

表3 65歳以上の自立状態分布

(単位: %)

年	日本				オランダ			
	自立状態				自立状態			
	0	1	2	3	0	1	2	3
2010	74.3	13.7	8.3	3.6	73.5	15.6	6.9	3.9
2020	71.6	14.6	9.4	4.5	73.6	14.8	7.9	3.6
2030	67.5	15.5	11.2	5.8	70.2	16.3	9.0	4.5
2040	67.3	14.9	11.2	6.6	67.9	16.3	10.0	5.8
2050	65.4	15.7	11.7	7.1	63.0	17.2	11.7	8.1
2060	61.3	16.2	13.6	8.9	59.8	17.3	12.8	10.1

表4 医療費及び高齢者介護費の推計

年	日本(兆円)					オランダ(10億ユーロ)				
	医療費	高齢者介護費		計		医療費	高齢者介護費		計	
		ケース1	ケース2	ケース1	ケース2		ケース1	ケース2	ケース1	ケース2
2010	37.4	7.6			45.0	51.9	16.4			68.3
(% GDP)	(7.8)	(1.6)			(9.4)	(8.7)	(2.7)			(11.4)
2020	40.7	10.5	10.6	51.2	51.3	58.0	19.3	14.8	77.3	72.8
2030	41.5	13.0	13.4	54.5	54.9	64.2	25.5	21.0	89.7	85.2
2040	40.4	14.5	15.2	54.9	55.6	67.4	34.2	30.9	101.6	98.3
2050	38.7	14.7	16.1	53.4	54.8	67.8	41.6	40.5	109.4	108.3
2060	36.5	16.2	17.9	52.7	54.4	67.2	48.6	49.8	115.8	117.0

注: オランダの2010年は2011年の実績値である。

表4は医療費及び高齢者介護費の将来推計結果(2010年度価格)である。医療費は技術進歩や物価上昇などによって今後の増加が見込まれるが、仮に人口要因だけを考慮すると日本の医療費は、2030年以降はむしろ低下し、2060年の医療費は2010年の水準より低くなる。これに対して、日本の高齢者介護費はいずれのケースでも増加を続け、2060年には2010年の2倍以上の規模になることが避けられない。その結果、将来の医療費+高齢者介護費は2040年まではその規模が拡大し、それ以降縮小するという結果になり、2060年には2010年の1.2倍の規模になる(府川、2013a)。

一方、オランダの医療費は2050年まで増加した後に低下し、2060年の医療費は2011年のおよそ1.3倍となる。オランダの高齢者介護費はいずれのケースでも日本と同様に2060年まで増加を続け、2060年には2011年の3倍の規模になる。その結果、将来の医療費+高齢者介護費は2060年までその規模が拡大し続け、2060年には2011年の1.7倍の規模になる。

表5は日本の将来の高齢者介護費についてさらに検討した結果である。表4のケース2は、レベル(自立状態)2の人の1人当たり介護費は一律にレベル(自立状態)3の人の1人当たり介護費の1/3と仮定して計算したものであるが、この倍率は2012年度介護給付費実態調査から計算すると65~69歳は1/4、85歳以上は0.6と年齢階級によって大きな違いがあった。この実績値を用いてケース2を計算しなおしたのがケース2aである。この結果はケース2が過少評価ととれるし、ケース2aが過大評価ととれる。

さらに、2012年度介護給付費実態調査からレベル(自立状態)2と3の人の1人当たり介護

表5 高齢者介護費

(単位:兆円)

年度	ケース2	ケース2a	ケース3	ケース4
	(2010年度価格)		(2012年度価格)	
2010	7.6			
2012			7.9	7.9
2020	10.6	11.6	11.6	11.5
2030	13.9	15.2	15.2	15.0
2040	16.2	17.9	17.6	17.4
2050	17.2	19.0	18.6	18.4
2060	19.8	21.8	21.1	20.9

(注1) ケース2は自立状態2の介護費が自立状態3の1/3と仮定した場合、ケース2aは年齢階級別に実績値から計算された倍率を用いた場合を示す。

(注2) ケース3は2012年度介護給付費実態調査をもとに自立状態2と3の1人当たり介護費を将来に亘って用いた場合を示す。ケース4はケース3をベースに、介護療養病床に老健の単価を当てはめた場合を示す。

費を将来に亘って用いた場合がケース3(2012年度価格)である。ケース4はケース3をベースに、介護療養病床の単価が老健の単価まで下がった場合の将来推計結果(2012年度価格)である。

4. まとめ

今後の人口高齢化によって医療費よりむしろ高齢者介護費の伸びを心配しなければならないことは、日本もオランダも共通であることが明らかになった。オランダは人口の高齢化の程度が日本より低い、今日でも医療費・高齢者介護費ともに日本より規模が大きい。日本の医療費+高齢者介護費は人口要因だけを考慮すると今後1.2倍の規模になると見込まれる。一方、AWBZの給付構造が2011年のままと仮定すると、オランダの医療費+高齢者介護費は人口要因だけを考慮すると今後50年間に1.7倍の規模に拡大すると見込まれる。従って、オランダはAWBZの改革を真剣に行わざるを得ない状況であることが理解できる。

高齢化が最も進んでいる割には日本の医療費(対GDP比)はこれまでのところ他の先進諸国より低い水準に留まっているが、医療の技術進歩やより良い医療を求める国民の期待によって常に増加圧力にさらされている。一方、高齢者介護費は年齢の上昇とともに増加する度合いが医療よりも著しく、高齢者の医療費+介護費のコントロールがますます大きな課題になっている。

オランダは1968年に世界で最初に社会保険でLong-term care(LTC)制度を導入した。また、1994年には個人勘定(現金給付)を導入した数少ない国の1つである。先進国の中で最も高い介護費を使っているオランダは、制度の持続可能性を高めるためにAWBZの極小化に向かって改革を進めている。負担増をコントロールするには給付に対する需要をコントロールする必要がある。需要のコントロールには、給付カタログのスリム化(特に、軽い要介護を給付から

はずす)の他に、サービス提供の効率化が重要である。特に日本の場合には、介護サービスを提供するうえで施設サービスと在宅サービスの調和・連携の枠組みを向上させることが、負担増の抑制と介護サービスの質の調和を図るうえで重要である。

