

第6章 諸外国との比較

第1節 はじめに

この章では、苦情処理や救済制度のみならず、諸外国の介護保険制度全般について紹介する。介護というと、まずは福祉国家と呼ばれるスウェーデンなどが先進国として挙げられるであろうが、日本は、スウェーデンをはじめ多くの国を参考にして介護保険制度の確立を図った。アメリカからは、「要介護認定」「ケアプランの作成」の基礎データ収集のアセスメント、ケア・チェック表の認定（査定）基準について学び、イギリスからは、サービスの利用者のニーズに対していかに効率的に「パッケージされたケア」を結びつけ、いかにサービスを管理し、運営するか、その「ケアマネジメント技法」を学び、そしてドイツから「社会保険方式」による介護保障の理念・精神・仕組み・その運用方法などを導入したといえる。しかし、各国の制度は日本と異なる点も多い。以下では各国の制度の特徴と問題点を見ていく。

第2節 各国の介護保険

第1項 スウェーデン

（1）高齢化の推移

スウェーデンの人口は約 860 万人余りで、この中で 65 歳以上の人口が 17.5% ぐらいを占めている。高齢者のほとんどが年金生活者で、就業状態にある高齢者の割合は大変多く、平均寿命も比較的長い。65 歳以上の人口は 2000（平成 12）年まではあまり変化がないが、2020 年までに高齢者が増加し、その中でも 90 歳以上の人口は 1.5 倍になると予想されている。

（2）高齢者ケア施設政策の歴史

スウェーデンの高齢者ケア施設政策は人口の高齢化と青年世代人口の減少によって介護者が足りなくなり、その対策は 1950 年代以前から始まった。現在のような制度は短期間に作られたものではなく、多方面で試行錯誤を行われた結果であるが、スウェーデンの高齢者ケア施設を考える際、在宅ケアの理念は変わらない重要な要素である。老人ホームに関しては 1918（大正 7）年救貧法の規定が設けられ、各地域に老人ホームの設置が義務づけられた。1974（昭和 49）年には老人ホームとしてのサービスハウスの改築のため住宅建設資金融資制度が新設されて、その質的向上が飛躍的に図られた。1980 年代からは老人ホームの新築は抑制されて、サービスハウスに似たような居住施設の建築が増えた。現在残っている老人ホームは改良中で、その質的水準は一般の住宅水準で行われている。サービスハウスではケア村住宅の意味で主に日常生活に対するケアを受けながら在宅生活をする事ができる。形態は集合住宅、趣味室、診察室などを揃えた日中の保養所である。1972（昭和 47）年保健社会庁から発表されたサービスハウス計画指針に基づいて、高齢者を対象にしてサービスハウスが一般的に提供され始めた。以前はこの施設が色々な名称で呼ばれたが、サービスハウスという名称で統一されたのは、

1982（昭和 57）年の社会サービス法の規定以後である。サービスハウスは一般高齢者を対象にする住宅と要介護状態の高齢者を対象にする介護施設、そして 1980 年代前半まで立てられていたデイセンターである。

（3）高齢者ケア施設政策の仕組み

スウェーデンの高齢者ケア政策の中心は原則的に在宅ケアである。従来を中心である施設ケアから在宅ケア中心に転換された。このような傾向は 1980 年代に入ってからより著しくなった。そして高齢者サービス供給の基本的な方針は自立生活を支援するものである。すなわち、サービスの供給は本人の生活援助を目的とし、生活に何が必要なかを最優先に考慮する。主要施設としては「在宅」サービスハウス# 老人ホーム\$ 集団住宅% ナーシングホームなどである。重要な点は在宅からナーシングホームまで各々連係性を持っているということ、そして身体状況やその他必要に応じて各場所を自由に移動できるということである。

（4）高齢者ケア施設の運営

高齢者ケアのための財源の大半は租税収入による。1992（平成 4）年高齢者ケアに充てられる政府レベルの収入源を見ると、租税収入が約 60%であり、中でも消費課税と付加価値税が主となっている。支出においては、大部分は社会保障費用で、この費用は 1992 年度においては一般歳出の 17.7%を占めていた。その中の半分以上が基礎年金として支出されていた。

高齢者ケアの収入は補助金収入と利用者負担金があり、支出は職員人件費と事務費などだ。収入においては 93%が補助金収入であり、利用者からの負担による収入は 7%ぐらいである。現在収入のうち 75%が人件費として支出されており、さらに支出費用のうちの職員給与の割合が年々増加している。費用の確保のためには、市民の地方税負担率の増加が考えられるが、地方税の引き上げの凍結を法律が規定しており、全ての自治体はその規定に従う方針のようである。

（5）今後の展望

では、以上を踏まえた上で、今後どのような対策が講じられるのだろうか。①後期高齢者の増加により、今後も高齢者介護ニーズが着実に増加していくことが予想される。増大するニーズに関しては、1997 年から実施されている自治体への追加財源の交付等により当面の対応が図られているが、今後はさらに何らかの対応が必要になると考えられる。費用の増加を抑制する政策として①市場原理・競争原理の強化、②必要度の高い者へのサービスの一層の集中、③利用者負担の引き上げ\$ 家族やボランティアへの依存の拡大など考えられるが、これらの徹底は「平等と連帯」を基本理念としてきた公的福祉サービスへの信頼が失われる結果にもなりかねない。また、財源の増加を図る観点からは、①公的支出を高齢者介護分によく当てる、②増税を行う、③高齢者介護にかかる社会保険制度を導入して保険料の形で新規財源を確保するなどが考えられるが、①はともかく、すでに多くの負担をしている国民にとって②、③は非常に困難である。長期的に良質で効率的な高齢者介護サービスをどのように維持していくかは、容

