

健保連海外医療保障

No.107 2015年9月

■特集Ⅰ：介護保障制度

- ドイツ
ドイツにおける介護保障の動向 齋藤 香里
- フランス
フランス介護保障制度の動向
—地域包括ケアシステムへの示唆と課題— 篠田 道子
- オランダ
オランダの長期療養・介護制度改革 大森 正博

■特集Ⅱ：スウェーデン疾病保険制度改革の動向

- スウェーデン
スウェーデン中道右派政権による
疾病保険制度改革：挫折への経緯と評価 岡部 史哉

■参 考 掲載国関連データ

- ドイツ／フランス／オランダ／スウェーデン

健保連海外医療保障

No.107 2015年9月

ドイツにおける介護保障の動向

千葉商科大学 准教授

齋藤 香里

Saito Kaori

ドイツでは2008年から介護改革が推進されている。

2015年からは、介護保険の要介護者への給付が改正され、居宅介護における要介護度別認知症患者への給付が始まり、給付額は過去3年間の物価上昇率を考慮し4%増額となった。保険料率は0.3%引き上げられ、子がいる場合は2.35%、子がいない場合は2.6%となり、そのうち0.1%は介護準備金として2033年まで積み立てられる。

さらに労働者が介護と仕事を両立させるための施策が推し進められている。

第2介護強化法案が2015年に成立すれば、2017年から「要介護の概念」、認知症を考慮した「要介護度」、「新評価判定」(NBA) および「給付」について新制度が導入される。

1. ドイツの介護保険制度

(1) ドイツの介護保険制度の概要

ドイツでは、1995年1月から保険料が徴収され、同年4月から居宅介護、1996年7月から施設介護への給付が始まった。

ドイツの介護保険は社会法典第11編に定められている¹⁾。本稿では公的介護保険（以下、「介護保険」という）について取り上げる。

ドイツの介護保険制度は、日本の制度と同様に、被保険者が保険料を納付し、要介護になると要介護認定を受け、認定された要介護度別の給付を受給する。

介護保険の保険者は、医療保険の保険者である疾病金庫に併設されている介護金庫である。被保険者は、医療保険に併設されている介護保険に加入する。被保険者に日本の制度のような40歳以上という年齢制限はない。介護保険の給付受給権は介護を必要とする人にあり、日本のような年齢制限はなく、障害児および障害者も対象となる。

要介護度は、1996年の介護保険導入時において、「介護等級」(Pflegestufe)Ⅰ～Ⅲの3段階が設定され、給付の種類によっては介護等級Ⅲにおいてさらに最重度の場合に「特に過酷なケース」が設けられている。なお、介護等級Ⅰは日本の要介護3程度と類推されている。2013年から認知症患者を主な対象とする「介護等級0」が設けられた。

2015年に第2介護強化法案が成立すれば、2017年1月から「要介護の概念」と「要介護度」は新制度となる（同法案については、後述）。

保険料率は、2015年1月から所得の2.35%となっている。保険料はザクセン州を除き²⁾、労使折半で負担する。年金受給者、自営業の場合は、全額負担となる。

保険料率は1995年1月より所得の1.0%から徴収され始め、1996年7月から1.7%となった。2008年7月より保険料率は子の有無で異なることになり³⁾、子がいない被保険者は所得の0.25%をさらに負担する。保険料率は、2008年に1.95%、2013年1月から2.05%、2015年1月より0.3%引き

上げられ2.35%となった。

2015年に引き上げられた保険料率の0.3%のうち、0.2%分は居宅介護および施設介護のサービス改善に投入される。0.1%分は介護準備基金(Pflegevorsorgefonds)として2015年から2033年まで積み立てられる。この準備金は2035年以降、保険料率の引上げを回避するために使用される。

ドイツの介護保険の資金調達は、ほぼ保険料だけで賄われている。日本のような利用者負担や公的資金の投入はない。

ドイツの介護保険は、部分保険である。介護保険の給付額では、介護費用の約6割しかカバーしていない。自己負担が不可能な場合には、日本の生活保護にあたる社会扶助の介護扶助から給付される。介護扶助は一般の低所得者対策とは区分されており、資力調査の基準が緩和されている。

2013年1月からは、公的介護保険の被保険者がさらに民間の介護保険に加入した場合、月額5ユーロの助成がなされている。

(2) 介護保険の給付

1) 居宅介護の要介護者への給付

① 現物給付(介護サービス)と現金給付(介護手当)

居宅介護の場合、要介護度別に給付限度額が設定されている。ドイツでは、日本の同制度における利用額に対する1割あるいは2割の自己負担はない。2015年1月より介護保険の各給付額は、過去3年間の物価上昇率が考慮され、4%増額された⁴⁾。さらに継続的に日常生活能力に著しく制限のある者、すなわち主に認知症患者(精神障害者および精神病患者も対象となる)に対する要介護度別の給付が創設された。

居宅介護の給付には、現物給付(介護サービス)と日本にはない現金給付(介護手当)がある(表1)。

居宅介護で現物給付の場合、介護等級Iは468ユーロ、介護等級IIは234ユーロ、介護等級IIIは0ユーロ、特に過酷なケースには1,995ユーロまで給付される。認知症を伴う場合には、介護等級0では123ユーロ、介護等級Iは316ユーロ、介護等級IIは545ユーロ、介護等級IIIは728ユーロまで給付される。このように、認知症患者に対して配慮された給付が行われている。

居宅介護で現金給付の場合、介護等級Iは244ユーロ、介護等級IIは122ユーロ、介護等級IIIは244ユーロまで給付される。認知症を伴う場合には、介護等級0では123ユーロ、介護等級Iは316ユーロ、介護等級IIは545ユーロ、介護等級IIIは728ユーロまで給付される。このように、認知症患者に対して配慮された給付が行われている。

居宅介護の場合、現物給付と現金給付を組み合わせることで受給することができる。居宅介護で介護等級Iの場合、現物給付では月額468ユーロ分、現金給付では月額244ユーロが給付される。現物給付で234ユーロ分を受給した場合、現金給付としては122ユーロが給付される。現物給付で受け取った234ユーロ分は、現物給付として受給権利をもつ468ユーロ分の50%にあたる。現物給付として受給しなかった給付の残り50%を、現金給付の50%で受け取る。つまり、現物給付50%と現金給付50%で100%受給する。現金給付と現物給付の割合は、自由に設定することができる。

現物給付			現金給付	
468ユーロ	100%	→	0ユーロ	0%
234ユーロ	50%	→	122ユーロ	50%
0ユーロ	0%	→	244ユーロ	100%

現物給付の給付額と比較して現金給付の給付額が低く設定されているのは、介護保険創設時に現物給付よりも現金給付での受給を選択する人が多いと想定し、介護保険の総支給額を抑制するねらいがあったためである。

② 通所介護

デイケアおよびナイトケアといった通所介護には、介護等級Iは468ユーロ、介護等級IIは1,144ユーロ、介護等級IIIは1,612ユーロまで給付される。認知症を伴う場合には、介護等級0では231ユーロ、介護等級Iは689ユーロ、介護等級IIは1,144ユーロ、介護等級IIIは1,612ユーロまで給付される。認知症を伴う場合には、介護等級0では123ユーロ、介護等級Iは316ユーロ、介護等級IIは545ユーロ、介護等級IIIは728ユーロまで給付される。このように、認知症患者に対して配慮された給付が行われている。

表1 介護保険における現物・現金給付（2015年1月現在）

単位：ユーロ

	介護等級Ⅰ	介護等級Ⅱ	介護等級Ⅲ (特に過酷なケース)
居宅介護のための現金給付 (介護手当)(月額)上限	244	458	728
認知症を伴う場合	316	545	728
居宅介護のための現物給付(月額) 上限	468	1,144	1,612 (1,995)
認知症を伴う場合	689	1,298	1,612 (1,995)
通所介護(デイケア・ナイトケア) (月額)上限	468	1,144	1,612
認知症を伴う場合	689	1,298	1,612
居宅介護での代替介護： ・近親者による場合 (年間6週間まで)上限	366	687	1,092
認知症を伴う場合	474	817.50	1,092
居宅介護での代替介護： 他人による場合 (年間6週間まで)上限	1,612		
認知症を伴う場合	1,612		
ショートステイ(年間4週間まで)	1,612		
認知症を伴う場合	1,612		
追加的な世話給付(月額)上限	104		
認知症を伴う場合	基本額：104 増額：208		
訪問援助をする居住グループに住む 要介護者に対する追加給付(月額)	205		
介護用品(消耗品)(月額)上限	40		
認知症を伴う場合	40		
介護補助具	費用の100%		
住居環境改善措置	4,000(各居住共同体につき上限額16,000)		
施設介護(月額)一律	1,064	1,330	1,612 (1,995)
入所施設における障害者に対する介護	施設費用の10%(上限266)		

出所：BMG(2015a)をもとに筆者作成。

Ⅱは1,298ユーロ、介護等級Ⅲは1,612ユーロまで給付される(表1)。

2015年からは、現金給付および現物給付の給付額から利用額を差し引かれることなく、デイケアおよびナイトケアを利用することができるようになった。

③ ショートステイ

介護等級Ⅰ～Ⅲ、および認知症患者の場合で介護等級Ⅰの要介護者は、年間4週間まで

ショートステイを合計1,612ユーロを上限に利用することができる(表1)。

代替介護への給付額のうち利用していない分をショートステイのための費用に使うことができるようになった。ショートステイの利用は年間4週間までとなっているが、代替介護の分を上乗せすれば8週間利用できる。

④ 介護用具および居住環境の改善措置

消耗品の介護用品については、認知症を伴わ

ない介護等級Ⅰの場合を除き、月額40ユーロまで給付される。

技術的な介護補助具の費用は100%補助される。

居住環境を改善するために、適当な自己負担を考慮のうえで、4,000ユーロまで補助される。複数の要介護者が同居している場合は、合計で1万6,000ユーロまで補助される。

2) 施設介護の要介護者への給付

介護施設に入所している場合には、月額一律で介護等級Ⅰは1,064ユーロ、介護等級Ⅱは1,330ユーロ、介護等級Ⅲは1,612ユーロ、特に過酷なケースには1,995ユーロが給付される（表1）。

3) 介護者への施策

「介護者」とは「要介護者を所得目的ではなく週14時間以上在宅で介護している者」と定義され、居宅で介護する介護者への施策が講じられている。

① 介護者の社会保障

介護者には、年金保険・医療保険・介護保険・失業保険・労災保険といった社会保険が適用される。

介護期間中、介護者には年金保険への加入が義務づけられている。介護者の年金保険料は介護保険から支払われる。年金保険料が支払われる介護者の条件は、週最低14時間以上介護をし

ており、介護のために週30時間未満しか所得活動に就くことができず、要介護者から介護保険の現金給付範囲の労働報酬しか受けておらず、高齢者に対する全額年金を受給していない場合である。

ドイツの介護保険制度は、在宅介護の介護者に年金保険を適用するため、介護者の労働価値について、要介護度と介護時間別に一般労働者の労働価値の相当分を基準として規定している。

介護等級Ⅲの要介護者の週14時間以上21時間未満での介護は一般労働者の平均報酬額の40%、週21時間以上28時間未満の介護は平均報酬額の60%、週28時間以上の介護労働は平均報酬額の80%に値する労働価値があるとされる（表2）。たとえば、45歳の女性が介護等級Ⅲの母親を居宅で週32時間介護しているとする。彼女の介護労働の価値は、前年の一般労働者の平均報酬額の80%に値するとされる。彼女の介護労働への労働報酬は、2015年では旧西ドイツ地域で2,268ユーロに値する。2015年の年金保険料率は所得の18.7%である。2,268ユーロの所得に対する年金保険料は424.12ユーロである。この場合、1年間の介護によって年金受給額は、月額22.25ユーロ高くなる。

② 代替介護

介護者が病気などで介護ができなくなるこ

表2 介護保険における介護者の社会保障のための介護金庫による年金保険の保険料支払状況（2015年）

要介護度	週の 最低介護時間 (時間)	年金保険料における平均報酬額を基準 とした保険料納付基準値(算定基礎額) (ユーロ)			保険料 (ユーロ)		1年間の介護によって 生じる年金(月額) (ユーロ)	
			西	東	西	東	西	東
介護等級Ⅲ	28	80%	2,268.00	1,932.00	424.12	361.28	22.25	20.48
	21	60%	1,701.00	1,449.00	318.09	270.96	16.69	15.36
	14	40%	1,134.00	966.00	212.06	180.64	11.12	10.24
介護等級Ⅱ	21	53.3333%	1,512.00	1,288.00	282.74	240.86	14.83	13.65
	14	35.5555%	1,008.00	858.67	188.50	160.57	9.89	9.10
介護等級Ⅰ	14	26.6667%	756.00	644.00	141.37	120.43	7.42	6.83

注1. 表中の「西」は旧西ドイツ地域、「東」は旧東ドイツ地域である。

2. 2015年の公的年金の保険料率は18.7%である。平均報酬額は、旧西ドイツ地域は2,835ユーロ、旧東ドイツ地域は2,415ユーロである。

出所：BMG（2015a）

がある。また、介護者を介護から解放し、休暇を与えることも大切である。ドイツではレスパイト（息抜き）・サービスとして代替介護とショートステイの制度がある。

代替介護の期間は1年間のうち6週間までとなっている。代替介護の介護者が近親者の場合には、認定された介護等級の現金給付額の1.5倍の金額まで利用することができる。介護等級Ⅰは366ユーロ、介護等級Ⅱは687ユーロ、介護等級Ⅲは1,092ユーロまで利用することができる。さらに、要介護者が認知症を伴う場合には、介護等級Ⅰは184.5ユーロ、介護等級Ⅱは474ユーロ、介護等級Ⅲは817.5ユーロ、介護等級Ⅳは1,092ユーロまで利用できる。代替介護者が他人の場合には、認知症を伴わない介護等級Ⅰの場合を除き、1,612ユーロまで給付される（表1）。

③介護者が介護と仕事を両立する施策

労働者が介護と仕事を両立させるための施策が推進されている（詳細は、後述）。

2. ドイツにおける介護保険財政の現状

ドイツの総人口は2012年度末で8,052万人、2009～2011年の平均寿命は男性が77.7歳、女性が82.7歳、総人口に占める65歳以上の割合（高齢化率）は20.7%である。要介護発生リスクは60歳

以下では0.7%、60～80歳では4.2%、そして80歳以上は28.8%となっている。総人口に占める80歳以上の割合は、2020年には7.5%、2030年に8.3%、2040年には11%に達すると推計されている。そして要介護者は、2020年に285万人、2030年に331万人、2040年には364万人に増加すると見込まれている。

ドイツにおける公的介護保険で認定された要介護者の概況をみてみよう。要介護者は1998年の173万8千人から、2006年には196万9千人、2014年には256万9千人と増加している（表3）。要介護者の居宅介護率は、1998年には70.6%であったが、2002年に68.2%、2006年には66.5%にまで減少した。その後、介護改革の効果が現れ、居宅介護率は2010年に69.0%、2014年には70.8%まで年々上昇している（表4）。要介護度別に居宅介護率をみると、介護等級Ⅰでは1998年の76.6%から2006年には74.3%にまで減少したが、2010年に76.9%、2014年には78.1%に回復した。2006年からの居宅介護率の増加傾向は要介護度が重度の場合にもみられる。介護等級Ⅲの居宅介護率は、1998年の55.0%から2006年には48.8%にまで低下したが、2010年には49.7%、2014年には50.2%にわずかではあるが上昇している（表4）。

公的介護保険における給付種類別受給者数の推移（表5）をみると、現金給付の受給者数は、1998年の96万3千人から、2006年に97万7千人、

表3 公的介護保険における要介護度別要介護者数の推移

単位：人

年	居宅介護				施設介護				合計			
	介護等級Ⅰ	介護等級Ⅱ	介護等級Ⅲ	計	介護等級Ⅰ	介護等級Ⅱ	介護等級Ⅲ	計	介護等級Ⅰ	介護等級Ⅱ	介護等級Ⅲ	計
1996	508,462	507,329	146,393	1,162,184	111,856	162,818	109,888	384,562	620,318	670,147	256,281	1,546,746
1998	616,506	471,906	138,303	1,226,715	187,850	210,525	113,028	511,403	804,356	682,431	251,331	1,738,118
2000	681,700	448,427	130,698	1,260,825	210,883	234,839	115,622	561,344	892,583	683,266	246,320	1,822,169
2002	725,993	435,924	127,235	1,289,152	230,383	249,600	119,834	599,817	956,376	685,524	247,069	1,888,969
2004	746,140	426,632	123,039	1,296,811	245,327	258,926	124,639	628,892	991,467	685,558	248,678	1,925,703
2006	767,978	418,617	123,156	1,309,751	265,294	264,492	128,968	658,754	1,033,272	683,109	252,124	1,968,505
2008	861,575	439,605	131,354	1,432,534	274,925	273,016	133,010	680,951	1,136,500	712,621	264,364	2,113,485
2010	967,973	471,609	138,262	1,577,844	290,759	279,055	140,141	709,955	1,258,732	750,664	278,403	2,287,799
2012	1,043,065	483,159	140,884	1,667,108	313,280	273,733	142,533	729,546	1,356,345	756,892	283,417	2,396,654
2014	1,145,958	522,218	149,876	1,818,052	321,215	280,733	148,936	750,884	1,467,173	802,951	298,812	2,568,936

出所：BMG（2015a）

表4 公的介護保険における要介護度別
居宅介護率の推移

単位：％

年	介護等級Ⅰ	介護等級Ⅱ	介護等級Ⅲ	合計
1996	82.0	75.7	57.1	75.1
1998	76.6	69.2	55.0	70.6
2000	76.4	65.6	53.1	69.2
2002	75.9	63.6	51.5	68.2
2004	75.3	62.2	49.5	67.3
2006	74.3	61.3	48.8	66.5
2008	75.8	61.7	49.7	67.8
2010	76.9	62.8	49.7	69.0
2012	76.9	63.8	49.7	69.6
2014	78.1	65.0	50.2	70.8

出所：BMG（2015a）のデータをもとに筆者作成。

2014年には125万4千人まで増加している。しかし、公的介護保険における給付種類別受給率の推移（表6）をみると、現金給付の受給率は1998年の53.6％から、2006年に47.4％、2012年の43.9％にまで減少したが、2014年には45.1％となっている。代替介護制度としての介護休暇の利用も年々増加している。通所介護のデイケアおよびナイトケアの利用は増えてきている。

