

令和5年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）
諸外国の介護制度に関する調査研究
成果報告書

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 政策推進部
国際長寿センター〈日本〉（ILC-Japan）

刊行にあたって

国際長寿センター（日本）：International Longevity Center-Japan（ILC-Japan）は、1990年に日本とアメリカの2国で設立されました。それ以来、世界各国にセンターが誕生し、現在では16ヶ国に達しています。

国際長寿センターは創設以来、高齢者を社会の中の重要な役割を果たす存在として位置づけるポジティブな高齢者観に基づき「プロダクティブ・エイジング」を目指しています。高齢社会を迎えている各国においてこの考え方は広く国際的に定着し、我が国においても高齢者が活躍する地域が全国各所に見られます。私たちはこの流れをさらに定着させるために、国際比較研究を通して海外諸国のいきいきとした高齢者像を見出ししてきました。

現在は、（一財）医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構政策推進部の一部門として、地域包括ケアシステムの構築に向けた政策推進のための調査研究事業や少子高齢化に伴う諸問題の国際的・学際的な視点での調査研究事業を行っています。

本年度の「諸外国の介護制度の比較に関する調査研究事業 報告書」では、わが国の介護保険制度が高齢者の生活を支える制度であり続けるために、不断の見直しが必要であるという観点から、日本と同様に高齢化や人口動態の変化に直面する諸外国の公的介護制度を比較し、今後の日本の制度設計の参考となる資料や情報を報告しています。

本報告書では、第1章では調査の背景と概要、第2章から第6章ではイギリス、オランダ、ドイツ、フランス、韓国における介護制度の最新状況を、制度概要と財政、認知症施策、介護予防、ICT・ロボット導入、科学的介護、医療介護連携、低所得者対策、最新の動向の8つの共通テーマにて報告しています。

この調査・研究の過程ではさまざまな各国機関や団体のご協力をいただきました。調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

令和6（2024）年3月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 政策推進部
国際長寿センター〈日本〉（ILC-Japan）

諸外国の介護制度に関する調査研究報告書
目次

| | |
|---|-----|
| 調査研究体制 | 4 |
| 報告書サマリー | 5 |
| I 調査の背景と概要 | |
| 1. 調査の背景 | 8 |
| 2. 調査の概要 | 9 |
| 3. 海外調査訪問先一覧 | 10 |
| II イギリス | |
| 1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況 | 14 |
| 2. 認知症の人を支えるための施策 | 20 |
| 3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取組 | 23 |
| 3-2. 地域における健康づくり活動の実際（現地調査から） | 27 |
| 4. ICT・ロボットの導入に関する取組み | 35 |
| 4-2. 高齢者の ICT 活用 の 実際（現地調査から） | 38 |
| 5. 科学的介護についての取組みとその効果 | 42 |
| 6. 医療と介護の連携に関する取組み | 45 |
| 7. 低所得者への対応等 | 47 |
| 8. 給付と負担の議論の背景としての人材確保問題 | 49 |
| III オランダ | |
| 1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況 | 53 |
| 2. 認知症の人を支えるための施策 | 59 |
| 3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取組 | 62 |
| 3-2. 地域における健康づくり活動と高齢者の ICT 活用 の 実際（現地調査から） | 65 |
| 4. ICT・ロボットの導入に関する取組み | 70 |
| 5. 科学的介護についての取組みとその効果 | 73 |
| 6. 医療と介護の連携に関する取組み | 77 |
| 7. 低所得者への対応等 | 79 |
| 8. 高齢者介護制度と地域支援体制等の最新の動向 | 81 |
| IV ドイツ | |
| 1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況 | 89 |
| 2. 認知症の人を支えるための施策 | 95 |
| 3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取組 | 98 |
| 4. ICT・ロボットの導入に関する取組み | 102 |
| 5. 科学的介護についての取組みとその効果 | 106 |
| 6. 医療と介護の連携に関する取組み | 109 |
| 7. 低所得者への対応等 | 111 |
| 8. 介護制度の最新動向 | 112 |
| V フランス | |
| 1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況 | 120 |
| 2. 認知症の人を支えるための施策 | 124 |
| 3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取組 | 127 |
| 4. ICT・ロボットの導入に関する取組み | 131 |
| 5. 科学的介護についての取組みとその効果 | 134 |
| 6. 医療と介護の連携に関する取組み | 138 |
| 7. 低所得者への対応等 | 141 |
| 8. 介護制度 最新の動向 | 144 |

| | |
|--------------------------|-----|
| VI 韓国 | |
| 1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況 | 151 |
| 2. 認知症の人を支えるための施策 | 156 |
| 3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取組 | 159 |
| 4. ICT・ロボットの導入に関する取組み | 162 |
| 5. 科学的介護についての取組みとその効果 | 165 |
| 6. 医療と介護の連携に関する取組み | 168 |
| 7. 低所得者への対応等 | 170 |
| 8. 韓国の老人長期療養保険制度の最新動向 | 172 |
| VII 基礎データ表（6か国比較） | |
| 1. 基礎情報 | 180 |
| 2. 社会保障費内訳 | 181 |
| 3. 高齢者の状況 | 182 |
| 4. 介護制度の概要 | 183 |
| 5. 介護サービス利用の流れ | 186 |
| 6. 介護サービス内容、健康増進、予防 | 189 |
| 7. 認知症施策 | 190 |
| 8. ヘルスデータとその利用状況 | 192 |

※本報告書では「イギリス」とは特に断り書きのない限りイングランドのものを参照している。また、本文の記述に「グラスゴー」の事例が出てくるが、グラスゴーはスコットランドであり、イングランドと制度が違う場合もあり得る。

諸外国の介護制度の比較に関する調査研究 調査研究体制

■調査研究委員長

小野太一（政策研究大学院大学教授）

■調査研究委員（50音順）

金 貞任（東京福祉大学・大学院社会福祉学研究科教授）

澤岡詩野（ダイヤ高齢社会研究財団主任研究員）

中島民恵子（日本福祉大学福祉経営学部准教授）

沼田裕樹（町田市介護人材開発センター理事）

藤原佳典（東京都健康長寿医療センター研究所副所長）

松岡洋子（東京家政大学人文学部教育福祉学科教授）

吉田恵子（青森県立保健大学院非常勤講師、調査コーディネーター、通訳）

吉田俊之（埼玉県立大学保健医療福祉学部理学療法学科教授）

渡邊大輔（成蹊大学文学部現代社会学科教授）

■海外調査協力員

- David Sinclair（ILC 英国代表）
- Brian Beach（ロンドン大学研究員）
- Jolanda Lindenberg（ILC オランダ研究員）
- Didier Halimi（ILC フランス研究員）
- 李聖姫（ソウル聖岩老人療養院理事長/韓国アルツハイマー病協会会長）

■調査研究事務局

医療経済研究機構 政策推進部国際課 国際長寿センター（ILC-Japan）

報告書サマリー

政策研究大学院大学 教授
小野 太一

本調査は今後の日本の介護保険制度の施策展開の参考とするため、諸外国の公的な介護保障制度の最新の状況を把握するものである。具体的には、既存の各種調査を踏まえた基本データをまとめた上で、社会保険方式のオランダ、ドイツ、韓国、自治体事業（税方式）で行うイギリス、フランスそれぞれごとに、以下の論点につき記述を行った。

認知症の人を支えるための施策、高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取り組み*、ICT・ロボットの導入に関する取り組み*、科学的介護についての取り組みとその効果、医療と介護の連携に関する取り組み、低所得者への対応等、最新の動向

* 現地調査を行ったオランダ、イギリスについては現地調査の結果（地域における健康づくり活動の実際、高齢者の ICT 活用の実際）も記載

認知症の人を支えるための施策については、各国において認知症に関連する国家戦略が構築されており、認知症フレンドリーなコミュニティを生活者の視点で築くことが指向されていること、またイギリス（イングランド）やフランスでは、認知症単独ではなく、他の主要疾患等の1つとして扱われ、総合的に施策が進められる方針が示されたことなどが報告されている。

高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取り組みについては、高齢者の健康への着目に関し、2021年のWHOによる「ヘルシー・エイジングの10年」のイニシアティブの影響が見られること、各国とも地方自治体のイニシアティブにより様々な活動が活発に行われ、特にイギリスやドイツにおいては街づくり、地域づくりの側面からのアプローチが行われていることなどが報告されている。

ICT・ロボットの導入に関する取り組みについては、各国におけるロボット市場の需要予測が日本との比較において示された後、総じてどの国においても人口動向の変化等を背景に何かしらの取り組みが行われている一方で、ロボットに関しては総じてコンパニオン・ロボットの活用が先行している状況が見受けられること、ICTの活用についてはその普及状況に国ごとの濃淡が見られることなどが報告されている。

科学的介護についての取り組みとその効果については、ケアやサービスの質の管理、政府主導の利用者やケアデータの収集・分析システム、患者データの管理の3つの側面について調査がなされ、それぞれ、オランダのSKILZ、ドイツのZQP、イギリスのNICE等の主導で根拠に基づく質の高い介護のためのガイドライン等が提供されていること、多くの国でサービスの品質保証や監査といった観点からのデータの収集等が進められていること、プライバシーの保護やサイバーセキュリティ対策が各国の関心となっていることなどが報告されている。

医療と介護の連携に関する取り組みについては、いずれの国でも連携の強化が模索されているが、各国の制度的な文脈の違いも反映し、例えばオランダについては医療から介護の移行に際しての包括的なサービス提供の実践、韓国における在宅医療の統合的プログラムの試み、ドイツやフランスにおける介護施設における医療提供の実践状況、イギリスNHSモデルでのプライマリケアネットワークなどについて報告されている。

低所得者への対応等については、いずれの国でも何らかの対応が行われているが、社会保険方式をとるオランダ、ドイツ、韓国、あるいは自治体事業（税方式）を採るイギリス、フランスはあるものの、例えばオランダでは本人や家族の所得、資産など応能負担の要素が深く取り込まれたものであること、イギリスにおいてはソーシャルケアサービスに係る全額自己負担となるミーンズテストが中産階級以上には不利な形で設定されているなど、制度の基本的な設計思想等に基づき様々な形態がとられていることが報告されている。

さらにこれらの各論に係る記述の後、対象とした5か国の最新の動向に関し、各国それぞれで近年話題となっている政策上の論点について、詳細な記述が行われている。

なお各国ごとに制度・政策に係る専門的な記述を行った資料は、例えば医療経済機構が隔年で取りまとめて更新している各国の「医療保障制度に関する調査研究報告書」や、オランダで言えば松岡[2021]、また各国をそれぞれの専門家が記述したものとしては「新・世界の社会福祉シリーズ」[2019・2020]や増田[2014]等が既に存在し、広く利用されていることから、当研究班では、特に上記の種々の論点について、班員であるそれぞれの分野の専門家が5か国に横串を通す形で、同一論点について同一の視点でまとめることにより、各国間の関心事項や制度との関わりについての相違点、及び日本への示唆が浮かび上がるよう、心掛けたものである。

今後、今回のような形での調査が継続され、わが国の制度との比較が定期的に行われることにより、更なる政策展開への参考となることが期待される。

【参考文献】

- ・松岡洋子[2021]、『オランダ・ミラクル 一人と地域の「力」を信じる高齢者福祉』、新評論
- ・宇佐見耕一他（編）[2019・2020]『新 世界の社会福祉 シリーズ（全12巻）』、旬報社
- ・増田雅暢編[2014]、『世界の介護保障〔第2版〕』、法律文化社

第I章 調査の背景と概要

I-1. 調査の背景

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

1. 調査の背景

介護保険制度の開始から20年以上が経過したが、この間、長寿化、団塊の世代の後期高齢者世代への突入、他方での少子化等の人口構造の変化、単身高齢者世帯の増と三世帯世帯の減少等世帯構造の変化、特に地方において顕著に進む高齢者が多数者となる社会の出現等の地域社会の変化等高齢者を取り巻く環境は激変し、また、少子高齢化を背景とした労働市場の変化に伴う介護人材の確保を巡る状況も相当変化している。さらには社会保障制度の中でも介護保険に係る給付費の伸びは高く、保険料の上昇や財政支出の増などによりその持続可能性が常に問われる状況となっている。そのような中での2020年初頭からの新型コロナウイルス禍は、高齢者自身や家族介護家庭等における孤独・孤立の問題等を更に顕著なものとする一方、ICTやロボット技術の活用に関する社会的な状況の変化ももたらすものであった。

こうした中、介護保険制度は基本的に3年に1度のサイクルで制度運営の見直しがなされてきた。法律改正の中には、2005年の予防重視型システムへの転換や地域密着型サービスの創設等、2014年の地域支援事業の充実や予防給付（訪問介護・通所介護）の地域支援事業への移行等のように、制度設計の根幹にかかわる大きな枠組みの見直しもあった。またこの間サービスの類型も増え、利用者自己負担の増や、保険料段階の見直し等給付と負担に係る見直しも断続的に行われている。さらに3年に1度行われる介護報酬改定においても、各サービスの運営のあり方に大きくかかわる見直しも行われてきている。

今後とも、人類史上類のない水準の高齢社会に突入する我が国における要介護ニーズに 대응続けられるよう、介護保険制度に係る見直しを常に続けることは不可欠である。その際には、同様に社会経済状況の変化に直面する諸外国の高齢者介護保障制度を参照し、その優先課題として何があるか、また近年においてこういった制度改正が行われ、それは当該国の制度の発展の文脈においてどのような意味を持つのか、制度の根幹に立ち返って理解することが有益である。

本研究は上記のような問題意識をもって、各分野の専門家が各国横断的な視点をもってまとめたものである。

I-2. 調査の概要

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

1. 調査の概要

調査に際しては、事務局において既存公表資料等の入手に当たるとともに、各国の国際長寿センター（International Longevity Center）とのネットワークを活用して、あるいはそれぞれの国の介護保障制度に係る専門家に対しデータリクエストを行った。その際には、可能な限り先方に対し、日本で当該論点が話題となっている文脈について理解できるような説明と問いを設定し、その上で問題意識に焦点のあった形での現時点での正確な情報の記述を求めた。また当該情報の典拠となる各種ウェブサイトの URL 等についても情報提供を求めることで、本報告書の活用者が容易に原典に遡れ、本報告書の記述以降の最新の状況や時点更新が可能となるよう心がけた。

並行して、2023年9月にはイギリス、オランダにて現地調査を行い、学識経験者等と意見交換を行うことで、両国の介護制度の政策上の関心や論点、背景となる政治、社会情勢等についての深い知見を得た。

その後各班員において、データリクエストの結果に加え、文献調査や過去の国際長寿センターにおける調査研究の結果なども踏まえ、分担に応じ、それぞれの論点に係る記述を行ったところである。

I-3. 海外調査訪問先一覧（訪問順）

1. グラスゴー（スコットランド）

2023年9月11日

- 1) Health and Social Care Alliance Scotland (the Alliance)
Roseann Logan（コミュニティリンクスマネジャー）
Colette Mason（プログラムマネジャー）
Sharon Webb, Phil Donnelly, Sairah Qureshi（コミュニティリンクスワーカー）
- 2) Drumchapel Health Centre, Growchapel Community Garden（地域資源）
Margaret Ann Prentice（シニアコミュニティリンクオフィサー）
Fiona Farris（コミュニティリンクスワーカー、Growchapel Project リーダー）
他多数のコミュニティリンクスワーカー

2023年9月12日

- 3) Gilbertfield Medical Practice（グラスゴー北東地域 診療所）
Gayle Weir（コミュニティリンクスワーカー）
Catharine（コミュニティリンクスワーカー）
W. Brownlee (GP)
- 4) 地域資源：Ruchazie Pantry（フードバンク）、Grow Zone（菜園）
Tina（プロジェクトマネジャー）
- 5) ALISS (A Local Information System for Scotland) Team
Chris Mackie（デジタルアシスタントディレクター）
Cameron MacFarlane（エンゲージメント&インサイトマネジャー）
Julian（ユーザーリサーチャー）
Louise（デジタルヘルス&ソーシャルケアプログラムマネジャー）
Mazie（ディスカバーG2 プロジェクト担当）
Gozy（デジタルネットワークオフィサ）
- 6) Health and Social Care Alliance Scotland (the Alliance)
Phil Donnelly（コミュニティリンクスワーカー、年間最優秀 CLP 受賞者）
Sharon Webb（コミュニティリンクスワーカー）
Sairah Qureshi（コミュニティリンクスワーカー）

2. ロンドン（イギリス）

2023年9月14日

- 1) National Academy for Social Prescribing (NASP)
Bogdan Chiva Giurca（医師、NASP 代表）
Najnin Islam (Head of Healthcare Integration ヘルスケア統合担当主任)
Emily Cousins (National Lead for Older People 高齢者担当全国リーダー)

Monica Boulton (Healthcare Integration Lead ヘルスケア統合担当リーダー)

2) London Plus

Stephanie McKinley (London Plus 社会的処方ネットワークマネジャー)

3) NHS England National Social Prescribing Team

Michelle Pilling (シニアリーダー)

Alison Green (パーソナライズドケアマネジャー)

Angel Osei-Fosu (マネジャー)

4) Stephen Burke (CEO, Hallmark Foundation, CEO, Hemrag Goyal Foundation) <zoom>

5) Paul Cann (Chair of the Programme Advisory Group, Campaign to End Loneliness) <zoom>

6) The Health Foundation

Lucinda Allen (シニアポリシーオフィサー)

Nihar Shembavnekar (エコノミスト, ファンディングエキスパート)

Richard Humphries (政策チームシニアアドバイザー)

2023年9月15日

7) Bromley by Bow Centre (コミュニティセンターとヘルスセンターの統合施設)

Dan Hopewell (知識と改革部長)

Paul (知識と改革部)

Jennifer Brooks (プログラムマネジャー)

8) Simon Bottery (Senior Fellow, Social Care, The King's Fund) <zoom>

3. フリスケマレン (オランダ)

2023年9月18日

1) Sociaal Werk de Kear (福祉組織)

Henriëke Hofsteenge (Sociaal Werk de Kear 所長)

Cees Terpstra (フリスケマレン市職員、ソーシャルヴァイクチーム)

Francien Bekius (コミュニティワーカー)

Karin Groeneveld (GP)

Marloes Hoving (コミュニティワーカー、ウェルフェアコーチ)

Wytse Wierda (コミュニティワーカー、コミュニティビルダー)

2) Hof en Hiem (ケアホームおよびナーシングホーム)

Ria de Nekker (地域看護師; Community Nurse)

Johanna Talsma (地域看護師)

Karin Otter (地域看護師)

Mark Bron (De Kear 南地区コミュニティワーカー: スポーツ文化部門、"Doortrappen 「自転車を漕ぎ続けよう」プロジェクト担当)

Jildau Holtrop (De Kear 北地区コミュニティワーカー: スポーツ文化部門、コグニティブフィットネスプロジェクト担当)

3) 家庭菜園、衣料品バンク (ヘルシーネイバーフッド・プロジェクト)

Tanja Kombrink (De Kear のコミュニティワーカー)

Brecht Buis (ソーシャルワーカー、ヘルシーネイバーフッド・プロジェクトアドバイザー)

4) UNITAS (公共スペース)

Janita Tabak (フリスケマレン副市長：福祉、文化遺産、住宅問題担当)

Sarah Tromp (フリスケマレン市政策担当、De Kear アカウントマネジャー)

4. アムステルダム (オランダ)

2023年9月19日

1) Sociëteit H (非営利団体 ProFor 事務所)

Dr. Barbara de Groen (シンクタンク Vilans 研究員、統合ケアシニアアドバイザー)

Xander Koolman (自由大学；Vrije Universiteit 教授、医療経済学部長)

2) Bijlmer buurtteam Oost (南東地域公共スペース 福祉拠点)

Juanita Schoonhoven (南東地域ビュートチーム ネットワークマネジャー)

Joanne Sarker-Bosch (南東地域ビュートチーム マネジャー)

Kenneth Macnack (南東地域ビュートチーム 住民参画チームマネジャー)

Irith Sy (福祉組織シビック ウェルフェアコーチ、コミュニティワーカー)

Vahsitha Comvalius (福祉組織シビック ウェルフェアコーチ、住民参画コーチ)

Shaneequa Vrede (南東地域マスタープラン アドバイザー)

ナーディヒ・ジグマン (アムステルダム市政策担当者)

Haidy Bijnaar (NPO 近隣女性ネットワーク会長)

3) Koornhorst (シニア向け複合集合住宅)

Hicham Karroua (福祉組織 ProFor 理事：Koornhorst の受付やアクティビティ担当)

Jeannette Rojer (Koornhorst 居住者)

4) Vrije University Amsterdam (自由大学)

Xander Koolman (教授、医療経済学部長)

Marcel Canoy (教授、介護保険、フォーマル・インフォーマルケア)

Yvonne Krabbe-Alkedam (研究者)

Chantal Schouwenaar (博士課程)

第II章 イギリス

II-1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

1. 制度概要

1) 法令

イギリスにおいて日本の公的介護保険制度の対象とする給付範囲をカバーする公的な制度としては、2014 ケア法 (Care Act) に基づくサービスがある。この他、国営医療サービス (NHS) の給付の一形態として、ごく限定的な場合にのみ活用できる NHS Continuing Healthcare という仕組みが存在するが、ここでは記述は省略する。

2) 対象者

2014 ケア法で「ケアを受ける」対象者は基本的に 18 歳以上の成人が念頭に置かれているが、介護者支援の対象者の 1 カテゴリーとしてヤングケアラー (18 歳未満の者) も位置づけられている。

3) 保険者／運営主体／費用負担者

2014 ケア法の運営主体は地方自治体 (基礎自治体) である。

4) 財源構成

基本的に地方自治体の歳入により賄われている。具体的な内訳としては、全体を 100% とした場合、14% が個人の支払い負担やチャリティなどで賄われている。残りのうち、41% が地方税 local tax であり、19% が法人事業税となっているが、これらは地域経済の動向により左右される性質を有している。さらには NHS 予算からの割り当てが 15%、11% が中央政府からの毎年の transfer の予算となっている。この 11% の分について、例えば年度末で予算が足りなくなりそうだとすることで、地方政府から費用負担を中央政府に求めることはない。逆に国の方から Winter Budget (補正予算) として追加で予算が来ることはある。この 11% 部分については、高齢者人口や貧困度合いによる軽重があるとされている (※1)。

5) サービスの利用

地方自治体に対してサービス利用を申し込むこととなる。申請を受けた地方自治体はアセスメントを行うこととなるが、ケアニーズに係るアセスメントがまず行われ、その後に経済的アセスメント (ミーンズテスト) を受けることとなる。

ケアニーズに係るアセスメントはいわゆるウェルビーイング原則の下で、ソーシャルワーカーと作業療法士を重要な専門職としたうえで行われる。地方自治体が判定を行うが、ミーンズテストにより給付対象外となる者についても、アセスメントは行われる。アセスメントを実施した後にケア・支援プランが地方自治体と本人、介護者等との話し合いに基づき作成される。アセスメントにおいては栄養管理、清潔保持、排泄、更衣、住宅の安全、住環境、家族や友人等の関係、社会参加の機会、公共サービスの利用、子どもがいる場合の子育ての責任等のポイントについて調査が行われる。サービスの利用可能性に関しては、心身の状態

や疾患によりケアニーズが発生しており、上記のアセスメントのポイントのうち 2 以上の困難があり、さらには当該者のウェルビーイングに対して影響を与える場合かどうかを判断する。

なおアセスメントとケア・支援プラン作成のプロセスの詳細に関しては、ケア法 2014 の公式の解説文書となる” Care and support statutory guidance”を参照されたい。またミーンズテストの詳細に関しては、「7. 低所得者への対応等」を参照いただきたい。

サービス利用に際しては、いわゆる現物給付方式（自治体あるいは非営利・営利の事業者からのサービス）以外にダイレクトペイメント方式（現金を個人に給付し、個人がそれを管理しながら必要なサービスを調整するもの）が導入され、さらには個人予算方式も導入されている。個人予算方式とはダイレクトペイメントを含むものであるが、ダイレクトペイメント以外に、サービス内容は自己決定するも金銭管理は地方自治体や第三者に委ねる方式もある。

6) サービスの種類

在宅サービスとしてはホームヘルプ、夜間ケア、生活型ケアホームでのケア、配食サービス、デイケアサービス、ソーシャルワーク、住宅改修、移送、レスパイトケア等が提供される。

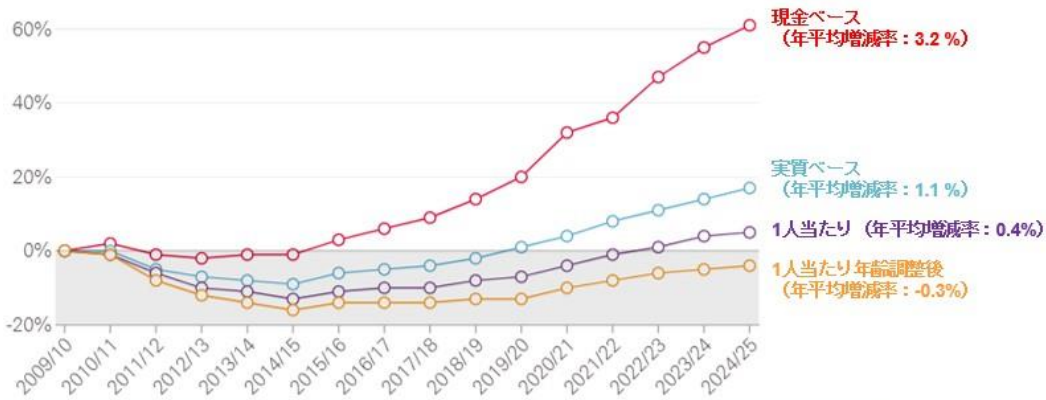
施設サービスとしては生活型ケアホーム（residential care home）、ナーシング・ホーム（看護付きケアホーム）がある。また虚弱で自立困難な高齢者がスタッフのケアを受けられるケア付き住宅（assisted living, extra care housing：この両者は同じもの）等でケアを受けることも可能である。

いずれの給付についてもミーンズテストを伴う。

2. 財政状況

ソーシャルケアに関しては大変厳しい財政状況が続いている。図 1 は近年のソーシャルケアに係る支出の伸びである。近年では若干の伸びを見せているが、そう大きなものとなっていない。