注1：本章は府川(2013c)を改定したものである。オランダの推計値は全面改訂されている。

参考文献

- 府川哲夫 (2013a). 2060年の高齢者像－INAHSIMによる推計. 季刊社会保障研究, 48 (4), 385-395.
- 府川哲夫 (2013b). 第2章オランダの医療・介護費, in (福祉未来研究所 編)「医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究」2012年度報告書 (2013.3)
- 府川哲夫 (2013c). 日本とオランダの医療費・高齢者介護費の将来推計. 統計 2013年12月号、日本統計協会 (2013.12)
- Fukawa T. (2013). Financing long-term care for the elderly in the Netherlands and Japan, IFW Discussion Paper series 2013-1.
- Fukawa T. (2014). Comparison of the LTC expenditures for the elderly in Japan and the Netherlands, IFW Discussion Paper Series 2014-4.
- OECD (2012). Health Data 2012.
- Rolden H. & van der Waal M. (2013). Coordination of health care services in the Netherlands. Report by Layden Academy on Vitality and Ageing.
- Rolden H. (2014). The Dutch health care system: Basic features, coordination and transferal issues, and future policy reforms, IFW Discussion Paper Series 2014-1.

第8章

病院から施設・在宅への患者の流れに関する考察

高原 弘海（社会福祉法人旭川荘）

はじめに

「病院から施設・在宅への患者の流れ」という本稿のテーマは、時々に応じ論じられる各論点の比重は変化しながらも、常に身近で切実な、古くて新しいテーマということが言えよう。

日本のみならず諸外国においても、同様の問題に直面し様々な取組みが行われているであろうことは想像に難くないが、本稿では、世界に先駆けて長期ケア保障に関する社会保険制度を導入し、プライマリーケアの重視、保険者機能の強化と管理競争の導入等による効率的な医療保険制度運営で定評のあるオランダとの比較も参考としつつ、日本の現状と課題について考察してみたい。

日本の医療と介護・福祉が直面している社会状況(人口動態)

19世紀末の3千万人強から一貫して増加を続けてきた日本の総人口は、数年前に1億2800万人でピークを打ち、既に減少局面に入っている。年齢別内訳では高齢者の占める比率が高まり、65歳以上人口の比率が2025年には3割を超え、2050年には4割に迫るものと予想されている。

少子高齢化は先進諸国共通の現象とは言え、日本は、少子高齢化というフィールドを世界のフロントランナーとして走り始めている現状にある。

なお、人口推移のパターンには地域的な違いが大きい。今後の75歳以上の後期高齢者人口の急増が首都圏等の大都市部に集中するなど、都市部の高齢化対策が深刻となる一方、中山間地や離島では、若者だけでなく高齢者数も減少し、今のままの形での地域社会の維持自体が困難になるという課題に直面する可能性が高くなっている。

(疾病構造や死亡数等の変化)

疾病構造については、医療の進歩や平均寿命の伸びに伴い感染症等の急性疾患が減る一方、生活習慣病等の慢性疾患が増加している。また、認知症対策が社会的にも大きな課題となっている。

急性疾患を治せばそれで解決という時代から、高齢者を中心に多くの人が複数の疾患を抱えながら、次第に症状が悪化し、自立度が低くなっていく中で、どうすれば、人としての尊厳や満足度を維持しながら、死を迎えることができるか、それを医療と介護・福祉がいかに支えていけるかが、重要な時代を迎えることになるものと考えられる。その意味では、本稿のテーマも、病院から施設・在宅へという一方向の流れではなく、病院や施設、在宅といった社会資源

(参考1) 在宅医療に関する国民のニーズ (厚生労働省検討会資料より)

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。
- また要介護状態になっても、自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

の間の循環サイクルの中で考えるという視点が重要になっている。

また、日本の年間死亡者数は、2011年には125万人となっており、今後、2040年にかけて死亡者数は約40万人増加することが予想されているが、死亡場所を見ると、1950年には約80%の人が自宅で死亡していたのが、2010年には約12%にまで低下し、逆に、病院・診療所での死亡する人が約80%を占めるようになってきている。国民の60%以上が自宅での療養を望んでいるという希望と現実との間には大きなギャップがある。本年8月の社会保障制度改革国民会議最終報告において、医療と介護の連携、地域包括ケアシステムの構築など、医療・介護サービス提供体制改革の必要性が強調されているが、これも今後の後期高齢者急増期の到来を前にした関係者の危機感の表れと言えよう。

上記国民会議での宮武剛委員提出資料によれば、オランダでは自宅死亡率が約31%、病院死亡率が約35%という状況であり、日本はオランダに比べ自宅死亡率が大幅に低くなっている。また、自宅死亡率以上に大きな相違がみられるのが、ケア付き住宅等での死亡率(日本の2%台に対しオランダは30%超)となっている点も注目に値する。

医療と介護・福祉の連携に関する現状と課題

考察の前提として、本年6月から9月にかけて、筆者の勤務先所在地である岡山市(人口約70万人)において、第一線で活躍中の医師、ケアマネージャー、介護施設管理者、大学医学部教授など8名の専門家に「医療と介護・福祉の連携に関する現状と課題」というテーマでインタビューを実施した。以下、その概要をご紹介します。

(自宅療養の希望と現実のギャップの背景)

岡山市では、自宅で亡くなる人は約10%となっており、3人に一人が自宅で療養したいという市民の意識調査とかい離がある状況となっているが、その背景には、死に対する社会の受け止め方の変化、即ち、自宅で家族の最期を看取るという文化が失われてきているという現実がある。ただし、かかりつけ医が、知識と経験に裏打ちされたコミュニケーションスキルで、それぞれの病状に応じた余命の見通しを含む説明をきちんと行えば、在宅療養に関する患者や家族の不安感は一気に変わるケースが多く、現に、医師や看護師、住民への啓発・研修により、サービス提供側の専門職と、サービス利用側の患者・家族の双方の意識は変わっている。介護保険により制度面での対応はかなり進んできたので、意識が変われば、在宅療養が進む素地は十分にある。

(高齢化の進展スピードと個人・社会の成熟化とのギャップ)

わが国の場合、高齢化進展のスピードが極めて速かったため、一人ひとりの死の受容や死生観といった問題を含め、社会全体として高齢化問題をどう受け止めるかという面での成熟化が追いついておらず、そのことが末期の医療や介護の対応にも関係しているのではないかと。

