

# 海外社会保障研究

AUTUMN 2006

No. 156

## 特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携

特集の趣旨	島崎 謙治	2
我が国における医療と介護の機能分担と連携	川越 雅弘	4
イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携	郡司 篤晃	19
スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携 —エーデル改革による変遷と現在—	伊澤 知法	32
フランスにおける医療と介護の機能分担と連携	松田 晋哉	45
カナダにおける医療と介護の機能分担と連携	新川 敏光	59
オランダにおける医療と介護の機能分担と連携	大森 正博	75

## 論文

糖尿病入院治療を指標とする中国医療保険制度改革の 医療費抑制効果に関する基礎的研究 —遼寧省の3級総合病院における一考察—	孟 開	91
---	-----	----

## 書評

金淵明編/韓国社会保障研究会訳 『韓国福祉国家性格論争』	相馬 直子	103
---------------------------------	-------	-----

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH  
(KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Autumn 2006 No. 156

Special Issue: Demarcation and Coordination between Health and Long-Term Care  
in Six Countries

Foreword ..... Kenji Shimazaki

Demarcation and Coordination between Health  
and Long-Term Care in Japan ..... Masahiro Kawagoe

Division and Coordination between Health and Long-Term Care in the UK ..... Atsuaki Gunji

Shared Responsibility and the Connection between Health Care and  
Long-Term Care for the Elderly in Sweden:  
Changes and the Current Situation after the Ädel Reform ..... Tomonori Izawa

Differentiation and Cooperation between Health and Social Services in France ..... Shinya Matsuda

Functional Separation and Linkages of Medical and  
Extended Care in Canada ..... Toshimitsu Shinkawa

Function and Collaboration of Health Care and  
Nursing Care in the Netherlands ..... Masahiro Ohmori

Article

A Fundamental Study on Medical Expense Containment Effect of Medical Insurance  
Reform in Urban China by Analyzing Indicators of Diabetes Mellitus  
Inpatients of a Third-Grade General Hospital in Liaoning Province ..... Kai Meng

Book Review

Yeon Myung Kim  
*Debate on the Characteristics of the Korean Welfare State Regime* ..... Naoko Soma

ISBN 4-900849-88-X  
ISSN 1344-3062

海外社会  
保障研究  
第156号

特集  
諸外国における医療と介護の機能分担と連携

国立社会  
保障・人口  
問題研究所

# 海外社会保障研究

AUTUMN 2006

No. 156

特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携

特集の趣旨 ..... 島崎 謙治 2

我が国における医療と介護の機能分担と連携 ..... 川越 雅弘 4

イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携 ..... 郡司 篤晃 19

スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携  
— エーデル改革による変遷と現在 — ..... 伊澤 知法 32

フランスにおける医療と介護の機能分担と連携 ..... 松田 晋哉 45

カナダにおける医療と介護の機能分担と連携 ..... 新川 敏光 59

オランダにおける医療と介護の機能分担と連携 ..... 大森 正博 75

論文

糖尿病入院治療を指標とする中国医療保険制度改革の  
医療費抑制効果に関する基礎的研究  
— 遼寧省の3級総合病院における一考察 — ..... 孟 開 91

書評

金淵明編/韓国社会保障研究会訳  
『韓国福祉国家性格論争』 ..... 相馬 直子 103

---

## 特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携 趣 旨

---

わが国の近未来の人口構造の特徴を一言で表現すれば、「超少子高齢化・人口減少」である。わが国の総人口は昨年を境に減少に転じたとみられることから、マスコミ等では人口減少が取りざたされることが多い。しかし、こと社会保障に関していえば、人口減少より少子高齢化のインパクトのほうがはるかに大きい。特に医療および介護については後期高齢者の急増は給付費の増加に多大な影響を及ぼす。「団塊の世代」(1947年から49年生まれ)が2022年から2024年にかけて後期高齢者の「仲間入り」をするため、山登りに譬えれば、この20年ないし30年は「胸突き八丁」の急坂を登る状況が続くことになる。それを見据えた医療や介護に関する制度改革が相次いで行われている所以である。ただし、進むべき方向が明示されたにしても議論は終焉したわけではない。むしろ施策を肉付けし具体化するに当たり今後更に検討を要する課題は山積している。正念場はこれからというべきである。

医療と介護をめぐる問題が重要な政策課題となっているのは日本に限ったことではない。一例だけ挙げれば、高齢化がわが国より一足先に進んでいるスウェーデンでは1992年に高齢者の保健医療福祉の大改革(エーデル改革)が行われた。この改革は社会的入院(ベッド・ブロッカー)の減少などの面で大きな成果を上げたと評価されている。ただし、スウェーデンでは医療と介護・福祉の実施主体および権限が分断されているという事情もあり、訪問診療やリハビリテーション等における連携の欠如が社会問題化し、それを是正するための本格的な取組みも開始されるに至っている。本特集の趣旨を一言でいえば、諸外国における医療と介護の関係のあり方をめぐる理念・課題・政策動向について考察し、わが国への政策的インプリケーションを導き出すことにある。「諸外国における…」といいながらあえて日本もその一つに加えたのも、日本の問題状況との比較対照を意図しているからである。

その分析の視点(切り口)は大別して二つある。一つは、諸外国では医療と介護をめぐる政策がどのような沿革や考え方の下に展開され、両者を一体化する方向で進んでいるのか、それとも分離する方向が目指されているのかということである。二つ目は、病院や介護施設などの入所施設、グループホームなどの居住系施設、純然たる在宅(自宅)において、医療や介護サービスの提供(デリバリー)や財源調達(ファイナンス)がどのように行われているのか、ということである。意味がわかりづらいと思われるので、日本における政策課題と重ね合わせながら説明を補足する。

社会保障制度は、歴史・経済・政治・文化等の違いを反映し各国固有の形態をとる。煎じ詰めれば世代内・世代間のお金の移転だけの年金制度と異なり、財源調達(ファイナンス)の前に供給(デリバリー)がある医療や介護の場合には特にその傾向が強い。また、医療と介護の関係の「仕切り方」も、各国の制度の沿革等が色濃く反映される。日本に即して概観すれば次のとおりである。

わが国は1961年に国民皆保険を実現した。以降、高度経済成長を背景に医療制度はファイナンスの面でもデリバリーの面でも急速な発展を遂げた。反面、福祉制度は(生活保護の延長線上の)低所得者対策としての性格を長らく払拭できず、それに加え1972年の老人医療費無料化の影響等もあって、本来、介護・福祉制度によりカバーすべき要介護ニーズを医療制度が抱え込んできたという沿革がある。いわゆる老人病院に

おける社会的入院の問題はそのひとつの現れである。1990年代以降のわが国の施策を振り返れば、医療保険制度の改正・診療報酬の改定や介護保険法の創設等を通じ、医療と介護が「混合」してきた状態を制度的に「分離」する方向で政策の展開が図られてきたといえる。今般の医療制度改革における療養病床の再編成も、介護保険法創設後もなお検討課題として残っていた療養病床における「混合」状態を6年という年限を切って解消することに主眼がある。ただし、医療と介護を制度的に「分離」すれば、両者の振り分けをどのような基準や仕組みで行うのか、その受け皿をどうするのか、介護系施設における医療をどう確保するのか(内部的に確保するのか外部から提供するのか)、医療と介護の連携の実効性をいかに確保するのか、といった問題を抱えることとなる。医療と介護の「役割分担と連携」という耳目に入りやすい言葉の背後には、医療と介護の関係をどのように規律し調整するのかという政策の基本に関わる大きな問題が伏在しているのである。また、今般の医療制度改革や診療報酬改定の最大の特徴のひとつは在宅医療の重視であるが、在宅医療は「日常生活の場における医療を支えること」を本質とする。だとすれば、地域における医療と介護等との機能分担と連携はこれまでも増し重要性が高まることになる。そしてさらに、医療サービスの適切かつ効率的な提供という観点からは、「医療を受ける者の居宅等」(医療法第1条の2)として一括りにされている「居宅等」の概念の「仕分け」も必要になるかもしれない。在宅と施設は截然と分かれているわけではなく、純然たる在宅(自宅)と病院や介護施設の間にはグループホームなどの居住系施設も存在するからである。

いずれにせよ、医療と介護の機能分担と連携をめぐる検討課題は少なくないが、スウェーデンの例を引いたように諸外国でも同じような問題が生じている。ただし、これは問題状況や政策課題が日本とまったく同一だということではない。医療と介護のいわば「間合い」の取り方は国によって異なる。中には、医療と介護の給付を一体化させている国もある。医療や介護の実施主体が公的セクター中心の国もあれば、わが国のように私的セクター中心の国もある。制度の基本構造や沿革が異なれば、問題の発現の仕方は当然異なるし、政策の重点や誘導手段等も相違する。したがって、本特集では、問題意識は執筆者間で共有しつつも、アプローチの方法や焦点の絞り方は各執筆者に委ねることとした。「分析の視角は大別して2つある・・・」と大仰ないい方をした割には問題の捉え方や分析手法が不統一であるとの批判もあろうが、それには以上の事情がある。

本特集を企画するにあたり改めて痛感したことは、デリバリーの問題を分析することの難しさである。ファイナンスの場合には建前と実態が原則として一致する。これに対し、デリバリーの場合には建前と実態が食い違うことがしばしばある。地域や各病院・施設によっても機能分担と連携の実態は大きく異なる。医療・介護のデリバリーの実態について詳細かつ体系的な調査報告等がある場合はともかく、ある国の全体の状況をいわば「平均と分散」まで正確に分析し課題を的確に摘出することは非常に難しい。医療と介護の機能分担と連携は重要な政策課題でありながら、これまで日本と諸外国と比較対照した研究が乏しい理由のひとつであるように思われる。

しかし、そのことを裏返せばチャレンジングな課題だということでもある。本特集では医療と介護をめぐる問題が近年大きな政策課題となっている国を選定したが、紙幅の制約もあり6カ国に絞らざるを得なかった。わが国の政策への適用可能性(adaptability)や教訓(lesson)を引き出すためには、もう少し対象国を広げるとともに、各国の研究者を交えた国際的かつ学際的研究を行うことも必要だと思われる。その意味では、本特集はその「第一歩」とでもいうべきものである。今後この分野の研究がさらに深められることを期待するとともに、本研究所としても関係者の協力を得つつ引き続きこの問題に取り組んでいきたいと考えている。

(島崎謙治 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

## 我が国における医療と介護の機能分担と連携

川越 雅弘

### ■ 要約

財政が逼迫する中、質を確保した上で、サービスの重点化・効率化により費用の適正化を図ることが重要な政策課題となっている。2006年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定であったこともあり、上記課題を解決するため、「医療と介護の機能分担と連携のあり方」が大きなテーマとなった。

なかでも、「平均在院日数の短縮化と地域での受け皿作り(在宅医療や地域包括ケアの推進)」や「療養病床の再編成」は、医療・介護両制度の今後の方向性に大きな影響を与えるものであった。ただし、これらの制度改革は理念が先行している部分もあり、実際に現場レベルで対応出来るか否かの検証が今後必要となろう。

今後20年間、最後の急速な高齢化を迎える。今回行ったシミュレーションでは、2025年に在宅重度要介護者は、今後の施設整備量にもよるが、1.8～2.6倍に膨れ上がる。限られた在宅資源を使って、どこまで在宅や特定施設で対応できるのか、また、患者・家族は負担面を含め、どのような条件が整えば在宅を選択するのかを見極めた上で、将来的な施設整備量や、医療機関、介護保険施設、特定施設などの機能分担のあり方を、地域ケア整備構想の中で再検討する必要があると考える。

### ■ キーワード

費用の適正化、平均在院日数、在宅医療、機能分担と連携、地域ケア整備構想

## I はじめに

介護を必要とする高齢者が、地域で安心して生活を送る上で必要なサービスは介護保険だけでなく、特に医療サービスとの連携は必要不可欠である。したがって、サービス提供面からみた場合、利用者の状態・状況に応じた適正かつ包括的サービスを如何に提供するかが重要な課題となる。他方、逼迫する財政面からみた場合、医療と介護の適切な機能分担と連携に基づくサービスの重点化・効率化により、費用の適正化を図ることが重要な課題となる。2025年頃まで後期高齢者の急増が予測される中、これら一見相反する課題に対しどのような最適解を見つけ出す

かが緊迫のテーマとなっている。

さて、本年2月10日に、平均在院日数の短縮などを通じた医療費の適正化、社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成、後期高齢者医療制度の創設などを含んだ医療制度改革関連法案が国会に提出され、6月14日に可決成立した。また、同法案の趣旨に沿う形で、本年4月には、医療機能の分化・連携の推進などの視点を含んだ診療報酬改定が実施された。今回の医療制度改革・診療報酬改定を振り返ると、① 医療機能の適切な分化・連携による質の高い医療の効率的提供の促進 ② 医療の必要性の高い慢性期入院患者への給付の重点化(医療給付の範囲見直し) ③ 介護保険との適切な役割分担に基づく24時間対応の在宅

医療や終末期医療の促進 などを通じて、費用の適正化および制度の持続可能性の確保を図ることを基本的視点とした、メッセージ性の強い改革であったと言える。

一方、介護制度改革では、① 平均在院日数の短縮に伴う医療の必要性の高い高齢者の、地域における円滑な受け皿作り ② 医療と介護の過不足なきサービス提供 などを実現するため、地域における包括的・継続的マネジメント体制の仕組みが導入されるなど、医療制度改革の方向性を支援・補完する内容が盛り込まれている。

今回の医療・介護制度改革は、互いの機能分担と連携をもとに、トータルとして、適正な給付の実現と制度の持続可能性の確保を図ったものと言えるが、理念中心で設計された部分も多く、実際にうまく機能するかの検証および再検討が今後必要となろう。

そこで、本稿では、まず、医療・介護制度の機能分担と連携に関連する部分を中心に、今回の両制度改革の包括的な評価・考察を行う。さらに、制度設計を検証する観点から、切れ目のない医療の流れの構築や平均在院日数の短縮化を行う上での重要な要素となる「在宅医療」の現状分析、ならびに2025年における在宅医療サービスの需要予測を行う。そして最後に、制度設計者レベルで進められる機能分担の推進の狙いを、質の低下を招かずに現場レベルで実現するための要となる「連携」の強化に向けた課題の整理と、これを解決するための提言を行うこととする。

## II 医療制度改革と介護制度改革 ～機能分担と連携を中心に～

### 1. 医療制度改革の方向性

#### (1) 基本的な考え方と改革の方向性

2005年12月1日に、政府・与党医療改革協議会より、① 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

② 医療費適正化の総合的な推進 ③ 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現 を基本的な考え方とした「医療制度改革大綱」が提出された。また、上記大綱の基本的考え方を踏まえる形で、同時期の11月25日に、「平成18年度診療報酬改定の基本方針」が、社会保障審議会医療保険部会・医療部会の意見としてまとめられた。

同意見書では、報酬改定に係る基本的考え方として、4つの視点<sup>1)</sup>が挙げられている。その中で、特に介護との機能分担と連携に関連するのが、「質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点」である。意見書では、さらに、これを具現化するための基本的方向として、① 地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅医療への切れ目のない医療の流れを構築し、患者のQuality of Life (以下、QOLと略)の向上およびトータルな治療期間の短縮化を図る ② 入院から在宅への円滑な移行を図りつつ、介護保険との適切な役割分担の下、在宅医療や終末期医療体制の強化を図りながら、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活が送れるような支援体制を構築する ③ 医療機能の分化・連携を図りつつ、医療資源を集中的に投入することにより、必要かつ十分な医療を確保しつつ、平均在院日数の短縮を図る ことを明示している。

今回の医療制度改革は、平均在院日数の短縮、医療機能分化による医療資源の重点化・効率化、保険給付範囲の見直しなどを通じて医療費の適正化を図りながら、医療機能間の連携強化や介護との機能分担と連携を通じて、必要な医療・介護サービスを適正に給付する仕組みを構築し、地域高齢者のQOL向上をも併せて図るといった方向性を強く打ち出したものとなっている。

#### (2) 具体的な対策とは

ここでは、上記の基本的考えを推進するための

具体的対策のポイントを整理する。

### ① 平均在院日数の短縮化の推進

医療費適正化を推進するための課題として挙げられているのが、生活習慣病対策であり、長期入院の是正(平均在院日数の短縮化)である。

後者に関しては、これまでも、診療報酬による誘導を中心とした対策が講じられてきた。その結果、一般病床の平均在院日数は、1993年の35.3日から2004年には20.2日まで短縮している<sup>2)</sup>。

今回の制度改革では、急性期病院と急性期以後(回復期、慢性期、在宅療養)との連携強化と地域ケア体制の整備を通じて、退院しやすい環境を整備し、さらなる平均在院日数の短縮化を図るべく、地域連携退院時共同指導料<sup>3)</sup>や地域連携診療計画管理料・退院時指導料<sup>4)</sup>の新設など、報酬面で連携を評価することや、在宅療養支援診療所<sup>5)</sup>の新設など、退院後の患者に対し地域で24時間対応できる体制の強化を図るなどの具体的対策が講じられている。

### ② 医療と介護の機能分担の推進(医療給付範囲の見直し)

今回、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定であったため、医療と介護の機能分担のあり方が重要な検討課題であった。これに関連して提案されたのが、社会的入院の是正を目的とした療養病床の再編成であり、リハビリテーション算定日数の疾患別上限の設定である。

まず、前者であるが、これは在宅・施設の介護基盤が充実する中、これまで高齢者の長期入院患者に対する医療・介護サービス提供機関としての役割を果たしてきた療養病床(医療25万床、介護13万床の計38万床)について、患者の状態像<sup>6)</sup>に即した機能分担を推進する観点から、2024年度末までに体系的な再編を行うというものである。具体的には、2024年度末までに介護療養病床は廃

止し、「長期にわたり療養が必要な医療の必要性の高い患者を受け入れる病床」として、看護配置基準などを厚くした医療療養病床(整備目標15万床)に一本化するとともに、残りの長期入院患者に関しては、介護老人保健施設(以下、老健施設)や特定施設(有料老人ホームやケアハウスなど)で対応するというものである。医療の必要性の高い慢性期入院患者に、医療資源および医療給付の重点化を図る一方、それ以外は介護保険で対応するというものである。

次に、後者であるが、これは疾患の特性に応じた標準的な治療期間を踏まえ、長期にわたり継続的なリハビリテーションを行うことが医学的に有用であると認められる一部の疾患を除き、新たに、治療開始日などからの算定日数の上限を設けるというものである。具体的には、心大血管疾患や運動器は150日、脳血管疾患は180日、呼吸器疾患は90日と設定されている。それ以後に関しては、介護保険認定者であれば、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーションなどの介護保険サービスで対応するというものである。

### ③ 「多様な居住の場」への外部からの医療サービス提供の推進

療養病床の再編成の流れの中、医療の必要性の低い患者の自宅以外での受け入れ先としては、医師が配置されている老健施設以外では、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム、ケアハウス、グループホームなどが考えられるが、これらに居住する高齢者に対し必要な医療が適切に確保される必要がある。また、高齢者の場合、居住場所を変えることが困難なケースも多いことを考慮すれば、たとえ重度化しても同じ場所で必要なサービスが適宜受けられる仕組みも必要となる。

そこで、今回、通院困難な特定施設入居者に対し、在宅療養支援診療所の医師が同意を得た上で、計画的な医学管理のもとに月2回以上の訪問

診療を行った場合、在宅時医学総合管理料および在宅患者訪問診療料が、さらに、介護制度改革にて本年4月に新設された「外部サービス利用型特定施設<sup>7)</sup>」の通院困難な入居者に対して同様の医学管理を行った場合、在宅療養支援診療所以外の医師でも、同様の報酬が算定できる取り扱いとなるなど、外部からの医療サービスが受けられやすい環境整備が行われている。

#### ④ 特別養護老人ホームの末期悪性腫瘍患者への外部からの医療サービス提供の推進

特別養護老人ホーム(以下、特養)では医師の配置基準が設けられているが、実質非常勤が主体で、常時必要な医療が提供できる体制にはない。そこで、今回、末期の悪性腫瘍の患者については、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合、またはその指示に基づき訪問看護を行う場合に、その費用を医療保険に請求することができる取り扱いとなっている。

## 2. 介護制度改革の方向性

### (1) 基本的な考え方と改革の方向性

2005年6月22日に、① 制度の持続可能性の確保 ② 明るく活力ある超高齢社会の構築 ③ 社会保障の総合化 を基本的視点とした改正介護保険法が成立した。今回の制度改革の具体的なポイントとしては、① 予防重視型システムへの転換 ② 施設給付の見直し ③ 新たなサービス体系の確立 ④ サービスの質の確保・向上 ⑤ 負担の在り方・制度運営の見直し などが挙げられるが、この中で、医療と介護の機能分担と連携に関係するのが「新たなサービス体系の確立」である。

これは、認知症高齢者や一人暮らし高齢者が増加する中、こうした方々が出来の限り住み慣れた地域で継続して生活できるよう、地域密着型サービスの創設や居住系サービスの充実などのサービス体系を見直すとともに、地域包括支援センターの

設置などによる地域包括ケア体制の整備を図ろうとするものである。また、この中では、医療と介護の機能分担と連携強化を図ることで、包括的サービスを必要とする中重度者への支援を強化することも謳われている。

そして、本年4月には、これら制度改革の流れを具体化すべく、① 中重度者の支援強化 ② 介護予防・リハビリテーションの推進 ③ 地域包括ケア・認知症ケアの確立 ④ サービスの質の向上 ⑤ 医療と介護の機能分担・連携の明確化 を基本的視点とした介護報酬改定が実施された。

今回の介護制度改革では、給付の重点化・効率化により、制度の持続可能性の確保を図るとともに、地域における包括的・継続的マネジメント体制の構築、施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担と連携強化など、医療制度改革の方向性を支援・補完する内容も盛り込まれたものとなっている。

### (2) 具体的な対策とは

ここでは、上記の基本的考えを推進するための具体的な対策のポイントを整理する。

#### ① 地域包括ケア体制の整備

要介護高齢者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、医療・介護サービスやインフォーマルサービスなどのさまざまな支援が、包括的かつ継続的に提供される体制が必要となる。今回、こうした体制を支える地域の中核機関として創設されたのが地域包括支援センターである。同センターに期待される機能は、ア) 総合相談支援 イ) 虐待の早期発見・防止などの権利擁護 ウ) 包括的・継続的ケアマネジメント支援 エ) 介護予防ケアマネジメント の4つであるが、これを3職種(保健師(または地域ケアの経験ある看護師)、主任ケアマネジャー、社会福祉士)の多職種協働により実現する

形態となっている。

特に、包括的・継続的マネジメント支援機能では、医療機関、在宅主治医、ケアマネジャーの連携体制の構築を支援することにより、退院時カンファレンスなどを通じた円滑な退院支援が行われることが期待されている。これに関連して、ケアマネジャーが退院・退所時において、入院・入所機関との連携を行った上で新規にケアプランを作成した場合、通常の新規のケアプラン作成費より高い報酬が設定されるなど、ケアマネジャーの退院支援への関与を促す仕組みも導入されている。この退院支援の仕組みの中で、リハビリテーションの継続性も担保される必要がある。

## ② 中重度者に対する支援の強化

今回の報酬改定は、全体としては0.5%の報酬引き下げであったが、在宅の中重度者に対しては4%の引き上げを行うなど、中重度者への支援を強化する報酬改定となっている。具体的には、難病や末期の悪性腫瘍の要介護者に対する通所サービス(療養通所介護)や日帰り短期入所、緊急的な短期入所ニーズに対応するための緊急短期入所ネットワーク、定期巡回と通報による随時対応を合わせた夜間対応型訪問介護などの評価が行われている。

## ③ 居住系サービスの対象拡大とサービス提供形態の多様化の推進

前述した療養病床の再編成、一人暮らし高齢者の増加などを考慮した場合、自宅以外の多様な居住の場を確保しておく必要がある。

そこで、今回、居住系サービスである特定施設の対象(従来:有料老人ホームとケアハウス)を、一定の居住水準などを満たす高齢者専用賃貸住宅や養護老人ホームにも拡大するとともに、サービス提供体制の多様化を図る観点から、外部サービス利用型の特定施設が創設されている。

## ④ 施設等における重度化対策や看取りへの対応の強化

今回、グループホーム入居者の健康管理や医療連携体制の強化を図るための、看護師の確保(訪問看護ステーションとの契約でも可)や看護師による24時間連絡体制の確保が評価されている。また、特養においても、入所者の重度化に対応した、看護体制や夜間の24時間連絡体制の確保、ターミナルケアの実施が評価されている。

今回の制度改革における医療と介護の機能分担と連携のポイントを以下にまとめる。

- 入院に関しては、医療は急性期患者から医療の必要性の高い慢性期患者までとし、それ以外は介護としたこと
- リハビリテーションも、医学的に有用と認められる期間は医療で、それ以降は介護としたこと
- 平均在院日数のさらなる短縮を図るためには、退院を行いやすい環境整備が必要となるため、地域包括支援センターやケアマネジャー、在宅療養支援診療所の医師などを活用し、円滑な退院支援や24時間対応が行える体制の強化を図ったこと
- 今後の後期高齢者や一人暮らし高齢者の急増、療養病床の再編成などに対応するためには、多様な居住の場を確保する必要があるが、そこでの必要な医療は、外部から提供可能とする仕組みを導入したこと
- 医師や看護師が配置されている特養においても、入所者の重度化やターミナルケアへの対応を強化するため、外部からの医療サービスの提供を可能とする仕組みを導入したこと

## III 在宅医療の現状分析と2025年における在宅医療サービスの需要予測

今回の医療制度改革は、①急性期から回復期、

慢性期を経て在宅医療への切れ目のない医療提供体制の構築と介護との機能分担・連携により医療が効率化する ② その結果、平均在院日数の短縮化などが図られ、医療費の適正化につながるというシナリオである。ただし、これを実現するためには、退院後の受け皿となる「在宅医療」が機能しなければならない。また、今回、療養病床を6年かけて23万床減少させるとしたが、制度の持続可能性を確保するのであれば、後期高齢者が現在の約1.7倍に増加しほぼピークを迎える2025年をターゲットとして、必要な在宅医療サービスの需要量の予測を行い、現実的な対応を検討しておく必要がある。

ここでは、在宅医療の現状分析と、2025年における在宅医療サービスの需要予測を行う。

### 1. 在宅医療の現状

広義の在宅医療とは、自宅で行われる医療行為全般を表す。具体的には、インスリンの自己注射や酸素療法、人工呼吸療法、自己導尿療法などであるが、これらの多くは通常外来管理されており、外来で指導・処方された薬剤や療法を、患者が自ら自宅で継続する医療という位置づけになっている。

一方、狭義の在宅医療とは、通院が困難な方や最期の時を自宅で過ごしたい方などを対象として、医師や看護師などにより「自宅」という場で提供される医療行為のことをいう。

さて、医療提供の形式は、入院医療、通院医療、

在宅医療に大別されるが、急性期入院医療では「治療」が主目的であるのに対し、在宅医療の場合、「在宅での日常生活を支えながら必要な医療サービスを提供し、患者のQOLを高めること」が主目的となる。したがって、在宅医療(特に狭義)では、多職種協働による医療と介護の連携が重要となる。

ここでは、その中心となる医師による在宅医療の現状を整理する。

#### (1) 主な在宅医療行為別にみた診療回数の推移

表1に、1996-2004年間の、狭義の在宅医療に該当する往診・訪問診療の月間延べ回数、および広義の在宅医療のうち患者数が多い在宅自己注射・在宅酸素の月間指導回数(≒患者数)の推移を示す。

ここで、まず、狭義の在宅医療をみる。緊急対応である往診は、1996-2002年間は月間36万回前後で推移していたが、2004年には30万回を下回っている。また、訪問診療は、2002年までは年々増加し、月間85.4万回に達したものの、2004年には54.5万回にまで減少している。介護保険施行以降、在宅の重度要介護者(要介護4・5)<sup>8)</sup>の数は同水準で推移している(表3参照)にもかかわらず、2002年以降、医師が行う狭義の在宅医療は縮小傾向にあると言える。

次に、広義の在宅医療をみる。最も患者数が多

表1 主な在宅医療行為別にみた診療回数の推移

(回)

	1996	1998	2000	2002	2004
1. 在宅患者診療・指導料					
ア) 往診	387,739	346,600	368,930	371,921	291,721
イ) 訪問診療	456,725	565,922	754,116	854,273	544,511
2. 在宅療養指導管理料					
ア) 在宅自己注射	279,046	320,879	403,761	537,455	542,583
イ) 在宅酸素	41,165	72,460	82,895	109,499	94,655

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「社会医療診療行為別調査(各年5月サービス分)」

表2 主な在宅医療行為の実施主体別診療回数

(回)

	合計	病院	有床診療所	無床診療所
<b>1. 在宅患者診療・指導料</b>				
ア) 往診	291,721 (100%)	24,466 (8.4%)	48,161 (16.5%)	219,093 (75.1%)
イ) 訪問診療	544,511 (100%)	87,056 (16.0%)	84,036 (15.4%)	373,420 (68.6%)
<b>2. 在宅療養指導管理料</b>				
ア) 在宅自己注射	542,583 (100%)	361,913 (66.7%)	41,146 (7.6%)	139,524 (25.7%)
イ) 在宅酸素	94,655 (100%)	65,611 (69.3%)	9,548 (10.1%)	19,497 (20.6%)

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「2004年社会医療診療行為別調査（5月サービス分）」

い在宅自己注射をみると、1996年の27.9万回が年々増加し、2004年には54.3万回となっている。また、次に患者数が多い在宅酸素をみると、1996年の4.1万回が2002年には10.9万回にまで増加した後、2004年には9.5万回に若干減少している。

両療法とも、在宅患者数はこの8年間で約2倍に増加している。これは、該当患者数の増加だけでなく、入院医療から通院管理型在宅医療へ移行するための条件が整っている<sup>9)</sup>ことも大きな要因と考えられる。

## (2) 主な在宅医療行為の実施主体

ここでは、2004年5月に実施された往診・訪問診療の月間延べ回数、および在宅自己注射・在宅酸素の指導回数の、実施主体別構成割合をみる。

まず、往診をみると、無床診療所が75.1%と最も多く、次いで有床診療所16.5%、病院8.4%の順である。なお、この構成割合は、訪問診療でもほぼ同様である。

次に、在宅自己注射をみると、病院が66.7%と最も多く、次いで無床診療所25.7%、有床診療所7.6%の順である。なお、この構成割合は在宅酸素でもほぼ同様である。

在宅自己注射・在宅酸素療法患者に対する指導管理は、主に病院による通院管理の形で行われているのに対し、往診・訪問診療は、無床診療所を中心に行われているのがわかる。

## (3) 訪問診療回数を減少させた要因とは

前述したように、訪問診療回数は2002年以降減少しているが、その要因を探るに当たっては、サービス供給と需要の両面からの考察が必要となる。

まず、サービス供給面から考察する。

供給面からみた減少要因の可能性としては、「訪問診療を従来から行っていた医師が、訪問診療を控え始めた」ことが考えられる。そこで、1999年と2002年で、訪問診療実施診療所数を比較したが、1999年の「寝たきり老人訪問診療」は15,039診療所、2002年の「在宅患者訪問診療」は16,864診療所が実施しており、実施診療所数は減少していない<sup>10)</sup>。無床診療所数が年々増加する中、診療所の外来患者数が伸びていない状況<sup>11)</sup>を鑑みれば、従来から訪問診療を実施していた医師が、収入源となる訪問診療を減らす動機は考えにくい。

次に、サービス需要面から考察する。

需要面からみた減少要因の可能性としては、①訪問を必要とする患者数が減少した ②訪問診療を代替するサービス(訪問看護)が増加した ③通院を支援する体制(訪問介護員による通院介助など)が強化された ④自己負担増のため、訪問より通院を希望する患者が増加した などが考えられる。

ここで、①～③を検証するため、訪問介護員による通院介助が保険点数化された2003年以降における、訪問診療を必要とする在宅の重度要介護者(要介護4・5)および訪問看護サービス受給

表3 在宅における重度要介護者、訪問看護・通院介助サービス受給者数の推移

(千人)

	2003.10	2004.10	2005.10
<b>1. 介護サービス受給者(在宅)</b>	<b>3,021.9</b>	<b>3,318.9</b>	<b>3,510.5</b>
ア) 要介護4	186.7	200.3	203.4
イ) 要介護5	153.1	152.8	146.8
<b>2. 訪問看護サービス受給者</b>	<b>310.5</b>	<b>319.5</b>	<b>328.5</b>
ア) 介護保険	253.9	257.0	260.4
- 要介護4	44.8	45.1	45.4
- 要介護5	66.4	65.1	62.0
イ) 医療保険	56.6	62.5	68.1
<b>3. 通院介助サービス受給者</b>	<b>446.7</b>	<b>581.2</b>	<b>784.0</b>
ア) 要介護4	17.0	25.1	36.9
イ) 要介護5	6.7	8.6	13.8

注：在宅の介護サービス受給者数は、全サービス受給者数から、施設および居住系サービス受給者数を引いたもの。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報」、社会保険診療報酬支払基金「基金統計月報」、国民健康保険中央会「国保連合会審査支払業務統計」

者、通院介助サービス受給者の推移をみた。その結果を表3に示すが、この間、在宅の重度要介護者は約35万人、また、重度要介護者に対する訪問看護サービス受給者も約11万人のほぼ一定水準で推移しているのに対し、重度要介護者に対する通院介助サービス受給者は2003年の23.7千人から2005年には50.7千人に倍増している。

ところで、日本呼吸器学会が行った患者アンケート調査によると、在宅酸素や在宅人工呼吸などの在宅呼吸ケアを受けている患者の自己負担は、それ以外の患者よりも高かったことが指摘されている<sup>12)</sup>。近年、在宅医療推進のため、保険点数上優遇してきたが、このことが却って自己負担増を招き、在宅医療を敬遠させている可能性がある。

以上より、訪問看護や在宅の重度要介護者が一定水準で推移している中、訪問診療回数が減少している現象は、通院環境の改善や自己負担増を回避した患者行動の複合要因によるものではないかと推察される。

## 2. 2025年における在宅医療サービスの需要予測

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口(2002年1月推計)」によると、医療・介護ニーズの高い後期高齢者は、2005年10月現在の1,217万人<sup>13)</sup>から年々増加し、2025年に初めて2千万人を突破、その後ほぼ一定水準で推移していくとされている。

そこで、本節では、団塊の世代が後期高齢者になりきる2025年をターゲットとし、現在の性別年齢階級別にみた介護サービス受給率(以下、サービス受給率)<sup>14)</sup>をベースに、2025年における要介護者総数(要支援者数+要介護者数)および重度要介護者数の推計を行う。その上で、施設や居住系サービスの整備量を3ケース仮定し、各ケースにおける在宅重度要介護者数の推計を行い、2025年における在宅医療サービスの需要予測を行うこととする。

表4 性別年齢階級別要介護度別にみたサービス受給率

(%)

	40-64歳	65-69歳	70-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95歳以上
<b>1. 男性</b>	<b>0.3</b>	<b>2.3</b>	<b>4.7</b>	<b>8.8</b>	<b>16.4</b>	<b>29.3</b>	<b>42.3</b>	<b>59.2</b>
ア) 要介護4	0.0	0.3	0.7	1.2	2.1	4.0	6.5	11.8
イ) 要介護5	0.0	0.3	0.5	0.9	1.5	2.7	4.4	7.7
<b>2. 女性</b>	<b>0.3</b>	<b>2.2</b>	<b>5.7</b>	<b>13.0</b>	<b>26.9</b>	<b>43.5</b>	<b>58.1</b>	<b>68.8</b>
ア) 要介護4	0.0	0.2	0.5	1.2	2.8	5.8	10.6	17.4
イ) 要介護5	0.0	0.2	0.5	1.1	2.5	5.1	9.5	16.8

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報（2005年10月サービス分）」および総務省統計局「2005年国勢調査抽出速報集計」に基づき筆者作成。

表5 2025年における性別要介護度別サービス受給者数の予測

	2005	2025	増加率(%)
<b>サービス受給者総数(千人)</b>	<b>3,510.5</b>	<b>5,939.1</b>	<b>69.2</b>
<b>1. 性別</b>			
ア) 男性	1,010.0	1,669.7	65.3
イ) 女性	2,500.5	4,269.4	70.7
<b>2. 要介護度別</b>			
ア) 要支援	480.7	746.7	55.3
イ) 要介護1	1,131.2	1,835.1	62.2
ウ) 要介護2	556.7	942.8	69.4
エ) 要介護3	486.9	852.4	75.1
オ) 要介護4	460.2	840.3	82.6
カ) 要介護5	394.8	721.8	82.8

注：要支援・要介護区分は、制度改正前の区分である。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報（2005年10月サービス分）」

(1) 2025年における要介護者総数および重度要介護者数の予測

表4に、2005年10月時点における、性別年齢階級別要介護度別にみたサービス受給率を示す。

サービス受給率は、男女とも75歳以降急増し、80-84歳では男性16.4%、女性26.9%、90-94歳では男性42.3%、女性58.1%となる。

また、74歳までは性差は少ないものの、加齢に伴い性差は拡大し、85-89歳では14.2ポイント、90-94歳では15.8ポイント、女性の方が高くなっている。

ここで、2025年における性別年齢階級別サービス受給率は2005年と同じと仮定すると、これに性別年齢階級別将来推計人口を掛けることにより、

2025年の要介護者総数は593.9万人と推計される。ちなみに、この数字は、2005年10月時点のサービス受給者351.1万人の約1.7倍に相当する。

また、2025年における性別年齢階級別にみた要介護度別サービス受給率<sup>15)</sup>も、2005年と同じと仮定すると、重度要介護者数は、「要介護4」84.0万人、「要介護5」72.2万人と推計される。

以上の推計結果を表5にまとめる。

(2) 重度要介護者の所在地の現状

2005年10月時点におけるサービス受給者(351.1万人)の所在地別構成割合をみると、在宅72.9%、居住系サービス4.4%(特定施設1.6%、グループ

表 6 重度要介護者の所在地分布

	実人数(千人)			構成割合(%)		
	計	要介護4	要介護5	計	要介護4	要介護5
総数	3,510.5	460.2	394.8	100.0	100.0	100.0
1. 在宅	2,560.5	201.9	145.9	72.9	43.9	37.0
2. 特定施設	54.9	8.5	5.6	1.6	1.8	1.4
3. グループホーム	100.6	13.7	3.7	2.9	3.0	0.9
4. 特養	376.6	120.8	121.7	10.7	26.2	30.8
5. 老健	292.3	80.4	49.3	8.3	17.5	12.5
6. 介護療養型	125.6	34.9	68.6	3.6	7.6	17.4

注：在宅の介護サービス受給者数は、全サービス受給者数から、施設および居住系サービス受給者数を引いたもの。

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護給付費実態調査月報（2005年10月サービス分）」および総務省統計局「2005年国勢調査抽出速報集計」に基づき筆者作成。

ホーム2.9%)、介護保険施設22.6%(特養10.7%、老健8.3%、介護療養型3.6%)となっている<sup>16)</sup>。

これを重度要介護者についてみると、要介護4では、在宅43.9%、居住系サービス4.8%、介護保険施設51.3%、要介護5では、在宅37.0%、居住系サービス2.4%、介護保険施設60.7%と、重度化が進むにつれ、在宅の割合が急減し、介護保険施設の割合が急増すること、また、居住系サービスの割合は、要介護5では要介護4より減少することがわかる。

今回の制度改革では、多様な居住の場として特定施設が注目されているが、要介護5レベルの方の受け皿としては、現状では施設の機能面からみて困難な側面があるのではないかと推察される。

### (3) ケース別にみた在宅重度要介護者数の予測

これまで厚生労働省は、施設に関しては、参酌標準を基準とした整備を推進してきた。具体的には、第1期計画(2000～)では、介護保険施設を対象とし、65歳以上人口の3.4%を、また、第2期計画(2003～)では、対象を居住系サービスにも拡大し、65歳以上人口の3.5%(介護保険施設3.2%、居住系サービス0.3%)を参酌標準とした。また、第

3期計画(2006～)では、2014年度目標値として、要介護2以上の認定者に対する介護保険施設・居住系サービス受給者割合を、2004年の41%から、37%以下に引き下げることにした。

これまで、一貫して、将来的な多様な居住の場の普及促進を前提として、65歳以上人口に占める介護保険施設・居住系サービスの受給者数の割合の削減を進めてきた。ただし、今回の制度改革で、現行の療養病床38万床が、2024年3月末までに15万床に削減され、残り23万床の入院者は、老健施設や特定施設で吸収することになっており、在宅医療サービスの提供体制とのバランスのもと、整備量の再検討が必要となる。

そこで、以下の3ケース、

- ケース1：要介護度別にみた所在地分布状況が、2025年も現状と同じとした場合
- ケース2：参酌標準を、介護保険施設3.2%、居住系0.3%とした場合
- ケース3：参酌標準を、介護保険施設3.2%、居住系0.8%とした場合

について、在宅重度要介護者数の予測を実施した(ただし、医療療養病床からの移行分はシミュレーションから除いている)。

ケース1の場合は結果的に、参酌標準を介護保

表7 ケース別にみた2025年における在宅重度要介護者数の予測

	ケース1	ケース2	ケース3
1. 所在地別サービス受給者数(千人)			
ア) 介護保険施設	1,413.8	1,111.2	1,111.2
イ) 居住系サービス	265.6	104.2	277.8
ウ) 在宅	4,259.7	4,723.7	4,550.1
- 要介護4	368.7	495.2	470.4
- 要介護5	266.7	380.5	370.1
2. 参酌標準(対65歳以上人口)			
ア) 介護保険施設	4.1%	3.2%	3.2%
イ) 居住系サービス	0.8%	0.3%	0.8%

険施設4.1%、居住系0.8%とした場合に相当するが、このケースで、在宅重度要介護者は、「要介護4」36.9万人(2005年の1.83倍)、「要介護5」26.7万人(同1.83倍)と推計される。

同様に、ケース2(第2期の参酌標準を維持した場合)では、在宅重度要介護者は、「要介護4」49.5万人(同2.45倍)、「要介護5」38.1万人(同2.61倍)と、また、ケース3(介護保険施設は第2期と同じだが、特定施設の整備量は増やした場合)では、「要介護4」47.0万人(同2.33倍)、「要介護5」37.0万人(同2.54倍)と推計される。

なお、以上のシミュレーションで置いた仮定は以下の通りである。

- 仮定1：現在の介護療養型の入院患者は、特養と老健施設で吸収される  
 仮定2：2025年における各所在地の要介護度分布は、2005年と同じ

以上の推計結果を表7にまとめる。

2024年3月までの、医療療養病床からの移行分(約10万床)を加えれば、さらに整備量が必要となるが、いずれにしろ、2025年には、在宅重度要介護者が現在の1.8～2.6倍に増加する可能性が高い。したがって、在宅重度要介護者の利用ニーズが高い、訪問診療<sup>17)</sup>や訪問看護、訪問介護(身体介護)などのサービス提供量の確保が今後必要となる。

