

アメリカの長期ケア (Long Term Care) における 障害者支援と高齢者支援

北野 誠一

■ 要約

今後、先進諸国共通のベビーブーム世代の高齢化に伴う、長期ケア (LTC) ニーズの増大に対して、各国はどう対応しようとしているのか、その共通点と特異性を明らかにしようとしたものである。その中で、この論文では、先進諸国の中でもやや特異な、アメリカの急性期ケア (AC) と LTC の両者に関係するメディケアとメディケイドの設立およびその歴史的展開、そしてその現状と抱える問題点を概括した。さらに、その AC と LTC の関係および障害者支援と高齢者支援の関係とその問題点を考察した。

■ キーワード

メディケア、メディケイド、長期ケア (Long Term Care)、急性期ケア (Acute Care)、国際生活機能分類 (ICF)

I はじめに —問題提起—

長期ケア (Long Term Care) が深刻な問題であるのは、先進諸国共通である。OECD は、最近「高齢者の長期ケア (Long-term Care for Older People)」¹⁾ という、19 の OECD 加盟国の長期ケア政策の最新動向に関する報告書を出した。今後、先進諸国共通のベビーブーム世代の高齢化に伴う、長期ケアニーズの増大に対して、各国はどう対応しようとしているのか、その共通点と特異性を明らかにしようとしたものである。

その全体的な比較対象表 (表1) の項目のひとつに、各国の長期ケアの給付の資格要件があり、そのことに関して、以下のような説明がなされている。

「多くの国では、長期ケアプログラムは、すべての年齢のグループを対象にしている。韓国と日本はその点では例外であり、アメリカのメディケアプログラムもまたそうである。」(p.21)

本稿においては、この例外とされた3国のうち、

わが国とアメリカの特異性と、それが向おうとしている方向性、さらには、向うべき方向性(とるべき戦略)について、若干の考察を行なうこととする。

ここでまず、表1を見てみたいと思う。これは、OECD の報告書からの引用だが、私の少しは理解できる5カ国に絞って訳してみた。別に間違ったことが書かれているわけではないが、例えば、カナダで言えば、資格要件は全年齢と書かれている。すべての州を調べたわけではないが、例えば、ブリティッシュ・コロンビア州では、確かに、継続ケア (Continuing Care) という名称で、肢体障害者と高齢者は窓口が一体化されているが、知的障害者と精神障害者は、それぞれ、その相談の窓口もアセスメントも、支援システムもまったく別である。それが、スウェーデンの場合には、各自治体ごとに、違いはあっても、窓口は一本化されているわけだが、それでも、小規模な自治体では、高齢者や身体障害者に比べて、知的障害者や精神障害者に対する支援がきちんとなされていないことが判明

表 1

| | ケアタイプ | プログラム | 財源の出所 | 給付のタイプ | 資格要件 |
|--------|-------|----------------------|----------|------------------|-------------------------------------|
| カナダ | 在宅ケア | 州 (Provincial) プログラム | 税財源 | 現物給付 | 全年齢 一般的に資産調査あり |
| | 施設ケア | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 |
| ドイツ | 在宅ケア | 介護保険 | 保険拠出 | 現物給付+現金給付 | 全年齢 普遍的 |
| | 施設ケア | 同上 | 同上 | 現物給付 | 同上 |
| 日本 | 在宅ケア | 介護保険 | 保険拠出+税財源 | 現物給付 | 40～64歳15疾病のみ、65歳 以上すべての障害 普遍的 |
| | 施設ケア | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 |
| スウェーデン | 在宅ケア | 公的長期ケア | 税財源 | 現物給付 | 全年齢 普遍的 |
| | 施設ケア | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 |
| アメリカ | 在宅ケア | メディケア | 保険拠出 | 現物給付 (看護ケアのみ) | 障害者および65歳以上 普遍的 |
| | 施設ケア | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 |
| | 在宅ケア | メディケイド | 税財源 | 現物給付 | 全年齢 資産調査あり |
| | 施設ケア | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 |

して、元厚生大臣のリンクビスト達の実力によって、より権利性の強い「障害者援助サービス (LSS) 法」が制定されたわけである²⁾。

OECD の報告書では、その第2章で、ケアの継続化が議論されているが、そこでは、障害者支援と高齢者支援の連続性や継続性が議論されているのではなく、主に医療ケアと長期ケアの連続性や継続性が取り上げられている。そこでは、在宅ケア利用者の8割、施設ケア利用者の9割が高齢者なので、長期ケアプログラムと高齢者長期ケアは互換可能な概念とされている (p.25)。

OECD の報告書が、高齢者問題に関するものだからそうなのだろうが、これではその問題点も、これからの議論も深まりようがない。ここで、いくつか問題点を明確にしておきたいと思う。

① アメリカや OECD 等で、長期ケア (Long Term Care) と呼ばれているものは、そもそも、いかな

る概念で、何が含まれ、何が含まれないのか？

② 次に、長期ケアに対する概念として急性期ケア (Acute Care) や医療ケア (Health Care) が使われるが、その2つの対概念は矛盾しているのではないか？

③ 障害者支援と障害者ケアを同義語とするのか、それとも、障害者ケアは障害者支援のうち、ケアに関する部分のみだとするのか。となれば、そもそもケアをどう定義するのか。さらに、ケアを限定的に使うのであれば、高齢者ケアと高齢者支援も明確に分けるのか？

④ 障害者に対する長期ケアと一言で言うが、そもそも、精神障害者と知的障害者と視覚障害者と頸椎損傷者と脳性マヒ者と難病者にと、共通した長期ケアの概念など成り立つのか？