公的介護保険における2014年の収入は、259億1千万ユーロである。

給付の種類別に支出額（2014年）をみると、施設介護は102億6千万ユーロ、現金給付は59

表5 公的介護保険における給付種類別受給者数の推移

単位：人

年	給付の種類								合計
	現金給付	現物給付	現金・現物 給付の組み 合わせ	介護休暇	デイケア・ ナイトケア	ショート ステイ	施設介護	障害者ホーム における 施設介護	
1996	943,877	105,879	135,305	6,804	3,639	5,731	355,142	5,711	1,562,087
1998	962,669	133,895	171,764	4,070	6,774	6,199	452,750	56,543	1,794,664
2000	954,684	159,693	193,018	6,313	10,287	7,696	494,793	55,641	1,882,125
2002	977,327	165,679	205,322	8,841	13,148	8,615	532,278	60,428	1,971,638
2004	959,580	169,357	203,544	12,145	15,045	9,989	548,647	65,052	1,983,358
2006	977,034	180,944	208,825	18,714	16,767	13,096	575,846	68,987	2,060,214
2008	1,009,122	182,191	244,425	30,120	20,166	15,202	600,389	73,974	2,175,590
2010	1,050,894	183,014	311,739	47,497	35,048	17,255	621,442	81,462	2,348,351
2012	1,075,835	129,489	380,186	74,210	47,730	18,427	642,334	81,172	2,449,383
2014	1,253,745	148,674	420,950	106,692	67,009	20,275	679,767	85,024	2,782,136

出所：BMG（2015a）

表6 公的介護保険における給付種類別受給率の推移

単位：％

年	給付の種類								合計
	現金給付	現物給付	現金・現物 給付の組み 合わせ	介護休暇	デイケア・ ナイトケア	ショート ステイ	施設介護	障害者ホーム における 施設介護	
1996	60.4	6.8	8.7	0.4	0.2	0.4	22.7	0.4	100.0
1998	53.6	7.5	9.6	0.2	0.4	0.3	25.2	3.2	100.0
2000	50.7	8.5	10.3	0.3	0.5	0.4	26.3	3.0	100.0
2002	49.6	8.4	10.4	0.4	0.7	0.4	27.0	3.1	100.0
2004	48.4	8.5	10.3	0.6	0.8	0.5	27.7	3.3	100.0
2006	47.4	8.8	10.1	0.9	0.8	0.6	28.0	3.3	100.0
2008	46.4	8.4	11.2	1.4	0.9	0.7	27.6	3.4	100.0
2010	44.8	7.8	13.3	2.0	1.5	0.7	26.5	3.5	100.0
2012	43.9	5.3	15.5	3.0	1.9	0.8	26.2	3.3	100.0
2014	45.1	5.3	15.1	3.8	2.4	0.7	24.4	3.1	100.0

出所：BMG（2015a）

表7 公的介護保険の財政状況

単位：10億ユーロ

年	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014
収入合計	12.04	16.00	16.54	16.98	16.87	18.49	19.77	21.78	23.04	25.91
給付の種類	現金給付	4.44	4.28	4.18	4.18	4.08	4.02	4.24	4.67	5.08
	現物給付	1.54	1.99	2.23	2.37	2.37	2.42	2.60	2.91	3.11
	介護休暇	0.13	0.06	0.10	0.13	0.17	0.21	0.29	0.40	0.50
	デイケア・ナイトケア	0.03	0.05	0.06	0.08	0.08	0.09	0.11	0.18	0.25
	訪問援助の追加給付				0.00	0.02	0.03	0.06	0.28	0.38
	ショートステイ	0.09	0.11	0.14	0.16	0.20	0.23	0.27	0.34	0.38
	介護者の社会保障	0.93	1.16	1.07	0.96	0.93	0.86	0.87	0.88	0.89
	介護用具・介護補助具	0.39	0.37	0.40	0.38	0.34	0.38	0.46	0.44	0.66
	施設介護	2.69	6.84	7.48	8.00	8.35	8.67	9.05	9.56	9.96
	障害者ホームにおける施設介護	0.01	0.22	0.21	0.21	0.23	0.24	0.24	0.26	0.27
	介護相談						0.01	0.07	0.07	0.08
支出合計 ^注		10.86	15.88	16.67	17.36	17.69	18.03	19.14	21.45	22.94
収支差額		1.18	0.13	-0.13	-0.38	-0.82	0.46	0.63	0.33	0.10
積立金		4.05	4.99	4.82	4.93	3.42	3.50	3.81	5.13	5.55

注 給付の全種類を記載していないため、支出合計額は一致しない。

出所：BMG (2015a) のデータをもとに筆者作成。

億4千万ユーロ、現物給付は35億6千万ユーロとなっている。通所介護であるデイケア・ナイトケアの給付額（3億1千万ユーロ）は、介護者の社会保障（9億4千万ユーロ）、介護休暇（6億8千万ユーロ）、介護用具・介護補助具（6億6千万ユーロ）、訪問援助の追加給付（4億8千万ユーロ）、ショートステイ（4億3千万ユーロ）への給付額より低い。支出合計は254億5千万ユーロであり、当該年度の収支差額は4億6千万ユーロ、積立金は66億3千万ユーロとなっている（表7）。

3. 介護改革

（1）介護改革の概況

2008年から介護改革が推進されている。2008年の介護改革は、「介護保険の構造的継続発展のための法律（介護継続発展法）」(Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung) によるものであり、同法は複数の法律の制定および改正によって構成される条項法である。2008年の介護改革では、居宅介護への支援施策など⁵⁾ が行われた。

2013年の「介護新調整法」(Pflege-Neuausrichtungsgesetz) の施行により、主に認知症患者を対象とする介護等級0の要介護者への給付や追加的な民間介護保険への保険料に助成がなされるなどの施策が実施された。

2015年1月から「介護と家族と仕事をより良く調和させるための法」(Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf) と「第1介護強化法」(Erstes Pflegestärkungsgesetz) が施行され、介護保険の給付の改正（給付の増額と居宅介護における要介護度別認知症患者への給付の創設）、保険料の引上げ、介護準備金の創設などが行われている。

さらに、2015年に第2介護強化法案が成立すれば、2017年から新しい「要介護の概念」と認知症患者に配慮された「要介護度」および要介護状態についての「新評価判定」(Neues Begutachtungsassessment)（以下、「NBA」という）が導入され、保険料率は2017年に0.2%引き上げられる。

（２）介護と仕事の両立

就業者の介護と仕事の両立させることをねらいとして、2008年7月から「介護継続発展法」第3章「介護期間法」(Gesetz über die Pflegezeit)で「介護休業制度」が創設され、同制度は2012年1月の「介護と仕事を両立するための法律」(Gesetz zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf)に基づく「家族介護期間法」(Familienpflegezeitgesetz)により拡充された。さらに2015年1月に関連する諸法律を改正する「介護と家庭と仕事をより良く調和させるための法」が施行され、同制度はより利用しやすいものとなった。新制度のポイントは休業時の所得補償にある。

介護期間法には、介護のための休業として短期と長期の規定がある。

短期は、突然、近親者が介護を要する事態になった場合に対応するために、最長10日間の休業を認めるというものである。長期では、最長6カ月間、就業者に介護期間として休業する権利がある。旧法では短期および長期とも休業中は無給であったが、今回の改正により、所得が補償されることになった。

短期のケースへの所得補償は、「介護支援手当」(Pflegeunterstützungsgeld)の創設によってなされ、休業中の全労働者に対して従前賃金(手取り)の90%(上限額あり)を補償する。介護支援手当は介護金庫から給付される。短期の休業は、使用者に予告なしで取得できるようになった。

長期のケース(従業員15人以上の会社で適用)には、連邦の無利子貸付が可能になった。なお、新法では、近親者の要介護者の終末期3カ月間に短時間労働あるいは休業を取得できるようになった。

家族介護期間法に基づく家族介護期間では、労働者が近親者の要介護者を介護するために、最長で2年間、最大で15時間まで1週間の労働時間を短縮できる。家族介護期間中は労働時間を50%短縮することができるとともに、従前の総所得の75%を受け取ることができる⁶⁾。家族介

護期間終了後、フルタイム就業に復帰しても、労働者は家族介護期間と同期間、労働者の負債分が返済されるまで、給料は75%のまま据え置かれる。新法では、従業員25人以上の事業所の全労働者は「労使の合意なし」で同制度の利用が可能になった。旧法では「使用者」が家族介護期間中の給料の前払いのための資金として無利子の貸付⁷⁾を受けていたが、新法では「労働者」が同庁に直接申請することになった⁸⁾。

（３）第2介護強化法案

第2介護強化法案が2015年に成立すれば、2017年から「要介護の概念」と認知症患者に配慮された「要介護度」およびNBA、「給付」について新制度が導入される。

本稿では、審議中の同法案(2015年6月22日現在)(BMG、2015b)を紹介する。

1) 新「要介護の概念」

要介護者とは、生活を自立して行う能力が損なわれ、あるいは能力障害があり、他の人の援助を必要とする者である。要介護者においては、身体あるいは精神に傷害があり、身体的、認知的あるいは精神的機能が損なわれ、健康時に負うべき負担あるいは必要事に、自力では補うことあるいは克服することができないことが問題となる。生活を自立して行う能力が損なわれていることあるいは能力障害そして他の人による援助の必要は、最低6カ月間続くこと、そして最低限下記の6つの領域に困難があることによる。

- ①可動性 (10%)
- ②認知能力、コミュニケーション能力
- ③行動パターンと精神に関して問題がある状態 (15%)
- ④自分自身の世話 (40%)
- ⑤病状によりあるいは治療のために必要とされるものとのつきあいとそれによる負担 (20%)
- ⑥日常生活の形成と社会的なコンタクト (15%)

2) 新「要介護度」

要介護度の区分は、「介護等級」から5段階の「要介護度」(Pflegegrad)に替わる。NBAは、上記の各領域がどれくらい損なわれているのかということを考慮し、点数を判定する。各領域の配点については、「可動性」は10%「自分自身の世話」40%等⁹⁾となっている。

要介護度1は合計得点が12.5～27点未満、要介護度2は27～47.5点未満、要介護度3は47.5～70点未満、要介護度4は70～90点未満、要介護度5は90～100点となる。¹⁰⁾

おわりに

ドイツでは2008年から介護改革の推進に取り組んでいる。特に、介護と仕事を両立させるための施策や認知症患者のための取組みは日本に示唆を与えるものである。

注

- 1) 同法では公的介護保険ばかりではなく法律上の加入義務のある民間介護保険についても規定している。公的介護保険の被保険者は約7,066万人(2014年12月31日現在)、民間介護保険の被保険者は949万人(2013年12月31日現在)である(BMG、2015a)。
- 2) 介護保険制度導入時、使用者が負担する社会保険料は賃金に付随する費用となるため、使用者負担については、企業の国際競争力を弱めるという理由で最後まで議論された。結局、各州が国民の祭日を1日削るか、あるいは労働者が保険料を全額負担するかを判断することになった。当時、ザクセン州は、祝日を削減せず、労働者の保険料全額負担を選択した。現在、ザクセン州では労働者は1.675%、使用者は0.675%を負担する。
- 3) 「公的介護保険における保険料の設定は基本法第3条第1項(すべての人間は法の前で平等である)ならびに第6条第1項(夫婦および家族は国の法令による特別の保護のもとにおかれる)違反している」との申し立てに対し、2001年4月にドイツ連邦憲法裁判所は「公的介護保険の保険料に関して、子を養育している者とそ

でない者が同じ水準の保険料を負担しているのはドイツ基本法に違反」と判決し、「公的介護保険の保険料に子供数を配慮するための法律」(Kinderberücksichtigungsgesetz)が制定された。

- 4) 2008年の介護改革によって導入された給付に物価スライドを反映させる制度による。
- 5) 2008年の介護改革で行われた施策には、1.介護給付の増額、2.認知症患者の介護の改善、3.給付に物価スライド導入(2015年より)、4.介護支援拠点の設置、5.介護支援拠点に介護アドバイザーが常置、6.ボランティアの促進、7.介護施設における介護の質の保障、8.介護休暇の創設、9.保険料率引上げ、10.高齢者居住共同体(Senioren-Wohngemeinschaft)の促進、要介護者が雇う個人介護士の条件緩和、共同住居グループなどで個人介護士からのケアサービスが可能に、要介護認定期間の短縮、介護施設におけるリハビリテーションの促進、介護施設に医師を常勤させることも可能になったことなどがある。
- 6) 労働時間貯蓄制度の労働時間口座の貯蓄分を家族介護期間の労働時間の短縮分と相殺することができれば、家族介護期間終了後、給料は減額されない。
- 7) 連邦家庭・市民社会任務庁(Bundesamtes für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben)に申請する。
- 8) 無利子の貸付金の調達や貸倒れ損失リスク保護のための連邦の超過支出分については、連邦家族・高齢者・女性・青少年省(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)が負担することになった。
- 9) その他の配点については、3.(3)1)新「要介護の概念」①～⑥の括弧内の数値を参照のこと。
- 10) 3歳児未満の場合は要介護度の点数設定が異なる。

参考文献

- ・齋藤香里(2011)『ドイツにおける介護システムの研究』五紘舎
- ・齋藤香里(2013)「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』No.184, Autumn, pp.16-29.
- ・小柳治宣(2013)「ドイツにおける高齢者対策の現状と課題」『健保連海外医療保障』No.100, pp.1-7

- ・ 斎藤義彦(2012)『ドイツと日本「介護」の力と危機—介護保険制度改革とその挑戦—』ミネルヴァ書房
- ・ 松本勝明(2011)『ヨーロッパの介護政策』ミネルヴァ書房
- ・ 土田武史(2012)「ドイツの介護保険改革」『健保連海外医療保障』No.94、pp.1-8
- ・ 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2015)「介護と仕事の両立支援—新法施行と企業の実態調査」(http://www.jil.go.jp/foreign/jihou/2015/07/germany_01.html)
- ・ 森周子(2014)「メルケル政権下の介護保険制度改革の動向」『海外社会保障研究』Spring 2014、No. 186、pp.28-38
- ・ 渡辺富久子(2015a)「ドイツ 介護を強化するための介護保険法の改正」『外国の立法』No.262-1
- ・ 渡辺富久子(2015b)「ドイツ 介護と仕事の両立を改善するための法律」『外国の立法』No.263-2
- ・ Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2015a, *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung* (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html> 2015/8/15)
- ・ Bundesministerium für Gesundheit(BMG), 2015b, Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz-PSG II)、Bearbeitungsstand: 22.06.2015 11:12 Uhr.

フランス介護保障制度の動向 —地域包括ケアシステムへの示唆と課題—

日本福祉大学 教授

篠田 道子

Shinoda Michiko

個別自律手当（APA）の動向を踏まえたうえで、要介護高齢者の施設サービスの概要、虐待防止と権利擁護に関する取り組みを紹介する。また、APAでは不十分であったケアマネジメントを担う機関として期待されている「自律と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）」の概要を述べたうえで、わが国が目指している地域包括ケアシステムに引き付けながら、示唆に富む点と課題について私見を述べる。

はじめに

フランスの高齢者介護制度は、社会扶助制度の枠組みで行われ、県が実施主体である。ホームヘルプサービスなど在宅サービス、老人ホームなどの施設サービス、後述の個別自律手当（APA）、介護休暇制度などがある。

個別自律手当（Allocation personnalisée d'autonomie：APA）について、筆者は本誌No.83（2009年9月）で紹介しているが、今回は、APAの最近の動向を踏まえたうえで、要介護高齢者の施設サービスの概要、虐待防止と権利擁護に関する取り組みを紹介しながら、フランス介護保障制度の現状と課題を整理する。

また、APAは要介護認定の仕組みはできたが、ケアマネジメントがシステムとして位置づけられなかったこと、介護サービスが主であったことなどから、医療との連携の弱さが指摘されていた。これを克服するために、これまでも様々な取り組みを行ってきたが、2009年に医療と介護サービスのワンストップサービスを担う「自律と包括的ケアのためのネットワーク：MAIA」が誕生した。MAIAはケアマネジメントの機能を高め、特に中重度者、認知症、困難事例など複

雑なケアマネジメントにシフトしている。

本稿では、MAIAのケアマネジメントについて、わが国が目指している地域包括ケアシステムに引き付けながら、示唆に富む点と課題したうえで私見を述べる。

APAについては、原田（2007）、稲森（2012）が詳細に述べているので、そちらも参考にされたい。

1. APA（Allocation personnalisée d'autonomie）の概要

個別自律手当（Allocation personnalisée d'autonomie：APA）は、1997年に創設された依存的介護給付（Prestato Spécifique Dependence：PSD）を改正したもので、2002年1月1日に施行された。

2011年12月31日時点でのAPAの受給者数は1,199千人にのぼり、前年度比2.0%の増加である。APAの総給付額は112億ユーロで、対GDP比1.22%である。全受給者のうち在宅APA受給者は721千人（60%）、施設APA受給者は478千人（40%）である。

最重度者であるGIR1は全受給者数の9.3%と

表1 APAの受給者数・割合（2011年12月31日現在）

GIR	在宅APA		施設APA		合 計	
	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)	受給者数 (千人)	割合 (%)
GIR 1	18	2.4	93	19.5	111	9.3
GIR 2	126	17.5	194	40.5	320	26.7
GIR 3	157	21.8	82	17.1	239	19.9
GIR 4	420	58.3	109	22.9	529	44.1
合計	721	100.0	478	100.0	1,199	100.0

出典：Allocation Personnalisée D'autonomie et la prestation de compensation du Handicap au 30 juin

少なく、軽度者であるGIR 4が44%を占めている。ただし、施設APAでは、GIR 1と2で60%を占めている（表1）。

APAの財源は、約3分の2を県が、約3分の1を全国自立連帯基金（Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie：CNSA）が負担しており、同基金の負担分は、介護手当負担金（Contribution Solidarité Autonomie：CSA）、一般社会拠出金（Contribution sociale généralisée：CSG）、年金保険の分担金が充てられている。なお、CSAは、2004年7月に導入されたもので、使用者が支払賃金の0.3%を負担する。

APAの対象者、要介護認定、給付内容、支給限度額については以下の通りである。

【対象者】

- ①フランス国内に15年以上合法的に居住している。
- ②60歳以上である。
- ③自律の一部を喪失したために、日常生活に支障のある者で、要介護認定で要介護者（GIR 1～4）と判定された者である。

【要介護認定】

- ①本人または家族、法的代理人が県の窓口申請する。
- ②申請後に書類が送付されるので、申請者は必要事項を記入し、添付書類（ID証明書、納税書類等）を返送する。
- ③県の社会医療チーム（医師、看護師、ソーシャルワーカー）が申請者宅を訪問し、要介護度認定のアセスメントを行う。その際、6段階からなる要介護状態区分（GIR 1～6）を判定する。ただし、給付対象者

はGIR 1～4の要介護高齢者である。虚弱者（GIR 5）および自立者（GIR 6）は給付対象外。

- ④申請から2か月以内に、県の担当課がAPAの給付の有無を通知する。施設入所者においては、医師の判断のもと施設内で行われる。

【給付内容】

給付の対象となる在宅サービスは、個々の申請者のニーズに応じて、家事援助、食事の介助、夜間の見回りサービス、介護器具購入費、住宅改修経費などである。施設サービスについては、医療費及び宿泊滞在費を除いた介護費のみが給付の対象となる。

【支給限度額】

2015年4月1日現在の在宅APAの支給限度額は、GIR 1：1,304.84ユーロ、GIR 2：1,118.43ユーロ、GIR 3：838.82ユーロ、GIR 4：559.22ユーロである。施設APAには支給限度額は設定されておらず、介護費用は要介護度ごとに設定されている。

2. 要介護高齢者施設におけるAPAの現状

フランスでは要介護高齢者が長期に入院または入所する主な高齢者施設は、以下の4種類である。Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes（要介護高齢者医療付き宿泊施設、以下EHPAD）、Logement-foyers（高齢者用共同住宅）、Maisons de

表2 2007年と2011年における高齢者施設数と居室数

施設の種類		施設数		居室数	
		2007年	2011年	2007年	2011年
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD 全体)		6,855	7,752	514,640	592,900
EHPAD privés à but lucratif	民間営利EHPAD	1,432	1,681	95,380	118,240
EHPAD privés à but non lucratif	民間非営利EHPAD	1,952	2,271	136,090	162,100
EHPAD publics	公営EHPAD	3,471	3,800	283,170	312,560
Logement-foyers	高齢者用共同住宅	2,330	2,233	115,980	108,340
Maisons de retraite (non EHPAD)	EHPAD の認定を受けていない老人ホーム	806	334	34,390	9,440
Unités de soins de longue durée	高齢者のための長期入院施設 (医療機関)	232	97	17,670	7,940
Autres *	その他	82	65	1,480	1,190
合 計		10,305	10,481	684,160	719,810

* Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD) .