(患者の生活の質や満足度を高めるための支援)

在宅での看取りを行えなくとも、患者の生活の質や満足度を高める上で、自宅で過ごせる期間を出来るだけ長くすることが大切であり、介護サービスにより、家族の負担を減らす支援が適切に行われることが必要となる。

(疾病による介護モデルの違いへの理解)

疾病により介護モデルは一様ではない。1980年代に主流であった、治療とリハビリで状態が良くなるという脳卒中对応の介護モデルではとらえられない疾病が増えてきている。たとえば、心身不調や廃用性症候群の場合、リハビリで無理をすると逆に症状が悪化するし、認知症高齢者の場合、「生活環境と介護を見直し、状態悪化のスピードを遅らせ、なだらかにする」という考え方が基本となる。疾病によって介護モデルが異なるということについて、介護・福祉サイドはもちろん、医療サイドの理解・関心が高まらなければ、良質のサービスは提供できない。

(連携に対する医療サイドの意識や関心)

介護・福祉サイドから見ると、医療と介護・福祉の連携に対する医師の問題意識や関心という面で、世代による違いが大きいことを感じる。

総じて、今の60歳代、70歳代の医師はこの問題への関心が低いのが、40歳代、50歳代の医師の中には、関心を持ち積極的に取り組むグループが出てきているので、今後の進展が期待できる。

(本人や家族の意識高揚と退院後の受け皿不足の改善)

長年医療に携わってきた立場から見ると、80歳を過ぎれば明日何があってもおかしくないにもかかわらず、本人や家族が何も考えていないケースが大変多いことを感じる。どこまでの治療を求めるのか、退院した後の生活をどう考えるのか等の点について、文書にしておくと言った取り組みが必要ではないか。

また、施設や在宅で暮らしていた人が入院し、その後の受け入れ先がないため、急性期の患者への対応を行うべき病院が無用な入院を強いられ、或いは、入院の引き受け自体を躊躇すると言った現状もある。急性期病院の退院後の受け皿として、リハビリや在宅復帰を支援する病床が圧倒的に少ないという現実を改善していくことが重要である。

(高齢化の進展と外来受診)

患者が80歳を過ぎると外来を受診する回数が減る傾向があり、岡山県内の中山間地の医療現場では、病院・診療所の外来患者が減少する傾向が出始めている。一般的には、都市部を中心に、往診等の在宅療養に消極的な医療サイドの現状ではあるが、一定以上の高齢化の進展に

伴う外来患者の減少傾向といった現実や、医療サイドがこのことを認識することが、在宅療養を前に進めていく契機になる可能性も出てきている。

(多職種連携の重要性)

国が進めようとしている「地域包括ケアシステム」は、多職種連携の考え方だと理解しており、このことは重要と認識している。医療サイドの専門職、介護・福祉サイドの専門職の間で顔の見える状況が進んでいくことにより連携は進むものと考えており、現に顔の見える関係が出来ている地域では、連携も進んでいる。

(在宅療養を担う人材の育成)

在宅療養を担う人材の育成が重要であり、既に行政サイドでは他職種連携のための研修会等の取組みが始まっているが、大学医学部サイドにおいても、都市型、中山間地型といった地域特性にも応じた総合診療医の養成に着手している。人材育成の取組みが効果を発揮するまでには年数を要するが、地域が抱える課題を解決することにつながることを期待している。

(介護保険制度の定着に伴う光と影)

介護保険制度がスタートしてから13年半が経過し、制度は定着し、地域によっては利用者を奪い合うほどサービス提供事業所も増えてきており、在宅療養を支える基盤はかなり出来てきた。

その反面、金儲け優先で提供されるサービスの質に問題のある事業所も出てくるなど、影の部分が生じている現実もある。介護サービスを担う人材についても、今後のニーズの増大に伴い、養成体系の見直しや人材確保のための緊急支援事業などの取組みが行われてはいるが、養成研修の現場では、受講生の質が変化し、介護現場のスタッフの質の低下につながると言った現実が出てきており、人材養成のための取組みの検証・見直しも必要となっている。

現状と課題への対応案

上記の訪問インタビューで確認できた現状と課題をベースとし、今後の取組みとしてはどのような対応が考えられるかという点について、以下、筆者なりの考察を3点にまとめて記してみたい。

(在宅療養の基盤整備と意識啓発)

まず一点目は、在宅療養を進める上での基盤整備と意識啓発の重要性である。

看取りも含めた在宅医療など、医療と介護・福祉の連携による包括的なサービス提供の取組みは既に各地でかなり始まっている。ただし、現状は、このような取組みは、先進的な地域におけるいわば点としての取組みの段階に止まっており、今後は、どうすれば、それを点から面に、取組みを拡げていけるかが課題となっている。

これまでの先進的な取組みでは、地域ごとに様々なパターンで展開されているが、関係者間の日頃からの顔の見える関係の中で、人々の力を引き出し、つなぐという点では共通点がある。

また、多くの患者、家族が自宅での療養を希望しているにもかかわらず、実際に在宅療養が

(参考2) 社会保障制度改革国民会議 (第9回) 宮武剛委員提出資料より

日本の医療 多い病床・長い入院・少ない医療職

	日本	オランダ	スウェーデン
総人口	1.27 億人	1670 万人	942 万人
高齢化率	23.3%	15.6%	17.5%
医療体制	社会保険	社会保険	公費
		いずれも国民に家庭医 (GP) への登録を義務付け	
年間の外来平均受診回数	13.07 回	5.9 回	2.9 回
	(75 歳以上、32.95 回)		
	(同、受診者では 44.4 回)		
平均入院日数	18.5 日	5.6 日	3.8 日
病院死亡率	78.5%	35.3%	42.0%
ケア付き住宅等	2.4%	32.5%	31.0%
自宅死亡率	12.5%	31.0%	20.0%

困難な理由としては、「家族の負担が大変」、「緊急時に不安」等の点が挙げられる。それらの阻害要因を取り除く在宅療養の基盤整備が基本であり、必要なサービスが適切に組み合わせられて提供されることに加え、ベースとなる住まいの場の確保、特に低所得者向けの共同での住まいの場の確保などの取組みが公的な施策として必要と考えられる。

オランダとの対比で見ると、日本の場合、自宅以外のケア付き住宅等での死亡率が大幅に低くなっており(参考2)、今後、日本においても、サービス付き高齢者住宅などの量的な拡大という流れが求められるものと考えられる。