⑤ もし、それらに共通する支援をして、長期ケアと呼ぶのだとして、かつそれが、急性期ケアでは

ないとすれば、例えば、わが国に7万人以上存在するといわれる、精神病院の社会的入院患者は、当然長期ケアということになり、とすると、わが国の精神病院は、その多くが、長期ケア施設と位置づけられることになるのか？

これらの問題は、使用する概念を明確に定義づけておかないことからうまれる。

まず、それを、簡潔に行なっておこう。

II 概念整理

まず長期ケア(LTC)について、その国際的な使われ方をみてみよう。

IでみたOECDの報告書の定義は、次のとおりである。

「基本的な日常生活動作(ADL)に支援を必要とする人のための一連のサービス。その中心的なパーソナルケアは、しばしば、傷の手当、痛みの処方、投薬、健康管理、予防、リハビリ、あるいは緩和的ケアサービスといった基本的な医療的サービスと共に提供される。」(P.17)

これは、きわめて、曖昧な定義である。中心的なパーソナルケアの定義が無いために、どこまでのサービスが含まれるのか不明である。さらに、基本的な医療サービスを、含めているのか、共に提供はするが、長期ケアに含まないのかも不明である。

では、もう一つ、今度は、世界保健機構(WHO)の出版物「5つの先進国の長期ケア法の概観」³⁾の定義を見てみよう。

「各国によって違いはあるものの、一般的にそれは、出来る限り自立して生活したいと望む、身体的・精神的・知的に制限を持つ人に対する、保健サービス、社会サービス、住宅サービス、移動サービス、および支援サービスのいくらかを包摂したものである。多くの国では、施設ケアよりも地域-在宅ケアのほうが好まれており、障害者の家族に対す

る補足的な支援も見られる。」

社会サービスや支援サービス等曖昧な概念もあるものの、要するに、「障害の種類や程度や年齢を問わず、出来る限り地域で自立して生活したいと望む人に必要な各種のサービスの組み合わせ」のことだとは理解できる。

問題は、なぜ各国は、医療サービスや介助サービスや住宅サービスや移動サービス等の組み合わせとしての長期ケアという概念を必要としたのかである。

答えは、幾とおりか考えられる。

一般的なものは、栄養・衛生・医学の進歩と社会構造の変化からくる慢性疾患と精神疾患の増大や、寿命が延びたことによるその長期化や重度化、重篤な事故や急性疾患の死亡率が下がったこと等である。そのための支援は、その種類や量も多くかつ長期間に及ぶために、その要する費用は、個人的にも社会的にもきわめて大きいものがある。

つまりは長期ケア(以降LTCと略す)を、一時的に費用のかさむ入院中心の急性期ケア(Acute Care以降ACと略す)と分離することで、社会的に位置付けようとしたのである。

第3章で見ると、アメリカのメディケアの設立後の大きな制度変更は、基本的に、このACとLTCの関係の変更というより、どこまでをACで行い、どこからをLTCでやるのかの線引きの変更である。

では、このACとLTCの線引きは、費用問題だけなのか？

実はこの問題は、財政政策上の視点やサービス提供上の視点から見ていただけでは解けないことが分る。日常生活や社会生活に困難をきたすために、さまざまな支援を極めて長期間にわたって必要とする、障害者や慢性病者にとっては、費用問題と同様、あるいはそれ以上に、そのことは本人とその家族の生活のあり方やライフスタイルの問題である。OECDの報告書でも、その第3章は利用

者本位と選択 (Consumer Direction and Choice) となっていて、最近では現金給付や利用者がその給付をコントロールする仕組みやモデル事業が増えていと述べている。

たとえば、カリフォルニア州の在宅介助サービス (IHSS) の仕組みをみれば、それはもともと重度の身体障害者の自立生活運動から生まれたこともあって、年齢を超えて高齢者も利用でき、かつ利用者のサービス管理権や選択権も明確である⁴⁾。

このことを、図示すれば、次の図1、図2のようになる。

図1は、ACとLTCの関係を示した図である。OECDの定義は、一見医療モデルのように見えるが、医療サービスと社会サービスを対比的あるいは並列的にとらえてしまうと、両者共に必要としているこの関係は、見えなくなる。ACとLTCの違いは、医

療サービスと社会サービスの質と量の違いである。

ACは、本人にとっては、病院等で、病気・障害を治す・軽減する・安定させることを目的とする生活、つまりは闘病生活のことである。それゆえ、当然治療(リハ)計画が個人支援計画の中心になるわけだが、それでも、本人の望むライフスタイル(参加と役割)の展望に可能な限りふさわしい治療方針やリハ計画が、本人と医療スタッフの間で、インフォームド・コンセントされることになる。さらに、個人支援計画には、社会サービス中心の自立生活支援計画も加えられる。図2にあるように、所得保障問題や家庭生活支援等は、入院生活等でも無関係ではないからである。

