

海外社会保障研究

SUMMER 2000

No. 131

特集：介護保険の国際的動向

特集の趣旨	土田 武史	2
地方自治と介護保険——ドイツの事例を中心に	坪 郷 實	3
ドイツにおける介護保険と介護扶助	木下 秀雄	14
介護手当(金銭給付)の意義、実施状況およびその評価	田中 耕太郎	24
介護サービスの質の確保——ドイツ介護保険法	松本 勝明	37
オランダの長期医療・介護保障制度	廣瀬 真理子	47
OECD諸国における高齢者介護	府川 哲夫	56

論 文

Dilemmas in Health Care

An Overview of the Health Care System in the Netherlands	Hettie A. Pott-Buter	66
Primary Health Care in the UK: Policy, Practice and Performance	Ray Robinson	83

書 評

John E. Roemer, <i>Equality of Opportunity</i>	栗林 寛幸	97
丸尾直美・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』	竹 崎 孜	102
藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障6 フランス』	小川 有美	106



特集：介護保険の国際的動向 趣 旨

本年4月1日から介護保険制度が実施された。一部で懸念されていた大きな混乱もなく、まずは順調なスタートをきったといえるであろう。しかし、このことは介護保険が多くの問題を抱えていることを否定するものではない。制度の進展にともない、かねてから指摘されていた見直し事項に加えて、さまざまな要求や課題が提起されてくることが予想される。5年後に制度の見直しが予定されているが、それまでに十分な検討をしておくことが必要であろう。

本特集は、日本に先駆けて公的介護保険を実施したドイツで、制度の展開にもなって生じてきた諸問題のうちから日本にも関連する幾つかの課題を取り上げるとともに、あわせて長期の医療・介護を医療保険の給付として実施しているオランダとOECD諸国における高齢者介護の状況を取り上げ、介護保険における諸問題を国際比較の視点から検討することを企図している。

ドイツ介護保険に関連して4つの課題を取り上げた。第1は、地方自治と介護保険との関連をめぐるとの問題である。日本の介護保険が地方自治のあり方と密接に関連しているように、ドイツにおいても介護サービスの供給体制をめぐって自治体のあり方が問われており、その動向が注目されている。第2に、介護保険と公的扶助との関連を取り上げた。ドイツで介護保険が導入された要因の1つとして、社会扶助（公的扶助）の費用増大という問題があった。介護保険の導入によってどのような影響を受けているのか。要介護高齢者の生活保障のあり方に関連する課題といえよう。第3は、介護手当（現金給付）をめぐるとの状況を取り上げた。現金給付をめぐっては日独間で大きく異なっているが、介護の社会化が進むなかで現金給付をどのようにとらえるのか、その理念を含めて根底的な検討が必要といえよう。第4は介護サービスの質の確保をめぐるとの問題である。ドイツ介護保険が展開していくなかで、現在もっとも大きな課題となっているのがこの問題であり、その対応策が注目されている。また、オランダの長期医療・介護保障制度、OECDの高齢者介護の状況については、特定の課題を設定せず、日本との比較の視点から、制度、対策の特徴を考察している。

本特集の執筆者は政治学、法学、経済学等、専攻分野を異にしており、その分析手法も異なっている。それぞれの課題についてももっとも適切と思われる方たちに執筆を依頼したが、それらの課題が執筆者の専攻分野と必ずしも一致しているわけではない。また、本特集の企図するところと執筆者自身の問題関心についても、必ずしも一致しているわけではない。研究会等で議論を重ねることは行わずに、それぞれの課題をどのように考察するかは、執筆者自身に委ねている。その結果、課題への視点、分析手法等のまともは欠くことになったが、個々の論文はドイツおよびオランダの社会保障研究の最先端をいくものと企画者としては自負している。本特集がドイツ、オランダの社会保障研究に資するとともに、今後本格化していく介護保険の諸問題の検討に際して、少しでも寄与することを祈念する次第である。

また、特集には組み込まれていないが、“Dilemmas in Health Care: An Overview of the Health Care System in the Netherlands”、“Primary Health Care in the UK: Policy, Practice and Performance”の2つの論文も介護・医療対策に関連したものである。あわせて参照していただきたい。

(土田武史 早稲田大学教授)

地方自治と介護保険—ドイツの事例を中心に

坪郷 實

■ 要約

ドイツ福祉国家は、福祉サービスの提供に民間の6つの福祉団体が大きな役割を担う、ヨーロッパでも独特な特徴を持っている。日本の介護保険が、自治体の自治を問うものであるように、ドイツの介護保険も、これまでの自治体における福祉団体優先の「福祉コーポラティズム(団体統合主義)」という構造の変容を迫るものである。介護保険により、ドイツでも「競争性」と「効率性」が導入され、民間事業者や社会的自助グループの参入があるが、サービス供給体制における福祉団体の優位にまだ大きな変化は見られない。しかし、より公開性と透明性を実現する契機にはなっている。介護保険導入から5年のドイツにおける自治体の高齢者政策と介護サービスの問題点を若干紹介したい。

■ キーワード

介護保険、自治体、福祉団体、社会的自助グループ、介護関係者会議

I 分権時代の介護保険

1. 日本の自治体と介護保険

2000年4月1日から実施された介護保険は、高齢者介護という具体的課題を通じて、日本の自治体の自治を問うものである。というのは、介護保険は、市町村自治体を運営主体としており、従来の高齢者福祉の制度であった行政による「措置制度」から、介護サービス提供を契約関係へと変えるものだからである。介護保険制度により、「介護を必要とするすべての高齢者」を対象にし、高齢者は権利として契約により介護サービス購入を選択できることになる。したがって、自治体が市民のニーズを起点として、条例を作り、高齢者福祉計画を作り、地域個性に最適な政策を展開し、地方政府の内実を作っていく契機になると思われる。しかし、①介護認定、ケア・マネージメントをはじめとする介護サービスの多元的な供給体制、②介護サー

ビスの質の確保、③介護保険事業計画策定などへの市民参加の問題、④事業者の情報公開やオンブズパーソン制度の導入など、利用者としての要介護者の権利擁護システムと苦情処理、⑤保険財政の問題、など争点となっている課題も多い¹⁾。

この2000年は、日本の自治体にとって大きな転換期の始まりであると言える。それは、介護保険法と相まって、地方分権一括法が成立したことにより、この4月から新しい地方自治法が実施され、機関委任事務制度が廃止されるからである。国と自治体との関係は従来の「上下・主従関係」から「対等・協力の関係」に大きく転換する。市町村自治体の行う行政は、制度上自治事務と法定受託事務に区分されているが、自治体が行う事務がすべて自治体の仕事であることに変わりはない。これからは、自治体が条例を定め、それに基づいて行政を行うことが基本となる。自治体が、地域の市民によって選ばれた地方政府として自治を具体化

していくことが求められており、地域政治の構造自体も大きく変化していく局面である。

また、自治体は、地域で生活する市民に対して行政サービスを行うためには、これまでの個別政策の統合化、総合化が必要になっている。これは、中央官庁の事業が縦割りであることからばかりでなく、地域で生活する市民が直面している課題の解決のためには、総合的な政策が必要であるからである。すでに先進的な自治体では、まちづくり、福祉、環境、子育て支援、などそれぞれ総合政策が試みられている。

さて、本稿では、日本の介護保険制度を作るに当たって先行例の一つとして注目されたドイツの介護保険制度に焦点を合わせ、介護保険が地方自治にどのような影響を与えるのかを論じてみたい。このドイツの制度は開始後5年を経過し、1998年の政権交代によって誕生した社会民主党と90年同盟・緑の党(以下、緑の党と略)の連立によるシュレーダー政権のもとで見直しの時期が来ている。

2. ドイツ介護保険5年の中間決算

ドイツでは、1995年に介護保険制度が導入され、1995年4月1日から在宅介護が、1996年7月1日から施設介護が開始された²⁾。このうち、在宅介護では現物給付か金銭給付を選択(両者の組み合わせも可能)することができる。年齢の限定のある日本の制度とは違い、ドイツの介護保険制度は約8100万人の市民全体に適用されるものである。この介護保険法の目的は、高齢者援助により「要介護者の生活における自立」を確保することであり、具体的には、「在宅介護の優先、予防とリハビリテーションの優先、州・自治体(郡や市)・施設サービス提供者・介護金庫(保険者)の共同責任と個別責任」が原則として定められている。さらに、介護施設やサービスの提供について、各提供者の対等性と競争性、契約方式による効率性・経済性が導入されている。

さて、連邦保健省は、2000年3月31日に、「介護保険の5年—中間決算」³⁾を発表している。この中で、アンドレア・フィッシャー保健相(緑の党)は、「介護保険は社会的な危険からの保護のための重要な礎石である。しかし、精神病の人、精神障害の人、痴呆性の人たちへの支援と、在宅と施設両方の介護サービスの質の水準の維持と向上に関して、多かれ少なかれ欠陥があり、改革の必要性がある」と述べている。さらに、介護保険、法定健康保険、社会扶助(日本の生活保護に該当)の給付をよりよく相互に同調させ、総合的な高齢者政策を展開することが重要であると指摘している。そして、現在、介護保険の改革として、「介護の質の保障」のためと、介護サービスに対する「消費者の権利」の強化のための法律が準備されている。

この介護保険は要介護者と家族を社会的に支えるサービスの提供を行うが、その給付に上限のある「部分的保障」を基本とする。したがって、この保険は要介護者のニーズである身体介護、食事、移動、家事支援の一部しかカバーしていない。この点について、「中間決算」でも、「介護ニーズの社会心理的、コミュニケーション的側面は考慮されず、この限定的な介護概念は、多くの要介護者、社会的自助グループ、団体から激しく批判されてきた」と述べている。

「中間決算」では、介護保険法の改善が必要な点として、「精神病の人たち、精神障害の人たち、痴呆性高齢者への支援」と「介護の質の確保」があげられている。前者については、デイサービスが特に重要であるが、本人と家族における心理的抵抗の存在や給付上限を考慮するため、十分に利用されていない。そのため、訪問介護サービスの上限とは別に、週1回のデイサービスあるいは夜間介護を可能にするべきである。後者の「介護の質」を改善するための法改正の目標として、「介護自治の固有責任の強化、介護の質の向上、高齢者ホームの監督と介護自治のよりよい協力、消費者(利用者)の権利の強化」があげられている。

3. ドイツ介護保険に関する若干のデータ

次に、ドイツの高齢化と介護保険の現状について若干の基本データを見ておこう。高齢化率は、介護保険が導入される直前の1994年の時点で、60歳以上は1690万人で人口の20.7%に達していた。そして、2000年には23.7%、2010年には26.2%に上昇すると予測されている。また、州ごとの高齢化率も、17から22%とばらつきがある。また、高齢者の居住地ないし居住希望地は、自治体の規模別で、2万人以下の小自治体が38%、10万人以下の自治体が26%、10万人以上の大都市が36%である⁴⁾。

制度開始前の1993年にインフラテスト研究所⁵⁾によって試算された要介護者の数は、在宅120万4千人、施設入所49万5千人、計約170万人であった。また、何らかの援助を必要とするものはさらに210万人と推定されていた。これに対して、介護保険の適用者は、在宅106万人から131万人へ、施設入所38万人から55万人へと増加している。現在の合計は186万人(1999年6月30日現在)であり、当初の予測を上回っている。さらに、2010年までに34万人の増加が見積もられている。保険財政は、1999年に初めて支出が上回り、赤字になっている。なお、保健省は将来的に保険財政は安定するとみている。

介護保険導入以前から、介護のための基盤整備、とりわけ訪問介護サービスのための社会ステーション、デイサービス、ショートステイの領域における不備が指摘されていた。介護保険導入後5年で、訪問サービスの施設は約1万3千カ所、入所施設は約8600カ所に拡大した。旧東ドイツにおいても介護施設の整備が進み1995から99年までに378施設が開業している。さらに、旧東の州の投資プログラムには、全体として827の個別プロジェクトが含まれている。なお、インフラテスト研究所の調査によれば、介護保険の受給者の3分の2が満足しているという結果がでている。

日本とドイツの制度の間には、介護の認定プロセスと要介護度ランク別に給付上限を定めその範

囲でサービスを提供すること、サービスの提供主体の多元化を指向するという類似点もあれば、日本が保険と税の組み合わせであるのに対してドイツは保険のみで保険者は介護金庫であるという相違点もある。連邦制など全体的な制度枠組みの違いはあるとしても、自治体が基本的に介護保険や高齢者政策に責任を持っている点は共通している。以下、第1にヨーロッパにおいても独特なドイツの福祉国家の特徴を述べ、第2にドイツにおいてなぜ介護保険が導入されたのか、さらにこの導入が自治体の高齢者政策にどのような影響を与えたのか、を見ていこう。なお、ドイツの福祉国家は、社会国家と表現されてきたが、ここでは福祉国家の言葉を使う。最後に、ドイツの経験を踏まえて、日本の自治体における介護保険や高齢者政策の今後の課題について若干述べよう。

II ドイツにおける福祉国家と福祉団体

1. ドイツ福祉国家の特質

ドイツ福祉国家は、ヨーロッパにおいて福祉の担い手に関して特徴的な体制を持っている。つまり、スウェーデンのような政府の役割が大きい福祉国家とは違って、福祉サービスの供給に民間の福祉団体が重要な役割を果たしている福祉国家である。ドイツでは、社会政策の担い手を「公的担い手」と「自由な担い手」という2つに区分してきた。前者は政府、自治体を、後者は民間の福祉団体のことを指している⁶⁾。

この福祉団体は、統一後、旧東ドイツにおいても組織を拡大し、社会福祉サービスのうち5割以上を担い、社会福祉サービスの従業者の6割を占めている。例えば、高齢者施設・障害者施設の62%、青少年/少女援助については47%を担っている。福祉団体の施設数や専従者数は、表1の通りであり、活動するメンバー数は、約111万人で、就業人口の3%に達している。この福祉団体の施

設やサービスには、さらに約150万人のボランティア(約8万人の兵役拒否者による「非軍役」従事者も含む)が活動している⁷⁾。この福祉団体は、具体的には、次のような6つの全国的福祉団体とその構成団体であり、「自由な社会福祉事業連邦協議会」に組織されている。この全国的福祉団体は大きく3つに分類される。これらの団体の源流は19世紀まで遡るが、1920年代までに成立している。

第1は、宗教系の2つの大規模な福祉団体、最大のカトリック系の「ドイツ・カリタス連合」と、プロテスタント系の「ドイツ福音教会デアコニー会」である。

第2は、独立した中立的団体である「労働者福祉連合(AWO)」と、宗派や党派から独立した「ドイツ同権福祉連合会(DPWV)」である。AWOは、社会民主党の関係組織として結成されたが、現在は財政的にも組織的にも独立している。DPWVは、主要には小規模な地域の単一課題に取り組む団体を組織し、分権的組織である。後述するように1970年代以後生まれた社会的自助グループを含めて組織化している。

第3に、このどちらにも含まれない福祉団体として、福祉事業団体の性格も持つ「ドイツ赤十字」、小規模な「ドイツにおけるユダヤ人の中央福祉所」がある。

第二次世界大戦後、ドイツの社会政策の領域における福祉国家と福祉団体の関係は、1961年の連邦社会扶助法と青少年/少女援助法の成立時に確定した。この両者の関係は、「自由な担い手(福祉団体)の優位」と「公的な担い手(政府)による自由な担い手(福祉団体)への援助の義務化」といわれる。これを根拠づける原則として、社会保障法典に「サブシディアリティ原則＝助成の原則」が盛り込まれている。この原則は、リベラルな政治思想やカトリックの社会学説に由来するものである。

カトリックの社会学者であるネル＝プロイニングは、この助成の原則を国家の「積極的な援助の原則」と定義している。第1に、これは原則的に市民あるいは社会的サブシステムに対する国家の福祉国家的な援助義務である。しかし、この国家の援助義務は、社会の最小単位である社会集団の自己発展を促進するのに有益でなければならないが、その集団を侵害したり妨げたり損なうべきではない。つまり、これは、公的な生活保障に対する補完的修正原理であり、対抗原理ではない。したがって、この原則は、国家に積極的な活動を促す側面と国家を過剰な要求から免れさせる消極的な面とを併せ持っている⁸⁾。

表1 自由な社会福祉事業の施設数と専従者数

(1999年1月1日現在)

	施設数	ベッド/人数	専従者数	
			フルタイム	パートタイム
病院	1 175	235 016	236 264	105 534
青少年/少女援助	32 745	1 749 454	150 578	81 245
家族援助	11 045	66 622	39 087	46 454
高齢者援助	14 554	471 461	131 249	86 516
障害者援助	12 935	351 448	102 642	49 721
社会福祉の職業のための教育・継続教育	1 585	105 234	6 869	5 469
その他	17 165	255 104	60 292	22 339
計	91 204	3 234 339	726 981	397 278

出所：Albert Oeckl (Hrsg.), *Taschenbuch des Öffentlichen Lebens Deutschland*, 1998/1999, Bonn 1998, S.626. (自由な社会福祉事業連邦協議会の統計による)

2. 自治体における団体統合主義 (ローカル・コーポラティズム)

この福祉団体の優位は、1960年代末以後の社会民主党主導の社会リベラル連立政権のもとで変容を被る。この福祉国家の新たな拡充の時期に、青少年/少女援助や社会政策の領域で「公的担い手(政府)」による施設建設が行われる。これにより、公的担い手(政府)と自由な担い手(福祉団体)の関係構造は従来より多元化し、両者の関係は相互の依存・協調関係へ発展した。これは「団体統合主義(ネオ・コーポラティズム)的福祉カルテル」といわれる。この団体統合主義は、社会政策という特定のセクターが問題であるので、「セクター・コーポラティズム」と呼ばれる。また、より具体的には、市町村自治体において、その特徴が異なり、「ローカル・コーポラティズム」ともいわれる。

自治体による福祉団体への助成は、福祉団体を強化したが、その位置を変化させ、かつての連带的自主組織的団体は「国家と並ぶサービス供給者」になった。そのため、福祉団体は不確実性を伴う寄付集めから解放されたが、逆に自治体の財政事情に左右され、新しいニーズに対しても柔軟性を失っていく。また、福祉団体は、補助金を受けるばかりでなく、青少年・少女援助委員会や社会委員会などの行政機関に加わって政策決定や実施への参加により、「公的地位」を割り当てられている⁹⁾。

この社会政策の領域の団体統合主義(ネオ・コーポラティズム)的な戦略・配置について、次のような3つの特徴が指摘されてきた¹⁰⁾。

第1の特徴は、福祉団体の機能と内部の意思決定の問題であり、福祉団体とサービスの受け手である「顧客(利用者)」との関係である。福祉団体にとって、一定の社会的利益の代表機能よりも、福祉サービスを供給するという機能が重要である。ここでは福祉団体に対する競争システムを欠き、市民は意思決定への参加の機会もない。したがって、サービスを受ける「顧客」は、事実上どの福祉

団体を選ぶかの選択権を持たない。

第2の特徴は、社会福祉事業と社会政策の領域では、都市や地域によってそれぞれの福祉団体の地域組織と市や郡の間の政治的編み込み関係、すなわち「ローカル・コーポラティズム」が成立している。地域によって、キリスト教民主同盟主導の地方政府、社会民主党主導の地方政府、しばしば政権交代のある政府などにより、特徴的な政治配置がある。

第3に、団体統合主義的交渉システムは、「公的担い手(自治体政府)」と「自由な担い手(福祉団体)」の間の権限配分、公的助成などにより、既存の福祉団体の間での「一種のカルテル」によって動かされている。

しかし、この社会政策の領域での団体統合主義的配置は、1980年代から揺らいできた。それは、新しい社会運動の一環として社会福祉の領域をはじめ多様な社会的自助グループ(日本の議論ではNPOに該当する)が成立し、各地域で拡大し、ネットワークを形成しているからである。家族・高齢者・女性・青年省の調査によれば、グループ数は6万7500(旧東7500)、活動メンバー265万人(中心的活動者80万人)と見積もられる¹¹⁾。こうした動きに対して、政府や自治体レベルでの社会政策にこの「組織化された援助」を包含しようとする動きがある。増大する社会的自助グループ運動は、既成の福祉団体の「柔軟性と利用者ニーズへの指向」の欠如を問うている。

例えば、従来の福祉団体による「利益カルテル」の固定化のため、この福祉カルテルに参加していない市民イニシアティブや社会的自助グループと、福祉の対象者である社会扶助受給者、失業者、外国人、高齢者などの利益は、不利な取り扱いを受けてきた。社会的自助グループ運動は、社会福祉サービスの官僚化・専門化、既成の担い手の側の福祉事業の領域の限定性と新しい問題・領域に対する感受性の欠如、新しい福祉の質を問うために不可欠な「顧客」の福祉団体の意思決定過程への

参加の欠如などへの対抗運動として展開されてきた。C・W・ミュラーは、国家と市民の関係、国家と福祉団体さらに社会的自助グループ運動との関係について、次のように述べている。「国家は、法律によって疾病、傷害、廃疾、老齢のための保険支払いを強制する。国家は、福祉サービスにおいて福祉団体を支援する。そして、国家は国家と福祉団体の活動に不満で、困難や危機において自らを助ける社会運動を容認する。」¹²⁾

ドイツにおける社会政策の担い手構造として、表2のような3段重ね5層構造¹³⁾を描くことができる。

表2 ドイツ社会政策の担い手構造

公式セクター	市場セクター
	政府セクター
媒介セクター	福祉団体
非公式セクター	社会的自助セクター
	第1次ネットワーク

この「公式セクター」と、家族・隣人・友人などの「第1次ネットワーク」、ないし社会的自助グループによる多様なサービスの提供を行う「社会的自助セクター」という「非公式セクター」との間を媒介するものとして、福祉団体を「媒介部門」と位置づけ、この5者間の新しい関係が模索されてきた。既存の福祉団体の中では、同権福祉連合会(DPWV)が、特にノルトライン＝ヴェストファーレン州とヘッセン州において、社会的自助グループの受け皿として機能している。このような影響を受けて、ディアコニー会、カリタス連合など既存の他の福祉団体にも変容が見られる。

また、既成の福祉団体に対抗して、7番目のオルタナティブな緑の党系の福祉団体を作る構想があったが、1990年統一選挙において西ドイツで緑の党が議席を失ってからは、この動きは影響力を持たなくなった。1994年選挙における緑の党の復帰後は、現保健相のアンドレア・フィッシャーら緑の党の社会政策担当の議員と福祉団体との対話

が行われる。これは、まず、既存の福祉団体のDPWVであり、それにプロテスタント系のディアコニー会が続いている¹⁴⁾。

III 社会保障の第5の柱としての介護保険

1. なぜ介護保険が作られたのか

さて、16年間のコール政権の社会保障政策はどのように評価されているのであろうか。コールは「転換の政治」を掲げ、選択的な社会保障の削減は行ったが、全体としてドイツ福祉国家の核心部分は維持されたといわれる。それは、コール政権下で、社会保障の「第5の柱」として、介護保険が導入されたことも関係している。新たな保険制度の実施に見られるように、ドイツ福祉国家は「社会保険国家」とも表現される。介護保険は、1970年代の社会民主党主導の連立政権時代から20年以上にわたる政策論争の結果、導入されたものであり、当時のコール政権与党であるキリスト教民主同盟と野党社会民主党の協力によるものであった¹⁵⁾。

さて、ドイツにおいて介護保険が導入された理由として、第1に、高齢社会における要介護の高齢者とその家族への介護サービスの供給体制と、その財政的基盤を整備することがあげられる。

第2に、自治体の財政問題がある。これは、自治体の社会扶助費の負担の増大と市町村税である営業税収入の減少による財政危機である。前者については、これまで市町村自治体が、高齢者の介護費用を社会扶助費によって負担をしてきたという事情がある。他方、1994年に、自治体は営業税収入の8%減を経験した。介護保険の導入により、社会扶助費による介護費用の負担は減少し、1994年から97年にかけて支出は109億マルク(約5700億円)減少し、受給者も47万人から25万人(在宅6万6千人、施設入所18万5千人)に減少している¹⁶⁾。

第3に、自治体における介護政策が、保健政策や社会扶助行政などに別れており、個別分散的で

あり、統合されていなかったという行政組織の問題点や、地域における福祉団体による介護サービス供給体制の閉鎖性や非効率性など、地域の介護システムの問題がある。

2. ローカル・コーポラティズムは変容するか

このような点から導入された介護保険は、ローカル・コーポラティズムの構造を潜在的に変化させるいくつかの要因を含んでいる。それは、競争性と効率性という2つの観点である。まず、介護保険制度によって、介護サービスの供給体制において競争の観点が導入され、福祉団体と民間事業者との競争関係が生じる。さらに、介護保険において、伝統的な「すべての費用負担」から「基本ニーズの保障」という部分的保障への転換が行われ、効率性の観点が持ち込まれた。これは、「介護等級における給付の上限の設定」と「給付に対する報酬」という制度により具体化された。財政を担当する介護金庫の新設という新しいアクターの登場は、自治体と福祉団体の関係を変えるものである。

さらに、この間、自治体は、ニューパブリック・マネージメントによる行政改革に取り組んできた。自治体は、財政危機への対応のため、契約管理の手法により、福祉団体に対しても補助の削減策を取っている。このような点から、福祉団体は、従来の特権的地位を脅かされている。つまり、政府によって制御される「介護市場」が形成されることにより、担い手の多元化をもたらす福祉ミックス型が構想されているのである¹⁷⁾。

このように、自治体は、福祉団体を包含する「福祉コーポラティズム」の場であるが、介護保険により「福祉多元主義」の新たな行動枠組みを作ろうとしている。しかし、ハインツェらによれば、それは実際上、小さな担い手(社会的自助グループ)と大きな担い手(福祉団体)の間の、家計と市場の間の、福祉団体によるサービスと民間事業によるサービスの間の「紛争的協調」を導くものである。その場

合、小さな担い手である社会的自助グループが、福祉ミックス型において強力な地位を獲得することは困難が予想される。

福祉多元主義や福祉ミックスについて議論しているエバースは、基本的問題として、市場と政府の混合形態、福祉生産における担い手の補完関係を指摘し、担い手形態は非公式セクターと公式セクターの間の「媒介」機関によって接続されている点に注目する。彼は、セクターの分割よりも媒介「機能」を強調し、次のような3様の媒介「レベル」を区別している。それは、「市場と連带的・民主主義的ニーズの間の媒介、制度化された官僚制と多元的な普遍主義的グループ(小さなイニシアティブ、独立グループ)の間の媒介、公式的専門家組織と個人的社会関係の中にある非公式的ネットワークの間の媒介」である。これは、福祉団体の新しい媒介的役割の議論につながる問題であろう。

この担い手の多元性と媒介メカニズムを強調する福祉多元主義は、多様な価値を認めること、民主主義、社会的公正を強調し、これまでのローカル・コーポラティズムにおける福祉団体の代表独占、福祉サービスの供給における政府に対する福祉団体の優位、サービスの受け手側の参加機会の狭さを批判しているのである。

しかし、ハインツェ/ストリュンクは、現在の時点では、介護保険のインパクトを、次のように評価している。まず、彼らは、自治体レベルでの先の契約管理方式は、小さな社会的自助グループに対して団体化圧力をもたらし、これに成功しない場合は公的な促進から排除される危険性があるとみている。逆に、福祉団体に対する経済性・効率性の圧力は、ローカル・コーポラティズムを近代化する。さらに、民間事業者は一部の大都市(デュッセルドルフ、ハンブルクなど)ですでに大きな比重を占めている例もあるが、ノルトライン＝ヴェストファーレン州では80%が15人以下の小規模なものであり、必ずしも担い手の多元化を促進せず、むしろ既成のシステムを安定化させるものと述べている。

IV 自治体の高齢者政策と介護保険

1. 連邦・州と自治体

ここで、簡単に連邦・州・市町村(市町村には郡に属するものと属さない市とがある)の関係を見ておこう。ドイツにおける連邦制のもとでの政策や制度の実施は次のような権限配分によって行われる。連邦は全国レベルで適用される基準や制度の枠組みを法律(枠組み法)で定め、州は連邦の法律を実施するために州の実態に合わせて実施法を定める。自治体は、公的な課題の具体的な実施を保障する役割を担い、地域個性に応じた地域の特別なニーズや利益を考慮して、例えば固有の社会政策的な設計を行う。したがって、社会政策は個別の市町村自治体で多様であり、全国的に画一的なものではない。連邦の定める基本条件のもとで、社会給付の量と質の水準、担い手の多元的な設計、社会サービスと施設の供給を、独自に決定するのである。

しかし、1960年代末以後、連邦政府において政策課題が増大したことにより、連邦と州の権限が強化され、他方自治体は給付が増えたことにより、責任の増大、財政負担の増大に直面した。それゆえ、バックハウス＝マウル¹⁸⁾は、社会政策の領域における連邦・州と自治体の関係について、「決定権限の集権化と、政策課題の実施の分権化」と特徴づけている。

自治体財政における社会政策費の比率は、旧西ドイツの州で1980年の11.8%から1996年の21.7%へ、旧東の州で1991年の4.5%から1996年の14.9%へと増大しており、自治体における社会政策の重要度も増している。しかし、財政危機への対応として、社会政策においても、政策の優先順位をつけることが必要である。

2. 高齢者政策と介護保険の問題点

次に、ギッチュマンとブルマンの議論¹⁹⁾を紹介

しながら、自治体の高齢者政策・介護保険の問題点について見ておきたい。彼らは、まず自治体の高齢者政策の問題点として次のような点を指摘している。それは、これまでの高齢者政策・高齢者援助が、「断片的で非システムの、部分的に矛盾する社会保障法」に依拠していたことである。高齢者のための社会政策は、健康保険、介護保険、年金保険、リハビリテーション、社会扶助の各法律を包括するものである。介護保険ができるまでは、社会扶助が自治体の権限であったことから、高齢者援助は要介護者への社会扶助という部分的な側面が強かった。

ギッチュマンとブルマンは、施設介護、訪問介護のそれぞれについて、次のような問題点を指摘している。まず、施設介護について、66万人定員の約8200の高齢者用ケア付き住宅、老人ホーム、介護ホームなど的高齢者援助施設があり、60歳以上の1690万人のうち約3.9%が、この施設で生活している。これは、65歳以上の男性の10人に1人、女性の4人に1人に当たる。介護保険の導入までは、社会扶助によって多くの部分がまかなわれていたので、施設介護においては、必要で可能なりハビリや活動措置は行われなかった。この傾向は、介護保険によっても克服されていない。彼らは、施設介護については、ホームの全費用(介護+宿泊/食事+建築費負担)に対する介護給付の補助的性格と、疾病保険の給付では、十分な質の確保は難しいとみている。介護給付・疾病給付・年金でカバーできない場合は、社会扶助が必要である。しかも、東の施設の整備水準はまだ低い。

さらに、施設介護と在宅介護との間の協力・調整関係が不十分であるという問題点がある。例えば高齢者の入所施設は「閉鎖的」であり、その施設の設備は有効に利用されていない。給食の供給能力に余裕のある大規模なホームも、その近隣の在宅の高齢者に「施設からのランチ」の提供を行わない。この近隣に住む高齢者が配食サービスを

受ける場合は、しばしば週に1回7日分の冷凍食が配食されている。さらに、施設面、人員面で余裕があっても、在宅の高齢者は、長期入所施設においてデイサービスなどの部分施設介護サービスを受けられない。

他方、訪問介護サービスの問題点については次のように述べている。要介護の高齢者の約80%は在宅で家族と同居しており、それゆえ、訪問介護サービス(家庭疾病介護、高齢者介護、家族介護、家計扶助、家事援助)が特に重要である。この点は国際比較でドイツの状況は悪い方であり、しばしば、訪問介護サービスの欠如のため、介護保険実施まで、高齢者の家族、友人、隣人に継続的に重い負担を課してきた。さらに、介護保険の等級1の認定においてもハードルは高く、多くの州で1995/96年に申請者の40%以上が認定を受けられなかった。単身の高齢者、家族のいない高齢者の増大は、この状況に劇的な影響を与える。家族により一特に夫婦パートナー、娘、義理の娘により介護をされている高齢者も、現在の介護保険の給付では十分な負担軽減はない。したがって、彼らは適正な訪問介護看護サービスのさらなる構築と、デイケアやショートステイのような部分施設介護の充実が必要であり、州や自治体による介護のための基盤整備が不可欠と指摘している。

また、「開放的な高齢者援助」として議論されている住宅環境、コミュニケーション・生活空間の状況、高齢者への相談、準備、予防に関連した措置や提供なども重要である。適正な住宅環境が、高齢者の予防、リハビリ、「自立の維持」のために重要な基礎であるが、東でも西でも満足な状況ではない。

ところで、自治体の社会政策の柱の一つである18歳以下の青少年/少女政策については、青少年/少女援助法にその目標、形態、担い手、財政、社会計画、社会報告・白書の作成が明記されており、まとまった法システムがある。これに対して、高齢者政策の総合的な法システムはなく、自治体

の任意の政策に委ねられている。ギッチュマンとブルマンによれば、介護保険法の実施によっても連邦レベルの総合的な高齢者政策は弱く、むしろ州レベルで州高齢者支援計画、州の高齢者・介護政策の目標と形態を定めた州介護法が作られた。先に見たように、ローカル・コーポラティズムの構造は大きく変化しないとしても、自治体レベルでの複合的な政策を統合する参加型の高齢者支援計画が必要である。

彼らの指摘するところによれば、この高齢者支援計画では、① 疾病保険の担い手である疾病金庫、介護保険の担い手である介護金庫、自治体が担う社会扶助、利用者の自己負担という4つの費用の担い手の相互調整、② 福祉団体、社会的自助グループ、民間事業者など介護サービスの供給の担い手の相互調整、③ 訪問介護ステーション、デイサービス施設、ショートステイ施設、長期入所施設、リハビリテーション施設、病院を、個々の高齢者の福利のために建設的に相互に協力しネットワーク化することが、不可欠である。これを行う場として考えられるものとして、自治体レベルで設置される「介護関係者会議」²⁰⁾がある。

例えば、ノルトライン＝ヴェストファーレン州の州介護法は、介護関係者会議の設置を、郡や郡に属さない市に「基盤整備の責任を付与するための決定的な手段」として定めている。この介護会議には、当事者代表を含む介護支援のための重要なアクター(主体)が参加している。郡あるいは市の(郡の場合は郡を構成する市町村の代表も含む)代表、介護施設の代表、介護金庫(保険者)、給付の決定を担当する疾病保険医療サービス(MDK)、自治体の高齢者代表、自助グループ(要介護者、障害者、慢性病患者)の地域協議会の代表によって構成される。構成メンバーは平均20名程度である。この協議会の目的は、① 介護サービスの供給体制の透明化と情報提供(地域の介護の質確保センター—消費者相談、オンブズパーソン、質の確保センター

など一との恒常的情報交換、広報活動など)、②介護のネットワーク化、③介護基盤整備計画(介護インフラの現状分析と評価、介護サービス・施設整備の計画、高齢者・障害者政策の個別政策のネットワーク化)、④介護サービスの質の確保である。州法は、介護関係者会議と共に、自治体レベルにおけるサービスの提供者から独立した相談所の設置、自治体の介護需要計画の義務化を定め、これらを介護についての自治体の責任強化の手段と位置づけている。このような介護関係者会議は、アクター(主体)の多元化により、ローカル・コーポラティズムにより公開性、透明性をもたらすことになろうが、構造変容にまで進むかは未確定である。

また、自治体での高齢者の利益代表、参加の問題も大きい。高齢者の生活の把握のためにも、このところ増大している自治体レベルの「高齢者評議会」が重要であり、高齢者自身が決定に参加し、高齢者支援計画を自ら設計することが重要である。

介護保険法以前から、ドイツでも高齢者支援、障害者支援は、現実の生活ニーズから遊離していると指摘されてきた。定住外国人を含めて高齢者の多様な生活状況は、自治体レベルでなければ、把握できない。したがって、高齢者政策の改革は、自治体の実践を通じて進展すると思われる。

V 日本における介護保険のインパクト — 日独比較の視点から

ドイツの事例で見てきたような問題に日本も同様に直面すると思われる。最後に、日本の介護保険の若干の課題を見ておきたい。

(1) ドイツでは、介護保険を契機にして、自治体の総合的な高齢者政策の展開が課題になっている。日本においても、1980年代後半からゴールドプランをはじめとして、高齢者政策が取り組まれてきた。介護保険に際して、高齢者の多様な生活状況の現状に対応するために、総合

的な高齢者政策が課題となっている。自治体は、介護保険法により介護保険条例を定めるが、最小限のことを規定するにとどまらず、この機会に、介護保険を独自に充実させる条例を盛り込んだり、総合介護条例や総合福祉条例のように、関係分野を包括し市民参加の制度を持つ総合条例を定めることも選択できる。

(2) ドイツと同様に、日本の介護保険も、介護サービス供給体制に「効率性」と「競争性」を導入したが、この問題に関しては、「介護の質の確保」と「利用者である要介護者のサービス選択の権利を保障すること」が大きな問題である。ドイツでは、介護関係者会議がコーディネーター役、ネットワークの役割を指向している。日本では、情報公開と市民参加を一層進めるために、介護保険事業計画策定への市民参加、さらに、若干の自治体によって試みられる「介護保険運営委員会」の設置が目される。オンブズパーソンについては、法定で設置される国保連合会以外にも、市民団体による第三者機関としての設置や自治体の苦情処理の窓口、などの設置の動きがある。

(3) さらに、介護サービス供給体制は多元化の方向が示され、NPO・市民事業型や民間事業者も増大すると考えられるが、利用者には「選択権」を保障するためには、市民事業型を促進することも重要であろう。そのために、自治体によるNPO支援制度と共に、地域の多様な領域のNPOがネットワーク化を進め、自らNPOを支援する市民活動サポートセンター(情報交換・経営ノウハウ・広報・支援基金)を充実する試みがなされている。

分権時代において、介護保険制度の実施は、日本の自治体にとって自治の「里程碑」となろう。

注

1) 日本における自治体の介護保険事業については、例えば、介護保険実務研究会編『介護保険準備は万全

- か—市町村のための実務対策』(ぎょうせい, 1999年)を参照。
- 2) ドイツの介護保険の紹介については、本沢巳代子『公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ』(日本評論社, 1996), 手塚和彰『ドイツ介護保険法の成立と展開(上)(下)』(『ジュリスト』No.1083, No.1084/1996), 池田省三『ドイツの介護保険の現在—一日独の制度比較』(『自治総研』1999年1月号)などがある。
 - 3) Bundesministerium für Gesundheit, *Fünf Jahre Pflegeversicherung - eine Zwischenbilanz*, Pressemitteilung, Nr.28 vom 31. März 2000. (<http://www.bmggesundheits.de/>)
 - 4) Peter Gitschmann/Udo Bullmann, Kommunale Altenpolitik, in: Helmut Wollmann/Rorand Roth (Hrsg.), *Kommunalpolitik*. Politisches Handeln in den Gemeinden, Opladen 1999, S.732-733.
 - 5) 介護関係のデータは、基本的に Bundesministerium für Gesundheit, aaO.; Bernhard Rosendahl, *Kommunalisierung und korporative Vernetzung in der Implementation der Pflegeversicherung*. Wirkungsanalyse regionaler Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen, Münster 1999. に依拠している。
 - 6) ドイツの福祉団体, 社会的自助グループ運動, ネオ・コーポラティズムについては、坪郷實『新しい社会運動と緑の党—福祉国家のゆらぎの中で』(九州大学出版会, 1989), 同『ドイツの『民間非営利組織』—社会的自助と『自助への援助』』(『生活協同組合』1995年12月号所収)を参照。
 - 7) Rolf G. Heinze/Christoph Strünck, Kontraktmanagement im Windschatten des “Wohlfahrtsmix”? Neue kommunale Steuerungsmodelle für das System der Wohlfahrtsverbände, in: Adalbert Evers/Thomas Olk (Hrsg.), *Wohlfahrtsppluralismus*. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft, Opladen 1996, S.295.; Holgar Backhaus-Maul, Wahlverwandtschaften. Die Freie Wohlfahrtspflege - traditionsreich und zukunftsfähig, in: AKP, *Fachzeitschrift für Alternative Kommunal Politik*, 6/1999, S.46.
 - 8) 拙著, 1989; 拙稿, 1995 参照。
 - 9) Heinze/ Strünck, 294, 297.
 - 10) 拙著, 1989; 拙稿, 1995 参照。
 - 11) Wolfgang Thiel, Selbsthilfe und “informeller Sektor” auf der lokalen Ebene, in: Wollmann/Roth (Hrsg.), aaO., S.264ff.
 - 12) C. W. Müller (Hrsg.), *Selbsthilfe*, Weinheim/Basel 1993, S.
 - 13) 拙著, 1989; 拙稿, 1995 参照。
 - 14) Backhaus-Maul, aaO., S.47.
 - 15) Manfred G. Schmidt, Sozialstaatliche Politik in der Ära Kohl, Göttrik Wewer (Hrsg.), *Bilanz der Ära Kohl*, Opladen 1998, S.70, 76.
 - 16) Heinze/Strünck, aaO., S.294-295; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), *Grundinformationen und Daten zur Sozialhilfe*, Köln 1999, S.36-37.
 - 17) ローカル・コーポラティズムと福祉ミックスについては、Adalbert Evers, Soziale Bewegung und soziale Ordnung im Konzeptdes Wohlfahrtsmix, in: *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen*, 4/1992, S.49-58.; Holgar Backhaus-Maul/ Thomas Olk, Von Subsidiarität zu “outcontracting”: Zum Wandel der Beziehungen von Staat und Wohlfahrtsverbänden in der Sozialpolitik, in: Wolfgang Streeck (Hrsg.), *Staat und Verbände*. PVS Sonderheft 25/1994, S.100-135.; Heinze/Strünck, aaO., S.297-300. 介護保険については, Gerhard Naegele/ Rudolf-M. Schütz (Hrsg.), *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für Ältere Menschen*. Gedenkschrift für Margaret Dieck, Opladen 1999. も参照。
 - 18) Holgar Backhaus-Maul, Kommunale Sozialpolitik. Sozialstaatliche Garantie und Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft, in: Wollmann/Roth (Hrsg.), aaO., S.689-702.
 - 19) Peter Gitschmann/Udo Bullmann, Kommunale Altenpolitik, in: Wollmann/ Roth (Hrsg.), aaO., S.732-747.
 - 20) 介護関係者会議について包括的分析をしている Rosendahl, aaO., S.39-40, 102, 173-182, usw. 参照。
(つぼごう・みのる 早稲田大学教授)

ドイツにおける介護保険と介護扶助

木下 秀雄

■ 要約

ドイツの介護保障システムを理解しようとする、介護保険のみではなく連邦社会扶助法の介護扶助制度を含めて見なければならない。最近の介護保険による介護給付の受給者は在宅介護で約131万人、施設介護で約55万人となっている。しかしこうした介護保険給付が導入されても、1997年で介護扶助給付の受給者は32万8260人に達している。これは、介護扶助が介護保険よりも広い要介護概念を用いてより広い対象者に給付を行っていることと、給付内容も介護保険給付を越えていること等による。また、収入や資産の活用についても緩和されたものとなっており、わが国の介護扶助制度を考える上で大いに参考にすべきである。

■ キーワード

介護保障、介護保険、介護扶助、ドイツ、社会保障

I はじめに

ドイツにおける介護保障システムを検討する場合、社会保険方式による介護保険のみではなく、租税を財源とする連邦社会扶助法(BSHG)上の給付、特に介護扶助(Hilfe zur Pflege)を併せて検討対象としなければその全体像がつかめないことは、筆者がこれまで何度か指摘してきたところである¹⁾。本稿では、1995年に在宅介護給付の支給を開始して以後すでに5年を経過したドイツにおける介護保険と介護扶助について、まず、統計により全体状況を確認し、次に介護保険と介護扶助との制度上の関係を整理し、最後に日本との関連で留意すべき点を指摘することにした。

II 介護保険導入後の介護扶助

1995年4月に介護保険による在宅介護給付の支

表1 2000年3月時点でのドイツ介護保険の現状

1. 被保険者数

公的介護金庫被保険者数 (家族被保険者を含む)(1999年1月1日現在)	約7137万人
民間介護保険被保険者 (家族被保険者を含む)(1998年12月31日現在)	約813万人
計	約7950万人

2. 給付受給者数

(1) 在宅介護受給者	
公的介護金庫による給付(1999年6月30日現在)	1,244,410人
民間介護保険による給付(1998年12月31日現在)	約70,000人
計	約131万人
(2) 施設介護受給者	
公的介護金庫による給付(1999年6月30日現在)	522,928人
(うち約60,000人が障害者施設入所者)	
民間介護保険による給付(1998年12月31日現在)	約27,000人
計	約55万人
(3) 介護者に対する給付(1998年推計)	550,000人

資料出所：Bundesministerium für Gesundheit, *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*.