ただし、今後の一人暮らし高齢者や認知症高齢者の増加を鑑みれば、この増加分をすべて訪問診療や訪問看護、訪問介護の提供量の増加などで支授しきれものではない。これら提供量の拡充(特に、多職種協働の意味を理解し、実践できる関係職種の養成強化)に加え、①通院支援体制の強化(ボランティアなどを活用した移送サービスの拡充) ②効率的な訪問診療などが行える環境の整備(対象者がいる程度まとまって療養する場の確保(特定施設・小規模多機能施設の拡充)) ③24時間対応機能の共同利用化(コールセンターの活用、医師や看護師のプール化など) ④必要な施設サービス量の確保などを併せて実施する必要があると考える。

また、特定施設の拡充(特に、外部サービス利用型)が検討されていることから、どのような外部サービスが、どの程度必要かのモデル検証を行うなど、現場レベルでの実現可能性の検証も併せて行う必要があろう。

現在、国が「地域ケア整備指針(仮称)」を策定し、各都道府県に提示することになっている。「医療の質を確保した上で、切れ目のない医療提供体制の構築を図り、費用の適正化につなげる」ことを具現化できるか否かは、今後、都道府県レベルで①サービス提供体制や各々の機関が果たしている機能の現状分析 ②所在地別にみたサービ

ス受給者特性の現状把握 ③ 将来的に必要なサービス量の推計などを踏まえた上で、地域の特性に応じた適切な整備計画が策定できるか否かにかかっていると言える。

#### IV 連携強化に向けた課題と対策

今回の医療・介護制度改革の狙いは、サービスの質を確保した上で、医療機能間や医療と介護間の機能分担による効率化を図り、その結果として、費用の適正化を実現することにある。このサービスの質を確保する上で、重要な役割を果たすのが、分化された機能をつなぐ役目となる「連携」である。

機能分担と連携が相まってこそ、質の確保と効率化の推進が図れる訳であるが、機能分担の仕組みは、開始時期を含めて政策レベルで決められるのに対し、連携は現場レベルでの取り組みとなるため多大な時間を要するといった時間的タイムラグが両者にはある。そのため、連携が当初の思惑通りには展開されないばかりか、逆に、マイナスの面を引き起こしている部分もある<sup>18)</sup>。

ただ、この背景には、サービス提供者側の意識の問題なども絡んでいる。以下、連携を深めるために必要と思われるポイントの整理と、連携強化に向けた提言を行う。

##### 1. 求められる「意識改革」と「安心して退院・退所出来る環境の整備」

高齢者は、さまざまな生活障害に加え、慢性的な健康問題を抱えている場合が多い。また、状態変化も起こしやすいため、急性期医療を必要とすることも多い。要するに、急性期～回復期～慢性期を行き来し易い状況にある。地域に暮らす高齢者は、これらの時期を分けて考えている訳ではなく、どの時期においても、利用者本位の適切な医療・ケアが受けられることを望んでいる。

ところが、医療従事者は、これらを分けて考える

傾向が強い。また、急性期と慢性期を上下の関係でみている人も多い。① 医療機能の分化 ② 専門分化した教育などに加え、ほかの場所での勤務の未経験(例：急性期病棟の看護師はあまり療養病床や訪問看護の実態を知らない)などが、これに拍車をかける。また、一般的に、急性期医療では、「治すこと」が目標とされ、治すことには精力を傾注するが、仮に治らない(目標は達成できない)となると、医療従事者としての役割はなくなったと思いがちになる。そして、長期療養に適した施設への転院が勧められたり、退院を行い易くするための治療が選択されたりする。

ところで、障害を抱えたまま退院せざるを得ない本人や家族にとって、ほかの病院や在宅などに移行すること自体、非常に不安なものである。これを安心して行えるようにするためには、

- ① 患者・家族に対する継続的な関与体制の提示(特に、在宅主治医の関与が重要)
- ② 患者・家族に対する緊急時の受け入れ態勢の提示
- ③ 病院～在宅という全体的な流れの中での最適な医療の追求と関係職種間の役割分担の明確化(院内完結型から地域完結型への転換)が必要となるが、このことを実現する最も効果的な手段の一つが、退院・退所前カンファレンスの実施であろう(この中で、リハビリテーションの継続性も検討すべきである)。

今回の制度改革では、報酬誘導などの形での退院・退所時の連携支援が打ち出されているが、報酬誘導だけでなく、在宅主治医が在宅時だけでなく、病院入院時や施設入所時にも継続的に診療に関わり、報酬上も評価される仕組みや、退院・退所時カンファレンスの実施状況を情報開示する仕組み(プロセスおよびアウトプットの開示)なども併せて導入し、退院・退所を安心して行える環境を整備すべきと考える。

## 2. 職種間連携の具体的なルールの構築(個人的連携からシステムの連携へ)

医療や介護の世界は、専門職を中心とした世界である。このうち、医療、特に、急性期医療の世界では、「治すこと」を実現するための効率的な組織形態(医師を中心とした階層型組織)が構築され、指示命令系統や責任主体もはっきりしていた。また、同じ医療という土壌で育った関係者、かつ、同一医療機関内の関係者同士での連携であったため、医師のマネジメントのもと、比較的うまく機能していた。一方、介護の世界は、医療のようなトップダウン方式はなく、また、医療のように即断即決が求められる世界でも、マネジメントが十分機能した世界でもなかった。

さて、今回の地域包括ケアの空間では、医療・介護関係者による多職種協働が求められる。この空間では、各専門職は「果たすべき役割の違い」という「横軸」の関係であり、また、利用者を中心とした支援方法を検討することが求められているなど、今まで育ってきた環境や方法論(治療方針は医師が決定するもの)との差異から、主治医は非常に戸惑いを覚えるのである。また、主治医は、医学的リスクに対する責任者であるため、関係者から適宜きちんと連絡が入ることを期待するが、育ってきたバックグラウンドや日常使っている言葉、仮に同じ言葉を使っている意味が異なる介護関係者から適切なタイミングで適切な連携が入ることは難しい。

多職種協働による地域包括ケアの空間では、より具体的な指示と、方法論の選択理由に関する具体的な説明が求められる。このような状況において、連携を取る方法としては、①尾道市のように、アセスメントの徹底を図りながら、ケアカンファレンスという研修の場を通じて相互理解を深め、かつ具体的な指示を行う ② どういう場合に連絡が欲しいかを専門職側から具体的に提案・説明し、そのルールを関係者が遵守するよう徹底する など

の方法しかないと考えられる。

連携強化を図るための一手段としては、包括的なアセスメント項目の評価結果から、具体的な連携ルールを構築することが有効ではないかと考える。

## 3. プライマリ・ケアの理念を理解した関係職種の養成

現時点の在宅・施設療養者本人や家族のことを鑑みれば、さまざまな形で高齢者医療・ケアに関わっている医師などの意識を変えることは非常に重要である。ただし、前述したように、地域包括ケアという空間は、元々育ってきた環境や方法論とは異なる世界であるため、なかなか理解しづらい。このことは、ほかの職種との連携が要求される「在宅医療」がこれまで期待した程には進んでこなかった背景の一つと考えられる。

この解決策としては、初めから、地域包括ケアに求められる機能や取り組み姿勢(包括的対応、継続的関わり、チームとしての協調性、説明責任、患者中心の考え方、家族を含めた対応、共感できる関係性の構築など)を、目的達成のためには当然のことと理解した関係者(医師だけでなく、医師と同様の世界で育ってきた看護師やリハビリスタッフなども含め)を、専門のプログラムに従って養成することであると考える<sup>19)</sup>。

## V おわりに

今回、6年に一度の同時改定という背景もあり、「機能分担と連携により、サービスの質と効率性の向上を図り、医療・介護費用の適正化につなげる」という共通課題に対するさまざまな政策が打ち出された。

この中で、平均在院日数の短縮化、患者・家族への安心感の提供の両面からみて重要な課題が「安心して退院・退所出来る環境の整備」であるが、この実現のためには、在宅主治医による継続的関

与が重要となる。患者・家族にとって、「自分のことを、どこに居ても継続して診てくれており、かつ、必要に応じ適切な対応(専門機関の紹介や紹介先との連携)をとってくれる医師」が居ることほど、安心感を生むものはないであろう。

今回の改革では、在宅療養支援診療所が創設されたが、24時間機能やターミナルケア対応に力点が置かれ過ぎた感がある。当然24時間対応も重要であるが、それ以上に、主治医の継続的関与をより評価する方向性を鮮明に打ち出すべきではないかと考える。また、診療を補助する意味で、訪問看護の拡充も重要である。

今後20年間、最後の急速な高齢化を迎える。今回のシミュレーションでは、2025年に在宅重度要介護者は、今後の施設整備量にもよるが、1.8～2.6倍に膨れ上がる。限られた在宅資源を使って、どこまで在宅や特定施設で対応できるのか、また、患者・家族は負担面を含め、どのような条件が整えば在宅を選択するのかを見極めた上で、将来的な施設整備量や、医療機関、介護保険施設、特定施設などの機能分担のあり方を、地域ケア整備構想の中で再検討する必要があると考える。

#### 注

- 1) 社会保障審議会介護給付費分科会(2005)資料2「平成18年度介護報酬改定に関する審議報告」(平成17年12月28日)参照。
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部「2004年医療施設(動態)調査・病院報告」参照。
- 3) 入院先の医療機関と、退院後の在宅療養を担う医師などが、共同で行う指導管理や情報提供などの行為を評価する点数のこと。
- 4) 入院先の医療機関と転院先の医療機関などが、地域連携診療計画を作成した上で行った情報提供などの行為を評価する点数のこと。
- 5) 退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であり、かつ、24時間対応や緊急時の入院先の確保、ケアマネジャーとの連携などの要件を満たし、地方社会保険事務局長に届け出たものこと。
- 6) 医療の必要性や日常生活動作(ADL)レベル、認知機能レベルなどの特性のこと。今回、医療の必要性に応

- じて3区分が、また、ADLレベルに応じて3区分が設けられ、その組み合わせに応じた点数設定が行われた。
- 7) サービス提供形態の多様化を図る観点から設けられた形態。事業者は、サービス調整の対価として基本点数を算定しつつ、1カ月の限度額内で、外部の訪問介護や通所介護などのサービスを組み合わせ提供する。
  - 8) 日本医師会が2003年に行った調査によると、要介護度別にみた訪問診療受診割合は、「要支援」7.8%、「要介護1」11.4%、「要介護2」22.7%、「要介護3」33.5%、「要介護4」49.2%、「要介護5」73.6%と、要介護4以上から訪問診療のニーズが高くなっている。この傾向は、訪問看護の要介護度別サービス受給率でも同じである。したがって、在宅医療のニーズが高い要介護4・5を主たる対象と設定した。詳しくは、日本医師会(2005)「要介護高齢者の服薬状況に関する実態調査」p.7参照。
  - 9) 在宅医療を導入するにあたっては、医師は導入を勧めやすく、かつ、患者・家族は導入を受け入れ易いことが重要となる。在宅酸素を例にとると、医師側には、①患者は、呼吸困難感はあるものの、ADLは維持されている場合が多く、通院が可能であること ②医療機器(酸素濃縮器、液体酸素)に関しては、業者側が24時間体制を敷いていること ③通院時に使用する酸素ボンベは、軽量化と長時間化(吸気時のみ弁を開ける器械を併用した場合)が図られていること ④医療機器担当者からの情報提供や緊急時連絡が入ること(自宅での様子が把握できること)などの条件があるため導入が行い易い。また、患者・家族も、入院していた病院の外来に通うため、何かあれば入院させてくれるという安心感がある。
  - 10) 2002年の診療報酬改定で、従来分かれていた「在宅患者訪問診療料」と「寝たきり老人在宅総合診療料」が、「在宅患者訪問診療料」に一本化された。ここでは、寝たきり老人以外に対する訪問診療のみ実施している医療機関は非常に少ないと考え、1999年の「寝たきり老人在宅総合診療」実施医療機関数と、2002年の「在宅患者訪問診療」実施医療機関数の比較を行っている。
  - 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部「2002年患者調査」参照。
  - 12) 日本呼吸器学会在宅呼吸ケア白書作成委員会編集(2005)「在宅呼吸ケア白書」pp.56-58参照。
  - 13) 総務省統計局「2005年国勢調査抽出速報」による。
  - 14) 性別年齢階級別人口に占める介護サービス受給者数の割合のこと。
  - 15) 表4をみると、男性の95歳以上人口の11.8%が要介護4となっているが、この値のことを「性別年齢階級別にみた要支援・要介護度別サービス受給率」と定義した。
  - 16) 同時点における65歳以上人口は2,682万人であるの

で、高齢者のうち約2.9%が介護保険施設に、約0.5%が居住系サービスに入院・入所していることになる(40-64歳の受給者が12.9万人いるが、年齢階級別所在地別サービス受給者数は不明なため、ここではその影響を加味しておおよその割合とした)。

- 17) 最近、在宅医療を専門にした診療所が増加している。これらの多くは、24時間対応を実現するために複数医師体制とし、診療支援のために訪問看護・ケアマネジメント機能を保有(あるいは連携により機能を確保)している形態が多い。このような在宅医療専門という形態は必要とは思いますが、より一般に行われている「通院患者の機能低下により、在宅医療に移る形態」の方が流れは自然であるし、医師と患者の関係性の維持という側面から考えても、このような訪問診療形態は大事にすべきであろうと考える。
- 18) 具体的な事例に関しては、平成16年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」報告書(主任研究者：島崎謙治)のpp.30-37参照。
- 19) 家庭医の養成プログラムに関しては、平成17年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」報告書(主任研究者：島崎謙治)のpp.147-154参照。

#### 参考文献

- 厚生労働省 2006「療養病床に関する説明会資料」(平成18年4月13日)
- 政府・与党医療改革協議会 2005「医療制度改革大綱」(平成17年12月1日)
- 中央社会保険医療協議会 2006「平成18年度診療報酬改定における医療機能の分化・連携について」(平成18年2月15日)
- 社会保障審議会医療部会 2005「医療提供体制に関する意見」(平成17年12月8日)
- 社会保障審議会医療保険部会 2005「医療保険制度改革について(意見書)」(平成17年11月30日)
- 社会保障審議会医療保険部会・医療部会 2005「平成18年度診療報酬改定の基本方針」(平成17年11月25日)
- 厚生労働省老健局 2005「地域包括支援センター業務マニュアル」(平成17年12月19日)
- 厚生労働省老健局 2006「全国有料老人ホーム・特定施設担当者会議資料」(平成18年6月20日)
- 日経ヘルスケア21 2002「e定点観測－診療所在宅医療・ケア－」2002年10月号, pp.19-20
- 財団法人在宅医療助成勇美記念財団発行 2006「在宅医療テキスト」
- 南山堂 2005「特集－在宅医療と地域医療連携の方向性－」『治療』第87巻第5号, pp.1687-1811
- 神津仁 2004「在宅医療実践論」『日医総研・診療所経営管理者養成講座』  
(かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)

## イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携

郡司 篤晃

### ■ 要約

第二次世界大戦後、戦勝国は福祉国家建設にまい進した。当時の全体主義的な雰囲気の中で、その構造は社会主義的なものとなった。イギリスにおいては、その時、医療は国営となり、福祉は地方自治体という分離構造が成立した。

その後、両制度は成熟し、疾病構造が慢性化し、Long-term care（長期ケア）に対する需要が高まり、医療と福祉の連携の必要性が高まった。

しかし、医療および福祉システムは、行政組織が国と地方政府であり、医療が原則無料であるのに対して福祉は有料であるなど、種々の面で差があり、現場におけるニーズの高まりにもかかわらず、その連携は進まなかった。

サッチャー（Thatcher）政権はこれらの市場化による質と効率の向上を図ったが、市場化は同時に権力の構造を流動化させた。ブレア（Blair）政権は Community Care Act を制定し、行政組織の改革、地域の民間組織である Primary Care Trust、さらに Care Trust に大幅な権限委譲（devolution）を断行することによって、二者の連携を促進しようとしている。

しかし、まだ改革途上であり、その評価にはなお時間が必要である。

### ■ キーワード

医療と福祉の連携、Community Care Act、Primary Care Trust、Care Trust

## I はじめに

制度には諸々の問題が生じ、その歴史は問題の修正過程であるから、制度の歴史には文脈がある。第二次大戦後、世界各国は福祉国家の建設にまい進する。イギリスにおいてはベバリッジ報告に基づき、医療を国営とし、福祉や公衆衛生は地方政府の分担とした。ここがこれまで、そして現在も解決を迫られている医療と福祉との連携問題の原点である。

医療と福祉の連携の議論の歴史は長いが、解決は困難であった。しかし、近年、解決の努力が加速されている。その理由は、大きな背景としては、グローバル化と資源制約が厳しくなる中で、人口の高齢化による包括的なケアの質と効率を向上させる必要性、特に長期ケアに対するニーズの増大などの内

部環境の変化に対応するためである。Thatcher 政権による医療・福祉の制度改革は戦後最大の制度改革となった。また、その後労働党への政権交代という政治状況があったことも寄与している。本論では、Thatcher 政権とそれに続く Blair 政権による医療・福祉の制度改革の狙いとその方策に注目した。

制度改革は分担と連携問題のみを解決するために行なわれるわけではない。近年の医療・福祉制度改革の主たる目的はその質と効率の確保であり、連携の問題はその一部である。したがって、制度改革の大きな流れの中で分担と連携の問題がどのように解決されようとしているかに注目することになる。

ある目的のために組織が機能しなければならないのに、その組織が別れていれば必ずインターフェースの問題が発生する。ケアのシステムは予

防、医療、福祉と大別される。医療はさらに、一次医療と二次医療とに別れる。分担と連携の問題はこれらのシステムのすべてのインターフェースに生じてきた。

戦後のイギリスにおいては<sup>1)</sup>、医療は国営で、NHS (National Health Service) と呼ばれる。医療は、処方薬などにおける若干の自己負担はあるが、基本的に無料の行政サービスで、その資金は国家予算である。一次医療は Primary care (プライマリケア) と呼ばれ、GP (General Practitioner) が担当しており、二次医療は病院が担当している。

福祉と公衆衛生は地方政府の分担であった。福祉は対象が多様であり、医療との連携もそのほぼすべての領域に存在する。それぞれに独自の問題があり、その内容は膨大であるので、本論では、著者の専門性の限界もあり、医療に視点の重点を置きつつ、福祉については長期ケア、特に高齢者のケアを念頭に論ずることとしたい<sup>2)</sup>。

機能の分担については、どこで(対象母集団の地域)、誰が(Who)、何の(What) 責任を持っているのかを整理する必要がある。分担の中心的な役割はおのずから明らかであるが、誰が何をするかは歴史的に変動がある。しかし、連携の問題はむしろその周辺に起こる。また、連携に関する統計データがとりにくいこともあり、入院の待ち行列のデータなどをのぞくと、極めて乏しい。

歴史は一連の流れであり、長年の取り組みであるから、内容は極めて膨大であるため、かなり三次資料によらなければならなかった。

まず、基本的な歴史的経緯を、Thatcher 政権まで、1990年の NHS and Community Care Act 以降、Blair 政権の時代に区分して整理しておく。

## II 小史

1948年、第二次大戦勝利の全体主義的な雰囲気の中で、イギリスの社会保障制度の基本的な枠

組みが定められた。医療は国営(NHS)となり、福祉や公衆衛生は地方政府の責任とされた。ここに医療と福祉の連携問題の原点がある。したがって、その連携は政府間の問題であることが、この問題の根が深く、長年問題が指摘され連携の努力が行なわれてきたにもかかわらず、解決が困難であった大きな理由の一つである。

医療は国営であり、病院は国立、院内のスタッフは国家公務員、医師は専門医であった。一方、GPは国家公務員ではない。当初、政府の被雇用者になる案もあったが、医師会の反対もあり、LA (Local Authority、地方自治体)の雇用者とはならず、政府との契約による独立の開業医となった。

医療の行政機構は国を頂点としたヒエラルキーとなっていた<sup>3)</sup>。一定の人口規模の地域にGPがないときには、LAがGP開業希望者を募り、GPと契約して開業を支援した。周囲の住民は自分の判断でGPに登録し、健康に問題が起これば、まずGPを受診しなければならない。住民は直接病院にはいくことはできない。住民が健康に異常をきたしてGPを受療し、入院医療が必要だと考えられた場合にはGPがその地域の病院に紹介する。

GPの報酬の50%弱は、登録された住民数を基礎に支払われる。項目別出来高払いでは個々の診療行為に経済的なインセンティブが働くのに対して、登録した住民に対して責任感と良質のケア提供に対するゆるいインセンティブが働く。この仕組みは、制度創設以来、若干の変更は経つつも、基本的には変わっていない。おそらく、NHSが変わらぬ国民の人気を得ている理由はこのGP制度にあるだろう。

GPの役割は初期医療、そして最初に接する医療、すなわちゲートキーパーであり、重要な医療であるので、プライマリケアと呼ばれる。その後、公衆衛生活動が義務付けられたり、訪問看護などが配置されたりしたが、GPの主たる役割が初期医療にあるという自覚と社会的な認識は変化していない。

したがって、GPの活動の基本となる人口集団は登録された個人がベースであり、これは行政圏域とは必ずしも一致しないという点は重要である。

それに対し、公衆衛生や福祉は地方政府の分担であり、その基礎となる人口集団はもちろん行政圏域のそれである。公衆衛生はcommunity health servicesと呼ばれている。予防接種や子宮ガン検診などの予防事業がGPに委託され、さらに看護職に実施が依頼されている。

社会福祉は、1948年以来、地方自治体の分担である。病院の医療以外のケアを、福祉を含めてcommunity care (コミュニティ・ケア)と呼ぶ場合がある。

## 1. 1970年代後半までの改革

Community careは最初から混合経済(Mixed Economy)であった。すなわち、ケアの提供主体も、家族、ボランティアセクター、私的セクターなどと多様であり、費用の自己負担もある。

1970年ごろまで、高齢者の介護や長期ケアは医療や福祉サービスの残渣的な位置づけであった<sup>4)</sup>。病院の中に療養病床が設けられ、Nursing HomeもNHS内につくられ、原則無料のサービスであった。病院を退院すればLAのケアを受けた。入所ケアが必要であれば、LAは自ら運営する入所施設に收容したり、私的セクターやボランタリーセクターのケアを補助した。

在宅ケアは、医療はGPによって提供されたが、看護はdistrict nurse (保健師)が細々と活動してきた。1960年後半のNew GP contractではpractice nurse (開業看護師)を雇用することができるようになった。1970年代後半に全人的アプローチが唱えられ、受け入れが進む一方、多くのGPはほかの職種が入ってくることに疑問を持った。当初、health visitor (訪問看護師)、後にdistrict nurseとしてGPのオフィスに配置され、GPとLAの架け橋として期待された。しかし、実態は必ずしも期待に

沿うものでなく、その原因はGPが彼女たちに些細なこと(trivia)の処理の役割を期待したからだという<sup>5)</sup>。ancillary workersという言葉が使われ、看護職もその一人と考えられた。

1970年代に入って、福祉制度の大きな改革が進められた<sup>6)</sup>。その中で、LAにSocial Service Department (福祉部)ができた。また、ソーシャル・ワーカーが専門職として発足した。

1974年、LAのHealth (保健)の要素を、Health Officer (医務官)の人事も含めて、NHSへ整理統合し、LAにはsocial careだけを残した。

一方、医療組織の間の連携で大きな問題となったものは、一次と二次医療の間で、特に待ち行列の問題である。しかし、これは福祉との連携とも無関係ではない。二次医療はその後方医療でも大きな問題があった。すなわち、入院待ちを解決するためには退院を促進しなければならないが、退院が遅れベッドがブロックされることであった。その大きな原因の一つは、NHSは原則無料であるが、福祉になると有料であるからである。

NHSの病院は待ち行列を短縮しなければならないので、長期の療養病床を減らしてきた。また、二次医療のニードの判断を厳しくしていった。その結果、後方医療や長期ケアはLAの責任となっていた。

## 2. Thatcher首相就任から1990年まで

Thatcher政権(1979-1990年)の基本的な思想は新自由主義といわれているが、これはイギリスだけのものではなく、社会主義の失敗が明らかになりつつある中で世界的な傾向であった。イギリスにおいては1970年代の国家経済の危機を経験し、国家経済を活性化するために、Thatcher首相は断固として国営企業の民営化、市場化に取り組んだ。

イギリスにおいては、わが国のような人口高齢化の時限爆弾はない。平均余命の延長に伴い疾病期間が延長するわけではないが、高齢者人口が増

えるので、長期ケアのニードが増大した。また、精神科の薬物療法の発達もニードを増大させた。

世界のこのような傾向と同政権の政策は、民間のケア提供者に対する社会の見方を変えた。福祉の入所施設の需要は増大したが、公的セクターは変化しなかったこともあり、独立セクター<sup>7)</sup>の収容能力が増大して、入所者数が指数関数的に急増した。それに伴い国から地方への財政の委譲が急速に伸び、財政再建のための重要な政策課題の一つとなった。

NHSの予算削減のために、NHSの範囲を厳格化した。その結果、病院病床数は削減、在院日数は短縮となり、病院退院後のケアは福祉に任されることになった。しかし、NHSは無料であるが、福祉に回されれば有料となるため、その分担と連携は社会問題となった。

Thatcher政権は国営企業だけではなく、社会政策領域においても民営化を促進した。住宅政策、教育も市場化の手法が導入された。医療と福祉は市場が失敗することは良く知られていたもので、最も遅れた。医療においては、医療の質の低下と、待ち行列に象徴される病院医療の非効率を改善する根本的な対策が必要とされた。

### III Thatcher政権の1990年の改革

医療と福祉への市場の導入に当たっては、Enthovenの助言を受けたが、現実の政策は遥かにラディカルなものとなった。

1988年のGriffiths Report<sup>8)</sup>を受けて、政府はまず政府のサービス提供と購入という役割を分離し、政府はサービスの提供から撤退し、購入者に徹することとした。この案は直ちにThe National Health Service and Community Care Actとして立法化され、実行に移された<sup>9)</sup>。医療においては、国立病院をTrust化し、予算管理権を手上げ制でGPに委譲し、その間に市場を築いた<sup>10)</sup>。

福祉改革にも同様の手法が用いられた<sup>11)</sup>。入所施設も含めて独立セクターへ移行させ、ケア・マネージャにサービス購入の支援をさせた。

国民に対する説明は、「政府はサービスの提供をやめ、購入者の立場に徹底する。しかし、国民は従来どおりのサービスを受けることが出来る。なぜならば、政府がサービス提供をやめても、政府は国民の意向を聞いてサービスを購入してあげるからだ」と説明した。

このようにして導入された市場は準市場(quasi-market)と呼ばれ<sup>12)</sup>、医療と福祉とほかの領域ではそれぞれ若干形が異なる。準市場の特徴は、

- 生産者あるいは提供者は、相互の間に客の獲得競争はあるが、必ずしも利潤最大化を目的としてはいない、
  - 非営利団体と営利団体とが競争的に存在する、
  - 消費者が必ずしも購入の決定者ではない、
- などである。

医療においては、予算権限を委譲されたGPをGP Fund-holder(予算管理医、以下GPFH)とよんだ。GPFHは二次医療のサービス購入については、住民のエージェントであり、住民とGPの関係は従来と変わりはないが、GPと病院トラストとの間に市場が築かれたので、これは内部市場(internal market)とも呼ばれた。医療においては情報の非対称のゆえに市場は失敗するが、内部市場においてはGPも医師であるので、その非対称は緩和されるため、市場は機能しやすくなるはずだという考えである。

福祉の場合にはサービス利用者のエージェントはケア・マネージャである。ケア・マネージャがクライアントと相談して、どのようなサービスを購入するかを決定する。

新自由主義政権は、専門医は患者のため、公共のためというよりも、頑固に自己中心的であるという不信感を持っていた。したがって、同政権はこの権力構造を改革するために市場の力を利用しようとしたのである<sup>13)</sup>。

表1 Thatcher改革の提供者と分担

What	公衆衛生		一次医療	二次医療	後方医療	長期ケア
Who	LA	GP	GP	Hospital	NHS→LA	NHS→LA
人口集団	地域	個人	個人	個人	個人	地域
資金	LA	NHS	NHS	NHS	NHS	LA

1990年の制度改革は、病院とプライマリーケアとの間の力関係を変えただけでなく、同時に多くの力のバランスを変更した。すなわち、権限は

- ケアの提供者から購入者へ
- 政府から民間へ<sup>14)</sup>
- 中央から地方へ
- 医療から福祉へ
- 施設ケアから地域ケアへ、移行した。

### 1. Thatcher改革の評価

Thatcher政権の医療制度改革の評価は必ずしも十分されたとはいえないが、Le Grandらの評価によれば、改革が大きかったわりには成果が乏しかった<sup>15)</sup>というものであった。福祉改革についても、医療と同様に評価は必ずしも十分行われていなかった<sup>16)17)</sup>。

なぜ、このようなラディカルな変革がほんの少しの変化しかもたらさなかったのかについての考察として、Le Grandら<sup>18)</sup>は、医療費の高騰を恐れて、政府の制約が強すぎて、インセンティブが弱められたとしている点は注目に値する。

また、病院のSpecialistの意識は、医の倫理に支えられた専門医であり、長年国家公務員として公的サービスの提供に従事して来たというエートスがあり、市場化による競争や契約に抵抗を覚えた可能性がある。Le Grandはこの医療従事者の行動を、‘knaves’ではなく‘knights’として行動した可能性があると表現した<sup>19)</sup>。

福祉サービスを提供してきた地方自治体の職員にとっても、「直接サービスを提供する公僕としての誇りを感じるといふ伝統的な自治体の文化から、

利用者とケア提供者のために結果として良かったということに喜びを感じるという文化への変化を要求される」ことになかなか適応できなかったのかもしれない<sup>20)</sup>。

しかし、筆者としては以下の諸点が重要な点であったと思われる。

第1は医療の原価計算が技術的に困難であったことに関係する。疾病別の原価計算は、人件費の配賦が困難なため、いまだにきわめて困難である。独立採算を強いられたとはいえ、NHSの病院には原価を計算する習慣もなければスタッフも存在しなかった。一方、GPはできるだけ小さな契約単位を好んだため、価格を決めて契約をするための労力と費用を要した。

この点は野党であった労働党からの、内部市場は取引費用 (transaction cost) が高価になりすぎ、本来患者のケアにあてるべき予算が無駄な事務に使われているという、厳しい批判にさらされた。

第2はいわゆる不平等が生じたとされる点である。病院がGPFHからの紹介患者を、そうではないGPからの患者よりも優先的に早く診るといふ現象が現れた。この点は労働党によってNHSに‘two-tier issue’、すなわち不平等をもちこんだとして批判された。しかし、GPFHからの紹介患者を早く診るといふことは、専門医であり長年官僚でもあった人々が反応し行動を変容させたということである。また、その他病院側の態度の変化<sup>21)</sup>やGPFHからの評価が高かったことなどを考えると、批判は一面的過ぎるだろう<sup>22)</sup>。

また、GPと病院の専門医とは本来、協働的な関係であるべきなのに、売り手と買い手という対

峙的な関係にしたという。競争は一般的には不平等と分断をもたらす。だから、市場化は本来協力すべき人々の間に分断をもたらしたと批判された。連携は政権についての労働党に新たな対応を迫ることになった。

第3は権力のバランスを変更したという問題である。特に、注目しなければならないのは、GPと病院の専門医間で力のバランスが逆転した点である。さらに大きく見て、権力の下方委譲を民主化だとすれば、明らかに民主化であり、大規模な行政改革である。

第4は医療と福祉の連携という観点からは、必ずしもその連携を具体的に促進したわけではないが、その重要な準備をしたと考えることができよう。

- 従来、GPの役割は自ら一般医療を提供することであり、病院には患者を紹介するだけであった。しかし、GPFHは自分の患者のエージェントとして、二次医療を購入しなくなってきた。
- GPは、福祉との連携については、LAとの連携はその計画を立てることにとどまっていたが、GPFHはケアの質と効率を考慮すると、在宅や福祉サービスを購入することの必要性が具体的な課題となった。医療と福祉の連携を、GPにとって計画という抽象的な連携から、具体的なサービスの購入という身近な必要性に変えた。
- しかし、GPFHには福祉サービスを購入する権限は与えられていなかった。
- また、医療の権力が病院に集中していた状況が解消され、その状況は流動化したことがBlair政権の改革を可能にした。

地方税制をめぐる対立をきっかけとして、ThatcherからMajorに首相の座を譲ることになり、1997年、イギリス国民は保守党のこのような改革路線ではなく、「第3の道(The Third Way)」<sup>23)24)</sup>を主張する労働党政権を選択し、社会保障改革も中断した。

#### IV Blair政権の政策

1997年、Blair氏が率いる労働党は、マニフェスト<sup>25)</sup>を公表し選挙戦を戦った。労働党はマニフェストで、内部市場とGPFHを廃止することを公約に掲げて選挙戦を戦い、政権に就くや、直ちに医療、福祉制度の改革の基本方針を明らかにし、次々と実行に移した。

労働党政府は、中道政権として前保守政権が行った改革の良い面は評価し、その上に彼らの政策を築くことを明言していた。

NHSについては、1997年 The New NHS; modern, dependableを公表し、下記のような基本方針を明確にした<sup>26)</sup>。

Thatcher改革の内部市場が、サービスの売り手と買い手の契約という明確な分担関係ではあるが、互いに対峙的な構造であるのに対して、Blair政権は、サービス提供組織間の協働の意識を基盤として制度を築こうとしている。すなわち、市場における競争(competition)ではなく協働(cooperation)、対峙的な契約(contract)ではなく合意(agreement)、単純な購入(purchasing)を介入(commissioning)に変えた。しかし、これは政治的なレトリックで、実質的には前政権の改革の上に、修正を加えた面が多い。

内部市場は、取引費用が高価であり<sup>27)</sup>、医療の断片化をもたらすので廃止する。しかし、purchaser-provider split (P-P split)は残す。GPFHは廃止するが、PCG (Primary Care Group)を組織してGPは強制加入とする。ゆくゆくはより責任と説明責任が明確なTrust化して、資産を保有し、予防から長期ケア、福祉まで責任を持つ組織とする。

1998年包括的な支出見直しを行い、白書 Public Services for the Future: Modernisation, Reform, Accountabilityを公表して、支出にリンクする公共サービスの数値目標を定めた。これをPublic

表2 Blair政権の政策の将来像

What	公衆衛生	一次医療	二次医療	後方医療	長期ケア
Who	CT	CT	Trust	CT	CT
人口集団	地域	地域/個人 <sup>1)</sup>	地域/個人 <sup>1)</sup>	地域 <sup>2)</sup>	地域
資金	LA	NHS	NHS	NHS+LA <sup>3)</sup>	

注：1) GPをPCG/Tに強制加入とし、人口10万人規模として、医療圏域と福祉圏域を一致させようとしているが、必ずしも急速には進んでいない。

2) continuing care(継続ケア)、長期ケアの責任をLAに移行させた。

3) 資金を医療と福祉の両方から使えるようにした。現在、先進的な地域、特に医療圏域とLAの行政圏域がたまたま一致していた地域などにおいて、疾病ごとに資金の共有化が進められている。

Service Agreementsと呼んだ<sup>28)</sup>。

医療の質に関して、特別の質評価機構(NICE: National Centre of Clinical Excellence)を創設し、費用対効果分析などを積極的に進め、エビデンスに基づくガイドラインを作成する。病院TrustやPCGには臨床的質管理(Clinical Governance)の責任者を置き、監視組織を設置して監視を強化する。

成果(performance)を評価するより包括的な指標を作って、すべての関係組織をモニターし、褒章と処罰を強化する。

福祉(Social Service)については、1998年に白書<sup>29)</sup>が公表されたが、P-P splitは廃止されず、ケア・マネージャによるケアの購入はそのまま継続した。特に注目を集めたのは、長期ケアに関するRoyal Commissionの報告書<sup>30)</sup>をどう扱うかであったが、最終的にはそれを拒否して、PCG/T(Primary Care Group/Trust)に期待することとした。

この方針が実現すれば、厚生省関係予算の75%がPCT(Primary Care Trust)、あるいはCT(Care Trust)に行くことになるという。

### 1. 介入(Commissioning)の概念

Commissioning(介入)の概念は混合経済、あるいは準市場のマクロおよびミクロの管理を意味するであろう<sup>31)</sup>。

マクロの管理は準市場が機能するように環境を

整える仕事である。具体的には、PCG/Tに予算の執行権を与えて、二次医療の提供者からサービスを購入して、最終的には無料で良質のケアを提供しなければならない。したがって、PCG/Tは政府の代理人でもあり(double agent)、そのため極めて複雑なシステム全体を管理することが必要であるばかりでなく、その立場も微妙なものとなる。

ミクロの介入(Commissioning)の定義は「ニードと資源と現在のサービスを評価し、ニードに対処するために利用できる資源をいかにして最も効率良く利用するかという戦略的な活動」である。<sup>32)</sup>言い換えると、良質のケアを効率的に提供するための計画サイクルの管理といえよう。

内部市場におけるケアの契約(contract)と購入(purchase)はその中の活動の一部であった。この設定では、ケアの売り手と買い手は対時的であり、双方とも自己の立場を中心に行動することになったので、その関係も比較的単純であった。

新たな制度における介入は、価格は交渉せず、政府によって示された目標を達成するために、地域のケアニードを把握し、病院Trustと話しあって提供を受けるサービスの量だけを合意する(Service Level Agreement)。したがって、ケアの購入は介入の一つのプロセスとして含まれることになる。

Knappらによると<sup>33)</sup>、医療の場合は、介入とは、二次医療の購入者でもありPCの提供者でもある

PCG/Tと、二次医療の提供者と利用者を結ぶ多様な活動を含んでいる。その仕事(task)は

- 使命の開発と合意
- 対象集団のニーズのアセスメント
- 現在あるいは潜在的な提供者と接触しながら、計画立案が必要だとするサービスの場所、アセスメント、開発と刺激
- サービス内容の仕様書化
- 提供者との契約
- 契約の中に明記した公式な方法での監視活動および非公式な活動による達成度評価
- 契約の更新と中止
- 対応できたニーズとできなかったものの情報を、それらを順序化した当初へのフィードバックなどが含まれているという。

新制度における介入は3年を単位として合意に達するという新たな事務で、技術的にも組織的にも負担の大きい仕事である。現在、政府はこのような事務の専門家を養成し、PCTに配置しようとしている<sup>34)</sup>。

しかし、最も重要なことはこれらの複雑な過程を動かす力をどこに期待できるのか、ということである。制度の基本は双方の協働の意識に期待している。介入の仕事もきわめて複雑で大変な仕事量であろうが、契約の本当の力は契約の詳細であることにあらず、‘exit power’であるとする見解<sup>35)</sup>もある。しかし、3年の契約となるとその力に期待することはできないだろう。

2004年9月に、病院Trustに対するcommissioning機能評価のリビューが、King’s FundのThe Health Foundationから出版された<sup>36)</sup>。それによれば、この介入の機能は、病院の効率の向上には全く役立っていない、というものである。

2004年にはPractice Based Commissioning<sup>37)</sup>を発足させ、個々のGPが患者のケアについてTrustと交渉することを認めた。また、2005年からはPCTと患者が二次医療施設を選択することを可能

にした。したがって、これらの政策は、価格は公定価格として国が定めるが、内部市場への回帰と見られることも出来る。

## 2. その他の重要な施策

### (1) 質と組織のPerformance評価<sup>38) 39) 40)</sup>

Blair政権はNHSの改革においては質の改善に特別な力を入れている。

- 政府が主たる疾患の診療のガイドラインを整備する。
- 医療の質および費用対効果を分析するためのNICEを組織して、診療の標準を明確にする。
- 各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。
- NHS Performance Assessment Frameworkを定めて、それに従って地域の第三者評価機関(Commission for Health Improvement)を設けて評価を行う。

The Commissioning for Healthcare Audit and Inspection (CHAI)は、NHSだけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の4つの監視機構を統一して作られた。法的には、2003年のThe Health and Social Care (Community Health and Standards) Act<sup>41)</sup>で制定され2004年の4月から活動することになった。

The Commission for Social Care Inspection(CSCI)も同法によって、福祉サービスの質を、標準に照らして、公私にかかわらず、情報を取り公開する。同じく、2004年から活動している。

これらの各組織の評価結果はインターネット上に公開されている<sup>42)</sup>。

### (2) 投資の拡大

労働党政府は2000年4月に公表された白書の前書きで、Blair首相はNHSに対して歴史的な投資とコミットメントを行うことを、関係者との合意であることを国民の前に示した<sup>43)</sup>。そして同年、本格的な改革計画白書The NHS Plan: A plan for

investment, A plan for reformを公表した<sup>44)</sup>。これは2000年から以降の5年間に医療費を名目で50%、実質1/3を増額するという、過去に例を見ない大きな投資計画を含んでいた。

2002年4月には、過去2年間の実績を踏まえて、かなりの上方修正を行った<sup>45)</sup>。さらに具体的なプログラム *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework (PPF) 2003-2006*<sup>46)</sup>を発表し、2003～2006年に達成すべき医療だけではなく、福祉も併せて目標を定めた。

### (3) 医療サービス価格の国家統制：

#### ‘Payment by Results’

2002年の10月に、二次医療に対する支払制度の概要を示す緑書 *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*が公表された<sup>47)</sup>。‘payment by results’とは、ケースミックスの価格を国が定めるということである。

## V 医療と福祉の連携

医療と福祉の連携には伝統的な種々の困難があったが、ここでその問題を整理し、上述したような医療・福祉制度改革の文脈の中で、それぞれの点がどのように解決されようとしているのかを議論したい。まず、医療と福祉はお互いに異なる点があり、それらが連携を推進しようとするときの問題点である。それらを以下のように整理する。

- 1) 行政機構の問題：医療は国営で、福祉はLAの所管であり、この連携は政府間関係の修正となる。
- 2) 財源の問題：NHSは無料で財源は国家予算であるが、福祉は混合経済であり、有料であり、地域差もある。
- 3) 基礎となる人口集団の問題：地理的な行政圏が医療と福祉では一致していないところが多い。GPの診療圏は個人が単位であり、行政圏

とは一致しない。

- 4) 専門性の壁：専門医やGPは大きな力を持っており、福祉やその他の関係者の力は弱い。

### 1. 行政機構の問題

1998年には医療と福祉の統合を促進するための課 (*The Joint Unit*)<sup>48)</sup>を新設し(これは現在すでに廃止されている)、1999年に *Health Care Act: Partnership Arrangements*を制定して、医療と福祉の統合を準備した。これにより、以下の3つの仕組みを整備した。

