

海外社会保障研究

Autumn 2013

No. 184

特集：介護者支援の国際比較：要介護者と家族を支える取り組みの多様性

特集の趣旨	田宮菜奈子	2
スウェーデンの介護者支援	藤岡 純一	4
ドイツの介護者支援	齋藤 香里	16
アメリカの介護者支援—PACEによる地域包括ケア拡大の可能性—	新井 光吉	30
韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護支援の現状	金 貞任	42
オーストラリアのケアラー（介護者）支援	木下 康仁	57

書 評

高田実、中野智世編著 『近代ヨーロッパの探求15 福祉』	近藤 正基	71
Joan Costa-Font編 Reforming Long-term Care in Europe	河野 真	76

海外社会保障研究

AUTUMN 2013 No.184

国立社会保障・人口問題研究所

特集：介護者支援の国際比較：要介護者と家族を支える取り組みの多様性 趣 旨

家族は、世界中どの国においても、今なお最も重要なケアの担い手であることは論を待たない。しかし、その有り様は、それぞれの国の文化、信条、社会的背景等々によって大きく異なり、当然、それを支えるしくみも、それぞれ異なったものとなる。

福祉国家の類型別¹⁾に各国の介護者支援の特徴を示した本号は、それぞれの異なった背景をもった国々が、いかにして介護者支援政策を築いてきたか、あるいは築こうとしているかが包括的に理解できる大変貴重な内容となっている。

各国の取り組みが詳細にレビューされた玉稿を拝読した今、心に残るのは、各国がそれぞれに、実に多様な介護者支援の取り組みを、紆余曲折を経て模索してきたということ。一方、対照的に、介護先進国として世界が注目をしはじめた我が国における介護者支援をめぐる状況とのギャップである。

本稿では、このギャップについて考える所を少し述べてみたい。

我が国の介護者支援策は、介護保険導入時に現金給付が議論された経緯はあるが、それ以降、介護財政削減が急務となっている現状において、ほとんど議論されていない。本稿で種々紹介されているような公的実態調査もなく、NPOの日本ケアラー連盟が、やっとな実態調査²⁾を実施したところである。自身の経験でも、在宅診療の際に、介護に追われ自分の受診時間すらとれない介護者への診療もしたことが多々あったが、介護者の実態が社会的議論にならず、まさにFengler Aらが介護者をHidden patientsと述べた³⁾ように、未だその存在が社会に見えていない状況である。

日本のこうした経緯には、いろいろ事情もある。旧来の家族主義の伝統に加え、本誌の別の特集⁴⁾にあるように、“オイルショックが福祉国家建設の途上にあつた日本を直撃し、(中略)結果として「家族主義」と男女の役割分担が再強化された”という経緯、さらに、前述の現金給付をめぐる議論等である。

現在、我が国の介護保険制度下における介護者支援としては、介護サービスを利用することで間接的に介護者を支援するという方針がとられている。介護保険開始当初に現金支給が見送られたのも、まずはサービス利用を促すためであった。実際、サービス利用は拡大し、その分、介護者の介護従事時間は減っていることが、日本で最初の国レベルのデータ（国民生活基礎調査）による介護保険の評価を行った論文-ランセット日本特集⁵⁾の分析で示されている。しかし、有意に介護時間が減少したのは、サービス利用率も有意に高かった中高所得者群においてのみであり、また、この空いた時間に労働時間が有意に増加していたのも高所得の場合のみであった。高所得世帯の介護者（大半は女性）は介護の機会費用が高く、労働市場に参入すればより高い賃金を得ることができること、また、比較的所得が高いフルタイムの労働者にのみ介護休暇を認められていることなどが理由として挙げられている。また、介護者の主観的健康感には、当分析では介護保険前後で有意な効果は見られなかった。

この結果は、サービス利用による間接的支援のみでは不十分で、労働政策、所得政策、家族へのカウンセリング等々、その他の介護者を支援する取り組みとあわせて施策を実施する必要性を示している。たとえば、前述のケアラー調査²⁾およびつくば市のニーズ調査による分析⁵⁾の両方において、介護者が最も望んでいるのは、いざという時にいつでも利用できるフレキシブルなショートステイであり、後者では、これが整えば在宅介護を続けたいという回答が約3割であった⁶⁾。この施策により施設入所を回避できれば、財政的にもプラスになることが考えられる。家族支援によるこうした経済評価を打ち出すことも、現状の財政逼迫の中にある日本の介護者支援の展開には必要であろう。それには、この分野のさらなる実証研究が急務となる。

また、日本が、介護者支援策が種々行われているOECD諸国と異なるのは、アジア諸国ならではの事情もあろう。本稿の韓国の論文を見ていただくと、やはり他の国とは異なり、家族介護中心の背景か

らの奮闘が読み取れる。所得との関係も、上記の日本と通じる物がある。しかし、韓国では家族の介護も評価し、さらに詳細に一同居と非同居では現金支給額が異なる一など、直接的介護者支援を模索している点では、日本より進んでいる。

他にアジアの国の介護者支援については、台湾、香港以外からはまだあまり報告がなく、現状では家族の伝統的な介護の問題はあまり見えていない。少ない報告の一例であるが、例えばタイで介護負担尺度を用いた研究⁷⁾ではほとんどの人が負担を感じず、前向きに捉えている。これには、家族への価値観や介護は自分自身の功德になるなどの宗教的背景があるかもしれない。しかし、このまま続くのか、いずれは日本や韓国のように、家族への負担が増大し、社会としての対応が必要になるのか、また、現状でこの介護負担がないというは本音なのか、実は女性は負担を感じているのか・・・等々、これから高齢化を迎えるアジアの国々においては、これまでとはまた違った見方も必要になってくると考える。

もう一点、思い浮かんだことがある。それは、米国に幼子連れ留学したときのことである。子供を抱えて電車にのる際に、立っていたことは一度たりともない。いつも、我先にと誰かが座席を譲ってくれた。日本では、たいていつり革につかまり立ち続けていた。この、誰かをケアして大変な思いをしている人が傍にいた場合の咄嗟の行動の違い・・・こうしたことが、このギャップの本質的な要因かもしれないと感じている。本稿の中に論じられている、スウェーデン介護者の経済的保障は、無償の介護労働をなくすことがまず大切とされていること、ドイツにおける介護を社会的労働とみなした労災保険やリフレッシュ休暇の保障、さらにはオーストラリアのケアラー貢献認識法の基本原則が、“ケアラーを役割から位置づけるのではなく、他の全ての人々と同様の権利が保証され、その人固有の社会生活と人生を歩む存在とされている”などを読むと、我が国では、もっと根源的なところから議論していく必要性を感じる。

しかし、救いは、どの国も最初からよい制度があったわけではないということである。

スウェーデンは施設ケア中心にシフトしてから、再度介護者政策が見直されているし、ドイツの介護者社会保障も最初から整備されてはいる。どの国も試行錯誤しながら、模索してきたのである。

世界中の国が果たせなかった国民皆保険50年を果たした我が国。アジアの一員として我が国らしい制度がつけられる可能性は、まだ充分あるように思っている。

ただし、それは、このギャップの大きい我が国の現状にとどまることを良しとせず、こうして他の国に学び、絶え間ない流れをつくってのことである。各国の介護者支援の経緯を類型別に追跡できる本誌は、その大きな一助になるに違いないと考えている。

(田宮菜奈子 筑波大学教授)

- 1) 厚生労働省「『福祉レジーム』から社会保障・福祉国家を考える」『平成24年版厚生労働白書』2012第4章:78-86.
- 2) 家族（世帯）を中心とした多様な介護者の実態と必要な支援に関する調査研究
平成22年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業／NPO法人介護者サポートネットワークセンター・アラジンとの共同事業 <http://carersjapan.com/activities.html#resaerch>
- 3) Fenger A & Goodrich N. Wives of elderly disabled men, The hidden patients, Gerontologist, 1979, 19:175-183
- 4) 落合 恵美子ら「日本におけるケア・ダイヤモンドの再編成：介護保険は「家族主義」を変えたか」『海外社会保障研究』2010, No.170: 4-19.
- 5) Tamiya N, Noguchi H (Co-lead author), Nishi A, Reich MR, Ikegami N, Hashimoto H, Shibuya K, Kawachi I, Campbell JC. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. Lancet. 2011 Sep 24, 378 (9797):1183-92.
- 6) 堤春菜、田宮菜奈子ら「在宅介護継続意思のある介護者における緊急ショートステイ利用ニーズの実態と関連要因」第71回日本公衆衛生学会総会抄録集, p.399 (2012.10)
これは、つくば市が2011年2月に実施した「第5期つくば市高齢者福祉計画策定のためのアンケート調査」の分析である。有効回答数685名（回収率48.9%）のうち、「何らかの支援が整えば継続可能」と回答した介護者が238名（52%）であり、具体的に必要な支援（複数回答）としては、ショートステイ（154名, 67.8%）が最も多かった。
- 7) Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. Limpawattana P, Theeranunt A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J. J Community Health. 2013 Feb, 38 (1):40-5.

スウェーデンにおける介護者支援

藤岡 純一

■ 要旨

スウェーデンにおいて家族などのインフォーマル介護が見直されてきたのは1990年代であった。1998年、コミューン（市）の介護者支援を奨励する規程が社会サービス法に追加された。介護者協会などのボランティア組織と協働しながら、国の補助金によって介護者支援が促進されてきた。ホーム（家庭における）レスパイトやショートステイ、介護者出会いセンターやグループ活動などである。

2009年7月に、社会サービス法のその条項は、奨励からコミューンの義務に変わった。しかし、問題点も残されている。障害または長期疾病の子どもを介護する者への支援でコミューンの取り組みが遅れている。週11時間以上介護・援助・支援をしている「非常に濃密な介護者」は、健康、就労、生活の質において問題が残っている。介護者支援について知らない介護者がまだ多い。これらの問題点を解決するとともに、非常に濃密な介護者には、要介護者への社会サービスをさらに充実することが、負担の軽減に繋がる。

■ キーワード

スウェーデン、介護者支援、コミューン、社会サービス法、ボランティア組織

はじめに

2009年7月に社会サービス法が改正され、コミューン（基礎自治体：2011年12月現在の人口規模は、最大コミューンのストックホルムで864,324人、最小コミューンのビュールホルムで2,431人、平均32,700人）による介護者支援が義務づけられた。同法第5章10条には、「（コミューンの）社会委員会は、長期の病気を患っているかまたは高齢である近しい人を介護しているか、または障害のある近しい人を支援している人たちの負担を軽減するために、支援を行わなければならない」と規定している。

近しい人（narstående）には、両親、配偶者またはパートナー、子ども、兄弟姉妹または他の親

族、そして親友、隣人、知人が含まれる。スウェーデンにおける介護者とは、その対象が家族や親族にとどまらず親友・隣人・知人を含むので、インフォーマル介護者のことである。本稿では、断りのない限り単に介護者と呼ぶ。

法律改正後、社会庁は、①改正について周知すること、②その規定の適用のために支援のガイドラインを作成すること、③コミューンへの補助金の交付（2009, 2010年）、④変更の結果をフォローアップし評価すること、という責務を負った。

本稿では、社会サービス法第5章第10条が改正されるに至った経緯を明らかにすると共に、介護者支援の現状と課題について述べる。

I 背景

介護者支援の必要が高まり、政府が支援策を取り始めたのは、1990年代である。1990年代とは、スウェーデンの社会にとってどのような時期であったであろうか？

第1に、エーデル改革、障害者収容施設の解体とLSS（特定の機能障害を有する人の支援とサービスに関する法律：地域移行に伴うサービス内容を明記）の制定、保育園から就学前学校への移行など、福祉サービスにおける新たな展開が見られた。

第2に、社会的企業が発展してきた。社会的目的を持ち、事業活動している団体である。最初は、グループの権利と社会的な可能性のために活動する、協同組合や非営利団体から始まった。その活動は公的セクターとの密接な協調の下に行われた。

第3に、1980年代から続くNPM（ニュー・パブリック・マネジメント）による改革がスウェーデンの地方政府にも影響を与えた。地方政府のNPM改革は、民間委託、選択の自由、購入者-供給者モデルの導入などの形で実施された。

第4に、1993年をボトムとする不況はスウェーデン社会に大きな影を落とした。社会保障支出がこの時期に削減され（育児休業手当は給与の90%から70%へ削減された。ただし、2000年代には80%に戻った）、コミューンでも財政支出が抑制された。地方税率はコミューン議会で決定されるが、この時期は引き上げが一時凍結された。この財政状態が、コミューンの行う福祉サービスにも影響を与えたことは想像に難くない。

このように、1990年代には社会福祉がさらに発展する軸と、NPMや財政赤字などの影響を受けた軸が重なり合っている。介護者支援そのものは必要不可欠で、社会福祉の1つの発展であるが、その発端になったのは、ホームヘルプサービスの受給者の減少（2000年代には再び増加する）と介護者の増加、そしてその困難さにあった。また、

スウェーデン介護者協会（AHR）が1996年代に結成され、他の団体と共に政府に圧力をかけたことも介護者支援導入の背景として見逃すことはできない。

II 介護者支援の必要

1990年代に、なぜ介護者支援が必要とされたのか、それを明らかにするために、まず、ホームヘルプ受給者の減少と介護者の負担増の現状を明らかにする。

1. ホームヘルプの減少とインフォーマル介護の増加

Kristina Larssonによると、男女別、年齢別（65歳から79歳までと80歳以上）、そして同居者の有無別のどのグループにおいても1988/89年から2002/03年の15年間にホームヘルプを受けている人は大きく減少した（Larsson K. 2006:429）。その原因は、(1) 男女の家事分担が通常になったこと、(2) 運動能力が向上し、食材や掃除機などある程度重いものを運べるようになったこと、(3) 高齢者が住む住宅の利便性の向上、(4) 電子レンジなど技術な発展などが、挙げられる。しかし、ホームヘルプ受給者の割合の減少は、必要な人の減少よりも大きい、と指摘している。

Marta Szebehelyは、ホームヘルプの減少の要因は明らかになっていないとしながらも、可能性として、(1) コミュニンの厳しくなった基準、(2) 料金の引き上げ、(3) ホームヘルプサービスの内容上、組織上の変化、をあげている（Szebehely M. 2005:159-160）。家事サービスのみの場合、ホームヘルプを拒否するコミューンがあり、また、援助のできる近い人がいれば必要を入念に判断することなどが行われた。

2000年代に入ると、それまでとは逆に、ホームヘルプを受けている人は12万900人（2000年）から15万3,700人（2007年）に3万2,800人増加し、

2012年には16万3,600人になった。介護のついた特別な住宅に住んでいる人を合わせて、12年間で23万9,200人から25万人に増加した (Socialstyrelsen 2008b:19, 2013b:36)。

1990年代にはコミュニンはホームヘルプサービスを必要以上に減らさざるを得なかったが、2000年頃から再び充実させつつあるといえる。

2. 介護者の増加

次に、1988/89年から2002/03年の15年間の間に、近い人による介護は増加した。80歳以上の援助が必要な高齢者がうけている援助の様々な組み合わせをみると、「近い人による介護とホームヘルプ」と「近い人による介護のみ」を合わせると、両年とも、同居の場合は90%近くなる。一人住まいの場合は、男性では51%から約59%へ、女性では60%から、71%へ増加した。

夫婦同居の男性の場合、援助の必要な人の5分の1が近い人による介護とホームヘルプの両方を受けている。夫婦同居の女性の4分の1が両方から援助を受けている。Kristina Larssonは、1988/89年から2002/03年の間に、「平等化」が進行し、同居の夫が妻を介護する割合が以前より増加し、ホームヘルプを受けないことがより多くなっていると指摘している (Larsson K. 2006:429)。

援助の必要な一人住まいの中でホームヘルプと近い人の両方の援助を受けている人は3分の1に達する。1988/89年から2002/03年の間に、ホームヘルプだけを受けている人の割合は、男性が46%から29%へ、女性が35%から21%へと減少した。民間のホームヘルプを購入する人が男性の一人住まいにはより多くなった。

3. 介護者の困難と介護をする理由

介護者の困難は、就業の困難、疲労と落胆、そして自分の時間が取れないことなどが考えられる。Marta Szebehelyの分析によると、55歳から64

歳までの女性の非同居介護者が仕事を離れるリスクは、同年齢のインフォーマルケアをしていない (その他の) 女性の2倍に達している (Szebehely M. 2006:449)。

Marta Szebehelyは、介護者の数が全体として増える中で、コミュニンまたは国から経済的保障を受けている介護者の数が1980年代以降減少していると指摘している。そして、今日、経済的保障を受けている人よりも、パートタイマーとして働くか全く働かない人の方が多い。経済的保障は、女性の労働市場での地位を低下させる可能性がある。同氏は、重要なことは、介護者への経済的保障が、他の高齢者介護施策に取って代わるのではなく、それによって無償の介護労働をなくすことである、と述べている (Szebehely M. 2006:460)。

介護を行う基本的な理由について調査がある。これによると、スウェーデンでは、「感情の絆」 (愛情など) と答えた介護者が72%に達する。他の国、ドイツ、ギリシャ、ポーランド、イギリスなどの国の中で、抜きん出ている。これに対して、「義務感」と答えた介護者は8.3%に過ぎない。他のヨーロッパ諸国の中で最も低い数字になっている。ここに、スウェーデンにおける介護者と被介護者との関係が如実に現れている。(The Eurofamcare consortium 2006:120)

III 介護者支援の経緯

介護者支援の新しい展開は、1998年に、社会サービス法に新しい条項が付け加えられたことに始まる。その条項において、「社会福祉委員会は、長期の病気を患っているか、高齢であるか、または機能障害のある近い人を介護している人に対して、援助と一時休息 (レスパイト) によって、その負担を軽減するべきである」と、定められた。2009年の改正が、コミュニンの義務を規定しているのに対して、この時はまだ義務ではなく、推奨

である。

この法律に基づいて1999年から2001年までの3年間、合計3億クローノルの介護者支援補助金が国からコミュニティに交付された。これを「介護者300」(Anhörig 300)と呼ぶ。各コミュニティは実施計画を立て、そして介護者支援のための奨励金を受け取った。「介護者300」は、この後、国民保健・医療発展計画に引き継がれた。この計画のもとでは、補助は、必要度の高い病人、高齢者、機能障害者への介護が優先された。継続的施策の責任はコミュニティにあった。そのため、「介護者300」はコミュニティに様々な形の援助の実行を可能にしたが、その終了後、活動は継続されず、補助のあった多くの活動が中止された(Socialstyrelsen 2005:43)。

2005年はじめに、社会庁は新しい政府決定に基づいて、介護者へのコミュニティの支援の継続的な発展を促進することになった。それは2005年から2007年までの3年間に毎年2,500万クローノルを介護者への援助のために補助すること、そして、コミュニティの介護支援の発展を評価する方法を開発することであった(Socialstyrelsen 2008a:8)。

コミュニティが補助金を申請するための条件として、援助の一部にボランティア組織との共同が盛

り込まれていること、そしてそれがコミュニティの責任ある委員会です承されていることが決められた。2,340万クローノルが配分された。社会庁は国レベルで情報と経験の宣伝と普及、レーン行政部は地域レベルでの情報と経験の宣伝と普及に責任を持った。どのレーンも年レポートを社会庁に提出し、それに基づいて社会庁はフォローアップを行った。

2005年末に政府は、新たな取り組みとして、さらに年間1億クローノルの追加補助の決定を行った。新たな取り組みには、介護者団体および年金者組織への補助金交付と介護者問題のための介護者能力センター(Nationellt Kompetenscentrum anhöriga)の開設が含まれた。2006年と2007年にはそれぞれ年間1億1,425万クローノルの配分となった。

申請のためにコミュニティは2年間の介護者支援計画を立てることが必要とされた。配分基準には、

(1) 援助資金は、介護者支援のためのインフラを整備するためのものであって、一時的なものであってはならないこと、(2) その5分の1がボランティア組織や非営利団体との共同を新たに行うかまたは前進させるものであること、があげられた。

2008年には、政府は、コミュニティの申請に対して、9,000万クローノルの配分を行った。配分基

表1 形態別介護者支援の実施状況(実施コミュニティ・コミュニティ内地区の割合)

%

	実施しているコミュニティの割合					協働で実施 ¹⁾		
	2004	2005	2006	2007	2008	2006	2007	2008
ショートステイによるレスパイト	99	100	99	100	99	1	2	0
デイケアによるレスパイト	92	92	93	94	93	4	3	4
ホームレスパイト	91	94	94	97	98	7	7	7
カウンセリング	74	81	84	90	90	12	11	15
介護者援助グループ	74	76	82	87	90	34	32	40
介護者の教育	32	33	38	69	78	19	23	27
介護者出会いセンター	32	40	50	59	65	12	16	20
ボランティアセンター	-	-	26	30	37	13	22	27
健康増進活動	12	18	35	48	57	14	18	21
介護者の健康チェック	3	2	4	4	4	1	2	1
他の援助	31	34	41	52	46	7	12	9

1) ボランティア・非営利組織との協働で実施したコミュニティ・コミュニティ内地区の割合
出所：Socialstyrelsen (2008a) (2009) より筆者が作成

準は2006年・2007年と同じである。これとは別に500万クローノルを介護者能力センターに、500万クローノルを年金者組織と介護者団体に配分した。2008年秋に、政府は大きな法律上の転換を提案し、2009年に介護者支援はコミュニティの義務になった。

IV 介護者支援の内容

1. 介護者のサービス利用

スウェーデン社会庁は、介護者支援について各コミュニティまたはコミュニティ内の地区（ストックホルム市やイエテボリ市などの規模の大きなコミュニティに地区行政区があり、予算や行政の詳細な決定が地区委員会に委任されている）にアンケートを行い、どのような取り組みを実施しているか調査している。表1は、実施しているコミュニティとコミュニティ地区の割合を示している。何よりも、ほとんどのコミュニティ及びコミュニティ地区で実施しているのが、レスパイトである。レスパイトにはショートステイによるレスパイト、デイケアによるレスパイト、ホーム（家庭における）レスパイトがある。次に多いのが、カウンセリングと介護者援助グループである。介護者の教育や介護者出会いセンターも急速に増加している。2004年にいずれも32%であったが、2008年にはそれぞれ78%と65%になっている。これらの分類には明

確な基準がなく、あるコミュニティで介護者援助グループに分類されている活動が他のコミュニティでは介護者出会いセンターに分類されていることもある。

ヨーロッパ6カ国における介護者のサービス利用状況の比較を見ると、スウェーデンでは社会感情的援助（カウンセリング、ソーシャルワーク、自助グループなど）とレスパイトが他の国に比べて抜きん出ている（Lamura G. 2008:170）。

表1の右側は、ボランティア・非営利組織との協働で実施しているコミュニティとコミュニティ地区の割合である。実施しているコミュニティとコミュニティ地区委員会の多いのは、介護者援助グループ、介護者の教育、ボランティアセンターなどで、新しく取りくみが始まっている。ボランティア・非営利組織との協働に、コミュニティないしコミュニティ地区の介護者支援の事業の一定割合を充てなければならないという規定が2005年に設けられた。それ以降急速に拡大している。

2. ホームレスパイトと介護者出会いセンター

ホームレスパイトは、介護者の孤立を避け、彼らの生活の質を維持するために、「自分自身の時間」を確保することを目的にしている。ストックホルム市では、2009年現在、週4時間のホームレスパイトのためのホームヘルパーの派遣が無料に

表2 ホームレスパイトの実施日と時間帯

		%		
		2006	2007	2008
実施している日	平日と休日	67	73	69
	平日のみ	32	23	31
	休日のみ	1	0	0
平日の時間帯	昼	100	98	98
	夕方	79	78	76
	夜	33	38	36
休日の時間帯	昼	100	97	97
	夕方	90	90	92
	夜	43	50	51

出所：表1に同じ

表3 介護者出会いセンターの活動

活動	%	
活動	2007	2008
コーヒー活動	93	90
インフォメーション	78	78
グループ談話	75	67
カウンセリング	67	61
講演会	63	66
健康促進活動	62	63
趣味	56	62
教育	51	56
一時的レスパイト	44	41
その他	34	34

出所：Socialstyrelsen (2009):25

なっている。

表2と表3は、ホームレスパイトの実施状況、および介護者出会いセンターの活動を示している。ホームレスパイトを実施している日は、「平日と休日」が多く2008年には69%のコミュニティまたはコミュニティ地区で実施している。平日は、昼が圧倒的に多く、夕方も多い。そして夜も36%で実施されている。休日の時間帯はやはり昼が97%と最も多いが、夕方と夜も平日に比べると実施しているところが多い。

介護者出会いセンターでの活動で最も多いのがコーヒー活動、次いでインフォメーション、グループ談話、講演会、健康促進活動、カウンセリング、趣味などである。これらは同じ場所で、要介護者と介護者がともにひと時を過ごすように企画されている。

3. ボランティア・非営利組織との協働

スウェーデンでは、コミュニティによってその取り組みのあり方は異なっている。介護者出会いセンターをコミュニティ自身が実施しているところもある。例えば、ナッカ市ではこの活動を介護者協会ナッカ支部に委託している。ビルディングのワンフロアを借り切って、事務所、カウンセリング室、休息室、そしてグループ活動を実施する部屋に充てている。月に数回グループ活動を実施し、要介護者が介護者とともに参加する。コーヒーを飲み、お菓子またはケーキを食べながら雑談をし、歌を歌う。最高齢は95歳であった。この建物の賃借料はすべてコミュニティが支払う。スタッフは介護者協会のメンバーでボランティアである。オルガンやアコーディオンを弾く人もボランティアである。ボランティアの年齢は60歳から65歳が多く、すでに早期退職した人であるという。スウェーデンでは、60歳頃に早期退職する人が比較的多い。そして彼/彼女らもいずれ要介護者になるのである

(2009年5月の筆者による調査)。

コミュニティが協働しているボランティア組織には、介護者協会、認知症協会、赤十字協会、アルツハイマー協会などがあり、政府から補助金が交付されている。

V 社会サービス法改正後の実態

1. 介護者の概要

2012年初めに、社会庁はスウェーデン統計局の協力を得て、18歳以上の人口15,000人をランダムに選び、アンケート調査を実施した。その目的は、介護者の実態を調査することである。この結果は、2012年8月に出された社会庁の報告書Socialstyrelsen (2012a) で明らかにされている。今回の調査は、高齢者を介護(vård)・援助(hjälp)・支援(stöd)している人だけでなく、障害者と、病気や障害をもつ子どもを介護・援助・支援している人をも対象にしている。

回答者8,202人のうち18.4%の1,513人が介護をしていると答えた。これは18歳以上のスウェーデン人口757万人のうち約134万人に相当する。内訳は、①「毎日介護をする」が回答者全体の約6%、②「少なくとも週1回介護をする」が約8%、③「少なくとも月1回介護をする」が4%であった。

介護の時間及び頻度において大きな男女差は見られない。

介護者は全体として誰に対して介護・援助・支援を行っているか？(多数回答)最も多いのが両親(女49%、男46%)、次に妻または夫(女21%、男33%)、そして兄弟姉妹などの親族(女21%、男22%)、子ども(女20%、男21%)、親友・隣人・知人(女19%、男18%)と続く。

介護者はあらゆる年齢からなるが、最も多いのは45-64歳である。18-29歳では回答者の12%、30-44歳では13%、45-64歳では24%、65-80歳では19%、81歳以上では15%になっている。介護の対

象は年とともに変化する。30-44歳の介護者は何よりも子どもに対して介護を行う。45-64歳では多くが両親に対するものであるが、65歳以上の介護者のほとんどがその夫、妻、そしてパートナーである。

スウェーデンでは移民者が大変多くなっている。2010年現在、外国生まれの人は130万人、人口の14%に達する。ヨーロッパ以外で生まれた介護者は24%に達し、国内生まれの18%を上回る。毎日介護をしている介護者のなかでの外国生まれの人の割合は国内生まれの同じ数字より高い。最低週1回介護をしている人の中での割合は、逆に、国内生まれが非常に多い。

どのような介護・援助・支援か？（複数回答）「生活援助（買い物・掃除・洗濯・調理）」が64%（女63%、男64%）、「他の生活援助（金銭管理・申告・電球の交換・除雪・芝刈りなど）」が69%（女64%、男76%）、「連絡援助（診療所予約・コミュニケーションとの連絡等）」49%（女51%、男46%）、「経済的支援」23%（女19%、男29%）、「身体介助（衛生・食事介助・脱着衣・整髪など）」29%（女29%、男28%）、「見守り（危険なことをしないか・服薬の気づき・動機付け・励まし）」51%（女55%、男47%）、「社会交流・レクリエーション」69%（女73%、男63%）であった。

2. 介護者の問題点

今回の調査で、介護者が3つのカテゴリーに分

類されている。第1カテゴリーは、週1時間以内の介護・援助・支援を行う介護者で、「適度な介護者」と名づけられている。人口に換算すると約180,000人、介護者全体の14%になる。第2カテゴリーは、週10時間まで介護・援助・支援の介護を行う介護者で、「濃密な介護者」と言う。人口に換算すると850,000人、介護者全体の65%である。第3のカテゴリーは、週11時間以上の介護・援助・支援を行う介護者で、「非常に濃密な介護者」と名づけられている。人口に換算すると270,000人で、介護者全体の21%になる。

カテゴリー1の介護者の79%が、非同居の近しい人を介護している。また、カテゴリー2の介護者の67%が非同居の近しい人を介護している。ところが、「非常に濃密な介護者」である第3カテゴリーの介護者の70%が被介護者と同居している。

介護者はどのような問題を抱えているであろうか？介護者の健康、仕事や勉学との両立、生活の質について調査が行われた。

① 健康

健康状態を「大変良い」「かなり良い」「普通」「かなり悪い」「非常に悪い」に分けている。全体として、「大変良い」「かなり良い」「普通」を合わせると95%、「かなり悪い」と「非常に悪い」を合わせると5%になる。健康状態は概して良い。ただし、カテゴリー3の介護者は「かなり悪い」8%、「非常に悪い」が2%ありやや高くなっている。

② 仕事と勉学への影響

表4 「介護が労働に影響を与えているか」についての回答（%、数）

	労働時間短縮	退職を余儀なくされた	労働に困難を伴う	病氣リストに入っている	ほとんどない	まったくない	合計	回答数
女性	9	3	3	2	60	25	100	473
男性	6	3	2	1	57	26	100	361
18-29歳	2	1	2	-	66	22	100	68
30-44歳	13	4	2	3	67	28	100	157
45-64歳	7	4	2	1	56	22	100	493
合計	8	3	2	2	61	25	100	834

出所：Scialstyrelsen (2012a):35

介護者の約70%が労働年齢である。約30%が年金生活者である。

介護者の8%に相当する約70,000人が介護により労働時間が減少した。3%に相当する約29,000人が退職を余儀なくされた。2%の介護者が介護のために労働の困難が増した(表4)。そして、介護による労働時間の減少は男性よりも女性の方が多い。また、労働時間の減少の割合は、カテゴリ-3の介護者で最も多く、約40%の労働時間減少であった。カテゴリ-1と2では、労働に与える影響はさほど大きくないが、カテゴリ-3では55%の人が影響を与えると回答している。学業時間の短縮を余儀なくされた介護者もいた。

③ 生活の質

生活の質について多くの質問が行われ、回答は「いつも」「しばしば」「たまに」「全くない」から選択された。

まず、介護によって「友達と過ごすことを困難にしているか」どうかについて、「いつも」と回答した介護者が5%、「しばしば」が10%、「たまに」が29%、「全くない」が56%であった。介護される人が、配偶者、パートナー、子どもの場合は、ネガティブな回答がより多い。また、カテゴリ-3の介護者がカテゴリ-1及び2よりもネガティブな回答が多い。

「介護が経済問題の原因になるか」について、82%の介護者が全くないこと答えているが、カテゴリ-3の介護者の16%が「いつも」または「しばしば」と回答し、さらに、週60時間以上介護を

する人の22%がそのように回答した。

介護による精神的な負担と身体的負担を比べると、全体として、精神的な負担のある介護者の方が多い。「いつも」「しばしば」「たまに」を合わせると精神的負担のある介護者が63%に対して、身体的な負担のある介護者が35%であった。女性の方が男性よりも精神的かつ身体的な負担のある場合が多い。

「介護することを自分自身にとって良いと感じるか」という質問に対して、58%の介護者が「いつも」良いと感じると答え、28%が「しばしば」感じると答えた。全く感じなかったのは2%のみであった。しかし、「十分な介護ができていないと実感するかどうか」について、「しばしば」が一番多く35%、次に「たまに」で29%、そして全く実感しないも12%あった。

「介護がきつと感じるかどうか」という質問には、41%の介護者が「全くない」と答え、46%が「たまに」あると感じ、「いつも」と答えたのは3%に過ぎなかった。やや高かったのが子どもの介護をしている人で、年齢では30-44歳の介護者であった。

介護者は、他の家族・友人・隣人からの支援を十分に受けているが、公的な医療や社会サービスは十分とは思っていない。「家族などから十分な支援を受けているか」という質問に「いつも」「しばしば」と答えた介護者が73%に達した。「全くない」との回答は7%であった。「公的な医療や社会サービスは十分か」との質問には、48%の介護

表5 社会サービス法当該条項の適用状況(コミュニティとコミュニティ地区へのアンケート結果)