易に答えが出せるものではない。税によって全ての人が必要なサービスを受けられるといった基本政策を維持しつつ、様々な調整が必要となってくるであろう。

第2項 アメリカ

(1) 高齢化推移

アメリカは低い出生率と低い死亡率などによってすでに人口の高齢化を経験済みである。アメリカの65歳以上の高齢者人口は1900(明治34)年に全体人口中4.1%で1920年代まで緩やかな増加を見せてきた。しかし、1930年代以後、高齢者人口は更なる増加傾向で、1950年代には全体人口の約7%を越える高齢化社会に近づきはじめた。1960年は9.2%、1970年には9.8%になった。1980年以後、人口の高齢化の勢いが更に増して、1980年は11.3%、1990年は12.6%となった。一番急激な増加は2010年と2030年の間と予測されるが、これは750万人のベビーブーム世代(1946-1964)が65歳に突入することによる。2010年に13.3%、2020年に17.5%、2025年に20.0%になると予測されるがこれはアメリカ人5人のうち1人が高齢者に該当することになる。

(2) 高齢者ケア施設政策の歴史

1961(昭和36)年、第1回の高齢者問題対策協議会がホワイトハウスで開かれて、1965(昭和40)年には高齢者福祉法(Older Americans Act)、Medicaid(65歳未満の低所得者、身体障害者のための国民医療保障制度)、Medicare(65歳以上の高齢者を対象とした高齢者医療制度)の新しい法案が設けられた。1971(昭和46)年、第2回高齢者対策協議会において高齢者福祉サービスの質の向上と高齢者に対する所得保障制度の整備に関する議論があった。その結果1972(昭和47)年に高齢者に対しての年金給与額の20%を引き上げ、その後引き上げ率は物価上昇率に比例して決めるようになった。1974(昭和49)年には低所得層の高齢者を助けるため、補足的な所得保障のプログラム法案のTitle20が連邦議会から可決された。Title20法案の中に高齢者に対する社会サービスが規定され、全ての高齢者がサービスを受けられるように保障している。特に在宅福祉サービスの質の向上を目指してサービスの拡張が行われた。1981(昭和56)年にTitle20は包括予算調整法(Federal Omnibus Budget Reconciliation Act)から社会サービス連邦政府の包括補助金プログラムに変更した。これによって、高齢者に対する社会サービスにおける政府の費用負担率が100%負担から80%になり、残り20%を州政府が負担するようになった。1985(昭和60)年まで、高齢者に対する福祉制度が整備され、1980年代の後半に高齢者ケア施設に関する法律が整備された。

(3) 高齢者ケア施設政策の仕組み

高齢者ケア施設に関する法として社会保障法Title18、Title19、Title20がある。これらは高齢者福祉法に基づいて作られおり、高齢者の在宅福祉及び地域社会ケアを促進させる目的で作られたが、ナーシングホームの利用率が高まる最近では利用者の負担額を軽くするために利用されている。

①メディケア (Medicare)

メディケアプログラムは連邦政府のよって運営され、社会保障法 Title18 を根拠に作られ、高齢者や身体・精神障害者の急性疾患にともなう医療費の患者負担金を減らすため設置された制度だが、高齢者のナーシングホームに対する自己負担金を軽減することにも利用されていた。メディケアプログラムから支払いされた費用の中で 57%が入院費、5%は家庭健康費、1%がナーシングホームの費用で、37%がその他になっていた。

②メディケイド (Medicaid)

メディケイドは州政府が運営しており、このプログラムの受給資格者は低所得高齢者、身体・精神障害者、18 歳以下の児童がいる低所得の家族で、最低限度の医療費が援助される。メディケイドから支払われる医療費としては病院入院費、外来通院費、医療検査費、ナーシングホーム費用、家庭健康保護費用などがある。財源の運営上、メディケアとメディケイドには多くの差がある。メディケアは連邦政府が運営するが、メディケイドの運営は州政府が行う。

③Title20

社会保障法 Title20 は全ての高齢者に対してなされている社会サービスに関する状況が明確に規定されており、高齢者の自立援助と不適切な施設への入所防止のために作られたものである。この法律を根拠としたプログラムとして地域福祉プログラム、在宅ケアプログラムなどがある。こうしたプログラムはその地域の人口に比例して分配される、連邦政府の包括的補助金で運営される。

④高齢者福祉法 (Older Americans Act)

高齢者福祉法は 1965 (平成 40) 年に制定され、数次の改正が行われた。これは高齢者生活の質的な向上を目的としている。

(4) 高齢者ケア施設の運営

①高齢者ケア施設の運営仕組み

アメリカの高齢者ケア施設は、短期ケア施設として一般病院 (General Hospital)、リハビリテーションセンター (Rehabilitation Center)、一般施設センター (Intermediate Care Facility Center) などがある。長期ケア施設としては専門療養施設 (Skilled Nursing home)、ホスピス (Hospice) などがある。

