

## OECD 諸国における高齢者介護

府川 哲夫

### ■ 要約

本稿では OECD 諸国における高齢者介護の現状を概観した上で、4 か国について高齢者介護の特徴をまとめ、最後に先進諸国に共通した高齢者介護の横断的課題のいくつかを取り上げて議論した。

### ■ キーワード

高齢者介護、要介護率、不適切な入院、介護コスト

### 1. 高齢者介護の現状

人口高齢化は先進国共通の現象であるが、高齢化の様相は国によって異なる。日本は高齢化のスピードが速いだけでなく、2000年では既に先進国の中でも高齢化が最も進んだ国の1つである。ただし、75歳以上人口の総人口に占める割合をみ

ると、スウェーデン、ノルウェー、イタリア、フランス、イギリスなどで7%以上と日本より高い(表1)。高齢人口の増加とともに1人暮らし高齢者数も増加している。多くの先進国では65歳以上の3分の1が1人暮らしであり、ドイツやスウェーデンでは40%以上である。この点で日本やスペインは例外

表1 高齢者介護に関連するデータ

	2000年			65歳以上					公的高齢者介護費 <sup>4)</sup> (1992-95)	
	総人口 (100万人)	65歳以上 人口(%)	75歳以上 人口(%)	1人暮らし Y (%)	子との同居率 Y (%)	在宅で公的サー ビスを受けている 人の割合 <sup>3)</sup> (%)	施設入所者 の割合 <sup>3)</sup> (%)	対GDP比 (%)	施設介護費 の割合(%)	
オーストラリア	18.8	11.9	5.2	86	26		7	0.7	73	
カナダ	30.7	12.6	5.6	86	25		8	0.8	67	
デンマーク	5.3	14.7	6.9	88	38	88 4 <sup>2)</sup>	7	2.2	80	
フィンランド	5.2	14.6	6.2	87	38	87 14	7	0.9	86	
フランス	59.1	16.2	7.4	82	32	90 17	6	0.5	59	
ドイツ	82.7	15.9	3.7	85	41	87 14	7	0.8 <sup>5)</sup>	45 <sup>5)</sup>	
イタリア	57.2	17.7	7.5	90	31	90 39	4	-	-	
日本	126.4	16.5	6.4	95	15	98 50	6	0.9 <sup>6)</sup>	65 <sup>6)</sup>	
オランダ	15.9	13.6	6.0	92	36	87 8	9	1.8	76	
ノルウェー	4.4	16.0	7.6	88	37	88 11	7	2.8	63	
スペイン	39.8	16.5	6.9	88	19 <sup>1)</sup>	88 25-30	3	-	-	
スウェーデン	8.9	16.7	8.4	90	41	86 5	9	2.7	-	
スイス	7.4	14.7	6.7	80	29	80 16	9	-	-	
イギリス	58.3	15.8	7.3	91	37	80 16	5	1.0	70	
アメリカ	277.8	12.4	5.9	91	31	87 15	6	0.7	67	

1) 60+ 2) 70+ 3) OECD (1998) 4) OECD (1999) 5) 1997 6) 2000

出典：OECD (1994b), Tester (1996), OTA (1993)

である。高齢者の子との同居率が高い点で日本、イタリア、スペインは類似している(表1)。先進国では65歳以上人口のうち施設に入っている人の割合は6~7%の国が多い一方で、3%から9%まで国によって大きな差があった。施設入所者の割合が高い国はカナダ、オランダ、スウェーデン、スイスなどであり、イタリアやスペインではこの割合は低かった(表1)。オーストリア、デンマーク、フランス、およびスウェーデンでは在宅サービスを拡充して施設サービスを減らす政策を遂行した結果、施設入所者の割合が著しく低下し、カナダやオランダでも同様の政策をとっている(OECD、1996)。施設入所者の割合は80歳以上あるいは85歳以上で大幅に高くなり、男性より女性でこの割合は高い。つまり、85歳以上の施設入所者割合は65~69歳の10倍かそれ以上であり、75歳以上では女性の施設入所者割合は男性の1.5倍以上である。介護施設における医療サービスの提供体制も救急医療のみのところから、ナースিংホームのようにすべての医療サービスを提供する施設までさまざまである。また、日本、オランダ、フランスでは病院が事実上介護サービスを提供している。

在宅の要介護高齢者を支援するために各種の在宅介護サービスが提供されている。在宅サービスは施設サービス以上に国ごとの違いが大きい。北欧諸国、オランダ、イギリスでは長い期間をかけて在宅サービスが発達してきたが、オーストラリアやフ

