前に必ず食事を飲み込めない嚥下障害の時期がやってくる。嚥下障害は、種々の要因で発生するが、高齢者の嚥下障害は、意識レベルの低下によるものが圧倒的に多い。老衰で意識レベルが低下してきたケースや、急性期病院での治療が奏功せず、意識が戻らないことによる嚥下障害である。

この嚥下障害のある期間の長短が、ある高齢

者を支えるために必要な負担の総計に大きな影響を及ぼす。この期間の長短に大きな影響を及ぼすのが、胃ろうや経管栄養を使用するかの判断である。日本では食事を口から食べるのが難しくなった場合に、胃ろうを入れることが多いが、実は世界中の国が、同様の判断を下しているわけではない。北欧やフランスでは、高齢者が自分で食べられなくなっても、胃ろうを使用することはほとんどない。

2008年、2009年、2010年に筆者はフランスを訪れ、終末期の高齢者への対応を視察してきた。また2006年の視察の成果を社会保険旬報に6回連載で報告した。その中でフランスと日本の医療の違いを分かりやすく説明するために、日本の医療に詳しい恵子さんという女性がフランス人と結婚し、フランスの医療の種々の場面に接するという作り話を作成した。以下に、その作り話の一つ、恵子さんが経験したフランスの終末期医療の話を紹介する。読者の多くは、意識障害の高齢者に対する日仏の違いに驚くであろう。

現在のフランスにおける臨終の平均像（社会保険旬報2008年10月21日号）

（日本とフランスの違いを説明するための作り話4）

恵子さんのフランス人の夫のお父さんが、脳梗塞で倒れ、パリ市内のE急性期病院に緊急入院した。1週間程度治療が続けたが、梗塞の範囲が広範であり、意識は戻らない。今後の方針を話し合うために、E病院に、恵子さんと夫、他の数人の親族が集まった。

医師は、「この1週間、治療に手を尽くしましたが、残念ながら意識も回復しない状況です。そろそろE病院での治療を終え、次の段階の選択を行うべき時期に来了。呼吸は安定していますので、経管栄養などを行えば、しばらくの間は生命を保つことはできます。またこの時点で、栄養や水分の補給を控えていく選択肢もあり

ます。どちらの場合でも、亜急性病床を持つF病院への転院、または在宅入院などを利用しながら家に戻るという選択肢があります。どちらかを選んでもらうことになります」という説明を行う。

家族や親族とで話し合い、（フランスでは最も一般的と思える）栄養や水分の補給を控えるという状態で、F病院の亜急性病棟に移るという選択肢を選んだ。恵子さんは、日本では違った選択肢が選ばれることが多いだろうと思った。

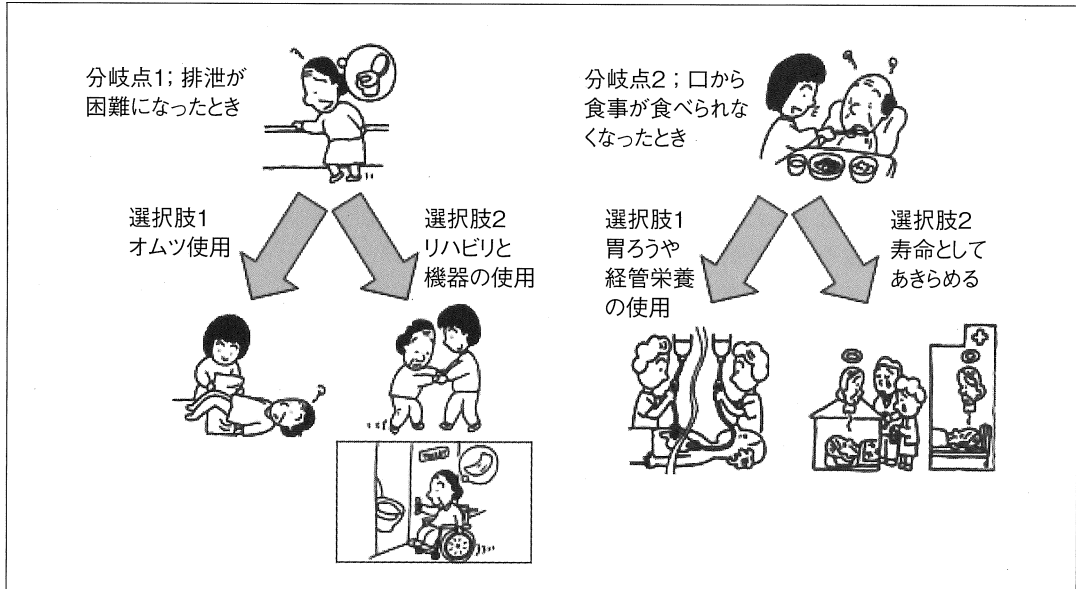
F病院へ移った3日後に、恵子さんの夫のお父さんは静かに息を引き取った。死亡寸前まで心電図のモニターが装着されていたが、死亡直前に医師がモニターのラインをはずす。主治医はベッドサイドで臨終の時を待ち、死亡の診断は聴診器一本で行った。お父さんが亡くなる時は、管一本も装着されていない状態であった。

8. 20年前は、延命治療を積極的に行っていたフランス

1980年代後半、北欧では既に終末期に積極的な延命医療は行われなくなっていたが、フランスでは1990年代中旬まで、積極的に必ず胃ろうを入れるなど、むしろ延命医療が積極的に行われていた。その頃の医師の多くは、患者の家族に「胃ろうを入れますか、入れませんか」という質問をする余地もなく、入れていたそう。また家族もその頃は、延命治療を望んでいた。しかしその後の20年間で、治癒の可能性のない治療をやらなくなった。この20年間で、医師も家族もその意識が変わった。

その原因は、複数のものが関わりあっているが、人の死に方は、国レベルで短期間に変わらうものであることをフランスの過去20年の歴史が語っている。

図3 人生晩年の分岐点と、その選択肢



9. 人生晩年の大きな選択

人生の晩年に「排泄が困難になったとき」と「口から食事が食べられなくなったとき」という2つの大きな分岐点があり、その時の選択により、後の生き方に大きな差が出てくる。(図3)に2つの分岐点と、選択肢およびその後の様子を示す。

10. 今後日本に普及すると思われる人生晩年のライフスタイル

次に、現在日本でよくみられる老衰型の高齢者の晩年の様子とその生活を支えるための社会的負担の大きさ、およびその人がフランスや北欧において生活した場合の様子と社会的負担の大きさの試算を(図4)に示す。(このモデルで示した期間や負担の点数は、筆者の経験をもとに割り振ったものであり、調査などに基づいたものではない)

日本では身体が弱り買い物などが大変になると、介護保険の要支援のサービスとして家事支援を頼むことができる。この時期の年間の社会負担を1点とする。さらに身体機能が低下して

1年後に要介護状態となり、衣服の着脱などの援助をお願いする(社会的負担:3点)。日本の介護の特徴は、よく言えば親切、悪く言えば過保護であり、残存能力を早期に低下させる。その結果、早期に重度介護になる人が多い。この時期、年々介護度が上がるので、8点→9点→10点とする。最後に経口摂取ができなくなると、日本の場合、経管栄養(9点)が行われ、1年以上の延命が図られることが多い。このケースの場合、生活上の支援が必要になった80歳から86歳で死亡する6年間の間に、40点の社会的負担が発生する。

一方、北欧やフランスでは、日本に比べ機能の低下した高齢者が自立できるような支援が、徹底的に行われる。リハビリや介護機器の提供は徹底しており、機能が軽度低下した高齢者に対する支援量は、北欧では日本の3倍(3点)位はあるように思われる。この軽度機能レベル低下生活自立が、日本に比べて圧倒的に長く、この期間の社会負担を3点→3点→5点としよう。その後、重介護の期間がやってくるが、この期間は明らかに日本より短い(社会の負担:17点(=8点×1.5年+10点×0.5年))。本人が口から食べられなくなったときは、この時を「寿

命として死を受け入れる」ことが徹底しており、経管栄養の期間はない。

(図4)に示したケースの場合、日本型の社会負担が40点、北欧・フランス型が28点であり、北欧・フランス型の方は日本型に比べ、3割負担が少ない。1990年代前半、筆者が初めて北欧を訪れた時、機能の低下した高齢者が自立できるよう徹底した豊富な支援を行う社会システムに驚いた。しかし最近では、支援を行う時期と内容が異なるだけで、日本の方が高齢者に対するトータルな支援量が多いのではないかと考えるようになってきた。先にも述べたように(図4)に示した点数自体にはそれほど大きな意味はないが、晩年の高齢者に対しての社会的支援量は、日本は決して少なくない点を確認していただきたい。

11. フランスにおける、CureとCareの「線引き」

フランス語には、CureとCareを合わせたSoinという言葉がある。フランスでは、癌の末期患者が、一般的な医療の治療と、ホスピスケアを選択することができる。ホスピスケアを選