②高齢者ケア施設の財政運営

連邦議会予算局の推計によると、1985 年における現在高齢者長期ケアの公的費用と私的費用の総額は 449 億ドルにのぼり、そのうち 358 億ドルがナーシングホーム、91 億ドルが家庭保健サービスに対する支出となっている。また、ナーシングホームへの支出の 358 億ドルのうち、連邦あるいは州政府によって支払われたのが 49.1%、自己負担額は 49.4%、個人的に加入するナーシングホーム保険から支払われているのは 1.5%であった。最近ナーシングホームに対する支出が1人あたり年間約 18,000 ドルとなっているが、その中における自己負担額が多いため連邦議会は自己負担額の是正を検討しはじめた。

(5) 今後の展望

では、このような政策が採られてきたアメリカにおいて、今後どのような政策が講じられるのか考えていく。公的介護プログラムの実施においては、必要度の高いものに限定して行うべきであるという意見が多い。このことから、今後の政策としては、民間の介護保険の普及促進や家族介護支援（税控除の創設や現金給付など）といった自助努力を促すものが主流になるだろう。

ここで急性期医療と介護の統合である「マネージドケア介護プログラム」について説明する。メディケアとメディケイドが中心となる HMO（健康維持組織：保険者の一種）や、サービス事業主に対する定額報酬の前払いなどが含まれる。この運営主体は、そうした報酬を財源として要介護高齢者が必要とする急性期医療から生活支援サービスに至るまで、広範囲なサービスについて、各サービス事業主体、そして要介護高齢者の間を調整する。ここでの問題点は、限られた財源の中で、利用者の多様なニーズに対応しなければならないことである。

第3項 イギリス

(1) 高齢化の推移と高齢者ケア施設政策の歴史

イギリスはビバリジ報告書において「揺りかごから墓場まで」という表現を用いて、完璧な社会保障の追求を国家政策の基本理念として社会福祉を実現するため努力をしてきた。その結果、国民に対する社会保障の枠が他のヨーロッパ諸国より進んでおり、高齢者ケアもまた模範的な姿を見せてきたといえる。しかし、西欧の先進国と一緒に経済発展による所得水準の増加、医学の発展、健康に対する認識の再考などによって、人口の高齢化の現象が日増しに深刻化して国家的問題として台頭した。人口統計によれば 1960 年代初頭に全人口の中で 65 歳以上の老年人口が 12%に至り、1981（昭和 56）年に約 15%、1989（平成元）年に 15.8%になった。そして今後の人口動態の予測においては、この比率は若干減るが、戦後のベビーブーム世代が高齢層に達したら、この比率はまた上昇し、2025 年は約 20%にせまることが考えられる。また 75 歳以上の後期高齢者の比率も増加し、介護が必要な高齢者、痴呆の高齢者の比率も増加するだろう。このようなことから、国家はますます増加している老年人口のための高齢者ケア施設に対する関心を高めている。それに伴い、ケア施設政策も以下のような変遷を遂げている。

- ・ 1946 年：国民保健サービス法 (National Health Service Act)
- ・ 1948 年：国民扶助法 (National Assistance Act)
- ・ 1962 年：国民扶助法の改正法 (National Assistance Amendment)
- ・ 1968 年：シボム報告書 (Sebum Report)
- ・ 1970 年：地方当局社会サービス法 (Local Authority Social Services Act)
- ・ 1978 年：ウワルフエデン報告書
- ・ 1984 年：登録入居施設法 (Registered Act)
- ・ 1990 年：国民保健サービスと地域保健法 (National Health Service and Community Care Act)

Act)

(2) 高齢者ケア施設政策の仕組み

イギリスの高齢者ケア施設政策は医療行為を行うナーシングホーム（NH）と医療行為を行わないレジデンシャルケアホームの2つに区分できる。NH は民間が作ったものと、地方自治体が作ったものがあり、登録するときに決定される。

1984 年度に制定された入居施設法は NH, Mental NH, RCH を対象としており、また登録条件、登録対象施設の規定及び管理基準と職員の配置基準についても規定している。こうして全国的に最低水準が確保されようになっていった。同法によると、管轄大臣が具体的な条件や金額などの細部規定を作成し、通知あるいは命令を行う権限を有することになっている。こうした法律により、地方における RCH の場合、1984（昭和 59）年の登録入居施設法と管轄大臣が作成した細部規定を根拠に草案が作成された。この草案に基づいて各地区の関係者と協議が行われて、最終的に1つのガイドラインとして RCH 基準が作成される。一方、NH は中央管轄部署が全般的な規定などを定め、この規定に基づいて地域保健部が指針を作成した。

以上のように中央レベルでは大まかな基準を法律によって定め、具体的な細部指針は各部署の命令や細部規定で作成され、これを根拠として各地方の担当機関が指針を作成するのが一般的な方法となっている。もし、該当施設が要求水準を充足しない場合には、管理者は改善命令を行うことができ、命令に従わないときには登録を取り消すことも可能である。

NH の規定は RCH と比較して、管理者に対する権限や設置基準がより細部にわたって規定されているため、大抵の場合、登録したいと思っている団体や企業は新築、改築計画の初期段階から管理者に助言を受けるようになっている。