一方、LTCは本人にとっては、病気・障害とうまく付き合いながら、本人らしいライフスタイル(参加と役割)を最大限実現する、つまりはエンパワー

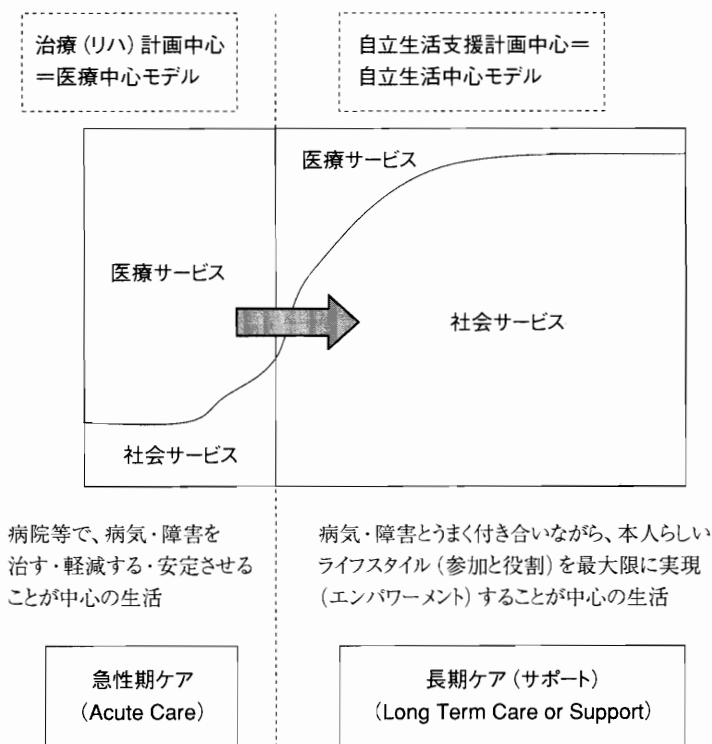


図1 日常生活に影響を及ぼす何らかの病気・障害に必要な支援の方向性

| | | | |
|--------|----------|-------------|----------------|
| 医療サービス | 医療(支援) | 医療(支援) | 医療(支援) |
| | 保育(支援) | 就労(十所得支援) | 年金(支援) |
| | 教育(支援) | 生涯学習(支援) | 生涯学習(支援) |
| | 余暇(支援) | 余暇(支援) | 余暇(支援) |
| | 家庭生活(支援) | 家庭生活(十住宅支援) | 家庭生活(十住宅支援) |
| 相談支援 | | | |
| 社会サービス | | | |
| | 児童期 | 18~22歳 | 大人期 65~70歳 高齢期 |

図2 児童期・大人期・高齢者期それぞれが必要とする医療サービスと社会サービスの内容

メントすることが中心の生活である。ここでも、医療サービスは終わったわけではなく、病気や障害によっては、相変わらず、そのことにかかなりの時間を要することも多い。人工呼吸器を使用する人や、人工透析使用者等がそうだが、それは、量の問題だけではない。本人の望む社会参加や家庭内での役割等を遂行するためには、病院生活では困難であり、在宅医療や社会サービスを駆使しながら、在宅や地域で生きることが求められる。

図2は、そのことを、児童期から高齢期に至るライフサイクルの視点から見た図である。OECDの報告書もいうように、一見LTCのニーズは、高齢期に集中しているような錯覚にとらわれやすい。それは、LTCを医療的サービス中心にとらえてしまい、社会サービスをとらえ損ねているからである。そして、そのことが、まさにアメリカやわが国の身体障害者中心の自立生活運動や、知的障害者中心のピープルファースト運動が訴えたことである。

図1でLTCをLT Support長期サポート(支援)に変えたのには、意味があるのだ。LTCを、「障害の種類や程度や年齢にかかわらず、その長期的な障害のゆえに支援を必要とする人に、出来る限り地域で自分らしく生活できるように、医療サービスや各種社会サービスを提供すること」と定義すれば、

それが医療モデルではなく、自立生活モデルに基づく支援であることは明確だが、だとすれば、それは、ケアという、どちらかという、支援する側のイニシアティブが感じられる表現より、サポート(支援)という、利用者の側のイニシアティブを含んだ表現の方が望ましいといえよう。

ところが、問題は解決していない。このような、エイジフリーでかつすべての障害に対応する定義にすると、例えば、主に児童期に関係する成長・発達や教育に関する支援や、主に大人期に関係する就労に関する支援をどう位置づけるのかがまず問題となる。それらを除いたものをLTCとみなす考え方もありうる。私は、そのような考え方に組まない。LTCの障害者・高齢者にとって持つ意味を鑑みれば、これらを除くと、彼らの主体的な社会参加や役割というエンパワーメントの側面が弱められて、ケアする側中心の医療モデルが強められてしまう。これは、ICF(国際生活機能分類)の概念を使えばきわめて明解である。特定の時代と社会におけるその本人の性別と年齢において一般的な社会的参加と役割を前提として、そのうち、本人が希望するその参加や役割を制約する阻害的環境要因をどう改善し、それを展開させうる促進的環境要因をどう支援して

ゆくのかということである。

もう一つ、今までの議論とは違った視点からの議論も必要となる。つまり、その支援がいかに関与者の参加と役割にとって重要であろうとも、費用が掛かりすぎる場合や、本人に負担能力がある場合に、誰がその費用を負担するのかという問題である。これは、まさにその社会が、社会的合意の下に、ある種の線引きをするほかない。例えば図2の中で、児童期・大人期・高齢期すべてに入っている社会サービスとしての、余暇支援をどう考えるかである。

それを一括りにして、そのような遊びは極めて個人的なものだから、それは本人またはその家族の支出すべきものという見解もある。そうではなく、特に障害をもつ児童の場合は、健常児のように自然に社会的集団や社会的経験を積むことが困難であり、ひいてはそのことが本人の参加と役割の決定や実現に困難を引き起こすがゆえに、それに対しては、一定の社会的サポートがあつてしかるべきという考えも成り立つ。