択した瞬間より、原則的に病気を治すための治療は中止され、その代り、それ以後のホスピスケアの自己負担は、無料になる。今回の緩和ケア施設の訪問で、最も印象に残ったことは、フランスでは、Cure中心の(急性期)治療期と、ホスピスにおけるCareを中心とした看取り期の「線引き」が日本よりも明確であることである。

フランスの病院のホスピス病棟には、ホスピス機能を他の病棟に出向いて提供するモバイルチーム(日本の緩和ケアチームに相当)があり、病院内で患者さんを安らかに看取る仕組みが普及していた。ヨーロッパでは(図5)に示すように、医療が手に及ばない段階で、看取りの専門家にバトンタッチを行い、彼ら彼女らが望む自然な死に方を是認する文化が社会の中に根付いているように思われる。フランスでは日本と同様に病院で死亡する人の比率は高いが、日本の病院と比べ、医療関係者も本人も家族も、死と闘う姿勢が弱く、あるレベルまで来ると死を受け入れる姿勢が文化として確立しているように思われる。すなわちヨーロッパでは、「病院は、診断や治療をしてもらい元気になるためのところであり、延命のための場所ではない」という

図4 人生晩年の様子と社会負担の比較

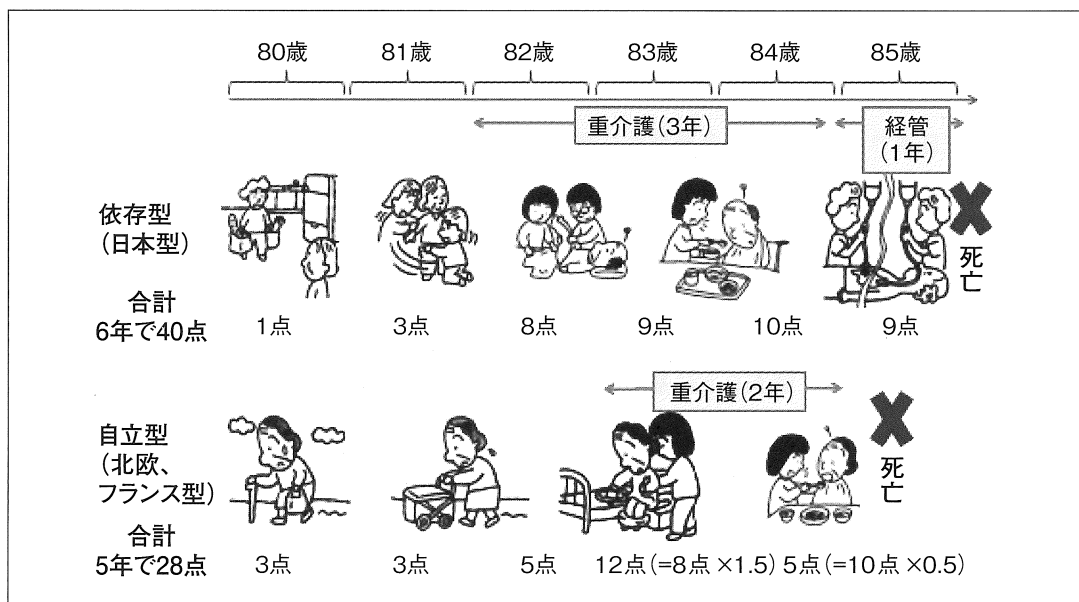
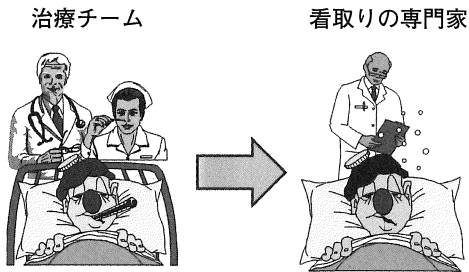


図5 フランスでは、治療のチームから看取りの専門家へバトンタッチ？



考え方が、日本よりも徹底しているのだろう。

もしこの考え方が正しいならば、フランスの急性期医療のスタッフは日本と比べ、医療により治る人々に医療資源（人的資源を含む）を集中することができ、亡くなる方に対する医療資源の投入量も減らすことができ、日本の病棟よりも余裕が生まれやすいことが説明できる。また、フランスの病院死亡率が高いにも関わらず、病院や施設で胃ろうや経管栄養の患者さんに出会わないことも説明できる。

12. 日本人は、医療にも介護にも過大な期待を抱き、不幸になっていることに気付くべきだ

まず、2010年4月16日の共同通信社提供による、以下の記事を読んでいただきたい。

【ワシントン共同】日米中など先進、新興22カ国を対象にした医療制度に関する満足度調査で、手ごろで良質な医療を受けられると答えた日本人は15%にとどまり、22カ国中最低レベルであることが15日分かった。ロイター通信が報じた。

ロイターは、日本は国民皆保険制度があり、長寿社会を誇っているとしつつも「高齢者の医療保険の財源確保で苦勞している」と指摘した。自国の医療制度に満足している人の割合が高いのはスウェーデン（75%）とカナダ（約70%）で、英国では

55%が「満足」と回答。韓国、ロシアなどの満足の割合は30%以下だった。国民皆保険制度が未導入で、オバマ大統領による医療保険制度改革の議論で国論が二分した米国は、回答者の51%が手ごろな医療を受けられると回答した。

日本と比較した場合のフランス医療の最大の弱みは、医療のコスト高、無駄が多いということである。最初に示したように、2008年度の医療費の国民総生産に占める割合は、日本8.1%、フランス11.2%であり、フランスは、対GDP比で38%（ $11.2\% / 8.1\% = 1.38$ ）、金額ベースで35%多い費用を医療に費やしている。さらに、フランスはMRIやCTなどの高額医療機器が少なく、日本の方が先端医療を広く行なっていること、バカンスの期間は医療機関がほとんど機能していないことなどを勘案すると、この差はもっと大きいように思われる。

フランスの医療費が日本と比較して少なくとも35%以上割高な理由は、第1に日本に比べてスタッフの労働時間が短く、日本の視点で考えるなら、その足りない分を補填するため多くの人員が必要になり、その補填分の人件費が日本より高くつくことである。第2の理由は、公立病院に「親方日の丸」的意識があり、運営に膨大な無駄が蔓延していると思われる。

医療制度は、自分が病気になったときの問題であると同時に、医療制度を支える側に回ったときの問題でもある。フランスの医療制度は、日本との比較において、病気になった時（特に救急事態）には優しい制度であるが、支える側にとっては、重い負担を求める辛い制度と言える。フランスと比較した場合の、日本の医療制度の最大の強みは、医療制度のコストパフォーマンスの高さであろう。

一方、フランス人は、「医療は、病気を治せるが、老化や老衰は治せない」という医療の限界を知り、「病院は、診断や治療をしてもらい元気になるためのところであり、延命のための場所ではない」という考え方が、徹底している。

それゆえ、「終末期でも医療サービスを投下すれば、事態が好転する」と信じている人が多い日本人ほど、医療に過大な期待をしていないように思える。サービスの満足度は、そのサービスに対する期待値が高ければ高いほど、その結果に対する満足度は低くなる。フランスの医療提供制度は、日本に比べ、保険料が高く、高度医療を受ける機会が少なく、外来は不便にも関わらず、自国の医療に対する満足度が日本よりかなり高いのは、フランス国民が医療の限界を知り、医療を賢く付き合っているからではないかと思われる。

多くの日本国民は、医療にも介護にも、あまりにも過大なことを望みすぎ、その過大な要求に十分に応えられない自国の医療に不満だらけの状況にある。このままでは、国民も医療関係者もますます不幸になるだろう。筆者は日本の医療従事者が、「安い費用で、高度医療から世界一便利な外来までを提供する」世界で一番コストパフォーマンスが高い医療を提供していることを誇りに思ってほしい。また同時に国民が、「実は世界で一番リーズナブルな医療を受けている」ことに気付き、自国の医療に対する満足度も世界一になる日が来ることを期待したい。

連立政権誕生後のイギリス介護政策

東海大学准教授

堀 真奈美

Hori Manami

2010年5月6日の総選挙により、誕生したキャメロン新政権は、戦後最悪といわれる財政赤字を解消するため、大幅な歳出削減を行う方針を明らかにした。これにより、前ブラウン政権下で提案された包括型のナショナルケアサービスの導入は事実上棚上げになった。だが、一方で、保健医療とソーシャルケアの連携推進が継続されるなどすべてが否定されているわけではない。本稿では、介護政策が連立政権によりどのように変化しうなのか、最近の情勢をふまえて検討したい。

1. はじめに

2010年3月30日、ブラウン前政権は、「National Care Service (ナショナルケアサービス)」制度の実現に向けた白書を一般公開した。これは、誰もが必要ときに無償でケア（介護）サービスを受けられるように新しいケア制度を導入しようというものであり、2009年6月のグリーン・ペーパー（協議書）¹⁾を受けて提案されたものである。だが、そのわずか40日足らずのうちに、ナショナルケアサービスの制度化をめぐる動きは、根本から大きくゆさぶられることになる。