	高齢者ケア	障害者ケア	個人・家族ケア
戦略、目標、活動計画を作成している	76	56	39
介護者と早いコンタクトをとっている	84	79	70
介護者の観点で支援を行っている	82	83	80
予算措置をとっている	86	70	51
どのような支援があるかについて情報提供手段がある	94	72	54

Socialstyrelsen, 2012c:14-22

「イエス」と答えたコミュニティまたはコミュニティ地区の割合

者が「いつも」または「しばしば」と答え、30%が「たまに」、22%が「全くない」と答えた。特に、カテゴリ3の介護者には公的な支援が不十分であると考えている人が多い。

3. 法改正とその認知度

社会庁のこの調査によると、2009年の社会サービス法の改正と介護者支援のコミュニケーションへの義務化を、介護者の4分の1しか知らなかった。女性の方が男性よりも、29歳未満よりも65歳以上の方が、良く知っていた。介護者として公的支援を受けた人は7%、「支援を受けていないが将来必要になる」が15%、支援が必要ないという介護者が77%と高かった。このように法改正についての認知度が低い。また、どのような支援を受けられるかについての情報が少ないことが、必要ないという回答の高さの1つの要因になっている。

4. 責任配分についての意見

介護の責任をどこが担っているか、また、担うべきであるかについて介護者に質問をしている。現在は、親族などの介護者が主で社会が補助であるとする見解が全体の40%、社会が主で親族などの介護者が補助であるとする見解は35%であった。将来については、介護者が主であるべきとする見解は半分以下の18%となり、社会が主であるべきという見解は60%と高くなった。

この報告書は、「近い人への介護者の支援は、社会の基本的機能である。介護者による介護がなければ、社会は市民の介護の必要を満たすことはない。介護者による介護は、医療や社会サービスなどの社会的な取り組みの基礎をなす。」(Socialstyrelsen, 2012a:47-48)と述べている。

VI 問題点と対策

1. 情報の提供

社会庁は、法改正後、フォローアップと評価の責務を負った。「近い人を介護または支援している人への援助」という年次報告が出されている。2012年の報告は、その年の介護者へのアンケート調査の結果を踏まえたものになっている。

何よりも、より濃密な介護者（第3カテゴリ）の3分の1しか社会サービス法の規定を知らない。そして介護者の4分の3が、そして濃密な介護者の約半数が支援の必要なしと答えている。必要なしという答えは、どのような支援が行われているか知らないこと、または、必要に応じた支援が行われていないかどちらかだと考えられる。他に、被介護者が社会サービスを受けるべきと考えていることも考えられる。また、慢性病を患っている人は、しばしば、県（広域自治体で主に保健医療サービスに責任をもつ）の保健医療サービスに最も関心を持っている。(Socialstyrelsen 2012c:7) 医療従事者が介護者支援とより連携を強めることも重要である。

とは言え、介護者への支援が着実に広がりを見せていることは事実であると指摘している。社会庁の結論と提案は以下の通り。

- ・ コミュニケーションは、介護者の必要を可視化し、コミュニケーションが提供できる支援についての情報を提供するために、介護者の取り扱いを改善し、手順を作成する必要がある。
- ・ 県はこれまで介護者の観点での取り組みを充分に行ってこなかった。多くの介護者は県の保健医療と長期のコンタクトをとっている。したがって、保健医療と社会サービスが協働して、介護者と被介護者のために最善を尽くすことが重要である。

2. ガイダンスの必要と介護者の観点

社会庁のフォローアップにおいて、様々なガイダンスの必要が述べられている。ガイダンスの目的は、支援を必要とするすべての介護者が支援を

利用することができ、介護者の視点がそこに貫かれることである。介護者の視点とは、①介護者との協働、②支援の検討に介護者が参加すること、③支援の判断と実施に際して介護者の意見を考慮すること、④介護者の必要について検討し、コミュニティの支援について情報提供すること、⑤定期的なコンタクトを持ち、支援についてフォローアップすること、⑥医療と社会サービスが協働すること、である。

3. コミュニーションの対策

社会庁がコミュニティとコミュニティ地区に対してアンケートを実施している。回収率が高齢者ケア86%、障害者ケア72%、個人・家族ケア69%で、やや低い部門がある。

第1に、社会サービス法の当該条項を適用するために、戦略、目標、または活動計画を作成しているかどうかである。高齢者ケアでは、作成したコミュニティまたはコミュニティ地区が76%に達するが、障害者ケアでは56%、個人・家族ケアでは39%であった。社会庁は、すべてのコミュニティが戦略を持たなければならないと指摘している。

第2に、コミュニティの戦略等において、早いコンタクトと活動における介護者の観点が重要である。介護者支援において介護者と早いコンタクトを取っているかどうか、そして、介護者の観点で支援が行われているかが尋ねられている。前者について、「イエス」と答えたコミュニティまたはコミュニティ地区は、高齢者ケア84%、障害者ケア79%、個人・家族ケア70%であった。後者について、同じく、82%、83%、80%であった。早いコンタクトを取るためには、文書やマスメディアによる宣伝、さまざまな組織や保健医療の活動を通じた情報提供が不可欠であるとしている。また、介護者の観点で活動するためには、特別な教育や職場での出会いなどによる様々なタイプの教育活動が必要とされている。

第3に、予算措置を取っているかどうかである。高齢ケアでは86%、障害者ケアでは70%、個人・家族ケアでは51%のコミュニティまたはコミュニティ地区で介護者支援のための予算措置をとっていた。

最後に、介護者がどのような支援を利用することのできるかについて、コミュニティに情報提供の手段があるかどうか質問している。高齢者ケアでは94%、障害者ケアでは72%、個人および家族ケアでは54%がイエスと答えた。社会庁は、中心の問題は支援についての情報をコミュニティがいかに広げるかにあると述べている。

4. 小規模・過疎地コミュニティと大規模・人口密集コミュニティ

社会サービス法の当該条項を適用するに当たっての問題点の一つは、一般に、資源、すなわち、時間・資金・力量の不足である。特に、小規模または過疎地のコミュニティでは、介護者支援に特別な資源を振り向けるのが困難である。一方で、大規模または人口密集しているコミュニティでは、私的であれ公的であれ、多くのアクターが存在するが、それらのアクターの協働に難点がある。また移民者を多く抱える大規模コミュニティでは、それらの文化に応じた支援を行うのに特別な配慮がなされなければならない。(Socialstyrelsen 2012c:23-24)

Ⅶ 展望

社会サービス法の当該規定についての情報を広めるために、社会省は2012年に20のカンファレンス開催を支援した。その一つが介護者協会によって運営された「介護者の日」であった。

2013年4月23日と24日に15周年記念の「介護者の日2013」が開催された。介護者の自分の活動可能性、健康の重要性、交流の仕方、介護と仕事の

両立などが話し合われた。さらに経済や政治について議論された。「介護者の日」は、介護者とのあらゆる人が出会い、集まり、教え、そしてネットワークを作るために開催される。そして介護者支援を発展させる長期的な取り組みに新しいエネルギーと強い忍耐力を与える取り組みである。

介護者協会はこの他に、介護者新聞の発行、介護者ハンドブックの出版、介護者ボックスによる多くの経験と支援の仕方・技術についての伝達、介護者により良い労働環境を整備するための雇主プロジェクト「介護者のための雇主」（介護者能力センターと共同）などを行っている。

介護者支援についてのさまざまな経験を集約し、研究者による科学的知識と方法を発展させる組織である介護者能力センターもさまざまな広報活動とカンファレンスを行ってきた。(Social Styrelsen 2012b:10)

さらに、社会庁は2013年に社会サービス法の当該条項を適用するためのコミュニケーションに対するガイドラインを発表した (Socialstyrelsen 2013a)。その中で、これまでの介護者とその支援についての知識と経験を集約すると共に、コミュニケーションが自ら議論すべき課題が述べられている。

おわりに

2009年の社会サービス法の改正は、介護者支援を発展させるための1つの通過点である。1990年代末の社会サービス法における奨励規定とそれ以降の政府補助金によって、そして2009年の義務規定によって、介護者支援は大きく前進してきた。しかし、まだ多くの問題が残されている。

第1に、介護者には、高齢者や障害者を介護している者だけでなく、障害または長期疾病の子どもを介護している者も含まれるが、まだ、それらの子どもを介護している者への支援が他に比べて不十分である。

第2に、非常に濃密な介護者（第3カテゴリ）に健康、就労、生活の質において問題が残っている。

第3に、介護者支援について知らない介護者が多い。コミュニケーション等による周知とともに医療現場での説明も必要である。介護者協会などのボランティア組織と介護者能力センターなどが政府やコミュニケーションと協力して、知識や経験の交流や普及を行っている。

一方で、家事援助サービスを民間から直接購入し、その価格の50%を課税所得から控除（上限：100,000クローノル）する仕組みが2007年に導入されており、高学歴者や高所得者に利用が多い (Szebehely M. 2012:306)。これらの人々は介護者支援を必要と思わないであろう。

最後に、介護者による介護・援助と社会サービスによる介護・援助との関係が問題となる。特に第3カテゴリに属する介護者に対しては、負担を軽減するために、介護者支援と共に、社会サービスそのものをさらに充実させることが求められている。

参考文献

- Larsson K. (2006), Hemtjänst och anhörigvård, SCB *Åldres levnadsförhållanden-arbet, ekonomi, hälsa och socialt nätverk 1980-2003*.
- Lamura G., Hanneli D., Kofahl K. Ed. (2008), *Family Carers of Older People in Europe: A Six-Country Comparative study*, Lit Verlag.
- Szebehely M. (2005), *Anhörigas betalda och obetalda äldresomsorgsinsatser*, SOU 2005:66.
- (2012), Home care for older people in Sweden: a universal model in transition, *Health and Social Care*, 20(3).
- Socialstyrelsen (2005), *Nationell handlingsplan för hälsa- och sjukvården: slutrapport*.
- (2008a), *Kommunernas anhörigstöd: Utvecklingsläget 2007*.
- (2008b), *Äldre-vård och omsorg år 2007*.
- (2009), *Kommunernas anhörigstöd: slutrapport*.
- (2012a), *Anhöriga som ger omsorg till näastående-omfattning och konsekvenser*.
- (2012b), *Nationellt kompetenscentrum Anhöriga och Svenskt demenscentrum- Redovisning av*

- verksamhet 2011.
- (2012c), *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående-Lägesbeskrivning 2012.*
- (2013a) *Stöd till anhöriga-vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10§ socialtjänstlagen.*
- (2013b) *Äldre-vård och omsorg den 1 oktober 2012 – Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.*
- The Eurofamcare Consortium (2006), *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europeä Characteristics, Coverage and Usage- The Trans-European uevey Report.*
- 訓覇法子 (2008) 「サービス格差に見るケアシステムの課題」上野千鶴子、大熊由紀子、大沢真理、神野直彦、副田義也編『家族のケア 家族へのケア』岩波書店
- 藤岡純一 (2008) 「スウェーデンにおける家族介護者に対する公的支援」『関西福祉大学研究紀要』第11号
- (2009) 「スウェーデンにおける家族・親族介護者支援の課題」『関西福祉大学社会福祉学部研究紀要』第12号
- (2009) 「スウェーデンにおける家族・親族介護者支援とボランティア組織」『北ヨーロッパ研究』第6号
- (ふじおか・じゅんいち 関西福祉大学教授)

ドイツの介護者支援

齋藤 香里

■ 要約

ドイツの公的介護保険は、在宅で介護をする介護者に配慮した施策がなされている。公的介護保険の介護給付には、介護サービスでの「現物給付」と介護手当としての「現金給付」がある。介護者は、要介護者を所得目的ではなく週14時間以上、在宅で介護している者と定義されている。介護者には、年金・医療・介護・労災・失業保険といった社会保険が適用される。レスパイト・サービスとして代替介護とショートステイの制度がある。介護者は無料で介護講習会を受講することができる。

要介護者とその家族の介護に関する相談にのる介護支援拠点が、2008年の介護改革により設置されることになった。就業している介護者のために介護休暇制度、2012年からは家族介護期間制度が導入された。

ドイツにおける介護者への諸施策は、日本に有益な示唆を与えるものである。

■ キーワード

ドイツ、介護者、介護保険、家族介護期間法

I はじめに

ドイツの総人口は、2010年12月末現在、約8,175万人¹⁾、総人口に占める65歳以上の高齢者人口の割合である高齢化率は20.6%²⁾である。平均寿命は男性が77.7歳、女性は82.7歳³⁾となっている。要介護者数は254.2万人、そのうち在宅で介護を受ける人は176.8万人、要介護者の69.6%を占める。施設で介護を受ける人は77.3万人で、要介護者の30.4%である⁴⁾。今後、要介護者数は2020年に281万人、2040年には364万人になると推計されている⁵⁾。

ドイツは世界に先駆け、1995年から公的介護保険制度を導入した国である。ドイツの介護保険は、介護給付に介護サービスの「現物給付」と介護手当としての「現金給付」がある。介護者の定義は、

明確に法で規定されている。介護者には社会保険が適用されるなど、ドイツの公的介護保険は介護者に配慮した施策がなされており、介護者を介護政策においてフォーマルに位置付けているといえよう。

さらに、2012年から就業している家族介護者が仕事と介護を両立することができるように家族介護期間法が施行された。

本稿では、はじめにドイツにおける公的介護保険の概要、次に介護者への支援策を考察する。

II ドイツの介護保険の概要

ドイツの介護保険は、社会法典第11編に定められている。同法では公的介護保険ばかりではなく法律上の加入義務のある民間介護保険についても規定しているが、本稿では公的介護保険を(以下、

「介護保険」という) 取り上げる⁶⁾。

要介護者数を要介護者が加入している公的および民間の介護保険別にみると、在宅介護の要介護者数は公的介護保険では166.7万人、民間介護保険は10.1万人、施設介護においては公的介護保険が73万人、民間介護保険は4.4万人である。

ドイツの介護保険制度は、日本の同制度と同様に、被保険者が保険料を納付し、要介護になった場合に、要介護認定を受け、要介護度別の介護給付を受給する。

1. 保険者

公的介護保険の保険者は介護金庫で、公的医療保険の保険者である疾病金庫に併設されている。

2. 被保険者

国民は、介護保険に強制加入となっている。介護保険は健康保険に従うこととされており、加入している健康保険に併設されている介護保険に加入する。公的医療保険の被保険者は公的介護保険に、民間医療保険の被保険者は民間介護保険に加入する。公的医療保険及び公的介護保険では、労働者や職員、年間労働報酬が保険加入限度額を超えない者、公的年金の受給者などが強制被保険者となる。その配偶者または子で、その収入が平均報酬額の7分の1を超えない者などは家族被保険者となる。官吏は、疾病や要介護となった場合に補助給付が給付されるが、その対象外の部分を補う

ために民間医療保険に加入しているケースでは、民間介護保険に強制加入となる。なお、被保険者に、日本のような40歳以上という年齢規定はない。

3. 要介護者と要介護度

介護保険の給付受給権者は、介護を必要とする者であり、日本のように年齢規定はなく、子供と障害者も対象となる。

要介護度 (Pflegestufe) は、基本的に要介護度Ⅰ～Ⅲと3段階である (表1)。最も要介護度が軽い要介護度Ⅰの認定基準は、一日最低90分以上の援助が必要で、そのうち身体介護、栄養摂取そして移動といった基礎介護に45分以上を必要とする。

要介護度Ⅰの下に、精神障害や精神疾患を含め、認知症のように日常生活の判断能力に著しく問題があり、特別な介護が必要な場合を対象とした「要介護度0」が設けられている。要介護度が最重度の要介護度Ⅲの上の段階に「過酷ケース」がある。

日独の要介護認定基準は異なるが、介護時間に限定して比較すると、日本の要介護4がドイツの要介護Ⅰに相当する。

4. 保険料

介護保険料は労使折半負担となっており、1995年1月に所得の1.0%から徴収されはじめた。1996年7月1日から、所得の1.7%となった。2008年7月1日より介護保険料は子供の有無で異なることになり⁷⁾、「子供のいる場合」は介護保険料率は所

表1 要介護度の区分

	介護の分野および頻度	必要介護時間
要介護度Ⅰ	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、1又は複数の分野の最低2つの活動について、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低90分うち基礎介護に45分以上
要介護度Ⅱ	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、異なった時間帯に最低毎日3回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低3時間うち基礎介護に2時間以上
要介護度Ⅲ	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低5時間うち基礎介護に4時間以上

出典：松本勝明 (2007) 4ページ。

得の1.95%、「子供のいない場合」には労働者の負担のみが0.25%アップし、所得の2.2%となった。

介護保険料は、2013年1月より所得の2.05%に引き上げられた。子供がいない場合は2.3%である。介護保険料率は、ザクセン州⁸⁾を除き、連邦全域で一律となっている。

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

5. 要介護認定

介護が必要となった場合、被保険者は介護金庫に要介護認定の申請をする。申請後2週間以内に相談日が設けられる。介護金庫はMDK (Medizinischer Dienst Krankenversicherung) に、要介護認定ならびに要介護度について調査報告をさせる。介護金庫が、要介護認定ならびに要介護度を決定し、被保険者に認定結果を通知する。要介護認定期間は申請から最低4週間以内、病院やホスピスなどにいる申請者の認定期間は1週間となっている。もし、要介護度が申請後4週間以内に決定されなかった場合には、期限経過後1週間当たり70€が支払われる。

6. 介護サービスの提供

介護金庫とMDKは、介護サービス事業者と介護委託契約ならびに介護報酬契約を結ぶ。この契約をしていない介護サービス事業者は、要介護者に公的介護保険の現物給付枠を利用した介護サービスを供給することはできない。

7. 介護保険は部分保険

ドイツの介護保険は、それだけで介護費用のすべてをカバーするものではなく、「部分保険」である。介護保険の給付額では、介護費用の約6割程度しかカバーできない。

介護費用が負担できない場合は、日本の生活保

護にあたる社会扶助の介護扶助から給付される。介護扶助は一般の低所得者対策とは区分されており、資力調査の基準が緩和されている。

社会扶助における介護扶助の受給者数は、2009年度末において、29.9万人、そのうち施設入居者は22.4万人 (BT-Drucksache 17/8332:44)、介護扶助のための総支出額は33.3億€であった (BT-Drucksache 17/8332:48)。

2013年1月1日からは、公的介護保険に追加した民間介護保険への加入に助成が行われている。追加の民間介護保険料に月額10€以上を支払っている場合、月額5€が助成される。

III 介護保険制度における在宅介護の要介護者への介護給付

1. 介護給付

ドイツの介護保険による在宅介護への介護給付は、日本の制度と同様に、要介護度によって支給額が決まっている。日本のような利用額の1割自己負担はなく、給付額は満額で支給される。介護保険の介護給付は、2年間、保険料を納付していれば給付される。

在宅介護の給付には、現物給付と現金給付がある。2013年現在、在宅介護の要介護度Ⅰの要介護者には、現物給付では月額450€、現金給付では月額235€が給付される。要介護度Ⅱの給付額は、現物給付で月額1,100€、現金給付は月額440€である。要介護度Ⅲは現物給付で月額1,550€、現金給付は月額700€となっている (表2)。要介護度Ⅲのなかでも「過酷ケース」においては、現物給付で月額1,918€が給付される。

在宅介護の場合、現物給付と現金給付を組み合わせ受給することができる。

たとえば、在宅介護で要介護度Ⅰの場合、現物給付では月額450€、現金給付では月額235€が給付される。現物給付で270€分を受給した場合、現金

給付では94€が給付される。現物給付で受け取った270€は、現物給付で給付される450€の60%である。現物給付で受給しなかった残りの給付40%分を、現金給付での給付額の40%で受け取る。つまり現物給付の給付額の60%と現金給付の給付額の40%を受給し、100%の受給となる。現物給付で135€を受給する場合は、現金給付での受給額は164.5€となる。

現物給付	現金給付	受給額
450€=100%	⇒ 0%	=0€ 450€
270€=60%	⇒ 40%	=94€ 364€
135€=30%	⇒ 70%	=164.5€ 299.5€
0€=0%	⇒ 100%	=235€ 235€

現物給付と現金給付の給付額において現金給付が低く設定されているのは、現物給付よりも現金給付での受給を選択する人が多いと想定され、現物給付額より現金給付額を低く設定することで介護給付の総支給額を抑制するというねらいがあったためである。

なお、2008年の介護改革により、現物給付で介護を行っている個人介護士の条件が緩和された。共同住居グループなどで個人介護士からのケアサービスを受けることも可能となっている。

2. ショートステイならびにデイケアとナイトケア

ショートステイには、要介護度による区別はなく、年間4週間以内で1,550€まで給付される。ショートステイの滞在期間中も、現金給付の半額は給付される（表2）。

デイケアとナイトケアの場合、要介護度Ⅰでは年間450€、要介護度Ⅱで年間1,100€、要介護度Ⅲでは年間1,550€が給付される（表2）。介護改革により、デイケアを利用しても現物給付と現金給付の半額分は受給できるようになった。これは、デイケアの利用を促進するためである。

3. その他の給付

消耗品の介護用品については、要介護度に区別なく、月額31€までが給付される。

技術的な介護補助具には100%補助されるが、各介護補助具に10%の自己負担と25€までの負担が求められるケースもある。

住環境を改善するための対策として、適当な自己負担を考慮の上で、2,557€まで補助される。複数の要介護者が同居している場合は、合計で10,228€まで補助される。

4. 認知症患者のための給付

日常生活の判断能力に著しく問題があり、特別な介護が必要である認知症患者をはじめとした要介護者を在宅で介助する場合に、介助給付が給付される。

認知症患者の場合、要介護度0では、現金給付であれば120€、現物給付では225€が給付される。要介護度Ⅰは、現金給付で70€、現物給付は215€が給付される（表2）。つまり、在宅介護の要介護度Ⅰの認知症患者には、現物給付の場合に月額で、在宅介護の現物給付450€に認知症患者への介助給付の215€がプラスされ、合計で665€が給付される。

認知症患者への現金給付と現物給付は組み合わせ受給することができる。

認知症患者には、在宅介護と施設介護に区別なく、年間で1,200€あるいは2,400€が給付される。

IV 介護者への施策

ドイツでは自宅で家族が介護することを促進するために、介護者への施策が講じられている。はじめに、介護者の実態を把握し、次に介護者への施策を紹介する。

1. 介護者の現状

ドイツにおいて、主な介護者は約54万人、家族

表2 公的介護保険の介護給付

(単位：€) 2013年現在

給付の種類		要介護度 0	要介護度 I	要介護度 II	要介護度 III	過酷 ケース
在宅介護	現物給付 (月額)					
	2008年6月30日まで		384	921	1,432	1,918
	2009年12月31日まで		420	980	1,470	1,918
	2011年12月31日まで		440	1,040	1,510	1,918
	2012年1月1日から		450	1,100	1,550	1,918
	現金給付 (月額)					
	2008年6月30日まで		205	410	665	
	2009年12月31日まで		215	420	675	
2011年12月31日まで		225	430	685		
2012年1月1日から		235	440	700		
在宅介護の認知症患者 などへの介助給付	現物給付 (月額)	225	215	150		
	現金給付 (月額)	120	70	85		
代替介護 (年間4週間内)	2008年6月30日まで					
	親族による場合		205	410	665	
	他人による場合		1,432	1,432	1,432	
	2009年12月31日まで					
	親族による場合		215	420	675	
	他人による場合		1,470	1,470	1,470	
	2011年12月31日まで					
	親族による場合		225	430	685	
他人による場合		1,510	1,510	1,510		
2012年1月1日から						
親族による場合		235	440	700		
他人による場合		1,550	1,550	1,550		
認知症患者の介護を親族が代替 介護する場合の追加給付		120	70	85		
ショートステイ (年間4週間内)	2008年6月30日まで			1,432		
	2009年12月31日まで			1,470		
	2011年12月31日まで			1,510		
	2012年1月1日から			1,550		
デイケア ナイトケア	(月額)					
	2008年6月30日まで		384	921	1,432	
	2009年12月31日まで		420	980	1,470	
	2011年12月31日まで		440	1,040	1,510	
	2012年1月1日から		450	1,100	1,550	
認知症患者のための 追加給付	(年間)			460		
	2008年6月30日まで			460		
	(年間)					
2008年7月1日から			1,200	あるいは2,400		
在宅介助の住居グルー プにおける要介護者の ための追加給付	(月額)			200		
施設介護	(月額)					
	2008年6月30日まで		1,023	1,279	1,432	1,688
	2009年12月31日まで		1,023	1,279	1,470	1,750
	2011年12月31日まで		1,023	1,279	1,510	1,825
	2012年1月1日から		1,023	1,279	1,550	1,918
障害者の入所施設介護	(月額)		ホームの料金の10% (月額上限256)			
介護用品 (消耗品)	(月額)		31			
介護補助具など		費用の100% (自己負担10%、各補助具に25€ までの自己負担の場合もある)				
住環境の改善のための 措置		各措置当たり2,557(適当な自己負担を考慮の上) (複数の要介護者が同居の場合、合計で10,228€まで)				

出典：BMG (2013a : 5-6) (2013b : 32-35) を基に筆者作成。

の介護を手伝っている人は約200～480万人と推計されている⁹⁾。

主な介護者と要介護者の続柄をみると、2002年の調査¹⁰⁾では、「配偶者」28%、「娘」26%、「両親」13%、「息子」10%、「その他の親戚」9%、「隣人・知人」8%、「義娘」6%となっている(表3)。介護者のうち、男性の割合は1991年には17%であったが、2002年に27%、2010年の調査では29%に上昇している¹¹⁾。息子が介護者の割合は、1991年にはわずか3%であったが、2002年には10%となっている。男性も介護の担い手となりつつある。

介護保険の給付を受けている要介護者の主な介護者の年齢¹²⁾は、「39歳未満」11%、「40～54歳」27%、「55～64歳」27%、「65～79歳」26%、「80歳以上」7%、「無回答」3%である。同調査の15～64歳までの主な介護者の就業状況は、「フルタイム」19%、「パート(週30時間まで)」15%、「パート(15時間未満)」6%、「無職」60%となっている。

家族介護について、2002年の調査では、介護者が一人で主に介護をしている場合は36%、29%は2人の介護者によって介護されており、27%は3人以上の介護者によって介護されている。介護者がいない場合は8%である。在宅介護の場合、平均2.1人の介護者によって介護されている¹³⁾。

要介護者の家族構成をみると、「一人暮らし」31%、「二人暮らし」41%、「3人」16%、「4人以上」12%となっている¹⁴⁾。同調査によると、要介護者

の92%が、常に家族による介護や介助を受けていた。そのうち、62%が要介護者と介護者が同一世帯であり、要介護者と介護者が同居の割合は8%、「10分以内の距離に住んでいる」のは14%、「30分以内」は5%、「30分以上」になると3%であった¹⁵⁾。

2. 介護者の定義

ドイツの介護保険制度は、介護者について要介護者を所得目的ではなく、週14時間以上、在宅で介護している者と定義している。

3. 介護者の社会保障

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

(1) 介護者の年金

介護期間中、介護者の年金保険への加入が義務付けられている。介護者の年金保険料は介護保険から支払われる。年金保険料が支払われる介護者の条件は、週最低14時間以上介護をしており、介護の為に週30時間未満しか所得活動に就くことができず、要介護者から介護保険の現金給付範囲の労働報酬しか受けとっておらず、高齢者に対する全額年金を受給していない場合である。

ドイツの介護保険制度は、在宅介護の介護者への年金保険の適用に際し、要介護度と介護時間別に、一般労働者の労働価値に対する介護者の労働価値の相当分を規定している。

要介護度Ⅲの要介護者の週14時間以上21時間未満の介護は一般労働者の平均報酬額の40%、週21時間以上28時間未満の介護は平均報酬額の60%、週28時間以上の介護労働は平均報酬額の80%に値する労働価値があるとされる(表4)。要介護度Ⅱの要介護者の介護は、週14時間以上21時間未満の介護で一般労働者の平均報酬額の35.5555%、週21時間以上は平均報酬額の53.3333%に値する。

表3 主な介護者の要介護者との続柄

(単位：%)

	1991年	2002年
配偶者	37	28
両親	14	13
娘	26	26
義娘	9	6
息子	3	10
その他の親戚	7	9
隣人・知人	4	8

出典：Schneekloth(2006:409)を基に筆者作成。

表4 介護保険の年金保険料 (2013年)

要介護度	週の最低介護時間 (時間)	年金保険料における平均報酬額を基準とした保険料納付基準値(算定基礎額)			保険料		一年あたりの介護活動によって生じる年金(月額)	
		(%)	西(€)	東(€)	西(€)	東(€)	西(€)	東(€)
Ⅲ	28	80	2,156.00	1,820.00	407.48	343.98	21.32	18.80
	21	60	1,617.00	1,365.00	305.61	257.99	15.99	14.10
	14	40	1,078.00	910.00	203.74	171.99	10.66	9.40
Ⅱ	21	53.3333	1,437.33	1,213.33	271.66	229.16	14.21	12.53
	14	35.5555	958.22	808.89	181.10	152.88	9.47	8.35
I	14	26.6667	718.667	606.67	135.83	114.66	7.10	6.26

注：1) 表中の西は旧西ドイツ地域、東は旧東ドイツ地域である。

2) 2013年の公的年金の保険料率は18.9%である。平均報酬額は、旧西ドイツ地域が2,695€、旧東ドイツ地域は2,275€となっている。

出典：BMG (2013a:8) を基に筆者作成。

要介護度Ⅰの週14時間以上の介護労働は26.6667%となっている。

たとえば、45歳の女性が要介護度Ⅲの母親を自宅で週32時間介護しているとする。彼女の介護労働の価値は、前年の一般労働者の平均報酬額の80%に値するとされる。彼女の介護労働への労働報酬は、2013年では旧西ドイツ地域で2,156.00€に値するとみなされる。2013年の年金保険料率は所得の18.9%である。2,156.00€の所得に対する年金保険料は407.48€である。この保険料を彼女の年金保険口座に介護金庫が支払うことによって、彼女の年金受給時の年金受給額は高くなる。一年当りの介護活動によって生じる年金請求権のアップ額は、月額で21.32€である。この年金の算定基礎額には、介護によって実際に得た報酬額は考慮されない。また年金の受給者は、この制度の恩恵をうけることはできない。

二人で介護をしている場合は、それぞれの介護労働時間で配分される。たとえば、旧西ドイツ地域で、要介護度Ⅲの父親のAさんを自宅でBさんとCさんの姉妹が介護をしている。Bさんが週40時間、Cさんが週20時間介護をしている。この場合、Aさんの介護に対する年金保険料における平均報酬額を基準とした保険料納付基準値は2,156.00€である。2,156.00€は、Bさんが父親の

Aさんの介護時間60時間中40時間の介護をしているので、Bさんには2,156.00€の3分の2の1,437.333€、Cさんには残り3分の1の718.666€が配分される。

(2) 労災保険・失業保険

介護者は、労災保険に加入となる。労災保険には、就労関係は介護に限定され家事労働は含まれない。労災保険の保険者は、市町村と市町村災害保険協会である。介護者のための労災保険の保険料は、市町村が独自財源から負担する。

介護者は失業保険に加入し、保険料は介護金庫が支払う。

4. 代替介護

介護者が病気などで介護ができなくなる場合がある。また、介護者が介護から解放されリフレッシュするための休暇をとることも大切である。ドイツではレスパイト・サービスとして代替介護とショートステイの制度がある。

代替介護の期間は、1年間で4週間以内となっている。在宅介護で介護が継続される場合、代替介護の介護者が親族の場合には、要介護度Ⅰで235€、要介護度Ⅱは440€、要介護度Ⅲは700€が給付される(表2)。代替介護者が他人の場合には、要介護

度で区分なく、1,550€が給付される。代替介護を利用している期間中でも、現金給付の半額は給付される。介護改革により代替介護の給付条件が緩和され、自宅で最低1年間の介護から、半年に期間が短縮された。

5. 介護講習会

介護技術を学ぶために、希望者は、無料で介護講習会を受けることができる。介護講習会の受講料は全額介護金庫から支払われる。介護講習会の主催者は講習会への参加を呼びかける広告や記事を、各地域で発行されている新聞などに掲載している。2002年の調査の時点においては、介護者のうち介護講習の受講者は16%未満であった (Schneekloth, 2006:411)。

6. 介護の質の確保

介護保険の現金給付は、要介護者に必要な基礎介護及び家事援助が適切な方法で行われていることが支給要件となっている。現金給付の申請者に適切な介護がなされているかについてはMDKが審査をする。介護をする者は、親族やボランティアのほかに、要介護者によって雇用された者も認められる。要介護者が自ら介護する者を雇う形態は事業主モデル (Arbeitgebermodell) と呼ばれ、介護に関する資格は問われない。

現金給付を受給している場合には、要介護者の要介護度が要介護度ⅠあるいはⅡの場合には半年に一度、要介護度Ⅲでは四半期に一度、介護サービス事業所などの介護専門職による助言を受けなければならない。要介護者がこの助言を受けない場合には、現金給付の給付額は減額され、それが繰り返し行われた場合には、現金給付の支給が停止される。

親族等により行われている介護に問題がある場合は、その解決策について介護専門職と介護者が共同で検討する。介護専門職は、介護者に過重な

負担がかかっていると判断される場合に、介護講習の受講、デイケアの利用、介護サービスの利用など介護者の負担を軽減する方法を教示する。

7. 介護改革

介護保険法施行後、はじめて2008年から介護改革¹⁶⁾が行われた。同改革は、「介護保険の構造的発展のための法律 (介護発展法)」(Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung: Pflege-Weiterentwicklungsgesetz)によるもので、同法は複数の法律の制定及び改正によって構成される条項法となっている。同改革には、在宅介護に対する支援策が盛り込まれている。