III メディケア

1. メディケアとは

アメリカは、国民健康保険ではなく、極めて政治的な配慮から、1965年にスタートした高齢者を中心としたメディケア(Medicare)と、低所得者を中心としたメディケイド(Medicaid)の2本立てで行くわけだが、それぞれの縄張りや線引きの政策的駆け引きが、連邦政府と州や自治体間で行なわれている。

さらに、病院関係者とナーシングホーム関係者と在宅ケア関係者、さらには、医師会とマネジドケア関係者が、そして高齢者の最大団体であるアメリカ退職者協会(AARP)と障害者団体といった、利害関係者(Stakeholder)達が、入り乱れて、「民主主義の実験」なるものを演じているらしいが、私たちにとっては、なんとも、追いかける

だけでも大変な国である。

それでもわが国と違って、説明責任と情報公開と自己主張の好きな人たちの国では、連邦保健福祉省(DHHS)のみならず、それぞれの立場から見た制度政策の問題点や要求点が、それぞれのホームページで臆することなく展開されていて、面白かつ見晴らしがよい。

まず、メディケアから述べる。昨年メディケアは、生誕40年を迎え、AARPから記念の報告書も出された⁵⁾。

メディケアは、OECDによれば、極めて特異な主に高齢者のみを対象としたACとLTCの制度だと言われている。メディケアには、入院等の保険である強制加入のパートAと、医師等に対する診療報酬をカバーする任意加入のパートBがある。それが、基本的に65歳以上を対象とし、さらに、強制加入のパートAと任意加入のパートBに分けられたのは、基本的に自由診療を標榜する医師会(AMA)と、高齢者の支払いの困難性に苦慮する病院協会(AHA)の両者に対する政治的配慮ゆえの折衷案と言われている。65歳未満については、医師会、病院協会共に受け入れていないが、パートAについては病院協会は受け入れており、あくまで自由診療を求める医師会に対してパートBを任意加入とすることによってその妥協を引き出したと言われている。そしてその後もクリントン政権下の国民医療保険の不成立のゆえに、未だに国民医療保険を持たないために4000万人以上の未保険者の存在する国なのである。

ここで、LTCの部分だけを見ておこう。と言っても、実は、メディケアは、ナーシングホームに対する給付も、在宅保健サービスにおいても、ACの流れの一環、あるいはPost ACの枠内であって、LTCとして登場するとは云い難い。と言うのは、ナーシングホームの給付を受けるためには、直前の入院歴や、医師が連続して専門的な看護を必要とすると認められた場合しか適応されないからである。

それでも、施設ケアから在宅ケアという政策誘導は、一応なされている。というのは、ナーシングホームは100日間の給付のみで、あとは全額自己負担、さらに100日間も20日を越えると1日につき119ドル(2006年の額)の自己負担がある。一方、訪問看護のほうは支給期間の制限も費用負担もない。2003年現在で、総支給額2800億ドル、そのうちナーシングホームや訪問看護等のLTC(統計では、まさにその内実どおりPOST-ACUTEとなっている)には9%が使われている。

2. メディケアの歴史的展開

① 1972年の改正

2年間継続して障害年金を受給する者と、末期腎臓病患者が、その資格要件に含まれた。このことは、メディケアが、高齢者と障害者の両方を対象にするようになったとは言えるが、それはあくまで、一部分であって、一般就労と繋がっていない多くの障害者は対象外である。

ちなみに、2003年度のデータによれば、65歳以上の対象者は3500万人、64歳以下の対象者は600万人である。

② 1984年のDRG-PPSの導入

アメリカの診療報酬方式は伝統的に「出来高払い(fee for service)」であるが、医療費の上昇を抑えるために、この「診断群別定額前払い制(DRG-PPS)」を導入した。その結果、ACとしての病院入院期間が切り詰められ、メディケアのLTCは、極めてPOST-ACあるいはSUB-ACとしての側面が強まったといえる。そもそもアメリカには、医療保険上のLTCしかなく、さらに公的医療保険のメインが高齢者中心の医療保険ということになれば、自ずと医療モデル中心にならざるを得なかったのである。LTC施設としてのナーシングホームは、わが国の特別養護老人ホームや老人保健施設だけでなく、身体障害者療護施設を兼ねているが、まさに

アメリカの重度の身体障害者の自立生活運動はこの高齢者中心の医療モデル施設からの解放運動でもあったのである。統計を見れば、65歳以下のナーシングホーム利用者は、1977年13.0%、1985年10.9%、1999年9.7%と着実に減少してきている。逆に85歳以上の後期高齢者が、34.8%、40.9%、46.5%と過半数に迫りつつある⁶⁾。

これまでの、アメリカの障害者からのヒアリングでは、高齢者特に後期高齢者と若年障害者の年齢を超えたナーシングホーム利用の評判が悪いのは、医療モデルと高齢者支援がその中心だとすれば、当然であろう。

では、知的障害者や精神障害者もナーシングホームを利用しているのかといえば、さすがに違う施設体系を持っている。ただし、精神障害者の場合は、1970年代からの地域での受け皿なき脱病院化の中で、高齢者を中心にナーシングホームにかなりの精神障害者がいると言われている。

③ 1997年の改正

1990年代に入って、施設入所を必要とするレベルという訪問看護の利用要件が、緩和されたために在宅サービスが大きく展開されたが、その後、1997年の改正で一旦抑制され、その後も抑制と緩和を繰り返している。