- ① 管理組織を統合する。
- ② 対象に対する責任事項の計画化を義務付ける。
- ③ 予算をプールして医療と福祉の双方から使えるようにする。

中央組織では、医療の *Chief Executive*を廃止して、*Permanent Secretary*に統一するほか、医療の地方組織 (*Regional Health Authority*)を縮小し、主として情報の収集や提供、各医療サービス組織に対する監督を行う組織 (*Strategic Health Authority*)とすることにした。

福祉 (*Social Service*)については、1998年に白書<sup>49)</sup>が公表されたが、特に注目を集めたのは、労働党政権が長期ケアに対する *Royal Commission*の報告書<sup>50)</sup>をどう扱うかであった。結局、同政権はそれを拒否して、民間組織である *PCG/T*に期待することとした。すなわち、連携の推進母体を、地方政府から、さらに進めて民間組織のレベルとした。

医療と福祉の両方の、特に高齢者と障害者について *National Service Priorities*を設定した<sup>51)</sup>。 *Consultation document, Partnership in Action*<sup>52)</sup>は1999年 *Health Care Act*となった。

1997年の計画では *PCG*から *PCT*への移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべての *PCG*は *trust*に移行を済ませ、早くもNHSの動きを根本的に変えてしまった。現政権は、*PCT*を組織

してNHS改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいと企図して、次第に命令的になりつつある<sup>53)</sup>。

2001年には、The Health and Social Care Actを制定して、PCTをさらに発展させ、CTを発足させることにより、医療と福祉の間のシームレスなケアを提供する体制づくりを推進しようとしている。PCT/CTは住民に対して、支出やサービスの質向上、患者の選択の範囲拡大などについて計画を公表しなければならない。

## 2. 財源

医療と福祉の財政については根本的に見直された。1999年Health Care Actの制定により、医療と福祉の予算の統合が可能となった。しかしながら、医療は無料で福祉は混合経済、つまり有料という構造は変わっていないので、利用者に対する経済的なインセンティブは明らかである。そのため、入院の長期化がおり、二次医療の非効率化と待ち行列が長くなる大きな要因となっていた。

Modernising Social Serviceの中で、高齢者、障害者、精神障害者についてはEarmarkedにし<sup>54)</sup>、New Joint Investment plans<sup>55)</sup>を義務付けた。

Bed blockingを解消するための対策はこれまでも採られてきたが、必ずしもその効果を見ることは出来なかった。しかし、福祉施設に入所できず基準以上長期に入院した場合にはその料金は福祉として福祉財源に請求するという制度改革によって効果を出しつつある。

医療・福祉の財源の統一も、各項目別にPCTごと、さらにはCTごとに推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

## 3. 人口集団

PCG/Tの人口基盤はGPの登録リストである。

したがって、基礎となる人口集団の圏域は行政の圏域とは基本的には異なるが、人口規模を10万人程度、GP数が50人程度ということになると、PCG/TとLAの行政圏域の人口集団はかなりの部分が一致する可能性がある。

PCG/Tは、福祉と医療の圏域を一致させることを努力目標とし、Health improvement planをつくることにLAも協力することを義務づけた。2004年の末現在で、8つのCTが組織された。また、それらの地方組織の協議会(Integrated Care Network<sup>56)</sup>)を設置し、それぞれの経験の交流を推進している。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリーケア組織の再編成は最大の業績となるであろう。また、多くの研究はその点に注目している。

## 4. 専門家の壁

PCG/TではGPが組織の長であったが、福祉も含むCTの長はGPではない。管理組織にはGPのほかにも、社会福祉の代表、看護、地域住民の代表を入れなければならない。

従来のプライマリーケア従事者はケアの提供者(providers)であったが、PCT/CTではその主な役割が介入(commissioning)となったため戸惑いもある<sup>57)</sup>。しかし、GPは一般医療の提供者でもある。福祉サービスの購入についても、新組織においても中心的な役割を担いつつ、職種間の連携を推進する形がうまくいきそうだという<sup>58)</sup>。

また、あまりにも政策と制度の変更が急速で、現場では積極的な参加よりむしろ自分たちの責任に回帰しようという傾向も見えるという<sup>59)</sup>。

一民間組織のPCT/CTが、病院、福祉ケア提供者、地方政府をまとめて政府によって設定された目標を達成するためには、たとえ予算権限を与えられたとしても、その仕事は巨大な「計画<sup>60)</sup>」であり、それだけの能力を果たして期待できるのかどうかはまだ明らかではない。特にマネージメント職はモラルが低いという<sup>61)</sup>。

福祉サービスについては、エージェントが介入するよりも利用者自身にサービスを購入させることが、連携へのむしろ近道ではないかということで、Direct Paymentと呼ばれる政策が試行されている<sup>62)</sup>。

## VI 結語

イギリスにおいては、人口の高齢化により医療と福祉の連携が課題となり、急速にその対策が進められている。その方法は、地域の民間組織であるCTに徹底して権力を委譲(devolve)することによって達成しようとするものであり、Communitarianの政権の面目躍如たるものである。しかし、市場機構によらずに質と効率を達成しようとするれば、インセンティブを管理することによらざるを得ず、合理性の誤り(rationality mistake)がどこかに潜んでいないかについてはいまだ不明である。まさに、イギリス社会の民主主義の実力が問われることになるであろう。

医療と福祉の管理方法についていまだ定見を持たない我々の時代は、その結果から多くを学ぶことになるであろう。

### 注

- 1) イギリスとは、UKの中で主としてEnglandを意味する。近年は地方分権化の動きがあり、Wales, Scotlandで医療・福祉制度は異なってきた。Mark Exworthy (2001), Primary care in the UK: understanding the dynamics of devolution, *Health and Social Care in the Community* 9 (5): 266-278.
- 2) 長期ケアの中では精神障害者の問題は大きくかつ重要であるがほとんど除外して論ずることになる。
- 3) 当初、Health AuthorityはDistrict, Area, Regionalと3層構造になっていたが、Thatcher政権による行政改革でAHAが廃止された。
- 4) Jane Lewis (1999), The concepts of community care and primary care in the UK: the 1960s to the 1990s, *Health and Social Care in the Community* 7 (5): 333-341.
- 5) Jane Lewis, *ibid.*
- 6) いわゆるシーボーム改革については、平岡公一(2003)『イギリスの社会福祉と政策研究』ミネルヴァ書房、最近の政策については、平岡公一(2005.5.28)

社会政策学会第110回大会(第二分科会)報告資料「福祉制度改革について」を参照。

- 7) 民間セクターとボランティア・セクターを合せて独立セクター(independent sector)と呼ぶ。
- 8) Griffithsは成功しているスーパーマーケットのSaintsburyの総帥。A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffith (1988), Community Care: Agenda for action, HMSO.
- 9) The National Health Service and Community Care Act, 1990.
- 10) Department of Health (1989), Working for Patients (Cm. 555), HMSO.
- 11) Department of Health (1989), Caring for People (Cm 849), HMSO.
- 12) Julian Le Grand, Will Bartlett (Ed)(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
- 13) Julian Le Grand, 「国家と市場と福祉」, 郡司篤晃編著(2004)『医療と福祉における市場の役割と限界』聖学院大学出版会, pp.54-55.
- 14) GPは公務員ではなく民間人であり、Local Health Authorityという政府の地方組織との契約者である。したがって、GPFHという制度は政府の予算使用権限を民間に委譲したことになる。すなわち、極めてラディカルな分権化と行政改革にもなっている。
- 15) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed)(1998), *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
- 16) John Hills (1997), *The Future of Welfare: A guide to the debate*. Joseph Rowntree Foundation.
- 17) Tania Burhardt, John Hills and Carol Propper (1999), *Private Welfare and Public Policy*, Joseph Rowntree Foundation.
- 18) Julian Le Grand (1998) op, cit. Trustも利潤や借入れによる投資を制限された。予算は、GPの所得とは無関係で、また予算を節約しても、それを保留してケアの改善に利用できなかった。
- 19) Julian Le Grand (1997), *Knights, Knaves or Pawns?; Human behaviour and social policy*. J Social Policy 26:146-169. Le Grand, J *From Knight to Knave? Public Policy and Market Incentives*. in T. Taylor-Dooby (ed), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd. 2000. Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford. (聖学院大学出版会から翻訳予定)
- 20) M. Knapp, 「最良の質と価値のための介入」郡司篤晃編著(2004)前掲書, pp. 80-81.
- 21) 病院が積極的にGPからの検体検査の依頼に応じて検体収集にまわるとか、病院の医師からGPにクリスマスカードが来るようになったとかといったエピソード

- がある。
- 22) 郡司篤晃編著 (2004) 前掲書, J. Le Grand 氏の発表に対する郡司篤晃の討論.
  - 23) Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.
  - 24) Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.
  - 25) Labour Manifesto 1997.
  - 26) Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.
  - 27) 医療費の8%が契約のための事務費に使われてしまった, という.
  - 28) 労働党は政府の透明性を主張し実践している. 選挙公約は Manifesto としてきわめて具体的な政策を示し, これは我々の国民との 'covenant' であるとした. ここで数値目標を示し agreement であるというのもその方針の実践の一つである.
  - 29) Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
  - 30) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care — Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
  - 31) Terry Bamford (2001), *Commissioning and Purchasing*, Routledge.
  - 32) Department of Health (1995) *An Introduction to Joint Commissioning*.
  - 33) M. Knapp (2004) *Commissioning for Best Value and Quality: Social Care Market in England*. (「最良の質と価値のための介入」郡司篤晃編著 (2004) 前掲書, pp.73-104.
  - 34) Julian Le Grand (2004年10月より Blair 首相の fulltime advisor, personal communication)
  - 35) Rob Flynn and Gareth Williams (Ed)(1997), *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*, Oxford University Press.
  - 36) Judith Smith, Nicholas Mays, Jennifer Dixon, Nick Goodwin, Richard Lewis, Siobhan MacClelland, Hugh McLeod, Sally Wyke, *A review of the effectiveness of Primary care-led commissioning and its place in the NHS*, The Health Foundation.
  - 37) <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/Organisation/Policy/Commissioning/PracticeBasedCommissioning/fs/en>
  - 38) Department of Health (1998), green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
  - 39) Department of Health (2002), *NHS Performance Ratings and Indicators*.
  - 40) Department of Health (July 2002), *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*.
  - 41) *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act*, 2003.
  - 42) <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformance/indicators/>
  - 43) 白書のメンバーは以下の各組織の長である Royal college of Physicians of London, Royal College of General Surgeons of England, Royal College of General Practitioners, British Medical Association, NHS Confederation, NHS Alliance など25の医療関係団体の長が参加し署名している.  
<http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>
  - 44) The Secretary of State for Health (2000), *The NHS Plan: A plan for investment; A plan for reform*, Cm 4818-I (forwarded by Prime Minister).
  - 45) The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
  - 46) Department of Health (October, 2002). *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework* (PPF) 2003-2006.
  - 47) Department of Health (October 2002), *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*.
  - 48) <http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>
  - 49) Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
  - 50) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
  - 51) Department of Health (1998a) *Modernising Health and Social Services: National Priorities Guidance*.
  - 52) Department of Health (1998b) *Partnership in Action*.
  - 53) Secretary of State for Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. The Stationery Office.
  - 54) Department of Health (1999) *Modernising Social Services; Promoting Independence, Improving Protection, Raising standards*. The Stationery Office.
  - 55) Department of Health (2000) *Guidance on Joint Investment Plans* (WWW.doh.gov.uk/jointunit, 12 January 2000).
  - 56) <http://www.integratedcarenetwork.gov.uk/>
  - 57) Gerri Kaufman (2002), Investigating the nursing contribution to commissioning in primary health-care, *J Nursing Management*, 10: 83-94.
  - 58) Kirstein Rummery (1999), The way forward for joint working? Involving primary care in the commissioning of social care services, *J Interprofessional Care*, 13 (3):

207-218.

- 59) Julie Charlesworth (2001), Negotiating and managing partnership in primary care, *Health and Social Care in the Community* 9 (5): 279-285.
- 60) 郡司篤晃 (1992) 「地域福祉と医療計画：医療計画の基本的諸問題」社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障 2 医療』有斐閣, pp.273-296.
- 61) Sue Elston and Immy Holloway (2001), The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres, *J Interprofessional Care*, 15 (1): 19-27.
- 62) <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/Organisation>

Policy/FinanceAndPlanning/DirectPayments/fs/en

#### 参考文献

- 毛利健三 (編著) (1999) 『現代イギリス社会政策史』ミネルヴァ書房
- 郡司篤晃 (編著) (2004) 『医療と福祉における市場の役割と限界：イギリスの経験と日本の課題』聖学院大学出版会
- Howard Glennerster and John Hills (Ed) (1998), *The State of Welfare: The Economics of Social Spending*, Oxford.

(ぐんじ・あつあき 聖学院大学教授)

## スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携

—エーデル改革による変遷と現在—

伊澤 知法

### ■ 要約

日本では高齢者医療・介護をめぐる大きな制度改革が行われているが、医療・介護が連携したサービスを提供できるかどうかは鍵である。スウェーデンでは、エーデル改革以来医療・介護の機能分担、連携体制等の構築と修正が積み重ねられてきた。本稿では、エーデル改革を中心にスウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携に関する改革の変遷を辿り、日本の制度のあり方へのインプリケーションについて考察する。スウェーデンでは、長期ケアについて看護師レベルまでの医療を一元的に提供するとともに、看護師が連携の中心になることで、高齢者ケアの質を高めるとともに、医療の効率性を高めることに成功した。他方、医師の関与が足りないことが課題としてあがっており、これを解決するための法改正が行われた。日本でも、看護師までの医療は介護と一体的に提供し、その際、在宅医療への医師の関与を高める意味でも、連携の中核として看護師の徹底的な活用が必要である。また、現在の「在宅」、「施設」という区分は将来的に再整理していくべきである。

### ■ キーワード

スウェーデン、高齢者医療・介護の連携、エーデル改革、訪問看護、訪問診療

### I はじめに —本稿のねらい—

日本では、社会保障(とりわけ社会福祉)に関する各国比較を行う際には、スウェーデンの事例が引き合いに出されることが多い。実際、スウェーデンと日本とは統治機構・財源面では違いが大きく単純比較には馴染まない部分も多いが、サービス内容面からは学ぶべきところが少なくない。

日本では高齢者の医療・介護をめぐる大きな制度改革が行われている。ファイナンス面・制度面では、75歳以上の高齢者を対象とする独立した保険制度の創設や都道府県を単位とする広域連合の創設など、重要な改革も含まれている。しかし、「医療」、「介護」というサービス供給面が大きな意味を持つ社会保障サービスにおいては、介護保険適用の療養病床を廃止し、医療保険適用の療養

病床を医療必要度の高い者に対するものに絞り込むとともに、医療必要度の低い者については老人保健施設あるいは特定施設(有料老人ホームやケアハウス等)への転換を促すという改革内容の方が、よりインパクトが大きい。この改革の正否のポイントは、在宅(特定施設を含む)に居る高齢者に対し、いかに医療・介護を適切な連携のもとに提供できる体制を構築できるかという点にある。診療報酬や介護報酬における対応、医療制度改革に伴う病床転換支援金等の確保、そして何よりこれまで在宅医療に取り組んできた関係者の知識・経験の蓄積により、上記体制の確保に向けた要素は出そろったと考える。

他方で、これまでにない思い切った方向転換である上に、現場でのサービスのあり方をドラステックに変えるものであるが故に、果たして考え

られているとおりに上手くいくのかとの不安もある。スウェーデンでは、エーデル改革以来、医療と介護との機能分担の推進・最適な連携体制の模索が行われてきた。いわば「一日の長」があるスウェーデンの取組みについて、サービス内容面から制度を考察することで、何か日本に対するインプリケーションを引き出せないだろうか。本稿ではこうした問題意識のもとに、スウェーデンにおける高齢者医療・介護制度の一大改革であったエーデル改革とその後の改革の動向について考察するとともに、日本制度のあり方に対するインプリケーションについて論じる。

## II エーデル改革の概要とそのねらい

スウェーデンの高齢者医療・介護政策を語る上で、1992年のエーデル改革の意義・影響の理解を避けて通ることはできない。また、日本の介護保険制度導入の影響やその後の課題に関し、スウェーデンとの比較で論じようとする際には、エーデル改革の目指したものとその限界・その後の課題を踏まえておく必要がある。

エーデル改革とはどのような改革であったかを論ずる前に、その前提となるスウェーデン社会保

障の制度体系について、簡単に説明しておきたい。スウェーデンでは、対人社会サービスは税（地方所得税）を基本とし、保健医療に関してはランスティング（日本の県に相当する広域自治体）、社会福祉（高齢者介護、障害者ケアや保育）に関してはコミューン（日本の市町村に相当する基礎的自治体）が、それぞれ財源措置（ファイナンス）・サービスの供給（デリバリー）のいずれについても法的に究極的責任を負っている。ランスティングについては、ほぼ保健医療を国民に提供するために存在する自治体といっても過言ではなく、社会福祉などコミューンの責任とされる行政サービスとの重複はない（なお、社会保障における国の主な役割は、年金、両親手当等の現金給付の支給である）。したがって、両地方自治体は垂直的・上下の関係ではなく、水平的・対等な関係にある（表参照）。

### 1. エーデル改革以前のスウェーデン医療・介護の状況

次に、エーデル改革のねらいが何であったのかをクリアなものにするために、それ以前のスウェーデンにおける医療・介護の状況について概観する。

スウェーデンは先進国では高齢化が早かった国であり、高齢化率が1950年代には既に10%を超

表 社会保障制度の実施主体と主なサービス等

実施主体	国	ランスティング	コミューン
規模	全国	広域	基礎的単位
主な財源 <sup>1)</sup>	社会保険料	地方所得税 (平均約10%)	地方所得税 (平均約20%)
主なサービス	現金給付 (年金、両親手当、 児童手当等)	保健医療	対人社会サービス (高齢者介護、障害者ケア、 保育等) <sup>2)</sup>
主な法律	社会保険法	保健医療法	社会サービス法

注：1) 児童手当は全額国庫負担で財源措置されているなど、社会保険料のみで現金給付の費用すべてが賄われているわけではない。また、ランスティング・コミューンのサービスの財源として、所得税のほかに、地方政府間の平衡交付金、利用者からの利用料などがある。

2) 現金給付ではあるが、社会扶助はコミューンが実施している。また、社会保障関係以外でコミューンが行う主なサービスとして、学校教育(高校レベルまで)や公共交通の運営などがある。

出典：筆者作成

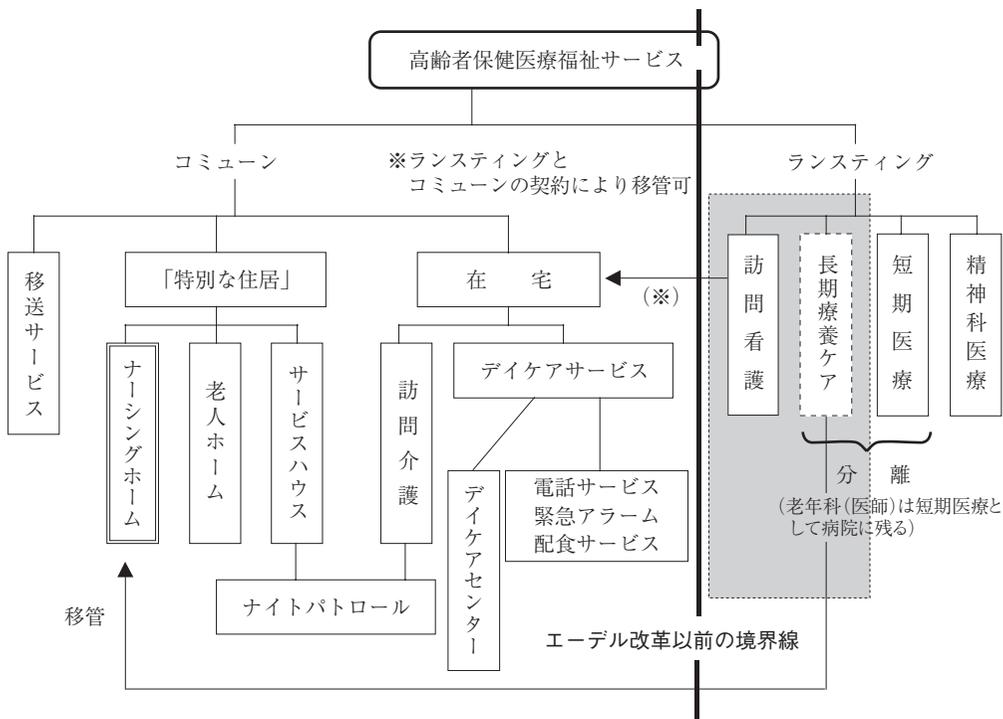
え、1980年代には17%に達していた(なお、その後比較的安定して推移してきている)<sup>1)</sup>。介護保険導入前の日本のように、社会福祉サービスの供給不足に起因する医療・介護間の供給量の極端なアンバランスは生じていなかった。しかし、前述のとおり「ランスタング＝保健医療」、「コミュニティ＝社会福祉」という供給サイドの明確な切り分けが、日本と同様に、社会的入院患者(ベッドブロッカー)という問題を生んでいた(1990年3月で急性期病床の15%を占めた<sup>2)</sup>)。これは、社会福祉に責任を持つコミュニティには、病院における入院医療が終わった後も高齢者を病院から引き受けるインセンティブがなかったことと、入院に対する患者自己負担額の方がコミュニティの運営する高齢者福祉施設に対する利用者サービス負担額よりも低く、利用者に医療施設にとどまろうという誘引が働いたという主に2点の理由によりもたらされていた。

こうした事態に対し、① 高度成長から安定・低成長下へと経済基調が変化する中で、限られた医療資源を有効かつ効率的に使用する、② サービスを受ける高齢者のQOLの向上を図るという観点から、制度改革が必要とされた。

## 2. エーデル改革の概要

医療や介護のようなサービス提供制度の改革を行うにあたっては、財源構造を含む制度面からのアプローチと、具体的なサービス提供のあり方という供給面(機能面)からのアプローチの両面があると考えられる。エーデル改革では、サービスの実施主体(財源問題を含む)に関する制度面での対応と、サービス提供のあり方そのものに変革を加えるという機能面での対応が同時に行われた。

具体的には、次のとおりである(図参照)。



出典：齊藤 1994, p153をもとに、筆者加筆修正

図 エーデル改革の概要

- ① それまでランスタングが行う「医療」に属していた約540の長期療養病院/地域療養ホームなど(約3万1,000床)をナーシングホームという形でコミュニティに移管した。
- ② ナーシングホームの移管に伴い、そこでのサービスに従事していた看護師以下の医療関係職種その他のランスタングの職員もコミュニティの職員へ身分移管した。ただし、医師についてはコミュニティに身分移管はされなかった。
- ③ ナーシングホームの位置づけを、医療施設から、老人ホーム・サービスハウスとともに社会サービス法上の「特別な住居」に変更し、これら3つの施設系サービスを「住居系サービス」に変更した<sup>3)</sup>。
- ④ 「特別な住居」における医療の提供をコミュニティの責任とした。ただし、医師がかかわるような医療の責任は引き続きランスタングに残された。
- ⑤ こうした改革により、ナーシングホームを含む「特別な住居」における高齢者向けの医療・介護のサービス内容・利用者負担等をコミュニティ単位で一元化した。また、ランスタングが運営していたデイケアの運営もコミュニティに移管した。
- ⑥ 医学的に病院から退院可能と判断された高齢者に関し、コミュニティ側が適切なサービスを用意できないために病院にとどまらざるを得ない場合、その分の費用(入院費)をコミュニティがランスタングに対し支払わなければならないようにし、コミュニティに対して高齢者引き受けのインセンティブを与えた。

ここで本稿のテーマに照らし重要な点をいくつか指摘しておきたい。第1に、「特別な住居」における医療の提供については保健医療法によるコミュニティの義務として明確に位置づけられた。また、コミュニティへ人的医療資源が移管された結果、「特別な住居」における看護師レベルまでの医療・介護の連携は深まった。他方で、第2に、「医療」

というサービス面から見た場合には、それまでランスタングという一組織で完結していたサービスが、ランスタングとコミュニティという2つの組織で担われるようになった。第3に、在宅の高齢者への訪問看護に関しては徹底を欠き、コミュニティ・ランスタング間の契約に基づき、ランスタングからコミュニティへの移管ができることとされるにとどまった<sup>4)</sup>。第4に、医師についてコミュニティへの移管がなされなかったこともあり、ランスタングが責任を持つ医療とコミュニティが責任を持つ医療の範囲との間の線引きが曖昧となった。例えば、コミュニティが医師の診療が必要な患者を病院から引き継いだ後の責任関係などが曖昧となった。

### III スウェーデン政府によるエーデル改革の評価と現状の課題認識

このように制度面・機能面ともに「大改革」<sup>5)</sup>の名に値するエーデル改革は所期の目的を達成したのであろうか。また、改革に伴う課題、あるいは改革後に生じた新たな課題はないのか。スウェーデン政府の評価や現状の課題認識等について、政府レポートなどをもとに考察する。

#### 1. スウェーデン政府等によるエーデル改革の評価とその後の課題認識

スウェーデン政府は保健福祉庁(Socialstyrelsen)<sup>6)</sup>にエーデル改革の影響をモニターし、評価することを命じた。同庁では、5年間に亘る分析・評価、各種レポートの公表を経て、1996年に最終報告書(Socialstyrelsen, 1996)を公表した。ここでは、主に最終報告書に基づき、スウェーデン政府等によるエーデル改革に対する評価やその後の課題認識をまとめてみる<sup>7)</sup>。

##### (1) 改革の成果面

最終報告書等では、改革による成果面について

次のように分析している。

- 病院における入院医療の劇的な構造変革と、これによる急性期病床や老年科病床における社会的入院患者(ベッドブロッカー)の大幅な減少が見られた<sup>8)</sup>。また、退院までの待機期間が短縮されるとともに<sup>9)</sup>、急性期病床における平均在院日数が短縮された<sup>10)</sup>。社会的入院患者の引受けに関するコミュニティの経済的インセンティブ(コミュニティがランスタングに入院費を支払う制度)の導入が、成功の主な理由である。
- 受け皿となるコミュニティにおける高齢者向け住居(社会サービス法上の「特別な住居」など)が整備されたことが、こうした進展を可能とした基盤である。「特別な住居」におけるすべての責任がコミュニティに移管され、コミュニティで総合的な計画ができるようになったため、円滑な退院と地域への移行が可能となった。並行して、個室化が進むなど、「特別な住居」における居住環境の向上も図られた<sup>11)</sup>。
- コミュニティによる医療サービス面では、各コミュニティに医療責任看護師(Medicinskt Ansvar Sjuksköterska:MAS)を置くことが義務づけられるとともに、コミュニティの看護師数が充実した<sup>12)</sup>。ナーシングホームが急性期病床における社会的入院患者の主な受け皿となった。
- こうしたプロセスにより、1992年から94年の2年間で、急性期病床において17%のベッド削減、老年科病床において30%のベッド削減がもたらされた<sup>13)</sup>。

## (2) 改革による影響・問題面

最終報告書等では、改革による影響・問題面について次のように分析している。

- 急性期医療における平均在院日数の短縮化の結果、終末期の患者に対する高度な医療的ケアがナーシングホームで行われるようになるなど、ナーシングホームにおける負担が重くなってきて

いる<sup>14)</sup>。また、全体として、「特別な住居」への入所者の要介護状態は重くなる傾向にある。

- 他方で、1990年代末から「特別な住居」における定員数が削減されてきている。この結果、在宅での訪問看護など訪問サービスの重要性が増してきている。また、在宅の高齢者に対するホームヘルプサービスが、よりケアニーズの高い高齢者を支えるために使われるようになってきている<sup>15)</sup>。
- この結果、ニーズが相対的に低い在宅の高齢者は他の方法(特に家族からのケア)に頼ることになってきている。
- 在宅の高齢者に対する訪問看護に関しては、ランスタングとコミュニティという2つの行政機関に責任が分立している結果、サービスの継続性・連携が上手く図られていないという結果を生じている。特に、適切なりハビリテーションの提供が不足している<sup>16)</sup>。

## 2. 在宅医療をめぐるスウェーデン政府による課題認識とその背景の考察

1996年の最終レポートから7年経った2003年4月に、スウェーデン政府はエーデル改革をレビューするために高齢者医療ケア委員会(Äldrevårdsutredningen)を組織した。同委員会は、2004年6月に政府報告書「一貫した在宅ケア」(SOU, 2004)を公表した。同報告書の題名から、スウェーデン政府がエーデル改革後の最大の課題として、「在宅における医療・介護の一貫性」を重視していることが読み取れる。これは裏を返せば、「特別な住居」においてはコミュニティの責任による一貫した医療・介護サービスが提供されており、その質に関しても一定の評価がなされているとも言える<sup>17)</sup>。

他方、特に早期退院後の在宅におけるリハビリテーションの提供がコミュニティ・ランスタングの両者の間に落ちてしまい、不十分なものになってし

まっている。また、エーデル改革後、在宅高齢者に対する訪問医療（医師が行う訪問診療および看護師が行う訪問看護）を増やす必要性が生じているにもかかわらず、特に、訪問診療による医師の関与の不足が課題となっている。こうした点は、主にエーデル改革において医療・介護を「ランディング＝医療」と「コミュニケーション＝社会福祉」という行政組織による整理（制度論的整理）から、サービスの対象者となる高齢者（患者）およびサービス提供のあり方に基づく整理（機能論的整理）への変更を指向しながら、在宅医療に関しては徹底を欠いた点から生じていると考えられる。したがって、エーデル改革の流れに添って素直に考えれば、改革の方向性としては、機能論的整理を進める（すなわち、在宅医療・介護についてもコミュニケーションにサービスを一元化する）というものになる。

報告書においても、在宅の高齢者に対するリハビリテーションの提供、在宅で訪問看護を受けている者に対する医師の訪問診療（医師の関与）は不十分であると結論づけた上で、改善方策として、①在宅における訪問看護がコミュニケーションによって実施されるように法的に位置づけること、②引き続き医師による医療提供はランディングの責任とする（医師の雇用はランディングに残す）が、在宅の長期療養患者に関してコミュニケーションが医師の訪問診療を行わせられるようにすること、を提言した。

#### IV 今後の改革の見通し

##### 1. 高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略

エーデル改革以来の各種報告書・現状分析レポート、特に、政府報告書（「一貫したケア」）をベースに、2006年4月22日、スウェーデン政府は法案「高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略」（Regerngen, 2006）<sup>18)</sup>をスウェーデン国会に提出した。同法案は、同年5月30日に原案どおり可決・成立した。これは、エーデル改革以来の本格的な改

革であり、法律名にあるように今後の中期的な高齢者医療・介護制度の方向性を定めるものである。

法律の内容は、社会サービス法の改正などの法律事項のみでなく、新たな社会投資や住宅政策にかかわる新たな委員会の設置など、幅広い内容を持つものである。その主な内容は次のとおりである（医療・介護の連携以外の内容も含むが、高齢者介護政策という観点からはいずれも重要なので、これらの内容も記しておく）。

##### （目的）

高齢者医療・ケア分野において、今後充実を図る6分野を定め、10年間で100億SEK（約1,500億円）の予算投入を含む十カ年の国家戦略を定めるものである<sup>19)</sup>。

##### （主な内容）

##### (1) 最も病状が重い者に対するより良い医療とケアの提供

- 訪問看護に関し、コミュニケーションが将来的に責任を持つようにする（コミュニケーションへの一元化）とともに、在宅および「特別な住居」で行われる医療に医師がよりかかわるようにする（立法措置）
- 定期的な使用薬剤の見直し
- 認知症ケアの質を向上させるための特別な投資（調査研究やケア技法の開発などに2億SEK（約30億円） など

##### (2) 住宅の保障

- 「特別な住居」や高齢者向けの社会施設の建設を促進するための国の補助金を創設（2.5億SEK（約37.5億円））
- 「特別な住居」への入所を決定したコミュニケーションが遅滞なく当該措置を実行する責任を持つようにする措置（立法措置。コミュニケーションが「特別な住居」の提供ができない場合、レーン行政庁<sup>20)</sup>等に報告する義務を

コミュニティに課す。また、コミュニティは国に対して料金を支払わなければならない)

- 高齢者夫婦が、「特別な住居」において同居できることを保証
- 「高齢者住宅委員会 (Senior housing delegation)」を設置し、高齢者に関連する住宅(「特別な住居」を含む)について、調査・分析(2006年5月24日に設置済。2007年8月末および2008年8月末までに2つの中間報告を作成、2009年12月31日までに最終報告を作成)

### (3) 社会的ケア

- 高齢者に対するボランティアなケア(老老介護を含む)に対するサポート
- 高齢者ケアにおける食事・栄養のあり方の重視 など

### (4) 国レベルでの平等と地域レベルでの発展の実現

- 高齢者医療・ケアに関するナショナルセンターの創設(特に、認知症関連)
- 高齢者医療・ケアに関するクオリティ登録制度
- 国によるサービス利用者調査 など

### (5) 予防措置

- 高齢者をケアする親族へのサポート強化
- 67歳以上の高齢者に対して、ニードテストを経ることなく、コミュニティが週数回提供できるようにすること(転倒転落等のアクシデントを避けるための予防的なホームヘルプサービス)(新規立法。1.5億SEK(22.5億円))など

### (6) サービス従事者

- 継続的能力開発
- 将来的に、法律により最低限の能力レベルを設定 など

## 2. 高齢者医療・介護の連携再構築に向けた動き

本稿のテーマに照らすと、1の(主な内容)(1)

の下線を引いた部分が注目される。訪問医療については、医師が行う訪問診療と看護師が行う訪問看護の2つに関する改革に区分されており、このうち、前者については今回の法律により手当てされたが、後者については今回の法律には含まれなかった(しかしながら、スウェーデン政府は2006年中に訪問看護の責任をコミュニティに一元化するための立法措置を行うことを表明しており、イルヴァ・ヨハンソン医療・高齢者福祉担当大臣は、より具体的に同年秋を目処として法案を提出する意向を示している)。

まず、今回の法律で対応された訪問診療に関する改正内容について概観する。医師はエーデル改革によってもコミュニティに移管されず、ランスティングにとどまったため、医師レベルの医療提供(訪問診療等)は現在でもランスティングの責任である。ここで、医師がコミュニティと連携し、訪問診療等を行っていけば何の問題も生じないわけであるが、純粹医療に特化してきたランスティングは、貴重な医師という人的資源を地区診療所での初期医療に集中させることを選択し、在宅の高齢者に対し、訪問診療等により医師を積極的に関与させようとはしてこなかった。医師側にしても、効率性が追求され、初期医療での仕事量が増える中で、「特別な住居」を含む在宅患者に対する訪問診療を行う余裕はない。

こうした事態を改善するために、今回保健医療法が改正され次のような立法措置がとられる(2007年1月1日施行)。第1に、「特別な住居」を含む在宅患者に対する医師レベルでの医療提供責任がランスティングにあることを明確化する。第2に、医師による在宅での医療提供のあり方(提供の範囲、内容等)について、ランスティングはコミュニティと契約を結ばなければならないことにする。第3に、ランスティングが契約に反し、適切な医療を提供しない場合には、コミュニティに自ら医師を雇用し、必要な医療を患者に提供する権利を与える<sup>21)</sup>。第4に、コ

ミュンによる医師の雇用に要した費用はランスタングが補償しなければならないこととする。

次に、今回の改正には入れ込まれなかった訪問看護に関する改正である。現在考えられている改革の方向性は、現行制度における原則と例外を入れ替え、訪問看護のプライマリな責任をコミュニティに変更するものである。すなわち、①訪問看護の提供責任主体をランスタングからコミュニティに変更する、②コミュニティとランスタングの間で契約が成立した場合には、訪問看護の提供責任をコミュニティからランスタングに移管することを可能とする、というものである<sup>22)</sup>。

### 3. 改革内容に対する考察

ここで、改革の内容(方向性)について考察を加える。まず、訪問看護をコミュニティに一元化する、すなわちプライマリな責任主体をコミュニティとする方向性については必然であると考えられる。エーデル改革の結果、病院における入院医療が終了した高齢者に対する医療・介護の提供責任はコミュニティであると整理した以上、在宅医療についてもコミュニティの責任とするのが一貫した制度のあり方である。実際、「特別な住居」における看護師レベルまでの医療はコミュニティが提供しているのであり、在宅についてcare(介護)とcure(訪問看護)が分断されたのはあくまで改革の際の関係者の都合に過ぎない。現場の実例を挙げれば、ストックホルム市近郊のシグチューナコミュニティ(ストックホルムランスタングで唯一、訪問看護を実施しているコミュニティ)では、既に在宅サービスは看護師が中心となってケアワーカー、OT、PTなどと一緒にチームを編成しており、訪問看護と訪問介護が同一の枠組みの中で提供されるに至っている。

次に、訪問看護以外の初期医療(地区診療所レベルでの医療)の位置づけ、とりわけ、医師の身分移管の可否についてである。制度論的に考えた場合、地区診療所レベルで一貫していた医師・看

護師による医療を再び分断することになるので、それならば、地区診療所ごと初期医療はすべてコミュニティに一元化するのが望ましいという考え方も成り立つ。また、実際そういう実験がかつて時限的に行われていた(奥村 2000, p112, 127。なお、先に現場の実例として挙げたシグチューナコミュニティも実験が行われていたコミュニティである)。エーデル改革の際も含め、医師がコミュニティに移管されない最大の理由は、医師という職種をめぐる政治的な問題(ランスタングの職員ではなくコミュニティの職員とするかどうか)であるが、他方で、純粋に機能論から考えてみた場合に、上記の実験の結果、医師自体がどこに属しているかがサービスの提供のあり方にはあまり影響を与えていないという経験が得られたのではないかと考えられる。高齢者医療・介護に関しては、病院における入院医療と初期医療の結びつきよりも、コミュニティという地域を核として、コミュニティが提供する高齢者医療・介護と初期医療の結びつきの方が強くなってきたものと考えられる。すなわち、現行のランスタングによる制度的結びつき(財源関係や雇用関係など)よりも、現場実態にあった機能的な結びつきの方が強くなったということである。また、コミュニティに看護師が移管され(そして医師は移管されなかった)結果、「特別な住居」を含む在宅での日常的な医療・介護の中心となったのは看護師である。医師は後方で真に医師にしかできない医療的なチェック、医療的指示などに携わることになり、この体制が合理的なものであると評価されたと考えられる<sup>23)</sup>。

したがって、極めて合理的に割り切って考えれば、プライマリケア医をその意思に反してまで無理やりコミュニティに移管する必然性は乏しい。そして、「医師が必ず在宅訪問診療にかかわらなければならないよう義務づけ(ランスタングとコミュニティの契約)」を行い、「コミュニティには究極的強制手段(コミュニティ自らによる医師の雇用)」を与え、「ランスタ

ングには医師を訪問診療にかかわらせる経済的インセンティブを与える(自ら調達できる医師より高いコストでコミュニンが医師を調達した場合、経済的ロスが生じる)』ようにする、という今回の改正は、現場実態に即した効果的な改革といえる。

最後に、本改革の結果として、リハビリが果たして改善されるのかどうかについては、疑問なしとしない。病院医療における在院日数の短縮化はリハビリの病院からの外部化を意味し、ショートステイを経て、在宅等での訪問リハビリの提供ということになる。このため、エーデル改革の際にはナーシングホームで働いていたOT、PTなどもコミュニンに移管されており、今後、在宅の訪問看護もコミュニンに一元化されていけば、在宅におけるリハビリを含め、比較的軽度の患者に対するリハビリは改善されるだろう。しかしながら、在宅に容易に復帰できないような重度の患者の場合、本当に訪問リハビリのみで対応しきれぬのかは疑問である。スウェーデンでは日本の老人保健施設のような位置づけの施設はなく、こうした者を対象とするショートステイ型の施設(いわゆる中間施設)のあり方については、スウェーデンもまだ明確な方向性を見出していないように思われる。

## V 考察—日本へのインプリケーション—

最後に、スウェーデンにおける高齢者医療・介護に関する改革の状況から、日本の現状に対しどのようなインプリケーションが得られるか考察してみたい。

第1に、どのような観点から高齢者医療・介護の連携のあり方を整理するかである。スウェーデンのこれまでの経験に鑑みれば、「制度面」ではなく「機能面」から整理した方が良いと考える。すなわち、ファイナンスといった制度面から先に整理していくのではなく、患者やサービスが提供される地域・現場の実態を中心にサービスのあり方を組

み立てるべきである。その後どう制度を構築するか検討するのが良い。したがって、訪問看護・訪問介護・訪問リハビリテーションといった日々必要とされる看護師レベルまでの医療・介護サービスは、一体となって提供されるべきであると考ええる。日本で、療養病床の転換が進むとともに、高齢化(特に後期高齢者の増加)に伴うサービスニーズの高まりを在宅中心で対応していくためには、これまで療養病床で抱え込んでいた看護師等の医療スタッフをいかにして円滑に介護と連携させつつ、在宅サービスに振り向けていけるかが最大のポイントである。また同時に、医療保険側では、難病患者、ガンの疼痛管理を必要とする患者等への訪問看護(スウェーデンではランステイングが対応)について、整備を進める必要がある。

第2に、医師レベルでの医療をいかに在宅(在宅化された介護施設を含む)に関与させるかである。スウェーデンのサービス提供体制で注目しているのは、看護師の役割である。エーデル改革に伴い、結果的にはあるが医療における看護師の自立性が増すことで、大幅なコスト上昇をもたらすことなく高齢者が在宅(「特別な住居」を含む)で生活をできるだけ長く続けることを可能にした。同時に、在宅等が症状の重い者も最後まで看取る場に変容した。また、初期医療・病院における入院医療では、財源の増加が困難な中、医師が真に診るべき医療に特化することで、医療の効率性を高めてきた。そして、特に医療ニーズの高い者についてはナーシングホームで看護師が中心に看っており、医師については地区診療所等のプライマリケア医(家庭医と呼ばれることもある)が訪問診療を行っている。在宅の場合も、看護師(訪問看護)がサービスの中核という構図は同じである。日本でも在宅医療の効率的な展開を図るといふ観点から、看護師の有効な活用を図るとともに、医師は初期医療・病院における入院医療を問わず医師ならではの診療に特化することが検討されてよい。

実際、スウェーデンでは医療・介護の接点(時としてマネジメント面でも)として、看護師が中間層として存在することが、在宅等での円滑な医療・介護の提供を可能にしている。また、医師の活動をより高度な医療面に集中することにより、医療のパフォーマンスが上げられれば、現在相当にハードな医師の労働状況も改善され、結果的に在宅医療に対する医師の関与の可能性も高めることができると考える。