出典 : DREES, enquêtes EHPA 2007, 2011.

表3 2011年の要介護高齢者施設別GIRの割合

施設の種類	GIR の割合 (%)						
	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	Total
Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD 全体)	20	35	15	19	6	5	100
EHPAD privés à but lucratif	19	38	16	18	5	4	100
EHPAD privés à but non lucratif	17	34	15	20	7	7	100
EHPAD publics	21	34	15	19	6	5	100
Logements-foyers	0	2	4	17	14	63	100
Maisons de retraite non EHPAD et autres établissements ** EHPAD の認定を受けていない老人ホーム	7	20	14	22	13	24	100
Unités de soins de longue durée 高齢者のための長期入院施設 (医療機関)	42	42	8	6	1	1	100

* GIR : groupe iso-ressources.

** Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux (non EHPAD) .

出典 : DREES, enquête EHPA 2011.

retraite (EHPAD の認定を受けていない老人ホーム)、Unités de soins de longue durée (高齢者のための長期入院施設)。表2に、2007年と2011年の施設数と居室数を、表3に、2011年の要介護高齢者施設別GIRの割合を示した。

2011年現在、フランスの高齢者施設数は1万481施設、居室数は71万9,810室であり、2007年と比較すると、両者ともに微増にとどまっている。本稿では、高齢者施設数の7割、居室数で8割を占めるEHPADを中心に施設APAの現状を整理する。

1) Etablissements d' Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) : 要介護高齢者医療付き宿泊施設

EHPADとは、要介護高齢者医療付き宿泊施設と訳され、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、居室数は59万2,900である。設置主体は、民間営利、民間非営利、公営の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。フランス認知症国家計画により、アルツハイマー型認知症専用居室を併設している

EHPADが多い。

原則としてAPA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 1（最重度）と、GIR 2（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。「EHPAD供給状況2011年調査」によれば、平均在院日数は、3.43～3.81年と長期化している。

また、EHPAD内での死亡割合は74%と高い。施設内看取りを高めるために、夜勤看護師を配置したり、緩和ケアコーディネーターを養成するなど、人材育成に力を入れている。

EHPADの滞在費は自己負担（ただし、低所得者は社会扶助から住宅給付がある）、介護費はAPA、医療費は疾病保険から給付される。APAの介護費は本人・家族（扶養義務者）の収入に応じて給付額が決定する。EHPADの1日の平均介護費は、GIR 1とGIR 2：19.4ユーロ、GIR 3とGIR 4：12.3ユーロ、GIR 5とGIR 6：5.2ユーロである。

筆者は、2015年3月23日にパリ郊外にあるEHPAD Erik Satie（エリック・サティ）を視察した。当該EHPADの設置主体は民間非営利、居室数80（うち、アルツハイマー型認知症専用居室28）である。入所理由の7割は認知症による介護困難である。入所者全員がAPAの認定を受けており、GIR 1とGIR 2を合わせると入所者の6割を占める。平均年齢は82.0歳である。

入所者全員に個別ケアプランを作成しており、サービスのコーディネーターは、医師または看護師である。認知症国家計画を遵守して、向精神薬など薬を使わないケアを実践し、アクティビティ・ケアを推進している。

また、EHPAD内での看取りを希望する入所者が多いため、施設内看取りに力を入れている。ただし、医師や看護師の配置が手薄いため、かかりつけ医や外部の緩和ケアモバイルチーム（EMSP）と連携している。

2) Logement-foyers：高齢者用共同住宅

高齢者用共同住宅とは、自立した高齢者を対象にした集合住宅である。居室の他に、食堂や

リビングなどの共有スペースがある。2011年の施設数は2,233、居室数は10万8,340であり、2007年と比較すると、施設数、居室数ともにわずかに減少している。GIR 4～GIR 6の中軽度者が6割を占める。

3) Maisons de retraite (non EHPAD)：EHPADの認定を受けていない老人ホーム

高齢者用共同住宅よりもやや自立度が低い高齢者を対象としている。食事の提供や日常生活の支援を行っている。2011年の施設数は334、居室数は9,440で、2007年と比較すると施設数、居室数ともに激減している。これは、無認可の施設がEHPADに移行したためである。GIR 4～GIR 6の中軽度者が6割を占める。

4) Unités de soins de longue durée：高齢者のための長期入院施設（医療機関）

この施設は、常時医療を必要とする重度要介護高齢者のための医療機関である。2011年の施設数は97、居室数は7,940であり、2007年と比較すると激減している。疾病保険給付削減の措置により、大半の施設がEHPADに移行したためである。GIR 1とGIR 2の重度者が8割を占める。

3. 要介護高齢者の虐待防止と権利擁護に関する取り組み

フランスは2001年に認知症国家計画を策定するなど、国の主導による戦略をしかけてきた。特に、第3期アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画2008-2012（Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012）により、認知症ケアは拡充されつつある。

フランス認知症国家計画については、近藤（2015）が優れた論文をまとめているので、参考にされたい。

このような背景から、要介護高齢者施設では、認知症を含む要介護高齢者への適切な対応、権利擁護、虐待防止、介護職員の教育体制の強化、非薬物療法であるアクティビティ・ケ

アの促進など、施設内ケアの向上に舵を切っている。

また、高齢者の権利擁護については、フランス国立老人病財団（Fondation Nationale de Gériologie : FNG）が発行している「要介護高齢者の尊厳擁護ガイドライン」と、社会福祉・家族法典（L.311- 4条）の、2003年9月8日付け条例「要介護者の権利と自由擁護のガイドライン」がある。両者はほとんど同じ内容であるため、前者FNGのガイドラインに定められている権利擁護14項目を紹介する。

- ①日常生活に於ける行動の選択と生活様式を決める自由
- ②生活の場所を選ぶ権利
- ③意思疎通、外出、社会生活の自由
- ④家族、友人、地域社会と関係を維持する権利
- ⑤自分の遺産と収入を管理する権利
- ⑥アクティビティ・ケアを受ける権利
- ⑦アクティビティ・ケア（NPO、政治、宗教、哲学）を選び参加する権利
- ⑧高齢者の介護予防の必要性
- ⑨有効な治療へのアクセスの権利
- ⑩十分な人数の訓練を受けた医療・介護スタッフによるケアを受ける権利
- ⑪終末期の尊厳を守る権利
- ⑫老化病研究の重要性
- ⑬法的保護を受ける権利
- ⑭情報を得る権利

さらに、フランス政府は高齢者虐待の対策として、2007年3月に「高齢者への適切な待遇推進と虐待防止強化政策計画書」を策定し、介護施設での「適切な待遇」を担当する機関として、「国立社会医療評価機関」（l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale : ANESM）を設立した。同計画書に示されている予算明細では、電話相談サービスに230万4千ユーロ、ANESM運営費820万ユーロ、監査機能の強化445万ユーロであった。さらに、2014年2月20日「社会医療機関における高齢者と身体障害者の虐待防止と適切な待遇の強化に関する通

達」など関連通達が数多く出されている。

わが国は、2000年4月の介護保険法で、身体的虐待である身体拘束が原則禁止された。さらに、2006年4月の「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者等に対する支援等に関する法律」が施行され、すべての介護保険サービスで虐待（身体拘束含む）が禁止された。

しかし、このように法律が整備されても、高齢者の虐待や身体拘束は減少していない。厚生労働省の調査（2014）では、平成25年度、全国の1,714市町村で受けた養介護施設従事者等による高齢者虐待に関する相談・通報件数は、962件であった。平成24年度は736件で、30.7%も増加した。内訳は、「特別養護老人ホーム」が31.2%と最も多く、次いで「認知症対応型共同生活介護」が15.4%、「介護老人保健施設」が11.8%、「有料老人ホーム」が11.8%（同率）の順であった。

フランスは、高齢者虐待防止や権利擁護に関する数多くの通達やガイドラインを出すなど、施設サービスの質の向上に努めている。このような取り組み後の要介護高齢者施設における高齢者虐待の実態調査については見つけることができなかった。

4. 医療・介護サービスを一元化する MAIAの役割はケアマネジメント

Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie : MAIA) は、自律と包括的ケアのためのネットワークと訳される。保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口として、2009年にモデル事業として17か所設置され、2013年12月には202か所に増えた。多くのMAIAは、地域インフォメーション・コーディネートセンター（Centre Local d'Information et de Cordination Gerontologique : CLIC）¹⁾と呼ばれる既存の総合相談センターに併設されている。

2004年にスタートしたCLICは、わが国の地域包括支援センターに近い機能を持っているため、高齢者の保健・医療・福祉・介護サービス

の総合相談窓口、医療と介護の連携の要として期待されていた。しかし、ケアマネジメント機能が弱かったため、医療と介護の連携は不十分なままであった。

MAIAは、当初認知症の人や家族に対する相談や包括的なサービスを提供するものとしてスタートしたが、徐々に役割を拡大して、現在は、60歳以上の自立困難な高齢者に次の3つのサービスを提供している。①医療・介護サービスへのアクセスを目的とした総合相談窓口、②標準化された包括的なアセスメントによる在宅支援、③ケアマネジメントによる、多職種・多機関の連携・協働である。特に③のケアマネジメントでは、シンプルなケースと複雑なケースに分け、MAIAは後者を担当している。このように、シンプルなケースはCLICで対応するなど、MAIAとCLICでケアマネジメントの役割分担を行っている。

MAIAには、2008年から資格化されたケアマネジャー（coordonnateur）が配置されている。ケアマネジャーの基礎資格は、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士の4職種で、一定の実務経験を経た後、大学などの教育機関で研修を受けなければならない。2013年にはフランス全土で750人のケアマネジャーが誕生した。一人のケアマネジャーは、40ケースまで担当できる。

複雑なケースでは、コーディネーション会議が有効なツールとして機能している。コーディネーション会議はわが国の地域ケア会議と同じ役割を担っているもので、参加者は、県の担当者、APAやEHPADの担当者、かかりつけ医、開業看護師、ヘルパーなどの多職種である。司会は、MAIAのケアマネジャーが担当する。

5. まとめ～地域包括ケアシステム構築にむけての示唆～

フランスでは、2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、保健予防、入院医療（病院）、外来医療（開業医）、福

祉までを含めた総合的な行動計画が策定されている。これにより、地域全体を大きな施設として捉え、既存のサービスであるAPA、在宅入院（HAD）²⁾、地域ケアネットワーク³⁾、緩和ケアモバイルチーム（EMSP）⁴⁾をネットワークとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えてきた。すなわち、地域包括ケアシステムに舵を切ったと言ってもよい。

これまで述べてきたフランスの取り組みについて、わが国が目指している地域包括ケアシステムに引き付けながら、示唆に富む点と課題について私見を述べる。

1) 中重度者へのケアマネジメントを強化

フランスは、医療と介護は別々の制度・財源で賄われていることなどから、両者の連携が十分でなかった。これを解消するために、わが国の地域包括支援センターに近い機能を持ったCLICが2004年に設立されたが、ケアマネジメント機能が弱かったため、医療と介護の連携は不十分なままであった。

2009年に誕生したMAIAは、ケアマネジメントの機能を高め、特に中重度者、認知症、困難事例など複雑なケアマネジメントにシフトしている。包括的なアセスメントによる個別ケアプランの作成、多職種が参加するコーディネーション会議、サービスのモニタリング、評価というマネジメントサイクルを、教育を受けたケアマネジャーが実践している。

わが国の介護保険の認定者数は6,121千人（前年同月比3.48%）、受給者数は5,032千人（前年同月比4.31%）である（2015年2月現在）。この15年間で2.8倍になった。今後は75歳以上の高齢者人口が急増することから、効率的・効果的なマネジメントが求められる。CLICとMAIAが、シンプルなケアマネジメントと複雑なケアマネジメントを分けてメリハリをつけていることは参考になる。

厚生労働省も医療科学研究所主催のシンポジウム（2014）で、地域包括ケアシステムを構築するにあたって、2つの課題をあげている。①

軽度者に対応した生活支援と介護予防の強化、②中重度者に対応した介護・医療サービスの充実である。つまり、地域の生活支援で支えている軽度者と、プロフェッショナルサービスで支える中重度者の2つのケアマネジメントを推奨している。

特に中重度者へのケアマネジメントは、多職種連携・協働が基本になる。急性期医療と在宅医療、在宅サービスと施設サービス、在宅サービス間の連携など、医療と介護の縦割り体制をどのように連携・協働し、さらには統合するかが課題である。

2) 公正中立的なケアマネジメントを実践

MAIAのケアマネジャーは、看護師や作業療法士など医療職だけでなく、ソーシャルワーカーと臨床心理士という、福祉と心理の専門職を位置付けていることは評価できる。MAIAのケアマネジャーはAPAにつなぐ役割だけでなく、ケアを統合することで、自立した在宅生活を支援することであり、その立場は公正中立である。

一方、わが国では、居宅介護支援事業所の9割以上が何らかの介護サービス事業所を併設していること、保険給付されているサービスをケアプランに位置付けなければ給付管理が発生しないことから、公正中立的なケアマネジメントに課題を残している。

また、最近では、介護福祉士等を基礎資格とするケアマネジャーが増加している。三菱総研の調査(2012)の調査によれば、介護支援専門員が保有する基礎資格は、介護福祉士56.0%、ホームヘルパー1級+2級12.7%で、併せると68.7%にもなる。

わが国は、介護保険制度のサブシステムとして、ケアマネジメントを導入し、連携の要としての介護支援専門員を制度化した。これにより、ケアマネジメントが一元化され、介護保険の運営が安定した。しかし、介護保険制度のケアマネジメントの役割は、サービスと費用の管理が中心であるため、制度を超えたケアマネジメントは不十分な状況である。

一方で、MAIAの役割を期待されている地域包括支援センターは、2013年4月現在で4,484か所、サブセンター・ブランチを併せると7,196か所となっている。

しかし、相変わらず介護予防ケアマネジメント業務に忙殺され、複雑なケアマネジメントを行う包括的・継続的ケアマネジメント事業や権利擁護事業は不十分であることが指摘されている。2015年の介護保険法改正では、新たに包括的支援事業に「生活支援サービスの体制整備」や「在宅医療・介護連携の推進」などが位置付けられ、高齢者の総合相談、権利擁護事業や地域ケア会議を通じたマネジメント機能を強化し、地域包括ケアシステム構築に向けた事業に舵を切っている。今後の活動に期待したい。

3) HAD、CLIC、MAIAなど複数のネットワークが複数あり、どこがイニシアチブをとるべきかがはっきりしない。

フランスには、HAD、CLIC、MAIA、地域ケアネットワーク、緩和ケアモバイルチーム(EMSP)などのネットワークがある。特にHADは、病院、かかりつけ医、個人開業者など在宅介護サービスとの強固な連携を行っている。HADのコーディネーター医師や看護師がケアマネジャーとなって、病院から在宅、在宅から病院の移行期ケアを支えている。

しかし、これらネットワーク間の連携は必ずしもうまくいっていない。筆者が実施したヒアリング調査でも、APAと地域ケアネットワーク、HADとEHPAD、EHPADと緩和ケアモバイルチームなどでも、連携に課題を残していた。特に医師の連携に対する意識改革が必要であることを強調していた。

このようなことから、①どこが連携のイニシアチブを取るべきか曖昧になりやすく、結果として連携が出来にくくなること、②HAD、地域ケアネットワーク、緩和ケアモバイルチームの利用には開業医の積極的な関与が必要だが、開業医の連携に対する意識が十分でなく、患者を取られるのではないと警戒心があることも課題としてあ