ランスなどでは近年になって在宅サービスが普及し、オーストリア、カナダ、ドイツ、イタリア、日本、ニュージーランドなどではまだ十分発達していない(OECD、1996)。在宅サービスの代表がホームヘルプ・サービスであり、ホームヘルプ・サービスを受けている割合は65歳以上人口の5~17%の国が多い。北欧4か国(デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン)では高齢者の10%以上がホームヘルプ・サービスを受けている。何らかの在宅サービスを受けている高齢者の割合はカナダ、デンマーク、ノルウェーなどで高い(表1)。多くの国で在宅要介護高齢者の主な介護者は同居している家族であるが、北欧諸国、ドイツ、イギリスなどでは同居している家族に次いで同居していない家族が主な介護者になっているケースが多かった(OECD、1996)。家族以外の人雇われて要介護者と同居して介護しているケースは一般に少なかったが、デンマークでは44%にのぼっていた(OECD、1996)。

表2は高齢者に介護サービスを提供するパターンを分類したものである。ここでは公的制度のみを対象とし、民間の介護保険等は考慮していない。介護サービスを医療サービスの一部として提供するにはすべての要介護高齢者が受給者となるが、介護サービスを福祉サービスとして提供するには資産調査によって対象者を限定するケースとそうでないケースとがある。フィンランドやスウェーデンでは長期医療ケアの責任を市に移し、

表2 高齢者介護サービスの分類

介護サービスの提供形態	医療サービス			
	税		社会保険	
	介護サービスの対象者		介護サービスの対象者	
	全高齢者	低所得者	全高齢者	低所得者
医療サービスの一部	デンマーク、フィンランド、 ニュージーランド、ノルウェー、 スウェーデン、イギリス		カナダ、フランス、(日本)、 オランダ	
福祉サービスとして	スペイン	イタリア、イギリス	オーストラリア	フランス、(日本)、アメリカ
独立型			オーストリア、ドイツ、日本	

OECD(1996)をもとに筆者作成

治療終了後にも病院に残っている高齢者の入院費を市の負担としたため、そのような入院患者数が大幅に減少した(斉藤、1997)。ニュージーランドやイギリスも医療サービスが税で賄われているが、両国は病院の長期入院病床を減らし、これにかわって民間の介護施設の増加を促進している。イギリスでは介護サービスがNHSからも(この場合は資産調査なし)、地方自治体の福祉サービスとしても(この場合は資産調査あり)提供されているので混合型である。オーストラリアやアメリカ(メディケア)では高齢者の医療保険に介護サービスを含めず、入院期間を長くしないインセンティブを働かせ、介護サービスのためには税による別の制度を用意している(OECD、1996)。一方、カナダ、フランス、日本(介護保険以前)などでは高齢者の医療保険で施設介護サービスのかなりの部分が提供されている。オーストリアでは1992年に介護手当が導入された。この制度は7段階の要介護状態に応じた現金給付で、3歳以上の全国民が対象である。要介護認定は年金金庫が行い、全額税で賄われている。ドイツでは1995年から、日本では2000年から介護保険が実施され、介護サービスは独立した社会保険の一分野として位置付けられている。フランスでは1997年から介護給付制度が実施されている。介護給付は60歳以上の要介護者に介護サービスを提供する人への報酬という形で支払われ、主な財源は国および地方の税とCSG(総合福祉拠出金)の一部である(白波瀬、1999)。

高齢期における生活の質に対する要求の上昇に伴って、高齢者が要介護になっても社会から閉ざされた施設でケアを受けるより、できるだけ住み慣れた自宅・地域で必要なケアが受けられるようにしようという考え方が1960年代・70年代にかけて広く受け入れられるようになった。この政策はAgeing in Place、Community Careなどと呼ばれている。高齢者介護の問題は1990年代に入ってそれまでより体系的に取り組みられるようになった。高齢者介護は医

療サービスや社会サービスの中で次第に取り込まれるようになったが、私的負担の性格は強く残っている。オーストラリア、カナダ、スペイン、北欧4か国などでは介護サービスを全高齢者に提供しているが、年金から利用料を徴収している。他の国々では低所得者のみ無料で、それ以外の場合にはかなりの負担を利用者に求めている。ドイツ、イギリス、アメリカでは生活扶助水準以上の所得・資産のある人はナーシングホームの利用料を全額支払わなければならない。介護サービスの利用者負担の問題は、医学的に必要な期間以上に患者が病院に入院している現象を引き起こし、ベルギー、フランス、ドイツ、日本、ルクセンブルクなどではこれが医療保険に大きな財政負担をもたらしている<sup>1)</sup>。

