

アメリカの高齢者介護政策の動向

宮崎 尚

第1 米国における高齢者の状況

1 人口の高齢化

米国においても高齢化の進展が深刻な問題となっている。

連邦統計局の推計によれば、1987年における米国の65歳以上の高齢者は、約2,980万人、全人口の約12.3%を占めているが、今後、高齢者は絶対数においても、全人口に対する比率においても増大していくことが予想されている。具体的には、今世紀の間は比較的安定的に推移するものの（2000年において、3,490万人、13.0%）、いわゆるベビーブームの世代（1946～64年生まれ）が65歳に達する2010年以降急激に増大し、2010年には3,940万人、13.8%に、2030年には6,560万人、21.8%に達するものと見込まれている。また、平均寿命の伸びを反映して、85歳以上の高齢者の伸びが特に著しく、65歳以上の高齢者全体の伸びをはるかに上回るものが特徴的である。今後85歳以上の高齢者の比重が高まることは、介護を必要とする者が増大することを意味しており、将来における高齢者の介護の問題を深刻なものとしている。

2 要介護高齢者の状況

一般的に、加齢とともに高齢者の心身の機能

は低下し、歩行、入浴、食事等の日常生活動作（Activities of Daily Living ; ADL）や家事、電話、身の回りの買物、金銭の管理等の独立した社会生活を営んでいくうえで必要な活動（Instrumental Activities of Daily Living ; IADL）に支障が生じ、なんらかの介護を必要とするようになる。

1986年に行われた調査によって、ADLになんらかの支障がある70歳以上の在宅高齢者について介護を受けているかどうかを見ると、58%の者が介護を受けずに生活している。障害の程度が重くなるにつれて介護を受ける者の比率も上昇するが、ADL3動作以上に支障がある重い障害を有する者であっても、なお、31%の者がなんら介護を受けていない。

また、子供との同居が例外的である米国においては、介護を必要とする高齢者の多くが公的あるいは民間の介護サービスに依存していると考えられがちだが、実際には、大半のアメリカ人の「常識」に反し、8割以上の要介護高齢者が親族等の身近な者による介護を受けている。

これは、米国において子供との同居率が低いのは、子供の干渉を受けずに（特に経済的に）自立した生活を送りたいというもっぱら老親の側の事情によるものであり、同居率の低さが親子の接触が少ないことを必ずしも意味しないという事実を反映している。実際、1987年の連邦

統計局の調査によれば、子供がいる高齢者の3分の2が1時間以内の所に子供が居住しており、多くの場合まさに「スプのさめない距離」に子供がいることがわかる。親子の接触についても毎日接触している場合が41%、週に1度が20%となっており、米国においても高齢者の介護が強固な家庭基盤に支えられているといえよう。

第2 米国における高齢者に対する介護サービスの問題点

1 断片的なサービス供給システム

米国における高齢者に対する介護サービスを端的に表現する言葉として関係者が異口同音に口にするのが「断片的 (fragmental)」という言葉である。これは、高齢者に対する介護サービス、特に在宅サービスのサービス供給システムが多元的で、中核となる制度が存在しないために、地域毎に、また、個々のサービス毎に所得要件、障害の程度等の受給要件、費用負担、受給手続等が異なっており、サービス相互間の連携に欠け、その結果、高齢者が必要とするサービスを適切に提供することが困難な状況にあることを否定的なニュアンスで表現したものである。

2 在宅福祉サービスの立ち遅れ

高齢者に対する介護サービスのうち、「急性期のケア (acute care)」と呼ばれる医療、保健サービスについては、高齢者、障害者を対象とする一般的な健康保険制度であるメディケアの給付対象となっており、これを補完する様々な民間保険市場の発達ともあいまって、サービスの費用負担システムが確立している。このような分野では、ホーム・ヘルス・ケアに見られる

ように、市場を通じて多様なサービスが活発に供給されており、また、メディケアの給付の支払条件を通じて全国的に、サービスの内容についての標準化が進んでおり、全ての高齢者が必要なサービスを受けられる体制が一応確立している。

一方、「慢性期のケア (chronic care)」としての在宅福祉サービス (social service, supportive service) については、原則としてメディケアの対象とならず、公的な費用負担制度としては低所得者を対象とした医療扶助制度であるメディケイドが限られた場合に給付を行っているに過ぎない。また、民間の保険商品も未発達である。このため、断片的なサービス供給システムともあいまって、サービス供給のための市場が未成熟であり、私的に利用するサービスを含めた全体としても高齢者のニーズに対して十分なサービスの供給が行われず、その質についても不十分であるという問題や、要介護状態が長期にわたる場合、高齢者やその家族の経済的負担が重いものになるという問題が生じている。

