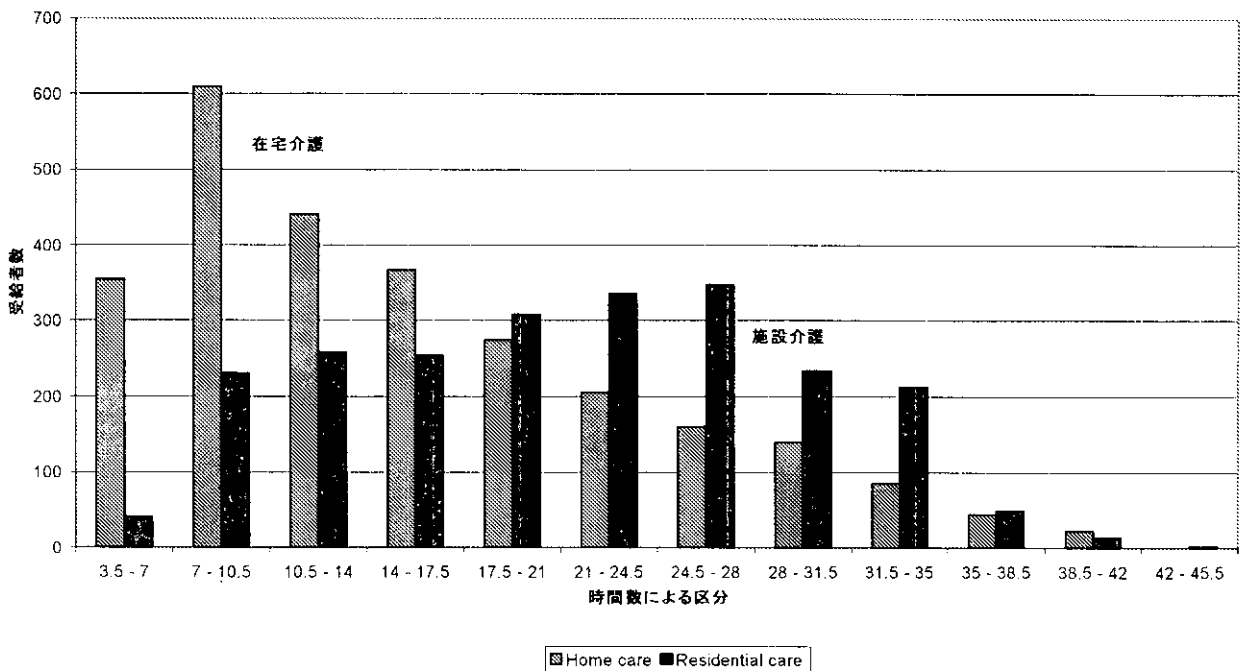
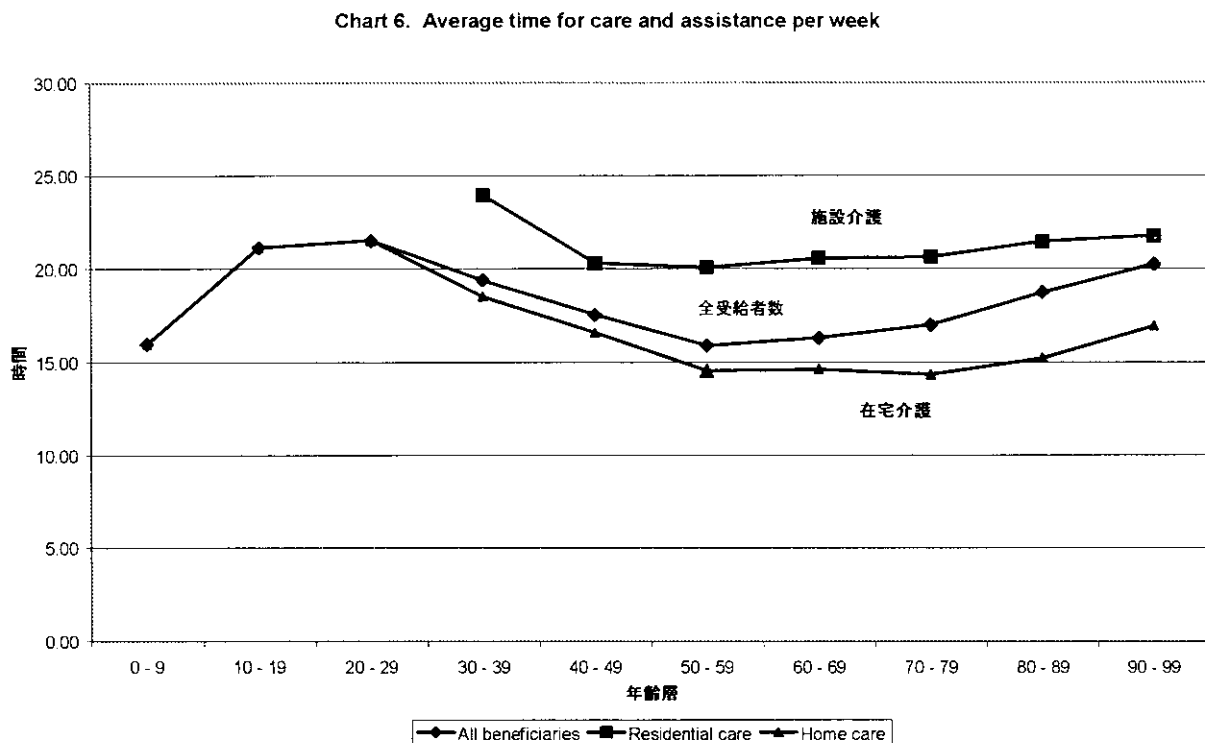


図5. 週時間あたりの受給者の分布



受給者の41%が施設サービスを利用し、59%が在宅サービスを利用している。サービス平均提供時間についての年齢への影響は、はっきりと分かっていない。若い要介護者への提供時間は、年齢の高い要介護者よりも長くなる傾向がある。60才から69才の年齢層で、平均提供時間は週16.3時間であり、90才から99才の年齢層では週平均提供時間が20.2時間であり、わずかな増加が見られる。この増加は、施設サービスを受ける要介護者の割合が年齢と共に高くなる一方、在宅サービスと施設サービスの平均提供時間は、高年齢層においては年齢と関わりがないということから来ている。

図6. 介護・支援サービスの週あたりの平均提供時間



施設サービスにおいて、介護事業者へ直接支払われる月々平均給付額は 27 万円で、これは報酬単価が 3,210 円という取り決めに基づいている。この月々平均給付額はルクセンブルグでの最低賃金のおよそ 2.5 倍に相当し、国民年金制度の毎月平均年金額を大きく上回っている。また、この金額には、宿泊費と食費、医療費、看護費は含まれていない。

表1. 介護・支援の月々平均給付

サービスの種類	割合	給付額		
		現物	現金	合計
施設サービス	41%	¥270,000		¥270,000
在宅サービス	59%			
	現物のみ	6%	¥240,000	¥240,000
	現物と現金	25%	¥142,000	¥48,000
現金のみ	28%		¥62,000	¥62,000

在宅サービスにおいて、報酬単価は 3,440 円に取り決められている。給付構造を分析するためには、受給者の 3 種類の層を区別しておく必要がある。それら 3 種類とは、現物給付のみを受けている層、現物給付と現金給付の両方を受けている層、現金給付のみを受け

ている層である。給付合計額は、それぞれ順番に、24万円、19万円、6万2千円である。

4. 2 費用と財政均衡

介護保険運営費とその他費用を含め、介護保険制度の合計費用は2000年で144億円であった。これはGDPの0.8%を占めている。これと比較して、公的年金制度の費用はGDPの9.9%を占め、医療保険制度の費用はGDPの5.1%を占める。