第3に、上記を踏まえて、在宅・施設における医療・介護サービスを、どのように構築していくかである。既にスウェーデンでは日本でいう施設系サービスはなく、社会サービス法上は「特別な住居」があるのみである。また、スウェーデンでは施設基準といったものも存在せず、サービスは24時間常駐する医療・介護スタッフが存在するか否かによって区分される。在宅で可能な限り訪問看護・訪問介護等を提供し、インテンシブな医療・介護が必要となった際に、最後の看取りまでの短い時期(6カ月から1年程度)を過ごす場へと「特別な住居」が変容してきている。この結果、老人ホームとナーシングホームの性格が近づきつつある。他方で、比較的介護ニーズが低い高齢者に対するサービスハウスは、日中にスタッフが施設内にはいるが24時間対応でないため、サービスの類型上は在宅の訪問看護・訪問介護と同じ位置づけである。このように、在宅での訪問サービスと内容が重複するサービスハウスについては、在宅での訪問サービスが進展するのに伴い、ストックホルム市などの都市部を中心に定員が減らされてきた。しかし、「特別な住居」の供給量が減った結果、在宅での生活に不安を訴える高齢者が移る場所が少なくなり、また、これを支える家族の負担も重くなってきているため、高齢者等が不満を募らせつつある。スウェーデン政府はこうした不安・不満の声に応え、「特別な住居」の供給量を将来的に増やしつつ、比較的介護ニーズが低い高齢者向けに、医療・介

護を内包しないシニア住宅(したがって、社会サービス法上の「特別な住居」ではない)を受け皿として整備する方向で検討している。そして、シニア住宅における医療・介護の提供は、訪問看護・訪問介護によることになるとと思われる。スウェーデンでは、「自宅・シニア住宅」と「特別な住居」の役割分担をより明確化する方向ですすむものと考えられる。

今後、日本で療養病床がケアハウス等に転換されて行った場合、「施設とは何か」、「在宅とは何か」という問いが生じてくる。個室化され、家賃(ホテルコスト)も負担し、看取りまで行う終の棲家であるとしたら、それは在宅と位置づけるべきではないか。上記で述べたスウェーデンと同じような道を日本でもたどるとすれば、施設という概念を維持する実益も、在宅という概念を「自宅」に限る実益も乏しい(日本でも既にグループホームは在宅扱いである)。現行のような「施設」か「在宅」かという区分ではなく、まず、サービス体系を看護師レベルまでの医療を内包し24時間対応するサービスなのか否かで大きく二分すべきである。前者は、15万床残される医療保険適用の療養病床が担うことになると思われる(ただし、この場合、医師レベルの医療も内包されることになる)。後者をさらに、24時間対応の介護サービスを提供するかどうかで区分する。24時間対応型の主な担い手としては現在の特別養護老人ホームが想定される。こうした24時間対応の施設では、在宅ではケアできないような症状の重い高齢者に対するサービスに集中化すべきである。そして、24時間対応の医療・介護までは必要ではない者については、療養病床から転換されたケアハウス等も含めた在宅を中心に対応すべきである。スウェーデンにおけるシニア住宅の方向と同様に、医療・介護は外部から導入(訪問看護等)ということになる。スウェーデンでも、政策の方向として、過度な自宅での医療・介護の推進から自宅ではないという意味での施設系(シ

ニア住宅・「特別な住居」)への揺り戻しの過程にある。スウェーデン以上に高齢化し、後期高齢者の増加も見込まれる日本において、ケアハウス等の整備を図っておくのは必要な政策である。

第4に、リハビリテーションと日本の老人保健施設についてである。スウェーデンには老人保健施設に該当する中間施設はない。在院期間の短縮化と在宅中心のサービスを実現するためには、中間施設による適切なリハビリテーションの提供が欠かせない要素となる。老人保健施設が、在宅復帰支援のためのリハビリテーションを行う施設として、本来の役割を十分に果たすことが必要である。

最後に、療養病床の転換・再編により、医療と介護の境目が明確になることに伴い生じて来るであろう、サービスの供給責任者<sup>24)</sup>の責任をどう考えるかという論点について述べておきたい。高齢者介護に関し、日本では長らく措置制度のもとで、財源不足がもたらす供給側の事情に基づくサービス運営が行われてきた(その分のサービスを医療が肩代わりしてきた)ためか、サービスを必要とする者に対するサービス供給者(提供者ではない)の責務とは何であるかという理論的な検討・詰めが行われていないように感じられる。今回の改正で、在宅における医療は医療保険者が、介護は介護保険者が供給責任を持つという方向性は明らかになったが、供給責任者が供給の必要性(ニーズ)に対しどこまでの責任を負うものであるのかという点については、まだ明確になっていないと考えられる。エーデル改革とのアナロジーでより具体的にいえば、社会的入院を解消したとして、病院医療の必要性がない者については、誰が、どのような形で、必要なサービスに対する最終的供給責任を持つのであろうか。例えば、介護保険側のサービス不足から病院に患者がとどまった場合、介護に係る費用を肩代わりしている医療保険者が介護保険者に対し費用の求償権を持つことは、今後、理論的に許されるのかどうか。逆に、入院医

療が終わったという医療的判断の下で地域に戻された患者に対し医療保険側から必要な医療が提供されなかった場合、患者は誰に訴えればよいのだろうか。医師法上、医師に応召義務があるとしても、それは、個々具体的なサービス提供者としての責任ではあっても、サービス供給者としての責任ではない。これまでは、療養病床というグレーゾーンがある中で曖昧なままに上手く対応してきたわけであるが、在宅医療の供給量が足りないために新たな社会的入院が急性期医療に生じるという事態が生じないよう、供給主体の責任範囲について、この際、理論的整理をきっちり行っておく必要があるように思われる。

#### 注

- 1) ただし、80歳以上の高齢者の割合は増え続けており、今後も増大することが予想されている。これに伴う医療・介護サービスのニーズ増大にどう対応するか(どうファイナンスするか)がスウェーデン政府にとって重要な課題となっている。
- 2) Socialstyrelsen, 1996, p59.
- 3) この結果、ナースিংホームにおいても、食費・住居費などを負担することになるとともに、サービスに対する利用料もサービスハウスなどと同等になった。
- 4) 全290コミュニティのうち、訪問看護が実施されているのは158コミュニティ(2005年10月1日現在)である。
- 5) 奥村は「この改革は約5万5千人の職員の異動、208億クローナかけた今世紀(筆者注：20世紀)最大の行政改革」(奥村 2000, p114)と、エーデル改革の統治機構改革としての一面を鋭く指摘している。
- 6) 英語名では、The National Board of Health and Welfare と訳される。スウェーデン語のニュアンスに従えば「社会庁」と訳す方が適切であり、実際そのように訳す者も多い。本稿では、医療が主要テーマのひとつになっていることもあり、社会庁では日本でいう社会福祉しかカバーしていないとのニュアンスを与えかねないので、英語名表記をベースとした「保健福祉庁」を採用する。他の論文等で社会庁とあるものは、保健福祉庁と同じ組織のことである。なお、このほか社会保障関係の代表的な外庁としては、「社会保険庁」(かつてはRFV (Riksförsäkringsverket) と呼ばれたが、現在はFörsäkringskassanである)があるが、これは国の社会保険を担当する組織であり、保健福祉庁(社会庁)とは全く別組織である。

- 7) 最終報告書のほか、奥村 2000, 井上 2003 を参考にした。
- 8) 急性期病床に関しては、15% (1990年3月) から改革実施直後には、7% (1992年3月) まで減少していた。老年科病床に関しては、20.8% (1992年3月) から12.7% (1996年1月) に減少していた (Socialstyrelsen, 1996, p59)。最新のデータ (2004年9月29日段階) では、病床による区分がないものであるが、1,155人 (全患者の6.1%) が社会的入院患者であるとされる (SKL, 2005, p5)。
- 9) 急性期病床に関しては、中央値が13日 (1990年3月) から6日 (1992年3月) に短縮され、さらに2日 (1996年1月) となった。老年科病床では、中央値が36日 (1992年3月) から9日 (1996年1月) に短縮された (Socialstyrelsen, 1996, p59)。
- 10) 内科の平均在院日数が7.5日 (1990年) から4日 (2002年) に短縮されている (Socialstyrelsen, 2004)。また、エーデル改革前の長期療養ベッドの平均在院日数は223.6日 (1991年) であったが (Socialstyrelsen, 2002, p189)、エーデル改革の結果、改革後も病院医療に残った老年科の平均在院日数 (80歳以上の者) は、21.5日 (1993年) へと短縮し、さらに12.5日 (2003年) に短縮されている (Socialstyrelsen, 2005)。
- 11) なお、居住環境の向上には、80年代後半から行われた国庫補助の果たした役割が大きい。
- 12) コミューンが雇用する看護師総数に関して、エーデル改革直前の193人 (1991年) から直後には8,244人 (1992年) に増加し、直近では10,600人 (2004年) である (いずれも非常勤を含む) (井上 2003, 153, Socialstyrelsen, 2005, p42)。
- 13) なお、90年 (エーデル改革前) に約9万8,000床であったものが、2004年には約2万6,000床に減少 (約73%減) している。ただし、これはエーデル改革による約3万1,000床分のランスタングからコミュニティへの移管や、1995年精神保健福祉改革の影響もすべて含まれた場合である。こうした影響をできるだけ除外するために、基準年を1992年 (エーデル改革後) にとり、各診療科の病床減を見ると次のとおり。内科：14,106床 (1992年) ⇒ 10,145床 (2004年) (約28%減)、外科：15,367床 (1992年) ⇒ 8,031床 (2004年) (約48%減)、老年科：7,983床 (1992年) ⇒ 2,036床 (2004年) (約74%減)、精神科11,846床 (1992年) ⇒ 4,488床 (2004) (約62%減) (Socialstyrelsen, 2004, 2005, 2006)。こうした病床数の減少は、継続的に続いており、エーデル改革の直接的な影響のみならず、同改革を契機として、医療自体の効率性が高まってきたことが伺われる。
- 14) なお、ナーシングホームでのサービスは看護師が中心であり、医師の関与は定期的な診療、救急時の対応など限定的なものである。施設長も看護師のケースが多い。
- 15) 1993年には80歳以上の者のうち23%がホームヘルプサービスを受けていたが、2003年には20%に低下している。他方、ホームヘルプサービス受給者の20%は月50時間以上のホームヘルプサービスを受けている。このことは、在宅においてもインテンシブなケアがニーズの高い者に対して、集中的に行われるようになってきていること (サービスの重点化) を意味する (Socialstyrelsen, 2005)。
- 16) 例えば、脳卒中患者の予後について2001年から2年間行った調査では、4年前に行われた同種の調査に対し、多くの患者は在宅復帰しているが、30%はリハビリが不足していた。60%は近親者の介護に多くを依存しており、6時間以上独りでいられる者は30%しかいない。すなわち、在宅で医療的に重い症状の患者が診られている現状があり、退院後のケアが必要となっている (Socialstyrelsen, 2005)。
- 17) ただし、コミュニティにより提供される医療は、初期医療の範疇に属する訪問看護であり、急性増悪の場合や入院医療が必要なケースなどには病院 (急性期医療) に移送されている点、ガンの疼痛管理のように高度な医療が必要な場合には、病院附属や地区診療所附属の高等訪問看護チームが対応している点に注意を要する。
- 18) スウェーデン語の法律原題には十カ年という期間に関する単語は入っていないが、スウェーデン政府による法律の内容説明において今後10年間の国家戦略を定めるものとされているとともに、法律に伴い行われる各種施策において10年間で100億SEK (約1,500億円) の予算投入が行われる予定であるため、「十カ年国家戦略」と訳すことにした。
- 19) 1SEK = 15円として計算。なお、現在、高齢者介護関係に使われている額は約800億SEK (約1兆2,000億円) (2005年) である。
- 20) ランスタングと同じ行政単位 (=レーン) に置かれる国の行政機関である。
- 21) 雇用する医師の対象としては、民間 (プライベート) のプライマリケア医が想定されると考えられる。当該ランスタングからというのはさすがに考えにくい。したがって、ストックホルム市や大都市近郊のコミュニティであれば、こうした規定が活用される可能性もあるが、北部などプライベートが発達していないところでの実効性については、若干疑問が残る (ただし、コミュニティ・ランスタング間で契約を結ぶことになるので、ランスタングに対するプレッシャー効果は、その時点で十分あるとも考えられる)。
- 22) 筆者の社会省担当者に対するインタビューによる。
- 23) 例えば、シグチューナコミュニティで聞いた事例では、

症状が安定している高齢者(患者)の場合, 医師の訪問診療は2週間に1回程度である。なお, 急性増悪などの場合は, もちろん対応できる場合には在宅で対応するが, やはり病院に移送せざるを得ないケースも多いとのことであった。注17も参照。

- 24) 本稿では, サービスを現実に提供する者を「提供者」とし(医療でいえば医療機関), 現物として自らサービスを提供することまでは求められないが(外部購入も可), 供給する責任を有する者を「供給者」(医療でいえば保険者)と整理した。例えばファイナンスの面では, 供給者は責任を有するが提供者は有しないなど, 両者の責任や法的立場はかなり異なるからである。日本では, 時として, 両者を厳密に切り分けずに議論が進んでいるように思われる。

#### 参考文献

- 井上誠一 2003『高福祉・高負担国家 スウェーデンの分析』中央法規  
奥村芳孝 2000『新スウェーデン高齢者福祉最前線』筒井書房  
斉藤弥生 1994「エーデル改革の政治経済学」岡沢憲美・

- 奥島孝康編『スウェーデンの経済』早稲田大学出版部  
Lansitngförbundet, 2002, “Medicinskt färdigbehandlade patienter inom slutna somatisk sjukhusvård 22 maj 2002”  
Regeringen, 2006, “National utvecklingsplan vård och omsorg om äldre (Prop. 2005/06: 115)”  
SKL, 2005, “Utskrivningsklara patienter inom slutna somatisk sjukhusvård 29 september 2004”, Sveriges Kommuner och Landsting  
Socialstyrelsen, 1996, “Ädelreformen Slutrapport”  
Soicalstyrelsen, 2002, “Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002”  
Socialstyrelsen, 2004, “Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2003”  
Socialstyrelsen, 2005, “Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2004”  
Soicalstyrelsen, 2006, “Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2005”  
SOU, 2004, “Sammanhållen hemvård (SOU 2004: 68)”

(いざわ・ともり) 在スウェーデン日本国大使館  
一等書記官)

## フランスにおける医療と介護の機能分担と連携

松田 晋哉

---

### ■ 要約

フランスにおける高齢者ケアは歴史的に医療と福祉のそれぞれ別の枠組みで発展してきたために供給組織および制度が多様であり、そのために調整システムの欠落による包括性の欠如、負担と受益における利用者間の不平等、サービス提供の非効率性や地域格差などが問題となってきた。

1997年に導入された依存特別給付およびそれを見直した2002年の個人自立給付はそのような多様性を排除し、整合性のある介護サービスを提供しようとするものであった。しかしながら、医療との連携が不十分であるために、依然医療保険と社会福祉（介護）のそれぞれの制度で類似したサービスが提供されるという状況が続いている。

この問題を解決するためにフランス政府は医療と介護のネットワーク化を地方保健医療計画によって実現しようとしている。

また、地域の開業看護師が調整役として機能することで高齢者に対する総合的なサービス提供を行っていることもフランスの特徴である。

### ■ キーワード

フランス、高齢者ケア、個人自立給付、開業看護師

---

### I はじめに

現在多くの先進国が少子高齢化の進行に伴い高齢者に対するサービスのあり方について検討を迫られている。具体的には、高齢化による医療と福祉の連続化・ボーダーレス化とそれに伴う総合的な高齢者対策の必要性の高まりにより、サービス提供体制とその財源のあり方の見直しが求められている。

フランスでは、福祉サービス（介護を含む）は租税を財源として地方自治体の責任によって、そして医療サービスは保険料を財源として疾病金庫（国が監督者）によって提供されるというわが国に類似の制度が構築されている。そして、わが国と同様、類似するサービスが医療と福祉（介護）の両方から

提供される仕組みとなっており、しばしばその整合性が問題となってきた。本論文で筆者に与えられた課題は「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」であるが、同国は必ずしもこのテーマについて先進的な事例とは言いがたい。しかしながら、サービスの種類と量は豊富であり、整合性には欠けるが総合的なサービスが提供されているという極めてラテン的な特徴を持っている。

他方、「議論の国」であるフランスでは、サービスの整合性と効率性を高めるための種々の試みも行われている。フランスの高齢者対策の課題の多くはわが国に共通するものであり、その意味でフランスの高齢者制度を検討することはわが国における今後の高齢者対策を考える上で参考になると思われる。本論文では著者がこれ

まで行ってきた現地調査の結果に基づいて、フランスにおける医療と介護について、特に高齢者対策についてその概要を紹介する。

## II フランスにおける高齢化の現状

2004年における65歳以上人口比率は約16.4%となっている。居住場所別に見ると、65歳以上人口の94%が在宅居住者である。施設居住者の70%は80歳以上の高齢者となっている。要介護度の状況については、少し古い資料であるが、97年の調査結果によると75歳以上の在宅高齢者の5%が寝たきりで、7%が介助なしでは外出不可能という状態になっている(Marie, H., 1997)。

## III フランスにおける高齢者対策の歴史

フランスにおける高齢者対策は、それぞれの時代の政治的枠組みの中で個別に整備されてきたものが多く、それが現在のサービスの多様性・非整合性の原因となっている。この節ではその発展過程を歴史的に説明する。

### 1. ラロック委員会報告

フランスにおいては伝統的に介護を必要とする高齢者のケアは家庭内で行われるか、あるいは身寄りの無い者についてはホスピスという収容施設において行われてきた。しかしながら、精神病者や浮浪者あるいは売春婦などの収容施設として歴史的に発達したホスピスにおける高齢者ケアの状況はケアの質の面でも、また高齢者の人権への配慮の面でも多くの問題があった。フランスにおける高齢者対策の端緒となったのは1962年1月のラロック委員会(高齢者問題研究委員会)報告である。同委員会報告は施設収容を中心とした施策により高齢者が社会の周辺に押しやられ、社会的に疎外されている状況を厳しく批判し、社会に積極

的に参加する高齢者という新しい概念を提示した。また、高齢者ができるだけ、在宅で暮らせるようにするためにホームヘルプサービス利用の一般化を提言するとともに、財源論としては行政の直接サービス(社会扶助)と社会保険方式の二本立て体制を確立することを求めた。

### 2. 1960～70年代：ラロック報告に基づく理念の具体化と対策の転換(藤森、1999)

1970年代前半まではフランス経済の順調な発展を背景として、ラロック報告に示された理念に基づいた高齢者対策が国の経済社会発展計画の中に明確に位置づけられ、また具体的に展開された。例えば、第6次経済社会発展計画(71-75年)では「高齢者の在宅維持目標達成プログラム」が取り上げられ、国・地方自治体・社会保障金庫が共同出資で在宅サービスのモデル事業を実施したり、あるいは高齢者の在宅生活を促進するための住宅手当が創設された。また、第7次経済社会発展計画(76-80年)においても「高齢者の在宅維持を促進する優先活動プログラム」が取り上げられ、ホームヘルプサービス、高齢者レストラン、高齢者クラブ、配食サービスなどの在宅サービスが整備される一方で高齢者集合住宅、老人ホーム、長期療養施設などの施設サービスも発展した。

### 3. 80年代以降：福祉国家の行き詰まりと高齢者政策の綻び

1970年代の2度にわたるオイルショックによる経済危機を契機として、若年者の雇用をいかに確保するかが政策課題となり、早期退職制度などが導入された。このような政策は受益者と負担者との不均衡を構造的にもたらすことになり、結果として社会保障財政を悪化させる要因となった。また、1983年には地方分権化法により医療は疾病金庫(国)、福祉は県という責任の分担が導入され、高齢者の身近な自治体によるサービス提供体制の確

立が図られたが、他方で後期高齢者の増加によって顕在化してきた「医療の福祉化と福祉の医療化」に対応する総合的政策推進を困難にする結果となった。特に、フランスの場合、類似のサービスを疾病保険、老齢年金保険、高齢者福祉制度、障害者制度など種々の制度の枠組みで、ばらばらに提供するシステムが歴史的に構成されてしまったために、総合的なサービス提供体制を再編することが困難となっている。

さらに1980年代をとおした経済状況の悪化によってフランスにおける失業率が増加し、これが職域連帯を基盤とした社会保障を維持することを徐々に困難にしていった。そして、この問題に対処するために全国民を対象として、職業収入、退職手当、失業手当、不動産収入、資産収入、および投資運用収入などすべての収入を課税対象とする一般福祉税(Contribution Sociale Généralisée: CSG)が導入されることとなった。現在、この一般福祉税は家族手当、老齢手当に加えて医療保障にもその財源として用いられるようになっている。

#### 4. 1990年代以降：高齢者サービスの総合化の模索

1990年代になり、社会の高齢化はさらに進行し、後期高齢者の増加にどのように対応すべきかが重要な政策課題となった。そして、新しい時代における高齢者対策を模索する目的で高齢者を対象とした種々の社会調査が行われた。

例えば、GauthierとColvezの調査報告は、1990年フランスに居住する790万人の65歳以上高齢者のうち約19万人(2.4%)が寝たきり、約24.4万人(3.1%)が車椅子での生活、そして97.7万人(12.4%)が外出に際して第三者の援助が必要な状態にあると推計している(Marie, H., 1997)。そして、同報告では確かに要介護高齢者の割合は年齢とともに増加していくが、いずれの年齢階級においても70%以上の高齢者は自立していることを明ら

かにした。また、これらの報告は要支援高齢者の大部分が在宅で生活することを望んでいること、要支援高齢者の3分の1は子供家族と暮らしていること、在宅寝たきり高齢者および在宅で車椅子で生活している高齢者の大部分は家族によって世話されており、その3分の2は家族のみが介護資源となっていること、したがって介護者への支援が必要なことなどを明らかにした。

さらに、高齢化の進展に伴い、要介護状態になる年齢の上昇が観察されており、適切な在宅サービス提供体制が構築されれば、高齢化が施設ケアの必要性に与える影響は抑制できると考えられるようになってきた。そして、このような社会経済環境や高齢者対策に関する考え方の変化に伴い、フランスにおける高齢者対策は一方で社会的疎外と要介護状態の予防、他方で要介護状態にある高齢者とその家族への支援を推進する方向へと動くことになった。

## IV 高齢者医療福祉制度の概要と近年の動向

図1はフランスにおける高齢者医療福祉の概要について高齢者を中心に示したものである。この図からは医療と福祉とが体系的に提供されている印象を受けるが、実際には両者の間にサービスの調整はなく、類似のサービスが異なる財源でばらばらに提供されている。この制度およびサービス提供者の多様性と調整の欠落がフランスにおける高齢者医療福祉制度改革の最大の課題となっている。

### 1. 高齢者医療福祉サービスに関連する主な公的組織

高齢者に対する医療福祉サービスに関連する公的組織としては、保健担当省、地方自治体、社会保障金庫がある。

(1) 保健担当省：保健担当省は高齢者対策の基本的な枠組みを制定する役割を担っているが、

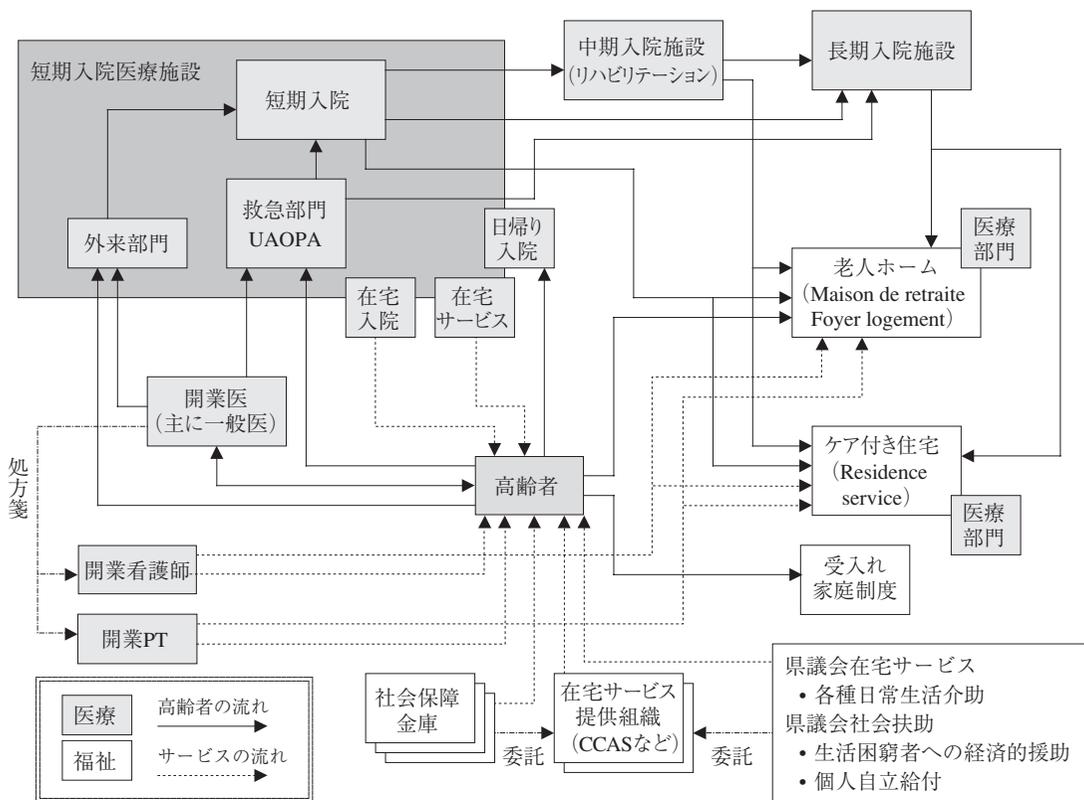


図1 フランスにおける高齢者医療介護の概要

特に保健担当省の福祉局 Direction de l'action socialeが重要である。しかしながら、サービス提供主体と制度の多様性を反映して、その他にも多くの部局が関与しているために省内・省庁間での調整は十分ではない。

- (2) 地方自治体：1983年の地方分権化法に基づく国から県への権限委譲によって、高齢者に対する医療扶助、社会扶助の提供は県の責任となっている。各県は県高齢者計画の策定が義務づけられており、また各県に組織されている県退職者・高齢者委員会(CODERPA)は高齢者施策を制定する上で重要な役割を果たしている。さらに、市町村レベルでは市町村からの補助金や一般からの寄付を財源とする独立法人である市町村福祉センター(Centre Communal des Actions Sociales: CCAS)が設立

されており、老人ホームなどの施設経営やホームヘルプサービスの提供といった直接サービスの主体となっている。

- (3) 社会保障金庫：高齢者に対する福祉サービスは措置制度の形態で提供されているため、一般高齢者に対する医療福祉サービスの保障は社会保障金庫の役割となっている。まず、疾病金庫は大きく分けて以下の3つのサービスをカバーしている：
- ① 医療施設における医療サービス費用、外来における医療・看護サービスおよび薬剤費用など
  - ② 老人ホームにおける医療部門の経費(医療職・看護職の報酬、必要な医療材料費など)
  - ③ 在宅における看護・リハビリテーションサービス

また、全国老齢年金金庫は保険料の0.9%を用いて加入者に対するホームヘルプサービスの提供あるいはその利用料の補助や老人ホームの建設を行っている。さらに、家族手当金庫は住居手当を高齢者に対しても支給している。わが国と異なり、フランスでは住居が社会保障の一環になっており、歴史的にもHLM(低家賃公共集合住宅)建設の過程で、高齢者向けの住宅が多く作られてきている。

## 2. 高齢者医療・福祉の主な関連法規

高齢者医療福祉に関連する主な法規としては病院改革法、社会福祉事業法、障害者基本法、地方分権化法、個人自立給付法などがある。

- (1) 病院改革法：1970年に制定された病院改革法(1991年改定)の中において長期療養施設と中期療養施設(=リハビリテーション施設)が定義されている。
- (2) 社会福祉事業法：1975年に制定された社会福祉事業法はいわゆる社会福祉施設の基準を規定すると同時に、県に地域福祉計画の策定を義務づけている。
- (3) 障害者基本法：1985年に既存の関連法律を統合する形で策定された障害者基本法では、身体、精神を問わずすべての障害者に総合的な対策を提供することを目的としている。後述のように、費用負担面での有利性などのためにかかなりの数の高齢者が、この障害者基本法の対象となってサービスを受けている。
- (4) 地方分権化法：1983年の地方分権化法により従来国の責任で行われてきた高齢者への福祉サービス(医療扶助と社会扶助)が県の責任で行われることとなった。
- (5) 個人自立給付法：(後述)

以上のように種々のサービス提供主体が異なる法体系でコントロールされているためにフランスの高齢者対策は複雑で非効率なものになっている。特に1983年の地方分権化法によってサービス

提供体制の分断化が生じ、種々のニーズを持つ高齢者に対するサービスの調整が困難なものになってしまった。また、このようなサービスの分断化は全体として要介護高齢者対策に割り当てられる予算の不足につながり、サービスが量・質ともに不十分な状況をもたらした。このような現状の解決策を探るために策定されたのが後述の依存特別給付制度とそれに続く個人自立給付制度である。

## 3. サービス提供体制

ここではフランスにおける主要な高齢者医療福祉サービスを施設・在宅および医療・福祉に区分して説明する。表1は関連組織とその役割について整理したものであるが、類似サービスが異なる組織によって提供される複雑なシステムとなっていることがわかる。

### (1) 施設サービス

#### ① 医療施設

- (i) 長期療養施設：自立を失った高齢者のための医療施設(生活施設ではない)で、わが国の療養病床に相当する。医療に関する費用は公的病院の場合は総括予算、民間病院の場合は1日当たり定額で疾病金庫より支払われるが、居住に関する滞在費用は患者およびその家族の負担である。滞在費用が支払えない低所得者については、県の社会扶助により当該費用の支払いが行われる。
- (ii) 中期療養施設：急性期の医療を終了した患者が在宅復帰のためにリハビリテーション目的で入院する施設で、わが国の療養病床あるいは老人保健施設に相当するが、わが国に比較してよりリハビリテーション施設として特化している。医療費と滞在費の区分はなされておらず、両者を含めた費用が公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(た

表1 フランスの高齢者サービスの概要

国	県	市町村	老齢年金金庫	疾病保険金庫	家族手当金庫
単純手当 障害者生活補助員 小規模共同住宅 建設補助 個人自立給付基金	社会扶助 ホームヘルプサービス 施設利用料補助 食事サービス 家庭委託 補償手当 介護特別給付 個人自立給付 無料交通バス 緊急警報装置 配食	配食 緊急警報装置 高齢者レストラン 住宅改善 高齢者集合住宅 小規模ホーム	ホームヘルプサービス 利用料補助 在宅付添人 利用料補助 住宅改善助成 障害者第三者加算 手当 高齢者受入施設 建設融資	在宅看護サービス 中期療養施設 長期療養施設 日帰り入院 在宅入院	住宅手当

出典：藤森（1999）を改編

だし、患者の自己負担は別)。

- (iii) 老人科病棟：いくつかの一般病院では老人科病棟を設置しているが、常に満床状態で多くは老人性認知症の患者である。費用の支払いは公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(ただし、患者の自己負担は別)。
- (iv) 精神病院：老年精神科によるサービスは高齢者医療の中で最も現状に適合しているものであり、医療から福祉までの総合的なサービスが行われている。精神科医療における高齢者処遇の成功の要因としては、もともと精神疾患の患者をセクターという地域的枠組みにおける在宅・施設の有機的連携の中で、かつ医師のみならず看護職・福祉職などが総合的にかかわってきたという歴史的な条件がある。費用の支払いは公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より施設に支払われる(ただし、患者の自己負担は別)。

② 福祉施設

- (i) 老人ホーム(Maison de retraite)：わが国の特別養護老人ホームと同様、日常生活において何らかの支援を要する高齢者のための生活施設である。慢性期の安定した傷病(精神疾患を含む)を有する高齢者の医学的管理(一般的診療と看護サービス)を提供する医学部門を持つ施設もある。費用に関しては、利用料の上限額が県議会議長(わが国の都道府県知事に相当)によって決定され、各施設はその上限額を超えない範囲で自由に料金設定を行うことができる。一般的には各利用者はそれぞれの要介護度に応じて費用を負担する。後述の個人自立給付対象者の場合は、その給付決定額が自己負担額となる。低所得者は県の社会扶助により費用が負担される。併設された医療部門については、疾病金庫から定額払いで対象者数に応じた支払いが行われる。

フランスにおける老人ホームの問題点としては、施設入所者の高齢化に伴い医療ニーズが上昇しているにもかかわらず医療部門が不足しているために、老人ホームから医療施設に入院せざるを得ない高齢者が増えていることが

指摘されている。

- (ii) 要介護高齢者受け入れホーム (MAPAD: *Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendentes*): 依存状態にある高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は80以下とされている。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (iii) 農村部高齢者受け入れホーム (MARPAD: *Maison d'Accueil Rural pour Personnes Agées*): 農村部に居住する要介護高齢者を受け入れる小規模な老人ホームで、ベッド数は10~15に制限されている。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (iv) 認知症老人グループホーム (カントウ: *CANTOU*): 重度の認知症老人を受け入れる小規模なグループホームで、監督役の寮母と数人の認知症老人が共同生活をする施設である。費用支払いは老人ホームに準拠する。
- (v) 集合アパート (*Logement-foyer*): 原則として個室で自立した高齢者のための集合住宅で、わが国の軽費老人ホームあるいは有料老人ホームに類似した施設である。必要に応じて家事援助や食事などのサービスが提供されることもある。しかしながら入居者の高齢化に伴い医療ニーズ・看護ニーズの高い高齢者も増加しており、医療部門を併設する施設も増加している。費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。主なサービス提供主体は市町村である。
- (vi) 一時滞在施設 (*les Résidences d'hébergement temporaire*): 病院からの退院直後や介護家族あるいは本人の状況などにより、一時的に在宅での生活が困難になった高齢者(必ずしも要介護高齢者に限らない)を収容する施設である。わが国のショートステイサービスに相当する。ベッド数は15から25に制限されている。

費用の支払いは居住に関しては自己負担が原則で、低所得者については県の社会扶助が利用される。

## (2) 在宅サービス:

入院・入所に代わるサービスとしてその発展が政策的に促進されてきた。フランスにおける在宅サービスの特徴としては、サービスが必要に応じて対象者の居宅のみならず高齢者集合住宅や老人ホームにおいても提供されることがあげられる。

### ① 在宅医療サービス:

- (i) 開業看護師による訪問看護 (*Soins à domicile par les infirmiers libéraux*): フランスにおいては看護師が自宅で開業し、医師の処方箋に基づいて訪問看護サービスを行う制度が確立している。費用の支払いは疾病金庫から1件当たり定額で行われる。
- (ii) 在宅看護サービス (*Services de Soins Infirmiers à Domicile: SSID*): 上記の開業看護師による訪問看護とは別に、医師の処方箋に基づいて調整役の看護師を中心として准看護師・看護師がチームで要介護高齢者の看護にあたる制度である。費用は定額制で疾病金庫から支払われるが、年間予算枠が地方単位で決められている。
- (iii) 在宅入院 (*Hospitalisation à domicile: HAD*): 継続的医療サービスが必要な対象者に対して病院ではなく、患者の居宅で病院スタッフによって入院時と同様の医療サービスを行うというものである。費用は公的病院の場合は総括予算、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。
- (iv) デイケア (*Accueil de jour*): 身体的・精神的障害のある慢性期の要介護高齢者に対してリハビリテーションサービスを提供するもので、わが国のデイケアサービスと同様である。費用

は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。

- (v) 日帰り入院 (Hospitalisation de jour) : 身体的・精神的障害のある慢性期の患者に対して日帰りで病院サービスを提供するもので、例えば放射線治療や化学療法、人工透析などがこの範疇に含まれる。費用は公的病院の場合は総括給付、私的病院の場合は1日当たり定額費用によって疾病金庫より支払われる。

## ② 在宅福祉サービス

- (i) ホームヘルプサービス (aide ménagère) : フランスのホームヘルプサービスは掃除、買物、食事の準備といったいわゆる家事援助サービスである。低所得者の場合は、社会扶助としてこのサービスを受けることができる。扶養者義務は問われない。また、県議会議長が定める定額の自己負担も導入されている。使用時間には上限があり、国は月30時間までとしているが、県議会議長の権限でこの上限をあげることが可能である。

一般高齢者の場合は、老齢年金金庫が利用料の補助を対象者に行う。補助額は逓減制で所得が多いものほど少なくなる。後述の個人自立給付対象者はその給付額の範囲内でサービスを現物給付として受けることができる。使用時間に関しては被用者一般制度の場合月60時間(特別な場合は90時間)となっている。主なサービス提供主体は市町村福祉センターやアソシエーション<sup>1)</sup>などの公益団体である。

ホームヘルパーになるためには特別な資格はいらないが、1988年11月30日条例により在宅援助資格証明書 (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile: CAFAD) が導入されている。この資格を取得するためには250時間の研修と120時間の実習が義務づけられている。

- (ii) 在宅付き添いサービス (Services de Garde à domicile) : 在宅付き添いサービスは本来、ホームヘルプサービスの補足として休日や夜間あるいはホームヘルプサービスの限度時間を超える場合に利用される目的で創設されたものである。しかしながら、料金が安いこと、障害者制度における第三者保障手当<sup>2)</sup>を使えば配偶者以外の家族員を被用者として契約ができ、税制上も優遇されることから近年在宅付き添いサービスがホームヘルプサービスよりも好んで選択されるようになってきている。在宅付き添い人になるためには特別な資格は必要とせず、失業労働者に雇用機会を提供するという労働政策にも活用されている。

- (iii) 受け入れ家庭制度 (le placement familial) : フランスでは講習などを受け一定の管理能力があると認定された家庭が、県との契約のもと血縁関係にない高齢者を受け入れて生活援助サービスを提供する制度がある。

- (iv) その他 : 各市町村では市町村福祉センターなどが主体となって、高齢者レストランおよび配食サービスの提供、緊急警報装置の貸与、老人大学・老人クラブの育成などを行っている。

## 4. 依存特別給付制度 Allocation Spécific

### Dépendence と個人自立給付制度

### Allocation Personnalisée d'Autonome

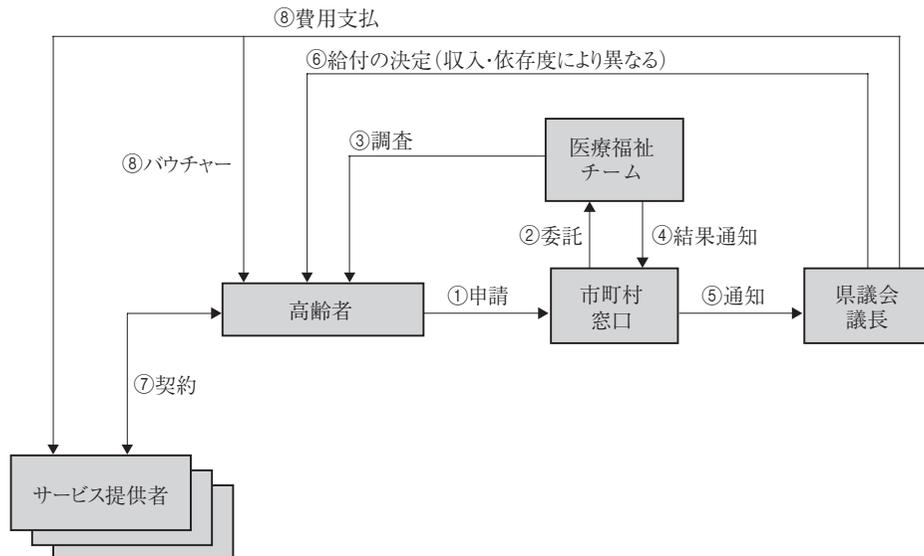
フランスにおける高齢者医療福祉制度の問題の多くは供給組織および制度の多様性に由来する。例えば、調整システムの欠落による包括性の欠如、負担と受益における利用者間の不平等(例えば、障害者制度の対象となる高齢者と対象外の高齢者)、要介護高齢者のニーズ評価の欠落とその結果としてのサービス提供の非効率性や地域格差などが問題点として取り上げられてきた。1991年に出されたBoulard報告書(国民議会委員会報告書)とSchopflin報告書(計画委員会報告書)は要介護

高齢者に関するこれらの問題を正面から取り上げ、既存の給付や手当を統廃合した新しい社会保障制度を作ることを提言した。そして、この提言を受けて要介護高齢者に対して医療福祉の総合的なサービスを提供するための新しい枠組み作りに関する社会実験がIlle-et-Villane 県などの15の地域で行われ、その検討結果を踏まえて1997年1月24日「依存特別給付制度 Allocation Spécific Dépendence」法案が成立した。

この依存特別給付はあくまで低所得高齢者(60歳以上)を対象とした社会扶助で、日本やドイツのようなすべての要介護高齢者を対象とした一般的な制度ではなかった。制度利用には所得制限があり、単身者の場合には月の収入が6000フラン(当時)<sup>3)</sup>、夫婦者の場合は1万フラン(当時)以上の場合、介護給付制度を使うことはできなかった。したがって、制度対象外の要介護高齢者については、従来の制度でカバーされる仕組みとなっていた。

表2 フランスにおける要介護認定基準 La grill AGGIR

GIR 1	(最高度の要介護者)	身体的・精神的にすべての自立を失い、他者による永続的な介入を必要とする者
GIR 2	(高度の要介護者)	身体を動かすことはできないが精神的機能は完全には失われていない者、あるいは精神的自立は失われているが身体活動は維持されているもの
GIR 3	(中等度の要介護者)	身体的自立の面で相当程度の日常的援助を必要とする者
GIR 4	(身体活動に問題のない者)	起居、衣服の着脱、食事に援助を必要とする者
GIR 5	(軽度の要介護者)	限られた援助を必要とする者
GIR 6	(自立した者)	自立している者



注: 給付には所得制限がある。単身者で6000F(当時)、夫婦者で10000F(当時)、給付上限額は5595F(当時)。個人自立給付では枠組みは同じでこのような制限がなくなった。

図2 依存特別給付制度の概要

図2は依存特別給付制度の手続きについて示したものである。低所得高齢者(例えば月に5千フラン程度の老齢最低所得給付対象者など)が要介護状態になった場合、本人およびその家族あるいは後見人(多くの場合市町村長)が依存特別給付の申請を市町村の窓口に行く。次に市町村の委託を受けた医療福祉チーム(一般医、看護師、ソーシャルワーカーなどから構成される)が利用者宅を訪問しAGGIR評価表(表2)によって要介護度の評価を行う。この結果が市町村を通して県議会議員に行き、AGGIR評価で1度から3度までの者が給付の対象となる。

給付は原則として現物給付であり、利用者の収入と依存度に応じた利用料が直接サービス提供者に県の社会扶助を財源として支払われる。また、この依存特別給付制度は社会扶助であるため、もし当該高齢者が30万フラン(当時)以上の遺産を残した場合、かかった費用はその遺産から回収されるシステムとなっていた。