このような状況にあって、高齢者に対する介護サービスの問題の中心は急性期のケアよりも、むしろその後のしばしば長期にわたる慢性期のケアの充実にあるとの認識が広まりつつあり、医療、保健サービスに比べて立ち後れた福祉サービスをいかに充実していくかが、大きな課題となっている。

3 ナーシングホームへの過度の依存

在宅福祉サービスが未整備であることと裏腹の問題としてナーシングホームへの過度の依存という問題がある。米国においては、かつて介護サービスすなわちナーシングホームと考えら

れていた時代があり、現在もなお、多くの国民がそのような誤った認識を持っている。

この問題は、一面で、ナーシングホームの費用に対するメディケイドの支出が州政府財政を圧迫しており（高齢者に対するメディケイドの支出の68%がナーシングホームに充てられている。）、その抑制が求められているという財政的問題であり、従来から、米国における高齢者介護サービスの中心課題として、不適切な入所を排除するための入所要件事前審査（Pre-admission Screening Test）の義務づけや施設の新規開設の凍結（モラトリアム）といった形で様々な対策が既に講じられてきている。

一方、米国のナーシングホームについては、サービスの質の問題や、年間20,000ドルから25,000ドルといわれる高額な費用にもかかわらず、メディケアが極めて限定された場合にしか給付を行わないことから、当初全額自己負担で入所しても長期間入所する場合は資産を使い果たし、6ヶ月後には単身者の58%、夫婦世帯の34%が、1年後には単身者の67%、夫婦世帯の46%がメディケイドの資産要件を満たすようになるというナーシングホーム入所に伴う貧困化（Spending-down）という問題が存在する。こうした中で、将来における高齢者の増大を控え、近年急速に高齢者の介護問題への関心が高まるとともに、高齢者の多くが地域で生活し続けることを望んでいるにもかかわらず、公的資金の大半がメディケイドを通じたナーシングホームの費用の負担に投入されていること自体が問題となっており、高齢者に対してナーシングホーム入所以外の幅広いサービス選択の余地を保障すべきだという観点から、ナーシングホームに偏った施策体系全体を見直し、地域ケア（Home and Community Based Care）の体制

を確立して行くことが求められるに至っている。

第3 改革に向けての政策の動向

21世紀初頭から高齢者の急増期を控え、介護サービスの現状はかなりの危機感をもって受け止められている。1988年の大統領選挙の際には、全米退職者連盟（AARP）のキャンペーンが効を奏したこともあり、内政面での大きな争点となるなど、高齢者が貧困化等の不安を感じることなく良質の介護サービスを受けられる体制を確立することが政治的な課題となっている。

このような状況の下で、サービス供給、費用負担両面で高齢者の介護サービスシステムの改革に向けて、様々な政策的試みが展開されている。

1 総合的なサービス供給システムの構築

(1) 州政府のイニシアティブ

高齢者に対する介護サービス供給システムの改革をこれまでリードしてきたのは、州政府であった。メディケイドは通常州政府が運営する制度の中で最大の財政規模であり、石油危機以降の世界的な不況により州政府の税収が低迷する中で、メディケイド財政が州財政全体を圧迫するに至り、メディケイドの支出の半分以上を占め、高齢化の進展により増大を続けるナーシングホームの費用をいかに抑制するかが大きな課題となっていた。

こうした中で、1970年代の後半から、オレゴン州をはじめとする先進的な州を中心に、ナーシングホームに代るものとしての在宅サービスの供給体制の整備が進められた。改革のポイントは、供給システムの「断片性」を克服することにあつた。すなわち、第1に、メディケア、

メディケイド、米国の老人福祉法とも言うべき Older Americans Act 等の連邦レベルの施策がいずれも中途半端にしか介護サービスをカバーしておらず、相互の連携にも欠けていること、第2に、高齢者が在宅での生活を継続して行くためには不可欠である パーソナル・ケア (Home Maker, Home Health Aide, Chore Service 等のサービスの総称。入浴、食事、歩行、更衣等の日常生活上の支障に対する介護や買物、食事の用意等の家事という我が国のホームヘルパーと同様のサービス。Home Health Aide が介護中心、Home Maker が家事中心、Chore Service が芝刈、簡単な大工仕事等の重労働的な家事サービスというようなニュアンスはあるが、名称の地域差といった側面もあり、名称の違いが必ずしもサービス内容の違いを表しているとは限らない。) やデイ・ケア等の在宅介護サービスが、本来、医療、保健サービスのための制度であるメディケア、メディケイドの対象とならないことやその他の制度の財政的制約といった理由から、十分な供給がなされていないことといった問題を解決することであった。