2010年5月6日の総選挙により、誕生したキャメロン新政権²⁾は、戦後最悪といわれる財政赤字を解消するため、付加価値税の増税のみならず、大幅な歳出削減を行う方針を明らかにした。これにより、前年比率で実質成長が規定値4%、それが5年間続くという前提の下で作成された包括型のナショナルケアサービスの導入は事実上棚上げになった。だが、一方で、保健医療とソーシャルケアの連携推進が継続されるなどすべてが否定されているわけではない。

本稿では、介護政策が連立政権によりどのように変化しうなのか、前政権におけるナショナルケアサービスの制度化へ向けた動きから最近の情勢をふまえて検討したい。

2. ブラウン政権下におけるナショナルケアサービス制度化への動き

イギリス（ここではイングランド）³⁾における18歳以上成人向けのソーシャルケア（日本語でいう介護・ケアに相当、以下、ケアとする）の利用者は、2008年度で約180万人（在宅・コミュニティケアが全体の約86%、施設14%）その内、約120万人が65歳以上高齢者である。高齢者の利用が多いことから、成人向けソーシャルケアとは、高齢者介護サービスを意味することが多いが、障害者向け介護サービスも含まれている。ケア・プロバイダー（供給主体）は、ローカルオーソリティ⁴⁾と呼ばれる地方自治体の公的セクター、民間企業、ボランティアセクターなど多様である。イングランド全土で152のローカルオーソリティがあり、独立したケアプロバイ

ダーは3万組織以上に及び、約150万人の職員が雇用されている。

基本的に、ソーシャルケアの財源は、中央政府からの補助金と地方税（カウンティタックス）歳入とサービス利用料によって賄われている。ソーシャルケアを利用できるかどうかは、ニーズ・アセスメントおよびミーンズ・テスト（資産・資力調査）の結果によって決まる。ニーズ・アセスメントについては保健省が定めたナショナルガイダンス⁵⁾があるが、それぞれのレベルに応じてどのようなサービスを利用できるか、受給要件の決定はローカルオーソリティによってばらつきがある。ローカルオーソリティは、地域における財源の優先順位に基づき、ソーシャルケアに対し財政的なサポートをするかを決定する。また、ミーンズ・テストの結果、一定額以上の資産・資力がある人は、自費でサービスを購入することが求められる。そのため、ソーシャルケアを利用するために資産である自宅売却する人や介護のために離職を迫られる人もいる。

堀(2008)で述べたように、誰もが無料でサービスを利用できるNHSの保健医療サービスと異なり、ソーシャルケアは住んでいる地域や、所得・資産等に応じて有料であるなど、制度間の相違を背景とした地域格差がある。この結果、同じような状態であるにもかかわらず地域によって適切なケアを受けられる高齢者とそうでない高齢者が生じている。こうした地域格差は、しばしば「ポストコード・ロツテリー」と揶揄され、問題とされている。また、ベビーブーマー(1945年から54年生まれ)の高齢化により、高齢者ケアの需要・ニーズがこれまで以上に拡大・多様化することが見込まれる中、財源に限りのある従来制度では、増加する需要に対応することが困難であるという認識が広まりつつある。

そうした中、全国レベルの新しいケア制度の創設が政策的課題となった。2008年以降、保健省は各地域で新しいケア制度の確立にむけて、“Big Care Debate”と称して様々なイベン

トやインターネットによる公開討論、一般市民、関係者から意見を聞く機会を設け、過去最大規模の6万8000人以上がパブリック・コンサルテーション(市民参加型の政策決定過程、意見公募)に関わったという。こうした議論をふまえ、保健省は2009年6月に、グリーン・ペーパー(協議書)『Shaping the Future of Care Together』をまとめた。

グリーン・ペーパーでは、財政方式のとりうる選択肢として、①自己負担型(自己責任で全ての費用を自費負担する)、②パートナーシップ型(部分的に政府が支払い、残りは自己負担)、③保険型(コストをカバーする保険に加入する)、④包括型(強制拠出への見返りとして必要なときにケアを無償で受けられる)、⑤税負担型(税財源で拠出要件なく、必要なときにケアを無償で受けられる)の5つが提示された。このうち、自己負担型と税負担型は、ともに本人または現役世代の負担が過剰になることから、オプションから除外されている。その後、4ヶ月にわたる意見公募を経て、包括型41%、パートナーシップ型31%、保険型22%という順に国民の支持が高いことから、白書では、包括型の制度導入を目指すことが明記されている。

なお、白書では、ナショナルケアサービス導入における6つの原則として、①ユニバーサル・普遍的である(全国資格要件を満たせばすべての国民が対象となる)、②必要なときに無償で受けられる(支払能力によらず利用できる)、③パートナーシップ・協働を重視する(多様な組織と人々が日々、ケアと支援の必要な個人を協力して支援する)、④選択権と自己統治を尊重する(すべての人の価値を認め、尊厳を重んじ、人権を守って処遇する)、⑤家族や介護者、コミュニティを支援する(家族や友人、地域が人々の可能性を生かすことにおいて重要な役割をはたしていることを認める)、⑥アクセス可能にする(人々が理解しやすく、正しい選択ができる)にすることが示されている。さらに、6つの柱として、①自立支援の促進(予防

とウェルビーイング・サービス)、②全国的に統一された受給要件、③統合されたアセスメント(joined-up assessment)、④ケア、サポートに対する情報とアドバイス、⑤個人化されたケアとサポート(パーソナライズドケア)、⑥公正な財政(個人が支出可能で、世代間で構成的負担、国にとっても持続可能な財政制度)があげられている。

こうした6つの原則、6つの柱に従い、前政権は、2011年から段階的にナショナルケアサービス制度を導入するとした。第一段階として、すでに一部の地域で行われているリエイブルメント(reablement)サービス⁶⁾をすべてのコミュニティで利用可能にすることをあげられている。また、“Personal care at Home Bill”(在宅パーソナルケア法)を制定し、在宅で重度のニーズのある人が無料で個人的なケアを自宅で受けることができるようにするとした。第二段階として、ナショナルケアサービスの全国統一基準と受給要件を決定するために必要な法的整備を行い、2014年には受給要件を拡大し、施設ケアを2年以上、利用している人は本人負担を無料とする(居住費・食費は除外)。2015年以降には、全面的にナショナルケアサービスの制度が完全施行されることを目指すという。

だが、これらは、具体的な策定計画というよりは大まかな目標にすぎず、包括型の制度が望ましいという方向性は打ち出しているものの、財源調達の方法に関しては特に明言されなかった。つまり、前政権は、選挙後にコミッションを創設し、そこでの検討を経て時間をかけて改めて合意形成を行うとし、具体的な財源調達方法についての議論を避けたのである⁷⁾。

3. 連合政権の誕生と財政再建

2010年5月6日の総選挙により、キャメロン率いる保守党と第3党であるクレグ率いる自由民主党の戦後初の連立政権が誕生した。リーマンショック以降の厳しい経済情勢やギリシャ財政危機による国家債務不履行リスクに焦点が当

たる中、戦後最悪といわれる財政赤字を解消するため、新政権は、財政再建を行うため付加価値税の増税とともに、大幅な歳出削減を行うことを明言している。

2010年10月20日にオズボーン財務相によって公表された「Spending Review(4ヵ年度の歳出計画し、以下「歳出計画」とする⁸⁾)」では、2015年度までに830億ポンドの赤字を削減すべく、保健医療、開発途上国援助、科学技術など一部例外を除き各省庁予算の大幅減額(全体平均19%)、特殊法人の見直し、公的部門の人員削減を含む大胆な改革を行うことが明らかにされた。

だが、NHSの保健医療については実質ベースで削減しないことが連合政権合意となっていることから、全般的な傾向として、他の省庁と比べれば保健省の削減幅は少ない(実質ベースで0.4%増)。ただし、管理運営予算は33%削減されており、その減少分が保健サービス提供分にまわされている。また、保健医療との連携、協働が求められるソーシャルケアについても追加予算が認められるなど厳しい財政下の中では予算確保がはかられているとみることもできる⁹⁾。

上記の4ヵ年度歳出計画では、2011年度から2014年度(財政年度)までに20億ポンドを追加予算としてソーシャルケアに配分することが明記されている。

まず、保健医療とソーシャルケアとの統合的なケアを推進するために、NHSの資本予算(capital budget)から財源を10億ポンドまで移転することが可能となった。なお、この10億ポンドには、緊急再入院を予防するリエイブルメント・サービスを推進するための年3億ポンドのファンドが含まれる。保健省の運営枠組み(operating framework)に沿ってローカルオーソリティとNHSが連携、協働して支出することが期待されている¹⁰⁾。

次に、ソーシャルケアへの従来補助金に対する追加加算分が、歳入援助交付金(Revenue Support Grant)¹¹⁾を通じて中央政府から各自治体へ配分されることが明記されている。つま