また、地域での包括的なサービス提供の取組みを拡げていく上で、サービス提供側の専門職と、サービス利用者側の本人・家族の双方の意識をいかにして変えていけるかが、重要なカギと考えられる。そのためには、それぞれの地域において、専門職の職能団体や市民団体による研修会・講演会などの普及啓発のための取組み、退院時ケアカンファレンスなどの関係者が集まる会議の場の有効活用、IT も活用した関係者間の情報共有などの取組みを地道に積み重ねていくことがベースとなるが、加えて、住民一人ひとりが死への向き合い方を含む末期医療のあり方を自らの問題としてとらえることや、市町村がコーディネーター役として、普及啓発や関係者の顔の見える関係づくりを進めていくことも期待される。

わが国の場合、医師が医療法人を設立し、診療所や病院を経営するという形で医療機関が整備されてきた歴史的経緯が背景にあり、診療所と病院、病院間の機能分担がはっきりしていない。リハビリや在宅復帰を支援する病床の不足もこのことが一因と考えられる。できるだけ長く在宅で療養できるよう、医療・介護・福祉サービスが包括的に提供される体制を整えていくことの重要性は言うまでもないが、大都市部を中心とする後期高齢者の急増期の到来を踏まえると、急性期病院と施設・在宅をつなぐ受け皿の量的拡大も現実的対応として必要と考えられる。そのためには、日本の病床数が諸外国に比べて多い現状も考慮すれば、まず、病院機能の再編により上記受け皿の機能を担う病床の確保が求められる。さらに地域によっては老人保健施設の増床といった対策の検討が必要となる場合もあり得よう。

(良質のサービスが提供されるための人材の確保・育成)

二点目は、サービス提供を担う人材の確保・育成の重要性である。

在宅療養の基盤整備や意識啓発と同時に欠かせないのが、サービス提供を担う人材、特に介護人材の質量両面での確保・育成である。質の面では、現場のニーズに対応できる人材の育成が重要であり、2007年の法改正の理念の早期具体化に向け、需要サイドの視点から、現行の取組みの検証・見直しが必要と考えられる。介護離職が問題となる中、介護人材の定着を図る上でも、介護人材のキャリアパスの構築、専門性の向上という方向性の早期具体化は喫緊の課題と言えよう。一方、量の面では、受け入れに伴う種々の難しい問題はあるものの、方向性として、アジア諸国からの人材の受入れ・交流の拡大を図ることが望ましい。労働力確保という面での日本側のメリットに止まらず、今後急速に高齢化が進展するアジア諸国にとっても日本の経験・ノウハウは参考になり得よう。ただ、安易な受入れは様々な問題を惹起するので、慎重な検討の上で、受け入れる場合にも一定の合理的なルールが必要であることは言うまでもない。

また、今後、介護の実践経験に裏打ちされた、疾病により異なる介護モデルのあり方に関するノウハウの蓄積・整理、そのノウハウを医療サイドも含め普及させていくと言った取組みが重要性を増してくるものと考えられる。

(地域の総力戦としての地域包括ケアシステムの構築)

三点目は、地域の総力戦としての地域包括ケアシステム構築の重要性である。

介護保険制度については、持続可能性を高める視点からの給付の効率化・重点化を図る一方、地域包括ケアシステムの構築を支える視点からの給付や事業の再構築が図られる可能性が高い。その際、それぞれの地域の特性に応じ、住まいの場を含む地域づくりとして地域包括ケアシステムをとらえ、介護保険の主体でもある市町村が総合調整役として、民間事業者やボランティアなどの各種社会資源の力を活かしながら、いわば地域の総力戦として、地域包括ケアシステムの構築に取り組むことが期待される。今年8月の社会保障制度改革国民会議最終報告で、医療・介護提供体制の改革の実現に向け、実効性と加速度を加えることの重要性が強調されており、そのために必要な財源として消費税増収分の活用が検討されるべきことも明記されている。

2000年の介護保険制度のスタートは、困難を乗り越えて市町村が保険者となる大きな節目であったが、今後は、医療・介護・福祉を核とし、住まいの場も含む地域づくりという課題にチャレンジしていくという意味において、介護保険の第二幕ともいうべき節目を迎えるものと考えられる。ただし、医療・介護・福祉に対する市町村の首長や職員の姿勢や力量には大きな差があるのが現実であり、市町村に役割を期待する以上、地域ごとの格差が生じることは認識しておく必要がある。

おわりに

最後に、オランダとの比較の視点から若干の考察と私見を述べてみたい。

まず、オランダの医療・介護ケアの事情に詳しい堀田聰子氏(労働政策研究・研修機構)によれば、オランダでは、コスト削減の必要性だけでなく、ケアを必要とする当事者の市民・消費者としての参加・発言が推進力となって、順次、脱病院化・脱施設化とプライマリーケアの充実をキーワードとするケア提供体制の見直しが図られてきた歴史があり、特に、90年代以降は、それまで病院・施設ベースと在宅ベースで別個に機能していたケア提供者が地域レベルで連携し、切れ目のないケア提供の推進に取り組むようになったことが指摘されている。また、90

年代後半からは、ケア提供者の地域ネットワークにおいて脳卒中や糖尿病と言った疾病管理プログラムが多く見られるようになり、さらに最近では、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国を挙げた取り組みが本格化していると言った動向や、切れ目のないケアの提供を模索する中で、家庭医と地域看護師が中心となって多職種による連携が図られていることも紹介されている。日蘭両国で、具体的な手法やスピード感の違いはあるにせよ、大局的な流れや方向感という意味では、日本も同じような方向に進んでいくのではないかと考えられる。

オランダ・ライデンアカデミーの Herbert Rolden 氏によれば、オランダでの退院後の患者の流れについては、医療機関に所属する移行支援看護師 (transfer nurse) がコーディネーターとして重要な役割を担い、早期の施設入所を防止する上では、地方自治体に所属する地域看護師 (neighborhood nurse) が重要な役割を担っていることが指摘されている。さらに、認知症が疑われる患者については、ケースマネージャー (case manager) が、診断前後のカウンセリングから、情報提供、患者及び家族への心身両面の支援に至るまで広範な役割を担っている現状が紹介されている。日本においても、病院における地域医療連携室の退院支援看護師がコーディネーターとしての重要な役割を担っているなど、相通じる実態はあるが、鍵を握る専門職の立場や役割をもっと明確に位置づけるべき時期に来ているものと考えられる。