(3) 高齢者ケア施設の運営

65 歳以上の高齢者人口は増加傾向にある。後期高齢者 75 歳以上の比率も増加し、介護が必要な高齢者、痴呆症の高齢者の比率が増加することも考えられる。こうした老年人口の急増が、ナーシングホームなどのケア施設の社会的な需要を作り出す要因であるといえる。

中央政府にあって社会保障に関連した財源は社会保険（National Insurance Contribution）である。NIC は所得によって支払う比率が定められている。1993 年 2 月には、週当賃金が最低 54 ポンドから最高 405 ポンドの間で負担率が決定された。405 ポンド以上の場合には上限を越えても負担はない。

(4) 福祉のあり方

ここまで、イギリスの制度を見てきたが、以下ではこの国の福祉にまつわるエピソードを紹介する。

①元気のあるサービス提供者

自分たちの仕事に誇りを持ち、いきいきとしている。サービス発注者である自治体への苦情・注文を訴える口調も制度を前提にするというよりは、「制度のあるなしに関わらず、自分

たちはやりたいようにやる。自分たちが頑張っているんだから、ちゃんとしてよ。」といった具合で、自主的・前向き・活発的なのである。

②生活スタイル維持への努力

在宅サービスは、もちろん施設サービスであっても、できるだけ利用者の生活スタイルを維持しようという考え方が根付いている。本人も周囲もできる限り自宅で生活を続けようとの意思が強く、虚弱度が高まり施設に入所することになっても、身の回りのものをできるだけ多く持ち込み、また趣味なども続けられるように配慮されている。設備面においても自宅のような雰囲気ができるように工夫されている。

③高齢者自身の強い自尊心

寝たきりの人は少ない。ある日曜日の午前中に、街中の喫茶店で両脇をヘルパーに抱えられ席に着くまでに 10 分ほどもかかったものの、原色の衣装で着飾り、化粧も艶やかな 80 歳過ぎと思われる老婆がいたという話を聞いた。日本では、完全に寝たきり生活を強いられるところであろう。また、施設入所の日が迫った一人暮らしのおばあさんに「願い事は？」と尋ねたところ、「家の中を不自由なく歩き回れる足が欲しい」という答えが返ってきたという。日本では、「孫が尋ねてきてくれること」など、受身であることが多い。わが国も制度以前の問題として、元気で活発な高齢者の姿勢を見習うべきではないだろうか。

第4項 ドイツ

(1) 高齢化の推移

東ドイツと西ドイツの統一によって社会・経済的に多くの変化があった。現在ドイツの高齢化率は 15% であり、これからこの割合はますます増加していくと予想される。

ドイツ統一後、失業率が年々増加して社会的な問題として台頭し、旧東ドイツの人々が旧西ドイツへ流入する失業に関する問題は大きな課題となった。さらに、旧東ドイツ地域の産業施設の発達と生活環境の変化によって専門職種の人材養成が問題となった。その中で保健・看護・福祉などの社会サービス専門職の養成が急務となった。特に 65 歳以上の高齢者のうち約 200 万人が介護を必要としているため、高齢者介護において人員の不足が起きているというのが現状である。200 万人のうち、要介護状態の高齢者の中で 80% が在宅ケアを、そして 14% が施設ケアを受けている。このうち 14% ほどが民間福祉団体から援助またはケアを受けていた。

(2) 高齢者ケア施設政策の歴史

・ケアホーム制度

近年、高齢者ケア制度について語る場合、ケア保険制度について触れられるようになった。旧西ドイツで 1988 (昭和 63) 年に実施された医療保険制度により、在宅ケア対象者も医療保険サービスを受けられるようになった。

・地方政府の高齢者計画 (Bouder Alter plan)

地方政府の施設ケア・在宅ケア・高齢者の社会参加活動などが連邦の公的扶助法によって実施されているが連邦政府レベルの支援は行われていない。しかし 1992 (平成 4) 年、高齢者の

自立維持と社会活動を促進するために連邦高齢者計画が樹立された。

・成年者保護法の施行と高齢者の人権保護

1992（平成4）年1月1日から成年者保護法を施行し、成年後見人・障害者の場合これらを保護するようになっていた。この法律は高齢者ケアの入所者の代理人がケアに関する権限を行使できる。この制度に対して、各州の反応は様々であったが、ミュンヘン市の場合、行政機関が代理人の事務所を開設している。

（3）高齢者ケア施設政策の仕組み

①ホーム法律の制定

ドイツの高齢者ケア施設政策は1974（昭和49）年に樹立されたが、中でもホーム法律の制定がその核心となっている。このホーム法律の方針は、ホームの利益と権益を守ることと、入所者と施設側の対話を促進することである。また、このホーム法律の対象は公的高齢者ケア施設、民間非営利ケア施設、民間営利施設などの区別をせず適用している。

②高齢者ケア施設

高齢者に対して実施しているケア施設は Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim、複合施設、高齢者病院、高齢者病棟などが挙げられる。