## 2. 各国における介護問題

### (1) ドイツ

ドイツでも介護保険が導入されるまでは、高齢者介護は資産調査付きの福祉プログラムで賄われていた。在宅介護ではやはり家族介護が中心であったが、高齢人口が増加する一方で女性の就業率が上昇するなど、潜在的な家族介護能力の低下が顕著となっていた。老人施設への入所は入所者と施設との自由な契約によるものであり、その費用も全額利用者負担が原則となっている。しかし、標準的な老齢年金額は入所のための利用料の半分程度であり、年金だけで利用料を払うことはできなかった(土田、1993)。利用料を自己負担で賄いきれない場合は社会扶助の対象となり、施設入所者の80%は社会扶助を受給していた。社会扶助は州政府および地方自治体の財源で賄われているが、失業者や移民の増加、人口の高齢化などにより社会扶助の支出増加が大きな問題となり、州政府は連邦政府に解決策を求めている。

介護保険は1995年1月から保険料率1%(労使折半)でスタートし(在宅介護給付のみ)、1996年7月に1.7%(労使折半)に引き上げられた(施設介護

給付が加わった)。介護保険のねらいは(a)在宅介護を優先し、ナーシングホームの利用を減らすこと、(b)社会扶助で賄われている施設介護の費用負担を肩代わりして州の負担を軽減すること、(c)在宅で介護に当たっている人の労働を経済的に評価すること(介護手当の支給)、などであった(Cuellar and Wiener, 1999)。ドイツの総人口8100万人のうち170万人が公的介護保険から、10万人が民間介護保険から給付を受けている。受給者の3分の2は女性であり、同じく3分の2は75歳以上である。また、受給者の4分の3は在宅介護サービスを受けており、その85%が現金給付を、10%が現物給付を、5%が現金と現物の混合給付を受けている。今回の介護保険法では一定基準以上の援助が必要な要介護者を給付の対象とし、この基準より軽度であるが、しかし定期的に介護の必要な人およそ45万人は保険料を払う義務はあるが給付は受けられない(Alber, 1994)。人口の高齢化および将来の負担増加を懸念して、保険料率は法律で賃金の1.7%と決められており、給付額は物価上昇に連動するものではない。ドイツの介護保険制度は1.7%の保険料という比較的小さな負担で大きな社会的問題を解決したとみることができる(Cuellar and Wiener, 1999)。しかし、一方で、在宅介護、施設介護ともにコストの全部をカバーしていないという指摘がある(Alber, 1994)。Reichert (1998)は介護保険の問題点として次のような点を挙げている。

- 要介護状態の認定基準が身体状態に偏っている。
- 要介護認定に地域差が存在する。
- 現金給付の選択率が高く、家庭介護の質の問題が未解決のままである。
- 給付には上限があり、介護リスクが完全にカバーされているわけではない。
- 介護保険と医療保険の連携にも問題がある。
- 介護施設におけるサービスの質や労働条件は悪化している。

在宅介護には現金給付と現物給付の選択が認められているが、現金給付の方が給付額は低水準である。現金給付を選択すれば現物給付を選択したのと同程度には家族の負担は軽減されず、反対に、より多くの人々が現物給付を選択するようになれば、介護マンパワー確保の問題がクローズアップされてくると思われる。

医療サービスと介護サービスを1つの制度で提供するオランダのようなアプローチも考えられたが、ドイツでは医療保険の後に続く5番目の社会保険として介護保険が導入された。家族による介護を支援する一環として、介護している人の社会保障を充実させている点はドイツの1つの特徴である。介護保険の導入によって介護インフラが整備され、社会扶助の支出が削減された。しかし、医療保険がすべてのサービスをカバーしているのに対して、介護保険は必要とするサービスをすべてカバーしているわけではないし、また、要介護状態のすべてをカバーするものでもない(身体的要介護に重点が置かれている)。在宅の人の医療費は医療保険が負担する一方で、施設にいる人の医療費は介護保険が負担しているという不整合も存在している。ドイツでは社会保険給付は同一要件(介護の場合は要介護状態)に対して同一給付が原則であり、個々人のニーズに応じた給付という考え方はとっていない。したがって、家族の介護の有無にかかわらず、給付は要介護状態の程度によってのみ決まり、ケース・マネジメントの手法はほとんど採用されていない。ドイツ政府の統計では介護給付の内訳は施設介護42%、在宅介護41%(現金29%、現物12%)、介護している人の年金保険料拠出7.8%などであった。また、1998年6月現在、受給者の4分の3は在宅であった。これらは在宅介護優先の政策が成功していることを示している。介護サービスの質に関しては明確な基準がないことが問題である。給付に上限があるため施設では人員不足に陥り、教育・資格の不十分な人の手助けを