また、Rolden 氏は、医療と介護の連携を図る上での情報共有の重要性を強調すると同時に、制度の形式主義や硬直性に加え、制度毎に多くの異なる IT システムが用いられているため、異なる保険者間の情報共有が妨げられており、患者が必要な情報を入手するために時間とコストを要しているという問題点を指摘している。IT 活用という面では日本よりかなり先行しているオランダにおいても情報共有の重要性と問題点が強調されていることは、日本における医療と介護の情報共有の重要性をあらためて認識させてくれるものであると同時に、合理的・効率的な情報共有の仕組みを構築することが、今後の地域包括ケアシステム構築の推進力となり得るものであるという点を最後に強調し、本稿を終えたい。

※本稿は月刊誌「統計」2013年12月号所収の同タイトルの原稿を再掲したものである。

参考文献

- 堀田聡子 (労働政策研究・研修機構) 「オランダにおけるコーディネートされた認知症ケア」 (2012年度厚生労働科学研究 (医療・介護連携において共有すべき情報に関する研究) 報告書)
- Herbert Rolden (Leyden Academy on Vitality and Ageing) 「Coordination issues in the Dutch health care system～Issues in transferring older patients between different care units～」

第9章	オランダの短期医療と長期ケアの対象区分の基準とわが国における長期ケアの総合化のための提言
------------	---

磯部文雄・府川哲夫（福祉未来研究所）

第1節 オランダの短期医療(ZVW)と長期ケア(AWBZ)の対象区分の基準

1. 保険による給付の基本的基準

ZVWは1年未満の入院並びにケアホーム入所者及び在宅者への医療を、AWBZはナーシングホームでの医療、ケアホーム及びナーシングホームでの看護・介護、在宅での看護・介護並びに1年以上継続する入院を、WMOは順次AWBZから移行されつつある家事援助や精神病予防を、給付している。

入院医療が引続き1年以上になると、自動的にZVWの保険者からAWBZの保険者に変換される。ただし、1年を超す入院というのは、合併症を起こしたような極めて特殊な場合とされている。

また、WMOは保険システムではなく公費(税)負担に依るシステムであり、さらに、AWBZの対象には、高齢者向けサービスだけでなく、障害者向けサービスが含まれている点は注意を要する。

2. 精神疾患についての基準¹

2008年までは、精神医療は1年未満のものも含めAWBZにより給付されていたが、2008年以降他の疾病と同じように1年を基準とする上記の基準へと変更された。ただし、他の疾病で1年を超す入院というのは、合併症を起こしたような極めて特殊な場合とされており、AWBZから支払われる1年を超す入院としては精神疾患が大宗である。

オランダでは、約9万人が認知症、うつ病などの高齢者(全高齢者の約4%)であり、重複があるが若年層を含めて約10万人が3つの精神病院を含む約100の精神保健施設に入所している。

2009年の統計では、ナーシングホームなど高齢者施設入所者の17万人に対して、精神保健施設入所者は1.6万人と約10分の1であった。

第2節 オランダとわが国の長期ケアの状況の比較

I 長期ケアにおける医療介護供給体制

1. オランダの医療介護供給体制

施設ケアは、2009年では479のナーシングホーム、1,131のケアホーム(residential homes)

¹ WHO Health Systems in Transition Vol.12No.1 2010 The Netherlands Health system review

及び双方を兼ねる 290 の施設に、約 17 万人が生活している²。ナーシングホームには必ず医師がおり、一方ケアホームに施設入居者の 6 割が住んでいてナーシングホームの入居者ほどの医療の必要度がない者とされているが³、ケアホームにおけるケアが近年複雑化してきており、両者の区別はあいまいになりつつあるとする意見もある。人口に占める施設入所者の割合は 80-84 歳 10%、85-89 歳 20%、90-94 歳 35%、95 歳以上 52%、と年齢の上昇とともに急激に高まり、80 歳以上では 19.8%であった⁴ (2006 年)

在宅ケアは、248 の在宅ケア組織(事業者)と 255 のナーシングホーム/ケアホームによって提供され、在宅ケア利用者は 61 万人(総人口の 4.8%)にのぼっている⁵ (2007 年)。80 歳以上の在宅ケア利用率は男 31%、女 56%である。

オランダにおける施設の種別最低配置医師数は表 1 のとおりである。家庭医診療所(GP のいる所)には、実際のサービス提供者としては、医師の他に多様な機能を持つ医療助手、ナースプラクティショナーがいる場合も多い。特徴的なのは、オランダのナーシングホームには必ず 1 人の医師が専属配置されており、ナーシングホーム医が専門医の地位を得ていることである⁶。これは、わが国はもちろん他の欧米諸国にはない制度となっている。ただし、夜間に医師が常駐しているわけではないので、わが国で言えば、老健施設と同じ医師配置、ということになる。退院調整は移行支援看護師(transfer nurse)が担うなど、医師以外のサービス提供者の業務範囲が広いのも、オランダの特長となっている。

オランダでの退院後の患者の流れについては、病院が退院後についても責任を有するため、病院に所属する老年学の専門医である医師が決定することとなっているが、決定までに時間を要する。その間、病院の移行支援看護師(transfer nurse)がコーディネーターとして一定の役割を担っている。また、不必要な施設入所を防止する上では、ケアニーズを判断する地方自治体に所属する地域看護師(neighborhood nurse)が一定の役割を担っている。ただし、仮に AWBZ の介護施設に入所する場合には、わが国ほどではないが長期にわたって待つことにな

表 1 施設の種別と最低配置医師数

オランダ		日本	
ケアホーム	—	特養	契約医師 1
ナーシングホーム	専属医師 1	老健	医師 1
家庭医診療所	GP 1	介護療養病床	医師 3
病院	専属医師 複数	診療所	医師 1
		医療療養病床	医師 3
		病院	医師 3

(注) 日本の特養の医師は常駐でなくて良い。

² 2011 年度報告書「オランダにおける医療・介護サービスの調整」p.33-34。ただし、平成 25 年度「高齢者の健康長寿を支える社会の仕組みや高齢者の暮らしの国際比較研究」国際長寿センター p44 によれば、施設入居者数は急激に減少しており、2013 年には約 12 万人とされる。