このように、フランスにおける依存特別給付制度は対象者を低所得者に限定した部分的な要介護高齢者対策であり、わが国やドイツのような普遍的な制度とはなっていなかった。

その後、この依存特別給付に関してはいくつかの問題点が明らかとなり、その改革が課題となってきた。特に、対象収入が高すぎるために一般の高齢者に使いにくい制度になっていること、死後の費用返還の仕組みがあることなどのために重度の要介護高齢者に利用者が偏りすぎ、結果として利用者が少ないことが問題となった(2001年1月時点で135,000人、ちなみにサービスが必要な高齢者は約800,000人と推定されている)。さらに給付水準に県による大きな差があることが問題となった。

このため保健担当省の依頼を受けた Guinchard-Kunstler 女史の委員会での検討を踏まえて、全国共通の給付制度である個人自立給付(Allocation Personnalisée d'Autonomie :APA)が依存特別給付に

代わって2002年1月に導入された。その主な内容は以下のとおりである。

- (a) 普遍的で客観的な給付：AGGIR評価表に基づく要介護度および所得水準に応じて全国統一の基準により給付を行うこととし、県による格差を解消。これにより対象者の範囲も所得に関係なく一般化された。なお、死後の遺産からの費用の回収も廃止されている。
- (b) 社会連帯原則に基づく財源の見直し：従来どおり社会福祉制度の一環として行われるため、主たる財源は県の公費であるが、それを補完するために国レベルで個人自立給付基金が創設された。この基金の財源は一般社会拠出金の一部と老齢保険制度からの補助金である。
- (c) 給付の申請手続きは依存特別給付制度と同様で、対象者およびその家族が県議会議員に申請した後、医師およびソーシャルワーカーの訪問調査を受け、その結果に基づいてサービスの提供が開始される。

個人自立給付については依存特別給付に比較して認定および給付における県ごとの差が少ないこと、および給付条件が良いことから、その利用者が急速に増大し、一部ではその財政問題が議論の対象となっていた。しかしながら、2003年夏の猛暑で老人ホームや在宅の虚弱高齢者が多く死亡したことで、政府はその対策のまずさについて批判をあげるようになった。以前から老人ホーム入所者の医療ニーズの増大が課題となっており、個人自立給付利用者についても、ホームヘルプサービスなどの介護サービスは提供されるものの、医療サービスとの連携が不十分であるとの批判があった。このような批判にこたえるためにフランス政府はドイツやわが国と同様の介護保険制度を創設することの検討を開始している。その財源としては、ドイツと同様、国民の祝日を1日返上することによって保険料収入を確保する方針が検討されているようである。

## 5. 医療と介護との連携

以上説明したようにフランスの医療と介護(福祉)はそれぞれ別の枠組みで発展してきたために、それぞれのサービスが整合性のある形で提供される体制にはなっていない。例えば、医療および介護面でのニーズが類似した高齢者が、ある者は老人

ホームでケアを受け、またある者は長期療養病院でケアを受けるということが普通に生じており、両者の間で自己負担の面で大きな差が生じている。

しかしながら、いくつかの地方ではこのような問題を解消するために地域保健医療計画の枠組みの中で両者の連携を図る試みも行われている。例え

表3 フランスブルターニュ地方保健医療計画におけるリハビリテーションケアの記載

急性期医療との継続性を考慮して、リハビリテーションケアは地方医療計画の中で組織される。リハビリテーションケアの計画は近接性、対応の適切性と質の目的に応えるものでなければならず、領域ごとに組織化の共通の原則を定めるものである。

### 1) 組織化の原則

#### ① 目的

ブルターニュ地方全体ではSSR領域に関して600床の過剰病床があり、また地域的な不均衡がある。

特殊なリハビリテーションサービスと近接性のある一般的なサービスとを区別した上で、地理的に最適な分布を保障する。

対象者の病状や病気に応じて最適のリハビリテーションケアが受けられように補完性を発展させる。ネットワーク化(リハビリテーションセンターを中心に、病診連携、医療と社会医療部門)の推進を図る。

ニーズにあった質の高いサービスを提供する。そのためにネットワークの中でサービスを受けている患者のフォローアップを行い評価を行う。入院医療に代わるサービス(週単位入院、日帰り入院など)を発展させる。地域のニーズに応える形で施設の転換(リハビリテーション病院から高齢者向け福祉施設、高齢者のリハビリテーションにあった施設などへの転換)を行う。また、このような体系化においてはサービスの継続性に留意する。

#### ② ケア部門における原則

リハビリテーション部門の使命は対象者が通常の生活に戻ることに、障害者となる前の状態にできるだけ近いレベルまで能力を回復すること、最大限の心身的、職業的、社会的自立を享受することを可能にすることである。

対象となる患者は自立性を失う可能性がある、あるいは医療的ケアの期間が伸びる可能性のある者である。対象者の受け入れにおいては以下の手続きが必要となる。

- i. 入院(入所)要求時: 主要医学的所見に関する診断書を作成し、リハ部門に提出
- ii. 入院(入所)時診察: リハ医の診察により状態の把握を行い、治療の目的を設定
- iii. 入院時: 系統的医学的診断の上、個々の患者と個別の目的を策定し、それを治療計画書にまとめ上げる。
- iv. 入院中: 定期的評価
- v. 退院計画の策定
- vi. 退院時: 退院時サマリーを作成し、退院後の継続診療を行う医療職に送付

**【ネットワーク】:** すべてのリハビリテーション施設はネットワークを形成しなければならない。このネットワークは急性期病院(リハビリテーション医療への入り口)から在宅介護組織までを含むものである。このようなネットワーク形成により、各患者に対して、その居住地において継続的かつ質の高いリハビリテーションサービスの提供が可能になる。

**【評価】:** すべての医療施設は公衆衛生法典の規定に従い、そのサービス体系の質について自己評価を行うことおよび第三者評価を受けることが義務づけられている。

#### 2) 行動計画

行動計画においては、地方内の各セクター(わが国の二次医療圏に相当)ごとに施設機能の再配分、ネットワーク形成などが、施設の実名および実施期限とともに記載されている。

ば、フランス北西部のブルターニュ地方の保健医療計画では、リハビリテーションを連携のための中核として表3のような取り組みが行われている。

ここで重要な点は脳血管障害や骨折といった要介護状態の原因となる傷病を持った高齢者の多くがリハビリテーション施設を経由することを活用して、これらの施設に医療と介護との連携機能を持たせようとしていることである。すなわち、リハビリテーション施設にケアマネジメント機能を持たせ、そしてそのための情報の標準化とその人材（ソーシャルワーカー、OT・PTや看護師など）の配置が行われている。

また急性期病院における高齢患者の適切な診療と早期退院を促進する目的でレンヌ大学病院などでは老年科医師が院内コンサルト的に働いて、他科の医師の診療を補助する試みも行われており、その効果に関心を集めている。この試みは専門分化した医療の中で、当該診療科の医師がその専門領域のみに関心を集中し、高齢患者の持つ複合的な健康問題を総合的に見ることが出来ない、そして結果として療養の質の低下と入院の長期化をもたらしているという反省のもとに行われているものである。

さらに、地域保健医療計画を行動計画化し、記載されたネットワーク作りのための具体的な工程とその実施期限が記載されている点も重要である。

ところでフランスにおける医療と介護との連携を考える上で非常に重要な役割を果たしているのが開業看護師である。医師の包括的処方を受けて、開業看護師は高齢者の自宅や老人ホーム、その他の居宅系の施設に赴き褥そうのケアや入浴介助などの看護サービスを提供する。しかしながら、開業看護師の仕事はそれにとどまらない。経済面などの社会的援助が必要であると考えられるケースの場合は自治体のソーシャルワーカーに情報を伝達し、より専門的な医療が必要な場合はその橋渡しも行っている。整合性のない制度の中でフットワー

クの軽い開業看護師が存在することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供できている点が決定的にフランス的な特徴であるといえるだろう。

わが国においてもこのような役割を看護師が担うことが望ましいのではないかと筆者は考えている。これまでのところ訪問看護ステーションなどの在宅サービスの担い手がこのような機能を十分には果たしきれていないのが現状であるが、今後、わが国の医療提供体制が在宅ケア重視にシフトしていくことを考えると、例えば、フランスの開業看護師のようなよりフットワークの軽いサービス提供体制の導入可能性について検討することが必要であると考ええる。

ところで老人ホームなどの福祉施設においては、入所者の高齢化と障害の重度化に呼応して医療ニーズが高まっており、それにどのように対応するかが課題となっている。これまでは老人ホームなどの一部定数を「医療化」することで、予算制のもとで医療保険と契約している開業医（多くは一般医）によって提供される仕組みが取られてきたが、医療を必要とする施設居住高齢者の増加により、新しい仕組みが必要となっている。具体的には、老人ホームやその他の福祉施設を在宅と位置づけた上で、重度要介護高齢者に対する医療を介護やその他の福祉サービスとともにチームによって提供する仕組み（ネットワーク）が「社会医療」という別の枠組みで提供する試みが行われている。これはイギリスのSocial Care Trustに近い考え方であり、今後の展開が注目される。

## V まとめ

本論文ではわが国と類似の社会保障制度を有するフランスにおける医療と介護の連携について、その制度を中心に説明した。高齢者対策における医療と福祉の連続化は後期高齢者の増加する先進諸国に共通する現象であり、それを福祉と医療

という別々の枠組みではなく総合的に対処していくシステムが各国で模索されている。社会保険制度に基礎をおくフランスにおいて、ドイツやわが国と同様、要介護度の評価とそれに続くケアマネジメントのシステムが導入されている点は興味深い。

しかしながら、複合的なニーズを持つ高齢者対策を医療については社会保険制度、そして介護については租税制度というように区分して行うことには限界があり、その意味で両者の折衷的な仕組みが、社会保険制度を社会保障の基本としている国においては、社会的、文化的そして財政的にも受け入れられやすいのかもしれない。したがって、同様の制度を有するわが国が当初から税金と保険料を半分ずつ財源として投入し、しかも所得に関係なくすべての高齢者を対象として介護保障制度を現物給付で一般化したことは国際的に見ても画期的であるといえるのかもしれない。

他方、サービス提供体制は依然医療と介護とに分断されており、その整合性がフランス・日本両国の課題であり続けている。この点、医療・介護保障を短期ケアと長期ケアとに分けて、長期ケアについて介護・医療を一本化して提供する体制となっているオランダはわが国やフランスにとって参考となる国であろう。ここではその詳細については説明しないが、興味のある方は医療経済研究機構から出されている報告書を参照していただければと思う(医療経済研究機構, 2006)。

現在、フランスはその整合性の確保を地域保健医療計画の中で達成して行こうと考えている。この際、その中心的役割を担うことが期待されているのがリハビリテーション施設とそこで働く医療職・福祉職である。わが国の医療・介護制度においてはリハビリテーションの位置づけがいまひとつ明確ではないが、今後医療計画の中でそのあり方を改めて考える必要がある。例えば、現在、わが国でその導入が試みられている地域連携パスの策定に際しては、急性期医療とリハビリテーション医

療そして慢性期のケア(施設および在宅における医療と介護の両方を含む)を総合的に考える必要があるが、これは医療計画の中に介護サービスも含めた記載を行うことを要求する。

また、フランスの場合、整合性のない制度の中でフットワークの軽い開業看護師が調整役として機能することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供できている点も参考になるであろう。サービスを受ける側の視点から考えると、医療と介護が明確に区分されてしまうより、ある程度の重なりがある方が安全である。その意味で開業看護師制度はフランスの複雑な制度の安全弁として機能していると考えられることもできる。

最後に、フランスにおける今後の要介護高齢者対策を考える上で大きな検討課題になるのが障害者施策と高齢者対策との整合性である。要介護高齢者対策を再編していく上で、普遍化がより進んでいる障害者施策の存在が、ある意味において介護保障制度の一本化の障害となっているフランスの現状はわが国の今後の施策を考える上でも示唆に富むものである。現在、わが国においても障害者自立支援法により、そのサービス体系の見直しが行われ、提供体制としては介護保険制度に近いものとなっている。しかしながら、その財源のあり方や医療と福祉サービスとの整合性については検討すべき課題が多い。その意味でも、フランスにおける制度の概要を検証することは参考になるであろう。言語の壁があるために日本にはなじみの少ないフランスの制度であるが、この小論を読まれた方が少しでも同国の制度に関心を持っていただければ幸いである。

#### 注

- 1) アソシアション：複数の者が利益を分配すること以外の目的において知識および活動をともにするという団体契約によって成立している非営利社団法人。
- 2) 第三者補償手当：障害率が80%以上で、日常基本行為に対して第三者による援助が必要な20歳以上の障

害者に、その援助費用を補償する手当として支払われる。この第三者補償手当に関しては、利用者の死後における遺産からの回収制度がないために、要介護状態となった高齢者がこの手当を受給するということが一般化した。

3) 1フラン=約20円(当時)

#### 参考文献

- 医療経済研究機構 2005『オランダ医療関連データ集【2004年版】』
- 藤森宮子 1999「社会福祉の現状 I 高齢者福祉」『世界の社会福祉 フランス イタリア』(仲村優一, 一番ヶ瀬康子編)旬報社, pp.29-63
- Henriette Marie, 1997. Les personnes âgées et la dépendance, La protection sociale en France (Crucifix I, ed), La documentation française (Paris), pp.25-30.
- 松田晋哉 1993「フランスの公衆衛生行政」『日本公衆衛生学雑誌』第40巻, 第5号, pp.398-412
- 松田晋哉 2000「フランスの要介護高齢者対策(上)」『社会保険旬報』No.2079, pp.6-10
- 松田晋哉 2000「フランスの要介護高齢者対策(下)」『社会保険旬報』No.2080, pp.10-15
- 松田晋哉 1995「フランスの地域精神保健システム」『病院管理』第32巻, 第4号, pp.39-48
- 松田晋哉 2003「フランスの中期入院医療施設について」『病院』第62巻, 第12号, pp.1000-1003
- 松田晋哉 2004「フランスにおける地域医療計画の動向」『社会保険旬報』No.2197, pp.22-27
- (まつだ・しんや 産業医科大学教授)

## カナダにおける医療と介護の機能分担と連携

新川 敏光

### ■ 要約

カナダの保健医療システムは、憲法上基本的に分権的・分断的なものであるが、医療保障については1970年代までに財政連邦主義によって統一的な皆保険制度が導入され、1984年CHA制定によってその完成を見た。しかしその後、財政移転削減をめぐって連邦一州間の対立が続き、統一性の危機が訪れたが、財政事情の好転は、政治のダイナミズムを制度危機要因から改革推進力へと変えた。改革の最大の争点は、カナダ保健医療システムを社会的ニーズに見合ったものにするものであり、具体的には待機時間の解消、それと密接に関連する医療と介護の切れ目のない継続的ケアの実現、在宅ケアの重点的拡充等が目指された。2002年11月公表されたロマノウ報告は、財政移転の拡充によって市民への応答性を高めること、さらには在宅ケアをCHAに取り込む方向性を示した。医療の市場化の流れに抗して、ロマノウ報告は、21世紀カナダ保健医療の基本方向が普遍主義原則の維持・発展にあることを示したのである。

### ■ キーワード

CHA、ロマノウ報告、在宅ケア

#### 1. カナダの高齢化と分断的保健医療システム

カナダは、先進経済諸国のなかでこれまで特に高齢化が深刻であったわけではない。2000年時点での各国比較では、イタリア、スウェーデン、日本の高齢化率（65歳以上人口の全人口に占める割合）が軒並み17%を超え、フランス、ドイツ、イギリスが16%台の数値を示すなか、カナダはアメリカ12.7%よりも低い12.5%となっている。とはいえ、カナダでも、1981年から2001年の20年間で高齢者人口が67%増加（全人口の増加率は25%）するなど、徐々に高齢化が問題となりつつある。さらに、1946年生まれの第一次ベビー・ブーマー世代が65歳に達する2011年からは、高齢化が加速度的に進み、2031年までには65歳以上人口は890～940万人、高齢化率は23～25%に達すると予想される（Statistics Canada 2005:1）。2040年の推計値で

は、日本、ドイツ、イタリアよりは低いものの、スウェーデンと同程度の高齢化率（26.8%）となり、フランス、イギリス、アメリカなどよりも高くなると予想される（ボノーリ&新川 2004: 4）。

このような高齢化がカナダの保健医療制度に対してどのような衝撃を与えるのかについて、とりわけ1990年代から活発な論議が交わされてきた<sup>1)</sup>。その背景としては、国際比較から見てカナダの高齢化が特に深刻とはいえないが、当時世界銀行が各国に対して高齢化への警告を発し、注意を喚起していたこと（World Bank 1994）、またカナダ独自の事情として、カナダ国民医療支出が常にトップ・グループに属していたことが挙げられる。1996年時点ではカナダの保健医療総支出の対GDP比は9.6%であり、アメリカ（14.0%）を別格とすれば、ドイツ（10.5%）、スイス（10.2%）、フランス（9.7%）とともにトップ・グループを形成している（OECD

1998)<sup>2)</sup>。高齢化は、このようなカナダ国民の医療費負担をますます大きなものにする懸念された。

もとより高齢者がすべて病気がちというわけではない。1996-97年に行われた調査では、自宅で生活する高齢者の4分の3以上が「健康状態は良い、優れている」と回答し、「優れない」としたものは、僅か6%にすぎない。しかし、長期にわたる健康問題ゆえに活動が制限される高齢者の数は多く、25%に達し、加齢に伴い数が増える。65歳から74歳までのグループでは2割に止まるが、85歳以上になるとほぼ半数に達する。死亡原因としては、心臓疾患、癌、脳卒中、呼吸器疾患と続くが(心臓疾患および脳卒中による死亡率が減り、癌と呼吸器疾患による死亡率が増える傾向が見られる)、慢性疾患として最も一般的な症例は、関節炎とリウマチで、これに高血圧、アレルギー、腰痛、慢性的心臓病、白内障、糖尿病が続く。また4人に1人の割合で、高齢者は長期的な身体障害を負っている。これは加齢との相関が際立っている。65～74歳集団では21%、75～84歳集団では28%、85歳以上集団では45%が障害をもつ。

高齢者の場合、怪我也増える。場合によってはそれが致命的となる。65～74歳集団に比べて、85歳以上集団は、活動を制限される怪我を被る率が7割以上も多い。転倒が怪我の原因の65%であり、怪我による入院の84%の原因となっている。高齢者の転倒による医療コストは、年間10億ドルに及ぶと推計される。在宅高齢者の96%が少なくとも一人の保健医療専門家に診断を受けており、そのうち89%が家庭医の診断を受けている。84%の高齢者が何らかの薬を服用し、56%が2、3種類以上の薬を併用していると答えている。また高齢者の入院は、65～74歳の場合、45～64歳世代の倍以上、85歳以上の場合4倍から5倍に達し、入院期間も長くなる傾向がある(Health Canada 2002: 9-12; 新川 2003: 283-284)。

このような調査は、高齢者の保健医療において

は、急性期ケアだけではなく、あるいはそれ以上に慢性疾患や能力障害へのケアが重要になること、両者の円滑な協力体制が必要なことを、改めて確認するものである。しかしながらカナダの保健医療システムは、急性期ケアからその後の継続ケアまでを包括的一元的に管理運営する仕組みをもたない。そもそもカナダ憲法上保健医療分野は州の専権事項となっており、連邦が高齢者医療についてそのような制度を設けることはできない。ただ医療保障については、サスカチュワン州での病院保険導入をきっかけに全国的な医療保険制度を求める声が強くなり、1970年代初頭までには国民皆保険体制が実現した。連邦が策定した基準に見合った州制度に対して政府が補助金を与えることによって、全国的に均質・均等な医療保障制度を実現することに成功したのである(詳しい説明は新川 1999参照)。しかしこれはあくまで急性期ケアを主たる対象としたものであり、それ以外の延長療養(老人ホームや自宅でのケアサービスなど)に対しては部分的に補助があるだけであり、したがって後述する医療保障5原則のような全国的平準化を義務化する基準もなく、州ごと、さらには市町村ごとにバラバラに制度設計がなされており、結果として各州の給付水準や負担に少なからぬ違いが生じている。

こうした状況のなかで、高齢化に対応した延長療養もしくは継続ケアのあり方が様々な角度から議論されている。各人の性格や症状、家庭環境などを考慮し、最も適切かつ効率的なケアサービス案を作成、提供するケース・マネジメント、高齢者の医療から介護までの窓口一本化、保健医療と社会的支援との統合、さらに各制度間の財源統合、連邦レベルでの包括的統合プログラムの形成などが、財政効率の観点だけではなく、利用者やその家族の意見を尊重し、適切なサービスを提供する上で不可欠であるという議論が見られる。

1994年11月高齢者問題を担当する連邦一州大

臣は一堂に会し、各々の管轄を越え高齢者プログラムとサービスの変化をモニター、レビューする共通の方法を確立し、政策変化がカナダの高齢者に与える累積的影響を検討するため、新たな枠組を設けることを提唱した<sup>3)</sup>。作成された「高齢化に関する全国的枠組」のなかで、「尊厳、自立、参加、公正、保障」という5原則が提唱されたものの、枠組は抽象的、一般的な努力目標に止まり、これによって全国的な高齢化対策の統合、平準化が進んだわけではなかった([http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/index\\_e.htm](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/nfa-cnv/index_e.htm))。

高齢化が医療制度に与える影響については、2つの意見が対立していた。一方では、高齢化は現行の医療制度の維持を困難にするほどの支出増をもたらすという主張がある。他方では、高齢化は保健医療支出を増加させるとはいえ、その増加分のほとんどは、若年層から高齢層への支出のシフト、生産性向上、保健医療部門内における新技術や効率性の改善によって、吸収可能であるという考えがある(Rosenberg 2000)。いずれにせよ、高齢化が保健医療コスト上昇の一要因となりうること自体は共通の認識となっており、これに対応した包括的保健医療体制の改編、整備が必要であるという点については、双方認識が一致している。

1990年代から繰り返し問題になってきたのは、高齢者の医療と介護サービスの窓口を一本化し、統一的に提供すること、慢性疾患の多い高齢者に対して在宅ケアサービスを充実させること、全国的な基準を設けることなどである。しかしながら1990年代は、本体にあたるカナダ医療保障制度自体がその統一性に揺らぎを見せていた時代であった。そしてその問題に決着をつけ、将来の保健医療全般にわたる改革提言として2002年11月に公表された『ロマノウ委員会報告』(Building on Values: The Future of Health Care in Canada)において、在宅ケアは「今後の最重要サービス」として位置づけられたのである(Romanow 2002: 171)。

本稿ではカナダにおける医療保障制度がたどり着いた現状とそのなかでの高齢者介護の位置づけと課題、さらには将来的方向性について、若干の検討を試みる。カナダでは、憲法的な問題もあり、保健医療政策は連邦一州間の政治的ダイナミズムによって大きく左右される。したがってこれに焦点を当て、以下論を進める。

## 2. 財政連邦主義から見た医療保障制度改革の動向

カナダにおいて保健医療は憲法上州の専権事項とされ、連邦レベルでの単一制度は存在していない。しかしながら連邦政府には州の専権事項についても財政移転を行う権利が認められており(支出権)、この権限を行使し、その定める基準に適合する州制度に対して補助金を与えることによって、全国画一的な医療保障制度(一般に健康保険、あるいはメディケアと呼称される)を実現してきた。このような財政を通じての集権、凝集力強化を財政連邦主義という。1984年に制定されたカナダ保健法(Canada Health Act: CHA)は、一部の州で見られた超過請求(extra-billing)、患者の自己負担を禁じ、カナダ医療保障の5原則を確立するものであった(それ以前は4原則)。以下、5原則について、簡単に紹介する。

- (1) 普遍性：従来は州民の95%以上への適用をもって、この条件は満たされると考えられたが、CHAでは基準を100%に引き上げた。したがって、各州の医療保障制度は通常健康保険と呼ばれるものの(たとえばオンタリオであれば、Ontario Health Insurance Plan: OHIP)、実は保険料拠出をサービス適用の条件としてはならず、またリスクに応じた保険料の段階適用も認められない。これらの点については、利用可能性基準によって、より明確に規定さ

れている。

- (2) 利用可能性：CHA 第12条第1項(a)において、「州の健康保険制度は、被保険者に金銭的負担を課したり、あるいは他の方法によって当該サービスの利用可能性を損ねたり、排除したりせずに、医療サービスを同一条件で、提供」されることを求めている。この利用可能性基準に反し、患者に自己負担を求めた場合、それに対して連邦政府は財政移転の凍結を含むペナルティを科すなどの対抗措置をとることができる。
- (3) 包括性：州の健康保険には、「医学上必要な全ての」病院・治療サービスをカバーすることが求められる。ただし歯科治療、病院外での処方箋作成、公的制度が償還する基準を超えた国外での医療費、医師以外の医療技術者（検眼士、自然療法士、指圧師等）のサービス、および美容整形のようなものは、連邦の「医学上必要」という定義からは除かれており、これらのサービスの取扱については州ごとに対応が異なる場合がある。
- (4) 随伴性：健康保険は、州民がカナダ国内を移動・旅行中、もしくは国外旅行中にも適用されねばならない。国外での保険適用については、当該人物が居住する州の給付水準に基づく。国内については、1988年州政府間で、各々の州民が他州で受けた医療サービスについて現地のレートで支払うという合意がなされている。ケベックの場合は、病院サービスについてのみ、この合意に参加している（診療サービスについては自州の料金表を用いる）。
- (5) 非営利運営：1966年の医療保険導入時には医師と民間保険会社の提携による先払い制度が相当程度普及しており、営利運営も可能性としてはありえたが、64年の保険サービスに関する王室委員会（ホール委員会）は、営利運営は費用の高騰を招くとの理由から非営利運営

を強く主張し、現在にいたるまで制度の運営は州政府もしくは州政府の監督下にある機関によって行われている。

このような5原則は、実は連邦—州政府の緊張関係のなかで生まれてきた。1966年に制定されたカナダ医療法（これは超過請求を明示的に禁止した利用可能性原則を独立させておらず、4原則を提示していた）は、費用分担方式によって運営されていた。この方式では、各州は、一人当たり全国平均コストの半分に被保険者数を乗じた額を連邦から受け取っていた。これは物価水準の低い貧困州への実質的再分配となったため、アルバータ州やオンタリオ州のような富裕州の間には不満がくすぶっていた。また連邦政府の監督指導が厳しい「ひも付き」補助金であることへの各州の批判が存在した。連邦としても、制度上予算膨脹に対する歯止めが効かない費用分担制度は重荷となっていく。

1975年財政赤字が生じると、トルドー自由党連邦政権は、財政移転方式の変更を州側に強く求め、1977年、連邦—州間財政措置・制度財源調達法（Established Program Financing Act: EPF）が導入される。これによって医療補助金は、高等教育補助金とともに、ブロック補助金となった。各州の自由裁量範囲が拡大し、現金移転減額分の補填として税ポイントが各州政府に委譲されたが、このような連邦の動きが一元的医療保険制度へのコミットメントから後退するものと捉えられ、世論の強い批判を招く。批判はやがて富裕州、アルバータ州やオンタリオ州でなされていた超過請求へと集中していく。CHA 制定は超過請求を明確に禁じ、この問題に決着をつけたのである。

しかしその後も財政事情は好転せず、とりわけ1980年代後半における経済の低迷のなかで赤字幅が拡大し、その状態は1990年代に入っても改善されず、1993年度時点での一般政府経常勘定の赤字幅は、対GDP比で見て6%（連邦政府では

4.4%)に達し、G7のなかでイタリア(6.4%)、イギリス(5.9%)とともにワースト・スリーを形成しており、IMFから改善要求が出される始末であった(池上 1996: 114)。

こうした財政赤字の深刻化を背景に、連邦政府は、1986年度予算案においてEPFの上昇率を人口一人当たりGDP伸び率の直近3カ年変動平均値マイナス2%とした。1990年にはGDPの凍結を凍結し、これは94年度まで続く。93年11月総選挙で政権は、進歩保守党から自由党へと交代するものの、一向に改善しない財政収支を前にその選択肢は限られており、95年度凍結は解除されるものの、EPF伸び率はGDP伸び率の直近3カ年変動平均値マイナス3%に制限された。さらに1996年度には、唯一費用分担制度として存続していたカナダ扶助プラン(Canada Assistance Plan: CAP)をEPFと統合し、新たにカナダ保健・社会移転制度(Canada Health and Social Transfer: CHST)を設け、連邦政府は一層の財政移転縮小の意向を示す。95年度のEPFとCAPとの移転合計総額は296億カナダ・ドル(以下、単にドルと表記)であったが、96年度予算ではCHST総額は269億ドル、97年度は251億ドル、98、99年度はそれと同額、2000-2002年度の伸び率は各々「GDPマイナス2%、マイナス1.5%、マイナス1%」とされた(Department of Finance Canada 1997: 65; 新川 1999: 250-251; 2005: 60)。

このような現金移転削減に対抗して、富裕州を中心に、連邦の医療政策から逸脱する動きが再燃する。とりわけ反中央意識が強く、豊富な油田を抱えるアルバータ州において、オタワへの挑戦が表面化する。アルバータ州政府は、1993年民間診療所での一部保険診療について、施設利用料の名目で患者の自己負担導入を認めた。自由党連邦政府はこれに対し、95年度アルバータ州への移転凍結という厳しい制裁措置を発動する。この騒動は、アルバータ州が矛を納めることによって収束するものの(95年7月1日をもって施設利用料請求を

禁じた)、連邦の移転削減策によって生じた連邦一州間の緊張そのものが消えたわけではなかった。

連邦一州関係が改善されるのは、1997年度財政事情が好転し、1998年度予算で連邦政府が州への財政移転を増加させ、社会政策拡充の姿勢を明確にしてからである。連邦政府は、1998年度予算編成では、国際的競争力維持・カナダ経済繁栄のため知識集約型の新経済に適応した企業、人材を育てるために、財政、経済、社会政策をバランスよく展開するという目標を掲げた。財政均衡から社会政策重視への移行をより鮮明に印象づけたのが、1999年2月連邦一州政府間に締結された社会同盟合意である。連邦一州政府は、相互の連携を強化し、社会政策を拡充することで合意を結ぶ。その方針に沿って、2000年9月には保健アコードが締結され、連邦は、爾後5年間で234億ドルの保健医療財源増を約束する。その主たるものは、CHSTの増加(211億ドル)であった(Boychuk 2001)。

また新たな医療政策の展開を探るため、1999年12月連邦上院にマイケル・カーヴィ率いる調査委員会が発足したが、さらに連邦政府は、2001年4月「カナダ保健医療の将来検討委員会」を設置する。保健アコードを受けての設置であったこと、また委員会を率いたのが前サスカチュワン州首相、ロイ・ロマノウであったことによって、この委員会(通称ロマノウ委員会)の威信は、いやが上にも高まった。サスカチュワン州は、初のカナダ健康保険制度を設けた州であり、しかもロマノウは、その制度を実現した協同連邦党の後身である新民主党首として州首相を務めた人物であった。実は当時カナダの医療保障は、連邦一州関係の緊張のほかに、社会的ニーズに十分な応答性を欠くとの批判が強くなっており、国民の間での制度への信頼が1988年の56%から1998年には20%にまで低下していた。その理由は資金不足のほか、サービスの濫用、病床不足、長期待機リスト、医師/看護師不足などが挙げられている(NACA 2000)。とり

わけ心臓バイパス手術の待機期間の長さは、アメリカにおける国民皆保険制度導入の反対キャンペーンでさかんに紹介され、カナダ医療保険制度の問題を象徴するものとなっていた<sup>4)</sup>。こうしたなか、ロマノウ委員会は、政府レベルでの医療システムへのコミットメントを再確認し、信頼回復の方途を見出すことを期待されていたのである。

2002年11月に提出されたロマノウ委員会の報告書は、連邦政府の大幅な財政移転を前提に、CHAの諸原則を再確認し、一層の包括的医療サービスの拡充を求める内容となっていた。ロマノウ報告書は前文34頁、本文357頁の大部であり、その中で合計47の提言を行っている。ここでその骨子を見れば、枠組の現代化(改革)を目指し、第一にカナダ保健誓約(Canadian Health Covenant)を制定することを求めている。これはカナダ市民の保健医療への個人的かつ集団的責任を明らかにし、制度の正当性を再確認する作業である。第二に、カナダ保健法の5原則を堅持し、包括性の中に優先診療と在宅ケアサービスを含めること、カナダ国内における随伴性を徹底強化すること、応答性を第6番目の原則として確立することを提唱している。第三に、第二で謳った応答性原則と関連して、カナダ保健評議会(Health Council of Canada)を創設し、政府間だけでなく、関係者や市民との意思疎通を円滑にし、政策提言や制度改革に役立てることを提言している。

次に財政措置に関する提言を見れば、2005年度までに現金移転補助を保健医療サービス・コストの25%に引き上げることが提唱されている。この水準は、当時の連邦財政補助が想定する水準を65億ドル上回るものであった。このような財源調達基盤安定のため、CHSTから保健医療移転を独立させ、伸び率についてエスカレーター条項をもつカナダ保健移転(Canada Health Transfer: CHT)に再編する。新しい移転制度実現までの間、早急な取り組みの必要な特定項目については、2年間は農村過疎地

での医療アクセスを改善するために15億ドル、診療サービスの待ち時間短縮のために同額、プライマリ・ケアのために25億ドル、在宅ケアのために20億ドルを供出し、2004年度から高額薬剤費用負担のために10億ドルさらに上乘せる。経過措置として追加される移転総額は2003年度35億ドル、2004年度50億ドルに上り、2005年度にはこれらの特別移転は、新移転方式の中に吸収される。

ロマノウ報告が公表されて間もなく、2003年2月連邦一州首相会議(首席大臣会議)が開かれ、医療刷新アコード(Accord on Health Care Renewal)が作成される。そこでは、カナダ保健法の5原則を確認した後、「すべてのカナダ国民は、国内のどこにしようと、支払能力ではなく必要に応じて、遅滞なく医療サービスを受けるアクセスをもつこと」、「カナダ国民の利用できる医療サービスは高品質で効果的、患者本位で安全であること」、「医療システムは将来的に維持可能で、過度な負担を強いものではないこと」を保証すると謳われた。すなわち、適時アクセス、患者本位の高品質サービス、効率性を確保することが強調されたのである。

具体的な改革プランとして、連邦政府は5年間の医療改革基金を設立し、州および準州に財政移転を行う。各州・準州は、基金の定める項目のなかであれば、自由に目的を設定して基金を使用することができる。連邦政府はまたカナダ医療移転(Canada Health Transfer: CHT)を2004年3月末までに創設する<sup>5)</sup>。医療改革基金は、5年間を終えると、2008年3月末までに開かれる首席大臣会議の議を経て、CHTへと統合されるものとする。

2003年アコード以降、医療改革の主たる目標は「遅滞なき、適時アクセス」である。連邦保健相ピエール・ペティグルーは、2004年4月20日の医療政策サミットの開会演説において、「カナダ国民のなかには家庭医との面会予約がとれない、それどころか家庭医を見つけられないことを心配したり、また混み合う救急室で何時間も待たされたり、専

門家の診察あるいは重要な検査を受けるために、何カ月も待たなければならないことを心配している者たちがいる」と指摘し、現行の公的一元医療保障システムを維持するためには、待機期間を解消することが急務であり、連邦一州政府がこの問題に一致団結して取り組む必要があると訴えた。

2004年9月に開催された首席大臣会議では、2003年合意のうえに、医療を強化するための10カ年計画が採択される。それは2000年合意の延長上、直接には2003年合意を受けて、より詳細かつ具体的に問題に取り組む工程を明らかにしたものである。ここでは、計画のなかで最も重視されているアクセス確保の問題を見れば、2007年3月31日までに癌、心臓、診断画像処理、関節代替、視力回復といった優先的分野での手術の待ち時間を相当程度短縮し、従来州や準州の財政に加えて、連邦が待機時間短縮基金を設け、州ごとに策定された待ち時間短縮計画への助成を行う。具体的には、訓練や医療専門家の増員、地域の中核医療センター建設、救急医療とコミュニティ・ケア・プログラムや待機時間を管理する手段の拡充などへの助成が考えられている。

また各州は、医療専門家、診断および処置手続きへのアクセスに関して相互に比較可能な指標を設定し、2005年12月末までに州民に告知することとなった。上記手術の待ち時間に関しては、連邦、州、準州の保健相によって、医学的にも受け入れられるような根拠を持った基準を、やはり2005年末までに開発する。そしてカナダ保健情報機関が、各州の情報公開とは別途、総合的に待機期間対策の進捗状況について報告を行う。待機期間短縮にとって、大きな意味を持つのが、医師を始めとする高技能の医療関係専門家の育成である。2004年首席大臣会議では、医療労働関係の改善や、学際的訓練、高等教育への投資増が謳われた<sup>6)</sup>。

こうした計画は、当然にも大規模な財政出動を必要とする。既に州政府の医療支出は、平均で財

政の4割近くにも達しており、州側としては新たな政策展開のためには、連邦の財政移転拡充を求めざるをえない。2004年9月の首席大臣会議の結果、2004-05年には10億ドル、2005-06年には20億ドルがCHTに追加されることとなった。結果として、2005-06年のCHT総額は190億ドルと、ロマノウ報告の勧告を上回る数字となった。

待機期間短縮に即効性があり、コストもさほどかからない方法として、医師会や保守系シンクタンクの間でしばしば取り上げられるのが、保険外の私的医療サービスの導入である。彼らは、非営利原則に基づく保険医療一本やりが待機期間の延長につながっていると考え、公的保険による医療サービスと私的医療サービスの二本立てにすれば（現行では医師は保険診療と保険外診療を同時に行うことはできないが、それを許容すれば）、待機期間は大幅に短縮できると考える。しかし、かりに医師の数が増えない状態でこうした二層システムを導入すれば、支払能力のある者たちにとって待ち時間は解消されるであろうが、公的保険以外の選択肢を持たない者たちにとっての待ち時間はさらに長くなる可能性がある。また二層制度は、カナダ国民が強く反撥してきたアメリカ型ともいべき市場メカニズムの医療への一部導入であり、カナダ保健法の精神に反することは明白である。

アルバータ州首相ラルフ・クラインは、2005年1月カナダ保健法5原則の精神に反しない形で私的医療サービスを利用する「第三の道」を提唱した。しかしどのような表現をとるにせよ、私的制度の利用が二層医療制度の導入に繋がることは避けられないように思われる。待機期間解消と財政負担回避という点では、公私混合システムは合理的なものに思えるが、たとえ保険がカバーするとしても私的医療機関の活動領域が拡大することにカナダ国民は懐疑的であり、少なくとも好景気が続き、深刻な財政問題が起きない限りは、俄かに多数派の支持を得ることは困難であろう<sup>7)</sup>（岩崎 2005）。

以上見てきたように、カナダ医療保障システムは、CHAにおいて完成された姿を現わしたものの、その後財政難のなかで制度維持の危機が訪れた。この危機は、財政事情の好転もあって、連邦一州の信頼・協力関係が回復されたことによって克服され、現在医療サービスを受けるまでの長期にわたる待機時間の解消が重点的施策目標となっている。実は今日高齢者介護に見られる「施設収容型ケアから在宅ケアへ」という流れも、待機時間解消と大きく関係するが、まずは高齢者介護の現状を俯瞰しておこう。

### 3. 高齢者介護の現状

加齢に伴う慢性疾患、機能障害に対して、カナダでは2つのタイプのケアが提供されている。ひとつは施設収容による継続ケアであり、もうひとつは在宅ケアである。施設収容型継続ケアは、病院と居住型ケア施設によって提供される。病院は特定の継続ケア病床（通常延長療養、補助的、慢性的、複合的療養病床などと呼ばれる）をもつところであり、居住型ケア施設とは、一般には老人ホーム、介護ホーム、長期療養施設と呼ばれているものである。在宅ケアは自宅における治療および生活支援を指す。

急性期ケア以外については、延長療養、長期ケア、継続ケアなど様々な用語が用いられているが、必ずしも概念的に整理されていない<sup>8)</sup>。病院外のケア施設の呼称についても、上記のように様々である。このように多様な用語が用いられるのは、病状やケア、制度の機能および目的の多様性・複雑性を反映している面もあろうが、急性期ケア以外については、連邦レベルでの統一的な基準が存在せず、各州独自のプログラムを展開しているためである。連邦政府はEPF導入に際して、病院保険の対象外であった延長医療について各州への一部補助を開始したが、医療保険基準は適用され

ず、各州は補助への見返りとして情報提供を義務づけられたに過ぎない。CHA制定後も、こうした事情は大きく変わらなかった。CHAのカバーする延長療養は、長期居住施設ケアの介護的側面と、在宅ケアと救急治療サービスの医療的側面に限定されている。ホーム・ヘルパーと成人デイ・ケアはCAPから財政補助を得ていた（現在はCAT）。

高齢者の継続ケアについては、これまで全国的にまとまった資料に乏しかった。近年、カナダ保健情報機構（The Canadian Institute for Health Information: CIHI）が全国的な情報システムの構築に乗り出し、その第一弾として『カナダにおける施設収容型継続ケア 2004-2005』を公表した。そこでの資料は病院部門については、継続ケア報告システムに提出されたオンタリオ州の複合的継続ケア用病床をもつ134の病院、居住型ケア施設についてはノヴァ・スコシア州の7つの老人ホームに限定されているものの、この種の報告書としては初めてのものとして注目される（CIHI 2006）<sup>9)</sup>。

#### (i) 施設収容型継続ケア

上記報告書を見ると、病院での継続ケアで入院が認められたもののほとんど、87%は、他のレベルの病院治療、主に急性期治療から移ってきた者たちである。自宅から直接入院が認められた者は10%、居住型施設からの入院は1%にすぎない。退院者を見ると、2004年度に入院を認められたものに対して76%（18,107人）の割合となっている。短期入院（92日以下）と長期入院（93日以上）患者を比べると、他の病床（主に急性期病床）に移されたものの割合はどちらも12-14%と変わらない。しかし短期入院者の17%が居住型ケア施設に移り、31%が自宅に戻ったのに対して、長期入院患者の場合は、28%がケア施設に移り、16%が自宅に戻っており、数字は逆転する。全ての退院者のなかで、実は死亡ケースが一番多い（短期入院者で35%、長期入院者で38%）。

入院者の男女比率を見ると、女性が56%、男性が44%、全体で75歳以上の割合が64%（女性38%、男性26%）となっている。75歳から84歳までの集団が最も入院率が高く（全体で38%）、これは短長期入院ともにそうになっている。入院患者の63%が心臓や循環器系の問題を抱え、さらに神経症（46%）、高血圧（42%）などが多く見られ、アルツハイマー、非アルツハイマー系の認知症が23%、鬱症が20%と続く。癌患者も26%に上っている。

居住型施設継続ケアへの入居許可は、ノヴァ・スコシア州の7つの老人ホームとサンプルが少ないが、簡単に見ておくと、病院から移ってくる場合が最も多く、61%に上り、自宅から入居する者も4分の1いる。この点は入院の場合とは大きく異なる。他の居住型施設から移って来る者も13%いる。これは希望する施設のベッドが空くのを待っていたケースが多いと考えられる。退院については、2004年度は入居者の22%であり、病院の場合と比べると、極端に低い数字となっている。退院者のうち、短期滞在の3分の2、長期滞在の23%は病院に移っている。死去による退院は、12%となっている。