表1 歳出計画に見るNHS予算

(単位:10億ポンド)(年度)

	2010 [ベースライン]	2011	2012	2013	2014
Resource DEL[資産]※	98.7	101.5	104	106.9	109.8
Capital DEL[資本]	5.1	4.4	4.4	4.4	4.6
Total DEL	103.8	105.9	108.4	111.3	114.4
Departmental AME	-2	-1.6	-1	-0.4	0.2

※減価償却は含まれない。

表2 歳出計画に見る地方自治体予算

(単位:10億ポンド)(年度)

	2010 [ベースライン]	2011	2012	2013	2014
Resource DEL[資産]※	28.5	26.1	24.4	24.2	22.9
Capital DEL[資本]	0	0	0	0	4.6
Total DEL	28.5	26.1	24.4	24.2	22.9
Departmental AME	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

※減価償却は含まれない。

表3 歳出計画に見るソーシャルケアの支援財源

(単位:10億ポンド)(年度)

	2010 [ベースライン]	2011	2012	2013	2014
年度追加財源(NHSのRDEL※から移転)	0	0.8	0.9	1.1	1.0
PSS補助金(地方自治体のRDEL※に含まれる分)	1.3	1.9	2.3	2.4	2.4

※PSS補助金とはパーソナルソーシャルサービス補助金のこと。RDELとは、資産DELのこと。

り、ソーシャルケアへの追加財源は20億ポンドのうち、半分の10億はNHSから、残りの半分は自治体に配分された10億からなる。ただし、この補助金は使途が予め決められた特定補助金(Ring-Fenced Grants)ではない。よって、自治体は、全体で27%の予算が縮減されている厳しい財政下で、この増加分をソーシャルケアにまわすかどうかは不明である。

このように、歳出計画を見る限り、総額そのものは大幅圧縮であることを除くと、ソーシャルケアと保健医療の連携、協働を重視する姿勢は、労働党政権と変わらない。連合政権が、ソーシャルケアへの投資を重視する理由は、NHSにもベネフィットがあるからである。たとえば、不必要な入院を減らし、退院を迅速にすることは、NHS財源の節減に貢献する。さらに、高齢者など長期ケアを必要とするものにとっては、医療だけでなくソーシャルケアのニーズも高く、両者が包括的に提供されることが望ましい。

しかし、一方で、福祉関連の現金給付、各種手当については大幅な見直しの対象とされている。たとえば、児童手当(child benefit)については3年間の凍結、そして2013年1月より高額所得者への児童手当の削減が実施される見込みである。また、来年より子供のいる夫婦は最低週24時間以上働かなければ就労税額控除(working tax credit)の受給要件を失う¹²⁾。

ちなみに、保健医療やソーシャルケアは、DEL(Departmental Expenditure Limits: 省庁別歳出限度額)に含まれ、複数年度の歳出計画の見直し対象となるのが通例であるが、福祉関連の各種手当や税額控除など複数年度で予測、管理するのが困難とされるAME(Annually Managed Expenditure、年度管理歳出額)が複数年度の歳出計画で大幅な見直し対象となったのは初めてである。

4. ナショナルケアサービスは導入されるのか？

ここまで、連合政権の誕生により、大幅に予算が削減されたことを述べた。では、ナショナルケアサービスの構想は完全になくなったと考えられるのであろうか。基本的には、前提とする財政環境が大幅に異なり、労働党が考えた包括型のナショナルケアサービス制度化構想は、事実上棚上げになったといえる。2010年10月28日に出されたローカルオーソリティへの通知文書¹³⁾でpersonal care at home billの制度化を断念することを公表していることから明らかである。

だが、労働党政権で検討、推進されてきた構想すべてが否定されているわけではない。たとえば、すでに述べたように、ソーシャルケアと保健医療の連携が前提となるリエイブルメント・サービスは、前述の歳出計画でも推進することが明記されており、緊急再入院予防や退院遅延対策として、連合政権下でも重視されている。また、ナショナルケアサービス構想でもあった家族や介護者への支援を重視する方針も打ち出されている。新しく追加されたこととしては、2011年度より病院は、退院後最初の30日のアフターケア（リエイブルメント・サービスを含む）についての支払いと供給調整の責任をもつことになったことがあげられる。2003年のコミュニティケア法（退院遅延法、2003年規制）等のインターミディエイトケア（保健医療とソーシャルケアの中間ケア）¹⁴⁾の定義に従い、ローカルオーソリティは、最初の6週間はリエイブルメント・サービスに対して料金を課しておらず無料で提供してきたが、今後は、厳密にリエイブルメント・サービスがインターミディエイトケアの範疇にあるかを確認した上で料金を課することが可能となる。

一方、予算縮減によって、これまでサービスを受けていた人がサービスを受けられなくなる可能性が高まることから、別の意味でもソーシャルケアの改革が求められると予想される。

実際、すでに、厳しい地方財政の状況下で、ソーシャルケアのサービス受給要件の厳格化や料金の値上げを実施するローカルオーソリティが増えている。すでに述べたように、自治体は、歳出計画により、今後4年間で伸び率マイナス27%の予算削減が決まっており、受給要件の厳格化や値上げは今後も続くと思込まれる。

いずれにせよ、今後増大する需要を考えても、現行制度で対応できないことは明らかである。また、大規模な意見公募を経て形成されたソーシャルケアの改革の流れを完全に無視することは容易ではない。議会の議席構成を見ても、保守党のみで単独与党になる勢力はなく、労働党を含め野党の協力が限られ、どのようなものであれ新制度を導入することは困難である。連合政権下ではじめて公表されたNHS改革に関する白書「NHSの自由化（Liberating NHS）—公平（equity）と卓越（excellence）」¹⁵⁾においても、ソーシャルケアとの協働は重視されている。

さらに、前ブラウン政権で提唱されていたことでもあるが、連合政権は、ソーシャルケアの財源確保に関して検討を行うコミッション（ケア、サポートの財源に関する委員会、Commission on the funding of care and support¹⁶⁾）を2010年6月20日に設置した。コミッションにおいて、ケア、サポートのための持続可能で負担可能な財源システムを構築することができるかを検討し、来年6月までに報告書を取りまとめ政府に提出することになっている。なお、コミッションは、これまでの介護政策の動向をふまえ、①選択権が確保されているか、②公正であるか、③持続可能であるか、に④バリュー・フォー・マネー（投入金額に見合う価値）であるか、という視点から、財源モデルを検討することになっている。

以上のように、包括型のナショナルケアサービスそのものは制度化される可能性は低いが、中央政府が介護の財源調達に介入する何らかの制度が導入される可能性は高いと思われる。厳しい財政環境の下、ソーシャルケアにおいても、

コスト削減と効率性を高め、バリュー・フォー・マネーの向上がこれまで以上に求められている。今後どのような制度が導入されるか動向を注視したい。

注

- 1) DH (2009)『Shaping the Future of Care Together』
- 2) 新政権は、キャメロン首相は43歳、オズボーン財務相は38歳と若いリーダーシップへ期待が集まっている。自由民主党党首であるクレグ副首相は、43歳である。
- 3) 本稿では、特別に断りを入れていないが、イングランドのソーシャルケアの現状について述べており、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドについては触れられていない。ちなみに、スコットランド政府は、イングランドに先立ち、1999年の勧告を受けて介護を無償で提供している。2010年10月のスペンディングレビューでは、スコットランドへの予算も大幅削減されており、来年度だけで1.3ビリオンポンドと(資本800ミリオンポンド含む)カットされる。ソーシャルケアを無償で提供する現行システムが持続可能にするためには改革が求められている。
- 4) なお、近年のローカルオーソリティの役割は、パーソナルバジェット制度(直接現金給付などサービス利用のために個人が予算を管理する制度)の導入の影響もあり、介護保健導入後の日本の市町村と同様に、プロバイダーというよりもケア全体の仲介・調整役としての役割が強くなっている。
- 5) 政府が定めたFair Access to Care Services (FACS) と呼ばれるニーズ・アセスメントが2003年3月より導入された。高齢者自身のADLや生活環境および家族等の状況に応じて、Critical, Substantial, Moderate, Lowに分けられる。堀(2008)参照。
- 6) リエイブルメント・サービスとは、地域によって具体的に意味する内容が異なり、曖昧なものであるが、ローカル・オーソリティーと、NHS、独立セクターの複数専門家が協働で実施する在宅ケアを推進するために実施する広範囲なサービスを意味する。施設ケアと在宅ケアの中間に位置づけられるインターミディエイト・ケアや、医療よりも社会生活の復帰に力点をおいたりハビリ、介護機能を重視した住宅サービスが含まれることが多い。提供場所は、様々である。
- 7) この背景には、総選挙前より保守党は、労働党が提唱していた包括型のナショナルケアサービスの導入に伴い、“death tax”(相続税)を導入する可能性が高いと政治的キャンペーンを行いけん制したことがあると思われる。
- 8) 複数年度にわたる省庁別の歳出限度(Del)を決定する歳出計画のこと。
- 9) ただし、後述するように、NHS全体予算の中に、ソーシャルケアへの追加予算2ビリオンポンドの予算の半分の1ビリオンが含まれているので注意が必要である。
- 10) 詳細は、NHSオペレーティングフレームワークに明記する。
- 11) 日本の地方交付税交付金に近く、用途が特定されない予算である。各自治体への配分額は、相対需要額と相対財源額との差に、人口割配分等を加算して決められる。
- 12) このほかにも、障害者向け雇用促進手当(employment and support allowance)は国民保険拠出金による1年期限の就労不能給付(incapacity benefit)に代わるなど見直しが行われている。将来的にはこうした複雑な福祉関連の各種手当や税額控除(tax credit)は全面的に見直し、新制度(ユニバーサルクレジット制度)に切り替えることが見込まれている。なお、これらの支出は、複数年度で予測あるいはコントロールすることが困難な支出であるAMEに含まれるものであり、これまでは歳出計画の見直し対象とはなっていなかった。
- 13) Local Authority Circular(DH)(2010)6。保健省HP参照。<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
- 14) ソーシャルケアと保健医療の連携、インターミディエイトケアについては、井上(2008)、堀・稲森(2007a,b)、堀(2009)参照。
- 15) なお、ソーシャルケアとは直接関係ないが、本白書の主たるポイントは、官僚制度の硬直化の弊害を取り除くという視点から、NHSの分権化(保健省の権限一部を新たに設置するNHS Commissioning Boardに移譲、民間病院の規制機関としてのMonitorの権限強化)、GPコンソーシアムに権限移譲するとともに、SHA、