給が開始され、1996年7月から施設介護給付が支給されはじめた。最近の介護保険の状況は表1のとおりである。ドイツの介護保険は基本的に医療

表2 社会的介護保険の財政状況

<収入>

(単位：10億マルク)

項目/年度	1995	1996	1997	1998
収入総額	16.44	23.55	31.18	31.1
(1) 保険料収入	16.26	23.27	30.84	30.9
(2) その他の収入	0.18	0.27	0.33	0.4

<支出>

項目/年度	1995	1996	1997	1998
支出総額	9.72	21.24	29.61	31.05
(1) 給付総額	8.64	20.05	28.05	29.47
① 現金給付	5.94	8.68	8.45	8.38
② 介護現物給付	1.35	3.02	3.47	3.89
③ 介護給付休暇	0.26	0.26	0.10	0.11
④ デイサービス・ナイトサービス	0.02	0.05	0.07	0.09
⑤ ショートステイ	0.09	0.17	0.19	0.21
⑥ 介護者社会保障	0.60	1.81	2.32	2.26
⑦ 介護補装具	0.38	0.77	0.65	0.76
⑧ 施設介護	0	5.27	12.54	13.37
⑨ 障害者施設介護	0	0.01	0.26	0.43
(2) MDK 運営費用	0.44	0.47	0.45	0.47
(3) 管理費用	0.62	0.71	1.08	1.09
(4) その他の費用	0.01	0.01	0.02	0.03

<剰余等>

項目/年度	1995	1996	1997	1998
(1) 剰余	6.72	2.30	1.57	0.24
(2) 施設建設投資へ流用	1.10	-	-	-
(3) 累積金	5.62	7.92	9.49	9.74

資料出所：Bundesministerium für Gesundheit.

保険制度に沿って構成されているが、家族被保険者を含めて7950万人に介護保険による保険保護が及んでいることになり、これは8208万人(1997年)の人口に対して約97%をカバーしていることになる。官吏(Beamte)への給付は介護保険システムでなく官庁からの介護費補助金(Beihilfe)によることになっていることなどを考えると、介護保険の住民に対するカバー率は高いように思われる。また、財政的にも、制度発足に際して、保険料徴収を1995年1月から開始したのに対して給付の方は同

年4月から開始するという3カ月のタイムラグを設けたこともあって、1998年度までのところ97億マルク余りの積立金を確保できている(表2)。このため、1999年度には、介護保険法改正によって給付が改善されたほか²⁾、さらに今後痴呆症の人に対するデイサービスの給付を改善することなどが計画されている³⁾。ドイツの政府当局者は介護保険の実施については全体として成功と評価している⁴⁾。

こうした介護保険の動向とならんで、介護扶助の動向を見てみると表3のようになる(ただし、こ

の統計の給付受給者数は1年を通しての延べ数ではなく、年末時点での現在数である)。この統計では、介護保険については公的介護金庫の受給者と財政状況しか出てきていない(表2、3では「社会的介護保険 (Soziale Pflegeversicherung)」を訳しておいた)。つまり、民間介護保険の状況が含まれていないが、全体的傾向は明らかになると思われる。これによると、1995年の在宅介護給付の実施に始まり、1996年の施設介護給付の実施を経て、1997年には社会的介護保険受給者総数は166万1000人になっている。他方、介護扶助受給者は、介護保険制度が発足していない1994年時点で47万6000人であったものが、1997年には25万1000人になり、22万5000人の受給者数減、つまりほぼ半減している。これを在宅介護で見ると20万3000人から6万6000人と3分の1になっている。施設介護については27万7000人から18万5000人と3分の2に減少している。財政的にも、1994年の介護扶助支出177億マルクから68億マルクへほぼ3分の1に減少している。

こうした動向について、まず第一に、介護保険導入の二つの大きな目的、つまり、(a) 要介護状態になったことが原因で社会扶助受給に陥る事例をできる限り減少させるという「社会政策的目的」と、(b) 地方自治体負担で介護扶助支出を軽減するという「財政政策的目的」について見ると、それぞれ相当の成果を上げたと評価することもできよう⁵⁾。

また、第二に、1994年段階では上記のように、介護扶助のみでは、公的給付の受給者数は47万6000人で、介護に関する公的支出も177億マルクであったのが、介護保険導入によって、1997年には、介護に関する公的給付受給者は、介護保険給付受給者と介護扶助受給者を合計して191万人になっており(次に指摘するように、この中には両者を共に受給している者が含まれている点に注意する必要はあるが)、介護に関する公的支出も364億マルクに達している。介護に関する公的システムのボリュームが介護保険導入によってほぼ2倍になったということもできるであろう。

しかし、第三に、実は、介護扶助受給者のほぼ

表3 社会的介護保険と社会扶助(介護扶助)の展開

1. 受給者数(年末時点)

(単位: 1,000人)

	社会的介護保険			介護扶助			
	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
総数	1,061	1,547	1,661	476	373	285	251
① 在宅介護	1,061	1,162	1,198	203	88	68	66
② 施設介護	-	385	463	277	286	217	185

2. 年間支出額

(単位: 100万マルク)

	社会的介護保険			介護扶助			
	1995	1996	1997	1994	1995	1996	1997
総額	10,357	21,244	29,605	17,723	17,473	13,887	6,844
① 在宅介護	9,227	14,777	15,251	1,634	1,068	801	768
A. 介護手当	6,011	8,684	8,454	1,146	555	294	265
B. その他	3,216	6,093	6,797	488	513	507	503
② 施設介護	-	5,270	12,799	16,090	16,405	13,086	6,077
③ 管理費用	1,129	1,197	1,555	-	-	-	-

資料出所: *Wirtschaft und Statistik* 2/1999, S.104.

3分の1が介護保険を受給しながらの受給者なのである⁶⁾。つまり、介護保険導入によって介護保険給付を受給しながらも、それでは十分な介護が確保されないために公費による介護扶助を併せて受給している者が8万人ほどいる、というわけである。ブレーメン州の施設介護、施設入所者について、介護扶助の動向を調査したものとすると、介護保険導入によって介護扶助支出を70%減少させることに成功したといわれているが、他方で、従来、介護扶助を受給していた施設入所者の中で、介護保険によって介護扶助から自立した者は扶助受給者の18.1%にとどまっていると報告されている⁷⁾。このように、介護保険給付を受けていながらも介護扶助給付を受給している場合のほか、介護扶助給付のみを受給している場合も含めると、介護保険給付ではカバーできない介護需要が公費による給付の対象として依然相当の規模で存続しているという点を見逃すことができない。1997年について見ると、年末時点での介護扶助受給者は25万1000人であったが、年間通しての延べ受給者数は32万8260人に達している(表4)。介護保険給付の改善や公費からの施設整備費の支給等によってより効率的に介護扶助からの自立を実現する方法が検討もされている⁸⁾。しかしたとえそうした方策が採用されたとしても、今後も、ドイツの介護保障システムにおいて、介護保険と介護扶助等の公費による介護給付とがあいまって機能していくことは介護保険の立法者自身が認めるところである。

表4 1997年延べ介護扶助受給者数

介護扶助受給者総数	32万8280人
うち介護手当受給者	6万3609人*
その他の在宅介護受給者	3万9988人*
通所施設利用者	2479人*
施設入所者	23万9231人

*については重複利用することができるので合計数は合わない。

資料出所：Wirtschaft und Statistik 2/1999, S. 104.

III 介護扶助の構造 — 介護保険との相互関係

1. 介護扶助が必要となる場合

ドイツの介護扶助は、連邦社会扶助法の中の「特別扶助(Hilfe in besonderen Lebenslage)」の一種として同法68条から69c条までに定められている。この介護扶助は、介護保険法制定まではドイツにおける介護の社会的支援制度の中心として機能してきており、介護保険法実施以前から給付内容としては、施設介護に対する援助から、在宅介護給付、介護者に対する補助、そして介護手当の支給を行ってきている。ただ、財政的には連邦政府による負担がなく、市町村とラント(州)の負担になっており、具体的実施については市町村またはラントレベルに委ねられている部分が多い。そして、介護保険法制定に伴って、介護扶助に関する条文も改正され、介護保険法の条文の文言との調整が図られているが、これまでの介護扶助については裁判例を含めた膨大な実績が存在することから介護保険と介護扶助の相互関係は複雑で、介護保険実施後も1996年に介護扶助に関する規定の再改正が行われている。

いずれにせよ介護保険導入後、介護扶助が必要となる場合として次のような状況が考えられる⁹⁾。

- (a) 要介護状態に陥った人が介護保険に加入していない場合か、介護保険からの給付を受給するのに必要とされている「保険加入期間(Vorversicherungszeit)」（2000年1月1日からは最低5年間）を充足していない場合。
- (b) 要介護者が、介護保険が支給要件としている要介護度の程度に達しない場合や、介護保険が想定している要介護概念に合致しない場合。
- (c) 介護保険が定めている上限額を超えて介護費用が必要な場合や、介護保険に予定されていない給付が必要な場合。
- (d) 介護給付が緊急に必要なになって介護保険法上

の手続きをとる時間的余裕がない場合。

ドイツでは、日本のような「国民皆保険」制度をとっていないため自営業者等の中には介護保険の強制加入対象になっていない人たちが少数ではあるが一定数存在する。また、ドイツの介護保険の場合制度発足当初は、日本の介護保険と同様に、介護給付を支給する上で事前の保険加入期間を必要としないものとされていたが、その後順次事前の介護保険加入期間を要件として介護保険給付を支給する制度に移行していき、2000年1月以後は5年間の保険加入期間が介護保険給付受給の要件となった。これはわが国の介護保険にはない要件で、介護保険の給付からの「漏れ」を生じさせる一つの大きな要素になっている。また、介護者に対する給付についても、事前に1年間の介護実績が要件となっていたが、昨年の法改正によりこの要件は廃止された。その結果、介護者に対する給付については介護保険によるカバーがより完全になり介護扶助の出番は減少することになったと言える。

2. 介護扶助における要介護概念

介護扶助の受給権者を確定する要件としての「要介護」概念は、文言上は介護保険法の要介護概念に関する条文と同一の部分が多く、介護保険法上の具体的な要介護度判定指針等も介護扶助において準用されている。

ただ、連邦社会扶助法68条1項2文が、以下の3点にわたって介護保険法上の要介護概念を介護扶助に関して拡張している。

(a) 介護保険法上の要介護概念は、要介護状態が6カ月以上継続することが予測される場合、とされているが、介護扶助は、要介護状態が6カ月未満しか継続しないと予測される場合でも支給されることになっている。つまり、退院後間もなく亡くなる可能性が高いような人に対する介護扶助給付が考えられている。

(b) 介護保険においては、最低でも介護に必要な時間数が週平均で見ても1日当たり1時間半、そのうち基礎的介護(身体介護を中心としたもの)が45分超必要とされる場合(要介護度I)でなければ介護保険給付の対象とならない。介護扶助は、こうした介護保険の基準よりも介護需要が少ない場合でも支給されることになっている。

(c) さらに、介護保険では、身体介護、食事、あるいは移動に関して、少なくとも1つ以上の分野で少なくとも2つの行為について、少なくとも1日に1度は援助を必要としており、加えて、家計の世話についても週複数回援助を必要としている状態であるとされている。そして、さらにそれぞれの分野について介護を必要とする行為が具体的に介護保険法上列挙されている。介護扶助は、こうした介護保険法上、介護需要判定対象とされている行為以外についても介護需要を考慮することになっている。こうした介護需要には、自傷行為等を防止するための単純な見守り介護や、外出の際のガイドヘルパー等も含まれると考えられている¹⁰⁾。

以上のような要介護概念の差異によって、連邦社会扶助法上の介護扶助は、介護保険において介護給付の対象とならないいわゆる「要介護度ゼロ」と判定された人達についても支給されることになる(上記(a)と(b))。そればかりではなく、介護保険では要介護度の判定において考慮対象とされなかったような介護需要、例えば知的障害者や痴呆性老人の意思疎通上の障害も、介護扶助においては介護給付支給の判定に含めて考慮されることになる(c)。この結果、介護保険法上の要介護度認定と介護扶助における要介護認定とが「ズレ」る余地が出てくることになる。例えば、介護保険法上は要介護度Iと判定された場合でも、つまり、基礎的介護需要が45分未満で、家事援助需要を含めて1時間半の介護需要であると判定された場合

であっても、介護扶助においては、介護保険法上の介護需要とは見なされない「移動についての援助」が必要であったり、見守り介護が必要で、これを考慮すれば介護需要の最低必要時間が要介護度Ⅱの2時間を超える場合には、この人は介護扶助においては要介護度Ⅱの介護手当を請求することができるのである。

もちろん、介護扶助も支給対象が無制限であるわけではないが、その要件は介護保険のように画一的に定めることができないと考えられており、介護給付を実施しなくても扶助申請者が「人間の尊厳に値する」生活が営めるのか否か、という社会扶助法の基本原理に基づく基準で判定すると考えられている¹¹⁾。

ドイツの介護保険における要介護認定では、例えば1997年では認定申請の25.4%について自立判定が出されており、異議申し立てが7万件余りといわれている。裁判例においても、1998年に連邦社会裁判所は介護保険法上の要介護度認定をきわめて限定的に解する判断を示している¹²⁾。しかし、こうした介護保険における要介護概念の限定性は、介護扶助における、より柔軟な要介護概念と照らし合わせて見る必要があるということになる。連邦社会裁判所もその判決の中で、介護保険における要介護概念の限定性を、介護保険法において保険料率が法定され財政的柔軟性がないこととで正当化するとともに、介護保険から漏れた介護危険が「最終的には社会扶助の責任範囲でカバーされる」ことをもって正当化しているのである¹³⁾。

連邦社会扶助法68a条は、介護金庫による要介護認定に関する決定は介護扶助においても拘束力を有する旨定めている。しかしこれは、両者の決定に共通する事実認定についての拘束力であって、介護扶助において介護保険とは別の介護需要が考慮される場合に介護金庫の決定は拘束力を持たない、と考えられている。そうした場合には、社会扶助主体である市町村は、保健局や社会局

による当該要介護者の介護需要の調査・判定を行うことになる¹⁴⁾。

3. 介護扶助の給付内容

介護扶助の給付内容には、上記のように施設介護に対する援助から、在宅介護給付、介護者に対する補助、そして介護手当の支給まであり、特に、在宅で生活している要介護者を介護している近親者や近隣の者に対して交通費や洗濯代、必要になった外食費等を補填する給付も含まれている。

介護保険との関連で特に重要なのは第一に、介護保険法上いわゆる要介護度ゼロとされる場合でも介護扶助における要介護性が存在すれば、介護扶助による施設介護も在宅介護も受給できる、という点である。ただ介護扶助においても、在宅介護優先という視点から、施設介護は個別事例の必要性、つまり在宅介護が期待できないか十分に期待できない場合にのみ保障することとされている。しかし、この場合、施設介護の必要性は要介護度の重さだけではなく、むしろ独居老人であるとか、近親者等による援助の可能性の有無等、当事者の生活事情が重視される¹⁵⁾ことになっている。ある調査によると施設入所者の23%が要介護度ゼロに当たるといわれている¹⁶⁾が、こうした人たちは介護保険からの給付は受けられないが介護扶助は受給できることになる。

第二に重要なことは、介護保険では、施設介護においても在宅介護においても給付上限額が設定されており、しかも、給付の対象は介護費用にのみ限定されているが、介護扶助においてはこうした限定がないということである。施設介護においては、介護扶助は介護費用についても上限を設定せずに必要な費用を支給することになっているし、食費や部屋代、あるいは施設整備費も支給することになっている。在宅介護についても、介護専門職による在宅介護費用を介護保険の上限額(要介護度Ⅰで月額750マルク、要介護度Ⅱで月額1800

マルク、要介護度 III で月額 2800 マルク) を超えて支給することになっている。ただ、この在宅介護費用の引き受けにおいて、24 時間介護が必要な要介護者の場合のように、費用がきわめて高額になった場合に、施設入所との関係が問題になる。これについては連邦社会扶助法は、一方で、3 条 2 項で扶助受給者の扶助の形態・種類についての希望権・選択権を尊重しなければならないと定めており、しかも 3a 条に在宅介護優先を明記している。他方、条文上、こうした希望権・選択権あるいは在宅介護優先は、それに要する費用が相当である範囲内で認められるという留保が付されているため、争いも多く裁判例が多数存在する。差し当たり、フランクフルト市の取り扱い例を見ると¹⁷⁾、次のようになっている。地域に存在する施設の、要介護度 II ないし III の入所費用の中間値である月額 6000 マルクないし 7500 マルクを比較対象とし、在宅介護の場合に必要な生活扶助費を含めた在宅介護費用を計算する。在宅介護に要する費用が、施設介護費用の 1.5 倍を超えた場合、つまり月額 9000 マルクないし 11250 マルクを超えた場合には不相応に高額の費用がかかるものと判定する。その上で、当該介護扶助申請者に施設入所を期待することが可能なかどうかを、その個人的事情について検討することになっている。つまり、施設入所によって居住地が大幅に変わるのか否か、施設が、当該介護扶助申請者の外出可能な立地条件なのかどうかなどが検討されなければならないことになっている。いずれにせよ介護扶助は、在宅介護においても介護保険の給付上限額を大幅に超えた給付を行うことになる。

第三に、介護扶助では介護手当の支給も予定されている。これは、在宅介護を近親者や近隣の者が行っている場合に支給されるもので、金額は介護保険の介護手当と同額である(要介護度 I で月額 400 マルク、要介護度 II で月額 800 マルク、要介護度 III で月額 1300 マルク)。ただ、介護保険から介

護手当が支給された場合には、介護扶助からの介護手当はその額だけ減額されることになっている。介護保険から現物給付を受けている場合や、介護扶助から専門職による在宅介護を受けている場合には、規定額の 3 分の 1 にまで減額された介護手当が支給されることとなっている。この介護手当は、要介護者の収入とは見なされないし、要介護者からさらに近親者や近所の者に手渡された場合にも、この介護手当はそれらの者の収入とも見なさないことになっている。しかし、扶養法上、介護者の収入と見て、介護者の扶養請求権を減額することにするのかどうかについては裁判例が分かれている¹⁸⁾。

4. 障害者に対する介護扶助

障害者に対する介護保険給付、特に障害者施設に対する介護保険の適用をめぐることは、1995 年の介護保険法の在宅介護給付の実施から 1996 年 7 月の施設介護給付開始直前まで議論が紛糾した。障害者施設は従来、これも連邦社会扶助法の特別扶助の一種である障害者統合扶助(Eingliederungshilfe fuer Behinderte)という、公費によってまかなわれてきている¹⁹⁾。このため、障害者施設の給付内容が介護のみではなくリハビリ的要素や職業訓練的側面を併せ持っているため、その中から、介護給付のみを取り出し、それについてのみ介護保険給付を優先的に支給するとすると、障害者に対する給付の「総合性」がそこなわれる、という介護保険を障害者施設に適用することに反対する意見が根強く存在した。さらに、そうした障害者施設の中の介護部分だけが、介護保険によってまかなわれるようになることで社会扶助主体と介護保険との間に複雑な求償関係と、場合によっては争訟が生じるのではないかという危惧があった。

1996 年からの施設介護給付実施直前に、職業訓練や社会的リハビリを行っている障害者施設についても介護保険給付の適用対象とするが、それらについては介護保険法上の介護施設として月額

2800マルクの給付を行うのではなく、社会扶助主体が負担している施設費用の10%分を、最高月額500マルクまで介護保険が引受けることで決着することとなった。

また、障害者と介護保険との関連で議論になったのが、要介護状態の若年障害者が、自らが「使用者」として介護者を雇用している場合の介護保険給付である。これについては1996年以後、要介護障害者が介護者個人と直接雇用契約を締結して、自ら介護サービスを組織している場合には、介護保険からは現物給付としての上限額分が支給されるのではなく、近親者ないしは近隣の者が介護しているのと同様と見なして、介護手当のみが支給されることになった。ただ、多くの場合こうした介護手当のみでは介護者を確保できないので、介護扶助から介護専門職による介護費用の引き受け等が支給されることになる。この場合は、介護手当の3分の2までは介護者確保費用に回すものとして計算され、介護手当は3分の1のみが要介護障害者の手元に残ることになる。

5. 社会扶助の需要充足原理と介護扶助

以上のような手厚い介護扶助制度が介護保険を包み込んでいるのがドイツの介護保障システムである。介護保険導入後も、こうした介護扶助が手厚く介護保障を行うことになっているのは、介護扶助が中心になって公的な介護保障を行っていた期間からの蓄積が介護保険法実施後の現在も生きているからである。つまり、社会扶助法が元来「人間の尊厳に値する最低生活」を保障する制度としての性格を有しており、介護扶助の内容形成に際しても「人間の尊厳に値する生活保障」と「需要充足の原理(Bedarfs-deckungsprinzip)」が基礎にあったのである。そうした中で形成されてきた介護水準を、市民が新たに保険料を負担することになる介護保険制度の導入によって引き下げることはできないとされている²⁰⁾。また介護保険導入の目的自

体が、全面的に介護扶助に取って代わるのではなく、基礎的介護部分のみを社会保険制度に移行することであったのである。つまり皮肉な見方をすれば、介護保険導入は、介護内容や介護水準の改善・向上を目指して導入されたというより、保険給付を一定額の年金等に上積みすることによって、要介護状態発生がきっかけで社会扶助受給に至ることを防ぐ、という一定の所得と資産を有する階層をターゲットにしたいわば「中間所得層対策」であったことも否定できないのである²¹⁾。

IV 日本における介護扶助(生活保護法)への示唆

1. 日本における介護扶助の必要性

以上のようなドイツ介護保障システムと介護扶助を参考にしつつ、わが国の介護保障システム、特にこの4月から介護保険の実施に伴って定められた生活保護法の介護扶助について、介護保険そのものや介護扶助の基本的構造上の差異が存在することから厳密な比較が困難であることは承知の上で、検討してみる²²⁾。

まず、ドイツと日本の介護保険制度の違いによる介護扶助の必要性の異同を確認する必要がある。ドイツの介護保険においてはいわゆる「国民皆保険」制度になっていないことから生じる介護保険非加入者層の存在、また給付受給以前に一定の被保険者期間が求められることになっているために生じる介護保険給付の要件未充足者層の出現等、日本にはない介護扶助の必要性が存在する。

他方、わが国の介護保険は周知のように65歳以上を主たる対象としているため、介護保険がカバーしない層がまず膨大に存在する。40歳以上で生活保護を受給していて介護保険に加入できない層に対する介護保障をはじめ、介護保険がカバーしない層に対しては、現在のところ、障害者加算で対応することが考えられているようであるが、当然

その場合には介護保険給付との整合性が問題になろう。次に、ドイツ介護保険と異なってわが国の介護保険では介護給付受給段階で利用料負担が定められている。こうした利用料を負担できない層に対する介護扶助の必要性については、膨大なものが存在するものと考えられる。特に、介護保険料滞納者に対する制裁措置が定められているが、この場合利用料負担が増大することになっている。わが国の介護保険は被保険者が無収入の場合にも保険料徴収対象とすることになっており²³⁾、保険料滞納者が多数出現すると予測されている。それだけに一層、利用料負担に関わる介護扶助の必要性は大きなものとなるであろう。

2. 日本における介護扶助の課題

(1) 収入認定と資産活用の緩和

ドイツの介護扶助は、連邦社会扶助法に含まれた制度からなっていることから、わが国の生活保護給付と同様に厳しい収入認定と資産活用が求められる、と考えられることが多い。しかし、実際には異なる点も多く、第一に、ドイツにおける社会扶助の権利性が一般的に広く確立していることがあげられる。このことの一つの現れが、ドイツでは、わが国の生活保護給付に対応する狭義の社会扶助—金銭給付による最低生活保障給付＝生活扶助(Hilfe zum Lebensunterhalt)と呼ばれている—の受給者が人口に占める比率は1997年で3.5%に達していることである。これは、同年のわが国生活保護給付の保護率が0.72%であるのと比較すれば、ほぼ5倍となっている。

第二に、制度的にも、介護扶助の受給については、一般の生活扶助の場合よりも収入認定と資産活用の要件が緩和されている。つまり、生活扶助支給に際しては、租税や社会保険料その他を除くすべての収入の活用が求められるが、介護扶助の場合はこれと異なって次のような控除がある。まず要介護度ゼロの場合は、収入のうち、1050マルク

に住宅費と家族加算を加えた額が控除される。要介護度IとIIについては、1573マルクに住宅費と家族加算を加えた額が控除される。要介護度IIIの場合には、3148マルクに住宅費と家族加算を加えた額が控除される(いずれも1999年7月1日以後の数字)。こうした収入限度額設定は、1997年の平均名目月収が4183マルクであるという統計²⁴⁾から考えると中低所得層までカバーできる可能性がある。

さらに、資産活用に関しては、現金保有に関して、要介護度ゼロからIIまでは、扶助申請者本人について4500マルク、同居の配偶者がいる場合1200マルク、さらに扶養家族が1人増えるごとに500マルク加算された額までが活用対象から控除される。要介護度IIIの場合には、申請者本人についての控除額が8000マルクとなっている。

また、土地家屋の活用に関しては、それまで「小さな土地家屋」の保有が認められるとされていたのが、1990年の法改正により1991年1月1日以後「適切な土地家屋」の保有が認められるようになっている。要介護者が在宅で介護を受ける場合には、156m²までについては活用を求められないことになっている。ただ要介護者が施設に入所し、かつ残された土地家屋に近親者が居住していない場合には当該土地家屋の活用が求められることになる。こうしたドイツにおける介護扶助受給に際しての収入と資産の活用要件の緩和は、わが国においても大いに参考にすべきものと言える。

(2) 人間の尊厳に値する介護水準の形成

わが国においても介護保険における要介護認定の問題性がつとに指摘されるようになってきている。介護保険の支給対象を拡大することも一つの課題であるが、同時に、介護扶助の支給要件を含めて公的に保障すべき介護需要について大いに議論し、より柔軟で実際的な要介護概念を作り上げていくことが、わが国でも求められていると言える。同時に、介護保険法上の給付上限額が果たして「人

間の尊厳に値する介護」を保障するものなのかどうか、本来の「人間の尊厳に値する介護」の水準をどのように設定するのか、介護扶助を含めてすべての人に保障すべき介護水準はどうあるべきかを、大いに議論する必要がある。このようにわが国において「人間の尊厳に値する介護」を形成していく上で、現在係争中の訴訟の控訴審は注目すべき重大な意味を持っていることも最後に指摘しておきたい²⁵⁾。

注

- 1) 拙稿, ドイツにおける介護保障—公的介護保険と社会扶助給付(『賃金と社会保障』1158号, 1995年7月), 同, ドイツにおける介護保障と介護保険(『週刊社会保障』1847号, 1995年7月)。
- 2) 拙稿, 「ドイツの介護保障システムと介護保険の現状」(『総合社会福祉研究』16号, 2000年3月)。
- 3) Erwin Jordan, “Die Situation von dementiell Erkrankten-Perspektiven der Pflegeversicherung”, Bundesministerium für Gesundheit Homepage vom 27. 4. 2000.
- 4) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Januar 1998); Bundesministerium für Gesundheit Pressemitteilung vom 31. 3. 2000, Fünf Jahre Pflegeversicherung - eine Zwischenbilanz. ただし, 給付の改善による支出増と, 失業者の増大等による保険料収入の減少のため当面単年度赤字が生じる可能性が指摘されている(前掲拙稿参照)。
- 5) Hans-Jürgen Stubig, Rückläufige Empfängerzahlen bei der Hilfe zur Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung, NDV 2/1999, S.49ff.
- 6) Ebenda, S.52.
- 7) Heinz Rothgang/Anke Vogler, Die Auswirkung der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen in Bremen, NDV 7/1999, S.223ff.
- 8) Günter Roth/Heinz Rothgang, “Angleichung nach oben”: Die Entwicklung der Heimentgelte nach Einführung der Pflegeversicherung, NDV 3/2000, S.85ff.
- 9) Fichtner (Hrsg.), Bundessozialhilfegesetz (1999) S.299.
- 10) Ebenda, S.306ff. 「要介護状態が発生した場合生ずるきわめて多様な介護需要を個別状況を考慮した上で, 必要な範囲でカバーするための『てこ』としてこれが用いられている, という(ebenda, S.309)。
- 11) Ebenda, S.305, S.310.
- 12) 拙稿, 前掲論文 66頁以下参照。
- 13) BSG, Urt. v.19. 2. 1998 (B3P 3/97), NZS 11/1998, S.525 (528).
- 14) Fichtner (Hrsg.), ebenda, S.341ff.
- 15) LPK-Bundessozialhilfegesetz 5. Aufl., S.603f.
- 16) Hans-Jürgen Stubig, ebenda Anm. 7, S.53.
- 17) 1999年9月の筆者のフランクフルト市における聞き取りとそこで入手した資料による。
- 18) Peter Trenk-Hinterberger, Die Rechte behinderter Menschen und ihrer Angehörigen 26. Aufl. 1998, S.142f.
- 19) 1997年で45万3000人が障害者統合扶助を受給しており, 147億マルクの支出総額となっている。しかも, 障害者統合扶助受給者数は介護保険実施後も増加してきている。
- 20) Fichtner (Hrsg.), ebenda, S.310.
- 21) 拙稿, 「ドイツにおける公的介護保険の意味—介護保険導入によって何が変わったのか」(社会政策叢書編集委員会編, 『社会政策叢書19集・今日の生活と社会保障改革』啓文社, 1995年)。
- 22) 介護扶助については差し当たり, 尾藤・木下・中川編著, 『生活保護法の挑戦—介護保険・ホームレスの時代を迎えて』(高菅出版, 2000年)1章, 7章参照。
- 23) 拙稿, 「ドイツの介護保障システムと介護保険の現状」, 前掲論文, 参照。
- 24) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Taschenbuch “Statistisches '98”。
- 25) 平成11年6月11日金沢地裁判決(『賃金と社会保障』1256号, 1999年8月)。
(きのした・ひでお 大阪市立大学教授)

介護手当(金銭給付)の意義、実施状況およびその評価

田中 耕太郎

■ 要約

ドイツの介護保険は、在宅介護を優先し、家族等による介護の社会的経済的な認知を通じて家族等の介護したいという気持ちと力を促進する明確な政策目的をもっている。このため、当初から当然のごとく在宅介護の現物給付と並んで介護手当(金銭給付)を設け、いずれかあるいは両者を組み合わせて選択できることとしている。施行当初は事前の予測以上に介護手当の申請が多かったが、毎年徐々に現物給付が増え、1998年には受給者数で約2割、給付額で約3割が現物給付を選択している。一般的には、要介護度が重度になるほど現物給付の選択が増える傾向にあり、要介護者や家族等が実情に応じて柔軟に利用していることが伺える。介護手当が依然として多く選択されているにも拘らず、在宅サービスはわずか5年間に約3倍と急激に増加し、国民の間でも介護保険は広く受け入れられ支持されている。わが国においても早急に法律改正により金銭給付を導入すべきものと考えられる。

■ キーワード

介護手当、金銭給付、コンビネーション給付、家族介護、選択

はじめに

周知のように、ドイツの公的介護保険では当初から在宅介護給付として、専門職による介護サービスの現物給付と家族等が介護を行った場合の介護手当(金銭給付)、そしてその選択による自由な組み合わせを用意した。

これに対して、わが国で平成12年4月から施行された介護保険法では、家族等が介護を行った場合の金銭給付を認めていない。しかし、[社会的介護サービスの必要量]=[要介護の量]-[家族等によるインフォーマル介護サービス供給量]の定式下で、介護給付の程度は客観的な[要介護の量]によって決まるにもかかわらず、家族等が介護を行えば行うほど、必要な社会的介護サービス量は減るため、給付は受けられなくなるという奇妙で不

公正な結果が生じる。このような結果を避けるためにはドイツのように家族等による介護に対して金銭給付を行う以外に方法はない。また、実際にわが国の在宅介護の多くが家族等によって献身的に担われている状況の中で、これにせめて経済的に報いたいという思いを持っている人々も多い。このような背景の中で、法律は金銭給付について見切り発車をしたものの、その後も、家族介護を評価すべきとの根強い国民感情を背景に、家族等が介護を行った場合にいくつかの条件を付してこれを基準該当サービスとして認める途や、さらには法律に基づく給付とは別に一定の条件を満たした場合に家族介護慰労金を支給することが政府与党間で決定された。しかし、これらはいずれも、本来法律事項として介護保険法の最も根幹となるべき家族介護の位置づけの問題を、法律は変えないと

いう前提で政治的に妥協を図ろうとしたものである。その結果は、ほとんど現実に適用される人がいないに等しい無残な内容となっている。家族介護を評価し、その精神的・経済的支援をすべきだという自然な国民の声がいかにして政策決定過程で歪められたかという点はそれ自体一個の政治学、行政学の研究課題ではあるが、本稿では、正面から家族介護に対する金銭給付を位置づけて展開してきたドイツの介護保険について、わが国における議論を念頭に置きつつ、その意義と効果を検証し、改めてわが国における早期の法律改正に向けて議論の参考としたい。

I 在宅介護の状況

ドイツにおける在宅介護の状況に関しては、1992年に連邦家庭・高齢者省の委託に基づいて行われた調査¹⁾が現在でも最も詳細なものであるため、若干データは古いが、これを中心に在宅介護の実態をまず概観してみる。

1. 要介護度別の人数

表1に見られるように、全ドイツで要介護者は112.3万人で人口比は1.4%となっている。この時点で介護施設等に入所している要介護者は約45万人と推計されているので、両者合わせると要介護者総数は約157万人で、在宅者はそのうちの約71%ということになる。

また、要介護ではないが家事援助を必要とする要支援者は209.3万人で、人口比2.7%となっている。

2. 要介護者の年齢分布と世帯、介護者の状況

在宅の要介護者の推計数のうちの71%に当たる79.3万人が65歳以上であり、そのうちでもさらに80歳以上が48.3万人と、要介護の発生が高齢期、とりわけ後期高齢期に集中していることが分かる。また、このことと関連して、65歳以上の要介護者のうち70%が女性となっている。