ア 在宅福祉サービスの充実

地域ケアの体制を確立する上での前提となるのが、従来のメディケア、メディケイドの給付対象とならなかったため、立ち遅れていた在宅福祉サービスの充実であった。具体的には、パーソナル・ケアやデイ・ケアなどの地域ケアの核となるサービスを提供するための施策の確立と、メディケイドの厳格な所得・資産要件を満たさない中程度の所得の者に対するサービスの実施が制度的な課題であった。

こうした課題に対して州政府が対応していく上で大きな役割を果たしたのがメディケイドの

ウェーバー (waiver: 特例給付) 制度、特に、1981年の立法により認められた在宅サービスウェーバー (Home and Community Based Services Waivers) 制度の活用である。この制度の下で、州政府は、1人当たりのメディケイドの費用が増加しないことを条件に、特定の地域を指定して、その地域内で、ナーシングホームの入所要件を満たすような要介護高齢者を対象に、メディケアの本来的な給付として認められていない福祉サービス等の様々な在宅サービスを給付対象としたり、在宅高齢者の資産要件を本来の3倍程度の水準まで緩和してナーシングホーム入所の場合の水準と揃えるなど弾力的な給付を行うことが認められており、メディケアを在宅と施設のバランスのとれた給付体系に再編成することが可能となる。

現在では、7割程度の州が在宅サービスウェーバーを利用した何らかの制度を実施しており、州政府が在宅サービスの充実を進める上で不可欠の制度となっている。

在宅サービスウェーバーとともに重要なのが州の独自事業であり、在宅サービスウェーバーによってもカバーできないサービスを提供したり、中程度の所得の者に対して所得に応じた自己負担を条件にサービスの提供を行うなどメディケイドを補完することにより、サービス体系全体として高齢者のニーズに応えることを可能とした。

イ サービス供給システムの整備

地域ケアの確立の上で、ウェーバー制度の活用や州独自事業の活用によるサービスメニュー、対象者の拡大以上に重要なのが、これらのサービスを高齢者が利用する場合のサービス供給システムの整備である。

高齢者が家庭での生活を継続して行くために

は、様々な在宅サービスを利用する必要があるが、個々のサービスはそれぞれ異なる事業者によって提供されている。このような状況下で高齢者が適切なサービスを受けるためには、高齢者の心身の状態や所得・資産の状況、家族による介護の可能性等を総合的に判断して、必要なサービスを決定し、当該サービスを提供している事業者を紹介するようなシステムが不可欠である。このようなシステムがケース・マネジメントであり、介護サービス改革に取り組んできた多くの州において、地域毎にケース・マネジメントを実施する機関を指定し、介護サービスを受けることを希望する高齢者に対する窓口をこのケース・マネジメント機関に一元化することにより、高齢者が必要なサービスを受けられるような体制を確立している。

(2) 様々なモデル事業の試み

米国における総合的なサービス供給システム構築の試みを振り返るとき、先進的な州政府の試みとともに、核地域における多くのモデル事業(demonstration)の果たした先導的役割を忘れることはできない。

これらのモデル事業の多くは、デイ・ケア等の新しいサービスやケース・マネジメント等の新しいサービス供給システムについてその有効性を実験する目的で、一定の期間(通常3年)に限って、メディケアやメディケイドのウェーバー(特例給付)の対象として財源を確保するとともに、評価、研究を義務づける形で実施された。

事業の実験的性格や期間が限られていることなどから、必ずしも永続的な事業として定着しなかったものも多いが、サンフランシスコのチャイナ・タウンにおいて実施されたデイ・ケアを中核とした総合的な医療・保健・福祉サービ

スのモデル事業である「オン・ロック(On Lok : 安楽居)事業」のように、その後特別立法により永続的な事業として認められたものや、ニューヨーク州における「壁なきナーシングホーム(Nursing Home without Wall)事業」やジョージア州の「代替的保健サービス(Alternative Health Services)事業」のようにその後対象地域を拡大して前述のメディケイドの在宅サービスウェーバー制度の対象となるに至ったものもある。

また、事業としては定着しなかったものでも、全米10ヶ所で実施された「全国長期ケア・チャネリング事業(National Long-Term Care Channeling Demonstration)」がその後のケース・マネジメントの発展に大きく寄与したように、事業の評価、研究を通じて得られた知見がその後の介護サービス供給システムの展開に大きな影響を与えた事業は多い。