げられる。②については、わが国も同様の課題であり、医師の関与が地域包括ケアシステムの鍵ともいえる。

注

- 1) 地域インフォメーション・コーディネーター(Centre Local d'Information et de Cordination Gerontologique:CLIC)とは、地域で生活する在宅高齢者とその家族への総合相談、助言、地域の社会資源とのネットワーク形成、諸サービスの調整等を行う、地域密着型の組織である。多職種による支援チームを形成し、連携して在宅支援にあたる。フランス全土に600か所設置されている。2004年8月13日法、第56条を根拠法とする。財源は、市税、県の補助金、高齢年金庫や疾病金庫からの拠出金で構成されている。県が設置主体であるが、市やNPO法人などが運営している。

わが国の地域包括支援センターの役割に近く、在宅生活を継続するため、公正中立的な立場で、支援チームが他機関と連携しながら支援している。相談の結果を利用する緊急度が低いと判断された場合は、すぐにAPAを申請するのではなく、地域のインフォーマルサービスの利用を推奨したり、本人や家族の持っている機能を高めて在宅生活を継続できるよう、APAの節度ある利用を促している。

- 2) 在宅入院(Hospitalization a Domicile:HAD)とは、雇用連帯省「在宅入院に関する通達」(通達NO:DH/EO 2 /2000/295, 2000年5月30日)によれば、「病院勤務医及び開業医により処方される患者の居宅における入院である。予め限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師及びコ・メディカル職のコーディネーターにより、継続性を要する治療を居宅で提供するサービス」と定義されている。患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関(NPO法人が多い)が病院の医療チームと個人開業者と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。月30時間を限度に行われる多職種・他機関による集中的なケアマネジメントである。
- 3) 地域ケアネットワークとは、1980年代末から1990年にかけて、エイズ患者の在宅ケアのためにNPOが自主的に立ち上げたネットワークが始

まりで、その後高齢者ケア、糖尿病、緩和ケアなど、様々な分野に拡大した。

2002年3月4日法(患者の権利と医療の品質法)で、「ヘルスネットワーク」として正式に認定されて以来、その数は急速に増加しているが、地域によって偏在がある。かかりつけ医や開業看護師を後方支援するもので、コーディネーターのみで直接的ケアは実施しない。

- 4) 緩和ケアモバイルチームとは、入院患者や要介護高齢者施設の入所者等に、緩和ケアを提供するための多職種チーム(医師、看護師、臨床心理士等)。コンサルタント業務が中心である。2010年には353チームが活動している。

参考文献

- ・ CNSA (全国自立連帯基金) ホームページ: <http://www.cnsa.fr> 2015年6月9日アクセス
- ・ DREES (仏調査研究政策評価統計局): 「les établissements d'hébergement pour personnes âgées」(2010年2月発行)
- ・ 原田啓一郎(2007): 「フランス高齢者介護制度の展開と課題」『海外社会保障研究』No.161, P26-36
- ・ 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
- ・ 近藤伸介(2015): 「フランスの認知症国家計画」『海外社会保障研究』No.190, P14-23.
- ・ 公益財団法人医療科学研究所シンポジウム2014
- ・ 厚生労働省(2014): 「平成25年度高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律に基づく対応状況等に関する調査結果.P2 <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-Ninchishougyakutaiboushitaikakuishinshitsu/0000073465.pdf> 2015年8月5日アクセス
- ・ 厚生労働省(2015): 「平成26年度介護給付費実態調査の概況」(平成26年5月審査分～平成27年4月審査分)
- ・ 医療科学研究所シンポジウム(2014): 地域包括ケア概念の展開と実践－医療とのかかわりの観点から－(2014年9月9日開催)
「L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011」EHPAD供給状況2011年調査」(2014年2月発行)
- ・ MAIA: Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie LES CAHIERS

PÉDAGOGIQUES DE LA CNSA
(OCTOBRE 2014)

- ・松田晋哉 (2013) :「フランスにおける医療計画改革の動向」『病院』72(9), P718-722
- ・三菱総合研究所 (2012) :「居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査. 平成23年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健推進等事業分)報告書
- ・三菱総合研究所 (2010) :「地域包括支援センターにおける業務実態に関する調査研究事業. 平成21年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健推進等事業)報告書
- ・ONFV (国立終末期研究センター) :「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月発行)
- ・Plan Alzheimer 2008-2012. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/-44-mesures.html> 2015年1月23日アクセス
- ・Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance「適切な待遇推進と虐待防止強化政策計画書」(2007年3月、社会保障、高齢者、身体障害者、家族担当省)
- ・篠田道子 (2009) :「フランス介護制度の動向と日本への示唆」『健保連海外医療保障』No.83,P15-21
- ・篠田道子 (2013) :「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の分析を中心に－」『健保連海外医療保障』No.100, P8-15

特集Ⅰ：介護保障制度

オランダの長期療養・介護制度改革

お茶の水女子大学 准教授

大森 正博

Omori Masahiro

1968年に世界で初めて、公的介護保険である特別医療費保険（AWBZ）を施行したオランダは、2015年1月1日より、特別医療費保険の後継の長期療養サービス保険（Wlz）を導入し、大幅な長期療養・介護サービスの制度改革を行った。社会保険の役割を明確化し、給付サービスを絞る一方で、生活サービスの側面があり、多様な長期療養・介護サービスを地方自治体によって、複合的に供給する体制を整えることに制度改革の焦点が当てられている。

1. はじめに¹⁾

少子高齢化、経済成長の鈍化、国民の社会的意識の変化といった社会の変動、経済の変動を、先進国をはじめ、多くの国々が経験している。例外なくこのような変化を経験しているオランダにおいて、2015年1月1日に長期療養サービス保険（The Long-Term Care Act, Wet langdurige zorg, Wlz）が導入された。この法制度は、オランダが世界で初めて1968年に導入した、長期療養・介護サービスをカバーする社会保険である特別医療費保険（The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ）を継承するものである。長期療養サービス保険の導入と同時に、地方自治体による家庭内援助をはじめとする社会サービスに関する制度である社会支援法2015（Social Support Act 2015, Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015：WMO 2015）の導入、新青少年法（The New Youth Act）の導入など、長期療養・介護サービス全般に関する制度改革が同時に行われた。

本稿では、以下、第2節では、長期療養・介

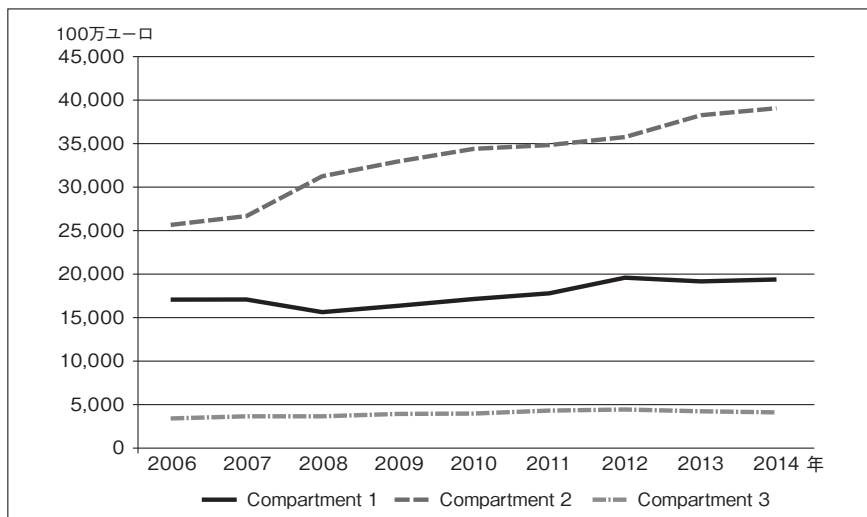
護サービスの制度改革が行われた背景、経緯を紹介し、第3節では、2015年1月1日より導入された長期療養サービス法、社会支援法2015、新青少年法による制度改革の内容について説明する。第4節では結語と考察が述べられる。²⁾

2. 長期療養・介護制度改革の背景と理論的根拠

図1は、オランダの医療、介護費用の年次推移をみたものである。まずは、図中の“Compartment 1”、“Compartment 2”、“Compartment 3”という用語を簡単に説明しておこう。オランダは、医療、介護に社会保険制度を適用しており、3つの“Compartment”から成っている。³⁾

“Compartment 1”は、1年以上の入院医療、介護等、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患、症状を中心としてカバーする国民皆保険の公的介護保険であり、特別医療費補償法を根拠とした特別医療費保険が2014年末まで適用されていたが、冒頭で述べたように、制度改革が行われ、2015年1月1日より長期療養サービス

図1 Compartment 1、Compartment 2、Compartment 3の費用の年次推移



出典：Zorginstituut Nederland

保険（Wlz）が適用されている。

“Compartment 2”は、健康保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet, ZVW）を根拠としており、治療サービス（Curative care）を中心とした短期の医療費をカバーする公的医療保険であり、オランダの居住者は強制加入である。

“Compartment 3”は、“Compartment 1”、“Compartment 2”では対象とされていないサービスをカバーする民間保険であり、任意加入である。

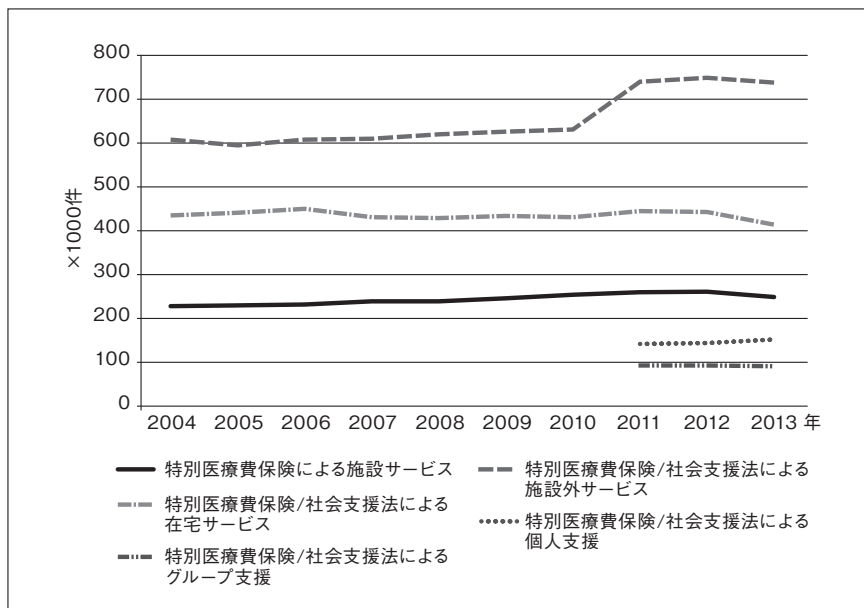
図1を観察すると、2006年から2014年にかけて、10年に満たない期間の中で、“Compartment 2”が約1.5倍に増加をしている一方で、“Compartment 1”は約1.1倍、“Compartment 3”は約1.2倍に増加している。このような状況を背景として、オランダでは医療介護制度改革が漸次行われている。2006年には“Compartment 2”を中心とする大きな医療制度改革があった。それまで一定の所得以下の人々を強制加入とする一方で、一定の所得を超える人々は国が制度を準備した任意保険に加入させていたが、それ以後は、“Compartment 2”を強制加入保険と位置づけ、1980年代のデッカー・プラン（Plan Dekker）において構想された「規制された競争（Regulated Competition）」の導入を本格

化した。保険者であるサービス保険者（Care Insurer）を私的保険者と位置づけて、営利組織も参入できるようにし、医療サービスの価格規制についても、保険者とサービス供給者の間で、自由交渉で決めることのできるサービスを導入した。さらに2006年以降、漸次、強制控除（Compulsory Excess）、任意控除（Voluntary Excess）を導入して、患者の医療サービス費用負担のあり方を変更し、医療サービスの効率的利用を促してきている。⁴⁾

1) 特別医療費保険の課題と政策的対応

その一方で、長期療養・介護サービスをカバーする“Compartment 1”についても、高齢化の進展もあって、その制度としての持続可能性（“Sustainability”）について、近年、政府によって懸念が示されるようになってきていた。実際、2007年には、家内の掃除などの軽度の家事援助、住宅改修、車いす、圏域（Region）内の移送、配食等の介護サービスを地方自治体（Municipality）が提供することを定めた社会支援法（Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO）が施行され、それまで特別医療費保険で提供されていた介護サービスを地方公共団体によるサービ

図2 介護サービス利用の年次推移



出典：Statistics Netherlands

スに移行させる施策が打ち出される等、長期療養・介護制度の改革を実施している。^{5) 6)}

実際のところ、特別医療費保険の保険料率は、増加の一途をたどり、2014年には、12.65%にまで上昇しており、オランダ国民が今後、負担に耐えることができるレベルで収まるのかどうか、懸念が表明されていた。図2は、長期療養・介護サービスの利用の状況を示している。特別医療費保険による施設外サービスは、2007年から2013年にかけて約4%の増加、特別医療費保険・社会支援法による施設外サービスは約21%の増加を示しており、介護サービスの需要は、急激ではないものの、着実に増加を続けている。

特別医療費保険の保険料の増加を鑑みて、特別医療費保険の財政状況が気になるが、表1は、特別医療費保険の2013年の財政状況を示したものである。収入面を見てみると、244億6,140万ユーロの収入があり、収入の76.4%を保険料が占めている。特別医療費保険の保険料率は、所得比例であり、課税所得の12.65%（2014年）であるが、保険料が課される所得には上限があり⁷⁾、15歳以下の者は保険料が免除され、15歳以

表1 特別医療費保険の収入と支出

単位：100万ユーロ

費用	2013	
サービス給付		
CAKを通じたサービス給付		
健康増進	93.9	0.3%
Curative somatic care	159.5	0.6%
現物給付 (VV, GHZ, GGZ)	24,373.2	87.9%
Care Officeを通じたサービス給付	24.3	0.1%
その他のサービス給付	—	
サービス給付小計	24,650.9	88.9%
補助金		
個人介護予算 (PBG)	2,477.3	8.9%
CSZを通じた補助	3.2	0.0%
組織に対する補助	186.8	0.7%
補助金小計	2,667.3	9.6%
その他の支出		
管理費用	169.2	0.6%
実施費用	13.2	0.0%
Compensation WTCG discount WMO	115.7	0.4%
WTCG discount ZZV	52.4	0.2%
その他	24.2	0.1%
AWBZ訓練基金	22.5	0.1%
その他の費用小計	397.2	1.4%
AWBZ総費用	27,715.4	100.0%
収入	2013	
保険料	18,677.4	76.4%
自己負担	2,068.4	8.5%
政府補助金	13.1	0.1%
BIKK (Contribution to reduction expenses)	3,679.2	15.0%
その他	23.3	0.1%
AWBZ総収入	24,461.4	100.0%

出典：Netherlands Institute for care (Zorginstituut Nederland)

上でも課税所得のない者は、保険料は免除される。

そして、特別医療費保険の収入の8.5%（2013年）を利用者による一部負担が占めている。特別医療費保険は、サービスの利用について18歳以上の利用者による一部負担があり、その金額は、所得、生活環境によって異なる。⁸⁾

一方、特別医療費保険の収入の中で政府の補助金の役割は大きい。政府補助金および国庫からの損失補填の歳出であるBIKKがそれに該当し、2012年には22.8%だったものが、2013年には15.0%に抑えられている。⁹⁾

このように特別医療費保険は、社会保険の制度選択の下で保険料を財源の中心としているが、費用が増加した時の財源調達的手段として、保険料を上げること、一部負担を上げること、政府の補助金、損失補填の増加しかない。保険料は既に12%を超える所まで来ていることから、保険料を上げる選択肢は採りにくくなっており、一部負担についても、高齢、障害等、リスクが実現した状態の人々から徴収することを考えると、上げることは容易ではない。そうすると、最後に残るのは、政府の補助金、損失補填ということになるが、これも、EUのEMU（Economic and Monetary Union、経済通貨統合）による財政運営、財政赤字に関する制約があることから増加をさせることは困難である。¹⁰⁾

このような環境下で、特別医療費保険の役割を、制度設立時に掲げられた「非常に大きなリスク（“Catastrophic Risk”）」の対処に限定しようという考え方が政府から示されるようになった。つまり、特別医療費保険によるサービス提供を、個人の責任では対処できない、より必要性が高い場合に限るという考え方である。

実際のところ、第二次ルッテ内閣における連立内閣の合意において、2013-2017年に国の歳出を4兆ユーロ削減することが提案された。その削減対象の費目の中には、長期療養・介護サービスに関わる項目が含まれていた。第一に、特別医療費保険におけるデイサービス、個人カウンセリングの削除、第二に、社会支援法

の下での家事サービスの75%削減、第三に比較的ニードの低い人々の居住サービスの削減、という3項目である。¹¹⁾ かなりドラスティックな提案であるが、その後、2013年の4月には、政府とサービス提供者の使用者団体、被用者団体の間で社会的合意（the Social Agreement, Social Akkoord）が締結され、社会支援法の下での家事サービスの削減を60%に抑えることが合意された。¹²⁾

その一方で、今日の特別医療費保険の役割を再考し、長期療養・介護サービスの制度改革を行う流れは、2007年の社会支援法の改革の時に始まっていたと見ることもできる。この時から特別医療費保険でカバーされていた家事サービス等の「非常に大きなリスク」に該当しないサービスは、社会支援法の枠組みの中で地方自治体（Municipality）によって提供されることになった。この改革は、家事援助サービスをはじめとする施設外サービスは、関連する住宅サービス、福祉プログラム、移送などのサービスを担当し、地域計画を作成しており、消費者と近いところにいて、消費者のニードをくみ取りやすい地方自治体に提供させることが望ましいという政策選択であった。

このような経緯の後、2015年1月1日より特別医療費保険は、長期療養サービス保険（the Long-Term Care Act, Wet langdurige zorg, Wlz）に、社会支援法も社会支援法2015（Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015, WMO 2015, Law on Social Assistance 2015）に改正され、新青少年法（The New Youth Act）も施行されるという形で、オランダの長期療養介護制度は、カバーするサービスを「非常に大きなリスク」に限定した長期療養サービス保険とそれ以外のサービスを地方自治体によるサービスに担当させるという大規模な制度改革になった。社会支援法2015（WMO 2015）は、地方自治体は、自立できない人々のサポートをする義務があるとして、該当するサービス提供を求めており、新青少年法は、青少年の精神保健サービス、精神障がいサービスを含めた青少年向けのサービス