要介護者の属する世帯を要介護度別に見たものが図1である。要介護度が比較的低い段階(「週に複数回介護が必要」)では1人暮らしも33%に及ぶのに対して、重度になるにつれてこれが急減し、逆に4人以上の世帯が急激に増えているのが分かる。ドイツにおいても重度の要介護者が在宅で生活するには家族の強力な支援が必要なのである。

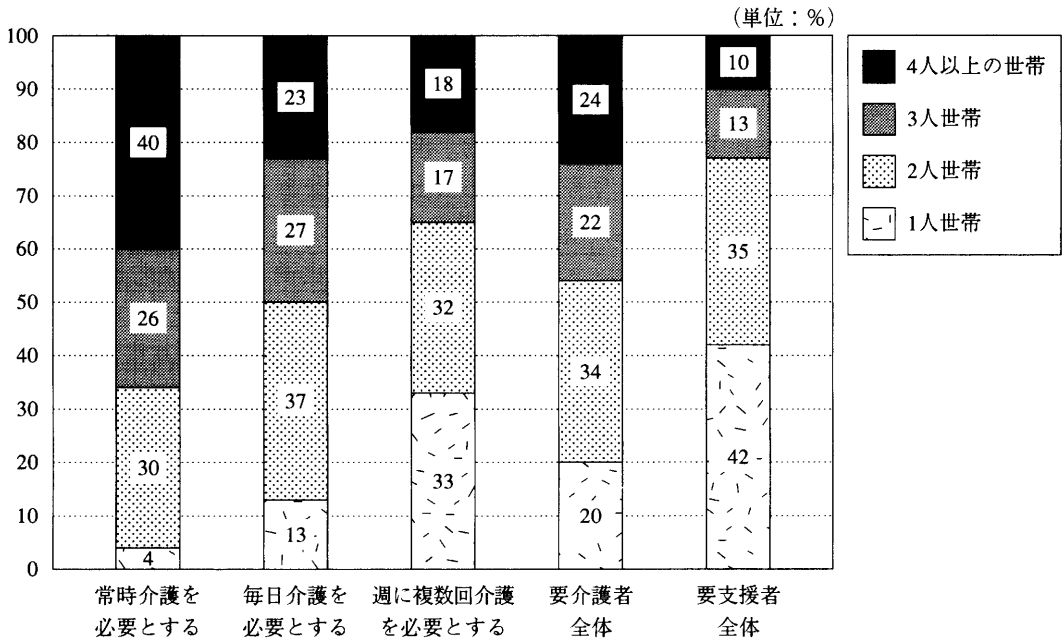
また、要介護度別に介護者の状況を見たのが図2で、比較的軽いうちは家族や知人に介護者がいない場合や、複数の介護者が交代で介護を行う形で支援しやすいが、重度になるにつれて1人の主介護者が付きっきりにならないと在宅での介護は困難なことが分かる。

要介護者の年齢別に主介護者の続柄を見たものが表2である。要介護者が子どもの場合にはほとんどの事例で母親が主介護者になり、中年期から初老期は夫婦が支え合い、やがて配偶者が死去または自身が不自由になる後期高齢期には主

表1 要介護度別要介護者数の推計

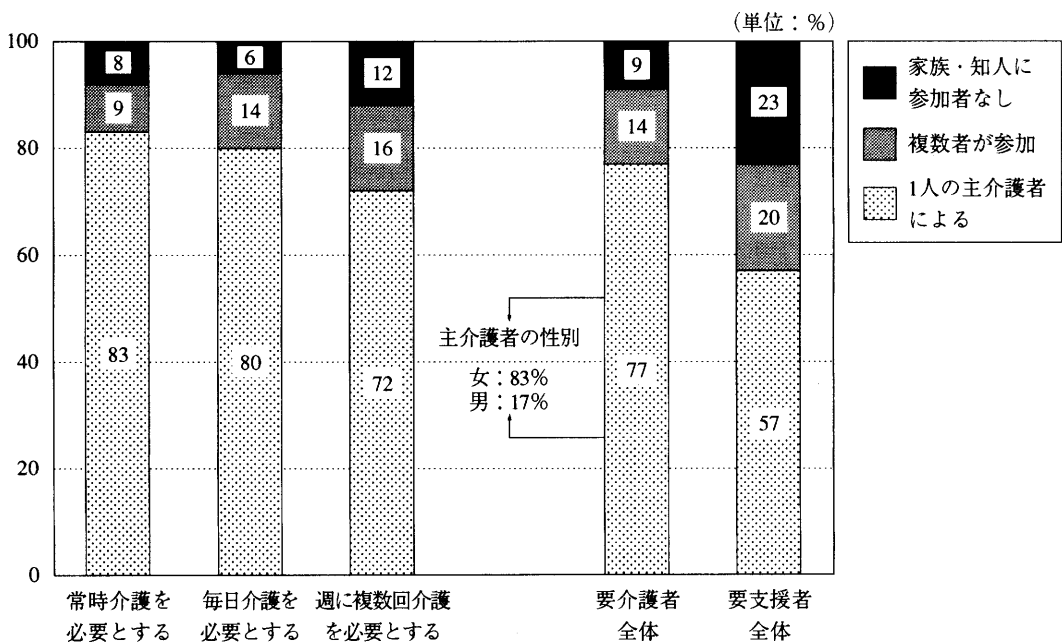
	人数	構成割合
在宅要介護者数	112.3万人	100%
週に複数回の介護が必要	46.5万人	41%
毎日介護が必要	46.8万人	42%
常時介護が必要	19.0万人	17%
要支援者数	209.3万人	—

資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.61



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.124

図1 要介護度別に見た要介護者の属する世帯規模別の分布



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.126

図2 要介護度別の家族または知人による介護の状況

表2 要介護者の年齢別の主介護者の統柄

(単位：%)

	0-15歳	16-39歳	40-64歳	65-79歳	80歳以上	全年齢
妻	0	4	53	39	12	24
夫	0	14	23	22	5	13
母親	98	78	3	0	0	14
父親	2	0	0	0	0	0
娘	0	2	4	24	44	26
息子	0	0	1	2	6	3
嫁	0	0	1	6	17	9
その他の親族	0	2	12	6	9	7
友人、隣人	0	0	2	2	7	4
計	100	100	100	100	100	100

資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.129

介護者が子どもの世代に移っていく傾向が明瞭に読み取れる。80歳以上の要介護者の主介護者の44%は娘であり、興味深いことには嫁が主介護者になるケースも全体の17%もの比率に上る。そして全体で平均すると主介護者の83%が女性であり、わが国同様に在宅介護が主に女性によって担われていることが分かる。

3. 主介護者の負担

要介護度別に主介護者が拘束される時間を見たのが図3である。要介護度が重くなるにつれて「休みなく四六時中」拘束される主介護者が増え、常時介護を要する場合には92%の人がこのような状態にあることが分かる。また、このような介護の実態を反映して、主観的な負担感を尋ねた結果が図4で、常時介護を要する人の主介護者の8割近くが非常に強い負担感を持っている。他方で、比較的軽度の場合には、「どちらかという強い」が半分以上で、「どちらかという少ない」も14%程度を占めるなど、要介護の程度や家族の介護負担、気持ちなどによってさまざまなケースがあることがうかがわれる。

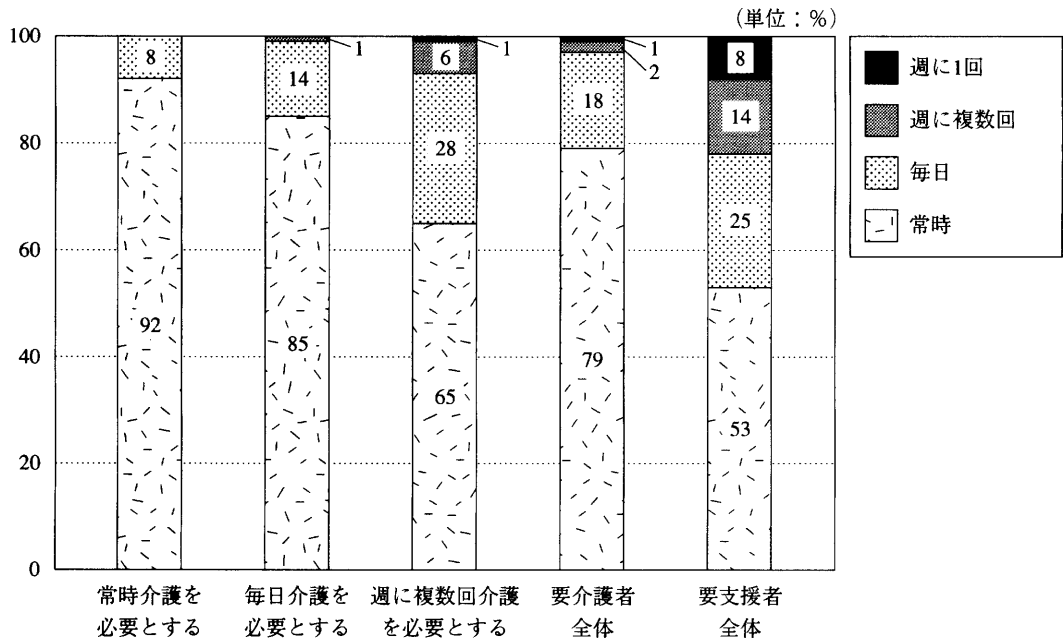
また、これらと関連して、稼働年齢(18歳から

64歳まで)の主介護者の仕事の状況について見ると、全体では仕事をそのまま継続した人が22%いる反面で、仕事をあきらめた人も16%、制限した人が14%を占め、この傾向は要介護度が重度になるほど顕著になるなど、家族の介護は介護者の就労にも大きな影響を与えている。このため、介護に当たる家族の所得の保障、年金などの社会保障面での不利益のカバー、介護が終わった後の就労復帰の支援なども重要な課題となっていることが分かる。

II 介護手当の趣旨および内容

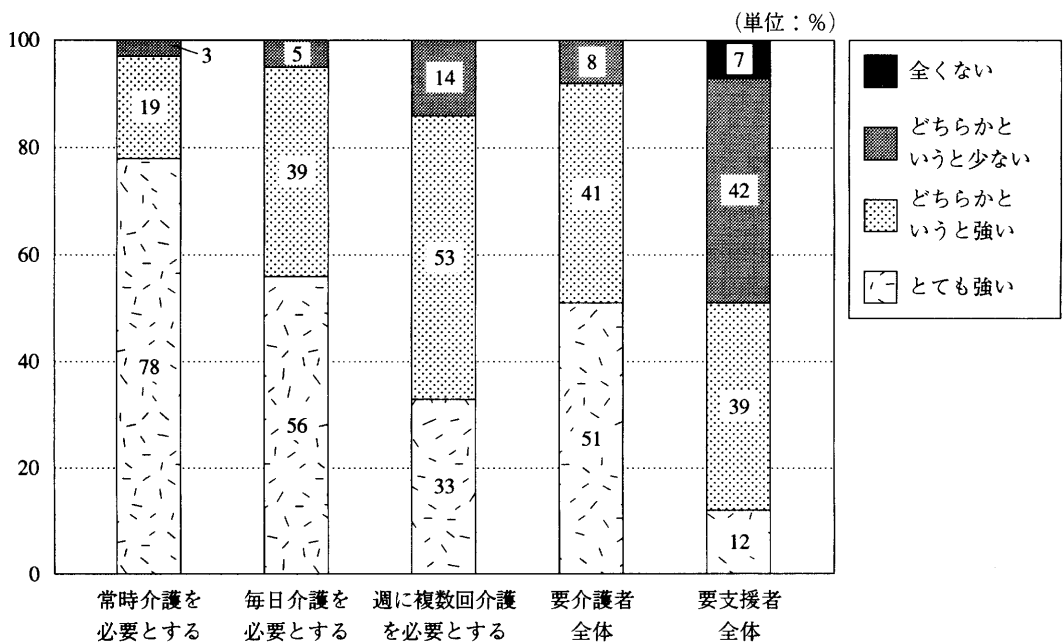
1. 在宅介護給付の位置づけ

介護保険法上の給付としては、在宅介護給付(Leistungen bei häuslicher Pflege)、通所介護・短期入所介護(Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege)および入所介護(Vollstationäre Pflege)の3種類に分けられる。そして、介護保険法の3条では、「介護保険は、その給付によって、優先的に在宅介護と家族及び隣人の介護しようという気持ち(Bereitschaft)を支援し、それによって、要介護者ができる限り長い間、その在宅環境にとどまるこ



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.133

図3 要介護度別の主介護者の拘束時間



資料出所：Bundesministerium für Familie und Senioren, 1993, S.136

図4 要介護度別の主介護者の負担感

とができるようにすべきである。」として、明確に在宅介護優先の原則が示されている。

在宅介護給付は、介護現物給付、介護手当および両者のコンビネーション給付が中心で、それ以外にも介護者に支障が生じた場合の代替介護と介護補助具の支給および技術的支援がある。なお、介護保険法が制定される前に、先行して1989年の医療保険改革法(GRG)により医療保険の給付として在宅介護給付が創設された。このときは重度の要介護者のみを対象として、コンビネーション給付は設けられずに介護現物給付と金銭給付(Geldleistung)、そして介護者に支障が生じた場合の代替介護給付のみが設けられ、しかもその限度額は1段階で低く不十分なものだった。これが介護保険法により大幅に改善された。

2. 介護現物給付(Pflegesachleistung)

介護現物給付は介護金庫が供給協定を結んだ介護サービス機関によって提供される。その中心はソーシャル・ステーション(Sozialstation)と呼ばれる機関で、わが国における在宅介護支援センターと訪問看護ステーション、ヘルパーステーションを一体化したようなもので、地域における在宅介護・訪問看護の中心的な存在である。また、介護金庫が協定を締結した場合には個人が現物給付を提供することもできる。現物給付の内容は基礎介護と家事援助で、その額には要介護度に応じて表3のような毎月の限度額が設けられている。したがって、これを超えてサービスを利用する場合には超えた額は全額自己負担となり、それが負担できない場合にはミーンズテストを経たうえで最終的には社会扶助の対象となる。

3. 介護手当(Pflegegeld)

(1) 趣旨

在宅介護の大半はすでにIの実態のところで見たとように家族を中心に担われており、家族や隣人

の介護しようとする気持ちを支援するという介護保険法の基本的な目的からも当然のこととして、要介護者が家族等自ら介護者を確保した場合に介護手当が用意された。

要介護者が自分の責任で行う自己決定を尊重するため、その申し出によって、現物給付に代えて介護手当が支給される。この介護手当は、介護者によって行われた介護サービスに対する労働報酬ではなく、要介護者が介護に当たってくれている家族や知人、隣人などの大きな献身に対して物質面での認知(Anerkennung)および動機付け(Anreiz)に役立つものという性格が与えられている²⁾。この意味で、介護手当は介護現物給付の補完(Surrogat)と位置づけられる。

(2) 内容

介護手当は、要介護者が家族その他の介護者によって、必要な基礎介護および家事援助を適切な方法で自ら確保できる場合に、要介護度に応じて支給される。

受給権者は介護者ではなく要介護者本人である。

介護手当は基礎介護と家事援助のために支給されるが、これをどう使うかは要介護者の自由である。したがって、日頃介護で負担をかけている家族、あるいは知人や隣人などの非職業的な介護者に対してお礼として支払ってもいいし、職業的な介護者を要介護者自身が雇う場合(いわゆる使用者モデル)も対象となる。

介護手当の金額は、要介護度に応じて、表3の通りで、いずれも上限額ではなく、定額である。また、それぞれ対応する現物給付の上限額と比較するとその半分前後となっている。この点については、要介護者が自らの責任で自己決定により適切な方法で自ら介護者を確保した場合に支給するという介護手当の趣旨に照らしても低額過ぎるとの批判も行われている³⁾。

表3 現物給付と金銭給付/介護手当の給付額とその比率

(単位：マルク/月)

医療保険法に基づく在宅介護給付 (1991.1.1～1995.3.31)			介護保険法に基づく在宅介護給付 (1995.4.1～)			
現物給付(a)	金銭給付(b)	b/a(%)	要介護度	現物給付(c)	介護手当(d)	d/c(%)
750	400	53	I	750	400	53
			II	1800	800	44
			III 困難事例	2800	1300	46
				3750		35

(3) 介護の質の確保のための措置

介護手当という形で金銭給付を行った場合の一つの問題は、それによって果たして適切な介護の質が確保されるかどうか保障がないという点である。このため、この点に対しては慎重な考慮が払われている。まず、最初の要介護認定の段階で、MDK(医療保険のメディカル・サービス—Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)は、要介護者が介護手当を申請している場合には、その要介護認定に関する鑑定意見の中で、在宅介護が適切な方法によって確保できるかどうかに関しても意見を述べることとされている(介護保険法18条5項)。そしてさらに、受給開始後も、定期的に、要介護度IとIIの場合は少なくとも半年ごとに、要介護度IIIの場合には少なくとも四半期ごとに、専門職による介護を投入することが義務づけられている(同法37条3項)。

この専門職の定期的な投入は、認可を受けた介護サービス機関の中から要介護者が選んだものにより行い、非専門職による介護の質をチェックするという面を持つほか、介護者の定期的な支援やより適切な介護に向けての助言の機会という意味を持つ。その内容も、単に行われている介護のチェックにとどまらず、事例に即したより適切な介護やリハビリテーションの助言、自助グループその他の適切な社会サービスのコーディネート、さらには介護教室への参加などの介護教育や、通所サービスや

短期入所の利用の助言などまで含むべきものとされる⁴⁾。

定期的な専門職の投入は、介護手当を継続して受給するための義務とされる。要介護者がこれを拒否した場合には介護手当を減額したり、繰り返し拒まれる場合には支給を停止することもできる。

支援に入った介護サービス機関は、その際に得られた介護状況の質に関する知見と改善の必要性について、要介護者の同意を得て、介護金庫に報告しなければならない。しかし、この仕組みは一般的に、介護者、要介護者と専門職との間の緊張関係をもたらす。要介護者の自己責任と自己決定の尊重の観点から、専門職は自分の専門職としての基準のみに基づいて介護の質を判断せず、要介護者の文化的、個人的な価値観や背景なども尊重すべきものとされる。この点はとりわけ障害者団体などから基本法の6条に基づく家族自治や2条1項に基づく自己決定権に対する介入として批判され、危惧されている点である。このため、報告書については介護金庫連合会が統一的な様式を定め、最小限度の必要なデータのみを記載することとされている。

専門職の定期的な投入は、当初は介護手当の中から要介護者本人が費用負担すべきものとされていた。そして、その費用負担が過大にならないように、第1次社会法典第11編改正法により、1996年7月1日からは法律上1回につき要介護度I

とIIについては30マルク、要介護度IIIについては50マルクの上限額が定められた。さらに、現在のSPD(社会民主党)と連帯90/緑の党の連立政権下で、1999年6月17日に第4次社会法典第11編改正法⁵⁾が連邦議会で可決され、8月1日からは、この費用は本人の負担ではなくなり、介護金庫および民間保険会社が負担するよう改善された。

4. コンビネーション給付 (Kombinationsleistung)

現物給付と介護手当のどちらか一方だけの選択では、往々にして個別の事情に応じた希望に柔軟に対応できない場合がある。このため、介護保険法においては要介護者や家族等の状況や必要に応じて弾力的に必要な限度で現物給付が利用できるように、現物給付と介護手当を組み合わせることも認められている。これは医療保険法時代にはなかった給付で、これにより、より柔軟に個々の家族の事情に応じた対応が可能になった。

具体的には、要介護者がその要介護度に応じて認められる限度額までサービスを利用しない場合に、比例案分した額の介護手当を受けられる。実際には次のようになる⁶⁾。

[例1] 要介護度Iの人が500マルクの現物給付を利用した場合

$$500\text{DM} \div 750\text{DM} = 67\% \text{ (四捨五入)}$$

$$\rightarrow 400\text{DM} \times 33\% = 132\text{DM} \text{ の}$$

介護手当を支給

[例2] 要介護度IIの人が800マルクの現物給付を利用した場合

$$800\text{DM} \div 1,800\text{DM} = 44\% \text{ (四捨五入)}$$

$$\rightarrow 800\text{DM} \times 56\% = 448\text{DM} \text{ の}$$

介護手当を支給

[例3] 要介護度IIIの人が1,800マルクの現物給付を利用した場合

$$1,800\text{DM} \div 2,800\text{DM} = 64\% \text{ (四捨五入)}$$

$$\rightarrow 1,300\text{DM} \times 36\% = 468\text{DM} \text{ の}$$

介護手当を支給

なお、組み合わせの割合は、原則として6カ月は固定される。

III 介護手当の実施状況とその分析

1. 医療保険時代の金銭給付の実施状況

一般的な社会保険における在宅介護給付は医療保険の給付として創設され、現物給付と金銭給付はいずれも1991年1月1日から施行された。このため、介護保険法に発展的に吸収された1995年4月まで、4年間あまりの施行実績を有しており、まずはその実施状況を見ておく必要がある。

この当時は、対象者は重度の要介護者に限られており、給付額は現物給付の上限額が750マルク/月、金銭給付は400マルク/月で現物給付の53%に相当する水準であった。また、両者のコンビネーション給付は認められていなかった。このような状況下で、1991年以降の両給付の選択状況は、表4の通

表4 医療保険時代の現物給付と金銭給付の選択状況の推移

		1991年		1992年		1993年		1994年	
		実数	比率(a:b)	実数	比率(a:b)	実数	比率(a:b)	実数	比率(a:b)
件数	現物給付(a)	103,381	13%	186,023	19%	251,190	22%	347,592	27%
	金銭給付(b)	717,522	87%	787,856	81%	886,085	78%	933,227	73%
給付額 (千マルク)	現物給付(a)	289,118	15%	509,484	19%	676,889	23%	893,785	27%
	金銭給付(b)	1,699,889	85%	2,148,367	81%	2,235,275	77%	2,364,355	73%

資料出所：Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1995, S.304

りである。この表から明らかなように、当初は件数、給付額とも9割近くが金銭給付を選択していたものが、わずか4年の間に件数、給付額ともに現物給付が増加して金銭給付の割合が減少している。そして、1994年時点ではほぼ7：3程度の割合に迫っていることが分かる。

2. 介護保険における介護手当の実施状況

上記のように短期間に急速に現物給付への移行が進んでいたのに加え、介護保険法においては現物給付と介護手当のいずれについても大幅な給付水準の引き上げを行ったが、とりわけ現物給付の上限額の引き上げ幅が大きかったため、さらに現物給付への移行が進むものと予測された。しかし、実際には、1995年に在宅介護給付が始まってみると、受給者数で実に88%が介護手当を選択し、現物給付の選択はわずかに12%に過ぎなかった。これは給付額で見ても82%が介護手当、18%が現物給付という状況だった。しかし、表5に明らかなように、徐々にではあるが毎年確実に受給者数でも給付額でも現物給付が増加してお

り、1998年時点では受給者数で8：2、給付額で7：3の比率となっている。

このように現物給付の選択が毎年漸増傾向にはあるものの、なお全体で見ると介護手当の比率が相当高い。これを直近の1998年のデータで受給権者の要介護度別に見たのが表6である。これによれば、全体では現物給付を選択した人は17%ほどであるが、その割合は要介護度が重度になるにつれて高くなっており、困難事例においては実に84%もの割合に上っている。これは一面では重度になるほど現物給付の方が有利になるということもあるが、Iの実態のところで見たとように、重度の介護になるほど介護者の負担が大きくなり、家族等の力だけでは介護を継続することが困難になっていることを反映していると考えられる。別の面からいうと、要介護者や家族の置かれた状況は、必要な介護の程度や家族の人数、介護力、介護への気持ちなどさまざまであり、その必要に応じて現実的、合理的に現物給付と介護手当をうまく組み合わせて利用しているということである。このことはコンビネーション給付の伸びが大きいことからもうかがえる。

表5 介護手当と現物給付の受給者数および給付額の比率の年次推移

(単位：%)

	1995年	1996年	1997年	1998年
受給者数	88：12	86：14	84：16	83：17
給付額	82：18	74：26	71：29	68：32

注：受給者数については、コンビネーション給付は現物給付と介護手当に半分ずつ割り振ってある。

資料出所：Bundesregierung, 1999, S.34

表6 要介護度別の介護手当と現物給付の受給者数の比率(1998年)

(単位：%)

	要介護度I	要介護度II	要介護度III	困難事例	全体
介護手当：現物給付	84：16	82：18	78：22	16：84	83：17

注：コンビネーション給付の受給者数は現物給付と介護手当に半分ずつ割り振ってある。

資料出所：Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, S.417

IV 日本での金銭給付に対する反対論の論拠とドイツの経験から見たその当否

わが国で家族等が介護を行った場合の金銭給付の導入に対しては賛否両論あるが、反対論の主な論拠について、ドイツにおける議論や介護保険の施行状況からその検証を試みる。

1. 女性を家庭に縛りつける？

既述のようにドイツの介護保険の政策目的の中心にあるのが、ほとんどの要介護者は、住み慣れた家で、できる限り、家族とともに生活を続けられることを望んでおり、それを支援し、無償で献身的に介護に当たっている家族、知人等に対して経済的な認知を通じて、その介護をしようという気持ちと力を奨励するという点にある。ドイツにおいても在宅介護の9割近くが女性によって担われており、家族介護の支援が在宅での介護活動の促進を目的としていることは明らかである。

しかし、これを「縛りつける」として主観的で一方的な決めつけによって否定的な評価に結びつけるのはやはりあまりに独善的過ぎよう。ドイツでは、政策の評価の中に「女性政策上の効果」という項目があり、介護保険法の法律案の中にも盛り込まれている。そこでは、家族による在宅介護はその多くが女性によって無償で担われており、今回の社会保険における保護の拡大、改善はこれらの女性達に利益をもたらすと評価している⁷⁾。実際にも、この新しい仕組みは多くの国民の間で好意的に受け入れられ、制度全体に対する国民の支持に大きく貢献している。

多くの高齢者が親しい家族によって世話を受けたと願い、多くの家族もできる限り介護したいという気持ちを持っている以上、これを選択した場合に金銭給付で公平に報いるというドイツの制度は極めて自然であり、公平であろう。すでに見たように、家族介護にもさまざまな態様があり、その

必要に応じて本人や家族が柔軟に外部サービスと家族介護を選択しているのである。強制的に保険料を徴収されながら家族介護を選択すると給付が受けられないという日本の制度は、実際に介護を担っている多くの国民の生活感情と公平感に反するものがあり、自己決定や選択という制度の根本理念とも矛盾するものであろう。この根本的な欠陥は、介護保険制度全体に対する国民の不信にもつながりかねないのではなかろうか。

2. 介護の質の確保が困難？

家族介護に対する金銭給付を導入する場合にはこの点は大切な視点である。II 3(3)で詳しくドイツのこの問題に対する対策について述べたが、このような仕組みによってわが国においても介護放棄や介護技術の未熟ゆえの介護の質の問題にも十分対応できるものと考えられる。ただし、そこでもドイツにおける議論にふれたように、この問題は本質的には当事者(家族)自治や自己決定と介入の限界、調整という本質的な問題もはらんでいる。介護の専門性を高めていくことは今後とも必要だが、同時に、生活というものには人それぞれの固有の人生の蓄積や文化があり、専門職のパラダイムとは異なる場合があり、一概にどちらが優れているかという問題ではないことにも留意が必要であろう。

3. 金銭給付を認めると不足している介護サービス基盤の整備が進まない？

できる限り家族で介護をしたいと思っている人々にとっても、家族だけで介護を担うのは今日では困難な場合が増えており、必要に応じて外部のサービスも利用したいという人も少なくない。その場合に金銭給付を認めると職業的な介護サービス基盤が整わないとの危惧も否定論の大きな論拠となっている。

ドイツではどうであったか。IIIで見たように、在宅介護給付の約7割が金銭給付に支出されてい

るが、在宅介護サービスを提供するソーシャル・ステーションは介護保険が導入される前後で、1992年当時の約4,000カ所から1997年には約11,700カ所と、わずか5年間で3倍近くに増加している。そして当時のソーシャル・ステーションの運営主体の中心は民間福祉団体であったが、その後の介護保険の施行の中では民間企業の運営するものが急増してきており、一部の地域ではすでに供給過剰といわれている⁸⁾。

このように、いかに金銭給付を選択肢として用意しても、本人や家族の状況によって現物給付を選択する人も相当数いると考えられ、その金額だけでも巨大な市場を形成しうること、むしろ市場の規模の問題以上に基盤整備にとって必要なのは民間企業が公立や社会福祉法人立と同等の条件で自由に市場に参入できる環境の整備にあると考えられること、そして、金銭給付はそれによって本人や家族がさらに自由にサービスの購入に使うことができること等を考えると、介護サービス基盤の整備が妨げられるという論拠も当を得ていないと考えられる。むしろ、金銭給付によって、本人や家族が気に入ったサービスで、法人格や物的人的な基準は満たさないが、手作りで生活のぬくもりのある、多様なサービスを地域で発展させていく好機にもなるものと考えられる。

4. ばらまき福祉で財政負担を増やす？

家族介護に対する金銭給付をバラマキだという評価の前提は、家族は当然に無償で介護に従事すべきで、これに社会的経済的な認知、評価は無駄で必要ないという価値観であろう。そういう価値観もありうるであろうが、介護は育児と並んでその多くを家族が無償で担っているものであるが、それは単に個人的な出来事ではなく、社会的にも大切な営みである。これを社会的経済的に評価し、応援すべきだという人も多い。人のさまざまな家族のあり方や生き方に対して、その選択を尊重し、

支援するという観点に立てば、ドイツの政策の方がはるかに公平で合理的であり、日本においても多くの国民の共感を得られるのではないだろうか。

財政負担への影響は明らかである。目先の給付額は現物給付に限った方が少なくて済む。しかし、これによって無償で介護に当たっている家族の気持ちを萎えさせ、スポイルすれば、放つにおいても家族の介護に当たるより外にでて賃金労働をするほうが経済的には有利な環境があるのであるから、外部サービスの利用に急速に傾くことは目に見えている。このことはごく近い将来において、介護にかかる費用の激増を招き、結局は、はるかに高い費用を保険料であれ税であれ国民に負担させることになる。ドイツの介護保険が発足して5年間、黒字基調で堅実な財政運営ができたのも、当初の予測を上回って介護手当の選択が多かったからであり、今後は現物給付の選択の増加によって財政は徐々に厳しくなることが予測されている。国民の財政負担は増えながら、それが家族に世話をしてもらいたいという高齢者等の気持ちやできる限り介護したいという家族の思いにも反するものであるとすれば、いったい国民はそのような政策を支持すると考えられるであろうか？

V 介護手当に対する総括的評価

ドイツの介護保険は、施行当初の半年間こそ、駆け込み申請が原因の要介護認定の滞留や、各州ごとにばらつく要介護認定結果などに批判が集中したが、その後は必要な改善も図られて順調な推移を見ている。受給者数や財政見通しもほぼ事前の予測通りで、介護問題の中心は今やサービスの量の問題から質の確保の問題に移ってきている。

家族等が在宅で介護を行った場合に介護手当を支給する仕組みは、先行する医療保険法当時から、当然のこととして位置づけられ、全くといっていいほどこれに対するわが国におけるような反対

論はなかった。むしろ、無償で介護を担っている女性に対して年金の保障⁹⁾や労災保険の適用などの条件の改善と相まって、女性の立場の改善に資するものとして広く好意的に受け入れられた。

結果的にはスタート時点では事前の予想以上に介護手当を選択する人が多かったが、その後はコンビネーション給付も含めて現物給付の利用が次第に増加しており、要介護者や家族等がその必要に応じて柔軟にサービスを選択し、自然な選択の中で国民の求める方向に徐々に動いている。

また、法律上賃金等の1.7%と定められた保険料負担も動かすことなく若干の黒字基調の下に財政運営も順調に推移してきている。

介護保険制度自体の国民の間での受け止め方についても、1996年にハンブルク大学が行った大規模な調査結果においても、80%が介護をめぐる状況について順調だと答え、64%の人が家族や知人が介護を引き受けるのは自然であり、67%の人が介護保険は介護に当たっている家族等の献身に報いることができたと答え、国民の間で広くこの新しい制度が受け入れられ支持されていることを示している¹⁰⁾。

翻ってわが国の介護保険は施行に移されたばかりだが、この間の施行準備の期間の動きを見るだけでもいかに大きな制度とはいえ批判や混乱が噴出している。その中には仕方ないものもあるが、このような混乱と国民の間の困惑の大きな原因の一つにこの家族介護をめぐる基本的な政策の軸が定まっていないことにあるように思われる。家族介護に対する基本的な思慮を欠いた現在の制度に対しては、黙々と介護を担っている国民の多くは納得できないものを感じており、それがこの制度全体に対する不満や不信となって折に触れて噴き出すのではなからうか。政治家である担当大臣と政党が議論を尽くしてそのリーダーシップの下に確固たる思想と政策目標を掲げて制度を構築したドイツの介護保険の経験から、わが国も近い時期の

法律改正においてその核心部分をこそしっかりと学びたいものである。

注

- 1) 正式には「在宅の要支援および要介護者—研究プロジェクト<自立した生計運営の可能性と限界>全国調査報告書」という名称で、連邦家庭・高齢者省の委託により Infratest Sozialforschung および Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung の両研究所が中心となって1991年から1992年にかけて実施した全国調査である。その代表である Schneckloth, Ulrich/Potthoff, Peter の著者名で参照される場合もあるが、ここでは連邦家庭・高齢者省の委託調査と呼んでおく。
- 2) 介護保険法案の与党(CDU/CSUとFDP)法案における提案理由説明(BT-Drucksache 12/5262, S.112), Thomas Klie/Utz Kraemer, S.319ほか。
- 3) Thomas Klie/Utz Kraemer, S.322-323
- 4) ebenda. S.324
- 5) この改正は、介護保険財政の黒字を背景に、専門家の間で意見が一致していた要改善事項を中心に行ったものである。大規模な改正ではないが、在宅介護分野についてきめ細かな改善を図ったものとして注目される。その内容は、本文で述べた専門職の定期的な投入費用を本人負担から介護金庫等の負担に切り替えたほか、次のようなもので、全体で費用の増加額は年間で公的介護保険で約2.6億マルク、民間介護保険で1,500万マルクと見込まれている(政府法律案, BT-Drucksache 14/580)。
 - 民法上の扶養義務の認定に当たって介護手当を原則として収入認定から除外する。
 - 死亡月について日割り計算されていた介護手当を月末分まで支給する。
 - 代替介護が2親等までの血族もしくは姻族または同居している者によって行われている場合には、非職業的に行われているものとの推定規定を設ける。
 - 通所介護の上限額を、要介護度IIおよびIIIについても在宅介護の上限額に合わせ、それぞれ月額1,500マルクと2,100マルクを1,800マルクと2,800マルクに引き上げる。
 - 短期入所の支給要件として危機的状況下での利用について設けられていた1年以上の在宅介護の実績という要件を削除する。
- 6) Jung, S.116の例による。
- 7) 介護保険法案の与党(CDU/CSUとFDP)法案における提案理由説明, BT-Drucksache 12/5262, S.179。
- 8) Bundesregierung (1997), S.37。
- 9) この問題に関しては拙稿「年金と介護保険の制度間

連携—ドイツの政策とその評価—」(1999)で詳しく論じたのでそちらを参考にされたい。

10) Bundesregierung (1997), S.20.