介護全般に関する必要な情報を得ることができるよう介護支援拠点が開設された。介護支援拠点は、日本の在宅介護支援センターをモデルにしたものであるといわれている。介護支援拠点には介護アドバイザーが常置し、要介護者とその家族に適切な介護についてのケースマネジメントが行われる。介護アドバイザーは、法的な手続き、介護サービス事業者や介護施設への仲介、介護施設の選択や入所するまでの在宅介護での介護と家事援助の手配などを行う。

在宅介護で、個人介護士 (資格は問われない) との介護契約は、在宅介護サービス事業所などがかわることが難しい場合のみであったが、この個人介護士の介護が特に効果的・経済的な場合、高齢者や障害者が個人介護士と介護契約を結ぶことができるようになった。

介護保険の介護給付額は、2008年より段階的に引き上げられた。在宅介護における現物給付の場合、要介護度Ⅰで、2008年6月30日までは384€、2008年7月1日から2009年12月31日までは420€、2010年1月1日から2011年12月31日までは440€、2012年1月1日から450€となった (表2)。

介護発展法の第3章に新たに「介護期間法」(Gesetz über die Pflegezeit: Pflegezeitgesetz) が制

定され、介護休暇制度が創設された。介護期間法はさらに就業している介護者のための施策が講じられた家族介護期間法の制定につながっていった。

2013年1月1日から「介護調整法」(Gesetz Zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung; Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz)が施行された。

V 就業している介護者の仕事と介護の両立

ドイツには、就業者の家族介護をサポートするために介護休暇制度と家族介護期間制度がある。

1. 介護休暇制度

介護者のために、介護休暇制度が2008年に創設された。従業員が15人以上勤務する事業所に、6ヵ月以内の介護休暇制度が適用された。介護休暇中は無給となるが、社会保険(年金・医療・介護・失業保険)は継続加入の扱いとなる。

突然、親族が介護を必要とする事態になり、早急に介護体制を整える必要に迫られることがある。このようなケースに対応できるように、すべての事業所で、10日間の短期の介護休暇が取得できるようになった。

2. 家族介護期間法

(1) 家族介護期間法の目的と導入の経緯

介護者が仕事と介護を両立することができるように、家族介護期間法が2012年1月から導入された。

介護改革において制定された介護期間法¹⁷⁾によって、すでに介護休暇制度は創設されていた。介護期間法の目的は、要介護者が親族によって家庭環境において介護され、就業している介護者が仕事と介護を両立させることができるようにするためであった。同法では、介護のための休業として短期(第2条の短期の労働支障: Kurzzzeitige Arbeitsverhinderung)と長期(第3条の介護時間:

Pflegezeit)の2種類の規定があった。短期とは、突然、親族が要介護となってしまった事態に対処するために、最長10日間の休暇を認めるものである。長期では、最長6ヵ月間、就業者に介護するために休業する権利が与えられた。介護休業中、社会保険は適用される。しかし、短期及び長期とも、休業中は無給であった。

介護期間法では、休業中の所得保障がないことが問題となっていた。家族介護期間法では、この点が改善され、家族介護期間中でも所得保障がなされることになった。

(2) 家族介護期間法の概要

家族介護期間法とは、就業者が親族の要介護者を介護するために、最長で2年間、最大で週15時間まで労働時間を短縮できる制度である。家族介護期間中は労働時間を最大50%短縮することができるとともに、従前の総所得の75%を受け取ることができる。家族介護期間終了後、就業者はフルタイム就業に復帰するが、家族介護期間と同期間、家族介護期間中に企業に積み立てられた就業者の負債分が返済されるまで、給料は75%のまま据置かれる。

同法の就業者・使用者・近親者の定義には、介護期間法の定義が適用された¹⁸⁾。近親者とは、祖父母、父母、義父母、配偶者、人生パートナー、準婚姻共同生活のパートナー、兄弟姉妹、子、養子、里子、配偶者もしくは人生パートナーの子、義理の子、孫となっている。日本の育児・介護休業法での家族の範囲は、配偶者(事実婚を含む。以下同じ)、父母、子、配偶者の父母、同居し扶養している祖父母、兄弟姉妹、孫である。ドイツにおける介護者の近親者規定は、日本よりも広範囲なものとなっている。

家族介護期間制度を利用した休業中の給料は減額となるが、退職後の公的年金の受取額は保障される。

表5 家族介護期間における公的年金の報酬点数の例

総所得 (€)	4年間の報酬点数			
	介護なしの フルタイム就業	2年間の家族介護期間及び家族介護期間終了後の2年間		
		介護等級Ⅰ (14時間)	介護等級Ⅱ (21時間)	介護等級Ⅲ (28時間)
800	1.2688	1.4918	2.0320	2.5088
1,000	1.5860	1.7294	2.2696	2.7308
1,500	2.3788	2.3242	2.8644	3.2860
2,000	3.1716	2.9190	3.4592	3.8408
2,500	3.9644	3.5138	4.0540	4.3960
3,000	4.7576	4.1082	4.6484	4.9512

出典：BT (2011:12) を基に筆者作成。

ドイツの公的年金制度の年金額の計算式は、「年金月額＝個人報酬点数×年金種別係数×年金現在価値」である。個人報酬点数は、各年で、被保険者個人の報酬を全被保険者の平均報酬に対する比として算定される。たとえば、2012年に全被保険者の平均報酬を得ていた者の2012年の個人報酬点数は、1.0点となる。ドイツの公的年金制度は、各年の保険料納付実績を指数化した報酬点数を各被保険者に与えている。フルタイムの就業者で総所得が1,500€の場合、4年間で公的年金の報酬点数は2.3788点である（表5）。

2年間、最低週21時間の介護時間を要するとされる介護等級Ⅱの要介護者を介護する従前の総収入が1,500€の介護者には、4年間で個人報酬点数に2.8644点が加算される（表5）。

正規雇用のフルタイムの就業者で総所得が2,500€の場合、4年間で公的年金の報酬点数は3.9644点である。このケースで、2年間、介護者として介護等級Ⅰの要介護者の介護をした場合には、4年間で個人報酬点数に3.5138点が、介護等級Ⅱの要介護者を介護した場合には4.0540点が加算される。従前の総所得ならびに要介護度が重度になるにつれて、公的年金の報酬点数は高く設定されている。

労働時間貯蓄制度¹⁹⁾の労働時間口座の貯蓄分を家族介護期間の労働時間の短縮分と相殺することもできる。その場合、家族介護期間終了後、給

料は減額されない。

家族介護期間中は、就業者は最大で労働時間を50%まで短縮でき、給料は従前総所得の75%が保障される。企業は労働者の労働時間の50%削減に対し、給料は50%ではなく、75%を支払うことになる。家族介護期間終了後に、同制度利用者は、労働時間100%で、給料は企業への負債がなくなるまで75%で据え置かれる。つまり、企業は家族介護期間中の就業者に家族介護期間終了後の労働の対価として支払うであろう報酬を前払いすることになる。企業は、家族介護期間中の給料の前払いのための資金として、家族と文民社会の責務のための庁（Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben: BAFzA）から無利子の家族介護期間ローン（Familienpflegezeit kredit）を受けることができる。すなわち、同制度導入による企業負担はない。なお、同資金は復興金融公庫（KfW）から資金調達される²⁰⁾。

家族介護期間中に企業は就業者に対し、家族介護期間終了後の就業者の労働に支払うであろう報酬を前払いすることになるが、家族介護期間終了後に、就業者が病気や死などで就業不能となるリスクがある。この企業のリスク対して、家族介護期間保険（Familienpflegezeitversicherung）が創設された。

2012年度における家族介護期間制度の利用者は、108名であった（BT-Drucksache 17/12330:10）。

VI 介護保険制度の現状

介護保険における在宅介護の要介護者を要介護度別にみると、2012年度末において、要介護度Ⅰは104.3万人(62.6%)、要介護度Ⅱが48.3万人(29.0%)、要介護度Ⅲは14.1万人(8.5%)、「過酷ケース」は約2,300人(1.6%)となっている(なお、本稿においては端数処理の関係で、計が一致しない場

合もある)。施設介護では、要介護度Ⅰ31.3万人(43%)、要介護度Ⅱは27.4万人(37.5%)、要介護度Ⅲは14.3万人(19.5%)、「過酷ケース」は約6,100人(4.3%)である。要介護度が重度になるほど、在宅よりも施設で介護を受ける要介護者が多くなっている。

介護保険における介護給付の受給者数の推移を在宅と施設分野別にみると、2002年から2012年までの10年間で、在宅介護分野では128.9万人から166.7万人に、129%増加した。施設介護分野は、60万人から73万人に、13万人増え、増加率は122%であった(表6)。2004年から2008年にかけて、介護保険における要介護者の在宅分野での増加率は110%、施設分野では108%であった。2008年の介護改革後の増加率は、2008年から2012年の間で、在宅介護分野では116%、施設介護分野では107%であった。在宅介護を推し進めようとする介護改

表6 介護保険における要介護者数

(単位：千人)

	在宅介護	施設介護
2002年	1,289	600
2004年	1,297	629
2008年	1,433	680
2012年	1,667	730

出典：BMG(2013a:3)を基に筆者作成。

表7 介護保険における介護給付種類別受給者数

年	現金給付	現物給付	組み合わせ	介護休暇	デイケア・ナイトケア	ショートステイ	施設介護	障害者の施設介護
1996	943,877 (60.4)	105,879 (6.8)	135,305 (8.7)	6,804 (0.4)	3,639 (0.2)	5,731 (0.4)	355,142 (22.7)	5,711 (0.4)
1998	962,669 (53.6)	133,895 (7.5)	171,764 (9.6)	4,070 (0.2)	6,774 (0.4)	6,199 (0.3)	452,750 (25.2)	56,543 (3.2)
2000	954,684 (50.7)	159,693 (8.5)	193,018 (10.3)	6,313 (0.3)	10,287 (0.5)	7,696 (0.4)	494,793 (26.3)	55,641 (3.0)
2002	977,327 (49.6)	165,679 (8.4)	205,322 (10.4)	8,841 (0.4)	13,148 (0.7)	8,615 (0.4)	532,278 (27.0)	60,428 (3.1)
2004	959,580 (48.4)	169,357 (8.5)	203,544 (10.3)	12,145 (0.6)	15,045 (0.8)	9,989 (0.5)	548,647 (27.7)	65,052 (3.3)
2006	977,034 (47.4)	180,944 (8.8)	208,825 (10.1)	18,714 (0.9)	16,767 (0.8)	13,096 (0.6)	575,846 (28.0)	68,987 (3.3)
2008	1,009,122 (46.4)	182,191 (8.4)	244,425 (11.2)	30,120 (1.4)	20,166 (0.9)	15,202 (0.7)	600,389 (27.6)	73,974 (3.4)
2010	1,050,894 (44.8)	183,014 (7.8)	311,739 (13.3)	47,497 (2.0)	35,048 (1.5)	17,255 (0.7)	621,442 (26.5)	81,462 (3.5)
2012	1,075,835 (43.9)	129,489 (5.3)	380,186 (15.5)	74,210 (3.0)	47,730 (1.9)	18,427 (0.8)	642,334 (26.2)	81,172 (3.3)

注：括弧内の数値は受給者数に占める割合(%)。

出典：BMGのデータ，Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung. http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Finanzentwicklung_Pflegeversicherung_xls/03-Finanzentwicklung-der-sozialen-Pflegeversicherung_120621.pdf#search=Die+Finanzentwicklung+der+sozialen+Pflegeversicherung (2013年6月15日)を基に筆者作成。

革の効果があらわれたといえよう。

介護保険の財政状況²¹⁾は、2012年における収入総額は230億€、支出総額は229億€で、介護保険財政における年度末総残高は29億€となっている。2008年の介護改革以降、各年度において介護保険財政は黒字を計上している。

介護保険における介護給付種類別受給者数の推移は(表7)のとおりである。2008年の介護改革以降、現金給付と現物給付の組み合わせ受給や、介護休暇、デイケア・ナイトケアの受給者が増加している。

Ⅶ 家族・親族以外の介護者

ドイツの在宅介護における主な介護者は家族・親族だけではない。介護改革では、要介護者が介護保険の介護給付による現物給付で個人介護士を雇う条件が緩和された。

さらに、要介護者あるいはその家族が、外国人の家事と介護をする家政婦を雇うケースがある。ドイツで働くポーランドやルーマニアといった東ヨーロッパからの介護もする家政婦は10万人と推計されている(Isfort, Michael; Weidner, Frank; Malsburg, Andrea von der; Lungen, Markus, 2012:12)。これらの仕事に専念している女性には、ほとんどの場合、保険の保護がなく、規定された休暇や自由時間もない。そして、低賃金である。彼女たちは3~6ヶ月間、要介護者の家庭のなかで働き、母国に帰る。そして、彼女たちは交代しながら、その要介護者の家庭のなかで働くために、短期間で再び戻ってくる。正規雇用や当局に申請されている従事者はわずかであり、ほとんどが不法労働であることが問題となっている。

その他に、ボランティアが活躍している。

なお、2011年7月に兵役義務が廃止となったが、それ以前は良心的兵役拒否者(Zivildienst)が兵役代替として福祉分野で奉仕していた。

また、在宅介護を支えるのは介護者による介護のみならず在宅介護サービスやデイケアなどがあるが、デイケアを提供する事業所の普及には地域格差がある。

Ⅶ むすび

ドイツの要介護者数は約254.2万人(2013年現在)、そのうち在宅介護は約176.8万人で、要介護者の7割が在宅で介護をうけている。主な介護者は約54万人、家族の介護を手伝っている人は約200~480万人と推計されている。

日独の高齢者介護を取り巻く文化のおよび社会的状況そして諸制度は異なるため、必ずしも単純にドイツの制度を範とすべしと言うことはできないが、ドイツにおける介護者への施策で日本が参考とし、導入を検討するに値する制度は次の制度であるといえよう。

ドイツの制度は介護者について、要介護者を週14時間以上、要介護者の自宅で介護する者と定義している。介護者には、年金・医療・介護・労災・失業保険といった社会保険が適用される。日本はドイツの介護者についての明確な定義と社会保険を適用という制度のあり方を参考としてはどうだろうか。

ドイツでは介護者が病気になった場合及び休暇のために代替介護とショートステイの制度がある。介護者は、介護から解放されリフレッシュするために旅行に行くこともできる。日本においても高齢要介護者の介護者に対するレスパイト・サービスの社会への浸透が望まれよう。

家族介護の質の向上のために、日本でも市町村の取り組みとして、ドイツのように無料の介護講習会が盛んに催されることが期待される。

家族介護期間制度は、日本における今後のワーク・ライフ・バランスを推進するための政策を検討するうえで貴重な参考事象となるであろう。

日独の介護保険制度には、介護者への施策に差異がある。ドイツの介護者への諸施策は、日本に有益な示唆を与えるものである。

注

- 1) Statistisches Bundesamt (2012:26) による。
- 2) Statistisches Bundesamt (2012:31) による。
- 3) BMG (2013a:12) による。
- 4) 公的介護保険については2013年1月1日現在、民間介護保険については2011年12月31日現在のデータである (BMG, 2013a:1)。
- 5) BMG (2013a:12) による。
- 6) 公的介護保険の加入者は約6,979万人 (2013年1月1日現在)、民間介護保険の加入者は952万人 (2011年12月31日現在) である (BMG, 2013a:1)。
- 7) 「公的介護保険の保険料に子供数を配慮するための法律 (KiBiG)」は、10人の子供を持つ父親が、公的介護保険における保険料の設定は基本法第3条第1項 (全ての人間は法の前で平等である) ならびに第6条第1項 (夫婦および家族は国の法令による特別の保護のもとにおかれる) 違反していると申し立てたことからはじまる。この申し立てに対し、2001年4月にドイツ連邦憲法裁判所は「公的介護保険の保険料に関して、子供を養育している者とそうでない者が同じ水準の保険料を負担しているのはドイツ基本法に違反」と判決したことにより、本法律は制定された。
- 8) 介護保険制度導入時、企業が負担する社会保険料については、企業の国際競争力を弱めるという理由で最後まで議論された。結局、各州が国民の祭日を1日削るかあるいは労働者が保険料を全額負担するかを判断することになった。ザクセン州は、祝日を削減せず、労働者の介護保険料全額負担を選択した。
2013年には、ザクセン州における介護保険料の負担は、子供ありの労働者の場合は1.525%、子供なしの労働者は1.775%、雇用者0.525%となっている (BMG, 2013b:17)。
- 9) Isfort, Michael; Weidner, Frank; Malsburg, Andrea von der; Lungen, Markus (2012:10) による。
- 10) Infratest Sozialforschung (2003:20) による。
- 11) 1991年と2002年の調査については、(Schneekloth, 2006:409)。2010年の調査もSchneeklothによる (Isfort, Michael; Weidner, Frank; Malsburg, Andrea von der; Lungen, Markus, 2012:10)
- 12) Infratest Sozialforschung (2003:20) による。
- 13) Schneekloth (2006:409) による。
- 14) Infratest Sozialforschung (2003:9) による。

- 15) Infratest Sozialforschung (2003:21) による。
- 16) 介護改革で行われた施策には、1.介護給付の増額、2.認知症患者の介護の改善、3.給付に物価スライド導入 (2015年より)、4.介護支援拠点の設置、5.介護支援拠点に介護アドバイザーが常置、6.ボランティアの促進、7.介護施設における介護の質の保障、8.介護休暇の創設、9.介護保険料率の引き上げ、10.高齢者居住共同体 (Senioren-Wohngemeinschaft) の促進のほかに、要介護者が雇う個人介護士の条件緩和、共同住居グループなどで個人介護士からのケアサービスが可能に、要介護認定期間の短縮、介護施設におけるリハビリテーションの促進、介護施設に医師を常勤させることも可能になったことなどがある。
- 17) 介護期間法については、齋藤純子 (2009) を参照のこと。
- 18) 介護期間法 第7条 定義
(1) この法律にいう就業者とは、次の各号に掲げる者をいう。
1. 被用者 2. 職業教育訓練のために就業している者 3. 経済的非独立性のために被用者類似の者とみなすべき者。家内労働の就業者及びこれに類する者も含む。
(2) この法律にいう使用者とは、第1項に掲げる者を雇用している自然人及び法人並びに法的能力を有する人的会社をいう。被用者類似の者、特に家内労働の就業者及びこれに類する者については、委託者又は中間親方が使用者の代わりとなる。
(3) この法律にいう近親者とは、次の各号に掲げる者をいう。
1. 祖父母、父母、義父母 2. 配偶者、人生パートナー、準婚姻共同生活のパートナー、兄弟姉妹 3. 子、養子若しくは里子、配偶者若しくは人生パートナーの子、養子若しくは里子、義理の子及び孫。
- 19) 労働時間貯蓄制度は、労働者が銀行口座に貯金するように労働時間口座に残業などの所定外労働時間を貯蓄し、休暇等の目的に貯蓄しておいた時間を使うことができる制度である。1994年の労働時間改革で所定外労働に対する割増賃金の補償義務 (任意規定) の法律上撤廃を機に、労働時間口座が普及した。
- 20) 連邦家族・高齢者・女性・青少年省 (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: BMFSFJ) と復興金融公庫 (KfW) は、2011年12月29日に家族介護期間ローンの融資についての協定を結んだ。
- 21) BMG (2013a:3) による。

参考文献

齋藤香里2011『ドイツにおける介護システムの研究』

五絃舎

齋藤純子2009「ドイツの介護休業法制」『外国の立法』第242号 pp. 74-86

斎藤義彦2012『ドイツと日本「介護」の力と危機—介護保険制度改革とその挑戦—』ミネルヴァ書房

土田武司1998「ドイツにおける民間介護保険の役割」, 海外社会保障情報 No. 122Spring pp. 4-15

松本勝明2007『ドイツ社会保障論Ⅲ—介護保険—』信山社

本沢 巳代子 1996『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ』日本評論社

渡辺富久子2012「[ドイツ] 介護保険法の改正」『外国の立法』第253-2号 pp. 74-86

Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013a, *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*.

_____, 2013b, *Ratgeber zur Pflege*, Publikationsversand der Bundesregierung, Rostock.

Deutscher Bundestag (BT), 2011, *Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*, Drucksache 17/6000.

_____, 2012, *Fünfter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*, Drucksache 17/8332.

_____, 2013, *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elisabeth Scharfenberg, Sven-Christian*

Kindler, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/12166 – Stand der Umsetzung des Familienpflegezeitgesetzes, Drucksache 17/12330.

Isfort, Michael; Weidner, Frank; Malsburg, Andrea von der; Lungen, Markus, 2012, *Mehr als Minutenpflege: Was brauchen ältere Menschen, um ein selbstbestimmtes Leben in ihrer eigenen Häuslichkeit zu führen?*, Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn, <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09559-20130123.pdf> (2013年6月15日)

Schneekloth, Ulrich; Leven, Ingo, 2003, *Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002. Schnellbericht. Erste Ergebnisse der Repräsentativerhebung im Rahmen des Forschungsprojekts, „Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in privaten Haushalten“ (MuG III)*, Infratest Sozialforschung, München.

Schneekloth, Ulrich, 2006, *Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege: Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III)*, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Nr. 39 (6), S. 405 - 412.

Statistisches Bundesamt, 2012, *Statistisches Jahrbuch 2012*, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

(さいとう・かおり 千葉商科大学専任講師)

アメリカの介護者支援

—PACEによる地域包括ケア拡大の可能性—

新井 光吉

■ 要約

アメリカでは医療の範疇に入る介護（メディケア）と貧困者対象の介護（メディケイド）を除けば、介護サービスは家族介護と自己負担によって賄われている。メディケア・メディケイドの介護給付は施設ケアを重視してきたが、1980年代以降の財政逼迫に伴い在宅ケア重視へと転換しつつある。そうした中で重度要介護者のみを集めながら包括ケアによって在宅生活の継続を可能にし、費用抑制とQOL維持を両立させてきたPACE（Program of All-inclusive Care for the Elderly）が大きな注目を集めている。PACEはその特性のゆえに急速な拡大の壁に突き当たっていたが、最近、①農村への拡大、②CCRC（Continuing Care Retirement Community, 終身介護退職者コミュニティ）との統合、などの戦略によってそれを乗り越え、加入者を大幅に増加させている。もしこれが順調に成功し、地域包括ケアが中所得層老人までも包摂できれば、多くの要介護者と家族介護者が地域で充実した支援を受けながら暮らせる日がやってくる期待されるのである。

■ キーワード

地域包括ケア、オンロック、PACE、CCRC

I はじめに

アメリカも2011年以降ベビーブーマーが次々と65歳以上に達し、高齢化が深刻な問題となっている。高齢化率は2011年の13.3%（65歳以上人口4,140万人）から2040年には20%を超えるものと予想される。特に85歳以上の虚弱な老人が増加し、その介護が大きな課題となっている。¹⁾

その要介護者のケアはアメリカでも在宅と施設で行われている。地域で暮らす要介護者は2010年に約1,000万人に達していたが、その51%が高齢者であった。残りの49%は非高齢者であったが、ここでは詳しく触れないでおく。なお、ナーシングホーム（Nursing Home, NH）では、高齢者が入居者の85%を占めている。一方、地域で暮らす要

介護者は92%が無償の介護を受け、13%のみが有償の介護（無償・有償の重複あり）を受けていた。というのも、地域で暮らす要介護者は無償で介護をしてくれる配偶者、家族、他の親類縁者と同居していることが多く、その9割がADL（Activities of Daily Living, 日常生活動作）の主要な介助者として家族、親類縁者、友人やボランティアに頼っていたからである。また在宅有償介護は主にメディケイドかメディケアで、NH介護はメディケイドと自己負担で費用が賄われている。しかしNHは在宅介護の5倍もの費用がかかるので、施設から在宅への転換ができれば、費用の大幅な節約が可能となる。実際、PACE（Program of All-inclusive Care for the Elderly, 高齢者包括ケアプログラム）はNHケア受給資格者のみを集めながら包括ケアによって在宅生活の継続を可能にし、費

用抑制とQOL維持を両立させてきた。

そこで、本稿はまずアメリカの要介護者と介護者を支援する制度とその実態を明らかにし、次にケアの質を維持しながら費用を節約しようと努めてきた地域包括ケアの展開について考察する。特に優れた高齢者包括ケアとされるPACEが発展の壁を乗り越え、より多くの要介護者と家族を支援できる展望を示している点についても言及したい。²⁾

II アメリカの要介護者支援

1. 高齢者支援の施策

2010年にアメリカの要介護老人508万人（全高齢者の13%）は131万人が施設に入居し、378万人が地域で暮らしていた。³⁾ その介護費用3,420億ドルはメディケイドが最大の41%を負担し、以下はメディケア急性期後ケア20%、自己負担15%、民間保険7%、その他17%となっていた。とはいえ、メディケイド（2010年3,891億ドル）は介護に32%（在宅医療・身体介護14%、NH13%、他4%）しか支出せず、64%を急性期ケアに充当していた。しかもメディケイドは貧困者向けの医療保険であり、貧困基準以上の収入や資産があれば対象外とされた。メディケアの介護給付も退院後の医療に準ずるケアに限定され、給付期間も短期に制限されていた。

アメリカ高齢者法（Older Americans Act, OAA）も60歳以上の高齢者とその家族に対する介護サービスの提供を規定しているが、予算規模が2012年度でも僅か19.13億ドルにすぎず、財源不足を免れなかった。1965年アメリカ高齢者法は、連邦政府が補助金を交付する高齢者サービスの種類を決定し、州や郡が各団体への資金配分と監督を行い、委託契約先NPO等が実際のサービスを提供すると規定していた。その後、同法は数回の改正を経て今日に至っておりアメリカにおける高齢者福

祉の実現に大きな役割を果たしてきた。特に2000年改正は連邦政府が全国家族介護者支援プログラム（National Family Caregiver Support Program）を創設し、介護支援を開始する契機となったのである。⁴⁾ 介護者支援プログラムは介護の現物給付（レスパイト等）、直接的及び間接的現金給付、介護者就労支援、などを規定している。このうち間接的現金給付は介護施設や介護サービスの利用費に相当する金額を家族介護者の税額から控除するプログラムで、就労中の介護者が対象となる。また1993年家族医療休暇法（Family and Medical Leave Act）は介護者の就労支援策を導入したが、「介護は無給休暇を利用して行うもの」という風潮を助長し、介護者の有給休暇取得を却って減少させることになったといわれる。

アメリカでも1980年代以降、財政逼迫のため施設入所から在宅介護を重視する政策への転換が始まった。1990年アメリカ障害者法（Americans with Disabilities Act）や1999年の最高裁判決（要介護者の在宅介護希望尊重）も州に在宅介護の充実を義務づけることになったが、州の介護関連支出は依然として施設偏重から脱却できていない。

介護はアメリカでも要介護者ができるだけ機能を維持できるようにADLと手段的日常生活動作（IADL）の支援を中心に行われている。特に住宅環境は要介護者の機能障害や生活の質を左右するものとして重視されている。介護は施設ケアと在宅ケアに区分されるが、施設ケアもNHと、アシステッドリビング（Assisted Living, AL, 中間所得層対象）、介護施設（Care Home, 低所得者対象の住宅型及び家族型）、セクション202住宅（連邦政府管理の低所得高齢者専用）、終身介護退職者コミュニティ（Continuing Care Retirement Community, CCRC, NPO運営）などの介助付き住宅（Supportive Housing）に二分される。また在宅ケアはデイケア、在宅看護・身体介護、家事支援、配食、移送、ホスピス・緩和ケアなどのサービス

を含んでいる。⁵⁾

2. 施設ケア

(1) NH

アメリカではNHが施設ケアの中心を占める。NHは2009年には15,884施設、入所可能ベッド数167万床が存在していた。NHの財源は9割がメディケイド（70%）とメディケア（20%）から賄われている。そのため州・地方政府の管轄下にある介助付き住宅とは異なり、NHはメディケア・メディケイドから償還を得るために連邦政府の規制に服している。⁶⁾

NHは日本の特養と療養病床を合わせたような医療介護施設で、医療・看護・リハビリから介助（食事・入浴・排泄等）に至るサービスを24時間体制で提供している。しかしNHは実際には極めて僅かな看護ケアしか提供しておらず、NH入居者の15～70%が居住型介護で十分に生活できるといわれる。⁷⁾

NHは一般に高度看護施設（Skilled Nursing Facilities, SNF）、中間介護施設（Intermediate Care Facilities）、保護型介護施設（Custodial Care Facilities）の3つに区分される。SNFは回復期の患者に看護やリハビリ、栄養補給、注射などの医療サービスも提供している。また中間介護施設は入居者の9割以上が65歳以上の高齢者で、一定の日数制限内で入居費の一部がメディケアから支払われる。NH入居者は2009年に330万人に達したが、このうち85%（281万人）が65歳以上の高齢者（高齢人口の7.1%）であった。しかしNHはベッド利用率が83.0%と低位で、減少傾向が続いている。しかもNHは営利団体が68%を占め、90%がメディケアとメディケイドから二重の認可を受けていた。NHの年間入居費用（2012年）は個室が9.1万ドル、2人部屋が8.1万ドルとかなり高く、ALの2倍以上、在宅介護の4倍にも達する。このため長期入居に伴って費用を負担できなくなる者が続出

し、入居者の半数近くが1年以内に退去を余儀なくされるという。⁸⁾

NHは部屋と食事、看護ケア、服薬管理、身体介護（入浴、着脱衣、食事、移動、排泄などADL介助）、社交及びレクリエーションなどのサービスを提供している。ある調査によれば、NHは9%がデイサービスを実施しており、その74%が地域住民と入居者の双方にサービスを提供していた。またNHは入居者の56%に認知症ケア（アルツハイマー病その他）を提供していたが、その80%が追加料金を課していなかったのである。⁹⁾

(2) AL

ALはNHと在宅ケアの中間に位置する施設である。ALはNHのように24時間体制の介護を必要としないが、自立して生活できない要介護者に対して身体介護や服薬管理、基本的な生活支援（食事・洗濯・掃除等）を提供する介助付き住宅である。入居者の大部分は費用を私費か民間介護保険で支払っているが、多くの州が近年メディケイド特例によって低所得者に費用を支給するようになった。またALは16%がCCRCの一部門となっている。しかしALは明確な定義がなく、旧来の介護施設に目新しい名前を貼り付けただけの施設もあるといわれる。

月平均料金はサービス数によって変化するが、2012年時点で基本2,751ドル、標準3,486ドル、包括3,789ドルとなっていた。基本サービスに含まれない項目は月平均で入浴介助が181ドル、着脱衣介助が236ドル、他の身体介護が504ドル、服薬介助が347ドルの追加費用を請求される。AL入居者（2009年）は平均年齢86.9歳で、女性が73.6%を占めていた。平均年収は27,260ドル、平均資産（家を含む）も431,020ドルと比較的高く、ALが中所得層以上向けの施設といわれる所以である。¹⁰⁾

AL入居者は70%が直前まで自宅やアパートに住み、9%がNHから移って来る。AL入居者の転

居先は59%がNHで、以下は他のAL11%、自宅9%、療養病院7%、親類の家5%、独居4%、ホスピス2%、その他4%となっているが、入居者の33%はALで死亡する。

米国保健福祉省の報告（2007年）によれば、ALは全米で3.8万カ所に設置され、入居者も97.5万人に達する。このうち貧困なメディケイド受給のAL入居者は僅か13%（2009年）にすぎなかった。¹¹⁾

(3) CCRC

CCRCは高齢期前の40～50代から移り住める「高齢者が安心して暮らせる街・住まい」として1960年代以降に全米で開発・分譲が進められてきた。CCRCは米国高齢者施設区分の自立高齢者住宅（Independent Living, IL）、AL、NH、認知症介護住宅（Memory Support）の機能を1カ所に集約した施設とされる。CCRCに入居する高齢者は同一敷地内で加齢に伴って進行する身体状況に応じて必要なサービスを受容できた。高齢者は退職後に年金以外に収入源がなくなる上加齢と共に身体機能が低下するので、施設を移る度に高額な入居保証金を支払わないで済むCCRCのような施設を歓迎していた。

CCRCは敷地内に映画館やプール、カフェなどを設置し、リゾートホテルのような豪華なものもある。もちろん、入居費用はサービスの充実度や立地によって大きな差があり、例えば2011年時点では入会金（保証金）は100,000～1,000,000ドル、月別経費も3,000～5,000ドル（2004年）に及ぶ。CCRCは2011年に全米に約2,000カ所が設置され、入居者も60万人以上に上り、その大部分が自立して暮らしていた。¹²⁾しかしCCRCは①一般入居施設に比べて費用が高く入居時の資産調査も厳しく、②施設の中ですべてが充足するために高齢者のみが暮らす地域となって周辺地域との繋がりがなく活気に乏しい等の欠点も指摘されている。

3. 在宅ケア

在宅介護事業者は認可権限を持つ州の規制に従うが、メディケイド認定事業者は全米一律の連邦規制を受けている。在宅ケアは多くが専門職補助者の提供する非医療ケアであるが、認定専門職（看護師、療法士、在宅医療助手等）のみが提供する高度ケアも含んでいる。もちろん、その中心部分には在宅医療助手、家政婦、付添婦などの職種が担っている。在宅医療助手はADL介助を必要とする要介護者の自宅でケアを提供し、生活支援（料理、買い物、洗濯等）も行っている。家政婦や付添婦は家事、食事準備、送迎、付き添いなどのサービスを提供するが、入浴や着脱衣などのADL介助の訓練を受けていない。¹³⁾