過去15年間に、越境通勤者の割合が活動人口の3分の1にまで増加したことによって、ルクセンブルグのGDPが成長したことは特記すべきことである。これら越境通勤者は、ルクセンブルグの社会保障制度に貢献しているが、目立った要介護給付を受けるにはまだ年齢的に若い。

介護保険の財政制度は賦課方式を用いているが、この方式は過去数年間の労働力増加から利益を得ている。現在のところ、財政状況は順調とのことである。これは、2000年には、保険数理的に必要な保険料はおよそ0.8%と計算されたのに対し、実際の保険料率は1%としたことによる。

5. 未解決の問題

5. 1 要介護認定にかかる時間の短縮

介護保険制度施行から、2年の間に直面した主要な問題とは、要介護認定手順に時間がかかるということであり、この問題は今まで全く取り扱われていなかった。要介護認定申請書類の提出から、判定指導部局による判定までにかかる時間の長さ（8ヶ月以内）は、新たな多くの問題を生みだした。その問題とは、申請をしたにもかかわらず、判定を受ける前に死亡した要介護者に対し、給付をどのように行うかについてである。一時的な解決法としては、判定指導部局のスタッフを増やし、判定の前に死亡した場合の定額給付の可能性について規定している法律を導入することである。また、効率性を失わずに全体の認定手順を簡略化するためには、詳しく調査される必要がある。

5. 2 若い要介護者の取り扱いについて

介護保険制度が受給年令の下限を設けていないため、若い要介護者も介護給付を受ける資格を持ち得る。しかし、在宅サービスと施設サービスとで、週単位でそれぞれ別個に設定されている給付構造には、これら若い要介護者の特別な事情（就学、部分的な施設サービス、部分的な在宅サービス、休校日の変更）を考慮に入れるほどの柔軟性はない。家族省が要介護者の設備サービス費用を負担し続けていることで、状況は未だに複雑である。それぞれ、要介護給付、自立性を高める施策、要介護者の最大限の統合、の3つの間において明確な区切りは引かれていない。

5. 3 介護の質の定義づけと介護の質管理

介護の質の定義づけと介護の質管理の権限がどこに属するかについては、明確でない。また、何が介護の質であるかという点について、標準的なものがない。判定指導部局は介護基準を決め、質について保険運営機関と省庁に助言を行っている。保険運営機関は、質の要求事項を取り決めている介護事業者と契約を結んでいる。家族省と厚生省は、介護者

の登録と認可を担当している。しかし、定期的に質の管理を行う機関は存在していない。また、医療保険と関連して運営を行う医療管理サービスは、介護保険には何の権限も持っていない。

5. 4 リハビリテーション施策の発展

介護保険が導入されてから、要介護認定手順に対処し、また介護報酬支払い手順の正常な機能を確認することにすべての努力が注がれている。よって、リハビリテーション施策を発展させるための特別対策は医療保険側、もしくは介護保険側の両方でも取られていない。ルクセンブルグでは、老人医療リハビリテーションに対する中期ケア病床の供給数は不十分となっている。

5. 5 越境通勤者

越境通勤者が支払う保険料は、介護保険財政の多くを負担し、また国民経済成長の多くに貢献している。欧州連合の規定によれば、現金給付のみが通勤国から居住国内に提供されることができる。しかし、現物給付については問題がある。居住国の法律によっては、現物給付のみが支給され、通勤国から居住国に介護費用が償還される。よってドイツからの通勤者は、ドイツ介護保険制度の現物給付を受ける資格を持つ。しかしフランスとベルギーからの通勤者は、各居住国の法律が現物給付を認めていなければ、各居住国においての現物給付へのアクセスを持たない。今のところは、これは越境通勤者の公平な取り扱いについての、比較的深刻な問題となっている。

第2部：ルクセンブルグにおける高齢化率の増加～公的保険制度の財政への取り組み～

1. はじめに

高齢者の生活を改善させることは、高齢者の経済的福祉問題の発展と深く関わりがある。過去の時代から、高齢と貧困は密接に関連しており、最初の社会保険制度が出来たのは、19世紀の終わり、ドイツにおいてであった。これに類似した制度、もしくは内容を拡大した制度が20世紀において多くの先進諸国で発展し、老年人口の貧困が著しく緩和された。社会保障支出費の多くは年金保険給付に充てられ、その給付を受けるのは主に老年人口であった。

しかし、年金保険制度は、その種類によって、貧困緩和に影響を与える過程が異なる。例えば年金額の算定方式が報酬比例方式であれば、年金制度が高齢者の所得に影響を及ぼすようになるのは、年金が成熟状態に達した後である。よって、最高齢の年金受給者もしくは遺族も、長期の保険加入期間に基づいた年金を受給しているのである。

この年金制度導入過程は、20世紀の終わりに多くのOECD諸国において、高齢家庭における個人の可処分所得が、世帯主が30才以下の家庭における可処分所得を上回っているという状況を作った。もしこの傾向が続くのであれば、高齢者の平均所得は、総人口の平均所得をじきに越すことになるだろう。また、高齢者の福祉を保証する目的で作られた公的保険制度は、人口の高齢過程によって大きく影響を受けていることが分かっている。

2. 社会保険制度における高齢化の影響

多くのOECD諸国は、人口の高齢化に直面している。人口の高齢化は、出生率の低下と死亡率の低下により生じ、総人口における高齢者人口の割合の増加として表されている。高齢化過程は、高齢者人口の経済的福祉を保証する制度の財政構造に影響を与えている。それらの制度とは、高齢者と遺族への年金保険、医療保険と介護保険である。欧州連合において、これら3制度の合計費用はGDPの19.3%に達している。これら3制度の構造と財政方式は、各国で異なっており、例えば一律定額方式と報酬比例方式、賦課方式と積み立て方式、国民健康サービスと健康保険制度など、様々である。ルクセンブルグではこれら3制度が公的保険制度として体系づけられ、居住人口の97%をカバーしている。ここで、ルクセンブルグのデータを基に、高齢化過程が及ぼす3制度への構造的影響について述べる。