参考文献

- Bundesministerium für Familie und Senioren. 1993. *Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten*. W. Kohlhammer.
- Bundesministerium für Gesundheit. 1995. *Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1995*. Nomos.
- Bundesministerium für Gesundheit. 1999. *Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999*. Nomos.
- Bundesregierung. 1997. *Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung*. BT-Drucksache 13/9528.
- Bundesregierung. 1999. *Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland*. BT-Drucksache 14/1717.
- Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.* 1993. BT-Drucksache 12/5262.
- Jung, Karl. 1995. *Die neue Pflegeversicherung-Sozialgesetzbuch XI-*. Stollfuss.
- Klie, Thomas/Krahmer, Utz. 1998. *Soziale Pflegeversicherung Lehr- und Praxiskommentar*. Nomos.
- 田中耕太郎 1999 「年金と介護保険との制度間連携—ドイツの政策とその評価—」『季刊年金と雇用』第18巻第4号 pp. 39-46
(たなか・こうたろう 山口県立大学教授)

介護サービスの質の確保 ―ドイツ介護保険法

松本 勝明

■ 要約

ドイツにおいては、介護保険の導入により、供給者間の競争を通じて介護サービスの質の向上が図られる枠組みが作り出された。しかしながら、現実には市場メカニズムの活用だけでは介護サービスの質の確保に十分ではなく、これを補完する方策が必要となる。このため、介護保険法ではサービスの供給者と介護金庫の間で、質の確保に関する共通原則及び基準等を取り決めるなどの具体的な方策が規定された。この取決めは、良質のサービスを継続的に確保するための枠組みを定めたものであり、その遵守状況のチェックも介護金庫の設立した専門機関であるMDKにより行われている。

このように、質を確保するための方策は、公的な関与の強化よりも、供給者及び介護金庫の自己責任を基本に、当事者の取組みを促すことに主眼がおかれている。

介護サービスの質に関し、様々な問題が出てきているため、現在、新たな対策が講じられようとしている。この場合にも、あくまでも、当事者による自己責任を強化する方向での対応が行われようとしている。こうした対応が、うまく機能するかどうか、今後、大いに注目される。

■ キーワード

介護サービスの質、介護保険法、ホーム法

I はじめに

ドイツ介護保険法(社会法典—Sozialgesetzbuch—第11編)の目的は、単に要介護者の介護のために要する費用について金銭的な負担の軽減を行うことだけではなく、要介護者に対しその援助の必要性に応じた適切な介護サービスの確保を図ることにある。このため、介護保険法は、健康保険法(社会法典第5編)が健康保険による医療サービスの供給を行う契約医及び認可病院について規定しているのと同様に、介護保険による介護サービスの供給を行う認可介護施設の要件、認可介護施設と介護金庫との間のサービス供給契約など、要介護者に対する介護サービスの供給に関して具体的な規定をおいている。

介護保険の給付は、社会連帯の考え方に基づき被保険者が負担する保険料により賄われるわけで、高齢化の一層の進展に伴い要介護者の増加が予想される中で、効率的・経済的な介護サービスの供給を確保し、できる限りの保険料率の安定を図っていくことが求められている。この場合、効率的・経済的な介護サービスの供給とは、どのような質のサービスであれ、とにかく安価に供給すればよいという意味ではなく、良質なサービスであることが当然の前提となる。したがって、介護保険においては、質の高い介護サービスを効率的・経済的に供給するシステムを作り上げることが最も重要な課題となる。このため、介護保険法は、「経済性の原則」¹⁾と並んで介護サービスの質の確保を介護給付の基本原則として規定するとともに、

質の確保のための具体的な方策についても規定しているところである。

本稿においては、介護サービスの質を確保するための方策の必要性について考察した上で、介護保険法が規定する具体的な方策等について検討を行うこととする。なお、介護サービスの質を確保するためには、複合的な需要に対して最適なサービスを供給するためのいわゆる「ケアマネジメント」やサービスの担い手となる良質なマンパワーの確保なども重要な課題になると考えられるが、ここでは、主として、個々の供給者の行うサービスの質の水準を継続的に確保・維持するための方策を検討の対象としている。

II 質を確保するための方策の必要性

サービス供給に対する報酬が、そのために実際に要した費用に応じて支払われるのではなく、あらかじめ定められた一定の基準に基づき算定される場合には²⁾、一般的に、供給者にはサービスの量や質を下げることで費用を節約しようとする誘因が働く恐れがある。特に、租税や社会保険料を財源として行う給付について規定する社会給付法においては、給付供与についての経済性の原則、すなわち、できるだけ少ない投入によりサービスの供給を行うことが強調されるため、質の低下についての懸念が大きくなる。こうした懸念を取り除きサービスの質を確保するため、福祉サービスの分野においては、ホーム(高齢者、要介護者又は障害者を入所させ、食事及び世話のサービスを提供する施設)の設置・運営に関する規制法であるホーム法(Heimgesetz)による規制のほか、給付法においても次のような対応が行われている。

1. サービス内容についての取決め

サービスの質を確保する方法の一つは、社会扶助法第93条第2項の規定にみられるように、給付

制度実施者(社会保険の場合には保険者)とサービス供給者との間で供給するサービス内容の詳細を定めることである。同項の規定は、社会扶助の実施機関(地方公共団体)と実際のサービスを行う施設との間の契約において、報酬だけではなく、提供すべきサービスの詳細を定めることを求めている。

この場合、取決めの内容が詳細であればあるほど、社会扶助実施機関にとっては、供給者を監視し実際に行われたサービスがそれに合致したものであったかどうかを判断することが容易になるが、もちろん、こうした監視を行うためには相当の費用がかかるという問題がある。更に本質的な問題点は、こうした取決めがなされることによってサービスの内容が固定化し、同じ目的をより効果的・効率的に達成することができる画期的なサービス供給の方法を開発しようとする試みが妨げられる恐れがあることである。

こうした問題を避けるために取決めの内容を大まかなものにし、供給者が個々の利用者の状況に応じサービス内容等を個別に判断する方法を採用する場合には、それぞれの供給者が行うサービスの内容を比較できる統一的な基準が存在しない限り、利用者間での不公平が生じる恐れがある。

2. サービスの質に関する競争

介護保険の導入により、要介護者は費用負担についての保障を受け自らの選択によりサービスを利用する需要者として介護サービス市場に登場した。一方、供給側においても、介護保険によるサービス供給を担当する介護施設³⁾の認可については需給関係を考慮した制限が行われないなど、サービス供給者の自由な参入が保障されることにより、供給者間の競争が促進され、市場メカニズムが機能しうる前提条件が作り出された。一般的に、競争は需要者に対してできる限りその希望に沿った質及び価格での財・サービスの供給を保障する機

能を有するといわれている。しかしながら、問題は、介護サービス市場においても、市場メカニズムが果たしてこのような機能を持ちうるかどうかである。なお、この問題について検討する場合、介護保険におけるサービスの価格は一定の報酬基準により定められるため、供給者間の競争はサービスの質の面での競争が中心になることに留意する必要がある。

このような前提の下で、介護サービス供給者間の競争が可能な限り高い質のサービス供給につながるためには、サービス供給能力になお余裕があること及び個々の供給者に対する需要が当該供給者の行うサービスの質の高低により左右されることが必要条件となる。

前者の条件が欠ける場合、報酬基準によって定められる固定的なサービス価格の下では、サービスの質を上げることは、収入の増加には結びつかず、単にコストを上昇させるに過ぎない。一方、サービス供給能力に余裕がある場合には、一定のコストをかけてでも質の改善を行うことにより追加的な需要が獲得でき、限界費用を上回る価格の下では、利益を拡大する可能性がある。しかしながら、現状では、特にホームの定員は全般的に不足の状態にあり、前者の条件は満たされていない。

従来³⁾の社会扶助における介護ホームの報酬は、いわゆる「実費用補填原則」に基づきサービス供給に要した費用に応じて算定されるため、利益が発生しない仕組みとなっていた。そのために民間企業の参入が起りにくいことが、ホームの供給不足が生み出された背景としてあげられる。一方、介護保険の下では、経営次第では利益獲得の可能性のある報酬体系が導入されたことから⁴⁾、今後は、民間企業の参入により供給不足が解消される可能性もある。

後者の条件についても、それが満たされているかどうかは疑問の残るところである。この条件が満たされるためには、まず、サービスの需要者に対

し、供給者を適切に選択するに十分なだけのサービスの質に関する情報が与えられなければならない。また、痴呆性高齢者などで判断能力が低下している者の場合には、適切なサービスの選択及び利用が行えるようにするための特別の援助が必要となる。仮に、こうした条件が整ったとしても、老人ホームなどの入居者にとっては、そのホームが生活の本拠であり、その人たちが毎朝自分の入居しているホームにおけるサービスの質を他のホームのものと比較し、転居すべきかどうかを検討するとは考え難い。

しかしながら、サービスの質による需要の変化は、既にホームに入居している者がサービスの質のより良いホームに転居することだけで起こるのではなく、新たにホームに入居しようとする者の選択によっても起こりうる。ドイツの老人ホームの場合には、平均入居期間が4年程度⁵⁾であり、1年間で入居者の4分の1が入れ替わることになる。このため、ホームにとっては、常に新たな入居者を獲得するために周辺地域住民の間で良い評判を得ておくことが重要となる。このような良い評判を得るための競争の存在によって、供給者が高いコストをかけてでも質の高いサービスを確保することに報いられる状況が作り出される。

それにとどまらず、供給者が競争を意識することは、供給者の需要者に対する態度を変化させることにもつながる。こうした競争の存在により、需要者は、もはや慈善の対象者ではなく、その者の満足のために供給者が日々努力をする「顧客」としての地位を獲得する。このことは、高齢者や障害者に普通の生活を保障することにつながるものであり、人としての尊厳の維持という観点からも高く評価されるべきである。

さらに、いかに質が高いサービスであっても、それがサービスを受ける要介護者の自立度の向上など一定の成果に結びつかなければ望ましいサービスとはいえないとの考え方に立てば、報酬体系の

中に、供給されたサービスの種類及び量に応じた報酬だけでなく、そのサービスによる目標の達成度に応じた成功報酬の考え方を導入し、供給者の努力を促す方法も考えられる。ただし、この考え方を実践するためには、供給されたサービスとそれによって得られた成果との関係をどのように評価するかなど、なお検討すべき課題が残されている⁶⁾。

以上のように、介護サービスの場合には、サービス需要者による供給者の選択とそれによる供給者間の競争を促進することにより、市場メカニズムの活用を意識して、サービスの質と効率性の向上を図ることが指向されている。しかしながら、介護サービス市場は、必ずしも市場メカニズムだけで経済理論が想定するような望ましい姿が実現される条件が備わっているわけではない。したがって、市場における適正な競争が行われる条件を整備するとともに、市場メカニズムを補完しサービスの質の確保を図るための方策が必要となる。

サービスの質の確保を図ることは、福祉団体⁷⁾のような非営利の供給者と営利を目的とする供給者との間の競争条件を均一化し、公正な競争が行われる環境を整備することにもつながる。福祉団体側からは、営利企業がより低い報酬で利益を得ることができる理由としてサービスの質の低さが指摘されるが、こうした見方が正しいのか、営利企業がより合理的にサービスの供給を行っているのかは、両者にサービスの質に関する同一の基準を適用し、それを遵守させることによって初めて判断可能となる。

III 具体的な方策

1. 経緯

ドイツにおいて介護サービスの質に関する議論が開始されたのは今から10年ほど前のことであり、国際的には比較的遅い時期であったというこ

とができる。これに先行して、医療の分野においては、コスト削減との関連においてサービスの質に関する議論が行われてきた。医療サービスの質の確保も、もともとは英米圏から持ち込まれた概念であるが、ドイツにおいても1970年代には入院医療を中心に医療サービスの質の確保に関する研究が始まった。1980年代の半ばになると、医療サービスの質の確保に関し、連邦医師会、ドイツ病院協会など関係団体間での具体的な取決めも行われるようになった。さらに、1989年に施行された「医療保障改革法」(Gesundheitsreformgesetz—GRG—)においては、医療サービスの質を確保するためにすべての加盟国において効果的な対策を導入すべきであるとの世界保健機構(WHO)の要請に応え、健康保険について規定する社会法典第5編に、給付供与に関する質を確保するための方策が規定された。これにより、質の確保と経済性の確保とが法律上同等に位置づけられるとともに、健康保険による医療サービスの質の審査などを行うための専門機関であるMDK(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung⁸⁾)の活動の基礎が築かれた。

介護サービスに関しては、GRGにより重度の要介護者に対する在宅介護給付⁹⁾が健康保険の給付として位置づけられ、社会法典第5編第132条に質の確保に関する規定が設けられた。この規定は、保険者である疾病金庫が、医療保険による在宅介護サービスの供給を行う者と、サービスの内容及び量、報酬並びに質及び経済性の審査について取り決めることを義務づけるものであった。施設サービスの分野では、ようやく1994年7月から前述の社会扶助法第89条第3項の規定が適用された。これらの規定が質の確保のための具体的な方策を当事者間の取決めに包括的に委任する内容となっていたのに対して、1994年に制定された介護保険法では、健康保険による医療給付の例に倣って、質の確保に関する詳細な規定が設けられた。

以上のように、福祉サービス分野の法律におい

ては、質の確保の問題が長年おぼろげにされてきた面がある。介護保険の導入に伴い、ようやく、質に関する議論が活発になり、法的な問題としても取り上げられるようになった。それまでは、質の確保についての専門的な研究成果の実践も散発的に行われていたに過ぎず、参考にすべき経験もあまり存在しなかったため、質に関する議論を早急に進め、深化させることが重要課題となった¹⁰⁾。

2. 介護保険法

介護保険法においては、介護保険の給付として行われる介護サービスの質に関していくつかの規定が設けられている。例えば、同法第4条第3項は効果的な給付の実施を、第28条第3項は医療・介護に関する知識・技術の一般的に認められる基準に基づく給付の実施を、同条第4項は他の人とのコミュニケーションを持ちたいという要介護者の要望に対する配慮や低下した機能を活性化させるような介護の実施を求めている。また、第69条により、介護金庫は被保険者に対する介護サービスの供給を確保する責務を負っており、質の確保はこの責務の重要な内容の一つとなっている。

こうした規定の中でも、認可介護施設を行う介護サービスの質を確保するための具体的方策について規定した同法第80条はその中心を成すものである。同条は、まず、当事者間で「質及び質の確保に関する共通原則及び基準並びに質の審査の実施手順」(以下「共通原則及び基準等」という。)を定めなければならないと規定している。具体的には、介護金庫の中央連合会、介護施設運営者の連邦レベルの連盟などがこの取決めを行わなければならない。さらに、この取決めにはMDK及び介護専門職の連盟が参加することになっており、こうした専門機関の経験が内容の充実に役立つことが期待されている。この取決めは、連邦レベルで行われるものではあるが、すべての個別介護金庫及び介護金庫の連合会並びに個別認可介護施設に

対して直接的な拘束力を持っており(同条第1項)、その意味で法律に匹敵する効果を持っている。

次に、介護保険によるサービス供給を行う認可介護施設は自ら質を確保するための方策に参加する義務があることを規定している。このほか、認可介護施設は介護金庫の州連合会の要請に基づきMDKなどが行う質の審査を受け入れる義務があること、介護金庫の州連合会は把握した問題点を解決するために適切な措置を講じることができること及びその措置には最終的な手段としてのサービス供給契約の解約が含まれることを規定している。

保険者である介護金庫には介護保険法を適正に執行する責務があり、介護金庫は給付されるべき介護サービスの質についても責任を負っている。しかしながら、介護金庫は、自ら直接に介護サービスの供給を行うわけではなく、認可介護施設を通じて介護サービスの供給を確保するため、認可介護施設との間でサービスの質に関する取決めを行うことによりその責務を果たすことができる仕組みとなっている。

前述の共通原則及び基準等はサービスの種類ごとに定められている。在宅の要介護者を支える中心的なサービスである訪問介護の場合には、その概要は次のとおりであり、本質的な部分は施設介護の場合にも共通している。

(1) 質の基準

介護サービスの質は、本来、実際に行われるサービスが法律に規定される給付の目的にどの程度合致したものであるかによって示すことができるはずである。しかしながら、現実には、法律上の目的は必ずしも具体的なものでないため、両者の整合性を考えるだけでは質の確保は十分には図れない。したがって、具体的な基準を定めることが、質の確保のための第一歩となる。このため、組織、プロセス及び結果の三つの観点から、次のような質の基準が定められている。

① 組織

組織の基準では、サービス供給の基盤となる介護施設(介護サービス実施機関)の組織・体制が対象となる。

介護サービス実施機関は、対象地域の要介護者に対し、十分で、均質で、かつ、安定的な介護サービスの供給を行うことができる継続性のある組織体で、週末や夜間も含め個別の需要に応じた介護サービスを供給する。

介護サービスは、専門の養成訓練を受けた介護専門職の恒常的な責任の下に実施する。つまり、このような介護専門職が、介護プランの作成、介護実施記録書類の作成、個々の需要に応じた介護要員の投入計画及びサービスの実施に関する内部の打合せなど介護サービスの統括に責任を持つ。責任者となる介護専門職は、看護婦、老人介護士の資格を有するとともに、一定の実務経験及び管理者としての継続教育を終えていることが条件となる。

具体的なサービスの供給においても、中心的な役割を果たすのは専門的な養成訓練を受け資格を有する者であるが、補助者や訓練中の者も専門的な指導の下に介護サービスに従事する。

また、介護サービス実施機関の運営者には、向上訓練及び継続教育を通じて職員の資質の向上に努めることが求められる。

② プロセス

プロセスの基準では、介護に関連する状況把握、介護プランの作成、介護の実施及び介護実施記録書類の作成といった介護の実施過程が対象となる。

介護サービスの実施機関は、要介護者の家庭を最初に訪問する際に、要介護者に係る援助の必要性及び家族等による介護の状況を把握する。それを基にして、個別の介護プランが作成される。介護プランの中では、介護サービス実施機関と家

族その他の介護者との間の介護についての役割分担が定められる。

介護サービス実施機関は、適切な介護実施記録のシステムを持たなければならない。介護実施記録は事実即し継続的に行われ、記録書類は要介護者のもとに保管される。介護に参加する者の間で定期的に情報交換が行われ、また、介護サービス実施機関内部でも定期的にサービス実施に関する打合せ会議が行われる。

介護要員がそれぞれ別個に介護を行うのではなく、全体的に見通しのきく介護チームを作り上げることにより、サービスの継続性が最大限維持されるとともに、できるだけ少ない要員での介護が可能になる。介護要員の出勤は、時間的に要介護者の希望に沿い、十分でかつ目的に合ったサービス提供に配慮したものでなければならない。

介護に当たる家族の相談援助や介護技術面での支援を行うとともに、主治医や他の介護施設との連携を図ることも求められる。

③ 結果

結果の基準では、達成しようとした目的と現実とに到達した状況についての要介護者の判断及び満足度を考慮した比較検討が対象となる。この検討においては、要介護者の低下した機能をどの程度まで活性化させたか、また、関係者の要望にどこまで配慮したかが考慮される。

検討の結果は、介護に参加する関係者及び要介護者との間で議論され、介護実施記録書類の中に書き留められる。この検討においては、いずれのケースの場合も、残された自立能力の維持と低下した機能の活性化、コミュニケーション、場所、時間及び状況に応じた支援、不安の除去、意欲の低下防止ないしは過剰反応の緩和、要介護者の希望に対する配慮並びに家族その他の介護者の介護態勢について、見解が明らかにされる。

(2) 質の確保のための措置

介護サービス実施機関の運営者は、この組織、プロセス及び結果における基準を満たすため、必要な措置を実施しなければならない。具体的には、QCサークルの設置、質の監督者の任命、質の確保会議への参加、介護サービス標準の開発など様々な措置¹¹⁾の中から適当なものが選択され実施される。

介護サービス実施機関は、介護金庫の州連合会に対し、求めに応じ、質の確保のための措置を実施していることを証明しなければならない。

(3) 質の審査実施のための手続き

介護金庫は、質の審査が必要であると判断した場合には、介護金庫の州連合会を通じて審査を開始する。介護サービス実施機関の運営者等は、審査の実施、対象、範囲及び期間について通知される。MDKまたは任命された専門家は、審査のために営業時間内に介護サービス実施機関に立ち入ることが認められる。

審査に関し、その対象及び結果並びに問題点を解消するために必要な措置を記した報告書が作成される。この報告書は、審査終了後6週間以内に介護サービス実施機関の運営者等に届けられる。

3. ホーム法

「質の確保」は介護保険法第80条が規定する以上に広範な内容を持っている。したがって、この規定のほかにも、ホーム法及び同法に基づく法規命令¹²⁾、社会扶助法(第93条第3項)、介護専門職の資格及び養成について規定した州法¹³⁾、さらには保健、消防の観点からの法規、介護補助具に関する基準など、介護の質の確保に関連する様々な法規規定などが存在する。

その中でも特に重要な意味を持つのは、ホームに関する規制法であるホーム法及び同法に基づく法規命令である。これらにおいては、ホームの人

員配置及び施設・設備についての最低基準、ホーム設置者と入居者との間の契約事項、入居希望者に対する事前説明、ホーム運営に対する入居者の関与など、入居者の利益を保護するための規制が設けられている。ホームの設置・運営者には、そのホームが介護保険の認可介護施設となるかどうかにかかわらず、最低限、それらの規制を遵守する法的義務が課せられている。また、こうした規制についての遵守状況は、監督庁である地方公共団体により監視され、違反が発見された場合には行政処分の対象となる。介護保険法においては、前述のとおり、質の確保のために当事者間の取決めを基本とした契約法的な方策が採用されているのに対し、ホーム法においては規制法としての性格を反映したものとなっている点に特徴がある。

IV 改善のための取組み

最近、マスメディアにおいては、介護サービス、特に介護ホームを巡る問題が盛んに報じられるようになってきている。MDKによる調査結果でも、介護実施記録書類の不備や入居者への指示が不徹底である事例などが報告されている。こうした不適切な事例は、一部に見られる問題であり、それを直ちにすべてに引きなおして考えることは適当ではない。また、入居者への虐待などの酷い処遇のケースは、ホーム法に基づく行政監査やそれに基づく行政処分の対象領域に属する事柄ではあるが、当事者間の取決めに基づく質の確保のための取組みについても、一層の推進を図ることが必要となっている¹⁴⁾。

こうした状況を踏まえ、大手の事業者団体では、質の問題をMDKなどの専門機関に任せきりにするのではなく、自らが積極的にサービスの質についての考え方を発展させ、質の確保に努力するところも出始めてきている。こうした動きに呼応して、政府においても、連邦保健省を中心に「介護サー

ビスの質の確保と利用者保護の強化のための法律案」¹⁵⁾の準備が進められている。

質の確保にとって、外部からのコントロールはあくまでも補完的な手段に過ぎず、中心的なものにはなり得ない。むしろ、質の確保は、事業者による自発的な取組みとして行われるべきであり、その経営哲学の一部となるべきである。このような考え方にに基づき、この法律案には、①当事者の自己責任強化、②質の審査の強化、③行政監査と自発的努力との協調、④利用者保護の強化を目的とした対策が盛り込まれる予定である。

当事者の自己責任強化を目的とする対策としては、介護金庫と個々の介護ホームとの間の「給付及び質に関する取決め」が導入される。この取決めにおいては、当該ホームで期待されるサービスの種類や入居者の状況に応じ必要となる人員及び施設・設備に関する具体的な基準が定められる。ホームの設置・運営者にはその基準を遵守する義務が課せられる一方で、この基準は介護金庫側と当該介護ホームとの間で定める報酬基準の算定基礎となる。

質の審査の強化を目的とする対策としては、ホームにおいて重大な問題点があると考えられる場合のMDKによる事前予告なしの立入り調査が導入される。また、在宅サービスの場合には、MDKに利用者の同意を得てサービス実施の実態を調査する権限が与えられる。サービスの質に問題がある場合の制裁手段も多様化され、介護金庫は、契約の解除だけでなく、介護報酬の一部または全部のカットが行えるようになる。さらに、介護金庫の中央連合会が事業者団体に対して自らの責任で傘下の介護施設の質の審査を行う権限を付与することが認められる。

行政監査との協調を目的とする対策としては、MDKとホーム法の監督庁との間の協力関係を促進するため、ホームで行われているサービスの問題点を発見した場合の相互の情報交換、ホームの

合同監査、個別のケースについての改善措置の共同実施などが導入される。

利用者保護の強化を目的とする対策としては、介護金庫が、その被保険者である要介護者や家族が必要とする場合に身近で相談・援助を受けられる者を紹介することや現在受けているサービスに問題がある場合に他の適当な事業者を斡旋する仕組みが導入される。また、ホーム委員会を通じた入居者意向のホーム運営への一層の反映や、ホームへの入居契約の変更及び終了について、利用者保護の観点からの規定が追加される。

V まとめ

以上のようにドイツにおいては、介護保険の導入により、介護サービスの質を巡る供給者間の競争が促進され、それを通じて質の向上が図られる枠組みが作り出された。しかしながら、現実にはこうした市場メカニズムの活用だけで介護サービスの質の確保が十分に図られる前提条件が整っていないわけではない。このため、従来のホーム法に基づく規制に加え、介護保険法の中でも介護サービスの質の確保・向上を図るための仕組みが設けられた。その中心は、介護保険による介護サービスの供給を行う者と介護金庫との間で、質の確保に関する共通原則及び基準等についての取決めを行うことにある。この取決めは、ホーム法に基づく規制のように施設・設備や人員配置などについての具体的な基準を示すものではなく、良質のサービスを継続的に生み出す基盤となる枠組みを組織、プロセスなどの面から定めたものである。また、この取決めには則り適切なサービスが提供されているかどうかのチェックも、州などの行政機関ではなく、保険者である介護金庫によって共同設立された専門機関であるMDKの専門職により行われることになっている。

このように、ドイツにおける介護サービスの質の

確保についての基本哲学は、国や地方公共団体による直接的な関与を強化することにあるのではなく、あくまでも、供給者及びその団体や介護金庫などの自己責任を基本に、その専門性を活用しつつ、質の向上を図るための当事者の取組みを促すことに主眼があるといえることができる。国内に8500ある介護ホームと1300あるソーシャルステーション等在宅介護サービス実施機関を外部から常時効果的にコントロールすることは事実上困難であり、供給者と介護金庫の自己責任に基づく自発的な取組みが不可欠であること、介護サービスを巡る実態の変化への柔軟な対応が必要であることなどが、その背景にある。

こうした取組みにもかかわらず、介護保険法施行後5年を経過し、介護サービスの質に関わる様々な問題が出てきていることも事実である。こうした状況に対処するため、現在、新たな対策が講じられようとしているが、この場合にも、あくまでも、前述の基本哲学に立って、むしろ、当事者による自己責任を強化する方向での対応が行われようとしている。

介護サービスの質を確保するための取組みは、ドイツでは比較的最近になって開始され、介護保険の導入により本格化したといえることができる。こうした対応が、市場メカニズムの活用とうまく噛み合った形で機能していくのか、それとも、公的な関与を強化せざるを得ない方向に進んでいくのか、今後の推移が大いに注目されるところである。

注

- 1) 介護保険法は、第29条第1項において、「給付は効果的かつ経済的でなければならない。」と規定するとともに、第79条において、経済性を担保するための方策として、介護金庫の州連合会による経済性の審査などについて規定している。
- 2) 介護保険法第85条第3項は、介護報酬基準があらかじめ将来の期間に関して取り決められなければならないと規定している。訪問介護の場合には実際に行われたサービスの種類ごとに、介護ホームの場合には入居者の要介護度に応じて、一定の報酬基準額が定められている。
- 3) 介護保険法にいう介護施設には、ソーシャルステーションなどの在宅介護事業(在宅介護施設)及び介護ホーム(入所介護施設)が含まれる。
- 4) 介護保険法第84条第2項は、「介護報酬基準額は、介護ホームが経済的な経営を行う場合に、サービス供給の任務を果たすことが可能となるものでなければならない。黒字分は介護ホームの手元に残り、赤字分は介護ホームが負担する。」と規定している。
- 5) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Pflegebedürftige in Heimen, Stuttgart, 1992, S.39.
- 6) Breyer, F., “Ökonomische Grundlage der sozialen Pflegeversicherung”, in: B. Schulin, *Handbuch des Sozialversicherungsrechts* Band 4, München, 1997, S.89-90.
- 7) ドイツには、労働者福祉団、ドイツ・パリティティッシュェ福祉団、ドイツ赤十字、デアコニー事業、ドイツ・カリタス及びユダヤ人中央福祉所の6民間福祉団体が存在する。
- 8) MDKは、疾病金庫が州レベルで共同設置する組織であり、疾病金庫のために個別の医療給付に係る審査や医学的な助言を行うなど、必要な専門医学的知見の提供を行っている。また、介護保険法の制定により、医療保険関係の業務に加え、要介護認定に関する審査なども併せて担当することとなった。MDKによる審査等は、職員として勤務する医師、看護婦、老人介護士などの専門職によって行われている。
- 9) この在宅介護給付の内容は、次のとおりである。
 - (a) 1年以上にわたって在宅の重度要介護者を介護している者が、病気、休暇などの理由で介護できない場合に、疾病金庫が1年間に4週間を限度として代替介護人の費用を負担する(1件当たり1800マルクを限度とする)。
 - (b) 在宅の重度要介護者に月25時間までの介護現物給付(月750マルクを限度とする)を行う。家族等が介護をする場合には現物給付に代えて月400マルクの現金給付を行う。
- 10) Igl, G., *Das neue Pflegeversicherungsrecht*, München, 1995, S.109.
- 11) このような措置については様々な議論があり、専門家の間でも一定の基準が定まっているわけではない。このため、共通原則及び基準等においても、こうした措置が例示として掲げられているだけで、実際にいづれを採用するかは、サービス供給者の裁量に委ねられている。
- 12) ホーム法第3条に基づく法規命令として、ホームの施設・設備に関する最低基準及びホームの人員配置に関する最低基準が定められている。
- 13) 老人介護の専門職である老人介護士の資格及び養

成は、各州ごとに州法などにより定められている。このため、資格取得に必要な修学年限等に州による違いがあるが、この制度の統一化を図るための法案が、現在、連邦議会に提出されている。

- 14) Schmidt, E., *Änderungsbedarf in der Pflegeversicherung aus der Sicht der Bundesregierung*, Krankenversicherung November 1999, S.324.
- 15) この法律案の詳細については、Bundesministerium für Gesundheit, *Eckpunkte—Papier zu einem Gesetz zur Qualitätssicherung und Stärkung der Verbraucherrechte in der Pflege* (18. Februar 2000)を参照されたい。

参考文献

松本勝明 1998 『社会保障構造改革—ドイツにおける取組

みと政策の方向—』信山社

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 1999. *Qualitätsmanagement und Care Management in der ambulanten Pflege*. Stuttgart.

Igl, G. 1995. *Das neue Pflegeversicherungsrecht*. München.

Jung, K. 1995. *Die neue Pflegeversicherung*. Bonn.

Kesselheim, H. 1995. *Die Praxis der Pflegeversicherung*. Filderstadt.

von Maydell, B./ Ruhland, F. 1996. *Sozialrechthandbuch (SRH)*, 2.Aufl. Neuwied.

Schulin, B. 1997. *Handbuch des Sozialversicherungsrechts Band 4*. München.

(まつもと・かつあき

年金福祉事業団資金運用事業部次長)

オランダの長期医療・介護保障制度

廣瀬 真理子

■ 要約

本稿では、オランダの長期医療・介護費用をまかなう制度として「特別医療費補償制度」(AWBZ)に焦点を当て、その主な特徴について、日本の介護保険制度との比較の視点をまじえて明らかにすることを試みた。

同制度は、もともと全住民を対象とした強制加入の医療保険制度が、徐々にその給付範囲を拡大するなかで、長期医療と介護をともにカバーする制度に発展したものである。介護保障という側面からその主な特徴をみると、日本の制度に比べて、給付範囲が多岐にわたり、被保険者に年齢枠がなく、所得に応じた保険料や自己負担が設定されている点などで、より社会全体で支え合うしくみとなっていることがわかる。他方で最近では、現金給付が導入され、それを通じて、サービス利用者の選択肢を増やすとともに、既存のサービス供給システムに競争原理を持ち込んで効率化をはかることがめざされている。

■ キーワード

オランダ、長期医療・介護保障、現金給付

はじめに

近年、高齢化の進行や後期高齢者の増加によって、EU諸国では共通して、医療・保健・福祉サービスの再編や財源の確保が急務の課題となっている。他方で、各国では伝統や社会的背景などの違いが、高齢者医療・介護の分野においてもそれぞれ独特の制度や政策を生みだしている。

日本でもこの春より介護保険制度が実施されたところであるが、その創設にかんする論議のなかで、諸外国の事例として、もっぱらドイツの介護保険制度が紹介されている。たしかに、近年スタートしたドイツの制度には、日本にも共通する課題を含めて参考にすべき点が多いといえよう。そして、そのドイツで介護保険制度を創設するに当たっては、隣国オランダの医療保険制度を参考にしたいといわれている。

オランダでは、1967年に創設された医療保険制

度(特別医療費補償制度)が、徐々にその給付範囲を拡大し、現在では、長期化した医療や、施設・在宅での介護などをともにカバーする制度として発展をみている。つまり、日本でいう介護保険制度に当たる制度は、オランダでは医療保険制度として位置づけられており、年齢にかかわらず長期医療・介護を必要とする住民を対象とするものとなっている。

本稿では、このオランダの「特別医療費補償制度」(AWBZ)の概要を示した上で、とくに介護保障の部分に焦点を当てて、その主な特徴について考察を加える。そして、オランダの制度との比較の視点を通して、日本の介護保険制度に参考にすべき点を見いだすことにしたい。以下では、まず、オランダの医療保障制度の枠組みを示すことから始めよう。

1. オランダの医療保障制度

オランダで医療保障の整備期における基本理念は、必要ときに誰でも医療サービスを受けられるような制度を構築し、その財源を社会連帯のしくみによってまかなうことであった。オランダでは伝統的に医療機関の多くが民営であったため、医療保障は、もっぱらその供給体制を維持しながら、医療保険制度を通じて需要サイドを社会化する方法によって進められてきた。

1998年現在、オランダの医療費支出総額は、約636億ギルダーであり、GDP対比で8.2%を占めている¹⁾。この比率は1990年代を通じて大きく変わらず、およそ8%台で推移してきた。

興味深いのは、医療保険制度が、基礎医療費をカバーする制度と長期医療・介護費をカバーする制度とに分かれており、基礎部分について、公的保険と民間保険の混合システムをとっていることである。

まず、基礎医療費をまかなう公私混合の医療保険制度についてみると、公的保険は強制健康保険制度(Ziekenfondswet：1964年創設)であり、その対象となるのは、基本的には一定所得以下の被用者(2000年現在、年収が64,600ギルダー未満)とその家族である。そのほか、65歳以上の年金受給者で、かつて同制度に加入していた人や、社会保障給付等を受けている人々も同制度の対象となる。また、公務員に対しては、別枠の医療保険制度が用意されている。

同制度の保険料は、所得に応じた定率拠出と、定額拠出とからなる。定率拠出は、2000年現在、被用者の場合は本人が所得の1.75%、使用者が6.35%を拠出する(ただし上限額の設定がある)。65歳以上の高齢者も公的年金から8.1%を保険料として拠出する。

この定率拠出に加えて、18歳以上の被保険者には定額拠出も設けられているが、その額は保険者によって差があり、2000年現在、月額28.75～41.00ギルダー(1ギルダー：約50～55円)となっ

ている²⁾。制度の運営は、これまで地域ごとに設立された疾病基金により行われてきた。近年では、住民が地域を越えて加入する疾病基金を選べるようになるいっぽうで、疾病基金の間でも統廃合が進み、また、民間保険団体と疾病基金との統合も行われるなど、保険者の規模が大きくなる傾向がみとめられる³⁾。

同制度の対象となる給付は、ホームドクターや専門医による外来・入院治療や、分娩・出産ケア、一部の歯科治療、患者の移送費、人工透析、呼吸装置、血栓予防などである。これらは原則として、現物給付である。

従来、患者の自己負担は、一部の薬剤費を除いては無料とされてきたが、最近、自己負担をもとめるような改正が行われ、1997年には、ホームドクターや一部の歯科・産婦人科の診療などをのぞいて、診療等にかかった費用の20%を年間200ギルダーまで患者負担とすることになった。しかし、1999年には再びこの自己負担は撤廃されている⁴⁾。

この強制健康保険(ZFW)への加入条件に該当しない人々は、民間保険に加入することになる。民間保険はもともと強制保険の対象外のサービスについて補足する役割を担ったり、また強制保険制度の対象とならない人々の加入を引き受けるなどして発展をみてきた。民間保険制度の主な特徴として、被保険者に対して費用償還方式を取り入れていることや、個別の契約であることから、給付内容や給付水準などに差があることなどがあげられる。

他方で、民間保険のリスク原則が、高齢者などリスクの高い人々の保険料を高めるなどの問題を生じた。そこで、1986年に、医療保険加入の権利に関する法(WTZ)が施行され、民間保険団体は、強制健康保険制度の対象にならない人々で、民間保険に加入すべき人々が申請した場合には、その人々を受け入れなければならないことが義務づけられた。その際、高齢者などの保険料については、給付に一定のパッケージを用意するなどして、保

険料負担が高齢者を圧迫しないような規制が設けられている⁵⁾。

1998年現在、基礎部分の医療を対象とする医療保険の各制度への加入割合をみると、およそ住民の63%が強制健康保険制度へ加入しており、32%が民間医療保険への加入、残りの約5%が公務員保険制度へ加入している。オランダでは周辺諸国に比べて、民間保険への加入割合が大きいことが特徴である。

2. 特別医療費補償制度 (AWBZ)

以上の制度に加えて、長期医療・介護については、全住民を対象とした強制医療保険制度が設立されているので、次にその制度について紹介しよう。

1968年より実施された、特別医療費補償制度 (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) は、当初、主に施設医療を対象として、とりわけ心身障害者や、長期の医療・介護を必要とする精神病患者などの保護をめざすものであった。しかしその後、対象や給付範囲を徐々に拡大し、現在では、高齢者や障害者に対する在宅医療や介護サービスなども含み、長期医療と介護をとともにカバーする制度となっている。

オランダに居住するすべての住民が、同制度の対象となる。財源は、保険料と国庫負担とサービス利用の際の自己負担によりまかなわれる。保険料は2000年現在、所得の10.25% (ただし上限額の設定がある) を加入者本人が負担することになっている。しかし実際には被用者の場合、使用者から保険料の一部が償還されているので、実質的な保険料は、制度上に示されるほど高額にはなっていない。また、65歳以上の高齢者の保険料は、年金その他の収入に応じた拠出が行われる⁶⁾。

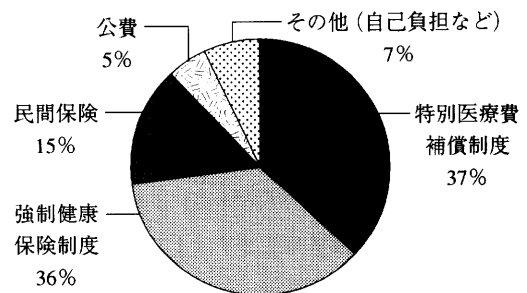
同制度の保険者は国であり、保険料は税とともにいったん国税庁に集められた後、特別医療費補償制度の中央財政機関に移され、各運営機関に配分される。同制度は、疾病基金など基礎的な医

療保険の保険者が運営に当たっており、サービス利用時には、その一部が自己負担となる。

給付内容を具体的にみると、医療機関へ1年以上入院した場合の治療や看護のほか、精神病院 (病棟) での医療 (1日目から)、精神科の外来治療、日中または夜間の精神科治療などである。また、介護に重点を置く施設におけるケアも対象とされ、身体障害者や高齢者を対象としたナーシングホーム、心身障害者のための入居施設、身体障害者用ホステル、社会生活上の問題を抱える人々を対象とする一時保護施設、知的障害者の生活施設なども同制度の対象とされる。そして、これまで公費でまかなわれてきた高齢者ホームについても、今後は同制度によりカバーされることが決まり、2001年に完全移行が予定されている。

さらに、同制度は、徐々にその給付範囲を通所サービスや在宅サービスにも拡大し、現在では、ナーシングホームにおけるデイケアや、身体障害者のためのデイセンター、また、知的障害者のためのデイケアや地域に開設されている外来の精神保健施設 (RIAGG) なども対象としている。そして、在宅サービス分野では、訪問看護サービスやホームヘルプサービス、補装具の貸与や給付、個人や家族のための心理療法、などがその対象となっている⁷⁾。

図1は、オランダの1999年度の医療・介護支予算総額約710億ギルダーについて、財源別の構



出典：Ministerie van VWS (1998) p. 13 Figuur 4 より

図1 オランダの医療・介護費用の財源別構成割合

成割合をみたものである。公的医療保険制度が全体の73%をまかなっており(強制健康保険制度:36%、特別医療費補償制度:37%)、そのほか、民間保険が15%、公費が5%、その他(自己負担分など)が7%という割合になっている⁸⁾。

3. 最近の医療保険制度改革の動向

このように、オランダの医療保険制度は、基礎医療費をカバーする部分と、長期医療・介護費をカバーする部分との2本建てとなっているが、両者の関係をめぐって、これまでいくつかの改革案がみられた。とりわけ1980年代後期に打ち出された、規制緩和と民営化策に基づく医療保険制度の抜本的な改革案と医療供給システムの再編案は、同制度に競争原理を持ち込むと同時に、それまでのオランダの医療保障の理念を問い直すものであった。そこでは、既存の医療保険制度を一本化して皆保険とし、基礎保険と補足保険からなる制度に分割して一部に競争原理を取り入れる、といった改革が提案されたが、それは後に撤回されている⁹⁾。

1990年代にはいると、より現実的な視点に立った医療・福祉改革の方針が示され、現在では段階的な改革が進められつつある。そのなかで、新しい医療保険制度の枠組みは次の3つの部分に分けられている。まず、長期医療・介護を担う特別医療費補償制度(AWBZ)である。同制度は引き続き強制保険として、市場競争では解決できないような長期医療・介護等の大きいリスクをカバーする目的をもつことが予定されている。そのため、保険料は所得比例拠出し、医療供給や料金等については政府が管理責任をもち、この部分に競争原理を持ち込むことは意図されていない。

次に、主に急性期の医療を担う部分として、これまでの基礎医療部分をカバーしてきた、強制健康保険(ZFW)、民間保険、そして公務員保険からなる層が位置づけられる。ここでは各保険者間に「管理された競争」を導入して効率化をはかること

がめざされる。ただし、給付のパッケージや所得比例拠出の保険料については政府の管理の下に置かれる。

さらに3番目として、前者の2つの制度が対象としないようなサービスを補足的にカバーするための民間保険制度を任意制度として設ける。ここで政府の役割は質の管理のみで、あとは自由契約によって行われるものとなる¹⁰⁾。

将来の高齢社会の到来に備えて、オランダではこのように特別医療費補償制度が、医療保険制度の基盤にすえられている。では、同制度を日本の介護保険制度と照らし合わせてみると、どのような特徴が見いだせるのだろうか。以下では、同制度の介護保障の部分に焦点を当てて考察していくことにしよう。