デイサービスは認知症患者や障害者に集団的支援環境で医療、社交、療法活動を提供している。デイセンターの71%は独立組織であったが、11%はNH、8%はAL、6%はNHとALの双方、と組織的に一体化していた。センターは3つのタイプに区分されるが、共通のサービスとして社交活動（参加者相互交流）、医療関連（服薬管理、体重・血圧・糖尿病の観察）、送迎、食事と間食（特別食を含む）、身体介護（トイレ、着脱衣等）、療法活動（運動と精神的交流）などを提供している。

センターは30年以上の歴史を持ち、全米に5,000カ所以上が設置され、26万人以上の利用者とその家族を支援していた。しかしデイサービスは州の監督下にあり、州ごとの差が大きい。センターの4分の3以上が月曜日から金曜日まで、7%が土曜日も、また11%が週7日間開いている。センターの63%は送迎を行い、その半分以上が無料で実施していた（有料の場合は片道平均10ドル弱）。1日平均の利用料金は医療保健モデルが79ドルで、医療保健モデルと社会的モデルの組み合わせ（71ドル）や社会的モデル（63ドル）よりも高かった。

アメリカでも介護の多くは家族や友人による無償ケアによって担われている。2010年に要介護者

表1 アメリカのインフォーマル介護者
(単位：%)

	全年齢	50～55歳	56～59歳	60歳～
男性	34	29	37	35
女性	66	71	63	65
就労	57	73	68	39
非就労	43	27	32	61
身体介護	24	23	23	26
金銭支援	25	24	26	24

(資料) MetLife Mature Market Institute, *op. cit.*, p.7

1,000万人は840万人(高齢者378万人)が地域で、160万人(同131万人)が看護ケア施設(nursing care facilities)や中間型ケア施設でフォーマル及びインフォーマルな介護を受けていた。¹⁴⁾ インフォーマルな介護者は無償介護を提供する家族、友人、隣人や教会関係者などの人々である。その特徴は表1のように女性が66%を占め、57%が就労し、金銭支援(25%)と身体介護(24%)が中心的な支援内容となっていた。

もちろん、アメリカでも高齢者介護が家族介護者にとって重い負担となっている。しかも公的介護保障制度が存在しないアメリカでは、自己負担の増加と同時にメディケイドやメディケア等の公費負担も激増している。特にメディケイド支出の膨張を背景に州は急性期ケアと介護を統合する地域包括ケアに大きな期待を寄せるようになった。¹⁵⁾ またメディケイド加入者の17%(支出額30～35%)がメディケア・メディケイドの二重受給資格者であることから、州も連邦も包括ケアによってケアの質を維持しながら医療介護費を抑制しようと努めているNPO団体などに特例措置を認める支援を始めた。そのようなNPO団体のうち特に重要な意義を持っているのが次に紹介するPACEであった。

III PACEの地域包括ケア

1. PACEの活動

PACEはSNFケアの必要な要介護者のみを加入

者に集めながら包括ケアによってそのほとんどに在宅生活を保障している。PACEは加入者に対して保険者とケア提供者の双方を兼ね、加入後の全医療費を支払う義務を負っているが、この二重の役割が連邦や州から人頭払いされる資金をプールして使う際の柔軟性を生み出していた。しかもPACEは予防を含む包括ケアによって症状の悪化を防ぎ入院を減らしてコストを抑制している。

PACEの原型は1971年にサンフランシスコ市チャイナタウンで誕生したオンロック(On Lok)といわれる。オンロックは要介護老人にデイセンターでサービスを提供しながら在宅生活の継続を保障するために始められたNPOであった。広東語で「安楽」を意味するオンロックは連邦政府から実証事業の資金を交付され、イギリスのデイ・ホスピタルをモデルとして1972年にデイセンターを開設した。¹⁶⁾ オンロックは1979年にメディケア財源を使って4年間の実証事業に取り組み、効率的で質の高い高齢者ケアが提供できることを立証した。この実績に基づいてオンロックは1983年にメディケア・メディケイドの特例措置としてその受給者の人頭払い給付をプールして運用することを認められ、ケアに関する全リスクを引き受けることになった。

1985年にはオンロックの事業を全米に拡大する研究が始まり、1986年実証事業法の制定を契機に1990年には最初のPACEモデル団体が活動を開始した。連邦議会も1995年にオンロックに対する特例措置を無期限に延長し、追加10団体の実証事業も承認した。1994年には全国組織である全米PACE協会(National PACE Association)が結成され、実証事業の成果に基づく陳情活動の結果、PACEは1997年均衡財政法によって恒久的なケア提供者としての地位を確立した。とはいえ、PACEは2013年3月現在、30州で91団体が2.6万人の加入者を確保するに止まっていた。¹⁷⁾

PACEの加入資格は55歳以上で、当該PACEサー

ビス圏内に居住し、SNFケア受給資格を認められた者とされている。PACE加入者の平均像は年齢80歳で、ADL障害を3つ持ちながらも自立した生活を送り、3分の2が認知症やうつ病を患っていた。人種別加入者は白人45%、黒人26%、ヒスパニック15%、アジア太平洋系12%などの構成となっていた。¹⁸⁾

PACEはプライマリケア、多職種チーム会議、治療、レクリエーション、健康増進療法、社交、身体介護、食事などを提供できる十分なスペースと設備を備えたセンターの運営を義務づけられている。このためPACEセンターは1日約100人にサービスを提供する1.2万平方フィートのスペース、週7日24時間利用（平日午前8時～午後5時営業）、1階での開設、舗道縁石側にバンの昇降口設置、スタッフ確保（営業開始時40名）、バン用駐車場（8台分）、表入口に加えサービス用入口の設置、トイレ、シャワー、洗濯室、診察・治療・歯科・リハビリ室、キッチン周辺用配管設備、便利な地区の選定、などの条件を満たさなければならなかった。¹⁹⁾

2. オンロック

(1) 地域包括ケア

オンロックはサンノゼやフリーモントを含め9つの建物に10のセンター（サイト）を所有している。本部ビルにはジェイド（加入者140人）とローズ（同100人）の2つのサイトが入居し、2つの多職種チームが活動をしていた。多職種チームは必ずプライマリケア医やNP（Nurse Practitioner, 臨床看護師）を含み、ジェイドには医師3名とNP1名、ローズには医師2名が配置されていた。NPはPACEではプライマリケア医とほぼ同じ職務を果たしている。

オンロックの加入者は2009年時点で1,030人、平均年齢も84歳（2008年）を超えていた。加入者の居住場所はSNF7%、ケアホーム25%、自立（自

宅、高齢者住宅）68%となっており、SNFケア資格の認定が加入要件となっていながら、その9割以上が地域で暮らし続けていた。オンロックが要介護加入者の入院やSNF入居をできるだけ回避し、どんな健康状態に陥ろうとも追加負担をなしに全ケアリスクを引き受けていたからである。

加入者の平均像は年収が約1.4万ドルで、8つの疾患を抱え、服薬が必要で、ADL障害も2～3つ持っていた。しかも加入者は63%が認知症を患い、人生の最後の4年間ほどをオンロックで過ごして死亡する。オンロックは高齢者の間で人気が高く、脱会率も極めて低い。人種別の加入者はアジア系65%、ヒスパニック4分の1弱、白人10～14%となっており、中国系加入者が多い。利用料金はメディケアとメディケイドの二重受給者（全体の93%）は無料であるが、メディケアのみの受給者は月額4,200ドルの自己負担を求められる。オンロックの収入はメディカル（Medi-Cal, カリフォルニア州メディケイド）が65%、メディケアが33%を占め、私費は僅か2%にすぎなかった。²⁰⁾

ところで、オンロックはオンロック・ライフウェイズ（On Lok Lifeways）、30番街老人センター、オンロック・ハウジング、オンロック世代間交流プログラムなどの関連NPOを通じて要介護老人のニーズに対応した医療、住宅、世代間交流などのサービスを提供していた。またオンロックはプライマリケア、専門医ケア、日常的予防医療ケア（聴覚、歯科、検眼、足病治療）、リハビリ（理学、作業、言語）・レクリエーション療法、デイセンター、在宅医療、身体介護、ソーシャル・サービス、栄養管理と宅配食、送迎・緊急搬送、処方薬、入院、NH入居など必要な全てのサービスを提供し、要介護老人の自立を支援している。30番街老人センターは市内ミッション地区の高齢者とその家族に二文化交流・二カ国語プログラム、オンロック・ハウジングも住宅難の市内高齢者に住居、を提供していた。

デイセンターは加入者が地域で暮らし新しい友人を作りながら適切な医療サービスも受けられるように10カ所に設置されていた。センターは検診室や治療室を備えたクリニックを持ち、リハビリ施設では自立機能の回復・維持を支援している。またセンターは様々な娯楽を楽しめる集会所にもなっており、社交や魅力的な活動の機会が提供されていた。例えば、野球ゲーム観戦や博物館鑑賞などの催しや集団遠足と共に美術教室、文化活動、チェスやトランプゲームなどの様々なレクリエーション活動も提供されている。栄養士の指示に基づく昼食サービスも提供され、加入者は社会生活に触れる機会と健康的な特別食を共に享受していた。²¹⁾

30番街老人センターは年間5,000人以上の高齢者にサービスを提供する市内最大の多目的老人センターとなっている。同センターは高齢者が健康で自立しながら長く地域で暮らせるように援助していた。参加者は平均年齢が78歳で、ラテン系が67%を占め、55%が年収1万ドル未満で、要介護者が半数を占めていた。同センターは週6日間開かれ、健康増進、生涯学習、美術工芸、市民講座、芸術やダンス、団体旅行などが特に人気の高い活動プログラムとなっていた。²²⁾ また世代間交流プ

ログラムは1971年の活動開始以来、加入者と近隣の保育所や小学校の児童を結びつける地域活動として続けられてきた。

オンロック加入者(2008年5月)は72%が高血圧、52%が認知症、31%が糖尿病とうつ病、21%が心臓機能障害を患っていたが、そのほとんどが自宅で生活を続けていた。表2はサンノゼを除く9サイトのオンロック加入者の住居を示したもののだが、加入者全体の居住場所はコミュニティ(自宅)が50%を占め、以下ケアホーム20%、高齢者住宅15%、宗教団体施設9%が続き、SNFは僅か6%にすぎなかった。もちろん、サイト間でも差がある。例えば、ミッションはSNFがゼロで、自宅(コミュニティ)の比率が67%に達している。パウエルもSNFが1%で、自宅(コミュニティ)が51%、オンロック住宅が47%を占めていた。一方、フィルモアはSNFが全体で最高の12%にも達し、自宅(コミュニティ)が33%と少ない。恐らく高齢者を支える地域の力が不足しているのではないだろうか。

(2) 要介護者及び介護者への支援の実態

まず要介護加入者Wのケースを見ておこう。糖尿病、骨粗しょう症、失禁、認知症など複数の疾患を抱えた女性加入者Wは一人暮らしで、単独で

表2 センター別のオンロック加入者の住居、2008年

(単位：%)

サイト	SNF	ケアホーム	高齢者住宅	宗教団体	コミュニティ
30番街	8	35	0	0	59
フリーモント	2	5	0	66	27
フィルモア	12	39	0	16	33
ゲイリー	8	31	0	8	53
ジェイド	7	19	20	0	54
ミッション	0	33	0	0	67
モントゴメリー	9	8	52	0	31
パウエル	1	1	47	0	51
ローズ	9	17	14	0	60
合計	6	20	15	9	50

(資料) Brickson, *op. cit.*, p.12 SNFは高度看護施設。高齢者住宅の入居者はすべてオンロック・ハウジング提供の住宅に居住。

は入浴、調理、買い物、服薬ができなかった。Wは入院中にSNF入居に代わる選択肢としてオンロックを紹介された。以後オンロック雇用医が従来のかかりつけ医に代わってWのプライマリケア医となった。²³⁾ Wは週4日、オンロックのデイセンターにライトバンで送迎され、昼食、服薬、血糖値検査、シャワー浴などのサービスを受け、運動やレクリエーション活動にも参加した。また最低月1回はデイセンターで医師の診察を受けた。センターは歯科医、検眼士、足病専門医による診察日も設けていた。必要の際にはWはオンロックと契約している専門医に送られ、診察や治療を受けることもできた。センター医は3ヵ月ごとにWの包括的な健康評価を行い、多職種チームが毎日、ケア会議を開いて話し合った。保健師は買い物や調理をしてWの自宅で食事の用意をした。このようなオンロックのデイセンターと多職種チームによる包括的サービスがWのSNF入居を回避し在宅生活の継続を可能にしていたのである。

次に家族介護者支援を含むケースを見ておこう。Kはチャイナタウンで独居生活を送る中国系老人であった。Kは脳卒中の後遺症で左目失明と左半身麻痺に陥り、89歳になった時に娘Qの勧めでオンロックに加入した。高血圧と心不全の合併症に苦しみ、認知症が悪化し、足腰も弱まって転倒の恐れが生じ、自宅に閉じ籠るようになったからである。オンロック加入後も、Kがそのケア方針や食事を拒んだので、ソーシャルワーカーがKの家族の信頼を得ながらカウンセリングに多くの時間を費やし、次第に心を開かせていった。やがてKは転倒や酷い認知症のために独居生活が困難となり、デイセンター上層階にある2人部屋の監視付き住宅に入居した。Kは歩行器も使えず車椅子生活となったが、ソーシャルワーカーを深く信頼し、年金小切手の管理を任せるまでになった。Kは末期症状から食事も治療も全て拒絶するようになり、2ヵ月間の緩和ケア後に90歳で安らかに

永眠した。その間ソーシャルワーカーがKとその家族に温かい助言と支援を行い、多職種チームも快適に過ごせるようにチェックを続けた。Kの家族は絶えず最新の病状を知らされ、頻繁に見舞うよう励まされ、Kの傍らで多くの時間を過ごすことができた。Kは人生の最後まで自分の望む通りに暮らし、家族もKがオンロックで最後までQOLを維持することができたことに感謝をしたという。²⁴⁾

3. 他のPACE団体

高齢者自立センター（Center for Elders Independence, CEI）はPACE、在宅ケアサービス、老年科クリニックの3つの部門を持っている。CEIは本部をオークランド市のダウンタウンに置き、4つのサイトを運営していた。創業時には黒人が加入者の8割以上を占めたが、近年は半数にまで低下し、白人（20%）やアジア系（17%）の比率が高まっている。加入者は438人（2009年）で、4つの多職種チームが4つのサイトでケアを提供していた。CEIもプライマリケア、専門医ケア、リハビリ、栄養指導、在宅ケア、ケースマネジメント、デイセンター、送迎を包括して24時間体制のケアを提供している。加入者は平均年齢が78歳で、7～8つの慢性疾患を持ち、女性が62%を占めていた。²⁵⁾

CEIの収入（2008-2009年度）はメディケア（64%）とメディケイド（33%）からの人頭払いが97%を占めていた（寄付1%、雑収入2%）。CEIはコストを抑えるために運営費（管理費その他9.9%、給与3.8%）を抑制し、82%をケア費に充当してきた。CEIは加入者の施設入居や入院にも全面的な責任を持ち、継続的なリハビリや運動、良質な栄養、社交機会（見学旅行、文化芸術学習）、薬剤管理、クリニックによるフォローアップなど健康維持に努めている。

CEIは「金持ちは退職者コミュニティに金を払って入居でき、低所得層もメディカルとメディケアでPACEが提供する包括ケアを享受できる」が、

そうした手段を持たない中所得層老人にも手頃な費用で加入できる新たなPACEモデルを考えていた。もしそれが軌道に乗れば、PACEは中所得層という大きな市場を獲得して大きく飛躍できる可能性もある。

次にシアトル（ワシントン州）のプロビデンス高齢者プレイス（Providence ElderPlace, PEP）の活動を紹介する。²⁶⁾ 1995年にシアトル市に開業したPEPは1998年にPACE実証事業に参加し、2002年には恒久的なPACE団体として認定された。加入者は2010年3月現在363人で、4つの多職種チーム（1チームは他の3チームより小規模）がサービスを提供していた。このうち3チーム（小チームを含む）が本部、1チームが西部地区に配属されていた。小チームはPACEセンターに通所していない加入者にサービスを提供（「在宅PACE」プログラム）している。このチームはSNFに継続的に入居している加入者（約6.3%）に対してもサービスを提供していた。

加入者は平均年齢が78.1歳で、女性が3分の2を占めていた。97%が低所得のメディケイド受給者であったが、メディケアとの二重受給資格者は96%に止まっていた（自己負担4%）。受給資格がメディケアのみの加入者は月額3,500ドル、メディケア・メディケイドのいずれの受給資格も持たない者は月額4,000ドルの自己負担を求められた。人種別の加入者は白人69.6%、黒人17.7%、アジア太平洋系8.3%、ヒスパニック2.7%となっており、白人の比率が高いのが大きな特徴である。

PEPはプライマリケア、専門医ケア、入院、SNF入居、理学・作業・言語療法、ソーシャルワーク・サービス、栄養サービス、歯科治療、聴力、足治療、検眼、在宅ケア、住宅提供（必要な場合）、デイセンター、福祉器具供与、送迎、などCMS（Centers for Medicare and Medicaid Services, メディケア・メディケイド庁）が要求する全サービスを提供している。PEPセンターには1日平均60～

80人が送迎で通所しており、午前10時頃から午後2時半頃までセンターで過ごしている。通所回数は最多で週4日だが、加入者の16%がセンター通所を忌避し、小チームによる在宅ケアを受けていた。

センターは2階建ての建物の1階にあり、検査室4室、診察室1室からなるクリニックが付属していた。加入者の40%が精神障害（うつ病など）を抱えているため、精神障害者用の部屋が設置され、静かな雰囲気と心を落ち着けられるように内部にリビングが設けられていた。認知症も加入者の半数を超えていたが、SNF入居率は僅か6%にすぎなかった。建物の2階はPEPと他の団体の2組織が運営するALになっており、その入居者の一部もPEPセンターに通所している。

IV PACEと地域包括ケアの飛躍の可能性

1. PACEの課題と新展開

PACE加入者は着実に増加しているが、2013年3月現在、2.6万人にすぎない。²⁷⁾ SNF入居老人は280万人に上るといわれるが、なぜPACEは多くの要介護老人を加入者に出来ないのか。それはPACEの特質（医師選択権の欠如、自己負担、デイセンター通所）が要介護老人に敬遠され、PACEの発展を妨げていたからである。PACE加入希望者の多くが入会と引き換えにかかりつけ医の変更を迫られるのを忌避する。²⁸⁾ またメディケア受給資格のみの加入者は法外な自己負担を強いられるので、中所得層老人はPACEを敬遠する。さらにPACEが重視するデイセンター通所も老人にとって煩わしかった。しかもPACEが加入者を増加させる上で必要な施設・職員・財源の確保も大きな壁となっていた。

とはいえ、PACEは介護の財源調達や供給不足に対する1つの解決策を示していた。まずPACEは分断されたケアを統合し、包括ケアを実現してきた。またPACEは加入者の多様なニーズに対し

てサービスを調整する多職種チームの手法が有益なことを実証してきた。さらにPACEは加入者の入院日数をメディケア平均より2.7日も短縮し、処方薬の使用をSNF入居者よりも1人当たり1.1品目減らし、医療費の削減に成果を上げている。しかもPACEはSNFケア資格を認定された要介護老人のみを加入者としながら、実際の入居者を僅か6～7%に抑え、ほとんどの加入者に在宅生活の継続を保障してきた。アメリカの高齢者も在宅死を望む者が多いが、自宅やホスピスでの死亡率は僅か20%にすぎない。しかしPACE加入者は在宅死が45%を超え、希望する終末期ケアを享受していたのである。²⁹⁾

PACEの課題に関しても新たな打開策が打ち出されている。2010年にオンロックは新たな発展を求めて従来あまり重視して来なかった州内農村地域へのPACE拡大を模索し始めた。都市と比べて農村地域の高齢者はより不健康な状態に置かれ、不可欠なケアサービスさえも利用できない状態にあった。オンロックはバイエリア都市部で高齢者が自宅で快適な生活を継続できるように質の高い医療と社会サービスを提供してきたが、今やそれを劣悪なサービスしか受けられない農村地域の高齢者にも拡大しようとしているのである。³⁰⁾

2. PACEとCCRCの統合による包括ケアの拡大
最近、PACEとCCRCの統合が大きな相乗効果を生む、という提案が注目を集めている。現在、CCRCは深刻な経済不況、住宅不況、メディケア・メディケイド償還率の引下げ、投資収益や慈善寄付の縮小など多くの困難に直面し、PACEへの進出に打開策を求めようとしている。CCRCは表3のような経済・身体状況に応じて柔軟に対応できる高齢者向けの多様で連続したサービスを戦略的に展開しようと努めてきた。CCRCは入居する余裕がないか、自宅に留まりたいと望む高齢者にも手を差し伸べる社会的責任があり、現在の高齢者の2%から全高齢者に市場を拡大したいと望んでいた。そこで、CCRCはPACEを取り込み、少ない資本で収入を増加させ、社会的責任を果たしながら市場を拡大したいと熱い期待を抱いている。

しかもCCRCの介助付き住宅は入居者の20%が既にSNFケア受給資格を有していたので、PACE加入の勧誘対象としても有望であり、PACEを併設すれば送迎費用も省くことができた。CCRCは介助付き住宅の開発と運営に経験を積んでおり、PACEにとってもメリットがある。一方、PACEはCCRCがケアマネジメントを改善し、連続した包括的サービスを発展させる基盤ともなり得る。PACEの加入者はメディケア・メディケイドの二

表3 経済・身体状況と連続したケア

経済状況			
	十分な収入	不十分な収入	貧困
身体状況			
自立	退職者コミュニティ 終身在宅介護	賃貸退職コミュニティ 中・低所得税額控除財源住宅	手頃な住宅
要支援	在宅介護 デイケア AL	在宅介護 デイケア AL	在宅介護 デイケア
要介護	私費PACE 在宅介護 NH	資産を消費してPACE 在宅介護 資産を消費してNH	PACE 在宅介護 NH

(資料) LeadinAge & National PACE Association.

重受給資格者がほとんどなので、CCRCはそれを取り込むことによって資産を上手く管理しながら中・低所得層にもサービスを拡大することができる。またCCRCも私費払い高齢者にPACEを売り込む経験と専門的知識を持っていた。このようにCCRCが連続したケア系列組織（continuum）内にPACEを所有することは有意義であり、PACE開業に必要な資金（加入者300人のPACEで450万ドル）も無理なく負担できるといわれる。とすれば、両者は介助付き住宅、連続したケア全体のマネジメント、社会的責任、PACE開業資金の調達、共通の非営利と信頼に基づく伝統などによって統合の相乗効果を期待できると考えられる。³¹⁾

V むすび

PACEは包括ケアの提供によって要介護老人が長く自宅で暮らすことを可能にし、介護者を含めてそのQOLを維持しながら費用の抑制にも成果を上げてきた。しかし、それを可能にしてきたPACEの特性が逆に急成長の大きな足枷にもなってきた。もちろん、PACEもその克服に努めてきたが、ようやく有望な打開策を見出しつつあるように思われる。

PACEは①農村へのサービス拡大、②CCRCの連続したケア系列組織への参加、によって発展の壁を乗り越えようとしている。PACEとCCRCの結合はNPOという共通の基盤の上に相互の長所を生かし合いながら相乗効果も発揮できる。実際、このような新展開を受けてPACEの加入者は1987年300人、1999年6,000人、2002年1万人、2008年1.6万人、2013年3月2.6万人と増加傾向に拍車がかかっている。また、これらによって地域包括ケアが中所得層老人までも加入者に包摂できれば、多くの要介護者と家族介護者が地域で充実した支援を受けながら暮らせる日がやって来るのではないかと思われるのである。

注

- 1) USDHHS Administration on Aging, *A profile of Older Americans: 2012*, pp. 1-11; USDHHS Center for Disease Control and Prevention, *Health, United States*, 2011, pp. 362-363.
- 2) PACE研究史は拙著『日欧米の包括ケア』ミネルヴァ書房、2011年、pp. 91,145を参照。最近の研究としては西村由美子「On LokからPACEへ—アメリカの草の根が生んだ要介護高齢者ケアプログラム」JETRO、がある。なお、在宅・施設介護に関する研究はクルーム・洋子「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」『海外社会保障研究』No.164、自治体国際化協会「在宅サービスへ移行するアメリカの高齢者福祉～アメリカ高齢者法に基づく高齢者支援体制と非営利団体～」Clair Report No.347、西平賢哉「アメリカの高齢者介護の現状と介護版マネージドケア」JETROなどを参照。
- 3) Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, “Medicaid’s Role in Meeting the Long-term Care needs of America’s Senior,” January 2013; do., “The Medicaid Program at a Glance,” March 2013.
- 4) 平山亮「3.アメリカの家族介護者支援：現状と課題」『共同対人援助モデル研究報告書1』、2011年2月 pp. 27-39.
- 5) Office of Management and Budget, *Older Americans 2012: Key Indicators of Well-Being*, 2012, pp. 27-32.
- 6) Amen Hareyen, “Long Term Insurance Association Reports Fewer US Nursing Home Beds,” EmaxHealth, October 26, 2009. <http://www.emaxhealth.com/1/28/34234/long-term-care-insurance-association-reports-fewer-us-nursing-home-beds.html> (2013年5月7日); “Statistics on Nursing Homes and Their Residents,” <http://www.therubins.com/homes/stathome.htm> (2013年5月7日)
- 7) Robyn I. Stone, “Long-Term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends, and Implications for the Twenty-First Century,” *Milbank Memorial Fund*, 2000, p.26.
- 8) *Nursing Home Data Compendium 2010 Edition*, pp. i-ii,27; MetLife Mature Market Institute, “Market Survey of Long-Term Care Costs,” November 2012, pp.5-6; USDHHS Centers for Disease Control and Prevention, “National Nursing Home Survey: 2004 Overview,” Series 13, No. 167, June 2009, p.4 入居者は長期居住者と急性期入院後リハビリ療養のための短期滞在者が含まれる。
- 9) MetLife Mature Market Institute, *op. cit.*, pp. 6-7
- 10) *Ibid.*, pp. 8-11
- 11) American Association of Homes and Services for the

- Aging, "Assisted Living Facility Profile," <http://www.ahcancal.org/ncal/resources/pages/alfacilityprofile.aspx> (2013年5月2日)
- 12) Ashlea Ebeling, "Continuing Care Retirement Communities: A Big Investment With Catches," *Forbes*, September 26, 2011. 宇都正哲・岡村篤「高齢社会における新たな居住スタイル—米国におけるカレッジリンク型CCRCの展開—」NRI Publication Management Review, Vol.48, 1頁。
 - 13) MetLife Mature Market Institute, *op. cit.*, p. 12.
 - 14) Thomas Day, "Guide Long Term Care Planning: About Caregiving," National Care Planning Council, May 15, 2013. <http://www.longtermcarelink.net/eldercare/caregiving.htm> (2013年5月9日)
 - 15) Stone, *op. cit.*, p. 21.
 - 16) D. L. Gross, H. Temkin-Greener, S. Kunitz, and D. B. Mukamel, "Growing Pains of Integrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE," *The Milbank Quarterly*, Vol.82, No.2, 2004, p.257.
 - 17) National PACE Association, "PACE in Your Community," March 2013, pp. 3,6. PACE加入者は大都市地域(多数サイト展開団体)で2,992人、平均では295人にすぎなかった。
 - 18) G. Brickson, "Business Planning for PACE Development: PACE Fundamentals 2009," (On Lok Lifeways提供資料) pp.1-2; T. Bodenheimer, "Long-Term Care For Frail Elderly People—The On Lok Model," *The New England Journal of Medicine*, October 21, 1999, pp. 1324-1325; L. R. Gadsby, "PACE-Program of All-inclusive Care for the Elderly," *Age in Action*, Vol.22 No.4, Fall 2007; D. Mechanic, *The Truth About Health Care: Why Reform Is Not Working in America*, Rutgers University Press, 2006, p.105; C. Eng, "On Lok and PACE," April 27, 2009, On Lok Lifeways, p.14.
 - 19) Brickson, *op. cit.*, p.2; J. C. Hansen, "Practical Lessons for Delivering Integrated Service in a Changing Environment: The PACE Model," *Generations*, Summer 1999, pp. 22-23. PACEは1サイトに1チームを配置し、加入者75~100人にケアを提供していた。
 - 20) Gadsby, *op. cit.*, p.1. 前掲拙著, pp. 117-126.
 - 21) *Ibid.*, pp. 5-6.
 - 22) Eng, *op. cit.*, p. 14.
 - 23) Bodenheimer, *op. cit.*, pp. 1325-1326.
 - 24) 前掲拙著, pp. 130-135.
 - 25) *Life Times*, Newsletter of CEI, Fall 2009; CEI, *Annual Report*, Fiscal Year 2008-2009, pp. 4-5. 前掲拙著, pp. 127-130.
 - 26) 前掲拙著, pp. 135-139.
 - 27) LeadingAge & National PACE Association, "Program for All-Inclusive Care for the Elderly: An Important Addition to Your CCRC," Webinar: 266130329, November 2, 2011. <http://www.consulting-cds.com/wp-content/uploads/2012/04/PACE-An-Important-Addition-to-Your-CCRC-Webinar-11-2-2011.pdf#search=Program+of+AllInclusive+Care+for+the+Elderly%3A+An+Important+Addition+to+your+CCRC> (2013年6月2日)
 - 28) ミルウォーキー市のPACEは民間医と契約し引き続き加入者のプライマリケア医となることを認めている (Bodenheimer, *op. cit.*, pp. 1326-1327)。
 - 29) *USA Today*, November 17, 2008; National PACE Association, Who, What and Where is PACE?, 2007; L. Trice, "PACE: A Model for Providing Comprehensive Healthcare for Frail Elders," *Generations*, Fall 2006, pp. 90-92; H. Temkin-Green and D. B. Mukamel, "Predicting Place of Death in the Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE) : Participant versus Program Characteristics," *Journal of American Geriatrics Society*, Vol.1, No.1, January 2002, pp. 125-135.
 - 30) 11の活動中の農村PACEが開業補助金を交付され、2012年1月時点で46~216人の加入者を集めていた (National PACE Association (2013), *op. cit.*, p. 5)。
 - 31) LeadingAge & National PACE Association, *op. cit.*; "PACE: A Natural Extension of the CCRC Mission," *LeadinAge*, Dec.5, 2012. http://www.leadingage.org/PEAK_Leadership_Series_Dan_Gray.aspx (2013年6月1日) CCRCの1つであるABHSES (Alexian Brothers Health Elder Services) はPACEを取り込んだ結果、1998~2004年に入居者に占める貧困者の比率が7%から30%に上昇している。

(あらい・みつよし 埼玉大学教授)

韓国の高齢者の介護の社会化と家族介護支援の現状

金 貞任

■ 要約

韓国では、高齢者の介護の社会化や家族介護者支援策として介護保険法（老人長期療養保険法）が施行されてから今年で5年目となる。国民年金が充実していないこともあり、老親の介護サービス費用の負担と介護労働は、依然として子どもによって担われており、介護費用と介護労働の社会化が思った以上進んでいないという状況があり、家族主義レジームに近いと考えられる。介護保険法実施にともなう市場原理の導入により、民間企業による施設サービスと在宅サービスのインフラ整備が進み、介護ニーズに対する量的な給付は十分だが、ニーズに見合ったサービスが確保されていないこともあり、サービスの質の確保と向上が課題である。本研究の対象者である家族介護者の介護負担には、介護費用の役割分担と介護労働が強く関連しており、介護政策が家族主義レジームの範囲内に止まっていることが確認された。今後、国民年金が充実し、低所得者の介護費用については、無料で介護給付を行うことで、介護政策は家族主義レジームから脱却することが期待される。

■ キーワード

介護保険法、家族介護者支援、介護の社会化、家族主義レジーム

I はじめに

韓国の高齢化社会への突入は、2000年（7.2%）となり日本より遅れたが、高齢化率は2026年で20.8%となり、超高齢社会になることが予想されており（統計庁、2012）、高齢化は世界に例を見ないスピードで進行している。しかし、韓国では家族が責任をもって老親を扶養するという伝統文化が人々の中に根差しており、政府は福祉インフラ整備を後回しにしてきた（金、2005）。一方、1960年代からスタートした二人っ子政策の成果と家族類型が変化することにより高齢者の単身世帯と夫婦のみ世帯が増加し、平均寿命の延びと相まって老親の介護問題が浮上するようになった。国

民皆年金の施行が遅れたことにより、高齢者世帯の経済格差が大きく、経済的に自立困難な高齢者の割合が高いことが社会問題になっている。

このような状況の中で、2000年の日本の介護保険制度の施行の影響などにより、専門家、政府、与野党の政策決定者の間に高齢者の介護に関する危機意識や課題解決への意欲が高まり、老人長期療養保険法（以下、介護保険法と称する）が2008年7月に施行され（金、2009）、5年が経過した。介護保険法では、措置制度のもとで行われていた高齢者の介護を契約原理に基づき介護を受ける権利を普遍化し、同法が家族による介護から介護の社会化への進展に果たした役割は大きい。しかし、介護保険によるサービス受給者（要介護認定者）は242,549人（2013年、4月）で高齢者人口の5.8%

