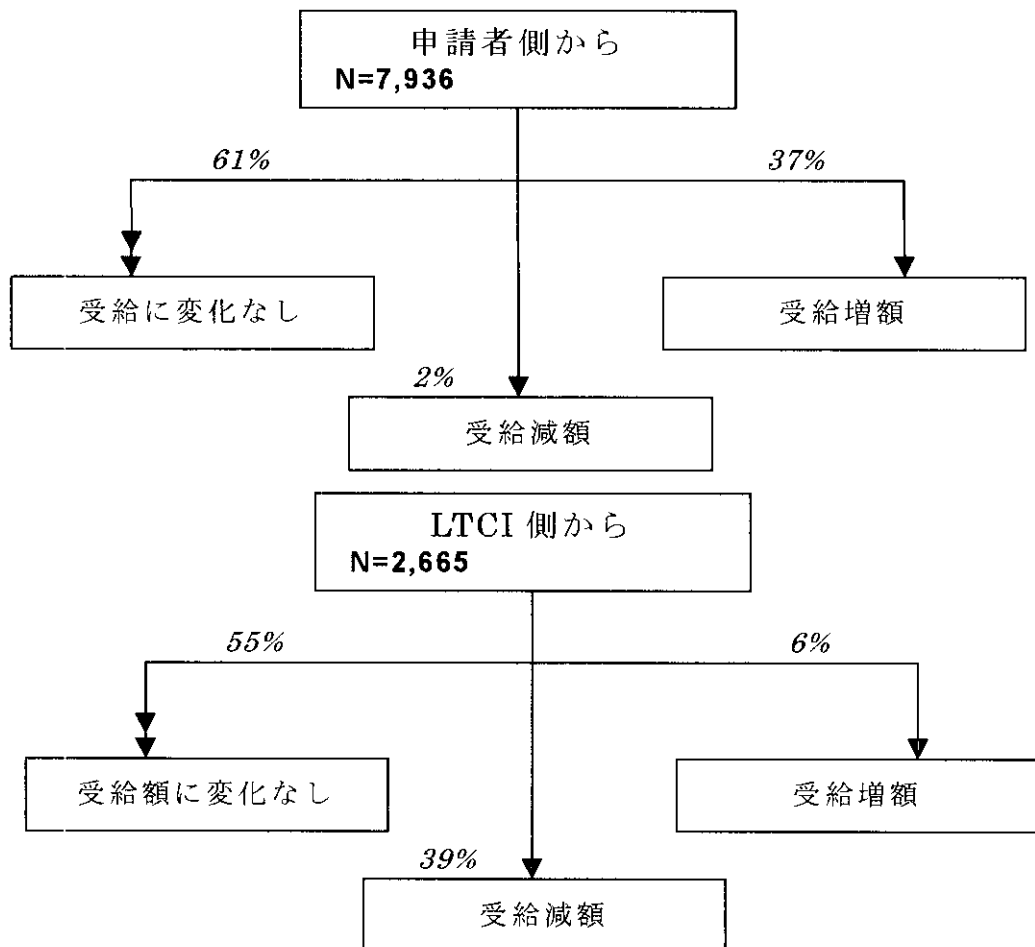


を減額されている。うち、87%は適格でないと判断された。言い換えれば、LTCI 部門主導で行われる自立度再審査 5 件につき 2 件は、給付の中止に至っているのである。

図 2— 自立度再審査が申請者、LTCI 部門、どちらの主導で行われたのかで見た受給適格性の変化(1996 年度)



3. 受給者

3. 1 受給者数の増加

長期ケア保険受給者の増加率は、高齢者層(女性：60歳以上、男性：65歳以上)全体の増加率と80歳以上である人々の増加率の双方をはるかに凌ぐ勢いである。1990年から1996年までの間、イスラエルの高齢者層全体は、年率4.0%で増加してきた。一方、同時期に、80歳以上の人々の増加率は年率7.1%であった。これらはいずれも、同時期の受給者層の増加率である15.6%には程遠い。1990年から1996年までの間、LTCI受給者数は、イスラエルの高齢者層全体の増加率の4倍近い勢いで増加していたことになる。とりわけ1992年から1994年にかけての移民の影響がなかったなら、1990年から1996年までの増加率は、年率12.3%という依然としてかなりな水準ではあるにせよ、現在よりは低いものになっていただろう。1995年から1997年までの間、増加率が約10%までに下がったのは、この時期の移民数が減少したことを反映している。受給者層の平均年齢がほぼ80歳であるため、80歳以上の人々の増加率は、受給者層の中でも引き続き高い

水準を維持するであろうと思われる。図3は、1988年から1996年までの年平均受給者数、並びに1997年の予測受給者数を示している。

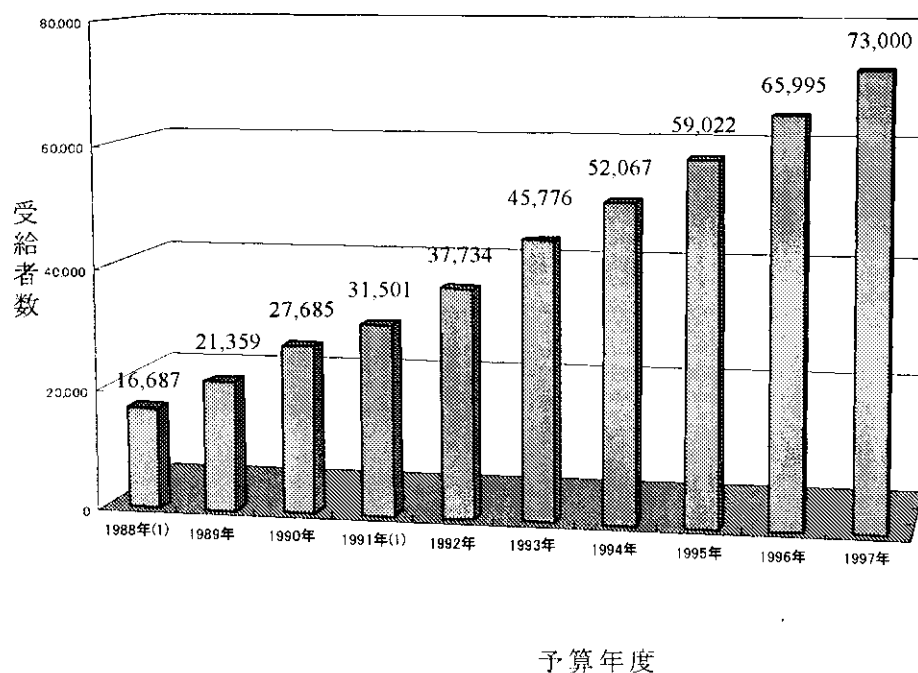
表9——移民の時期から見た長期ケア保険受給者数(1988-1997年の月平均数)

年度	合計数	1990年以前 に 移住	1990年以降 に 移住	最近の移民 が全体に占 める割合
1888*	16,687	16,687	-	-
1989	21,359	21,359	-	-
1990	27,685	27,685	-	-
1991**	31,501	31,270	231	0.7%
1992	37,734	36,277	1,457	3.9%
1993	45,776	42,220	3,556	7.8%
1994	52,067	46,506	5,561	10.7%
1995	59,023	51,691	7,332	12.4%
1996	65,995	56,678	9,317	14.1%
1997	73,000	61,353	11,647	16.0%