このようなウェーバー制度の活用による政策的実験を通じて、新たなサービスやシステムの開発を行うことは、医療分野でも健康維持機構(Health Maintenance Organization : HMO)などの実績があり、米国における医療・保健・福祉政策の大きな特色となっている。

(3) S/HMOの実験

ここでは、特に、最近における注目すべきモデル事業の例としてS/HMO(Social Health Maintenance Organization)について紹介することとする。

S/HMOは、一言でいえば、HMOの給付を従来の医療サービスからナーシングホーム、在宅サービス両者を含めた介護サービスに拡大したものであり、従来のHMOが給付していた医療サービスと併せて、ケース・マネージメントの下で介護サービスを提供(年間6,500ドルか

ら12,000ドルの給付上限あり。)する。介護サービス相互間の連携のみならず、医療サービスと介護サービスの連携をも図ることで、良質の総合的なサービスの供給と、医療サービスにおける費用の抑制とを同時に達成しようとする極めて意欲的な試みといえよう。

S/HMO はまた、一種の保険システムであり、医療の分野ではHMOなどにおいて定着している定額予見払いのシステムにより運営されている。すなわち、メディケア、メディケイド両制度から支払われる加入者1人当たり定額の報酬と、加入者からの保険料（月25ドルから57ドル）をプールして、サービスに要する費用に充てており、S/HMOはこの財源の範囲内でサービスを提供するというリスクを負っている。定額予見払いシステムは、介護サービスの分野でもサービスの過剰な利用を抑制するという観点から、オン・ロック事業等のモデル事業において既に採用されているが、これらの先行するモデル事業が対象者をナーシングホーム入所要件に該当する要介護状態の者に限定しているのに対し、S/HMOは障害状態で対象者を限定していない点が特徴となっている。障害状態、所得状況、男女比、配偶関係等あらゆる点で全高齢者と相似形のグループを対象とし、健康な者も含めてリスクプールしている点で、まさに保険制度であり、費用負担システムとしての側面からもその成果は注目されている。

S/HMOは、1985年から全米4ヶ所（ニューヨーク、ミネソタ州ミネアポリス、オレゴン州ポートランド、カリフォルニア州ロングビーチ）でモデル事業として当初4年間の予定で開始されたが、その後延長され1992年まで実施されることとなっている。従って、その成果について評価を行うことは時期尚早と言えるが、

S/HMOのモデル事業の評価を連邦政府から委託されているカリフォルニア大学サンフランシスコ校のハリントン博士とのインタビューによれば1988年までの初めの4年間の実績は必ずしも思わしくない。

当初3年間は、加入者の募集が順調にいかなかったこともあり、4ヶ所すべてが赤字であった。特にニューヨークとロングビーチの2ヶ所については、他の2ヶ所と異なり、それまでHMOの運営経験がなかったことが響いて、それぞれ840万ドル、410万ドルと巨額の赤字を出し、ニューヨークについては組織の全面的見直しを迫られるに至っている。しかしながら、事業開始後30ヶ月は、安定的経営に必要な数の加入者が集まらないことを見越して、事業から生じた赤字は連邦政府によって補填されることになっており、S/HMOが財政に全責任を負うのは、4年目の1988年からであった。その1988年には、保険料、自己負担の引き上げ等の努力によりミネアポリスとロングビーチの2ヶ所が黒字を出すに至ったが、他の2ヶ所については引き続き赤字であった。

このような予想外の赤字の原因は複雑であり、また、地域毎に異なってもいるが、ハリントン博士は、加入者募集のためのマーケティングに要する運営コストがかかりすぎたこと、介護サービスとの連携により医療サービスの費用を抑制するという当初の目論みがはずれ、伝統的なHMOの給付である医療サービスで予想外の費用がかかったことを主な原因として挙げている。HMO運営の経験を欠くニューヨーク、ロングビーチでは、1,000人当たりの入院日数が全米のHMO加入メディケア受給者の平均を上回ったし、他の2ヶ所でも全米平均は下回ったものの、同じ経営主体が運営する一般のHMOのメ