にとどまり、国民年金も充実していない。そのため、家族による無償の介護労働と介護費用の負担は大きくなっており、韓国の介護政策は依然として家族主義レジームに近いと考えられる。一方、韓国の介護保険法が家族介護者支援にどの程度効果があるかを福祉レジーム類型との関連で検討した研究は皆無に近い。要介護高齢者が質の高い介護サービスを受けながら在宅で生活を続けるためには、家族介護者の負担を軽減することが重要であり、国と家族の役割分担をどのようにしていくべきかに関しては、韓国のみならず韓国の介護保険法施行に貢献した日本にとっても重要な課題である。

そこで、本稿では、家族主義レジームによる介護費用と介護労働の社会化・家族化と照らし合わせながら、まず、福祉レジーム類型と韓国の介護保険法施行の政策決定過程の是非をめぐる論議について概観する。次に、介護保険法システムの構成と現状について示し、後に韓国の高齢者の世帯構成と経済状況を概観する。最後に、要介護高齢者の家族介護者への支援策とその効果を明らかにするために、家族介護者の介護負担に対して介護費用と介護労働の諸変数が関連しているかを示す。

II 「福祉レジーム」類型と介護保険法施行の政策決定過程

1. 福祉レジーム類型と家族主義 (familialism) レジーム

高齢者のニーズ充足のためのサービス供給主体には、国家、市場と家族などがあり、誰がどの程度まで責任を担うべきかに関する議論は、社会文化的な伝統や慣習と社会政策の歴史などにより支配されてきた福祉イデオロギーによって異なる。しかし、少子高齢化が進んだ国と急速に進行中の国では、国民の国に対する高齢者ニーズの担い手

としての役割期待が高く、韓国も例外ではない。

Esping-Andersen (1999=2000; Martin&Armando, 2004) は、社会的リスクの主たる担い手の果たす役割の組み合わせや、リスクを回避するために用いるその主体が国家、市場、または家族なのかによって根本的に異なる原理が作用しているとし、福祉を提供する際に用いる原理の違いに着目し、脱商品化と社会階層化指標¹⁾を用いた。Esping-Andersenの福祉国家の3原理は、男性の状態を基準としているために、ジェンダーに基づく分業の側面が無視され、脱商品の指標は商品化が困難な女性の実態をとらえていないという批判がフェミニスト研究者を中心にあつた (Sainsbury 1999)。Esping-Andersenもこの指摘を受け入れ (1999=2000:65)、リスクを管理する源泉は国家に限定しているのではなく、現実には家族や市場の3者によってリスクが共同で管理されているという福祉レジームを提示し、日本の社会保障制度は全体として「保守主義レジーム」に属しているとした。

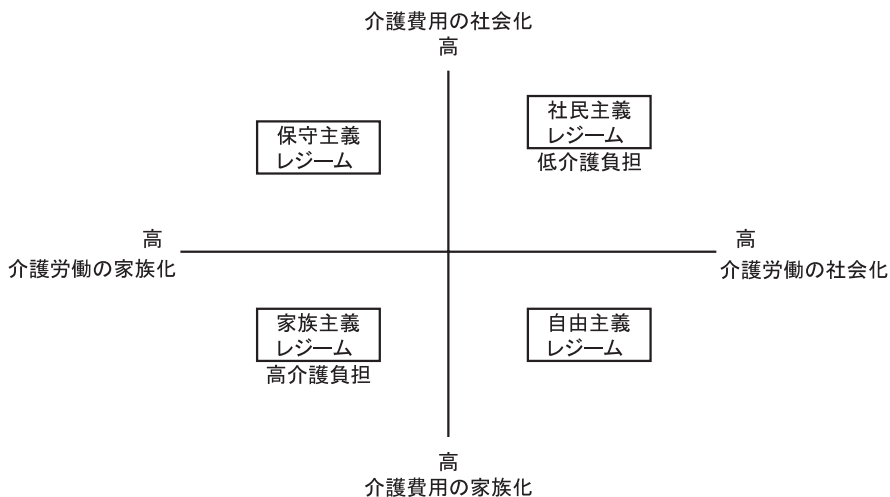
新川は、Esping-Andersenの脱家族化指標とシーロフの4種類を参考にし、脱商品化と脱家族化という2軸により、社民主義レジーム論、保守主義レジーム論、家族主義レジーム論、自由主義レジーム論の4類型を提案し、日本は脱商品化と脱家族化も低い家族主義レジームに分類されるとした (2005:273、2011)。辻 (2012:21-25) は、新川の4種類の福祉レジームを踏襲し、ケア労働の家族化・社会化軸と、ケア費用の家族化・社会化という2軸によって、福祉レジームのケア政策を4つに分類した。社民主義レジームでは、ケア労働とケア費用の両方の社会化が進み、自由主義レジームでは、市場を通じて安価なケアサービスを購入するためにケア労働の社会化が進み、家族ケアの費用は給付されず、家族が負担する。保守主義レジームでは、ケア労働は女性が担うことが想定されるが、家族に対する手厚い給付があり、ケア費用は社会化されている。家族主義レジームでは、ケ

ア労働とケア費用をともに家族が負担するのである。

Esping-Andersenの類型に依拠した韓国の福祉類型には、IMF危機後の国家の責任の拡大（キム、2001;武川、2006）、新自由主義的福祉改革（チェ、2001）、新自由主義的労働市場改革と保守主義的財政運営による所得平等が犠牲にされる自由主義（ヤン、2006）、家族の介護費用と介護労働の負担の家族主義レジーム（辻、2012;25）など多様な視点が存在する。その理由としては、福祉類型枠組みを韓国に適用することに起因する限界（イ、2002）が指摘されている。

一方、韓国の高齢者福祉支出は、2006年度から2008年まで3年間の対国内総生産（GDP）比が1.7%で、OECD平均の6.8%よりも低い（国民年金統計年報、2012）。高齢者の貧困率は、韓国保健社会研究院（2013）によると、3年間（2006～2008年）の平均が45%であり、OECD（経済協力開発機構）諸国の高齢者の平均貧困率の14%よりも3倍以上高い。高齢期に直面する問題は、2012年の高齢者統計によると、「経済問題」と「健康

問題」がそれぞれ42%で（統計庁、2012）最も高くなっており、高齢者の経済問題が深刻化している。高齢者福祉予算が少ない要因として、高齢化率が2011年で11.8%と経済先進諸国よりも低く、子どもによる老親の経済的扶養や介護などが「福祉の含み資産」と見なされるなど、社会経済的あるいは文化的な要因が結果として凝縮されているともいえる。介護保険法施行により介護サービスが安価で利用できる仕組みであるが、70才以上の高齢者は介護費用を負担する経済的能力が低いので、介護労働や介護費用は依然として子どもの役割である。そのため、家族の介護負担は高いと考えられる。女性の雇用率は、2011年のOECD諸国の平均が65.7%、日本が60.3%、韓国が53.1%であり、この10年の間にほとんど変化がないのが現状である。女性の就業の阻害要因は、雇用労働部によると、育児負担が46.4%で最も高く、社会的偏見と慣行が21.4%である（統計庁、2012）。家族に対する福祉供給の依存度が変化しない限り、今後高齢者の割合が上昇すると、福祉供給主体としての家族の果たす役割はますます大きくなり、家



注：新川の福祉レジーム2軸の脱商品化と脱家族化（2009:34）と、辻のケア政策の2軸のケア費用とケア労働（2012:24-25）に基づき筆者が作成した。

図1 福祉レジームの介護の社会化・家族化と介護負担感

族の介護負担も高くなるものと考えられる。

今後、国民年金が充実し、介護費用の社会化が進み、高齢者本人が老後の生活費と介護費用を賄うことが可能であれば、介護労働が社会化され、家族の介護負担が低くなり、介護政策が社民主義レジームに近づくと考えられる。

以上のように、高齢者の介護政策を考える際、どのような福祉類型が適切であるかに関しては、福祉類型が固まっておらず多様な類型が存在している。そこで、本稿では、新川（2009）の2軸に基づき政策を類型した辻（2012）の家族主義レジームに基づき議論を進めていく。新川の2軸を踏襲した辻（2012）の2軸の介護費用の社会化・家族化と介護労働の社会化・家族化という福祉レジームの4類型に依拠して介護政策レジームを示すと、次の図の通りである。後発福祉国家である韓国は、伝統的に高齢者のニード充足の役割が子どもの義務（children's obligation）として民法と社会的環境により支持されており、介護費用の社会化と介護労働の社会化は思った以上に進んでいないので、家族主義レジームの2つの軸が家族介護者の介護負担を規定すると仮定し、分析を進める。

2. 介護保険法施行の導入をめぐる政策決定過程の論議²⁾

韓国では、1997年のIMF危機以降、新自由主義政策の導入とともに高齢者の経済的扶養と介護の充実が進められたという側面がある。介護保険法施行は、これまでの措置制度のもとでは、中間階層のための介護サービスがない状態で行われていた高齢者介護を、契約原理に基づき介護を受ける権利を普遍化するという全く新しい制度である。そのため、介護保険制度のモデル事業実施や具体的な内容の検討が始まると、与・野党の政治家をはじめとする政策決定者、政府関係者、専門家、市民や利害関係者、専門家などの間で介護保険法導入の是非をめぐる意見対立が鮮明となった。

介護保険法の導入の是非をめぐる政策決定過程において、与・野党の政治家の政策決定者、大韓老人会が、介護保険法が速やかに施行されるために果たした役割は大きい。当時の与党であるヨルリンウリ党は、介護保険法の導入を大統領の政策公約にしたこともあり、政府の意見とほとんど一致しており、介護保険制度の早期導入に積極的に賛成した。ジャン・ヒャンスク議員は、介護の社会化は、社会と政府の連帯により可能であると述べた（保健福祉委員会会議記録、2006.9.18）。介護サービスの提供は、政府、民間の非営利組織と営利組織を含む社会全体で行う福祉ミックスの観点が必要であることを意味するだろう。

一方、野党のハンナラ党は、2006年6月の地方選挙を目前に大韓老人会を訪問した時、大韓老人会からの介護保険法の早期実施のための法案成立の要求を受け入れた（福祉タイム、2006.5.30）。しかし、財政問題、福祉インフラ整備などについては、介護保険モデル事業の予算の6億ウォン削減を要求した。すなわち、介護費用と介護労働の社会化の程度が低いことが推察される。

大韓老人会は、家族の介護機能が弱くなっており、介護ニードがあっても介護を受けることができない高齢者が多いことを指摘し、介護保険法が未整備であっても予定通り施行できるように与・野党の政治家に積極的に圧力をかけた。とくに、2006年6月に地方選挙があり、高齢者の投票を意識した与・野党の政治家は大韓老人会の介護保険制度の早期実施に関する要求を受け入れた。（福祉タイム、2006.5.30）。

市民団体と利害関係者は、介護保険法の必要性について意見が一致していたが、介護保険法の早期施行については慎重論が相次いだ。経済正義実践市民連合は、介護保険によるサービス対象者を高齢者の5%未満に限定するのは介護保険制度の趣旨に反すると指摘した（2006.2.9）。すなわち、介護の社会化は必要であるが、介護労働の社

会化が低水準であることを問題にした。参与連帯は、高齢者の中で介護ニーズがある者が8%であるが、サービス対象者が2008年に1.7%、2010年に3%であり、64歳以下の障害者が給付対象から除外されていることを指摘した（保健福祉委員会会議記録、2006.10.24）。「長期療養制度の争奪のためのヨン大会」では（健康セサンネットワーク、2006.11.30）、高所得者の経済的負担は軽減されるが、低所得者の負担は現在の軽費療養施設の自己負担と同額であり、自己負担額を日本と同じく10%に軽減し、国の負担を増やす必要があると主張した。

介護保険法の導入の是非をめぐる議論では、福祉インフラ整備、給付対象と介護費用が中心になっており、在宅サービスと施設サービスの質の保障の考え方が明確でないこと、特に、高齢者の経済格差が深刻であるが、介護費用の負担の役割が明らかにされていない。

Ⅲ 介護保険法システムの現状

1. 保険者、被保険者と財政構成

介護保険の保険者は、保険制度の一元化及び制度運営の合理化を図るために国民健康保険公団となっている。その理由として、市町村レベルの自治体の経済格差が大きいので自治体が保険者の役割を担うことが困難であることが挙げられる。被保険者は、国民健康保険の加入者（第7条第3項）、

すなわち20歳以上の者から構成されている。介護給付の対象者は、65歳以上の高齢者と65歳未満の認知症・脳血管性疾患など老人性疾病を有する者であり、65歳未満の者は介護保険料のみ払う仕組みになっている。

介護保険財政の構成は、国が毎年当該年度の介護保険料の20%を負担し、自治体が介護給付費、医師所見書、訪問看護指示書に関する費用を負担する。介護保険料が50%、自己負担割合は、在宅サービス利用者が15%、施設利用者が20%である。生活保護受給者（国民基礎生活保障の受給者）の自己負担は、全額公費で賄うが、その費用は国が80%、自治体が20%を負担する。低所得者の自己負担額は、本人が50%、残りの50%は国と自治体がそれぞれ負担する。ただし、ソウル市は、2013年から7月から低所得者の在宅・施設サービスの自己負担額を無料とし（福祉口、2013.7.2）、低所得者の保険料負担あってサービス利用なしという構造的対立から脱却し、要介護者のニーズに見合ったサービス利用が可能となった。

介護保険料は、国民健康保険料の10%以下で徴収するように規定されており、次の表で示した通り、2011年で6.55%となり、介護保険料は4年間の間に1.5割以上上昇した。介護保険予算がGDPに占める比率は、2009年で0.19%から2011年で0.26%に上昇したが、その比率が非常に低い。介護保険財政の推移について、現在まで介護給付費が介護保険の収入よりも低い。2008年度は在宅給

表1 保険料、保険予算、保険の収入と支出の推移

	(単位：100万ウォン)		(単位：ウォン、1000万ウォン)		
	2008(7~12月)	2009	2010	2011	
介護保険料（健康保険に対する割合）	4.05%	4.78%		6.55%	
介護保険料（ウォン）	2,700	3,114		5,069	
介護保険予算／対GDP比（%）	0.07	0.19	0.26	0.26	
収入	合計	868,975	2,084,929	2,877,741	3,263,145
支出	合計	554,901	1,908,463	2,589,135	2,787,757
	在宅	165,136	986,677	1,375,351	1,375,543
	施設	262,858	754,498	1,033,623	1,221,075

資料：国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険統計年報』

付費が施設給付費よりも低い、2011年度には在宅給付費が施設給付費を上回っているが、在宅・施設給付費は共に増加し続けている。

2. サービス利用の手続き、要介護認定、介護給付の内容と水準

介護サービスの利用の手続きは（金、2008）、①要介護認定を受けようとする介護保険被保険者は公団支社の窓口申請するが、その際には医師の所見書が必要である。②調査員が家庭を訪問して調査を実施するが、調査員は原則的に公団の職員であり、調査項目は、日常生活動作能力、認知機能、行動変化、看護処置、リハビリ領域など5領域の52項目である。③要介護認定の区分は、1等級（日本の要介護5に当たる）、2等級（要介護4）と3等級（要介護3）があり、等級外（非該当）となる。要介護認定委員会は、自治体の首長（市郡区庁長）が委任した15人に医師又は漢方医師が含まれる。④認定結果の通知書とともに標準ケアプラン（公団の職員が一方向的に作成）を送付する。要介護認定に異議がある申請者は、処分がある日から90日以内に申し立てが可能である。⑤サービス利用は、要介護認定者や家族が介護事業所と契約を締結することにより可能である（標準ケアプランに従う必要はない）。

要介護認定者の推移について、次の表2の通り、2008年から2013年の間に、1等級が減少し、3等級が大きく増加した。要介護認定の点数は、3

等級の最低点が2012年7月で55点から53点に下がったが、さらに2013年7月は51点に下がった。これにより、新たに23,000人が介護給付の対象となる。要介護認定の非該当のAとBの認知症高齢者は、認知症基準に基づきサービスが利用できるように制度を改正する予定である（保健福祉部、2013.5）。1等級の減少は、要介護度が高い人が療養病院（介護保険適用外）に入院していること、認定基準を厳しくしたことと関連している。3等級の増加は、等級外の者の中で症状が悪化した者の増加と、3等級の認定点数が下がったことなどによる。保健福祉部の長中期計画（保健福祉部、2012.10）によると、2017年度まで介護給付対象者が高齢者人口の7%に相当する50万人まで拡大する予定である。

介護給付の内容は、施設サービス、在宅サービス、特別現金給付から構成されている（表3参照）。在宅サービスの給付対象者は、1等級から3等級の者であり、施設入所サービスは、1等級と2等級の者に限定されているが、3等級の者は、認知症の場合に限り要介護認定委員会の判断により施設入所が可能である。

韓国の在宅給付と施設給付の種類は日本よりも少ないが、家族介護者には現金給付が含まれている。現金給付には、特別現金給付の家族療養費、特例療養費、療養病院付添費と、家族介護者が介護ヘルパー（療養保護士）資格保有者の場合の現金給付がある。家族療養費は、山村・離島など僻

表2 要介護認定者及びサービス利用率の推移

	(単位：人数、%)					
	2008.12月	2009.12月	2010.12月	2011.12月	2012.12月	2013.4月
要介護認定者	146,643	286,907	315,994	320,261	341,788	349,814
1等級	40,090	40,038	46,994	42,611	38,262	37,011
2等級	29,554	63,454	73,833	73,265	70,619	70,254
3等級	51,882	143,425	195,167	204,385	232,907	242,549
認定率／高齢者人口	4.2%	5.4%	5.8%	5.7%	5.8%	
サービス利用率／認定者	65.6	82	89.9	89.1	88.2	

資料：国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険主要統計』
 〃、2013.4『老人長期療養保険の等級判定結果現況（2013.4）』

地の居住者がサービスを利用しない家族介護者に月15万ウォンが支給される。介護ヘルパー資格保有者の家族介護者には、現金給付（日本は市町村との交渉によって限定的に導入されている）があり、家族の同・別居により介護給付額に格差がある（次の表参照）。介護保険法改正により、介護ヘルパー資格保有者の家族介護者の介護給付は、2011年8月から介護時間が1日90分から60分、月30日から20日に（月160時間）変更された。ただし、要介護者が認知症による不適切行為がある場合と、介護者が要介護高齢者の配偶者の場合は例外である。これらの改正の背景には、家族介護者への現金給付費が訪問介護給付費に占める割合が、2010年12月で49%であり、女性の社会参加への阻害要因となっていることと、家族介護者の不正請求を防止する狙いなどがある。介護保険法施行により、家族による介護労働の無償労働が有償労働となり、保険財政の節約などの観点から介護ヘルパー資格保有者の家族介護者には現金給付が選択肢となった。家族介護者の地位に基づく社会保障の権利が議論の対象にならなかったが、今後は介護のために就労できない家族に対してそれらの権利が検討課題となる必要がある。

療養病院付添費とは、要介護者が老人専門病院

又は療養病院に入院する時、介護付添い費として支給されるが、介護保険財政の確保などの理由で、現在実施されていない。

短期入所は、年に2回まで月15日間の利用が可能である。在宅サービス利用者の中で、2013年3月から月20日（1日8時間以上利用）以上のデイサービスの利用者は、在宅サービスの限度額の150%まで在宅サービス利用が可能となった（健康保険公団、2013.2）。在宅サービスの利用者の2008年と2010年の推移をみると、訪問介護が7万人から22.5万人に増加し、訪問入浴が2.4万人から7.2万人に増加したが、デイサービスが1万人から2.1万人と増加した（ソノウ、2012）。これらの改正の背景には、在宅サービス理由者がデイサービス利用よりも訪問介護の利用を好む傾向があり、それらのサービス利用の格差を是正する必要があると考えられる。

保険給付の利用限度額は、次の表の通り、1等級の限度額が最も高く、次いで2等級、3等級の順であり、在宅サービスよりも施設入所サービスの利用限度額が高い。介護施設入所者の限度額は、老人専門療養施設（特別養護老人ホームに当たる）と老人療養共同施設（グループホームに当たる）がともに高い。

表3 施設・在宅サービスの給付の種類

施設サービス	介護療養施設（老人療養、軽費療養、有料療養、老人専門療養、有料専門療養施設を統合） 老人療養共同生活家庭（グループホーム）
在宅サービス	訪問介護、訪問看護、訪問入浴、デイサービス、ショートステイ、福祉用具の貸与・購入
家族介護者への現金給付	
特別現金給付	家族療養費：山村、離島等の僻地の在宅サービスにアクセスが困難な者、天災事変等による、身体・精神的状況による。月15万ウォン 特例療養費：介護給付施設ではない老人施設などで施設サービス在宅サービスを相当期間受給した場合 療養病院付添費：療養病院に入院した時の療養費用の一部分
現金給付	同居家族の介護者が介護ヘルパー資格保持者：月36万~87万ウォン
（ケアワーカー）	別居家族の介護者が介護ヘルパー資格保持者：月56万~87万ウォン
資格取得支援	職業能力開発口座制により、介護ヘルパーの資格取得に必要な費用の80%を政府が支援し、20%は自己負担

注：老人療養共同生活家庭には、日本のグループホームに当たるが、認知症高齢者と身体的障害ある要介護高齢者の入所が可能である。筆者が作成

介護保険法の施行により、介護サービス受給者（利用者）数は、2012年4月で32.5万人となり高齢者人口の5.7%である。介護サービスの受給者が増加する中で、在宅サービスの利用者として施設入所者がともに増加しており、2010年の在宅介護サービスの受給者は26.6万人であり、介護施設入所者が11.5万人である（国民健康保険公団、2011）。

3. サービス事業所とケアワーカーの現状

サービス事業所は、①老人福祉法に基づき老人福祉施設（在宅老人福祉施設、老人療養施設、老人療養共同生活家庭）として設置し介護保険上の指定を受けた場合、②介護保険法に基づき一定の条件を満たして在宅福祉事業所を設置し、所在地の自治体の首長に申告して介護サービス事業所として指定を受ける場合がある（第2条4項、23条）。

入所施設の推移をみると、2008年から2010年の間に、グループホーム（老人療養共同生活家庭）が422か所から1,346か所と増加した。指定在宅介護サービス事業所として、訪問ヘルパー事業所は、1,111か所から1,198か所、デイサービス事業所が621か所から786か所、訪問入浴事業所が349か所から2010年525か所、ショートステイが67か所から217か所へと増加した。療養施設（特養）

が1,332か所（健康保険公団、2012）から2013年6月現在で4,537か所（保健福祉部、2013）に増加したが、国・自治体が設立した施設は110か所で2.6%に過ぎない。2012年の韓国の療養施設の定員は13万人だが、利用者は10万人である。ソウル市の区立施設は、民間施設よりも介護の質が高いなど介護環境が充実していることで、入所待機者が500人を超えた施設もある（国民日報、2013.6.13）。市場原理の導入により多くの民間企業が介護市場に参入しており、総量として在宅サービスと施設サービスのニーズは充足されるようになった。しかし、介護事業所の設置は、申告制であり、民間事業所は介護の質など介護環境が整備されていないこともあり、介護の質の向上のための方策が必要である。

介護ヘルパー（療養保護士）資格は、2008年7月に介護保険法施行とともに導入された国家資格である。介護ヘルパー資格は、教育機関での受講でのみ可能であったが、2010年から国家試験により資格が取れるように変更された。介護ヘルパー資格保有者は、3年半の間に約3倍に増加したが、介護ヘルパーとして従事者は介護ヘルパー資格保有者の1/4に過ぎない。それは、介護ヘルパーに社会参加が可能な場所が限定されていること、家

表4 介護給付の利用限度額

等級	(単位：ウォン)		
	1等級	2等級	3等級
在宅サービス（月）	1,140,600	1,003,700	878,900
老人療養施設（日）	38,610	34,980	31,340
老人療養施設（ショートステイから転換）（日）	43,300	39,600	35,900
老人専門療養施設（日）	48,900	45,290	41,670
老人療養共同施設（日）	48,900	45,290	41,670

注：訪問介護、訪問看護、訪問入浴は、遠距離移動費用と、夜間は20%、土・日曜日は30%加算する。
国民健康公団の資料をもとに筆者が作成

表5 介護ヘルパー資格保持者及び従事者の推移

	2008年	2009年	2010年	2011年	合計
介護ヘルパー資格保持者	339,197	353,001	291,685	79,989	1,063,812
介護従事者	70,477	182,674	237,709	246,000	

資料：保健福祉部、2012、報道資料

族が介護が必要になった時などの場合に備えるためであると考えられる。

介護ヘルパーの報酬に関して、入所施設の平均が月130万ウォン、訪問ヘルパーが1時間当たり平均7千ウォンであり（飲食店の従業員が住み込みで月220万ウォン）、他の産業の労働者によりも低いのが現状である。政府は、介護ヘルパーの報酬を今後5年以内に社会福祉施設の生活指導員の報酬並み（月157万ウォン）に引き上げる方針を発表した。2013年3月からホームヘルパーの処遇改善費が新設され、1時間ごとに625ウォン加算されるが、労働時間が月160時間以上の介護ヘルパーは、月10万ウォンまで加算される（保健福祉部、2012）。しかし、在宅サービスの利用限度額の改正がないので、介護ヘルパーの報酬への直接の影響はサービス利用者の利用時間に左右される。

IV 高齢者の居住形態と経済状況

1. 高齢者と要介護高齢者の居住形態

韓国の家族は、教育のレベルアップと生活水準の向上などにより、農村部の家族形態は都市部の家族形態に収斂する傾向があるが、個人の多様化はより顕著になった。また、全国的には核家族化傾向とともに高齢者の単独世帯が増え、農村部では、とくに働き手の高齢化と高齢者のみの世帯が目立つようになり（金、2003）、今後も大幅な増加が見込まれている。

高齢者の世帯構成について、保健福祉部による

と（2012）、2011年の高齢者の「夫婦のみ」世帯は48.5%で最も多く、子どもと同居世帯は27.3%、単独世帯は19.6%となっている。高齢者夫婦世帯と単独世帯が急増している背景には、人口高齢化による年齢構成の変化により、子どもの巣立ちによる「夫婦のみ」、配偶者との死・離別による「一人暮らし」世帯へと順次変化していくパターンが考えられる。それとともに、高齢者と既婚子の互いのプライバシーを尊重し、それぞれの役割を果たすことが可能であれば、高齢者は既婚子と同居による利益を犠牲にしても別居を選択するだろう（金、2005）。単独高齢世帯と高齢者のみ世帯の増加は、社会的孤立のリスクを高めているといえる。高齢者が既婚子と同居する理由について、保健福祉部によると（2012）、「同居は当たり前」が28%で最も多く、次いで「家事や孫の世話のため」が22%、「経済的困難」が21%、「子どもの経済的困難」が13%を占めている。老親の既婚子との同居の背景には、伝統的な考えと親子の経済的状況に関連していることが推察される。

要介護高齢者の介護の担い手は、保健福祉部（2012）によると、「夫婦のみ世帯」と「子どもと同居世帯」は7割以上が家族による介護労働であり、外部資源による介護サービス利用はわずか1割未満で非常に低い。「単独世帯」の要介護高齢者は、家族による介護が4割強であり、外部資源による介護サービス利用が3割弱を占めている。「単独世帯」は、「夫婦のみ世帯」と「子どもと同居世帯」に比べると、外部資源の利用が非常に

表6 2011年度高齢者世帯に占める要介護高齢者世帯、介護の担い手

	2008年	2011年	2011年 要介護高齢者*	介護の担い手				合計
				家族	介護ヘルパー	家族+介護ヘルパー	その他	
単独世帯	19.7(2,127)	19.6(2,094)	20.0	47.5	34.1	7.6	10.7	100(248)
夫婦のみ世帯	47.1(5,086)	48.5(5,172)	37.3	76.2	6.0	16.0	1.7	100(463)
子どもと同居	27.6(2,980)	27.3(2,916)	38.8	79.8	6.2	13.4	0.6	100(471)
その他	5.6(605)	4.6(492)	4.8	68.3	10.0	10.0	11.7	100(60)

注：要介護高齢者世帯は、2011年老人実態調査による。要介護高齢者の比率は筆者が作成
資料：保健福祉部・韓国保健研究院、2012『老人実態調査(2008年と2011年)』

高いことが明らかにされた。

2. 高齢者と要介護高齢者の経済状態

高齢者は子どもに依存せず、経済的にどの程度自立が可能であろうか。高齢者に介護ニーズがある時、自分自身の所得で介護サービスの購入は可能だろうか。

高齢者人口に占める公的年金の受給者は、2005年の16.1%から2011年の31.8%へと増加した（統計庁、2012）。国民年金受給額は、20万ウォン以上が18%（160万人）、20万ウォン未満が12%（74万人）を占めている（朝鮮日報、2013.1.29）。国民年金受給者の割合が低いのは、国民皆年金施行が1997年であり、20年間年金保険料を納めた者（現在は10年）に年金受給資格があることと関連がある。政府は、生活が困難で年金収入がない高齢者に年金を支給する目的で、基礎老齢年金法を2007年に制定、2008年に施行した。基礎老齢年金の受給者の高齢者に占める割合は、2008年の57.3%から2011年の67.0%へと増加し、2012年の上限額は、単独世帯が月94,600ウォン、夫婦世帯が月151,400ウォンである（国民年金管理公団、2012）。いずれにせよ、月20万ウォン未満の年金では自立した生活が困難であり、介護が必要になっても介護サービス利用を諦めるか、または介護費用や介護労

働を子どもに依存するという介護政策の家族主義レジームに近い状態になっている。

高齢者の世帯構成別主観的生活状態をみると（保健福祉部、2012）、単独世帯の「非常に低い・低い」が6割以上で最も多く、「夫婦のみ世帯」と「子どもと同居世帯」も主観的生活状態が低い者が5割を占め、主観的生活状態が良い者が1割弱であることが示された。

高齢者の生活保護受給者（国民基礎生活保障受給者）は、2011年378,000人であり、それらが生活保護受給者に占める割合が27.4%、男性高齢者が4.5%、女性高齢者が8.2%であり（統計庁、2012）、高齢者の男女の貧困格差があることが示された。

扶養義務者に関して、1961年制定された生活保護法の1982年改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲は、8親等以内の父系血族、4親等以内の母系血族、夫の4親等以内の母系血族、妻の父母と配偶者とした（金、2003）。1990年の改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲は、直系血族及び配偶者、そのため生計を共にする4親等以内の親戚となり、男女の平等の観点から民法の改正が行われた。1995年の改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲は、直系血族と配偶者、生計を共にする兄弟姉妹及び親族（2親等以内の血族、既婚の娘）に限

表7 高齢者の主観的生活状態

	非常に低い	低い	普通	高い	非常に高い	合計
単独世帯	20.9	44.4	32.4	2.2	0.1	100.0 (2,086)
夫婦のみ世帯	7	34.6	51.1	6.9	0.4	100.0 (5,120)
子どもと同居世帯	8.1	32.9	52.4	6.5	0.1	100.0 (2,847)

資料：保健福祉部、2012『高齢者実態調査2011』

表8 高齢者世帯の生活費の主な負担者

	本人	配偶者	子ども	政府・社会团体	その他	合計
単独世帯	34	0.5	47.4	17.2	0.9	100.0 (2,094)
夫婦のみ世帯	42.2	28.4	23.4	5.6	0.5	100.0 (5,173)
子どもと同居世帯	22.4	10.2	64.1	3.3	0.1	100.0 (2,917)

資料：保健福祉部、2012『高齢者実態調査2011』

定された。2004年の改正の民法上の扶養義務者の扶養範囲（2007年から実施）は、1親等直系血族者及びその配偶者に限定され、扶養義務者の扶養義務の範囲が身内に限定されるようになった。さらに、2014年10月から4人家族世帯を基準に、世帯収入が440万ウォン以上の世帯は、別居家族の1人を扶養するようになり（福祉口、2013.7.2）、絶えず問題になっている扶養義務の範囲が非常に狭くなり、低所得の子どもがいる低所得の老親は、生活保護により基礎的な生活が保障されるようになる。

高齢者の生活費の主な負担者について、保健福祉部によると（2012）、「子どもと同居世帯」と「単独世帯」では、それぞれ子どもが6割弱と4割強で最も多く、「夫婦のみ世帯」では夫婦が7割で最も多い。子どもと同居している高齢者は、生活費を子どもに依存している傾向があり、夫婦のみ世帯では夫婦で生活費を解決している傾向がある。

VI 家族介護者への支援策とその効果³⁾

1. 仮説と研究の方法

以下では、介護保険法施行と要介護高齢者の家族介護者への支援策とその効果を検討するために、家族介護者の介護負担を被説明変数とし、説

明変数として、介護費用と介護労働に関連する諸変数を用いる。使用するデータは、2010年にソウル市から車で1時間程度の地域であるアンヤン市など4地域に居住している要介護高齢者の家族介護者を対象に回答を得た993ケースを用いて検証する。このデータは、科学研究費助成金の「在宅要介護高齢者の看取りケアと地域ネットワーク・サポートの日韓国際比較研究」の一部分の成果によるものである。