（4）高齢者ケア施設の運営

①ケア施設の収入と支出

高齢者ケア施設の財政は経営主体が公立、非営利、社会福祉団体、私立などに分けて考えることができる。どんな形態でも原則的に契約によって入居することになっており、入居者個人の負担割合はその形態によって差がでてくることになる。この施設は福祉団体が営む高齢者ケア施設と似ているが必要経費の公的扶助がない。よって入居者の入所費と自体費用の調達として財源を用意していた。この団体が運営する施設の人件費は毎年上昇しているが、その理由の1つが入所者の重症化と痴呆高齢者の増加である。人件費以外に事務経費と事業費（Day-Roomの活用、団体会合運営）に支出されていた。

②施設運営に用いられる財源

施設運営財政の状況について、社会福祉団体が経営する介護ホームを例に挙げると、施設の運営財源として最も割合が多いのが入所者の施設利用料である。この利用料によって施設経費の80%ほどを調達している。介護ホーム入所者の利用料は上昇し続けており、その利用料を年金で充当する傾向がある。利用料をきちんと納付する入所者は法律で定められた範囲内で社会扶助を受けている。なお住宅給付などの公的支援を受ける入所者の割合が増加し、公的支援を受けている入所者は70~80%となっている。公的援助は必要経費として運営費を補助してもらうものである。団体に対する援助と施設への寄付は、本部からの援助と施設への寄付金がこれに該当するといえる。

一方、人件費の上昇によって入所者の負担の増加と社会扶助の給付率が高まり、入所者の身体的、精神的状態の悪化に対する福祉機器の導入の増加、さらに痴呆高齢者の入所者全体にみ

る費用増加が施設の財政支出を高めている。

なおその他事業費と事務費は全体支出費用の 15～20%を占めた。施設の増築・改築の場合には、政府と地方自治体が特別に補助していた。

第5項 ドイツにおける介護保険制度

(1) 近年の動きから

①介護の質の確保

現在ドイツでは一部の事業者により不適切な介護が行われたと報道されるなど、介護の「質」をめぐる議論が活発化している。こうした中で連邦政府は介護の質の向上を図るための法改正を行った。これにより、介護の質の確保・向上及び利用者の権利の強化を目的とした「介護の質の確保法」が制定され、施設入所者の権利保護を図るための「ホーム法」が改正された。

「介護の質の確保法」には質の確保のため、施設に対する定期的な質の検査や、介護施設における人員配置の適正化が盛り込まれ、利用者保護の観点からは在宅介護の際の書面による介護契約締結義務などが定められた。これにより、要介護者やその家族がより効果的に自らの権利を実施できるような環境が作られることになった。

また、「ホーム法」の改正においては、ホーム（施設）における世話の質の確保・向上及びホーム入所者の保護と法律上の地位の改善が図られ、施設間の比較をいっそう可能にするための施設報酬の報告や入所者による「ホーム協議会」への入所者の家族等の参加を可能とすること、ホームへの監査の強化などが盛り込まれた。

②痴呆を抱えた高齢者への対応

これまでドイツでは、介護保険の給付面で、痴呆等の精神疾患が要介護認定で適切に評価されないことが問題となっていたが、財政的な問題とも絡んで十分な解決策は得られないままだった。こうした中で痴呆を伴う要介護者に対し限られた財源のなかで追加的な支援を行うための「介護給付補完法」が成立し、痴呆を伴う在宅の要介護者に対し追加的な給付を行うことや痴呆高齢者向けの相談事業の改善・拡充を定め、痴呆性高齢者・精神障害者を抱える家族の負担軽減を図っている。

(2) 苦情処理の実情

まず要介護認定に関する不服申立て（異議申立て）についてであるが、ドイツにおいては申請に対する却下の多さが特徴となっている。これに対応して却下に対する異議申立ての件数も多くなっている。異議申立て数は、1995（平成7）年 37 万件、1996（平成8）年 28 万件、1997（平成9）年 16 万件であり、その内容は、より高い給付への変更を求めるものが、1995（平成7）年 28 万件、1996（平成8）年 21 万件、再申請が両年とも 8 万件となっている。これらの異議申立てに対する再審査の結果は、異議申立てが認められた件数がきわめて多く、1995（平成7）年が 43.2%、1996（平成8）年が 51.7%、1997（平成9）年が 18.8%となっている。

一方、却下されたのち、社会裁判所で争われたものについては、全国データを入手できなか

ったが、ヘッセン州のスーパーマーケットの疾病金庫である BKK によれば、家族を含めた被保険者 12 万 5000 人のうち、1800 人が申請し、そのうち 600 人が却下され、さらにそのうち 47 人が社会裁判所に提訴して争ったが、全てのケースで介護金庫の勝訴となったとされている。

却下されたものの内容としては、家事が困難になった高齢者が介護保険からの給付を受けることができると思っていたという介護保険制度に対する誤解や、介護に要する時間について実際より短時間とされていることに対する不服などが多いようである。