ディケア受給者の平均日数を3割も上回る結果となっている。

この背景には、モデル事業であるため規模が小さいことなどが指摘されているが、それ以上に、S/HMOについて当初から懸念されていた、より高齢で、より要介護状態になる危険の高い者がS/HMO加入を選択するのではないかという逆選択の問題が現実となったとの見方もなされている。また、モデル事業の組織作りの段階から明らかとなっていた問題点として、S/HMOという1つの組織の下に病院等の医療サービスと介護サービスの供給組織とを統合したものの、要介護高齢者の多くが医療サービスよりもむしろ日常生活上介護を必要としていることについて、医療関係者の理解を得ることが難しく、実際には、医師の判断に基づく医療サービスとケース・マネージャーの判断に基づく介護サービスとが並列的に存在することとなり、サービス提供の過程で両者の連携を図って行くことが極めて困難であるということも指摘されている。

こうした困難な状況にもかかわらず、S/HMOの関係者は、4ヶ所のモデル事業毎に介護サービスの給付内容が異なるにもかかわらず、介護サービスに要する1人・1ヶ月当たりの費用が、1988年には24ドルから30ドルの範囲内に収れんしてきた事実をもって、ケース・マネジメントによる介護サービス提供システムに関する限り、成功しつつあるとの評価をしている。今後、サービスの質についての評価と併せ、医療サービスの費用を介護サービスとの連携によりどこまで圧縮できるかが大きな課題と言えよう。

2 包括的な費用負担システムの構築

前節で見てきたように州政府のイニシアティブを中心に総合的なサービス供給システムの構築に向けての取組が進められてきているが、これらは基本的に低所得者を対象とした医療扶助制度であるメディケイドをベースにしたものであり、自ずと限界がある。そこで生じてきたのが全国民を対象とした費用負担システムの構築により、サービス供給の市場の確立を図るとともに、支払要件を通じてサービスの内容、質等のコントロールを行おうというアプローチである。

サービス供給システムの改革が1970年代から取り組まれてきた比較的古い問題であるのに対し、費用負担システム構築の動きは、ここ数年生じてきた新しい課題である。この問題の焦点は、介護サービスの費用負担のために、新たに連邦制度としてメディケアのような保険制度を創設するか否かにあるが、民間のイニシアティブを優先する米国における政策決定者の議論の常として、民間保険商品による対応がどこまで可能かという問題が先決問題として議論されている。

(1) 民間介護保険の動向

全国民を対象とした公的健康保険制度が存在しない米国においては、民間保険商品の果たす役割は大きい。メディケアの適用を受ける65歳以上の高齢者についても、約70%が自己負担分等をカバーするための民間保険商品を購入していると言われる。このようなことから、介護サービスの分野においても民間保険の果たす役割が期待されており、保険会社サイドも将来における有望な市場として期待を持っている。

しかしながら、つい最近に至るまで、民間介護保険商品は、ほとんど普及しておらず、ナー

シングホームについてみてみるとその費用のうちわずか1.5%を負担しているに過ぎない。その原因はいろいろと言われているが、第1に、保険会社の側が商品の普及に慎重であり、商品自体に魅力がなかったことが指摘されている。すなわち、一方で、要介護状態になる可能性の高いグループが保険を購入するのではないかという逆選択の不安や保険の普及によりこれまで家族によって介護されていた者が有料サービスを購入するようになるのではないかというモラル・ハザードに対する不安が保険会社にあり、他方、医師の専門的判断により必要性が判断される医療サービスの場合と異なり、介護サービスや家事サービスは、どこまでが保険でカバーされるべき必要なサービスかを判断する客観的な基準がないため、保険会社が、安全を見込んで、直前に一定期間以上入院していた場合に給付を限定したり、給付日数などに条件を設けるなど必要以上に給付要件を狭くしていたため、実際の高齢者のニーズとかけ離れた給付内容となっていたことが挙げられる。第2の原因は、保険料の高さである。介護給付の期間が長期化するリスクや逆選択を回避するために募集費用が高額となるといった理由で、保険料が割高となると言われている。このほか、保険会社側からは、政府のPR不足でナーシングホームをはじめ、介護サービスの費用もメディケアの対象となっているとの誤解を多くの国民が抱いていることが普及が進まなかった理由として指摘されている。

このような状況は1987年を境に大きく変わりつつある。1987年4月に423であった商品数は同年の年末には815に、1988年末には1,100にと急増し、契約者数も110万人を数えるに至っている。この背景には、介護サービスの費用負担シ

ステムの構築をめぐる議論の高まりに伴う保険会社の姿勢の変化があり、デイ・ケアを給付対象に加えたり、直前の入院を条件としていた給付要件を医師の処方やADL評価に基づく要件に改めるなどの給付改善を行うとともに、保険料が比較的安い企業単位のグループ保険に力をいれたマーケティングが展開されている。