の提供を担当することになった。

以下では、長期療養サービス保険の内容を中心に、社会支援法2015、新青少年法の改正・施行も含めた、オランダの長期療養・介護制度改革について考えていく。

3. 長期療養・介護制度改革

①長期療養サービス保険の導入と制度

特別医療費保険に代わって、2015年1月1日より導入された長期療養サービス保険（The Long-Term Care Act, Wet langdurige zorg, Wlz）は、高齢者、障がい者の中で継続的なモニタリングを必要としたり、24時間のケアを必要としたり、密度の高いサービスを必要とする人々に給付を行うことを想定しており、具体的には、重度の認知症、重度の精神障がい、身体障がい、知覚障害を持った人々を保障の対象として想定している。継承した特別医療費保険が1968年の制度施行以来掲げていた「非常に大きなリスク」をカバーする保険としての役割を明確化していることが特徴である。¹³⁾

ア 保険者、被保険者と保険業務遂行者

保険者は特別医療費保険と同様に国であり、被保険者は、全ての居住者、オランダ国内で労働所得のある者であり、強制加入となっている。

実際の保険業務は、保険者である国が、Wlz 保険業務実行者（Wlz Performer）に委任しており、被保険者のマネジメント、サービス供給者との契約等の任務はCare Office (Zorgkantoor) が、保険料の徴収等の任務はCAK (Central Administration, Centraal Administratiekantoor) が行うことになっている。Care Officeは、オランダの保健医療行政の区分である圏域（Region）毎に、“Compartment 2”の保険者であるサービス保険者（Care Insurer）の中で最も規模の大きなものが就く。

イ 保険給付

給付対象は、身体の病気（Somatic Illness）、

身体障害（Somatic disability）、老人精神病（Psychogeriatric illness）、老人精神病による障害（Psychogeriatric disability）、精神障害（Mental Disability）、身体障害（Physical Disability）、知覚障害（Sensory Disability）を持っていて、24時間の継続的な見守りが必要な状態にあることである。¹⁴⁾

そして、給付されるサービスは、施設サービス（Stay in an institution）、個人サービス（Personal Care）・看護（Nursing）、治療（Treatment）、施設によって提供されるサービスのために必要な資源（Resources that are necessary for the care provided by the institution）、カウンセリング、治療を受けに行くための移送（Transportation to the place where you get the counseling or treatment）等である。サービス内容は、施設におけるサービスを基本とするが、要介護者本人が希望し、サービスの品質が良いと認定され、かつ施設によるサービスの費用を上回らない時には、在宅サービスを選ぶこともできる。

サービスの受給を望む場合、CIZ（Care Assessment Centre, Centrum indicatiestelling zorg）にケアアセスメントを受ける必要がある。¹⁵⁾ 受給希望者は、身体状況等に関する質問票のついた申請書に記入し、CIZに提出すると、CIZが、受給希望者に対するインタビュー等を通じて、ニード評価（Need Assessment）を行い、申請から6週間以内にWlz Indicationが、受給希望者とCare Officeに対して示される。Wlz Indicationの中には、必要なサービスの性質（Nature）、内容（Content）、分量（Size）を示したケアプロフィール（Care Profile）が書かれている。

受給者はWlz Indicationの範囲内で、施設サービス、在宅サービスのフル・パッケージ（the Full Package at Home, VPT）、在宅規格パッケージ（Modular Package at Home, MPT）、個人介護予算（Personal Care Budget, Persoonsgebonden budget, PGB）のいずれかを選ぶことが出来る。在宅規格パッケージは、施設サービスと個人介護予算を組み合わせたものである。個人介護予算は、予算の範囲内で受

給者が自由にサービスの選択を行うことが出来る。施設サービスの受給が基本になっていることから、施設外で個人介護予算を利用する場合や在宅サービスのフルパッケージ（VPT）を利用する場合には、サービスの品質の確保や施設サービスを利用した場合の費用よりも低くなること等、条件を満たさなければならない。

Care Officeは、受給者に助言・相談をし、上記の選択肢の中から、具体的なサービス内容の調整を行い、サービス供給者と契約を行う役割を果たす。

ウ 保険料、一部負担

長期療養サービス保険の保険料は、所得比例であり、課税所得の9.65%（2015年）である。特別医療費保険の2014年の保険料率12.65%から3%の低下である。保険料の課される所得には上限があり、誕生日が1945年12月31日より後の者は3万3,589ユーロ/年、1946年1月1日より前の者は、3万3,857ユーロ/年である。¹⁶⁾

保険料は、租税納付のプロセスに乗って、国税庁（Dutch Tax and Customs Administration, Tax Office）へ納付され、納付された所得比例保険料は、長期療養サービス基金（The Long Term Care Fund, Fonds langdurige zorg, FLZ）に集められ、オランダ医療サービス機構（Netherlands Institute for care, Zorginstituut Nederland）が管理している。¹⁷⁾

一部負担は、18歳以上の者に課せられる。施設サービスの場合は、高い負担（High Contribution）と低い負担（Low Contribution）があり、最初の6か月間は低い負担をして、その後の負担は、年齢、所得、資産、家族構成によって、高い負担をするか、低い負担を行うかが決定される。一部負担の金額はCAKによって計算が行われ、徴収される。一部負担は、低い負担は、1か月あたり158.60ユーロが下限、832.60ユーロが上限であり、高い負担は、1か月あたり2,284.60ユーロが上限である。¹⁸⁾

② 長期療養・介護制度改革

2015年1月1日に施行された一連の長期療養・介護制度改革により、長期療養・介護サービスの制度間の分担が変更された。2015年1月1日の長期療養・介護制度改革は、特別医療費保険から長期療養サービス保険への移行により、長期療養サービス保険のカバーするサービスが絞られた一方で、従来、特別医療費保険でカバーされていたサービスが、医療サービスの色彩の濃いサービスは健康保険（ZVW）へ、「非常に大きなリスク」に該当しない介護サービスは、社会支援法2015、新青少年法等の地方自治体がサービス提供主体となる他の制度によって提供されることになった。

第一に、既に述べたように、2014年末まで、特別医療費保険（AWBZ）でカバーされていた看護、介護、精神保健サービスの一部が、健康保険（ZVW）、社会支援法2015（WMO 2015）等に移管された。

この中で、地区（在宅）看護サービス（District Nursing Care）が健康保険（ZVW）でカバーされることになったことが注目される。長期療養サービスの中でも医療の色彩の強いサービスは、健康保険でカバーする考え方が見て取れる。

社会支援法2015（WMO 2015）の下で、地方自治体は、自立できない人々のサポートをする義務があり、社会支援法2015では、この考え方に合致した、高齢者、精神障がい者、身体障がい者に関わるサービスが提供されることになった。社会支援法2015の中には、どの様なサービスを提供するかが事細かに書いてあるわけではないが、例えば、下記のサービスが提供される。¹⁹⁾

a) 顧客に適合した設備（Customization Facility）

- 1 移送サービス（Transport service）
圏域（Region）内の移送サービス。（徒歩、公共交通が利用できない状態の場合）
- 2 個人カウンセリング（Individual counseling）
- 3 保護された場所（Protected place）、顧客に適合したデイケア（Day care customized）

- 4 家の改修（階段昇降機（Stair lift）、補高トイレ（Raised Toilet））
- 5 車いす
- 6 レスパイトケア（看護人の休息を目的とした一時的な患者の介護）（Respite care）
- 7 ケア提供者への援助（Support for carer）
- 8 家事手伝い（Domestic help）

b) 一般的なサービス提供（General Provision）

一般的なサービス提供は、事前に個人の環境の精査を受けないで、自由に利用できるサービスである。

- 1 運搬（Potrage）
- 2 家庭内暴力（DV）、児童虐待（Child abuse）の勧告（Advisory）と報告（Reporting）
- 3 孤独な人々のための会合の場所
- 4 配食サービス（Catering services）
- 5 社会ケア（Social care）

例えば、女性、ホームレスのシェルターハウスである。

- 6 コミュニティセンター、協会への補助（Assistance to community centres and associations）

第二に、青少年に対するサービスである。地方自治体（Municipality）が所轄の新青少年法によって、青少年の障がい者に対するサービス全般がカバーされる。精神障がい・知的障がいを持った青少年の施設・施設外両方における治療、障がい者のガイダンス、個人サービス、短期入所サービス、移送サービスが提供されるようになった。

4. おわりに……長期療養介護制度改革の考察

本稿では、2015年1月1日の特別医療費保険（AWBZ）から長期療養サービス保険（Wlz）への移行による長期療養介護制度改革の内容を見てきたが、その特徴は以下の通りである。

第一に、特別医療費保険を継承する社会保険

としての長期療養サービス保険には、特別医療費保険の制度発足の時の「非常に大きなリスク」をカバーする社会保険としての位置付けを明確化させた。従って、保険給付の内容を、24時間の見守りを必要とするような重篤な、要介護度の高い人々に対するサービスに絞ろうとしている。

第二に、地方公共団体である地方自治体（Municipality）へのサービスの移管である。青少年の障害者等へのサービスを新青少年法によって、高齢者サービスの中でも専門性の高い介護サービス以外のサービス、地域における生活に密着したサービスを社会支援法2015によって提供しようとしている。地域における生活関連サービスは、住宅、学校等のサービスを含めて、地方自治体が所管しており、そうしたサービスとの連携を考えると、上記のサービスの地方自治体への移管は理にかなっている。また、これらのサービスの財源は、地方自治体の一般財源から拠出されることから、費用節減効果が働く可能性もあるが、それが本当にサービス需給の効率化をもたらすかどうかを注視する必要がある。

注

- 1) 本稿は、文部科学研究費基盤研究(C)（課題番号25380354）の成果の一部に負っている。
- 2) 本稿は、大森(2015)に多くを負っている。本稿の記述の中で、特に制度の細部に関心のある読者は参考にされたい。
- 3) 医療・介護保険制度が3つの制度に区分できることから、オランダの医療行政、ビジネス関係者は、それぞれの制度を“Compartment”と呼んでいる。
- 4) 「規制された競争」の詳細については、大森(2006)を参照。
- 5) 保健医療行政に利用する区画として、「圏域（Region）」が設定されており、オランダ全土で32の「圏域」が存在する。
- 6) オランダの地方公共団体は、12の州（Province）と403の地方自治体（Municipality）から構成されている。
- 7) 特別医療費保険の保険料が課される所得の上

限は被保険者の生年月日によって異なる。生年月日が1946年1月1日より前の者は3万3,555ユーロ/年(2014年)であり、1945年12月31日より後の者は、3万3,363ユーロ/年(2014年)である。

- 8) Ministry of Health, Welfare and Sport (2011) P.62,64。
- 9) 政府は、特別医療費保険の費用の増加を背景として、特別医療費保険の改革を企図している。最近の特別医療費保険の改革の動向については、後述。
- 10) EU諸国間では、EU財政ルール(EU Fiscal Rule)として、財政赤字がGDPの3%を超えないこと、政府の債務がGDPの60%を超えない様にすることに合意している。この条件に一つでも合致しないと、過剰財政赤字手続き(Excessive deficit procedure)に乗ることになり、EC(European Commission)から財政再建に関する提案を受けることになる。
- 11) Johan De Deken and Hans Maarse (2013) pp.27-28。
- 12) 同上。
- 13) 以下の長期療養サービス保険に関する制度の詳細は、オランダ医療サービス機構のホームページによっている。
- 14) オランダ医療サービス機構のホームページによる。
- 15) CIZにおけるケアアセスメントの手続きに関する記述は、CIZのホームページの情報によっている。<https://www.ciz.nl/Paginas/default.aspx>
- 16) http://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontenten/belastingdienst/individuals/moving_internationally/social_security/how_is_the_contribution_calculated/maximum_contribution_base/maximum_contribution_base_for_2015
- 17) Wilemijn Schafer et al.(2010) P.76を参照。
- 18) オランダ医療サービス機構のホームページによる。
- 19) オランダ医療サービス機構のホームページによる。

pp.153-167.

- ・大森正博「オランダの介護保障制度」『リファレンス』No.725. pp.51-73. 2011年6月国立国会図書館
- ・大森正博「オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲を巡る政策動向」『健保連海外医療保障』No.95. pp.17-28. 2012年9月
- ・大森正博「医療制度の日蘭比較」『統計』12月号 pp.2-9. 日本統計協会2013年
- ・大森正博「オランダの医療・介護保険制度」介護保険白書編集委員会編『介護保険白書』本の泉社 2015年4月 第13章所収 pp.168-181.
- ・Nynke Bosscher. 2014. “The Decentralisation and transformation of the Dutch youth care system.” Nederlands Jeugd instituut.
- ・Eike Decruynaerer. “The Personal Budget (PGB) in the Netherlands”, EFRO, 2010.
- ・Johan De Deken and Hans Maarse. 2013. Country Document The Netherlands.
- ・Peter Donders and Hans Maarse. 2012. Annual Report 2012 The Netherlands.
- ・Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts. 2010. “The Dutch System of Long-term Care”. ENEPRI.
- ・Wilemijn Schafer et al. 2010. “The Netherlands-Healthsystem review”. Nivel.
- ・Erik Schut, Stephane Sorbe and Jeus Hej. 2013. Health Care Reform in the Netherlands. Economic Department Working paper No.1010. OECD.
- ・Ministry of Finance. 2014. National reform Programme 2014 The Netherlands
- ・Ministry of Health, Welfare and Sports. 2011. Health Insurance in the Netherlands. 2011.
- ・Ministry of Social Affairs and Employment. State of Affairs of Social Security, January 2014.
- ・VEKTIS Jaarcijfers 2014.
- ・National Social Report The Netherlands. 2014

参考文献

- ・大森正博「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』第677号. 2006.

スウェーデン中道右派政権による 疾病保険制度改革：挫折への経緯と評価

千葉市保健福祉局次長

岡部 史哉

Okabe Fumiya

2006年に発足したラインフェルト中道右派政権が実施した疾病保険制度改革に対しては、野党やマスコミが厳しく批判して激しい政治論争となった。2008年に支給要件の厳格化を実施する改正法が成立したものの、野党や世論の批判を受けてその後数度にわたり要件緩和のための修正を余儀なくされ、支給要件の厳格化は大幅に後退した。ラインフェルト政権が少数政権に転落した2010年の選挙後には、厳格化路線は、政権に対応を迫る国会決議を盾にした野党側に押される形でさらに後退し、最終的には多くの例外措置が伴う小規模な制度変更に留まり、改革は実質的に挫折した。

本稿では、「コンセンサス・ポリティックス」の典型ともされるスウェーデンにおいて生じた疾病保険制度改革に関する激しい政治論争の経緯をまとめるとともに、社会保障制度を巡るスウェーデンの政治状況と今後の見通しについて論じる。

1. 疾病保険制度の概要と 制度導入以降の経緯

(1) 現行制度の概要

現行の疾病保険制度 (Sjukförsäkring)¹⁾ は複合的な制度であり、①労働者 (被用者と自営業者) が傷病によって一時的に就業ができなくなり休業する場合に従前所得 (賃金) 額の一定割合を支給する傷病手当 (Sjukpenning)、②労働者が障害によって就業能力を失った場合に支給する活動保障給付 (Aktivitetsersättning: 19歳から29歳まで) と傷病補償給付 (Sjukersättning: 30歳から64歳まで)、③薬剤費や歯科医療の診療費が高額になった場合の公的負担 (基本的に現物給付) などの給付で構成される。

疾病保険制度の支給費用に充てるために事業主・自営業者から疾病保険料 (事業主の場合には支払い賃金額の4.35%分) が徴収されている。ただし、保険料は一般会計に組み入れられてお

り、給付と負担は直接リンクしていない。疾病保険制度の支給事務は社会省管轄の政府外局である社会保険庁 (Försäkringskassan) が担っている。

スウェーデンで就業し、所得年額が物価基礎額 (prisbasbeloppet) の24%以上 (2015年には1万680クローナ) の就労者は疾病保険制度の被保険者となる。被用者だけでなく自営業者も対象となる。傷病手当の支給額は一定の算定式により計算された休業取得開始前の従前所得額 (sjukpenninggrundande inkomst: SGI) に0.97倍を乗じた額を算定基礎とする。SGIの上限額は物価基礎額の7.5倍 (2015年には33万3,000クローナ) であり、算定基礎額の上限額はその0.97倍 (同: 32万3,010クローナ) である。

(2) 制度導入以降の経緯

疾病保険制度の源流は19世紀後期に労働者に対する疾病時の医療・所得保障を行うために職

図表1 1991年から2008年までの間に実施された傷病手当の主な制度変更

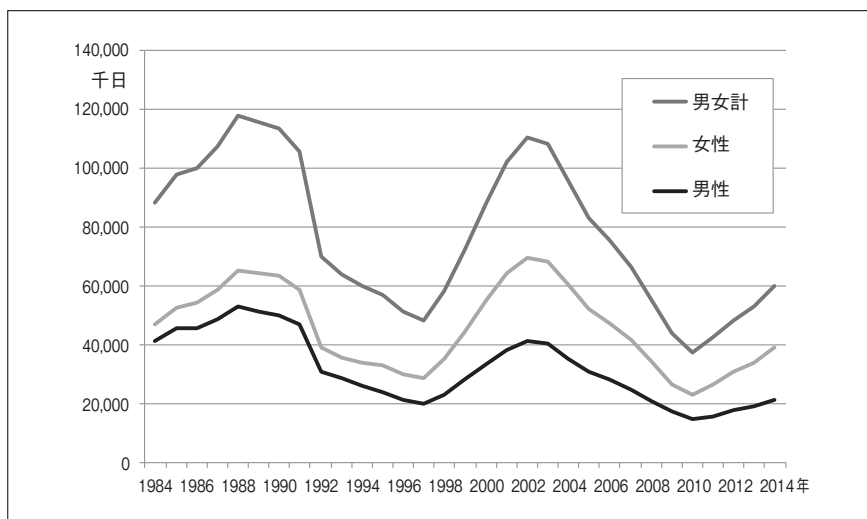
	制度変更の内容	政権
1991年	給付率(賃金に対する割合)を最初の3日間は65%、4～90日は80%、91日目以降は90%に引き下げ	社民党少数政権
1992年	休業開始後14日間は事業主が負担する仕組み(傷病給与)を導入	中道右派少数政権
1993年	待機日(1日)の導入と給付率の引き下げ(91～355日は80%、366日目以降は70%に)	中道右派少数政権
1996年	給付率を75%に変更(2日目以降)	社民党少数政権
1997年	傷病給与期間を14日間から28日間に延長	社民党少数政権
1998年	・給付率を引き上げ(2日目以降:80%) ・傷病給与期間を28日間から14日間に短縮	社民党少数政権
2003年	・傷病給与期間を14日間から21日間に延長 ・給付率を引き下げ(21日目以降80%から77.6%に)	社民党少数政権
2005年	・傷病給与期間を21日間から14日間に短縮するとともに、休業が長期化した場合に事業主が傷病手当の費用を一部負担する仕組みを導入 ・給付率を15日目以降77.6%から80%に引き上げ	社民党少数政権
2007年	休業が長期化した場合の事業主の一部負担を廃止	中道右派多数政権
2008年	・就業能力の判定を伴う「リハビリテーション・チェーン」の導入 ・傷病手当の支給期間を364日間に制限	中道右派多数政権