PCT職員の削減をはかることである。保健省の役割は、エネーブラーであることが強調されている。

16) <http://carecommission.dh.gov.uk/>参照。

参考文献

- ・ Department of Health, (2006), Our health, our care, our say: a new direction for community services, White Paper
- ・ Department of Health, (2009), Shaping the Future of Care Together, Green Paper
- ・ Department of Health, (2010), Volunteering: Involving people and communities in delivering and developing health and social care services
- ・ Department of Health, (2010), Prioritising need in the context of Putting People First: A whole system approach to eligibility for social care
- ・ Department of Health, (2010), Building the National Care Service, White Paper
- ・ Department of Health, (2010), Equity and excellence: Liberating the NHS, White Paper
- ・ HM Government, (2007), Putting People First: A shared vision and commitment to the transformation of Adult Social Care
- ・ HM Government, (2008), Carers at the heart of 21st-century families and communities
- ・ HM Government, (2009), Valuing People Now: a new three-year strategy for people with learning disabilities
- ・ HM-Treasury, (2010) Spending Review 2010
- ・ Office for Disability Issues, (2008), A cross-government strategy for housing and communities, connecting housing, health and care.
- ・ 井上 恒男 (2008)「病院ケアから地域ケアへ—英国の高齢者退院促進政策に学ぶ」『同志社政策科学研究』、10(2)、113-125
- ・ 堀真奈美、稲森敦子 (2007a)「継続的なケア実現に向けた地域医療連携」、『健康保険』、No 61(10)、44-49
- ・ 堀真奈美、稲森敦子 (2007b)「ボランティアセクターとの協働」、『健康保険』、61(10)、44-49、
- ・ 堀真奈美 (2007)「ブラウン政権発足後の医療政策」、『けんぽれん海外情報』、76、1-3
- ・ 堀真奈美 (2008)「イギリスの高齢者ケア」、『健保連海外医療保障』、No.80、22-26
- ・ 堀真奈美 (2009)「イギリスの医療提供体制の機能分化と連携方策」、『健保連海外医療保障』、No.82、22-33

カナダにおける高齢者介護の現状と課題

関西大学非常勤講師

岩崎 利彦

Iwasaki Toshihiko

カナダにおいても、2011年より人口の高齢化が本格化し、高齢者介護への対応が重要になってくる。州ごとに提供される高齢者介護サービスの内容と利用者負担は異なっている。本稿では、州政府援助のある施設介護と在宅介護の現状と課題を、わが国と古くから関係のある西部のブリティッシュ・コロンビア州と、東部の中心州であるオンタリオ州の2州を中心に検討する。また、1例であるが、高齢者介護施設の職員配置と賃金について紹介する。また、カナダの高齢者介護の課題として、施設入居待機の問題など4つを取り上げた。そして、統合されたケアの必要性を指摘する。

はじめに：高齢者介護の需要増加

カナダも人口高齢化の時代に直面しようとしている。ベビーブーム世代（カナダでは1946年から1965年生まれの世代をいう）の1946年生まれが、2011年から65歳に達し始めるので、今後、カナダの高齢化は加速する。総人口に占める65歳以上の高齢者の割合は、2006年の13.2%（431万人）から、2026年には21.2%、そして2056年には、27.2%（1,155万人）に達し、85歳以上の高齢者の割合も、それぞれ1.6%、2.4%、5.8%になると見込まれている¹⁾。

人口の高齢化は、当然のことながら、介護を必要とする人々の増加を意味する。カナダでは医学的に必要な医療サービスは無料であるが、介護サービスについては、原則として利用者負担がある。カナダでは、州政府が医療分野の管轄権（専属的権限）をもっている。介護についても同様であり、各州政府が独自に制度設計と運営をおこなっている。したがって、各州政府が提供する介護サービスの給付と内容は、州政

府によってまちまちである。介護に関する用語も、すべての州で一致しているわけではない。

カナダでは介護サービスを、通常、ホーム・ケアおよびコミュニティ・ケア（Home and Community Care: 以下HCCとよぶ）サービスと呼んでおり、これは急性、慢性、緩和、あるいはリハビリの医療ニーズがあり、ケアが必要な成人住民に対して、一連の医療および援助サービスを提供する²⁾。HCCサービスの利用者（クライアント）の多くは、高齢者である。しかし、上記のケアが必要と見なされた成人住民も少数ではあるが対象者となっている。

本稿では、介護サービスが提供される場所別に、在宅ケア（ホーム・ケア）と施設ケアに分けて考察することにした。

1. カナダの介護施設

2007年度末におけるカナダの高齢者介護施設は、2,217施設で、3万4,424人の高齢者が入居している。これら施設の収入は、27億カナ

ドル(以下ドルとする)であった³⁾。連邦保健省(Health Canada)の定義によると、介護施設(long-term care facilities)とは、24時間監督付きのケアの必要な人々に、生活の場を提供する施設である。監督付きのケアとは、専門的な保健医療サービス、個別的なケア、および食事、洗濯、家事といったサービスである。そして、介護施設と呼ばれる施設も、州によって、ナーシング・ホーム(nursing home)、個別的ケア施設(personal care facilities)、あるいは居住型継続ケア施設(residential continuing care facility)等と呼ばれ一様でない⁴⁾。

BC州では、居住型施設(residential facility)は、ナーシング・ホームと同義語的に使われており、オンタリオ州では、ナーシング・ホーム、あるいは介護施設と呼んでいる。

(1) BC州における州政府補助付きの介護施設

ブリティッシュ・コロンビア(BC)州で州政府補助のある居住型施設は、州政府補助付きのナーシング・ホームあるいは居住施設(residential facilities)と呼ばれている。この施設は、複数のケアが必要で、自宅でケアを受けることが困難になった者に対して、24時間、専門的な看護と保護的、援助的な環境を提供する。

[入居資格] この州政府補助付きのナーシング・ホーム、あるいは私的ナーシング・ホームにある州政府補助付きの部屋.bed)への入居には、BC州保健サービス省に属する地域保健局(Regional Health Authority: 以下RHAとする)⁵⁾の承認が必要である。入居資格は、①19歳以上の者、②BC州に居住しており、かつ期限の切れていない州健康保険証(Health Card)の所有者、③カナダ国民もしくはカナダ永住権のある者、④慢性疾患や健康の理由で機能自立できないか、あるいは医師から終末期の病気と診断された者、となっている。また、ショート・ステイ・サービスは、家族の介護援助者が日常の介護義務から解放されるように提供されている。

[所得・資産調査] 地域保健局のケース・マネジャー(case manager)は、①申請者(クライアント)の上述した入居資格、②クライアントの医療ニーズ、および③施設サービス費用のうち、クライアントが負担すべき金額額、等について標準化された評価によって査定する。また、ケース・マネジャーは、費用負担額決定のために、クライアントに対して納税申告書または査定通知書、年金受給控えの提示を求める。

[施設ケア・サービス] 提供される施設ケア・サービスは、施設入居者の複合的な保健ニーズを満たすことを目的としているが、具体的には、宿泊設備；24時間看護；理学療法・ソーシャル・ワーク・および栄養指導等の専門的サービス；給食・清掃・リクレーション活動計画・緊急対応等のホスピタリティ・サービス；終末期のケア、を含む⁶⁾。