図1. 年齢層別にみた3制度の累積給付額

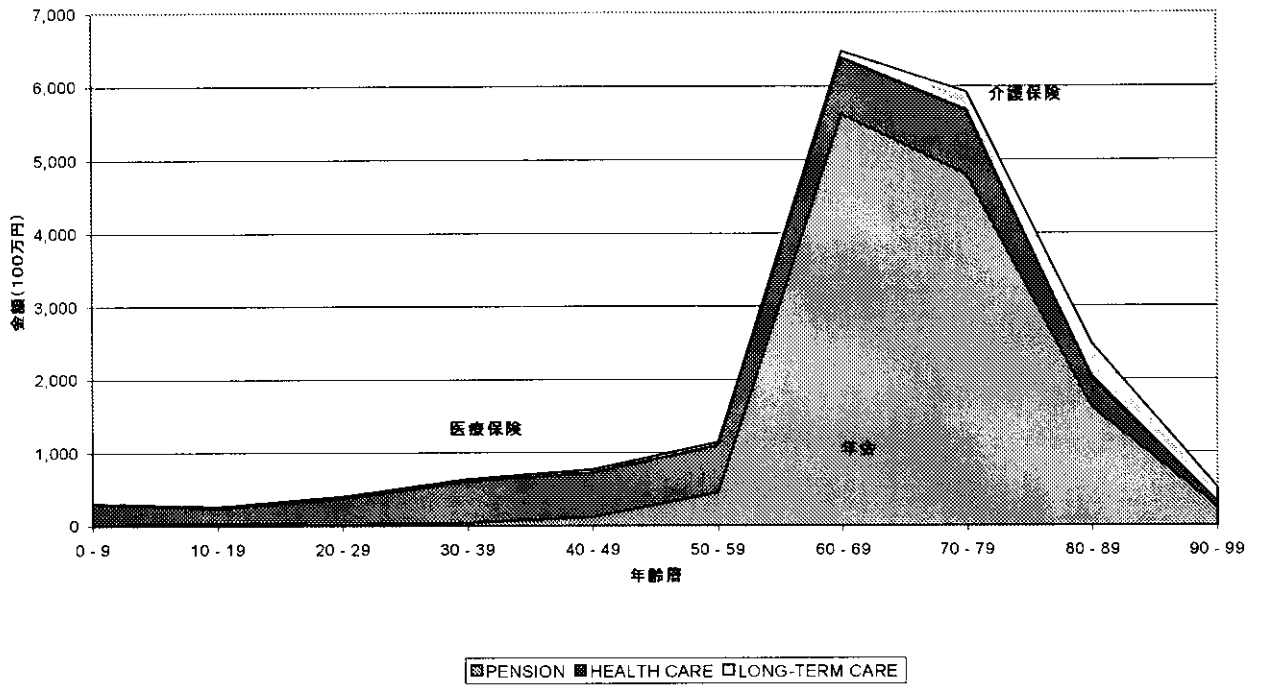


図2. 年齢層別にみた各制度の給付額

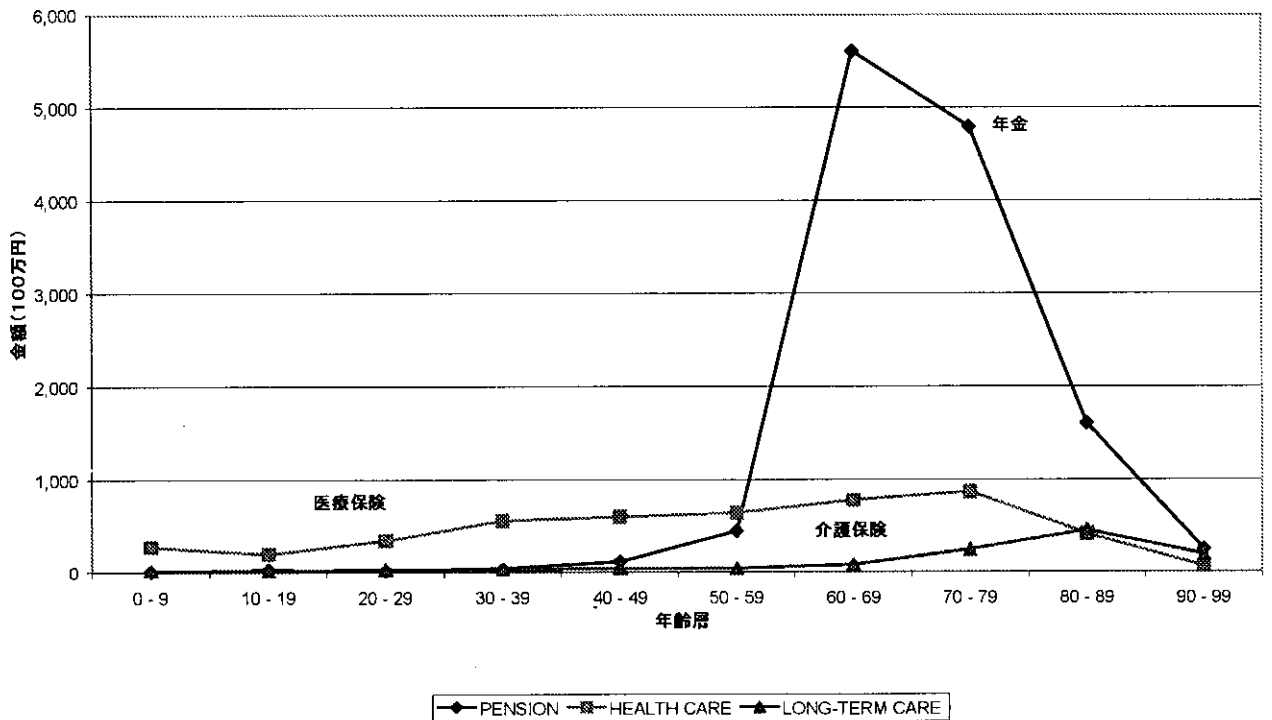


図2から分かるように、各制度における給付配分パターンは、それぞれ大きく異なっている。年金保険では、給付は60才から89才の年齢区分に集中し、介護保険の給付は70才から99才の年齢区分に集中し、医療保険の給付は、すべての年齢層に均一に配分されている。ここで重要なのは、80才から89才、90才から99才の年齢区分において、介護保険の給付額は医療保険の給付を上回り、最高年齢区分での年金給付額とほぼ同じであるということである。