成人ソーシャルケアの純経常支出（2009/2010年に対する累積変動率）



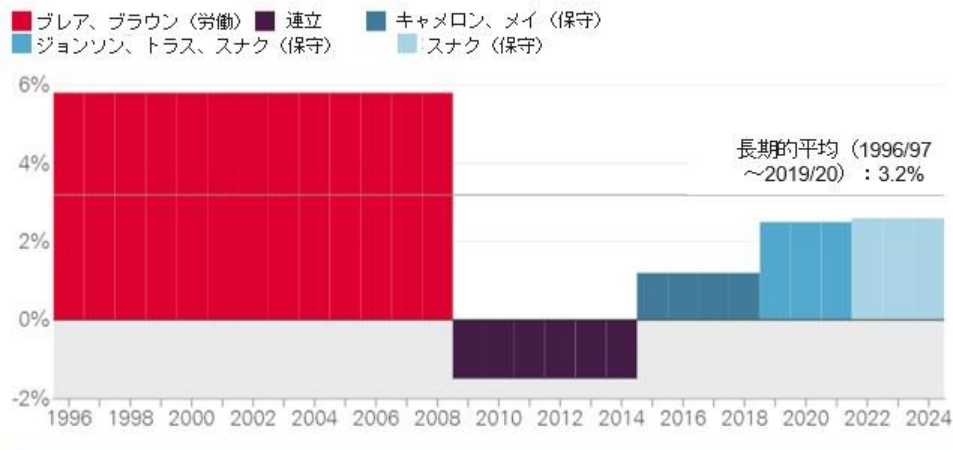
The Health Foundation © 2023
 出典：REAL Centreによる、以下資料の分析：NHS Digital: Adult social care and finance 2021-2022 report（成人ソーシャルケアと財務に関する2021-2022年報告）、統計局（ONS）イングランド人口推計（2020年）および予算責任局（OBR）の経済・財政見通し（EFO）（2022年11月）。

図1 ソーシャルケアに係る近年の支出の伸びの動向

出典：The Health Foundation 提供（2023年9月14日現地訪問）

支出の動向は時の政権によっても左右される。90年代から2000年代にかけての労働党政権の時代は平均で6%弱もの伸びを見せていたが、その後は低調に推移している（図2）。

政府による対人社会サービスへの総支出：平均実質増減率



The Health Foundation © 2023
 出典：公的支出構成および2022年7月公的支出統計分析（PESA）に関するIFSの分析に基づいて、著者が行った計算。*対人社会サービスの支出には、家族、児童および失業部分は含まれないが、COVID-19関連の支出は含まれる。後者を除いたジョンソン政権下の平均増減率は、-0.4%。2022/23～2024/25について著者は、支出の平均増減率を2.6%と見込んでいる。

図2 ソーシャルケアに係る支出の政権ごとの平均的な実質の伸び

出典：The Health Foundation 提供（2023年9月14日現地訪問）

こうした状況に関してはかつての ILC 調査においても報告されている（※2）が、今回の訪問調査においても、以下のような発言が識者から伺われたところである。

「人々にとってソーシャルケアは遠い親戚（distant relative）のようなものであり、自分の子ども（baby）のような存在ではない。普段は全く関係がないが、親などが（介護が）必要となった際に初めて子どもになる。」「他方国民は NHS を愛しており、政治家が手を付けようとしても触るな、という反応。しかしソーシャルケアに関してはそうではなかった。」（※3）

財政状況の圧迫は、サービス利用の状況にも影響を与えている。ソーシャルケアサービスの需要自体は高齢者においては横ばい、微増傾向にあるが（図3右側）、実際に受給している人数は近年減少している（図4右から2つ目）。

支援申請者の数が、特に就業年齢層で増加

イングランドでは2021/22年、ソーシャルケアの新規申請者総数が、就業年齢人口・高齢者ともに増加
新規クライアントからの申請総数（年齢層別）

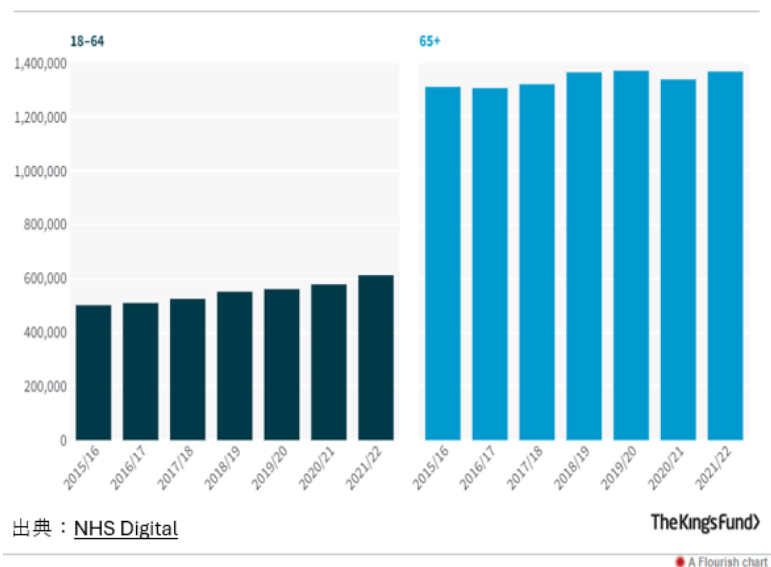


図3 ソーシャルケアに係る新規申請者の数の推移（就業年齢人口、高齢者の別）

出典：King's Fund 資料

介護サービス受給者数は、再び減少

イングランドでは2021/22年、就業年齢人口・高齢者ともに介護受給者総数が減少した一方で、短期ケア受給者数が増加

自立推進型短期ケア（ST-Max）または介護の受給者数

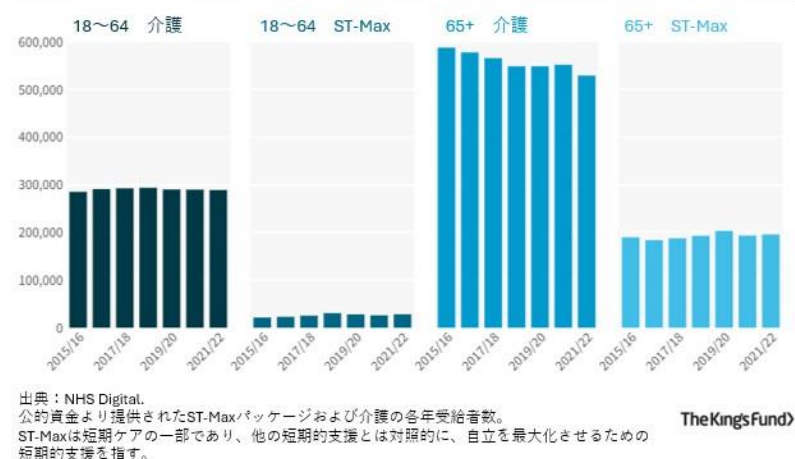


図4 介護サービス受給者数の推移（就業年齢人口、高齢者の別）

出典：King's Fund 資料

（The Health Foundation 提供資料（2023年9月14日現地訪問）にも掲載）

さらにはコロナ禍もあいまって、近年では人材の確保もより困難な情勢となっている。

（図5）

イングランドにおける成人ソーシャルケア職員の欠員・充足：2014/15～2022/23

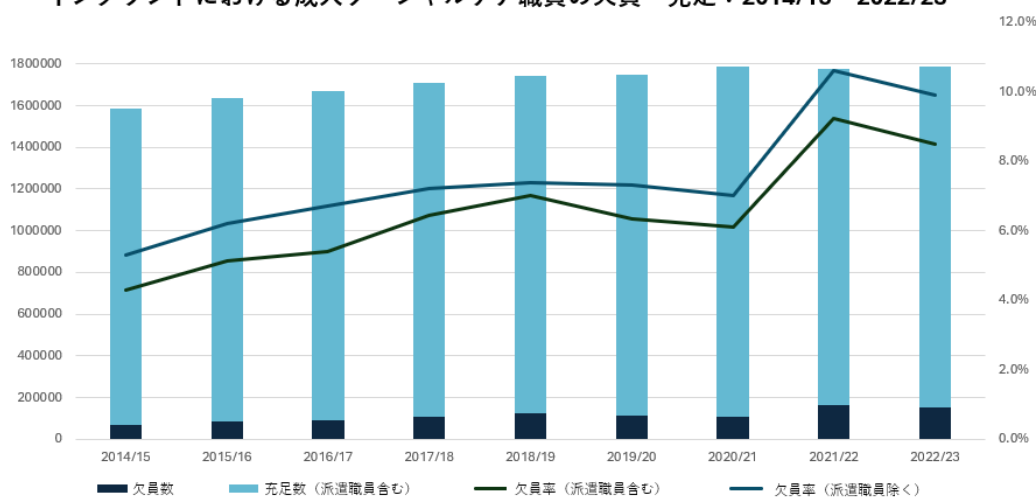


図5 成人ソーシャルケアにおける空きポストと埋まったポストに係る推移

出典：The Health Foundation 提供（2023年9月14日現地訪問）。

原典は Health Foundation analysis of Skills for Care data

この点に関し、NHS との対比で、下記のような発言が識者から伺われた。

「NHS は（就労者を今後、毎年 3.5%程度増やすという）長期計画を有しているが、こちらに基づいて NHS の賃金が上昇すると、社会サービスから人が流れてしまう問題が生じる。」

こうした情勢も、「7. 低所得者への対応等」で指摘している、予算配分の優先順位に係る政党の姿勢にも影響を与えているものと思われる。2024 年においては英国でおそらく総選挙が行われるとの予測があるが、それを踏まえての政治情勢が高齢者ケアに対してどのような影響を及ぼすか、動きが注目される。

(注)

(※ 1 : The Health Foundation による説明 (2023 年 9 月 14 日現地訪問))

(※ 2 : 国際長寿センター『平成 29 年度 先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究報告書』(松岡洋子先生分担部分))

(※ 3 : NHS に係る英国の国民感情に関しては、2021 年 4 月 20 日読売新聞記事「ロンドン五輪開会式盛り上げた英国のおっさんが誇る国民保健サービス」を参照されたい)

【参考文献】

- legislation .gov.uk, Care Act 2014, General responsibilities of local authorities, 1. Promoting individual well-being
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/part/1/crossheading/general-responsibilities-of-local-authorities/enacted>
- NHS, Social and support guide, Money, work benefits and social care, NHS continuing health care
<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/money-work-and-benefits/nhs-continuing-healthcare/>
- The king's fund, Social care 360: access, 13 March 2024
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-360/access#delivery>
- Workforce Intelligence of Skills for Care, Expert adult social care insight, "The size and structure of the adult social care sector and workforce in England", Published July 2023 (data correct as at 2022/2023)
<https://www.skillsforcare.org.uk/Adult-Social-Care-Workforce-Data/Workforce-intelligence/publications/national-information/The-size-and-structure-of-the-adult-social-care-sector-and-workforce-in-England.aspx>

II-2. 認知症の人を支えるための施策

日本福祉大学福祉経営学部 准教授

中島 民恵子

1. 認知症の人の推計数

2023年に示されたOECDのデータによると、2021年の認知症の人の数は人口1000人あたり12.7人、2040年には16.2人に増加することが見込まれている¹⁾。また、Lancetによると、2019年に907,331人、2050年には1,592,475人に増加すると見込まれている²⁾。

2. これまでの施策の概要

本稿では、早い段階から認知症国家戦略を導入してきた「イングランド」に焦点をあてる。イングランドのこれまでの認知症の人を支えるための施策については、既に過去の国際長寿センターの報告書でも記している通り³⁾、2009年2月に認知症国家戦略として「認知症とともによく生きる：認知症国家戦略 (Living well with dementia: a national strategy)」が示された。ボードメンバーにAlzheimer's Societyなどの非営利組織が多く関わり、認知症の人や家族介護者へ意見を広く求めた。本戦略では、認知症の人とその介護者に対する情報提供や継続的な支援等の17項目が掲げられ、加えて認知症国家戦略を推進するために、「実行するためのプラン (Implementation Plan)」が発表された。そこでは2014年までの5年間を集中改革の期間と定め17項目をどう進めるかなどが具体的に示された。

さらに、2012年には当時のキャメロン首相が、「認知症への挑戦 (Prime Minister's Challenge on Dementia)」を発表し、①健康・介護の改善の促進、②認知症フレンドリー・コミュニティづくり、③認知症研究の進展の3つを主要分野として掲げた。2015年には改訂版の5か年計画として「認知症への挑戦 2020 (Prime Minister's challenge on dementia 2020)」を発表した。発表内容の中で、先の3つの主要分野が大きく進展したことに言及した。具体的には、2012年からの3か年の成果として、認知症フレンズになるための講座を受けた100万人以上の人々が地域社会で認知症に対する意識を高めたこと、40万人以上のNHSスタッフと10万人以上のソーシャルケアのスタッフが、認知症の人をよりよくサポートするための研修を受けたこと等が示された⁴⁾。

「認知症への挑戦 2020」では、早期診断と診断後のサポートの充実、認知症フレンドリー・コミュニティの更なる促進、認知症ケアの質の向上、研究の更なる促進等が掲げられた。それらを推進するために、2016年に「認知症への挑戦 2020 実行するためのプラン (Prime Minister's challenge on dementia 2020 Implementation Plan)」が示された⁵⁾。これらはイングランドの認知症の人や介護者の意見を反映し、様々な団体と協力して策定されたことが示されている。具体的な内容としては、2018年までに①認知症施策で世界をリードし続ける役割を担うこと、②老齡にとまなう認知症へのリスクを低減させること、③医療と介護の質

を高めること、④ 地域における認知症に関する認知度を高め、認知症フレンドリー・コミュニティづくりを行うこと、⑤ 研究開発を推し進めることの5つの優先事項が設定された⁶⁾。

3. 2020年以降の動向

保健・社会介護大臣は2022年のアルツハイマー協会大会における講演で、2022年の後半に「認知症10か年計画（10-year plan for dementia）」を発表予定であると述べた。予定されている計画では神経変性疾患のさらなる研究や新たなテクノロジー、医療サービスに取り組んでいくことが示された⁷⁾。

しかし、2022年内には「認知症10か年計画」は示されず、2023年1月に「主要疾病に対する政府の取り組みに関する声明（Government Action on Major Conditions and Diseases Statement）」⁸⁾が出された。「がん」「脳卒中や糖尿病を含む心血管疾患」「筋骨格系疾患」「精神疾患」「認知症」「慢性呼吸器疾患」の6つ主要な疾病への政府としてのコミットメントを1つのパワフルな戦略に統合していくことを打ち出した。同年3月には、6つの主要な疾病の最善の予防・診断・マネジメントに関する戦略を策定するために、エビデンスの提供を求める呼びかけが開始された。さらに、8月に「主要疾病戦略のフレームワーク（Major conditions strategy: case for change and our strategic framework）」が示された。そこでは、政府とNHSが社会的ケア、本人、産業界、医療・ケアシステム全体のパートナーとともに、一体となって努力することが必要であることが述べられている。最終的な戦略については、今後さらに検討が重ねられるが、大きな枠組みとして以下の5点が示された。今後、本戦略がどのような形態をとり、認知症と他の疾患を1つの戦略でどのように位置づけていくのか、今後の動向にも注目したい。

- ・ リスク要因の管理を通じた予防への個別アプローチに向けて、医療・介護システムのバランスを長期的に調整する
- ・ 早期診断と治療を地域社会に定着していく
- ・ 複数の疾病を効果的にマネジメントする：一般のおよび専門的なスキルをチーム、組織、個々の臨床医に組み込むことを含む
- ・ フィジカルヘルスとメンタルヘルスのサービス間でのより密接な連携と統合を模索する
- ・ 人々の生活に基づいたサービスとサポートを形成し、必要な場所や時点でのより多くの選択肢とコントロールを提供し、彼らの選択とケアにおける次のステップを明確にする

【参考文献】

- 1) OECD(2023) Health at Glance 2023 OECD Indicators.
- 2) GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators(2022)Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health.7: e105–25
- 3) 中島民恵子 (2021)「認知症の人への支援」『海外の高齢者 介護・地域支援情報 ドイツ・オランダ・イギリス・デンマーク・アメリカ・オーストラリア』国際長寿センター. 92-97
- 4) Department of Health (2015) Prime Minister’s challenge on dementia 2020
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a80d3ce40f0b62302695b8c/pm-dementia2020.pdf>
(2024.2.5.最終アクセス)
- 5) Department of Health (2016) Prime Minister’s Challenge on Dementia 2020 Implementation Plan
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/507981/PM_Dementia-main_acc.pdf (2024.2.10 最終アクセス)
- 6) 田島祥子 (2020)「英国の高齢者認知症施策におけるチャリティ団体の役割」自治体国際化協会 ロンドン事務所 Clair Report No.505
- 7) Department of Health and Social Care and The Rt Hon Sajid Javid MP (2022) Health Secretary announces 10-year plan for dementia.<https://www.gov.uk/government/news/health-secretary-announces-10-year-plan-for-dementia> (2024.2.5.最終アクセス)
- 8) Alzheimer's Society Website Make dementia a priority.
<https://www.alzheimers.org.uk/get-involved/our-campaigns/make-dementia-a-priority> (2024.2.5.最終アクセス)

II-3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取り組み

東京都長寿医療研究センター研究所 副所長

藤原 佳典

1. 国の予防全体についての政策の概要

1) 国の予防政策

イギリスでは予防政策は以下のようにすすめられている。

保健省は2018年に「予防は治療に勝る」とのビジョン¹⁾を発表し、2035年までに少なくとも5年間の健康寿命の延伸と格差の縮小を目指している。National Health Service (NHS)と地方自治体は、すべての行動の中心に予防を置く必要がと強調している。

例えば、死亡率と罹患率を高める上位6つの危険因子は、喫煙、高血糖、体格指数高値、望ましくない食習慣、高血圧、飲酒であることが明らかになったことを受け、NHSの予防プログラム²⁾の焦点は、個人がこれらの健康リスクを軽減する行動を取れるよう支援することである。2019年に発表されたNHS長期計画³⁾でもGlobal Burden of Disease Studyによって特定された上位5つの危険因子（喫煙、貧しい食生活、高血圧、肥満、飲酒と薬物濫用）の予防プログラムを強調している。

しかし、概して以上は生活習慣病の危険因子への対応であり、運動による筋力向上、低栄養予防、社会参加といった、高齢者をより意識した日本における加齢や廃用障害による生活機能障害の予防（介護予防）の重点項目とは必ずしも共通するものではない。

2) ソーシャルケアにおける予防の概念

イギリスでも高齢者を対象とした予防については1990年代から課題として認識され、研究対象となってきた。はやくWistow and Lewis (1997)⁴⁾では、ソーシャルケアに特有の予防について2つの定義を提案した。

①より高額で集中的に要介護状態の発症を予防または先送りするサービス

②高齢者の生活の質と地域社会との関わりを促進する戦略とアプローチ

の2点である。

現在においても、ケア法⁵⁾の公式ガイダンス⁶⁾で定義されているように、予防とは、自立と幸福を積極的に促進するケアとサポートシステムを意味する。これは、早期に介入して個人をサポートし、人々がスキルと自信を維持できるように支援し、可能な限り要介護状態に陥ることを防いだり、悪化を遅延することと言える。

しかし、ソーシャルケアセクター内の予防と福祉へのアプローチについては共通の理解と一貫性を十分に確立できていない⁷⁾。これはおそらく、上記のケア法のガイダンスが指摘しているように、「予防活動を構成する要素について共通の定義がない」ことが一因である。定義が困難な理由は、健康を促進するためのアプローチはポピュレーション対象から、ハイリスク者対象まで多岐にわたるからである。

2. 自治体のソーシャル・サービス施策とその実際

イギリスではケア法によって、地方自治体はその職務遂行にあたって「ケアサポートの必要性、またはサポートの必要性が増大することを予防または遅らせることの重要性、およびすでに存在するなんらかのニーズを減らすことの重要性」を認識して業務にあたらなければならないこと明確にしている。

その担い手であるコミッショナー（自治体のソーシャルケア責任者）とプラクティショナー（ソーシャルワーカーや地域看護師等の専門職）にはそれぞれ独自の明確な役割があるが、自治体が予防に効果的なアプローチをとる場合には、地域全体と共有すべき責任もあるということをソーシャルケア研究所（SCIE）は指摘している⁷⁾。

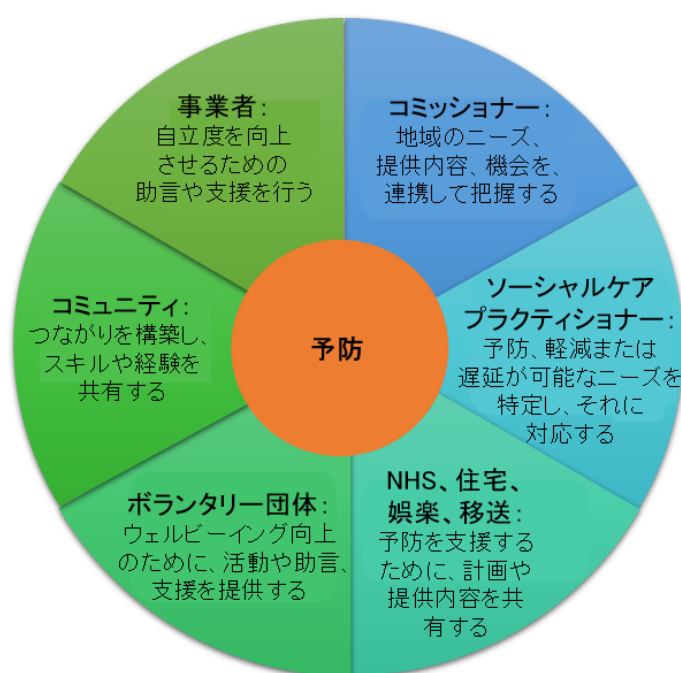


図1: 統合されたローカルシステムにおける予防

出典：Prevention in social care (SCIE)

図1は、現場で実施すべき予防のための連携アプローチと、効果的なシステムのための各パートナーの役割を示す。

予防の対象は支援ニーズの多寡や質に関わらずすべての住民であるが、必然的にニーズの高い人が優先されることは、日本と同様と言える。

予防のアプローチは、コミッショナー、プラクティショナー共に、一次予防としてウェルビーイングの促進、高齢者に限らず要介護・支援状態を予防し健康的で活動的な生活習慣を促進すること、また孤独や孤立の予防なども含まれる。二次予防は支援リスクの軽減のための早期介入である。介護者のサポート、生活環境整備、金銭管理も含まれる。三次

予防は要介護・支援状態の人を対象に現状の維持、改善を目指し、リハビリやリエイブルメント・サービス、介護者支援等がある。

この場合の予防的アプローチとは、本人の「強み」に基づいた真の会話を通じて、本人の人生の全体像を確立するためアプローチである。つまり、本人の強み、野心、優先順位に目を向け、自らのサポートネットワーク、ニーズとリスク、利用可能なコミュニティやボランティアグループなどのリソースを再認識していくことになる。支援者は「あなたにとって良い生活とはどのようなものですか?」「それを達成するためにどのように協力ができますか?」と問いかける。

予防に特化したさまざまなサービスは自治体から各パートナーに委託される場合が多いが、要介護・支援予防サービスの多くは、すでに地域社会に存在し、利用可能となっているものである。これらには以下が含まれる。

- ・ 良質な情報
- ・ より安全な地域を支援する活動
- ・ 健康で活動的なライフスタイルを促進するグループ活動（運動教室など）
- ・ 孤独や孤立を軽減するための活動とスキーム

コミッショナーは、予防に対する幅広い理解とアプローチを確保するために、つねに自分の地域でのそのような機会の範囲を認識しておく必要がある。

イギリスにおける介護予防において特に日本と比べて注目すべきは社会的処方である。その実情は次節「地域における健康づくり活動の実際」で報告されるが、医療に依存するのではなく地域の中で生活を再建していくという意味において予防の中での役割は大きい。

また、短期集中サービスを経て地域生活をふたたび確立するためのリエイブルメント・サービスについては、健康的な生活の質を向上させるという、サービスの成果を裏付けるエビデンスが蓄積されてきている。そしてその普及も進みつつあり、SCIE（ソーシャルケア評価機構）やNICE（英国国立医療技術評価機構）では実践的な情報を提供している⁸⁾⁹⁾。

【参考資料】

1) Prevention is better than cure: case studies (DHSC)

<https://www.gov.uk/government/collections/prevention-is-better-than-cure-case-studies>

2) NHS Prevention Programme

<https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/>

3) The NHS long-term plan explained

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-long-term-plan-explained#integrated>

4) Wistow, G and Lewis, H. 1997. Preventative services for older people: current approaches and future opportunities. Kidlington: Anchor Trust.