³ Rolden によれば、ZPP (要介護度) のレベル 1-4 がケアホーム入居者、5-8 がナーシングホーム入居者の基準であるとする。2011 年度本報告書「オランダにおける医療・介護サービスの調整」p.31.32 参照

⁴ 注 1 に同じ

⁵ 注 1 に同じ

⁶ J Am Med Dir Assoc.2004May-June;5(3):207-12 Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience

るのは、わが国と同様である。

なお、長期ケアが病院で行われているか否か、についての OECD の調査では⁷、

- ・オランダは、なし
- ・カナダ、イタリア、韓国、アメリカはあるとするが、平均の入院期間は不明(アメリカは25日以上のケアとしている)
- ・オーストラリア、ドイツ及びイギリスはデータが得られない、とし、
- ・フランスは、従来病院の長期ベッドとされていたものが、法令の見直しで、ナーシング及びケア施設ベッドに変更された。
- ・スウェーデンでは、エーデル改革によって、31,000 の医療ベッドがナーシング及びケア施設ベッドへと変更された。

こうした状況を見ると、日本のように、多くの医師を擁して1年以上入院できる慢性期病院があることがいまや特殊であることに加え、これから回復期ベッドなどという分類を新たに設けようとしている国はないと言えよう。回復期ベッドはあるとしても短期のリハビリテーション医療であるべきで、そうだとすると、それはわが国の場合、帰宅までの回復期を担う目的で設立された老健施設の機能と重複することになる。

2. 日本の医療介護供給体制

病院の基本的考え方は、夜間にも医師による治療があり得ることから医師3人が最低配置医師とされ、3人で24時間をカバーすることとなっている(表1)。その分、診療報酬も高い。すなわち、オランダのように、入院日数と医療行為を行った日数に差がないのが入院治療の通常であり、日本のように入院期間中の1週間に1回とか、1か月に1回しか医師による医療行為がないというのは、医師を最低3人擁する病院への入院の必要がほとんどない証左というべきであろう。

すなわち、医師による治療が必要な度合いは、療養病床等にいる患者で1週間に1回とか、1か月に1回しか医師による医療行為がない患者の場合は、在宅患者の場合とほとんど変わらないと考えられ、老健施設のように、昼間1人の医師がいれば対応できる場合が大部分と考えられる。

胃ろう等で看護や医療的介護を要する者が療養病床に入院しているが、これらも老健施設並みの看護介護職員(必要であれば配置の見直し)で、対処できよう。

3. 以上から、医療療養病床及び介護療養病床は、オランダのナーシングホームと同様に位置づけ、医師1人の介護施設としてもよいとするのがオランダのシステムからの教訓と考えられる。また、特養に常駐の医師が配置された場合には介護報酬上老健施設並みの評価をするのも適当な措置であり、結果的には高齢者医療費の縮減にも役立つと考えられる。

⁷ OECD Health Data 2013 Definitions, Sources and Methods Long term care beds in hospitals (excluding psychiatric beds)

II 費用負担

1. オランダの費用負担

- (1) ZVW (2012) 公費 6%、自己負担 5%、定額保険料 36%、所得比例保険料 53%
- (2) AWBZ (2013) 公費 16%、自己負担 9%、保険料 75%
保険料率は 12.65% (うち、高齢者分は 8.4%) で、全額被保険者負担
施設ケアの 7 割給付、在宅ケアの利用者の 70% カバー
- (3) WMO 自己負担、市町村民税及び国からの基金による。

したがって、AWBZ の保険料は被保険者だけの負担であることもあって、非常に大きな負担となっている (障害者分を除いてオランダの保険料率は 8.4% ; 日本の協会けんぽの保険料率は 1.7%)。

また、各制度の支出額は ZVW (2012) 369 億ユーロ、AWBZ (2013) 276 億ユーロ、WMO (2011) 42 億ユーロとなっている。

2. 日本の費用負担

- (1) 国保等医療保険 公費 50%、自己負担 30% ; 保険料月 7,166 円 (協会けんぽ 10%)
- (2) 後期高齢者保険 公費 50%、自己負担 10 ~ 30% ; 保険料月 5,275 円。
- (3) 介護保険 自己負担 10%、公費 給付費の 50%、保険料は給付費の 50%
(1号保険料月 4,972 円 ; 2号保険料率 1.7%)
- (4) リハビリ、訪問看護のように、医療・介護それぞれから費用が出ているものがある。

日本の介護保険では、40 歳から 65 歳までは 2 号被保険者で、保険者によって料率が異なるが、協会けんぽを例にとると 1.72% (被保険者負担 0.86%) である。65 歳以上の 1 号被保険者の保険料は全国平均で 4,972 円、65 歳以上の平均収入の 3.03% の負担である。日本の場合、給付費の半分が保険料で、残りの半分は地方と国で半々に負担しており、この他に一部負担が 1 割ある。地方分は住民税、固定資産税を含む地方収入全体のうち介護保険負担分は 2.46% と考えられ、国分は国債や法人税を含む国の収入全体のうち介護保険負担分は 1.82% に過ぎない。

また、全体の額としては、2011 年度で医療保険 (国保等と後期高齢者保険の合計額) 30.3 兆円、介護保険 7.6 兆円、障害者支援事業 (社会福祉費) 5.3 兆円となっている。

さらに、仮に、日本の介護保険の給付を対 GDP 比で 2011 年のオランダ並み (ただし、AWBZ から障害給付を除く) に拡大すると、それは現在の日本の介護保険の規模を 1.6 倍にすることを意味し⁸、現在の財源構成を変えないと仮定すると、現時点で 1 号被保険者の平均保険料は月 5,000 円から約 8,000 円に、2 号被保険者の保険料率は 1.7% から 2.7% に上昇する。

オランダでは長期ケア (LTC) の利用者が在宅・施設ともに日本よりはるかに高い割合である (65 歳以上人口の LTC 受給者割合は日本の 12.6% に対してオランダは 27.7% ; 65 歳以上人

⁸ 日本の 2012 年度の介護総費用は GDP の 1.7% である。一方、オランダの 2011 年の高齢者介護費 (障害者に対する給付を除く) は GDP の 2.7% と見込まれる。