* 1888会計年度末(1989年3月)

** 会計年度は1991年4~12月

図3——LTCI受給者数(1988-1997年の月平均数)



(1)1988会計年度は1988年から1989年3月

(2)会計年度は1991年4~12月

3. 2長期ケア保険の適用を受けている人々の比率

1996年には月平均で、受給資格を備えた高齢者層(男性:65歳以上、女性:60歳以上)のうち、1/10以上に当たる人々がNII(国立保険研究所)の長期ケア保険給付を受け取っている。この受給率は、本制度が開始された最初の年から、着実

かつ顕著に増加してきており、1988年から1990年にかけては、受給率は高齢者層の4~5%に達した。受給率の上昇には、80歳以上の人々の急激な増加が深くかかわっている。さらに重要なことは、この受給率は依然、頭打ちになったとは思われず、1989年の4.4%から着実に上昇を続け、1996年には10.3%に達するものと見られる点である(表10参照)。

表10——LTCI受給率(1989—1996年の抜粋)

年度	1989	1992	1993	1994	1995	1996
平均受給者数 (000)	21.4	37.7	45.8	52.1	59.0	66.0
総人口(000)*	487.7	570.3	588.9	606.5	624.0	641.4
長期ケア保険を 受給している 人々の割合	4.4%	6.6%	7.8%	8.6%	9.5%	10.3%

* 60歳以上の女性、65歳以上の男性； 在宅者、施設入居者を含む。

出典： *Central Bureau of Statistics Annual Reports, 1989-1997*

年齢と性別による給付受給率のデータについて、表11と図4は、その固有の人口層における受給者人数を、割合で示している。上述のように、1996年度には、月平均で高齢者層の10.3%にLTCIの受給資格があった。女性における受給率は、同じ年齢層の男性に比べ、著しく高くなっており、全体として見るとそれぞれ11.6%、7.9%である。両性において最も若い年齢層について見ると、その率は相対的には低い。すなわち、65~69歳までの年齢層については、男性と女性の受給率はそれぞれ、1.2%、4.8%である。最も年齢の高い層、つまり85歳以上で見ると、女性の受給率は47.7%、男性の受給率は34.3%である。施設入居者である高齢者を除くと、コミュニティ在住の高齢者の受給率はさらに高くなる。というのは、施設入居者は原則として長期ケア保険の受給資格がないからである(独立住宅に居住し、障害を持つ、ごくわずかの高齢者を除く)。米国で最近出版されたデータは、コミュニティに住む高齢者にADL上の制約はるかに少ないことを示しているが、ADLに何らかの制約を持つ人々の年齢と性別については、同様の相関関係を示している³。例えば、1989年のデータにおいては、コミュニティに住み、何らかのADL障害を持つ65歳以上の高齢者は、12.8%であるが、ADL障害を持つ女性の率は、男性よりも60%も高い(15% vs. 9.4%)。この米国での数字——女性の14.9%、男性の7.9%——は、イスラエルにおける65歳以上のLTCI受給者の割合と大きく異なるものではない。

しかし、イスラエルにおいて、長期ケア保険の給付対象となる人々のことを考慮すると、それらの人々の割合は10.3%から約13.8%へと増加する。この13.8%という数字は、何らかの障害を持つ1996年度の申請者を算入した予測値であるが、これは該当する人々の数を過小評価していると考えべきである。というのは、主に収入の点から、給付を拒絶されるであろうとの見込みのもとに申請を思いとどまる高齢者もいるからである。

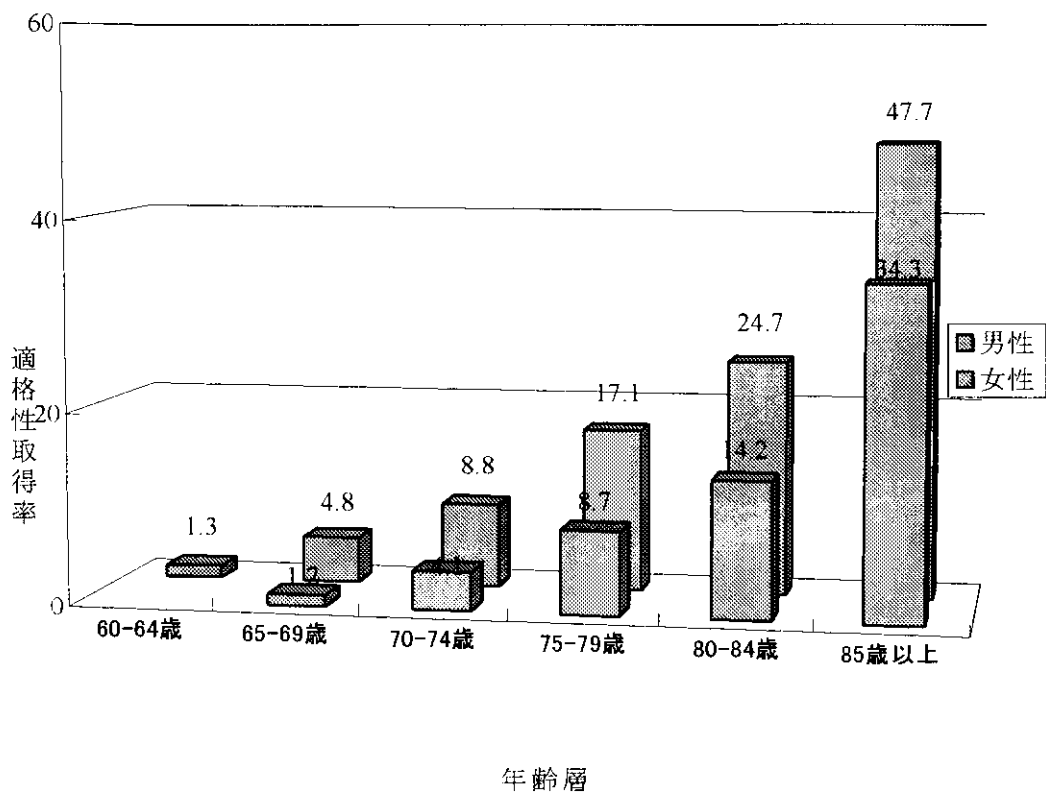
³ *Limitation in Activities of Daily Living Among the Elderly*, National Aging Information Center, Washington, 1996

表 11—年齢と性別で見た長期ケア保険の適格性取得率

年齢と性別	その層の人口合計*	平均受給者数	
		数	総人口に占める割合
合計	641,000	65,955	10.3
パーセンテージ	100.0	100.0	
60-64	15.3	1.9	1.3
65-69	26.6	8.3	3.2
70-74	23.9	15.9	6.8
75-79	15.1	19.8	13.5
80-84	11.4	22.6	20.5
85+	7.7	31.4	42.1
男性—合計	232,700	18,434	7.9
パーセンテージ	100.0	100.0	
65-69	32.6	4.9	1.2
70-74	27.8	14.3	4.1
75-79	18.1	19.8	8.7
80-84	12.7	22.8	14.2
85+	8.8	38.2	34.3
女性—合計	408,700	47,521	11.6
割合	100.0	100.0	
60-64	24.0	2.7	1.3
65-69	23.1	9.6	4.8
70-74	21.8	16.5	8.8
75-79	13.5	19.8	17.1
80-84	10.6	22.6	24.7
85+	7.0	28.8	47.7