出典: Hagelund et al. (2013), p.308

域ごとに設立された疾病金庫(Sjukassa)に求められる²⁾。戦後、社会民主党の長期政権下で疾病保険制度は発展・拡大し、1954年には「国民疾病保険法」が成立した。1962年には所得比例型の老齢年金にあわせて傷病手当にも所得比例給付を導入する「国民保険法」(Lag (1962:381) om allmän försäkring) が成立し、1963年に施行された。1990年代から2000年代には傷病手当の受給者の急増と経済危機の発生による国家財政

の悪化に対処するために、給付水準の引き下げや待機日の導入など数度にわたる給付の削減が実施された(図表1)。また、2003年にはそれまで年金制度の一部として実施されていた障害年金について、新たに活動保障給付と傷病補償給付に移行する形で疾病保険制度に移管されている。

図表2 傷病手当の延べ支給日数(男女別)



資料: Försäkringskassan ホームページ

（３）受給者の急増と社民党政権の対応

1990年代前半には減少していた傷病手当の受給者数は1990年代の後半に増加に転じ、特に長期の受給者数が急増した（図表2）。これに対して社民党政権は職業リハビリの強化とともに、傷病休業の初期段階には社会保険給付ではなく事業主が「傷病給与」（Sjuklön）を支給する仕組みや、傷病手当の支給が長期化する場合に事業主がその費用を一部負担する仕組みなど、事業主に給付コストを転嫁することで事業主が主導して休業者の職場復帰インセンティブを上げることが意図する制度改正を行った。このような取り組みの結果、2000年代には傷病手当の受給者数は減少に転ずることになるが、2006年の国会選挙の際の受給者数は依然として高水準であり、これが穏健党など中道右派野党からの攻撃材料となった。

2. 2006年国会選挙と第1次ラインフェルト政権による制度改革

（１）「スウェーデンのための連合」の公約

2006年9月の選挙において、中道右派プロツクの中核を成す穏健党（Moderaterna）はそれまでの減税を中心とする「小さな政府」路線を転換し、スウェーデン・モデルを維持するために雇用政策・社会政策を雇用・就労を促進する方向に転換することを公約とした（「新しい労働党」路線）。穏健党を含む中道右派4党³⁾による「スウェーデンのための連合」の共通公約⁴⁾には、福祉から就労へ向かうための政策が重点的に掲げられている。疾病保険制度改革もこの一部として言及されているものの、その内容は「疾病保険制度においても就労原則（Arbetslinjen）を明確にする」（p.8）と「就労復帰のためのリハビリを受ける権利を法定化する」（p.20）のみであり、受給期間の制限や給付水準の引き下げといった支給厳格化は具体的な政策としては掲げられていなかった。

（２）選挙結果

2006年の国会選挙の結果、中道右派連合が349議席中178議席の過半数を獲得し、12年ぶりの政権交代が実現した。経済が好調な中で社民党が敗北した原因としては、選挙の最大の争点が「雇用」となる中で社民党が積極的な姿勢を示せなかったことと、社民党のヨーラン・ペーション（Göran Persson）首相が「高圧的」との批判を受けるなど長期政権のために国民の間に社民党政権に対する「飽き」が生じたのに対して、選挙当時41歳と若いフレドリック・ラインフェルト（Fredric Reinfeldt）党首が新鮮味を持って受け止められたことが挙げられる。

（３）ライフフェルト政権の布陣

首相には連立4党内で最大政党（97議席）である穏健党のラインフェルト党首が就任した。また、政策の要となる財務大臣には非議員でラインフェルト首相の盟友と言われた中央銀行出身のアンダシュ・ボリ（Anders Borg）が、雇用大臣には同じく首相に近い穏健党の書記長スヴェン・オットー・リットリン（Sven Otto Littorin）が就任した。さらに、社会保険大臣には穏健党のクリスティーナ・ヒュースマルク・ペーション（Cristina Husmark Pehrsson）が就任した。このように、政権の公約の柱である就労促進政策の要を担う閣僚を首相に近い穏健党の政治家が占めたことがラインフェルト政権の特徴であった。

（４）ラインフェルト政権の雇用・社会保障政策

ラインフェルト政権の雇用・社会保障政策の方向性は、労働供給・需要の双方について就労・雇用インセンティブを高めることを目指すものであり、これには経済合理性を重視するボリ財務相の考え方が強く反映したものである。この具体的な政策として、まず労働供給側（労働者）への働きかけとして、中低所得者に対する所得税の限界税率を下げることで追加的な就労による限界所得を引き上げて労働者の就労

インセンティブを高める「就労促進税制」が導入された。また、労働需要側（事業主）への働きかけとして、長期失業者や若年者の社会保険料を引き下げて事業主の雇用インセンティブを高めること、さらに、住宅の改築や清掃のための費用を税控除の対象とすることや、レストランサービスに対する付加価値税率の引き下げによりサービス産業に対する需要を喚起するといった税制改正が行われた⁵⁾。

2006年10月にラインフェルト首相が国会で行った施政方針演説では、「就労第一原則」(work-first principle)をもとに、就労することがより「割に合う」(worthwhile)ようにするための改革を行うとして、就労促進税制の導入や雇用保険制度改革とともに疾病保険制度改革を行う方針を表明した。本演説では、疾病保険制度の目的は疾病や事故に遭った人に対する保障を行うことが目的であるとともに、就労に復帰するインセンティブを提供することが必要だとした。さらに、治療やリハビリの機会を提供し、保険制度の濫用を防止する観点から、疾病保険制度において傷病者が就労に復帰するための援助を行うための改革を行う方針を表明した⁶⁾。ただし、この時点でも傷病手当の改革は「疾病保険制度において受給者が就労に復帰することを助けるための新しい仕組みを導入」⁷⁾という形で抽象的に述べられているだけで、受給期間の制限や給付率の引き下げについては明言されていない。

(5) 2008年7月の支給要件厳格化

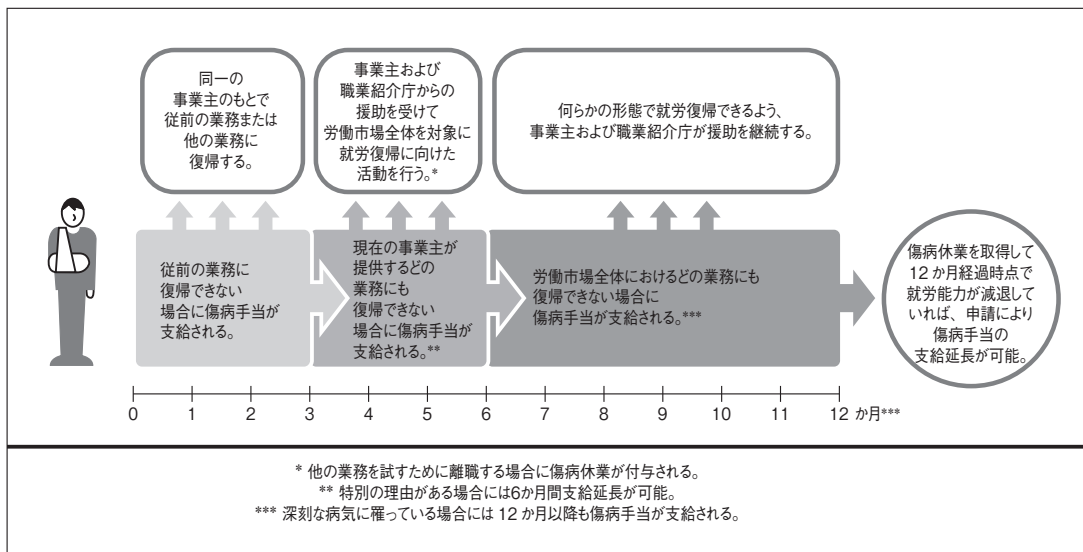
ラインフェルト政権が疾病保険制度改革案を国会に提出したのは、政権発足から1年後となる2007/2008年の国会⁸⁾であった。まず、2007年9月に国会に提出した2008年の予算案⁹⁾においては、「傷病により休業している人の多くは就労能力を何らかの形で残していて、それを活用する必要がある」(p.12)として、就労能力を一定の期間のうちに段階的に判定する「リハビリテーション・チェーン」(rehabiliteringskedjan)の導入を打ち出した(図表3)。その内容として

は、①傷病休業取得開始後3か月以内に、同一の事業主のもとで被保険者が休業取得前に従事していた業務以外の業務に従事する能力があるかどうかを社会保険庁が判定する、②休業取得開始後6か月以内に、労働市場全体を見て何らかの業務に従事する能力があるかどうかを社会保険庁が判定する、③この結果、通常休業取得開始後12か月(1年)以内に、就労能力を有する被保険者は就労に復帰するか、公共職業紹介所に求職者として登録する、という一連のプロセスである。

これと併せて、それまで支給期間に関する規定がなかった傷病手当について有期給付とすることを明確に打ち出し、①傷病休業取得開始後12か月間は従前所得額の80%分を物価基礎額の7.5倍相当額を上限に支給、②12か月目経過後は病状が極めて深刻であるなど例外的な場合のみ支給を継続し(「延長傷病手当」)、給付水準は従前所得額の75%分(上限は物価基礎額の7.5倍相当額)に引き下げる、③労使協約に基づいて事業主から休業補償給付が支給される場合¹⁰⁾には「延長傷病手当」の支給額と併せて従前所得の75%相当額を超えてはならないこととする(物価基礎額の7.5倍相当額の上限は適用せず)、④「延長傷病手当」の支給期間は最大で18か月(1.5年)間とし、その時点で就業できなかった者は労働市場プログラムに参加することになったとした。また、旧障害年金である傷病補償給付の支給要件について、被保険者の傷病の状態から就労能力の回復の可能性がまったくないものと認められる場合のみに限定するとした。

ラインフェルト政権は、2008年政府予算案の中で、これらの傷病手当の支給要件厳格化策の導入とともに、休業期間の長期化や取得率における地域格差の発生を防止するために医師が傷病休業取得の必要性を判定する際のガイドラインの作成や、傷病休業取得者と事業主を援助するための労働衛生サービスの強化、医療的なりハビリを受けながら就労復帰を目指す者に支給する「リハビリ保証給付」の創設、傷病手当などの支給を受けながら長期間就労していない者

図表3 リハビリテーション・チェーン (rehabiliteringskedjan)



出典：Landstinget Västmanland (ヴェストマンランド・ランスティング) ホームページ (もとは政府資料)

注：2008年7月の制度変更時点のもの。

を新たに雇用する事業主に対して事業主負担分社会保険料の軽減を行うこと (New start jobs) などを内容とする総額34億クローナに上る支援措置を行うとした。

2008年3月にラインフェルト政権は先に予算案で提示した改正事項を含む法案を国会に提出した¹¹⁾。ただし、労使協約に基づいて支給される休業補償給付との調整規定については労働側だけでなく使用者側からの反発が大きく、またEU法の規定に抵触する可能性があることから導入が見送られた¹²⁾。本法案に対して社民党、環境党、左翼党の野党側は労働組合や障害者団体とともに国会周辺で反対集会を開催するなど強く反発したが、与党4党で国会議席の過半数を制していたことから国会の運営に支障が生じるほどの対決にはならず、同年6月に本会議で採決され、多数決により同法案が成立した。改正法の施行は2008年7月であったが、既に傷病手当の支給を受けている者については「延長給付」の支給が2009年末まで認められた。

(6)「延長給付」の期限が到来する2009年12月の動き

2008年6月の法案採決後には、疾病保険制度改革を巡る政治的な混乱はひとまず収まった。しかし、改正法の経過措置として現行の受給者に対して認められた「延長給付」の最大期間が到来する2009年12月を前に、傷病手当の支給が打ち切られる者が生じることが現実味を帯びてきたことから¹³⁾、打ち切りに対する世論の動向が厳しくなった。このため、政府は2009年10月に傷病手当の支給が打ち切られる者に対する援助措置を規定する法案を国会に提出した¹⁴⁾。

法案の主な内容は、①入院中など特に重篤な患者について914日 (25年間) 経過後にも傷病手当の支給延長を認めること、②活動保障給付・傷病補償給付の支給が打ち切られた者について傷病手当を再度受給することを認めること、③社会保険庁が受給者について労働市場プログラムに参加させる際の就労能力の判定では実際のプログラムに参加できる能力があるかどうかを見ること、また、傷病によって労働市場プログラムへの参加を止めた者については就労能力の判定の際にその旨を考慮に入れること、である。

しかし、政府提案に対しては内容が不十分であるとして野党側が強い批判を開始して激しい政治論争に発展するとともに、マスコミの論調など世論の動向も厳しくなったことから¹⁵⁾、与党議員が主導して国会の社会保険委員会の提案として、既に施行されている「受給開始1年後には給付の所得代替率を80%から75%に引き下げる」という規定について、①傷病手当の支給開始後180日が経過した際の労働市場全体を通じて就労能力を判定する規定の適用が「不合理」(oskäligt)と認められる場合については適用を猶予すること、②支給開始後365日が経過した際の労働市場全体を通じての求職活動の義務の適用が「不合理」と認められる場合については適用を猶予すること、③傷病が重症であるために就労できない者については傷病手当の受給期間が365日を経過した後であっても給付率を下げることなく従前所得額の80%分の給付を行うこと、を内容とする救済措置を法案化し、本会議に提出した¹⁶⁾。

制度改正を伴う法案は、年が明けてから審議されることが通常であるが、これらの法案は2010年1月の施行が前提であったため予算案と同時に審議され、いずれも12月に本会議で可決・成立した。これらの見直しは、例外的な措置とはいえ傷病手当の無期限の支給を認めるものであり、傷病手当の役割は傷病による就業能力の一時的な喪失に対する保障であるという原則のもと受給者に労働市場への復帰を強力に促すために受給要件を厳格化するというラインフェルト政権の改革方針が大きく後退することになった。

3. 2010年国会選挙と第2次ラインフェルト政権下での改革路線の後退

(1) 野党とマスコミによる批判キャンペーン

2010年は4年に一度の国会選挙が行われるため、傷病手当の支給要件を緩和する法案の可決後も政治的な緊張は継続し、野党は疾病保険改革を政府への批判の材料として用い¹⁷⁾、また、マ

スコミも批判的な論調を継続した。特に同年9月19日の国会選挙の直前に、アニカ・ホルムクイスト(Annica Holmquist)という難病患者(女性)の娘が、母親が難病で就業能力がないのにもかかわらず傷病補償給付の支給延長も傷病手当の支給も認められなかったことをブログで発信したことが、大衆紙に大きく取り上げられるなど反響を呼び¹⁸⁾、政権側に大きな痛手となった¹⁹⁾。

(2) 選挙結果

選挙の結果、中道右派連合は社民党・環境党・左翼党3党の合計議席数を上回ったが、反移民ポピュリスト政党であるスウェーデン民主党が得票率の足きりラインである「4%の壁」を超えて初めて国会に進出したため、中道右派連合の議席は半数を割る結果となった。このため第2次ラインフェルト政権は少数政権としての発足を余儀なくされ、法案の成立には野党の協力が不可欠である困難な状況を迎えた。中道右派連合が過半数に不足する議席数は3議席であり、結果として疾病保険制度改革に対する批判が選挙結果とその後の政権運営に大きな影響をもたらすこととなった²⁰⁾。

第2次ランフェルト政権発足の際には一部閣僚の交代が行われた。この結果、それまで社会保険大臣として疾病保険制度改革の先頭に立ってきた穏健党のヒュースマルク・パーションは、ウルフ・クリステション(Ulf Kristersson: 穏健党)に交代することになった。ヒュースマルク・パーションが疾病保険制度改革で世論の批判を強く受けて改革の実を上げることができなかったためと言われる。

(3) 野党主導による2011年7月の国会決議

ラインフェルト政権は選挙後も疾病保険制度改革が必要との主張を変えなかったが、疾病保険制度改革への批判が止まない情勢に対応すべく、2011年4月に、①傷病手当の最大支給期間が経過した後に支給を打ち切ることが疾病の状況を踏まえて不合理である場合には傷病手当の支給をさらに延長すること、②社会保険庁が

職業紹介庁（Arbetsförmedlingen）と連携して傷病手当の受給中に労働市場へのリハビリテーション支援を行うことを主な内容とする受給要件の緩和策（施行は2012年1月を予定）を発表した。

しかし、一方で、選挙前と比べて国会の情勢は大きく変わっており、これらの緩和策が発表されても疾病保険制度改革に対する野党側の政権批判は収まらなかった。新たに国会に議席を得たスウェーデン民主党は特に移民政策において社民党など中道左派政党とは基本的な考え方を異にしていたが、国民に受けの良い政策のみを掲げるというポピュリスト政党であるがゆえに「福祉の削減への反対」という点で一定の協力が可能であった。この状況を利用して社民党など野党3党は、スウェーデン民主党の支持を得て政府に対して制度改革を求める内容の国会決議を採択するという形で、政府への攻撃を続けた。

まず、2011年6月の国会会期末には、疾病保険制度を改革前に戻すことを求める野党3党とその動きを阻止しようとする与党4党との攻防が激化した。与党側は委員の3分の1以上の賛成により審議を委員会に戻すことができるという規則を盾に本会議での議決を阻止しようと試みたものの、野党側は通常の年であれば夏休みに入っているはずの7月1日の本会議において、疾病保険制度における給付の厳格化の規定を大幅に緩和させることを求める議案を可決させた²¹⁾。