5) Care Act 2014

<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>

6) Care and support statutory guidance Updated 5 October 2023

<https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>

7) Prevention in social care (SCIE)

<https://www.scie.org.uk/integrated-care/prevention-in-social-care/>

8) Reablement: a guide for carers and family

<https://www.scie.org.uk/integrated-care/intermediate-care-reablement/reablement-guide/>

9) Intermediate care including reablement Guidance

<https://www.nice.org.uk/guidance/NG74>

II-3-2. 地域における健康づくり活動の実際

一般社団法人町田市介護サービスネットワーク理事

日本社会事業大学非常勤講師

沼田 裕樹

1. はじめに

わが国において、「地域福祉」「地域包括ケアシステム」等の言葉が謳われ、地域を巻き込んだ「支援」や地域の関係者の連携による課題解決等の取り組みが提案され、また、施設ケアから地域での生活やケアを支える仕組みの構築が目指されて、久しい。筆者はこれまでもイギリスの現地調査に参加し、イギリスにおけるリエイブルメントや長期介護サービス等の調査、研究を通じて、イギリスの地域重視の医療、福祉の現場を見てきたが、わが国の参考に資する、あるいはわが国の医療・介護・福祉の専門家が学ぶべきことがあると考えている。

このような中、イギリスにおける「リンクワーカー」「地域での支援活動」の取り組みについて現地視察、インタビュー等をする機会を得た。本稿では、イギリスのロンドン、グラスゴーにおける、リンクワーカーの活躍及び地域での支援活動を中心とした地域連携、それによる課題解決の姿について、インタビュー内容や資料等を基に整理し、わが国への示唆となる視点をまとめ、論じたい。

2. ロンドン

(1) National Academy for Social Prescribing (NASP)

NASP の医師であり、リンクワーカーの養成に携わる Bogdan Chiva Giurca 氏によると、NHS イングランドにおいては「社会的処方」が推進され、GP とリンクワーカーが協働して地域課題を解決していく取り組みが進化してきている。コロナ禍前の 2019 年における調査研究の際には、NHS におけるモデル事業として「リンクワーカー」の仕組みができたが、当時は「GP に代わり、患者へ社会資源のナビゲートを行う職種」程度の活動と説明を受けた。今回の調査においては「リンクワーカー」の活動成果について、多くのコメントを聞くことができた。Giurca 氏の話を中心に、ロンドンにおけるリンクワーカーが行っている課題解決について、まとめてみたい。

イギリスにおける「社会的処方」について、NASP のホームページでは、「健康とウェルビーイングを向上させる活動、グループ、サポートに人々をつなぐ」とことと説明されている。さらに、「私たちの健康に影響を与える多くのものは、医師や医学だけでは治療できません」とのメッセージが添えられ、続けて「孤独、借金、経済的プレッシャーや劣悪な住宅によるストレスなど、社会的処方は、これらの問題やその他の満たされていないニーズに対処するために、人々を非医療的なサポートに結び付けます」とも説明されている。

そしてその展開手法について、「社会的処方、多くの場合、GP、病院、チャリティ団体、またはその他の組織から社会的処方リンクワーカーへの紹介から始まります」と説明され、クライアントに主に関わる職種として「リンクワーカー」が紹介されている。

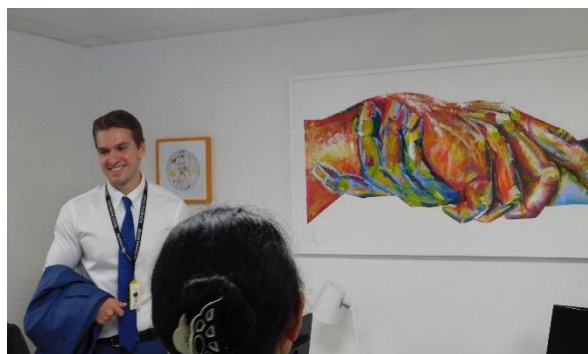
「リンクワーカー」は、地域のアセット・社会資源を見極め、それをクライアントに繋げる役割を担うのだが、リンクワーカーはコミュニティグループと密接な関係を持ちつつ、コミュニティのサービスと協働するような方法を取る。そして、クライアントのウェルビーイングの向上を目指していく。その方法には一貫した手法はなく、リンクワーカーが自治体やコミュニティグループ等と協働し、また、構築したネットワークを使い解決している。

ヒアリングによると、イギリスではコロナ禍において、燃料価格の高騰やインフレの進行等から生活費の危機と、それによる健康被害への影響があり、リンクワーカーはこうした脆弱な人々の課題を解決する役割を担い、活動してきている。また、「軽度の精神疾患」「孤立・孤独の問題を抱えている」等の人への支援に対しても大きな役割を果たしている。

コロナ禍前からの「緊縮財政」、そしてコロナ・パンデミック以降の「健康不平等」「所得格差」等の広がり・悪化といった背景のもと、リンクワーカーがクライアントと引き続き関わり、活躍しているとの評価がなされていた。



写真（左）NASPのサイン



写真（右）Giurca氏によるプレゼンテーション

（2）Bromley by Bow Centre

コミュニティセンター「Bromley by Bow Centre」において、地域支援の展開と、社会的処方及びリンクワーカーの地域課題への取り組みの様子をヒアリングした。

Bromley by Bow Centreは40周年を迎えるが、若い牧師が、地域のニーズや関心事を把握し、コミュニティのために教会を開放したことをきっかけに始まった。そこからさまざまな活動が生まれ、つながり、さらにはコミュニティにソーシャルケアを提供するコミュニティセンターへと発展してきた。そして、ヘルスセンターが併設され、さらには隣接する公園の管理を受託し、ここをヘルスケアの拠点として展開するといった先駆的な取り組みを実施している。

ロンドンにおける社会的処方サービスを展開するセクター創設の経緯や拠点の形態は多種多様であり、GP 診療所内に設置、提供されるものやボランティア組織内に組み込まれているもの等もある。Bromley by Bow Centre は、GP とボランティア組織が統合された拠点となっており、「成功事例」として評価されている。

ブロムリー・バイ・ボウ・モデルの原則

1. コミュニティとともに、コミュニティによって構築
2. ニーズへの対応とともに機会の創造
3. 存続してきた場所
4. 「創造力」と「楽しむこと」が中核的な取り組み
5. 「つながり」が主な仕組み
6. 以下の複雑な関係性の真ん中に存在
 - 地域ベースの介入
 - 市による介入
 - サービスベースの介入




図 1 : Dan Hopewell 氏のプレゼンテーション資料より

Bromley by Bow Centre の知識と改革部長の Dan Hopewell 氏は「社会的処方」の推進を NHS に働きかけるとともに、リンクワーカーの養成にも携わっている。リンクワーカーには、社会的処方の理解と様々なスキルが求められるため、ここではそれらを習得するためのトレーニングが実施されている。

クライアントの主な相談内容としては、「自殺願望」「ホームレスでお金も住まいも食料もない」等の困難な事例が多く、ロンドンで実施したリンクワーカー調査でも、特に住宅問題、借金問題を抱えているクライアントが多いとの結果が出ている。

こうした課題解決のためのリンクワーカーの役割として、サービスのマッチングがある。Bromley by Bow Centre においても、このセクターで提供しているサービスや他組織等へクライアントをマッチングさせている。

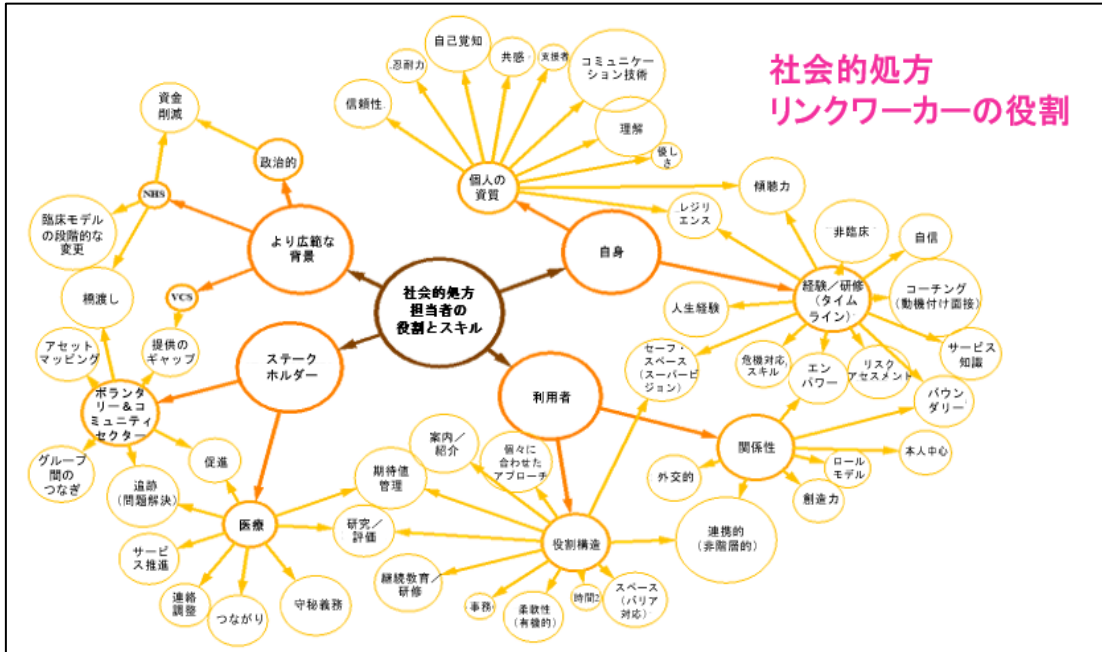


図 2 : 「社会的処方 リンクワーカーの役割」(Dan Hopewell 氏のプレゼンテーション資料より)



写真 : Bromley by Bow Centre 正面



写真 : 案内する Dan Hopewell 氏



写真 : Bromley by Bow Centre



写真 : Bromley by Bow Centre

3. グラスゴー

(1) Health and Social Care Alliance Scotland(the Alliance)

コミュニティリンク・マネジャーの Roseann Logan 他4名のスタッフへヒアリングする機会を得た。

リンクワーカーの活動目的は、クライアントが「コミュニティの資源につながり、ウェルビーイングを踏まえた生活をする事」等である。リンクワーカーは、GP チームの一員であるため、GP からクライアントを紹介されるのだが、対象者に年齢や性別の制限はなく、誰でも受け入れ可能であり、特にクライアントへの関わりを役割として求められている。

リンクワーカーは、GP 診療所を支え、GP チームの一員として GP との連携、サードセクター組織、そして健康増進を目的にヘルスプロモーションチームとも連携し活動している。

また、リンクワーカーは既存のコミュニティの中にあるいろいろな活動や組織と連携することが多いが、活動や組織がない場合は実際にそれを立ち上げることもしている。例えばガーデニンググループや身内を亡くした人たちへの対応セッションなど、その地域のニーズに応じた形で活動をセットアップしている。



写真：(左) リンクワーカーの皆さん

(右) the Alliance 事務所が入るビル

(2) Drumchapel Health Centre, Growchapel Community Garden

グラスゴーの郊外にある Drumchapel Health Centre を訪問した。シニア・コミュニティリンク・オフィサーの Margaret Ann Prentice 氏、この地域で活躍するリンクワーカー、コミュニティガーデンを利用するミシェルさんなどにインタビューを行い、利用者の「ウェルビーイング」へ向けての取り組みについて、ガーデンの様子を拝見しつつ話を伺った。

「Growchapel」は2年程前、グラスゴー市からキャビン付きで土地を提供され、発足した。グラスゴーでは“People Make Glasgow「人々がグラスゴーをつくる」”というサインが至るところにあるのだが、ここでは“People Make Drumchapel「人々がドラムチャペルをつくる」”という言葉となり活動を展開している。



写真（上） ガーデンの全景



写真（左、上） Margaret Ann Prentice
氏（ガーデンにて）



写真（左、右） ガーデンの内のある区画

Prentice 氏からは、「この土地を提供された当時はガーデニングへの理解が浅かったがコロナ・パンデミックの期間にガーデニングを学んだ」「ガーデニングを通じてお互いのウェルビーイングを高めることができた」「自然の力を吸収するには 2 時間必要と聞いているので、2 時間はガーデンで過ごすことにしている」といったコメントがあった。

クライアントが耕す各区画には、「区画の名前」や「思い思いのメッセージ」などが書かれたプレートが据え置かれ、土や草木に触れることにより、クライアントに「前向きさ、意欲」「ウェルビーイング」などの変容が生じてきているようだ。

(3) Ruchazie Pantry

プロジェクトマネジャーの Tina 氏にインタビューを行った。イギリスでは物価高騰により、コロナ・パンデミック以降、特に燃料費が高騰し低所得者の生活を圧迫している。こうした状況を受け、「Ruchazie Pantry」では、余った食品をスーパーから譲り受けコミュニティに配布するプロジェクトを行っている。ここではどんな言語の人でも理解でき、パントリーの品物を入手できるように、パン、シリアル、コーヒー、砂糖など、食品がすべて色別に仕分けされている。そして、利用者は 3 ポンド払うことで赤色の食品群から 2 品、黄色から 1 品など自由を選ぶことができ、最大 7 品程度を持ち帰ることができる仕組みとなっている。現役から引退した人、学生、失業者、仕事をしている人など、誰でも利用可能となっている。



写真左：Ruchazie Pantry 建物正面



写真上：Ruchazie Pantry 室内



4. まとめ

今回のロンドン、グラスゴウの調査・インタビューを通じて、リンクワーカーがクライアントに関わり課題を解決するにあたり、共通点が見られた。

ロンドン、グラスゴウにおいては、「住宅問題」「借金」「物価高騰による格差」等の生活困難者への支援の層が幅広く、リンクワーカーにはそれらの支援に必要なスキルが幅広く求められており、GP との連携も必須である。「社会的処方」というと、「絵を描く、歌を唄う」「園芸や農業のような作物を育てる」こと等の解決手法がイメージされやすいが、イギリスでは、リンクワーカーが「クライアントが、どのような生活をしたいか」を追求し、それによりクライアントが行動変容し好結果となる支援を目指している。

つまり、リンクワーカーの仕事はクライアントのウェルビーイングの追求であり、そして地域連携・協働を意図した支援でもある。これを NHS では「個別ケア」と呼んでいる。さらに、地域のアセット・社会資源も使い、課題を解決しながら地域での暮らしが継続できるよう支援する。これらを進めるにあたり、リンクワーカーは自治体、地域組織等との協働や地域組織等の把握に日々努力をしている。また、「GP からのクライアントの紹介、相談」等を通じ GP との連携が行われている（図3）。

イギリスのリンクワーカーとわが国の生活支援コーディネーターの目指す方向性は同様である。わが国はイギリスのリンクワーカーの取り組みから学び、クライアントの「ウェルビーイング」を見つめ直し、地域とのパートナーシップ・協働をさらに前進させるフェーズであると考えられる。

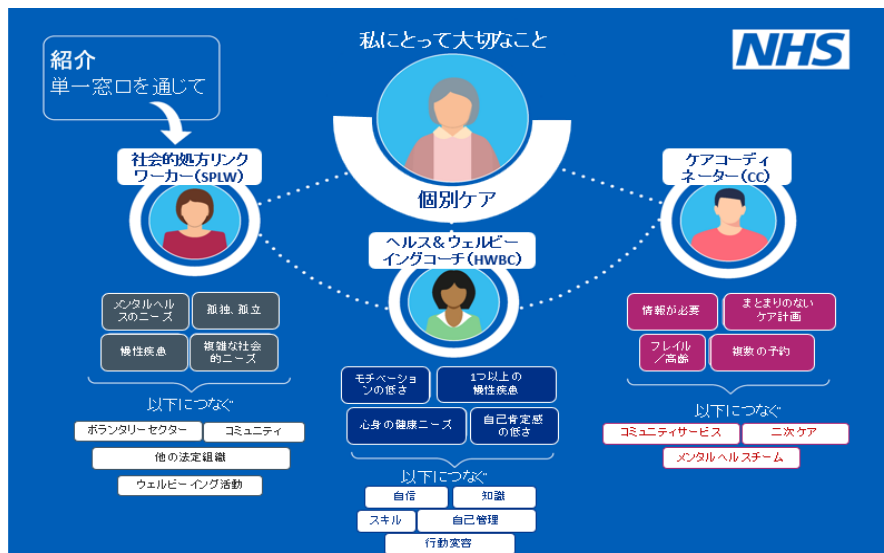


図3：プライマリケアにおける個別ケアの3つの役割

NHS England 訪問時提供資料

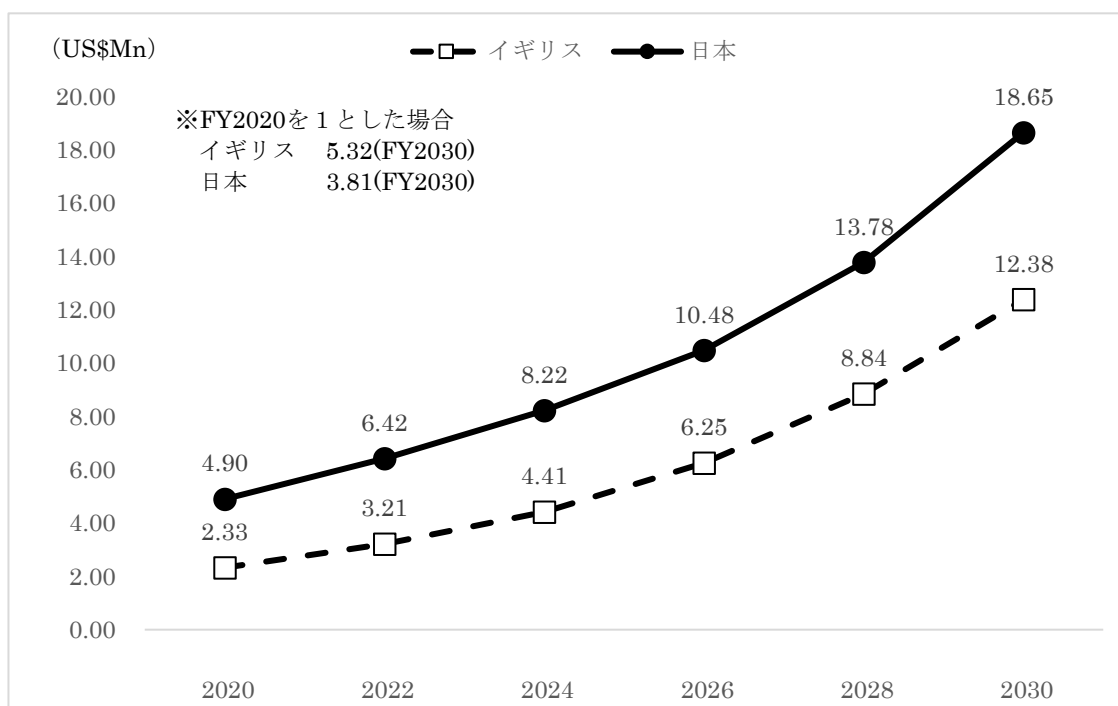
II-4. ICT・ロボットの導入に関する取り組み —イギリス—

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 高齢者向けロボット市場の需要予測

イギリスにおける高齢者向けロボット市場の規模は、2030年には12.38百万ドルに到達するとの推計がある（図1）。2020年の推計値を基準とした場合、5.32倍の規模拡大に相当する。日本の介護ロボット市場の2030年の市場規模は18.65百万ドルと見込まれる。市場規模の伸びの推計は日本の場合、3.81倍である。日本の高齢者数の推移がイギリスより常に高く推移することもあり高齢者向けロボット市場の規模は一貫して日本が大きく推移するものの、市場の成長の伸び率で比較すると、イギリスの方が上回る。両国とも介護需要の増加が見込まれるなかで、介護ロボット市場も成長し続けるものと認識されている。



出典：Eldercare-Assistive Robots Market (Europe & East Asia) Industry Analysis, Size, Share, Trends, and Forecast. Future Market Insights, p70 and p89 から筆者が作成

図1 イギリスにおける高齢者向けロボット市場の規模の予測

2. ロボット技術やICTを活用したケア関連の研究開発に対する政策的支援

イギリス政府は、介護に役立つテクノロジーのケアロボット開発プログラムを設け、3,400万ポンドの政府資金を投じるなど、介護ロボット等の導入に積極的な姿勢を示している¹⁾。また、地方自治体協会（Local Government Association）はNHS デジタルの協力と資金提供を通じ、成人向けの社会ケアにおける新たなデジタルアプローチとテクノロジーの開発と共

有を図っている。こういった新しいテクノロジーを高齢者ケアと結びつける研究が活発化する背景には我が国と同様、介護需給ギャップという社会的課題と向き合っていることがある。2020年から2035年の65歳以上人口推計の伸びが30%程度である一方、介護ニーズを抱えやすい85歳～89歳人口推計の伸びは、地方を中心に少なくとも60%を超える。なかでも南西イングランドの推計は70%を超える²⁾。他方、介護者数の減少を示す統計がある³⁾。このように、介護需給ギャップに対して、これからの高齢社会が適切に対応していくため、介護ロボット等のテクノロジーの開発は欠かせず政策課題となっている。

1) 典型的な介護ロボットとケアロボットの受け入れ

イギリスでは介護ロボットのことを care robots もしくは、assistive robots と呼ぶ。我が国の介護施設でよく見かける装着型の移乗介助支援機器や移動支援機器、ICTを活用した見守り支援システム、ロボット技術を活かした排泄支援機器等は滅多に導入されていない。代わりに、コンパニオンロボットが挙げられる。コンパニオンロボットは我が国でいうコミュニケーションロボットの一つであり、主に人間の孤独感や精神的な支援が必要な場面で、仲間や相手となる役割を果たすロボットのことを指す。これらのロボットは動物やペットをモチーフとした製品が多い。高齢者や孤立した個人、認知症患者など、特に交流やコミュニケーションの需要の高い人々のサポートを目的としている。しかし、このロボットも介護施設に導入されているケースは少ない。ニーズを持つ高齢者が自己で購入する必要があるなどコストの問題が関係している指摘もあるが、何より、人間の相互作用やケアタスクを置き換えるロボットの利用に対する強い抵抗感があるためと言われている。

2) 介護サービス供給の間接業務と ICT の活用

介護サービス供給者の事業運用において ICT は間接業務の工程に効果的に組み込まれ活用されている。例えば、会計業務を例にとると、ケアホームの大多数はすでにデジタル決済のみを受け入れる状況と言えるまで普及している。また、シフト作成からスケジューリング、出退勤の管理、業務連絡の共有といった労務管理全般を管理ソフトウェアで運用している。負担軽減と作業効率のよい労務管理はイギリスの多くのケアホームで一般的になっている。介護現場でケアの質に直結する重要な間接業務は、記録、関連情報の統合、管理、そして共有である。例えば、利用者情報や日常的な支援内容の記録、アセスメント、リスク評価、支援計画の企画と作成、あるいは服薬管理など挙げられる。異なる種類の多様な情報をデジタルに統合し管理できるケア管理システムはイギリスでも普及しており、介護施設や看護ステーションで広く活用されている。わが国の ICT 導入支援事業に類似した民間主体の基金制度がある。介護サービス供給者はライセンス利用料やシステムを使いこなすトレーニングにかかる費用を経費として請求できるなど、導入初期の経済的負担の軽減策も用意されている。このように、イギリスの介護サービス供給者の事業運用において、デジタル決済、労務管理、そして、ケアのエコシステムにおいて ICT 化が進められている。

3. 介護 DX の開発もテーマにする地域のヘルスケア・イノベーション・ネットワーク

イギリスには、健康にプラスになるイノベーションを目的として地域、産業界、学術機関等が連携して開発や研究に携わる組織がいくつかある。代表的な公的な機関は NHS イングランドが 2013 年から政策的に設置・推進した Academic Health Science Networks (AHSNs) であり、全土各地に 15 の組織がある。これらのネットワークのうちには、医療の研究開発に加え、デジタルテクノロジーと介護や社会ケアを結びつける研究も含まれる。例えば、マンチェスター地方を範囲とする Health Innovation Manchester (HInM) は介護施設が入居者をケアしつつ、より広範な医療やケアシステムと連携してケアをより適切に調整できる ICT 開発プログラムを展開している。また、非営利団体では、Health technology innovation support and advice (SEHTA) があり、介護事業者と技術を持つ企業を結びつけベンチャーの創出を支援している。また近年では、ケアホームのニーズを厳密に分析し、それらのニーズを満たすテクノロジーを実装するためのコストとメリットを徹底的に分析し、施策を提言している。このように、各地方の大学や産業、介護サービス供給者が連携し、介護ケアに有効な商品やサービスの開発に着手している。わが国には、産業側と介護側、そして学術機関が連携しイノベーションを起こす本格的な取り組みを展開するプラットフォームは見当たらず、介護とテクノロジーをつなぎ未来を描こうとするイギリスならではの特徴といえよう。

【参考文献】

- 1) Gov. UK, Press release “Care robots could revolutionise UK care system and provide staff extra support, 26 October 2019, <https://www.gov.uk/government/news/care-robots-could-revolutionise-uk-care-system-and-provide-staff-extra-support>
- 2) Workforce intelligence, Workforce estimate. <https://www.skillsforcare.org.uk/adult-social-care-workforce-data/Workforce-intelligence/publications/Workforce-estimates.aspx>
- 3) BBC. “Care worker shortages: What is it like working in the industry?”, Nikki Fox, Stuart Ratcliffe and Kate Scotter, 13 March 2023, <https://www.bbc.com/news/uk-england-suffolk-64597569>

II-4-2. 高齢者の ICT 活用の実際

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 主任研究員
澤岡 詩野

1. 自らの力でウェルビーイングを再構築する場としての ICT トレーニング

イギリスでは、2015 年前後から、チャリティ団体が助成金を財源に、高齢者や障がいをもつ人へのコンピューターやタブレットの使い方を教える ICT トレーニングが盛んに行われてきた。このトレーニングで行われる講座や教室の特徴として、単に機器の使い方を教える場ではないことがあげられる。加齢や障がいにより日々の行動に制約が加わっても、様々なサービスにつながり、日常を継続できることをサポートする手段として、高齢者や障がいをもつ人、生活課題を抱える人が ICT を利活用することを最大のゴールとして掲げている。

例えば、高齢者を対象にしたサービスや情報提供、自治体や政府への提言などを行っているイギリス最大のチャリティ団体「AgeUK (<https://www.ageuk.org.uk/>)」では、ICT に関する様々なプログラムを展開している¹⁾。2014 年に著者が見学した同団体の開催するコンピュータートレーニングの内容は、日本の地域で行われているパソコン教室と類似するものであった。しかし、車いすユーザーの男性など、身心に障がいを持つ人がデジタルチャンピオンとして先生役を務めているのは、日本では見られない光景であった。加えて、特筆すべきは、教室の運営などを担う AgeUK のプロジェクトリーダーの「認知症の人にこそ、この教室に参加して欲しい」というメッセージは、日本では聞かれない言葉であったことだ。これは、ICT を使うことができれば低下していく記憶力を補うことができ、狭まっていく人との交流を維持して孤独感を軽減し、必要なサービスやサポートを自ら見つけることができるなど、主体的に生活を継続していく時間を長くする可能性を見越しての言葉といえる。もちろん、認知症が重度化してしまえば、新たな技術にチャレンジすることや ICT 端末を使い続けることが難しくなっていくため、比較的軽度の状態を想定しての発言といえる。

また、北アイルランドを拠点に高齢者の権利を守る活動に取り組むチャリティ団体「Rights 4 Seniors (<https://www.rights4seniors.net/>)」では、高齢者の権利を守る手段として 2013 年ころから ICT のトレーニングプログラムの開発を行ってきた²⁾。そもそもこの団体では、経済状況が良好とはいえない北アイルランドで、生活困窮状態に陥りつつある高齢者を対象に、福祉サービスにつなげたり、個人債務や事業債務を整理する助言を行ったり、税金などの手続きを自分でできるようトレーニングすることなど、自らの力で生活を再構築することを可能とする支援を行っている。このなかで行われるデジタルトレーニングは、当事者自らがサービスを調べて利用することができるように検索や手続きの仕方を学んだり、ディスカウントを受けられるクーポンなどを入手する方法を学んだりなど、実践的な内容に特化した内容となっている。これらのトレーニングはエンドレスに受け続けることができるのではなく、ゴールを定めて修了するする期限を定めていることも特徴といえる。具体的にいくつかのトレーニングを以下に紹介する。

- 「Supporting Active Engagement」

10 週間のコースで、受講者はタブレットの使用、電子メールの送信、オンラインでの消費者の苦情、ソーシャルメディアへの投稿など、さまざまなデジタルスキルを身に付け、Rights 4 Seniors のウェブサイトを通じて自分の権利について学ぶことをゴールとしている。これにより、福祉サービスへの意識が高まっただけでなく、権利があるのにも関わらず受けられていなかったサービスにつながり、新たな給付金を受けられた受講者が多々存在している。併せて、9 割弱の受講生が、「トレーニングに参加してから孤立感が軽減された」「健康とウェルビーイングが向上したと回答」しており、社会的孤立やヘルスプロモーションの場としても機能していることが明らかになっている。