受け、これがサービスの質を低下させているという悪循環もある。現金給付は要介護者に支給されているため、彼らの立場を改善し、日本で心配されていた他の目的のための使用という問題も起こっていない。しかし、一方で介護が十分に行われているかどうかという懸念は残り、そもそも重度要介護の人にはプロのサービスが必要という問題がある<sup>2)</sup>。

## (2) イギリス

イギリスの高齢者介護はNHS (National Health Service)と社会ケアによって提供されている。NHSは税を財源とした国の制度で、利用者は無料でサービスを受けられる。処方薬剤には一部負担があるが、65歳以上は一部負担が免除されている。介護サービスはNHSの継続ケアとして給付され、1995年で26億ポンドであった。社会ケアは自治体の責任で、国からの一括補助金 (block grant)と自治体の税で賄われている (国からの補助金が80%)。1995年の支出額は45億ポンドであった。社会ケアは資産調査付きで、利用料が課される。施設サービスの資産調査は全国一律で、資産に応じて次のような利用料が課されている。

本人資産が 1万ポンド～1.6万ポンド 費用の一部

本人資産が 1.6万ポンド以上 全額

在宅サービスの場合は利用料を課するかどうか、どんな資産調査にするか、は自治体ごとに決められている。ほとんどの自治体が何らかの利用料を課しているが、利用料収入は支出の10%未満である。NHSの継続ケアは病院、ナーシングホーム、および地域で受けられ (無料)、社会ケアはナーシングホーム、ケアホーム、および自宅で受けられる。65歳以上の施設人口は5%である。介護のコストはGDPの1.6% (1995)で、その3分の1は民間資金である。公費の対GDP比は今日の1.0%から将来は1.1%に上昇するとみられている。

NHSはイギリス国民に広く支持されている制度であり、医療費の対GDP比も他の先進国より低く

済んでいる。医療サービスは必要に応じて提供されるべきだという考え方が国民の中に定着している (例外:眼科、歯科は低所得者と子どものみ政府が支払う)。民間医療保険に入っている人は人口の10%で、カバーしている給付の範囲も包括的なものではない。処方薬剤には大きな患者の一部負担があるが、一部負担を払っている人の割合は15%程度である (老人、子ども、貧困者、慢性病人などは免除されているため)。NHSの特徴は税財源、患者負担ゼロ、公正な財源配分であったが、1990年代の改革で「供給側に市場原理導入」という4番目の特徴が加わった (Glennerster, 2000)。介護に関する王立委員会のMajority Reportでは介護サービスをNHSと同じような方式で提供することが最も効率的であるという結論に達し、介護のための公費をGDPの0.3%増額することを提案している (年金で1.2%節約しているため不可能ではない)。ただし、食費と宿泊費相当分は介護コストとはみなさず、全額利用者負担にすべきだとした。

## (3) アメリカ

アメリカでは高齢者 (65歳以上)のおよそ20%が1年に1回以上入院している。また、高齢者はより長く入院しており、アメリカの医療システムにおける全病床・日の3分の1を使っている (Dunkle and Kart, 1997)。介護サービスを提供する代表的な施設がナーシングホームである。65歳以上人口のうち施設に入っている人の割合は6%であるが、施設入所者と同程度に機能低下したおよそ10%の人が地域に住んでいる。ナーシングホームに入所する確率は年齢の上昇とともに急激に高まっているが、地域に住んでいる65歳の人々が死ぬまでに1度は施設を利用する確率は男性で3分の1、女性で2分の1程度である (そのうち5分の1は5年以上入所している)。