*男性 65 歳以上、女性 60 歳以上の施設入居者、非施設入居者を含む。

図 4——年齢別・性別に見た適格性取得率(1996年)



3. 3 受給者の特徴

① 給付レベル

1996年度の月平均では、全受給者の78.1%が低額給付額の受給基準を満たしていた(所得調査によって、給付額が半減される人々も含む)一方、21.9%が高額給付の受給資格を備えていた。1996年についての低額給付額と高額給付額はそれぞれ、月額でおよそ370米ドル、555米ドルに相当する。制度開始時には高額給付の有資格者が28.3%とやや高かったものが、1994年度には21.2%と徐々に減少した後、1995年から1997年までの最近3年間で再び緩やかに増加してきたことを示しているのが図5である。高度受給者が若干、増加してきた最大の原因として、受給層の高齢化があると思われる。例えば1989年には、全受給者のうち、85歳以上の高齢者は27%であったが、1996年までにこの層は、旧市民層の間で31%余まで増加した。85歳以上の人々の割合がより多いにもかかわらず低額給付を受けている、「恒常的身辺介護」を必要とする新移民の人々がいなければ、高額受給者の割合は、現在のそれを凌駕するものとなっただろう。

移民か否かによって見ると、旧市民層の方が新移民よりも若干、ADLにおける自立度が低い。すなわち、前者のうち23%が高度受給者であり(所得により給付を減額されている1%を含む)、後者の高度受給者は19.1%である(表12参照)。これにより、本来ならばさらに増加していたはずの高額給付受給者の割合が若干、減少している。

図 5—受給レベルで見た受給者(1988—1997 年)

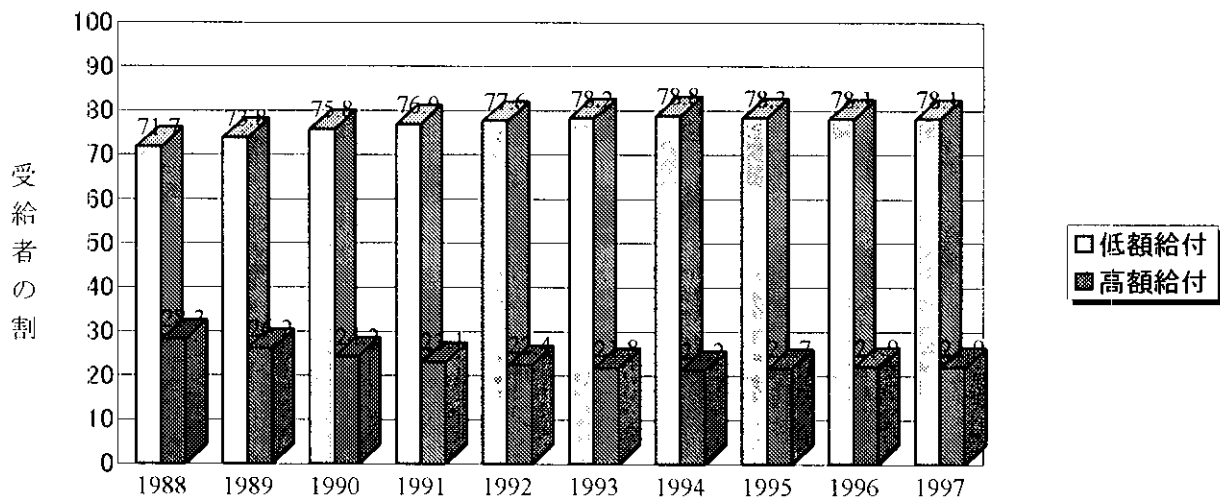


表 12—給付レベルと、移民か否かで見たイスラエルの受給者分布(1996 年 12 月)

旧市民層	N	合計	給付レベル			
			減額された低額給付	減額された高額給付	低額給付	高額給付
合計	69,8	100	2.0%	0.9%	75.5%	21/6%
移民**	39	%	0.2%	0.1%	80.7%	19.0%
旧市民	10,4	100	2.3%	1.0%	74.6%	22.0%
	30	%				
	59,4	100				
	09	%				

* 低額給付レベルは平均賃金の 25%に設定した参考レベルである。給付は所得調査の結果、半額まで減額されることがある。高額給付は平均賃金の 37.5%である。

** イスラエルへの入国が 1989 年 12 月 31 日以降。

②移民資格

表 13 に示されているのは、1996 年度末の LTCI 受給者の人口統計的特徴に、移民かどうかという視点で分析を加えたものである。性別で見ると、女性が男性を 3 倍も員数的に凌駕しており、そこには移民か否かによる差異は見受けられない。年齢別では、1/4 以上が 85 歳以上であり、80 歳以上の総数の半分に達する。新移民層を見ると、85 歳以上の人々は、旧市民層よりも比率ではやや多いが、両層の年齢の中央値に大きな差は見られない。居住環境別に見ると、配偶者と暮らしているのは 5 人に 2 人 (41.2%) だけで、ほぼ 2 人に 1 人 (46.6%) が 1 人暮らしであり、8 人に 1 人 (12.2%) が配偶者以外の誰か——通常は子供——と暮らしている。移民だけで見ると、配偶者と一緒に暮らしているのははるかに少なく、わずかに 32%であり、はるかに多い人々 (31.4%) が配偶者以外と暮らしている。新移民の間に見られるこのような居住環境パターンは、経済的に逼迫した状態で暮

らしている人々の割合が多いことと、文化的な要因による。

表 13——長期ケア保険受給者の人口統計的特徴(1996年12月)

人口統計的特徴	合計	旧市民層	移民層
人口規模	69,839	59,409	10,430
性別			
合計	100.0%	100.0%	100.0%
女性	72.3%	72.3%	72.6%
男性	27.7%	27.7%	27.4%
年齢層			
合計	100.0%	100.0%	100.0%
60-64	3.2%	3.3%	2.7%
65-69	9.9%	9.8%	10.3%
70-74	17.5%	17.3%	18.5%
75-79	19.7%	20.1%	17.6%
80-84	23.4%	23.5%	22.7%
85+	26.4%	26.0%	28.3%
中間	79	79	80
家族構成			
合計	100.0%	100.0%	100.0%
独居	45.1%	46.6%	36.8%
既婚	39.8%	41.2%	31.9%
子供などと同居	15.1%	12.2%	31.4%

③継続受給年数

1996年末の時点でほぼ70,000人に達する受給者のうち、1/3以上(35%)については、給付を受けている期間が1年未満である一方、長期ケア保険の受給が5年以上に及ぶ人々も10%程度いる。旧市民層においては、5年以上にわたって給付を受けている人々が13%ほど存在する。計算の前提について言及しておく。ここでは、継続受給年数は、適格性が初めて認められた時からの年数として計算されており、様々な理由(入院、再分類など)により受給者が一時的に受給資格を失っていたかもしれない途中の一時期も含まれている。現在の受給者グループのうち、制度開始の年である1988年以來、継続して給付を受け取っている者は1.4%しかいない。表14は、移民資格の有無によって見た受給者の継続受給年数を示している。