- 「Welfare Reform Financial Capability Project」

2019 年には、福祉サービスや財政能力に焦点を当てたデジタルインクルージョンプロジェクトを実施した。Groundwork NI と提携し、55 歳以上の男性たちに 6 週間のトレーニングを提供した。オンラインでお金に関連する情報にアクセスする方法、自分の受けられるサービスなどの権利と資格を知り、アドバイスを受けること、比較 Web サイトの使用、オンラインサービスにアクセスする方法を学んだ。このなかで、受講者が現段階で受けている福祉サービスを専門家が無料でチェックするサポートも提供された。「お金の使い方を考えるようになった」などのコメントが受講者から聴かれている。

2. 入口としての ICT サポート

今回のイギリス調査では、社会的処方をするための入り口として、ICT サポートを位置づける組織も存在していた。例えば、コミュニティのハブ、プライマリーケアに取り組む老舗のチャリティ団体である「Bromley by Bow Centre (<https://www.bbhc.org.uk/>)」の取り組みがあげられる。センターに来る人と社会をつなぐために、同団体では、ウェルカムハブチームを設置し、センターに来た人の緊張をほぐし、本人も意識していないような課題を聞き出すことに力を注いでいる。ただ、課題を抱える人のなかでセンターに自分から相談に来られる人は多いとはいえ、学校や公民館などに出かけて行って PR するなど、相談への壁を低くするアプローチを重ねている。

このアプローチの一つが、センターに併設されたカフェの横にある開かれたスペースで開催される、ふらっと立ち寄ってコーヒーを飲みながらおしゃべりをする「COFFEE MORNING」や、男性だけの集い「MENS GROUP」などであった。ここで週 3 日という高い頻度で開催されているのが、予約なしで来られるスマートフォンやパソコンについて相談できる場「IT SESSIONS」である（写真 1、写真 2）。イギリスでも日本と同様にスマートフォンの使い方がわからないなどの ICT に関する課題を抱える高齢者は少なくない。専門家に福祉サービスの相談をすることに壁を感じる人や、なじみのない場でのおしゃべりの会には足を運ばない人も、スマートフォンの使い方を聞きに Bromley by Bow Centre に現れることで、顔をみせたことのない人との接点としての場になっている。

この場の有用性について担当者にインタビューをすることは叶わなかったが、日本でも広がりつつあるスマホ相談会やスマホサロンを当てはめてみると、大きな可能性を秘めた取り組みであることが考えられる。詳しくは著者が関わる国内の事例をもとに作成したリーフレット³⁾に記載しているが、スマートフォンの困りごとから、その人のやりたいことやつながり、生活環境がみえてくることが多々ある。世話役や先生役として関わる人が、自治体や公的機関などの情報を伝えたり、地域の他の活動につなげたり、新たなつながりをうみだしたというエピソードを聴くことも少なくない。「IT SESSIONS」でも、パソコンやスマートフォンを教える際に聴こえてきた気になる声を Bromley by Bow Centre 内で共有しているという話も聴かれ、出てこない人を引っ張り出す手段として ICT サポートの可能性が見い出されたといえる。



写真1 (左) 一般の人に解放されたカフェの横にあるスペースの目立つ場所に貼りだされた「IT SESSIONS」のチラシ

写真2 (右) COFFEE MORNING などが開催されるスペースに貼りだされた「IT SESSIONS」の風景を紹介する写真、外国にルーツをもつ人が SESSION に参加している姿を伝えている

3. 日本における展望

イギリスの取り組みから、身体や心の健康を維持できなくなったり、経済的困窮や社会的孤立に陥った人が自らの手でウェルビーイングを再構築するための手段としての ICT の有用性が示された。ICT の果たす役割は、大きく2つに分けられる。1つ目は、適切なトレーニングを受けることで、必要な情報やサービスを調べて申請を行えるようになったり、ディスカウントを受ける仕組みに接続できることで経済的な恩恵を受けたり、自らの手で生活の再構築を可能にすることである。2つ目は、ICT サポートを行う場が、地域やコミュニティの活動や行政のしかける健康講座的な介護予防講演会などに出て来ない人の近所との知

りあいづくりや専門職・公的機関との接点として機能することである。

著者が日本の高齢者を対象に、歳を重ねるなかでの ICT の役割の変化をインタビューした研究⁴⁾では、加齢や身体に不具合が出てくるに伴い、会いにいたり場に出ていけないことを補完したり、新たな役割を見つけ出したり、ウェルビーイングを再構築する手段として ICT の役割が大きくなっていくことが示されている。加えてインタビューでは、ICT を介して様々な制度や仕組みを調べたり、同じ状況にある人の体験を広く知ること、自身や家族の治療方針や介護のあり方などを専門家任せにせずに選び取ることができたという声も聴かれた。

日本では高齢者や障がいをもつ人がデジタル化の動きに取り残されないために、デジタル活用支援推進事業（総務省：https://www.soumu.go.jp/main_content/000880845.pdf）、デジタル推進委（デジタル庁：https://www.digital.go.jp/policies/digital_promotion_staff/）が創設され、身近にスマートフォンなどの使い方を学べる場が増えつつある。しかし、使い方を教えることに留まり、習った技術が実生活には活かされていないという悩みを耳にすることも少なくない。今後は、先に示した ICT の果たす 2 つの役割を明確に意図した場づくりが求められている。加えて、全国に広がる多種多様な通いの場や居場所で ICT のトレーニングなどを取り入れていけば、自らの手でウェルビーイングを実現し続ける高齢者が増えていくことも期待される。

【参考文献】

- 1) AgeUK : Helping older people get online
<https://www.ageuk.org.uk/our-impact/programmes/digital-skills/>
- 2) Rights4seniors : Our Digital Work
<https://www.adviceni.net/digital/our-digital-work>
- 3) 澤岡詩野 : 「スマホよろずサロンでみんな元気に！」
https://dia.or.jp/sumahoyorozusalon/pdf/magicword_01.pdf
- 4) 澤岡詩野 : 都市部の企業退職者の社会活動と社会関係におけるインターネットの位置づけ」応用老年学 8(1)31-3 (2014).

II-5. 科学的介護についての取り組みとその効果

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

科学的介護とは、科学的裏付け（エビデンス）に基づく介護を意味する。日本の厚生労働省が展開する要介護・要支援高齢者向けの政策の文脈で用いられる行政上の用語である。イギリスでは、科学的研究と実証された効果に基づいたケアを提供するアプローチを表すのに、「evidence-based care」または「evidence-based practice」という用語が一般的に使われている。本章では、evidenced based care や best practice を手掛かりとして情報収集し、イギリスにおける科学的裏付けに基づくケアやサービス提供への取り組みを概観する。

1. 科学的裏付けに基づく高齢者向けのケアやサービスの品質管理の取り組み

イギリスには、公共の独立機関 NICE（National Institute for Health and Care Excellence）が設置されており、臨床、公衆衛生、社会的ケアを含むヘルスケアの様々な側面に関するガイドラインや勧告等を作成し公開している。これらのガイドラインは、入手可能な最善のエビデンスに基づいており、医療従事者が質の高い、費用対効果の高いケアを提供できるよう支援することを目的とする。ガイドラインの構成にはエビデンスの項目が含まれ、有効性や有用性の根拠とした研究が紹介され、各研究の研究計画の妥当性と信頼性や研究結果を厳密に評価した結果が付随する。その付録には、ガイドライン策定の経緯、扱うテーマについて重要な評価と調査結果、費用対効果分析を含む経済評価の研究等が含まれる^{1) 2)}。評価視点について、例えば、複数の長期疾患を持つ高齢者に対する社会的ケアやサポートに関するガイドラインを例にとると、社会的ケアニーズの特定と評価、ケアプランニング、介護者支援、ケアの提供、医療計画と社会福祉計画の統合などを構成に含む³⁾。さらに研究計画と研究結果をそれぞれ厳密に評価した結果が公表されている。研究計画では、研究目的、方法、データの収集、分析と報告、品質評価の項目がある。研究結果の場合、研究目的、研究デザイン、母集団、結果、総合的な品質評価の5項目がある（表1）。

評価する具体的な評価項目は概ね類似するが研究デザインや目的によって異なる評価視点が加わる。テーマに応じて個別具体的に柔軟な評価が提供されている。その他、ガイダンスを実施するための教育や導入支援、共有学習、あるいは実践の導きに関するツールも公開し、エビデンスに基づいたケアやサービスが適切に実施できるように支援している。

表1 研究結果のレビューの例

| | |
|--------------------|------------------------------------|
| 1. 研究課題/研究目的 | 4. 結果(効果の大きさ、結果の測定指標) |
| 1.1.研究目的 | 4.1.ユーザー、介護者、実践者の意見は？ |
| 2. 研究デザイン/理論的アプローチ | 4.2.情報 |
| 2.1 方法 | 4.3.ゴール設定 |
| 2.2.介入 | |
| 3. 母集団、標本、設定 | 5. 全体的な品質評価 |
| 3.1.国 | 5.1.論文から判断できる範囲で、研究はどれだけ適切に実施されたか？ |
| 3.2.母集団は？ | |
| 3.3.標本の年齢 | 5.2.多様な長期疾患(LTCs)を持つ高齢者にとっての関連性は？ |
| 3.4.民族背景 | |
| 3.5.ニーズのレベル | |

出典：NICE、NICE guideline, Older people with social care needs and multiple long-term conditions: Appendix B, P124-125

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng22/evidence/appendix-b-critical-appraisal-and-findings-tables-pdf-552742671>

2. 政府主導による利用者及びケアデータの収集・分析システムの枠組み

1) 社会的ケアに関するデータ収集と登録の枠組み

イギリスにおいて、社会的ケアに関する事業は NHS ではなくカウンシル（地方自治体）が管轄する。そのため、社会的ケアに関するデータは、成人向けの社会的ケアを担当するカウンシルが収集し、成人の社会的ケアを担当する協議会が管理する収集管理システムを通じて登録する。これらは、NHS の病院や GP 診療所が使用するデータ収集システムや患者管理システムとは別のものである。データの登録先は NHS デジタルが管理する Care Outcomes Frame (ASCOF) である。ASCOF はケアとサポートの優先順位を設定し、ケアやサポートあるいはサービスが人々にとって最も重要な成果をどの程度達成しているかを測定する。地方自治体等はこれらの結果を利用し透明性と説明責任を強化することができる。集計結果は「Measures from the Adult social Care Outcomes Framework」という ASCOF 報告書に掲載され毎年発行される⁴⁾。

2) 登録データ

登録データの範囲は多岐に渡り様々な活動や法令に基づく事業の実績が含まれる。例えば、社会サービス活動、成人の安全保護、精神保健法、意思決定能力法、要介護者及びその介護者の調査、成人向け社会的ケアの財務の収益状況、社会的ケアのミニマムデータセットなどである。登録データのほとんどは個人データではなく、集計された利用者数や介護者数などに加工される。特定される重要な指標には、社会的ケアに関連する QOL スコア、ケアやサ

ポートの満足度、自主管理できる日常生活の度合い、意味のある社会との接点、サポートに関する情報へのアクセスの良さ、安全に感じる度合い、サービスの利用状況などがある。歩行速度や筋力といった身体機能や日常生活動作の実施能力、あるいは認知機能といった個人レベルの状態を測る指標というより、サービスレベルや地域レベルの立場から分析に有用な視点を指標に採用している。要介護者の多くは民間施設に入居しており、そのデータがどの程度収集され、地方自治体が運営する全国システムに組み入れられているかは今回の調査では確認していない。

3. データセキュリティ

イギリスにおいて情報管理での最優先事項は、プライバシーである。NHS Digital がケアや治療の記録から収集した個人データを保存および使用する際、データはほとんどの場合、言語ではなくコードとして匿名化されて保管されており、個人の特長や追跡はできない。データへのアクセスは NHS デジタルのデータアクセス・リクエストサービスを通じて行う必要がある。このプロセスによってデータが安全かつ合法的に保管される。また医療やケアに役立てるためにデータを使用する十分な理由があることを確認したうえでアクセスが許可される。

2017年と2022年には、NHS で重大なデータ侵害とサイバー攻撃が発生した。NHS には、国民の健康に関する世界最大級かつ最も包括的なデータセットがあるため、サイバー犯罪の標的として広く知られていることもあり、高いレベルのセキュリティが施されている。

【参考資料】

- 1) National Institute for Health and Care Excellence, NICE guideline [NG22] : Older people with social care needs and multiple long-term conditions: Appendix C1, Completed methodology checklists: economic evaluations, 04 November 2015,
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng22/evidence/appendix-c3-economic-report-pdf-552742672>
- 2) National Institute for Health and Care Excellence, NICE guideline [NG22] : Appendix C3, Cost-consequence and cost-utility analysis of an outpatient geriatric multidisciplinary assessment and case management intervention: the 'GRACE' model of care, Marija Trachtenberg and Jose-Luise Fernandez, 04 November 2015,
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng22/evidence/appendix-c3-economic-report-pdf-552742674>
- 3) National Institute for Health and Care Excellence, NICE guideline [NG22] : Older people with social care needs and multiple long-term conditions, 04 November 2015,
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng22>
- 4) NHS digital. Measures from the Adult Social Care Outcomes Framework, England, 2022-23,
<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-outcomes-framework-ascof/england-2022-23>

II-6. 医療と介護の連携に関する取り組み

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 医療と社会ケアのシームレス化や連携に関する政策的な対応

イギリスにおける医療と社会ケアの連携の概念は新しくはない。1980年代に人口の変化と健康・社会ケアサービスの縦割りの困難から様々に対応してきた¹⁾。今日のイギリスにおける健康と社会福祉の連携は、特に予防と福祉に焦点を当て、健康の改善と健康格差の縮小を目指している。これは、NHS や自治体との共同連携や、パートナーシップ、健康と社会福祉の間のシームレスなサービスの創出など、さまざまな取り組みを通じて医療と社会的ケアの連携を前進させようとしている。

1) イギリス政府の財政出動と統合ケアシステムの全国設置

イギリス政府は、2021年、今後3年間で英国全体で年平均約120億ポンドを投じ医療と社会ケアの統合の改善に乗り出すと発表した。公共支出の大幅かつ永続的な増加であるが、特に政府負債は記録的なレベルに達している。医療と社会ケアに枠を設けた英国全土の新たな1.25%の医療および社会ケア税 (the Levy)を財源に当てるという²⁾。

また、政府は2022年医療法を可決しNHSの法的な見直しを行った。この法律は、地域サービスを改善し、公的資金を最大限に活用する目的を達成するには、病院や一般医の医療セクターそして社会ケアなどが相互に協力が必要であるという考えに基づく。中心テーマは統合ケアシステム (ICS) であり、その目的は地域の健康格差の減少であり地域の健康促進活動や予防プログラムを実施することにある。ICSは地域サービスを計画する責任を負う地域ベースの機関であり全国に42機関を設置する³⁾。地域のほとんどのNHSサービスの計画と資金配分を担当する統合ケア委員会 (ICB) を法定機関として設置する。また、同じく法定による委員会として、統合ケアパートナーシップを形成し地方自治体、ボランティア団体、地域社会企業セクター (VCSE) そしてNHS組織等がメンバーとなって連携する。今後異なる組織や領域同士で連携しながら包括ケア計画を進めていくことになる。

2) NHSの実践：GPと連携するリンクワーカー

より実践的な医療と社会ケアの連携について、NHSは医療や保健と社会ケアの連携において具体的な実践をしてきた。その中でも重要な取り組みの一つは、リンクワーカーの設置である。リンクワーカーは、主にGPと連携しGPが担当するが抱える非医療ニーズを引き受け必要な社会ケアやボランティアセクターにつなげていく役割を担う。保健医療と社会ケア・介護のシステム全体でのケアとサービスの調整機能を発揮している。リンクワーカーは人々が自分自身の健康とケアに積極的に参加するプロセスを支援し、非医療のニーズを評価するスキルを持つ。

3) 自治体の実践

統合ケアパートナーシップ (ICP) の開発に伴い、地方自治体は重要なパートナーとして責任を果たすことになる。このパートナーシップは異なる組織間での健康とケアサービスのプロセスの共同、あるいは、健康アウトカムを結びつけるアプローチを推進する。また、地方自治体協会と成人社会サービスディレクター協会は信頼の厚い他の組織と連携し、PCH (ケアと健康のパートナーシップ) を推進している。PCH は、自治体が成人社会ケアと公衆衛生サービスを提供する方法を改善し、政府セクターが直面する課題を理解するのを支援する⁴⁾。

4) プライマリーケアネットワーク (PCN) を通じた医療と社会ケアの連携

日本の公的介護保険制度において、介護を必要とする要支援者・要介護者は多様なニーズを有するため、多くの職種が連携する必要があることから、高齢者本位の包括的なケアプランニングが実現できるように、関係する職種や関係者が会議を行うルールが公的に設定されている。イギリスにおいて、地域サービスはすべて、プライマリーケア・ネットワーク (PCN) の一部である。PCN は臨床責任者 (多くの場合は GP、看護師または薬剤師) が主導し、NHS、社会ケア、ボランティア部門および薬局のネットワークを構築する。ケアおよび支援計画は、社会ケアのためのものであり、要介護者がニーズアセスメントを受けた後、ソーシャルサービス (地方自治体のソーシャルワーカー) が作成する。この計画は医療提供者と共有して、個別化された治療に役立てることができる。NHS スタッフは、自らのサービス内でケアプランを作成したり、患者へ他のサービスを紹介したりする。

医療と社会ケアのスタッフ間で緊密な連携を促進するために、政府のガイドラインや取り組みはあるものの、両者は断片的であることが多い。

【参考文献】

- 1) Roy, M.H. (2001) Small group communication and performance: do cognitive flexibility and context matter? *Management Decision*. 39 (4) pp323-330.
- 2) UK government. Policy paper. Build Back Better: Our Plan for Health and Social Care, 2022. <https://www.gov.uk/government/publications/build-back-better-our-plan-for-health-and-social-care/build-back-better-our-plan-for-health-and-social-care>.
- 3) https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/integrated-care-systems-explained?gad_source=1&gclid=CjwKCAiA3JCvBhA8EiwA4kujZoAgMrxHA5xFpwwdcU7k1owyZg5YXON6RWzbG7PdZpEpyw7rtw3Lz8RoCFcQQA_VD_BwE
- 4) Local Government Association. Partners in care and Health. <https://www.local.gov.uk/our-support/partners-care-and-health>.

II-7. 低所得者への対応等 (social care)

政策研究大学院大学 教授
小野 太一

基本的にすべて無料の国営医療サービス NHS と異なり、社会的ケアサービス (social care) は応能負担となっている。いわゆるミーンズテストが適用となるものであり、具体的には以下のような取り扱いとなっている。(在宅ケア、施設ケア共通) この資産額の評価前に資産を手放したとしても、それらについて含めることが可能となっている。また自宅での介護が必要な場合には当該自宅の価値は評価額に含まれないが、施設に移住するような場合においては、当該自宅に配偶者やパートナーが住み続けられない限り含まれることとなっている。

| 資産額 | 自己負担額 |
|---------------------------|---|
| 23,250 ポンド以上 | 全額自己負担。 |
| 14,250 ポンド以上 23,250 ポンド未満 | 年金等の収入から負担する部分と、資産額に応じて負担する部分 (“Tariff”) の合計額を負担する。 |
| 14,250 ポンド未満 | “Tariff”部分の自己負担は免除される一方、収入からの自己負担は求められる。 |

他方、施設入所する場合には個人的に利用する手元資金として週当たり少なくとも 28.25 ポンドが手元に残されることとされ (Personal Expenses Allowance(PEA))、また在宅の場合には、例えば独身で年金クレジット (低所得高齢者への付加的給付) の対象となる年齢 (国家年金給付開始年齢と同じ。現在は 66 歳。今後引上げ予定。) の場合には週 189 ポンドが手元に残るようにされる (最低所得保証)。

イギリスのソーシャルケアについて、しばしば「Postcode Lottery 問題 (*地域 (郵便番号) によってサービスの利用可能性が異なること)」が指摘されるが、このような地域差は費用負担 (PEA、実際のサービスの料金) についても妥当する。2000 年代以降、ソーシャルケアの給付への負担に関しては、こうした問題に加え、「費用負担の重さ (一定以上資産の者は公的給付を受けられない)」ことや、「重度者シフトのため軽度者は給付を受けられず、自費負担となる」こと等が挙げられている。

この問題に対し、2011 年の連立政権下でまとめられた「Commission on Funding of Care and Support (いわゆる「ディルノット報告)」」で、①ケアサービス利用者の生涯負担費用に上限 (キャップ) を設け、それ以上は国負担とすること、②施設ケアサービスが全額自己負担となるミーンズテストの上限額 (現在は 23,250 ポンド) を引き上げること、③施設ケアを受ける際の自己負担についての低利融資・死後資産売却償還の仕組みを導入すること、④受給認定基準を全国統一のものとすること、が提案され、2015 年に③と④については実施に至った。

他方①については、1948 年の国民扶助法 (National Assistance Act) 以来林立していた法や規制を総合的に見直し再構築した Care Act 2014 に盛り込まれ、さらに、②についても含めた提案も行われるも数度も延期がされた。2021 年 9 月に示された方針で、一時は 2023 年 10 月からの実施が決定され (①生涯上限 86,000 ポンド、②20,000 ポンドまでは無料、100,000 ポンドまでは一部公的負担)、財源として国民保険料や配当所得税も 1.25%引き上げられたものの、2022 年 10 月に「2025 年までの延期」が決定された。これについては “Decades of policy failure” であるとの指摘もある (Health Foundation)。

現時点では政府のウェブサイトにおいては「2025 年 10 月から実施される」と明記されているものの、今までのこの論点をめぐる構図、及びおそらくは 2024 年に総選挙が行われるであろうことを踏まえ、さらにはそもそものポジションとして、財政支出に厳格な保守党

(現政権)、他方福祉には熱心だが本論点は基本的に（ミーンズテストを外れるような）中産階級を利するものであるとし、福祉人材の所得水準向上への財源確保により熱心な労働党ともこの問題への関心は薄く、実現は不明である。

なお他国において引用している WHO/OECD（2021）においては、イギリスの制度は採り上げられていない。

【参考文献】

- ・医療経済研究機構「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2021 年度版」(2023 年 2 月)
<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/money-work-and-benefits/paying-for-your-own-care-self-funding/>
<https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/paying-for-care/paying-for-a-care-home/>
<https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/paying-for-care/paying-for-homecare/>
- ・ WHO/OECD(2021)、”Pricing long-term care for older persons”

II-8. 給付と負担の議論の背景としての人材確保問題

成蹊大学文学部 教授

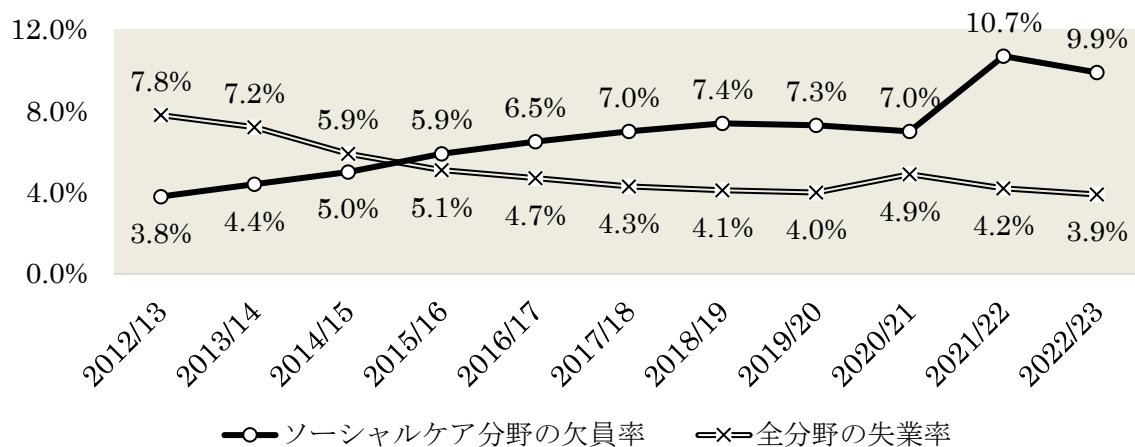
渡邊 大輔

1. イギリスにおける成人ソーシャルケア労働力不足

本節ではイギリスの介護制度を理解するための補助線として、高齢者介護を含む成人ソーシャルケア分野における人材問題に焦点をあてる。

最新となる 2022/23 のデータ (Skills for Care 2023) によると、成人ソーシャルケア分野の就業者はおよそ 152 万人おり、18,000 の組織、39,000 の事業所で働いている。だが、15,2000 人が未充足であり、欠員率 (定員未充足率) は 9.9%となっている。この数値はコロナ禍の 2021/22 の 10.7%からはやや改善したものの、依然として非常に高い数値となっており、コロナ禍以前の 2019/20 の 7.3%を大きく上回っている。イギリス経済全体の失業率は 3.9%であり、この数値より欠員率が 6 ポイント以上高いということで、成人ソーシャルケア分野の厳しい人材確保状況がわかる。

この背景として、パンデミックの影響がまず指摘できる。図 1 にはイングランドにおける失業率とソーシャルケア分野の欠員率の変化を示した。リーマンショックの影響が残る 2012/13 では、失業率のほうが高く、ソーシャルケア分野の欠員率は 3.8%であった。しかしその後の経済状況の改善、および、2010/11 ころからの緊縮財政政策による成人ソーシャルケア分野の大幅な予算削減、サービス停止、利用者負担の増加にともない、ソーシャルケア分野の欠員率が急速に上昇していることがわかる。離職率も 2016/17 以降をみると、ほぼ 30%前後と高止まりしており、職種に対する平均就業年数 5.0 年、就業年数が 3 年未満が 49%、3~9 年が 36%、10 年以上のベテランはわずか 15%である。また、ソーシャルケア分野に限っても、平均就業年齢は 9.6 年でありやはり短く、定着していない。



Source: Skills for Care 2023 から作成

図1 イングランドにおける失業率と、ソーシャルケア分野の欠員率の推移

現状のこの非常に厳しい数値は、終了が宣言された2016年以降もつづく緊縮財政の影響と、パンデミックの影響、さらに近年の物価高騰による相対的な給与水準のより一層の下落などがあげられる。

給与水準が上がらない最大の理由は、NHSにしても成人ソーシャルケアにしてもほぼ税による充足が大きく、実質的に公定価格となっている点がある。そのため、給与の上昇には市場原理に委ねるだけでは是正されることはなく、国や自治体における予算措置が必要となる。

2. 政治的議論における負担の問題の回避

それではこのような人材確保問題を政治はどのように議論しているのだろうか。

政権与党である保守党は、成人ソーシャルケアの白書である *People at the Heart of Care* において17億ポンドをソーシャルケア分野に支出するとしているが (Department of Health and Social Care 2021)、すでに削減される可能性が指摘されており、介護労働力を支援する5億ポンドも2.5億ポンドに半減させられる可能性がある (Local Government Association 2023)。高齢化に向けて予防に資源を振り向け、人々の生活の自立を支えてゆくようなサービス体制を整えるためには、成人ソーシャルケア分野の質の向上が必須となるが、現状では資源が大きく制約されている。