アメリカでは、施設支援と在宅支援は、メディケアやメディケイドの政策誘導によることが多いが、それは、財政事情と共に、サービス関係者や障害者の運動によることが多い。さらに、在宅の各種のサービスはもちろん、ナーシングホームの単価も私費とメディケアとメディケイドでは同じ施設においても異なっており、州によっても大幅に異なる。(例えば、2001年のデータによれば、Wisconsin州とCalifornia州を比べれば、メディケイドで一日一人190ドルと78ドルと2.5倍以上の差がある。在宅の場合もメディケイドの地域住宅サービス(HCBS)で121ドルと60ドルとこれまた2倍の開きがある⁷⁾。)

④ 2003年の改正

「the Medicare Modernization Act of 2003」は、2つの大きな変化を引き起こす可能性がある。

一つは、2006年にこれまでメディケアには組み込まれていなかった薬剤の処方に関するパートDが始まるのだが、その給付を受けようとする者は、基本的にマネジドケアの民間保険に加入しなければならない。(現状の出来高払いの制度を使う場合は、民間の薬剤処方保険に加入しなければならない。)そのために、2003年現在480万の加入者にとどまるマネジドケアの利用者は、急激に広がると思われる。マネジドケアの最大の特徴は、保険受給者がサービスを利用するごとにサービス提供者に一定の費用を払うのではなく、マネジドケア業者が保険料の範囲内で、受給者の支援計画とサービス受給量をコントロールする方式である。

もう一つは2006年には、各County(県)に2つ以上のマネジドケアの選択肢を用意するということである。

つまりは、さまざまなサービスがパッケージされているが保険料も高いマネジドケアと、保険料は安いサービスの種類の少ないマネジドケアの選択を求められることになる。Countyごとに、マネジドケアとの契約内容は異なるが、2004年、2005年とも、当初のしほりを越えて、出来高払いよりも8%高い単価になっていることもあって、いよいよメディケアもマネジドケアを中心とするシステムに向う模様である。

IV メディケイド

1. メディケイドとは

メディケイドも、メディケアと同じ1965年の社会保障法改正によって成立したのだが、メディケアと違ってほとんど議論されないまま、いわばニッチ的な存在として生まれたといえる。当初は、一部の企業の民間医療保険が適応されない貧困層のた

めの、まさに「医療扶助」と呼ぶにふさわしい制度であった。ところが、その歴史的展開の中で、その対象やサービス内容をどんどん拡大しながら今に至っている。1972年当時は総支給額62億ドルだったメディケイドは、2005年のデータによれば、その総支給額は3290億ドル(約40兆円)、3420億ドルのメディケアとほぼ同額にまで膨れ上がった。今年1月20日のABCニュースによれば、2004年度の各州平均の総予算に占めるメディケイドの支出割合は、ついに義務教育費の21.5%を超えて、第1位の21.9%になったという。わが国の国家予算の半分にもなろうとするメディケイドは、これはもうニッチなどといった存在ではなく、アメリカの低所得の児童・母子・障害者・高齢者を包括する、さらに保健医療と社会福祉を、ACとLTCを、医療サービスと社会サービスを包括する制度である。まずはその概要を、簡単に見ておこう。

① 対象者

資産調査(Means-Test)を伴うために、生活保護の一メニューのように思われがちだが、SSI(Supplemental Security Income: 補足的保障所得)受給者は、無条件で対象となることに注意する必要がある。低所得の障害児・者と高齢者のためのSSIは、もちろん資産調査を伴うわけだが、2005年12月の受給者総数713万人のうち、障害児104万人、障害者487万人、高齢者122万人である。これを2004年度のわが国の生活保護統計による受給世帯総数100万世帯(実保護人員142万人)のうち、傷病・障害世帯の35万世帯と比べてみよう。世帯単位と個人単位の違いはあるが、国の人口が2倍以上違うことを差し引いても、この桁違いの受給者数の違いは、どこから来るのであろうか? それは、極めて簡単で、障害者のうち、一定以上の低所得家庭の障害児と、18歳を超えて就労できない、あるいは、一定以下の所得の障害者は全員、申請さえすれば親兄弟に所得があろうとなかろう

と、一緒に暮らしていようとなかろうと、SSIを受給できる。一定以上の障害をもつ人の一般就労の困難性は、世界共通であり、アメリカにおいても、障害者の就労率は、非障害者と比べて低いものであるが、そのことは即SSIの権利となり、さらにそれが、メディケイドの権利性(Entitlement)とリンクしているのである。

さらにいえば、すべての州に義務づけられたSSI受給者のような絶対的困窮者(Mandatory Needy)ではなく、州が裁量できるオプションな困窮者(Optional Needy)には、最高でSSI連邦給付水準の300%までの施設入所者や在宅サービス利用者が受給可能であり、さらに州の裁量で利用者負担をとることができ、また、所得や資産要件が、医療の多大な利用によらなければ満たされない人等の医療的困窮者(Medically Needy)を含めれば、その対象はもう、わが国の国民健康保険に近いものがある。ちなみに、2004年度受給者の半数以上が、その会社が医療保険を提供しない勤労者家族のメンバーである。

② 給付内容 (ここでは、LTC 関連に限定して説明)

給付には、すべての州に義務付けられたナーシングホーム等の基礎的サービスと、州が自由に選択できる知的障害者の中間ケア施設や在宅ケア等のオプションなサービスがある。これらのサービスについては、一旦その内容や支払い方式を州が決定すれば、利用者制限や地域限定をすることは許されない。その意味で、メディケイドのサービスは権利性(Entitlement)を有すると言われている。ところが、そのような、許されない制限を課す事が出来る方法がある。それがMedicaid Waiverつまりはメディケイド権利放棄である。これは、州がサービス量を一定の枠内に抑えるため等のゆえに、あるサービスの対象者を限定したり、地域を限定したりする許可を連邦政府に取り付けるやり