[クライアントの自己負担] 2010年1月より、BC州政府は、州政府補助付きナーシング・ホームにおけるクライアントの自己負担月額(施設利用料金)を、上限と下限付きで、税引き後の年間所得の80%に改正した。改正前の2009年12月迄は、税引き後の年間所得から、個人的な支出のための手元留保金として1万284ドルを差し引いて残った所得を、A(0～7,000ドル)からT(3万ドル超)までの11段階に分けて、1日あたりの自己負担額を定めていた。

BC州保健サービス省は、本来、ケア・サービスに使われるべき税金が、十分な所得のあるクライアントの施設費用(部屋および食費)にも補助として使われていたので、本年の改正で、制度に公平性を導入して、クライアントと納税者の双方に、公平さと受容性を図るためとしている⁷⁾。もう少し、詳しく見てみよう。

新たな自己負担額は、従来の日額表示から月額表示に改め、最低自己負担月額を894.40ドル、上限自己負担月額を2,932ドルに改正した。この新たな最低自己負担額である894.40ドルの算出根拠は、公的基礎年金に連動している。すなわち、2009年6月時点の普遍的な老齢基礎年金(Old Age Security: OAS年金)の給付月額

516.96ドル(単身者)と、OAS年金以外に所得がない場合に付加的に給付される補足所得保証(Guaranteed Income Supplement: GIS) 給付の652.51ドル(単身者)の合計月額1,169.47ドル(単身者)から、個人的な支出のための手元留保金として、州政府が定めた月額275ドルを差し引いた残りの894.40ドルが、自己負担額になる。

もし、単身のOAS年金受給者が、上述の月額1,169.47ドルに満たない所得の場合は、その所得から、まず個人的な支出のための手元留保金として残せる月額275ドルを差し引き、残った金額が自己負担月額となる。したがって、BC州の州政府補助付きナーシング・ホームのクライアント、すなわち施設入居者は、本人がいかなる低所得であっても、施設入居の自己負担額を支払った後において、常に、手元に個人的な支出のための1ヵ月の現金として、月額275ドルがクライアントの手元に確保されるようになっている。

一方、上限自己負担月額である2,932ドルの設定根拠は、より正確にすべての施設費用(部屋および食事費用)を反映した金額とされている⁸⁾。

なお、今回の改正で、高所得者で自己負担額が増加する既存のクライアントに対しては、2010年1月からと2011年1月からの2年間に、50%ずつの引き上げとなるように、経過措置が取られている。そして、保健局は、この改正によって更なるケア提供への再投資資金が得られる。

(2) オンタリオ州における州政府補助付きの介護施設

オンタリオ州で州政府補助のある居住型介護施設は、ナーシング・ホームあるいは介護ホーム(long-term care homes)と呼ばれる。この介護施設は、私営、市営、あるいは非営利の組織を含む多用な組織によって所有・運営されている。施設への入居申し込みは、地方にある14のコミュニティ・アクセス・センター(Community Care Access Centre: 以下CCAC

とする)が受け付けて調整する。

コミュニティ・アクセス・センターは、クライアントの医療ニーズの査定とともに、ホーム・ケアやインフォーマルな介護援助者といった代替ケア選択肢の入手可能性を勘案して入居資格を決定する。コミュニティ・アクセス・センターは、クライアントに入居資格があると判定すると、次の段階として、その地域にあるナーシング・ホームのリストと基本的情報をクライアントに提供する。クライアントは、最大3施設まで申し込める。

〔所得・資産調査〕所得・資産調査は、コミュニティ・アクセス・センターによる施設入居資格査定には含まれていない。オンタリオ州では、上述の入居資格基準を満たす者は、財政事情に関係なくナーシング・ホームへの入居資格がある。

〔施設ケア・サービス〕ナーシング・ホーム利用料金には、家具、食事(特別ダイエツト食を含む)、シーツおよび洗濯、個人衛生品、医療品および歩行器・臨時の車イスといった医療機器、清掃、郵便業務、ソーシャルおよびリクレーション企画、薬剤管理、日々の生活における必須行動の援助が含まれる。もちろん、24時間ベースでの看護および個人的ケア、医師およびそのほかの保健専門職へのアクセスが含まれる。ただし、調髪、ケーブルテレビ、電話、輸送等の付加サービスには、通常、追加料金が必要である。

〔クライアントの自己負担〕オンタリオ州ではナーシング・ホームの利用料金(自己負担額)は、公営施設、私営施設に関係なく、すべて標準化されており、保健・介護省(Ministry of Health and Long-Term Care: MOHLTC)によって価格が設定される。同省は、各ナーシング・ホームに財源を拠出する。施設居住者(クライアント)が支払う自己負担額は、部屋タイプによって異なる。2010年7月より改訂された部屋タイプ別の自己負担月額は、次のようになっている。

・標準部屋(通常3人以上)……自己負担月額
1,619.08ドル

・セミ個室…………自己負担月額1,862.41ドル
 ・個室……………自己負担月額2,166.58ドル
 なお、ショート・ステイの自己負担額は、1日あたり34.63ドル(月額1,053.33ドル)となっている⁹⁾。

クライアントの所得が、標準部屋(basic/standard accommodation)の自己負担額に満たない場合は、州政府補助がある。この補助は、標準部屋に対してのみ適用される。この場合、クライアントの月間総所得から個人的な支出のための手元に残せる金額130ドル(2010年7月改正適用)を引いた残りの額を、ナースィング・ホーム利用料金としてクライアントから徴収する。そして、定められた本来の自己負担額と上記の調整した後に実際に支払った自己負担額との差額、つまり、不足額は州政府が負担する。

(3) 州政府補助付き介護施設の自己負担額および自己負担額を支払う前に、個人的な支出のため手元に残せる金額の全国比較

ジャニス・マーフィー(Janice Murphy)は、州政府補助付き介護施設の利用料金のクライアント自己負担額の州別一覧表(表1)、およびその自己負担額に満たない所得しかないクライアントが、個人的な支出のための手元に残せる金額の州別一覧表(表2)を、2010年8月に公表している¹⁰⁾。

既に、BC州とオンタリオ州については上述したが、各州においていずれもかなりのバラツキのあることが見て取れる。介護施設の標準的な部屋にけるクライアント自己負担額の上限が、一番高いのはBC州の2,932ドルである。また、クライアントが個人的な支出のための手元に残せる金額の一番大きい金額も、BC州の

表1 州政府の補助付き介護施設の利用者自己負担額(州別)

州	施設利用料(月額)(自己負担額)	改正の年月
ブリティッシュ・コロンビア	最低894.40ドル;最高2,932ドル	2010年1月
アルバータ	1,354ドル(標準部屋);1,430ドル(セミ個室);1,650ドル(個室)	2008年11月
サスカチュワン	最低982ドル;最高1,866ドル	2010年1月
マニトバ	最低930.75ドル;最高2,183.92ドル	2009年8月
オンタリオ	1,619.08ドル(標準部屋:4ベッド);1,862.41ドル(セミ個室);2,166.58ドル(個室)	2010年7月
ケベック	1,017.30ドル(標準部屋:3ベッド以上);1,368.60(セミ個室:2ベッド);1,637.40ドル(個室:1ベッド)	2010年1月
ニュー・ファンドランド・アンド・ラブラドル	2,800ドル(最高)	2010年4月
ニュー・ブランズウィック	2,525ドル(最高)	2009年5月
ノヴァ・スコシア	2,881.98ドル(最高)	2009年11月
プリンス・エドワード・アイランド	2,107.88ドル(マナー:最高);(個室ナースィング・ホーム)1,977.08ドル~2,720.77ドル(セミ個室);2,68.33ドル~ドル~3,190.71ドル(個室)	2009年1月

注1 施設利用料(月額)とは、クライアントの自己負担額のことである。

出所: Murphy, Janice (2010)。

表2 個人的な支出のために手元に残せる金額(月額)(州別)

州	個人的な支出のために手元に残せる金額(月額)	改正の年月	このルールの適用を受けているクライアントの割合
ブリティッシュ・コロンビア	275ドル	2010年1月	63%
アルバータ	265ドル	2008年11月	68%
サスカチュワン	212ドル	2010年1月	
マニトバ	271ドル	2009年8月	
オンタリオ	130ドル	2010年5月	
ケベック	189ドル	2010年1月	
ニュー・ファンドランド・アンド・ラブラドル	150ドル	2010年4月	
ニュー・ブランズウィック	108ドル	2009年9月	81%
ノヴァ・スコシア	230ドル	2009年11月	
プリンス・エドワード・アイランド	103ドル	2009年1月	78%

出所: Murphy, Janice (2010)。

275ドルであることがわかる。カナダでは、満額の公的高齢基礎年金以下の低所得高齢者であっても、身体的・精神的な条件さえ整ってあれば、金銭的な心配をせずに介護施設に入居できる仕組みができてることが見て取れる。表2の右端の第3欄に、このルールの適用を受けているクライアントの割合が一部示されている。BC州では、クライアントの63%が最低の施設利用料金を下回った自己負担をしていることがわかる。