政権与党である保守党は、2017年の選挙時に、2014年のケア法で規定したソーシャルケアの自己負担に生涯での上限額を設けると同時に、財産所有額によって自己負担を決めることとし、その財産所有に応じた負担を導入することを想定した施策を提案したものの撤回する事態となっている。これは、自宅を所有する一般的な中流層が「認知症税 dementia tax」であるとして批判したためである (Simmons 2023)。なお、このケア法の規定はジョンソン政権時に法案が成立したものの、2022年に2023年から2025年の導入へと再延期されている。また、前述の白書においてデジタル化の促進による効率化を指摘している。

野党である労働党は、5つのソーシャルケアへのコミットメントを発表しており、介護労働者の処遇改善や訓練機会の提供などを訴えている (Labour Government Chronicle 2023)。ただしここにも負担の議論はない。

そのため、保守党は約束を実行しないことによって現場に回る予定だった資金が回らないことで賃金水準を上げることができなくさせており、また、インフレーション下において相対的な賃金水準がより低下する状況をもたらしている。労働党は賃金水準の向上をうたうものの、だれがその原資を負担するかを明確にしておらず、財政的な対応が図れるかは未知数となっている。結果として、負担の問題を回避しているがゆえに、実質的な資金が給与に回らない状態が発生しているといえるだろう。そして、NHSやソーシャルケア分野の労働者によるストライキが頻発し、大きな社会的損失となっている (Anandaciva 2024)。

負担と給付のバランス、そしてそれを支える人員という問題は、いずれも切り離すことが

できない。イギリスにおける人員不足はより一層の高齢化が進む日本においてもまったく同様の問題であり、サービスの担い手のよりよい処遇水準を確保するためにいかなる方策があるか、政策レベルだけでなく政治的言説においても構想してゆく必要があるだろう。

【参考文献】

- Department of Health and Social Care, 2021, *People at the Heart of Care: Adult Social Care Reform White Paper*, (2024年2月26日取得, <https://www.gov.uk/government/publications/people-at-the-heart-of-care-adult-social-care-reform-white-paper>).
- Labour Government Chronicle, 2023, “Labour Sets out Five Social Care Commitments,” (<https://www.lgcplus.com/services/health-and-care/labour-sets-out-five-social-care-commitments-28-04-2023/>).
- Local Government Association, 2023, “Debate on the future of adult social care, House of Lords, 30 March 2023.” Local Government Association, (2024年2月26日取得, <https://www.local.gov.uk/parliament/briefings-and-responses/debate-future-adult-social-care-house-lords-30-march-2023>).
- Simmons, B., 2023, *Ageing and the Crisis in Health and Social Care: Global and National Perspectives*, Bristol: Bristol University Press.
- Skills for Care, 2023, *The state of the Adult Social Care Sector and Workforce in England*, Workforce Intelligence, (2024年2月26日取得, <https://www.skillsforcare.org.uk/Adult-Social-Care-Workforce-Data/Workforce-intelligence/documents/State-of-the-adult-social-care-sector/The-State-of-the-Adult-Social-Care-Sector-and-Workforce-2023.pdf>)

第III章 オランダ

III-1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

1. 制度概要（※1）

1) 法令

オランダの法令で我が国の介護保険の対象サービスをカバーしているものとしては、介護法（Wet Langdurige Zorg（WLZ））のほか、医療保険法（Zorgverzekeringswet（ZVW））及び社会サービス法（Wet Maatschappelijke Ondersteuning（WMO））の3つがある。WLZは施設サービス、及び24時間対応が必要な、日本で言えば中重度の在宅要介護高齢者の介護ニーズへ対応するものである。ZVWは医療保険であるが、介護についてはWLZ対象以外の訪問看護等の医療的ケア及び身体介護に対応する。WMOはIADLのサポートやデイサービスなど地域社会への参加等のサービスに対応するものである。なおケアの必要性の永続性が認められるまで、WLZではなくZVWとWMOにて対応するものとされている。

WLZは1967年に創設された特別医療費保障法（AWBZ）をその前身に持つ。これは当時国民全員を医療保険に強制加入させていなかった中で、重大な医療リスクについて強制加入の制度を設けたものであった。そうした、いわばラスト・リゾートとの性格は現行WLZにおいても受け継がれている。図1においては医療、介護にかかる基本的な「順序」が示されているが、まずは公衆衛生サービスがあり、次いで市民自身、さらに自身の周辺環境（ネットワーク）により対応するものとされ、その次に医療保険法、社会サービス法及び青少年法によるサポートがあり、それでも必要なら介護法によるものとされている。

法制度の背景にある考えは？

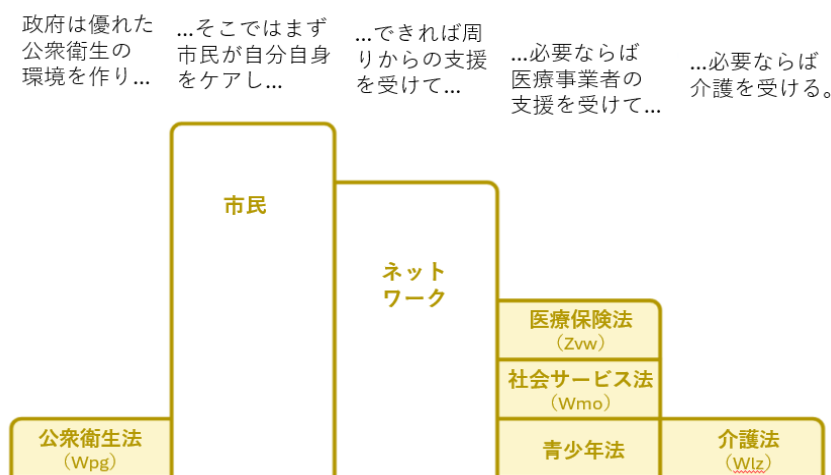


図1 医療・介護に係る支援の「順序」

(出典: Zorginstituut Nederland 訪問時提供資料(2023.9.20)(事務局訳)(初出は小野[2023])

以下の記述では、基本的に介護法（WLZ）を念頭に置き記述する。

2) 対象者

WLZ の対象者は特に年齢上の制限はない。他方被保険者（介護保険料の負担者）は基本的にオランダ国民全員となっている。

3) 保険者／運営主体／費用負担者

WLZ の保険者は国であるが、実際の運営は、医療保険（民間保険（営利・非営利）への強制加入制度により皆保険を実施）を運営する保険会社に対して委託されている。保険会社は地域ごと（国を 32 の地域に分けている）に指定され、2024 年現在では 7 社が保険者の委託を受けている。

4) 財源構成

保険料負担は課税所得の 9.65%とされているが、これは賃金あるいは給付から自動的に天引きされている。就労収入がない等の場合には自身で税務当局に対し保険料の支払いを申告する必要がある。

他方で国庫補助として、2001 年の税制改正による介護保険料財源の減少分を公費で補うもの（BIKK (Contribution to the costs of discounts)）と、2019 年以来 WLZ の支出増と保険料収入の差を埋めるための国庫補助の 2 種類の措置が講じられている（後述）。

5) サービスの利用

WLZ の下でのアセスメントから要介護認定に至る流れは図 2 のようなものとなっている。このプロセスは保険者とは独立した要介護認定を行うための機関(CIZ、全国に 4 か所存在)が行う。

・アセスメントの枠組み

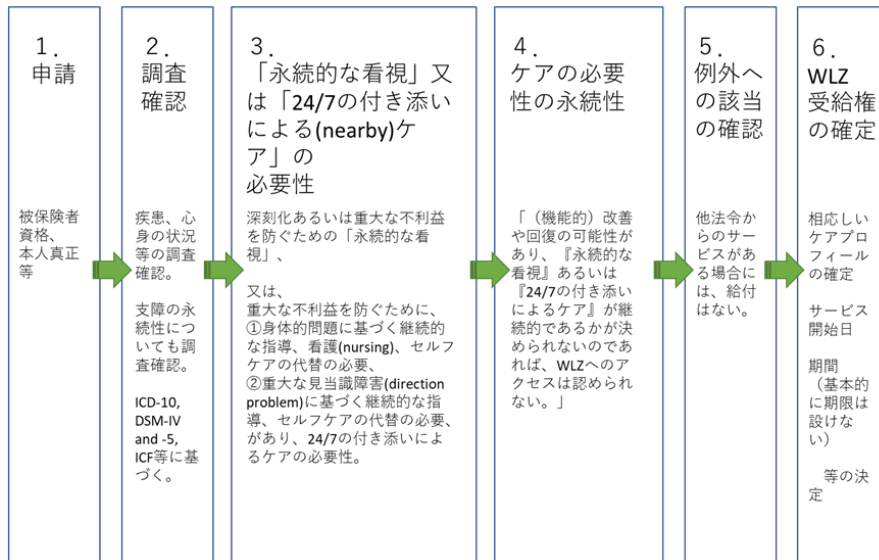


図 2 WLZ におけるアセスメントから要介護認定の流れ

(出典：Beleidsregets indicatiestelling Wet langdurige zorg (WLZ) (筆者訳) (初出は小野[2023])

主な日本との違いは、「1. 申請」は自己申告による申請が基本であり、CIZ の調査員は

必要に応じ実地の調査を行うこと、「4.」のケアの必要性の永続性の要件があること、また「6.」の受給権の確定において、基本的に認定期間が設けられていないことが挙げられる。

WLZ の受給権（日本で言えば「要介護認定の結果」）は、まず障害類型の大分類に分けられ、当該大分類ごとにさらに類型ごとに提示される。大分類は、専ら加齢に伴う障害に対応する分類「VV」(Nursing and Care)のみならず、知的障害に係る区分が2つ（VG、LVG）、身体障害に係る区分が3つ（LG、ZGaud、ZGvis）、精神疾患に係る区分が2つ（GGZ-B、Mental health sector housing）設けられている。「ケア・プロフィール」に示されている、当該申請者の心身の状況に最も当てはまる分類を選択するものであり、要介護高齢者の多くは分類 VV（ナーシングとケア）に当てはめられているが、VV 以外の類型で認定を受ける場合もある。また大分類ごとの類型について、分類 VV は現行制度上 4 VV から 9b VV の 6 つに分けられている。数字により給付額は異なり、数字の大きい方が基本的に重度ではあるが、必ずしも数字の大小が要介護者の軽重の度合い、あるいは給付額の大小を示すものではない。

6) サービスの種類

WLZ は基本的に施設ケアを念頭に置いたものであるが、在宅サービス利用も選択することが可能となっている。その場合は「在宅でのフルパッケージ (Voledig Pakket Thuis (VPT))」「在宅でのモジュール化されたパッケージ (Modulaire Pakket Thuis (MPT))」「個人勘定 (Persoonsgebonden Budget (PGB))」の3つからの選択が可能である。VPT は、ケア・オフィスとの間で合意した単一の事業者から必要なサービスの給付を受けるもので、その内容としては身体介護や身の回りの世話、同行、リハビリ (therapy)、移動支援、食事の提供、清掃、家族等介護者のレスパイトのためのショートステイが含まれる。施設サービスと同等なものとしてされている。MPT は複数の事業者から、VPT と同様の必要な在宅サービスの提供を組み合わせるものである。PGB は個人に対して自身が選択するサービスを購入する予算を提供するものであるが、不正利用を防ぐため、当該予算は直接に個人に提供されるのではなく、政府機関である社会保険銀行 (SVB) において管理される。一部を PGB での購入、残りを MPT として現物給付を受けることも可能となっている。

7) 財政状況

WLZ の財政は Long-term Care Fund (FLZ) という特別の会計において管理されているが、当該会計の収入と支出の近年の状況は図3の通りとなっている。

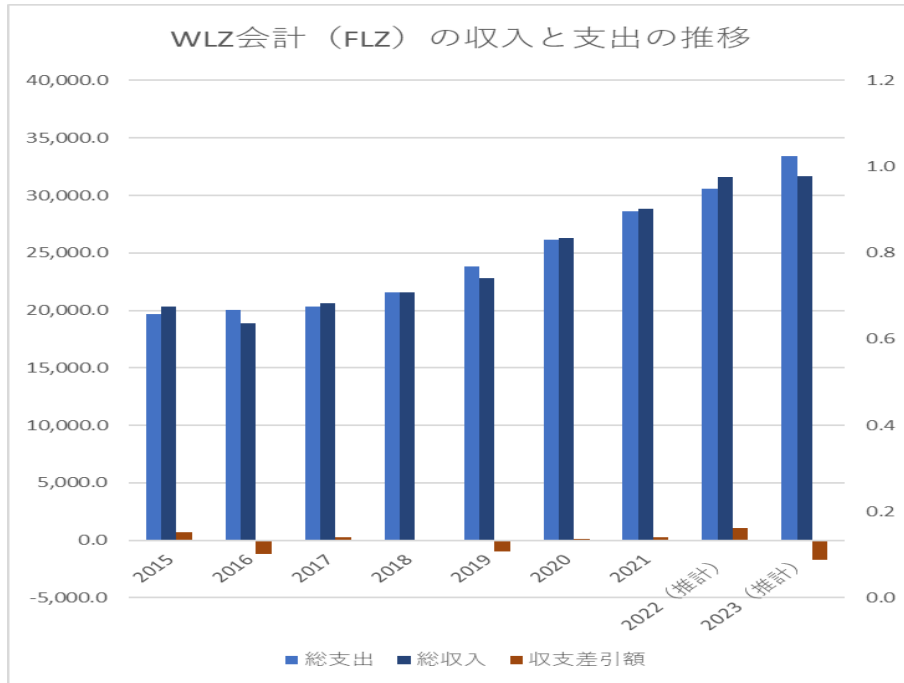


図3 WLZ 会計（FLZ）の収入と支出の推移（事務局訳）

（出典：Zorginstituut Nederland, “WLZ figures up to and including 3rd quarter 2023”）

またその収入内訳は図4の通りとなっているが、近年は政府支出による補助（WLZ）が増大していることが見て取れる。

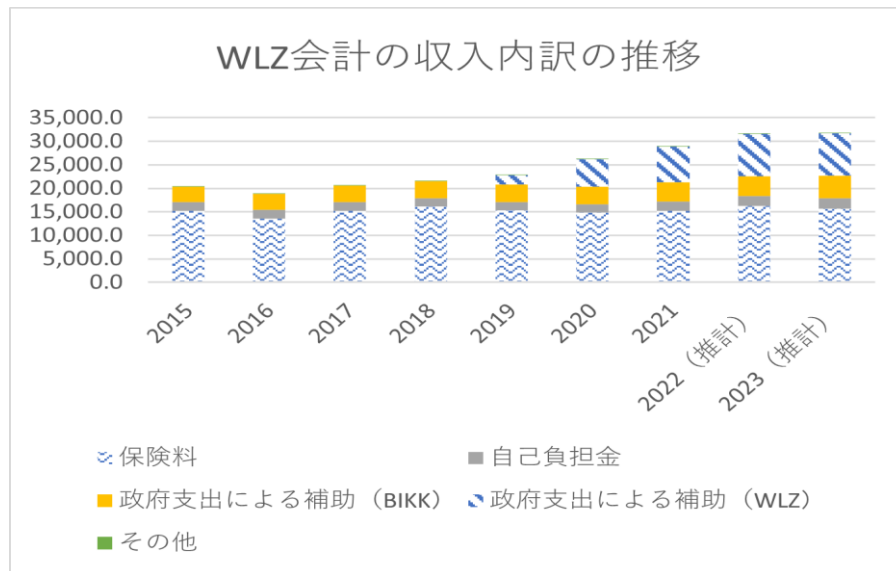


図4 WLZ 会計（FLZ）の収入内訳の推移（事務局訳）

（出典：Zorginstituut Nederland, “WLZ figures up to and including 3rd quarter 2023”）

さらには FLZ の累積の財政状況は図5のように 2023 年度においては赤字となること

予測されており、政府補助の増を踏まえると、厳しい財政事情にあることが伺える。

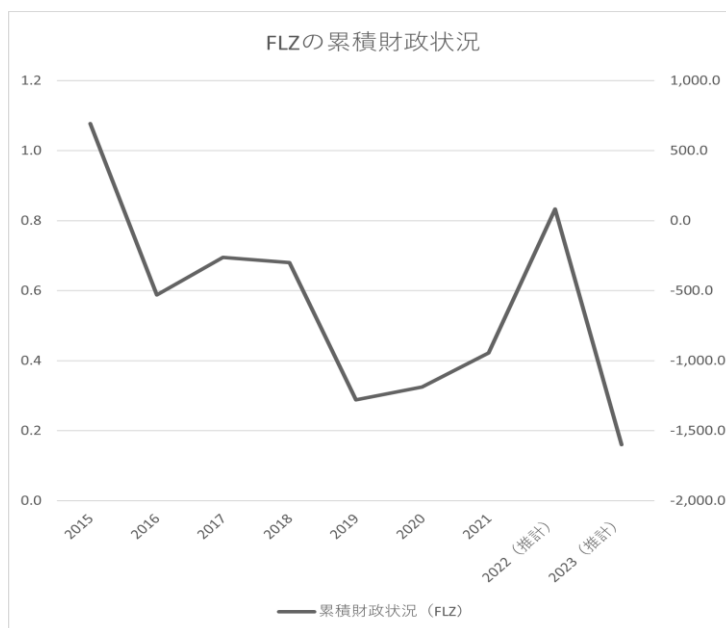


図5 FLZの累積の財政状況 (事務局訳)

(出典 : Zorginstituut Nederland, “WLZ figures up to and including 3rd quarter 2023”)

こうした財政状況、また需要増や人的資源の状況も踏まえ、保険者の組織である Zorgverzekeraars Nederland は、2023年に “Vision for sustainable access to long term care -Working together on a future-proof healthcare landscape with appropriate, accessible and affordable care” というレポートをまとめている。当該レポートにおいては、高齢者ケア (VV) のみならず、障害分野や精神疾患分野についても持続可能性を高めるための施策を提案しているが、高齢者ケア (VV) 分野については、図6のような方向性が掲げられている。

- ・自分自身、あるいは家族 (loved ones) とともに、可能な限り自身で対応する。
- ・WLZの認定を受けた者も、できれば自身の家で可能な限り住み続ける。
- ・可能な限りテクノロジーを用いる (可能ならデジタルで)
- ・分野ごとの特徴を互いに理解し、適切なケアの提供にコミットし続ける (脆弱な人々にふさわしいサービスの提供)

図6 高齢者ケア (VV) 分野の政策の方向性

(出典 : Zorgverzekeraars Nederland [2023])

これらの方向性は、「Ⅲ－8. 高齢者介護制度と地域支援体制等の最新動向」で示されている IZA や WOZO 等の近年のイニシアティブと整合するものである。また財政や人材資源の効率的な利用とともに、高齢者自身の自己決定を助長するものであり、高齢者や家族自身も望むものとして掲げられているところである。

(※1：本節（1）の記述の太宗は、小野 [2023] から引用を行っている。)

【参考資料】

- 小野太一 [2023]、「諸外国の要介護認定に関する研究」、医療経済研究機構令和 2 年度指定助成報告書
- Zorg kantoor 2024, Langdurige zorg
<https://zorgkantoor.nl/>
- WHO/OECD [2021], "Pricing long-term care for older persons"
- Government of the Netherlands, Nursing homes and residential care, Question and answer
<https://www.government.nl/topics/nursing-homes-and-residential-care/question-and-answer/am-i-covered-by-the-long-term-care-act-wlz>
- Ministerie van Financiën XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Toon begrotings fasen, 3.3 Argikel 3 Langdrige zorg en ondersteunig
<https://www.rijksfinancien.nl/memorie-van-toelichting/2024/OWB/XVI/onderdeel/2112006>
- Zorginstituut Nederland, Fondbdheer en analyse zorgkostenontwikkeling, "Wlz-cijfers tot en met 3e kwartaal 2023"
<https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/publicatie/2023/12/18/publicatie-wlz-2015-2023>
- Zorgverzekeraars Nederland [2023] , " Vision for sustainable access to long term care -Working together on a future-proof healthcare landscape with appropriate, accessible and affordable care"

III-2. 認知症の人を支えるための施策

日本福祉大学福祉経営学部

中島 民恵子

1. 認知症の人の推計数

2023年に示されたOECDのデータによると、2021年の認知症の人の数は人口1,000人あたり15.6人、2040年には23.1人に増加することが見込まれている¹⁾。また、Lancetによると、2019年に277,262人、2050年には493,122人に増加すると見込まれている²⁾。

2. これまでの施策の概要³⁾

オランダの保健福祉スポーツ省 (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: VWS) により2004年から現在にかけて段階的に全国の認知症の人を支えるための方向性が打ち出されてきた。具体的には、「全国認知症プログラム (Landelijk Dementie Programma, 2004-2007)」、 「認知症統合ケアプログラム (Programma Ketenzorg Dementie, 2008-2012)」^{注1)}、「認知症デルタプラン (Deltaplan Dementie, 2013~2020)」が継続的に進められてきた。

全国認知症プログラムは、それぞれの地域のケア提供者を対象として、利用者視点で認知症ケアを向上させることを目的としている。主要な取り組みの例としては、a) 認知症の確定診断と介護のための明確な情報提供、b) ケースマネジャーとの共同作業：本人に携わる介護者が全ての介護を指揮管理し、全ての関係者との連絡や情報交換、c) 家族やマンツルケア (家族や友人、近隣の人などによるケア) を行っている人への援助と助言があげられた。全国57地域に認知症の人、介護者、ケア提供者が参画するワーキンググループを設け、それぞれの地域の課題の抽出や優先付けを行った上でプロジェクトが実施された。この取り組みの大切な点として、ワーキンググループに認知症の人と介護者が含まれていることが指摘されている。

「認知症統合ケアプログラム」は、社会支援法 (Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning :Wmo)、医療保険法 (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet :Zvw)、特別医療費保険法 (The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten :AWBZ) (現介護法 “Long-term Care Law, Wet Langdurige Zorg”) の3法を基盤として、一貫したケア体制を作ることを目的としている。認知症の人と介護者の状態とニーズに応じたケア体制の構築や組織間のネットワークに基づく統合ケアのガイドラインの作成などが取り組まれた。また、認知症の人の支援において、a) 早期発見、b) ケースマネジメントの充実、c) 適切な情報提供が必要であり、認知症の人が利用可能なケースマネジメントが適切に機能していることが重要であると指摘されている。

「認知症デルタプラン」は、認知症を予防・治療するための研究の促進、認知症ケアの強化、認知症にやさしい社会の実現の3つを主な目的としている。統合ケア推進とそれに向け

た教育の充実、産学官連携による認知症に関する長期的な研究開発、認知症ケアポータルサイトの構築などが取組まれた。3つの主な概要は表1の通りである。

表1 認知症デルタプランの概要

| | |
|-----------------|---|
| 認知症の予防および治療 | <ul style="list-style-type: none"> ・4つのテーマ（認知症の原因とメカニズム、診断、治療および予防法、効果的なケアおよび支援）に関連する研究プロジェクトへの資金援助。 ・2017年時点で約80のプロジェクトが進行 |
| 認知症の人に対するケアの改善 | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人が自宅で過ごし続けることができるよう認知症ケアの質の改善 ・医療ならびに介護従事者を対象とした認知症ケアに関する知識や事例を共有するホームページ等を立ち上げ |
| 認知症の人にやさしい社会の実現 | <ul style="list-style-type: none"> ・生活のさまざまな場面における認知症の人への支援方法等を学ぶことができるオンライントレーニングの提供。ホームページ上で登録することで誰でも無料で受講することが可能 |

(出典) 健康保険組合連合 (2020) ⁴⁾ p82 図表 IV-17 を一部修正

3. 2020年以降の動向

2020年に新たな「全国認知症戦略 2021-2030 (Nationale Dementiestrategie 2021-2030)」が発表され、認知症政策に関する今後の優先事項がまとめられている⁵⁾。本戦略では「認知症のない世界：認知症研究」「認知症の人の尊重：スティグマや差別減少に向けて」「個々に合った認知症支援：支援やサービスの改善」の3点に重点を置いている。それぞれのセクションでは、課題の分析や取組みの目的や方法についてまとめられている。さらに上記の3つのテーマに加えて、本戦略が成功するために欠かせない4つの領域として、「イノベーション：テクノロジーなどの開発」「若年性認知症：特有のニーズ」「国際：認知症研究での連携」「コミュニケーション：計画での取組みから得られた知識や経験の共有」が示されている。

また、日本においても全国的に広がってきている認知症カフェはオランダのアルツハイマーカフェが源流⁶⁾になっている。さらに、2022年より地域支援事業として事業化された「認知症の本人と家族の一体的支援プログラム」もオランダの「ミーティングセンター・サポートプログラム」が源流⁷⁾となっている等、オランダの取り組みが日本にも取り入れられてきている。

注 1)これまで調べた資料では、全国認知症プログラムの実施年が2004-2008、認知症統合ケアプログラムの実施年が2008-2011と示されているものが複数確認できるが、最新の「Nationale Dementiestrategie 2021-2030」イントロダクションでは2004-2007と示されているため、その表記にならっている。

【参考文献】

- 1) OECD(2023)Health at Glance 2023 OECD Indicators.
- 2) GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators(2022)Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health. 7: e105–25
- 3) 全国認知症プログラム,認知症統合ケアプログラムに関しては、中島民恵子（2011）「認知症ケアの国際比較に関する研究（オランダ）」,堀田聡子（2013）「オランダの認知症国家戦略ー地域に根差した利用者本位のケアに向けてー」『老年精神医学雑誌』24：990-999 を参考にまとめている
- 4) 健康保険組合連合会（2020）『公的介護制度に関する国際比較調査 報告書』
https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/kaigai_r01_03.pdf（2024.2.10.最終アクセス）
- 5) Ministry of Health, Welfare and Sport（2022）National Dementia Strategy 2021-2030
<https://www.government.nl/documents/publications/2020/11/30/national-dementia-strategy-2021-2030?x>（英語版全文）（2024.2.10.最終アクセス）
- 6) 認知症介護研究・研修仙台センター（2019）「よくわかる！地域が広がる認知症カフェ」<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000523084.pdf>（2024.2.10.最終アクセス）
- 7) 矢吹知之（2021）「認知症の本人と家族の一体的ケアプログラムー日本版ミーティングセンター・サポートプログラムの開発」『老年精神医学雑誌』32：193-200