方である。主なメディケイド・ウエーバーは、Home and Community Based Services Waiver(地域在宅サービス・ウエーバー以下HCBSWと略す)と呼ばれているものである。

実は、その権利性も含めて、メディケイドの給付のどこに位置付けられるのが大きな問題である。たとえば、カリフォルニアのIHSSは、メディケイド・ウエーバーを使わずに、オプションなサービスのメニューである在宅ケアを主な給付財源としている。そのことは、ACとの関連を問題とすることなく、かなり広範な介助ニーズに対応が可能な側面と、それがウエーバーではないがゆえに、受給要件に当てはまるすべての州民にとって、待機リストなき権利性(Entitlement)を付与する側面を持つわけである。

③ 費用支払い方式

メディケイドは、資格要件対象者も、またその州も、連邦政府に対して権利性(Entitlement)を有すると表現される。それは、資格要件に当てはまる人が申請すれば、その予算状況にかかわらず、州はサービスを提供しなければならないし、連邦政府もその応分の負担をしなければならないからである。これは、わが国で言うところの、国の裁量的経費ではなく、義務的経費であるというに近い。実際に、クリントン政権下の共和党多数派が、その義務的経費化を嫌って、それを、州ごとに予め決められた方式に基づいて配分する案として提出したが、クリントンのビーター(拒否権)にあって廃案にされている。

メディケイドは、メディケアパートAのような労使による保険料としての社会保障税等により連邦政府が管轄・運営する制度ではない。それは、連邦政府が、全国平均に対するその州平均の個人所得に基づいて立てられた連邦医療費補助率(Federal Medical Assistance Percentage)に基づいて、費用の全体の50%から83%までを按分負担し、州政府

が連邦政府の決めた大枠の基で、大きな裁量権をもって管轄・運営する制度である。といっても、メディケア同様、実際にそれを運用するのは、各 County (県) であり、カウンティごとの違いは、マネジドケアの取り扱い一つをとっても大きく異なる。補助率をこのように州ごとに違えているのは、医療・福祉サービスの特定の州への集中や追い出しを防ぐためといわれている。

④ 受給対象者および支出の内訳

2003年度の受給者5100万人(総人口の18%)の内訳は、2500万人の児童(全児童の4分の1)、1300万人の低所得の労働者、600万人の高齢者、そして800万人の障害者である。

2003年の総支給額2680億ドルの内訳を見てみよう。大きくは、ACが58%でLTCが36%、その他6%である。LTC36%の内訳は、ナーシングホーム17%、知的障害者のための中間施設(ICF-MR)4%、精神保健サービス2%、在宅ケア13%である。ここで、もう少し知的障害者のサービスを見ておこう。(アメリカでは、てんかんや自閉症候群だけでなく、一部の脳性まひ等も含めて発達障害という概念を使うが、わが国の発達障害者とはまったく異なる対象概念のゆえに、誤解を避けるために、その主な対象である知的障害者をここでは使うことにする。)

⑤ メディケイドにおける知的障害者支援⁸⁾

メディケイドは、アメリカの知的障害者支援に関する総費用346億ドル(2002年度)の実に77%を支出している。2000年の統計によれば、メディケイド受給者総数4270万人のうち、障害者総数が658万人で、そのうちの27%の180万人が知的障害者で、さらにそのうち135万人は、一般的な医療的ケアのみの受給者で、残りの45万人はLTCの受給者である。LTCの内訳は、以前説明したHCBSWが29万人、知的障害者のための中間施設(ICF-MR)

が12万人、そしてその他の施設が3万人である。

このような概要だけを見ても、これを安易に「医療扶助」と、生活保護の一メニューのように訳してしまうことなどとてもできないことが理解できると思われる。そこで次に、その歴史的展開について、簡単に見ておきたいと思う。

2. メディケイドの歴史的展開⁹⁾

①1965～1972年(毎年53%の予算拡大 3億ドルから46億ドルへ)

メディケイドの設立と、アラスカ・アリゾナ以外のすべての州で施行された時期

②1973～1980年(毎年15%の予算拡大 46億ドルから140億ドルへ)

1972年のSSIの成立と、3種類の施設サービス(中間施設(ICF)、知的障害者のための中間施設(ICF-MR)、21才以下のための精神科病棟(IPH under21))への拡大による展開期

③1981～1989年(毎年11%の予算拡大 168億ドルから346億ドルへ)

レーガン政権による、連邦支払いを抑制するための諸法律や制度設計の提案と、その多くが不成立となった時期

④1990～1992年(毎年28%の予算拡大 411億ドルから678億ドルへ)

無保険者等が多数利用する病院に対する、一般的な償還金を超えた補助金制度である、不均等配分病院費(Disproportionate Share hospitals 以下DSHと略す)が、13億ドルから177億ドルに一気に突出して拡大したために、メディケイド全体の伸び率が増大した時期

⑤1993～2000年(毎年6%の予算拡大 758億ドルから1150億ドルへ)

DSHの突出が抑えられ、1996年に児童扶養世帯扶助(AFDC)が制度転換し、かつ1997年のBalanced Budget Actによる利用抑制効果が出てきた時期

⑥2001～(毎年概ね10%の予算拡大)

徐々にアメリカ経済がほころび始め、特に州の予算におけるメディケイドの占める割合の大きさとその更なる拡大傾向の中で、教育等の予算を圧迫しつつある現在、如何にしてその拡大を食い止めるのかという論調が目立ち始めた時期