次にサービスに関する苦情処理についてであるが、ドイツにおいては、苦情処理のための一元化された総合的な相談窓口はなく、介護金庫、要介護認定機関、ケアマネジメント機関、在宅・施設サービス提供機関のそれぞれで苦情に対応しており、総合的な調整はなされていない。介護金庫や、要介護認定機関である MDK には、苦情処理の責任と権限があるが、苦情の対象（施設やサービス提供機関）と系列化して、要介護者の利益を代表しないところもある。また、報復を恐れて、直接サービス提供機関に相談せず、ドイツで初めて行政が設置したミュンヘン市の「苦情相談所」に匿名で相談する人も多い。MDK での苦情は、制度の内容をよく知らない申請者や主治医からのものが多く、説明により誤解がとけるため、裁判になることはほとんどない。また、市の苦情相談所には、特に施設ケアについての苦情が多い。ミュンヘン市の苦情相談所は、苦情処理の権限を持たないため、監査機関と連携をとったり、苦情の対象となったサービス提供機関を訪問し説明したりするなど、一つ一つの苦情の解決を目指している。また、マスコミのキャンペーンを活用したりもしている。苦情相談所には法的な権限はないが、市長直属となっており、中立的な機関でもあることから、市民からの信頼は厚い。また法的に権限がないからこそ、逆に、関係機関とのコミュニケーションをとりながらの交渉がしやすく、関係者とのネットワークも作りやすいなどのメリットもある。

第6項 韓国

（1）高齢化の推移

韓国では、出生率の低下や平均寿命の伸長、そして家族構成の変化などから 65 歳以上の高齢者比率が 2000（平成 12）年には 7.1%に達し、2022 年には高齢社会といえる 14.3%に達する見込みであると言われている。したがって、現在は生産可能な人口 9.9 人で高齢者 1 人を扶養しているが、今後 2020 年には 4.7 人で 1 人を、2030 年には 2.8 人で 1 人を扶養する急速な高齢社会化が予想される。このように人口の高齢化が進むにつれ、介護が必要となる人口の増加も予想される。また、高齢者は他の年齢層に比べて疾病率がかなり高く、慢性退行性の疾患としての医療要求度も高いが、現行制度では現保健医療問題に適切に対応しきれていないというのが現状である。

（2）高齢者ケア施設政策の歴史

韓国での介護は儒教的伝統をもとに家族が第一次的責任をもち、高齢者は子供が、障害者は両親や妻が介護することはあたりまえのことであった。なお、政府もこうした状況を前提に「家

族介護優先」の政策を維持してきた。

1960年代には政治的な安定を図り、社会管理を目的とする社会福祉関連法及びさまざまな社会保障制度が制定された。1970年代の経済成長とともに変わっていく現代社会では、住宅構造の変化、女性の社会進出の増加などで、家族の介護能力が著しく低下した。1980年代になると、施設保護は個人の自由を阻害し、財政負担が大きすぎるなど、施設環境や運営上の問題が批判されるようになった。これにより、1980年代半ばからは、高齢者保護を施設中心から、家庭にいる高齢者に対する保護や支援に転換することの必要性が認識され始め、1987年には韓国高齢者福祉会で独居高齢者を対象にするホームヘルパー派遣事業が行われた。1990年代に入り、地域社会を中心とする在宅福祉形態へと変わったのは、韓国社会福祉協議会によって「地域福祉奉仕センター」が全国15ヵ所に設置された1991年からである。こうして設けられた在宅福祉奉仕センターは全国に141ヵ所になり、ホームヘルパー派遣事業が全国に拡散された。このセンターの運営にあたって社会福祉士などの給与と運営費の一部が補助されたが、ボランティアを教育しホームヘルパーとして派遣するには介護上の多くの問題点が指摘された。これを受けて、1996（平成8）年1月にはホームヘルパー養成事業が実施され、これを受けて、2000（平成12）年4月には、低所得の重症在宅高齢者に在宅配食事業が実施されるようになった。

すなわち、高齢者福祉政策は1950年代には単純な高齢者救護事業で展開され、1960年代には高齢者救護事業から高齢者福祉で転換したというものの、1970年代には制度的装置の準備が始まり、1980年代は高齢者福祉保健制度の基盤の整い、1990年代は実質的な高齢者福祉政策の試験期間として区分できる。

こうした過程を経た韓国の在宅福祉はいまだ制限的・選別的福祉概念の枠にとどまる傾向があるが、急速な産業社会への変化に伴い、低所得層を中心とする介護福祉サービスから一般国民を対象者に含む公的サービスとしての位置付けるための論議が必要となるであろう。

（3）高齢者ケア施設政策の仕組み

①行政組織

高齢者ケア施設の運営と体系についてはまず保健福祉部に社会福祉政策室があつて、その下に社会福祉審議官がいる。そして、高齢者福祉審議官の下に高齢者福祉課があり、高齢者福祉に関する業務をしているが、家庭福祉課・生活保護課・福祉政策課・福祉資源課などと連係して業務を遂行してある。地方自治体の高齢者関連行政機構には保健福祉部の家庭福祉審議官と関連して業務を連係する市・都の家庭福祉局があり、市・郡・区の場合は家庭福祉課がある。最下位の末端機関つまり、邑・面・洞には社会担当専門要員と家庭福祉担当者を置いて、対象高齢者と一線施設を連結させている。

②高齢者ケア施設の種類

高齢者ケア施設には大きく分けて養老施設と養老施設の2つがあり、養老施設は無料、実費、有料養老施設で区分され、養老施設は無料、実費、有料施設で区分されている。その他、高齢者福祉会館と有料福祉住宅がある。