なぜこのような給付配分になったかという構造的理由は、以下の2つの図で示されている。

図3. 各制度の受給者割合

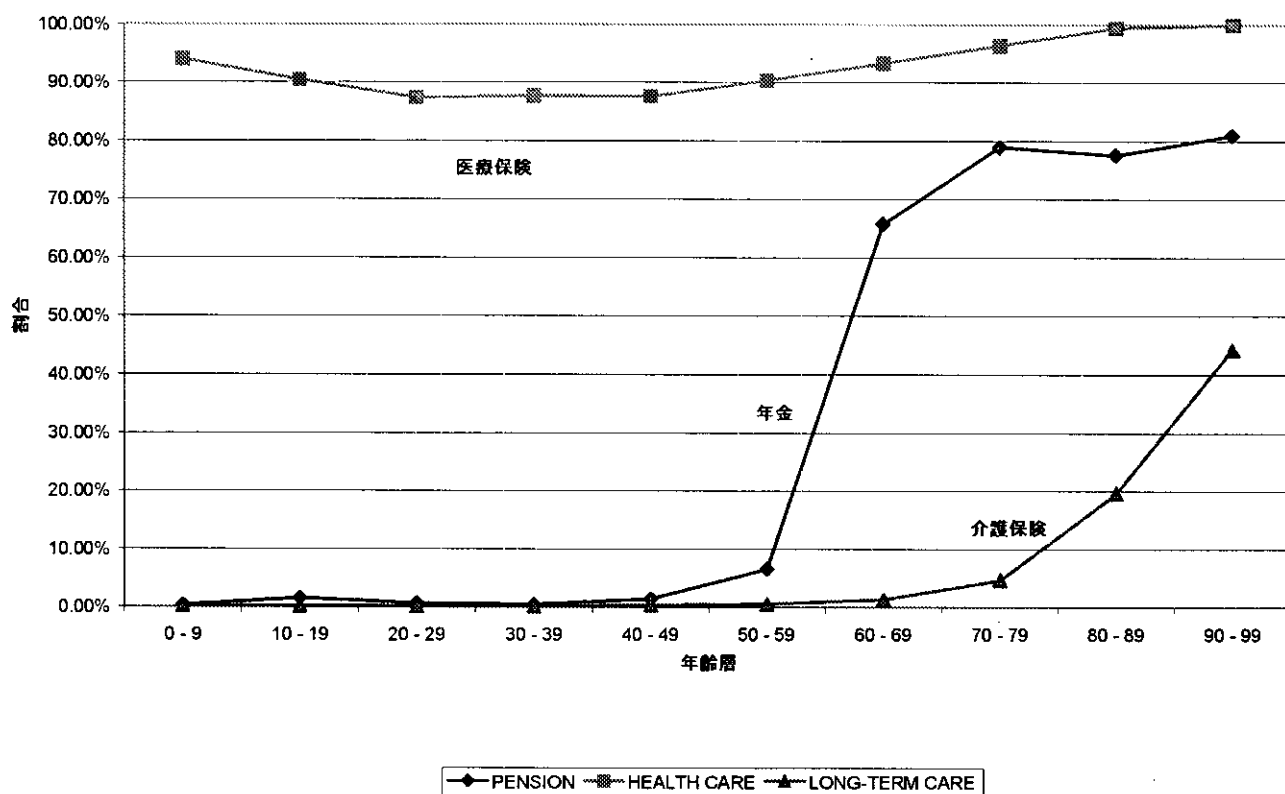


図 4. 受給者別の毎月給付費の平均

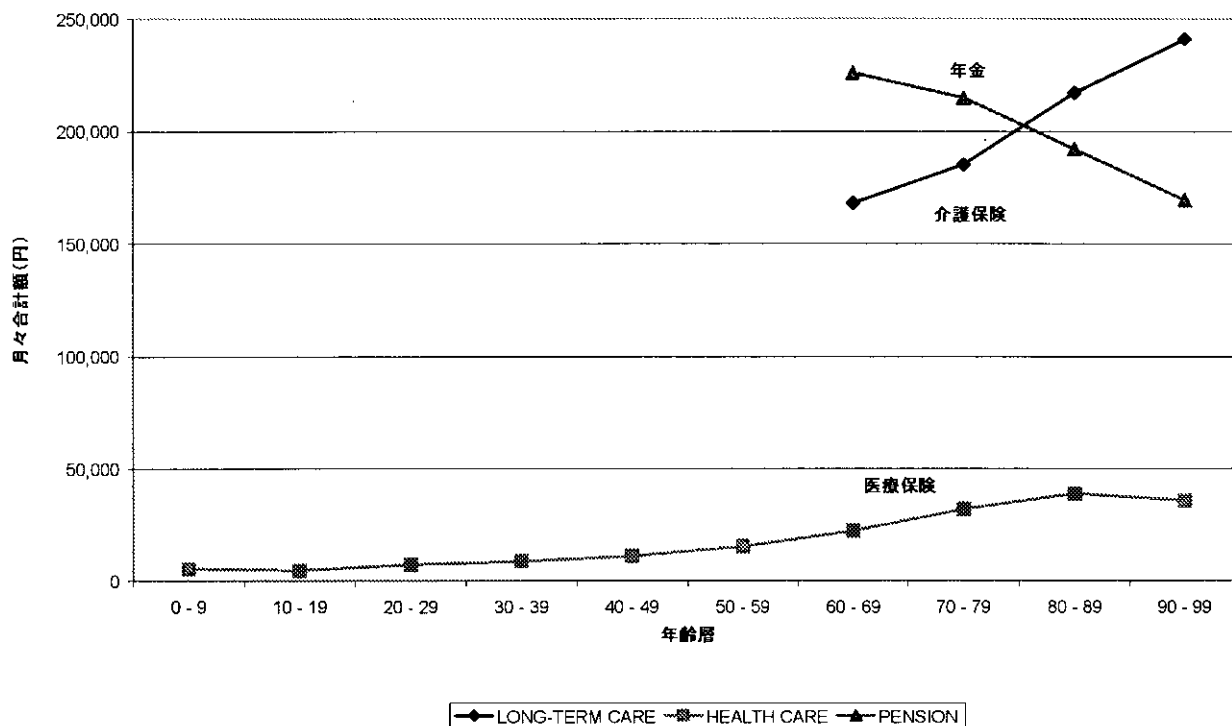


図 3 から分かるように、老齢年金・遺族年金受給者の割合は、60 才で急に高くなり、介護保険受給者の割合は 80 才以上において、更に高くなっている。他方、医療保険の受給者割合はすべての年齢層において非常に高い。よって、高齢者数の増加によって引き起こされる受給者数の相対的影響は年金制度と介護保険制度においては特に強いが、医療保険制度においてはあまり影響を受けない。

図 4 から分かるように、受給者別にみた月々の給付額は、年金と介護保険とで、数値の示す幅がほぼ同じであり、医療保険の合計給付額を大きく上回っている。年金給付額の平均合計が年齢と共に減少しているのは、老齢年金から遺族年金への大幅な移行によるものである。

2. 1 老年従属人口比率の増加による影響

ここで、すべての条件が同じという前提で、3つの制度に対する高齢化の影響量を計るために、老年従属人口比率の増加が 2000 年には 33.1%、将来は 43.1%へと、10 ポイントの増加となるだろう、と仮説を立ててみた。ちなみにこの増加は、日本が過去 10 年間に経験した数値とほぼ同じである。この人口年齢構成の変動は、3制度の財政均衡に対して以下の構造的影響を与えるだろうが、この変動は保険料の相対的変動値によって計ることができる。それを以下の図に示した。

表 1. 老年従属人口比率が 10 ポイント上昇することで生じる影響

	相対的変動値		
	支払い総額	60才以上人口寄与率	保険料
年金制度	21.7%	-5.4%	28.6%
医療保険制度	7.4%	0.3%	7.0%
介護保険制度	18.5%	0.3%	18.1%

上の表から分かるように、老年従属人口比率 10 ポイントの上昇によって、支払い総額は、年金制度において 21.7%と増加するだろうし、医療保険ではわずか 7.4%、介護保険では 18.5%になるだろう。年金制度では、60 才以上は年金保険料を支払うことはあまりないため、60 才以上人口寄与率は 5.4%と相対的に減少するだろう。また、医療制度と介護保険制度の両方に保険料を支払っているため、医療保険制度と介護保険制度に対する 60 才以上人口寄与率への影響はあまり見られないだろう。支払い総額の変化と、60 才以上人口寄与率の変化の影響は、保険料の相対的増加を招き、年金保険で 28.6%、医療保険については 7.0%、介護保険については 18.1%の増加を招くと思われる。

高齢化社会の人口構造が、3 制度の財政均衡に与える影響は、これら保険制度の持続可能性を危うくするかもしれない。なぜなら、危険性事由は高齢化による人口構造の影響だけではなく、生産年齢人口における労働力の減少、医療用品費用と医療サービス費の増加など、複数の事由が見受けられるからである。

3. 寿命伸長の役割

上の表 1 でなされた分析は、人口構造の構成要素から離れた、概略的なアプローチであったことは明らかである。しかし、人口の高齢化は、高年齢での余命伸長によっても部分的に生じているので、この余命伸長が、保険料の減額もしくは増額など、複数の政策措置の要素を生み出す要因とならなかったかを調べる必要がある。

3. 1 年金制度への課題

老齢年金制度においては、高齢化の影響が最も深刻な財政問題となっているが、さらに重要な課題は、退職年齢である。標準退職年齢時での平均余命は、ほぼすべての OECD 諸国で伸長しているにもかかわらず、現在の標準退職年齢は、何十年も前の年金制度導入時と同じ年齢である。さらに、多くの OECD 諸国では、平均退職年齢は標準退職年齢から大きく下回ってきている。

可能なすべての方法を使って、平均退職年齢を引き上げることが最も効果的な解決法であり、長い目で見た場合にも、社会的に最も受容される解決法だろう。可能なすべての方法としては、標準退職年齢を引き上げること、早期退職へのインセンティブをなくすこと、