アメリカの高齢者介護サービスは50%以上が公的資金で賄われているが、サービス提供体制はバラバラである。高齢者介護費用の3分の1を負担

しているメディケイドは貧困高齢者を対象としている。メディケアはナーシングホーム費用について病院から退院した後の150日分しか給付しないため、メディケアの負担はナーシングホーム費用の5分の1以下である。メディケア加入者(65歳以上人口の97%)の60%は民間保険にも加入しているが、民間の介護保険に加入している人は5%に過ぎず、民間保険は介護費用全体の1%しか占めていない(OECD、1999)。高齢者介護費用の44%は受給者の負担である。ナーシングホーム費(年に4万ドル)は高齢者にとってきわめて大きな出費であり、ナーシングホームに入っている高齢者のうち自分の収入から入所料を支払える人は10%未満と推計されている(Dunkle and Kart、1997)。

#### (4) 日本

日本では要介護高齢者をかかえる家族の負担軽減、介護施設間の不整合の是正、医療施設における社会的入院の削減などを目的として2000年4月から介護保険が導入された。日本の介護保険は先行したドイツの介護保険から大きな影響を受けているが、次のような点でドイツの制度と大きく異なっている。

- ① 受給者は主に65歳以上。
- ② 現金給付の選択肢がない。
- ③ 市町村が保険者で建前としても給付に地域差を容認、65歳以上の保険料も保険者によって異なる。
- ④ 10%の利用者負担が課せられている。
- ⑤ 社会保険方式といっても費用の45%は公費で賄われている。

要介護度は介護に要する時間に応じて5段階に区分されている。給付内容(在宅サービスか施設サービスか、要介護度の判定)は市町村に設けられた委員会を決められ、給付内容に応じたケアプランの作成が規定されている。ケアプラン作成のために多くのケアマネジャーが必要であるが、ケ

アマネジャーの活動や介護サービスの質の問題は今後の課題として残されている。給付水準に応じて65歳以上の保険料を市町村が独自に決定するしくみを導入したことは地方自治の1つの前進として評価されている。介護給付はドイツと同様に、所得や家族介護の有無によらず要介護状態の程度によってのみ決定される。ケアプランの作成をケアマネジャーに任せないこともできるし、ケアマネジャーを変えることもできる。この点で日本のケアマネジャーはイギリスのしくみとは異なっている。一方で、実際には多くのケアマネジャーはサービス供給側に属しているため受給者の利益を必ずしも代理しないという問題も指摘されている。このほかに日本の介護保険にはコスト増加を抑制するしくみが十分に組み込まれていないという問題がある。要介護者数が予想を上回れば介護保険の支出増となる。十分な数の病床が介護保険適用に転換されなければ介護保険のコストが増える一方で、老人医療費の節約はあまり見込めない。その結果、介護保険の保険料引き上げか認定基準の厳格化や給付水準の引き下げによる支出削減が必要となる(Campbell and Ikegami、2000)。介護保険の給付は2000年度で4.3兆円(11か月分)、2004年度で6兆円程度と見込まれていたが、既に年間の給付額を1兆円程度抑制する施策が検討され始めている。

### 3. 高齢者介護の横断的課題

#### (1) 要介護率

表3はいくつかの国について在宅高齢者のADL要介護率を示したものである。この率は施設入所者の多寡に依存し、また、各国共通の基準で調査されたデータではないので、厳密な比較をすることはできない。しかし、性・年齢階級別に次のような傾向を読みとることはできる。年齢階級の上昇とともにADL要介護率は高まり、特に80歳以上で急激に高くなっている。ADL要介護率には性差が

あり、各年齢階級で女性の方が男性より高い(フランスの75歳未満と日本の80歳未満は例外)。また、日本のデータはドイツと比較的近似している。

表4は施設入所者の割合を性・年齢階級別に示したものである。各国とも80歳未満では施設入所者の割合は比較的低く、80歳以上で大幅に高まった。また、75歳以上では女性の施設入所者割合は男性のおおむね1.5倍以上であり、分母となる人口も女性の方が男性の約2倍と多いため、施設入所者は圧倒的に女性が多い。カナダやベルギーで

は年齢、配偶関係、所得、家族介護の有無が施設ケアを必要とするかどうかの重要な変数であった(OECD、1999)。子の存在は施設ケアを受ける確率を減少させ、ドイツやアメリカでも年齢や配偶者の有無が重要な変数であった(OECD、1999)。また、施設ケアの利用はサービス提供者によっても影響され、アメリカでは施設ケア利用者に対する公的支援が超過需要をもたらすことが示されている(OECD、1999)。機能障害は75歳以降急増することが多くの国で報告されている。

表3 在宅高齢者のADL要介護率

(単位：%)