III-3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取り組み

東京都長寿医療研究センター研究所 副所長

藤原 佳典

1. 国の予防全体についての政策の概要

オランダには2018年から始まっている「国家予防協定」がある。これは、高齢者のみを対象としたものではなく、予防連合と称して、地方自治体、患者団体、医療従事者、医療保険会社、スポーツクラブ、スポーツ協会、企業、市民社会組織が締結して各団体の努力を促し、同時に法的措置によって予防の実績と効果をあげようとするものである。目標は、日本の健康日本21に類しており、2040年までにすべての子供たちが喫煙に暴露されることなく成長できるように成人喫煙者を5%にする、2040年には62%に増加すると予想されている肥満者の割合を約50%から2040年には38%に、アルコール過剰摂取者を8.9%から2040年には5%にするなどである。

そのために、たばこ税増額、禁煙施設増、肥満対策プログラムの実施、果物と野菜の付加価値税の引き下げなどが進められている。

また、高リスクグループに対する、持続可能かつ全国的な効果的予防および健康的なライフスタイルへの介入に向けて、「医療制度における予防プログラム」を推進している。

2022年の保健・福祉・スポーツ大臣の発表によると、医療制度における予防プログラムの進捗状況は以下のとおりである¹⁾。

行動指針1: 自治体と医療保険者の連携

- ・地域の予防連合への助成制度により自治体、保険者の協力を促進した。(2017年1月1日から2021年10月1日まで実施)
- ・地域予防インフラ：地域の予防インフラを強化するための計画づくりが行われた。

行動指針2: 介入指向のアプローチ

- ・肥満対策プログラム：2019～2021年には、39,367人がプログラムに参加し、129,335件の請求が提出され、総額14,1万ユーロが申告された。
- ・転倒防止プログラムが展開された。
- ・福祉処方（Welzijn op Recept 社会的処方）を実践した。福祉処方では、GP (General practitioner)が、孤立孤独といった心理社会的な愁訴を持つ患者をウェルフェアコーチに紹介する。このウェルフェアコーチとは、患者ができること、やりたいことに焦点を当てた、近隣のインフォーマルサービスに患者を導く人材であり、必要に応じて、患者はソーシャル・サポートを提供される。現在、135の市町村で実施され、着実に増加している。

行動方針3: :治療（の一部）としての健康的なライフスタイルへの介入

- ・広報活動についてはZVW（医療保険）内において健康面・生活面での介入を実施する

ための具体的なツールを提供する予定である。

- ・ 研究を推進することにより費用対効果を含めた多面的な効果を検証した。
- ・ ガイドラインを策定・公表し、健康教育をおこなった。
- ・ 医療保険者と医療従事者に対する金銭的インセンティブを付加した。

予防にあたっては、政府の保健政策の中に地域活動も含めた社会的処方（「福祉処方」）が大きく位置付けられている。

2. 自治体のソーシャル・サービス施策とその実際

2022 年に発表された「自治体と健康保険者の共同予防声明」では次のように述べられている。

オランダでは持続可能な予防インフラを構築している地域もあるが十分とは言えない。とりわけ、過去 2 年間のコロナ禍を通じて、将来を見据えた医療の方向性については、ケアの管理から健康増進へのパラダイム シフトが必要であるという認識が高まった。メンタルヘルスの改善や活力の強化を踏まえた更に濃厚な介入を通して、より良い生活の質、より身体的および精神的な well-being、より強固なレジリエンス（回復力）、そして心身の免疫システムの強化が保証されると示された。さらに、それは住民の労働力を増強することにより、医療と社会保障への負担を軽減するであろう²⁾。

1) 健康でアクティブな生活協定

先に挙げた行動指針における自治体と医療保険者の連携のための地域の予防連合への助成制度は 2021 年までとなっていたが、実施地域に対する評価などを経て、新たに、GALA (Gezond en Actief Leven Akkoord : 健康でアクティブな生活協定)といわれる取り組みによって、さらなる地域展開が進められている。また、地域の生活協定を締結するために、保健福祉スポーツ省から支援予算が提供される³⁾。

なお、地方または地域の生活協定の実施予算の対象となるには、次の条件が適用される。

- ①地域予防協定/アプローチは、国家予防協定の少なくとも 2 つのテーマ（喫煙、アルコール、肥満）をカバーすること。これに他のテーマ（健康的な生活環境、貧困対策、メンタルヘルス対策など）が追加される場合もある。
- ②地域生活協定は、健康な社会にコミットするという共通の目標を持つ少なくとも 1 つの自治体と少なくとも 3 つのステークホルダー（カフェ、企業、スポーツプロバイダーなど）によって署名される官民パートナーシップでなければならない。また、この協定が、健康的な生活習慣の導入や疾病予防の分野で、既に地元で行われていることに追加されるものであるか、また、住民が起草と実施に関与しているかどうかも検討される。
- ③地域生活協定の目的は、住民、自治体、地元のパートナーとともに健全な活動を開始することである。コアグループは、地域の生活協定が自治体の健康格差の縮小に焦点を当て

ているかどうかも考慮する。

政府は予防のための予算措置として年間 5 億ユーロを追加で割り当てている。

この協定は最近、保健福祉・スポーツ省長官、介護・スポーツ大臣、保健・科学・スポーツ大臣らによって署名された。オランダ市町村協会、医療保険会社、すべての GGD (Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst、Municipal or Community Health Service) も参加し、GALA はこれまでで最も広範な協定となった。

2) 地域における実際の取り組み

オランダでは 2007 年に WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning, 社会支援法) が施行され、家事援助、移送、食事の提供、生活援助などが基礎自治体の予算事業となっている。WMO への移管にあわせ家事援助予算が大幅に削減され、互助や介護共同組合などインフォーマル資源の活用や開発が進められている。あわせて、中央政府から基礎自治体への分権化として、WMO によるケアや社会参加の機会の構築等に関わる責任が基礎自治体に移管された。これにより基礎自治体は、高齢者のフレイルの要因分析や地域で活動する NPO やサービス事業者等のネットワーク組織化、サービスニーズと地域資源の対応体制の構築をおこなっている。そのコンセプトは「介護サービスを受ける権利がある」との考え方から、自立支援型サービスへの転換である。具体的に自治体により設置される「ソーシャルヴァイクチーム(SWT)」は、地域の実情にあわせ様々な形態がある。対象は高齢者・子供・青少年・精神的問題を抱える人など多様である。目的は問題発生の早期発見と予防、包括的対応、多専門職アプローチとケア、市民に近く低い敷居の社会参加と自立助長などである。

自立支援を促す WMO の取り組み自体が地域における介護予防の実践であると言える⁴⁾。

【参考資料】

1) ケア制度における予防プログラムの進捗状況に関する下院への書簡

<https://sociaalweb.nl/beleid/kamerbrief-voortgang-programma-preventie-in-het-zorgstelsel/>

2) 自治体と健康保険者の共同予防声明

<https://vng.nl/nieuws/gezamenlijk-preventiestatement-gemeenten-en-zorgverzekeraars>

3) ローカル予防契約の VNG サポート

<https://vng.nl/artikelen/vng-ondersteuning-bij-een-lokaal-preventieakkoord>

4) 国際長寿センター「海外の高齢者介護・地域支援情報」P14, P54, P60, P104, P116

<https://www.ilc-japan.org/aging/doc/2021kaigai.pdf>

III-4-2. 地域における健康づくり活動と高齢者の ICT 活用の実際

公益財団法人ダイヤ高齢社会研究財団 主任研究員
澤岡 詩野

1. 日本における健康関連データとウェアラブル端末の活用

近年、日本においてもスマートウォッチやヘルスケアバンドなどのウェアラブル端末の普及とともに、身体の状態や健康指標を自身でモニタリングするという動きが広がりつつある。調査¹⁾によれば、スマートフォン等のデバイス所有者の46%、特にスマートウォッチ/ヘルスケアバンド所有者の90%は何らかの健康指標をモニタリングしているとしている。具体的な健康指標として、歩数（スマートウォッチ/ヘルスケアバンド所有者の71%）と心拍数（54%）、睡眠パターン（44%）や血中酸素濃度（32%）、エクササイズの数などがあげられる。

日本ではウェアラブル端末から得られる健康関連データを医療現場などで活用する状況には至っていないが、健康管理を目的としたモニタリングや一部のバイタルデータを活用する外来診療を始める医療機関も出てきつつある。2022年に行われた健康関連データに関する端末保有者の意識を分析した調査では、回答者の54%はウェアラブル端末で収集した自身の健康関連データを「医師に提供してよい」としており、この割合は若年層になるにつれて高くなることが明らかにされている。実際に、沖縄では2022年から、日本国内での死亡原因の第2位である心疾患の再発をウェアラブル端末で早期に発見することを目指した実証実験が始まっている²⁾。

日本の高齢層でこれらのウェアラブル端末を利用する人はまだ多いとは言えない。これらの端末は、離れた家族が高齢者を見守るためのツールと位置付けることが多く、高齢者自らが主体的に健康づくりの手段として使うという視点での取り組みはほとんど見当たらない。この背景には、高齢者が若い層に比べ、プライベートな健康関連データを提供することへの心理的な壁の高さが考えられる。しかし、これらは健康づくりや介護予防への意識の高い高齢者にとって、ヘルスリテラシーを高めるための有用なツールともいえる。また、独自にデータを持つことは、治療などの自己決定を促すことにもつながることが考えられる。

2. 「デジタルヘルス」先進国としてのオランダ

デジタルの力で国民の健康を維持し、健康的に歳を重ねる「デジタルヘルス」を国家プロジェクトとして急ピッチに進めているのがオランダである。同国では、以下に示すように、「EHR」「HIE」「PHR」の3段階で健康関連データの活用を進めている。

- 機関（組織）の中で専門家が健康関連データを活用できる
=EHR（Electronic Health Record）
- 機関と機関の間で健康関連データを交換できる

＝HIE (Health information Exchange)

- 患者と専門家間で健康関連データを交換できる

＝PHR (Personal Health Record)

例えば病院を例にしてみると、病院などで医師や看護師、検査技師、作業療法士や理学療法士などの専門家がカルテを共有するなどの「EHR」、患者のかかる病院同士で健康関連データのやり取りができる「HIE」、患者が専門家との間で健康関連データのやり取りができる「PHR」に分けられる。「EHR」と「HIE」については、患者の同意を得ることを前提に、総合病院や専門病院、薬局の間で健康関連データが共有されている。

現在は、国や公的機関だけではなくサービスプロバイダーや民間健康保険会社に関わり、「PHR」を推進するためのプラットフォーム「MedMij (メッドマイ、<https://medmij.nl>)」の運用がはじまっている。この一つの特徴として、医療機関が収集した患者データだけではなく、ウェアラブル端末などで個人から収集された医療機関にかかる前の健康関連データの蓄積が可能になることがある。これにより、専門家が病気の予兆を察知したり、改善にむけたアクションを当事者に投げかけ、行動変容を促しやすくなることが考えられる。また、適切なエビデンスを提供することで、自身の健康関連データを基に仕組みやサービスを自ら選ぶなど、自己決定や自己選択を促す効果も期待される。

しかし、課題となるのが、個人から健康関連データを収集していくためには、まずは当事者がデータ収集に主体的に取り組む必要のあることである。現在でも、年齢に関わらず“健康オタク”と表現されるような一部の人は、様々な方法で継続して定期的に健康関連データを記録し、自身の健康管理に役立てている。そうでない人の方が多いことも考えられるなかで、ポイントとなるのは記録し続けたり、それを活用するための個々人への動機付けとなる「場」や「誰か」の存在といえる。その場や誰かについては、医療や看護、公衆衛生や福祉の場や専門家が適任であるとはいえない。むしろ、専門的な知識はなくても、心理的に身近で自分と似た境遇にある誰かの方が効果的であることが考えられる。実際に日本国内に広がる通いの場や居場所がよい例で、場に関わることや、その場で出会う知り合い以上友人未満の他者との身の丈に合った知識の学び合いから、知識を活かした健康習慣の実践に展開している姿がみられている。

3. 地域における健康づくりの活動と ICT の利活用

ヘルスプロモーション(健康への動機付けから日常生活で健康習慣の定着)の働きかけとしてだけではなくウェルビーイングの向上のためにも、身近な地域で行われる場や、その場で出会う知り合い以上友人未満の他者の存在は重要な意味をもつ。今回のオランダ調査でも、通勤や買い物の移動手段としてなじんだ自転車(写真1)や身近な余暇としてのガーデニング(写真2)といった、高齢者がそれまでの日常生活でなじんできた活動を起点にした健康づくりや介護予防の場づくりが専門職の働きかけにより行われていた。皆で励まし合いながらサイクリングをした後に設けたお茶の時間には、専門職からサービスの紹介や地

域の情報が紹介され、仲間同士でほかの活動に参加するという動きにつながっていた。栄養に関する知識が乏しく、健康への関心の低い貧困エリアでは、健康的な食生活を定着させるという目的のもとに、チャリティ団体が自治体や住宅公団などの多様な主体と連携し、空き地をコミュニティガーデンとしてつくりかえていた。ここでは、ガーデニング好きの住民が野菜や花を育て、収穫した野菜は周辺の人が自由に持って帰ることができるといった場づくりが行われていた。野菜を食べる機会が増えることで健康的な食習慣の創出につながるだけでなく、同じ趣味をもつ人のつながりづくりの場にもなっていた。



写真 1 (左) 健康づくりや介護予防を主目的に組織したサイクリンググループの説明をする福祉専門職

写真 2 (右) 貧困層の多い地域で、住民の栄養や食習慣の改善を目的に公団の協力を得て実現したガーデニングの場

これらの健康づくりや介護予防を主目的にした場では、そこにデジタルを利活用した取り組みは聴こえてこなかった。例えば、サイクリングに参加する高齢者がスマートフォンやウェアラブル端末で健康関連データを蓄積し、仲間同士で共有するとともに、独自の健康習慣を紹介する様なことをオフラインとオンラインの両方で続けていけたら、数年先にはどんな効果が期待できるのであろうか。健康関連データの提供に消極的な人が、提供して生活に役立っている仲間の姿をみることで、前向きな気持ちになることも考えられる。また、心や体の不調に見舞われたときには、対処を早めに自己決定や自己選択していくことも期待される。

ICTの活用については、高齢者の健康維持やウェルビーイングを向上する手段としてのサイトを集めたデジタルプラットフォーム「Alleszelf.nl (<https://www.alleszelf.nl/>)」があげられる。最期まで自立してより長く、より良く生きることを掲げた「Alleszelf.nl」は、住んでい

るエリアを入力することで、社会活動から手助けをしてくれるボランティアまで、身近な情報を一括して検索することができる。このなかでは、ペットの世話を手伝ってくれるボランティアを必要とする家と動物の世話をしたい近所の高齢者とをマッチングするといったユニークなサイト（OOPOEH、<https://www.oopoe.nl/>）が紹介されている。犬好きな高齢者は動物との時間を得るだけではなく健康づくりにもつながり、犬は愛情を得ることができ、飼い主も助かるという三方由の仕組みといえる。このほかに、コロナ禍に人との接点がなく孤立化している高齢者向けのコミュニケーションを提供するサイトなども紹介されており、単に余暇や趣味を盛り立てるのではなく、プロダクティブ・エイジングや社会的孤立の抑止を意図したヘルスプロモーションといえる。ここに、ウェアラブル端末などで収集される健康関連データを組み合わせることで、さらなるヘルスプロモーションに発展する可能性も無視できない。

4. 日本における展望

これらのデジタルの利活用に関する動きを既にあるボランティアな地域の動きと連動することで、単に心身の健康だけではない、高齢者の自己決定や自己選択に基づいたウェルビーイングを実現させていくことが期待できる。実は高齢層へのデジタル普及が諸外国に遅れる日本においても、高齢者と健康関連データとは、決して親和性が低いわけではない。デジタルを活用する事例ではないが、代表格として万歩計で計測される歩数があげられる。一日あたり〇〇歩が介護予防や認知症予防につながるという根拠とともに自治体の講座で腰につける万歩計が配布された際には、カレンダーやエクセルに歩数を記録する高齢者が増えた。さらに、通いの場やサロンの仲間同士で歩数を見せ合い、目標歩数達成に向けてお互いに励まし合ったり、競い合う姿もみられるようになった。

近年、健康の概念は、身体や心だけではなく、社会的な側面にも着目されるようになりつつある。また、日常生活に支障をきたさない期間をできるだけ延ばしていこうという「健康寿命」の延伸ではなく、社会的、身体的、感情的な問題に直面したときに適応し、本人主導で管理するというオランダ発の「ポジティブヘルス（2011年にオランダの家庭医マフトルド・ヒューバーが唱えた、新しい健康の概念）」が、医療や福祉のあり方を変えていく考え方としても広がりつつあり。ポジティブヘルスの実現に向けて、生き方の自己決定や自己選択を促していくためにも、健康関連データの蓄積にだけ目を向けるのではなく、通いの場の仲間といった場や知り合い以上で友人未満の誰かとの関わりと合わせて取り組みを推進していくことが求められている。

【参考文献】

- 1) デロイト：調査レポートスマートウォッチ/ヘルスケアバンドにより高まるデジタル健康意識、デロイト『Digital Consumer Trends 2022』日本版
(<https://www2.deloitte.com/jp/ja/pages/technology-media-and-telecommunications/articles/digital-consumer-trends-2022-01-device-usage-1.html>)
- 2) 日本経済新聞オンライン版：スマートウォッチは健康守るデバイス 医療現場の試み、2022年10月10日
(<https://www.nikkei.com/article/DGXZQOUC0783S0X01C22A0000000/>)

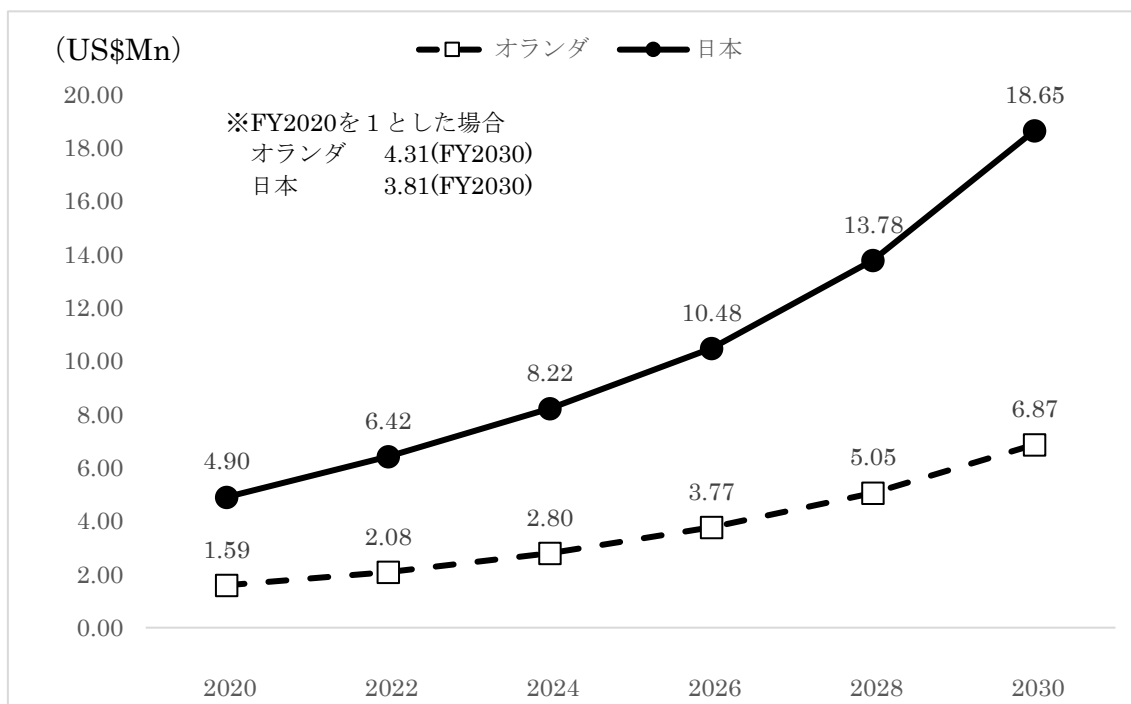
III-4. ICT・ロボットの導入に関する取り組み-

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 高齢者向けロボット市場の需要予測

オランダにおける高齢者向けロボット市場の規模は、2030年には6.87百万ドルに到達するとの推計がある(図1)。2020年の推計値を基準とした場合、4.31倍の規模拡大に相当する。日本の介護ロボット市場と比較すると、2030年の市場規模は18.65百万ドルと見込まれる。市場規模の伸びの推計は日本の場合、3.81倍である。日本の高齢者数の推移がオランダより常に高く推移することもあり高齢者向けロボット市場の規模は一貫して日本が大きく推移するものの、市場の成長の伸び率で比較すると、オランダの方が上回る。両国とも介護需要の増加が見込まれるなかで、介護ロボット市場も成長し続けるものと認識されている。



出典：Eldercare-Assistive Robots Market (Europe & East Asia) Industry Analysis, Size, Share, Trends, and Forecast. Future Market Insights, p70 and p121 から筆者が作成

図1 オランダにおける高齢者向けロボット市場の規模の予測

2. ロボット技術やICTを活用したケア関連の研究開発に対する政策的支援

オランダ政府は、長期介護におけるテクノロジーの利用に大きな期待を寄せる。2022年4月、高齢者向けの住宅・支援・介護プログラム(WOZOプログラム)を立ち上げ、高齢者介護の将来に対するビジョンとアプローチを示し、テクノロジーの強化を重点取り組みの一つに位置付けた。「可能であれば自分自身で、可能であれば自宅で、可能であればデジタ

ルで」をプログラムの原則に掲げていることからわかるように、テクノロジーがもたらす効果に期待を寄せる。これに先行して、公的機関の倫理と健康センターは、健康アプリの予防的な使用、介護ロボット、長期介護の文脈で用いるセンターの利用を倫理的に議論してきた¹⁾。当時の結論として、長期介護におけるロボット活用の正確な効果や成果は不明であり、実験的な段階と前置きしたうえで、実践と密接に連携しながらケアロボットを開発し、経験を活かして継続的に調整することが重要と示した。こういった新しいテクノロジーと高齢者ケアを結びつける研究開発が活発化する背景には我が国と同様、介護人材不足の問題もある。医療や介護福祉の社会保障費の増加は社会問題であり、介護法（Wlz）に基づく費用は施行の2015年以降から増加し続ける。2023年度は334億ユーロと推計され9.2%と大きな増加が見込まれる²⁾。このように、財政問題の視点から介護にかかる費用の増加を抑制していく必要があり、介護ロボット等のテクノロジーの開発は欠かせない政策課題となっている。

オランダ政府は、Zorg voor innoveren（ケアのためのイノベーション）という窓口を設置しヘルスケアに関するイノベーションの促進を支援している³⁾。この組織の性格は省庁横断型であり、保健福祉スポーツ省（VWS）、保健医療機構（Zin）、オランダ保健庁（NZa）オランダ企業支援庁（RVO）、オランダ保健医療研究開発機構（ZonMw）の5つの政府機関が関わる。革新的な技術開発を求める者は補助金や融資情報や社会実装に向けた助言を得ることができ、また、要望に関係する研究者等との接点づくり支援を提供している。

1) 典型的な介護ロボットとケアロボットの受け入れ

現在、オランダの介護施設等で活用しているロボットの種類は人間との社会的な対話や相互作用を目的としたソーシャルロボットが多く、犬や猫など動物をモチーフにした種類が受け入れられている。我が国の介護施設で見かけるあざらし型のロボットや、対話のほかに体操や歌を一緒に歌うコミュニケーションロボットと似ている。また、対話機能のほかに、生活行為を促す機能のあるコミュニケーションロボットに注目が集まっている。例えば、午後3時になると「コーヒーでもどうか」と声掛けする機能だ。あらかじめ、高齢者本人の好みと習慣に沿ってプログラムできる点が特徴である。このように、テクノロジーを通じて孤独の解消と本人の好みに合わせた生活行為の促す自立支援向けのテクノロジーの活用に注目が集まるのは、オランダの高齢者世帯の事情が関係する。オランダでは、高齢者が息子や娘世帯と同居する割合は極めて少なく、高齢独居もしくはパートナーのみ世帯の割合が高い。

一方で、わが国ではなじみのある装着型の移乗介助支援機器や移動支援機器、ICTを活用した見守り支援システム、ロボット技術を活かした排泄支援機器等は見かけないようである。センサーやカメラを通じた見守り支援システムについても、個人のプライバシーと自由を制限すると受け止められていたが、認知症高齢者が増え安全の観点から関心を集めている。

2) 介護サービス供給の間接業務と ICT の活用

オランダの介護法（WLZ）と社会サービス法（WMO）の介護サービス供給者は、従来は手書きによるケア記録が一般的だったが、近年ではデジタル技術の導入が進み、ケア記録を電子的な形式で管理する動きが増えている。福祉や介護分野における電子管理システムをECD（Elektronisch Cliënten Dossier）と総称し、例えば、Nadap 社や Ecare B.V.社が提供する管理システムがあげられる⁴⁾。これらのシステムは、クライアントの情報を電子的に管理し、ケア計画の作成と提供、モニタリングなどを支援するなど、我が国の介護ケア記録ソフト等と同様の機能を搭載している。最近では、外出先からアクセス可能なモジュール式のアプリケーションの使用が徐々に増加しているようである。

3. 介護 DX の開発もテーマにする地域のヘルスケア・イノベーション・ネットワーク

近年は、認知症の発症の可能性を検知するライフスタイルモニタリングシステムに注目が集まっている^{5) 6) 7)}。家屋内に設置したセンサーを通じて、日常生活そのものをモニタリングし生活上の違和感を検出する。例えば、家の中を徘徊する、食事の内容が悪化する、突然トイレに行く回数が増えるなど、を検知する指標に設定する。何気ない日常のモニタリングから得られた情報は、認知症がゆっくりと進行する過程で起こり得る状況ではないかということ判断する有力な材料になる。

【参考文献】

- 1) The Centre for Ethics and Health (CEG), Robotisering in de langdurige zorg De ethiek van e-health deel II, 2020, <https://www.ceg.nl/documenten/signalementen/2020/06/30/de-ethiek-van-e-health-deel-2-robotisering-in-de-langdurige-zorg-2>
- 2) Zorginstituut Nederland, Nieuws, “Kosten basisverzekering stijgen in 2023 met 6,5%, langdurige zorg met 9,2%”, 17 01 2024, <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/nieuws/kosten-basisverzekering-stijgen-in-2023>
- 3) ZonMw. Zorg voor innoveren, <https://www.zonmw.nl/nl/programma/zorg-voor-innoveren>
- 4) M&I/Partners, ECD-INVENTARISATIE 2022 – OUDERENZORG, <https://mxi.nl/uploads/files/publication/ece-marktinventarisatie-2022-ouderenzorg.pdf>
- 5) ICT & health, “Sensing kan helpen bij signaleren dementie”16 augustus 2022, <https://icthealth.nl/nieuws/sensing-kan-helpen-bij-signaleren-dementie-2/>
- 6) Zorg van Nu, “Leefstijlmonitoring vs. alarmsysteem met sensoren”, 5 juli 2019, <https://www.zorgvanu.nl/blogs/leefstijlmonitoring-vs-alarmsysteem-met-sensoren>
- 7) Vilans, “Technologie bij dementie thuis: de beschikbare technologieën”, 20-12-2022, <https://www.vilans.nl/kennis/infographic-technologie-bij-dementie-thuis>