家族介護者は、介護費用の負担と介護労働の役割が社会化されると、介護負担が低くなるだろうか。先行研究に基づき、介護費用と介護負担に関しては、1) 要介護高齢者の収入が高い家族介護者は介護負担が低い、2) 家族介護者の世帯収入が高い家族介護者は介護負担が低い、3) 介護費用を要介護高齢者の子どもが負担すると家族介護者の介護負担が高い、という3点の仮説を中心に検討する。介護労働と介護負担に関しては、4) 要介護状態区分支給限度額まで介護サービスを利用していると家族介護者の介護負担が低い、5) 家族介護者が主に行っている介護の種類が多いと家族介護者の介護負担が高い、6) 介護サービスの利用が多いと家族介護者の介護負担が低い、という3つの仮説を中心に検討する。

在宅要介護高齢者の家族介護者支援への効果を

表9

精神・心理的負担	社会生活上の負担		
	当てはまる	当てはまる	
一日のお世話が終わると疲れ果てたと感じる	59.1	世話のために、仕事に出られない。よい仕事につけない。家業が思うようにやれない	46.6
お世話で○○さんと一緒に過ごすのは気を使うし骨がおれると感じる	27.1	お世話のために、(あなたが) 育児や家族の世話に思うように手がまわらない	51.6
朝起きて、また今日も一日お世話かと思うと疲れを感じる	54.3	昼間(あなたが) 思うように外出できない	66.7
お世話で燃え尽きてしまったと感じる	44.4	お世話のために、昼間、(あなたが) 趣味や学習活動などを中断する	64.5
お世話をしている間にイライラを感じる	45.6	お世話のことで、家族・親戚と意見があわない	39.0
自分でお世話できる限界まできたと感じる	34.1	お世話のために、経済的負担が大きい	59.5
お世話に精をだしすぎていると感じる	67.0	6項目の平均	54.6
7項目の平均	47.4		

注：「非常に当てはまる」と「かなり当てはまる」を合計

注：「非常に当てはまる」と「かなり当てはまる」を合計

検討する方法として、多様な方法が考えられるが、介護負担が高いと在宅で介護を継続することが困難であるということから介護負担という概念を用いた。介護負担は、多元的にとらえることが提唱されており、その中の代表的なものとして、「精神・心理的 (psychological, emotional) 負担」の7項目と「社会生活上 (social) の負担」の6項目 (中谷, 2002) を用いて検討する。「精神・心理的負担」と「社会生活上の負担」はそれぞれ合計得点とし、合計得点が高いほどそれぞれ負担が高いことを意味する。

1)～6) の課題を検討するために、要介護高齢者本人の年収 (合計得点)、家族介護者世帯の年収 (合計得点)、介護費用の負担 (要介護高齢者やその配偶者=0、子ども=1とするダミー変数)、要介護状態区分支給限度額 (5選択肢)、介護サービスの利用種類の合計、家族介護者と介護専門家がそれぞれ主に行っている介護の合計を用いる。

分析モデルとして、重回帰分析を用いて検討する。

次の表9では、「精神・心理的負担」と「社会生活上の負担」の単純集計の4選択肢の回答の中、「非常に当てはまる」と「かなり当てはまる」に回答

した者の合計の割合を示した。「精神・心理的負担」の7項目の平均値は47%である。7項目の中で、「お世話で情を出しすぎていると感じる」が67%で最も高く、次に、「一日のお世話が終わると疲れ果てたと感じる」が59%になっている。「社会生活上の負担」の6項目の平均値は55%であり、「精神・心理的負担」よりも高い。6項目の中で、「昼間思うように外出できない」と「お世話のために、昼間趣味や学習活動ができない」がそれぞれ67%と65%で最も高いことが明らかにされた。

2. 介護費用、介護労働と家族介護者の介護負担との関連

家族介護者支援への効果を測定するために、介護費用と介護役割に関する諸変数と介護負担の「精神・心理的負担」、「社会生活上の負担」を用いて重回帰分析を行った結果、次のことが明らかになった (表10参照)。

家族介護者の「精神・心理的負担」には、自己負担額の負担、家族介護者が主に担っている介護種類と家族介護者世帯の年収が有意であったが、符号がそれぞれ異なっていた。すなわち、サービスを利用する際の自己負担額の負担が軽いと認知

表10 家族介護者の介護負担と諸変数との重回帰分析

	精神的・心理的負担 B	社会生活上の負担 B	
要介護高齢者の性	-.481	.225	
要介護度 (1)	.556	.472	
家族介護者の性	.230	2.157	**
介護費用負担者、1=子ども (2)	.250	.539	
サービス利用の自己負担額の負担 (3)	-.922	-1.486	**
利用限度額に対するサービス利用 (4)	.326	-.235	
家族介護者が主に担う介護種類の合計	.102	.064	**
介護サービスの利用種類の合計	.199	-.028	
要介護高齢者夫婦の年収	.016	-.056	
家族介護者世帯の年収	-.192	-.179	**
R	.294	.397	**
R2 乗	.087	.157	**

注：*p<.05, **p<.01

- (1) 要介護度が重いほど値が低い、(2) 介護費用の負担者は1=子ども、0=要介護高齢者夫婦
 (3) 自己負担額が低いほど値が高い、(4) 利用限度額までサービスを利用しないほど値が高い

している群と家族介護者世帯の年収が高い群は、「精神・心理的負担」が低い傾向がある。しかし、家族介護者が主に担っている介護の種類が多い群は、「精神・心理的負担」が高いという結果となった。

家族介護者の「社会生活上の負担」には、自己負担額の負担と家族介護者世帯の年収が有意であったが、符号がそれぞれ負であった。すなわち、介護サービスの利用に伴う自己負担額の負担が軽い群と家族介護者世帯の年収が高い群は、「社会生活上の負担」が低いことが明らかにされた。

介護保険法が施行され、介護サービスの費用負担と介護労働の社会化が進んでいるが、本研究では、介護費用の負担と介護労働が家族介護者の介護負担と強く関連しているという結果となった。国民年金が充実し、要介護高齢者が介護費用を賄うことができると、介護労働が自然と社会化され、家族介護者の介護負担が低くなることが考えられる。しかし、家族介護者の介護負担とは、主観的要素もあることを考慮する必要がある。

IV まとめ

韓国の高齢者福祉支出は、OECD諸国の平均値よりも低く、高齢者の貧困率は高い。また、女性の雇用率はこの10年間ほとんど変化がなく、育児負担が女性の労働参加を阻害する要因となっている。介護費用と介護労働の社会化が思った以上進んでいないことから、介護費用と介護労働の負担は、家族が中心に担うという家族主義レジームに近いという観点から分析を進めた。

介護保険法施行の導入をめぐる政策決定過程における議論では、福祉インフラ整備をめぐる賛否両論が中心になった。しかし、与・野党の政治家など政策決定者と大韓老人会は、ともに介護保険法を早急に実施することに賛成し、子どもの親孝行を代行するというスローガンのもとで介護保険

法が施行された。

介護給付の対象について、介護が必要な国民を対象にするか、高齢者のみを対象にするかということが焦点になったが、福祉インフラ整備や保険財政の確保などが不十分であることにより、サービス給付は中度と重度の介護ニーズのある高齢者に限定された。被保険者が全国民であることを考慮すると、今後は介護保険における障害者の位置をどうするかが議論の焦点になるだろう。

介護給付の種類に関しては、中産階級を対象とした介護サービスが皆無である措置制度から契約制度に移行したこともあり、身近にケアマネジメントができる人材が少なく、単品の介護サービス利用に偏っているのが現状である。高齢者の生活機能の維持と家族介護者の支援の視点から、ケアマネジメントの仕組みを取り入れることにより、介護サービスの選択肢が増え、多様化が促進されるものと考えられる。

市場原理が導入され、民間部門により福祉インフラ整備が進められ、施設サービスと在宅サービスの給付は、全体としては要介護高齢者のニーズに対して十分である。しかし、入所施設と在宅サービス事業所が乱立しており、要介護高齢者のニーズに見合った介護サービスが確保されていないこともあり、ソウル市では介護サービスの質が高い公的入所施設への待機者問題が浮上している。施設入所の「待機者問題」は、民間部分の介護サービスの質の確保などの真の建設的解決を図ることが必要である。

介護サービスの費用負担については、国民年金が充実していない状況の中で、高齢者の多くがサービス利用の費用負担が困難であることである。老親の経済的扶養は子どもの義務となっており、生活保護基準が絶えず問題となっているが、2014年10月から子どもの収入により老親世帯の扶養義務の基準が緩和される予定である。低所得の子どもがいる低所得の高齢者世帯は、生活保護法の定

める条件のもとで、権利として生活保護を受けることが可能である。それにより、介護サービス利用が無料、または軽減され、介護労働が家族から社会化されるだろう。いずれにせよ、現在の70歳以上の高齢者の年金受給率や受給額が低いことを考慮すると、独居高齢者や家族介護者による介護費用の負担は、国民年金が充実するまで続くであろう。

本研究の分析の対象となった家族介護者の精神的・心理的負担と社会生活上の負担には、家族主義レジームと密接な関連がある家族介護者の世帯年取と、家族介護者の介護労働の役割分担が強く関連しており、本仮説と概ね整合的であった。一方、サービス利用の費用負担を子どもがする家族介護者は介護負担が低く、本仮説と異なる結果となった。韓国では、老親の経済的扶養と介護の役割が子どもの義務として規定されており、儒教的背景などが家族介護者の介護負担に関連していると考えられる。家族による介護労働は、介護負担に直接影響を与えていたが、介護サービスの利用が介護負担に直接影響を与えることはなかった。介護労働の役割に関して、家族に任せるか、または介護労働の費用を社会化し、家族の選択に任せるかに関してはアジェンダである。いずれにせよ、介護ヘルパー資格保有者の家族介護者に対して介護労働の無償労働を有償労働として認めている状況を考慮すると、介護している時期に就労できない介護ヘルパー資格保有者の家族介護者に対して年金保険料拠出上の検討も含めた社会保障をどのようにするかが今後の検討課題である。

今後は、高齢者介護の社会化と家族介護者の支援策として介護保険法が、どの程度効果があるかについて、科学的な手法に基づき、韓国のみならず日本と比較分析・検証し、総合的な観点から示す必要がある。韓国は、介護保険法で規定されている介護サービスの種類が日本と比べて相当に少なく、日本と異なり国民年金が充実していないこ

とも相まって、家族と国の役割分担を個別ケースとして捉えるのが十分か、集団としてニードに対応することが十分か、という議論が必要である。いずれにせよ、今後国民年金が充実し、低所得の要介護高齢者が介護サービスを無料で利用することが権利として認められると、介護政策が目指すべき福祉レジームとは何かに関する検討が必要となるだろう。

注

- 1) 脱商品化とは、個人・家族が市場参加の有無にかかわらず社会的に認められた一定水準の生活を維持することがどれだけできるかというその程度を表している。社会階層化とは、福祉国家は、階級と社会的秩序を構造化する最も重要な制度であるという考え方に基づく。福祉国家における種々の社会プログラムが社会の階層構造をどのように制度化するかということを表し、それは3つの原理（保守主義、自由主義、社会民主主義）に基づく Esping-Andersen (1999=2000)。
- 2) 介護保険法施行の導入をめぐる政策決定過程の論議は、厚生労働省科学研究費「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程とわが国の影響の評価等に関する研究」(平成24~26年度) (主任研究者 小島克久) の成果の一部である。
- 3) 家族介護者への支援策とその効果で用いるデータは、文部科学研究費『在宅要介護高齢者の地域ネットワーク・サポートの日韓国際比較研究』(平成21~23年度) の成果の一部である。

参考文献

- 朝鮮日報、2013.1.29
 チェ・ヨンフン、2001「儒教主義、保守主義、あるいは自由主義？韓国福祉類型の検討」『韓国社会学会』35 (6) 169-171
 Esping-Andersen, G. 1999. *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford University Press. (渡辺雅男・渡辺景子訳『ポスト工業経済の社会的基礎——市場・福祉国家・家族の政治経済学』(桜井書店, 2000年).
 保健福祉部、2012.10、11・2013.5『報道資料』
 ———、2013.6、7『福祉ロ』
 ———・韓国保健研究院、2009・2012『老人実態調査 (2008・2011)』
 保健福祉委員会会議記録、第262回国会定期会、2006.9.18
 保健社会研究院、2013『老人貧困率緩和のための老人

- 福祉支出と政策課題報告書』
福祉タイム誌、2006.5.30、2006.2.9、2006.10.24
イ・ヘギョン、2002「韓国福祉国家性格論争の合意と研究方法」キム・ヨンミョン編『韓国福祉国家性格論争』人間と福祉
金 貞任、2003『高齢社会と家族介護の変容－韓国・日本の比較研究』、法政大学出版
——、2005「韓国の介護保険制度の導入」『保健の科学』47、576-583
——、2009「韓国の介護保険制度」『海外社会保障研究』、167、67-78
金 貞任、2008「韓国の介護保障」増田雅暢編著『韓国の介護保障』法律文化社、133-151
キム・ヨンミョン、2000「変革期の韓国社会保障の現状と課題」『社会福祉』7-21
国民健康福祉公団、2012『老人長期療養保険統計月報』健康セサネットワーク、2006.11.30
国民健康保険公団、各年度『老人長期療養保険統お計年報』
——、各年度『老人長期療養保険主要統計』
——、2012『国民年金統計年報』
——、2013『老人長期療養保険の等級判定結果現況』
——、2013『報道資料』
国民日報、2013.6.13
増田雅暢、2007「韓国における介護保険制度の創設」『月刊福祉』2007年12月号～2008年2月号
Martinpowell & Armando. 2004. Welfare regimes and the welfare mix, *European Journal of Political Research*, 43: 83-105.
中谷陽明、2003「家族介護者の負担、対処、利得(ゲイン)」
『介護サービス供給システムの再編成の成果に関する評価研究』平成14年度総括・分担研究報告書、173-183
Sainsbury, D. 1999. *Gender and Welfare State Regimes*. Oxford University Press.
新川敏光、2005『日本型福祉レジームの発展と変容』、ミネルヴァ書房
——、2009「福祉レジーム変容の比較と日本の軌跡」宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済』東大出版社
——、2011「日本型家族主義変容の政治学」新川敏光編『福祉レジームの収斂岐-脱商品化と脱家族化の多様性』309-330、ミネルヴァ書房
ソノウ・トク、2012「老人長期療養保険制度の概要」『最新老人長期療養保険制度の現況と課題』老人研究情報センター、20-24
武川正吾、2006「比較福祉国家研究における日韓比較の意義」武川正吾・イ・ヘギョン編『福祉レジームの日韓比較-社会保障・ジェンダー・労働市場』1-14. 東京大学出版
辻 由希、2012『家族主義福祉レジームの再編とジェンダー政治』ミネルヴァ書房
統計庁、2012『社会調査』
——、2012『高齢者統計調査』
ヤン・ゼジン、2006「韓国における新自由主義的改革と労働市場」武川正吾・イ・ヘギョン編『福祉レジームの日韓比較-社会保障・ジェンダー・労働市場』207-222. 東京大学出版

(Jungnim Kim 東京福祉大学教授)

オーストラリアのケアラー（介護者）支援

木下 康仁

■ 要約

オーストラリアは1997年の高齢者ケア構造改革においてケアラー支援を施設ケア、在宅ケアと並ぶ重点課題とし、ケアラー支援に本格的に着手した。その後、その成果を踏まえ2010年のケアラー貢献認識法の制定、翌年からの全国ケアラー戦略へと政策基盤を明確にしつつ、対象となるケアラーの拡大や支援内容の拡充を進めている。ケアラー支援は連邦政府が担う高齢者領域に加え、州政府が行ってきた障害者領域など既存の支援プログラムを包括する政策枠組みに発展し、慢性疾患患者の場合や親の問題のために家庭でケアラー役割を担っている子どもたちまでを含む、柔軟なケアラー定義を特徴とする。主力であるレスパイト・サービスを提供するケアラー・レスパイト・センターと、情報提供、相談、カウンセリングなどの支援を提供するケアリンク・センターがサービス担当エリアごとに設置され、全国をカバーする体制となっている。支援の実態と課題はメルボルンにおける事例分析により明らかにした。

■ キーワード

全国ケアラー戦略、レスパイト・サービス、金銭給付、ヤング・ケアラー、入札

I はじめに

公的なサービスに対して家族などによるケアをインフォーマルケアと呼ぶが、ケアラー（carer：介護者）とはインフォーマルケアを担う人々のことであり、ケアラー支援とはそうした人々へのさまざまな公的サポートのことを指す。そして、ケアラーへの支援は、公的支援の対象である要ケア者をターゲットとする制度本体において副次的な位置づけとなるのであるが、それをどこまで拡充強化していくかが重要な課題になってきている。本体の制度は福祉国家としての共通性をもちながらも、その国特有の課題への取り組みによって改革の軌跡が特徴づけられ、ケアラー支援の展開もその影響を受けることになる。オーストラリアも例外ではない。

オーストラリアのケアラー支援の政策と実践は近年拡充されており、連邦政府から地方自治体、地域社会までをカバーする全国ネットワークによる体系性と、ケアラーに関する柔軟で包括的な規定、民間団体が大きな役割を果たす福祉多元主義的展開などにおいて、世界的にみて一つのモデルを提示していると評価できる。

II ケアラー支援の政策化の流れ

オーストラリアの社会保障制度の基本的性格は、社会保険方式主体の日本とは異なり、イギリスやスウェーデンのように租税方式による普遍主義的タイプである。しかし、福祉制度改革により1990年代中ごろ以降、高齢者ケア領域では所得審査や資産審査が積極的に導入されて選別主義的性格がみられるようになっている。

オーストラリアは、北部準州を含め7つの州で構成される連邦国家である。連邦政府よりも州が先に成立していたという歴史的経緯があり、社会福祉領域における州の役割は相対的に大きいのが特徴である。これは本稿のテーマに関しても言うことで、高齢者関係は連邦政府、障害者関係は州政府という伝統的分担がみられる。しかし、ケアラー支援の拡充は要ケア者が高齢者であるとかが障害者であるとかを越えて展開してきており、連邦政府と州政府の分担を含め現状の複雑な制度を横断する、独自の位置づけになりつつある。

ケアラー支援の施策化は高齢者ケアをめぐるオーストラリア特有の課題への対処として形作られてきた。1960年代から1970年代にかけて民間営利事業者の参入を奨励する形でナーシングホームを拡充したことが基点となって、以後、施設部門の支出抑制が政策課題となり1980年代初めの労働党政権時代から種々の改革を余儀なくされ、1990年代の保守連立政権下での新自由主義的改革を経ていくという展開になっている。これが言わば中心的文脈であり、ケアラー支援もそれとの関係で理解しなくてはならない¹⁾。例えば、オーストラリアの特徴として広く知られている専門家チームによるアセスメント方式²⁾ (Aged Care Assessment Team, ACAT) ^{エイキャット}は施設入所の適正化を目的に、そして、連邦政府が6割財政負担を行い州が実施主体の地域在宅ケア制度HACC (Home and Community Care) の創設は1985年改革において導入されたものである³⁾。また、1990年代に入って導入された複合的ニーズの要ケア高齢者を対象とするパッケージ・プログラムは地域在宅ケアを目的とするユニークなものであるが、政策的な狙いは施設入所代替策としてである⁴⁾。

節目となる大きな改革は、1985年の高齢者ケア改革戦略 (Aged Care Reform Strategy) に始まり、1997年の高齢者ケア構造改革 (Aged Care Structural Reform) へと続く。ケアラー支援が明

確な形で位置づけられたのは1997年改革で、その後2010年に制定された「ケアラー貢献認識法 (Carer Recognition Act)」に基づき2011年に全国ケアラー戦略 (National Carer Strategy, NCS) が政策枠組みとして提示されさらに強化されるという展開で現在に至っている⁵⁾。

ケアラー支援が主要政策となるのは、1997年の高齢者ケア法 (Aged Care Act 1997) に基づく高齢者ケア構造改革においてであった。連邦政府によるこの改革は、施設ケア、在宅ケア、そしてケアラー支援の3本の柱で構成され、ケアラー支援が施設、在宅と並列される画期的な位置づけとなる。構造改革の中心は、従来のナーシングホームとホステルを高ケア、低ケアと位置づけ施設体系を一元化し分断されていたサービスのシームレス化を目指したことと、老朽化した施設の水準向上を目的に施設認証制度を導入し補助金制度を連動させた点にあった。施設利用者の負担の増加も導入された。これに加え、地域在宅ケアの推進とケアラー支援が改革の柱とされたのである。前者では、1992年から開始された施設入所代替策であるパッケージ・プログラムの拡充、後者では、ケアラー支援の中心的サービスであるレスパイト (respite: 介護者一時休息) プログラムを重点的に提供するためのマネジメント機関を地域エリアごとに配備し全国をカバーする体制をとった。

施設ケア、在宅ケアと並びケアラー支援が同列で位置づけられた背景には、当時において障害者や高齢者が受けているケア全体の約74%を家族、友人、近隣住民などのインフォーマルなケアラーが担っているという現実があり、在宅ケアを継続的に支えるためにはケアラーの支援が重要性を増しているという認識があった (木下、2007)。

ケアラー支援を目的に、レスパイト・サービスのマネジメントを主に行うケアラー・レスパイト・センター (Carer Respite Centre) と、一般住民への意識啓発や情報提供、ケアラーへのカウン

セリングなどを行うケアラー資源センター（Carer Resource Centre）が設置された。レスパイト・センターはサービスエリアごとに設置され、ケアラー資源センターは各州に一つ拠点がおかれ首都キャンベラに全国代表組織、Carers Australiaがおかれた。

オーストラリアの特徴は人口特性に基づき全国をサービスエリアに区分してネットワーク化している点で、ビクトリア州を例に挙げると州全体を9つのエリアに分け、人口の多いメトロポリタン・メルボルンは東西南北に区分されている（図4を参照）。ケアラー・レスパイト・センターは9つのそれぞれのエリアに一か所設置されている。図中の丸数字は当該エリアにおかれているアセスメントチーム（ACAT）数である。

なお、連邦政府は1999年から住民に対してケアサービス全般について効果的に情報提供を行なうべくケアリンク・センター（Carelink Centre）を全国的に設置し始めた。ケアに関して住民は共通の無料電話を利用して全国どこからでも問合せができる体制が整備された。その後、ケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターは併設形態の形をとり、2010年時点で全国に54か所設置されている。

II 2011年全国ケアラー戦略（National Carer Strategy 2011、NCS）の意義

ケアラー支援は連邦政府主導により高齢者ケア領域で整備、拡充されてきたのであるが、一方で障害者ケア領域でのケアラー支援は州政府のサービスの枠内で対応されてきた。こうした状況を受けケアラー支援の総合的政策化を目的とする全国ケアラー貢献認識枠組み（National Care Recognition Framework）が2009年に提示される。そこから、2010年のケアラー貢献認識法（Carer Recognition Act）が制定され、さらに、2011年に

は全国ケアラー戦略（NCS, 2011）が打ち出された。この戦略は、既に進行中の障害者やその家族を対象とする政策枠組み（National Disability Strategy）を補完するものとされている。すなわち、ケアラーをケア対象者別ではなく横断的視点にたち、ケアラーをケアラーとして独立して位置づける方向に一般化を狙っていると言える。したがって、ケアラーの概念も大きく拡張され、地域在宅において日常生活の維持に困難を抱える住民をインフォーマルな立場で支援、ケアしている人たちがケアラーという一つの概念で包括されることとなった。

したがって、ケアラーとは、高齢者、障害者の場合だけでなく、精神疾患のある人、慢性疾患患者、薬物依存症の人、病院から退院する患者、終末期患者など、抱える問題はさまざまであるが独力では日常生活の維持が困難な人々をインフォーマルな立場でケアしている人々とされる。近年社会的に大きな関心を集めているのは、こうした中に親が問題を抱えているために家事を行い、また幼いきょうだいのケアを担っている子どもたちの存在であり、ケアラーとして「発見」され支援の対象とされるようになった。ヤング・ケアラーと呼ばれるこうした子どもたちの存在は、ケアラーとその支援の必要性を強調する上で象徴的テーマになってきている。

なお、ヤング・ケアラーの公式な年齢定義は25歳未満である。後述のようにオーストラリア統計局はケアラー全体の中で主ケアラーの定義要件を15歳以上としている。社会的関心を集めているのは就学中の子どもたちが中心で、問題の発見が課題とされ教師など学校関係者との協働が重視されている。

このように全国ケアラー戦略（NCS）は、ケアラー支援を横断的な一般的政策課題の方向へと大きく転換しようとするものと解釈でき、詳しくは事例をもとに後述するが、連邦政府と州政府の分

担、社会福祉と保健医療の制度的区分、対象者別の省庁部局の縦割り制度の現実的状况下で、横断的にケアラー支援を行うことであり、この構造は実際のサービス・レベルにおいて大きな負荷要因となっている。なぜなら、施設利用・在宅・デイなどの形態の異なるレスパイト・サービスの個別提供マネジメント、住民からの相談への対応と情報提供、カウンセリングなどの実際の支援サービスは、高齢者ケア構造改革で設置されたケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターが担い手となり、機能拡充により対応しているのだが、これらのセンターは連邦政府、州政府の関連部局からいくつもの補助事業を入札により個別に受託し、その後は補助事業ごとのさまざま規定に縛られながら運営をしなくてはならないからである。入札準備は地域のセンター・レベルではなく母体となる法人や団体が行うが、センターはサービス提供を厳密な予算管理のもとで実施しなくてはならない状況にある。

言うまでもなく、1997年からの高齢者ケア構造改革におけるケアラー支援の実績がこうした拡大を可能としたといえる。加えて、早期の退院を進めざるを得ない医療制度の問題、中でも民間健康保険制度が選択肢として導入されているがその多くは退院後の支援サービスが不十分なため退院支援の段階からレスパイト・サービスへの依存傾向が強まっているといった問題もある。

インフォーマルな立場であるケアラーを公的に支援する根拠は、ケアラーの行為自体を尊いものとして評価することと、彼らのおかげで本来であれば公的負担になっているはずの財政面への貢献の評価であり、法律や政策枠組みにある「recognition」には両方の意味が込められている。

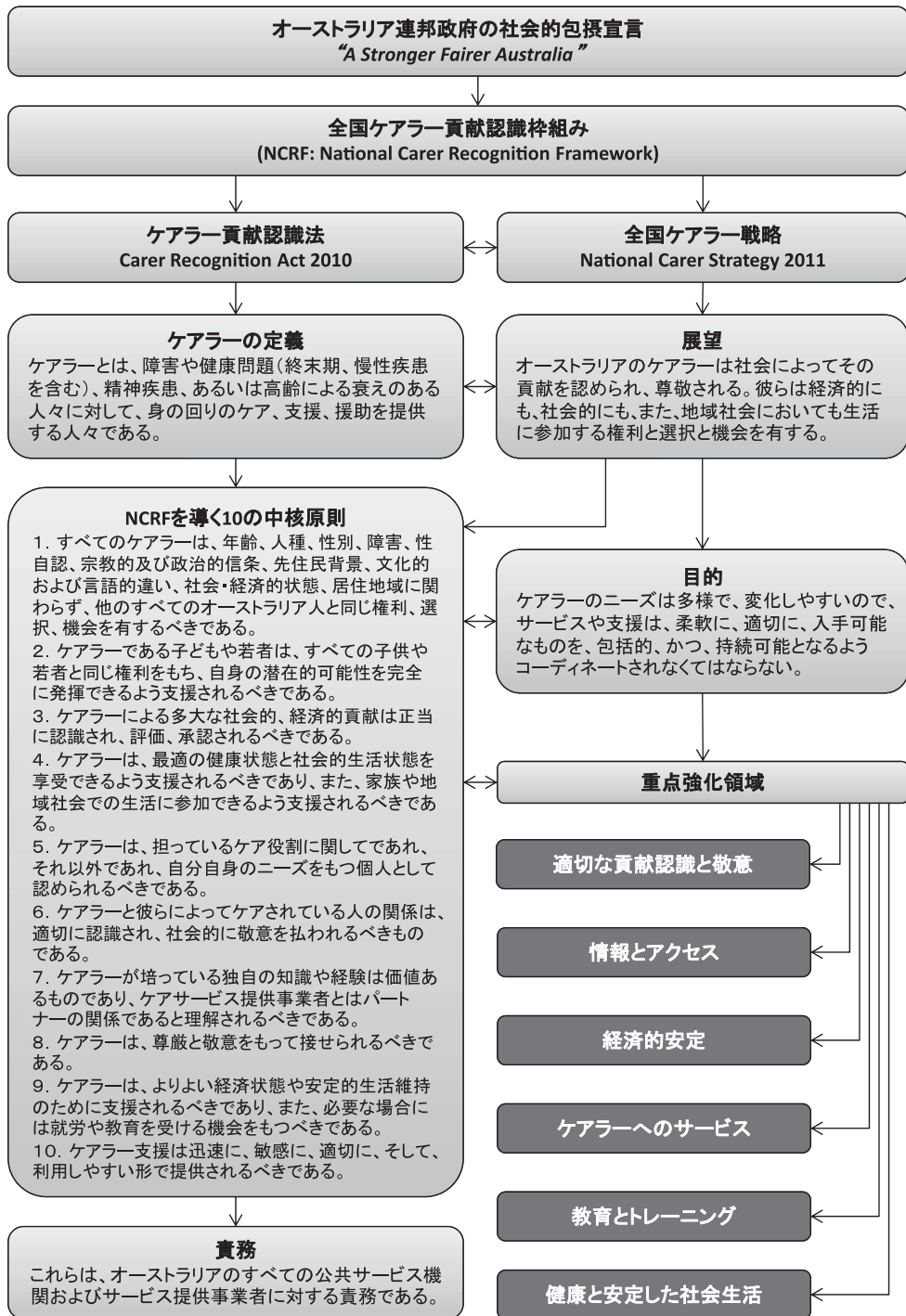
Ⅲ ケアラー貢献認識法と 全国ケアラー戦略の関係

図1は、「より堅固で、公平なオーストラリアへ」と題された連邦政府における社会的包摂宣言で、このもとに全国ケアラー貢献認識枠組みが設定され、それを踏まえて2010年のケアラー貢献認識法（左側）と全国ケアラー戦略（NCS、右側）が位置づけられている。矢印は相互の関係を示している。ケアラー支援の具体策は、ケアラーの貢献認識と敬意の表明、情報とアクセス、経済的安定、ケアラーへのサービス、教育とトレーニング、健康と安定した社会生活の6領域が重点強化領域として挙げられている。

この図でまず注目すべきは、2010年のケアラー貢献認識法の内容である。この法律はケアラーについての基本的な考えを明記したもので、オーストラリアのすべての公共サービス機関およびサービス提供事業者に対してその遵守が責務とされる。しかし、法的義務にはなっていない。考慮義務はあっても法的強制力までではなく、この点はイギリスなどのこの種の法律においても同様である。

この法律におけるケアラーの定義は、「障害や健康問題（終末期や慢性疾患を含む）、精神疾患、あるいは、高齢による衰えのある人々に対して、身の回りのケア、支援support、援助assistanceを提供する人々である」とされている。ケアラーは、職業的ケア者や教育課程での実習生を除くといった細かな外的条件で定義されているが、要点はインフォーマルな立場であることで、提供している実際のケアや支援や援助の程度は問題とされない。また、その範囲も直接の家族員だけでなく友人、親族、近隣居住者、あるいは、障害等のある子どもをケアしている祖父母や里親も含まれる。

ケアラーの定義はこの法律とは別に、連邦政府



出典： Australian Government National Carer Strategy, Commonwealth of Australia, p.13, 2011

図1 全国ケアラー支援枠組み

や州政府が先行実施している支援サービスにおいても受給条件などとの関連で規定されているが、この法律によってそれらが無効とされるのではない。しかし、他のいかなる法律や規則もこの法律の範囲を制限したり狭めたりすることはできない。要するにどういうことかという、ケアラー貢献認識法の定義がもっとも包括的であり、ケア、支援、援助を受ける対象を要ケア高齢者から子どものケアまで一挙に拡大し、また、その提供者を直接の家族から社会関係にある者まで広げている。

ただ、ケアラーを柔軟かつ包括的に定義することはこの法律以前からの特徴である（木下、2007）。例えば、公的統計を所管するオーストラリア統計局（ABS）は1998年全国調査では「主ケアラー（primary carer）」と「中心的ケアラー（principal carer）」の二つの概念を使用しており、両者の大きな違いはケアラーの年齢であった。後者は、前者のなかでケアラーの年齢が15歳以上とされた。しかし、それ以降「主ケアラー」のみが用いられることになるが、現在までケアラーに関する公式な、統一的定義はない。2009年に統計局（ABS）が実施した障害者と高齢者のケアラーに関する調査では、ケアラーは「年齢に関わらず、障害のある人、長期の困難状態にある人、あるいは、60歳以上の高齢者に対して、援助や見守りの形でインフォーマルな支援を提供している人であり、この支援は継続的ないしは少なくとも6か月は継続する場合でなくてはならない」と定義されている。そして、ケアラーの中で15歳以上の人たちをとくに「主ケアラー」と限定している。ケアを受けている人の障害の程度については、統計局は、日常的な基本行為であるコミュニケーション、移動、セルフケアのうち、一つかそれ以上に障害がある場合としている（AIHW, 2011, 207）。障害の程度、6か月という期間は定義要件として一貫している。