口千人当たり LTC ベッド数は日本の 37.4 に対してオランダは 68.5) が、現在そのコスト削減に熱心に取り組んでいる。施設の定員も 3 分の 1 を削減する計画である。

オランダでは費用のおよそ 4 分の 3 を被保険者が負担することもあり、被保険者負担だけで 12.65% の保険料では高すぎるということで、オランダは改革を始めたわけだが、日本は被保険者が保険料として負担するのは費用の半分で前述のような負担になる。これは無理だと言う人が多数なら、これまでのオランダ並みの給付は難しいし、サービスが良ければその額を払っても良いと言う人が多数なら、これまでのオランダ並みの給付を目指すこととすべきであろう。

どの程度の給付を良しとするかの決定方法は難しい。ただし、日本はオランダに比べると若年層は 8.4% に対し 0.86%、高齢者は 8.4% に対し 3.3% と低い負担の保険料によって⁹、オランダと比較しても相当の給付を行っていると考えられ、オランダが全体として高い保険料の故に家事援助を WMO に移すからといって、直ちに模倣する必要はないと考えられる。

第 3 節 わが国における長期ケアの総合化のための提言

1 オランダの AWBZ の歴史を見ると、1968 年に制度ができたときの給付対象は、精神障害などの施設入所者の看護、介護、食事及び宿泊費に限られていた。その後 1980 年に在宅看護・介護に拡大され、地方自治体が供給していた家事援助が 1992 年に、ケアホームの費用が 2000 年にそれぞれ AWBZ に移管された。そして、施設における精神科医、リハビリテーション医及びナーシングホーム医による医療費も AWBZ が負担することとなった。

負担は、保険料 0.41% から 12.65% にまで増え、かつ、労使折半から労働者単独負担に変更されてきている¹⁰。

最近になって、逆方向に動き出し、1 年未満の精神科医療は 2008 年から ZVW に戻され、家事援助も 2008 年から地方自治体に戻されている。

さらに、オランダにおいては長期的にケアオフィスが廃止され、低レベルの施設外サービスが廃止され(2013 年)、2014 年から AWBZ 給付のうちのデイケアサービスや個人サービスが廃止され、2015 年からはさらに広く WMO に移管される予定とされている¹¹。

2 こうしたオランダの流れを見ると、わが国においても介護保険の範囲を拡大していき大きな保険料負担となると、逆方向に縮小せざるを得ない可能性があることを示唆しているように見える。第 2 節 2 に述べたように、若年被保険者の保険料負担に限って言えば、オランダでは我が国の約 10 倍の負担率である。

ただし、オランダのナーシングホームも平均 1 年の待機があるとされており¹²、この点には留意を要する。さらに、オランダでは退院後のケアについては病院に責任があるとされている

⁹ 日本の若年層は、協会けんぽの 1.72% の半分を被保険者分とし、高齢者は 2012 国民生活基礎調査の高齢者世帯の 1 人当たり平均収入に対する平均介護保険料 12 か月分の比率で算出した。

¹⁰ 日 “Social health insurance systems in western Europe” p290 European Observatory on Health Systems and Policies Series 2004, WHO。ただし、この当初の労使折半というのは、前身の ZVW のことを言っている可能性もある。

¹¹ 2012 年度報告書「オランダの医療・介護保険制度」p.43

¹² Marieke van der Waal が本書第 2 部のワークショップのために作成した “Basic features of the Dutch health care system” Summary4

表2 療養病床に関する実態と試算

	2012 病院報告		2011 医療費 (兆円)		2011 国民医療費 の入院 (兆円)
	患者数 (万月人) ①	患者数 (万人) ② = ①/12	単価 (万円/月) ③	④ = ①x③	
総数	1,514		95.1	14.40	14.4
一般病床	791	65.9	146.0	11.55	
療養病床	357	29.8	47.6		
医療療養	277	23.1	50.0	1.39	
介護療養	80	6.7	39.2		
精神病床等	366	30.5	40.0	1.46	
参考	入所者数		単価	年費用	
	(万月人)	(万人)	(万円/月)	(兆円)	
特養	567	47.3	28.0	1.59	
老健	412	34.3	29.5	1.22	
介護療養	90	7.5	39.2	0.35	

(注1) 参考は2012年度介護給付費実態調査の施設サービスの数値である。

(注2) 療養病床及び精神病床等の「単価」は推測値であり、一般病床の単価は計算結果である。

試算

	(兆円)	
	医療費	介護費
(1) 介護療養施設の単価が老健の単価まで下がった場合の施設介護費の低下		0.09
(2) 全療養病床の単価が老健の単価まで下がった場合の医療・介護費の低下	0.57	0.09
(3) 一般病床の10%の単価が医療療養→老健に下がった場合の医療費の低下	0.16	
(4) (2)+(3)	0.73	0.09
(5) 一般病床の25%の単価が70万円→老健に下がった場合の医療費の低下	0.80	
(6) (2)+(5)	1.37	0.09

点も参考に値しよう¹³。

3 支払われる費用

我が国における1人1月当たり費用(以下、「単価」と略称)を比較すると、2012年度で、特養28.0万円、老健29.5万円、介護療養施設39.2万円となっている(表2)。

一方、入所者100人当たりの配置人員基準を見ると、

特 養	医師 1	看護職員 3	介護職員 31	介護支援専門員 1
老 健	医師 1	看護職員 9	介護職員 25	介護支援専門員 1
介護療養	医師 3	看護職員 17	介護職員 17	介護支援専門員 1

となっており、特養と老健は必要看護師数が6人違って費用の単価の差が1.5万円であるのに対して、老健と介護療養は医師数が2人及び看護師数が8人違って費用の単価の差が9.5万円あり、看護師の数によって費用を修正すると、9.5万円のうち7.5万円分は医師が2名多いためと考えられる。

したがって、介護療養病床をオランダのナーシングホームのように必要医師数を1人とすれ

¹³ Herbert Rolden 本書第2部「日本とオランダにおける医療サービスおよび介護保険サービスの連携」p93 Session 3.1 患者の転院・施設間移転に関するコーディネーション問題

ば、その費用は月 31.5 万円に低下する。介護療養病床の単価が老健の単価まで下がったと仮定すると、介護費は約 900 億円低下する(表 2)。医療療養病床の単価も同様に老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約 5,700 億円低下する。