(4) 高齢者ケア施設の運営

高齢者ケア施設の運営は、一般国民の税金を財源とされてきたが、最近では高齢者ケア施設が民間部分に拡大されて、多様な形態の民間財源が利用されている。そして、その財源の様式が社会の複雑化により、全社会保障予算額から高齢者福祉費用に支出される割合は 1990（平成 2）年の 2.5%から 1993（平成 3）年では 3.4%と、次第に高くなる傾向にある。しかし、社会福祉サービス予算額に高齢者福祉費用が占める比率は 1990（平成 2）年 33.3%、1991（平成 3）年は 28.2%そして 1994（平成 6）年は 21.9%と、その起伏が甚だしくなっている。これは高齢者福祉に対する予算支出の一貫性と継続性がないのを表していると考えられる。

(5) 今後の展望

韓国における今後の介護福祉の重要な課題は、世界でも前例のない速さで高齢化が進んでいく中で、介護福祉の積極的な公的制度化、介護福祉施設および支援施設の運営の改善、介護サービスの質的な向上などのための政府による提示である。

直接サービスを行う介護福祉士の養成は政府ではなく、社団法人韓国ケア福祉協会によって行われ、介護福祉士養成にかかわるすべてを民間に頼っている状況である。したがって、日本や先進国における 20%にも満たない教育時間や補修教育の問題、法人認定の資格ではなく国家資格制度に転換するなど、政府の積極的な参与と援助体制が必要となっている。

2000 年 8 月に行われた在宅高齢者福祉施設の評価調査の結果適切な運営規定があつて、それに従う運営が行われた施設は全体の 43%に過ぎなかった。在宅高齢者が運営事業の決裁権をもつ場合もあり、特に、併設施設の場合は在宅福祉事業を「サービスチーム」に制限する傾向がある。したがって、在宅を対象とした施設や入所施設の運営において、事業の推進の際、独立性と専門性の確保が必要となる。

現在の社会福祉サービスは、低所得層の高齢者に集中しているが、高齢者の障害の軽重、在住地域などにかかわらず、同じようなタイプのサービスが行われている。したがって、独居高齢者や農村高齢者、そして病弱な高齢者などの経済的、社会的環境などの特性を把握したうえで介護、そして高齢者性疾患に適した処置のためにも在宅福祉サービスの多様なモデルの開発が必要である。

在宅福祉施設の予算は、国庫と地方費が 4：6 の比率であり、事業費の足りない部分は地方自治体が補助するようにしている。しかし、地方自治体の事業に関する認知度によって大きく差があるため、補助金を期待しがたい地域が多いことも事実である。現在、ホームヘルパー派遣施設の年間予算の支援総額は平均 7650 万ウォン¹であるが、調査によると最小限に必要な予算は 8572 万 4000 ウォン²と算定され、12%以上が不足していることがわかる。

この予算は運営主体が賄うこととされているが、ほとんどの施設は経歴のある職員を避け、

¹ 日本円で約 756 万円程度。

² 日本円で約 857 万円程度。

給与水準が低い新人を雇用するか、さらには人員を減らすなどの方法で無理をして予算に合わせるのが現状である。したがって、在宅福祉施設が適正の職員によって専門性を確保し、基本的な運営を行うためには、現実的な補助が実行されるべきであろう。

第3節 各国の比較

第1項 高齢者ケア施設の体系

現在欧米の先進国と日本、韓国の高齢者ケア施設は、各国の歴史的な背景の相違にもかかわらずほぼ同様の体系をもっている。各国ごとに、高齢者ケア施設体系の1つは老人ホームでこれは欧米の様々な国にほぼ共通に設立されている。日本には従来の生活保護法に基づく養老院の体系を受け継いだ養護老人ホームがあり、イギリスには国民扶助法によって設置した施設が、スウェーデンにはカントリー老人ホームが、ドイツには社会扶助法に準ずる Altenheim がある。これは一般的に公的扶助を起点にする社会福祉系列の高齢者ケア施設で、縁故者がいない低所得高齢者を対象としたケア施設である。さまざまな類型を整理すると以下ようになる。

①まず挙げられるのが、病院から独立した高齢者ナーシングホーム (nursing home) である。日本には高齢者保険施設、イギリスとスウェーデンにはナーシングホーム、ドイツには Altenpflegeheim (養老ホーム) がある。日本の場合、特別養護老人ホームは一般老人ホーム体系から派生した、独特な高齢者ケア施設であり、必ずしもナーシングホームの系列に必ず入るものではない。そしてスウェーデンのグループハウスは主に痴呆性高齢者のための小規模ケア施設が付いている施設であり、従来のナーシングホームとは多少意味合いの違うものである。

②高齢者のための特殊病院として、病院治療を受けるためのケア施設がある。日本ではいわゆる老人を専門とする病院がこれに当たるが、西ヨーロッパの成人病院は従前の衛生所だったものが変形したものだといえる。

③厳密にケア施設だとはいえないが、住宅系列に入るケア施設がついているものがある。これは一番新しい形態のもので在宅ケア施設に応じてケアが必要な高齢者のため設計された住宅形態のものである。日本ではゴールドプランの実施によって立てられたケアハウスがこれに当たり、スウェーデンなどにはサービスハウスとして従来の規模が大きい施設を代理するものがあり、その数は急増している。なおホステルやホスピスに該当する様々な高齢者ケア施設があるが、基本的には上記の四つの体系の高齢者ケア施設が各国に全て存在する。こうした施設はほぼ体系化されていない状況の中、近年の急速な人口高齢化に対する新しい対応が要請されている。