繰り上げ支給年金のために、年金数理的に中立な減額率を導入すること、などが挙げられる。平均退職年齢の引き上げは、退職者の数を減らし、生産労働人口を増やすため、年金制度の財政均衡に対し最大の影響を与える。平均寿命の伸長と、平均退職年齢の低下というここ数年の流れを考えると、平均退職年齢の引き上げについて、十分な利鞘があるはずである。

3. 2 介護保険制度への課題

介護保険制度について言えば、このタイプの社会保障制度の国民負担率は、他の2制度と比較した場合、いくらか低い（OECD 諸国の GDP の3%以下）。その反面、必要な介護費用は要介護者個人にとって、巨額な負担となっている。また、寿命の伸びが、介護時間と慢性疾患の治療時間に影響を及ぼすか、ということも重要課題となっている。これについては、65才から80才の年齢層において、障害の罹患率の減少を示す予備データがOECDより出ている。よって、高齢者人口の健康状態の相対的な改善により、介護保険の費用増加が部分的に抑制されたかもしれないと考えることができる。よって、高齢化問題の積極的方策として、障害の予防にさらに重点を置き、障害の罹患率減少に全力を注ぐ必要がある。

3. 3 医療保険制度への課題

医療保険に対する高齢化の影響は、年金と介護保険の影響ほどは明確に言明されていない。保健医療費増加に対する高齢化の影響は、臨床検査費用の増加、医療提供者による供給の増加など、他の要因に比べれば二次的であるように思われる。

図4から分かるように、医療保険の平均給付費用が年齢と共に急増しているが、これは、個人の保健医療費消費量が必ずしも年齢と同じ割合で急増しているわけではない。死亡年齢とは関係なく、死亡直前期間に保健医療費が集中する傾向があるため、より高年齢層での死亡割合の増加がこの原因となっている。このように、平均寿命の伸びと、年齢による平均費用増加との相互関係は複雑であるといえる。つまり、医療費は寿命の伸長を可能にしているが、その一方で、寿命の伸長は、高額な老人医療費の支払いを滞らせている。よって、保健医療費でのより大きな効率性・対費用効果性に関する一般的な関心事は、人口の高齢化問題とはそれほど関係がないように思われる。

結論として、平均寿命の伸長が高齢者の健康状態を改善することによって生じるのであれば、高齢者の経済的福祉を保障する3つの制度の財政的不均衡を、高齢者の健康状態を改善することによって達成できるかもしれない。そのことが、活力的な高齢政策計画を促進することになるのである。

第V部 イスラエルの長期ケア保険受給者について

本研究は、イスラエル国立保険研究所の「1996-1997 イスラエル介護保険受給者についての報告書」を日本語に翻訳したものである。

当報告書は、2001年6月に国立医療・病院管理研究所医療経済研究部西村秋生主任研究官がカナダ・バンクーバーにおいて開催された国際老年学会に出席した際、わが国の介護保険制度についてイスラエル国立保険研究所の研究者と交流を持つ機会があり、執筆者であるブレンダ・モーギンステイン介護保険研究部長から入手したものである。

第V部イスラエルの長期ケア保険受給者について

1. 序説と背景

本報告書が、国立保険研究所(NII)によって運営されている長期ケア保険(LTCI)プログラムについて英語で説明するデータを掲載するのは、これで2度目である。前回の報告書は1991年に発刊されたものだが、LTCIの原理原則についてある程度、詳査したものであると同時に、本法施行2年後のデータを掲載したのもでもあった。しかし、前回の報告書に馴染みのない人々の便宜に鑑み、LTCIの原則に関する、簡潔かつ網羅的なレビューをここに示す。

LTCI法は1980年、イスラエル国会を通過し、1988年4月に施行されることになった。その目標とするところは2点ある。1つは、実質的に自立のできない高齢者に対する身体介護の提供を是認することにより、できるだけ長期間にわたり無理なく、高齢者を自身の属する地域社会にとどまらせること、そしてもう1つは、当該高齢者の主たる介護者にかかる負担の軽減を行うことである。在宅サービスや身体介護は、個人の受給資格に基づいて提供される。受給対象層の中でも、比較的少ないが増加しつつあるセグメントに対しては、デイケアが提供される(提供されるサービスについては以下を参照)。

受給要件には、しかるべき年齢であること(女性: 60歳以上、男性: 65歳以上)、イスラエルの永住権を備えていることと同時に、日常生活動作(ADL)を営む上で自立が困難であることその他、居住環境、比較的緩やかな所得調査に関する条件を満たすことが含まれる。適格性の程度を決定する自立度評価は、2つの基本要素に基づいている。すなわち、ADLを営む能力と、恒常的身辺介護の必要性である。この必要性とは、「見守る者がいなければ、当該者の意志が、自分自身や他者を損なう恐れがあること」と定義される。さらに、1人暮らしの高齢者の場合にも、自宅周辺在住の家族の有無にかかわらず、受給の決定がなされる。自立度調査は、保健省から派遣された保健師が、国立保険研究所と連絡を取りながら行う。

長期ケア保険給付の給付レベルには2段階ある。低額給付レベルでは、1人当たりNIIから支給される基本障害給付と同額(国民平均賃金の25%)で、高額給付レベルでは、国民平均賃金の37.5%と同額である。これらはそれぞれ、1週間に約10~15時間の介護を提供することを目的としたものである。給付は専ら現物支給とよく、現金給付は、サービスが利用できない有資格者のみに支給される。数は少ないが、これらの場合、相当する現物給付の80%相当額が支給される。差額の約20%は、現物給付の支給に伴って発生する管理費に充てられる。

NIIによって適格性が確認されると、NII、地方自治体の社会福祉部局、さらに、主要な疾病基金の看護部門の各代表者からなる地方自治体の専門委員会に権限が委ねられる。専門委員会は、受給者のニーズの評価、ケアプランの作成、在宅介護サービス提供機関の選定といった役割を担っている。提供されるサービスは、身体介護、軽食の準備、簡単な掃除、洗濯、生活必需品の買出しの他、個人用警報機や使い捨て下着の提供など、多岐にわたる。デイセンターも、受けられるサービス選択肢の1つであり、一般的には身体介護の代わりとして利用されるが、受給者の中には両方を取り混ぜてサービスを受ける者もいる。専門委員会は、NIIから資金提供を受けてはいるが、サービス提供者の選定についても、ケアプ

ランの作成についても、独自の裁量権を保持している。サービス提供契約を結ぶのは、労働社会省による承認を受けた業者に限られており、実際には、粗悪なサービス提供前歴を持つ業者が選定されることはまれである。ほとんどの自治体においては、地元の委員会が 20～30 程度のサービス提供機関をプールしており、その中から選定される。例外は、ある種の非都市部地域であり、そこではサービス提供機関の選択に関する融通性は、かなり限定されている。

本報告書は、LTCI 部門の 1996 暦年における活動に関するデータを掲載している。それらは、提出された申請書、適格性の決定、受給者層の特性などにわたる。1997 年のデータについても、一部、掲載している。さらに提供されているサービスに関する情報、直接サービス提供以外の LTCI 部門の活動についても盛り込まれている。長期ケア保険の対象層に関するいくつかの分析において、1990 年以降にイスラエルに移住してきた人々(本報告書の中では「新移民」と呼ばれている)には目を引くものがある。その他の構成層にはまた別の分析が妥当であろうが、本グループの存在は、他に例を見ないいくつかの要因により、際立っている。それらの要因としてまず、1991 年にはほぼゼロであったものが、1996 年には、受給者のほぼ 16% を占めるまでの急激な伸びを示したことが挙げられる。この数値は、彼らがイスラエル全体の高齢者の中で占める割合と一致している。また、人口統計的な特徴が、総人口のそれとは類似していないということである¹。