さらに、印南教授の指摘する「一般病床の中にも社会的入院継続が 16.5 万人いる¹⁴⁾」点を参考に、次の 2 つの試算を行った(表 2)。

(a) 一般病床の 10% において社会的入院が存在し、その単価(医療療養の単価と仮定)が老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約 1,600 億円低下する。

(b) 一般病床の 25% において社会的入院が存在し、その単価(70 万円と仮定)が老健の単価まで下がったと仮定すると、医療費は約 8,000 億円低下する。

全ての療養病床の単価が老健の単価まで下がり、さらに(b)のケースまで想定すると節約される医療費は 1 兆 3,700 億円、節約される介護費は 900 億円と推計される。そして、重要なことは、これらの医療費・介護費低下によってもほとんどの場合これまでと同様に必要なサービスは確保されると考えられることである。

4 提言

(1) 総合化の論点としては、以下の点である。

- ① 療養病床を老健並みの医師 1 人、必要に応じて看護介護者の上乘せをして胃ろうなどの医療ニーズが高い長期療養者のための施設へと変換し、老健施設と融合させるか。
- ② 融合された療養施設の給付を医療保険で行うか、介護保険で行うか？
- ③ 75 歳以上の医療・介護サービスを 1 つの制度で提供するのが合理的か否か？

(2) 問題点としては、

- ① 現行療養病床は、1 人当たりの床面積が狭いので、現行老健並みの広さを要件とするために、猶予期間を設けて転換を促す必要がある。
- ② 運用責任者と施設許可者は同じであるべきか、それとも現行特養のように、入所者決定などの運用責任者は市町村で、施設許可者は都道府県というような分かれ方でのいいのか。
- ③ 75 歳以上の医療・介護サービスを 1 つの制度にした場合の保険者を誰にするか。

(3) 本稿での結論として、次のような日本の制度改正を提言する。

- ① 6 年間の猶予期間を設けて療養病床を老健並みの医師設置数、及び広さにする。
- ② 融合された療養施設の費用負担は、高齢化に伴い負担割合の変化する介護保険方式を維持した上で、介護保険が負担する。
- ③ これまでの歴史から、介護保険の地域支援事業から一部のサービスを市町村の税金だけによる事業に戻すことはしない。
- ④ 新しい長期入所施設としての融合された療養施設の施設許可者は、これまでのように都道府県の許可というのではなく、10 万人以上の人口規模を前提に市に移管する。すなわち特例市の基準を人口 10 万人に下げ、それ以上の人口の市は市の許可でよいこととする¹⁵⁾。

¹⁴⁾ 印南一路「社会的入院の研究」東洋経済新聞社 2009、p.148。16.5 万床は一般病床の約 25% に当たる。

¹⁵⁾ 実施者は、現行特養のように入所者 30 人以上を都道府県の許可責任とするのは、特に東京都を見ると、

- ⑤ 第5章で述べたように、医療と介護の連携を始める義務を負わせる者は介護支援専門員(ケアマネジャー)とし、居宅療養管理指導費は廃止して情報提供料に改編し、在宅療養支援診療所でないが在宅時医学総合管理料を取っている医師にもサービス担当者会議への参加(文書を含む)の義務を負わせたと上、居宅療養管理指導費に相当する情報提供料を上乗せする。
- ⑥ 第6章で述べた医療サービスと介護サービスの連携に有効に機能する個人ICカードを導入する。

第4節 まとめ

まず、オランダのAWBZと日本の介護保険の違いを明確にしておく。

1 負担については、保険料率が大きく違う。オランダは12.65%だが、これは若年者への障害給付も含むので、それを引くと約8.4%分が高齢者給付と考えられる。しかもこれは、すべて個人負担で使用者負担はない。オランダの場合、給付費の4分の3が保険料で、残りがサービス利用者の一部負担と国の負担である。

全体として見ると、日本国民の介護保険料負担はオランダのAWBZと比べると、若年層では10分の1程度と考えられ、負担の格段に大きいオランダがAWBZのサービスをWMOに移したからといって、それがそのまま日本に妥当するとは言えない。

2 給付については、オランダのAWBZが1年以上の医療、施設給付及び在宅の看護・介護サービスを提供しているが、施設給付には医師1人を擁するナーシングホームを含んでおり、在宅の医療そのものは家庭医に対しZVWから給付される。このようなシステムを日本に引き直せば、医師1人が必置の老人保健施設に長期入所させる(医療保険で回復期病院やリハビリ病院を置くなら老人保健施設の短期性は失われるため長期化が妥当)、又は特養に医師を置いた場合は報酬を増やして介護保険から給付することとし、その代り、介護保険の医師に支払われている居宅療養管理指導を廃止して情報提供料に改編し、さらに医療療養病床を含め療養病床を廃止するのが適当と考えられる。

3 日本の政策への反映

医療・介護サービス提供におけるオランダ方式のメリットは、医療保険が短期対応に限られること(ただし、医療費の対GDP比は介護施設の費用を除いても9.2%と高い)、デメリットは費用がかかり過ぎるとしてインフォーマルケアに回帰し、長期保険の機能を縮小しようとしていることである。これを日本に反映させるとすれば、わが国の介護保険制度における規定路線の介護療養病床の廃止だけでなく、医療療養病床も廃止し、保険者の個々の患者管理を厳格化して1年間以上入院を続ける結果となる患者への医療保険給付は多くの場合廃止すべきである。その結果、多くの医療療養病床の存続が難しくなるとすれば、その代り、現在の療養病床

合理的ではなく、市町村の大型化を図り、例えば、①人口10万人、高齢化率30%の市で特養定員450人、老健定員450人の施設を持つ、といった観点から人口10万人を最低規模とする案や、②都区部は自力で特養のすべてを負担することとし、都からの財源移譲を行う案などが考えられよう。

より大幅に費用抑制型の医師1人の施設で長期入所できる介護施設類型を新たに作り、療養病床をそれに転換させるべきである。

家事援助を市町村事業である地域支援事業に委ねるのは、わが国においても介護保険導入以前の形に近くなることを意味するが、オランダのように社会保険によるサービス提供を断念してはいない。地域支援事業のうち保険料の入る事業はあくまでも介護保険事業のひとつであり、ただし保険給付本体と異なり事業に使う費用には上限(現在は総介護事業費の3%)が設けられているので、これを適切に引き上げることによって、国民の支持を得つつ費用抑制を図っていくことが適切であろう。