この傾向については、公的費用負担システム創設の議論を牽制し、将来の有望な市場を確保しておこうという側面もあり、また、給付設計における慎重な姿勢に変わりはない点や民間保険の宿命としてインフレに弱いという限界も指摘されており、今後の動向は予断を許さない状況にある。

(2) 公的介護保険制度をめぐる議論

ア メディケア破滅的疾患適用法をめぐる議論

公的介護保険制度をめぐる動きは、1988年7月に成立した「メディケア破滅的疾患適用法 (Medicare Catastrophic Illness Coverage Act : CIC法)」をめぐる2年に及ぶ議論の中から生まれてきた。同法は、1986年、1987年のレーガン大統領の一般教書に端を発したものであり、長期入院等の場合の高額の医療費負担による貧困化を防止するため、メディケアの大幅な給付改善を行うことを目的とした法律であり、給付改善の内容やその費用負担のあり方をめぐって議会を挙げて活発な議論が展開された。レーガン政権は当初から法案の対象に介護サービスを含めることは考えていなかったが、議論の過程でナーシングホーム入所に伴う貧困化の問題の解決等介護サービスの充実を法案の対象としないことは、立法の趣旨に反するとして、介護サービスを法案の対象に含める修正案が提案され、これが論点の1つとなった。結果的には、レーガン政権の強い反対や費用負担が莫大

なものとなることから、入院給付の改善や外来患者の薬剤費への給付の拡大が主な内容となり、介護サービスについてはナーシングホームに対するメディケア給付の改善等小幅な改善に留まった。

イ 様々な改革法案の提案

こうして介護サービスの費用負担の問題は、CIC法とは切り離されたが、この間、在宅サービスを中心に介護サービスの費用負担システムを創設することを目的とした法案が多数議会に提出された。

これらの法案の多くは、メディケアの給付をナーシングホームや非医療的サービスをも含めた在宅介護サービスに大幅に拡大することを内容としている。このような公的保険制度によって介護サービスの費用負担を行っていかうという考え方の背景には、一度介護を必要とする状態になれば長期にわたって相当な額の費用負担が余儀なくされる一方、介護を必要とする状態になることは誰もが共通に負っているリスクであり、しかも、重度の介護を必要とする者は全高齢者の一部に過ぎないことに着目し、介護サービスは保険制度によるリスク・プールに本来馴染みやすいという主張がある。

数多くの法案の内容に差異をもたらしているのは、公私の役割分担についての考え方の違いであった。民間保険の役割を認めず、わずかな自己負担のほかは、すべて公的に負担しようとするケネディ上院議員の法案がある一方、他の極には、民間保険による保障にすべてを委ね、政府の役割は保険料負担について税制上の優遇措置を講ずることにとどめる内容の法案があった。その中間には、現行のメディケアとそれを補完する民間保険の関係と同様に、公的保険制度で介護サービスをカバーするが、相当額の自

己負担を課し、その分については民間保険による補完を期待するワックスマン下院議員やスターク下院議員の法案、ナーシングホーム入所者の75%が1年以内、83%が2年以内の入所であることに着目し、公的保険制度は2年以上の長期入所のみを給付対象とし、2年以内の短期入所は民間保険に委ねるというミッチェル民主党上院院内総務の法案など公的保険制度と民間保険の連携を前提とした法案が存在する。

ウ ペPPER委員会の報告

これらの法案はいずれも審議未了となったが、CIC法の審議の過程で、自ら在宅サービスに対する公的費用負担の法案を提出していた社会保障問題に関する下院の長老議員であったペッパーが最後まで介護サービスを対象とすることにこだわり、これとの妥協策として、同法において介護サービスの費用負担問題を審議するための「包括的ヘルス・ケアに関する上下両院合同委員会」を設けるとの修正が行われた（上下両院から6人ずつ（民主党8人、共和党4人）と学識経験者3人の計15人の委員で構成。）。後にペッパー委員会と呼ばれることになった委員会は、委員長となったペッパーの急死というアクシデントに途中見舞われたが、1990年3月2日に報告書をまとめた。

報告書ではまず、介護サービスに関し、ナーシングホームの費用について現在のメディケイドの資産要件を15倍程度（住居等を除き単身者で3万ドル）まで緩和し、中程度の所得・資産水準の者に対して公的な費用負担を拡大する（188億ドルの歳出増）、年間400時間を上限に、在宅介護サービスについて費用の80%を負担する（240億ドルの歳出増）等の給付改善を提案している。更に、民間の健康保険の適用を受けていない無保険者の公費による解消を提案して