2. 申請と適格性取得率

2. 1 受給資格審査の段階

NII に対する申請書の提出を受け、申請者の自宅において、保健師による自立度評価が行われる。申請から、地元の NII 事務所が評価結果を受領し、適格性を正式に決定するまでの期間は、通常、2 週間以上はかからず、もっと短いこともある。受給資格のある者については、個別のケアプランの作成とサービス提供機関の選定を行う各自治体の専門委員会に対し、書類が送られる。LTCI は全く何もない状態から機能し始めるわけではなく、申請書を提出する前から、身の回りのサービスを既に受けている高齢者はたくさんいる。こういったサービスは、通常、申請者の疾病基金や地方自治体の福祉局から提供される。また、当該の申請者が適格であるとみなされ、自社が LTCI のもとでのサービス提供業者として選定されるだろうとの見込みのもとに、民間業者によって提供されている場合もある。適格性確定以前に行われるサービス提供は、専門委員会を拘束するものではなく、既存のケアプランやサービス提供機関が使われていたとしても、委員会は、専門的立場から修正・変更を加えることができる。しかしながら、概して既存のサービス提供機関が採用されているのが実情である。法律によれば、申請書を提出した翌月の一日から 60 日以内にサービスが提供されることになっており、平均して申請書提出から 30 日以内には提供されている。申請者が重篤な病気であるといった特別な場合、上記のプロセスは短期間で行われ、数日以内にサービスの提供が開始される。

¹ 1990 年～1991 年にかけて、年に 20 万人を超えるユダヤ人が旧ソビエト連邦からイスラエルに移住してきた。1996 年までに、その総人口は 60 万人を超え、それまでのイスラエルの人口を 13% 以上増加させた。これら移民の社会的・経済的ニーズに対応するため、1992 年に議会を通過した緊急法規制により、1 年間居住すれば受給が受けられるように要件が緩和された。

2. 2 申請

1996年には、申請総数は48,426件(高齢者人口の7.6%)、すなわち1ヶ月で4,052件にのぼった。年間の申請数はここ数年、安定しているが、一貫して着実な伸びを示しているのが再申請率である。表1は、1988年から1996年までの申請数と認定率、並びに再申請率を示している。1997年の申請総数は、およそ51,000件と推定されている。その認定率はおよそ52%であり、長期的に安定している。1996年に、申請が却下された理由として圧倒的に多いものは、自立度に関する十分な証拠が不足していること(91%)であり、その他の8%は、受給資格の基礎となる予備的なもの、すなわち、居住条件や年齢といった条件を満たしていないことによる。所得調査を理由に退けられたのはわずか1%である。しかしながら、所得による少数の申請却下が、潜在的な申請者の全体を代表しているとはいえない。自分の所得では認定を受けられないだろうとの思い込みが、それが事実であるかどうかはともかく、申請を思いとどまらせていると考えられる。

表1——1988年から1997年までの申請数、再申請数、認定率

予算年度	申請数	認定率	再申請率(%)
1988	14,019	56.8	8.8
1989	30,475	48.3	24.3
1990	27,734	47.3	30.0
1991	24,766	46.4	33.3
1992	38,500	50.1	34.4
1993	43,741	48.8	35.7
1994	44,398	48.0	39.1
1995	47,560	50.6	39.6
1996	48,626	50.5	41.5
1997(予測)	51,000	52.0	45.0

* 1991年4~12月までの9ヶ月のみ

LTCI法は、身体機能の急激な悪化といった状況にも対応できるよう、再申請までの期間に制限を設けていない。恐らくは、制限期間がないということが一因で、再申請は増加の一途をたどっており、1996年までには申請数5件につき、2件以上を数えるまでになった(表1参照)。1996年に受領された申請のうち42.3%が、少なくとも過去に1度は申請したことがあり、却下されたか、既にサービスが停止している者からである。1997年について言えば、再申請数は、申請総数のほぼ半分近く——45%——に達していると推測される。1996年には、これらの再申請数のほとんどは2度目の申請(複数回申請のうち57%は2度目の申請)であったが、それ以上にわたって申請をしている大きな集団が存在するのである。ある申請者群——再申請者のうちの9%——については、5度目、もしくはそれ以上の申請であった。再申請については、3つの要因が考えられる。1つは肉体的な衰えが徐々に訪れてきた場合、2つ目は急性の障害が発生した場合、3つ目は、受給資格が取得できるかどうか、ぎりぎりのラインで落とされた者が、再審査を受けたいと望む場合である。申請者側には支出が発生しないことも一因となっていく。時間の経過に伴うパターンとして、以下のようなものがますます増えてくるだろう。すなわち、当初は、急性で期間の限定されたものであった長期ケア保険へのニーズが、徐々に長期介護の必要性へと移行する——例えば、病院を退

院した後、リハビリテーションを受け、長期ケア保険が停止する、その後、一定の期間が経過した後、身体機能性の衰えにより再び長期ケア保険の必要に迫られる、といったものである。本法は元来、慢性的な身体障害者を対象としたものではなかったが、こういった例も明らかにプログラムの範疇として含まれている。このようなパターンは、複数の申請を是認する制度、また、時間の経過とともに身体機能状態が変化することを認める制度において、今後、さらに増加することが考えられる。高齢者層においては、個人のニーズが少なからず変化することは実証済みである。時間の経過とともに LTCI 受給者に見られる、身体機能的側面の変化については、まだほとんど研究がなされていない。

新移民の再申請率については、旧市民層に比べれば数年分、遅れている。このことは、LTCI プログラムが施行されたのが 1990 年であることを考慮すれば、当然のことである。経験的に考えれば、2 つの再申請率は収束する方向に向かいつつある。移民か否かによって見た場合、1996 年度の旧市民層についての再申請率は 44.0%、移民層については、29.8%である。

しかしながら、再申請が全体に占める割合より重要なのは、申請と申請の間隔である。これらの数字は、申請者が、再申請までもう少し期間を置いた方がよいのではないか、などとためらうことなく、実に多くの権利を行使していることを示している(表 2)。1996 年中に再申請した人のうち、およそ 1/3 は、遡ること半年以内に申請を出しており、半分以上(53%)が、前回の提出から 1 年以内に再申請している。全体として、1996 年には、これらの再申請に対して適格性が認められたのは、70.8%である。適格性の取得率に、申請と申請の間の時間的間隔による大きな差は見受けられない。再申請の承認率は、全体を通じてみた時の承認率(1996 年におよそ 51%)よりも極めて高いことから、再申請のうちの多くが正当性を認められていると判断される。

表 2—再申請から再申請までの間の時間的な間隔と認定率(1996 年)

再申請	時間的間隔(ヶ月数)					
	合計	0-3	4-6	7-12	13-24	25+
合計に対する割合	100%	18.7%	14.8%	19.8%	20.4%	26.2%
認定率	70.8%	74.3%	71.4%	70.0%	69.0%	70.2%

複数回目の申請にかかわるダイナミズムをさらに分析するために、申請から申請までの期間という観点から、6ヶ月未満、6ヶ月以上という 2 つの期間における ADL スコアの分析が行われた。直近とその前の申請時の自立度評価スコアを比較すると、期間にかかわらず、大きな、重要な意味を持つスコアの増大が見受けられる。6ヶ月以上経ってから申請した者と、それより短期間に申請した者の ADL スコアはそれぞれ 2.57、2.56 で、ほぼ同じであった(表 3)。これらの自立度スコアは、適格性が認められる ADL スコアである 2.5(恒常的に身の介護が必要である人々、完全な 1 人暮らしである人々を除く)をようやく超える値である。このことは、多くの場合、給付の受給資格を受けるには不十分な場合が多いにせよ、総じて見ると、ほとんどの申請者は切実に、再申請する何らかの理由を備えていることを示唆している。さらに、再申請に歯止めをかけることの難しさをも示している。