入居者の内訳を見ると、75歳以上の者が全体の86%と圧倒的多数を占めている。85歳以上の者が55%である。男女比率を見ると、75歳以上84歳以下男性集団が11%に対し、同年齢女性は20%を占め、85歳以上男性集団は12%とそれ以下の集団とあまりシェアに変化はないが、同年齢女性の場合43%と大きく増えており、居住型施設における継続ケアの対象者の多くが85歳以上の女性であることがわかる。健康問題について見ると、神経系の問題が77%、心臓・循環器系の問題が65%、認知症が64%に及んでいるのが目立った特徴である（CIHI 2006）。

CIHIの報告とは別途、長期ケア（Long-Term Care: LTC）について、高齢化に関する全国諮問会議（National Advisory Council on Aging: NACA）の

報告がある。簡単なものではあるが、より広範な地域を対象としているので、概観しておく。まずLTC施設とは、NACAによれば、基本的に部屋、食事、保健サービスや生活上の介護を提供し、薬剤投与管理や身体上の慢性疾患へのケア、人工呼吸器を使用する居住者のモニタリングを行う専門の看護サービスが24時間提供されている施設である。補助員は、居住者の食事や、着替え、洗濯、その他日々の生活上必要な世話をを行う。他の保健専門職者たち、たとえば栄養士、理学療法士、精神科医、呼吸療法士などについても、同様にアクセス可能である。各居住者には、かかりつけの医師（自身の家庭医もしくは施設と提携する医師）が存在する。

LTC施設には様々な年齢層の居住者がいるが、大部分は高齢者、とりわけ85歳以上の人々である。2001年の人口調査によれば、高齢者LTC施設で居住する数は減少傾向にある。75歳以上人口のなかでLTC施設居住者の割合は、1981年の17%から14%に減っている。これは、自活できる健康な高齢者が増えたことや自宅で利用可能なケアが増えたことによる。しかしながら、こうした傾向から、将来LTC施設の役割が継続的に低下するとは楽観できない。85歳以上の高齢者は81年から2倍に増え、現在430万人いる。今後ベビー・ブーマーたちが高齢化すると、この割合は加速度的に増加すると考えられ、将来LTC施設の需要が増加することもありえる（NACA 2005: 2-3）。

施設収容型のLTCについては、既に指摘したようにCHAの基準は適用されず、各州・準州で提供されるサービスであるため、均質ではなく、公的資金支援も十分ではない。自己負担額も各州によって大きく異なる。ユーコン準州では、一日平均18ドルの負担となっているが、ノヴァ・スコシア州では74ドル、ニュー・ブランズウィック州では137ドルとなっている（ユーコン準州については2004年、後の2州については2005年の数字）。ニュー・ブランズウィッ

ク州では、居住者の自己負担額を決める際、所得と資産審査を行っている。審査は、カナダ各州の中で最も厳しいといわれ、同州で家族にLTC施設に収容されるものができると、その自己負担額を払うために、ほぼ全資産を使い果たすことになるといわれる(NACA 2005)。

## (ii) 在宅ケア

カナダでは、加齢に伴う身体能力の低下や慢性疾患、衰弱に対して、体系的に取り組む行政の積極的な姿勢が見られず、結果として割高で、不適切な急性期ケア病院やLTC施設の利用を呼んだという批判が1990年代後半強くなる。CHAによって普遍的包括的なサービスを無料で提供する急性期ケア病院が、それ以外の全ての医学的社会的問題を解決するように期待され、医療コスト増を招いているというのである。1961年から1992年の間、急性期ケア病院の一人当たりの利用率をみれば、その他の年齢集団が押し並べて減少しているにもかかわらず、75歳以上のグループでは、23%増加している(Bergman, et al. 1997)。

このような状態に対して、病院・施設ケアに代わって、大きな注目を浴びたのが、在宅ケアである。在宅ケアサービスとは、身体的あるいは精神的障害をもった人々が自宅で生活できるように医療や社会的な支援を公的財源によって提供するものであり、特に年齢制限はないが、一般には加齢とともにニーズが高まる。近年医学的技術や機材の発達によって自宅療養の可能性が高まったこともあり、在宅ケアへの需要は高まり、かつ多様化しつつある<sup>10)</sup>。在宅ケアサービスは、利用者が慣れ親しんだ環境内に留まれるような生活支援や予防機能を提供することによって、利用者本位のケアを実現しようというものであり、看護師、ソーシャル・ワーカー、療法士といった専門的サービスと家族支援サービスとに分かれる。さらに様々な付加的なプログラムやサービスがある。たとえば

成人のデイ・プログラム(代表例としては、高齢者のデイ・ホスピタルなど)、食事プラン、家事、一時滞在、カウンセリング等の支援である(Shapiro 2002: 1-3)。

在宅ケアが高齢化への対応策として優れていると考えられるのは、それが高齢者の要望に合致しているというだけでなく、それが病院はいうまでもなく長期収容型ケアと比べても、安価な代替機能であることによる。在宅/地域に基礎をおくケアと居住型LTCサービスのコストを比較すると、ブリティッシュ・コロンビア州の調査では、在宅ケアはどのケアについても居住型施設ケアよりも一般的に安上がりである。州の利用者一人当たりのコストは、施設ケアの半分から3分の1程度であり、しかもケアの質は少なくとも同等であると報告されている(Shapiro 2002: 8; NACA 2000: 11)。さらに在宅ケアの重点化が、前節で検討した待機時間の解消に役立つことはいうまでもない。

しかしながら、在宅ケアもまた、CHAでカバーされるサービスではないため、連邦の統一基準がなく、各州・準州が個別にプログラムを提供しているのが現状である。結果として、州が異なれば、資格要件、サービスの質や種類、さらに自己負担額などが変わる。ある州ではあるサービスを受ける資格を持つのに、他の州では同様の状況にあるものがそのようなサービスを受けられない。ブリティッシュ・コロンビア州を例外として(そこでは12カ月の居住期間を要する)、一般的な在宅ケアの資格要件として、3カ月の居住期間、健康保険証、保健医療上のケアの必要性、ケアに適切な家庭環境があること(安全を確保し、信頼できる家族が存在するか、社会的あるいは地域的支援体制が存在すること)、さらに幾つかの州や準州では医師の推薦書が必要である。

こうした要件を充たせば、在宅ケアサービスが受けられるが、サービスの範囲も州によって異なる。在宅ケアのうちCHAの規制が及ぶ医療につ

いては、当然どの州も利用者負担を求めることはない。しかしその他のサービスについては、緊急度や利用者の資産、利用量等の基準に基づいて段階的な自己負担が課せられる。ただし、ほとんどの州では提供されるサービス量とともに負担額に上限が設けられている。サービスの制限は、利用時間量に上限を設ける場合と、コストに上限を設ける場合が見られる。病院での薬剤投与は無料であるが、予後の在宅ケアでの薬剤使用については、自己負担が課され、負担額はやはり州によって異なる(Shapiro 2002: 3)。制度の寛容性に応じて、各州の支出は当然異なる。たとえば、ニュー・ブランズウィック州では保健医療予算の10%近くが在宅ケアに使われているのに対して、ヌナヴット準州では2%以下となっている。各州の平均値は4.5%といったところである。1980-2000年度間に各州の保健医療予算支出は平均7.1%増えているが、在宅ケアはその倍、14%の伸びを示している(Romanow 2002: 174-175)。

在宅ケアとは、病院治療や医師診断といったような特定のサービス群を意味するものではなく、様々なサービス、大きくいって医療と社会的サービスをバランスよく統合的に提供することを目指すものとするのが適当であろう。そこで直ちに問題になるのが、医療ケアと社会的ケア、急性期ケアと継続ケア、地域ケアと施設ケア、等の調整・統合である。各々が別個に存在し、機能している状態を放置すれば、利用者のアクセスにとって障害になるだけでなく、重複するサービスや行政管理などによってコスト増を招く。このような問題を克服するために提唱され、実施に移されてきたのがサービス窓口の一本化であり、利用者のニーズや要望に合わせて、サービスのプランニング、実施を行うケース・マネジメントである<sup>11)</sup>。

窓口で申請を受けつけ、資格調査・認定にあたるのはケース・マネージャーである。ケース・マネージャーの第一の役割は、スクリーニングであり、

有資格者を入れ、それ以外のは撥ねつけることである。次に利用者のニーズや要望にそって、利用可能なサービスを選択、調整したケア・プランを作成する。これによって(サービス)資源の有効利用を図る。さらに限りある資源を管理する必要がある。スクリーニング、資源利用、資源管理が、ケース・マネージャーの役割として期待される。しかしながら実際には、ケース・マネージャーの役割は、各州によって異なっており、必ずしもこれら3つの機能を果たしているわけではない。これらの役割が、ケース・マネジメントにおいて十全に果たされるためには、医療と社会的サービスの専門家たちが各々の領域を越えたチームを作り、患者のニーズを評価し、サービスのプランニングと提供に対してこうしたチームが責任をもち、ケース・マネージャーはそのチームの一員として行動することが重要であるとされる。

このようなチーム体制のもとで、ケア・プラン作成、サービス選択や管理運営、評価、フィードバックという一連の過程と戦略が効果的効率的に流れる。こうしたチーム体制は、各専門分野の縄張り意識を超え、利用者本位の医療と介護の統合的なシステムを確立する上で不可欠と考えられる。ケース・マネジメント・チームは、高齢者の機能低下のリスクを逸早く発見し、最小限に止めるよう、急性期・長期ケア施設の不適切な利用を最小限に食い止めるように努める。その結果、患者のニーズに合った柔軟性と迅速性(病院や施設ケアではなく自宅での支援や介護)が達成される。予防、リハビリ、在宅サービスによって高価な急性期病院の不適切な利用を減らす(Bergman, et al. 1997)。

ケース・マネジメントは各州で採用され、効果を発揮している<sup>12)</sup>。カナダ在宅ケア協会(Canadian Home Care Association: CHCA)<sup>13)</sup>は、意見交換の場を設けたり、出版物や意見書を通じて、在宅ケアに関する情報・知識の普及活動を行っている。CHCAの主張は、上述の記述とほぼ重なるが、特

に強調されている興味深い点について、ここで紹介しよう。第一のポイントは、ケース・マネジメントは、利用者や介護者の意思や価値観を尊重し、彼ら本位になされるべきであるということである。そのためには、円滑なコミュニケーションと利用者・介護者のケース・マネジメントへの参加が重要になる(empowerment)。ケース・マネジメントは、利用者の立場を尊重し、協力を通じ、ニーズに対応し、自立支援を行うものである。利用者の自立と福祉を、あくまで彼ら自身の望む文脈のなかで支援し、コミュニケーション、教育、サービスの選定・促進を通じて、最大化する。ケース・マネージャーは、チームの一員として、保健医療ケアの連続のなかで適切なサービスとオプションを明らかにし、利用者システム双方にとって価値の最適化が実現されるよう、効果的資源利用のバランスをとる。

ケース・マネジメントは以下のような過程に概念化される：スクリーニング、優先順位づけ、資格決定→利用者のニーズ、目標を確定する→ケアとサービス・プランニング、コミュニケーションを要するサービス間の効果的調整、費用対効果の考慮→ケアの実施→患者個人や人口学的な観点からサービス成果のモニタリングと評価、ケアプランのサイクルを考慮した再評価、見直し→サービスの完了。ケース・マネジメントの評価として問われるのは、適切な時点で適切なサービスを調達したか；サービスの重複は防げたか；病院・救急医療の利用は減少したか；患者の健康状態は改善したか；介護者の負担は軽減したか；システムの連携は改善されたか；症状管理は改善したか；施設収容は避けられたか；ケアへの患者の参加は増加したか；患者の目標は達成されたか；患者の満足度は向上したか、等々である(CHCA 2005)。

以上、やや詳細にケース・マネジメントを紹介したが、それは現実の医療と介護システム、しかもそのなかでの制度やサービス提供主体の多様性というものを所与として、そのなかで統合的な保健

医療サービスを実現しようとする、窓口を一本化し、利用者個人のケースにそって、医療から生活支援まで様々なサービスをバランスよく提供するケース・マネジメントが不可欠の要素となると考えられるからである。しかしながら、現状においてケース・マネジメントが医療と介護の理想的な連携を実現しているわけではない。最後に課題と将来的展望を考える。

#### 4. 課題と将来的展望

在宅ケアサービスの充実への高齢者の要望が強く、しかもそれが病院や施設収容型ケアに比べ財政負担が少ないと考えられること、さらに待機時間の解消という観点から、カナダでは高齢化に対応する医療－介護連携の拠点として在宅ケアが推奨されてきた。利用者本位の在宅ケアの統一的提供を図るのが、ケース・マネジメントである。しかし、そこにはなお幾つかの問題が見られる。利用者にとって最も直接的障害となるのは、自己負担である。在宅ケアの自己負担額は、共同負担(copayment)というほどのものではないという声もあるが、施設のほうが安上がりの場合があり、その場合患者やその家族は施設収容を選択する傾向があるとの指摘もある。また一般的に在宅ケアの需要が高まっているにもかかわらず、州政府が従来の病院施設に重点を置くケア政策から、なお発想を十分転換できていないとの批判もある。たとえば、入院患者の診察のほうが訪問診療よりも料金ポイントが高くなっている場合があり、これは当然医師の選好に影響を与えられられる。また病院によっては、リハビリ用の病床がない、あるいはあっても不足しているため、回復のための経過期間さえあれば在宅ケアへとスムーズに移行できるようなケースでも、患者を拙速に長期ケア施設に移してしまう場合がある。現行の在宅ケア政策が不十分なため、結果として専門家の抵抗を生んで

しまうのである(Bergman, et al. 1997; Shapiro 2002)。

また在宅ケアが安価であるという点についても、留保が必要である。在宅ケアのコストはプロフェSSIONALが提供するケアサービスのコストを意味し、インフォーマルなケアサービス、家族や近隣の友人が提供する介護はそのなかに含まれていないからである。たとえば、オンタリオ高齢市民団体連合(the Ontario Coalition of Senior Citizens' Organizations)によれば、在宅ケアの85-90%が家族や友人によって提供されている。ノヴァ・スコシア州でも、80%のケアがインフォーマルな介護者によってなされているとの報告がある。カナダ・コミュニティ・ケア連合会は、10代から高齢者までを含む300万人のインフォーマルな介護提供者がいると推計している。これに加え、ボランティアたちが存在する。インフォーマルな介護の総時間数は延べ20億時間を超え、これに公認ボランティアの9300万時間が加わる。それらを総計すると、ほぼ200億から300億ドルの価値になると推計される。インフォーマルな介護は、社会的に、とりわけ女性にとって大きな負担になっている。ある研究は、介護のストレスを経験したものは63%死亡率が高くなると主張している(Romanow 2002: 183-184)。

もとより、これらインフォーマルな介護に対して、どこまで金銭的対価を与えるべきかについては、演繹的に結論を導き出せる問題ではない。ただ1996年の社会調査では、介護者の44%が介護の直接的結果として、余分の費用が生じると回答している。また介護者の62%が有職者であるが、そのうち半数が(女性介護者の55%、男性介護者の45%)が、退社時間を早めたり、週のうち少なくとも一日は休暇をとるなどしており、介護は仕事に影響を与えていると答え、21%が介護によって体調を崩したと報告している(NACA 2000: 15-16)。インフォーマルな介護者への補償が全くなされていないわけではない。連邦レベルでは400ドルを上

限とする(2000年現在)税クレジットが導入されている(NACA 2000: 15)。また州レベルでは現金給付も導入されている(高橋 1999: 266)。しかしながら、これらの対応策は、インフォーマルな介護者が費やす労力と時間を鑑みれば、微々たるものであり、付け焼刃の感がある。より包括的体系的な介護者への支援策が、将来的にインフォーマル・ケアを安定的に供給するためには不可欠となる。このように考えれば、安価であるというところに住宅ケア推進の根拠を求めることには慎重であるべきであろう。

ところで、たとえケース・マネジメントによる在宅ケアの制度横断的な統合的運営、それを支える基盤であるインフォーマルな介護への支援策が州レベルで理想的な状態で実現したとしても、なお不十分である。これまで繰り返し指摘してきたような州間の格差が解消されない限り、高齢者が在宅ケアの資格は州境で立ち止まる。高齢者が州境を越えた転居を行う場合、A州で彼/彼女が享受した在宅ケアサービスをB州で受けられる保証はない。このような随伴可能性の欠如は、利用者の移動の自由を阻むことになる。要するに、介護についても、医療と同様に全国画一的な基準が必要となる。これについて、連邦-州政府間で再三確認されているが、現実には連邦政府がどこまで財政的な裏づけによって基準を義務化しうるかがポイントになる。

これについても、やはりロマノウ報告が、基本的な方向性を示している。CHAが実際にカバーするサービスが理論的に含まれるべき全てを対象にできないことは財政上止むを得ないにしろ、できるだけ範囲を拡大すること、とりわけ在宅ケアを重視することが提唱されている。病院を含む施設収容型の治療に対して、在宅ケアが節約につながり、さもなければ入院、LTC施設収容となる人々の生活の質とケアを改善する点を確認し、現行のCHAでは在宅ケアは「医学上必要なサービス」に含ま

れていないが、州や準州ではその価値を認め独自の政策を展開していること、しかし自己負担を含め、制度のバラツキが大きいという問題点を指摘し、CHA 保険対象の拡大を求める。そもそも「医学上必要なサービス」とは、病院や医師によるサービスに限られるべきではない。ロマノウ報告によれば、その定義は、誰がどこでサービスを提供するかではなく、利用者のニーズに立脚してなされるべきである (Romanow 2002: 172)。

このように、ロマノウ報告は、在宅ケアの全国的均質化を、新たな立法措置によるのではなく、現行のCHAを拡大解釈・適用することによって実現する戦略を提唱する。現実性・即効性という点では、妥当な見解といえよう。その提言を一層現実的にしているのは、在宅ケアサービスの全てを直ちにCHAによってカバーするのは財政的に困難であることを認め、まずは3つの領域(精神衛生、予後ケア、終末治療)について、優先的速やかにCHAの対象とすべきことを主張している点である。家族や友人などのインフォーマル・ケアについては、その重要性を鑑み、直接的な報酬から税控除、雇用保障、介護休暇や休職まで含め、可能な限り様々な支援を行うべきであるとしている (Romanow 2002: 172)。

以上見てきたように、カナダの保健医療システムは、憲法上基本的に分権的・分断的なものであるが、医療保障については1970年代までに統一的保険制度が確立、1984年CHAによって一応完成された姿を現した。その後、財政移転問題から連邦一州間の対立が続いたが、その政治的ダイナミズムは、財政事情の好転もあって、カナダ医療保障システムの改善を生み出した。改善の過程で、大きくクローズアップされるようになったのは、カナダ保健医療が社会的ニーズに対応できていないことであり、具体的には待機期間の解消、それと密接に関連する医療と介護の切れ目のない継続的ケアの実現、在宅ケアの重点的拡充が目標となった。

現カナダ保守党政権は新自由主義的な方向性を持ち、本来は保健医療においても市場原則の導入を指向していることは明らかであるが、これまでのところロマノウ報告の基本方針を撤回するには至っていない<sup>14)</sup>。とはいえ、財政的人的裏づけのないまま、在宅ケアの重点化が強行されれば、また待機時間解消のため保険外医療が認められていけば、裏口から市場原理を導入することに成功する可能性もある。ただし保健医療制度はカナダの国民統合の象徴ともいわれてきただけに (cf. Evans 1994: 437)、普遍主義原則の侵食に対してカナダ国民は殊の外敏感であり、そのような崩壊的な市場原理導入が試みられるなら、大きな政治的緊張をもたらすことは必至であろう。

#### 注

- 1) 直近の人口推計では以前より若干高齢化の進行が早まると予測されるものの、大幅な修正は見られない。
- 2) とはいえ、カナダは国民皆保険を実現する1971年まではほぼアメリカと同じ支出レベルであり、皆保険制度導入後、アメリカから見ると増大傾向に歯止めがかかったことも指摘しておくべきであろう (Rachlis & Kushner 1994: 192)。
- 3) 連邦と州の他に、カナダでは準州が存在し、正確には「連邦一州・準州」と記載すべきであろうが、本稿では便宜上「連邦一州」と表記する。
- 4) 一般医が専門医を紹介し、専門医の治療が行われるまでの総待機期間は、10州の12医療項目の平均で見て、17.9週であった。最短はマニトバ州の14.8週、最長はサスカチュワン州の33.3週であった (Fraser Institute 2004)。
- 5) CHSTは、CHTとカナダ社会移転 (Canada Social Transfer) とに分割される。
- 6) 2003年首席大臣会議から2004年首席大臣会議までの記述は、Health Canada (カナダ保健省) のホームページ (website) で得た情報をもとにしたものである。
- 7) 医療制度の特質や変遷については、内容的に新川 (1999) ; (2005) 等で繰り返し紹介してきたところであり、とりわけロマノウ報告以後の展開に関する記述は、新川 (2005) とほぼ重複する。
- 8) カナダ保健省によれば、継続介護とは、「身の回りの世話を自分で行う能力を持っていない、あるいはその一部を損失し、日々の生活のなかで助けを必要とするような個人に与えられる一連の医療的社会的

サービス]である。「これらのサービスはしばしば自宅で始まるが、病院や施設内ケアと通常結びつきより集中的なケアレベルも含む」。「ケアの目的は必ずしも治癒ではなく、健康と機能の安定化、改善であり、機能をできるだけ長く維持することにある場合もある」(CIHI 2006: 2)。

他に長期ケアという言葉があり、これは継続ケアと同様に使われる場合もあれば、長期施設ケアをさす場合もあり、さらに支援サービスを指すこともある。各政府レベルでの様々な用語法の違いについてまとめたものとして、今日では若干古くなったが、Hollander & Walker (1998)が便利である。

- 9) 今後各州の資料が提出され、体系的なデータ・ベース化がなされる予定のようである。
- 10) 1998年の世論調査では、回答者の84%が全国的な在宅ケアプログラムを支持している(NACA 2000: 9)。
- 11) 「窓口の一本化」は、1984年にアルバータ州で、1989年にはニュー・ブランズウィック州で始まったといわれる(高橋 1999: 267)。
- 12) 幾つかの具体例を紹介しよう。アルバータ州エドモントンのCHOICE (Comprehensive Home Option of Integrated Care for the Elderly)は、日本のデイ・サービスとよく似た内容である。適切な栄養摂取、運動、社会的接触を通じて健康を促進しようというもので、一週間のうち3ないし4日、高齢者がデイ・センターに通うのをCHOICEのスタッフが送り迎える。センターでは、医師、看護師、ソーシャル・ワーカー、歯科医師、食事ケアの専門家たちやリハビリの専門家たちが、慢性的症状を持つ人たちを診断、健康状態をチェックし、症状が深刻になる前に適切な処置を行う。通所者は、栄養バランスのとれた食事、同年輩の友人たちとのふれあい、様々なレジャー活動を行う(NACA 2000: 5)。

ヴィクトリア州のQRT (Quick Response Team: QRT)は、1987年に救急隊や急性期ケア病床への需要を緩和するために設けられた。QRT設立前は、体力の低下している高齢者が、一人暮らしで転倒すると、即入院ということになった。骨折しておらず傷やあざができただけで、なんら急性期ケアが必要ではない場合でも、怪我によって一人暮らしが困難になると、入院していたのである。QRT設立によって、高齢者は迅速により適切なケアを受けられるようになった。たとえば、短期の間なら自宅で24時間ケアを受けることができるし、もし3日経ってなお援助が必要な場合には、在宅ケアを受けられる。QRTは1日15時間体制をとっている。ヴィクトリア州で始まったQRTは、アルバータ州とサスカチュワン州で広がりを見せており、地域によっては24時間体制を敷いている(NACA 2000: 7)。ケベック州モントリオール市のSIPA (the French-

language Acronym for Integrated Care for Seniors)は、体の弱った高齢者に包括的統合的コミュニティ・ケアを提供し、必要に応じて病院やLTCセンターとも連携している。SIPAに登録している高齢者は、週7日間、1日24時間、必要なサービスをただちに提供してもらうために、看護師を呼ぶことができる。1999年にスタートして以来、SIPA登録高齢者の間では、LTC入居許可を求める数が半減し、病院の入院患者のうち高齢者の占める割合は、3分の1に減ったという(NACA 2000: 9)。

- 13) 非営利であり、公的基金に基づく在宅ケアプログラム、非営利サービス機関、消費者、研究者、教育者、その他の利害関係者を含む600を超える団体と個人をメンバーとする全国組織である。
- 14) ハーパー首相は、政界から一時引退していた1997-2000年の間、公的健康保険制度撤廃を求めて設立された国民会議(National Citizens Council)の副会長、さらには会長を務めている(新川 2006: 169)。

#### 参考文献

- 池上岳彦 1996「カナダのブロック補助金とその改革論」『新潟大学経済論集』第60号。
- 岩崎利彦 2005「カナダの医療保障制度について—二層医療制度と処方薬剤価格における最近の動向を中心に—」2005年1月22日関西カナダ研究会報告(於：関西学院大学梅田キャンパス)。
- 新川敏光 1999「医療保険—財政連邦主義の終焉—」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3：カナダ』東京大学出版会。
- 新川敏光 2003「カナダ」『世界の社会福祉年鑑2003』旬報社。
- 新川敏光 2005「カナダ医療保険の現状と課題」『都市問題研究』第7巻第8号。
- 新川敏光 2006「カナダ連邦政治と国家統一—その持続と変容—」京都大学『法学論叢』第158巻第5・6号。
- 高橋流里子 1999「高齢者福祉サービス」城戸喜子・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障3：カナダ』東京大学出版会。
- ボノーリ、ジュリアーノ&新川敏光 2004「西ヨーロッパ、北米、東アジアにおける高齢化と年金改革の論理」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』ミネルヴァ書房。
- Bergman, H., et al. 1997. "Care for Canada's Frail Elderly Population: Fragmentation or Integration?," *Canadian Medical Association Journal* 157 (8): 1116-1121.
- Boychuk, Gerard W. 2001. "Aiming for the Middle: Challenges to Federal Income Policy," in G.B. Doern, ed., *How Ottawa Spends 2002-2003*, pp. 123-144. Don Mills, Ontario: Oxford University Press.

- CHCA (Canadian Home Care Association) 2005. "Home Care Case Management." Summary of the Proceedings submitted at Invitational Roundtable, March 3 & 4, 2005.
- CIHI (Canadian Institute for Health Information). 2006. *Facility-Based Continuing Care in Canada, 2004-2005: An Emerging Portrait of the Continuum*. Ottawa: CIHI.
- Evans, R. 1994. "Canada: The Real Issues," in J. A. Morone and G. S. Belkin (eds.), *The Politics of Health Care Reform*, pp. 463-486. Durham: Duke University Press.
- Fraser Institute. 2004. *Waiting Your Turn: Hospital Waiting Lists in Canada*, 14<sup>th</sup> ed.
- Health Canada (in collaboration with the Interdepartmental Committee on Ageing and Seniors Issues). 2002. *Canada's Aging Population*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- Hollander, M. J., and E. R. Waler. 1998. "Report of Continuing Care: Organization and Terminology." Prepared on behalf of the Federal/Provincial/Territorial Committee of Officials (Seniors) for the Minister Responsible for Seniors (December).
- NACA (National Advisory Council on Aging). 2000. "The NACA Position on Home Care." A position paper adopted by NACA members on March, 2000, following their 58th Council Meeting.
- NACA. various years. *Expression: Bulletin of the National Advisory Council on Aging*.
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). 1998. *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*. Paris: OECD.
- Statistics Canada 2005 *The Daily* (December 15).
- Rachlis, M. and C. Kushner. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Harper Prentice Hall.
- Romanow, Roy J. 2002. *Building on Vales: The Future of Health Care in Canada*.
- Rosenberg, Mark W. 2000. "The Effects of Population Ageing on the Canadian Health Care System," SEDAP (Social and Economic Dimensions of an Aging Population) Research Paper No. 14.
- Shapiro, Evelyn. 2002. "Home Care," *Health Transition Fund Synthesis Series*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.
- World Bank. 1994. *Averting the Old Age Crisis: Politics to Protect the Old and Promote Growth*. New York: Oxford University Press.

(しんかわ・としみつ 京都大学教授)

## オランダにおける医療と介護の機能分担と連携

大森 正博

### ■ 要約

本稿では、オランダの医療保険制度、介護保険制度の概要を説明し、さらに医療・介護の間の連携が制度としてどの様に設計されているかを検証した。

オランダは2006年に特に医療保険制度(“Compartment 2”)において、保険制度の統合、保険者の私企業としての位置づけ、営利企業の参入を容認すること、無事故払戻制度の導入などの大きな制度改革を行った。そこでは、Compartment 2における「規制された競争」の強化の意図が見て取れる。

次に、医療と介護の連携についての制度設計を検証した。病院内の医療と介護の連携、病院と病院外のナーシング・ホームなどの介護サービス提供者の連携、さらに一次医療と二次医療の間の連携を検討した。医療と介護の連携において必要なものは、制度的な整合性はもちろん重要であるが、さらに大切なものは、被保険者のために行動する主体の存在である。この重要な仕事をどの主体に任せるべきなのかは、制度設計のあり方も相まって、重要な課題である。また、この主体に期待している仕事を遂行させるためにどのような仕組みを考えるかも重要な政策的課題であろう。

しかし、その一方で医療と介護の連携に重大な支障を来すウェイティング・リスト問題は依然として、オランダの医療・介護制度に根強く存在している。

### ■ キーワード

特別医療費保険、Compartment 1、短期医療保険、Compartment 2、医療保険制度改革、規制された競争、ウェイティング・リスト

## I はじめに

日本では、現在、高齢化の進展を背景として、医療費の増加、介護サービスに対する需要の急激な増加が進行中であり、今後もその傾向が続くと予想されている。こうした現状の下で、今後の医療制度、介護制度のあり方が問われているといえよう。

本稿で対象とするオランダも日本と同様の問題を抱え、1980年代終わりから積極的に医療制度および介護制度の改革を試みている。図1はOECD Health Data 2005を利用して、オランダ、日本を含め

て5カ国の国民医療費の対GDP比の推移を見たものであるが、オランダの国民医療費の対GDP比が着実に増加していることが観察できる。

表1は、オランダの医療・介護費の内訳を見たものである。この中で、私的保険とZFW (Health Insurance Act, Ziekenfondswet)が、日本でいうところの医療保険にあたり、AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten))が日本の公的介護保険に該当する。いまや、金額的にも、介護にかかる費用が医療費に匹敵するだけのウェイトを占めていることが分かる<sup>1)</sup>。医療のみならず介護にかかる

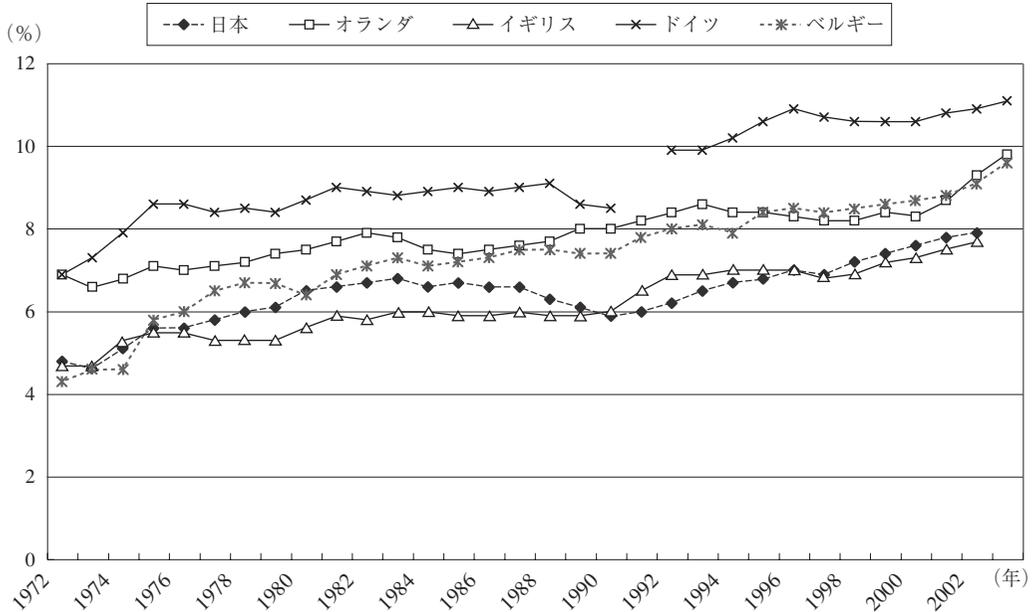


図 1 国民医療費の対GDP比の年次推移

表 1 オランダの医療保険制度の費用構造 (100万ユーロ)

	2003	2004		2003	2004
公的保険			公的保険		
AWBZ	20,156	21,197	AWBZ	44.2%	44.7%
ZFW	16,778	16,830	ZFW	36.8%	35.5%
私的保険			私的保険		
Supplementary ZFW	1,098	1,581	Supplementary ZFW	2.4%	3.3%
私的保険	7,520	7,857	私的保険	16.5%	16.6%
合計	45,554	47,464	合計	100.0%	100.0%

出典：VEKTIS 2005 Table1-1

表 2 治療サービスの待ち時間

(週)

	2001年12月	2002年5月	2004年
(病院の)外来サービス	5.1	5.5	4.2
Day treatment	5.7	5.4	4.9
クリニック	6.7	6.3	5.5

出典：Jaarbeeld Zorg 2004/NVZ-databank

表3 高齢者介護サービスの待ち時間

(日(サービス1単位あたりの平均待ち時間))

	2001年3月1日	2001年10月1日	2002年11月	2003年10月
Home care (内訳)				
Home help	188	191	166	128
Basic care	273	300	299	218
Care	174	158	155	185
Nursing	89	100	150	138
Residential homes (内訳)				
Admission to assisted living and care	456	460	418	375
Additional nursing home care	293	274	201	195
Nursing homes (内訳)				
Admission to somatic nursing home	213	209	201	197
Admission to psychogeriatric nursing home	303	285	245	230

出典：Jaarbeeld Zorg 2004 / Bureau HHM and reports from the CVZ

費用も含めて、その費用の効率的利用を考えなければなくなっていると思われる。実際に、AWBZの費用は2003年の200億ユーロから2020年には485億ユーロに増加し、それに伴って、保険料は、2003年時点の12.3%から、2010年には17.2%、2020年には24.1%まで上昇するという予想が危機感を持って保健・福祉・スポーツ省のレポートの中に示されている<sup>2)</sup>。

また、資源の効率的利用という観点からオランダに特有の問題として、ウェイティング・リスト問題がある。表2は、オランダの治療サービス(Curative care)の待ち時間の状況を示している。病院の外来サービスを受診するのに、2004年時点で4週間ほど待たなければならないことが分かる。同様の問題は、医療だけではなく、介護の分野にも及んでいることが分かる。表3は、高齢者介護サービスの待ち時間を示している。例えば、ホーム・ヘルプは4カ月超、ナーシング・ホームは6カ月から8カ月近くも入所を待たなければならない。このウェイティング・リスト問題は、長らく、オランダの医療・介護制度の問題点として存在し続けてきており、患者、要

介護者の厚生を下げる問題として、歴代の政権から意識され続けてきた。具体的な対策は、ウェイティング・リストの問題が深刻であると考えられる分野に医療費を追加的に配分することであった<sup>3)</sup>。こうした施策は、ウェイティング・リスト問題を緩和したが、根本的解決にならないばかりか、医療費の増加に輪をかけることとなった。ウェイティング・リストの要因はさまざま考えられるが、そこに潜んでいる1つの要因は、非効率的な資源の利用である。

こうした医療・介護費の増加、ウェイティング・リストの問題に対しては、医療・介護サービスを効率的に利用する仕組みをどの様に構築するかが重要な政策的課題になる。効率性を考える場合には、一定の品質のサービスを低い費用で生産するという視点と患者がサービスに対して、望む品質を提供できるかどうかという視点と両方が必要になる。また、同時に消費者に対して医療・介護サービスの公平な分配をはからなければならないが、この2つの課題に対応する医療・介護制度を構築することは簡単なことではない。

本稿では、オランダの医療・介護制度の連携が

制度としてどの様に設計されているかを検証することを目的にする。本稿の構成は以下の通りである。IIでは、オランダの医療、介護保険制度の現状を概観する。IIIでは、オランダの医療・介護の連携を支える仕組みについて考察する。IVでは、結論が述べられる。

## II オランダの医療・介護保険制度

### 1. 医療・介護保険制度の概観

オランダは、日本と同様に社会保険を採用している。オランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。“Compartment 1”は、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心としてカバーする保険であり、“Compartment 2”は、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保険である。ここでは、前者を特別医療費保険と呼び、後者を、短期医療保険と呼ぶことにする。また、“Compartment 3”は、公的保険でカバーされないサービスをカバーしている保険である。Compartment 1は、いわゆる介護保険で、Compartment 2は日本でいう医療保険にあたる。

### 2. Compartment 2

まず最初に、Compartment 2について解説しておこう。このCompartment 2は、近年、積極的に制度改革が行われてきた部門であり、2006年からさらに大幅な制度改革が実施された<sup>4)</sup>。

Compartment 2では、短期の医療費がカバーされる。根拠法規は、2006年1月1日より施行された健康保険法(Health Insurance Act, Zorgverkeringswet)である。Compartment 2については、2005年までは、加入者の年取、身分によって3つの制度が分立していた。3つの制度とは、疾病基金保険と公務員保険と「私的保険」である。新しい健康保険法になって、制度が一本化されたことになる。

以下では、2006年1月1日から施行された新しい健康保険法に基づく制度の概要を紹介することしよう<sup>5)</sup>。

### (1) 被保険者

オランダの居住者および非居住者であっても支払給与税(payroll tax)を納めている者は、保険への加入義務がある。数少ない例外が、オランダ軍人と良心的な保険加入拒否者(Conscientious objectors)である。オランダ軍人は、Compartment 2にあたる医療サービスについては、軍から供給される<sup>6)</sup>。また、良心的な保険加入拒否者とは、保険の考え方に反対している人々であり、AWBZの保険料も納めておらず、健康保険にも加入する義務はない。ただし、この場合には、租税の形で所得比例の負担金を支払わなければならない。これらは、健康保険審議会(CVZ(Health Insurance Board))に設置された独立勘定の中にプールされ、良心的な保険加入拒否者が医療サービスを需要するときに利用することができる。これは実質的には医療貯蓄制度と同じ役割を果たしているといえよう<sup>7)</sup>。

### (2) 保険者

Compartment 2の保険者は、私的な健康保険会社であり、“Care insurer”と呼ばれている。従来、疾病基金保険の保険者は健康保険金庫であり、健康保険法の上で非営利を義務づけられており、配当を禁止されていた。しかし、2006年1月1日からCompartment 2の保険者は、私企業としての性格を持たされることになった。つまり、Compartment 2において保険者となるためには、オランダ中央銀行(The Dutch Central Bank、DNB)から生命保険以外の中で特定分野の免許を許可されていれよい。ここで、特定の分野とは、労働災害と労働傷病、疾病のことを意味する。言い換えると、これらの免許を所持していれば、営利か非営利かを問わず、Compartment 2への参入が可能になる。か

表 4 保険者の数の年次推移

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
疾病基金保険	37	27	27	25	25	22	22
私的保険	81	50	50	47	46	44	35
内訳	Private	68	47	47	44	43	40
	Public	13	3	3	3	3	4
総数	118	77	77	72	71	66	57

出典：VEKTIS (2002) P.11, VEKTIS (2004) P.11, VEKTIS (2005) P.11 より筆者が作成。

くして、配当を行う営利の民間のノンライフの保険会社も Compartment 2 への参入が可能になった。

ただし、Compartment 2 に参入した保険者は、健康保険法の下で公的な規制を受けることになる。

保険者は、加入を求めてきた者の保険加入を拒否することは、2006 年からも引き続き禁じられている。また、後述するように、保険商品の内容の差別化は多少は出来るものの、同じ商品については、年齢、性別、身体状況などによって保険料を差別化させることは禁止されている。つまり、保険者が被保険者のリスク状況に応じて、リスク・セレクションを行えないようにしている。

また、保険者は営業を行う地域についても規制を受けている。被保険者数が 850000 人以上であれば、一部の地域に限定して営業を行うことはかなわず、全国展開しなければならない。

表 4 は 2004 年までの保険者の数の推移を示している。また、表 5 は、オランダ健康保険者連合会 (DutchCare Insurers, Zorgverzekeraars Nederland) に加盟している Care insurer である。2005 年の加入者数で多い順番に上位 6 社をあげると、Aschmea (2700 万人)、CZ (2000 万人)、VGZ (2000 万人)、Menzis (1700 万人)、Agis (1800 万人)、ASR (1000 万人) である<sup>8)</sup>。

表 5 Compartment 2 の Care insurers

Achmea Zorg
Agis Zorgverzekeringen
Amersfoortse Zorgverzekering
Avero Achmea
Avizo
AZVZ
Confior Zorgverzekeraar NV
Cooperatie VGZ-IZA Groep u.a.
CZ Actief in Gezondheid
De Friesland Zorgverzekeraar
Delta Lloyd Zorg
FBTO
Fortis ASR
Groene Land Achmea
OHRA B.V.
ONVZ Zorgverzekeraar
OOM Verzekeringen
OWM Anderzorg UA
OWM Menzis UA
OZ zorgverzekeringen
OZF
PNO Ziektekosten
PWZ Achmea
Salland verzekeringen
Unive Zorg
Zilveren Kruis Achmea
Zorgverzekeraar DSW
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid

出典：Zorgverzekeraars Nederland の website より作成。

### (3) カバーされるサービス

Compartment 2では、治療サービス(Curative care)がカバーされる。大別すると、医療サービス(Medical care)、パラメディカルのサービス(Paramedical care)、出産サービス(Maternity care)、医薬品(Pharmaceutical care)、医療機器(Medical devices)、口腔サービス(Mouth care)、入院・入所(収容施設)サービス(Accommodation)、患者の移送サービス(Transport of patients)から成る。

#### ① 医療サービス(Medical care)

具体的には、GP(General Practitioner)、専門医、臨床心理士、助産師のサービス、検査、看護、遺伝性の病気、非臨床血液透析、慢性的な呼吸不全の治療、血栓症予防装置が含まれている。

ただし、専門医のサービスの中には100%カバーされていないものもある。例えば、心理療法のセッション、一次的心理療法のセッションについては、患者は全額自己負担を求められる。ただし、自己負担の金額は、規制により上限が決められている。

#### ② パラメディカルのサービス(Paramedical care)

理学療法、運動療法、言語療法、作業療法、栄養指導が含まれている。ただし、利用の制限も存在する。

18歳以上の被保険者の理学療法、運動療法の利用は、慢性的障害がある場合に限定される。また、各々の障害について、最初の99回のサービスは保険のカバーから除外されている。一方18歳未満の被保険者は各々の障害について、1年間に9回のサービスが保険でカバーされている。