4. オランダの「公的介護保険制度」の特徴

(1) 医療と介護の位置づけ

日本の介護保険制度が、医療保険制度とは別建てで創設されたのに対して、オランダでは、長期化した医療と介護のいずれも、特別医療費補償制度によってカバーしている。しかし先に述べたように、同制度は当初、長期医療を必要とする患者の負担を軽減するという目的から、主に施設医療を対象としていたため、はじめから多岐にわたる給付を行う「公的介護保険制度」として創設されたわけではない。ただし、日本の特別養護老人ホームに当たるナーシングホームは、オランダでは医療機関として位置づけられているので、最初からその対象とされていた。

とくに1980年代以降、在宅医療・福祉の統合策が重視されるようになると、その担い手として期待される訪問看護とホームヘルプサービス運営面での統合をはかり、効率的なサービスを提供することが重視された。そのためには財源を統一する必要があることから、これらのサービスも徐々に同制度の給付対象に含められていった。それぞれ独立して発展をみた両者の組織は、現在では在宅ケ

ア協会として再編されている。

また、最近では、これまで居住施設とされてきた高齢者ホーム（verzorgingshuis：サービス付き集合住宅で、財源は公費と自己負担によりまかなわれてきた）も同制度の対象となり、2001年の完全実施に向けて、現在は補助金を用いて段階的に移行が進められている最中である。この背景には、高齢者ホームの入居者の高齢化が進み、健康状況が、ナーシングホームに暮らす高齢者とあまり変わらない状態になったにもかかわらず、費用負担の方法などが違うため、利用者間に不公平感をもたらしたことがある。この高齢者ホームとナーシングホームをともに「ケア部門」として特別医療費補償制度（AWBZ）の対象にすることで、高齢者の住宅政策と区別するねらいがある¹¹⁾。

（2）被保険者

日本の介護保険制度における被保険者は40歳以上とされるが、オランダの特別医療費補償制度は、同国に居住する人々すべてをその対象とした強制保険であり、被保険者に年齢制限は設けていない。そして、若年者であっても医療や介護ニーズを有した場合には給付の対象となる。つまり、同制度は、年齢にかかわらず、医療・介護ニーズを有する人と、そうでない人との間の社会的な支え合いのしくみとなっている。

オランダでは、制度上、年齢で区分して高齢者のみを対象としたサービスは、これまで居住施設とされてきた高齢者ホームだけであり、そのほかのサービスは、年齢にかかわらず利用できる。ただし実際には、高齢化が進むなかで、他世代に比べて高齢者層で、医療・介護サービスを利用する割合が大きくなっていることはいうまでもない¹²⁾。

（3）要介護認定

日本では、6段階に分けられた要介護度を基準にして要介護認定が行われているが、オランダで

は、要介護認定を行うために段階別の要介護度は設定されていない。これまでは施設入居については、各自治体に独立したサービス判定委員会が入居の決定を行ってきた。また、在宅サービスについては、地域に設立された在宅ケア協会が、サービス計画を含めて給付内容やサービス提供量を決定してきた。

オランダは、戦後から高度経済成長期にかけて、周辺諸国に比べて施設化が大きく進んだ国であるが、1970年代以降は在宅サービスへの政策転換がはかれるとともに、高齢者の施設入居率を引き下げる政策が進められた。その結果、各地域に独立した施設入居のための判定委員会が設けられることになったのだが、その後1988年に、すべての市町村自治体に、サービス判定委員会（Indicatie commissie）の設置が義務づけられることとなり、施設への入居を希望する場合には、そこで利用申請を行うようになった。このサービス判定委員会は、自治体の職員やホームドクター、訪問看護婦、ソーシャルワーカーなどによって構成されているが、ナーシングホームや高齢者ホームへの入居決定には、ホームドクターの判断が大きいといわれている。

他方、在宅サービスの給付内容やサービス量の決定は、これまでサービス提供機関である在宅ケア協会（民間非営利団体で訪問看護とホームヘルプを統合した組織）が中心になって行ってきた。その決定に際しては、全国的に統一された基準はないが、だいたい似通った調査が行われている¹³⁾。興味深いのは、在宅サービスの提供を決定するに当たって家族介護の状況が考慮されることである。介護ニーズの審査は、在宅ケア協会から、主任レベルの訪問看護婦など専門職員が利用者宅を訪れて行い、その際に、家族による介護の状況や、家族の希望などを考慮した上で、提供される専門サービスの種類や時間が決定された。

しかしながら、この方法については、利用者サイドで、すでに行っている介護について考慮されず、不足

する部分についてのみ専門サービスの提供が行われることになる、という不満の声も上がっている¹⁴⁾。

さらに最近では、サービス提供機関がサービス提供について決定することの是非や、その際の調査方法が統一されていないことなどが、しばしば問題とされるようになり、また地域によっては、自治体が独立したサービス判定機関を設けていたり、既存のサービス提供機関があくまで判定を行っていたりとばらつきがあったため、1998年より各自治体に、在宅サービスについて、独立したサービス判定機関 (Regionale indicatieorganen) を設置することが義務づけられた¹⁵⁾。

(4) サービス利用時の自己負担

日本の介護保険制度では、サービスの利用時に、原則として1割の自己負担が課されるが、それが高齢者にとってかなり大きい負担になることもある。

オランダの特別医療費補償制度においても、施設・在宅のサービス利用時には一定の自己負担があるが、その額は、利用するサービス、世帯構成、所得水準、生活状況などによってそれぞれ異なり、きめ細かく設定されている。

最近、この自己負担額について改正が行われ、高齢者ホームとナーシングホームを例にとれば、1997年1月以降に施設入居した人々には、①継続的に施設を利用する場合 (高額拠出) と、②短期的に施設を利用する場合 (低額拠出) とに分けた自己負担が適用されることになった¹⁶⁾。換言すれば、オランダでは自己負担は、基本的には個人単位で課せられるものとなっているものの、高齢者夫婦の片方がナーシングホームなどへ入居したような場合には、その負担額は、「低額拠出」が適用されるなど、現実の生活にかかる負担に即して細かい対応が行われていることが特徴である。

また、在宅サービスを利用する際の自己負担額については、地域に設立されている在宅ケア協会から提供される訪問看護やホームヘルプサービス

を利用した場合に、原則として1時間10ギルダーの定額負担が課されるが、年齢・所得階層・世帯構成別に限度額が決められており、1週間当たり5ギルダーから260ギルダーまでの自己負担額が設定されている (2000年現在)¹⁷⁾。

(5) 介護のための現金給付について

現物給付に限定される日本の介護保険制度とは異なり、オランダでは、現金給付が支給されていることも大きな特徴である。現金給付は、専門サービスの現物給付があるのに対して、家族などによる介護には何も給付が行われず、という制度面での不公平を是正することや、利用者のサービス選択に柔軟性を与える、という点でその意義が大きいといえよう。しかし、他方で、介護サービス体制が整わない地域では、現金を支給することにより、さらに家族に介護の負担を負わせるものにもなりうる。

オランダでは、試験的の事業をふまえて、1996年1月より、特別医療費補償制度の下でこの現金給付制度 (Persoonsgebonden budget : 個別ケア予算) が導入された。同制度の主な目的は、サービス利用者の選択の幅を広げることであり、現金給付を使って、専門サービスを購入したり、インフォーマルな介護に対してそれを利用することができるようにすることである。

他方で、現金給付を通じて介護市場の形成を促すという政策の背景には、既存の民間非営利団体による硬直的なサービス供給システムに競争原理を持ち込み、効率化をはかろうとする政府の意図があることも見逃せない。

同給付の支給要件は、在宅で3か月以上、要介護状態にあることであり、知的障害者も対象とされている。現金給付の額は、個別のニーズに基づいて決定されるが、制度開始当初ということもあり、その額はいまだに少額である。しかし、これから制度が定着するにしたがって、徐々に増額することが予定されている。

この現金給付は、利用者に直接支給される部分と、現金給付の運営機関に支給される部分とに分けられている。そのうち、利用者に直接支給され、その都度まったく自由に使えるのは、1998年現在では月額200ギルダーまでであり、残りの分については、利用者が介護サービスをのぞむ機関との契約を結び、そこでかかる額を運営機関がサービス提供者に支給する、というしくみをとっている。

ただし、現金給付を申請して、その支給がみとめられたとしても、地域ごとに現金給付制度には予算制がとられているため、いつでもすぐに給付が支給されるとはかぎらない。現金給付の予算が不足している場合には、待機リストに名前を連ねて、現金給付が行われるまでは、現物給付サービスを利用することになる¹⁸⁾。

専門サービスが、かなり整備されているオランダにおいても、在宅介護のかかなりの部分は、家族などによるインフォーマルな介護によって担われていることが、最近の調査から明らかにされている¹⁹⁾。しかし、オランダでも、就労する女性が増加しており、以前に比べて、女性の介護力に期待することがむずかしくなっている。

そのような状況の下で、インフォーマルな介護者にとっては、現金給付が、それまで無償であった介護に金銭による評価を与えたという点や、家族介護者などに対して、年金などの保険料を負担したり、教育・研修の機会を提供している点などから、概して肯定的な評価を得ている。

他方で、現金給付により介護分野で市場化が進むと、サービス提供者としての民間団体の参入が、既存の非営利団体との間で公正な競争を生み出すことになったり、サービスの質が低下するなどの問題が生じていることも同時に指摘されている²⁰⁾。

おわりに

オランダの特別医療費補償制度(AWBZ)について、介護保障という側面からその主な特徴をここで

もう一度まとめるならば、次のような点があげられる。

第1に、同制度は、はじめから長期医療と介護をともにカバーする制度として設立されたわけではなく、年月をかけて徐々にその給付範囲を拡大しながら、今日のような介護分野もカバーする制度に発展した。

第2に、同制度は、たんに給付範囲が多岐にわたるといだけでなく、被保険者に年齢枠を設けていないことや、医療と介護の境界線をなくしていることで、社会全体での支え合いのしくみをつくりあげている。

第3に、同制度における保険料やサービス利用時の自己負担額の設定方法が、高齢者の現実の生活に即したものとなっており、また、低所得者に対してきめ細かい配慮が行われている。

第4に、介護サービスの申請に当たって、要介護認定に段階別の要介護度は設けられておらず、個別のニーズを基準にサービスの種類や量が決められている。しかし、その決定に関しては、最近、各自治体に独立した判定機関を設置することが義務づけられ、これまでの民間非営利団体が掌握してきた在宅ケア体制は、変更を迫られている。

そして最後に、オランダでは、介護のための現金給付制度が実施されているが、同給付は、利用者にサービスの選択肢を増やすという目的をもついっぽうで、政府には、既存のサービス提供団体に競争原理を導入して、サービスの効率化をはかろうとする意図がある。これまでのところ、同給付は、利用者側より概して肯定的な評価を得ているが、その前提には、現物サービスがある程度整備されていることがある。

オランダでは現在も医療・福祉改革が進められている最中であり、制度も毎年のように目まぐるしく改正が行われている。このところオランダの経済回復がめざましいことから、社会の雰囲気にも幾分明るさが増してきたように感じられるが、21世紀に向けての医療・介護保障については、いまだに楽観的とはいえない状況にある。

しかし、既存の枠組みにとらわれずに新しい発想を次々と政策に結びつけていく方法や、政策の失敗もオープンにしなが、次の課題について取り組む姿勢からは、多くを学ぶことができる。その一環として、医療保険制度のゆくえについても、日本の介護保険制度との比較の視点から、引き続き注目していくことにしたい。

注

- 1) CBS, *Statistics Netherlands*, 2000. <http://www.cbs.nl> より。
- 2) ZN, *Premiebetaling*, 2000. <http://www.zvn.nl> より。日本円に換算すると現在、1 ギルダーは約 50～55 円となるが、現地の感覚では、1 ギルダーには 80～100 円くらいの価値がある。
- 3) 地域に設立されている疾病基金の数は、1986 年には 48 機関であったものが、1996 年には、26 機関に減っている。CPB, 1997, p. 518.
- 4) Ministerie van VWS, 1998, p. 105.
- 5) 同法 (*Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen*) は、強制健康保険制度のなかに設立されていた、任意制度と高齢者制度の廃止にともなって民間保険に加入しなければならなくなった人々が、医療保険制度から排除されないようにするために制定された。しかしながら WTZ が実施された後も強制健康保険制度に加入する高齢者の割合が大きかったため、民間保険団体には「高齢者のための拠出」(*Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziektefondsv verzekeren: MOOZ*) が義務づけられた。Ziektefondsvraad, 1996, pp. 5, 18. Ministerie van VWS, 1995, pp. 35–36, 39–42.
- 6) SVB, *SVB-artikelnummer 291123*, 2000, p. 14.
なお、「特別医療費補償制度」は、オランダ語では、“*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*” (略称 AWBZ) と呼ばれているが、英訳ではしばしば、“*The Exceptional Medical Expenses (Compensation) Act*” と表記されているため、上記のような訳を当てた。
- 7) そのほか、同制度の下では、遺伝子検査や、妊婦のための B 型肝炎の検査、乳児を対象とした先天性代謝異常の検査、児童に対するワクチン接種など、予防医療にかんするサービスもカバーされるものとなっている。Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering Utrecht, 1998, pp. 17–21.
- 8) この支出総額は、名目成長その他を加算した支出総額となっている。Ministerie van VWS, 1998, p. 9.
- 9) 1980 年代のオランダの医療改革については、廣瀬 (1993) pp. 39–45 を参照されたい。
- 10) Weekers, Sylvia, and Marja Pijl, 1998, pp. 149–150.
- 11) Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, pp. 65–68.
- 12) Lingen, B.A. van der, and Y. van Dam, 1997, pp. 75–77.
- 13) LVT, 1997, p. 12.
- 14) Weekers, Sylvia, and Marja Pijl, 1998, pp. 166–167.
- 15) 1988 年現在、この地域サービス判定組織 (RIO) は、全国に約 80 か所設立されている。Ministerie van VWS, 1998, p. 84.
- 16) 施設利用時の自己負担のしくみをより詳しくみると、①の継続的に入居施設を利用する場合、高齢者ホームへの入居にかかる自己負担は、1998 年現在、原則として費用の 90% までを、所得に応じて上限で月額 3,450 ギルダーまで負担するしくみとなっている。また、ナーシングホームへの入居の場合にも、基本的には所得に応じて月額 3,150 ギルダーまでの自己負担が課せられることになった。
他方、入居施設を短期間利用する場合や、日中または夜のみ滞在などのように、部分的に利用する場合などについては、②短期的に施設を利用する場合の自己負担額の規定が適用される。同規定は、5 段階に分けられた所得階層別に、月額 210 ギルダーから 1,085 ギルダーまでの定額負担を行うことを定めている。Ministerie van SZW, 1997, p. 3. Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering Utrecht, 1998, p. 22.
なお、1999 年の厚生省の介護関連予算書にみる「高齢者介護・在宅介護」(施設、在宅、現金給付を含む)の財源の負担割合は、総費用 157 億 3600 万ギルダーのうち、AWBZ が 84% を占めており、自己負担その他は、16% となっている。Ministerie van VWS, 1998, p. 79.
- 17) *Eigen Bijdragen*, 2000. <http://www.LVT.nl> より。
- 18) オランダの現金給付制度の具体的な運営方法については、Bultman (1997) pp. 1–6 を参照されたい。ただし、最近、窓口となる機関が、公的年金や児童手当等の事務を扱っている社会保険銀行に変更された。
- 19) Klerk and Timmermans, 1999, pp. 124–125.
- 20) 現金給付の用途の割合についてみると、全体の 63% が専門サービスの購入に当てられており、37% が、インフォーマルな介護者や個人で契約するホームヘルパーに提供されている。しかしながら、設立当初ということもあり、介護費用の財政構造のなかで、現金給付が占める割合は、3～5% とわずかなため、オランダでは、まだ現物給付が中心であり、現金給付が介護市場に大きな影響を与えるにはいたっていない。Weekers, Sylvia, and Marja Pijl, 1998, pp. 161.

参考文献

- Bultman, Jan. 1997. 廣瀬真理子訳「医療福祉改革の動向 (2) 介護のための現金給付制度」『海外情報』No. 40 健康保険組合連合会

- Commissie Modernisering Ouderenzorg. 1994. *Ouderenzorg met toekomst*. Rijswijk: WVC.
- CPB. 1997. *Challenging Neighbours*. Berlin: Springer.
- Klerk, M.M.Y. de, and J.M. Timmermans, eds. 1999. *Report on the Elderly 1998*. Den Haag: SCP.
- Lingen, B.A. van der, and Y. van Dam. 1997. "Home Care." In *Health and Health Care in the Netherlands*, edited by A.J.P. Schrijvers. Utrecht: De Tijdstroom.
- LVT. 1997. *Home Care in the Netherlands*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.
- Maarse, J.A.M. (Hans). 1997. "The Health System of the Netherlands". In *Health and Reform in Industrial Countries*, edited by Marshall W. Raffel. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. 1997. *A Short Survey of Social Security in the Netherlands*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1995. *Health Insurance in the Netherlands*. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1998. *Jaaroverzicht Zorg 1999*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Schrijvers, A.J.P., ed. 1997. *Health and Health Care in the Netherlands*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schut, Frederik, T. 1995. *Competition in the Dutch Health Care Sector*. (Proefschrift). Den Haag: CIP.
- Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering Utrecht. 1998. *De Kleine Gids voor de Nederlandse Sociale Zekerheid 1998*. Deventer: Kluwer.
- Weekers, Sylvia, and Marja Pijl. 1998. *Home Care and Care Allowances in the European Union*. Utrecht: NIZW.
- Ziekenfondsraad. 1996. *30jaar Ziekenfondswet*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.
- 廣瀬真理子 1993 「オランダの医療システムと最近の医療改革の動向」『デンマーク・スウェーデン・イギリスの医療保障の現状と動向』健康保険組合連合会
- 廣瀬真理子 1998 「オランダの高齢者福祉サービスにおける『民間』の役割」国立社会保障・人口問題研究所編『海外社会保障情報』第122号
(ひろせ・まりこ 東海大学助教授)

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 ⁴⁾ (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 ³⁾ (%)	施設入所者 の割合 ³⁾ (%)	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 ²⁾	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 ⁵⁾	45 ⁵⁾	
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 ⁶⁾	65 ⁶⁾	
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 ¹⁾	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、ナーシング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されるようになった。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¹⁾。

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られることできる(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²⁾。

(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³⁾。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 ^a	0.9 ^b	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)

^a 1997年の数値. Schneider (2000)

^b 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⁴⁾。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)

Dilemmas in Health Care

An Overview of the Health Care System in the Netherlands

Hettie A. Pott-Buter*

■ 要約

先進諸国では医療費の増加をいかに抑制し、医療システムをより患者のニーズに合ったものにし、特に高齢者や障害者に対して医療サービスのアクセスと質をいかに保証するかが共通の課題となっている。本論文はオランダにおいてこれらの問題がどのように扱われ、過去15年間に医療サービス分野で実施された主な改革について議論する。

他の諸国に比べてオランダの状況は良好である。オランダ人の平均的な健康状態は世界の中で最良のグループに属する。社会・経済属性にかかわらず全国民が質の高い医療サービスを受けられ、事実上全国民に医療保険が適用されている。総医療費の対GDP比は8.5%である。しかし、医療費の伸びが経済の伸びを上回っていることは他の国々と同様であり、増加する医療費を抑制する努力がなされている。国民の平均年齢の上昇および医療技術の進歩が、公正とサービスのアクセスに関して新しいジレンマをもたらしている。

オランダの医療システムは他のOECD諸国と共通している一方で、少なくとも1990年代まではオランダ特有の要素を持っていた。何世紀にもわたってオランダは繁栄し、女性の就業率は低く(1990年まで)、出生率は高く(1972年まで)、高齢者や障害者で施設入所者の割合は比較的高かった。合意重視も古くからのオランダの伝統である。重要案件は関係者(政府、労働組合、使用者団体、さらに医療サービスの場合にはサービス供給者と保険者)全員の間で合意が形成されるまで協議・交渉が行われる。しかし、1990年代に入って合意モデルでは医療システムの改革が阻害されるという認識が高まり、医療サービスの組織改革が行われた。

国の歴史および合意志向社会のため、オランダの医療サービスの供給・運営システムは複雑である。オランダの医療保険も今日に至るまで3部門に分かれている。1つは長期ケアおよび高額医療を賄う部門(AWBZ)で、1年を超える病院ケア、長期の在宅および施設介護等に対して給付される。AWBZは1967年に導入されさまざまな改正を経ているが、オランダに住むすべての人(国籍に関係なく)およびオランダで雇用され所得税を払っているすべての非住民を対象にするという基本原則は変わっていない。オランダの病院はスカンジナビア諸国やイギリスと違って民間非営利組織であるが、政府によってその活動はさまざまに規制されている。

2つ目は急性期医療の部門で、1年までの病院ケア、GPサービス、処方薬剤費、パラ・メディカル・ケア、歯科の一部を給付する。国民の3分の2は公的保険(ZFW)に、5%は公務員保険に、残りは民間保険に加入している。年間賃金が一定額以下の被用者およびその家族は公的保険に適用される。3つ目は補足的なサービス(アメニティーおよび高価でないケア)を賄う部門で、公的保険、民間保険のいずれに加入するのも自由である。このように公的な仕組みと私的な仕組みの混合がオランダの医療ケアシステムの特徴の1つである。公的保険は社会連帯の原則に立脚し、原則として所得比例の保険料が課されている。

精神保健、障害者、慢性疾患、高齢者の分野でさまざまな改正が行われた結果、イノベーションが強調され、施設間および専門職種間の協調、介護手当(要介護者に対する現金給付)の導入、患者の役割の拡大、規制の柔軟化、などが図られた。

1. Introduction

All over the world, industrialised countries are facing much the same health care issues. How to contain

costs? How to make the health care system more responsive to patients' needs? And how to ensure access and quality of service, particularly for the elderly

and disabled? This paper describes Dutch policies dealing with these issues and outlines the main reforms that have taken place in health care in the Netherlands over the past fifteen years.

Small in terms of landmass, the Netherlands is one of the most densely populated countries in the world. Its population is larger than that of any Scandinavian country, Belgium, Switzerland or Austria, but smaller than those of Germany, France, or the United Kingdom and much smaller than that of Japan. Both by tradition and because of geographical factors, the Dutch economy is very open. Partly for that reason, the Dutch welfare state—including the health care system—shares common elements with those of the surrounding European countries. For example, it exhibits the same high level of public expenditure and generous welfare entitlements as the Scandinavian systems. At the same time, however, the Dutch welfare state is in some respects atypical and unique. Whereas public contributions have been used in the Scandinavian countries to facilitate women's participation in the labour market, tax credits and generous family entitlements have been used in the Dutch case to keep women out of employment. Until about 1990, female labour force participation was much lower in the Netherlands than in surrounding countries. A marked traditional preference for maternal childcare in the home and a highly valued family life made the caring housewife the main role model for women in the Netherlands: a luxury only a relatively affluent society could afford (Pott-Buter, 1993). An equally atypical and unique feature used to be the relatively high percentage of elderly and disabled people living in institutions in the Netherlands compared to other industrialised countries.

In the mid-1980s, two mutually contradictory policies were announced: the government wished both to boost female labour force participation and to implement health care reforms to increase home care. The idea behind this was more independence of the elderly and that professional home care would be cheaper than institutional care. At the same time, budget cuts were introduced in the home care services, producing a greater reliance on informal care, most of which, it was assumed, would be provided by women. This is one example of the many current dilemmas in

the Dutch health care system. Other dilemmas discussed in this paper relate to funding, financial planning, insurance cover and quality of care.

The average health status of the Dutch population is very good. Scores on all major health indicators, such as life expectancy and infant mortality, are among the best in the world (OECD, 1999). This is partly due to the fact that the entire population, irrespective of social or economic status, receives in principle the same quality of care, and because virtually everyone in the Netherlands is covered by health insurance. Total public and private health expenditure amounts to 8.5 per cent of GDP: a favourable position compared with other countries (VWS, 1999, p. 153). However, because the increase in health care expenditure is outpacing national economic growth, efforts are being made to deal with increasing health care costs. Moreover, the rising average age of the population and the availability of new technologies and treatments are creating new problems and dilemmas concerning equity and access to care.

The main health care reforms introduced to deal with these problems over the last fifteen years, have proved to be less dramatic and more incremental than the grand redesign announced by the government in the 1980s. There has been a step-by-step process of change designed to redirect the system by focusing on a variety of aspects, in much the same way as the reforms in countries like Germany, Japan, Italy and Spain. A brief overview of the history of the Dutch health care system will help the reader to understand the slow progress of reform and the present state of affairs. This is provided in section 2. The present health care situation is described in section 3. The changes over the last decades of the twentieth century and its main achievements during that period offers section 4, which also outlines a brief evaluation with arguments for and against future reforms. The article concludes with a summary.

2. An affluent and consensual past

For centuries, the Netherlands has enjoyed great prosperity. Modern economic growth started in the Low Countries in the seventeenth century, predating industrialisation in England (De Vries & Van der

Woude, 1995). Ever since then, high incomes, low female labour force participation and high fertility have been enduring characteristics of Dutch society. The baby boom of 1946 to 1947 was even greater than in the surrounding countries, but so was the drop in fertility after 1972 (Pott-Buter, 1993). This means that the percentage of the elderly will peak more sharply in the Netherlands than elsewhere in Europe and that it will do so later (in the 2030s). High growth rates per hour worked (Van Ark et al, 1994, quoted by Hartog, 1999, p. 2) and a high percentage of part-time workers are also atypical and unique in north-west Europe. The latter inspired Freeman (1998) to call the Netherlands the first part-time economy in the world (see also Visser, 1999).

Another feature of the Netherlands, which can be traced back to its early history, is the consensus-oriented approach adopted in politics and social relations. This is clearly reflected in the institutions of the labour market, the social security system and the health care sector. There is consultation, coordination and bargaining over all important issues and between all the parties involved: the government, the trade unions and the employers' federations. In the case of the health care institutions, this includes the care and cure providers as well as the public health insurance funds and the private health insurance companies. This has given rise to one of the main dilemmas in Dutch politics: are these corporatist institutions synonymous with rigidity or do they in fact create flexibility (Hartog, 1999, p. 57)? The consensus-oriented model has been successful in relation to wage determination, but has proved too cumbersome in the social security sector (where it has encouraged a large influx into disability schemes) and the health care field. It is the awareness of this latter fact that has triggered the recent restructuring of health care organisations, discussed in section 3.3.

The Dutch health care system shares common elements with others in Europe. These systems fall into three main categories. The first is the Bismarck model conceived in Germany in 1881. The second is the Beveridge model, represented in a draft for the British National Health Service in 1944 and enacted in 1946. The third is the Semashko model, based on tightly centralised state control and developed in the early Soviet Union (Vienonen, 1997, p. 20).

2.1 The Bismarck Model

The German (Prussian) Chancellor Otto von Bismarck introduced a national compulsory health insurance in 1881. No similar insurance was introduced in the Netherlands until 1941, but private insurance against the costs of medical care was known long before then. Voluntary contributions based on the ability to pay have existed in this area since the Middle Ages. The medieval guilds obliged their members to make such payments and various funds and forms of insurance remained in existence after the abolition of the guilds in 1798. In the mid-nineteenth century, doctors in the larger towns established health insurance funds for the urban poor. In the early decades of the twentieth century, thanks in part to the efforts of a growing trade union movement, voluntary insurance was gradually extended over the whole country. However, none of this amounted to the kind of national compulsory insurance scheme Bismarck had introduced in Germany. In order to guarantee healthy manpower for industry and the army, Bismarck required all blue-collar workers with wages below a certain level to pay a percentage of that wage into a mandatory "public health insurance fund" (*Krankenkasse*) providing insurance cover.

It took half a century of debate and many different attempts at legislation to achieve this kind of system in the Netherlands. It was not until in 1941 that—under pressure from the country's Nazi occupiers—the decision was finally taken to introduce a compulsory insurance for employees (and their family members) in the Netherlands. The decree drastically reduced the number of public health insurance funds and changed the administrative arrangements. It introduced mandatory contracting of health care providers, eliminating the independent contracting role of the funds. Public health insurance funds became administrative agencies which no longer faced insurance risks, as all of their expenditures were fully reimbursed by the central administration (Okma, 1997, p. 9).

There followed a period of piecemeal legislation and development in the 1950s and 1960s, all of which was eventually replaced by a unitary Health Insurance Act (*Ziekenfondswet, ZFW*), passed in 1964. This came into force on 1 January 1966 and provided for a compulsory insurance scheme covering all people in

low-paid employment and comparable groups, and a voluntary scheme for those on low incomes and not eligible to participate in the compulsory schemes. In the 1970s these voluntary schemes faced ever-worsening financial problems because 'low-risk applicants' were able to obtain lower-cost private insurance, leaving the statutory schemes with a disproportionate number of 'high-risk individuals'. This eventually led to their abolition in 1986.

2.2 The Beveridge model for home care and long-term care

The Beveridge Social Security Plan was presented in 1942 by a committee of the British government chaired by Sir William Beveridge. The plan provided for unemployment, sickness and disability benefits, outlined desirable training and retirement programmes, and envisaged maternity benefits and allowances for widows and dependent children. All citizens were to be eligible for these "cradle to grave" benefits. The Dutch government in exile in London appointed a committee to advise on the development of a post-war social security system in the Netherlands. The ideas of that committee, with their emphasis on benefits for everyone on a minimum income, are clearly reflected in the Dutch "general" social security laws which cover the whole population.

The piece of legislation highly relevant to this article is the General Exceptional Medical Expenses Act (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ*), which came into force in December 1967 and began to be implemented in January 1968. This provides insurance cover for the costs of home care and long-term care. As in the case of the public health insurance funds, the late introduction of universal public provision in this field does not mean that no long-term care existed before then. The first local home nursing services and home help organisations were founded more than a century earlier. As the Dutch term for them—*kruisverenigingen*, literally "cross associations"—suggests, many of them were established under the auspices of one of the Christian churches. Private funding was gradually replaced by public resources and national organisations were established (Van der Linden & Van Dam, 1997, pp.

73–74). After 1982 the home care organisations became part of provision under the *AWBZ*. The scope of the act has been extended over the years to cover more and more elements of health care. There is no upper or lower age limit for cover. Residence in the Netherlands is the main criterion for eligibility.

The same Act did away with separate legislative provision for medical care relating to industrial injury and occupational diseases. Mental health services are also covered under the *AWBZ*. Over the last century, mental health care has undergone a gradual shift away from the provision of asylum and custodial care and towards assessment, treatment and possibly cure. Up to the Second World War it was dominated by German psychiatry; thereafter, the influence of American psychiatry increased. There has also been a shift away from treating only patients with typical psychiatric problems towards the provision of therapies for people with less extreme psychological and psychosocial problems. These developments have been paralleled in all OECD countries. Distinctive aspects of the Dutch situation are the solid basic funding for mental health services and, at the organisational level, the very far-reaching categorisation of patients (Schnabel, 1997, pp. 119–120).

2.3 The Semashko central planning model

The most recent development in the Dutch health care system is the growing influence of central government. During the 1960s and 1970s centralised government coordination and planning were widely embraced in a wide range of policy areas (Okma, 1997, p. 67). As in many other countries, health care was often provided in the past on a charitable basis. The sick were cared for by monastic orders and the first hospitals were founded by the different religious denominations. In the Dutch Republic of the seventeenth century, the larger civic authorities had relatively extensive local powers. Local government took responsibility for public hygiene, refuse disposal, law and order, and the care of the poor and sick (Rengelink & Schrijvers, 1997, p. 36).

Municipal provision persisted on much the same basis right through into the twentieth century. There was little planning at national level until the end of the 1950s, when there was a surge of economic growth and

(especially from 1964 onwards) rapid expansion of the health care sector. Many new health care facilities were developed (mainly hospitals), and government influence grew (Rengeling & Schrijvers, 1997, p. 36).

Nowadays almost all hospitals are still private non-profit organisations—not part of a nationalised system as in the Scandinavian countries and the United Kingdom—although they are heavily regulated by government. Prices, production and capacity are all subject to centralised regulation and a government license must be obtained to build any new hospital.

Today, another important element of central planning is the central regulation of maximum fees for doctors, nurses and other medical services and central control of the budgets of the public health insurance funds, nursing homes and other institutions. Moreover, the government imposes admission quotas on degree courses in the medical field. Recently, regulation of private health insurance has appeared on the political agenda (see next section and Okma, 1997, chapter 5). The government also regulates consumer protection and patients' rights.

2.4 The need for reform

As in most welfare states, by the end of the 1970s, arrangements were in place to compensate for loss of income due to unemployment, illness, disability, widowhood, children and old age. The two oil crises, the decline in economic growth, the rising unemployment rate and the increasing public expenditure of the 1970s led to a reform of the social security system, which reduced the level and duration of benefits. The health care system—in contrast to the practice in many other countries clearly distinguished from the social security system—escaped most of these cuts. This was to change in 1987. A committee appointed by the Minister of Health published a report which has since had an important impact on Dutch health care policies (Commissie Dekker, 1987). The committee identified a number of reasons for reform. Firstly, the problems related to the fragmented and uncoordinated system of three separate insurance schemes with different contributions. Secondly, the very detailed regulation of the health care sector, without provision for individualised care. Thirdly, the lack of incentives for

efficiency and of instruments for cost containment. More government intervention had not led to improved control. The message of the committee was clear. Without reform, access to good health care would no longer be available to all. The government endorsed the arguments for reform (WVC, 1988 and WVC, 1990) and proposed a grand redesign of the system.

The proposed new system was a compulsory comprehensive health insurance for the entire population, based on regulated competition between public health insurance funds and health care providers. Besides the basic public insurance package, people were to be free to buy supplementary health insurance cover if they so wished (Van de Ven, 1998, p. 6). However, the plan met with such strong political resistance that it could not be implemented. In 1994 a new government and a new minister of health announced a health care policy of incremental changes—a step-by-step process—to resolve the various dilemmas instead of the radical reform envisaged earlier and a re-organisation of the health care administration. Convergence became the watchword (Van der Steur, 1999, p. 14).

3. Today's Dutch health care system and its dilemmas

The history and consensus-oriented nature of Dutch institutions has produced a complex system of health care provision and administration. That is why medical care is divided into three categories, dominated by two public insurance acts: the General Exceptional Medical Expenses Act (*AWBZ*) for (long-term) *care* and the Health Insurance Act (*ZFW*) for *cure*. Figure 1 summarises the description of this section.

3.1 Three categories of health insurance

- The first category covers expenses associated with long-term care or high-cost treatment. This includes hospital care for periods exceeding one year, long-term home nursing and long-term institutional care of the mentally and physically handicapped. These “catastrophic risks” cannot be covered adequately by private insurance and are therefore covered by a national insurance scheme under the General Exceptional Medical Expenses Act (*Algemene Wet*

Three categories of health care	Administration	Insurance cover	Contributions	Providers
Long-term care, mental, institutional and home care	31 care offices 85 Regional Assessment Committees regional	<i>AWBZ</i> (public individual insurance) total population	10.25 % of taxable income up to a maximum income of 22,233 per year	327 nursing homes 1,200 retirement homes 154 institutions for physically handicapped 148 for mental care Over 100 home care organisations
Cure and short-term hospital care	29 public health insurance funds or 50 private health insurance companies nationwide	<i>ZFW</i> (public family insurance) 2/3 of population or Private Insurance (individual insurance) 1/3 of population	8.1 % of wage income up to a maximum of 29,314 per year* and flat-rate premium Flat-rate premium only**	143 hospitals 7,000 general practitioners 14,000 medical specialists
Supplementary care	See above	Private insurance 9/10 of population	Flat-rate premium	See above

* Self-employed up to a maximum of 18.695, old age pensioners up to maximum of 18.650

** Elderly and disabled pay a standard fee (they are subsidised by other privately insured people)

Figure 1. The Dutch Health Care System in 2000

Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). Both *home nursing* and *home help* are also covered by the *AWBZ*. In addition to nursing as such, the *home nursing* package comprises support and counselling in relation to illness, recuperation, disability, old age and death, antenatal and postnatal care, and regular check-ups for babies. Items of nursing equipment (such as wheelchairs for temporary use) are available on loan. The *home help* package covers domestic assistance when informal support by family, friends and neighbours has proved to be insufficient. As previously mentioned, the *AWBZ* dates from 1967, but has witnessed many changes since then. The basic principle has remained the same. The scheme still covers everyone resident in the Netherlands (irrespective of nationality) and all non-residents employed in the Netherlands who are liable to pay Dutch income tax.

- The second category comprises “acute” medical care. Approximately two-thirds of the population is currently covered under the Health Insurance Act (*Ziekenfondswet, ZFW*) and the remaining third by

private health insurance or a special health insurance scheme for public servants (5 percent). The basic principle of the 1941 Act and its successor the Health Insurance Act of 1964 still applies, in the sense that all employees earning an annual wage below a certain level are covered. Nowadays, self-employed people on low taxable incomes and all recipients of benefits and old age pensions on low incomes are also *obliged* to be insured under the Health Insurance Act. Dependent family members such as children under the age of 18 and spouses without an income are automatically covered. All those insured have an annual opportunity to choose between the different public health insurance funds (numbering 29 in 2000). The insurance package they receive covers hospital care for periods up to one year, as well as general practitioner services, prescription drugs, para-medical care and some dental care.

The privately insured can choose any of the 50 private health insurance companies. In general, standard cover is the same as in the public health insurance fund package. The main difference

between private and public health insurance is the method of financing.

- The third category of insurance schemes consists of supplementary insurances, which can be bought from both the public health insurance funds and the private companies. These can be used to obtain cover for extras like additional maternity care, medical expenses incurred abroad, alternative pharmaceuticals, hearing aids, first-class hospital catering and accommodation, specific dental care and prolonged physiotherapy beyond the standard cover offered by schemes in the second category. Ninety per cent of all insured people have supplementary cover.

3.2 Contributions

The *AWBZ* contributions are deducted at source, together with other general social insurance contributions and income tax. Payment is compulsory and the contribution is equivalent to 10.25 per cent of taxable income up to a maximum of 22,233 per year, so the maximum contribution for each taxpayer is limited to 2,279.

Contributions for the *ZFW* funds are also income-related, but the relevant income base is different from that of the *AWBZ*. Present-day contributions are supplemented by a flat-rate premium per insured adult. Financially dependent children (under the age of 18) are covered automatically by the insurance of either parent. Employees earning less than 29,314 per year contribute 1.75 per cent of their income to the insurance fund and their employers pay 6.35 per cent over the same *wage income*. So the total contribution is (in 2000) equivalent to 8.1 per cent of wage income. No contribution has to be paid over other types of income (as in the case of the *AWBZ*).

Self-employed people are now (beginning in 2000) compulsorily insured if their average annual *taxable income* over the previous three years has been less than 18,695. They have to pay the whole 8.1 per cent premium over this taxable income themselves. The same applies to old age pensioners on annual incomes below 18,650 (who pay 8.1 per cent over their state pension and 6.1 per cent over their supplementary income).