表 3——申請から申請までの期間と、自立度スコアの平均、再申請数(1996年)

前回の申請からどのくらい経っているか	申請期間		差異
	最新のスコア	前回のスコア	
合計	2.56	0.93	1.63
0-6ヶ月	2.56	0.90	1.66
6ヶ月以上	2.57	0.94	1.62

2. 3 適格性基準

年齢、所得、居住環境といった予備的な適格要件を満たした上で、自立度評価によって給付レベルが決定される。これは以下からなる。

- ADL 評価
- 恒常的な身辺介護の必要性の評価
- 申請者が1人暮らしかどうか(自宅周辺に居住する親族の有無)の決定

自立度評価は、保健師がプロトコルを使って行う。保健師は、NIIと契約を結び、全ての評価を実施する。評価の一環として、申請者の様子、自宅、正規またはインフォーマルを問わず既存の支援体制といったものを含め、申請者の生活基準に関する様々な側面を見て感じた印象を、看護師が観察し、記録する。ADL評価は、以下の5分野について行う。すなわち、移動、着衣、入浴、食物摂取、失禁、の5つである。それぞれの障害分野について、「完全な自立」から「完全な機能障害」までスコアが付与される。各分野の中間スコアは、介助があればその動作が行える能力、または、その動作を行うよう促す必要性の有無を示すものとなる。この評価は、受給適格性を決定する際の法的根拠となり、評価結果を不服とした上訴が行われた場合、司法審査の対象となる。

評価の第2番目の部分は、申請者が自分自身、あるいは他者を傷つけるのを防ぐために、他の人が絶えず傍にいる必要があるかどうかを決定するための評価である。この評価は、申請者自身の、周囲への意識、判断能力、事故の記憶や履歴などを考慮するものである。リスクファクターには、例外的行動に伴う事故は何でも含まれる。さらに、家族や雇われた介護者が、実際に恒常的な目配りを行っていることを証明するものが必要となる。ある人が、「恒常的身辺介護」(以下、CPAとする)を必要としていると評価されると、自動的に高い方の給付レベルの適格性が認められる。ADL分野については、身辺に関する目配りが必要な部分があると決定されてもスコアは割り当てられない。なせなら、これは、ある動作を行うよう促す必要性として、ADL評価スコア中に組み込まれているからである。

自立度評価の3番目の構成要素は、申請者が、近しい親族が自宅や同じ集合住宅の中に1人も住んでいない、全くの1人暮らしかどうかを決定することである。このような場合、ADL評価で累積されたスコアが最低でも2.0であれば、自立度スコアに2ポイントが追加される。ADLスコアは、0から、最大で8.0である。恒常的身辺介護については、付与されるポイントは最大6.5で、1人暮らしに対して新たに2.0ポイントが付与されれば、付与され得る合計スコアは最大で16.5である。軽度の給付レベルに対する受給資格を得るには、最低で2.5ポイントが必要となる。一方、高度の給付レベルに対する適格性を得るのに必要な最低合計

スコアは 6.5 ポイントである。表 4 は、それぞれのスコアリングと給付レベル別の受給基準を要約したものである。適格性を決定する際の各構成要素の加重は、表 5 に示されている。この表は、様々な授権基準別に、1994 年から 1996 年までに新たに適格であると判断された人々の総数分布を示している。比較のため、本プログラムが開始された 1988 年の新規受給資格取得者の分布も示した。

表 4——受給基準と給付レベルに付与されるポイントの幅

給付レベル	基準			
	ADL スコア	CPA の必要性	1 人暮らし*	合計スコア
低額給付	0.0-6.0	0.0	2.0	2.5-6.0
高額給付	6.5+	6.5	2.0	6.5+

*いずれかの他の基準で、少なくとも 2.0 ポイントは取得しておくことが加算の条件。

表 5——基準を満たすことにより適格であると判断された人数、及び新規受給資格取得者(1994-1996 年)

年度	年度中の受給資格取得者総数	ADL で少なくとも 2.5 ポイント取得	ADL で 2.0 ポイント取得、1 人暮らし	「恒常的身辺介護」が必要*
1988	20,966	75%	7%	18%
1994	23,933	83%	10%	7%
1995	25,645	83%	10%	7%
1996	26,024	83%	10%	8%

注：概数にしてあるため、パーセンテージ合計は 100%にならない。

* ADL で得点しているか否かにかかわらず、CPA で 6.5 ポイント取得している全受給者

ここ数年、自立度テストにおいて、ADL 分野での得点でその適格性が決定された人の割合は、新たに受給資格を得た者のおよそ 83%で一定している。また、新たに受給資格が認められた者のうち、「恒常的身辺介護」が必要であるとされた者の率は、7~8%で一定している。

2. 4 自立度テストスコアの分布

表 6 は、1996 年度に ADL 自立度テストを申請した人々のスコア分布と、累積された総ポイント数である。合計スコアには、「恒常的身辺介護」の必要性と、該当する場合には「1 人暮らし」に付与されるポイントが含まれている。新移民と旧市民からの申請数のスコア分布は表 7 に、別々に示されている。このスコア分布については、いくつかの点が注目になる。まず、スコアがゼロである非常に大きな集団(21.8%)が存在する。これは、何の障害も、「恒常的身辺介護」の必要性もない、ということである。また、別の 10%の集団は、0.5 ポイントしか得点していない。このことは、受給資格が得られるだろうという無意味な思い込みが多いことや、申請者自身、あるいは彼らを NII に付託した専門家側に、受給資格に

関する基本的な知識が欠如しており、恐らく認められないであろう申請を行う場合が多いことなどを示している。合計すると 48.5%の申請者は受給資格を認められておらず、合計スコアは 2.5 ポイントを下回る。ADL スコアの 2.5 ポイント近辺に、大きなクラスターが存在しているが、これは、受給資格取得のための最初の境界ラインである(図 1 参照)。このことは、有資格エリアへと申請者を「すべり込ませて」いる傾向を示しているように見受けられる。

図 1—ADL スコア分布(1996 年度申請に基づく)