表 14——継続受給年数で見た受給者分布率(1996年12月)

受給資格を取得した最初の年	合計	旧市民層	移民層
合計数	69,839	59,409	10,430

合計	100.0	100.0	100.0
1996	35.0	33.6	42.9
1995	21.5	21.1	23.6
1994	14.9	14.9	15.3
1993	10.8	10.7	11.2
1992	6.9	7.1	5.8
1991	3.8	4.3	1.2
1990 以前	7.1	8.3	0

* 制度開始以降の年数が、移民が増加してきた年数と相関関係にあるため、移民についての継続受給年数のデータを旧市民層のものと比較することはできない。継続受給年数に関するデータで、より信頼性の高いものは旧市民層のデータである。

④「恒常的身辺介護」の必要性——人口統計的特徴

上述のように、自立度テストによって判断される「恒常的身辺介護」(CPA)を必要とする人々の割合は、1988年の制度開始時より激減した。当時、これに該当する人々は、その年の受給者全員の18%を占めていたのである。1994年から1996年までの間、この割合は一貫しており、毎年新たに受給資格を得る人々の7~8%で推移していた。表15は、1996年12月時点の受給者において、CPAを適用された人々の人口統計的特徴を、移民資格の有無とともに示している。全体的に、この月の69,839名の全受給者中、7%の人々はCPAの必要があるとされている。男性の方が、女性よりもCPAが必要とされる傾向が強く、その割合は8.2%対6.5%である。家族構成で見た場合、既婚の受給者の方が、配偶者がなく独居の受給者よりもCPAを必要としており、さらにこれは性別と相関関係にある。すなわち、配偶者と同居している男性の方が、女性よりもCPAを必要としているのである。年齢別に見た場合、CPAの必要性は年齢が増すにつれ、増大するが、その関係はリニアなものではないようだ。最年長のグループ、つまり85歳以上の人々については、CPAを必要としている人々の比率は7.7%から、その次に年長のグループ、つまり80~84歳の人々の値である7.4%にまで実際に減少してきている。この傾向はとりわけ、男性の間で顕著に見られる。

移民か否かで見た場合、CPAを必要としているかどうかには著しい差異が見受けられ、旧市民層では7.4%、新移民層では4.7%である。例えば、新移民層では、CPAを必要としている人々の性別比は女性4.4%、男性5.6%と似たような値であるが、旧市民層で見た場合、それらはそれぞれ、6.9%、8.7%である。あらゆる年齢層についてこの顕著な差が見られるため、このような比率の違いは年齢構成によっては説明がつかない。長期ケア保険を受けている新移民20人につき、およそ1人が「恒常的身辺介護」が必要であり、各年齢層において4.0から5.3%までの幅に収まっている。旧市民層を見るとこの幅は、5.4%から8.3%までと大きくなる。このような傾向は、新移民層においては旧市民層よりも、自立度に関する均質性がより高いことを示すものである。これは恐らく認知力に障害のある高齢者が移民する可能性が低いことの結果であろう。その結果、移民層は、旧市民層とは著しく異なる認知力障害率を示すことになった。

表 15——移民資格の有無と人口統計的特徴で見た
「恒常的身辺介護」を必要とする受給者の比率(1996年)

人口統計的特徴	合計	旧市民層	新移民層
合計	7.0	7.4	4.7
年齢層			
60-64	5.4	5.4	4.0
65-69	5.8	5.9	4.5
70-74	6.2	6.4	4.2
75-79	7.8	8.3	4.9
80-84	7.7	8.2	5.3
85+	7.4	8.2	4.7
女性	6.5	6.9	4.4
60-64	5.4	6.5	4.0
65-69	5.0	5.1	3.2
70-74	5.7	5.9	4.1
75	7.4	7.9	4.3
80-84	7.2	7.7	4.9
85+	7.3	8.1	4.9
男性	8.2	8.7	5.6
65-69	8.2	8.4	7.0
70-74	7.7	8.1	4.5
75-79	9.0	9.4	6.4
80-84	8.8	9.2	6.3
85+	7.5	8.3	4.1
家族構成——合			
計	8.0	8.5	4.7
既婚	6.3	6.6	4.0
独居	6.2	6.6	5.7
子供などと同居	6.5	6.9	4.4
女性	7.3	7.7	3.6
既婚	6.3	6.5	4.0
独居	6.1	6.5	5.5
子供などと同居	8.2	8.7	5.6
男性	9.0	9.5	5.8
既婚	6.7	7.1	4.2
独居	6.9	7.3	6.6
子供などと同居			

4. サービスとケア提供者

4. 1 支払方式

給付の支給方法としては、ほとんどが現物支給型と言える。1996年には、サ

ービスを受け取ることのできるあらゆる人々のうち、平均して98%が、在宅かデイケアセンターでサービスを受けている。サービスを受けている月平均65,995名のうち、サービス提供機関が近くにないために現金給付を受けているのは、73名という無視できる程度の人数に過ぎない。また、全体の2%程度に当たる1,311名の人々は、自分達に受給権利のあるサービスを受けることを拒否している。個々人に合ったケアプランをソーシャルワーカーに作成させているにもかかわらず、給付について家族と話し合った結果、このような選択が行われているのである。受給適格者が、提供されるサービスを頑なに拒絶する場合、コーディネーターが、状況や拒否の理由を説明する簡単な報告書を地元の専門委員会に提出する。サービスを拒否する人々は、積極的にサービスを受けようとする人々よりも機能障害が少ないことが多く、このことがサービス拒否という決定に影響を与えている可能性がある。1996年の夏、「高齢者と年金生活者に対するカウンセリングサービス」によって、サービスを拒否している人々全員を対象とした研究が行われ、その中で、在宅介護の代替資源、NIIからのサービス受領拒否を決定する上で家族が果たす役割、及び拒否の理由が検証された⁴。カウンセリングサービスのボランティアが、聞き取り調査を行った。当時、サービスを拒否しているとして930名の高齢者の氏名が挙げられていた。これらのうち、ボランティアや面接者が対象者の自宅で会うことができたのは、566名のみであり、多くは既に施設に入居していた。この研究の結果は、なぜサービスが拒否されるのかを理解する上で、大変参考になるものであった。まず、ボランティアや面接者のもたらした情報や支援のおかげで、以前はNIIによる介護を拒否していた人々のうち、かなりな人数(39%)に当たる人々が気持ちを変化させ、ボランティアの訪問後にサービスを受ける気になった。経験論から言えば、彼らの多くは、いずれ心変わりすることになったのだろうが、訪問や面接がそれまでの過程を加速させたのである。残りの61%の高齢者のうち、過半数(55%)は、直ちにサービスを受ける必要を感じていない、もしくは違うところから援助を受けている、としていた。一方、かなり大きな層である29%の人々は、赤の他人から介護を受けることに対する抵抗を示した。現金給付の方を受けたいとする意志を、サービス拒否の理由としてあげたのはごくわずか(6%)に過ぎなかった。これらの結果は、現金給付への志向をはっきりと示していた、以前のNII調査結果とは、やや矛盾するものである。NIIが以前に行った調査では、サービス拒否の主な理由は、現金給付志向や、家族でない介護者(ホームヘルパー)の不足、といったものであった。これら2つの調査の違いを説明する最大の理由となっているのは恐らく、2番目の調査時点ではサービス拒否の理由が広がりを見せてきた、ということであろう。つまり、最初の研究時において、サービスそのものより現金給付の方が好ましいからという理由でサービス拒否をしていた人々の中で、かなりの割合が、もはや身辺介護の必要性がない程度まで身体状況が回復したとも述べているのである。