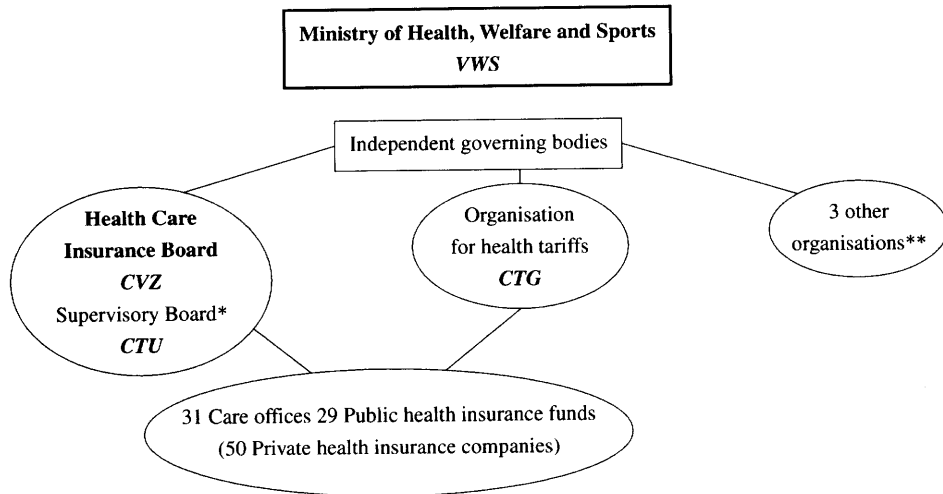
The Ministry of Health determines the percentages of the public contributions to both the *AWBZ* and *ZFW*, while the flat-rate premiums are established by the public health insurance *ZFW* funds themselves. These flat-rate premiums can differ from one fund to another, but once they are announced (at the beginning of the year) each public health insurance fund must demand the same flat-rate premium from all its contributors.

By contrast, the private insurance premiums are flat-rate contributions set by the private health insurance companies competing within a free market and determining rates individually on a risk-related basis taking into account factors such as age and type of insurance policy (scope of cover and amount of own risk).

3.3 The organisational structure

At the apex of the hierarchy, the Ministry of Health, Welfare and Sport, (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS*) is the organisation ultimately responsible for the health care system. Between the Ministry and the grassroots organisations—the care offices (for the *AWBZ*), the public health insurance funds (responsible for the administration of the *ZFW*), and the private insurance companies—there are five independent governing bodies, as is illustrated in figure 2.

The largest of the independent governing bodies is the Health Care Insurance Board (*College voor zorgverzekeringen, CVZ*). This is responsible for the administration and financial management of the two insurance schemes under the *AWBZ* and the *ZFW*. The *CVZ* was established on 1 July 1999 and replaced the Sickness Funds Council (*Ziekenfondsraad*), which had been in existence for over 50 years. In that body there were 40 seats, representing various interest groups such as public health funds, providers of medical care, labour unions, employer's federations, independent experts and patient organisations, while the new *CVZ* consists of nine independent persons directly appointed by the Minister. On the same date, the supervision and implementation of the two insurance laws was delegated to a special committee: the Supervisory Board for Health Care Insurance (*College Toezicht Uitvoeringsorganisatie, CTU*). This is to change in 2001 to working independently of the new *CVZ*. The



* By 2001, the Supervisory Board for Health Care Insurance *CTU* will be working independently of the *CVZ*

** Two hospital facility boards (for building and rationing) and a body to translate policies into practical measures

Figure 2. The Organisational Structure

CVZ advises the Minister on the annual adjustment of the contribution rates for both insurance schemes, administers subsidy schemes for research and innovation in the health care field, allocates budgeted resources to the public health insurance funds and promotes efficiency. It collects and publishes statistics, warns and informs the Minister about all matters concerning the two insurance schemes.

At grassroots level, there are now 31 independent regional “care offices” responsible for implementing the scheme under the *AWBZ*. These were established in 1999. Before that time the public health insurance funds administered the *AWBZ* as well as the *ZFW*. Independent “Regional Assessment Committees”—all 85 installed in 1998 and appointed and funded by local municipalities—decide what package of long-term care is most appropriate for each individual patient and which institution, or what mix of home and institutional care is most suitable. They must register patients and provide the care offices (and so the government) with clear information on the number and characteristics of patients on the waiting list for specific home nursing or other home-based or institutional care. The committee also advises on adaptation of the home (for example, stair lifts, ground-floor bathrooms, grab bars, etc.). The target

group is mainly composed of the elderly, the physically and mentally disabled and those with chronic diseases.

The work of the care offices includes contracting services from home-care organisations, psychiatric hospitals and other institutions and collecting the income-related charges which individual patients have to pay.

The 29 public health insurance funds are nowadays to a limited extent risk-bearing enterprises, like the 50 private insurance companies. The *ZFW* contributions are collected in a Central Fund and distributed over the public funds. The budgets allocated to the funds do not cover all the costs. The shortfall has to be covered by the flat-rate contributions collected by the funds themselves. They vary from one fund to another and are considered to be an important means of ensuring competition between them. They show increasing differentiation. Insured people can change their health insurance fund once a year. Private health insurance companies cannot refuse clients.

The public funds are allowed to negotiate with individual providers about fees and to contract them selectively.

3.4 Private provision of health care

Health care is provided by thousands of institutions,

tens of thousands of contracted or self-employed health professionals and hundreds of thousands of other health workers (Okma, 2000, p. 3). There is also a substantial input of volunteers.

Medical treatment

Public health insurance funds and most private insurance companies require that patients consult a general practitioner before approaching a medical specialist. Except in emergencies, hospitals normally demand a referral from a general practitioner before providing treatment. Therefore, general practitioners act as gatekeepers for specialist and hospital care. General practitioners are paid on the basis of per capita flat-rate fees for patients insured under the compulsory public scheme and charge fees to privately insured patients (who then claim them back from their insurers). Specialists are either paid salaries or fees by the hospitals for which they work or they charge fees for treatment in their private practice directly or indirectly (via their patients) to the insurance funds.

To enhance rationalisation of ancillary diagnostics (which follows the recording of the medical history and the physical diagnosis) the Health Care Insurance Board publishes a two-yearly document known as the Diagnostic Compass (CVZ, 2000). The Compass tries to prevent unnecessary and insufficient diagnostic endeavour and to promote the appropriate performance of tests, in line with current views.

Hospitals

In 1999 there were 143 hospitals with 55,400 beds (Okma, 2000, p. 4). There are eight university teaching hospitals, which are regarded as leading institutions of special excellence. In addition, there are 103 general hospitals providing various forms of specialist treatment and 32 hospitals which provide treatment only in selected areas, such as cancer, rheumatic diseases or ophthalmic disorders.

Home care and institutional long-term care

Over one hundred non-profit organisations provide home care. To improve efficiency, the National Cross Organisation and the National Council of Home Help Organisations merged in 1990 and formed the Association for Home Care which all the organisations joined (Van der Linden & Van Dam, 1997, p. 73). There are 327 nursing homes (mainly for the elderly: 50

per cent of residents are over 90 years) and 1200 retirement homes. Physically and mentally handicapped people are often placed in institutions, of which there are 154 for the first group and 148 for the second (Okma, 2000, p. 4). Over the last decade institutional care has been slightly reduced and replaced by home care and outpatient treatment.

The largest group of home nursing recipients are people aged 70 and over (Van der Linden & Van Dam, 1997, p. 75). The main problem is the long waiting list for the necessary care. This is the result of various factors which together mean that more people need nursing or other care in the home, while fewer people are able or willing to provide it. As life expectancy increases, there are growing numbers of elderly people and also of the chronically ill, and (therefore) of one-person households composed of a single elderly widow or widower.

Very few people over 65 live with relatives other than a spouse (only about 2 per cent), though a comparatively large proportion live in institutions (10 per cent in 1989, down to 8 per cent in 1999). This is not a new phenomenon, as it is in other countries. Even in the Dutch republic of the seventeenth century, one-family households predominated (see also Pott-Buter, 1993, p. 170). Two or three-generation households have been exceptional. Even on farms, parents and their remaining single children tended to leave the farm once a newly married son and his wife could take it over. Consequently, the percentage of multi-generation families has always been very low in the Netherlands.

This means that spouses—both male and female—have always been the primary carers. Where they were unavailable or unable to provide care, other close relatives or neighbours stepped in on an informal basis. This kind of informal care has traditionally been seen as a mainly female responsibility, but these days young women remain in the labour market after marriage and older women tend to return to it once their children go to school or leave home. They are therefore less available to provide informal care for family or neighbours. Other factors are: greater mobility (of adult children); the higher standard of education among women, making them less willing to devote themselves entirely to caring tasks; and divorce. The latter can be

seen as a factor weakening family solidarity, making adult children less willing to care for elderly parents who have divorced.

Another factor boosting the demand for home care services is substitution policy. The average length of time spent in hospital has been reduced, and admission to nursing homes and institutions for the elderly is being restricted or delayed. This creates a dilemma concerning greater demand for help from home-based patients who require more complex care involving greater flexibility, round-the-clock availability and access to specialised medical equipment and nursing aids.

Since the beginning of the twentieth century, the responsibilities of private health care providers in the Netherlands have always included vaccination programmes, mother and child care and family health education. It is suggested that a basic package of "public health functions", including those mentioned above, should now be made mandatory throughout the country (Okma, 2000, p. 5).

Obstetric care

In the Netherlands, childbirth is less heavily medicalised than in many other countries. Low-risk pregnancies and deliveries are attended either by a midwife or by a general practitioner. Women have the choice of delivery at home or in a hospital. In the latter case, they are normally discharged within 24 hours after the delivery. There is a nationwide system of specially trained nurses who assist during delivery and provide postnatal care for both mother and child. They visit twice a day or remain for eight hours each day during the first week.

The assessment of risk is an essential factor in the choice of delivery mode. A list of general medical and obstetric complications is used to decide whether referral to an obstetrician/gynaecologist is necessary and this illustrates the close cooperation between professionals. The Dutch system with its high percentage of home deliveries is unique in the industrialised world. It tends to discourage instrumental deliveries, but the effect on perinatal child mortality is more difficult to measure. Throughout the whole of the twentieth century, Dutch infant mortality figures were among the lowest in the world. In the 1970s the Netherlands ranked second (after Sweden) (Visser, 1997, p. 86). This was followed by a slight decline in

ranking, despite a gradual reduction in both home deliveries and perinatal mortality. In 1997, approximately 31 per cent of women still gave birth at home, while 56 per cent did so in hospital under the supervision of an obstetrician/gynaecologist and 13 per cent in hospital but attended by only a midwife or a general practitioner (Visser, 1997, p. 87). The system works well in a small, densely populated country with an adequate infrastructure, and ready access to nearby hospitals. It does, however, rely on good communication between the various care providers and constant risk assessment and patient selection in order to achieve optimal patient care. More recently, the relatively low remuneration of midwives and their heavy workload have increased shortages, threatening the system. Higher fees for midwives and reduction of the standard norm for deliveries have been announced in 2000.

Pharmaceutical services

The majority of pharmaceutical products consumed in the Netherlands are imported. About 15 per cent are produced in the country itself. There are about 1500 pharmacists and 650 dispensing general practitioners (Okma, 2000, p. 5). Expenditure on pharmaceuticals and medical aids and appliances has shown more rapid growth than other expenditure in other categories, such as hospitals, general practitioners and long-term care. Traditionally, the level of consumption of pharmaceutical drugs has been very low and prices high. In 1996 a new Act forced the pharmaceutical wholesaling industry to lower its prices by 20 per cent. In the same year a list was published showing which pharmaceuticals would henceforth be covered by public health insurance funds and which would not. Over the counter drugs like aspirin and paracetamol were delisted in 1999, except for the chronically ill. There is a special procedure for admitting new drugs to the list, administered by the Health Care Insurance Board (CVZ). Since 1998 pharmacists have been encouraged to sell generic rather than branded drugs. The CVZ also publishes a two-yearly Pharmacotherapeutic Compass, which discusses all registered medicines and products which are prepared in the pharmacy according to standardised procedures (FNA preparations) and provides up-to-date scientific information on them. A

large group of experts advises on the best balance between optimal pharmacotherapy, appropriate treatment of patients and the most economic use of drugs from the insurance point of view. It discourages the use of superfluous medicines, even if cheap, and encourages the prescription of effective remedies, even if very expensive. The publication is available free to all professionals and makes an important contribution to the efficient use of medicines.

Aids and appliances

Aids and appliances are supplied on prescription (sometimes on loan). New equipment has facilitated the shift from institutionalised to home care. To promote efficient and appropriate use of the available medical aids and appliances, the CVZ is preparing a Medical Aids and Appliances Compass by analogy with the diagnostic and pharmacotherapeutic ones described above.

4. Main achievements of reform and future dilemmas

4.1 Step-by-step towards a single public health insurance?

The main feature of the reform plan launched in 1987 was the introduction of a single public insurance scheme instead of three. It is obvious that this failed, although over the years the relative importance of the three categories has changed. Table 1 shows the figures for health care expenditure by category for 1980, 1990 and 2000 and gives a rough impression of the trends in volume.

It is clear from the figures that the relative importance of the AWBZ decreased between 1980 and 1990 but has increased since then. The reform plan failed in its goal of covering about 85 per cent of all the costs of health care under one single public health insurance (Dekker, 1987, p. 16; VWS, 1998, p. 8). As table 1 shows, the actual figure for the AWBZ in 2000 is expected to be 38 per cent. But, the table also shows some progress between 1980 and 2000 in the direction of creating a basic compulsory health insurance scheme for the whole population. Taking cover under the two public insurances (AWBZ and ZFW) together, their share increased from 60 to 75 per cent, while cover under private insurance declined from 24 to 14 per cent in the same period. It is uncertain which of the two public schemes will be favoured by future developments. So far, they have swung in both directions. For example, in 1989, ambulatory psychiatric care and the provision of aids and appliances were taken out of the insurance package covered under the ZFW and placed within the scope of the AWBZ (Okma, 1997, p. 129). In 1992, pharmaceutical services, genetic testing and rehabilitation and treatment at audiology centres followed, but in 1994 were again placed under the ZFW. In 1995, the government announced its intention to introduce direct government control of planning, budgeting and prices within the home care sector under the AWBZ.

The borderline between the first and second category has often shifted, while the distinctions between the two insurance schemes of the second category have become somewhat blurred. The

Table 1. Funding Sources for Health Care Expenditure in 1980, 1990 and 2000

	Percentage of total expenditure		
	1980	1990	2000
Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ)	37	33	38
Public Health Insurance Act (ZFW)	23	31	37
Private health insurance	24	16	14
Government subsidies	9	11	4
Out of pocket payments	7	10	7
Total	100%	100%	100%
Total amount in billions of	17,269	21,884	33,988

Source: Okma, 2000, p. 6, and VWS, Zorgnota, pp. 22, 23

introduction of the flat rate premium (in 1989) was a step towards the inclusion of private insurance elements in the second *ZFW* category, whereas government pressure on the private sector to provide standard insurance packages for the elderly and students was a step towards the inclusion of public elements in private insurance. The latter move started in 1986, when access to the private insurance market by elderly people aged over 65 was regulated by government (*WTZ Access Act*) while their option of obtaining cover under the public health funds was abolished. The rules included the provision of a standard package almost identical to public health insurance cover. To compensate the private insurance companies for the losses they suffered in relation to the elderly to whom they had to offer a standard insurance policy, other privately insured people under the age of 65 had to pay an extra contribution to subsidise the elderly (Joint Funding of the Elderly, *MOOZ*, since 1991). Since 1992, students have been able to take out a standard policy at a reduced premium, and since August 1997 they can no longer be co-insured free of charge under their parents' health insurance. Students in receipt of financial assistance from the state (which all students between the ages of 18 and 27 for a period of at least four years get), have all to take out private medical insurance, unless they also have a wage income below the income ceiling of the *ZFW*.

The difficulty of demarcating the types of care for which different insurers should or should not bear responsibility has remained. The same applies to the problem of preventing insurers from encouraging the substitution of less expensive care (for which they bear financial responsibility) by expensive care (for which they do not), or blocking the substitution of more expensive by less expensive care.

4.2 Funding dilemmas

Another important criticism advanced by the committee in 1987 concerned the differences and complications in the ways the three health insurance categories were financed. The committee recommended that income related contributions for the basic public health insurance should be levied together with income tax, while private health supplementary insurance should be

financed by flat-rate premiums (Dekker, 1987, p. 14). This has likewise not been achieved. (See also figure 1.) The fragmented, complicated system still exists. The different definitions of income over which contributions have to be paid have even increased confusion and suspicions of unequal treatment among the insured. Small changes in the earned income of employees or in the taxable income of the elderly and self-employed can lead to a relatively large increase or decrease in net income. Another serious problem occurs when the insurer has to shift between public health insurance and private insurance in the coverage of partners. Public health insurance is still a "family insurance" whereas private insurance is individualised. This can lead to changes in net income when people acquire or lose a partner or when the partner enters or leaves the labour market.

4.3 Cost containment

One purpose of the reforms was cost containment. Another was to share out the responsibility for cost containment among all the parties in the health care field: the government, the providers, the health insurers and the insured. Some progress has been achieved on both these fronts. The costs of health care have been kept below 9 per cent of GDP and responsibilities have been shifted. For the first 50 years of their existence, public health insurance funds received full reimbursement of all their medical expenditure. This stopped in 1991. The change marked the start of the intended transformation of the funds from administrative bodies to risk-bearing enterprises. Ever since 1993, the funds have received a partially risk-adjusted capitation payment from the Central Fund, in which the *ZFW* contributions are collected, for the *ZFW* insured. The division system gradually became more complicated and the financial risks for the public health funds increased from on average of 2.5 per cent in 1993 to 35 per cent in 2000. At first the basis for division of the total budget was 18 different age categories and two sexes. In 1995 the risk-adjusted capitation payments were based on age, gender, region and disability, while since 1999 the disability criterion has been replaced by employment status and 680 categories have been defined. In addition, there is a form of partial risk sharing between the Central Fund

and the public health funds (see for more details: Van Barneveld, Van Vliet & Van de Ven, 1996 and Van de Ven, Van Vliet, Van Barneveld & Lamers, 1994).

The financial risks of the public health insurance funds are still limited. The flat-rate premiums may differ, but the package of benefits and income-related contributions have remained the same for the insurers. There is increased freedom to negotiate with individual professionals, but not with institutions (Van der Steur, 1999, p. 13).

However, the funds have made many new and valuable initiatives to reduce costs. They have broken the price cartels for some medical devices and their prices have gone down by a quarter. Since 1999 the public funds have been allowed to run their own pharmacies and other health care facilities. So far, they have not chosen to do so.

4.4 A new organisational structure

Because the problems the committee had signalled in 1987 were not solved; there was a growing awareness that new policies were needed and that the procedures of the consensus-oriented model were too time-consuming and cumbersome. To improve the procedures for the implementation of reforms, two remarkable changes took place: a restructuring of the governing bodies and a drastic reduction in the number of advisory boards. In all the governing bodies the number of board members has been reduced and independent members have taken the place of those of interest groups; in 1999 those of the *CVZ* and *CTU*, in 2000 those of the other bodies. The other remarkable change is the reduction in the number of advisory boards. There used to be a plethora of boards advising on matters such as tariffs, hospital budgets, medical technology and ethical issues. The membership of these organisations also reflected the various interest groups involved. In the health policy area alone, this produced a drastic reduction from 36 in 1992 (Okma, 1997, p. 82, 96) to a mere three in 2000.

At the public health insurance level there have also been many changes. In 1988 there were about 60 public health insurance funds to implement the *ZFW* (Okma 2000, p. 11). Now, in 2000, the number is 29. Mergers have taken place and new funds have been established.

Their management has become more market-oriented and services have been improved, with longer opening hours, mobile offices, and efforts to reduce waiting time.

During the last decade, private health insurers have strengthened their collaboration with the public health insurance funds. By doing so, they have gained access to the mailing lists of the public funds and can now offer the insured supplementary insurance, although officially this is not allowed. The private funds have also started expanding their health insurance to include a wider range of collective insurances, under the umbrella of insurance conglomerates (Okma, 2000, p. 13).

4.5 Deregulation and individualised care

Another point of criticism concerns the detailed regulation of the system, the absence of innovation and incentives and the lack of individualised care. Until 1982, the reimbursement for all in-patient facilities, such as hospitals and nursing homes, was based on per diem rates. This created an incentive for institutions to show large numbers of in-patient days and there was a common interest between medical and administrative staff, since doctors saw their incomes rise in line with that of the hospital. In 1983, therefore, the government imposed an individual spending freeze on each hospital. Because this tended to penalise those hospitals which had traditionally been more efficient (De Folter, 1997, p. 91), a budgeting model has been developed (since 1988) under which the historical element of the old hospital budgets has gradually given way to a system based on the average costs of given functions in comparable hospitals. The change provoked a real shift in terms of hospital management and led to cost reduction programmes. Moreover, new treatment patterns, productivity improvement, mergers between hospitals, decentralisation, management participation, and quality assurance and improvement have followed (De Folter, 1997, p. 92). The government now plans to deregulate hospital planning, although large-scale investments in hospitals will remain its responsibility for the time being.

Various changes have taken place in the care of the mentally and physically handicapped, the chronically ill and the elderly. More emphasis is now placed on innovation, there is greater cooperation between various

institutions and professionals, cash benefits for the mentally handicapped to buy own care have been introduced, patient involvement has increased and regulations have become visibly more flexible.

4.6 New developments, old dilemmas

The wish to implement market-reform strategies stems from the belief in a market for health care services. The health care market features obviously excess demand (although mainly supply induced) as the waiting lists illustrate. More competition and free pricing is supposed to produce a more efficient outcome.

The dilemma is how—and how far—to introduce more competition and freer pricing. Theoretically, all the causes of market failure are present in the health care market: asymmetrical information (patient versus doctor), moral hazard (all costs paid by the insurer), adverse selection (by patients as well as insurance companies) and imperfect competition in care supply (hospitals, specialists and pharmaceutical suppliers). Therefore according to the theory the danger exists that more competition and free pricing will lead to higher costs, might undermine solidarity and prevent access for all.

The advocates of more competition argue that the present system is already inefficient and financial incentives will stimulate efficiency and cost-awareness. It may also result in more individualised care and increase the importance of the demand side. In a market with perfect competition this would mean more choices. However, in the health care market the consumers are identifiable individuals who do or do not receive particular types of care.

So far, the changes seem to have increased efficiency at the level of institutions and health care funds, but at the cost of longer waiting lists. Measures to contain costs have focussed on the supply side rather than the demand side. It seems likely that provider pricing and payment models will remain significant components of the cost containment measures on the supply side and that investments in cost-accounting systems by hospitals and other institutions will increase in importance. Electronic data storage, electronic transmission of patient data and new accounting systems will be (further) developed and implemented in the near future. Demand may be reduced with methods

to improve incentives for efficient, effective and cost-conscious provider behaviour.

It seems likely that competition between the public health insurance funds will increase, certainly when the risk-adjusted capitation system is refined and extended beyond the variation in flat-rate premiums to include, for example, increasing competition for collective contracts with (large) employers and for supplementary health insurance. The distinction between public and private health insurance will gradually fade and may perhaps disappear. Public health insurance funds will offer—or will want to offer—different packages (with differentiation in coverage and a trade-off between “own risk” and flat-rate contribution. Collaboration between private and public funds will be strengthened. The traditional health insurance package will be offered together with all kinds of other insurances. With all-in-one contracts, the probability of conflicting interests will increase and profits may be transferred from the public to the private health insurance companies.

The dilemma between deregulation and more government influence to safeguard universal access to a wide range of services will remain. The same applies to the dilemma between more competition and rules to prevent the danger of quality skimping for less vocal groups like the mentally and physically handicapped or the elderly, or to prevent “cherry picking” of clients. Adverse selection or preferred risk selection in a competitive market where insurers receive a risk-adjusted capitation payment is a vexed problem (Van de Ven & Van Vliet, 1992). One way to prevent this will be the constant revision of the division system, for example by extending it to diagnostic cost groups.

The idea of modernising the health care system by merging the existing schemes into a single one has recently been revived. This means that the dilemma has to be resolved of what proportion of insurance contributions should be income-dependent (and dependent on what definition of income) and what proportion flat-rate premium. What choices are insurers to be allowed to make? How to decide the content of the standard public insurance package? Systems of continuous evaluation and monitoring must be developed (and are by the CVZ). Quality of care will become a major issue. Quality standards in health care

have traditionally been defined and assessed by individual specialists caring for patients. Well-defined protocols and independent advice for prescribers and other professionals can help to reduce inappropriate, unnecessary variation in diagnostic and therapeutic procedures, improve the quality of health care and produce better health outcomes. Reference books such as the Pharmaceutical Compass, the Diagnostic Compass and the Medical Aids Compass, underline this policy. Care must be evaluated at least in terms of its efficacy, efficiency and compatibility with the real needs and wishes of patients, because only some types of treatment covered by the funds has been properly proven to be efficacious in terms of cure (Van de Ven, 2000, p. 173). But how to cope with the latest medical knowledge and how to prevent financial considerations outweighing medical factors?

The consequences of an ageing population for spending on health care may be limited, if there is no systematic rise in the proportion of the population dying each year, because medical expenses tend to be concentrated in the final year of an individual's life. Increases in health care costs are likely to be due mainly to advances in medical and pharmaceutical technology. The extent of the impact will depend on the age categories that profit most from these advances. The effect on total costs is uncertain; expensive treatments may avoid future costs and so actually save money in the longer run.

Probably one of the most urgent dilemmas is how to maintain and increase the supply of properly qualified professionals without a substantial increase in salaries. Unemployment in the Netherlands is less than 2 per cent now while the labour force participation by women aged 15–65 years has increased from 37 per cent in 1989 to 51 per cent in 1999. However, these women tend to choose jobs outside the health care sector (CBS, 2000, p. 167) and their increasing labour force participation will tend to reduce the present substantial input of volunteer care.

Access to medical degree courses is still subject to government quota systems. The problem is how to define the level of optimal scarcity. Too great a supply of physicians may increase the costs of health care if these doctors create a demand for inappropriate care,

but may reduce costs if it means that salaries drop. On the other hand, shortages may endanger quality and increase costs if salaries increase. Geographic distribution of general practitioners is another problem, since they are free to practise wherever they like and no longer need a license to open a practice.

It seems inevitable that in the near future a higher percentage of GDP will have to be allocated to the health care sector to maintain the good quality and easy access of the present system. Decisions must be made in the near future, before guidelines from the European Union prevent (or impose) reform. In an affluent society in which more and more people can afford to enjoy luxuries like three or four holidays a year and second homes, more money allocated to health care cannot be a problem.

5. Summary

Dutch health care policies on health care issues over the past fifteen years have achieved that the costs of health care have been kept below 9 per cent of GDP. Responsibilities have shifted, as have the financial incentives for cost containment. Responsiveness to patients' needs, and ensuring access and quality of service, particularly for the elderly and disabled have got a lot of attention in the reforms.

The health situation in the Netherlands is relatively good. There is virtually universal access to good quality care and health insurance. However, the ageing population and emerging new technologies and treatments are creating new dilemmas concerning equity and access to care.

For historical reasons, the Dutch health care system is in some respects atypical and unique. The result is a complex interlocking system of private health care provision and mainly public funding, including three different categories of medical insurance (based partly on the concept of "social solidarity". In the 1990s, there was a major restructuring of health care organisations. Changes have also taken place in the care of the mentally and physically handicapped, the chronically ill and the elderly. These include greater cooperation between various institutions and professionals, cash benefits, more patient involvement and less rigid regulation.

* This article is written in a personal capacity. The views expressed in it are my own, as are any mistakes it contains. I am however greatly indebted to Kieke Okma and Jacques van der Steur for their comments on its content and to Janey Tucker for assistance in its drafting.

References

- Borst-Eilers, E. 1997, *Health Policy in the Netherlands. A Balance between Containment and Expansion*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 15–20.
- CBS (Central Bureau of Statistics), 2000. *Sociaal-economische statistiek, Economisch Statistische Berichten*, 25-02-2000, p. 167.
- CVZ, College voor zorgverzekeringen, 2000, **Diagnostisch Kompas 1999/2000**, second edition, CVZ, Amstelveen. The “*Farmacotherapeutisch Kompas 1999*” was still published by the “*Ziekenfondsraad*”, the predecessor of the CVZ. (info@cvz.nl)
- De Folter, R.J., 1997, *The Services of Medical Specialists and Hospitals*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 90–101.
- De Jong, chairman of the Bijzondere Commissie vraagpunten Adviesorganen, 1993, **Raad op maat**, Tweede Kamer III, 1992–1993, 21427, nos. 29 and 30. SDU, ‘s-Gravenhage.
- Dekker, W, chairman of the Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, 1987, **Bereidheid tot verandering**. Distributiecentrum Overheidspublicaties, ‘s-Gravenhage.
- De Vries, J. & Van der Woude, A., 1995, **Nederland 1500–1815**. Balans, Amsterdam.
- Freeman, R., 1998, *War of the models: which labour market institutions for the 21st century?* **Labour Economics**, 5 (1), pp. 1–24.
- Hartog, J., 1999, *So what’s so special about the Dutch model?* **ILO Country Employment Policy Reviews: The Netherlands, Employment & Training Papers no. 54**. International Labour Organisation, Geneva. Abridged version published as: Hartog, J., 1999, *Wither Dutch Corporatists. Two decades of employment policy and welfare reforms*. **Scottish Journal of Political Economy**, 46 (4), pp. 458–487.
- Melker, R.A. de, 1997, *The Family Doctor*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 60–73.
- Okma, K.G.H., 1997. **Studies in Dutch Health Politics, Policies and Law**. Ph.D Thesis, University of Utrecht.
- Okma, K.G.H., 2000. **Health Care, Health Policies and Health Care Reforms in the Netherlands**, to be published by the Ministry of VWS and Health Insurers Netherlands.
- Pool, A., 1997, *Nursing*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 207–216.
- Pott-Buter, Hettie A., 1993, **Facts and Fairy Tales about Female Labor, Family and Fertility, a seven-country comparison, 1850–1990**. Amsterdam University Press, Amsterdam.
- Rengelink, H. & A.J.P. Schrijvers, 1997, *Prevention and Municipal Health Authorities*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 35–45.
- Scheerder, R.L.J.M., 1997, *The Financing of the Dutch Health Care System*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 163–171.
- Schnabel, P., 1997, *The Mental Health Services: more than psychiatry alone*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 15–20.
- Van Ark, B., De Haan, I. & De Jong, H., 1994, *Characteristics of economic growth in the Netherlands during the post war period*. London, *CEPR Discussion Paper 932*; also published in N. Crafts & G. Toniolo (eds.), 1996, **Economic Growth in Europe since 1945**. Cambridge University Press, Cambridge.
- Van Barneveld, Erik M., Lamers, Leida M., Van Vliet, C.J.A. & Van de Ven, Wynand P.M.M., 1998, *Mandatory Pooling as a Supplement to Risk-Adjusted Capitation Payments in a Competitive Health Insurance Market*, **Social Science & Medicine** Vol. 47, No. 2, pp. 223–232.
- Van der Linden, B. A. & Van Dam, Y., 1997, *Home Care*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 73–82.
- Van der Steur, J., 1999, **The Health Insurance System in the Netherlands**, Unpublished paper presented at the Workshop on Health Insurance, Belgrade (JSteur@cvz.nl).
- Van de Ven, Wynand P.M.M., 2000, *Gepaste-zorgpolis en het ziekenfonds*, **Economisch Statistische Berichten**, 03-03-2000, pp. 172–176.
- Van de Ven, Wynand P.M.M., 1999, **A Decade of Health Care Reforms in the Netherlands**, unpublished paper, Institute of Health Care Policy and Management, Rotterdam (Knoester@fach.bmg.eur.nl).
- Van de Ven, Wynand P.M.M., & Van Vliet, René C.J.A., 1992, *How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?*, in: P. Zweifel & H.E. Frech III

- (eds.), **Health Economics Worldwide**, pp. 23–46.
- Vienonen, M.A., 1997, *Health and the Health Care System in the Netherlands. An International Comparison*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 20–35.
- Visser, G.H.A., 1997, *The Dutch System of Obstetric Care: Relic and Example*, in: A.J.P. Schrijvers (ed.), 1997, **Health and Health Care in the Netherlands**. De Tijdstroom, Utrecht, pp. 83–90.
- Visser, J., 1999, **The First Part-time Economy in the World, Does it Work?**, paper presented at the Euro-Japan Symposium on the Development of Atypical Employment and Transformation of Labour Markets, 24–25 March 1999. Japan Productivity Center for Socio-Economic Development, Tokyo.
- VWS, 1998. **Health Insurance in the Netherlands**. Ministry of Health, Welfare and Sport, fourth edition.
- VWS, 1999, **Zorgnota 2000**, Ministry of Health, Welfare and Sport.
- WVC, 1988, **Verandering verzekerd. Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg**, Kamerstukken II, 1987–1989, 19945, nos. 27 and 28.
- WVC, 1990, **Werken aan zorgvernieuwing**, Kamerstukken II, 1989–1990, 21245, nos. 1 and 2, SDU, 's-Gravenhage.
- (HETTIE A. POTT-BUTER
Associate Professor at the Faculty of Economics and Econometrics, University of Amsterdam and member of the Health Care Insurance Board in the Netherlands)

Primary Health Care in the UK: Policy, Practice and Performance

Ray Robinson

■ 要約

イギリスの National Health Service (NHS) は 1948 年に創設された税財源による制度で、すべての国民が利用時に患者負担なしで利用できるという特徴をもっている。今日でも国民から最も支持されている制度の 1 つである。1987 年に出版された Promoting Better Health という白書はイギリスにおける近年のプライマリー・ケアの歴史の中で画期的なものである。この白書はプライマリー・ケア分野において初めて戦略的なアプローチをとり、その後重要な政策が次々と打ち出された。その中には、GP の全国契約 (1990 年)、GP ファンド・ホルダー制 (1991 年)、プライマリー・ケア重視の NHS 政策および包括購入 pilot site の形成 (1995 年)、個人医療サービス pilot site の設立 (1998 年)、プライマリー・ケア集団の導入 (1999 年 4 月)、などが含まれる。1991 年の GP ファンド・ホルダー制導入はプライマリー・ケアの組織・財政における一大改革であった。これによって GP は初めて自分の登録患者に対して幅広い医療サービスを直接購入することができるようになった。さらに重要なことは、この制度によってプライマリー・ケアの力が大幅に強化されたことである。

包括購入 (Total Purchasing) は GP ファンド・ホルダー制の拡張で、1995 年に 53 の pilot sites で 3 年間の試行が開始された。この枠組みのもとでは GP の集団は患者の 2 次・3 次医療サービスのすべてについての予算を委任されている。この自由はアメリカの HMO に類似しており、患者の受けるすべての医療サービスの管理においても HMO と同様の機能を果たす。「プライマリー・ケア重視の NHS」という政策の一環として、そうすることが適切な限り 2 次医療から 1 次医療に転換することが促進されている。その例として、在宅病院プラン、プライマリー・ケア施設での特別治療、退院患者に対する GP のフォロー・アップ、病院内診断サービスへの GP のアクセス、プライマリー・ケア・サービスの拡充 (カウンセリング等)、などがある。1997 年 5 月の労働党政権成立後、GP ファンド・ホルダー制および包括購入制の廃止が決められたが、プライマリー・ケア集団 (PCG) の形成を通じて「プライマリー・ケア重視の NHS」政策は維持されることになった。プライマリー・ケア集団の形成は 1999 年 4 月から全国的に実施され、400～500 の PCG が作られる。マクロでみると日英両国とも少ない医療費で済んでいることが共通点であるが、マイクロレベルではイギリスで 1990 年代にさまざまな改革が行われているのに対して、日本では比較的变化が少なく、このような両国の対比は大変興味深いものである。「integrated care」というアプローチが今後日本でも増えるであろう。

■ キーワード

primary care、GP fundholding、total purchasing pilot site (TPP)、primary care group (PCG)

This paper (i) describes the main elements of the system of primary health care in the UK, (ii) identifies the major policy changes that have taken place in relation to the sector over the last 15 years, and (iii) analyses a number of key developments in terms of the research evidence on policy and practice. Particular attention is devoted to the reforms involving

general practitioner (GP) fundholding, the total purchasing (TP) pilot sites, the primary medical services (PMS) pilot sites and the newly formed primary care groups (PCGs). The paper concludes with some preliminary comparative analysis between primary care in the UK and Japan.

1. Background

The UK National Health Service (NHS) was established in 1948 as a tax-funded system offering universal access to care provided free at the point of use. The fundamental components of the primary health care system were established at this time. A cornerstone of the system was an extensive network of general practitioners (GPs) with whom patients could register and receive care free of charge.

The terms on which GPs were to work for the NHS were, however, disputed fiercely by the British Medical Association and the government. GPs were anxious to retain their professional autonomy and opposed to measures which sought to introduce a salaried service. Eventually an agreement was reached that allowed GPs to work for the NHS on a contractual basis as independent, self-employed professionals rather than as direct employees. This system remains largely in force today with the terms and conditions of the GP's contract with the NHS negotiated annually between the doctors' representatives and the government (see below). GP services provided by the NHS remain free at the point of use to users.

Today the services of GPs (i.e. general medical services) are provided as part of Family Health Services alongside general dental, pharmaceutical and general ophthalmic services. (See Allsop [1995] for a fuller account of the development of primary care as part of the NHS since 1948).

The present GP payment system—as set out in the 1990 national contract—comprises a basic practice allowance together with an annual capitation fee for each patient on the GP's list. The amount of the capitation fee depends upon the age of the patient (i.e. under 65 years, 65–74 years and 75 years and over). In addition, GPs receive special payments for the provision of specific services, e.g. reaching targets in relation to immunisations, carrying out cervical cytology tests and making home visits at night.

By and large, the system has worked well. The UK has a highly developed system of generalist, primary care delivered by GPs and associated staff (e.g. practice nurses, community nurses, midwives). Everyone is eligible to register with a GP and over 90 per cent of the population are formally registered with

GPs who provide 24 hour access to a range of preventative, diagnostic and curative primary care services (Those not formally registered with GPs tend to be mainly homeless people and those in temporary accommodation. The fact that they are not registered makes it more difficult for them to gain access to primary care services, but not impossible. Many GPs are prepared to see non-registered patients in emergency situations). Approximately 90 per cent of patient contacts with the NHS are with GPs. The average person contacts a GP about four times per year, although consultation rates vary between different population groups, with women having higher rates than men and elderly people having higher rates than those in younger age groups. Patients may select a GP of their choice, although choice is restricted within geographical areas. The incidence of people changing their GPs—other than for reasons of changed residential location—is low. Most people have a long-standing relationship with their GP.

GPs carry out an important 'gatekeeper' function. Patient referral to NHS hospital specialists is made by GPs. GPs usually refer patients to specialists at local hospitals although referrals to specialists in regional or national centres may be made in the case of complex cases/Unlike the health care systems in many other countries, NHS patients do not have direct access to specialists other than in special circumstances, e.g. attendance at hospital accident and emergency departments, treatments for sexually transmitted diseases. In 1994, about 11 per cent of GP consultations led to a hospital referral for tests, investigations or treatment (Office of Health Economics, 1998). The remainder of consultations were dealt with by GPs themselves. The existence of an effective gatekeeping system reduces pressure on the secondary care sector and is a major reason for control of the growth in expenditure in this sector.

There has been a steady increase in the number of GPs and a reduction in their patient list sizes over the last 20 years. In 1995 there were 32,939 GPs offering NHS services in the UK; this represents an increase of 22.4 per cent since 1980. As a result of this increase, the number of GPs per 100,000 population grew from 47.8 to 56.2 over the same period. This produced a reduction

in the average GP patient list size from 2,094 in 1980 to 1,779 in 1995. Over the period 1984 to 1991, there was a steady increase in the numbers of very elderly people (i.e. aged 75 years and over) on GP lists—rising from an average of 118 to 127 per GP—but since 1991 the numbers have started to fall (Office of Health Economics, 1998).