では、実際に各州にメディケイドの拡大を食い止める手立てはあるのであろうか？ もっと言えば、本当に各州は、メディケイドを抑制しようとしているのであろうか？ 次にそのことを見ておこう。

3. メディケイドの特質とその展望

メディケイドが肥大化した理由は2つある。

一つは、何といても、この国には、国民の大多数が加入する公的医療保険制度がなかったし、今もないのだ。

そのため、今もメディケイドは他の制度政策動向や経済動向によって、その利用対象を変化させている。たとえば不況が長引けば、障害認定が多くなってSSIの受給者が増え、勢いメディケイドの受給者も増加することになる。経済動向の悪化に対する、その影響をもろに受けた市民に対する、一定のセーフティーネットとして、SSIやメディケイドが機能するのだとすれば、税収の厳しい折に、それをもってメディケイドを抑制するのが得策とは、誰も考えまい。

もう一つは、連邦政府と州政府の負担関係にある。連邦が、基本的事務的経費の50%と、給付費の50%から83%を義務的経費として負担する制度設計で、しかも州政府にかなりの裁量権があるとすれば、州政府は出来る限り州の医療と福祉に関連する事業をそこに組み込もうとするインセンティブが働く。さすがに教育関連事業をそこに組み入れるところまでにはいたっていないが、例えばIV-1-⑤で見たように、かつては州政府の事業であった知的障害者支援の8割弱が、メディケイド

に組み込まれている。その中身も、医療や施設サービスだけでなく、HCBSWを使って発達支援や余暇支援や住宅支援や就労支援にまで及んでいる。

その意味では、メディケイドは、まさに児童から高齢までのシームレスな制度であり、かつ医療サービスから各種社会サービスを包括する制度だとは言える。ところが、何度もいうように、この制度はアメリカの基本的に企業任せのAC中心の民間医療保険と、高齢者でAC中心のメディケアと4000万人を越える無保険者という制度・政策の狭間で機能する制度である。資産調査を伴うという意味で普遍的ではないのみならず、他制度のほころびを補足する制度なのである。

では、この制度は、ほころびを繕いながら肥大化するだけの制度なのであろうか？ そうとだけは言えない部分が、この制度にはある。

一つは、州の自由裁量の大きい制度ではあるが、義務的サービスメニューと選択的なサービスメニューは、かなり連邦政府の政策誘導をはらんでいる。例えば、精神医療施策に関しては、16床以上の成人病棟を義務・選択ともオミットしている。また選択的メニューである知的障害者のICF-MRは、基本的に15床以下となっている。

もう一つは、メディケイド・ウエーバーが、連邦政府とのネゴシエーションなくしては、州が実施できないことである。ここでも、連邦政府の政策誘導によって施設支援からHCBSという形で、地域支援にシフトしてきているし、そのメニューも介護を中心とするケアではなく、発達支援や住宅支援や就労支援や余暇支援等が利用可能である。つまりは、表向きは医療中心のケアの看板だが、中身は、各種社会サービスを組み込んでいる。

それは、一つにはアメリカには介護保険のような全国的な予算立てもシステムもないからである。もう一つは、多様な住民ニーズの高まりと絶対的な予算不足の中で、連邦一州一自治体の役割分担

が不明確になり、しかもメディケイドの制度的枠組みがそれを誘発する側面があったということである。もっと明確に言えば、州政府は、まずは使える限りメディケアを使い(これは100%連邦予算)、それが無理なら、メディケイドに何とか組み入れる算段をし(これは、50%以上連邦予算)、どうしても無理なものは、州や自治体の予算でやるという戦略をとらざるを得ない。

しかしいかんせんメディケアは、65歳以上が中心のサービスであり、出来る限りLTCにも活用したいわけだが、その直前の入院歴等のAC条件を緩和することは、労使折半の保険料にもろに跳ね返るだけに、簡単ではない。とすれば、メディケイドを出来る限り活用するしかない。たとえ州予算の中でメディケイドが義務教育費を超えて最大になったとしても、それを抑制することは、かえって州や自治体の単費事業予算を増やすだけとなる。

V おわりに —残された課題とその展望—

ここで、もう一度最初のご概念整理のときの2つの課題を見ておきたいと思う。

一つは、どこまでを普遍的なLTCの制度として立ち上げ、どこからを児童、成人障害者、高齢者特有の、あるいは、障害においても、肢体、聴覚、視覚、知的、精神、自閉、重心等に特有のと考えるかである。考えれば、児童、成人、高齢よりも、身体、知的、精神の方が、ニーズや支援の固有性としてはより明確である。それは例えば、知的障害者のことを考えた場合に、児童期、成人期、高齢期のニーズや支援の固有性と、知的障害者のニーズや支援の固有性を考えれば、一般的にはそうである。問題は、高齢化が引き起こすさまざまな障害と、先天的あるいは成人期以前に起こる障害のもつ共通性と異質性である。特にICFで言う社会参加や役割のニーズの共通性と違いに対する、支援の共通性と異質性の問題である。

これは、政策的にはかなりの難問である。場面場面のスポットをとらえれば、共通の食事介助やトイレ介助に見えたとしても、就労の場面での食事やトイレ介助と、教育の場面でのそれと、デイサービスのそれと、自宅でのそれとでは、参加や役割がまったく異なるがゆえに、それは参加や役割の全体の支援の一環としての介助であって、一般的な身体介護なのではない。