4. 2 サービスの提供

1996年10月の時点で、サービスが提供される場所別に見ると、圧倒的多数の受給者が、身辺介護サービスを自宅で受けている(表16参照)。また、かなりな割合となる8%の人々は、デイセンターで介護を受けている。このサービスの人気が増し、利用もしやすくなっていることは、デイセンターで世話をされている

⁴ "Agency Initiated Home Visits for the Aged Who Refuse Nursing Assistance", Givoli, Z. and Sharon, V., *Surveys and Reviews in Gerontology*, Israel Gerontological Society, No. 103, Summer

人々が1991年には1,600名だったのが、1996年には4,855名へと増加していることから見て取れる。デイセンターの分布は、地理的に偏っており、このような状況を改善することが、長期ケア保険NII部門が運用する「長期ケア保険サービス振興基金」(以下参照)の従来の中心活動の1つである。使い捨て下着を受け取っているのは、全受給者の7%で、うち1%は、洗濯サービスも受けている。当然のことながら、多くの高齢者が複数のサービスを受けている。従来にも増して、個人用警報機は人気の高いサービスで、1996年10月時点で全受給者のうち、13%に当たる人々が持っている。

表 16——サービス種類別に見た受給者
(1996年10月)(N=61,706)

提供されるサービス*	受給者数	全体に占める割合
身辺介護	58,689	95%
デイセンター	4,855	7.9%
使い捨て下着	4,569	7.4%
個人用警報機(緊急時呼び出し装置)	8,204	13.3%
洗濯、その他	618	1%

* 受給者は2つ以上のサービスを受けている可能性がある。

4. 3 サービスプランと給付レベル

表 17 は、1996年に新たに受給適格者となった高齢者層が受けているサービスを示したものである。全体として見ると、1996年の新規受給適格者のうち、3/4以上が、在宅で身辺介護サービスのみ受けている。2.2%はデイセンターサービスのみを受けており、2.7%の人々はデイセンターサービスと身辺介護サービスを両方受けている。デイセンターでの介護を受けている人々の合計は4.9%になるが、これは、受給者全体を示した表 16の数値より著しく少ないことになる。この減少が、利用パターン、または供給のどちらかにおける傾向を示す一時的なものであるのかどうかということについて、現時点では全く明らかになっていない。さらに、デイケアは、新規適格者向けの最初のケアプランには盛り込まれないことが多く、ADLの悪化に伴いデイケアが一層必要となったときに付加されるものである。高額給付(高額給付が減額されたものも含む)を受けている人々については、低額給付の受給者よりも比較的多くがデイセンターを利用している。

1996年度の新規適格者のうち、17.2%という大きな層が、身辺介護と、少なくとももう1つの「その他のサービス」とを受けており、それらは、使い捨て下着か緊急時呼び出し装置のどちらかであることが多い。このサービスパッケージは、高額給付を受けている新規適格者の間で顕著に見受けられ、身辺介護とその他のサービスを受けている者は30.5%にのぼる。

表 17——新規適格者について給付レベル別に見たサービスの種類(1996年)

サービスプランの種類	給付レベル*				
	合計	減額された軽度	減額された高度	軽度	高度

総受給者数**(1996年)	23,171	673	259	16,125	6,114
パーセンテージ	100	100	100	100	100
在宅での身辺介護のみ	77.3	90.3	84.9	82.0	63.3
デイセンターのみ	2.2	2.4	5.8	1.8	3.2
身辺介護&デイセンタ	2.7	0.4	0	3.0	2.2
ー	17.2	5.7	8.9	12.8	30.5
身辺介護&その他のサ	0.6	1.2	0.4	0.5	0.8
ービス					
その他					

* 給付は所得調査の結果、半額まで減額されることがある。

** 専門委員会によってサービスプランが作成されていない新規適格者は含まれていない。

4. 4 サービス提供機関

1997年までに、在宅介護サービスを LTCI 受給者に提供する機関の数は、500以上に増加した。これらの機関の多くが、同じ親会社の系列会社か、地方支部である。全ての機関は労働社会省の認可を受けているが、サービス実施の条件は、NII と特定の機関との間で契約を交わす際、決定される。その条件とは、例えば、在宅介護者に対する社会保障給付の支給を義務づけるなどである。これらの中で最大の機関は、各地にいくつもの支部を併せ持つ、非営利団体の MATAV である。これは、LTCI 法が施行される以前は唯一の在宅介護サービス提供機関であった。当時、対象としていた高齢者の数はわずかであったが。1988年には、MATAVのみで、LTCI 受給者のおよそ 1/3 に対してサービスを提供していた。この当時は、民間企業による在宅介護の提供はほとんど行われていなかったのである。1997年までに、MATAV のシェアは 20%程度までに下がった。しかし、このシェア低下は、1988年時点で在宅介護を受けていた人数の 3 倍以上にまで膨れ上がった市場において発生したものである。

在宅介護サービス市場において際立った特徴は、本法が施行されて以来、民間セクターが急速に成長してきたことである。1989年1月には、民間企業が提供する総サービス時間は全体の 45.7%であったが、1997年7月までに、総サービス時間の 62.4%を民間企業が提供するまでになっている(図 6 参照)。ケースミックスによる違いを示すものは見受けられないようである——高額給付を受けている(従って、より自立度の低い)サービス受給者の比率は、営利団体についても非営利団体についても類似していて、ほぼ 21%程度である。協同組合に分類されるサービス提供機関(キブツ《訳注: イスラエルの農業共同体》やその他の農業共同体セツルメント)では、高額給付を受けている受給者の比率が著しく高い。

図 6——サービス提供機関の所有形態別に見たサービス時間(1997年7月)