年齢階級	オーストラリア (1993)		フランス (1994)		ドイツ (1993)		日本 (1995)		オランダ (1995)		イギリス (1994)		アメリカ (1994)	
	男	女	男	女			男	女	男	女	男	女	男	女
65-69	6.2	8.4	1.1	0.8	1.7		1.9	1.2	8.6	17.0	4.5	6.5	5.0	6.5
70-74	9.0	14.4	1.1	0.8	3.2		3.0	2.4	8.6	17.0	4.5	6.5	6.2	9.6
75-79	12.0	18.8	1.3	2.6	6.3		5.7	4.0	17.0	22.0	6.0	9.0	10.2	14.5
80以上	35.8	45.1	3.2	7.9	17.6		12.6	15.4	28.3	44.8	14.7	19.4	19.1	31.2
65以上	15.1	20.7	1.5	3.1	6.8		4.9	5.1	13.6	25.4	6.6	10.2	8.9	14.8
年齢階級	カナダ (1991)		スウェーデン (1995)											
	男	女	男	女										
65-74	3.9	4.9	10.0	12.7										
75-84	10.4	15.9	18.1	25.5										
85以上	35.3	46.9	35.9	36.9										
65以上	6.8	13.0	14.7	20.5										

出典：ドイツはAlber(1994)、日本は1995年国民生活基礎調査、それ以外はOECD(1998)

表4 施設入所者の割合

(単位：%)

年齢階級	カナダ (1991)	フランス (1994)		ドイツ (1995)		日本 (1996)		スウェーデン (1990)		イギリス (1991)		アメリカ (1994)	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
65-69	1.4	0.7	1.5	0.3	0.6	1.3	1.2	2.0	1.6	1.1	0.9	1.0	0.9
70-74	2.4	1.2	2.5	0.5	1.2	1.9	2.3	2.3	2.2	1.6	1.9	1.8	1.8
75-79	5.6	2.8	6.2	1.8	2.4	3.0	4.7	3.6	4.2	2.9	4.3	3.1	4.2
80以上	23.4	10.0	21.7	5.4	13.9	6.9	13.1	11.0	16.2	9.0	16.9	9.4	18.0
65以上	7.6	3.8	8.3	1.5	3.8	2.7	5.0	4.2	6.3	3.0	6.2	3.2	6.4

出典：日本は府川(1999)、他はOECD(1998)

## (2) 不適切な入院

不適切な入院、あるいは病院ベッドの不当利用（日本ではいわゆる「社会的入院」に相当）の是正の問題は入院医療費の伸びの抑制や平均在院日数の短縮のための重要な要素であるが、これは裏返せば高齢者介護の問題と密接に結びついている。ドイツでは病院ベッドの不当利用には(a)外来での治療が可能であったり、ナーシングホームへの入所が適切であるにもかかわらず病院に入院している場合、(b)入院期間が長過ぎる場合、(c)治療内容が不適切（軽い病気にもかかわらず手厚く看護するなど）、の3つの側面があるとされている（Schneider、2000）。1996年の民間の調査では病院ベッドの不当利用の割合は15%であった（松本、1998）。Schneider（2000）は(a)介護サービスの必要な人が病院にいるケースが旧西ドイツで病床の5%、旧東ドイツで20%、(b)介護保険の導入による病院コストの節約はGDPの0.1%未満、(c)病院報酬支払い方式に1件当たり包括払い制を導入したことによる節約は病院費用の20～30%、という調査結果を紹介し、ドイツにおいて病床の不適切利用を減らすことはコスト削減のためでもあるが、より根本的な目的は医療セクターの効率性・有効性を向上させるためである、と述べている。スウェーデンでは医師が治療終了を通告したにもかかわらず患者が病棟に滞在していることを病院ベッドの不当利用としている。1989年の調査では入院患者の20～25%が不当利用に該当していたが、エーデル改革実施後にその数は半減した（斉藤、1997）。このほかに1990年代前半までの結果として、スペインで病床の約30%、カナダで約20%、イギリスでおおむね10～20%（ただしイギリスでは多くの調査結果が発表されており、結果は研究者によって大きな差があった）が不適切に使用されたと報告されている（WHO、1997）。アメリカのUtilization reviewの結果からも病床利用の適切さに関する情報が得られるが、ある研究では10～15%の入院を削減

できるとしているが、別の研究では有意な効果はみられず、整合性のある結果は得られていない。

## (3) サービス提供

サービス提供者間のバランスおよび調整の問題も重要である。自治体および医療機関は受給者の実際のニーズを満たすための適切な連携なしにそれぞれ並列的にサービスを提供していることが多い。通常、医療機関によるサービスの方がコストが高い。この問題は介護保険のような共通の公的制度の導入によって緩和されるとみられる。