しかしそのことを強調しすぎると、逆にそれぞれの支援が専門特化しすぎて、費用が掛かりすぎるだけでなく、専門家や専門性による閉鎖性や、利用者支配が生まれ、利用者のエンパワーメントを損ねかねない。さらに、マジョリティーである高齢者や一般市民の理解を得ることも困難である。設計された制度に対して、誰がどのように負担するのかという問題を抜きに、議論は出来ない。

例えば、アメリカにおいても、重度障害者の就労支援政策には、不透明な部分が多い。職業リハビリテーションの一環として高等教育に参加する場合を考えても、その生活費はSSIで、学費や教育上の配慮は教育省の職業リハビリテーションプログラムと、リハビリテーション法504条項で一定までは可能なわけだが、必要な介助は州ごとの制度でばらばらな状態である。さらに、実際に就職した場合の就労に必要な支援や介助保障はどうなっているのかといえ、それも州ごとに異なる。例えばカリフォルニア州では、かなり就労に配慮されるようになってきたとは言えるものの、SSIと連動している在宅介助サービスであるIHSSは、所得が一定以上になると使えなくなり、職場内での介助どころか、在宅の介助すら失うことになりかねない。

一方、障害をもつアメリカ人法(ADA)は、一般的な差別を禁止しているだけでなく、例えば、視覚障害者の朗読者や聴覚障害者の手話通訳者を、それが過剰な負担(Undue Hardship)でない限りは、企業側にその負担を義務づけている。ADAは、連邦から州や自治体に強制(Mandate)のための費

用負担もなく、一部の合理的配慮 (Reasonable Accommodation) としての、本人に合った入力装置等の補助金は職業リハビリテーションプログラムが使えるとしても、ほとんどすべてが企業や事業者にまかせられた制度であり、職場内での介助までは行き着いていないのが、その現状である。

それでも、ADA の地域で暮らす権利 (the Most Integrated Setting) をその法理として使用した 1999 年の Olmstead 判決以降、アメリカの各州の知的障害者と精神障害者の脱施設 (病院) 化と地域生活支援は着実に展開しつつある¹⁰⁾。

また、重度の身体障害者を中心とする自立生活運動が提起した、メディケイドを使った連邦レベルでの普遍的な介助サービスに関する法案である MICASSA (Medicaid Community Attendant Services and Support Act, メディケイド地域介助支援サービス法) が、1997 年以降毎年民主党を中心に提起され、徐々に支持議員を獲得しつつある。さらに、この法案の支援者が若年障害者のみならず、ナーシングホームではなく地域での生活を希望する高齢者にも広がりつつある。今後の日本の展開を見る思いがする。

注

- 1) OECD Health Project "Long-term Care for Older People" OECD PUBLISHING 2005
- 2) このことについて、詳しくは、平成 13 年度厚生科学研究成果報告書「障害者福祉における行政と当事者のパートナーシップの可能性に関する研究」22～58 ページ 大熊由起子・北野誠一・竹端寛によるリンクピストへの長時間インタビュー 2002 年 3 月を参照のこと。
- 3) J. Brodsky, J. Habib, I. Mizrahi. "Long-Term Care Laws In Five Developed Countries A Review" p.5 WHO 2000
- 4) カリフォルニア州の IHSS (在宅介助サービス) については ① 参考文献の北野誠一の第 2 回 (1999 年 4 月号) ② D. Waterstone "California In-Home Supportive Services Program: Who is Served?" California Health Care Foundation 2004

- 5) "Medicare at 40: Past Accomplishments and Future Challenges" AARP July 2005
- 6) F. H. Decker "NURSING HOMES 1977-99 What Has Changed, What Has Not?" National Center for Health Statistics 2005
- 7) E. Fishman "The Olmstead Decision and Long-Term Care in California" California Health Care Foundation 2003 p.14
- 8) R. Hemp. D. Braddock "Ten Questions: on the Role of Medicaid for Persons with Developmental Disabilities in United States" A Working Paper University of Colorado 2003
- 9) A. Schneider. D. Rousseau "the Medicaid Resource Book" Kaiser Family Foundation 2003 p.91-92 等を参考にした。
- 10) Olmstead 判決については参考文献の北野誠一の第 12 回 (2000 年 5 月号) を参照されたい。

参考文献

- カール・ベグルズ (岡本祐三訳) 1985 『アメリカの老人医療』勁草書房
- ミュディンガー (岡本祐三訳) 1986 『アメリカの在宅ケアと老人医療保険』勁草書房
- 藤田伍一・塩野谷祐一編 2000 『アメリカ』東京大学出版会
- 李啓充 2000 『アメリカ医療の光と影』医学書院
- 河野圭子 2002 『病院の内側から見たアメリカの医療システム』新興医学出版社
- 住居武編著 2004 『新版アメリカ社会保障の光と影』大学教育出版
- 大津和夫 2005 『介護地獄アメリカ』日本評論社
- 北野誠一 1999～2002 「シリーズ 北米における権利擁護とサービスの質に関するシステム 1～27 回」月刊ノーマライゼーション 日本障害者リハビリテーション協会
- R. Stancliffe and C. Lakin Edited. 2005. *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Jim Klein. 2005. *A Researchers Guide to MEDI-CAL DATE*. State of California DHS.
- M. Bailit. 2004. *State Budget Cuts and Medicare Managed Care*. NASHP.
- K. Allen. 2005. *Long-Term Care Growing Demand and Cost of Services Are Straining Federal and State Budgets*. GAO.
- P. Posner. 2005. *21st Century Challenges: Reexamining the Base of the Federal Government*. GAO.

(きたの・せいいち 東洋大学ライフデザイン学部教授)