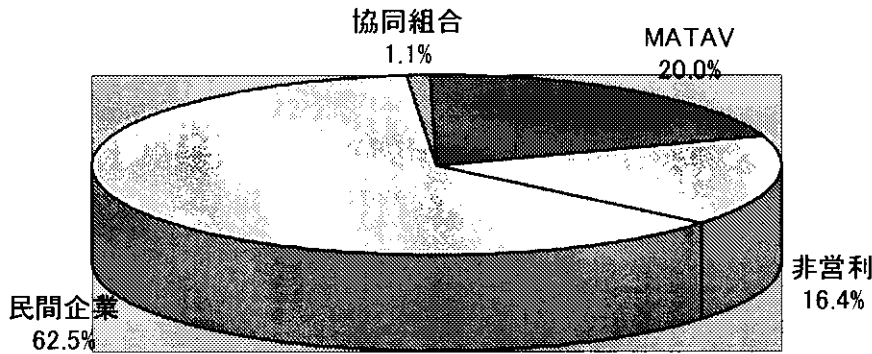
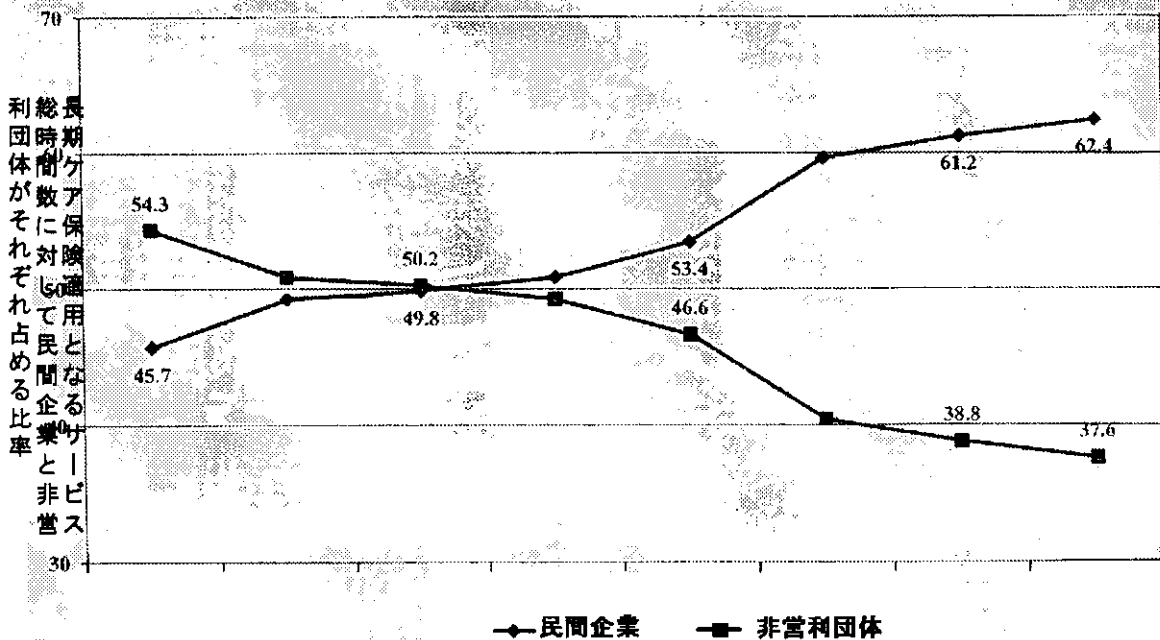


図 7——サービス提供機関の所有形態別に見たサービス時間分布(1989-1997年)



4. 5 モニタリングと品質管理

LTCI 法では、受給者に対するサービスの提供量やレベルを決定する責任を、国立保険研究所が負うものと規定している。地元の専門委員会は、対象となるサービスを実施するという職務を委任されている。従って、2つのレベルでそれぞれに機能する2種類のモニタリングシステムが存在する。

①モニタリングと品質保証についての日常業務

1. 地元の専門委員会は、定常的にサービスの質を監視する。また、苦情を受けたり、変則的な対応を行ったりした場合など、何かへの対応の一環としてもサービスの質を監視する。専門の連絡担当者はソーシャルワーカーか看護師のどちらかであり、受給者1人1人につき専門委員会が指名する。専門の連絡担当者

は、サービスプランが実施されていることを確認するとともに、何か問題が生じた際、受給者が頼るべき連絡先を指定する。連絡先として指定された担当者の氏名や電話番号は、受給資格の取得通知に記載されている。

2. サービス提供機関には、サービスの提供を監督する義務と併せて、少なくとも2ヶ月に1度は専門の監督者に各受給者宅を訪問させる義務がある。さらに、サービス提供機関は、地元の専門委員会に対し、1ヶ月に1度を基本として、その月訪問した受給者に関する報告書を提出しなければならない。その際、発生したサービスに対する請求書も併せて提出する。これらの報告書は委員会のコーディネーターにも回覧され、必要に応じて活用される。

②標本抽出によるモニタリング活動

国立保険研究所では、2つの方法を通じて長期ケア保険制度を監視している。1つは、サンプルとして抽出された高齢者の自宅における面接、もう1つはサービス提供機関に対する組織レビューである。

③自宅での面接

この制度においては、受給者が、本人に見合ったレベルや範囲のサービスを受けているかどうか、また、受けているサービスに満足しているかどうかを検証するために、サンプル抽出されたサービス利用者に対する家庭訪問や面接が行われる。訪問の結果、何らかの不備が明らかにされれば、それらは全て専門委員会に報告される。

1996年には、約5,000件の面接が、半数は外部監査機関によって、残りの半数は高齢者カウンセリングサービスのボランティアによって行われた。後者のモニタリング方法は、特別に訓練を受けた高齢者のボランティアが家庭訪問することにより、気の置けないフレンドリーな環境で介護の質を確認することができるという工夫がなされている。

④サービス提供機関に対する組織監査

これらの監査は、年間、サービス提供機関の約1/3に対して行われるので、各機関は少なくとも3年に1度は監査を受けることになる。前年に何らかの欠陥があるとされたサービス提供機関は、翌年の監査にも組み入れられる。この監査は、介護者がつけている業務日誌の監査と、国立保険研究所に当該機関から提出された請求書の監査を通じて行われる。介護者への給与も精査され、賃金協約で補償される社会保障給付が、全額支払われているかどうかを確認する。

5. 資金調達と支出

5.1 資金調達

長期ケア保険の資金源は2つである。1つは保険料、もう1つは政府による補助金である。後者は、国内での最低限の居住期間を満たしていない受給者、もしくはそのような受給者の扶養家族である受給者に対する支出を填補するものとして、あらかじめ使途が指定されている。実質的には、長期ケア保険を受けている全ての新移民はこの範疇に入ることになる。

保険料の徴収は1980年に開始され、その料率は従業員賃金の0.2%に設定されていた。これは、雇用者と被雇用者との間で均等に分割され、それぞれが0.1%を負担するものとされた。その後、何年かにわたり政府方針の転換が検討された結果、1997年には、雇用者負担分の料率は、従業員賃金の0.06%にまで引き下げられた。この料率の下げ幅分を穴埋めするため、0.04%の差額を支払っているのは政府である。従業員の負担料率は変わっていない。さらに、以前定められていた受給のための居住条件(12ヶ月の国内居住期間)のもとでは資格が得られなかった新移民の高齢者、並びに社会保障法のもとでは無保険者となっている主婦の保険料を填補するためにも政府支援が行われている。この支援は、最近5年間にわたりLTCIとして支払われている給付総額の中でも、徐々に大きな割合を占めつつある。1990年には、受給者への直接の給付総額の12%にしか過ぎなかったものが、1996年までにはほぼ20%にまで達した(以下参照)。