おり、総額で860億ドルの財源が必要としている。

議会は、ペッパー委員会の創設に当たり、改革案の取りまとめとともにその財源調達の方途を明らかにすることを求めていた。しかしながら、メディケア、メディケイドを合わせても1990年度で194億ドルに過ぎない介護サービスの負担を一挙に428億ドル増額するという野心的な提案であったことや、この間、1度は全会一致で成立したCIC法が財源として社会保障税の増税を予定していたため、高額所得者を中心に同法に対する反対運動が起こり、1989年11月には一部を残して法律が廃止されるという事件が生じ、国民に新たな負担増を求める内容の提案を行うことが政治的に極めて困難な状況になったことなどから、財源の負担をどこに求めるかについては、委員会は結論を出すに至らなかった。

委員会報告の介護サービスに係る部分は、ブッシュ政権の意向を受けた共和党の委員4人が反対する中で多数決により採択されたものであり、巨額の費用負担が必要なことと相俟って、実現可能性は全く無いと受け止められている。関係者の間では、CIC法廃止の政治的ショックにより、ペッパー委員会の報告書の内容はもとより、介護サービスの費用負担に関するいかなる提案も今後当分の間は、成立する見通しが失われたという悲観的な見解が広まっており、3年近くにも及んだ介護サービスの費用負担に関する活発な論議も一段落しつつある。

3 ケース・マネジメントの発展

サービス供給システム、費用負担システム両面における以上のような改革の動きと並行して発展し、これらの制度面での動きを実践の面か

ら裏付けたのが、ケース・マネジメントの手法である。制度面での改革が米国という特殊な状況下でのものであるのに対して、ケース・マネジメントの手法は制度の違いを越えて適用が可能であり、その発展の道筋をたどることは、我が国の介護サービスを考える上でも参考になるものと思われる。

ケース・マネジメントとは、特定地域の居住者、特定制度の加入者等一定のグループに属する対象者に対する、①サービスを必要としている者の掘り起こし、②個々の対象者のニーズを確定するための障害の状態等様々な角度からの評価（アセスメント）、③サービスの処方（ケア・プランニング）、④ケア・プランの実施、⑤対象者の状態の改善状況や提供されたサービスの妥当性のチェック、⑥一定期間毎のケア・プランの再評価という一連の過程からなると理解されている。ケース・マネジメントに対しては、地域で利用可能な様々なサービスについての情報を高齢者やその家族に提供し、その中から、高齢者の状況に最も適したサービスを選択するというサービス利用者のサイドからの効用、不必要なサービスの利用を抑制するとともに、家族による介護を励ますことでモラル・ハザードの問題を回避し、サービスコストを抑制するという費用負担制度のサイドからの効用、対象者間でのサービス利用の公平性の確保やサービスの妥当性のチェック等を通じてのサービスの質や効率の向上というサービス利用者、費用負担制度双方にとっての効用が期待されている。

米国におけるケース・マネジメントの歴史は、ナースングホームに依存した制度体系からの脱却を目指して、在宅サービスの供給体制の確立を図るため、前述のようにウェーバー制度の活

用によって様々なモデル事業が展開される中で、サービス供給システムの要の役割を果たすことで発展してきた。対象者に適したサービスの紹介自体は古くからソーシャル・ワークという形で行われてきたが、これらのモデル事業が、メディケア、メディケイドという費用負担制度の枠組を利用して実施され、常にナーシングホーム入所の場合とのコストの比較が意識されていたため、ケース・マネジメントは単なるサービスの紹介に留まらず、サービスの費用負担システムと深くかかわる形で発展を遂げた。すなわち、ケア・プランの実施に関して、初期のモデル事業においては、ケース・マネージャーは単にサービスの紹介をするブローカーの役割に留まっていたが、次第にサービスを提供するか否か、提供するサービスの種類や頻度の選択、提供する事業者の選択等の決定権を有するようになり、しかも、制度の側から一定額の範囲内（多くのモデル事業では、ナーシングホーム入所の場合の6割の費用の範囲内とされていた。）でケア・プランを組み立てることが求められるに至った。更に、近年では、S/HMOのような定額予見払いの保険制度の下では、全体のサービスコストを一定の範囲内に押えるというリスクを制度が負っており、個々のリスク・マネージャーの裁量のみならず、制度全体としてのリスク・マネジメントの成否が制度の存立の上で大きな役割を担うに至っている。