(4) 州政府補助付き介護施設の職員配置と賃金の事例

BC州の州政府補助付き介護施設における職員の配置と賃金の事例を見ておきたい。BC州にあるごく平均的な規模でミッション系のA高齢者介護施設は、建物全体を16に分けた「ハウス」¹¹⁾に約200名のクライアントを受け入れている。各ハウスには、それぞれ12～13名のクライアントが居住している。デイ・タイムは、1ハウスを2名の介護士(resident care aids)が担当している(デイ・タイムは、合計32名の介護士がいる)。この介護士の勤務時間は、1ハウスを1名が7:00～15:00、もう1名が、7:00～14:30のペアになっている。夕刻タイムの勤務時間帯は、1ユニット(50名のクライアント)として、4名の介護士が15:00～23:00、残りの4名の介護士は15:30～21:30の勤務時間となる(夕刻は、合計8名の介護士)。この変則的な勤務シフトは、多くのクライアントが早く就寝したいと望むためである。深夜タイムは、ユニットに2名の介護士を配置している。

なお、介護士職は、カナダでは免許を必要としない。しかし、介護士は大学を卒業し、5ヵ月間の認可された医療補助プログラム(Health Care Assistant Program)の修了証を得なければならない。また、本年2010年より、保健サービス省に介護士登録が必要となった。

このA高齢者介護施設におけるフルタイムの職員の年収(本給)は、それぞれ、登録看護師(Registered Nurse)が74,078ドル、看護師

(Licensed Practical Nurse)が49,725ドル、介護士(Resident Care Aide)が42,783ドルである。この年収(本給)は、時間外手当、土日および祝日勤務、夜勤手当を含んでいない。さらに、付加給(benefits)として、民間歯科保険、民間生命保険等の各種保険、および4週間の有給休暇が加えられる。もちろん、A施設も、多くのパート職員を雇用している。

2. カナダの在宅ケア(ホーム・ケア)

ここでは、州政府補助のあるホーム・ケアの仕組みを考察する。

(1) BC州の州政府補助のあるホーム・ケア

BC州では州政府補助のあるホーム・ケア(home care)は、在宅援助サービス(home support services)と呼ばれており、クライアントができるだけ長く、自立しながら自宅で過ごせるように、入浴、衣服の着付け、身繕い、および安全で援助のある自宅とするための軽度な家事仕事、といった日常活動に対して個別的な援助を提供する¹²⁾。

この州政府補助のあるホーム・ケアを利用する住民(クライアント)は、まず地元の地域保健局(RHA)に申請しなければならない。RHAは、申請のあったクライアントの評価を行う。評価の結果、在宅援助サービスが必要とされると、ケース・マネジャーはクライアントのニーズに最も適した援助を決定し、必要な調整をする。

[利用資格] BC州政府補助のあるホーム・ケアのうち、在宅看護、作業療法および理学療法の利用資格は、①BC州の住民、②カナダ国民もしくはカナダ永住権がある者、③急性期病院の退院後のケアが必要な者、終末期疾患のため、入院やあるいは治療(care)よりも自宅でのケアを求める者、となっている。

[所得・資産調査] ホーム・ケアを利用する際の利用料金を決めるために実施するものであり、利用を制限するための調査ではない。

〔クライアントの自己負担〕ケース・マネジャーによるケース管理、ナーシングおよびリハビリテーション・サービスは、無料である。在宅援助サービスは、利用者（クライアント）の所得により一日単位の自己負担がある。しかし、実際には、クライアントのほとんどが無料となっている。通常、成人デイケア・センターは、工作材料、搬送、および給食の費用に対して、低額の自己負担を一日単位で課す。

（2）BC州の州政府補助のある成人デイケア

BC州の州政府補助のある成人デイケアは、クライアントの家族がケアをできない場合に、その評価結果に基づいて提供される制度である。デイケア・センターは、通常、平日利用である。成人デイケア・センターは、公営、私営、非営利、営利で運営されている。

利用費用については、1年間BC州に住んでおれば、クライアントの自己負担（利用料）は、1日につき上限10ドルである。この負担額には、食費や搬送費等が含まれている。入浴サービスに対して、ごく少額の費用がかかる場合がある。

（3）オンタリオ州の州政府補助のあるホーム・ケア

オンタリオ州における州政府補助のあるホーム・ケアは、地方コミュニティ・アクセス・センター（Community Care Access Centres: 以下CCACとする）によって管理・運営されている。4つのタイプのホームおよびコミュニティ援助サービスがある。すなわち、①訪問看護サービス、②個別的ケアおよび援助（入浴、衣服の着付け、排泄、食事等）、③家政サービス（食事準備、買い物、軽度の家事等）、④コミュニティ援助サービス（配食、搬送、ケア援助者の気分転換（caregiver relief）、成人デイ・サービス、ソーシャルおよびリクレーション・サービス、およびセキュリティ・チェックなど）である。

この州政府補助のあるホーム・ケアを利用するには、まず地元のCCACに申請しなければならない。CCACは、申請のあったクライアン

トの評価を行う。この評価によって、在宅援助サービスが必要とされると、ケース・マネジャーがクライアントのニーズに最も適した援助を決定して、必要な調整をすることになる。

〔クライアントの自己負担〕CCACが提供するサービスは、無料である。CCACは、サービス必要性の評価とニーズの入手可能性を考慮する。

（4）オンタリオ州の成人デイケア

オンタリオ州の成人デイケア・センターには、公営、私営、非営利、あるいは営利がある。クライアントは、高齢者で、身体および（または）認識力に問題がある者、認知症の初期段階の者、および社会的な接触と刺激が必要な者である。費用は、州平均で1日当たり18.39ドルである。

3. 高齢者介護の課題

カナダ国民の観点から、高齢者介護制度の抱える現在の課題を挙げておきたい。まず1つ目は、介護施設入居の待機リストの解消である。BC州であればRHA、オンタリオ州であればCCACが、クライアントの最も高いニーズと緊急度に応じて、介護施設に空室がでた介護施設順（first available bed policy）に割り当てる。このため、クライアントの希望の施設に入居できるとはかぎらない。

BC州では、この待機期間が数日から4ヵ月以上ある。オンタリオ州の平均待機期間は、2006年1～3月期において49日間であったが、2008年1～3月期には106日になり、2年間で倍増している¹³⁾。また、最初に紹介された施設に入居した者が、希望する他の介護施設に入居したいと申しでた場合、施設の受け入れ状況次第であるが、2年以上の待機となるケースもある。

第2の課題は、州政府補助のついた介護サービスが、営利部門と非営利部門の両部門によって提供されていることから生じる。公的財源で賄われているすべての介護施設のうち、営利施

設によるものがオンタリオ州で約60%、BC州で30%となっている。介護サービスの提供における営利所有と非営利所有の成果は、どちらが望ましいのかという問題である。キンバリン・マグレイル (Kimberlyn McGrail) 等は、標準化された利用者に対して、州政府補助として支払われる金額が同額であれば、非営利所有の方が、クライアントに対する職員配置と成果において優れていると指摘している¹⁴⁾。彼らも指摘しているとおり、営利所有の介護施設は、利益を生み出す必要があるために、そのしわ寄せが介護サービスや職員配置に影響を及ぼすのは当然であろう。

カナダにおいては、最低職員水準を定めた法律がないに等しい状態であり、州政府は「目標水準」を提示しているか、あっても時代遅れになっている¹⁵⁾。カナダにおけるこの所有形態に関する議論は、今後ますます深まることが期待される。

第3に、介護サービス需要の高まりが見込まれることから鑑みて、介護職スタッフの教育訓練(介護の質の向上)が求められる。既に述べたように、BC州では、本年2010年より保健サービス省に介護士登録が必要になった。高齢化に関する上院特別委員会は、ホーム・ケアや在宅支援に携わる人々に対する教育の重要性を指摘している¹⁶⁾。介護の質を高めるいっそうの施策が求められる。

最後の4つ目の課題は、医療保障制度との絡みのなかでの、介護サービスの位置づけであろう。高齢化に関する上院特別委員会は、虚弱な高齢者にとっては、医療サービスと福祉サービス(social services)との間にたいした違いはないと指摘し、広義の統合されたケア(integrated care)の必要性を強調している¹⁷⁾。

また、カナダ公職員組合(Canadian Union of Public Employees)は、公的健康保険(medicare)による給付を施設介護にまで拡大すること、連邦財源を増加すること、および介護基準を法制化すること、を求めている。そして、カナダ保健法の5基準を介護サービスにも適用すべき

であると主張している¹⁸⁾。

カナダの医療保障制度改革の方向付けをおこなった2002年の『ロマノウ報告』¹⁹⁾は、ますます在宅ケアの重要性が増すことに鑑み、カナダ保健法の適用範囲を広げることによって、在宅ケア・サービスにカナダ保健法の5基準を適用することを勧告している。