施設ケアからコミュニティ・ケアに切り替えても大きなコストの節約にはならないことを研究結果は示している。その理由として、在宅サービスの需要はきわめて価値弾力的であること、介護のコストは介護の場所ではなく要介護の程度に主に依存していること、の2つが挙げられる（OECD、1999）。重度要介護の人には、自宅にしようと施設にしようと同様のコストがかかるということである。ここから、要介護者の在宅・施設間の配分はニーズにあった介護を前提に、最もニーズの高い人に施設ケアを提供すべきであるという考え方が導かれる。

## (4) 高齢者介護のコスト

医療と同様に、介護に要する費用も公的と私的の合計であるが、私的介護費についてはデータのない国も多い。OECD（1999）によると高齢者介護に要する総コストはGDPの1.5%以下の国が多いが、オランダ、ノルウェー、スウェーデンではGDPの2.7～2.8%ときわめて高い。ノルウェーとスウェーデンではそのほほすべてが公的制度によるもので、この2か国以外にデンマークとオランダも公的介護費（対GDP比）が高い（表1）。公的介護費のうち施設サービスのシェアは70%前後あるいはそれ以上の国が大部分であるが、ドイツは在宅介護優先政策が功を奏して施設介護費の割合は45%と低い<sup>3)</sup>。将来の介護費用は高齢者の健康状態や寿



命の動向に依存する。人口高齢化の影響は高齢者の健康状態の向上によってある程度相殺され、OECD (1998)によると公的介護費(対GDP比)は今後とも現在より大幅に増加すると推計されている国はない(日本は例外で、2000年0.8%、2020年1.4%と推計されている)。

(5) 高齢者にかかる医療・介護のコスト

若年の失業を緩和するために高年者の引退を促進する政策は今日では疑問がもたれている。人口が高齢化しており、この政策は将来の年金財政をさらに悪化させることが懸念されるからである。さらに、職場での教育・訓練に高年者の経験やノウハウが重要な役割を果たしていることが示され、引退年齢の引き上げ、早期引退から「なだらかな引退」への転換などが考慮されている。高齢者に提供されている社会サービスの全体像をとらえることによって、介護サービスの位置付けがより鮮明になる。高齢者にかかる社会的コストとしては公的・私的なしくみによる年金、医療、介護、福祉のコスト(ただし、いずれも高齢者分)の合計が望ましいが、それにふさわしいデータはなかなか得られない。表5は65歳以上の高齢者にかかる医療・介護のコスト(対GDP比)を7か国について試

算したものである(医療は65歳以上の分であるが、介護は国によって65歳未満の分も含まれている)。表5によるとスウェーデンを除いて公的制度による医療・介護の合計コストはGDPの4%以下である。イギリスではこのほかに公的年金がGDPの約6%、社会サービスが0.4%で、合計すると65歳以上の高齢者にかかる社会的コストはGDPの約9.5%と推計される。

4. むすび

本稿ではOECD諸国における高齢者介護の現状を概観した上で、4か国について高齢者介護の特徴をまとめ、最後に先進諸国に共通した高齢者介護の横断的課題のいくつかを取り上げて議論した。独立した介護保険制度を採用している国はこれまでのところドイツと日本だけであるが、高齢者介護の問題は古くから存在しており、どのような制度で介護サービスを提供しようと、(a)要介護認定、(b)給付の種類(現物給付 vs 現金給付)、(c)介護サービスの質および介護マンパワー、(d)医療サービスと介護サービスの調整、(e)費用負担と財源、などは各国に共通の課題である。80歳あるいは85歳以上の人にとって介護ニーズは普遍的なものであり、この要介護というリスクに対して公的制度

表5 高齢者(65歳以上)にかかる医療・介護コスト(対GDP比)

(単位：%)

	カナダ	フランス	ドイツ	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
公的+私的							
医療(1995)	3.6	4.1	3.4	3.0	2.7	2.9	5.2
介護(92-95)	1.1	-	-	-	2.7	1.3	1.3
公的制度							
医療(1995)		3.3	2.6	2.4	2.2	2.4	
介護(92-95)	0.8	0.5	1.0 <sup>a</sup>	0.9 <sup>b</sup>	2.7	1.0	0.7

医療：OECD (1998)をもとに高齢者分を計算

介護：OECD (1999)