Another change in organisation has been the tendency for GPs to work together in larger partnerships. In 1995, for example, 26 per cent of GPs worked in groups comprising six or more partners compared with only 12 per cent of GPs working in partnerships of this size in 1980. At the other end of the range, the percentage of GPs working single-handed fell from 14 per cent in 1980 to 10 per cent in 1995. Single-handed practices tend to be concentrated in certain areas, particularly in inner-cities. (Office of Health Economics, 1998).

Alongside the growth in the size of GP partnerships, there has been a trend towards the creation of primary health care teams in which other health professionals work with GPs in the delivery of primary care. These professionals include practice nurses and community nurses such as district nurses, midwives and health visitors.

Practice nurses are generally registered nurses who are employed by GPs to work within practices. The number of practice nurses has increased by almost threefold over the last ten years so that by 1996/97 there were 9,821 full-time equivalents working in the NHS (i.e. about one for every three GPs). They undertake a variety of tasks including chronic disease management, health promotion activities, immunisations and health assessments.

Community nurses are formally employed by community hospitals but they are usually attached to, and work alongside GPs and other primary care professionals. District nurses provide skilled nursing care for patients in their own homes; health visitors visit families with babies and very young children in their own homes, offering advice on preventive health care and health promotion; and midwives concentrate on women's health during pregnancy and childbirth.

Expenditure on the primary care sector has grown rapidly over the last 15 years. It reached £10.2 billion in

1996. The Thatcher government kept tight control over the cash-limited hospital sector during the 1980s but did not exert similar control over the demand-led family health services sector (Appleby, 1992). The rate of growth of expenditure on pharmaceuticals has been particularly pronounced and now represents over 12 per cent of NHS expenditure (Bloor *et al*, 1999).

Despite this growth in expenditure, however, judged by international standards, the primary care sector in the UK is not expensive. Total NHS expenditure in the UK currently represents about 6.9 per cent of GDP and spending on primary care services represents about 25 per cent of this total. This is a relatively low fraction of total health expenditure compared with many other OECD countries; in the United States, Belgium and Switzerland, for example, it is over 30 per cent and in Japan it is over 40 per cent (Office of Health Economics, 1999).

These, then, are the rudiments of the UK primary health care system. It is a long-established system with strong continuity centring on the GP as an independent professional. Over the last ten years, however, there have been some radical experiments and changes in the organisation, finance and delivery of primary care. Current initiatives even involve the introduction of salaried GPs, a move that was resisted strenuously at the outset of the NHS. The remainder of this paper considers some of the main changes that have taken place over the last decade.

2. The policy shift towards primary care in the 1980s

Until the mid 1980s, primary care had received scant attention from policy makers in the UK. It was seen as less important than acute care and had been the subject of far fewer policy initiatives (Marks, 1988). The 1980s were, however, a period when the overriding emphasis of the then Conservative government, under prime minister Margaret Thatcher, was to increase efficiency in the public sector through stronger management and, where possible, through the introduction of competition. The primary care sector was caught up in this general policy thrust.

The first step was the granting of additional powers to Family Practitioner Committees (FPCs) in

1985 to enable them to 'manage' rather than 'administer' the contracts of GPs. (Taylor, 1991). Since their introduction at the outset of the NHS, FPCs had performed what became known as a 'pay and rations' function; that is, they simply reimbursed GPs according to a set of financial rules. They were 'price-takers' and made no attempt to use their payer function to bring about greater efficiency in the provision of primary care services (Bloor *et al*, 1999). However, the government's attempt to get them to 'manage' primary care revealed that they did not have the power or capacity to carry out this function and led to the more radical White Paper, *Promoting Better Health* (DHSS, 1987).

The 1987 White Paper contained a number of proposals designed to meet the objectives of: making services more responsive to consumers, giving patients more choice, raising standards of care and improving value for money. One of the stumbling blocks to achieving these aims was the GP national contract which was extremely vague about the duties of GPs and had been largely unchanged since 1965. Therefore, in 1990, the Secretary of State imposed a new national contract on GPs, despite widespread opposition from the profession. The aim of the new contract was to make GPs more accountable to Family Health Service Authorities (FHSAs, the successors to FPCs), to make services more responsiveness to patient needs and to give patients more choice, and to make payments more performance-related (Allsop, 1995). The 1990 contract heralded the introduction of a decade of change that is transforming primary care in the UK. The next step in this process was the introduction of GP fundholding in 1991.

3. GP fundholding

The NHS and Community Care Act of 1991 separated the responsibility for purchasing NHS services from the responsibility for providing them. On the purchaser side, the main organisation given responsibility for purchasing services was the district health authority (DHA). DHAs covering average populations of around 150,000 people received fixed budgets with which they were expected to purchase a mix of hospital and community health care services that met their

population's health care needs. However, alongside the DHAs—on an experimental basis—303 GP practices with patient list sizes of 11,000 people or more were given budgets with which they could purchase a range of services directly on behalf of their patients (Glennerster *et al*, 1994).

The standard fundholding budget included most elective surgery (this included ophthalmology; ear nose and throat; thoracic surgery; procedures covering the cardio-vascular system; general surgery; gynaecology; and orthopaedics), most outpatient services, diagnostic tests and procedures and pharmaceutical prescriptions. In total, these services represented about 20 per cent of the total hospital and community health service cash allocation on fundholders patients. The remainder was still purchased for them by the relevant DHA. It is also important to stress that the budget did not include the GP's personal income: this continued to be paid separately in line with the national contract. Moreover, fundholding savings could be reallocated by the practice to other services but could not be used to supplement GPs' incomes.

The idea for fundholding was based on the US experience of health maintenance organisations (Robinson and Steiner, 1998). By bringing together the responsibility for financial and clinical decision making, it was expected that GPs would have an incentive to make more cost-effective use of limited resources. Moreover, it was felt that GPs, with their direct knowledge of individual patients, would be in a good position to negotiate with providers to secure the provision of timely and appropriate services. They would be well-informed local decision-makers. Furthermore, because their budgets depended on the number of patients registered with them, they had an incentive to offer services that were responsive to consumers' preferences and to thereby extend patient choice.

Although the GP fundholding scheme was very much a 'side-show' at the beginning of the NHS reforms (Glennerster *et al*, 1994), it grew to become a major aspect of the reform programme. As was pointed out above, 303 funds were established in 1991 covering approximately 7 per cent of the population. By 1995, there were 2,221 funds covering 41 per cent of the population. By the time the new Labour government

was elected in May 1997, fundholding covered over half of the patient population.

During this period a number of changes to the original model of fundholding took place (Mays and Dixon, 1996). First, it was adapted to allow smaller practices to take part. Initially, it was restricted to larger practices with 9,000 or more patients. Thereafter the threshold was reduced to 7,000 patients and, from April 1996, practices with lists of 5,000 or more patients were allowed to join. Moreover, a new form of 'community' fundholding was introduced in which practices with 3,000 to 5,000 patients were permitted to purchase non-hospital services included in the standard fundholding budget. Second, the range of services that were included in the fundholding budget was extended. Thus, for example, from April 1996 standard fundholders were able to purchase specialised nursing services (e.g. stoma care and diabetic nursing). Third, a number of arrangements developed—such as consortia and multi-funds—whereby individual fundholding practices worked closely together. By pooling certain managerial facilities, they sought to realise economies of scale and scope without jeopardising the original flexibilities offered by the fundholding scheme. Finally, an experimental extension of fundholding was introduced, known as 'total purchasing'. Through this scheme, selected fundholding practices were allocated budgets with which they could purchase potentially all of the hospital and community health services received by their patients. (A fuller discussion of total purchasing is presented in the next section).

Despite its growth GP fundholding remained a controversial part of the NHS reforms with strong supporters but also strong critics. Even among GPs it had its opponents (Robinson and Hayter, 1995). In fact, because of their opposition, some GPs banded together into rival non-fundholding organisations that became known as GP commissioning groups. These groups sought to bring about change in primary care services by close consultation and collaboration with DHA purchasers rather than as direct purchasers in their own right.

The Labour Party, while in opposition, was hostile to fundholding and, as will be shown later, has abolished it since becoming the government. Perhaps

because of the controversy surrounding the scheme, fundholding was the most heavily-researched aspect of the NHS reforms. The evidence from a variety of research studies has most recently been summarised by Goodwin (1999). His review identifies the following areas where there is some consensus among the research community about the impact of fundholding.

The rate of increase in prescribing costs among fundholders was lower than among non-fundholders initially, but the differential appears to have been eroded over time. Fears that fundholders would reduce their referral rates seem to have been unfounded: there was no difference in the rates of increase in referrals between fundholders and non-fundholders. Fundholders took the opportunity to expand the range of practice-based services (e.g. counselling, outreach clinics). Providers (i.e. hospitals, diagnostic services) have been more responsive to the demands of budget-holding fundholders than to non-fundholders. This took a variety of forms including more speedy hospital appointments for fundholding patients, quicker production of test results and generally better communication between hospital specialists and fundholding GPs. Holding a budget appeared to offer fundholders leverage over the hospital sector.

On the downside, the decentralisation of purchasing associated with fundholding led to a heavy management workload and large numbers of small contracts with providers resulted in substantial transactions costs. A two-tier system grew up whereby patients of fundholders received better access to care than those of non-fundholders. There was no evidence to suggest that the degree of patient choice was increased. More seriously, there was no evidence to establish whether or not fundholding led to improvements in the quality of care and better health outcomes.

Despite this mixed picture, however, the Conservative government of 1991 to 1997 remained committed to the principle of a 'primary care-led NHS' and fundholding was central to this commitment (NHS Executive, 1994). As part of this policy-thrust an experimental extension of standard fundholding, total purchasing, was introduced in April 1995.

4. Total purchasing pilot sites

Fifty-three total purchasing pilot sites (TPPs) began a preparatory year in April 1995 and went 'live' in April 1996. These were joined by another 35 'second wave' sites in April 1996. The average first-wave TPP comprised four general practices and 20 GPs. The average patient list size was 31,300 with a range extending from 8,100 to 84,700. The characteristics of the second wave were similar although they included a whole DHA site covering a population of over 300,000 people.

Most TPPs had experience of GP fundholding and saw becoming a total purchaser as an extension of this activity. Unlike GP fundholding, however—which was enshrined in legislation—no official definition of total purchasing was ever specified. One working definition put forward unofficially was:

'where either one general practitioner practice, or a consortium of practices, are delegated money by the relevant health authority to purchase potentially all of the community, secondary and tertiary health care not included in standard fundholding for patients on their list' (TP National Evaluation Team, 1997).

Another contrast between standard fundholding and the TPPs was that the government decided to make total purchasing the subject of a three-year, independent evaluation. Accordingly, a consortium of researchers was brought together with the remit to establish: 'the factors associated with successful set-up and operation of total purchasing; the costs and effectiveness of total purchasing; and the benefits delivered to patients through total purchasing'. (TP National Evaluation Team, 1997).

At the time of writing (July 1999) the final report of the research team is in the final stages of preparation, but a number of earlier reports identified many of the strengths and weaknesses of total purchasing (TP National Evaluation Team, 1998a, b).

The research evidence indicates that there was a strong link between TPP organisational development and their ability to achieve objectives. For the most part, their achievements were incremental, small-scale and locally generated. They included schemes to achieve early discharge for their patients from hospital; the provision of community and continuing care beds

as part of integrated care schemes; the provision of improved maternity services; reductions in unnecessary emergency hospital admissions; and the development of an enhanced range of primary care services (Killoran *et al.*, 1999).

The TPPs also attracted interest because they appeared to be UK examples of primary care-based, managed care organisations. As in the case of the more highly-developed US managed care organisations, TPPs were starting to use a range of micro-management techniques—such as utilisation review and management—to manage patient care at the primary-secondary care interface (Robinson and Steiner, 1998). Many total purchasers attached high priority to reducing unnecessary hospital admissions and unnecessarily long hospital lengths of stay. To achieve these aims, TPPs set up minor injuries clinics, developed local community hospital facilities, created GP-led emergency assessment facilities and appointed discharge and liaison nurses.

Set against these positive achievements, TPPs were found to add to total health system transactions costs locally. The bulk of these costs were incurred at the practice level (85 per cent) and were particularly associated with the time-costs expended by GPs. Since the TPPs were managed by a few people with high workloads, their sustainability over time and on a wider scale was questionable. Their ability to engage in population-based, strategic activity was also limited. This suggested that if the devolution of purchasing responsibility to primary care-based organisations was to be extended, it needed to be accompanied by public health and other more strategic functions based at a more aggregate level of organisation.

In the event, TPPs proved to be a fixed term experiment. Their lives drew to an end in October 1998. By this time a new government with its own plans for the reform of primary care was in power. These plans focused on the creation of Primary Care Groups (PCGs). The experience of TPPs remains of relevance, however, because they constitute the closest organisational form to PCGs about which there is actual evidence on performance. The plans for PCGs and the lessons that can be drawn from TPP experience are discussed later in this paper, but before then, two

other important developments in the primary care sector that took place during the 1990s are examined. The first of these is the establishment of Personal Medical Services (PMS) pilot sites.

5. Personal medical services pilot sites

As the 1990s progressed, the then Conservative government increased its commitment to a 'primary care-led NHS'. During the first part of 1996, the Minister for Health conducted an extensive listening exercise in which the views of professionals, patients and others were sought on the future of primary care (NHS Executive, 1996). A Paper, *Choice and Opportunity* setting out the proposed future direction for primary care was published shortly afterwards (Department of Health, 1996). Among the proposals contained in the White Paper was the introduction of a salaried option for GPs—rather than their independent, contractual status—and the introduction of practice-based contracts through which health authorities could commission primary care teams directly to provide a specified range of services. These proposals were subsequently developed through the Personal Medical Services (PMS) pilot sites introduced in 1998 as part of the NHS (Primary Care) Act, 1997. They have attracted bi-partisan support with the new Labour government continuing the earlier Conservative government's commitment to the policy.

Eighty-five pilots were established in the first-wave and these have been joined by another 171 in the 1999 second-wave. Schemes vary a good deal. A number involve the recruitment of salaried GPs to work in deprived areas. Others offer the full range of chronic care services on one site, e.g. one-stop diabetes services such as eye screening, chiropody and dietetics and a nurse-led urology service.

The changes being introduced by the PMS pilots have been referred to by some people as the 'quiet revolution'. They have attracted far less comment and debate than more high-profile reforms such as GP fundholding and now primary care groups. But in some ways their potential consequences are far greater. The GP national contract has made it very difficult to plan and manage the provision of primary care services in the way that acute services are

planned. Ultimately GPs have been self-employed professionals able to offer services in locations and ways of their own choosing. The introduction of salaried option enables the recruitment of GPs to locations, e.g. inner-cities, where there is currently a shortage of high-quality care. At the same time, the introduction of local contracts enables planning to take place within a co-ordinated framework. Although there has been a good deal of wariness on the part of many GPs about the threat to their independence, the introduction of a salaried option—alongside the more traditional, contractual arrangement—is viewed favourably by many GPs (Moore, 1999).

Another feature worth emphasising about the PMS pilots is that the granting of pilot status has been contingent on a satisfactory system of local evaluation being put in place. In addition, there is a centrally funded programme of national evaluation. The emphasis placed upon evaluation continues the trend of the total purchasing evaluation programme and is in sharp contrast to the lack of official interest in evaluation displayed at the time of the 1991 reforms (Robinson and Le Grand, 1994).

6. Shifting the balance towards primary care

The primary care reforms of the early 1990s placed major emphasis on the purchasing or commissioning role of primary care-based organisations. This was most pronounced in the case of GP fundholding and continued with its extension to total purchasing. But primary care has, of course, always been primarily concerned with the *provision* of services. This became apparent as the focus of both fundholding and total purchasing was extended by GP practices themselves to incorporate the provision of an enhanced range of primary care services. It was also confirmed by the government in various statements that interpreted the primary care-led NHS to mean that services should be provided in locally-accessible, primary care or community settings wherever it was appropriate, safe and cost-effective to do so. This led to a major policy-thrust aimed at shifting the balance of care from acute to primary care settings.

Although there have been many examples of the expansion of primary care services as substitutes, or

part substitutes, for hospital-based services, defining a shift in the balance of care in a way that commands universal acceptance is not as straightforward as it might appear. Practitioners often define services in terms of organisational boundaries or budgets. Others view them in terms of key inputs (e.g. GPs versus specialists) or the location of treatment (primary/community settings versus acute hospitals). Moreover, Evans (1994) has shown that different stakeholders (i.e. GPs, other members of primary care teams, hospital specialists, managers) view the nature and extent of shifts in different ways. Faced with these different perspectives, in a recent study, Godber *et al* (1997) chose to define as a shift towards primary care as having taken place when a service acquired one or more of four key attributes. These were direct access, generalist care, longitudinal care and delivery in a community setting. According to this definition, numerous shifts in the balance that have taken place during the 1990s can be identified.

Most directly, there has been direct substitution of primary care services for hospital based services as GPs have undertaken more minor surgery. Under the 1990 contract there are special payments available for GPs qualified to undertake this work. In terms of substitution, services such as physiotherapy have also been developed in primary care settings. Primary care teams have also assumed a larger role in managing the recuperation of patients after surgery as rates of day surgery have increased. The expansion of primary health care teams has also led to the development of shared care/integrated care programmes for the management of chronic diseases such as diabetes and asthma. Domiciliary and hospital-at-home schemes have expanded as new drugs and other technologies have made it possible for many patients to be treated at home whereas previously they would have required hospital admission. A final example is provided by the massive expansion in primary care-based counselling services as an alternative to hospital referral.

The emphasis placed by the UK government on the development of primary care services is, of course, consistent with the World Health Organisation Alma-Ata declaration on the need to strengthen primary health care (WHO, 1978). As Coulter (1996) points out:

“In the ideal model, primary care teams provide continuous care and preventive care for defined populations, referring on to specialist services only when necessary. The emphasis is on co-ordination and continuity of services, which respect individuals’ autonomy while catering for the full range of basic health care needs for local populations. At its best, a strong primary care system should be able to deliver cost-effective health care distributed equitably according to need”.

Moreover, as Starfield (1994) has noted, those countries with strong primary care sectors—such as the UK, Denmark and the Netherlands—seem to have been more effective in containing the growth of costs than those countries with relatively weak primary care sectors, such as the USA, Belgium and Germany.

Despite these potential advantages, however, Coulter (1996) questions whether the move towards a primary care-led NHS is actually justified on grounds of clinical and cost-effectiveness. On the question of cost-effectiveness, Godber *et al* (1997) reviewed 23 relevant studies published since 1985. On the surface, the evidence from this literature was encouraging. It suggested that diverse initiatives involving GP’s undertaking minor surgery, practice-based physiotherapy, early hospital discharge schemes and shared care were all cost-effective. On closer scrutiny, however, many of the studies displayed serious methodological shortcomings in relation to the measurement of costs and outcomes. The researchers concluded that, contrary to the assumptions made by many policy makers, the cost-effectiveness of shifts in the balance towards primary care is far from proven.

Despite the shaky foundations of the evidence base, however, the current Labour government has continued to emphasise the central role to be played by primary care in the future development of the NHS. This has been especially strong in relation to the formation of primary care groups.

7. Primary care groups

The new Labour government recognised that GP fundholding had led to a number of service improvements but it also felt that it had increased transactions costs, fragmented services and increased

inequality (Department of Health, 1997). In view of this, its own programme for the future of primary care has abolished GP fundholding and its variants and replaced it with a nation-wide set of primary care groups (PCGs).

Four hundred and eighty one PCGs were established on 1 April 1999. Unlike fundholding—which was voluntary—membership of a PCG is compulsory for all GP practices. Each PCG has a governing body comprising between four and seven GPs, one to two nurses, a local social services department representative, a lay member, a health authority representative and the PCG chief executive. They have been formed around local communities with the average PCG covering a population of 100 thousand people, although there are variations around the average ranging from approximately 50 thousand to over 250 thousand people.

The government has set out a range of tasks for PCGs. They are required to commission health services for their populations from NHS trusts. However, to avoid the fragmentation of services, this commissioning is expected to be done within the framework of the local health authority's Health Improvement Programme. Transaction costs are expected to fall as three year service agreements replace annual contracts. PCGs are expected to monitor trust performance in terms of the specifications contained in these service contracts, to ensure quality standards and strive after efficiency gains. Considerable emphasis is placed on collaboration and partnership working in the new NHS and PCGs are expected to contribute to this process by working with health authorities, trusts, local government social services departments, voluntary groups and other organisations in the local health economy.

Recognising that the current state of primary care development varies around the country the government has adopted a flexible approach to PCG development allowing them to enter the scheme at one of four levels. These are:

- Level 1: acting in an advisory capacity to support the health authority in commissioning care for its population.
- Level 2: acting as part of the health authority but taking devolved responsibility for managing

the budget in the PCG area.

Level 3: becoming a free standing body with a budget for commissioning care, accountable to the health authority.

Level 4: assuming the functions of stage 3, but with the added responsibility for the provision of community health services for the PCG population. This level is known as a primary care trust (PCT).

Thirteen first-wave primary care trusts will be set up in April 2000. These will replace health authorities and each of them will have a budget accounting for about 80 per cent of NHS spending in its area.

Bloor *et al* (1999) have examined some of the main future challenges expected to result from the PCG agenda. These relate to organisational structure, clinical governance, financial accountability and the rationing of services.

On the question of organisational structure, it is important to emphasise the fact that PCGs are considerably larger than any previous models of primary care commissioning in the NHS. This will be an advantage in terms of risk-pooling and may yield some economies of scale. On the other hand, research carried out on the total purchasing sites (which were considerably smaller) showed that progress was slower among the larger sites as they had to confront complex problems of internal management. These problems are likely to be magnified among PCGs as their members are conscripts rather than volunteers. The main challenge for PCGs will be to develop a management infrastructure that enables 50–100 GPs and other primary care professionals to function corporately. The independent contractor status of GPs who work alongside salaried staff either employed by them or by community trusts, will require the development of an appropriate set of incentives and sanctions to ensure effective joint working. Ensuring effective collaboration with other agencies working in the local health care economy will require a similar incentive structure. (Killoran *et al*, 1999).

PCGs will also face considerable challenges in meeting the government's expectations in relation to clinical governance. The current government's policy places heavy emphasis on improving quality standards

in the NHS. The Paper, *A First Class Service: Quality in the new NHS* (Department of Health, 1998) sets out a completely new institutional structure for achieving its quality objectives. This includes a National Institute for Clinical Excellence which will assemble research evidence on clinical and cost effectiveness and produce guidelines for local decision-makers. Initially it is expected that many of the guidelines will relate to pharmaceutical products. GPs will be expected to adhere to these guidelines. Quite how this compliance will be achieved—in view of GPs' independent contractor status—is not yet clear.

More generally, PCGs will have a clear incentive to manage inappropriate variations in clinical activity among their members. Because the PCG receives a cash-limited budget, any excessive referrals to hospitals, or drug prescribing, on the part of some GPs will have implications for other GPs whose budgets will be reduced. Put another way: the opportunity costs arising from each GP's behaviour will be felt within the group. This can be expected to lead to some sensitive intra-group negotiations between GPs, and to the emergence of new forms of peer pressure. (This is, of course, the combination of financial and clinical decision making that US managed care organisations have used to control the growth in their costs [see Robinson and Steiner, 1998]).

Another concern about the emphasis placed upon primary care-led services centres on the role of public health. GPs have traditionally responded to individual patient demands and have not been prominent in population-based, public health programmes. Although the 1990 contract extended the GP's role by offering financial incentives for a range of preventive health activities undertaken on a population basis, e.g. achieving immunisation and screening targets, maintaining registers of patients with hypertension coronary heart disease and stroke, the GP service is still overwhelmingly demand led. As budgets are devolved to GPs, care will need to be taken to ensure that decisions incorporate a public health input that will probably continue to be based at the health authority.

Finally, the need to operate within a cash-limited budget will raise the profile of rationing undertaken by GPs. Opposition to rationing based on financial

considerations was one of the main reasons why many GPs were reluctant to join the fundholding scheme. Now all GPs will need to operate within a fixed financial envelope and decisions regarding the relative priority of patients and services will become more sharply focused.

Taken overall, the programme for the development of PCGs raises a number of unresolved issues. The government has clearly tried to continue its predecessors emphasis on a primary care-led service. To this end, it has decided to place GPs and other primary care professionals at the centre of decision making in terms of the commissioning of secondary care services and in the provision of an enhanced range of primary and community care services. To avoid the perceived inequity and heavy transactions costs of previous models of primary care-led commissioning, it has opted for a compulsory scheme based upon larger population aggregates. But this approach may embody a major inconsistency. The origins of primary care-based commissioning clearly lie with GP fundholding. Fundholders were essentially small-scale organisations (generally based upon a single practice) that had short lines of management and were able to act flexibly to bring about change. These characteristics were continued in the total purchasing experiment, even though these were larger than single fundholder practices. But this feature seems to have disappeared totally in the PCG model. Rather than being lean and flexible organisations, PCGs are large organisations embedded in health authority bureaucracy. This is not the model that delivered the improved performance associated with early examples of the primary care-led NHS and which provides the rationale for the policy in the first place. In short, the government may have fallen between two stools in its plans for the future of primary care.

8. Primary health care in the UK and Japan: some comparative analysis

The proportion of GDP spent on health care in the UK and Japan is very similar (6.7 per cent in the UK, 7.3 per cent in Japan [1993 OECD figures]) and both countries have succeeded in achieving universal access to health care. But, beyond this, the systems are very different.

Japan has a Bismarckian, pluralistic social insurance system—similar to that found in Germany—with mandatory enrollment based on employment or residence, and with premiums proportional to incomes. Funding for health care is provided through premiums paid by employers and employees to numerous company-based plans, patient co-payments, and national and local government subsidies (Ikegami and Campbell, 1995). Finance provided through the national budget represents about 25 per cent of total health care expenditure and patient co-payments represent another 12 per cent (Rapp and Shibuya, 1994). In contrast, approximately 90 per cent of the funding for the UK National Health Service comes from general taxation and—with the exception of pharmaceutical, dental and ophthalmic services—there is little cost sharing.

The ways in which doctors and hospitals are reimbursed also differ quite fundamentally. Under the Japanese Medical Service Law (*Iryou Hou*), doctors certified by the Minister of Health and Welfare are permitted to open clinics or hospitals anywhere in the country and insured individuals can receive primary medical care at any such clinic or hospital. This system has led to an abundant supply of medical care. The number of medical doctors more than doubled from 103,131 in 1960 to 211,797 in 1990, although the proportion of clinic-based doctors fell from 44.8 per cent to 30.5 per cent (Rapp and Shibuya, 1994). Doctors providing primary care from their own offices or clinics are paid on a fee-for-service basis after submitting claims to the Social Insurance Medical Reimbursement Fund (*Shakai Hoken Shinryou Houshuu Shiharai Kikin*). There is a national fee schedule which specifies all procedures and products that can be paid for through health insurance and sets their prices. Since all doctors receive the same payments under the fee schedule, the incentive for doctors to specialise is weaker in Japan than in many other countries. A review process is used to regulate the volume of care provided under the national fee schedule in order to make sure that it is not excessive. Despite this safeguard, however, there are claims that primary care doctors in Japan maximise their revenues by seeing as many patients as possible, performing large numbers of tests and prescribing large quantities of

pharmaceuticals. It is also claimed that primary care doctors are reluctant to refer patients to hospital specialists (who are paid on a salaried basis) because it is feared that patients will prefer to remain with hospital specialists on an out-patient basis rather than return for clinic care. (Rapp and Shibuya, 1994).

The reimbursement fee schedule in Japan also encourages the widespread use of advanced medical technologies in clinics as well as hospitals. For example, 70 per cent of clinics have electro-cardiographs, 60 per cent have X-ray equipment and 26 per cent have ultrasonic image testing equipment (Rapp and Shibuya, 1994).

The UK payment system offers a very different set of incentives to those found in the Japan. Although a greater element of fee-for-service payment has been introduced for GPs in the NHS since 1990, the predominant capitation system does not provide any incentive to maximise services. Quite the reverse: if anything there is an incentive to under-treat, because once a patient has registered, a GP receives a payment irrespective of the level of care actually provided. Also the financial incentive to become a hospital specialist is stronger in the UK because senior hospital doctors (i.e. consultants) generally receive higher incomes than their GP counterparts. Hospital doctors can also boost their incomes through private work, whereas GPs rarely have this opportunity. As far as medical technology is concerned, a tight planning system has operated in the NHS for many years with the result that practically all but very basic diagnostic equipment is located in hospitals. Hardly any GPs in the UK, for example, have X-ray equipment at their surgeries.

There are also differences between the UK and Japan in terms of patient choice. Patients in Japan are free to choose any primary care doctor who works under the social insurance system. Although freedom of choice is generally considered to be a desirable feature of a health care system, the way that it works in Japan appears to pose some problems. Both small clinics and large hospitals provide primary care services and compete with each other for patients. As there is no differentiation in charges, many patients choose to visit large, especially university, hospitals for primary care consultations because they believe that the quality of care is better. The result has been severe

overcrowding, queuing and short consultation times of typically less than five minutes. There is a common saying in Japan that “you wait for three hours to see the doctor for three minutes”.

In contrast, although many of the health care reforms that took place in the UK during the 1990s were supposed to increase patient choice, there is little evidence that they did so. Changing GPs for reasons other than a change of residential location is unusual. Moreover, the single payer system means that there is no choice of insurance plans and no demand-side competition for enrollees. Moreover, unlike the Japanese system, GPs are accepted as legitimate gatekeepers to hospital care by most people and there is little demand for direct access to hospital-based doctors. On the other hand, primary care consultations are not dramatically longer in the UK compared with those found in Japan (eight minutes versus five minutes). In both countries it seems that there is a degree of deference on the part of patients to doctors; certainly patients seem less demanding than they are in, say, the United States.

The traditional Japanese model of medicine did not separate the roles of pharmacist and doctor. Doctors carried medicine boxes when visiting patients and dispensed medicines. The basic elements of this system continue to this day with Japanese doctors and hospitals dispensing most prescription drugs. Patients tend to visit doctors for drugs and doctors—who derive 25 to 30 per cent of their incomes from drug prescriptions—often prefer drug treatments to other forms of therapy. Drugs are covered by the national fee schedule but doctors frequently prescribe newer, more expensive drugs than older, cheaper ones. Patients only pay 10–30 per cent of the costs of medicines in the form of co-payments. The combined result of all of these factors has been that Japan has an extremely high per capita rate of pharmaceutical consumption. In 1996 Japan accounted for 19.5 per cent of the global pharmaceutical market compared with 32.6 per cent for the US (which has twice the population of Japan) and 6.9 per cent for Germany (Ikegami, Ikeda, Kawai, 1998).

The earlier discussion of the UK described how rising pharmaceutical costs are seen as a problem too. However, the separation of the prescribing and

dispensing roles in all but a minority of cases means that GPs do not have a personal financial incentive to prescribe. To the extent that there is an incentive, it is to substitute drug prescriptions (that have traditionally been paid for by the government and therefore been a free good as far as GPs are concerned) for alternative, time-consuming consultation time. Efforts to combat this perverse incentive have taken the form of overall cash limits on drugs budgets and initiatives designed to make GPs aware of the financial implications of their prescribing behaviour (e.g. GP fundholding).

9. Conclusions: primary health care policy in the UK and Japan

This review of primary health care policy and practice in the UK and Japan has revealed a number of interesting similarities and contrasts.

At the macro-level, both countries have succeeded in controlling the growth in health expenditures and do not, therefore, face the major challenge confronting many advanced countries. Interestingly, though, they have achieved this objective through different approaches to the fundamental equation: Expenditure (E) = Price (P) *times* Quantity (Q). In the UK reliance has been placed on overall cash-limited budgets (i.e. controlling E). In Japan, reliance has been placed on controlling P (through the national fee schedule) and, to a lesser extent, regulating Q.

It is, however, at the micro-level that the differences are most pronounced. Most notably, the 1990s have been a period of unprecedented health reform in the UK, whereas in Japan—despite some notable changes—the situation has been far more stable. Why is this the case?

One of the main reasons for this difference would appear to be the fact that the health system in Japan (along with accompanying factors associated with diet and lifestyle) has succeeded in achieving levels of health status that are probably the best in the industrialised world. Data on life expectancy, infant mortality and death rates from major diseases such as heart disease and cancer are all better in Japan than in the UK. Moreover, the Japanese have achieved these results at levels of spending that are as low as those in the UK. In the light of these results the adage “if ain’t

broke, don't fix it" would seem to apply!

More generally, the thrust for health reform in the UK must be seen as one aspect of a wider move for socio-economic reform during the 1980s and 1990s. The 1980s were a period when a radical, market-oriented government under the leadership of Margaret Thatcher unleashed a series of reform initiatives. The NHS was a rather late entrant to this process, but the White Paper, *Working for Patients*, published in 1989 set out an agenda for reform that derived as much from a general ideological preference for market-based systems as from the needs of the NHS. Subsequent changes built on this platform until the election of a radical new Labour government in 1997 has, once again, set a direction of change that is informed by ideological preferences as well as technical considerations. Without these great surges of political change, the Japanese health care system would appear to have operated in a more stable overall, political environment.

Notwithstanding these explanations for the different perspectives on health reform in the two countries, from the point of view of a health policy analyst, there do seem to be certain features of the UK reforms that may hold some lessons for Japan. These centre on the relationship between the primary and secondary care sectors. The brief review of the Japanese system described above points to a number of perverse incentives that lead to, *inter alia*, excessive use of secondary care facilities for primary care purposes, over-investment in new medical technologies in primary care, heavy doctor workloads and excessively short patient consultation times, and very high levels of drug prescribing. These are all examples of an inefficient allocation of resources. Many of them represent an inefficient allocation between primary and secondary care.

Faced with its own inefficiencies, the way that the UK has sought to deal with the problem is by devolving budgetary responsibility to primary care doctors so that they become responsible for the allocation of resources. This approach brings together financial and clinical decision-making. It focuses on the interface between primary and secondary care where co-ordination is notoriously bad. The idea is derived from the US

experience of managed care but is designed to deal with problems other than cost-containment. Rather, it seeks to encourage the use of a range of techniques for the micro-management of clinical activities—bearing in mind their financial consequences—in order to improve the quality of care. The term 'integrated care' is being used increasingly in a number of countries to describe this approach (Robinson, 1998).

Clearly, building elements an integrated care approach into the Japanese system would be difficult given the current payments systems covering doctors and hospitals, and the dispersed nature of primary care. However, if there is sufficient recognition of the deficiencies of the present system, there may be scope for pilot projects to pioneer alternative approaches and for evaluations to assess their performance. Many different forms of pilot model are possible, as the UK experience has demonstrated. Ultimately, though, international experience of health care reform suggests that they will only be successful if there is general support for them among doctors, hospitals, patients, insurers and politicians.

References

- Allsop, J. (1995). *Health policy and the NHS: towards 2000*. London: Longman.
- Appleby, J. (1992). *Financing health care in the 1990s*. Buckingham: Open University Press.
- Bloor, K., Maynard, A., Street, A. (1999). *The cornerstone of Labour's 'New NHS': reforming primary care*. Discussion paper no. 168. University of York: Centre for Health Economics.
- Coulter, A. (1996). Why should health services be primary care-led? *Journal of Health Services Research and Policy*. 1: 122–24.
- Department of Health and Social Security (1987). *Promoting better health*. London: HMSO.
- Department of Health (1996). *Choice and Opportunity. Primary care: the future*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (1997). *The new NHS: modern, dependable*. London: The Stationery Office.
- Department of Health (1998). *A first class service. Quality in the new NHS*. London; Department of Health.
- Evans, D. (1994). *Developing the primary and secondary care interface in Southampton and South West Hampshire*. Health Commission. Southampton; Institute for Health

Policy Studies.