この国会決議では、①傷病休業取得開始180日後までに行われる就労能力の判定において「通常の労働市場全体で一般的な」（reguljära arbetsmarknaden i övrigt）業務に就業することを前提とした規定について、「労働市場で普通に得られる」（normalt förekommande på arbetsmarknaden）業務に就業することを前提とした規定に変更するための改正を2012年1月に施行させること、②傷病補償給付を有期給付とする改正をもとに戻して就労能力が減退している限り給付を支給するよう改正する法案（2012年1月施行）を国会に提出することを政府に要求している。

議案の賛否は賛成150票（社民、環境、左翼、スウェーデン民主の各党）、反対149票（穏健、自由、中央、キリスト教民主の各党）の僅差であった。少数政権とはいえ国会が政府の意思に大きく反する議決を行うことも、通常であれば6月中旬の夏至祭の前までに終了する国会会期が7月まで延長することも極めて異例の事態であり、与野党の対立は先鋭化し、ラインフェルト政権の疾病保険制度改革は厳しい事態に追い込まれることになった。

（4）2011年末の支給要件緩和と2度目の国会決議

政府は2011/2012年の国会に、2012年予算案の提出と併せて、①傷病手当の支給打ち切りが疾病の状態から「不合理」とであると認められる場合には、2.5年の支給期間が終了した後も継続受給を認める²²⁾、②有期の傷病補償給付の受給者が受給期間終了後に疾病保険の基礎となる所得がないために傷病手当が受給できない、または低額の場合に、日額最高160クローナの特別の傷病手当（就労復帰のための訓練受講中はリハビリ手当（Rehabiliteringspenning））と特別の住宅手当（Boendetillägg）を支給する、という給付要件緩和のための法案を提出した（2012年1月施行）。

これに対して野党側は、2011年12月12日の予算案の採決の際に、「2011年7月1日の国会決議に沿った内容の法案を2012年3月1日までに国会に提出することを政府に求める」との動議を予算案に追加することを提案した。スウェーデンの国会では、予算案について政策分野や予算項目ごとに採決するため本議案も個別に採決される。この野党提出の動議（議案）は、賛成159票（社民、環境、左翼、スウェーデン民主の各党）、反対156票（穏健、自由、中央、キリスト教民主の各党）で可決された。

（5）野党側の大臣不信任の動きと就労能力判定要件の緩和法案

国会が2度にわたって就労能力の判定におけ

る要件緩和を政府に求める決議を行ったのにもかかわらず、クリステション社会保険大臣が「国会の議決に従えば古いシステムと同じ問題を抱えることになる」²³⁾として、国会決議に従わない姿勢を示したため、野党側は態度を硬化させて2012年2月に国会で大臣の不信任決議を行う構えを見せた。スウェーデンの国会において閣僚の不信任決議は例のない事態であり、可決されれば政権側に甚大なダメージが生じることとなる。これを受けて、政府側は国会決議を受け入れる方向に転換し、クリステション大臣が謝罪会見をしたうえで3月に法案を国会に提出した²⁴⁾。政府側の対応を受けて野党側も不信任案の国会採決を見送った。

政府法案は、受給開始180日後に行う就業能力を判定する際に用いられる「就くべき仕事」の定義を、「通常の労働市場で得られる有給の仕事」(förvärvsarbete på den reguljära arbetsmarknaden) から「労働市場において普通に得られる有給の仕事」(sådant förvärvsarbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden) に変更するものであり、重病患者に対して低賃金の仕事を強制しているとの批判に応えたものである。この法案は2012年5月に国会で可決され²⁵⁾、同年7月に施行された。

(6) 2013年の動き

2012年5月の法案の採決後、疾病保険制度改革を巡る与野党の対立は沈静化したが、2012/2013年の国会ではこれに関連する議案が野党主導により2つ可決されている。まず2013年5月には傷病手当の支給期間が満了する前の適切な時期に効果的なリハビリの方法を開発して2014年予算案で具体化することを求める議案が可決されている²⁶⁾。また、同年6月には、傷病休業取得180日経過後に社会保険庁が実施する就労能力に関する判定の手法について全国に適用する前にその妥当性を十分検証することを求める議案が可決されている²⁷⁾。

4. 2014年国会選挙後の動きと今後の見通し

(1) 政権交代と「12月合意」の形成

2014年の国会選挙で中道右派4党の議席は中道左派3党を下回り、ラインフェルト政権は退陣した。しかし、スウェーデン民主党が躍進したために社民党と環境党が連立した社民党ステファン・ロヴェーン (Stefan Löfven) 党首を首相とする新政権も少数政権としての発足となった。スウェーデン民主党は再び国会でキャスティングボードを握ることになり、野党に回った中道右派4党と共闘することにより影響力を誇示しようとした。

政治的な危機は、2014年12月2日の新政権発足後最初の2015年予算案の採決において発生した。スウェーデン民主党が野党4党提出の予算案(影の予算案)に賛成したために野党提出予算案が可決され、ロヴェーン政権が提出した予算案が否決されることとなったのである。ロヴェーン首相は直ちに、国会を解散して2015年3月に再選挙を実施する方針を表明した。再選挙となれば、所得比例年金の導入を争点として第2次大戦後初の解散となった1958年以来の事態であり、また、選挙後も政局が不安定になることが予想されたことから、各党が再選挙の回避に向けて水面下で協議を行った。その結果、2014年12月27日に社民、環境の与党2党と中道右派野党4党は、2022年までの間は、野党が予算案の採決の際に棄権することで政府案の成立に協力することについて合意した(「12月合意」)。

「12月合意」では、野党が政府予算案の一部だけを取り出して政府の意思に反して修正しないことが含まれている。ラインフェルト政権下で野党側が疾病保険制度に関して数度にわたり国会に提出して成立させた議案のような予算に直接関連しない議案は合意の直接の対象にはなっていないが、与野党を問わずスウェーデン民主党の影響力を警戒する声は強く、このような動きが今後再発する可能性は低いものと予想される。

（２）傷病手当の打ち切り条項を巡る動き

一方、ロヴェーン政権は政権発足の際に社民・環境両党で合意した傷病手当の支給打ち切りの撤廃案を、2014年10月の政府予算案に盛り込んだが、前述のとおり政府予算案は否決されて、実現しなかった²⁸⁾。その後、ロヴェーン政権のアニカ・ストランドヘル（Annika Strandhäll）社会保険大臣（社民党）は2015年1月に発表した討論記事の中で、支給打ち切り条項が就労復帰において何の効果ももたらさなかったことが社会保険庁の調査により明白となったとして、打ち切り条項の撤廃と、職場における休業防止および早期のリハビリの取り組みを強化する方針を表明した²⁹⁾。

また、同年3月には、2010年に設置されて社会保険制度のあり方について4年半議論を行っていた全政党の国会議員をメンバーとする政府の社会保険調査委員会³⁰⁾が政府に調査報告書を提出した。その主な内容は疾病保険制度における従前所得の算定方法の変更に関するものであり、傷病手当の支給打ち切り条項については直接触れられていないが、同委員会の事務局長によると、委員会のメンバーの間は打ち切り条項により影響を受ける人を可能な限り少なくすることと、傷病者を就労復帰させるための取り組みを強化する必要性についてコンセンサスが形成されているという³¹⁾。公共放送スウェーデンテレビは調査委員会の報告に関して参加した政党間で支給打ち切り条項の撤廃について合意が形成されたと報じている。調査委員会の委員長であるグンナー・アクセン（Gunnar Axen）議員（穏健党）は支給打ち切り条項の必要性を否定してはいないものの、「職業紹介庁と社会保険庁が協力して傷病者が休業に入った早期に就労復帰のための取り組みを強化することを条件として制度の変更を検討する」と発言している³²⁾。

これらの一連の動きを受けて、社会省は2015年3月に傷病手当の受給開始2年半後に支給を打ち切る条項を撤廃することについて関係団体に意見照会をするための手続き（レミス手続き）を実施した³³⁾。レミス文書によると、政府とし

て関係団体からの意見を聞いた後に2016年の予算案（通常であれば2015年10月頃に国会に提出）において具体的な法案を提示し、国会での議決を経て2016年1月から改正法を施行する方針としている。

（３）今後の見通し

このように、本稿執筆時点（2015年8月）では疾病保険制度（特に支給打ち切り条項）の扱いについて与野党間での対話が行われている状況であり、今後何らかの合意が得られる可能性は十分にあるものと考えられる³⁴⁾。

この背景としては、「12月合意」の形成によって与野党間の対話を促進する政治的雰囲気が形成されていることがある。さらに、本件に特有の事情として、支給打ち切り条項に対するマスコミの報道ぶりは依然として厳しく、野党となった穏健党など中道右派4党側がこれに固執することによって国民の支持を得られる可能性が極めて低くなっていることとともに、受給要件を厳格化したのにもかかわらず2010年以降傷病手当の受給者数が増加に転じて2014年時点で増加に歯止めがかかっていないために（図表2）、政府側としても対策が急務となっているという事情があるものと見られる³⁵⁾。

5. 考察と評価

ラインフェルト政権の疾病保険制度改革は国会を舞台に左右の政党間の激しい政治的対立を引き起こしたが、2010年の選挙において中道右派が少数に転落した結果、野党の攻撃を受けて当初の支給要件の厳格化の方針は骨抜きになってしまった。ロヴェーン政権の発足後も傷病手当の支給打ち切り条項は残存しているものの、今後の与野党協議によって修正される可能性は否定できず、改革は頓挫したものと評価すべきであろう。

疾病保険制度改革を巡りラインフェルト政権の8年間で繰り広げられた与野党の激しい政治的対立はスウェーデン政治の特徴と言われる「コ

図表4 2006年以降の疾病保険制度を巡る主な経緯

2006年	9月	国会選挙で中道右派連合が勝利。
	10月	第1次ラインフェルト政権発足。社会保険大臣はヒュースマルク・ベーション。
2008年	6月	「リハビリテーション・チェーン」の導入と傷病手当の有期給付化を柱とする政府法案が可決・成立（7月施行）。
2009年	12月	「延長給付」の支給期限。重篤な患者に914日経過後も傷病手当の支給延長を認める政府法案と180日経過後に給付率を引き下げる規定の猶予を認める議員法案が可決・成立（2010年1月施行）。
2010年	9月	国会選挙で中道右派連合が半数を割る。
	10月	第2次ラインフェルト政権発足（少数政権）。社会保険大臣はクリステションに交代。
2011年	4月	政府が傷病手当の支給打ち切りを緩和する方針を発表。
	7月	国会が就労能力の判定の際の要件を緩和することを政府に求める決議を野党主導で可決（1票差）。
	12月	傷病手当の支給打ち切りが「不合理」な場合に支給期間終了後も継続受給を認める政府法案が可決・成立（2012年1月施行）。
	(〃)	国会が2011年7月の決議の履行を政府に求める決議を野党主導で可決（3票差）
2012年	2月	野党がクリステション社会保険大臣の不信任議案を採決する構え。同大臣が謝罪し、国会採決は見送られる。
	5月	就労能力の判定の際の要件を緩和する政府法案が可決・成立（7月施行）。
2013年	5月	効果的なリハビリ方法の開発を求める国会決議。
	6月	就労能力の判定手法の検証を求める国会決議。
2014年	9月	国会選挙で中道右派連合が敗北。
	10月	社民・環境連立のロヴェーン政権発足（少数政権）。社会保険大臣はストランドヘル。
	12月	（2日）2015年予算案の国会採決でスウェーデン民主党が野党予算案に賛成し、政府案が否決される。ロヴェーン首相が再選挙の方針を表明。
	(〃)	（27日）与党2党と中道右派野党4党が、2022年までは野党側が予算案採決の際に政府案の成立に協力することを合意（12月合意）。
2015年	3月	国会議員をメンバーとする政府の社会保険調査委員会が政府に報告書提出。
	(〃)	社会省が傷病手当の支給打ち切り条項を撤廃する法案原案を関係団体に意見照会（レミス手続）。

ンセンサス・ポリティックス」とはかけ離れたものであった³⁶⁾。この状況はなぜ生じたのであろうか。社民党が絶対優位の政治状況が過去のものとなり政権交代が常態になった現時点において、今後の社会保障制度のあり方を巡る政党間の政治的な動きを見通す材料として、同じく大規模かつ国民に不人気の縮減策を含む改革でありながら1990年代から2000年代にかけて与野党合意に基づいて実施された年金制度改革（コンセンサス・ポリティックスにより実現した大規模な制度改革の好例）と比較することでその理由を探ってみたい³⁷⁾。

まず、年金制度改革との比較で最も対照的な点としては、改革実施時点における経済・財政状況が大きく異なることが挙げられる。1990年代初頭はスウェーデン経済が戦後最大の危機を迎えており、公共部門の縮減、特に今後大幅な給付費増が予想されていた年金制度を持続可能なものにするための改革の必要性が与野党を通

じて共通理解となっていた³⁸⁾。これに対して、ラインフェルト政権発足時にはスウェーデン経済は好調であり、また、公共部門の負債も社民党政権による財政健全化策の結果、1990年代当時に比べて大幅に削減されており、財政面からの疾病保険制度改革の必要性は高いとは言えなかった。さらに、社民党政権（ベーション政権）は傷病手当の受給者に対する就労促進策を強化することなどを通じて受給者の減少を達成しており（図表2）、ラインフェルト政権発足時点で受給者が急増しているという状況ではなかった。傷病者の就労復帰に向けて引き続き取り組んでいくことの必要性については社民党も合意するものの、有期給付化といったラディカルな改革を行う必要性について左右の政党間のコンセンサスは存在しなかった。

政権交代時の政治状況を比較すると、1991年にビルト政権が発足した時点では社民党のカーソン政権下で年金制度改革に向けた検討が既

に開始されていた。また、ビルト政権の発足に際して社民党が必要に応じて閣外協力を行った（スウェーデン経済が危機的な状況にある中で与野党の協調は不可避であった³⁹⁾）ことを通じて、年金制度改革の検討にも政権与党4党（ラインフェルト政権と同じ）と社民党が協力するという方向性を形成できた。さらに、1994年に社民党が政権復帰した（カールソン政権）際には、既に与野党5党による年金制度改革に向けた検討体制が発足していた。これに対して、2006年の政権交代の時点では、穏健党を中心とする中道右派連合は選挙において雇用・社会保障政策に関する社民党政権の「消極的な」姿勢を批判することで支持を集め、政権を奪取したものであり、その結果、雇用・社会保障政策を巡る与野党間の対立は当然ながら深く、疾病保険制度改革の必要性が共有されるような状況ではなかった。

社民党にとっては本来の強みである社会保障政策において弱みを突かれた形となった。1962年に所得比例年金制度の導入と同様に、ブルジョワ政党との激しい論争の果てに導入に至った現在の疾病保険制度は、社民党にとって自ら作り上げた福祉国家のシンボルの一つであり、最大のライバルである穏健党が行う給付削減策に対して協力する動機も大義名分もなかった。実際、1990年代から2000年代にかけて社民党政権下では傷病手当の所得代替率の引き下げなど給付の削減を数度にわたって実施している（図表1）。いずれも労働組合などの支持層から大きな反対を受けたが、福祉国家の建設の中心を担ってきた社民党だからこそ、その縮減の局面でも正統性を保つことができた（伝統的な社民党の支持層は社会保障制度と社民党政権の維持のためには縮減策を受け入れざるを得ない）と見ることもできる⁴⁰⁾。

このような経緯から、ラインフェルト政権が本当に疾病保険制度改革を実施したいと考えるのであれば、制度導入の立役者である社民党の協力を得ることが不可欠であり、それをしなかった（し得なかった）ことが改革失敗の最大の原因で

はないかと考えられる。

傷病手当の受給要件厳格化は福祉政策の縮減であり、本質的には国民に不人気な政策である。このような不人気な政策に対しては、政策担当者は政治的なリスクを避けるためにできる限り避けようとし、どうしてもかかわらざるを得ない場合にはできるだけ自らの責任を見えなくしようとするのが通常である（「非難回避の政治（politics of blame-avoidance）」）。ラインフェルト政権の疾病保険制度改革は、この原則に反して福祉国家の政権政党が不人気な政策にあえて正面から取り組んだ希少な例である⁴¹⁾。

新川（2004）では、非難回避戦略を5つのパターンに分類している。疾病保険制度改革は、福祉国家を守るために労働市場への復帰インセンティブを高めるための取り組みという、より高度な目的のために不人気政策を正当化するという点において、このうち「戦略Ⅱ」の「争点の再定式化、すなわち損失を与える政策に対して積極的な意味づけを与える、または損失を生む政策への代償政策を展開する」に該当しよう。

ラインフェルト首相やボリ財務相といった政権幹部は2008年の経済危機の発生を乗り越えた手腕から実務型政治家として政権運営能力に関する国民の信頼が厚い政治家であった。しかし、それでも2010年および2014年の選挙結果を見ると、スウェーデン国民がラインフェルト政権の掲げる大義名分に共鳴したとはいいがたく⁴²⁾、疾病保険制度改革に関するラインフェルト政権の言わば「正面突破」の方針は大きな代償を伴った。

ポール・ピアソン（Paul Pierson）は、福祉国家は発足から時間を経てその対象を拡大するほどに、その利益を享受する層が厚くなることから、制度改革に対する抵抗が大きくなるため、経済のグローバル化など社会保障制度に対する圧力が増しているにもかかわらず、福祉国家は縮減に向けた動きに対して意外な抵抗力を示す（institutional stickiness（制度的粘性））とする（Pierson（2001）, p.414）。ラインフェルト政権が取り組んだ疾病保険制度改革が、傷病者や失

業者など改革により不利益を直接受ける層だけでなく多くの国民の反発を招き、選挙での勢力後退と国会での与野党攻防を通じて実質的に骨抜きになったことは、高度に発展したスウェーデンの社会保障制度の恩恵を実感し、立場を超えてその縮減に対して拒否感を示す一般の国民が多かった結果であり、まさにピアソンが言う“institutional stickiness”の一例であろう。

一連の動きにより改めて明らかになったことは、社会保障制度の縮減を含む大規模な改革を行うためには、与野党の多数で問題意識を共有し、長期的な観点から共通の解決策を探ることが不可欠だということである⁴³⁾。社会保障制度が高度に発達してほぼすべての国民がその恩恵を受けているスウェーデンにおいて、左右どちらかのブロックのみが縮減策を掲げてそれを実現することは極めて困難なのである。