<sup>a</sup> 1997年の数値. Schneider (2000)

<sup>b</sup> 2000年の数値

がどこまで、どのようにカバーすべきかについて先進諸国は模索を続けている。

医療と介護の関係については、医療の後に介護と位置付けて医療サービスの一部として介護サービスを提供している国も多いが、一方で長期ケアの中の急性期治療部分が入院期間であるとする見方(Kane and Kane、1989)もある。日本をはじめカナダ、フランス、ニュージーランドなどでは病院の長期入院棟で多くの介護サービスが提供されている。しかし、介護サービスを提供する施設としては病院のコストが最も高く、コストおよび提供されるサービスの質の両面で病院に代わる施設が求められている。公的年金の充実などにより高齢者の所得水準が向上したため、日常生活にかかる出費に相当する部分は利用者負担(少なくとも部分的な)が求められるのが普通になっている。医療では高額な出費から患者を守ることが一般的な原則になっているが、介護ではコストのかかる介護施設への受け入れは要介護度の高い人に限る措置がとられることが一般的である(OECD、1999)。介護コストの財源が税金・保険料のいずれであるにせよ、効率的な運営のためには提供されたサービスのアウトプット指標が必要である<sup>4)</sup>。介護サービスの質の確保と関連して民間の介護サービスをいかに活用するか、民間の介護保険にどのような役割を期待するか、なども今後の高齢者介護を形作る重要な要因である。

#### 注

- 1) この段落はOECD(1996)に依拠した。
- 2) この段落は1999年10月の日独社会保障共同研究シンポジウムにおけるBernd Schulte氏の講演およびCuellar and Wiener(1999)をもとにした。
- 3) ドイツでは介護している人の年金保険料を介護保険が負担しており、これが施設介護費の支出に占める割合を低下させていることは確かである。
- 4) RUG(Resource Utilisation Groups)スケールがアメリカで開発され、他の国々でも介護サービスの価格設定のために使われ始めている。ドイツやフランスでは

在宅の介護手当の等級を決めるための障害スケールが開発されている。

#### 参考文献

- Alber, J. 1994. *Paying for Long-Term Care in a Social Insurance System: The Example of Germany*.
- Campbell, J. C., and N. Ikegami. 2000. "Long-Term-Care Insurance Comes to Japan." *Health Affairs*, 19 (3).
- Cuellar, A. E., and J. M. Wiener. 1999. "Implementing Universal Long-Term Care Insurance in Germany." *The Public Policy and Aging Report*, 10 (3).
- Dunkle, R. E., and C. S. Kart. 1997. "Long-Term Care." In *Gerontology: Perspectives and Issues*, edited by K. F. Ferrano, Second edition. Springer.
- Glennester, H. 2000. *The United Kingdom's New Health and Welfare Policy: A Changed Role for Markets*.
- Kane, R., and R. Kane. 1989. "Transitions in Long-Term Care." In *Aging and Health Care: Social Science and Policy Perspectives*, edited by M. Ory and K. Bond. New York: Routledge.
- OECD. 1994 a. *New Orientation for Social Policy*.
- OECD. 1994 b. *Caring for Frail Elderly People: New Directions in Care*.
- OECD. 1996. *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*.
- OECD. 1998. "Long Term Care Services to Older People, A Perspective on Future Needs: The Impact of an Improving Health of Older Persons." *Ageing Working Papers* 4.2.
- OECD. 1999. *A Caring World: The New Social Policy Agenda*.
- OTA. 1993. *International Health Statistics*. Office of Technology Assessment, United States Congress.
- Reichert, M. 1998. *Financing Long-Term Care in Germany: Does the German Model Really Work?*
- Schneider, M. 2000. *Improper Use of Hospital Beds in Germany*. IPSS STUDY SERIES 2000.2.
- Tester, S. 1996. *Community Care for Older People: A Comparative Perspective*.
- WHO. 1997. *European Health Care Reform*.
- 齊藤弥生 1997「スウェーデンのエーデル改革」医療経済研究機構編著『医療白書1997年版』日本医療企画
- 白波瀬佐和子 1999「高齢者福祉サービス」『先進諸国の社会保障6 フランス』東京大学出版会
- 土田武史 1993「ドイツの長期ケアと介護保険」『海外社会保障情報』No. 104
- 松本勝明 1998『社会保障構造改革—ドイツにおける取り組みと政策の方向—』信山社
- (ふかわ・てつお 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長)