言語療法については、言語機能、言語能力の回復が見込まれる場合のみ保険の対象となる。作業療法も、被保険者が自立、自助できるようになる目的の場合に限定され、サービスの量も年間で10時間までと制限がある。栄養指導も年間で4時間までと保険でカバーされるサービスの量の上限が

設定されている。

#### ③ 出産サービス(Maternity care)

出産サービスは、生後10日間までの母子に対するサービスを意味している。

#### ④ 医薬品(Pharmaceutical care)

医療目的の医薬品、食品から成っている。

#### ⑤ 医療機器(Medical device)

対象になるサービスは、基本的に被保険者が自宅で利用する医療機器である。失禁用の材料、糖尿病の試験紙の様なものから補聴器、義足まで幅広い。

#### ⑥ 口腔サービス(Mouth care)

18歳未満の被保険者は、定期歯科検診、歯周病のケアのみならず6歳からの歯のフロリデーション(フッ化サービス)も受けることができる。ただし、フロリデーションは年に2回までと回数が制限されている。

18歳以上の被保険者は、原則として口腔外科サービスとそれに付随するX線検査、義歯に限定されている。

#### ⑦ 入院・入所(施設)サービス(Accommodation)

365日までの入院・入所サービスがカバーされている。それを超える(366日目からの)入院・入所サービスは後述するAWBZでカバーされる。

#### ⑧ 患者の移送サービス(Transport of patients)

医師の指導の下に状況に応じて、救急車、タクシー、自家用車を利用した移送サービスがカバーされている。この移送サービスには、電車、バスなどの公共交通を利用した施設への行き帰りの移送サービスも含まれているが、最も低い等級の乗車券を利用するように限定されている。

ただし、被保険者は公共交通、タクシー、自家用

車を利用する場合、一定の一部負担を支払わなければならない。自家用車の場合は、キロあたり換算で費用が償還される。

被保険者が普通の座る姿勢で自動車を利用する場合について、保険でカバーされるのは以下の4つの場合に限られる。血液透析、化学療法・放射線療法、同伴者なしに移動できない視覚障害者、車いすの利用者である<sup>9)</sup>。

#### (4) Compartment 2の仕組み

ここでは、実際に被保険者がどの様に医療サービスを需要できるのか、順を追って説明したい。被保険者は、被保険者の資格を得てから4カ月以内にCare insurerと契約をする必要がある。どのCare insurerを選ぶかは、被保険者が居住する地域で営業しているCare insurerであれば、自由であり、毎年変更できる。

逆に、Care insurerは、保険加入を求めてきた者を拒否することは禁じられている。また、保険商品の内容の差別化は多少は出来るものの、同じ商品について、年齢、性別、身体状況などによって保険料を差別することは禁止されている。つまり、保険者が被保険者のリスク状況に応じて、リスク・セレクションを行えないようにしている。

Care insurerの提供する保険商品は、2005年までは現物給付のみであったが、2006年から費用償還方式の保険商品も可能になった。前者を現物給付モデル(In-kind model)、後者を費用償還モデル(Reimbursement model)と名付けている<sup>10)</sup>。現物給付モデルの契約を消費者が選択すると、消費者は保険者が契約を行った医療サービス供給者からサービスを現物給付で受けることが原則になるが、保険者が契約していない医療サービス供給者からサービスを需要することもできる。その場合には、保険者が設定する一定の金額の費用償還を受けることができる。一方、費用償還モデルは、被保険者が保険者が契約をしていない医療サービス

供給者からサービスを受ける場合に対応している。被保険者は医療費をいったん医療サービス供給者に支払い、保険者から費用償還を受ける。保険者は費用償還の額に上限を設けることは規制されているが、医療サービスの市場実勢価格よりも高い費用を償還することは強制されていない。保険者は、さらに現物給付モデルと費用償還モデルを組み合わせた保険商品を提供することも許可されている。

Care insurerは、被保険者に対する医療サービスの内容について、価格、品質にかかわる事項について、医師を始めとする医療関係者、病院などのサービス供給者と契約する。価格、品質にかかわるサービス内容についても、個々の事情ないし企業努力によって、変更することができる。ただし、サービスの価格については、医療料金法(The Health Care Charges Act(WTG))による規制があり、CTG/ZAio(National Health Tariffs Authority/Care Authority, College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.)において決められた診療報酬点数を上限として、交渉によって決定することができる。いわゆる上限価格規制(Price Cap Regulation)である<sup>11)</sup>。

#### (5) 財源

Compartment 2の財源は2005年以前から引き続き、以下の4種類の財源から成っている。以下の内、②、③は、健康保険基金(the Health Insurance Fund)に集められる。

- ① 定額保険料(Nominal contribution)
- ② 所得比例保険料(Income-related contribution)
- ③ 公的補助金(The public funds)
- ④ 自己負担金(Personal contribution)

被保険者は原則として自己負担なしで医療サービスを需要することができるが、2つの例外が存在

する。1つは、保険契約のときに現物給付モデルを選んだが、保険者が契約をしていない医療サービス供給者からサービスを受けた場合である。もう1つは、医療サービスの種類によって、自己負担が必要なサービスが存在する場合である。

所得比例保険料は、支払給与税の対象となっている給与に関連して決められる。2006年の保険料率は、6.5%である。保険料は被用者の場合は給与から天引きで、内国歳入庁(The Inland Revenue Service)が集める。

所得比例保険料については、助成措置が用意される。被用者の場合は、雇用環境に応じて必要になる医療サービスの費用を勘案して、使用者が保険料の一部を負担する。自営業者、退職者については、この措置は適用されない。

国はCare insurerに対して、補助金を投入する。補助金の投入にはいくつかの根拠が存在する。第一に、18歳未満の被保険者の保険料の補填を行うことである。第二に、保険者が財政危機に陥ったときの補助金である。そして、戦争やテロなどの交戦時にも補助金は投入される。

定額保険料は、各保険者が18歳以上の被保険者に対して課す。保険者によって定額保険料は異なり、また、同じ保険者の中でも保険商品の内容によって差別化することができるが、同じ保険商品を対象となる被保険者の性別など属性の違いによって差別化することは規制されている。

所得比例保険料、公的補助金は、一度、一般基金(General Fund, AK (Algemene Kas))に集められる。この基金に集められた資金を、マクロ医療予算(The Macro Health Care Budget)と呼ぶ。この予算額は、健康・スポーツ省が作成した予算教書である「医療覚え書き(The Health Care Memorandum)」に基づいて決定される。健康保険審議会は、健康・スポーツ大臣の監督の下で、大臣が提示した予算配分の一般的原則に則って、この一般基金を管理し、それぞれのCare insurerに予算を配分する。

予算は、過去の実績に基づいて決められる部分(historical basis)と保険加入者のリスクに応じて決められる部分(normative basis)から成る。

予算の決定は以上の通りであるが、予算よりも、現実にかかると予想される費用が上回ると考えるときには、Care insurersは、保険加入者に対して定額保険料を科す。定額保険料は、Care insurersによって異なり、2006年は平均で1015ユーロ/年である<sup>12)</sup>。

定額保険料が所得に比して高額になり支払えない被保険者が出てくると、Compartment 2へのアクセスが難しくなる可能性がある。この事態を回避するために、医療サービス手当法(Health Care Allowance Act)が準備されている。具体的には、被保険者にミーンズ・テストを行い、国から定額保険料の補助金を与える<sup>13)</sup>。

また2006年から無事故払戻制度(No-claim refund)と免責控除制度(Personal Excess)が設けられている。

無事故払戻制度は、医療サービスの利用が無かったか、あったとしても少なかった場合に、定額保険料の一部を被保険者に返金する仕組みである。ただし、この制度は、GPサービス、助産師サービス、出産サービスなどのサービスは対象外である。

また、免責控除制度は、18歳以上の被保険者が自ら免責控除金額を設定し、その金額以内の医療費は自己負担とする。健康保険法では、免責控除金額は、100ユーロ、200ユーロ、300ユーロ、400ユーロ、500ユーロに設定されており、それぞれの免責控除額に応じて保険料の割引を受けることができる。

Compartment 2では、サービスによって被保険者が自己負担を支払うケースがあるが、その場合の自己負担金額は、無事故払戻制度、免責控除制度の適用においては考慮されない。

## (6) 「規制された競争 (Regulated Competition)」の強化

オランダでは、1980年代後半の「デッカー・プラン (Plan-Dekker)」、「シモンズ・プラン (Plan-Simons)」の構想に始まり、今日に至るまで、医療・介護制度改革が紆余曲折を経ながらも継続的に実施されてきている<sup>14)</sup>。オランダの医療・介護制度改革で、「デッカー・プラン」以来今日に至るまで、変わらず中心にあるのが、「保険者」を核にした競争原理の導入の考え方である。「規制された競争 (Regulated Competition)」と呼ばれるこの考え方は、競争原理を利用して、効率的かつ消費者にとって適当な医療サービスを提供するための政策的手法のアイデアである<sup>15)</sup>。

デッカー・プランの当初のアイデアでは、医療保険、介護保険を統合した形で「規制された競争」を導入することになっていたが、1995年の改革のあたりから、特に Compartment 2 に限定して、「規制された競争」を導入する政策選択の方向性が定着しつつある。2006年1月から実施された新しい医療保険制度改革では、この方向性がますます明確になってきている。

「規制された競争」とは、以下のような仕組みである。保険者は、加入している被保険者のリスクに応じて、事前的費用償還を受け、診療報酬の上限価格規制などの制約下で、医師、医療機関などとサービスの価格、質について、交渉し、契約することができる立場にある。保険者は、被保険者から毎年1回選ばれるので、消費者にとってよりよいサービスを医師、医療機関などから供給してもらえるように努力するインセンティブを与えられ、結果として、被保険者に最も望ましい医療が提供されるというのがその筋書きである。具体的には、保険者は、事前的費用償還の金額よりも実際に医療サービス供給者に支払った費用の方が大きく、赤字が出ると、被保険者に定額保険料として請求しなければならないので、できるだけ定額保険料

が低くてすむように、サービス供給者との交渉を行い、費用の効率的な使用を試みる。被保険者がサービスの価格、質を評価できるという前提のもとでは、保険者は、定額保険料を低くする努力ばかりでなく、サービスの質を高める努力をしなければならなくなる。

2006年1月1日から、保険者に営利を認め、制度を一本化することにより、市場を広くした。また、現物給付のみならず、償還払い制度、および両者の組み合わせを可能にし、多様な保険商品の開発を可能にするなど、競争のための手段を充実させたことにそれが表れている。また、競争を促進させるために、オランダ医療サービス庁 (Netherlands Care Authority (NZa)) を設置したことも注目される。

### 3. 特別医療費保険……“Compartment 1”

次に長期化した疾患をカバーする保険について解説しよう。この保険は特別医療費保険と呼ばれ、根拠法は特別医療費補償法 (The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)) である。これが、日本で注目されている公的介護保険にあたる。特別医療費保険は、1968年より施行され、改変を経て今日に至っている<sup>16)</sup>。

#### (1) 被保険者

保険加入については、オランダの居住者、非居住者でも支払給与税の対象者は原則として強制加入である<sup>17)</sup>。加入条件を満たしているにもかかわらず、加入を拒否する場合は、追加的な所得税を課されることになる。非居住者であっても、オランダで雇用され、賃金の支払いを受け、所得税を納めている場合は、強制加入である。なお、子どもについては、両親がAWBZに加入しているかどうかは関係なく、その子ども自身が加入条件を満たしているかどうかで加入が認められる<sup>18)</sup>。

表 6 特別医療費保険 (AWBZ) の Health Care Office

Region	事務代行者
Amstelland en De Meerlanden	Zorg and Zekerheid
Amsterdam	Agis Zorgverzekeringen
Apeldoorn/Zutphen	Agis Zorgverzekeringen
Arnhem/Twente	Menzis Zorg
Delft/Westland/Oostland	Zorgverzekeraar DSW
Drenthe/Zwolle/Flevoland	Groene Land Achmea
Friesland	De Friesland Zorgverzekeraar
Groningen	Menzis Zorg
Haaglanden	DeltaLloyd Zorg
Kennemerland	Zilveren Kruis Achmea
Midden Brabant	Zorgverzekeraar VGZ
Midden Holland	Zorgverzekeraar Trias
Midden Ijssel	Salland Verzekeringen
Nieuwe Waterweg Noord	Zorgverzekeraar DSW
Nijmegen	Zorgverzekeraar VGZ
Noord en Midden Limburg	Zorgverzekeraar VGZ
Noord Holland Noord	Unive
Noord Oost Brabant	Zorgverzekeraar VGZ
Rotterdam	Zilveren Kruis Achmea
t Gooi	Agis Zorgverzekeringen
Utrecht	Agis Zorgverzekeringen
Waardenland	Zorgverzekeraar Trias
West Brabant	OZ Zorgverzekeringen
Zaanstreek/Waterland	PWZ Achmea
Zeeland	CZ Actief in Gezondheid
Zuid Holland Noord	Zorg and Zekerheid
Zuid Hollandse Elilanden	OZ Zorgverzekeringen
Zuid Limburg	CZ Actief in Gezondheid
Zuid Oost Brabant	CZ Actief in Gezondheid

出典：Zorgverzekeraar Nederland (ZN) の website より筆者が作成。

(2) 保険者・事務代行者

AWBZは、強制加入であり、保険者は国である。ただし、実際の保険の給付は、短期医療保険の保険者である Care insurer が代行している。この事務代行者は、“Health Care Office (Zorgkantoren)” と呼ばれており、“Region” ごとに1つだけ存在している。オランダには医療計画の実施のために、32の Region が存在する<sup>19)</sup>。表6は、オランダ健康保険

者連合会に加盟する Care insurer が、どの Region で Health Care Office を司っているかを示している。Health Care Office を担当する Care insurer は、Compartment 2 にあたる保険サービスを提供するかたわら、特別医療費保険のサービスの事務代行も行うことになるが、両方の事業は組織として相互に独立して行われる。

### (3) カバーされるサービス

特別医療費保険でカバーされるサービスは、1年を超える病院のサービス、1年を超えるリハビリテーション、訪問看護、出産前のサービス、代謝にかかわる遺伝性の疾患の検査、国の予防接種プログラムの下での予防接種、高齢者介護サービス、精神介護サービスなどである。

特に介護サービスについては、その機能(Function)に応じて定義してあるところが特徴である。その機能とは以下の7つを指す。

#### ① 家事援助 (Domestic help)

整頓、清掃、食事の準備などが含まれる。

#### ② 個人的ケア (Personal care)

例えば、シャワー、入浴、着衣、髭剃り、肌の手入れ、排泄、飲食の介助などが含まれる。

#### ③ 看護 (Nursing)

傷口の手当(医薬品の塗布、包帯)、医薬品の投与、注射、病気の対処法へのアドバイス、患者が自分で注射する方法の教育などがある。

#### ④ 支援的ガイダンス (Supportive guidance)

患者の1日の生活を計画し、よりよい生活に導くこと。デイ・ケアなどが含まれる。

#### ⑤ 能動化ガイダンス (Activating guidance)

生活・行動を変えるための相談、新しい生活行動様式を身につける上での行動上、精神的な問題に関する相談などが例としてあげられる。

#### ⑥ 治療 (Treatment)

病気・疾患に関連するサービスであり、例えば、脳卒中後のリハビリテーションなどはその例である。

#### ⑦ 住居 (Accommodation)

具体的には、施設における入所サービスである。

例えば、以下のような例が、Ministry Health, Welfare and Sport (2005 (a))に例示してある。脳内出血の患者が、快方に向かっているが、快方に向かうプロセスで、介護が必要になった。この場合、必要なサービスを「機能 (Function)」で記述すると、「一般的なケア (General care)」、「看護 (Nursing)」、「治療 (Treatment)」、「住居 (Accommodation)」であり、患者に対しては、実際には、ナーシング・ホームでこれらの「機能」を実現するサービスが組み合わせられて供給されることになる。

サービスは基本的には現物給付であるが、現金給付 (Personal care budget)も存在する。ただし、現物給付の対象になるサービスは、看護、家事援助、個人的ケア、支援的ガイダンス、活動的にする相談に限られている。

### (4) Compartment 1の仕組み

Compartment 1の仕組みを、被保険者がどの様に医療・介護サービスを需要できるのか、示すことによって見ていきたい。被保険者は、先述したHealth Care Officeに登録する必要がある。登録は暦年を基本とし、被保険者が翌年も更新を希望すれば、自動的に更新ということになる。被保険者は、サービスを受けるためには、CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)における審査を受けなければならない。ここで、給付の必要性、サービスの種類、量が決定される<sup>20)</sup>。

Health Care Officeは、被保険者に対する医療サービスの内容を、医師、病院、ナーシング・ホームなどのサービス供給者と契約する。契約には、被保険者に提供されるサービスの価格、量などが含まれている。ただし、サービスの価格については、医療料金法 (The Health Care Charges Act (WTG))による規制があり、CTG (National Health Tariffs Authority)において決められた診療報酬点数を上限として、交渉によって決定することができる<sup>21)</sup>。

### (5) 財源 (Funding)

特別医療費保険の財源は、被保険者の保険料、国の補助金、サービス利用者の自己負担から成っている。

保険料は加入者の課税所得に比例して課される(13.45%、2005年)が、課される課税所得には上限(30357ユーロ)がある。(2006年の保険料は、12.55%である。)保険料は、被用者の場合には使用者が給与天引きで徴税当局に納め、非被用者の場合には、非被用者自身が徴税当局に納付しなければならない。保険料の納付義務は、15歳未満の者、および15歳以上でも課税所得のない者にはない。

ほとんどのサービスの利用について一部負担が必要である。例えばナーシング・ホームを利用すると、自己負担が発生する。自己負担の金額は、課税所得と関連して決められる<sup>22)</sup>。

これらの保険料と被保険者の自己負担分は、政府の補助金と一緒に一般特別医療費保険基金(General Exceptional Medical Expenses Fund)(AFBZ)に集められ、健康保険審議会(CVZ)が、各RegionのHealth Care Officeに経営管理費用を支払い、サービス供給者に費用を償還する<sup>23)</sup>。

## III オランダの医療・介護の連携

本節では、オランダの医療・介護の連携が制度的にどの様に担保されているかを検討したい。

オランダにおける医療と介護の分業を考えるためには、Compartment 2とCompartment 1の間の分業について考える必要がある。

Compartment 2は、原則365日以内のサービスを対象としており、Compartment 1は、1年を超えるサービスをカバーしている。例えば、病院への入院サービスを例にとると、1年以内の入院はCompartment 2でカバーされ、1年を超える医療サービスは、日本の公的介護保険に該当するCompartment 1でカバーされる。つまり、同じ病院

の中でも期間が1年以内であれば、Care insurerが保険者としてのマネージメントを行い、1年を超えるとCompartment 2の事務代行者のHealth Care Officeがマネージメントを行う。Care insurerとHealth Care Officeの間で患者に関する十分な情報の共有が行われなければ、事務手続き的な煩雑さを避けることができない。しかし、サービス提供者は病院内で変わらないので、この点ではスムーズな連携が行われると思われる。その一方で、Compartment 1で病院外のいわゆる介護サービスを受給するためには、CIZによる認定が必要になってくる。そこで重要な役割を果たすのが、本人であると同時に、CIZの審査を受けるように紹介をする主体である。医療と介護の連携で重要なのは被保険者本人のサービスを受けようという主体性とCIZの審査を受けるところまで導くアドバイザーの存在である。それは、Care insurer、Health Care Officeといった保険者、事務代行者であると同時にサービスを提供していた病院の関係者であろう<sup>24)</sup>。彼らが被保険者のためにどこまで親身になれるかが連携の成否を左右すると考えられる。

医療と介護の連携について、問題になるのが「社会的入院」である。オランダでは「社会的入院」が発生しにくいことが制度的に担保されていると考えられる。しかし、それは皮肉な理由によるものである。それは、短期医療保険における「規制された競争」が一層拡充されたことによる。つまり、短期医療保険では、「規制された競争」により、Care insurerに費用抑制のインセンティブがあるために、例えば、病院における必要以上の入院は抑制されるだろう。病院に予算システム、DBC(Diagnose Behandelings Combinaties)が導入されていることも、このことに拍車をかけると考えられる<sup>25)</sup>。「規制された競争」がどの程度効いているかどうかは、議論のあるところではあるが、いくつかの傍証が存在する。

Care insurerが合併などによって規模の拡大を図っていることは、Compartment 2におけるCare

表7 Compartment 2の保険者数の加入者数による分布

被保険者数 (人)	疾病基金保険			私的保険		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
1,000,000 -	2	3	3	0	0	0
500,000 - 1,000,000	5	4	5	3	3	4
400,000 - 500,000	4	2	1	0	0	0
300,000 - 400,000	4	3	4	3	2	2
200,000 - 300,000	2	2	1	3	3	4
100,000 - 200,000	1	1	1	9	10	8
50,000 - 100,000	2	2	2	8	8	3
- 50,000	5	5	5	20	18	14
合計	25	22	22	46	44	35

出典：VEKTIS (2004) P.12, VEKTIS (2005) P.12 より筆者が作成。

insurer間の競争が激しくなっていることの証であろう。表7は、2002-2004年の3カ年のCompartment 2の保険者の加入者数による分布である。疾病基金保険、私的保険両者について、徐々にではあるが、規模の拡大が進んでいることが見て取れる。また、2006年5月23日の報道によると、VGZ-IZA-TriasとUniveが、提携関係を結ぶことが発表された。2006年7月3日の報道によると、Agis、Menzis、DeltaLloyd and Oharaが合併する方向で話し合いに入っていることが報じられた<sup>26)</sup>。また、2006年5月23日の報道によると、2006年1月から3月にかけて、被保険者の約18%にあたる2700万人の人々が契約するCare insurerを変えたと報じられた。

病院における入院が必要なくなったと判断された患者は、ナーシング・ホーム、レジデンシャル・ホームのような介護施設、あるいは在宅サービスに移行することになる。

しかし、ここで問題が発生する。既に示したように、オランダでは、医療から介護まで万遍なく、ウェイティング・リスト問題が発生している。高齢者介護サービスについては表3で示したように、長い待ち時間が発生している。ナーシング・ホーム、レジデンシャル・ホーム、ホームケアのいずれにおいても、長い待ち時間が発生していることが分かる。表2

を見ると、医療サービスについても、2004年の時点で病院の外来サービスについて、平均して4週間程度待たなければならないことが示されている。また、2004年の時点で、139000人の一般病院における治療を待っている患者の内、約68%の95000人は、4-5週間のうちに治療を受けられるというデータが公表されている。しかし、約20%にあたる28000人の人々は、病院の収容能力の限界により治療を受ける見通しがないとされている<sup>27)</sup>。

つまり、病院を出た患者は、在宅サービスについても、施設サービスについても、待たなければならないのである。また、特別医療費保険では、CIZによる審査の後、サービスの種類、量が決まった後、日本の公的介護保険におけるケア・マネージャーのようなサービスをアレンジする主体がないことも病院を退院した患者の行く先がすぐに決まらないという問題を深刻化させるかもしれない。いずれにせよ、待ち行列のできているところでは、スムーズな連携は難しいのが実際であろう。実際に病院を出た患者が、行き場がないままに、待ち行列のリストに載ったままで困っている事例があるかどうかは明確ではないが、今回の新しい医療保険制度改革で、短期医療保険については、Care insurerに対して、Care obligationを課して

表8 GPの二次医療への紹介率

疾患名	紹介率(%)
GPが主として診る疾患	
高血圧	1
腰痛	2
中耳炎・急性扁桃腺炎	3
専門医が主として診る疾患	
心筋梗塞	60
小根の症状を伴う腰痛	16
慢性中耳炎	35

出典：Andre den Exter et al. (2004) P.68 Table 8.

いること、特別医療費保険については、保険者を国にしていることは、そうした事態が発生しないための措置とも考えられる<sup>28)</sup>。

一方、病院におけるウェイティング・リスト問題については、制度的な措置が相当行われてきているように思える。

第一に、オランダでは、病院などの二次医療のサービスを受けるには、GPによる紹介が必要である。いわゆるGPシステムを採用している。表8は、各疾患によるGPの二次医療への紹介率を示してあるが、心筋梗塞などの比較的重大な疾患は専門医が診るために紹介率が高いが、高血圧などの疾患はGPが一次医療で診るという分業が成立している。GPの専門医への紹介率は平均して6%程度である<sup>29)</sup>。二次医療への門番(Gate keeper)の役割をGPが行っているのである。それにもかかわらず、病院のウェイティング・リストがなくなる理由は、絶対的に少ない二次医療の収容能力である。オランダの病院は、1999年時点で136あった。OECD Health Data 2005を利用すると、人口1000人あたりの急性期疾患用のベッド数は、2002年で3.2であるが、日本の同じ数字は8.9である。

第二に、こうした状況に対応して、1990年代には「壁を越えるサービス(Transmural care)」の試みがなされてきた。これは、一次医療と二次医療の中間的な性格を持つサービスである。具体的には、

専門看護師、ガイドライン、在宅医療の技術、退院計画などの手法を利用しながら、悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、リウマチ性関節炎などの患者を対象にしたサービスを展開してきている。しかし、一次医療と二次医療の連携の決め手には必ずしもなっていないようである<sup>30)</sup>。

#### IV 終わりに

本稿では、オランダの医療保険制度、介護保険制度の概要を説明し、さらに医療・介護の間の連携が制度としてどの様に設計されているかを検証してきた。

最初に、Compartment 2、Compartment 1の説明をする中で、特にCompartment 2において、2006年から大きな制度改革があったことを示した。それは、Compartment 2における「規制された競争」の強化によるサービスの効率的利用の強化であった。

しかし、この動きは、実は、これからオランダの医療・介護制度の構図が大きく変化することの第一歩でしかない可能性がある。2006年6月27日の保健・福祉・スポーツ省の発表によると、オランダの上院で社会支援法(WMO (Social Support Act, Wet maatschappelijke ondersteuning))が可決され、2007年1月1日より施行されることが明らかになった<sup>31)</sup>。社会福祉法、障害者サービス法でカバーされていたサービス、およびAWBZでカバーされていたサービスのうちの一部が社会支援法でカバーされることになる。そして、新しい制度の下では、市町村(Local authority)が制度の管理者、サービス提供者、評価実施者など主体的な役割を担うことになる。

次に、医療と介護の連携についての制度設計を検証した。医療と介護の連携において、必要なものは制度的な整合性はもちろん重要であるが、さらに大切なものは、被保険者のために行動する主体の存在である。この重要な仕事をどの主体に

任せるべきなのかは、制度設計のあり方も相まって、重要な課題である。また、この主体に期待している仕事を遂行させるためにどのような仕組みを考えるかも重要な政策的課題であろう。

しかし、その一方で医療と介護の連携を実現する上で、重大な支障を来すウェイティング・リスト問題がオランダの医療・介護制度に根強く存在していることを示した。

オランダの医療・介護制度は、長い時間をかけて、試行錯誤を繰り返しながら、変化を遂げつつある。その行く先が正しい答えにつながっているかどうかは、判断できる状況ではないが、明確な政策理念を掲げながら、前進を続けるオランダの医療・介護制度改革の行方は今後も注目される。

## 謝 辞

本稿の一部は、文部科学研究費基盤研究(C)(課題番号17530238)の成果の一部を使用している。記して感謝の意を表したい。

## 注

- 1) ただし、後述するようにAWBZには、1年超の病院におけるサービスなど、日本でいうところの医療サービスも含まれていることに注意を要する。
- 2) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (a)) p.15を参照。
- 3) 現在は、直視下心内手術、経皮血管形成術などがこの対象になっている。Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (a)) p.10を参照。
- 4) Compartment 2における制度改革の内容の詳細は、大森(2006)を参照。
- 5) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b))を参照。
- 6) ただし、オランダ軍人にもAWBZの加入義務はある。
- 7) 大森(2006) p.162を参照。
- 8) Zorgverzekeraars Nederlandのwebsite (<http://www.zn.nl/international/news/overviewznweekly/index.asp>)を参照。
- 9) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (a)) pp.23-27を参照。
- 10) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.20を参照。
- 11) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002 (a))

pp.23-24および pp.62-63を参照のこと。

- 12) CVZ (College voor zorgverzekeringen)のwebsite (<http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/home/index.asp>)による。
- 13) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) pp.41-48.
- 14) Dekker Committee. 1987. Willingness to change 1987.
- 15) 近年、日本の医療保険制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた「保険者機能」の議論があるが、オランダの試みと共通している。
- 16) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b))、井原(2006)、André den Exeter et al (2004)を参考にした。
- 17) 居住者(Residents)とは、原則として、オランダの領土内に居住している者を指すが、オランダの領土外に居住していても、経済的、社会的な絆がオランダにある場合は、居住者と見なされる。
- 18) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) pp.49-50を参照。
- 19) André den Exeter et al (2004) p.36を参照。
- 20) 特別医療費保険の給付の手続きについては、井原(2006) pp.29-30を参照。
- 21) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.51を参照。2005年までの保険者とサービス供給者の契約の詳細については、大森(2004)、Ministry of Health, Welfare and Sport (2004) p.19を参照のこと。
- 22) AWBZの自己負担に関する詳細は、Ministry of Social Affairs and Employment (2005) p.9を参照。
- 23) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.21を参照。
- 24) アドバイザーについては、さまざまな候補があり得るが、オランダではGPシステムが採用されており、患者には必ずかかりつけのGPがいるので、GPはその候補といえるかもしれない。
- 25) 病院の予算システムについては、André den Exeter et al. (2004) pp.106-109を参照。DBCとは、診断群分類(DRG)と類似の支払い方式である。詳しくは、松田(2003)を参照。
- 26) Zorgverzekeraars Nederlandのwebsiteによる。
- 27) André den Exeter et al. (2004) pp.76-77を参照。
- 28) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.20を参照。
- 29) André den Exeter et al. (2004) p.68を参照。
- 30) André den Exeter et al. (2004) pp.77-78を参照。
- 31) 井原(2006)を参照。

## 参考文献

(論文)

- André den Exeter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse. 2004 "Health Care Systems in Transition

- Netherlands 2004”, The European Observatory on Health Care Systems
- Schut.F.T. 1996 “Health Care Systems in Transition: the Netherlands,” *Journal of Public Health Medicine* Vol.18.
- Schut.F.T, van Doorslaer E.K.A. 1999 “Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands,” *Health Policy* Vol.48 pp.47-67.
- Schut.F.T. and Hassink.W.H.J. 2002 “Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance,” *Journal of Health Economics* Vol.21, No.6 pp.1009-1032
- van Barneveld.E.M., Lamers.L.M. van Vilet and van de Ven. W.P.M.M. 2001 “Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency,” *Journal of Health Economics* Vol.20, No.2 pp.147-168
- van de Ven W.P.M.M. and Schut.F.T. 1994 “Should Catastrophic Risks be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market?,” *Social Science and Medicine* Vol.39, No.10
- 井原辰雄 2006 「オランダにおける高齢者および障害者に対するケアに関する施策について」『海外社会保障研究』No.154, pp.26-36
- 大森正博 2004 「オランダの医療・介護保険制度改革」『海外社会保障研究』No.145, pp.36-52
- 大森正博 2006 「オランダの医療・介護制度改革の現状について」『租税研究』第667号, pp.153-167
- 佐藤主光 「保険者機能と管理競争—オランダの医療保険制度改革を例に—」国立社会保障人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』東京大学出版会 2003 所収(第10章)
- 廣瀬真理子 2000 「オランダの長期医療・介護保障制度」『海外社会保障研究』No.131, pp.47-55
- 堀勝洋 1997 「オランダの介護保険」堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房
- 松田晋哉 2003 「オランダの診断群分類DBCについて(上・下)」『社会保険旬報』No.2177, pp.6-9, No.2178 pp.10-16
- 山崎泰彦 2001 「保険者機能に注目した医療制度改革論」国立社会保障人口問題研究所(主任研究員 山崎泰彦 上智大学教授)『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』所収
- (書籍・資料)
- Government Committee on Choices in Health Care. 1992 “Choices in health care.”
- Landelijke Huisartsen Vereniging. 2003 “Ziekenfonds Tarieven Per 1 Januari 2003.”
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002(a), *Health Insurance in the Netherlands*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002(b), *Choosing with Care*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002(c), *A Question of Demand*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, *Health Insurance in the Netherlands*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005(a), *New foundations for health care with a solid future.*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005(b), *Health Insurance in the Netherlands-The new health insurance system from 2006*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2006, *The New Care System in the Netherlands*
- Okma.G.H 1997,. *Studies on Dutch Health Politics,Policies and Law*
- VEKTIS. 2004 *ZORGMONITOR Jaarboek 2004*
- VEKTIS. 2005 *ZORGMONITOR Jaarboek 2005*
- (おおもり・まさひろ お茶の水女子大学助教授)

# 糖尿病入院治療を指標とする中国医療保険制度改革の医療費抑制効果に関する基礎的研究

— 遼寧省の3級総合病院における一考察 —

孟 開

## ■ 要約

中国の都市部において1998年に始まった医療保険制度改革の医療費抑制効果を評価することを目的として、改革前後における遼寧省の3級総合病院の糖尿病入院患者757名から保険の種類、性別、年齢、糖尿病の型、7種類の合併症の有無、入院時臨床検査データ、治療法、在院日数、入院医療費、薬剤費比率に関するデータを収集し、各変数の改革前後の差の検定および入院医療費を被説明変数とする回帰分析を行った。その結果、同改革には糖尿病入院医療費の抑制効果があることが判明した。また、改革に伴う患者一部負担の導入は入院時(治療前)の重症度の上昇、包括支払方式の導入は在院日数の短縮、薬剤費比率の低下および治療法の変化に関与していることが考えられ、前者は入院医療費の増加要因、後者はその減少要因として作用していることが示唆された。

## ■ キーワード

中国、医療保険制度、糖尿病、入院医療費、医療費抑制効果

## I はじめに

中国では、都市部の被用者を対象とする2つの医療保険制度(公費医療制度と労保医療制度、以下、両者を合わせて「旧医療保険制度」という)が1950年代に創設され、その健康維持と社会経済の発展に重要な役割を果たしてきた。しかし、80年頃からの社会主義市場経済への移行につれて、旧医療保険制度には、受診抑制効果の欠如、過剰診療、医療サービスへのアクセスの不公平、医療費の急激な増加などの問題が浮上した(Yuanli, 2002)。中でも旧医療保険制度下で実施された患者負担の実質無料化は過剰受診を、同制度で採用されていた出来高払い方式は過剰診療を引き起こしたとされる(張, 2002; 劉, 2000; Gu, 1995; Yanrui, 1997)。旧医療保険制度は抜本的な改革に迫られ、中央政府は1998年、都市部被用者基本

医療保険制度(以下「新医療保険制度」)を策定するとともに、各地方政府は中央の政策に従い、医療保険制度改革を実行した(国務院, 1998)。ちなみに、遼寧省では中央政府による新医療保険制度策定から3年後の2001年末に、旧医療保険制度を廃止し、新たに省管掌の新医療保険制度を創設した(遼寧省人民政府, 2001)。

新医療保険制度は個人医療貯蓄口座と社会医療保険徴収基金とを結びつけたもので、医療費適正化を主要な目的とする。その特徴は受益者負担の観点に基づく患者の一部負担の導入と、過剰診療および医療費の抑制の観点に基づく診療報酬支払方式の改定である。具体的に、同制度の医療費負担は、外来については全額、入院については一定の免責額(「医療保険適用最低額」という)までは個人医療貯蓄口座からの支出、医療保険適用最低額を超え給付最高限度額までの入院医療費は社

会医療保険徴収基金から給付される(患者の一部負担を除く)<sup>1)</sup>。他方、旧医療保険制度では患者の自己負担を除き、公費医療制度は全額公費負担、労保医療制度では企業の福利基金から給付されていた。なお、患者の自己負担は、公費医療制度および労保医療制度の被保険者本人は少額の初診料(遼寧省では1元=約15円)のみ、労保医療制度の扶養家族は約5割であった(國務院, 1998; 韓, 2000)。新医療保険制度の診療報酬支払方式は、遼寧省を含む多くの地方政府で包括支払方式の一種である一件定額払い方式が採用されている(遼寧省労働社会保障庁, 2001)。一方、旧医療保険制度、民間医療保険、および全額自己負担(以下「自費」という)においては、政府が決定した診療報酬に基づく出来高払い方式が採用されている。

医療保険制度改革に際して、都市部の旧医療保険制度の被保険者は原則新医療保険制度に移行した。そもそも旧医療保険制度では、政府機関、政府関係機関の被用者本人および退職者、大学生、二等乙級以上の傷痍軍人は公費医療制度、国有企業、都市部の一部の集団所有制企業の被用者本人、その扶養家族および退職者は労保医療制度の対象であった。なお、公費医療制度の対象は本人のみで、扶養家族は対象外であった。改革の際、公費医療制度の対象者はその大部分が、また、労保医療制度の対象のうち被用者本人および退職者は全員が、新医療保険制度に移行することとされた。ただし、労保医療制度の扶養家族は新医療保険制度の対象から外された。また、新医療保険制度は、制度上は強制加入となっているが、非加入に対する罰則規定がないため、保険料を払わない企業もあり、現在、すべての被用者が加入するには至っていない。衛生部(2003)の調査によると、2003年10月現在で都市部の新医療保険制度の加入率は30.4%となっている。新医療保険制度に非加入の被用者本人および、もともと新医療保険制度が適用されない被用者の家族、自営業者および

無職の者は、一部の富裕層が民間医療保険に加入している(路, 2004)が、大部分は何らの医療保険にも加入しておらず、受診に際しては自費患者となる。医療機関へのアクセスは、改革前の旧医療保険制度では、患者は保険者が指定した1つの医療機関しか利用することができなかったが、改革後の新医療保険制度では、患者は保険者が契約した複数の医療機関から任意の医療機関を自由に選択できるようになっている(韓, 2000)。また、民間医療保険および自費患者はすべての医療機関に自由にアクセスすることができる。

現在、新医療保険制度の医療費適正化に関する定量的評価が政策課題となっているが、先行研究および政府の公表資料によれば、同制度の実施以降、国民医療費は2年間で19%減少し、医療費抑制に有効であったことが報告されている(鈴木・李, 2002)。また、張(2003)は改革後における新医療保険制度の患者と、新医療保険制度の適用を受けていない民間医療保険および自費の患者とを同一疾患で比較して、両者の入院医療費に格差がなかったことを報告している。すなわち、改革前の旧医療保険制度の医療費は、民間医療保険および自費よりも明らかに高額であったが(尚, 1996)、改革後の新医療保険制度の医療費は、民間医療保険および自費並みに抑制されたわけである。さらに、Qingyue(2004)は、1997年に新医療保険制度が試行された江蘇省南通市の3病院と、同制度が試行されなかった山東省淄博市の3病院において、1995年と1999年との急性虫垂炎および正常分娩の医療費を比較し、非試行地域より試行地域における医療費の増加率が低いことを明らかにした。他方、一部負担の導入による過剰受診の抑制効果は、過度に発揮されれば必要な治療までも抑制して患者の症状を悪化させる懸念がある(Robyn and Hanley, 2001; Haim and Sheizafa, 2002; Soumerai, 1987)。しかし、先行研究には改革前後の医療費抑制効果を直接比較して論じたものがなく、一部負担の導入による

患者重症度の変化、包括支払方式の導入に伴う治療内容の変化に踏み込んだ研究も見当たらない。

そこで本研究では、中国の医療保険制度改革の医療費抑制効果を定量的に評価することを目的として、糖尿病の入院患者について一部負担および包括支払方式導入の経済分析を行った。なお、ここで糖尿病を取り上げた理由は、近年社会経済の発展とともに、中国でもその増加が目目されているからである。1996年に実施された糖尿病基礎調査報告によると、20～75歳人口のうち、糖尿病患者は3.5%で、1980～1995年に比べて5倍に増加した。また、耐糖能異常<sup>2)</sup>者率も4.76%にまで上昇しており、中国では明らかに糖尿病が急速に増加する傾向にある(向, 1998)。糖尿病は罹患率が高く、病期が長く、合併症も多いため、その治療は患者に重い経済負担をかける。許(2001)の推測によると、1999年の全国の糖尿病患者はおおよそ3000万人で、入院と外来医療費を合わせると少なくとも600億元に達する。驚くことに、これは同年度の衛生総費用<sup>3)</sup>の14.8%に相当する。糖尿病患者が年々増加しているため、糖尿病医療費の抑制は急務である。

## II 研究対象および方法

### 1. データ

調査対象は、遼寧省の3級総合病院<sup>4)</sup>1施設における2001年末の医療保険制度改革の前後それぞれ2年間、すなわち2000年から2003年までの全糖尿病入院患者764名である。3級病院とは医学教育、医学研究、難病治療および高度医療の役割を担う大病院であるが、遼寧省では改革当初において糖尿病入院治療を行う保険指定医療機関は8施設のみであり、そのすべてが公立の3級総合病院であった。そのため、当該病院では重症患者のみならず、1級または2級病院で治療可能な軽症患者も扱っていた。なお、改革から1年後の2003年

には、糖尿病入院治療を行う2級総合病院2施設も保険指定医療機関に加えられた(遼寧省社会保険事業管理局, 2003)が、当該2病院の糖尿病病床数は計25床で、これは保険指定された3級総合病院8施設の糖尿病病床267床の9.36%に過ぎなかった。すなわち、2003年には一部の軽症患者が2級総合病院に入院したが、重症患者のすべてと軽症患者の大多数は、依然、3級総合病院に入院していたと考えられる。調査対象病院は、当該8施設の3級総合病院から中医学(漢方医学)病院を除いた、規模および機能面で平均的な病院である。

調査項目は保険の種類(公費医療制度、新医療保険制度、民間医療保険、自費)、合併症(糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性自律神経障害、虚血性心疾患、脳血管障害、糖尿病性壊疽、感染症)、治療法(インスリン治療法、経口薬治療法、併用療法<sup>5)</sup>、その他の飲食と運動療法)、性別、糖尿病の型(1型、2型)、年齢、在院日数、入院医療費、薬剤費比率(薬剤費が総医療費に占める比率)および入院時(治療前)臨床検査データ(BMI, FPG, OGTT, HbA1c)である(表1)。

ここで、入院医療費とは入院から退院までの検査料、画像診断料、投薬料、注射料、処置料、手術料の総計で、2000年基準の物価指数で調整した患者1人当たりの金額である。

保険の種類については、旧医療保険制度には公費医療制度と労保医療制度があったが、中小企業の労保医療制度はすでに今般の改革前に破綻状態に陥っていた。また、大企業の労保医療制度の患者を扱っていた企業病院は、改革当初はまだ新医療保険制度の指定外であった。したがって、調査対象者の保険種別は、改革前は公費医療制度、民間医療保険および自費の3種類、改革後は新医療保険制度、民間医療保険および自費の3種類となる。さらに、民間医療保険の加入者は一部の富裕層に限られ(路, 2004)、2003年における全国都市部の民間医療保険の加入率は5.6%に過ぎ