ケース・マネジメントの歴史の中で重要な転機となったのが、1980年から全米10ヶ所で行われた「全国長期ケア・チャネリング事業」であった。この事業を通じて、それまで期待されていたような、ケース・マネジメントによってナーシングホーム入所を抑制したり、トータルの費用を抑制する効果は見られないこと、在宅サ

ービスの利用が増加することでむしろ全体としての費用は増加すること、しかしながら、在宅サービスの利用の増加は、心配されていたような家族介護からサービス利用へのシフト（モラル・ハザード）が生じたからではなく、それまで満たされていなかった高齢者のニーズがサービスを利用することで満たされるようになった結果であることなどが明らかとなった。これをきっかけに、ケース・マネジメントの効用と限界が明らかになり、それまでの費用抑制効果に重点をおいた一面的な議論から脱却し、質の高い総合的なサービスを提供するための手法として、また、制度の財政的なリスクを管理するための手段としてケース・マネジメントが展開されることとなった。また、モデル事業を通じて、ケース・マネジメントはサービスを提供する機関とは独立した機関によって実施されることが望ましいことや、ケース・マネージャーの訓練のあり方等について新たな実践面での知見が得られたことで、その後のケース・マネジメントの発展に大きく寄与することとなった。

今日におけるケース・マネジメントの最大の意義は、在宅介護サービスの費用負担システムの構築において不可欠の要素となりつつあるという点であろう。民間介護保険の動向についての記述でも触れたように、在宅サービスの費用負担システムが議論される時、常に、問題となるのが、介護サービス等の支援的サービス（Supportive Service）は、医学的に必要性が判断される医療サービスと異なり、どこまでが必要なサービスかを客観的に判断することが困難であり、家族介護からサービス利用へのシフトというモラル・ハザード等による過剰なサービスの利用に結び付くのではないかと懸念や利用者間での不公平が生じるのではないかと

いう懸念である。

こうした懸念に対しては、過去20年の経験を通じて、ADLやIADLに基づくニーズの評価とケース・マネジメントを活用することで十分客観的な判断を下すことが可能であるとの考え方が、近年支持を得つつあり、連邦議会に相次いで提案された介護サービス改革の法案のほとんどが、公的な費用負担の適否の判断基準としてこれらの手法を採用している。民間保険の分野においても、民間保険は、公的制度に比べて、保険給付の請求を拒否した場合に訴訟を受けるというリスクが大きく、より高い客観性を必要とするとの見方も根強いが、近年、医師の判断に替えて、ADLやIADLに基づくニーズの評価とケース・マネジメントに基づき給付の適否を判断する商品が登場しつつある。

このようなケース・マネジメントの客観性に対する信頼は、看護婦、ソーシャル・ワーカー等のケース・マネジメントに従事してきた人々の現場における永年の努力の成果であり、ADLやIADLの測定等の技術の訓練や初回訪問時には2、3時間かかるほどの精妙な評価手法の開発の結果、ニーズ評価（アセスメント）に関する限り、ケース・マネジメントの実施機関毎に評価項目等に細かな違いがあっても、ほぼ、安定した評価結果が得られるまでに客観化が進んでいると評価されている。今後の課題は、ニーズ評価に比べて遅れているケア・プランニングの客観化であるとされており、そのための

ケース・マネージャーの訓練方法の開発や、ケア・プランのコンピュータによる分析などが進められている。

参考文献

- 1) U. S. Department of Health and Human Services, *Aging America Trends and Projections: 1987-88 Edition*.
- 2) American Association of Retired Persons, *Changing Needs For Long-Term Care: A Chart Book*, 1989.
- 3) National Association of State Units on Aging, *An Orientation to the Older Americans Act*, July, 1985.
- 4) Congressional Quarterly Inc., *Aging in America: The Federal Government's Role*, 1989.
- 5) Carol O'Shaughnessy et al. *CRS Report for Congress: Financing and Delivery of Long-Term Care Services for the Elderly*, May, 1988.
- 6) Alice M. Rivlin, Joshua M. Wiener et al, *Caring for the Disable Elderly: Who Will Pay?*, April, 1988.
- 7) Congressional Research Service, *Medicaid Source Book: Background Data and Analysis*, November, 1988.
- 8) Diane Justice et al, *State Long Term Care Reform: Development of Community Care Systems in Six States*, April, 1988.
- 9) Walter N. Leutz et el, *Changing Health Care for an Aging Society: Planning for the Social Health Maintenance Organization*, December, 1985.

(みやざき・ひさし)

環境庁地球環境部環境保全対策課課長補佐)