第2項 高齢者ケア施設の財政運営体系

各国の高齢者ケア施設の財政運営体系を比較するのは簡単な問題ではないので、費用負担の仕組みに限定して見ると次のように分類できる。前述の①の体系にある老人ホームは原則的に政府の一般財源からの支出に支えられていた。低所得層の利用者が大部分なので負担は無料ないしその金額が少ない。スウェーデンでは老齢年金が充実しているため、日本とは異なり入所

者には社会保険方式の年金給付がない。日本の場合、特別養護老人ホームは全額無料であるが、負担能力の原則に従って入所経費金額は細密に区分された費用を徴収していた。”と#の体系にあつては各国全てにおいて原則的には医療保障体系に属していた。

日本やドイツなどでは社会保険を適用した医療保険制度に基盤を置いて運用されているが、イギリス、スウェーデンなどは社会保険ではなく一般会計からの社会保障給付として支給されていて原則的に利用負担はない。なお、アメリカでのメディケアとメディケイドは社会保障法に適用される医療保障が行われている以外には一般医療保険の給付はなく、経済的に余裕がある人が潤沢な医療を受けられる構造になっている。原則的に利用者の費用負担となっているが、共同住宅よりケア施設がついている住宅は費用が高いがそれ以外の違いはない。普通は国公債から建設費用が支給されていて運営費は利用者負担だが、民間APTとかマンションより安い。

高齢者ケア施設の基準は日本の場合、1966（昭和41）年に社会福祉施設の設置および運営基準が定められた後5つの改正があった。

ドイツには1974（昭和49）年のホーム法律（Heim Gesetz）が制定されてその後1983年ホーム最低基準法（Heimindbau）に改正された。ただケア施設の基準は各州別に定められ、市町村の監査委員会が設置されており、高齢者介護者の活躍が目立っている。オーストラリアでは1974（昭和49）年の高齢者及び障害者福祉法（Aged or Disabled Persons Home Act）が制定されて最低基準を決める形態によって規則が用意された。イギリスでは標準的な施設基準が定められて建築基準を守る義務が明記されているが、基本的には各地域社会の独自性に委ねられている。特に施設の小規模化が進捗していてデリケートかつ緻密なプログラムが作られている。一方、アメリカでは連邦及び州政府の設立基準が定められているが、毎年サービスの質が低下しているという実情である。

各国の施設設置基準及びサービス提供基準に関して比較するとイギリスは1984年に制定した登録ホーム法は各ホームについて登録条件、対象施設の規定、スタッフの配置基準などの全国的な最低基準を設定しており、具体的には各県がこの登録ホーム法によって基準を作成しようとしている。スウェーデンでは施設に対する特別な設置基準はないが、住宅当局から建設融資をもらうためには建築基準を充足しなければならない。なお、サービスについては市町村の独自性に委ねられているがあまり差はない。ドイツは設置基準に関しては1974年施行したホーム法があり、これを根拠とした細部規定としてホーム最低建築令がある。施設の基準は各県の規定により、各市町村はその基準評価のため監査委員会を置いている。オーストラリアの施設基準には高齢者、障害者ホーム法（Aged and Disabled Person Home Act; 1974）とNursing Home and Hostels Review（1986）があり、ケア施設サービスの目的と基準が用意されている。それによると、アメリカではナーシングホームがメディケアとメディケイドの適用を受けられるためには、連邦政府または州政府の規定の設立基準を充足しなければならない。

第3項 高齢者ケア施設の入所経路と状況

次に各国の高齢者ケア施設に入所する場合の入所経路とその状況を比較する。日本では1993（平成5）年に福祉関係法の改正で施設入所の権限は県と市の福祉事務所から町・村に委譲さ

れた。施設入所には施設所属の医師の診断が必要で、日常生活での自立度が高い場合は地域の施設に入所する。ただ、痴呆がひどい状態や薬の服用がいつも必要な場合にはメンタルナーシングホームへ移送されることもある。

スウェーデンのナーシングホームへの入所では医師の診断が重要視されるので審議委員会の決定によって決定される。ドイツではホームと入所予定者の契約によって入所決定が行われる。イギリスでの入所経路はホームドクターが持続的に入所者の介護を請け負う。ホームに入所する時は担当医師の診断が必要である。日常の生活における自立度が高く、レジデンシャルホームへの入所が可能であればそこに入所させる。

スウェーデンではサービスハウスに入所するためには、年金受給者の生活援助のためにサービスが必要であると認められなければならない。これは市町村の事務所の専門判定員が判断する。なお、ナーシングホームは医師の診断に基づいて審査委員会が決定する。ドイツの場合、基本的には本人の希望、自立度の状況、負担額などによって、入所希望者とホームの間の契約がなされ入所が決められる。この場合、高齢者保護所が相談に応じて、様々な情報を提供する。オーストラリアでの入所手続きは、まず地域医師、地域サービス担当部署などから申請様式を入手し、記入した様式を地域サービス担当部署に送付することからはじまる。その後サービス担当部署の依頼によって高齢者評価チームの評価を得、評価の結果によって入所を決定する。

《参考文献》

- ・ 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』（中央法規、2002年）
- ・ Yi GaOck 『老人問題海外実態』
- ・ Kim KiHun 『韓国の老人ケア施設の政策開発における国際比較研究』