ケアラー貢献認識法に基づく基本原則として10項目挙げられている。ケアラーが果たしている貢献を正当に認識し、その行為に敬意を表すことを明示したうえで、ケアラーをケア役割から位置づけるのではなく、他のすべての人々と同様の権利が保証され、その人固有の社会生活と人生を歩む存在とされている。ケアラーの行為は当事者間の日常生活の延長において必要に迫られる形で行われる傾向があるため、文化的、社会的に当然視され、関心は過重負担とその軽減に注がれてきた。しかし、この10原則は過重かどうかの相対的な問題としてではなく、つまり、ケアラーの行為自体を問う以前に、ケアラーという存在への認識を多面的に提示しているのである。基本原則のレベルではあるが、この意味は、同じ支援サービスであってもその根拠と目的がケアラーの負担軽減ではなく、何のための負担軽減かを目的としているということである。

図1の右側の全国ケアラー戦略はケアラー貢献認識法を具体的に実行するためのもので、展望と目的から関連付けられた重点6領域が掲げられている。それぞれについて施策化の方向が2項目挙げられ、各項目について連邦政府が現在実施中のものと今後実施予定のものが具体的に示され、予算額も含まれているものもある。以下がその要点である。

第一重点領域の貢献認識と敬意の表明に関しては、ケアラーの果たしている役割の重要性と個人としての権利について社会的理解と認識を深めることと、ケアラーが公的ケアサービスにおいてパートナーとしてかかわることを保証することの2点が施策化の方向として明示されている。予算として社会的理解と認識の強化に関しては2010年度より二年間にわたり160万豪ドルの支出が計画されている。

第二重点領域である情報とアクセスでは、施策化の方向としてケアラーが最新にして必要な情報

にアクセスできるよう、地域におけるケアラー支援の中核組織であるケアリンク・センターとケアラー・レスパイト・センターの情報提供機能を強化すること、また、ヤング・ケアラーに対してはヤング・ケアラー・レスパイトと情報サービスのプログラムの活用が具体的に示されている。

第三に、経済的安定では、賃労働への参加を検討しやすいよう支援することで向こう4年間にケアラー補助（Carer Supplement）として290万豪ドルの支出予定であること、および、所得補償制度であるケアラー報酬（Carer Payment）、ケアラー手当（Carer Allowance）、ケアラー補助、障害児援助報酬、ケアラー調整報酬に毎年度、50億豪ドルの支給予定であることや、各制度の増額が提示されている。

四番目の重点領域であるケアラーへのサービスに関しては、ケアラーの個別事情に対応したサービス提供の施策化を進め、例えば高齢者のケアラーに対してはレスパイト用に向こう4年間で9億8900万豪ドルの支出、障害者のケアラーにはレスパイト用小規模施設の整備を含めレスパイト全体として6000万豪ドル、精神保健関係のレスパイトに向こう2年間で1億9700万豪ドル、自閉症児と家族に2億2000万豪ドル、等々。また、今後の政策立案、プログラム策定、サービス提供の基礎となるデータ整備も施策化の方向とされている。

第五重点領域である教育とトレーニングでは、ケアラーが関連技術と知識を修得できるようその機会の提供と、就学中のケアラーが教育を継続して受けられたためにさまざまなトレーニングの機会に参加できるようにすることである。ヤング・ケアラーが中等教育や職業訓練を中退せず完了できるよう、また、すでに中退している場合は復学に向けて、学校や教師、教育委員会などの理解と協働の必要性が指摘されている。

最後のケアラーの健康と安定した社会生活に関しては、ケアラーが身体的健康、情緒的安定を保

ち、自身の社会生活を維持するためにストレス管理や対処方法を身につけられるよう支援することが施策化の方向とされる。

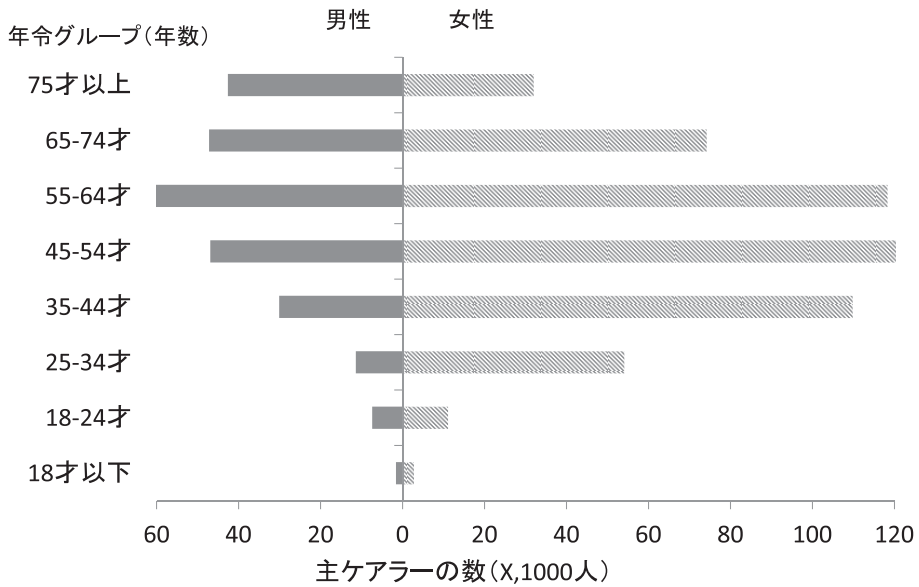
IV ケアラーの現状⁶⁾

オーストラリア政府によると、2009年時点で400万人（総人口の18.5%）は何らかの障害をもち、このうち130万人（同5.8%）は日常的基本行為に著しい制約をおっている（AIHW,2011,130）。また、65歳以上の人口は300万人（総人口の13%）を超え、このうち、20%、60万人強が障害により日常的基本行為に著しい制約を受けている（AIHW,2011,172）。

一方、総人口の12%にあたる260万人が障害のある人あるいは高齢の人のケアラーである。このうち約29.7%にあたる771,000人が主ケアラーである。図2は主ケアラーを性別、年齢区分別に表したもののだが、全体の三分の二が女性、年齢では65歳以上が25%を占め、15歳から24歳の年齢層も3%となっている。

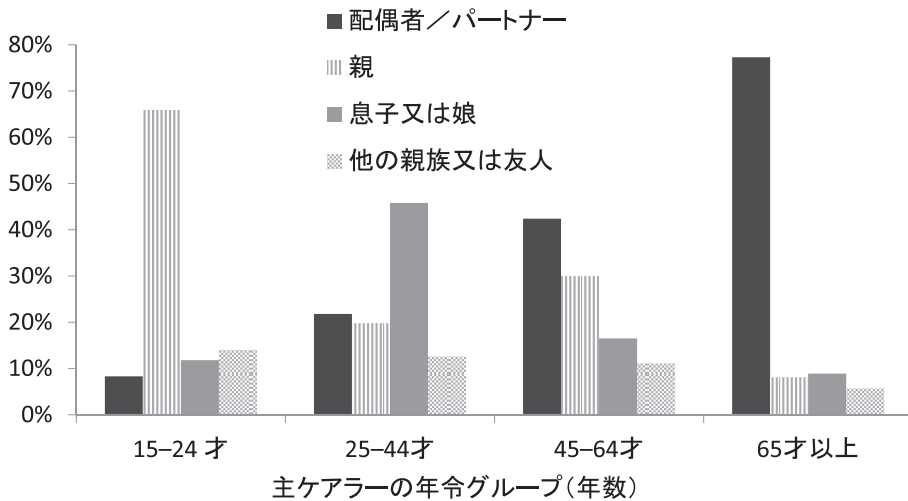
また、ケアを受けている人との関係を、配偶者/パートナー、親、息子あるいは娘、その他の親族あるいは友人の4点から主ケアラーの年齢集団別にグラフにしたものが図3である。

特徴を見ると、15歳から24歳の集団では息子・娘が親をケアしているパターンが61%である。25歳から44歳では親が子供をケアしているパターンが多い（45%）。45歳から64歳になると配偶者/パートナーが42%と最も多く、次いで親のケア、次に息子・娘のケアの順になっており、この年齢層が人数的にも最も多く、ライフステージ的に配偶者、親、子どものすべてが対象となっている点が特徴的である。一方、65歳以上のグループでは、圧倒的多数の77%が配偶者/パートナーをケアしている。なお、65歳以上の主ケアラー（195,900人）のうち約7%が成人子をケアしているが、これは



出典：AIHW.2011,211

図2 年齢・性別による主ケアラーの推定数、2009



出典：AIHW.2011,212 (ただし、原典では「息子または娘」と「親」は逆になっていると判断されるため、訂正して表記した。)

図3 主ケアラーの年齢からみた、要ケア者に対する主ケアラーの関係性、2009 (%)

障害のある子どもを長期間ケアしているためでケアラーである親の高齢化が進んでいる。

ヤング・ケアラーに関しては、2009年時点で25歳未満のケアラーは304,800人であったが、このうちの8%が主ケアラーであった。ヤング・ケアラーはひとり親家庭の場合が多く、ケアの期間も長期にわたる傾向が指摘されている。同時に、ヤング・ケアラーは依然として隠れた存在で、統計上の数は実態を反映していないと言われている。

ケアの負担を時間数で見ると、主ケアラーの53%が週に少なくとも20時間以上で、40時間以上が35%もいる。また、主ケアラーの三分の一は少なくとも10年間ケアを担っている。

V ケアラーへの金銭補助制度

ケアラーに直接金銭を支給する制度は従来ケアラー報酬（Carer Payment：以前はケアラー年金、Carer Pensionと呼ばれていた）と、ケアラー手当（Carer Allowance）の二種類であったが、現在はこれに障害のある子どもをケアしている場合の障害児支援報酬（Child Disability Assistance Payment）と、ケアラー補助（Carer Supplement）が加算支給として導入されているから、全部で4種類となっている。ただ、主力はケアラー報酬とケアラー手当である。

ケアラー報酬は、ケアを担っているために安定的な就労が困難であったり、著しく制約を受ける状態にあるケアラーのなかで16歳以上の人に支給されるもので、資産調査の対象である。受給者は自動的に年金受給者割引カードももらえ、一部の保健医療サービスや医薬品などを含め広範囲の割引特典を受けることができる。ケアラー報酬として、2009年度実績で連邦政府は23億豪ドルを支出している。

ケアラー報酬は成人の場合と子どもの場合に分けられており、前者では、ケアされている人が成

人障害アセスメント・ツールを用いたアセスメントを受け、日常生活動作に著しい障害のあることを認定されなくてはならない。ケアラー報酬の受給者は2010年時点において約17万人で、その92%は成人をケアしている人たちである。さらにその中の半数は配偶者／パートナーをケアしている。

支給額は高齢者年金に連動しており（木下、2007）、2013年度では単身者で二週間⁷⁾当たり733.70豪ドル、夫婦の場合、入院や施設入所などのため別居ひとり生活であれば553.10豪ドル／二週間、二人一緒の生活で1106.20豪ドル／同である。

次にケアラー手当であるが、16歳以下の子どもをケアしている場合、115.40豪ドル／二週間、16歳以上の場合は115.40豪ドル／同であり、この手当には資産調査は必要なく、非課税である。

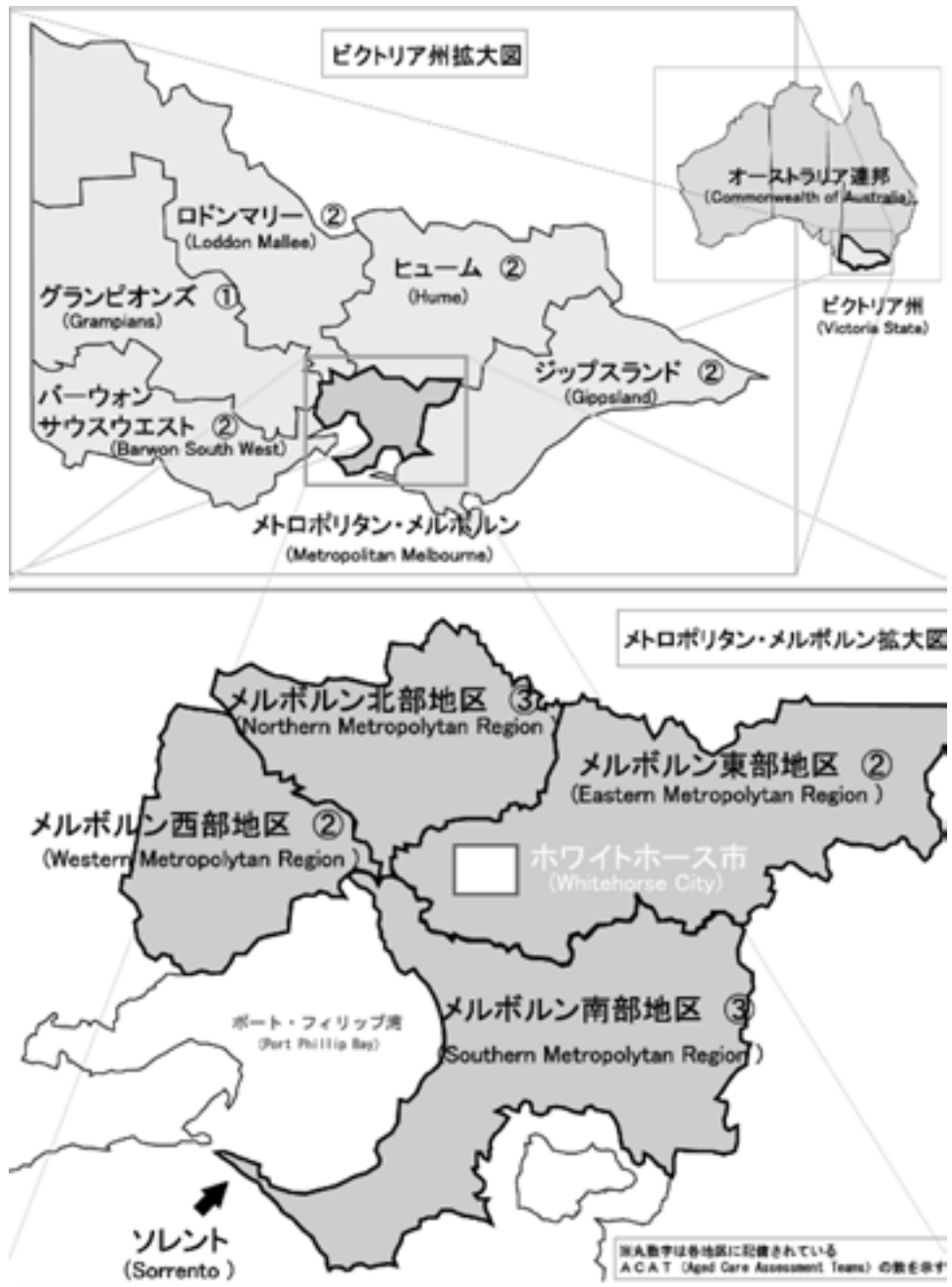
障害児支援報酬は16歳以下の子供のケアをしているケアラー手当受給者に対して、年額1000豪ドルを一括支給するもので、セラピー代や必要な物品の購入を支援するものである。

ケアラー補助は2009年度から導入され、ケアラー手当、ケアラー報酬等の受給者をさらに支援するために年額600豪ドルを一括支給するものである。補助の補助という性格のものである。

VI 地域のケアラー支援の現状と課題

ーメトロポリタン・メルボルンー

次に、実際のケアラー支援のサービスについて、メルボルンを例に説明する。図4のように、ビクトリア州は9つのサービスエリアに区分され、そのうちの4エリアはメトロポリタン・メルボルンである。東西南北に分かれているが、それぞれにケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターがセットで配置されている。本稿ではこのうち南地区を中心に取り上げ、東地区、西地区



出典：木下康仁 2007『改革進むオーストラリアの高齢者ケア』東信堂

図4 メルボルのサービスエリア区分

の情報を加える⁸⁾。これらのセンターは同じ事業を受託していても規模が異なったり、異なる事業を受託していることも一般的で、さらには、例えば施設レスパイト用のベッド数確保で独自の方式を用いている場合のように多様である。

南地区のセンター（正式名称Commonwealth Respite and Carelink Centre, Southern Region）は、ケアラー支援活動だけでなく同じ敷地内に高ケア施設（ナーシングホーム）と低ケア施設（ホステル）、それに認知症専用施設があり、病院経営を主体とする同一法人の一部となっている。1988年にケアラー支援のパイロット・プロジェクトとしてビクトリア州の補助で高齢者ケアの枠組みで開始されたが、その先駆的センターのひとつとして活動が始まる。12年前4名のスタッフでスタートしたが、現在ではレスパイトとケアリンクの両センターで94名の体制である。当初はケアラー・レスパイト・センターのみで始まったが、2005年からケアリンク・センター事業も受託し統合的サービス体制となる。なお、南地区は担当エリアが広いだけでなく、低所得者が多い地域、障害者が多い地域、障害のあるひとり親家庭も多いなど複雑な地域特性を抱えていることもあり、エリア内に4つの支所をおいている。

ケアリンク・センターの活動は、住民からの相談対応と情報提供である。全国統一の無料電話番号が利用され、住民はどこからでもこの番号にかけることができる。ただし、レスパイトやそれ以外のサービスが受けられるのは居住しているサービスエリア内に限定される。他州、他のエリアからの電話の場合、全国54ヶ所のうち該当するエリアのセンターに転送される。あらゆる質問、問い合わせに一つの電話番号で対応するシステムになっているので、住民には便利である。南地区全体で月平均約1,200通の電話がある。受付時間は通常は9時から17時だが、緊急にレスパイトが必要な場合は24時間受け付けている。電話対応にはソ

ーシャルワーカー、カウンセラー、心理学専攻スタッフの3名が当たっており、このうちの二人は修士課程を修了している。電話での内容は多岐にわたり深刻な場合もあるので、最初の受付段階で的確な状況把握と担当部門への連絡が重要となるだけでなく、ストレス状態にある人へのカウンセリング対応も行われている。レスパイト・サービスの必要性は、短期（通常3か月から6か月）か、あるいは緊急かどうかで判断される。3か月に一度はすべての電話相談をチェックしている。ケアリンク・センター部門で年間50万豪ドルの補助事業である。

電話だけでなく、ウェブサイトを一一般ケアラーと障害者のケアラーに分けて二つ開いており、最近ではウェブでの問い合わせも増えている。

障害者のケアラーでは継続してレスパイトを受けられる場合があるが、高齢者ではケアラーは年間63日分が上限とされ、利用時の自己負担はある。

レスパイトの相談は家族からがほぼ半分、残りは地域開業医であるGP、アセスメントを担当するACAT、サービス提供をしている事業者、高齢者や障害者のケアマネジメントの担当者、そして増加傾向にあるのが退院予定者についての病院からの連絡である。つまり、当事者以外は、ケアラーの状態についての情報を得る立場にある専門職や、ケアラーの有無を確認したい医療機関などからの連絡である。ヤング・ケアラーの場合には学校からの連絡だけでなく在宅サービスの事業者が入っていれば問題に気付いた事業者からの連絡がくる。

ケアラー・レスパイト・センターは、担当別に高齢者チーム、認知症チーム、障害者チームに分かれている。レスパイトの判断にあたっては個別訪問と面接によるアセスメントを行っている。補助金は、認知症を含め高齢者関係は保健・高齢省、家族などはFa^{ファクシア}CHSIA省(家族・コミュニティ・住宅・先住民関係：Family, Housing, Community Service

and Ingenious Affairs)、精神保健関係、障害者関係の部局などから出ており、それぞれに入札により個別に獲得していくことになる。各補助事業は事務経費とサービス経費からなるが、基本は一人当たり定額に人数枠をかけたものが事業規模になり、大小いろいろである。東地区のセンターでは12本の受託事業で運営している。センターの事業規模は受託事業の合計となるから、応募可能な募集があれば年度の途中であっても入札に参加することになる。契約期間は3年間でその都度公開入札となるが、継続となる場合がほとんどで事業者が変更となるのは例外的である。メルボルンでは東エリアで入札の結果、現在のキリスト教法人であるUniting Churchが落札している。これは、ケアリンクにせよケアラー・レスパイトにせよ担当エリアの住民・利用者情報、関連事業者情報などについて広範囲に相当詳しい情報や知識が必要となるからで、3年間の実績があればかなりの蓄積となる。したがって、よほどのことがない限り継続性が期待されるからである。

レスパイト・センターが行うのはケアラーのニーズに応じてサービスを購入するマネジメントだけで実際のサービスを独自に提供するわけではない。したがって、施設利用のためのベッド確保から在宅レスパイト (in-house respite)、日中だけのデイ・レスパイト、あるいは日中の一定時間だけの対応など、多様な事業者を確保していなくてはならない。南区のこのセンターはエリア全体でケア施設に常時30床を認知症対応、夫婦同時利用可能など発生する事情に対応できるよう数だけでなくタイプ別に準備している。一方、西地区のセンターはその都度施設と交渉するスタイルでベッドの常時確保はしていない。それぞれの利用者実績とコストの兼ね合いで対応は分かれる。

施設レスパイトに比べ在宅になると個別事情への対応となるからさまざまな事業者を確保しておかなければならない。南エリア全体を担当するこ

のセンターでは、500以上のサービス事業者と契約している。この背景には、一部の障害者の場合を除きレスパイト・サービスが継続保障されるのではなくこのタイプはon-going caseと呼ばれる、ほとんどは3か月から6か月、あるいは、それよりも短期間であることと、計画的利用だけでなく緊急時対応－こちらはepisodic caseと呼ばれる－が増加しているという事情がある。もっともケアを受けている人の状態は変化するからレスパイト・サービスの必要性も一定ではなく、期間の設定に当たってはサービス開始時点での問題が改善されるまでの時間的長さが考慮される。認知症であれば6か月で大きな変化があるかもしれないし、障害児では就学開始の時期あるいは学校が休みの時期などにケアラーの必要性が集中しやすいし、また、高齢者ではデイサービスが休止される12月にレスパイトの希望が集中する。施設入所待機中に状態が悪化しその結果ケアラーが消耗することもあり、短期レスパイトを繰り返すなどの緊急的対応となる場合もある。一方、レスパイトではないが死別悲嘆のカウンセリングなどのように必要な時期がはっきりしているものもある。

次の例は、ケアラー支援の必要性が突発的に生じた場合である。ケアリンク・センターにエリア内の病院の医療相談室から電話が入り、救急車で搬送された高齢男性によると自分は自宅で認知症の妻の介護をしていたので妻が家に一人残された状態なのでセンターから様子をみに行ってもらいたいという連絡があった。男性は3日ほど入院予定なので、この間在宅レスパイトか施設レスパイトが必要となる。しかもたまたま金曜の午後だったため派遣できる人の確保がむずかしいというタイミングであっても、センターは対応しなくてはならない。自分のセンターで対応できなければ近接の他のセンターで対応してもらう。

ところで、ケアラーへの個別支援内容は、ニーズだけから決められるのではなく重要なもう一つ

の条件との関係で判断されることになる。予算の執行状況との兼ね合いである。複数の補助事業を受けている中で、ケアマネジメントを担当するスタッフはそれぞれに裁量できる予算額をもっている。例えば、南地区のこのセンターで高齢者のケアラー・サポートであれば年間裁量額は25,000から30,000豪ドルくらいである。しかし、予算超過はセンターの持ち出しになるから絶対避けなくてはならず、担当者レベルでは毎月執行状況を報告、確認している。さらに受託事業別およびセンター全体としての予算管理が定期的に行われ、母体の法人や団体には財務担当責任者がおかれ全体を統括している。

ただ、実際には柔軟な対応も認められており、連邦政府補助額と州政府補助額の総額内での転用的やりくりはある程度認められている。また、レスパイト・センター間での相互協力が必要となるため協議会を設置し担当スタッフのネットワークが形成されている。

Ⅶ ケアラー資源センター (Carers Resource Centre)

この組織は1997年高齢者ケア構造改革で各州に一か所設置され、一般住民へのケアラーについての意識啓発活動やケアラーのセルフヘルプ活動の支援、個別カウンセリング、図書資料の整備を行うコミュニティ組織である。これらに加え、近年ではケアラーの位置づけが横断的になってきたことも受け、ケアラー全体の利益を代表する団体として連邦政府、州政府へのロビー活動が強化されている。選挙の時、予算編成の時期には具体的提言を文書で発表している。ビクトリア州では「ビクトリア州ケアラー協会 (Carers Victoria)」という民間団体がその指定を受けている。ケアラー資源センターが導入される以前からケアラー支援の活動をしていた実績をもつ団体である。1994年に

はスタッフが3名であったが、現在ではフルタイム換算で80名の体制になっている。ただ、ビクトリア州ケアラー協会はケアラー資源センターでありながら、メルボルン西地区のケアラー・レスパイト・センターとケアリンク・センターの運営も受託しており、この職員数にはセンター関係も含まれている。資源センターがケアラー支援の現業部門も運営するというのは全国的にみても非常にユニークなことで、ここだけと思われる。

当初は高齢者のケアラー支援として始まったが、政策拡大を受けて障害、精神保健、慢性疾患のある人や、緩和ケアやがん患者など、ケアラーの対象範囲も拡大した活動にかわってきている。この点はヒアリングにおいて協調され、責任者レベルでの現在の認識状況をうかがうことができる。

興味深い活動としては、ケアラー向け情報をコンパクトにまとめたもの（ケアラー支援キット）を無料で配布しており、ストレスを癒すカセットテープなども含まれている。これらは16の言語で用意されている。また、サービス提供事業者や行政向け、そして、一般向けの研修や教育活動の一環としてケアラーの経験を広く理解してもらうため“スピーカーズ・バンク (speakers bank: 講演者バンク)”を組織し、ケアラー経験終了者だけでなく継続中の人をボランティアとして登録している。100名以上が登録されており、学校や市民団体、宗教団体などから講演の依頼があったときに希望内容に応じて登録者を派遣する。当事者の語りは説得力があり多くの人々の関心を集めるので、テレビ、ラジオ、新聞などマスメディア対応にも力点をおき、話の構成、質問への対応の仕方など事前に資源センターのスタッフが助言し、同行することもある。

Ⅷ まとめ

オーストラリアのケアラー支援の最大の特徴

は、長年にわたるケアラー支援の実績と経験をもとに、現在、ケアラー貢献認識法を基盤に支援サービス提供のためのセンターを地域レベルに配置し、全国規模でネットワーク化しているところにある。高齢者ケア領域から本格着手されたケアラー支援の実績と発展をよりどころに、領域別に行われていた障害者ケアのケアラー支援を組み込み、さらに健康問題を抱える人たちやヤング・ケアラーまでを含む、包括的、一般的な支援のモデルを形成しつつある。ケアラーの概念の柔軟性、包括性はケアラー支援においては必然的と言える。

オーストラリアは地域在宅生活を支える強力な戦力としてケアラーの存在を認め、その支援のアジェンダ化を達成し、本格的実施体制に進んでいる。

文献リスト

AIHW, 2011 Australia's Welfare 2011, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra

Australian Government 2011 National Carer Strategy, Commonwealth of Australia, Canberra

木下康仁 2007 改革進むオーストラリアの高齢者ケア、東信堂

付記：本稿は、科学研究費補助金（基盤研究B、課題番号21330124、2009～2012）「ライフスタイルとしてのケアラー（介護・養育）体験とサポートモデルの提案」（研究代表者・木下康仁）の成果の一部である。

注

- 1) 詳しくは、木下(2007)、とくに第二章を参照のこと。
- 2) やや煩雑になるが、重要な固有名称は英語で理解しておくのが有効であるため本稿では日本語訳名と併記する。
- 3) HACCは高齢者だけでなく若年障害者も対象とするが、現在、連邦政府は州政府が行ってきたHACCの高齢者部門を州から切り離し連邦政府に一元化する政策を進めている。ビクトリア州と西オーストラリア州以外はその方向に進んでいる。(2010年9月8日、ビクトリア州政府でのヒアリングによる)。
- 4) アセスメントの結果、高ケア相当（ナーシングホーム入所相当）と判定された高齢者を対象とする在宅生活サービスパッケージであるEACH（Extended Aged Care at Home）、そのうち認知症者の場合のEACH-D（Dementia）、一方、低ケア相当（ホステル入所相当）と判定された場合のCACP（Community Aged Care Package）などで、ケースマネジメントと定額請負方式（brokerage）で提供され、人気が高く拡充されてきている。それぞれの補助金額は基本的に同レベルの施設入所者と同額である。
- 5) ケアラーの貢献を認める法律は基本的にすべての州で制定されている。なお、連邦政府や他州に先行し西オーストラリア州では2004年に立法化され、1995年のイギリス（UK）に次いで世界で二番目と言われている。
- 6) Chapter 7（Informal carers）、AIHW, 2011を参照。
- 7) 二週間はオーストラリアの一般的な支給期間の単位で、給与、年金、家賃などの適用されている。
- 8) メルボルンにおけるフィールド調査は2009年度と2010年度に実施した。

（きのした・やすひと 立教大学教授）

特集：介護者支援の国際比較：要介護者と家族を支える取り組みの多様性

高田実・中野智世編著 『近代ヨーロッパの探求15 福祉』

(ミネルヴァ書房、2012年)

近藤 正基

I はじめに

昨今、多くの先進諸国では、福祉国家改革が国民的関心事となっている。日本も例外ではない。ワーキングプア、派遣切り、格差社会、無縁社会という言葉がマスメディアを賑わしたように、貧困や不安定雇用といった福祉にまつわるテーマが注目を集めてきた。また、民主党が育児政策の拡充を打ち出し、日本維新の会が年金の積立方式化を提唱し、いくつかの自治体で生活保護者への監視を強める条例が可決されたことからわかるように、福祉国家改革は主要な政治問題となっている。日本の福祉国家は曲がり角に差し掛かっており、広範な福祉制度をどのように組み直していくのが、強い関心を集めるようになってきたのである。

社会や政治の動きと歩調を合わせるかたちで、近年、学界においてもますます福祉研究が盛んになっている。学際性も高まり、研究対象となる国・地域が拡大する一方で、いくつかの問題も残っている。たとえば、多くの研究において、①比較の理論を用いながらも、事例としては一国のみを扱う傾向があったこと、②第二次世界大戦後の時期に関心が集中したこと、③制度化された福祉のみが検討されたことが挙げられよう。このたび、ミネルヴァ書房より刊行された『福祉』（近代ヨーロッパの探求15）は、これらの問題点を克服しよ

うとする野心的な労作である。本書では、近世から近代までの民間福祉を含めた「福祉の複合体」について、国際比較の観点からヨーロッパ諸国が検討されている。日本語で読める福祉研究書としては類書がなく、画期的な内容であることをまずもって確認しておきたい。

その上で、以下では、まずは本書の内容を章ごとにまとめていく。紙幅の都合上、コラムには触れられないことを予め断っておきたい。

II 本書の概要

序章では、福祉への接近方法、本書の鍵概念、アプローチの特徴について述べられる。福祉は、多面的な原理を背景に成立している。自他の交換可能性に基づく、人々の共同性を基礎とした「よこ」のつながりと、持てる者から持たざる者への富の移転という「たて」の関係が交差し、福祉が成り立っている。また、福祉の原理として、公助、共助、自助という3つの回路が存在している。このような議論を踏まえた上で、本書の鍵概念となる「福祉の複合体」が提示される。これは、「家族、企業、地域社会、相互扶助団体、慈善団体、商業保険会社、宗教組織、地方公共団体、国家、超国家組織などの多様な歴史主体と多元的な原理によって構成され」（6頁）ている。福祉を成立させている様々な原理と主体の歴史的ダイナミズムを描くために、あえて「福祉多元主義」ではなく、「福

社の複合体」が用いられている。もう一つの鍵概念は、「生存維持の経済」である。「福祉を利用する側の主体的要因」(9頁)を視野におさめ、貧民たちの生存のための戦略や、彼らが共同性の網の目にどのように支えられていたのかを含めて論じられる。

第1章では、16世紀末から19世紀までの「近世・近代移行期」のイギリスにおける「福祉の複合体」が検討される。まず、16世紀から17世紀の間に、貧困を除去するための慈善活動を後押しする「コモンウェルス」の概念が登場し、これが救貧法と定住法を通じて、各教区内で実現される。18世紀にはいると、工業化の波によって貧困がますます顕在化する。だが、救貧法は特に北部で厳格に運用されていたため、網の目からこぼれ落ちる人々が生まれ、その隙間を埋める形で様々な中間団体が登場することになる。友愛組合や病院・学校などの慈善団体が勃興し、これらが「福祉の複合体」を形成することになる。19世紀前半になると、救貧行政が画一化・中央集権化されていくが、その一方で、ボランティアの領域が排除されたわけではなかった。1834年の救貧法改革を経ても、公・民による「福祉の複合体」は存続したのだった。

第2章では、19世紀中葉から大戦間期までのイギリスにおける「福祉の複合体」が検討される。救貧法、チャリティ、相互扶助組織という3つを柱とする19世紀的なイギリス福祉体制は、19世紀末の大不況や大戦間期の国家福祉の拡大を経ても、継続した。第一次世界大戦前の最後の自由党政権は、老齢年金等の設立を通じて国家福祉を拡大させるが、この段階にあっても最後のセーフティネットとして救貧法が活用されていた。また、相互扶助とチャリティは、国家福祉を補う付加給付・サービスを行うものとして、役割を変えながら生き延びたのであった。第一次世界大戦が始まってからは、失業手当や公営住宅建設を通じて、国家福祉はより一層拡大していく。救貧法は解体