まとめ：統合ケアの必要性

高齢者介護施設は、医療分野と違って、公費補助のある施設と公費補助のない私的施設とが併存する2層制度(two-tier)となっている²⁰⁾。この問題に、本稿では言及できなかった。

カナダでは、介護援助者に対するレスパイト・サービスに州政府補助が適用されている。カナダも施設介護から在宅介護への政策誘導が行われているが、そうであれば、在宅ケアの重要な支え手である家族介護援助者に対する社会的配慮が、今後いっそう求められる。

カナダの介護施策は、これまで医療サービスに重心を置いたことで、進んできたといえる。しかし、高齢化がますます進む状況の下では、高齢化に関する上院特別委員会が指摘しているように、医療と介護はもとより、高齢者の住宅をどうするかといったところまで含めた、統合されたケアの仕組みの構築が必要である。カナダは、統合ケアへの道を推し進めるのに良い位置にいる。

注

- 1) Statistics Canada (2007). A Portrait of Seniors in Canada 2006, Ottawa: Statistics Canada. p.28.
- 2) British Columbia (2010). Web site: <http://www.seniorshc.ca/healthcare/community/> (Accessed Oct.4, 2010.)
- 3) Statistics Canada (2010). Residential Care Facilities 2007/2008, Ottawa: Statistics Canada. Catalogue no. 83-237-X, P.10.
- 4) Health Canada (Date Modified: 2004-10-01).

- また、高齢化に関する上院特別委員会は、カナダでは、介護施設 (long-term care facilities) のことを、special care homes, nursing homes, continuing care centres, personal care homes, government manor homes, private manor homes, homes for the aged, residential continuing care facilities,とも呼び共通語がないとしている。Special Senate Committee on Aging (2009). Final Report, Canada's Aging Population: Seizing the Opportunity, Ottawa: Special Senate Committee on Aging.p.49.
- 5) BC州は、2001年に機構改革を行い、それまで州内に52あった保健局を統合して、現在の5つの地域保健局 (regional Health Authorities) と1つの州保健サービス局 (Provincial Health Services Authority) にした。5保健局は、16ある医療サービス提供地区のサービスを統括、計画、調整しており、質の高い、患者中心で、持続可能な保健医療制度を構築することを託されている。
 - 6) Vancouver Island Health authority: Web site: <http://viha.ca/hcc/residential/> (Accessed Nov.10, 2010.)
 - 7) British Columbia, Ministry of Health Services (2009). 'Why is the new residential care rate structure being introduced?' Questions and Answers on the New Residential Care Rate Structure, October 21.p.1.
 - 8) British Columbia, Ministry of Health Services (2009). 'What is the new rate structure?' Questions and Answers on the New Residential Care Rate Structure, October 21.p.1.
 - 9) Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care (2010). 'Cost', Public Information, Seniors' Care: Long-term Care Homes, Web site: http://www.health.gov.on.ca/english/public/program/ltc/15_facilities.html#3 (Accessed Oct.25, 2010.)
 - 10) Murphy, Janice (2010). Residential long-term care charges and income allowances, by province. Ottawa: Canadian Union of Public Employees, National Office.
Web site: [Residential_LTC_charges_and_income_allowances_across_Canada-1.pdf/](#) (Accessed Oct.22, 2010.)
 - 11) わが国の特別養護老人ホームでは、「A地区」、「1丁目」等の名称をつけて、施設内の一定場所を呼んでいるのと同じである。
 - 12) British Columbia (2010). 'Home Support' in Community Care Services.
Web site: www.health.gov.bc.ca/hcc/homesupport/ (Accessed Oct. 4, 2010.)
 - 13) Ontario Health Quality Council (2009). Long-Term Care in Ontario. A Report on Quality, Toronto: OHQC.p.3.
 - 14) McGrail, Kimberlyn; Margaret McGregor; Marcy Cohhen, Robert Tate; Lisa Roland (2007). For-profit versus not-for-profit delivery of long-term care, Canadian Medical Association Journal (CMAJ), 176(1), pp.57-58.
 - 15) Canadian Union of Public Employees (CUPE). (2009). *Residential Long-Term Care in Canada-Our Vision for Better Seniors' Care, Summary*. Ottawa: CUPE.
 - 16) Special Senate Committee on Aging (2009). op.cit. pp.57-58.
 - 17) Ibid. pp. 34-43.
 - 18) CUPE, op. cit. pp.2-5.
 - 19) Romanow, Roy (2002). Building on Values: The Future of Health Care in Canada-Final Report, Saskatoon: Royal Commission on the Future of Health Care in Canada.
 - 20) ただし、ニュー・ファンドランド・アンド・ラブラドル州のみは、すべて非営利である。

1. 基本情報

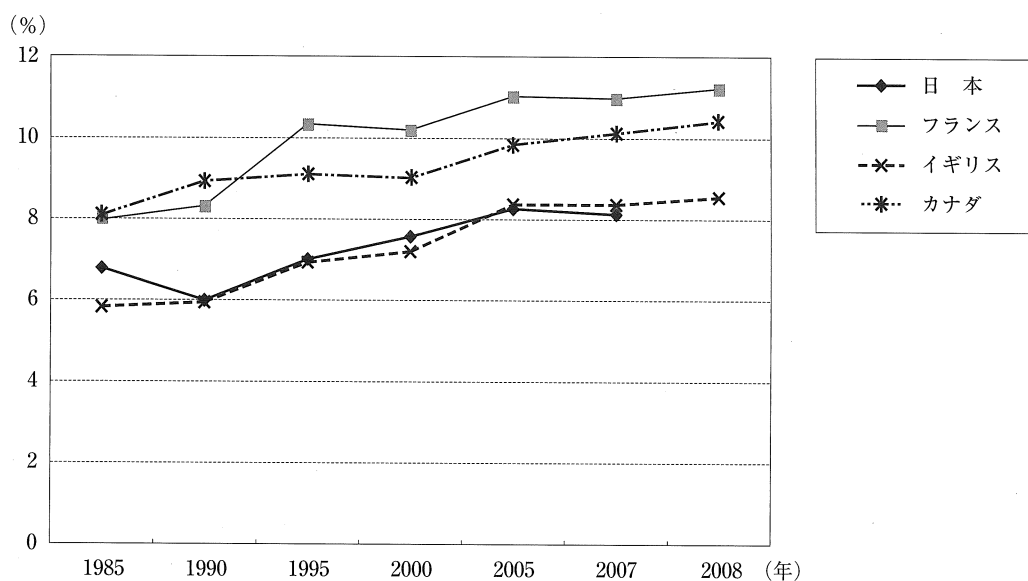
(09年)	日本	フランス	イギリス	カナダ
総人口(千人)	127,395	62,149	60,930	33,368
高齢化率(%)	22.8	16.6	15.8	13.9
合計特殊出生率	1.37(08年)	2.00(08年)	1.96(08年)	1.66(07年)
平均寿命(年)	男79.3／女86.1 (08年)	男77.8／女84.5	男77.6／女81.8 (07年)	男78.3／女83 (07年)
失業率(%)	3.9(07年)	8.1(07年)	5.2(07年)	6(07年)
社会保障費対GDP(%)	18.6	29	21.2	16.7
医療費対GDP(%)	8.1(07年)	11.2(08年)	8.7(08年)	10.4(08年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	39.0	61.2	48.3
	租税負担率(A)	21.5	37.0	37.8
	社会保障負担率(B)	17.5	24.2	10.6

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国05年の数値。

2. 国民負担率については、日本は10年度見通し。諸外国は07年の数値。

出所：OECD Health Data 2010, 財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Data 2010.

3. 医療提供体制

(08年)			日本	フランス	イギリス	カナダ
平均在院日数(急性期)			18.8	5.2	7.1	7.5 (07年)
病床数	医療施設	急性期	1,040,271 (8.1)	223,696 (3.5)	165,348 (2.7)	87,987 (07年) (2.7)
		長期	356,877 (2.8)	98,000 (1.5)	— —	13,959 (07年) (0.4)
		精神	349,321 (2.7)	57,141 (0.9)	38,969 (0.6)	10,164 (07年) (0.3)
		その他	9,502 (0.1)	61,819 (1.0)	1,660 (0)	1,949 (07年) (0.1)
	介護施設		741,775 (5.8)	535,056 (8.4)	527,140 (8.7)	— —
医療 関係者数	医師		274,992 (2.2)	— —	157,658 (2.6)	— —
	歯科医師		96,690 (0.8)	— —	31,145 (0.5)	— —
	薬剤師		186,052 (1.5)	— —	38,858 (0.6)	— —
	看護師		1,218,332 (9.5)	— —	575,989 (9.5)	304,424 (9.2)

(注) 下段のカッコ内は人口千人当たり。

出所：OECD Health Data 2010.

4. 掲載国通貨円換算表(2010年11月末現在)

(単位 円)

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)
112.16	135.19	84.39

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