III-5. 科学的介護についての取り組みとその効果

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

科学的介護とは、科学的裏付け（エビデンス）に基づく介護を意味する。日本の厚生労働省が展開する要介護・要支援高齢者向けの政策の文脈で用いられる行政上の用語である。オランダでは、科学的研究と実証された効果に基づいたケアを提供するアプローチを表すのに、「op bewijs gebaseerde langdurige zorg（エビデンスに基づく長期介護）」という用語が一般的に使われている。本章では、Evidence-based long-term care または op bewijs gebaseerde langdurige zorg を手掛かりとして情報収集し、オランダにおける科学的裏付けに基づくケアやサービス提供への取り組みを概観する。

1. 科学的裏付けに基づく高齢者向けのケアやサービスの品質管理の取り組み

オランダの医療システムでは、エビデンスに基づく実践が一般的に奨励されており、これは長期ケアにおいても同様である。特に、高齢者や脆弱な個人、障害を持つ人々、および精神的な健康状態に影響を受けた個人に対するケアにおいて、科学的な知識の活用が重要視されている。オランダ家庭医協会（NHG）は一般の方にもわかりやすい病気や健康に関する信頼する情報サイト www.thuisarts.nl を運営している。慢性疾患などの長期ケアを要する患者や家族はこのサイトから症状や病名等から検索し確かな医療情報を獲得できる。また、オランダには介護品質インパルス財団（SKILZ）が発行する¹⁾ エビデンスに基づいた長期介護に関するガイドラインもある。この財団の理事会は、介護者と看護師、精神障害分野の医師、教育、心理、ソーシャルワークなど6つの職能団体から構成されている。つまり、この財団はガイドラインの策定を目的とした長期介護分野のコンソーシアムといえる。財源の一部には保健福祉スポーツ省の補助金を受けている。ガイドラインの開発手法も医療分野で実績のある手法に基づいて開発された。具体的には、AQUA ガイドラインに基づく。AQUAとは医療におけるガイドラインや基準の方法論の分野の専門家のネットワークを指す。ガイドラインにはガイダンスの他、実践する際に有用なツールや、参照した研究の計画と結果をレビューした評価結果、想定するガイドラインの使用者などを掲載している。扱うテーマは健康や疾患に関連するテーマが中心だが、長期ケアの品質を向上させることを目的にしたガイドラインもある。例えば、睡眠のテーマがあり、長期ケアでどのようなケアを実践すべきかという視点で記述される内容が含まれる²⁾。これらのガイドラインそのものの品質を担保する方法として、組織にて内部審査を経るほか、外部の専門団体の承認も得る手続きを採用している。

このように、高品質で介護現場でも活用可能なガイドラインが SKILZ を中心に丁寧に整備され、介護サービスの向上に寄与している。また、介護サービス提供者がこういった根拠に基づくガイドラインを参照することで根拠に基づいたケアを提供しやすくなっている。

2. 政府主導による利用者及びケアデータの収集・分析システムの枠組み

1) ケアの品質を含む監査に関するデータ収集と登録の枠組み

オランダの医療機関等においては、患者個人の医療データはよくデジタル化され、電子医療記録 (EMR) に保存されている。この電子ファイルを活用し、国の医療情報交換システムであるナショナルスイッチポイント (LSP) を介して、患者が許可した医療資格者のみが当該患者の電子医療記録を共有することができる。介護施設や在宅で介護を受けている利用者也、この同意手続きを通じて自身の医療情報を共有できる。医療分野や介護分野を含む様々な関係者が関係する患者の情報を共有することが望ましい。しかし、今回の調査では、長期介護の施設が在宅でのケア提供者等の関係者と、共通してケアする利用者のケア情報等をインターネットを通じて日常的に交換する仕組みは確認するに至らなかった。

オランダの介護施設のケアやサポート品質を監督する機関には、Health and Youth Care Inspectorate (IGJ) と Dutch Healthcare Authority (NZa) がある³⁾。オランダ消費者市場庁 (ACM)は、競争法に基づいてヘルスケア企業を監督している。IGJは、とりわけ、老人ホームでのケアの安全性と質をチェックする。例えば、老人ホームにおける新しい医療提供者が監督を受ける場合、クライアントが中心になっているか、専門的に対応しているか、そして、品質と安全性を重視しているか、の視点から評価を受ける⁴⁾。

2) e-health 製品の導入と品質管理を監査する視点

オランダでは近年、グッドガバナンスが良いケアにつながる、という考えから医療機関や介護施設のケアの品質を管理する監査プログラムも導入し、e-health 製品とサービスの導入とガバナンスに着目している。評価は5つのテーマに整理される^{5) 6)} (表1)。

表1 e-health 監査のテーマと視点

| | |
|------|--|
| テーマ1 | グッドガバナンスと責任あるイノベーション |
| 視点 | e-health が医療の組織に深刻な影響を与える可能性がある。そのため、仕事、責任、および意思決定が明確に合意されていることが重要となる。 |
| テーマ2 | e-health 製品とサービスの採用と利用 |
| 視点 | e-health 製品とサービスは、しばしば複雑である。その導入には多くの異なる利害関係者が関与する。そのため、e-health を導入するためには、要件やニーズ、リスク、トレーニング、テスト、メンテナンスなどに注意を払った効果的な e-health 導入プロセスが必要になる。 |
| テーマ3 | 患者の参加 |
| 視点 | 多くの e-health アプリケーションは、患者により良いサービスを提供することを目的としている。ただし、患者は新しいサービスを利用することを望み、活用できるようになる必要がある。このことに注意を払うべきである。そのため、患者の立場からみて適切な情報提供、サポート、アフターケアであることが重要である。 |
| テーマ4 | ネットワーキングと電子データ収集・交換 |
| 視点 | e-health は、医療提供者間、例えば移送、また医療提供者と患者の間など、他の形態のコラボレーションを可能にする。これには、医療提供者間だけでなく、医療提供者とその ICT サプライヤーとの間の明確な合意が必要である。 |

| | |
|------|--|
| テーマ5 | 情報セキュリティと継続性 |
| 視点 | テクノロジーへの依存度が高まるにつれ、組織はそのリスクに備える必要がある。例えば、情報セキュリティや停電の問題は、医療の継続性に直接影響する可能性がある。医療機関はこれに備える必要がある。 |

出典 「Toetsingskader_IGJ_Inzet+e-health+door+zorgaanbieders」をもとに筆者が翻訳し作成。
 翻訳は正確性を保証するものではない。

テーマ1ではe-healthがケア組織に与える影響とICTへの組織の依存に注目し、責任ある導入を促す。テーマ2では、e-healthとサービスの導入に多くの利害関係者が関与するため適切な要件把握の観点が含まれる。テーマ3では、ICTの活用には患者の参加が重要との立場をとり、革新プロセスに患者を巻き込んでいるか確認している。テーマ4では、e-healthのネットワークでの電子的なデータの交換を可能にするが、明確な合意と情報共有ニーズの理解と周知を求めている。最後に、テーマ5ではICTへの依存が増加した際に組織に与えるリスクに焦点を当て、情報セキュリティと事業継続計画の視点を入れている。

これらのテーマから明らかのように、オランダではグッドガバナンスとe-healthを結びつけ、e-healthを活用した高品質なケアが提供できる組織づくりを推奨しつつ、適切な導入となるように監査を通じて支援している。

3) 患者電子記録とデジタル健康アプリケーション

オランダでは、介護に関連する情報の管理において最も優先される側面はプライバシーと情報の共有と入力のプロセスの厳格さである。国内の個人情報保護法は主にEUのGDPR (General Data Protection Regulation) 原則に基づいており、この問題は継続的に議論されている。患者の電子医療記録では、ログインやファイルへの入力が追跡され、不正なアクセスには罰則が適用されるなど、厳格なセキュリティが実施される。しかし、GDPRルールの実装には難しい点もあり、介護に従事する職員でも利用できるヘルプデスクも設置するなど政府は普及促進に努めている。今後の課題としては、急速に進む技術の変化に適応し、プライバシー保護と情報共有のバランスを保つことがあげられる。

【参考資料】

- 1) SKILZ (Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg), Richtlijnen voor de langdurige zorg,
<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/>
- 2) Richtlijnen Langdurige Zorg. Gezonde slaap en slaapproblemen,
<https://www.richtlijnenlangdurigezorg.nl/richtlijnen/gezonde-slaap-en-slaapproblemen/info/bijlagen>
- 3) Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Toezicht op Nieuwe Zorgaanbieders verpleging en verzorging ,
<https://www.igj.nl/zorgsectoren/verpleeghuiszorg/publicaties/toetsingskaders/2022/02/11/toezicht-op-nieuwe-zorgaanbieders-verpleging-en-verzorging>
- 4) Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Toetsingskader IGJ “Inzet van e-health door zorgaanbieders”, September 2018,
<https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/toetsingskaders/2018/11/15/uitgebreide-versie-van-het-toetsingskader-inzet-van-e-health-door-zorgaanbieders/IGJ+-Toetsingskader+-+Inzet+van+e-health+door+zorgaanbieders+16-11-2018.pdf>
- 5) Inspectie Gezondheidszorg en jeugd. Toetsingskader 'Inzet van e-health door zorgaanbieders',
<https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2019/10/18/toetsingskader-inzet-van-e-health-door-zorgaanbieders>
- 6) Inspectie Gezondheidszorg en jeugd. Toetsingskader IGJ “Inzet van e-health door zorgaanbieders”, 2018.

III-6. 医療と介護の連携に関する取り組み

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

高齢者人口の増加に伴い、高齢者ケアに特化した焦点が必要とされた。2015年には「Langer Thuis」（直訳すると“Longer Home”）プログラムが開始され、医療と社会的支援の統合により高齢者がより長く自立して生活できるよう支援することが目指されている。

1. 異なるサービス間の医療と介護の一般的な連携

オランダではますます多くの専門家と組織が医療と高齢者ケアの統合が求められている。これらのネットワークは、高齢者がより長く自宅で生活できるように必要な医療やケアを提供することが期待され、家庭医の GP、地域看護師、理学療法士、ソーシャルワーカー、そして介護者など、さまざまな専門家や組織の協力によって構成される。例えば、寝たきり状態など身体的に重度の介護を要する場合や継続的な看護や介護が必要な場合には一般的に WLZ（介護法）が適用になる。WLZ のサービスには在宅ケア、介護施設、医療なケアが含まれるので、この制度の範囲において医療と介護の連携が構築される。自宅で WLZ のサービスを利用する方法には、自宅での完全パッケージ VPT と在宅モジュラーパッケージ MPT などがあり、VPT では看護、家事手伝い、短期の泊まり介護、治療など医療や看護、介護のサービスを利用できるが、このパッケージでも医療提供者と介護提供者は有機的に連携することになる。

また、ほぼ自立状態や身体活動の制約が軽い場合は WLZ を利用せず、自治体が管理する WMO を通じて社会ケアを利用し、それに ZVW などの医療制度による医療を組み合わせる。この場合でも医療機関と WMO の担当者間で情報共有と調整がなされる。例えば、医療ケアと社会ケアの調整、医療施設への移行の調整、あるいは、リハビリテーションやケアプランの共同作成などが想定される。この連携体制が進む中、医療機関や WMO の担当者の緊密な情報共有と調整は、患者にとってより円滑かつ効果的なケアを実現する鍵となる。

前述のほか、個人予算 PGB というユニークな仕組みがある¹⁾。医療や介護にかかる財源を患者自身が管理し、契約方式に基づき医療サービスの利用・提供関係を結ぶ。つまり、患者がすべてのケアを自分で手配する。患者が PGB の枠組みを活用し個人で医療サービスや社会ケアを組み立てた場合であっても、基本的にはサービス提供者間の連携は自然に行われる。しかし、患者が連携調整の主体を担う必要があるのか、あるいは、サービス提供者間に連携を求める運用規定が存在するかは、本調査において確認するに至っていない。

2. コミュニティクリニックという新しい概念に基づく医療と介護の包括サービス

急性期の治療が落ち着き医療施設から介護施設へ移行するタイミングを迎えた患者や、抱えるニーズの重心が医療から介護に移行する期間に位置する高齢者は、医療と介護の双

方のニーズが存在する上に不安定な状況でもある。この移行期間の難しいケアへの対応を目的として、コミュニティクリニックという新しい概念に基づいた医療介護の包括サービスに注目が集まっている。アムステルダムにおいて、2018年に WijkKliniek (Community Clinic) というサービスが開始され、滞在型の施設の中に、医療機能、リハビリテーション、そして自立支援の介護機能を備える²⁾。同じ地域にあるコルダーン (大手介護組織) とアムステルダム UMC (大学附属の病院)、そして健康保険会社という目的の異なる組織体によって共同発起された経緯があるため、革新的なコラボレーションとも言われる。

WijkKliniek では急性期医療だけでなく、可能な限り健康な状態で帰宅できるよう適切なサポートと指導が提供される。その結果、新たな急性の健康上の問題が防止され、アクセスが増えつつある地域の救急部門にかかるプレッシャーの軽減が期待できる。そして、WijkKliniek は、高齢者が可能な限り自立した自宅での生活を再開することを目指す。新しいサービス概念であるコミュニティクリニックは、急性期医療と介護の境界を超え、患者が安心して適切なケアを受け、帰宅できるようにサポートする新たな先進例といえる。

【参考資料】

- 1) Cordaan. De WijkKliniek, <https://www.cordaan.nl/locatie/de-wijkkliniek>.
- 2) Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Persoonsgebonden budget, <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/pgb>.

Ⅲ－ 7． 低所得者への対応等 (WLZ)

政策研究大学院大学 教授
小野 太一

WLZ (介護法) の給付は、施設入所給付を基本とし、在宅ケアは施設入居と同様のサービスを受けるものとして、フルパッケージ (VPT、一つの事業者からサービスを受けるもの)、規格パッケージ (MPT、複数の事業者を組み合わせる)、個人介護予算 (PGB、現金給付(ただし管理は別組織において実施)) がある。

それらに要する自己負担には「Low」と「High」の2種類がある。サービス利用開始から最初の4か月はLow。通常の場合、その後Highに移行するが、以下の条件に該当する場合にはLowのままとなる。

- ・自身が入所施設に入居するも、パートナーが在宅で暮らす場合。
- ・子育てのための費用を定期的に負担している場合。
- ・本人やパートナーが在宅でケアを受ける場合 (VPT, MPT, PGB)。

自己負担額の計算は、本人及びパートナーの所得と資産に基づき行われる (Low, Highとも)。

Lowの場合、一定の控除 (1名当たり最高で1,700€) 等を経た課税対象所得 (就労収入のみならず、利子収入や投資収入も含む) に、一定額 (パートナー有り 63,494€、独身 1,747€) を控除した資産額の4%を加えたもの (contributory income) の10%が自己負担年額となる。その年額には上下限があり、2024年におけるLowの下限額は月200.40€、上限額は1052.20€である。

Highの場合の控除は以下の順序となる。

- ・まず、一定の控除がある。
 - ①税負担
 - ②医療保険料
 - ③被服等控除 (pocket and clothing allowance : 身の回りの物の購入に充てるためのもので、2024年にはパートナー有り 6,482€、独身 4,167€)
 - ④退職者控除/非退職者控除 (年金受給者 1,220€、非年金受給者 2,183€)
 - ⑤就労収入がある場合にはその15%の金額が控除対象となる。
- ・上記の控除を経た後、当該所得額が一定以上 (年金受給年齢に達している場合 : パートナー有り 11,766€、独身 10,028 €、達していない場合 : パートナー有り 15,281€、独身 7,555€) であれば、その額の25%をさらに控除。
- ・さらにLowと同様の一定の控除 (1名当たり最高で1,700€) を加味。
- ・それに、「一定額 (パートナー有り 63,494€、独身 31,747€) を控除した資産額の4%」を加えたものが自己負担年額となる。

High は Low より控除対象は広く、一定の「手元に残す金銭を保障する」趣旨と思料されるが、この High の自己負担金額の上限額は 2024 年において 2887.40€となっている。

なお WHO/OECD (2021) において、2018 年における、総介護費用に占める自己負担割合は 6.7%とされている（日本は 8.0%）。

【出典】（オランダ語のものは機械翻訳を参照）

- <https://www.hetcak.nl/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-lage-eigen-bijdrage/>
- <https://www.hetcak.nl/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-hoge-eigen-bijdrage/>
- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/vraag-en-antwoord/eigen-bijdrage-wlz>
- WHO/OECD (2021)、"Pricing long-term care for older persons"

III-8. 高齢者介護制度と地域支援体制等の最新動向

東京家政大学人文学部 教授
松岡 洋子

1. 背景と理念・キーワード

2023年時点でオランダの高齢者は360万人を超え、高齢化率は20%を超えた。少子高齢化と人材不足が医療・介護費用の増大を招いている中で、コロナ禍では、医療ニーズの急激な拡大によって費用が高騰して払いきれない状況を招くこととなった。2022年末時点で、医療保険給付は2.9%（総額513億ユーロ、8兆2千億円、1ユーロ=160円で換算）、介護保険給付は4.8%（総額296億€、4兆7千億円）増加したことが告げられている^{1) 2)}。

最も懸念されているのは、医療・介護コストの高さと人材不足である。このままでは、医療・介護従事者はオーバーワークで疲弊し、医療福祉に係る給付のGDP比は13%（2021年）から20%（2040年）へと上昇するなど、これ以上放置できない状況が明らかにされている³⁾。そこで、医療保険・介護保険改革など大鉈を振るってきたオランダではあるが、これまで以上の危機感をもって改革がなされている。

変革の背景にあるのは、これまでと同じく「ポジティブヘルス」の理念である⁴⁾。これは、病気に対して薬や治療に頼るのではなく、「何かあった時には適応してセルフマネジメントし、自分の健康やウェルビーイングを維持していく」という考えであり、「生きがいをもって、自分の人生を自分でコントロールしていく生き方」を支えようという基本理念に変更はない。キーワードは、「医療・ケア重視から、健康・生活重視へ」、「施設から、社会・地域へ（WOZO）」、「中央集権から地方自治へ」「国の予算から個人の予算へ」である。

2. 「予防を通じて、健康と幸福に焦点」

1) 「統合ケア協定（IZA）」（2022年9月）

2022年9月に締結された「統合ケア協定（Het Integraal Zorgakkoord:IZA）」（保健福祉スポーツ省：MVWS）が変革の主軸となる指針であるが、将来にわたって、必要とするすべての人に**良好なケアを、適切な価格で、アクセスしやすく**提供するために、患者団体、病院、医療者、介護従事者、医療保険会社、自治体などが協定を結んだものである⁵⁾。これに先立ち、2017年から4年にわたって、「予防連携補助金制度」によって補助金が交付されていた。

この協定では「**予防を通じて、健康と幸福に焦点**」をあてており、考え方の刷新を「**ZZ**から**GG**へ（Ziekten en Zorg naar Gezondheid en Gedrag:病気・ケアから健康・行動へ）」という印象的なキーワードで表現して、具体的に次のような目標を掲げている（保健福祉スポーツ省：統合ケア協定）⁶⁾。

- ① その人の状況に合わせて真に役立つケア
- ② プライマリーケアを近く（自宅、地域）で利用しやすく

- ③ 健康的な生活で介護を予防
- ④ 地域内、セクター間でのさらなる協働
- ⑤ GP 医療、メンタルヘルスと社会領域との協働（社会的処方）
- ⑥ ケア従事者が働き甲斐をもって働けるように
- ⑦ デジタル化の推進

統合ケア協定では、「適切なケア (passende zorg) (①)」がキーワードとなっており、これは「適切な場での適切なケア (JZOJP)」である⁷⁾。「本人中心」を基本に、病気ではなく、暮らし全体やウェルビーイングに焦点をあて、医療・介護・地域がこれまで以上に協働して(④)、被介護者人と介護者がともに決める効果的なケアを目指すというものである。後述する「WOZO」では、住まい・支援・介護がさまざまな形で統合されている。

また、「病気・ケアから健康・行動へ(③)」の移行(予防)が目指されており、地域や社会領域がもつポテンシャルをこれまで以上に活用することも強調されている(⑤)。次節で述べる「福祉処方」も、統合ケアの一形態である。

さらに、この協定では、職員の働き甲斐への配慮(⑥)や ICT 活用(⑦)にも触れている。前者については、より広い領域で、研修費用の助成やセカンドキャリアの誘致、看護スタッフの再統合が進められている。ICT 活用については、「III-4. ICT・ロボットの導入に関する取り組み」に詳しい。

2) 福祉処方の制度化 (2022 年)

オランダでは社会的処方を「福祉処方 (Welzijn op Recept)」と称しており、制度として整備される予定であることが 2022 年に発表された (2018 年の ILC 調査では、実際に福祉処方が行われていることを確認している)。福祉処方を受けて、地域の資源につないでいくのは ウェルザイン・コーチ (welzijn coach, ウェルフェアコーチ、WC と略す) である。本人と約 60 分の時間をかけて「あなたが幸せになる (well-being) になるためには何が必要か」について対話し、それにフィットする地域資源へとつなげる⁸⁾。

今回訪問したフリースランド州のフリスケメレン市 (人口約 5 万人) では、市よりソーシャルヴァイクチームの委託を受けている福祉組織「Sociaal Werk De Kear (デ・ケア)」が、WC の研修・育成を引き受けていた。その費用は、市の予防予算 (一般予算) からの拠出である。同市では、15 人の家庭医 (GP) 全員が福祉処方を始めていた。アムステルダムでも WC は福祉組織に籍を置いていたが、普及はこれからであり、GP へのプロモーション訪問を行っているところであった。エビデンス不足を理由に予算を準備しない自治体もあるようで、普及率は 42% (175 自治体中 73 自治体) である⁹⁾。

3) リエイブルメント

リエイブルメント (再びできるようにするための短期集中のリハビリ) は、2018 年の ILC

訪問の時点では、確認されなかった。しかしその後、新しく設立された「リエイブル・オランダ」(ルディ・ウエステンドープ教授)という組織が指導にあたり、いくつかの自治体や介護組織が取り組みを始めている¹⁰⁾。

「リエイブル・オランダ」では、デンマークをリエイブルメントのヨーロッパにおける先駆者として認め、介入プログラムに参加した人の60%以上が最長3ヶ月後にはケアを必要としなくなり、担当する専門職同士の交流の増加、働き甲斐の向上などが見られる点などを紹介して、これまでとは異なる考え方による革新が必要であることを唱えている。

Vilansなどの研究所でも、在宅でより長く自立して暮らすためにもリエイブルメントは有効であるとの研究成果を発表し¹¹⁾、オークランド大学(ニュージーランド)が主催する研究ネットワークにも、オランダは参加している¹²⁾。

4) 予防への取り組み(GALA)

予防は最も重要な政策課題の一つであり、2023年1月に「健康でアクティブな生活に関する協定(GALA:Gezond en Actief Leven Akkoord)」が、自治体、保健所(GGD)、保険会社、保健福祉スポーツ省で取り交わされた¹³⁾。そのための特定手当(SPUK)も提供されている。7つの目標(健康格差の是正、身体を動かし人に会う、社会基盤(つながり)の強化、メンタルレジリエンスとメンタルヘルスの強化、より生き生きとした老い、地域の予防インフラ整備)が設定され、脆弱な人々への配慮、人生最初の1000日の重視、社会的つながりの強化など、健康が平等に享受されることを目指した内容となっている。各自治体と保険会社は、地域レベルでこの協定を締結しなければならない。

今回訪問したフリスケメレン市でも、さまざまな介護予防の活動が繰り返し広げられていた。例えば、「(自転車)漕ぎ続けよう」は全国的なプログラムであり、10人程度(65歳~80歳)が集まって約1時間のサイクリングを楽しむものである。立ち上げにあたっては、地域福祉を担当するビュートワーカー(Buurt Werker)がルート決定やメンバー集めなどを手伝え、数回で自主的に活動できるようになる。コーヒータ임을設けるため友人ができ、社会交流の場ともなっている。また、約1000人を対象として招待状を配布し、「フィットネス・テスト」に誘って体操を奨め、健康意識を高めるような取り組みもなされている。

WMO(社会サービス法)の査定を受けて利用するデイ・アクティビティのみでは需要に追いつかないため、査定なしで誰でも気軽に参加できる、ウォークインタイプの「ソーシャルカフェ」が立ち上げられている。

5) ボランティアの活用

ボランティアの活用も継続されており、フレスケメレン市では、「オムティンカ(Omtinker)」という考えを導入して、ボランティア育成を行っていた。

これは、「自分の周りに対して何ができるかを考えよう」という働きかけであり、希望者は2日間の研修を受けたのちに、自分が持つ才能や経験を活かした支援活動ができる。例え

ば、配偶者に先立たれ生きる意欲をなくしている人がいるとする。その人の話を聞いて、本人の力で解決して新しい生き方を探す手伝いをしたりする。この活動は、より多くの人が人生の主体として生きることができるように、地域のボランティアが支えており、オランダの方向をよく表現している。

3. 社会サービス法 (WMO) における個人負担 (Eigen Bijdrage)

2020年より、家事援助など、市の査定を受けて WMO のサービスを受ける際には、19 ユーロという月額固定料金を自己負担することとなった (2024年1月より、20.6 ユーロ)¹⁴⁾。「サブスクリプション率 (abonnementstarief)」と呼ばれており、家事支援は月に1回でも、2回でも同額の包括価格である。

18歳以上、世帯を対象としたものであるが、下表にあるものが対象となっている (アムステルダム市)¹⁶⁾。

【自己負担となるサービス (アムステルダム市の例)】

- ・ 家事援助
- ・ 住宅改造、バスリフトなどの住宅内福祉機器
- ・ 移動用スクーター、移動用自動車
- ・ タクシー・第三者による交通費の払い戻し
- ・ 自分で購入した移動機器の改造
- ・ シェルターステイ

さらに、2026年1月1日からは、WMO の個人負担を、収入と資産を考慮したより公平なものに変更することが、2023年4月に決定されている¹⁷⁾。

中央政府は、「障がい者などには、WMO の費用を重複して徴収することとなって負担が重い」点を、この制度導入の理由にしているようであるが、確実な財源の確保を目標とした改正であることは否めない (アムステルダム市)¹³⁾。