- Glennerster, H., Matsaganis, M., Owens, P., Hancock, S. (1994). *Implementing GP fundholding*. Buckingham: Open University Press.
- Godber, E., Robinson, R., Steiner, A. (1997). Economic evaluation and the shifting balance towards primary care: definitions, evidence and methodological issues. *Health Economics*, 6: 275–94.
- Goodwin, N. (1999). *GP fundholding in Le Grand, J., Mays, N., Mulligan, J. (eds) Learning from the NHS internal market*. London: King's Fund.
- Ikegami, N., Campbell, J. (1995). Medical care in Japan. *The New England Journal of Medicine*, 333: 1295–99.
- Ikegami, N., Ikeda, S., Kawai, H. (1998). Why medical care costs in Japan have increased despite declining prices for pharmaceuticals. *Pharmacoeconomics*, 14, supplement: 97–105.
- Killoran, A., Mays, A., Wyke, S., Malbon, G. (1999). *Total purchasing. A step towards new primary care organisations*. London: King's Fund.
- Marks, L. (1988). *Promoting better health: an analysis of the government's programme for primary health care*. London: King's Fund Institute.
- Mays, N., Dixon, J. (1996). *Purchaser plurality in UK health care*. London: King's Fund.
- Moore, A. (1999). Cheque it out. *The Health Service Journal*, 109: 24–26.
- NHS Executive (1994). *Developing NHS purchasing and GP fundholding. Towards a primary care-led NHS*. Leeds: NHS Executive.
- NHS Executive (1996). *Primary care: the future*. Leeds: NHS Executive.
- NHS Executive.
- Office of Health Economics (1998). *Compendium of health statistics*. 10th ed. London: Office of Health Economics.
- Rapp, R., Shibuya, K. (1994). *The health care system in Japan* in Hoffmeyer, U., McCarthy, T. (eds) *Financing health care*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Robinson, R., Hayter, P. (1995). Reluctance of general practitioners to become fundholders. *British Medical Journal*, 311: 166.
- Robinson, R., Steiner, A. (1998). *Managed health care*. Buckingham: Open University Press.
- Robinson, R., Le Grand, J. (1994). (eds) *Evaluating the NHS reforms*. London: King's Fund.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *Lancet*, 344: 1129–33.
- Taylor, D. (1991). *Developing primary care: opportunities for the 1990s*. London: King's Fund Institute.
- Total Purchasing, National Evaluation Team (1997). *Total purchasing: a profile of national pilot projects*. London: King's Fund.
- Total Purchasing, National Evaluation Team (1998a). *What were the achievements of the total purchasing pilots in their first year and how can they be explained?* London: King's Fund.
- Total Purchasing, National Evaluation Team. (1998b). *Total purchasing. A step towards primary care groups*. London: King's Fund.
- World Health Organisation (1978). *Primary health care: report on the international conference, Alma-Ata, USSR*. Geneva: WHO.
- (RAY ROBINSON Professor of Health Policy, LSE Health, London School of Economics and Political Science)

John E. Roemer
Equality of Opportunity
(Harvard University Press, 1998)

栗林 寛幸

1. はじめに

「機会の平等」ということが問題になるとき、われわれはそもそもどのような内容を念頭においてこの概念を使用しているのだろうか。多くの見解に共通しているのは、いったん競争が始まったら個々人の選択の結果に対しては本人が責任を負わねばならないが、競争が始まる前に、社会は公正な競争が行われるための条件を整備しなければならない、という基本原則を認める点であろう。ただし、競争の前後の線引きをどこに求めるか、競争の結果に対して個人がどこまで責任を問われるか、そして社会の責任は何か、についての見解はさまざまである。

本書の目的は、自己責任の問われる領域と程度に関して社会に多様な見解が存在することを前提とし、それらを一つの体系的な枠組みの中で取り扱えるように①「機会の平等」という概念を厳密に定義し、②自己責任に関する社会的見解を、「機会の平等」を目指す具体的な政策に実現させるアルゴリズム(手続き的な仕組み)を提案することである。したがって本書は、正義に関する一般理論を提案する政治哲学の書(John Rawlsの“A Theory of Justice”など)とは性格を異にしている。

本書の方法論的な特徴の一つは、政治哲学と経済学の二つの視点を相互補完的に用いている点である。哲学的アプローチ(特にR. Dworkin、R. Arneson、G. A. Cohenなど)により問題の所在と主要な概念規定・定義を導き、経済学のツールは

これらに明晰な表現を与え、具体的な政策含意を導く役割を果たしている。後者においては、経済学部上級から大学院初年度級の数学が用いられているが、著者は数式の意味をその前後で説明しているため、数学に馴染みのない読者にも基本的メッセージは十分に伝わるよう配慮されている。本文全体は115ページとコンパクトである。

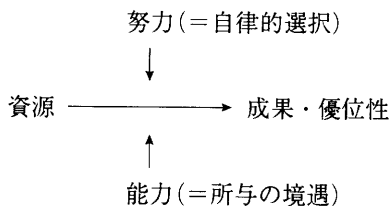
2. 概念の整理と基本理念:自律的選択の内と外

はじめに「機会の平等」を特徴付ける際に鍵となる概念を整理しよう(2、3章)。まず機会(opportunity)という概念は、資源を適切に用いることによってもたらされる可能性、あるいは「優位性(advantage)へのアクセス」(Cohen(1989))として用いられる(p. 24)。よって「機会の平等」が目指すのは簡単にいうと平等なアクセスの保障である。ただしその可能性を活かし個人が努力によって達成する結果については本人が責任を負うのであって、「結果の平等」と対照的であることはいうまでもない。

次に、具体的に何が平等化(政策的介入)の対象になるべきかについて特定する。著者によればそれは「個人的な境遇(circumstance)の相違」であって、①政策目標とされている優位性(教育水準、健康状態、労働生産性など)を獲得する個人の能力(ability)に影響を及ぼし、かつ②個人が責任を問われるべきではないと社会的に認められて

いるようなもの、である(p. 5)。

教育予算の分配を例にとりて説明しよう。学校教育において、子供はさまざまな形で提供される資源(resource)(施設・授業など)を利用して教育の成果(achievement)(知識・技術)を獲得する。では、学校教育を通じた「機会の平等」とは各子供に対して教育予算を均等に分配することで達成されるのであろうか。そうとは限らないと筆者はいう。なぜならば、子供が一定の教育資源を利用して教育の成果を上げるための能力には個人差があり、その個人差は概して、当人の自律的選択(autonomous choice)(努力など)に基づくものではなく、当人が選ぶことのできない境遇(遺伝、家族・社会環境など)に由来するからである。(本書では、努力によって改善可能な個人の属性は、定義上、能力とは呼ばれない。)図式化すると以下のように表せる。



そこで個人の能力を決定する境遇の異同にしたがって、政策的に必要なかつ可能な限りで、子供を複数のタイプに分類する。同じタイプの子供は育った境遇がほぼ同じということになる。「機会の平等」を目指す教育政策の基本原理は、① 同じタイプに属する子供に対しては(努力水準の違いが成果の違いに直接反映されるよう)均等に資源を提供し、② 同程度の努力を費やす子供に対しては(タイプに起因する格差を補償して同水準の優位性を獲得できるよう)差をつけて資源を分配する、という方針に集約される。すなわち、人々の優位性における格差が努力水準の差異に基づく場合には政策的介入は行わず、それが個人的選択の範囲を超える能力の違いに由来するならば政策的に補償する、というのが「機会の平等」の基本的理念である。

3. 政策への応用例：教育支出と所得税

機会平等の理念を数理モデルによりフォーマルに定義(4, 6章)したのち、著者はこの原理を医療保険(8章)、失業保険(10章)などのモデルに適用して具体的な政策的含意を導いている。効用を政策指標として、モデルの厚生主義的解釈を行うことも可能である(7章)。ここでは前節に引き続き、著者が本書全体を通じて頻繁に言及する教育資源の分配(9章)を例に検討しよう。

2期間モデルを考える。個人は第一期において、能力を所与とし教育資源と自己の努力をもとに知識・技術を身につけ、第二期には効用最大化原理にしたがって労働と余暇を選択し、所得税を納めて(あるいは所得補助を受けて)消費を行う。われわれが目にする教育の成果・優位性は生産性(賃金水準)である。単純化のためタイプ(能力)と努力の水準はそれぞれ高低二つのみとする。このとき、能力および努力水準のそれぞれ異なる子供達が将来所得を得て消費を行うための機会を平等に保障するには、所与の教育資源をどのように分配すればよいだろうか。政府の政策手段は教育予算の分配と線形所得税の二つである。

生産性を決定する関数に関する技術的な仮定と一般的な効用関数のもとで、著者は以下の命題を導いている。すなわち、機会の平等を目指す教育政策は、同水準の努力を費やす子供がタイプに関わらず次期に同水準の生産性を獲得できるように資源を分配する、というものである(pp. 59-60)。よって、不利な環境に生まれ育った子供に対しては、それを補償するために、より多くの教育資源を提供すべきであるという結論が導かれる。

これに対して、教育資源の均等な分配を主張する人々は、① 個人間の境遇の相違を認めない(すべての個人が同じタイプに属するとみなす)、あるいは② 本書で定義される機会平等の原理自体を受け入れない、のいずれかである。他方、能力の高い子供に優先的に教育資源を投入し、能力の

低い子供(将来の低所得者)には高所得者から徴収される所得税で移転を行えばよい、という見方もある。これは教育資源の投資の効率性を最重視する立場である。ただし、タイプ別の一括税による所得移転が不可能な場合、この方法は必ずしも最適ではないことが示されている。また、教育がもたらす自立・自尊・自助の価値(モデル内では考慮されていない)を認めるならば、不利な社会的環境に置かれている子供に対する優先的処遇を支持する根拠は強まるであろう。

著者はさらに、米国の黒人および白人男子に対する学校教育予算の分配に関して実証研究を進めており、その結果の概略を紹介している(11章)。米国黒人男性の平均所得が白人のそれよりも低いこと、また教育支出額が個人の将来所得に及ぼす影響は大きくないこと、は統計的に知られている。興味深いのは、「それゆえに」機会平等を重視する政策が黒人をかなり大胆に優遇する補償的支出を勧告するという結論である。逆に、教育支出が生産性に与える正の影響が現在信じられているよりも大きいとしたら、それほど差別的分配を行う必要はない、といえる。

4. 機会平等原理の適用範囲：ひとつの試案

これまで「機会の平等」の哲学的背景、形式的定義、政策的含意を検討してきた。ただし、著者はこれがあらゆる経済政策・社会政策に適用されるべき万能の原理であると考えているわけではない。問題は、機会平等原理の適用範囲(scope)をどのように設定するかである(12章)。例として以下の問題を考えてみよう。身長の高いバスケットボール選手は、本人の選択によらない理由で不利益を被っていることを考慮し、プロチームへの入団において優先的に処遇されるべきか？ 医師資格試験に失敗した者でも、不遇な環境で育ち、かつ人一倍の努力をしたのであれば、医師になることが認められるのか？ 機会平等の原理をこれ

らのケースに適用するならば、いずれも答えは肯定的である。しかし、著者によれば(そしてわれわれの常識に照らしても)これらのケースは機会平等原理の適用範囲外である。

あらためて、「機会の平等」に関する二つの概念を区別する必要がある。第一の「機会の平等」はこれまで説明してきたものであり「競争条件均等化原理(level-the-playing-field principle)」と呼ぶことができよう。第二の考え方は、あるポストに就くために必要な資質・属性を備えている者が、それとは無関係な理由で選択の過程から排除されてはならないという要請であり、「無差別原理(nondiscrimination principle)」と言い換えられる。後者に従う場合、最終的には実力のみがものをいうのであって、努力の水準自体には(それが実力に反映されないのであれば)意味がない。

二つの概念の相違は、機会平等原理による資源の分配が、個人の能力・努力水準と優位性に着目して行われるのに対し、無差別原理はむしろ個人が生産する生産物の消費者の厚生を考慮する点にある。医師免許の例で説明しよう。このケースに機会平等原理を適用するということは、医師になるよう努力している者の希望の実現を最重要視するということである。一方、無差別原理が適用される場合、最も重視されているのは患者の生命・生活である。

著者は機会平等原理の適用範囲について、以下のように提案している。すなわち、機会平等原理が適用されるのは、一般に仕事・地位に就くためにおおよそ必要な基本的な属性の獲得が問題となる場合である。他方、無差別原理はある特定のポストをめぐる競争の過程で適用されるべきである(pp. 86-87)。したがって、医師という特定のポストに就く者の選抜(免許付与・雇用契約)においては無差別原理が適用されることになる。

著者は、現代民主主義社会の市民の多くは次の言明に同意するだろうという。① 基準に満たない

実力を有する個人が特定のポストに就く社会的費用は、彼(彼女)がそのポストを占める社会的便益を上回る。② 長期的に見れば、不利な境遇に置かれた人々に対する教育と訓練の社会的便益は、機会平等原理を適用することの社会的費用を上回る。これらは著者が提唱する機会平等原理の適用範囲と整合的である。

5. 哲学から経済学への翻訳：技術的問題点と妥協

以上、著者の主張の倫理と論理を簡単にたどった。その基本的メッセージは本書を通じてもちろん一貫しているが、哲学的に吟味された概念・原理を経済学的分析の俎上に載せる過程で若干の困難が生じている。

第一に、「同程度の努力をした者には同水準の成果を保障する」というときの努力の「程度」は、絶対的水準ではなくタイプ内における相対的位置(例えば上位20%など)を指している。これは、タイプごとに絶対的な努力水準の分布の形状が異なり、個人が責任を負うのは各分布内における相対的な位置のみであるという理由による(3章)が、(努力水準の直接的な測定可能性を仮定したとしても)広範な合意が得られる保証はない。

第二に、機会の平等を達成するための資源のタイプ別分配方法は、各々の相対的努力水準(例えば上位1%、2%、……、100%)に対応して求められるが、それら(100の分配方法)が一致するとは限らない。そこで妥協案として、政策は「相対的努力水準が同じ(ただし能力は異なる)諸個人のうちで最も成果の小さい者の達成水準」に着目し、その(100人の)達成水準の平均を最大化するようデザインされる。これは明らかに、(経済学的に単純化された)ロールズ流格差原理と平均功利主義の要素を併せ持っている。実際著者が指摘するように、この社会目標はタイプの特定期第でどちらにも一致し、一般的かつ柔軟である。ただし、この

技術的妥協はマクシミン・ルールおよび功利主義の双方の難点を免れないし、対立する価値を非常に特殊な形で折衷しているといえる。

第三に、インセンティブの問題が5章で取り扱われているが、十分に議論されているとは思われない。特に、タイプの虚偽申告(misrepresentation)の可能性がある場合、あるいは政治的反対が予想される場合、タイプに基づく差別的処遇を取りやめる(pp. 28-30)というのでは、問題を回避するために機会平等原理の適用を一方向的に放棄しているという批判を招くだろう。また著者も認めるように、機会平等政策が後の世代の努力誘因に及ぼす正負の効果は理論的にも政策的にも重要であるが、十分には分析されていない。

6. 経済学から哲学への要請：正義の一般理論

最後に、著者が本書では明示的に対象外としたにもかかわらず本質的に重要であると認める論点について触れておこう。ある問題に機会平等原理が適用される際には、三つの要素が確定していなければならない。それは① その問題は機会平等原理が適用されるべき範囲内にあるという確認、② 個人のタイプの分類に用いられるべき境遇の構成要素の確定、③ 機会の平等に社会がコミットする程度(extent)(=割り当てる資源量)の決定、である。

①については先ほど著者の試案を検討した。②について、個人のさまざまな特性のうちどれが「境遇」に属し、どれが「自律的選択」の範囲内であるかに関して意見が分かれるのは自然である。例えば知能指数などは前者の指標とされているものの、それまでの努力の結果を反映していないとは言いきれない(p. 9)。また③を決定する(例えば現代の学校教育支出の規模を決める)ためには、なんらかの基準に基づいて機会の平等と他の価値をバランスさせ、また現代と将来世代が享受する機会および厚生水準に折り合いをつけなければならない。結局、これらの社会的選択はす

べて、(実際には政治過程に依存するが) 理論的には世代内のみならず世代間をも含めた分配の正義に関する一般理論を要請するのである。

参考文献

- Arneson, Richard. 1989. "Equality and Equal Opportunity for Welfare." *Philosophical Studies* 56: 77-93.
Cohen, G. A. 1989. "On the Currency of Egalitarian Justice."

Ethics 99: 906-44.

- Dworkin, R. 1981. "What is Equality?" Parts 1 and 2. *Philosophy and Public Affairs* 10: 185-246, 283-345.
Roemer, J. 1994. *Egalitarian Perspectives: Essays in Philosophical Economics*. New York: Cambridge University Press.
Roemer, J. 1996. *Theories of Distributive Justice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

(くりばやし・ひろゆき

英国ケンブリッジ大学大学院博士課程)

丸尾直美・塩野谷祐一編
『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』

(東京大学出版会 1999年)

竹崎 孜

わが国ではこのところ、年金と医療保険をめぐる、財政状況の悪化があまりに強調され、年金による所得確保や医療による健康維持という制度本来の存在意義がますます希薄となりつつある。折から導入が決まった介護保険についても、実施前の段階から制度適用をめぐる迷走をはじめ、国民が切実に望む介護サービスは日増しに遠ざかることが危惧されている。また介護保険法による介護サービスは業者一任によって象徴されるごとく、民活路線をひた走ってきたわが国の社会福祉のあり方にあらためて疑問を投げかけており、公的主義を守るスウェーデンの社会保障に関する本書が時を同じく著されたのは興味深い。

スウェーデンが長年にわたって展開してきた比類のない社会保障に対しては国際的に高い評価が与えられてきた。だが一面では、他国より高い国民負担率、公的責任への傾斜、重いとされる公共財政上の社会保障費、過度とされる保障水準などをとらえた批判的意見も見逃せないが、だが論拠充分といえるのであろうか。

例を挙げるならば、公共財政との関係で国民負担率がしばしば引用される。ところが、スウェーデンに固有の厚く形成された中間所得層、女性を含めた納税者の多さ、自己負担が低額の医療と保育、大学まで無償の学校教育、消費税25%負担に十分な国民老齢年金、高齢者住宅を支える住宅手当金、有給での長期育児休暇と、実に多種多様な

制度のいずれも税金が財源となっている事実、すなわち税の還元やフィードバック効果は見落とされる場合が少なくない。さらには本書が掲げるとく失業保険をはじめ、労災保険、労働市場対策、賃金保障保険、雇用保険に至るまで保障領域を網羅する政策の特質に触れられることもない。それに比べればまったく対照的なのが、制度対象者を厳格に選別する限定的性格のわが国における社会福祉型政策である。

さて本書は主に次の四部から構成される。

第一部 社会保障の背景

第二部 所得保障

第三部 医療保障と社会サービス

第四部 社会保障改革の動向

まず最初に、少子化や高齢化が先進諸国においてますます著しくなる傾向にあるが、こうした社会変化の対応へは福祉国家の再構築が求められるとされる。だが、福祉国家なる体制の成立がどの国の歴史に見られたのであろうか。それ以前に、福祉国家の概念とはいかなるものかが問われるといわざるを得ない。ただ、北欧にあるスウェーデンが福祉国家であるかどうかの議論はともかく、同国を検証した本書がまとめられたのは、社会保障分野における先進性に着目したからであろう。なかでも目をひくのは、かつて選別主義だった政策が普遍主義政策へ移行した時点がスウェーデンでは1950～60年だったとの指摘であり、それに遅

れることおよそ30年が経過した近年によく選別主義の見直しが求められるわが国の現行レベルの再認識を迫る。

本書の内容をさらに掘り下げると、通常は社会保障に包括される項目のほか、第一部で経済政策、労働政策、政治機能、第二部で雇用関係の社会保障、第三部で住宅政策と都市計画、第四部でEU加盟後の社会保障が追加されているのは大きな特色である。なぜならば、わが国では社会福祉がややもすると特殊視されるため、ほかの政策分野はこれまで例外的に言及される程度であったからである。

同様に、わが国の社会福祉の教科書には含まれない経済政策をスウェーデン社会保障の財政にとっての原動力と位置づけたいうえで、失業問題を除けば、現在の経済パフォーマンスを比較的良好としている。最新データによれば、経済成長率は3.6% (1999年)と好調で、それを反映して失業者数のほうも着実に減少している。ここ数年来は赤字だった国家財政も1998年度に黒字へ転じた。予測によれば、数年間は3%台の成長が続くとされ、早くも景気の過熱と賃上げ攻勢が懸念されるほか、インフレを警戒する声まで聞こえる。

ただし失業によって、政権を握ってきた社会民主党の表題であった完全雇用政策が揺らいでいるのは事実で、国からの業務や財源の移管にもなった地方自治体の徹底的なシステム化、すなわち行財政改革から派生した公共部門における余剰人員の整理が失業を引き起こし、民間部門においても、急激なハイテク化が進む産業構造の変革と労働力への依存度低下が原因となって誘発されたのが失業であった。今後とも公共部門での労働力の需要増大は期待できない模様だが、一方では、民間企業におけるコンピューター技術者など高度な専門能力を持った人材の大幅不足という深刻な悩みを抱えている。

このように雇用や労働市場が社会保障分野の一部ないし基本として大きく取り扱われるのは、個人

の自活自立、すなわち生活の基盤強化こそが基本目的であって、事後処理を意図する救済策ではない。この予防策の考えは、第九章と第十六章でも取り上げられており、それはG.ミュールダールが「民主主義社会の人口問題」(1940年)で主張した予防的社会保障への転換と共通するうえ、EU社会保障上の最重要課題がやはり雇用ないし労働とされるのと完全に合致する。

ところで、所得税法により扶養家族控除など社会保障的な税軽減規定は廃止されたあと、現在は税金のかたちでいったん徴収したのち、社会保障給付金やサービスとして還元される公的再配分は、税が国民にとって軽くないとしても、社会保障が充実していると感じられる方法だとして、それだけに政策へ国民の支持が集まるとする第三章での説明には説得力がある。

公共財政事情は政策費用の負担状況を理解するひとつの手立てである。しかし、公正な国際比較とするには、並べられる統計など数値の同質性が求められるわけだが、第三章に見るかぎり、わが国では社会福祉予算との関連が皆無の労災保険、労働市場、労働者保護、賃金保障、一般賃金負担金等の保険料がスウェーデンでは社会保障の範疇となり、国の税収の実に約36%を占めているので、比較そのものが成立するかは疑わしいと考えざるを得ない。

スウェーデンはどの国よりも早い社会高齢化を体験し、国民人口に占める65歳以上の高齢者の割合が一度は18.4%の高率に達した。しかし、それをものともせず国民が定年退職後に必要とする生活費を充足してきたのが公的年金であった。第七章ではこの年金の新旧制度につき書かれているが、年金というかたちでの所得保障が検討されたのは1884年と前置きしつつ、最初の公的年金を1813年の年金保険法に基づくとしている箇所は、1913年へと訂正を要する。これは単なる数字のミスと思われるが、労働者のみに年金加入を認めて

いた伝統的理念を覆してスウェーデンが諸国に先駆けて国民規模の年金を制度化しただけに、この年号はきわめて重要である。

さらには、本書内にて用語の統一が十分でないためか、協約年金が私的年金の一種として記されているが、実際には職域年金と同一の制度に該当する。また年金基金の運用をめぐる第七章で「投資先がほぼ全面的に債権」とされているのは、まず「債券」が正しく、また投資先のほうは第十五章のごとく、公債へ40%と住宅融資30%、残りを株式と改めるべきである。なお、採用となる新制度を年金リスクの世代間公平化にとって適切な方法とする論点は、年金改革が差し迫った関心事となっているわが国にもきわめて示唆的であるとはいえ、散見される粗放な記述や見落としは惜まれる。

次に、高齢者数の増加にともない相応の対策は重要となるが、だが本書においては分散したかたちで、それも年金、近親者介護手当と在宅福祉サービスの紹介にとどまっており、読者が体系的に把握することはやや困難な内容構成となっている。それに第八章で取り上げられている近親者介護手当はターミナルケアの際のQOL維持を意図した補足的制度にすぎず、ここでは国民にとっての介護需要全体における位置づけや比重などの相関性が明確にされていないため、65歳以上のみを対象とするわが国での介護保険と無益な混同を招くおそれさえある。ちなみに近親者介護手当は医療保険からの給付ではない。手当金は同一名称の法律に準拠し、かつ給付額算定に医療保険の傷病休業手当金額を基準として用いるのにすぎない。

第十一章にある在宅福祉サービスとはわが国のホームヘルプにおおむね相当するが、本質的な部分を付記するならば、わが国とは根本的に異なっていて、社会サービス法上の実施責任が自治体に課されており、職員は基本的に公務員、財源は自治体予算から支出されるものである。しかも、統計によれば、在宅サービス関係職員は全国で約14

万人に上っており、わが国の総人口との対比換算によれば総数200万人に達するほどの大規模サービス部門である以上、在宅福祉サービスはけっして軽視できる制度でなく、いっそう詳細な取り上げ方が望まれよう。それに在宅での公的介護サービスと公共財政の裏づけがあるからこそ、スウェーデンでは女性みんなが男性同様に働き、かつ子育てが両立できているわけである。

社会高齢化と並ぶ問題とされる少子化につき唯一の例外はこのスウェーデンであった。出生率は1981年に1.63だったのが回復し、1990年には最高の2.14と高水準で推移してきただけに、かつて少子化問題が深刻なものとして議論されることはなかった。むしろ、少子化防止の政策がもっとも成功した好例とまでみなされるが、なかでも当初、親の就労助成のためだった保育が近年は子供自身の教育の一環に組み込まれたことが強調されている。言葉を変えると、保育サービス提供を自治体に義務づけるとともに、全体で養育や教育に取り組む社会の姿勢は注目に値する。両親とも働く時代が到来した社会らしく育児休暇が両親保険法によって規定されており、長期、しかも有給で職場を離れることができるが、ただし、本文では労働条件の側面が見落とされた結果、職場での遠慮やためらいを抱くことなく休暇制度が利用できるのか、あるいは休暇後の職場復帰に不都合は起らないのかなど、疑問として残ってしまうであろう。

スウェーデンの政策、制度、行政に関しては、立法化に先立ち学術的ともいえるほど中立的かつ綿密なデータと分析がSOUと呼ばれる報告書として公表される。よって法律が成立したあとの行政現場における実施をめぐる混乱はまれであるが、実施にともなうシステムの手直しは自治体によってたえず行われ、制度や行政の実体はめまぐるしく変化していくだけに目が離せない。公的方式か民間方式かの議論が浮上するさなか、公的部門へ導入されたのが第十章のような疑似市場

(quasi-market)ないしは内部市場メカニズムであったが、県行政がみずからの医療サービス責任を放棄せず、公的サービスの充実を試みたものとして特筆できよう。具体的には、医療サービス分野を生産者(医者や看護婦等)と利用者(患者や住民)に二分することで需要と供給の関係を形成し、両者間における競争のもとで医療の質向上とコスト抑制を試みるものである。こうした疑似市場は営利主義の民間に任せず、医療の公的主義をどこまでも貫こうとする意欲が未だ衰えていない証拠とみなせよう。民活化促進の最大要因である役所仕事の非効率性を抱えこむわが国の現状を再考するのに、この疑似市場がもたらす影響は見逃せない。もうひとつは、居住条件が生活に絶対不可欠な要素のひとつであることは明白であろう。とくにスウェーデン社会福祉政策にとって、住宅政策と住環境政策、いわば先行的社会投資がいかに決定的な役割を果たしたかを第十四章は指摘する。行政によるこの政策達成が社会的入院解消へのきっかけとなり、また高齢者たちが在宅生活を維持できる環境をやがてつくりあげ、さらには副産物として、病院の数多い閉鎖、老人ホームなど施設の全面廃止をもたらした。ここで強調されるべきは、かならず

しも社会福祉の性格を備えた特別対策ではなく、あくまで公的な計画と実行をともなった国民全体の居住政策であったということである。ただ、土地の所有形態が元凶とみなされるわが国とは異なった土地公有制が確立するスウェーデンだからこそ、公共性に富む土地活用の優先が容易だと筆者による説明は妥当だが、それだけでは両国間に何故これほどの相違が横たわるのかを理解し難いであろう。土地制度の歴史的背景や社会理念についての側面がもっと触れられてしかるべきと思われる。福祉政策との比較において社会保障政策の概念は広いとされるが、スウェーデンではすでに領域を特定しない社会政策の時代へ移っており、したがって社会保障についても、政治経済全般のメカニズムはむろん、社会のあり方そのものを視野に入れた研究が必須となっている。スウェーデン情報が最近減る傾向にあるのも、テーマがそもそも総合科学分野に属するだけに、従来の表層的な紹介よりは高度かつ多角的な視点が必要とされるからである。それ故にマクロとミクロの両面からアプローチを試みた内容の本書は貴重な情報源となろう。

(たけさき・つとむ 埼玉大学教授)

藤井良治・塩野谷祐一編
『先進諸国の社会保障 6 フランス』

(東京大学出版会 1999年)

執筆：藤井良治、長部重康、矢野秀利、木村琢磨、田端博邦、加藤智章、岩村正彦、上村政彦、岡伸一、
江口隆裕、林信明、白波瀬佐和子、大曾根寛、神尾真知子、原田純孝、大家亮子、伊奈川秀和

小川 有美

はじめに — フランスの社会保障を知る意味

フランスとは、いわゆる「国民負担率」が西欧でも有数の社会移転国家である。フランス国民の間では手厚い福祉国家としてのプライドがあるという。しかしフランスの社会保障を知ることによどのような意味があるのだろうか。

ベヴァリッジからサッチャリズム、「第三の道」にいたる政策理念の変化についてはイギリスが、普遍主義の追求についてはスキャンディナヴィアが、ビスマルクから介護保険にいたる社会保険の体系化についてはドイツが、市場的解決についてはアメリカが直ちに思い浮かぶであろう。一般的には、エスピング＝アナセン(アンダーセン) (*The Three Worlds of Welfare Capitalism*, 1990) の分類にも見られるように、フランスは社会保険中心の大陸欧州型(保守主義型)の一つとみられるのが一般的であろう。つまり、素人にとってフランス福祉国家の独自のイメージというものはあるとはいいがたい。

福祉国家を知ることとは、「先進的」な思想や制度を抽出することだけではない。歴史的にどのような前提と選択肢があり、何が選び取られ、その結果としていかなる制度的問題が生じ、現在どのように対処されようとしているのか、という一連の問

題群の中に一つの国の福祉国家を全体として知ることの意義がある。

たとえば広井良典のいうように、日本の社会保障は「途上国型」の性格をもち、異質な制度の折衷として発達した(『日本の社会保障』岩波新書、1999年)。それ故特有のメリットと問題が生じてきている。本書『フランスの社会保障』によれば、フランスの社会保障もまたモザイク的、個別主義(particularisme)的な発達をたどった。そこでは自治的な共済原理が建前とされているにもかかわらず、国家介入なしに存続できない「虚構性」をはらんでいるという—第2章(長部)、第5章(田端)。このような性格をもつフランスの社会保障は、日本と比較する対象として大きな意味があるはずである。本書は、いわば玄人達によるフランス福祉国家の解剖であり、4部17章に分かれた概論および各論によって、歴史、行財政、政策、改革の像が浮き彫りにされている。今日の福祉国家・社会保障はもはや単純な理念型によって描くことはできない。とりわけフランスのシステムの一筋縄ではいかない複雑な性格を考えれば、このような作業の集積によってはじめて実質的な理解に近付けるといえよう。

歴史的なモザイク性

本書から明らかになるフランスの社会保障の特徴は第一にモザイク性、つまり制度のつぎはぎと分断である。第5章によれば、フランス革命では社会団体が禁止された一方、「恩恵」ではない「生存権」としての公的扶助が提案された。しかし執政政府期以降「経済自由主義」の政策が支配的となった。この点、比較政治学者ルーバートのいうように、ヨーロッパの中でフランスはイギリスと並んで自由主義の優越する国であることが確認される。それにもかかわらず、19世紀にはフランスに特有の発展が見られる。それは国家制度に組み込まれることを嫌う、共済組合を通じた自助の組織化である。第二共和制体制以後公認組合が制定されるが、熟練労働者は共済組合をはじめとする独立したアソシアションを好み、そのことが共済組合・労組運動の分裂の遠因となったという。

第二次大戦後においてイギリスのベヴァリッジ・プランに相当するのはラロック・プランと呼ばれるものであるが、後者においては「社会保険の機構が国によってではなく、当事者によって自治的に管理されることが期待」され、共済組合の伝統を前提としていた。同プランを具体化するための1945年オールドナンス及び1946年法は社会保障制度の統一と全国民適用をめざしたが、「一般制度」のほかに公務員・炭鉱労働者の「特別制度」や自営業者・農民対象年金の「独立制度」が並立し、一般化はかなわなかった。「一般制度」自体は労働者・使用者による当事者管理の金庫制度として確立し、労使代表比率3対1、労使拠出比率約1対3という労働者の発言力の強い制度となった。

第2章によれば、このようなフランスの社会保障の発展は、団体交渉や労働協約を通じて社会的パートナーが紛争を解決する「契約社会」を育てることにならなかった。労働者と使用者はストライキとロックアウトの応酬に走りがちで、紛争の爆発が

政府の介入と立法措置による「悪しきフランス的解決」を招いてきたと論じられる。

ここで比較として念頭におかれているのが、オーストリア、北欧、オランダ等の集権的なコーポラティズム(職能代表制)であるのか、ドイツのような産業別・自律的な労使調整であるのか、あるいはアメリカのような利益団体多元主義であるのか、直ちには明らかでない。ただいずれにせよ、フランスのある種の逸脱、「特有の道」が強調されている。

しかし民主主義ないし民主的統治(ガヴァナンス)の文化の見地から考えてみよう。労使関係や社会保障を含む一国の政治経済を効率/非効率、正常/逸脱と判断することは難しい。ドイツ、北欧型の「組織された民主主義」に対して、フランスの政治文化はストライキ、マニフ(デモ)のような直接行動、「街頭の政治」を、民主主義のチャンネルとして公に認めているといわれる(中山洋平「フランス」、小川有美編『EU諸国』、1999年所収)。そのような意味で、フランスの社会保障の歴史的発展が逸脱的あるいは不合理といえるのか、またそれがどの程度本書全体の共通認識であるのか、確認したいところである。

行財政を通じた制度的挑戦

本書が示すフランスの社会保障の第二の特徴、それは行財政を通じた社会保障問題への制度的挑戦ではないだろうか。この点は第一の特徴、すなわち自治に執着する「社会」と「国家」との不整合によってコントロール困難となったモザイク性へのいわば自己反省的な対応である。

このような問題は、国家か市場か、大きい政府か小さい政府か、という今日の常套的な議論の俎上にはのぼる選択とはやや異なっていよう。フランスにおける国家の補完的再登場は必ずしも社会民主主義的な国家サービスへの全幅の信頼ではなく、制度の「合理化」をめざした側面が強いように見える。

職域による分断傾向の強いフランス社会保障制度の中で、第8章(上村)が取り上げるように、一般性の高い家族手当が1930年代の人口問題と「家族法典」を契機にして制度化された(加えて、「家族・労働・祖国」を掲げたヴィシー政権により家族手当の引き上げと普遍主義化も行われた)。戦後の「社会保障法典」(1956年)では「フランスに居住するすべてのフランス人または外国人」の養育者が適用対象と定められた。ここでは職業活動従事という条件がまだ含まれていたが、78年の法律でこの在職要件も削除された。

フランスの公的負担率は長期的に上昇し、近年は45%前後で推移している。これに対し付加価値税中心の税制が財源として大きな役割を果たすことになった。財政を解説した第3章(矢野)によれば、1954年に部分的に導入されたフランスの付加価値税はヨーロッパ諸国の先例となり、現在では国歳入の約40%を占めている。一方でフランスの所得税制は課税ベースの狭さや脱税の問題が指摘されている。

ミッテラン政権の時代には社会主義的経済政策からの撤退があったことはよく知られているが、1981年に導入された富裕税(89年に最低所得制度の財源とされた)が今日も存続している。納税者分布を見ると富裕税は所得税と互いに補う傾向があり、普遍性に欠ける所得税制を富裕税が補完しているともいえる、と第3章では分析されている。

1991年には税制の大改正により一般福祉税CSGが導入された。これは社会保険料の削減を意味する「租税代替化」の始まりである。既存の保険料制度は給与のみに賦課されて労働コストを増大させ、一方で利子・配当収入を放置しているため、問題がつとに指摘されてきた。その解答の一つがこれであった。さらに95年の憲法修正で社会保障財政法が制定され、社会保障財政が予算と同じく毎年の国会決議の対象とされた。これにより公法人である一般制度の全国金庫ばかりでなく、

「私法人」である一般制度以外の金庫や地方金庫まで議会の統制が及ぶことになった。第2章は、モラルハザードを防止する点でこの「国家管理」は正当化されうとしている。

今日もフランスの社会保障制度のモザイク性もたらず不均衡は残っている。たとえば一般制度や公務員組織制度から農業金庫など赤字の特別制度への拠出を通じた財源調整が不可避となっており(第3章)、この点はわれわれの目にする日本の構造と酷似している。しかし95年の憲法修正が社会保障改革を主眼としたことに例証されるように、社会保障システムを健全化するための行財政改革のマグニチュードは、フランスの方が大きいようである。その際、特別税・目的税(社会保険債務返済税を含む)の導入を含む財政制度の大胆な変更という手段が採られていることは、フランスの国家による解決(*affaire d'Etat*)の伝統と関連しているのだろうか。そのような新制度論的興味ももたれるところである。

現代的転換

第三の特徴は、ジュベ・プラン以後の現代的転換である。1999年に刊行された本書の時代性は、前保守政権最後の首相アラン・ジュベの名を冠した社会保障改革が全巻を通じてキーワードになっていることに表れている。第17章(藤井)が解説するように、96年に出された一連のオルドナンスは社会保障財政法(前述した国による金庫の指導強化のほか、社会保障収支全体の目標設定も含んでいる)、医療保険保険料の一般福祉税への切り替え、医療費抑制のための全国医師協約等を打ち出した。

その背景にあったのはユーロ通貨統合に向けた緊縮圧力、経済停滞と失業増、社会保障会計の赤字化を含む財政赤字拡大等であった。しかしジュベ・プランの改革路線は既得利益をもつ団体から

の反発や、有権者の福祉後退の不安を呼び、ジョスパン社会党首班政権登場のきっかけとなった。新政権によって全国医師協約は白紙に戻され、35時間労働制という急進的なワークシェアリング政策も導入されることとなった。ジョスパン政権は社会保険料圧縮、財政赤字削減を重視している点ではバラデュール、ジュベ両保守内閣と連続しているが、失業対策のための歳出措置や増税路線において異なっている(第3章)。このことは伝統的社会(民主)主義への回帰とはいえないが、フランス的な「中道左派のガヴァナンス」(高橋進)の試行実験へ舵が取られることになったことをよく示す。

フランス経済の活況が伝えられる現在、90年代の改革の一環である財政改善や「租税代替化」による企業競争力の上昇について楽観的評価も現れるにいたった。しかし一方では、目的税による負担増や、抑制の進まない年金・家族給付による公的負担率の増大が目に見えつつあるという。社会保障と経済パフォーマンスに関する楽観的評価、悲観的評価は(無責任なものを含めて)いずれの国でも百家争鳴である。これまで経済状況や政党、労使関係、宗教を独立変数として社会保障の比較・経年変化を説明する分析はウィレンスキーやキャッスルズをはじめとして蓄積がある。だが逆に社会保障改革の有無、そのタイミング、政策の質(英米ネオリベラリズム的か、中道左派的かなど)によってその後の経済パフォーマンス、雇用、さらには国民のガヴァナンスへの信頼がどう変動したか、という比較実証研究が今や待たれる。

おわりに — 比較の視野に向けて

編者の藤井はフランスの社会保障の構造的課題を俯瞰して本書の導入としており、そこでわれわれは、出生率の低下を早く経験したフランスにおいて現在の人口高齢化はむしろ緩やかに現れていること、「自由な結び付き」やひとり親が一般化して

いること、などを知ることができる。社会保障財政の悪化は経済停滞や失業増大から帰結するという図式だけではとらえられず、一旦発展した社会保障制度が経済・社会構造の変化に対応できない状況を見よということがいわれている。

この視座は現代先進国の社会保障論争において重要な点であると同時に、具体化する作業の未だ進まぬチャレンジングな次元である。本書は総合的な解説であり、このような巨視的視座に必ずしも貫かれているわけではない。読者はその断片から、展望と政策論争に関する興味を満たす情報をすくい取ることが許されているにすぎない。なお本書では編者によって一般福祉税(*contribution sociale généralisée*)、全国被用者医療保険金庫といった厄介な制度名称が、専門家以外の読者にも正確・平易に伝わる訳語選択によって統一されている。この分野におけるこうした労を大としたい。一方で、各論による構成であるためか、沿革の紹介に内容的な重複もしばしば見られる。無理に全章の内容を一つの筋立てで構成することは過度の取捨選択となり、本シリーズになじまないということはあるが、フランスの社会保障は他と比較してどのような点がユニークな特徴であり、また焦眉の問題であるのか、ということがもっと強い印象をもって伝わってくる内容構成はありえなかったであろうか。もっともこのことはこのシリーズ全体の総論を充実させることで解決されるべきニーズであるかもしれない。最新で緻密な本シリーズの刊行によって、フローラらによる福祉国家各国研究シリーズを開く必要性は減ってしまったが、後者には歴史・比較検討のために参考となる理論的序章が含まれている点で依然有用である(P. Flora, ed., *Growth to Limits* vol. 1, 1986)。

なお、多数の執筆者とテーマからなる本書の全章を紹介することは評者の力に余ることであり断念したが、たとえば地方公共団体の社会扶助制度に今日の新たな行政手法が先取りされていたという指

摘一第4章(木村)や、ノーマリセーリングの潮流に対応した障害者のための職業指導・職業再配置専門委員会COTOREPの試み一第13章(大首根)な

ど、個々の章は興味を惹かれる具体的な解説に満ちている。

(おがわ・ありよし 千葉大学助教授)

編集委員長

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

一圓 光彌 (関西大学教授)

埋橋 孝文 (大阪産業大学教授)

岡 伸一 (東洋英和女学院大学教授)

岡沢 憲芙 (早稲田大学教授)

菊池 馨実 (大阪大学助教授)

小出 顕生 (厚生省大臣官房国際課課長補佐)

土田 武史 (早稲田大学教授)

萩原 康生 (日本社会事業大学教授)

増田 雅暢 (国立社会保障・人口問題研究所・総合企画部長)

小島 宏 (同研究所・国際関係部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

尾形 裕也 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

後藤 玲子 (同研究所・総合企画部第2室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

増淵 勝彦 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

白波瀬 佐和子 (同研究所・社会保障応用分析研究部第2室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

浅野 仁子 (同研究所・客員研究員)

海外社会保障研究 No. 131

平成12年6月25日発行

ISBN 4-900849-40-5

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>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0011 東京都渋谷区東2丁目16番10号

東京日産渋谷ビル8階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: books@infoasia.co.jp

homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062