されたものの、救貧法保護委員は実質的な生活保護にあたり、「最後の寄辺」を提供しつつつづけたし、相互扶助やチャリティは社会サービスの提供を担うようになっていったのである。

第3章では、19世紀のフランスにおける民間福祉の展開が、公権力との関係から解き明かされる。元来、フランスでは公的福祉制度は貧弱なものだった。救貧法が存在しなかったフランスにおいては、病院や救護院と並んで、博愛組織や共済組合が救済・相互扶助を実践していた。フランス革命期には、これらの中間団体や特権団体が廃止され、代わって国家が救貧業務の中核的役割を担うようになる。しかし、革命後、「労働権」と「生存権」の宣言が実現されず、貧困が再び顕在化することによって、民間や地方自治体による福祉供給が重要性を増していく。その後、フランスは激しい政治変動を経験することになるが、博愛事業、共済組合、労働組合が公権力との対抗と協力を繰り返しながら、フランス福祉における「公」と「民」の関係を築いていくのである。

第4章では、19世紀末からのナチス期までのドイツ社会国家の変遷が検討される。19世紀後半の大不況の時期に社会問題が先鋭化し、これにビスマルクが反応することで、1880年代の社会立法が実現される。だが、ビスマルクの意図に反して、国家が労働者保険や疾病時生活保障を掌握することは叶わず、既存の自発的共済や金庫等が活用されるかたちで社会国家が建設されていく。その後もドイツ社会国家は拡張していくが、たとえば失業扶助に見られるように、国家が直接管理・運営するような制度にはならなかった。ヴァイマル期には生存権をはじめとする基本的人権や社会的権利が認められた。保険対象者と保険対象リスクの両面でドイツ社会国家は大きく拡大したのだが、1930年代に世界恐慌の荒波をかぶることによって、社会保険は保険原則を鈍化させ、メイクシフト(その場しのぎの生活)の時代が到来するこ

とになる。その後に登場したナチスは、社会保険の統一と単一管理を目論み、分立的な制度体系を維持しつつも実質的な画一化を実施するのである。この意味で、ナチスはドイツ社会国家の普遍主義化を実施したと言えるのだが、その反面で、「要保護者」と「保護に値しない者」（反社会的分子や外国人）を峻別するという強烈的な選別主義をもあわせもっていたのだった。

第5章では、20世紀初頭のドイツにおいて民間非営利部門がどのような福祉を提供し、その役割がどのように変わってきたのかについて論じられる。ドイツでは、国家福祉が登場する以前から、民間の福祉事業が盛んだった。それは、カトリック、プロテスタント、ユダヤの「宗派系」事業と、名望家や地域社会による「世俗的」事業にわけられる。ヴァイマル期に入ると、ドイツ全土で民間事業組織の拡大や系列化が実施されると同時に、これらの団体に補助金が注入され、法的に「公・民共同の原則」と「民の優先」が規定されることになる。こうして、民間事業はドイツ社会国家の中に確かな足場を築くことになる。そして、デュッセルドルフ市の福祉委員会に見られたように、公民がともに市の福祉政策の方針を定め、実際の福祉事業にあたってきたのであった。

第6章では、社会事業中央連盟（CSA）を中心にして、20世紀初頭のスウェーデンにおける民間福祉の変遷が検討される。従来、スウェーデンでは教会が貧民救済の役割を担っていたのだが、19世紀に度重なる大衆貧困が生起することによって、機能不全を呈するようになる。こうして、労働組合、民間営利団体、フィランソロピー団体が福祉活動を活発化させる。19世紀後半になると、貧困に加えて、アメリカへの人口流出が問題になる。こうした中、社会事業に従事する団体が結集したCSAが、社会問題への関心の喚起、社会政策のための社会調査、社会事業従事者の育成などを実施し、社会立法の実現を後押ししていく。その

後、1920年代以降になると、社会民主主義勢力による「国民の家」の提唱と国家福祉の拡大を背景として、CSAは活動領域を狭め、研究・調査機関として現在に至るのである。

第7章では、19世紀から20世紀初頭までのイタリアにおける世俗的援助団体が検討される。19世紀半ばまでは、イタリアには公的救貧制度が存在しなかったこともあり、カトリック教会の影響下にある慈善団体が福祉の主たる担い手だった。1890年に成立したクリスピ法は、行政による慈善団体に対する管理・統制を進め、施設の集中化や運営の効率化を図るという目的を持っていたが、実際には機能したとは言い難い。同時期には、宗教的慈善とは異なる、世俗的な援助も登場する。その代表格が、ウマニタリア協会である。単に衣食を提供するのではなく、困窮者が労働をつうじて「経済的、精神的に向上」することを目的としたウマニタリア協会は、職業紹介、ワークハウスにおける労働の提供、相互扶助組合の組織、職業教育などを行った。このような慈善および世俗的団体による福祉の提供は、国家福祉を拡大させた20世紀初頭のジョリッティ時代においても継続したのだった。

第8章では、帝政末のロシアにおける「福祉の複合体」に検討が加えられる。19世紀末には都市有産者による慈善事業（コペイカ喜捨と慈恵院への収容）が活発化する。これは都市を活動拠点としており、男性農民の出稼ぎによる都市膨張と貧困の拡大に対応したものだだった。その後、慈善事業は組織化されていき、食事の提供や就労支援も行われるようになる。一方で、公的福祉はきわめて貧弱なままであったため、様々な公的委員会が福祉改革に挑むことになる。たとえばグロート委員会は国家福祉の拡大を目指したのだが、結局、地域福祉＝自治体福祉論が貫徹することになり、地域の団体による救貧制度（エルバーフェルト制）が拡張される。国家福祉はほとんど制度化される

このないままに、ロシアは20世紀を迎えることになるのである。

Ⅲ 意義と論点

冒頭でも記したように、これまでの福祉国家論では、制度化された福祉のみが注目される傾向があった。これに対し、本書は、教会、慈善団体、チャリティ、友愛組合などの様々な民間福祉が主たる検討対象とされており、ヨーロッパにおける福祉の「厚み」を描き出している。そもそも日本では民間福祉研究は乏しく、このような「厚み」が明らかになったこと自体が大きな収穫である。さらに、民間福祉に注目するという分析視角は、様々な含意を生んでいる。たとえば、民間福祉が比較的活発だったイギリスやドイツのような国ばかりでなく、それがなかなか育たなかったロシア、国家福祉の拡大に伴って弱体化するスウェーデンといった事例が提示されている。従来の福祉国家研究では、国家による福祉政策のあり方によって各国の福祉体制が分類されてきた。これに対して、本書では、各国の違いを民間福祉のあり方から導き出している。この点にも本書の意義があるといえるだろう。加えて、民間福祉と国家福祉との関係にヴァリエーションがあることが示された点も、興味深い。国家福祉の拡大に伴って、民間が「二階部分」を担ったイギリス、民間福祉の一部が公的福祉に取り込まれていったフランス、民間福祉を追認する形で国家福祉が形成されると同時に、ケアサービス部門は民間主導のままになったドイツなど、様々なパターンが確認される。国家福祉の拡大が必ずしも民間福祉を削減する方向に働いたのではなく、そこに多様な「経路」があったことが明らかにされている。

近世から近代という時期に注目したことも本書の特徴であるが、ここでも様々な意義が引き出されている。たとえば、イタリアやドイツの福祉国

家は、国家が福祉業務を社会団体に委任するという特徴を持っていると考えられてきた。現在でもこの特徴は持続しているのだが、なぜこれほどに強固であり続けているのかについては、「歴史的遺産」と言われるばかりで、その具体的内容は必ずしも明確になっていなかった。本書では、イタリアのウマニタリア協会やドイツのカリタス連盟が論じられており、国家福祉が拡大する以前に、就労支援、教育、ケア、住宅などの様々な分野で福祉を提供してきたことが明示されている。近世から近代に注目することで、民間福祉の「歴史的遺産」の重厚さを示したのは、歴史研究ならではの成果と言ってよいだろう。そのほかにも成果はある。たとえば、CSAの活発な活動に見られるように、スウェーデンにおける「社会民主主義型福祉国家」への道は単線ではなかった。グロート委員会の提案もそうであり、ロシアにおいても別の選択肢があったことが示されている。戦後の福祉国家のあり方に注目しただけではわからない（戦後も各国には多様な選択肢は存在したが）、より多様で広範な「経路」の存在を明らかにしたことは、非常に興味深い。

本書の意義はこれらに尽きないが、他面、問題点も指摘しておくべきだろう。なによりも惜まれるのは、各章によって分析の視点が異なっていたため、国際比較としての含意が必ずしも明瞭にならなかったことである。「福祉の複合体」という鍵概念を使っているが、民間福祉を国家福祉と関連づけて論じる章もあれば（第2章、第3章、第4章など）、ほとんど民間福祉のみを取り上げている章もある（第5章、第6章など）。分析対象となる時期も、第1章のみが近世であり、他の章とは異なる。もちろん、編著であれば、章のあいだで不一致が残るのは致し方ないことではある。ただ、そうであれば、これらの比較を通じて導き出される含意が何だったのかについて、より詳細にまとめておく必要があったと思われる。たとえ

ば、エスピン＝アンデルセンの系譜を継ぐ「比較福祉国家論」に対して何が言えるのか。言い換えれば、本書の分析を通じて、「比較福祉国家論」のどのような問題が明らかになり、何が付け加えられたのか。民間福祉といえども各国で主たるアクターが違っていたのは、どのような要因によるものなのか。近代から戦後福祉国家への連続性が見られた国とそうでなかった国があったが、どのような要因によって分けられるのか。ないものねだりであることは重々承知しているが、比較考察をさらに進めて、そこで得られた知見をまとめておく必要はなかつただろうか。

IV おわりに

とはいえ、本書が、これまでの日本における福祉研究の問題群に挑戦し、画期的な意義を導き出

したことについては、疑いの余地がない。これが可能になったのは、民間福祉に着眼したこと、および歴史的アプローチをとったことによるといえる。このことは、裏返せば、政治経済学的な福祉国家研究の限界ないし一面性を暗示しているとも考えられ、歴史学と政治経済学の相互補完の必要性を示唆していると言えるかもしれない。この意味で、本書は、昨今出版が相次ぐ福祉研究書と同列に並べられるものではない。これは、日本における福祉研究のあり方に一石を投じ、これまでになかった観点から福祉研究にさらなる厚みを加える書なのである。福祉国家研究者やヨーロッパ各国史研究者のみならず、多くの人がこの本を手に取り、最先端の研究に触れることを期待してやまない。

(こんどう・まさき 神戸大学大学院准教授)

書 評

Joan Costa-Font編
Reforming Long-term Care in Europe
(Wiley-Blackwell, 2012)

河野 真

I はじめに

ヨーロッパは現在、高齢化に伴う介護ニーズの増大や伝統的な介護様式の変容、さらに近年では厳しい財政逼迫に直面しているが、今後増大圧力がさらに高まる長期介護の財源を賄い、より効果的な供給、管理システムを構築するための方策については、各国ともまだ検討の途上にある。本書は二つのパートに分かれており、前半は長期介護に対する財政的対応について最新の動向を紹介し、後半は組織／構造改革をめぐる議論に焦点を当てる。ドイツやオランダ、イギリス、スウェーデンに加え、イタリア、スペイン、ポルトガルといった南欧諸国、さらにはこれまで比較福祉国家研究の中ではあまり扱われてこなかった東欧諸国を対象に分析を行っている。

ヨーロッパでは、長期介護への対応として少なくとも三つの段階が存在する。第一段階は、長期介護が社会的リスクであるとの認識が不十分で、家族介護・公的扶助中心の対応が講じられている国、次に準普遍主義段階への移行期にある国、三つ目は社会保険方式か税財源の普遍的サービス体系が構築され、その改革過程にある国である。本稿では、各章の概要を示した後本書に対する批評を行い、ヨーロッパ長期介護を検討する上で求められる視点について、若干の考察を加えることにする。

II 本書の構成

第1章は、長期介護費用調達的手法である社会保険の経済的合理性を検討する。保険者と加入者の間の情報の非対称性からクリームスキミングやモラルハザードといった問題が発生すること等、民間保険を長期介護市場で用いることには限界がある。他方、社会保険は保険料とリスクの関係性を分断できる上、不確実性にも対応するといった利点がある。長期介護は医療同様、供給に関しては公、民間、公私ミックスいずれの在り方も採用可能であるが、ファイナンスについては主として公的関与に依るべきである。ただし高齢化の進展を考えれば、租税によりその財源の多くを賄うことは現実的ではない。それゆえ長期介護リスクに対応するには、社会保険がより適格的となると解説されている。

本書第一部の残り部分は、社会保険を長期介護財政の課題解決策として用いることや、既存システムの改善策を主として検討する。

まず第2章で検討されるイギリスは、社会保険導入とは異なる処方箋を用いてきたが、長期介護サービスのあり方については、残余モデルにとどまるか普遍主義モデルを目指すかをめぐり議論が繰り返されてきた。これまではサービス供給のターゲットティング（低所得であり、インフォーマルケアを期待できない上、最も高いニーズを有する

人のみに無償サービスを提供)や対人サービスにミーンズテストが課されるなど残余的な色彩が強かったが、2009年に発表された緑書は、多様な地域システムを新たな国家(統一)介護サービス体系に変更し、認定された介護ニーズを有する人全てに一定程度のサービスを提供すべきことを提唱したのである。イギリス長期介護は、準普遍システムへ変貌を遂げつつあるとされる。

第3章では、長期介護に社会保険の導入を進めつつあるフランスを対象としている。フランスの長期介護改革は1990年代終盤以降、介護手当の拡充を軸に編成されてきた。2002年に全ての要介護高齢者へ適用が拡大されたことで手当受給者は激増したが、近年の財政危機により長期介護政策は財政制約の壁に直面することになったのである。フランス長期介護改革の行方はまだ定まっていないが、2007年の大統領選挙後政府より表明された社会保険方式の導入が有力であるという。フランスの長期介護改革は、公私の役割分担が制度改革の焦点となっているが、支援から普遍化へ政策転換しようとしていることは確かなようである。

第4章で扱われるオランダは、強制加入の介護保険制度を初めて導入した国である。当該制度は全年齢を対象とし、現金給付の個別ケア予算を選択することができ、家族介護への支払いを含め、利用者は自らサービスを選択して購入することもできる。オランダでは国民の介護サービス受給権が確立し、サービス需要が増大・多様化したことで、支出の抑制は近年困難になってきている。政府は利用者の選択に基づくサービスの効率化を目指し改革を実施しているが、本章ではこの取り組みが、高齢化が進展し介護ニーズが高まる将来に向けて、包括的長期介護保険の持続可能性を高めることができるか否かに焦点を当て検討している。

ドイツ介護保険(第5章)も全年齢層対象で現金給付を伴う制度であるが、その制度は長期介護

に社会保険を用いた最も典型的なモデルであるため、当該制度をめぐる近年の改革動向を検討することは、介護保険を設計する上で有用な示唆を与えることになる。ドイツ介護保険は、導入以降15年を経て大きな成果を残したが、欠陥も露呈するようになったため、2008年には改正が施された。もっともサービスやケアマネジメントの改善は妥協的要素を含み、サービス供給に関する改正は国民を失望させる結果となったことが指摘されている。

第6章では、これまであまり取り扱われることのなかった東欧諸国(クロアチア、チェコ、ハンガリー、ルーマニア、セルビア、スロバキア、スロベニア)の長期介護政策を論じている。東欧諸国における長期介護への対応は、家族と資力調査を伴う公的扶助によって担われ、限られた長期介護サービスは施設サービスに偏っており、地域間格差も大きい。ポスト共産主義国家である東欧では、長期介護は社会的リスクであるとの認識はまだ浅く、包括的なシステム形成は遅れている。ところが人口学的観点からのみ見ても、東欧諸国の長期介護に対する公的支出の増加率は今後、EU平均を大幅に上回ることが予測されており、フォーマル部門の役割が今よりも強化された場合、増加率はそれをはるかに上回ることになる。高齢化の進展や介護ニーズの増大、社会経済の発展は、伝統的な長期介護供給体制への変更を迫っているのである。本章では、東欧においても長期介護改革が図られ、「経路離脱」が生じるのかを問いかける。東欧の福祉改革は過去20年間、分権化、民営化、多元化を軸に進められ、長期介護領域でも同様のアプローチがとられようとしているが、分権化は地域格差を生み、民間セクターの成長も緩やかな状況にとどまっているようだ。

本書第二部では、イタリアとスペイン(7章)、スウェーデン(8章)、ポルトガル(9章)を対象に、分権化が福祉改革に及ぼす影響や長期介護の組織

改革を取り扱っている。第7章ではまず、限定的なサービス供給にとどまり、類似の状況から出発しながら、異なる結果をもたらしたイタリアとスペインの改革動向を検討する。

1980年代当初、両国の介護システムは未発達で、資力調査付き現金給付がサービスの中心であった。スペインでは地方主体の制度改革が進められてきたが、国家制度としての長期介護サービスが2006年に導入され、2015年に完全施行されることになっている。こうしたことが可能になった背景には、中央と地方政府の政治的利益が一致していた上、前政権として当該改革を進めていた野党や労働組合、カタルーニャやガルシアといった自治区からの賛同も得られたため、改革拒否のリスクを最小化できたことがある。対照的にイタリアの場合は、高齢者介護が中央、地方レベル双方で高い関心を呼ばず、長期介護制度に対する批判が広がる政治的な機会もなかったため、既存の現金支給中心の制度を変えることができず、医療システムとの連結も図れなかったことが紹介されている。

第8章が扱うスウェーデンでは自治体（コミュニティ）が国家福祉政策の実行を担い、分権化システムの下、普遍主義が追求されてきた。1990年代まで高齢者介護サービスは地域ごとに多様で格差も大きかったが、このことは、サービスへの平等なアクセスを保障する普遍主義と地方分権の間にジレンマが生じていたことを意味する。2000年代の初めには国は法令、補助金、監督権の行使を通じて、地方福祉行政の統制を強化しようとしてきた。本章の主たる関心は、サービス供給やアクセス、地域間格差へ、中央と地方の力のバランスの変化が及ぼす影響に置かれているのである。

スウェーデンでは、在宅及び施設サービスの適用範囲を狭め、供給にターゲットイングが持ち込まれるなど普遍主義が弱まる兆しが見られる一方、以前地域間格差の大きかったサービス領域ではその差は縮まり、自治体サービスは国の平均

値に接近するよう調整されてきている。国による三つの統制手法のうち、最も大きな効果を発揮したのは、地方行政の監督であるという。より体系だった適切なニーズアセスメントの重要性を強調することや、ケアマネジャー資格を設定することで地域間格差を平準化することに成功しているのだ。また近年地方レベルでも、高齢者介護サービスに関して自治体間比較やサービスの質に関する基準を設定する動きがあり、こうしたことも格差を縮めることにつながっている。かつては強かった地域の経路依存性は薄れ、それゆえ現在のスウェーデン高齢者介護の実態を表すには、福祉自治体や地域社会政策といった概念はあまりふさわしくなくなってきているのである。

第9章ではポルトガルを対象に、サービスの質を高め、その質を評価する問題について触れている。長期介護は依然として家族と個人負担のサービスにその多くを依っているが、長期介護に関わる各種サービスの調整と統合を図ることを目的に設置された長期統合ケアネットワーク（2007～）の下で、療養、リハビリ、緩和ケアの体制は整備されつつある。ただし介護サービス供給は未だ不十分で、とりわけ在宅サービスは残余的な状態に置かれているようだ。ポルトガルでは、長期介護サービスの質の評価を行う様々な取り組みが現在試行されているが、サービスの技術的質の側面や費用、関係者（利用者、専門家、家族介護者、市民等）の満足度との関連性を明らかにする独立した情報は存在しない。今後、サービスの質に関する多面的なアプローチに向けた改善が目指されなければならないことが説かれるのである。

Ⅲ 批評と考察

本書は西ヨーロッパの長期介護の実態や政策動向にとどまらず、先行研究の少ない東欧や南欧の状況を紹介し、研究蓄積が豊富な国については新

たな論点を提供している。ヨーロッパ長期介護研究を前進させる、価値のある論考であるといえる。

本書の最大の価値は多様な改革課題を取り扱っている点にあるが、各章は独立した論文であり、深い比較分析を行うことを目的として編纂されている訳ではない。ここに本書の限界がある。埋橋(2003)によれば比較福祉国家アプローチには、基礎的な国別研究(特定先進国の制度事例紹介等)、第二段階としての類型論、さらに第三段階として動態論(福祉国家がどのような進路をとるのか)があるが、本書が用いたアプローチは国別研究の域を大きく出るものではなく、ケア・レジームといった観点からの考察や、欧州財政危機を越えて展開される長期介護改革の動態が検討されている訳ではない。

本書のもう一つの弱点は、財政状況がさらに混迷を深めるヨーロッパにおいて各国が今下そうとしている政策判断と、各章が示すそれとのずれが生じていることにある。本書が執筆された後、ヨーロッパはギリシャ経済危機に見舞われ、長期介護制度改革にはブレーキが掛けられたのである。例えばフランスもその例外ではなく、公的介護保険の導入や、民間介護保険へ国民を強制加入させるといった抜本的な改革は見送られている。イギリスについては緑書での長期介護改革の方向性が紹介されたが、その後発表された白書(2012)では普遍主義的サービスを追求する姿勢は後退し、財源問題についても明確な解決策は打ち出されなかった。

オランダでは財政逼迫のため、在宅介護は2007年に介護保険から地方自治体のサービスへ移管され、2015年からは低所得者のみが利用可能となる。また2013年からは、新規要介護認定者の中で重度の者のみに施設サービス利用が制限されるようになるなど、残余主義的傾向が強まっている。ドイツ介護保険については、本書が焦点を当てた2008年改革以降検討が重ねられ、認知症高齢者へ

のサービス強化を軸とする改正が2013年に実施された。また、サービス改善策と同時に財政強化を図り制度の持続可能性を高めるため、保険料率が引き上げられ、公的介護保険を補う民間保険への追加加入を推進するための補助金が支給されることになったのである。

各国の長期介護改革は本書の想定より一様に後退している訳ではなく、財源を強化しサービスを拡充する動きもある。いずれにせよ、本書執筆後に生じたギリシャ経済危機と更なる緊縮財政が長期介護改革へ与えた影響は大きく、当然のことながら本書はそれを織り込んではいない。

最後に、国際比較に基づき今後の長期介護改革の動向を検討する上で役立つ視点を三点、本書から拾い出しておきたい。

まず初めに、長期介護の内容を観察する際に、福祉ミックスの視点が重要であることに触れておきたい。長期介護が新しい社会的リスクであると認識され、旧来の家族介護・扶助中心のサービス・システムへフォーマルセクターの関与が高まることで、準普遍主義化へのテイクオフが始まる。その手法として社会保険を用いる場合があり、そうでない場合もあるが、そこには多様な主体が関わりを持つようになる。それゆえ多くの国ではこれら主体の新しい協働のあり方に改革の方向性を見出し、多様な介護システムを組み合わせ、増大するニーズにより少ない財政出動で対応しようとするのである。長期介護の将来像を描く上では、供給主体としてのインフォーマル部門、民間営利・非営利部門、(中央・地方の)公的部門の動向のみならず、財源措置やシステムを管理・統制する仕組みについても着目する福祉ミックスの視点が必要になるのである。

ヨーロッパ各国における長期介護システムのデザインは、福祉ミックス内の各種アクターのバランスによって決まるが、その在り方は各国の経路依存性や歴史的遺制に左右されることが多い。し

かしながら、社会政治状況を反映し経路離脱が図られることもある。

第二の視点は、長期介護改革の動態として、経路離脱が生じるメカニズムについてである。福祉改革への制度的な障害は、意思決定者の数や拒否点が多くなるほど増えるため、改革のゆくえは経路依存性を有することになる。福祉システムが断片化し福祉財源も不十分で、責任の所在が不明確で地方にそれが押し付けられていても、そうした状況への非難が顕在化していない場合、現状を変えることに反対する勢力が制度改革を押しとどめる可能性がある。しかしながら、改革に対する潜在的な要求が強く、中央政府レベルで現状に対する非難を回避する必要がある場合、より協調的な中央と地方の政府間関係が築き上げられ、改革が推進されることもある。本書が取り上げた南欧についていえば、前者はイタリア、後者はスペインのケースが当てはまる。

第三は、長期介護システム形成への中央政府の統制手法として、「緩やかな管理」に着目すべき

ことである。ヨーロッパでは、社会保障改革に競争原理が持ち込まれるようになって久しいが、本書はこの様な流れに則した供給者間競争に加え、中央の緩やかな統制により自治体間競争を通じて地域格差を是正し、中央の意向に沿うようシステムが構築される動きについても紹介している。「緩やかな管理」を旨とする戦略はスウェーデンでの改革の中で紹介したが、他のヨーロッパ諸国でも同様に見られ、利用者サービスの観点からニーズアセスメントをより統一した体系だった手法で行うことを中央が地方に指示することや(イギリス、オランダ)、サービスのベンチマークを明らかにするため、高齢者介護サービスの質に関する監査報告書を出版すること(ドイツ)などが手法として用いられている。

参考文献

埋橋孝文編著 2003『比較のなかの福祉国家』(講座・福祉国家のゆくえ2) ミネルヴァ書房

(ここの・まこと 兵庫大学教授)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の長さ

原稿の長さは以下の限度内とします。(図表1つにつき、200字で換算してください)

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字程度）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、ⅠⅡⅢ…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c) または・などを使用してください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に（ ）入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

- (例) <表1>受給者数の変化
<図1>社会保障支出の変化

6. 敬称

敬称は略してください。

- (例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

7. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

- (例) 1) 天川によると、集権・分権の軸に分離・融合の軸を…。

8. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性－退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E.1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell. Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." *In The Development of Welfare State*, edited by P.Flor and H.Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie,Roger. 1998. " Pension Systems and prospects in Asia and the pacific." *International Social security review*,Vol.58, No.3, 63-87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp.56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp.260-267

インターネット掲載ページの場合は、そのページのタイトルとURL、ダウンロード日を明記してください。

UN (2009) Human Development Report 2009,Human development indicators,
<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/> (2010年6月3日)

9. 原稿の提出方法

編集作業はDTP (Desk Top Publishing) にて行いますので、以下の点についてできるだけご協力頂ければ幸いです。

- (1) 原稿はデジタルで提出してください。基本はメールに添付ファイルで結構ですが、ファイルの読み込みが困難な場合はCDなどのメディアに記録したものをご提出いただく場合もあります。
- (2) テキスト形式だけでは、欧文のアクセント、ウムラウト等や和文の記号や特殊文字などが消えたり、正しく保存されなかったりする場合がありますので、紙による完成原稿の提出も併せてお願いする場合があります。事務局からご連絡いたしますのでその際にはご協力ください。
- (3) 図表についても、デジタルデータでご提出ください。デジタルデータが無い場合は手書きまたはコピーなどの完成原稿でご提出ください。その際OS (Windows、Macintosh など)、アプリケーション名 (Excel、Lotusなど)、バージョン名 (2.0など) を提出する際に明記してください。

海外社会保障研究

第185号 2013年12月発行予定 特集：貧困・格差を総合的、継続的に把握する指標の開発と活用—数値目標化とモニタリングのしくみ—

バックナンバー

- 第184号 2013年9月発行…… 特集：介護者支援の国際比較：要介護者と家族を支える取り組みの多様性
第183号 2013年6月発行…… 特集：グローバル景気後退と各国の失業者支援政策
第182号 2013年3月発行…… 特集：精神障害者地域生活支援の国際比較
第181号 2012年12月発行…… 特集：公的年金の支給開始年齢の引き上げと高齢者の所得保障
第180号 2012年9月発行…… 特集：海外の社会保障制度における国と地方の関係
第179号 2012年6月発行…… 特集：社会保障における財源論—税と社会保険料の役割分担—
第178号 2012年3月発行…… 特集：スウェーデンの社会保障
第177号 2011年12月発行…… 特集：貧困への視座と対策のフロンティア
第176号 2011年9月発行…… 特集：若年就業と諸外国の社会保障政策—労働市場政策を中心として—
第175号 2011年6月発行…… 特集：高齢女性の所得保障：年金を中心に
第174号 2011年3月発行…… 特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較
第173号 2010年12月発行…… 特集：諸外国の就学前教育・保育サービス—子どもの「育ち」を保障する社会のしくみ—
第172号 2010年9月発行…… 特集：社会保障制度における財源徴収と情報管理の国際比較
第171号 2010年6月発行…… 特集：アメリカの社会保障
第170号 2010年3月発行…… 特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ—
第169号 2009年12月発行…… 特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿の際には、この中からひとつを選択し、原稿の最初に明示してください。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。「論文」、「研究ノート」および「動向」は独創性（分析テーマ、内容、そして手法が、すでに発表されたり知られたりしていることから容易に導き出せるものではないこと）、有用性（内容がわが国の社会保障政策のあり方に重要な問題を提起する内容を含んでいること）を基本に、おおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創性や有用性があり、結果の信頼度が高く、かつ学術論文としての体裁も整っているもの（図表、参考文献などを含む文字数上限：16,000字）。
「研究ノート」：独創性や有用性は、「論文」には及ばないが、今後の発展が期待できる水準に達しているもの。併せて、結果の信頼度も相当に高く、学術論文としての体裁も整っているもの（同：12,000字）。
「動向」：「論文」や「研究ノート」に該当しないもので、有用性に優れ、諸外国の社会保障の動向などを政策資料、統計等をもとに的確にまとめているもの。併せて、内容の信頼度もあり、学術論文としての体裁も整っているもの（同：8,000字）。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、デジタルファイルも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」、及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

研究の窓

年金制度の公私のあり方……………菊池馨実

特集：年金制度の公私のあり方—企業年金のガバナンス問題—

企業型確定拠出年金制度の意義と課題……………渡邊絹子

企業年金におけるリスク管理とガバナンス……………石田成則

米国との比較から見た企業年金のガバナンス問題……………小野正昭

総合型基金を取り巻くコンテキストとコンフリクト

—判例データベースからの示唆—……………星野雄介

投稿（研究ノート）

子どもの頃の家庭環境と健康格差：肥満の要因分析……………李青雅

判例研究

社会保障法判例……………菊池馨実

一路上生活をしていた男性が福祉事務所に対してなした生活保護開始申請を「稼働能力不活用」を理由に却下した処分を違法とし、居宅保護による保護の開始を命じた原審を維持した例（新宿ホームレス生活保護訴訟）—

書評

武川正吾著

『政策志向の社会学』……………三本松政之

米澤 旦著

『労働統合型社会的企業の可能性 障害者就労における社会的包摂へのアプローチ』……………勝又幸子

編集後記 今回の特集では、国際比較の見地から諸外国における介護者支援策を取り上げました。各国の現況に関する論文を読むと、介護サービスが充実していると言われる国でも、家族など近親者による介護が依然として行われていることが見て取れます。公的な介護サービスがどんなに整備されても、家族介護が完全に無くなる訳ではなく、介護者を支える仕組みが必要だということが改めて認識されました。わが国では、介護者による虐待など痛ましい事件もしばしば耳にしますが、本特集が今後の介護者支援策にまつわる議論に少しでも貢献できれば幸いです。そして、各国の最新の状況を丁寧にご執筆くださった先生方にこの場を借りて感謝申し上げます。
(Y. S)

編集委員長

西村 周三 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

井伊 雅子 (一橋大学教授)

江口 隆裕 (神奈川大学教授)

落合恵美子 (京都大学教授)

加藤 淳子 (東京大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (国際医療福祉大学教授)

廣瀬真理子 (東海大学教授)

金子 隆一 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

宮田 智 (同研究所・政策研究調整官)

藤原 朋子 (同研究所・企画部長)

林 玲子 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

阿部 彩 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

西森 和寛 (同研究所・企画部第2室長)

竹沢 純子 (同研究所・企画部第3室長)

小島 克久 (同研究所・国際関係部第2室長)

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

白瀬由美香 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

酒井 正 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第2室長)

海外社会保障研究 No. 184

平成 25 年 9 月 25 日 発 行

編 集 国立社会保障・人口問題研究所
〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階
Tel: 03-3595-2984
homepage: <http://www.ipss.go.jp>

印刷 株式会社 弘 文 社
〒272-0033 市川市市川南2丁目7番2号
Tel: 047-324-5977

ISSN 1344-3062

●本誌に掲載されている個人名による論文等の内容は、すべて執筆者の個人的見解であり、国立社会保障・人口問題研究所の見解を示すものではありません。

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

Autumn 2013 No. 184

Special Issue: International Comparison of Caregiver Support

– Diversity of Policies to Support Care Recipients and their Families

Foreword	Nanako Tamiya
Support for Caregivers in Sweden	Junichi Fujioka
Policies to Support Caregivers in Germany	Kaori Saito
Caregiver Support in the United States: Hopes for Expansion of Regional Integrated Care through PACE (Program of All-inclusive Care for the Elderly)	Mitsuyoshi Arai
Current Conditions in the Socialization of Elderly Care and Family Caregiver Support Policies	Jung-nim Kim
Carer Support in Australia	Yasuhito Kinoshita

Book Review

Minoru Takada and Tomoyo Nakano (eds.)

Research of Modern Europe: Vol. 15 Welfare Masaki Kondo

Joan Costa-Font (ed.)

Reforming Long-term Care in Europe Makoto Kono