表1 変数一覧

カテゴリー変数	カテゴリーとスコア	
時間	0 = 改革前	1 = 改革後
保険種別	0 = 民間医療保険 + 自費	1 = 公費医療制度 + 新医療保険制度
保険の種類		
公費医療制度	0 = なし	1 = あり
新医療保険制度	0 = なし	1 = あり
民間医療保険	0 = なし	1 = あり
自費	0 = なし	1 = あり
合併症		
糖尿病性腎症	0 = なし	1 = あり
糖尿病性網膜症	0 = なし	1 = あり
糖尿病性自律神経障害	0 = なし	1 = あり
虚血性心疾患	0 = なし	1 = あり
脳血管障害	0 = なし	1 = あり
糖尿病性壊疽	0 = なし	1 = あり
感染症	0 = なし	1 = あり
治療法		
インスリン治療法	0 = なし	1 = あり
経口薬治療法	0 = なし	1 = あり
併用療法 <sup>5)</sup>	0 = なし	1 = あり
その他 (飲食と運動療法)	0 = なし	1 = あり
性別	0 = 女	1 = 男
糖尿病の型	0 = 1型	1 = 2型
量的変数	単位および備考	
年齢	歳	
在院日数	日	
入院医療費	円	入院期間の総医療費用 1元 = 15円 (2002年)
薬剤費比率	%	薬剤費が総医療費に占める比率
入院時臨床検査データ		
BMI	kg/m <sup>2</sup>	body mass index
FPG	mmol/L	fasting plasma glucose
OGTT	mmol/L	oral glucose tolerance test
HbA1c	%	hemoglobin A1c

なかった(衛生部, 2003)。すなわち、大多数の国民にとって民間医療保険は利用可能な制度ではなく、改革前の公費医療制度や改革後の新医療保険制度から民間医療保険に移行するインセンティブはほとんどなかったと考えられる。加えて、民間医療保険の加入者または自費の患者が新医療保険制度に任意加入する制度も設けられていなかった。そこで、本研究では改革時における公費医療制度から民間医療保険または自費への移行、民間

医療保険または自費から新医療保険制度への移行を捨象して、民間医療保険および自費を非対象群とし、改革前の公費医療制度、改革後の新医療保険制度を対象群として分析した。実際、本研究における改革後の新医療保険制度112名のうち自費から移行した患者はわずかに3名であり、109名は改革前の公費医療制度から移行した患者であった。また、改革後の民間医療保険23名と自費262名は、それぞれ全員が改革前から民間医療保

険または自費であった。

なお、本調査データは、病院長の同意の下、当該病院の内分泌科の医師らにより入院カルテからレトロスペクティブに収集された。また、入力済みデータは筆者が医師らから直接、受け取り、第三者の目に触れないように厳重に管理した。さらに、倫理上の配慮および個人情報保護の観点から、データは患者番号で処理し、氏名、生年月日、その他、個人を特定できる情報は一切収集していない。データを精査し、調査項目に漏れのあるデータは除いたため、最終的な分析対象者数は757名となった。

## 2. 分析方法

分析は次の3点から構成される。まず第一に、各変数の改革前後の差の検定である。ここで入院医療費と在院日数はデータの分布に正規性が認められなかったためMann-Whitney検定を、年齢、薬剤費比率、入院時臨床検査データについてはt検定を、カテゴリー変数である保険の種類、合併症、治療法、性別および糖尿病の型については $\chi^2$ 検定を行った。

第二に、医療保険制度別に各変数の改革前後の差を検定した。具体的には、量的変数である入院医療費、在院日数、薬剤費比率および入院時臨床検査データ(BMI, FPG, OGTT, HbA1c)については共分散分析で交絡する可能性のある因子を制御して検定した。制御したリスク因子は年齢、性別、糖尿病の型、合併症であり、入院医療費、在院日数、薬剤費比率の検定では、さらに入院時臨床検査データおよび治療法もリスク因子に加えている。なお、入院医療費および在院日数は対数正規分布に従っていたので、両変数は対数変換の上、分析した。一方、カテゴリー変数である入院時の合併症(糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性自律神経障害、虚血性心疾患、脳血管障害、糖尿病性壊疽、感染症)および治療法(インスリン治療法、経口薬治療法、併用療法、その他の治療

法)については $\chi^2$ 検定を行った。

第三に、改革が入院医療費に及ぼす影響を分析するため、次のモデルで回帰分析を行った。

$$\text{LogC} = \alpha_0 + \alpha_1 T + \alpha_2 I + \alpha_3 T \times I + X\beta + \varepsilon$$

ここで、Cは入院医療費、Tは改革前を0、改革後を1とする時間ダミー、Iは非対象群(民間医療保険または自費)を0、対象群(公費/新医療保険制度)を1とする保険種別ダミー、Xはその他の説明変数を表す行列、 $\beta$ はその係数ベクトル、 $\varepsilon$ は誤差項である。入院医療費Cは対数正規分布に従っているため、対数化してモデルに投入した。Xが表す具体的な説明変数は、合併症、治療法、性別、糖尿病の型、年齢、在院日数、薬剤費比率、および入院時臨床検査データであり、合併症と入院時臨床検査データは入院時(治療前)の重症度の代理変数である。また、交差項 $T \times I$ は、改革前後の民間医療保険、自費および改革前の公費医療制度で0、改革後の新医療保険制度で1をとるもので、その係数 $\alpha_3$ は改革が入院医療費に及ぼす影響を直接反映すると考えられる。したがって、同改革に入院医療費の抑制効果がある場合には、係数 $\alpha_3$ が負で有意となることが予想される。なお、治療法ダミーについては、その線形従属関係を考慮して4種のダミー(インスリン治療法ダミー、経口薬治療法ダミー、併用療法ダミー、その他の治療法ダミー)のうち、その他の治療法ダミーを除いて分析した。また、実際の分析にあたって、説明変数間に多重共線関係が認められたため、OGTTを分析から除外した。

なお、分析に使用したソフトウェアはSPSS11.0である。

## III 結果

### 1. 記述統計および各変数の改革前後の比較

記述統計量および各変数の改革前後の差の検定結果を表2に示す。保険種別では公費医療制度、

表2 各変数の改革前後の比較

変数	全体 (N=757)	改革前 (N=360)	改革後 (N=397)	改革前後のP
カテゴリー変数	症例数 (%)	症例数 (%)	症例数 (%)	
保険の種類 <sup>a,b</sup>				0.000**
公費医療制度	38 (5.0)	38 (10.6)	0	
新医療保険制度	112 (14.8)	0	112 (28.2)	
民間医療保険	40 (5.3)	17 (4.7)	23 (5.8)	
自費	567 (74.9)	305 (84.7)	262 (66.0)	
合併症 <sup>a,c</sup>				
糖尿病性腎症	362 (47.8)	157 (43.6)	205 (51.6)	0.027*
糖尿病性網膜症	260 (34.3)	119 (33.1)	141 (35.5)	0.476
糖尿病性自律神経障害	401 (53.0)	198 (55.0)	203 (51.1)	0.287
虚血性心疾患	158 (20.9)	73 (20.3)	85 (21.4)	0.702
脳血管障害	173 (22.9)	83 (23.1)	90 (22.7)	0.900
糖尿病性壊疽	42 (5.5)	25 (6.9)	17 (4.3)	0.110
感染症	301 (39.8)	153 (42.5)	148 (37.3)	0.143
治療法 <sup>a</sup>				0.024*
インスリン治療法	387 (51.1)	205 (56.9)	182 (45.8)	
経口薬治療法	101 (13.3)	42 (11.7)	59 (14.9)	
併用療法	266 (35.1)	112 (31.1)	154 (38.8)	
その他	3 (0.4)	1 (0.3)	2 (0.5)	
性別 <sup>a</sup>				0.021*
女	395 (52.2)	172 (47.8)	223 (56.2)	
男	362 (47.8)	188 (52.2)	174 (43.8)	
糖尿病の型 <sup>a</sup>				0.024*
1型	62 (8.2)	38 (10.6)	24 (6.0)	
2型	695 (91.8)	322 (89.4)	373 (94.0)	
量的変数	平均値 <sup>f</sup>	平均値 <sup>f</sup>	平均値 <sup>f</sup>	
年齢 (歳) <sup>d</sup>	60.2	59.6	60.7	0.267
在院日数 <sup>e</sup> (日)	17.7	20.2	15.4	0.030*
入院医療費 <sup>e</sup> (円)	5667.5	5676.4	5659.4	0.909
薬剤費比率 <sup>d</sup> (%)	51.3	52.7	50.0	0.193
入院時臨床検査データ <sup>d</sup>				
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23.99	23.87	24.09	0.607
FPG (mmol/L)	14.16	14.39	13.95	0.227
OGTT (mmol/L)	15.35	14.98	15.68	0.268
HbA1c (%)	7.45	7.19	7.69	0.194

注1 : a)  $\chi^2$ 検定

b) 改革前の公費医療制度は改革後に新医療保険制度に移行した。

c) 複数の合併症に罹患する患者がいる。

d) t検定

e) Mann-Whitney 検定

f) 平均値は算術平均である。

2 : \* : P<0.05 \*\* : P<0.01

新医療保険制度、民間医療保険、自費がそれぞれ改革前の10.6%、0%、4.7%、84.7%に対し、改革後は0%、28.2%、5.8%、66.0%で、改革前後に有意な差があった( $P<0.05$ , 以下同じ)。合併症のうち、統計的有意差があったのは糖尿病性腎症で、改革前は43.6%、改革後は51.6%であった。一方、治療法について見ると、インスリン治療法が改革前後でそれぞれ56.9%、45.8%、以下同じく経口薬治療法11.7%、14.9%、併用療法31.1%、38.8%、その他0.3%、0.5%であった。また、平均在院日数は改革前の20.2日に対し、改革後は15.4日で4.8日短縮していた(表2)。

## 2. 医療保険制度別の変化

入院医療費、在院日数、薬剤費比率の改革前後の変化を医療保険制度別に検定した結果、改革後の新医療保険制度では3変数のすべてが改革前の公費医療制度より有意に減少していた( $P<0.05$ ) (表3)。一方、入院時(治療前)重症度の代理変数である各種臨床検査データおよび各種合併症については、改革後の新医療保険制度でHbA1cおよび糖尿病性腎症が改革前の公費医療制度より有意に増加していた( $P<0.01$ ) (表4, 表5)。また、治療法は、改革後の新医療保険制度においてインスリン治療法が改革前の公費医療制度より有意に減少し、経口薬治療法および併用療法は有意に増加していた( $P<0.05$ ) (表6)。民間医療保険および自費において何らの有意な変化が認められなかった。

表3 制度別における入院医療費、在院日数および薬剤費比率の改革前後の比較<sup>a</sup>

変数	改革前 平均値 <sup>b</sup>	改革後 平均値 <sup>b</sup>	P値
公費/新医療保険制度			
入院医療費 <sup>c</sup> (元)	5144.4	5047.0	0.048*
在院日数 <sup>c</sup> (日)	21.5	13.7	0.037*
薬剤費比率 (%)	52.6	41.5	0.020*
民間医療保険			
入院医療費 <sup>c</sup> (元)	5243.9	4838.0	0.055
在院日数 <sup>c</sup> (日)	16.4	16.7	0.571
薬剤費比率 (%)	47.2	47.8	0.766
自費			
入院医療費 <sup>c</sup> (元)	5766.8	5993.2	0.340
在院日数 <sup>c</sup> (日)	20.3	16.0	0.075
薬剤費比率 (%)	53.0	53.9	0.391

注1 : a) 共分散分析によって、年齢、性別、糖尿病の型、合併症、入院時臨床検査データおよび治療法の影響を調整した。

b) 平均値は対数変換前の算術平均である。

c) 入院医療費および在院日数は対数正規分布に従うため、対数変換して分析した。

2 : \* :  $P<0.05$  \*\* :  $P<0.01$

表4 制度別における入院時臨床検査データの改革前後の比較

変数	改革前 平均値	改革後 平均値	P 値
公費/新医療保険制度			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24.5	24.6	0.955
FPG (mmol/L)	11.8	14.4	0.086
OGTT (mmol/L)	15.5	16.9	0.671
HbA1c (%)	5.2	8.7	0.001**
民間医療保険			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	25.6	26.0	0.559
FPG (mmol/L)	9.2	10.0	0.408
OGTT (mmol/L)	17.0	16.4	0.638
HbA1c (%)	7.9	8.3	0.372
自費			
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	23.7	23.7	0.982
FPG (mmol/L)	15.0	14.1	0.314
OGTT (mmol/L)	14.8	15.1	0.681
HbA1c (%)	7.4	7.2	0.697

注1：共分散分析によって、患者の年齢、性別、糖尿病の型および合併症を調整した。平均値は算術平均である。

2：\*：P<0.05 \*\*：P<0.01

表5 制度別における合併症の改革前後の比較

変数	改革前 症例数 (%)	改革後 症例数 (%)	P 値
公費/新医療保険制度			
糖尿病性腎症	10 (26.3)	78 (69.6)	0.001**
糖尿病性網膜症	9 (23.7)	44 (39.3)	0.082
糖尿病性自律神経障害	19 (50.0)	54 (48.2)	0.849
虚血性心疾患	14 (36.8)	37 (33.0)	0.192
脳血管障害	12 (31.6)	33 (29.5)	0.231
糖尿病性壊疽	4 (10.5)	4 (3.6)	0.089
感染症	20 (52.6)	52 (46.4)	0.776
民間医療保険			
糖尿病性腎症	9 (52.9)	14 (82.4)	0.076
糖尿病性網膜症	4 (23.5)	7 (30.4)	0.629
糖尿病性自律神経障害	9 (52.9)	10 (43.5)	0.554
虚血性心疾患	3 (17.6)	4 (17.4)	0.530
脳血管障害	2 (11.8)	3 (13.0)	0.904
糖尿病性壊疽	2 (11.8)	1 (4.3)	0.063
感染症	3 (17.6)	5 (21.7)	0.749
自費			
糖尿病性腎症	138 (45.2)	113 (43.2)	0.613
糖尿病性網膜症	106 (34.8)	90 (34.4)	0.920
糖尿病性自律神経障害	170 (55.7)	139 (53.1)	0.522
虚血性心疾患	56 (18.4)	44 (16.8)	0.265
脳血管障害	69 (22.6)	54 (20.6)	0.734
糖尿病性壊疽	19 (6.2)	12 (4.6)	0.658
感染症	130 (42.6)	91 (34.7)	0.622

注1： $\chi^2$ 検定

2：\*：P<0.05 \*\*：P<0.01

表6 制度別における治療法の改革前後の比較

変数	改革前 症例数 (%)	改革後 症例数 (%)	P 値
公費/新医療保険制度			
インスリン治療法	28 (73.7)	43 (38.4)	0.000**
経口薬治療法	0 (0)	17 (15.2)	0.011*
併用療法	10 (26.3)	52 (46.4)	0.030*
その他	—	—	—
民間医療保険			
インスリン治療法	7 (41.2)	6 (26.1)	0.314
経口薬治療法	7 (41.2)	7 (30.4)	0.481
併用療法	2 (11.8)	8 (34.8)	0.097
その他	1 (5.9)	2 (8.7)	0.738
自費			
インスリン治療法	170 (55.7)	133 (50.8)	0.236
経口薬治療法	35 (11.5)	35 (13.3)	0.497
併用療法	100 (32.8)	94 (35.9)	0.439
その他	—	—	—

注1:  $\chi^2$ 検定

2: \*: P&lt;0.05    \*\*: P&lt;0.01

### 3. 入院医療費に影響する因子

回帰分析の結果を表7に示す。時間ダミーTの係数は正、保険種別ダミーIの係数は正であったが、両係数とも5%水準で有意ではなく、単に改革前後、または保険種別を比較しても入院医療費の変化は明確にはならなかった。しかし、交差項T×Iの係数は負で1%水準で有意であり、民間医療保険、自費および改革前の公費医療制度と比較して、改革後の新医療保険制度では入院医療費が低額であったことが判明した。これは、入院医療費の変化は改革前からの単なるトレンドや保険種別ごとの患者特性の相違によるものというよりは、同改革自体が医療費抑制効果を有することを示唆している。また、ほかの説明変数については、合併症ダミーの係数はいずれも正で、重症患者ほど高額な入院医療費を要している傾向がうかがわれる。これらのうち特に有意なのは糖尿病性腎症ダミーであった(P<0.01)。治療法ダミーは、インスリン治療法ダミーの係数が正で有意であり(P<0.01)、同治療法が入院医療費を押し上げる一要因であったことが示唆される。さらに、在院日数および

薬剤費比率の係数も正で有意であった(P<0.01)。自由度調整済み決定係数は0.916であった。

## IV 考察

改革前の公費医療制度では患者負担がほとんどなく、出来高払い方式が採用されていたため、受診抑制が効きにくく過剰診療が助長されやすかったとされる(張, 2002; 劉, 2000; Gu, 1995; Yanrui, 1997)。そのため、患者の一部負担および包括支払方式を特徴とする新医療保険制度が導入され、医療費適正化が図られたわけだが、差の検定の結果、改革後の新医療保険制度では、入院医療費が改革前の公費医療制度と比べて有意に減少していることが判明した(表3)。重回帰分析の交差項T×Iの係数も、同改革に入院医療費の抑制効果があったことを示している(表7)。

さらに、医療保険制度別の差の検定結果を見ると、改革前の公費医療制度と比較して改革後の新医療保険制度では、HbA1c、糖尿病性腎症、経口薬治療法、併用療法は増加し(表4, 表5, 表6)、

表7 入院医療費の重回帰分析結果

説明変数	非標準化係数	標準化係数	P値
Log 入院医療費 (被説明変数)			
定数	6.480		0.000**
時間ダミー (T)	$4.812 \times 10^{-02}$	0.014	0.763
保険種別ダミー (I)	$7.390 \times 10^{-02}$	0.032	0.814
時間ダミー×保険種別ダミー (T×I)	-1.237	-0.527	0.001**
合併症			
糖尿病性腎症ダミー	0.729	0.167	0.001**
糖尿病性網膜症ダミー	0.188	0.082	0.078
糖尿病性自律神経障害ダミー	$6.605 \times 10^{-02}$	0.031	0.476
虚血性心疾患ダミー	$6.876 \times 10^{-02}$	0.026	0.606
脳血管障害ダミー	0.122	0.049	0.255
糖尿病性壊疽ダミー	$5.595 \times 10^{-02}$	0.011	0.802
感染症ダミー	$5.898 \times 10^{-02}$	0.027	0.535
治療法			
インスリン治療法ダミー	0.588	0.277	0.002**
経口薬治療法ダミー	0.156	0.068	0.204
併用療法ダミー	-0.166	-0.019	0.661
性別ダミー	$-6.662 \times 10^{-02}$	-0.031	0.456
糖尿病の型ダミー	-0.176	-0.035	0.452
年齢	$-7.998 \times 10^{-04}$	-0.010	0.842
在院日数	$2.792 \times 10^{-02}$	0.263	0.000**
薬剤費比率	1.701	0.307	0.000**
入院時 (治療前) 臨床検査データ			
BMI	$1.441 \times 10^{-02}$	0.051	0.260
FPG	$-8.787 \times 10^{-03}$	-0.032	0.478
HbA1c	$-1.855 \times 10^{-02}$	-0.049	0.278
自由度調整済みR <sup>2</sup>	0.916		0.000

注：\*：P&lt;0.05 \*\*：P&lt;0.01

在院日数、薬剤費比率、インスリン治療法は減少していた(表3, 表6)。ここで、入院治療前のHbA1cおよび糖尿病性腎症の上昇は、改革前よりも患者が重症化してから受診している可能性を示唆している。一部負担の導入は一定の受診抑制効果を生み、通院回数や不必要な治療を減少させることが期待される(Rainer, 2004; Kathleen and Motheral, 2003; Lo Sasso, 2002; Bruce and Zacke, 1999)。しかし、その一方で受診開始を患者の我慢の限界まで遅らせ、必要な治療をも抑制する懸念もある(Robyn and Hanley, 2001; Haim and

Sheizafa, 2002; Soumerai, 1987)。本研究において、軽症患者の一部が2級病院にシフトしたことは否めず、結果の解釈には一定の留保が必要ではあるが、本改革においても、一部負担の導入が患者の受診開始を遅らせ、患者を重症化させるといふ、予期しない結果を招いたことが示唆される。

一方、在院日数、薬剤費比率および治療法(インスリン治療法、経口薬治療法、併用療法)は患者サイドの決定要因というより、医療提供サイドである病院または医師によって決定される要因であると考えられることから、当該要因の変化は包括支

払方式の導入に伴ったものと考えられる。そして、在院日数の短縮や薬剤費比率の低下のような期待された効果に加え、ここでも予期しない影響があったことがうかがわれる。具体的には、患者が重症化しているにもかかわらず高価なインスリンの使用が減少し、比較的安価な経口薬の使用が増加したことは、包括支払方式の下で医療提供サイドに医療原価削減の誘引が過度に働いたことを示唆するものである。

次いで、重回帰分析の結果を見ると、糖尿病性腎症の増加、すなわち患者の受診の遅れによる重症度の上昇は入院医療費の増加要因となっており、在院日数の短縮、薬剤費比率の低下、インスリン治療法の減少、すなわち医療提供サイドで管理可能な要因は入院医療費に対して抑制的に作用している。さらに、標準化係数の絶対値は糖尿病性腎症よりも在院日数、薬剤費比率、インスリン治療法のほうが大きい値を示しており(表7)、相対的に入院医療費に及ぼす影響が大きいことがわかる。以上を総括すると、医療保険制度改革において患者一部負担の導入に伴う重症度の上昇は入院医療費を増加させ、包括支払方式の導入に伴う在院日数の短縮、薬剤費比率の低下、治療法の変化は入院医療費を減少させる要因となったと考えられるが、前者よりも後者の方がより大きく影響しており、総じて入院医療費を抑制することが示唆された。

## V 限界

本研究には3つの限界がある。まず第一に、患者一部負担および包括支払方式が同時かつ同一対象に導入されたため、両政策の効果を統計学的に識別することができなかった。第二に、外来データを入手できなかったため、入院医療費の抑制が外来医療費にどんな影響を与えたか、いわゆる「外来シフト」があったかどうかを分析すること

ができなかった。第三に、治療後の臨床検査データおよび予後に関するデータがなかったため、アウトカム評価ができず、改革が医療の質に与えた影響について検討できなかった。

## VI 結論

中国の医療保険制度改革は、糖尿病入院医療費を減少させた。改革における患者一部負担の導入は入院医療費の増加要因、包括支払方式の導入は減少要因となったと考えられるが、前者よりも後者のほうが入院医療費に対してより大きく影響しており、総じて入院医療費は抑制された。

## 謝 辞

本研究は資料収集の労をとり、御提供いただいた辛爽清氏(遼寧省人民病院の医師)の協力の賜物であり、同氏に深い感謝の意を表す。また、終始懇篤な指導をいただいた川淵孝一教授(東京医科歯科大学大学院医療経済学分野)および有益なコメントと日本語の校閲をいただいた五十嵐公先生(同)に心より感謝を表す。そして匿名のレフェリーからは貴重なコメントを頂戴した。ここに記して感謝申し上げたい。

投稿受理 (平成17年12月)

採用決定 (平成18年5月)

## 注

- 1) 中央政府は医療保険適用最低額を平均年収の約10%、給付最高限度額を地域被用者の平均年収の約4倍とすることを原則として定めているが、地方政府は中央の規準を尊重しながら、地域の実情に応じて保険料率や医療保険適用最低額、給付最高限度額、社会医療保険徴収基金と個人医療貯蓄口座の給付範囲などを定めることができる。
- 2) 耐糖能異常とは、経口糖負荷試験(OGTT)で正常値と糖尿病型の間属する糖代謝障害である。
- 3) 衛生総費用は日本の国民医療費に当たる概念であるが、範囲は傷病の治療費に限らず、公衆衛生、医学教育、医学研究および医療機関の建設費などを含ん

でいる。その財源は、政府による財政支出、民間投資および国民負担に大別される。

- 4) 中国の総合病院は病床数、医療設備、医療従事者、医療サービスなどを基準として1級、2級、3級の3階級に分けられ、このうち、3級が最上級である。3級総合病院とは病床数500以上、診療科25以上、1病床当たり看護師数が0.4人以上などの条件を満たす大規模な病院であり、難病の治療、高度医療の実施、医学教育の役割を担っている。他方、1級総合病院の病床数は20ないし99、2級総合病院は100ないし499である(衛生部、1994)。
- 5) 併用療法とはインスリン治療法と経口薬治療法を併用する治療方法である。

#### 参考文献

国務院 1998年12月14日『都市部被用者の基本医療保険制度の整備に関する国務院決定』

韓良誠 2000『都市部被用者基本医療保険制度改革』中国人事出版社

遼寧省労働社会保障庁 2001年12月26日『遼寧省管掌被用者医療保険制度における診療報酬支払方式に関する通知』

遼寧省人民政府 2001年12月27日『遼寧省管掌被用者医療保険制度の実施案に関する通知』

遼寧省社会保険事業管理局 2003『遼寧省管掌被用者医療保険制度ハンドブック』

劉曉梅 2000「中国における医療保険制度改革」『海外社会保障研究』Spring 2000 No.130 pp.86-95

路薇 2004「民間医療保険を推進する必要性と可能性について」『中国衛生資源』第7巻第3号 pp.133-134

鈴木亘・李為民 2002「医療制度と医療費：都市職員・労働者の医療保険」大塚正修・日本経済研究センター編『中国社会保障改革の衝撃』勁草書房

尚磊・周鑫 1996「入院患者医療費の調査および相関因子の分析について」『中国病院統計』第3巻第2号 pp.75-77

衛生部 1994年9月2日『医療機関の基準(試行)』

衛生部 2003『全国における医療サービスに関する調査』

向紅丁 1998「全国糖尿病に関する調査報告書(1996年)」『中国糖尿病』第6巻第3号 pp.131-134

許樟榮・胡成炜・劉彦君・ほか 2001「1995年から1999年までの糖尿病入院医療費に関する分析」『中国糖尿病』第9巻第5号 pp.298-302

張茂松 2002「新旧医療保険制度に関する比較分析」『経

済経緯』第1巻 pp.35-38

張音・廖曉斌・劉輝 2003「医療保険と非医療保険患者の入院医療費に関する分析」『中国病院統計』第10巻第1号 pp.7-9

Bruce Stuart, Christopher Zacke. 1999. "Who Bears the Burden of Medicaid Drug Copayment Policies?" *Health Affairs* 18 (2): 201-212.

Gu Xin-Yuan, Tang Sheng-Lan. 1995. "Reform of the Chinese Health Care Financing System." *Health Policy* 32: 181-191.

Haim Reuveni, Boaz Sheizafa. 2002. "The Effect of Drug Copayment Policy on the Purchase of Prescription Drugs for Children with Infections in the Community." *Health Policy* 62: 1-13.

Kathleen A. Fairman, Brenda R. Motheral. 2003. "Retrospective, Long-Term Follow-Up Study of the Effect of a Three-Tier Prescription Drug Copayment System on Pharmaceutical and Other Medical Utilization and Costs." *Clinical Therapeutics* 25 (12): 3147-3161.

Lo Sasso AT, Lyons JS. 2002. "The Effects of Copayments on Substance Abuse Treatment Expenditures and Treatment Reoccurrence." *Psychiatric Services* 3 (12): 1605-1611.

Qingyue Meng, Clas Rehnberg, Ning Zhuang. 2004. "The Impact of Urban Health Insurance Reform on Hospital Charge: a Case Study From Two Cities in China." *Health Policy* 68: 197-209.

Rainer Winkelmann. 2004. "Co-payments for Prescription Drugs and the Demand for Doctor Visits-Evidence from a Natural Experiment." *Health Economics* 13: 1081-1089.

Robyn Tamblyn, Rejean Laprise, James A. Hanley. 2001. "Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-sharing Among Poor and Elderly Persons." *Journal of the American Medical Association* 285: 421-429.

Soumerai SB, Avorn J, Rossdegnan D, et al. 1987. "Payment Restrictions for Prescription Drugs under Medicaid: Effects on Therapy, Cost, and Equity." *New England Journal of Medicine* 27 (8): 550-556.

Yanrui Wu. 1997. "China's Health Care Sector in Transition: Resources, Demands and Reforms." *Health Policy* 39: 137-152.

Yuanli Liu. 2002. "Reforming China's Urban Health Insurance System." *Health Policy* 60: 133-150.

(Kai Meng 東京医科歯科大学大学院博士課程)

## 金淵明編/韓国社会保障研究会訳 『韓国福祉国家性格論争』

(流通経済大学出版社、2006年)

相馬 直子

---

近年の福祉改革の性格は何か？福祉レジームはいかなる方向へ向かっているのか？この問いをめぐって、韓国では、金大中政府（1998年2月～2003年2月）の特に前半期の政策について、学際的な学術論争が行われた。本書は、金大中政府の、特に前半に打ち出された社会福祉政策をめぐり、政策評価論争の記録である。4編・17本の論文で600頁近い原著『韓国福祉国家政策論争』は、2002年夏に出版された。一冊に、各著者の主張とそれに対する批判・反論も収録され、社会政策・比較福祉国家研究にとって重要な論点が含まれた良書である。

同時に本書は、韓国社会政策・社会福祉学の発展を願った一冊でもある。編著者の金淵明（キム・ヨンミョン）は、冒頭で本書の企画意図として、『「他人の論文は読まない」』『意味のない引用をする』という韓国社会科学系学会の弊害の一つを克服する」と宣言する。こうした意図から、各著者が立場を明確にし、実名批判や攻撃的な論理を展開した「学術論争」となっている。

素朴な疑問から始めよう。そもそも、韓国でこうした論争本が誕生した背景には何があるのだろうか？評者が編著者に直接確認したところ、本書の構想と、2001年中ごろの「批判と代案のための社会福祉学会」の成立とは軌を一にしている。議論の対象である金大中政府は、1997年IMF経済危機の渦中に誕生し、構造調整と一連の社会福祉

改革が行われた。金大中政府の折り返し地点でもあった2001年当時、社会福祉が政治的なアジェンダとなり、後半期の展望と理論的支柱が社会的にも求められていた。同学会の立て役者たちは、1970～80年代の学生運動を経験した社会福祉専攻者が中心となっており、現在、研究所や大学教授として就職している。彼/彼女らにとって、既存の社会福祉関連の学術団体は保守的で意見表明もあまり活発でないように感じられ、より進歩的かつ社会参画的な社会福祉学術団体が必要という認識が高まったという。そこで、ソウル大・中央大・延世大の研究会を統合して作られたのが、同学会である（本書は同学会『韓国社会福祉学争点叢書』の第一巻目である）。同学会設立と刺激的な学術論争、そして本書の刊行は、民主化以降、研究職に就いた彼/彼女らにとっての社会運動の一環ともいえよう。

こうした熱い（分量としても厚い）論争本を、日本の読者が直接ふれることができる背景には、近年の日韓研究交流の深まりがある。金淵明をはじめとした各論者は、実際に早稲田大学・東京大学・北海道大学・社会政策学会・日本福祉大学21世紀COEなどで研究発表を行っている。本書の翻訳は、日本における韓国福祉国家研究者によるものである。大著の翻訳にあたった、韓国社会保障研究会に敬意を表したい。

さて、本書は日本にとってどのような意義がある

だろうか？韓国の調査結果によれば、2005年の合計特殊出生率が1.08を記録した。日韓ともに少子高齢化が進行し、社会保障制度改革や少子化対策など、両国の抱える課題は共通点が多い。本書の意義は、日本と共通課題を持つ隣国の「福祉国家性格論争」における3つの争点をレンズに、日本の社会政策論・福祉レジーム論の課題が逆に映し出される点にある。

第一の争点は、金大中政府の社会福祉政策が、国家責任拡大論か、新自由主義論かをめぐる評価の相違である。本書において、次の4つの評価が浮き彫りになっている。

まず、編者の金淵明は、「国家責任強化論」の立場に立つ。彼は、①社会福祉費支出の増加、②社会保険の拡大と整備（国民年金拡大、雇用保険・労災保険拡大、医療保険統合）、③基礎生活保障法での貧困に対する国家責任原則の拡大、権利性の強化から、国家福祉強化路線を強調する。

これに対して曹永薫（チョ・ヨンフン）は、市場役割の強化を志向している点において明白な「新自由主義的性格」であると金淵明を全面批判する。その根拠として、①生産的福祉の主たる対象が低所得層であり、特にワークフェア制度は典型的な新自由主義的政策であること、②個人年金に対する所得控除拡大や民間生命保険の急成長など、国家福祉の基盤が脆弱なところに、民間役割の強化を通じた福祉混合政策が展開、③金大中政府発足以後、社会保険の強制対象の枠外である非正規労働者が大幅増加した点を挙げる。

南燦燮（ナム・チャンソプ）は、国家福祉強化説も新自由主義説も退け、構想としては国家責任の強化だが、実際には実現されず、制度自体は保守的性格を維持していると診断する。現実的には、階層差別的な結果をもたらしたこと、その原因として、自営業者の所得把握問題、非正規労働者の排除問題、その根底には行政的・財政的土台の不備があったと見る。

さらに、鄭武權（チョン・ムグオン）は、「自由主義と保守的国家主義の結合説」を提示する。「国家責任強化論」の金淵明に対して、形式的制度の枠組みよりは、制度の構造と内容が労働の商品化とワークフェアの原則を強調しているか否かで新自由主義の論理の核心を見るべきだと反論する。その上で、福祉制度発展過程と形式的な制度枠組みは保守的国家主義であるが、制度の効果は労働の商品化が強調される自由主義的性格で、2つの性格が混在していること、その背景には開発主義的福祉主義の制度的遺産があると特徴づける。

第二の争点は、韓国福祉レジームの位置づけをめぐる評価の相違である。各論者は、エスピ・アンデルセンの3類型（保守主義、自由主義、社会民主主義的レジーム）を下敷きにしなが、次の4つの立場に分かれる。

曹永薫は、前述した社会福祉政策の診断と同様、韓国は、保守主義の特徴を持つが、究極的には「①自由主義的類型の福祉国家」と断言する。

これに対して南燦燮・金榮範（キム・ヨンボム）・金淵明は、一つの類型に位置づけない。これは、埋橋（1997）による日本の分析、すなわち、日本はリベラル・タイプの要素をもつコーポラティスト・タイプに属するが、エスピ・アンデルセンの枠組みでは日本の位置を完全に確定することはできないという指摘を想起させよう。

南燦燮は、曹永薫の議論が、金大中政府の政策意図と算出と結果とを区別せず、市場の比重が比較的大きいことで自由主義的類型に分類することに疑問を提示し、韓国は3つのレジームに完璧には合致しないと結論づける。金榮範は、保守主義と自由主義的福祉レジームの分岐点にあると見る。金淵明は、韓国福祉レジームを構成する一貫した原理はなく、各体制の特徴が折衷された「②混合モデル」と評価する。

これに対して鄭武權は、エスピ・アンデルセンの3類型に並ぶ第4のモデルとして「③開発主義

の福祉レジーム」を提示する。これは、東アジア諸国が西欧先進福祉国家とは異なる国家形成過程を通じて、保守主義的コーポラティズムと自由主義とをいかに結合し発展させてきたのかを説明するためのモデルとして位置づける。

やや角度を変えて金榮範は、韓国の福祉国家が「④ 未成熟」だと強調する。従来の所得保障制度を中心とした類型化には限界があり、福祉サービスを中心とする類型化と結合した上での総合的判断が必要と早急な類型化に疑問を投げかける。

以上の性格評価の対立やズレは、各論者が制度を見る際に焦点をあてる基準にズレがあることを示している。制度の本質を見いだす要素と水準をどこに置くか？これが第三の争点である。

この基準の違いは、金成垣(2005:43-5)の簡潔な整理を借りれば、福祉国家の給付的側面か規制的側面か、あるいは、政策変化の形式的側面かその実質的な結果かなどにおける焦点の置き方に由来する。鄭武權が整理するように、エスピン・アンデルセンのレジーム論を3つの側面—① 制度の形式的特徴、② 国家福祉制度の特徴が市場と家族、階層化にもたらす結果、③ 福祉制度の形式的特徴と結果との間の因果関係の説明—に分けた場合、金淵明は制度の形式的特徴の変化を強調し、南燦燮や金榮範は形式的制度の枠組みとその結果を同時に検討している。一方で、曹永薫と鄭武權は、形式的枠組みよりは、労働の商品化とワークフェアという結果に焦点を置いている。

この多様な評価やズレ自体、李惠炅(イ・ヘギョン)が言うように、「21世紀の韓国の福祉資本主義を20世紀の福祉国家の基準から分類するのは、クラスター化は可能であっても、変化の実態をとらえることは不可能」な様相を物語っている。変化と連続性が複合する福祉レジームの本質を、いかなる変数や枠組みから動的に説明するか？いかにエスピン・アンデルセンを越えるか？類型論の動態化や後発福祉国家を包摂する福祉レジーム

論の再構成については、日本でも埋橋(1997)、埋橋編(2003)をはじめとする諸論文にて議論が積み重ねられてきた重要なテーマである。李惠炅は、冷戦体制下で成長した西欧のケインズ主義的福祉国家レジームを対象とした既存のレジーム論に、グローバル化とポスト産業化のダイナミクスと韓国社会福祉発達の歴史的特殊性とを包摂し、福祉レジーム論自体を再構成することこそが必要であると展望する。

本書で扱われる制度領域は、金大中政府前半の社会保険拡大・公的扶助を中心とした部分であり、国家と市場の二者関係に焦点があたっている。惜しまれるのは、福祉レジーム論での国家・市場・家族の三者関係において、家族やジェンダーに焦点をあてた議論がほとんどないことである。現在、『韓国福祉国家性格論争II』で関連の章が準備されているようであり、期待を込めつつ、本書に書き加える点として次の3点を提案したい。

第一に、ジェンダー視点からも論争を仕掛けることができる。例えば、年金制度拡大の様相を男女別に見てみよう。18～59歳人口に対する公的年金加入率(2002)を見ると、男性54.9%に対して女性26.6%に過ぎず、女性は10名中2.7名しか年金受給権を持たない(崔恩鈴 2006:263-4)。女性の非正規労働者の高さも勘案すると、金淵明の国家責任強化説をジェンダー視点からも支持できない。また鄭武權は、労働の商品化を強調しているか否かを新自由主義的特徴の基準とするが、この議論は女性にもあてはまるのだろうか。女性は脱商品化以前にまず労働の商品化が必要となり、男性よりもその前提が一段階多い。よって、労働市場における女性の地位(男女間の賃金格差、非正規雇用率の高さ)、雇用レジームの保守的性格をジェンダー別に検討する必要がある。

第二に、金大中政府での、ジェンダー関連政策をめぐる重要な制度改革の性格について、制度的特徴とその結果をどう見るか。金大中政府では、

大統領直属女性特別委員会設置(1998)と女性部新設(2001)、男女差別禁止及び救済に関する法律(1999)、男女雇用平等法・労働基準法・雇用保険法改正(2001)など、ジェンダー主流化をめぐる本格的な動きが見られる(成垣樹 2005:219-23)。これは、国家の規制側面の責任拡大と形式的制度の本格整備といえる。ただし、その結果は企業の行動を媒介としている部分も多く、制度が実効性をもって実質的な結果を生んでいるかについては、別途検証が必要であろう。

加えて、盧武鉉政府では戸主制度の廃止など家族法改正が見られる一方で、少子化対策の文脈が強まる中、家族価値の再評価、福祉政策と人口政策の連携が鮮明になっている。本書で金淵明や李惠炅が論じる、社会政策と経済政策の二者関係(従属/代替など)は重要な論点だが、韓国(や日本)の福祉国家の性格をみる際、社会政策・経済政策・人口政策との三者関係の問題も興味深い論点である。

第三に、金大中政府の政策を社会サービスから評価するとどうであろうか。例えば保育政策の制度的特徴や結果を見ると、金淵明が言う意味での国家責任拡大とは言いがたい。金大中政府の時期は公的保育よりも民間保育の施設数・利用児童数が上昇し、子育て期の女性の就業率自体が停滞しているからである(相馬 2005:246-7)。ただし、盧武鉉政府の政策展開は、別途詳細な検討が必要である。法改正で形式的には保育の普遍主義原則化が確立し、保育料支援も拡大している。また、低所得児童支援事業(We Start)や健康家庭支援事業も漸次展開中である。女性部から女性家族部へと変わり、保育や家庭支援事業が同部に移管されたことで、日本で言う子育て支援と男女共同参画、そして韓国的な健康家庭支援という事業が、新たに家族政策として展開している。日本では親子(母子)や子育てそのものに政策の焦点があてられるのに対して、韓国は家族を政策対象として

打ち出しながら、日本以上のスピードで制度改革が進行している(SOMA 2006)。

振り返れば、韓国の社会福祉制度は日本の植民地期に移植された面も多く、その後も日本の制度が韓国に与えた影響が大きい。こうした背景もあり、韓国は、「日本中心の東アジア福祉レジーム」など、日本との類似点や日本の後を追う局面が指摘されてきた。しかし、金淵明が強調するように、医療保険改革では、日本で見られる組合主義を解体し統合方式へ移行した。年金改革では、公務員・軍人を除くほとんどの国民を一つの年金制度に包含し、公的年金で自営業者に所得比例方式を適用した。このように、韓国では日本以上の速度で改革が進行し、日本型の制度から遠くなりつつある局面が浮上してきた。

韓国の学術論争を、日本語で読み進めると、韓国の研究者たちが、日本にも同じ問いを突きつけているように感じてならない。冒頭の問いに、日本の社会政策・社会福祉の関係者はどう答え、いかなる学術論争を展開してきただろうか？

#### 参考文献

- 崔恩鈴 2006「韓国福祉国家におけるジェンダーとケア労働」武川正吾・イ・ヘギョン編『福祉レジームの日韓比較』東京大学出版会
- 金成垣 2005『『生産的福祉』と韓国福祉国家性格論争』武川正吾・金淵明編『日本の福祉国家・韓国の福祉国家』東信堂
- 相馬直子 2005「少子化の進展と『育児支援』の生成」武川・金編所収
- SOMA, Naoko. 2006. "Dilemmas of family and childcare policy within a pronatalist context: a comparative analysis of Japan and Korea." paper presented at East Asian Social Policy, the Bristol University, United Kingdom.
- 成垣樹 2005「女性政策の成立と展開：韓国福祉国家とジェンダー」武川・金編所収
- 埋橋孝文 1997『現代福祉国家の国際比較：日本モデルの位置づけと展望』日本評論社
- 埋橋孝文編 2003『比較のなかの福祉国家』ミネルヴァ書房

(そうま・なおこ 日本学術振興会特別研究員)

# 海外社会保障研究

(第156号)

論文抜刷

国立社会保障・人口問題研究所編

平成18年9月 発行