5. 2 支出

給付のための支出と併せて、LTCI法では長期ケア保険制度に関連するいくつかの付加的な支払いについても規定している。LTCI予算の15%は、保健省と労働社会省の両方に割り当てられ、看護用ベッドの追加にかかるコストを賄っている。保健省は、スキルド・ナーシング施設のベッドを、一方、後者は、脆弱な高齢者に提供する居住用ベッドを所轄している。この割当分が、老人用ベッドを確保するための両省の予算において占める割合は、かなりなものである。労働社会省において、1990～1995年までの間の当該予算割合は20%前後であるが、保健省における割合は、労働社会省に比べ、著しく低く、1年におよそ5～6%程度である。本法の追項では、上述の2省において、高齢者向けのコミュニティサービスや入居施設サービスを充実させることを目的とした2つの基金を、制度開始から数年間に限って設立することを定めている。これら基金は暫定的なもので、新LTCI法への移行を円滑にすることを意図したものであったが、議会はこれら基金の期限延長を決めた。表16は、1988～1997予算年度における、長期ケア保険制度に対する予算項目ごとの支出(1996年の通貨価値で調整済み)を示している。予算項目の運営コストとは、法律の運用に伴う一般管理費のことである。保健師によって行われる自立度テストの運営コスト、専門委員会のメンバーやモニタリングを行う看護師やソーシャルワーカーの給与などがこれに当たる。ここに含まれていないのは、法律を運用する国立保険研究所内での一般管理費である。1996年には、一般管理費と併せた給付合計額は、全支出の約90%を占めた。

年間の経常支出は、制度の完全な施行開始以来、徴収される保険料を上回っている。1996年には、徴収額は支出の42%をかるうじて賄えるに過ぎなかった。1997年の経常赤字は、6億シェケル(1996年の通貨価値で調整済み)にのぼると見積もられており、これは今後も増え続けることが予想される。この赤字を填補するために、暫定的に取られている措置としては、LTCI以外のNII保険機構からの振り替えなどがある。受給者数を増やす要因となっている事柄については、今後、さらに幅広い分析の対象となるものと思われる。金を、制度開始から数年間に限って設立することを定めている。この基金は暫定的なもので、新LTCI法への移行を円滑にすることを意図したものであったが、議会はこの基金の期限延長を決めた。表16は、1988～1997予算年度における、長期ケア保険制度に対する予算項目ごとの支出(1996年の通貨価値で調整済み)を示している。予算項目の運営コストとは、法律の運用に伴う一般管理費のことである。保健師によって

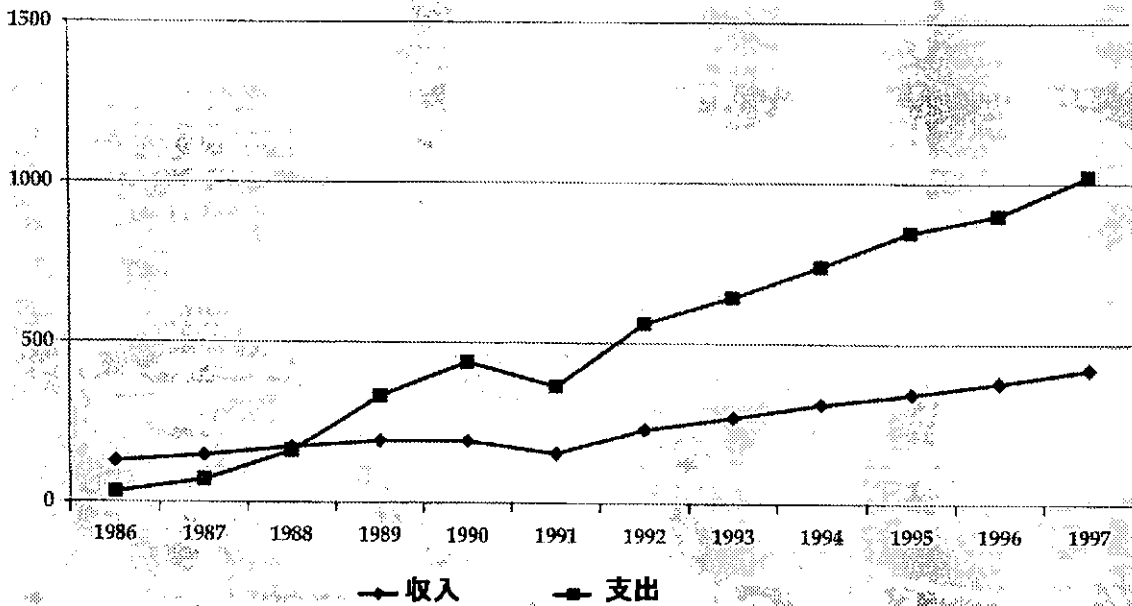
行われる自立度テストの運営コスト、専門委員会のメンバーやモニタリングを行う看護師やソーシャルワーカーの給与などがこれに当たる。ここに含まれていないのは、法律を運用する国立保険研究所内での一般管理費である。1996年には、一般管理費と併せた給付合計額は、全支出の約90%を占めた。

年間の経常支出は、制度の完全な施行開始以来、徴収される保険料を上回っている。1996年には、徴収額は支出の42%をかろうじて賄えるに過ぎなかった。1997年の経常赤字は、6億シェケル(1996年の通貨価値で調整済み)にのぼると見積もられており、これは今後も増え続けることが予想される。この赤字を填補するために、暫定的に取られている措置としては、LTCI以外のNII保険機構からの振り替えなどがある。受給者数を増やす要因となっている事柄については、今後、さらに幅広い分析の対象となるものと思われる。金を、制度開始から数年間に限って設立することを定めている。この基金は暫定的なもので、新LTCI法への移行を円滑にすることを意図したものであったが、議会はこの基金の期限延長を決めた。表16は、1988～1997予算年度における、長期ケア保険制度に対する予算項目ごとの支出(1996年の通貨価値で調整済み)を示している。予算項目の運営コストとは、法律の運用に伴う一般管理費のことである。保健師によって行われる自立度テストの運営コスト、専門委員会のメンバーやモニタリングを行う看護師やソーシャルワーカーの給与などがこれに当たる。ここに含まれていないのは、法律を運用する国立保険研究所内での一般管理費である。1996年には、一般管理費と併せた給付合計額は、全支出の約90%を占めた。

年間の経常支出は、制度の完全な施行開始以来、徴収される保険料を上回っている。1996年には、徴収額は支出の42%をかろうじて賄えるに過ぎなかった。1997年の経常赤字は、6億シェケル(1996年の通貨価値で調整済み)にのぼると見積もられており、これは今後も増え続けることが予想される。この赤字を填補するために、暫定的に取られている措置としては、LTCI以外のNII保険機構からの振り替えなどがある。受給者数を増やす要因となっている事柄については、今後、さらに幅広い分析の対象となるものと思われる。

図 8—長期ケア保険の支出と歳入(1986～1997年、1996年度通貨で調整済み)

百万シュケル



6. 高齢者向けサービスの振興に利用される基金

高齢者向けサービス振興基金への拠出金は、入所施設サービスと通所施設サービスとで均等に割り当てられる。このサービス振興基金の年間予算には、LTCIの年間保険料収入の10%が割り当てられている。ここでLTCI法が適用される入所施設とは、スキルド・ナースング施設のことであり、通所施設はアダルトデイセンターである。

1988年当時、アダルトデイセンターに対する公的関心は低く、また、利用することも難しかった。しかしLTCI法施行当時から、アダルトデイセンターの開発が積極的に取り組まれるようになり、コミュニティ向けに割り当てられた予算の多くの部分がアダルトデイセンターの建設に割り当てられてきた。その結果、アダルトデイセンターの数は1988年に10しかなかったものが、1997年には約150にまで増加した。現在のコミュニティサービスの方針として、既存のアダルトデイセンターの改善や拡充に重きを置くこと、また建設で著しく遅れを取っているアラブコミュニティにおいて、アダルトデイセンターの新規建設を積極的に促進することが掲げられている。かつてのアラブコミュニティの住民は、在宅介護を支持していたが、高齢者を自宅外で介護することについての気持ちや意見が変わりつつあり、そのことがアダルトデイセンターの新規建設に拍車をかけている。