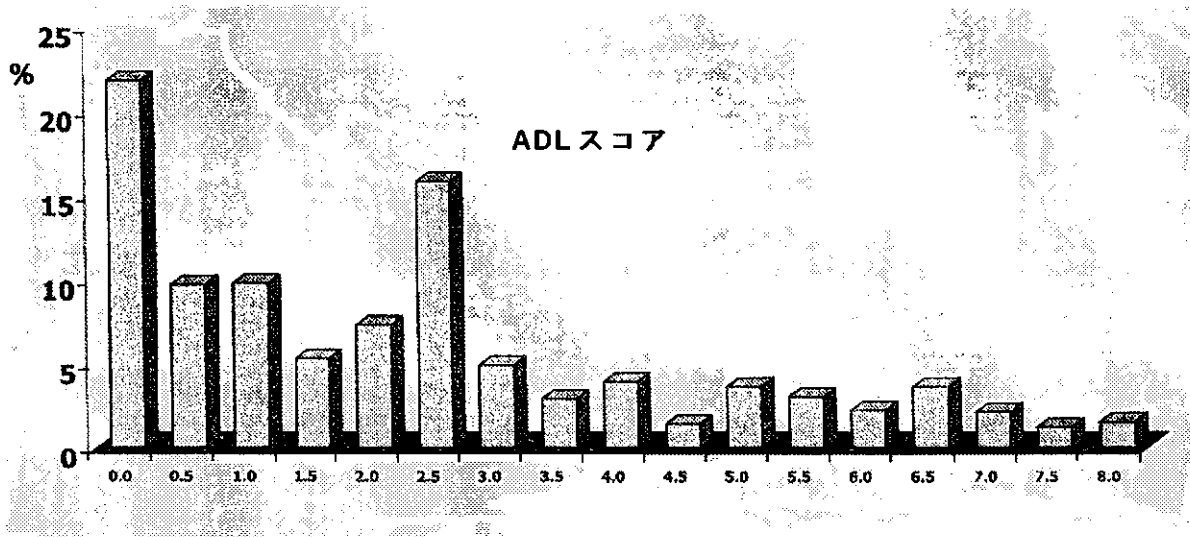


表 6—1996 年度申請者の自立度スコア分布

スコア	ADL のみ	合計スコア*
申請者数	48,626	48,626
パーセント	100.0	100.0
0.0	21.8	21.8
0.5-1.5	24.8	24.4
2.0	7.3	2.3
2.5	<i>15.8</i>	<i>10.9</i>
3.0-4.0	11.6	13.5
4.5-5.5	8.0	10.8
6.0	2.2	1.9
6.5	<i>3.6</i>	<i>3.5</i>
7.0+	4.8	11.0

* 1人暮らしで、恒常的身辺介護が必要であると報告された者のスコアを含む。

この年度中に死亡した申請者も含む。

太字のイタリックで書かれた数字は、有資格とみなされる境界ラインを示す。

表 7 は、移民資格を有する人々の ADL と合計スコアの分布を示している。各層の全般的なパターンは似通っているが、大きく異なるところがいくつかある。何の障害も持たない、つまり ADL スコアがゼロである移民層の申請が占める割合は 14.3%であり、旧市民層におけるそれ(23.4%)よりも著しく低い。ここでも、ADL

スコアが 2.5 ポイントの近辺に大きなクラスターが存在し、旧市民層よりも移民層の方がややはっきりとその傾向を示している。最後に、ADL テストで 4.0 ポイント以上取得している移民層の割合は、旧市民層におけるそれよりも高い (22.6% vs. 17.8%)。合計スコアで 4.0 ポイント以上取得している割合を比較した場合には、差が見受けられない (27.5 vs. 27.1%)。この対照的な現象は、「恒常的身辺介護」についての要件を満たす可能性が、移民層より旧市民層の方が高いことを反映したものである。

表 7—申請に見られる移民資格別自立度スコア分布

スコア	移民層*		旧市民層	
	ADL のみ	合計スコア **	ADL のみ	合計スコア **
申請者数	8,461	8,462	40,164	40,164
パーセント	100.0	100.0	100.0	100.0
0.0	14.3	14.3	23.4	23.4
0.5-1.5	25.7	25.4	24.6	24.2
2.0	5.5	3.4	7.7	2.0
2.5	<i>17.5</i>	<i>14.7</i>	<i>15.4</i>	<i>10.1</i>
3.0-4.0	14.4	14.7	11.0	13.2
4.5-5.5	9.1	10.7	7.8	10.8
6.0	3.1	2.9	2.0	1.6
6.5	<i>4.2</i>	<i>4.1</i>	<i>3.5</i>	<i>3.4</i>
7.0+	6.2	9.8	4.5	11.3

* 1989 年 12 月 31 日以降に移住してきた者

** 1 人暮らしで、恒常的身辺介護が必要であると報告された者のスコアを含む。

太字のイタリックで書かれた数字は、2 種類の給付レベルの境界ライン値を示す。

2. 5 ADL 障害の項目数と種類

ADL テストは、障害の 5 つの分野、すなわち、入浴、着衣、移動、食事、失禁について測定するものである。1996 年度の全申請者について、各項目のスコアを精査した結果 (表 8 参照)、最も障害が現れにくい分野は「移動」であることが分かった (少なくとも何らかの介助を必要とする者はたった 25%)。一方、最も障害が現れる頻度が高いのは、入浴における介助の必要性であった (76%)。ある障害について、0.5 ポイントは、ある動作を行うよう促す必要があるか、あるいはその動作を行うためのちょっとした身体的援助を行う必要があることを示す。一方、1 ポイント以上は、重度の障害で、当該の動作を行うためには、かなりの、あるいは完全な介助が必要となるとみなされる。

表 8—1996 年度の申請者全員についての個々の ADL 障害スコア分布

ADL 項目	スコア (パーセンテージ)					
	合計	0	0.5	1.0	1.5	2.0+
入浴 / シャワー	100	23.4	22.2	40.3	14.1	-
着衣	100	34.7	14.5	50.8	-	-

移動	100	74.6	17.1	8.3	-	-
食事	100	42.3	49.5	8.1	-	-
失禁	100	65.4	7.6	8.0	-	19.0

1996年度の評価スコアを分析すると、1992年から行われた先行研究の結果と極めてよく一致している。ただし、前者の調査は、1人当たりの障害がわずかに多く、また平均すると各障害についての程度もやや高いという傾向を示している²。ほとんどのADL評価においては、障害の項目数がニーズを忠実に反映しているとみなされるが、我々の研究では、障害の程度が適格性を決定する上で占める重要性にも、同様に重きをおいてきた。「移動」に関し、いずれかのレベルの障害を持つ申請者においては、98%が有資格であった。その正反対は入浴に関する障害で、適格性を付与される確率は低い。入浴に関して何らかの障害があるとみなされた申請者のうち、受給資格を認められたのは67%である。こういったデータは、ADLテストを管理する際に、階層を設定し得る可能性を示している。これにより、申請者にとっては無用なプライバシーの侵害を防ぐことができ、制度を運用する側にとっては管理費を削減することができる。今後、階層別スクリーニングというツールを採用すれば、とりわけ、ニーズの高い人々の自立度レベルを決定する際には、今以上に効果的であろう。

2. 6 適格性再審査

受給資格の再審査は、以下の2つのうち、どちらかに当てはまる場合に行われる。

- 長期ケア保険制度側の主導で行われ、適格性が条件付きのものである場合、または、受給資格に何らかの変化をもたらすような情報を新たに受けた場合。
- 申請者の側から行われるもので、自分自身の受給レベルを上げようとする場合

1996年には、10,600件の再審査が行われたが、圧倒的多数(75%)が、申請者側から請求されたものだった。これらの再審査の結果は以下のようなものである。

- それまでのレベルが高額給付であるか低額給付であるかにかかわらず、6,200件(59%)については、従来の受給資格が変わることはなかった。
- 3,113件(29%)は、低額給付から高額給付へと給付を増額できた。
- 1,222件(12%)は、高額給付から低額給付への変更がなされたり、適格でないと認定されたりして(1,076件)、給付を減額された。

再審査が、LTCIと申請者、どちらの主導で行われたのか、という観点から再審査の分析を行うと対照的な結果が浮き彫りになる。給付レベルが変わらなかった場合の両者の比率は、LTCI部門主導のものが55%、申請者主導のものが61%である。しかしながら、申請者主導により再審査を申請した者のうち、低額給付から高額給付へと、給付が上がった者は37%存在する。一方、給付が減額となった者は2%しかいない(ただし、うち96%は適格でないとされた)。対照的に、LTCI部門主導で行われた再審査では、給付額が増加した者はたった6%で、39%が給付

² 例えば、1992年の調査では、81%の人々が入浴に際して何らかの障害を持っていた。1993年、イスラエル国立保険研究所、Sarit Baich-Moray, Allan Zipkin, Brenda Morginstin 著 "Dependency Assessment under Long-Term Care Insurance" (「介護保険のもとでの自立度評価」)を参照。