新川(2004)は、政策担当者の非難回避戦略の類型の5つ目「戦略V」として「超党派の合意形成、すなわち非難を生む決定に際して、政治的党派性を超えた合意を形成する。これによって非難を分散し、野党が不人気な施策決定を与党攻撃のため政治的に利用することを不可能にする」を挙げている(P.304)。ラインフェルト政権による疾病保険制度改革の挫折は、スウェーデンの各政党に対してこの戦略の重要性と有用性を改めて示したと考えられる。

高齢化の進展の中でより長く就労することが求められる中で、傷病・障害に対する経済的保障を確実にしつつ、国民の就労インセンティブを高めていくことは、「就労原則」に基づきスウェーデンの社会保障制度を維持していくためには避けて通れない課題である。さらに、スウェーデン政治はスウェーデン民主党の進出によって伝統的な左右のブロック政治が不安定化しており、制度改革を長期的な安定を伴ったものとするためには、少なくとも社民党と穏健党を含めた超党派による合意をもとに実施することの必要性がさらに高まっている状況にある。

これらの状況に鑑みると、激しい政治的な競争を経た疾病保険制度改革の今後の行方は、

対立の時代を経た後に、結局は年金制度改革と同様の道を辿っていくことも十分に予想される。

注

- 1) 日本語文献ではSjukförsäkringを「医療保険」と訳する例もあるが、スウェーデンの医療制度は広域自治体(ランスティング)が税を財源に住民に提供する現物サービスを基本としており(ただし、本文にあるとおり財源面で見ると疾病保険制度から一部現物給付も実施している)、この訳では混乱を与えかねないため、本稿では「疾病保険」の訳語を用いる。
- 2) 疾病保険制度の発足・発展の詳細については中野(2004)を、1990年代以降の制度縮減の詳細についてはAndrén(2003)を参照。
- 3) 「スウェーデンのための連合」は穏健党のほか、中央党、自由党、キリスト教民主党的の4党で構成される。
- 4) *Fler i arbete – mer att dela på, Valmanifest 2006*, Allians för Sverige, 2006.08.23。なお、4党の一体性を強調する観点から穏健党は党独自の公約は発表していない。
- 5) ラインフェルト政権の労働市場政策の全体像および社民党政権の政策との比較については佐藤(2012)を参照。
- 6) *Statement of Government Policy presented by the Prime Minister, Mr Frederik Reinfeldt, to the Swedish Riksdag on Friday, 6 October 2006*, p.5
- 7) Prop. 2006/07: 1 ; *Budget statement, Economic and budget policy guidelines*, p.20
- 8) スウェーデンの国会は9月に会期が始まり、年内に来年の予算案を採決し、その後年が明けて法案の審議を行い、6月中旬(夏季休暇前)に閉会することが一般的である。
- 9) Prop. 2007/08: 1 ; *Budget Statement, Economic and budget policy guidelines*
- 10) スウェーデンでは、労使協定に基づいて高齢、疾病、失業などの際に事業主が費用を拠出して法定の社会保険給付に上乗せして現金給付の支給を行うこと(協約保険)が一般的であり、その適用割合は9割を超えている。
- 11) Prop. 2007/08:136; *En reformerad sjukskrivningsprocess för ökad återgång i arbete*(より多く就労へ復帰させるための傷病休

- 業制度の改革)(2008年3月19日国会提出)
- 12) “Government Withdraws Sickness Benefit Payment Plan” (Radio Sweden, 2008.02.11)
- 13) 2009年6月時点で、2008年7月1日から「延長給付」を受給している者は男性で8,321人、女性で15,426人、合計で23,747人であり、疾病別では精神疾患が35%、運動機能障害が28%であった(Prop. 2007/2008:136, p.18)。
- 14) Prop. 2009/10:45; *Kompletterande förändringar i sjukförsäkringen, m.m. i samband med förstärkta insatser för återgång i arbete* (就労復帰を強化するための疾病保険制度の追加的改革など)(2009年10月22日国会提出)
- 15) カロリンスカ大学病院の医師が、傷病手当の支給要件厳格化は重病のがん患者にフルタイム就労を迫るものだと批判した討論記事(“*Svårt cancersjuka kvinnor tvingas söka heltidsarbete*” (Dagens Nyheter, 2009.12.02))など。
- 16) Socialförsäkringsutskottets betänkande 2009/10:SfU13; *Ändringar i sjukförsäkringen* (疾病保険制度の改正)(社会保険委員会から本会議への報告)
- 17) “*Jobs ans Sickness Benefits Debated*” (Radio Sweden, 2010.02.01)
- 18) “*Annicas svåra öde är Reinfeldts mardröm, Bloggen om svårt sjuka Annica, 55 piskar upp folkstorm mot alliansen*” (Aftonbladet, 2010.09.17)
- 19) 選挙後の2010年11月に社会保険庁は就業能力に関する複数の医師の判定を根拠としてアニカ・ホルムクィストに対する傷病補償給付の打ち切りを撤回し、再度支給を行うことを決定した(“*Benefits agency backs down over disputed case*”(Radio Sweden, 2010.11.29))。
- 20) “*The heated debate over Swedish sick pay*” (Radio Sweden, 2010.12.21)
- 21) Socialförsäkringsutskottets betänkande 2010/11:SfU12; *Vissa ändringar i sjukförsäkringen (förnyad behandling)* (疾病保険制度の改正(再導入))(社会保険委員会から本会議への報告)
- 22) 2011年4月に政府が発表した受給要件緩和方針に沿ったものである。
- 23) “*Opposition call for minister to resign*” (Radio Sweden, 2012.02.20)
- 24) Prop. 2011/12:113; *Ett återinförande av begreppet normalt förekommande arbete* (通常得られる仕事の概念の再導入)
- 25) 投票ではなく拍手による賛成多数により可決した。
- 26) Socialförsäkringsutskottet betänkande 2012/13:SfU 6; *Rehabilitering tillbaka till arbete* (就労復帰のためのリハビリテーション)(社会保険委員会から本会議への報告)
- 27) Socialförsäkringsutskottet betänkande 2012/13:SfU10; *Metoder för bedömning av arbetsförmåga* (就労能力の判定の手法)(社会保険委員会から本会議への報告)
- 28) “*Sick pay restrictions to be lifted later than hoped*” (Radio Sweden, 2015.03.20)
- 29) “*Vi vill ta bort sjukförsäkringens bortre tidsgräns*”, by Annika Strandhäll (SVT Nyheter Opinion, 2015.01.27)
- 30) 正式名称はParlamentariska Socialförsäkringsutredningen (国会議員による社会保険調査委員会)。
- 31) “*Sjukförsäkringen och a-kassan*” (SVT Nyheter, 2015.03.02)
- 32) “*Bortre tidsgräns i sjukförsäkringen tas bort*” (SVT Nyheter, 2015.03.02)
- 33) Ds 2015:17 “*Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen*”
- 34) ロヴェーン政権は少数政権であるため制度変更には中道右派政党側からの協力を得ることが不可欠である。
- 35) 傷病休業の所得者数の増加が止まらない状況を受けてストランドヘル社会保険大臣は2015年4月に労使団体と対応策を協議する旨を表明した(“*Så vill ministern minska ökande sjukskrivningar*” (Sverigesradio, 2015.04.19))。
- 36) スウェーデン政治の形成過程からコンセンサス・ポリティックス(合意形成型政治)を支える条件を分析した基本的な文献として岡沢(2009)を参照。
- 37) スウェーデンの年金制度改革について政治過程面での経緯をまとめた文献としてAnderson(2005)を参照。
- 38) ただし、社民党カールソン政権は経済危機の発生前から年金制度改革の必要性について認識し、調査委員会を設置して方向性を検討して

おり、経済危機の発生は年金制度改革の直接の契機ではない(Anderson(2005), p.110)。

- 39) 1991年に社民党が下野し、中道右派4党のビルト政権が発足した際には「新民主党」というポピュリスト政党が議席を得ていたために少数政権であったことは、第2次ラインフェルト政権およびロヴェーン新政権と共通している。
- 40) いわゆる“Nixon goes to China logic”(「中国を訪問できるのはニクソンしかいない理論」)が当てはまる。各国の社会保障制度改革における実例はGreen-Pedersen(2002)を参照。
- 41) 2006年国会選挙の際の中道右派連合の公約では傷病手当の有期給付化は具体的な政策としては掲げておらず、ラインフェルト政権発足後2年目の予算案において具体的に提示したものである。しかし、ラインフェルト政権がこのような「不人気な」政策に敢えて取り組んだ理由は必ずしも明らかではない。この解明のためには、政党・政治家だけでなく、国の官僚機構(社会省、財務省)や経済界(企業連盟)など中道右派政権の方針に影響を与えるプレーヤーがどのように行動したかの分析が不可欠であるものの、十分には行われておらず、今後の研究課題である。なお、2011年6月にヨーテボリ・ポステン紙が2009年12月に作成された社会省の内部文書の内容を報じている。これによると、社会省では傷病手当の支給打ち切りによって所得を失う傷病者が生じる事態を想定して一定の傷病の場合には支給期間の制限を適用しないという案を提示したのに対して、財務省が特例措置の撤廃を強く主張したということであり、例外的な支給打ち切り条項の設定について政府内では財務省の意向が強く反映したものと見られる(“Skrev hemligt PM om sjukförsäkringen”(Göteborgs Posten, 2011.06.30))。
- 42) ラインフェルト政権が「就労原則」の徹底という、より高い政策目標を掲げて疾病保険制度の縮減の必要性を国民に説明したことは、従来のコーポラティズム政治(労使など利害関係者との調整を重視)を超えて、トップリーダーが国民を直接説得して理解を求める新しい「言説政治」(宮本(2008), p.44)の一形態と見ることもできる。また、これが頓挫したことは、スウェーデンでは政党や労使、関係団体といった伝統的な政治エリートにおける利害調整が未だ一定の重要性を保持していることを示唆しているとも考え

られる。

- 43) OECDは、リハビリテーション・チェーンが有効に機能するためには政治だけではなく、労使やNGO、公共機関などの利害関係者が参加した委員会を設置して、改革の方向性を検討することを推奨している(OECD(2009), p.36)。疾病保険制度が適正に運営されるためには、労働者が健康を害することや休業期間の長期化を防止するために職場において労使が協力して取り組むことと、社会保険庁や職業紹介庁、地方自治体(医療サービス、社会サービス)といった公共機関が実施する就労能力の判定やリハビリサービスを有効に機能させることが必要であり、制度に関連する関係者が参加した協議が欠かせないだろう。この点は年金制度改革に向けた協議が主要政党のみで労使など利害関係者を排除して行われたこと(Anderson(2005), p.99)と対照的である。

参考文献(政府文書、国会決議、報道および討論記事は文末脚注に記載)

- ・Anderson, Karen M. (2005), “Pension reform in Sweden: Radical reform in a mature pension system”, in Bonoli, G. and Shinkawa, T. (ed.), *Ageing and Pension Reform Around the World, Evidence from Eleven Countries*, Edward Elgar, pp.94-115 (アンダーソン、カレン・M. 「スウェーデンの年金改革－成熟した年金システムにおける抜本的改革－」新川敏光、ジュリアーノ・ボノーリ編著『年金改革の比較政治学－経路依存性と非難回避－』(2004年)ミネルヴァ書房, pp.25-55)
- ・Andrén, Daniela (2003), “Sickness-Related Absenteeism and Economic Incentives in Sweden: A History of Reforms”, *CESifo DICE Report* 3 /2003, pp.54-60
- ・Green-Pedersen, Christoffer (2002), *The Politics of Justification, Party Competition and Welfare-State Retrenchment in Denmark and the Netherlands from 1982 to 1998*, Amsterdam University Press
- ・Hagelund, Anniken & Bryngelson, Anna (2014), “Change and Resilience in Welfare State Policy. The Politics of Sickness Insurance in Norway

- and Sweden”, *Social Policy & Administration*, Vol. 48, No. 3, pp. 300-318
- ・ OECD (2009), *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers, Sweden: Will the Recent Reforms Make it?*
 - ・ Pierson, Paul (2001), “Coping with Permanent Austerity, Welfare State Restructuring in Affluent Democracies”, in Pierson, P. (ed.), *The New Politics of the Welfare State*, Oxford University Press, pp.410-462
 - ・ 岡沢憲美(2009)『スウェーデンの政治 実験国家の合意形成型政治』東京大学出版会
 - ・ 佐藤吉宗(2012)「1990年代以降の労働市場政策の変化と現在の課題」、『海外社会保障研究』No.178, pp.58-80
 - ・ 新川敏光(2004)「日本の年金改革政治－非難回避の成功と限界－」、新川敏光、ジュリアーノ・ボノーリ編著『年金改革の比較政治学－経路依存性と非難回避－』ミネルヴァ書房、p.209-333
 - ・ 中野妙子(2004)『疾病時所得保障制度の理念と構造』有斐閣
 - ・ 宮本太郎(2008)『福祉政治 日本の生活保障とデモクラシー』有斐閣

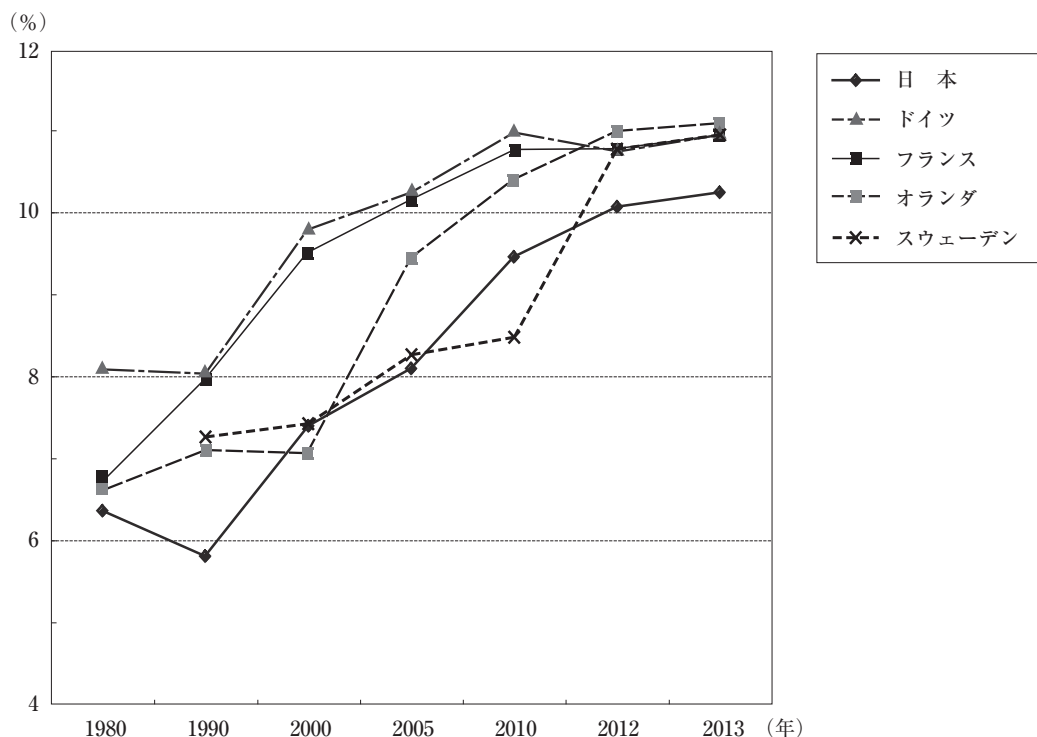
1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	オランダ	スウェーデン
総人口（千人）	127,083 (13年)	80,925 (13年)	65,836 (13年)	16,858 (13年)	9,699 (13年)
高齢化率（％）	26.0 (14年)	20.8 (14年)	17.7 (13年)	17.3 (14年)	19.3 (14年)
合計特殊出生率	1.43 (13年)	1.41 (13年)	1.98 (13年)	1.68 (13年)	1.89 (13年)
平均寿命（年）	男 80.2 / 女 86.6 (13年)	男 78.6 / 女 83.2 (13年)	男 79.0 / 女 85.6 (13年)	男 79.5 / 女 83.2 (13年)	男 80.2 / 女 83.8 (13年)
失業率（％）	3.6 (14年)	5.0 (14年)	10.3 (14年)	7.4 (14年)	7.9 (14年)
医療費対GDP（％）	10.2 (13年)	11.0 (13年)	10.9 (13年)	11.1 (13年)	11.0 (13年)
国民負担率 (国民所得比) (％)	(A) + (B)	40.5	52.2	65.7	49.0
	租税負担率(A)	23.2	30.1	39.4	28.5
	社会保障負担率(B)	17.4	22.1	26.3	20.5

(注) 国民負担率については、各国12年の数値。

出所：OECD (2015)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD (2015)

3. 医療提供体制

(13年)			日本	ドイツ	フランス	オランダ	スウェーデン
平均在院日数			17.2	9.1	5.6	5.2 (12年)	6.0 (10年)
病床数	医療施設	急性期	1,008,064 (7.92)	430,618 (5.34)	219,968 (3.35)	55,690 (12年) (3.32)	18,622 (1.94)
		長期	340,668 (2.68)	— —	31,803 (0.48)	— —	1,799 (0.19)
		精神	339,780 (2.67)	70,053 (0.87)	58,001 (0.88)	23,020 (09年) (1.39)	4,394 (0.46)
		その他	6,602 (0.05)	166,889 (2.07)	103,434 (1.57)	3,320 (09年) (0.20)	90 (0.01)
医療 関係者数	医師		292,039 (12年) (2.29)	326,945 (4.05)	203,490 (3.10)	— —	38,144 (12年) (4.01)
	歯科医師		99,686 (12年) (0.78)	66,539 (0.83)	42,084 (0.64)	— —	7,699 (12年) (0.81)
	薬剤師		205,716 (12年) (1.61)	51,431 (0.64)	69,679 (1.06)	3,465 (12年) (0.21)	7,310 (12年) (0.77)
	看護師		1,344,388 (12年) (10.54)	1,045,000 (12.96)	— —	138,200 (08年) (8.40)	106,176 (12年) (11.15)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 日本の平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD, StatExtracts (2015)

4. 掲載国通貨円換算表 (2015年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス、オランダ (1ユーロ)	スウェーデン (1クローネ)
137.56	14.76

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