その次に積極的に取り組まれていた施策は、在宅介護者の訓練であった。在宅介護者の急速な増加や、介護の質を確保するための訓練への投資欲などに鑑みると、在宅介護者の養成は急務であった。

施設に対する割り当てには、公的なセクターに対するものと、民間のセクターに対するものの両方が含まれる。また、看護ベッドの供給拡大や、既存のナースングホームにおけるサービスの向上も含まれるようになった。このようなベッドの拡充は概ね、保健省の長期計画の中に盛り込まれている。保健省の目指すところは、人口の増加や地理的な分布に合わせて、利用できる老人用ベッド数を大量に増やすことである。表21では、大雑把なカテゴリーと予算年度別に、サービ

ス振興基金の割り当てを詳細に示している。割り当て金額は全て、1996年スケジュールで調整済みである。年度の割り当て金額を見ると、配分が均一でないことは一目瞭然である。これは、一方では、老人用ベッドやデイ・センターの開発が長期計画プロセス(5ヵ年)に基づくものであることを、また他方では、コミュニティでのサービス振興に関しては、地方自治体のイニシアティブに依存していることを反映したものである。さらに、プログラムの承認と実施の間には、往々にして時間的な差が生じるものである。施設への配分に比べて、コミュニティへの配分は慢性的に遅れていた。1997年までに、施設に割り当てられた累積給付額は、コミュニティへの累積給付額を50%以上上回り、未消化になっている。しかし、1996～1997年までの2年間、コミュニティ向けの割り当てが増大したのは、上述のように少数派のためにかなりな金額が割り当てられた結果であるということとは特筆する必要がある。

表 21——長期ケア保険サービス振興のための基金、カテゴリー別の分配金額(1986～1997年、1996年度通貨で調整済み、単位は百万)

予算年度	分配総額	分配カテゴリー	
		施設	コミュニティ
総額	220,394	134,145	86,249
1986	19.3	16.4	2.9
1987	37.3	30.9	6.4
1988	15.8	1.2	14.6
1989	7.4	2.9	4.5
1990	26.7	21.2	5.5
1991**	0.7	0.0	0.7
1992	4.4	0.6	3.8
1993	36.5	34.3	2.2
1994	14.8	0.8	14.0
1995	8.7	2.0	6.7
1996	35.8	23.8	12.0
1997	12.9	0.0	12.9

* 予算は年度単位で配分され、未消化分は翌年に繰り越される。支出が均一でないのは、それらが概ね長期ケア保険計画や建設プランの実施パターンに連動するからである。

** 1991年4～12月までの9ヶ月のみ。

7. 最近の動向と研究

長期ケア保険は、施行されてから比較的、日が浅いため、更なる研究や法改正などを通じて検討する必要のある問題が、数多く残されている。研究の結果が法改正につながるものが極めて多い。最近の法的対応の1つに、現物支給を、通貨価値でなくサービス時間数で再規定するという法案がある。この法案の趣旨は、二重価格構造を是正することである。個人所有のサービス提供事業者は、サービスへの付加価値税を免れてきた非営利のサービス提供機関よりも、常に高コストとなる。提出されている法案は、サービス時間の観点から給付を規定し、サービス提供機関の所有形態にかかわらず、受給者が同等レベルのサービスを受けられることを保証するものである。

もう1つの法的対応では、給付レベルを、現在の2種類から3種類に拡大し、

それによりニーズと資源の不釣り合いを是正しようとしている。3種類に拡大した場合、最も高い給付、及び中位の給付を受ける人々は、受けられるサービス時間が20%増となるが、一方で、最も低額の給付を受ける人々は、サービス時間の40%減という痛手を被ることになる。最も高いレベルの給付は、「恒常的身辺介護」を必要とし、なおかつ5種類のADL全てにおいて高度な障害を持つとされた人々のためのものである。中位の給付レベルは、5つのうちの4つで障害を持つが、うち2つは軽度であり、わずかな介助と指示があれば日常生活が営める程度の受給者を取り込むことを意図している。最も低額の給付受給者は、例えば、入浴及び着衣の両方に重度の障害があり、食物摂食においては介助を要する程度の軽度な障害がある、といったパターンの障害を持つ。最も低額の給付受給者は、移動に関していかなる障害も持たないというのが、給付レベルが示される際、最も考慮すべき点である。

過去の研究では、サービス提供パターンと、サービスが家族内の介護者に与える影響の検証、ナーシングホームのベッドに対する需要、サービス提供機関の比較といったことに重きが置かれてきた。最近の長期ケア保険の研究は、制度において、最も問題の多い2つの分野に焦点が移っている。すなわち、自立度テストの信頼性とサービス提供者の選定プロセスである。前者の分野では、地方自治体の公共衛生局と、個々の看護師という両方のレベルで行われる自立度テストの信頼性を確認するための方法が開発された。驚くには当たらないことだが、地方自治体のレベルで調べたADLの総合スコアにおける変異の方が、看護師個人レベルで調べたスコアの変異に比べ、著しく小さかった。各看護師が調べたADLは、層別の差(年齢、性別、家族構成)を考慮して標準化してもなお、はるかに幅広い結果を示している。品質保証プログラムの枠組みの中で開発された方法は、調査の信頼性を保証することに最も重きが置かれ、プログラム実施状況の公平性を保つことがその次に重視されるものである。

恒常的身辺介護の必要性を評価する手段の有効性調査においては、調査の焦点は、その基準が他のテストによって確認できるような、より客観的な臨床的手段を開発することに絞られることになるだろう。既に提案されているこの調査の第1ステージは、長期ケア保険の受給をNIIに申請したことのある患者の通っている3つの老年精神医学センターにおいて行われることになっている。これらのセンターは、それらの精神医学センターで診察を受けており、認知力に関する広範な評価テストを受けている高齢者の1ヶ月当たりの人数が多いために選ばれた。この予備段階での結果について専門家が、フォーカスグループごとに分析し、「恒常的身辺介護」の必要性を評価するためのよりよい手段を提案することになっている。本研究調査の後でフィールドスタディを行い、提案された方法をその中でテストして、現在的手段を利用した結果と比較することになっている。

現在、評価手段の有効性に関する問題に対応するためのより幅広い研究を、より若年の重度障害者に介護手当てを支給している傷害保険部門と共同で行っているところである。

最近2年間に研究が行われた2番目の分野は、受給者自身がサービス提供機関を選ぶためのパイロットプログラムである。標準的なサービス提供機関の選定手順は、申請者の受給資格決定を受け、地元の専門委員会がサービス提供機関を選定するというものだが、このパイロットプロジェクトにおいては、各受給者が、利用できるサービスについて事細かく記されたパンフレットと、自身の居住地区近辺にあるサービス提供機関が記された一覧表を受け取る。その中から選ばなくてはならないというわけではなく、サービス提供機関の選定が、パイロットプログラム実施以前の決定に立ち戻っても構わない。受給者への影響を測定するため、