4. 「WOZO」の取り組み：住まい・支援・ケアの統合

ナーシングホームやケアホームの新設がない中で、ケアホームは高齢者住宅へと変容を遂げ、ナーシングホームの待機者は増える一方である。

2022年4月、政府は、高齢者向け住宅・支援・ケアの統合を模索する「WOZO プロジェクト」を発表し、7億7千ユーロ (1,230 億円) の予算を割り当て、事業への参加を呼び掛けた。これは、統合ケア協定で謳う「適切なケアを適切な場で」を模索するものである¹⁸⁾。

アムステルダム市の大手介護組織コルダーンは、3年前の2019年より、ナーシングホームへの待機者があまりにも多いことに鑑み、施設周辺の待機者を対象として、施設職員に隣地域へのケア提供を担当させる取り組みを試験的に始めていた⁴⁾。介護保険法 (WLZ) の

認定を受ければ、施設入所せずに、在宅フルパッケージ（VPT： Volledig pakket thuis）（▲注）などを自宅で受けることができる。この VPT などを利用して、介護のみではなく、住まい、食事、生活支援を一体的に提供するのが「WOZO (Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen)」である。介護中心ではなく、本人の気持ちや、家族を含む人的ネットワークにも配慮して、在宅での本人のウェルビーイングを重視するケアである。コルダーンは、すでに 14 の「WOZO」を提供しており、ブラバント州でも、施設改造の住まいを基盤とした「WOZO」が誕生している（未来の尊厳と誇り①、②）^{19) 20)}。

これは、統合ケア協定に言う「適切な場で適切なケア（JZOJP）」の実践の一つである。ほかにも、病院から在宅へのスムーズな移行をサポートする「移行ケアブリッジ（tranmurale zorgbrug）」のパイロットが試みられており、保健福祉スポーツ省が情報を提供している。

在宅ケアへのシフトが進むなか、2022 年には、介護保険法（WLZ）の在宅フルパッケージ（VPT）を利用する高齢者が、前年比 28.9%増加（3,500 人に相当）している（国立ケア研究所）¹⁾。VPT 利用の場合は施設費用の半額以下、MPT では三分の一以下であり²⁾、高齢者の自立やウェルビーイングを守りながら、給付額減にも貢献していると考えられる。

（▲注）介護保険法（WLZ）使用可の認定を受けた人は、施設（intramuraal）、在宅フルパッケージ（VPT）、モジュールパッケージ（MPT:modulair pakket thuis）、個人予算（pgb:persoongebonden budget）を選択できる²¹⁾。MPT はケアを自在に組み合わせることができるものである²²⁾。認知症集中ケア（プロファイル VV5）の場合、毎月の個人支払い上限額は、施設 2,506€（40 万円）、VPT913.2€（14.6 万円）、MPT・pgb764€（12.2 万円）で、応能負担となっている（EBS）¹⁴⁾。

5. 技術テクノロジー

統合ケア協定には、「できるだけ自宅で、近くで、デジタルで」という指針があり、産業界の動きとしても、ICT 産業、デジタル化への投資の重要性が唱えられている。とはいえ、オランダでは医療カルテの多領域との共有はできておらず、これからの問題とされている（「III-4. ICT・ロボットの導入に関する取り組み」参照）。しかしながら、大手介護組織コルダーンでは、病院からの退院を早めるために、遠隔（病院）でバイタルをチェックできるようなデバイスを開発して、「コミュニテックリニック（wijklinkk）」に取り組むなど、個別の取り組みがなされている²³⁾。

高齢者個人のレベルでは、オランダでは、65 歳以上高齢者におけるインターネット利用率が 80%であり、EU 諸国の平均 40%を大きく上回っている（Vorrink, 2016）²⁴⁾。e-health へのアクセスもスムーズに進んでいると推測され、高齢者のコミュニケーション活性化のために ICT を活用しようという動きもある。

まとめ

オランダでは、介護法（WLZ）、医療保険法（ZVW）、社会サービス法（WMO）の改正（2015

年)によって、「制度から地域協力へ」というドラスティックな改革を進めてきた。しかし、ニーズと費用の高騰には歯止めがかからず、「今手を打たなければ、手遅れになる」という強い危機感を持って次の改革を進めている。

2022年の「統合ケア協定」にその指針が出ており、「**予防を通じて、ヘルスとウェルビーイングに焦点**」、「**病気・ケアから、健康・行動へ**」がキーワードとなっている。具体的には、将来にわたって国民が、良好なケアに、適切な料金で、アクセスできることを目指し、法律間・組織間・地域と施設の壁を超えての協働を促進している。

具体的な動向は記述したとおりであるが、「予防」「個人の決定」「幸福（ウェルビーイング）」「地域」をキーワードとして、福祉処方やリエイブルメントも進められている。

【参考資料】

1) 国立ケア研究所：ニュース：2022.12.28

<https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2022/12/28/zorgkosten-2022> 2024.2.11.

2) ケア数値データバンク

<https://www.zorgcijfersdatabank.nl/nieuws/nieuwe-kwartaalcijfers-kosten-basisverzekering-stijgen-met-29-langdurige-zorg-met-48> 2024.2.11.

3) 中央政府：統合ケア協定

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samenwerken-aan-gezonde-zorg> 2023.11.14.

4) 松岡洋子 (2021) 『オランダ・ミラクル：人と地域の「力」を信じる高齢者ケア』新評論

5) 統合ケア協定：保健福祉スポーツ省

<http://open.overheid.nl/documenten/ronlbfac762acc730a31c98e9c2480032cc2888c818e/pdf> 2023.12.15

6) 中央政府：統合ケア協定

<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-464b0967c396f0f6cc75069e52d1d1ace9a838a6/pdf> 2023.11.14.

7) PG サポート：統合ケアと適切なケア

<https://www.pgosupport.nl/dossiers/lokale-participatie/juiste-zorg-op-juiste-plek-regiobeelden> 2024.2.14.

8) 福祉処方全国知識ネットワーク：福祉処方

<https://welzijnoprecept.nl/wat-is-welzijn-op-recept/> 2023.11.14.

9) 福祉処方クイックスキャン 2019

https://welzijnoprecept.nl/wp-content/uploads/2020/01/Quickscan_WelzijnopRecept_VWS_FINAL-1.pdf 2024.2.13

10) リエイブルメント・オランダ

<http://reablenederland.nl> 2023.11.14

11) フィランス:リエイブルメント「ホームケアの訪問を待たなくてもいい」

- <https://www.vilans.org/item/living-at-home-with-reablement-i-dont-have-to-wait-for-homecare-anymore/> 2024.2.13
- 12) オークランド大学：リエイブルメント・ネットワーク参加国
<https://reable.auckland.ac.nz/netherlands/> 2024.2.13.
- 13) 国立医療科学・環境研究所：GALA
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2023/01/31/gala-gezond-en-actief-leven-akkoord> 2024.2.11.
- 14) 中央政府（個人負担）
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/eigen-bijdrage-wmo-2015> 2024.2.11.
- 15) EBS（介護費用の自己負担）
<https://esb.nu/eigen-betalingen-langdurige-zorg-minder-dan-een-tiende-van-kosten/> 2024.2.13.
- 16) アムステルダム市（個人負担）
<https://www.amsterdam.nl/veelgevraagd/eigen-bijdrage-wmo-betalen-5bc8b#:~:text=Hoe%20hoog%20is%20de%20eigen,dit%20ook%20wel%20het%20abonnementst%20arief> 2024.2.11.
- 17) 個人負担
<https://esb.nu/eigen-betalingen-langdurige-zorg-minder-dan-een-tiende-van-kosten/> 2024.2.11.
- 18) 中央政府：WOZO
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/07/04/wozo-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen> 2024.2.13
- 19) 「未来の尊厳と誇り①：実践：コルダーン」
<https://www.waardigheidentrots.nl/uit-de-praktijk/verpleegzorg-thuis-werkt-als-je-er-vroeg-bijbent> 2024.2.11
- 20) 「未来の尊厳と誇り②：実践：自立生活コミュニティでの在宅介護」
<https://www.waardigheidentrots.nl/uit-de-praktijk/verpleeghuiszorg-thuis-in-zelfstandige-woongemeenschap> 2024.2.11
- 21) 中央政府：個人予算
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb> 2024.2.11
- 22) MVWS:モジュラーパッケージ
<https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/modulair-pakket-thuis> 2024.2.13.
- 23) 地域クリニック：コルダーン
<https://www.cordaan.nl/locatie/de-wijkkliniek> 2024.2.13.
- 24) Vorrink, S., Antonie, A., Kort, H., 2016, Technology use by older adults in the Netherlands and its associations with demographics and health outcomes, Assistive technology
<http://dx.doi.org/10.1080/10400435.2016.1219885> 2024.2.11.

第IV章 ドイツ

IV-1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

1. 法令

社会法典第XI編（SGBXI）が根拠法令となっている。具体的には、公的医療保険への加入義務者あるいは任意加入者は公的介護保険への加入義務があり、民間医療保険への加入者は民間介護保険への加入が義務付けられている。それぞれの扶養家族についても同様である。

2. 対象者

被保険者は、原則として医療保険の被保険者と同じ範囲であり、年齢による制限はない。障害等で要介護状態になった場合には、若年者であっても介護保険給付を受けることができる。

3. 保険者／運営主体／費用負担者

保険者は「介護金庫」であるが、医療保険者である「疾病金庫」が別途「介護金庫」を併設し、運営している。なおドイツの医療保険制度の下では、一定以上の労働報酬を得る高額所得被用者、官吏、裁判官、連邦軍軍人、聖職者、芸術家やジャーナリスト以外の自営業者などは公的医療保険への加入義務はないものの、ドイツ国内に住所があり、生計扶助等の受給者ではないなどの者については、民間医療保険への加入義務が課されている。

なお公的介護保険の加入者数は2022年12月31日現在で約7,426万人、民間介護保険の加入者数は約914万人となっている。

4. 財源構成

介護保険の財源は保険料であり、国庫補助は行われていない。保険料率は、高齢化の進展や、給付を拡充する制度改革に伴い、2008年7月に1.95%、2013年1月に2.05%、2015年1月に2.35%、2017年1月に2.55%と徐々に引き上げられた。2019年1月には、さらに0.5%引き上げられ、2023年1月現在、賃金の3.05%（被保険者：1.525%、事業主：1.525%）となっている。ただし、子を有しない23歳以上の被保険者については、3.4%（被保険者：1.875%、事業主：1.525%）である。その後さらに、2023年5月成立の介護支援・負担軽減法により、2023年7月以降の保険料負担は事業主が1.7%、子のある被保険者は1.7%、子のない被保険者は2.3%となるとともに、子のある被保険者の「1.7%」について、子どもが1人増えるたびに0.25%引き下げられる（つまり、子が2人の場合は1.45%）こととなった。

（「IV-8. 介護制度の最新動向」を参照）

1) サービスの利用

要介護認定は、公的介護保険の場合は医療保険メディカルサービス（MDK：疾病金庫が各州に共同で設置し、医師や介護士等が参加する団体）の審査を経て、また民間介護保険の場合は民間医療保険団体の子会社であるMedicproof社の審査を経て、介護金庫が最終的に決定する。公的介護保険と民間介護保険は同じ基準で審査を行う。

要介護度は、必要な介護の頻度や介護のために必要な時間等に応じて、要介護度 1 から要介護度 5 までの 5 段階に分類される。具体的には、要介護者の自立性を判断するための 6 つのモジュール（①移動性、②認知・コミュニケーション能力、③行動様式と精神的問題状況、④自立性、⑤疾患または療養に応じた対応、⑥日常生活と社会的交流の形成）のそれぞれについて 5 段階（なし、少し、かなり、重度、最重度）で評価され、一定の重みづけ（①：②：③：④：⑤：⑥=2:3:3:8:4:3）で点数を合計され（②と③はいずれか点数の高い方を算入）、総合点数により 5 段階に分類される。

2) サービスの種類

給付の種類としては、日本と同様の現物給付による在宅サービス、施設サービスがある一方で、日本では制度化されていない在宅介護への現金給付（及び在宅サービスとのコンビネーション給付）や、介護者の社会保険料負担（後述）や介護講習についても、制度上の給付として位置づけられている。また住宅改修費用の償還、介護関連消耗品（使い捨て手袋、寝具等）購入費用の償還や、介護補助具（車いす、昇降機等）の提供も行われる。

日本で言うところの在宅サービスについては、ホームヘルパーによる「在宅介護（現物給付）」に加え、「代替介護（Verhinderungspflege）」という、家族介護者等が休暇や病気で介護に支障が生じた場合に代替者が介護を行うための給付も行われる（通常は年 6 週を上限、要介護者が 25 歳未満の重度者である場合は年 8 週を上限）。また「デイ／ナイトケア」（「部分施設介護（部分入所介護）」と称される）や「ショートステイ」（年 8 週を上限）も行われ、それらのサービスを利用する際の費用を補うための給付（「負担軽減額」）も存在する。他方施設サービスについては一定額の給付が行われる。その給付額は「在宅介護（現物給付）」とほぼ同水準ではあるものの、要介護度ごとに在宅、施設のどちらが高いかは異なる。

「在宅介護（現金給付）」は「在宅介護（現物給付）」と代替関係にあるとともに、例えば両者の 50%を受けるとような「コンビネーション給付」も存在する。「在宅介護（現物給付）」の額は「在宅介護（現金給付）」の 2 倍以上の額となっているが、その「在宅介護（現物給付）」の上限額が、両者の組み合わせの事実上の「上限額」として存在する。しかしながら、「在宅介護（現金給付）」と「部分施設介護」（「デイ／ナイトケア」）の並行しての利用に関し、日本の制度で言えば「区分支給限度基準額」のような仕組みはない。かつては、「在宅介護（現金、現物）」を受け、かつ「部分入所介護」を利用し、合計で一定額を超えた場合には、超えた分の「部分入所介護」について自己負担となるとされていたが、2015 年施行の第 1 次介護強化法で改正され、「在宅介護（現物、現金）」はそのまま、「部分入所介護」の給付を受けられるとされた。よって「部分入所介護」と「在宅介護（現金、現物）」の間には、区分支給限度基準額のように、全体の利用量を定める総枠のようなものはない。他方「在宅介護（現金、現物）」と「代替介護」の間には、上限内での組み合わせの関係が存在する。同時に、「在宅介護（現金、現物）」と「ショートステイ」（一晩ではなくより長期の期間）においても、同様の関係が存在する。しかしながら、「代替介護」は一般には 1 日単位だが 1 時間単位の利用も可能で、その場合には「区分支給限度基準額」のような関係は適用され

ない。さらに「代替介護」と「ショートステイ」の間の同様の関係も、2025年7月1日をもって撤廃されることとなった。(IV-8.「介護制度の最新動向」を参照)

介護保険財源からの介護者の社会保険料負担は、年金保険料、失業保険料、医療保険料、介護保険料それぞれについて行われている。また上述の介護講習への給付のほか、介護休業により喪失した手取り労働報酬の90%（一定の場合は100%）に相当する額について、短期の介護支援手当として、10日間を上限に給付がされるなど、「部分保険」としての性質（IV-7. 低所得者への対応等」参照）に加え、介護者への給付が充実していることも、ドイツの介護保険制度の特徴である。

3) 財政状況

公的介護保険の2007年から2021年の財政収支は図1の通りとなっている。

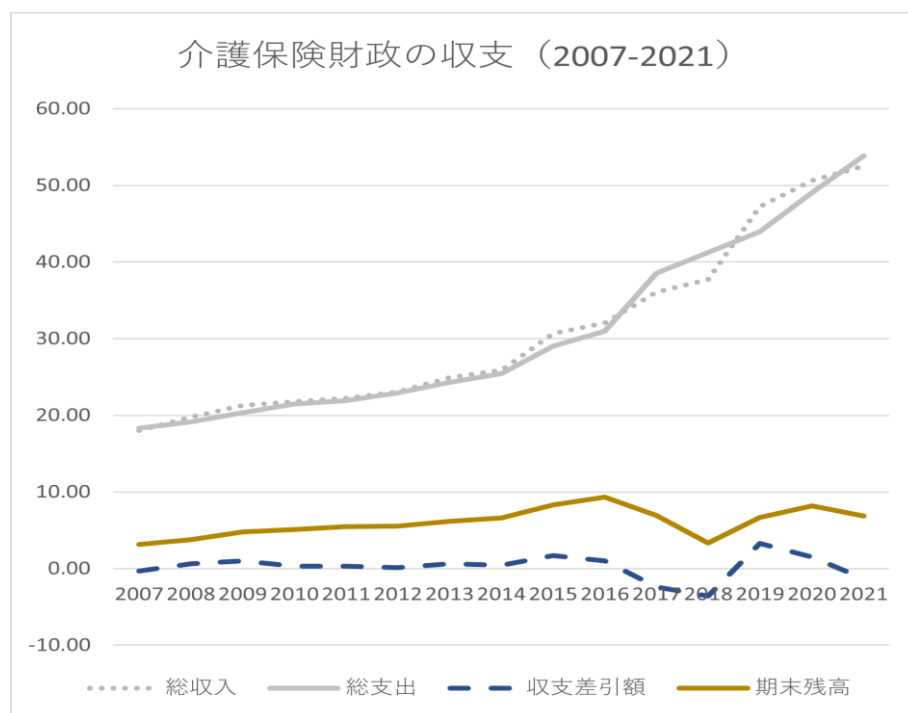


図1 公的介護保険の財政収支

出典；Bundesministerium für Gesundheit、“Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung”，
(財政収支エクセル表、筆者の英訳に基づく事務局和訳)

図1から見て取れる通り、近年では2017年、18年、21年を除きほぼ黒字であり（“収支差引額”参照）、均衡している。この期間において、当初は1.7%であった介護保険料率が2008年には1.95%、2013年には2.05%、2015年には2.35%、2017年には2.55%、2019年には3.05%と引き上げられてきており、そのことが“総収入”のグラフの推移からも見て取れるが、収支の均衡を図るべく適時に必要な保険料率の引き上げが行われてきたことが伺える。

図2は公的介護保険の支出の内訳の推移を見たものである。

介護保険支出の内訳（2007-2021）

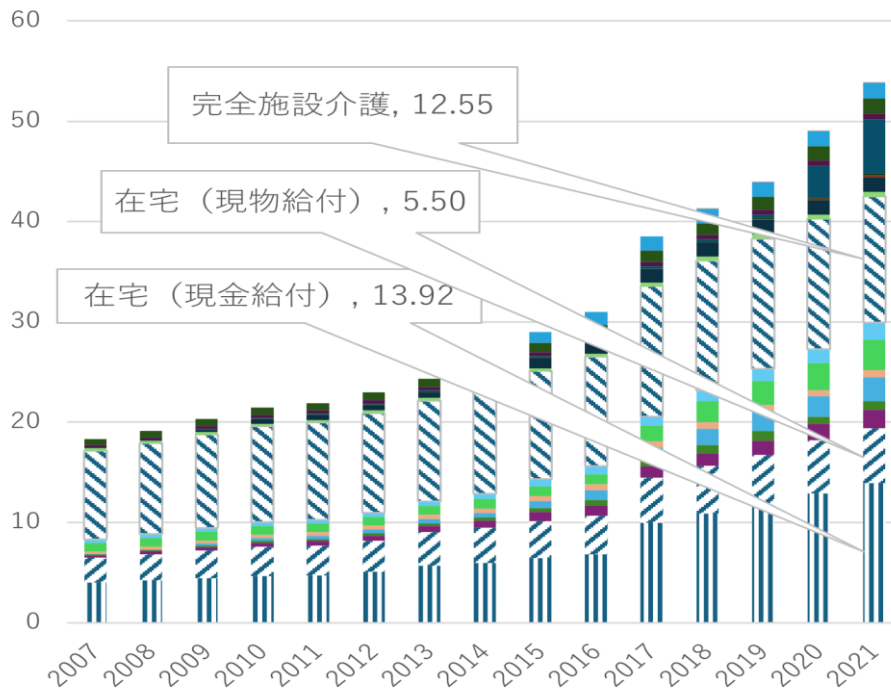


図2 公的介護保険の支出内容の推移

出典；Bundesministerium für Gesundheit、“Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung”，（財政収支エクセル表、筆者の英訳に基づく事務局和訳）

図2から見て取れるように、2021年においては、最も大きな支出が在宅介護（現金給付）、次いで完全施設介護、在宅介護（現物給付）の順となっている。2007年の段階では完全施設介護の給付総額が在宅介護（現金、現物）の合計を上回っていたが、現在では逆転している。

図3は主な在宅系給付の種類毎の伸びの推移を示したものである。図2にみるように、いずれも給付の絶対額の規模は在宅介護（現金、現物）や完全施設介護よりも小さいが、伸びていることが見て取れる。

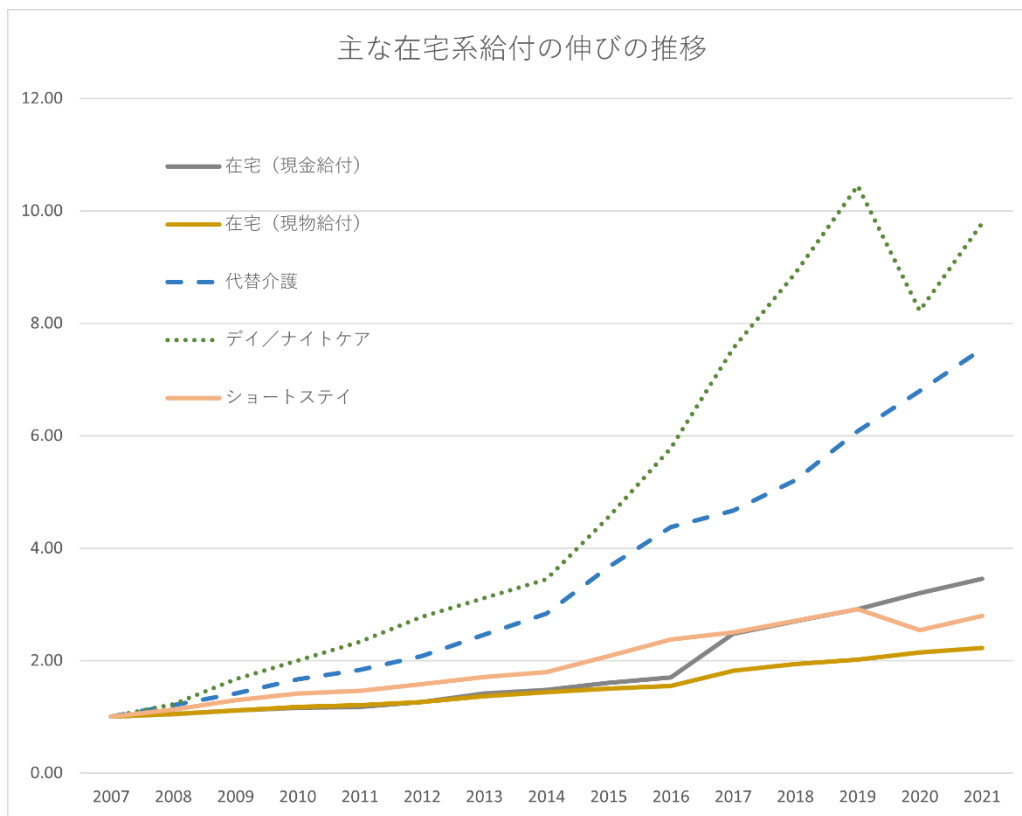


図3 主な在宅系給付の種類ごとの伸びの推移

出典；Bundesministerium für Gesundheit、“Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung”，
（財政収支エクセル表、筆者の英訳に基づく事務局和訳）

特に近年で伸率が高いものは「部分施設介護」（「デイ/ナイトケア」と「代替介護」となっており、2015年以降その勾配は急になっている。これらはいずれも「在宅介護（現金、現物）」を行う介護者のレスパイトの役割をも持つものであるが、一方で上述のように、「代替介護」の場合は時間単位であれば「在宅介護（現金、現物）」と代替関係にないことも影響している可能性もある。また図3では示していないが、「デイ/ナイトケア」や「ショートステイ」を利用する際の費用を補う「負担軽減額」の伸びも急増（2007年と比べ2021年は約79倍）しており、これも示す在宅介護ニーズの増も背景にある可能性がある。

こうした給付面でのトレンドの変化もみられるが、一方で図1で見たように、給付増に伴う着実な負担増も講じられている。また公費負担への依存もない。直近の政策動向については「IV-8. 介護制度の最新動向」において詳述されているが、こうした給付と負担の均衡を徹底する姿勢が今後さらに本格化する高齢化の進展に伴いどのように確保されていくこととなるか、注視する必要がある。

(注1：「区分支給限度基準額」に係る記述については、小野 [2023] に依拠している。)

【参考資料】

- ・厚生労働省[2022]、「海外情勢報告」
- ・医療経済研究機構[2023]、「ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2022年版」
- ・Bundesministerium für Gesundheit, “Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung”, (Stand: Dec. 2023)
- ・渡辺富久子[2016]、『ドイツにおける介護保険法の改正 —認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更—』、「外国の立法」Vol.268
- ・小野太一[2023]、「諸外国の要介護認定に関する研究」、医療経済研究機構令和2年度指定助成報告書

IV-2. 認知症の人を支えるための施策

日本福祉大学福祉経営学部

中島 民恵子

1. 認知症の人の推計数

OECD のデータによると、2021 年の認知症の人の数は人口 1,000 人あたり 19.3 人、2040 年には 24.8 人に増加することが見込まれている¹⁾。また、Lancet によると、2019 年に 1,691, 221、2050 年には 2,796,783 人に増加すると見込まれている²⁾。

2. これまでの施策の概要³⁾

連邦政府により 2012 年に「認知症の人のための同盟(Allianz für Menschen mit Demenz)」が発足された。これは、ドイツの人口構造の変化に対処し、持続可能な社会経済の発展を促進するための包括的な枠組みを提供することを目的とした人口戦略 (Demographie-Strategie) の 10 のワーキンググループの 1 つである。「認知症の人のための同盟」は、認知症の人と家族の QOL を保障し、社会において彼らへの理解や配慮を促進することを目標とした。

これらの目標は、「認知症の人のために共に (Gemeinsam für Menschen mit Demenz)」というアジェンダとして具体的に設定され、2014 年から 2018 年にかけて実施された。本アジェンダは、認知症の人の自己決定と参加をすべての取り組みプロセスの中心に置くという、インクルージョンの指針によって形作られている。これらは、認知症の人のためのアライアンスの全ての組織パートナーによる 2 年間の集中的な作業を通して作成され、2014 年 9 月に主要省庁と関係組織によって署名された。

アジェンダの主な内容として「①科学と研究」「②社会的責任」「③認知症の人と家族への支援」「④サポートおよびケアシステムの設定」の 4 つの行動分野が設定された。4 つの行動分野の概要は表 1 の通りである。

表 1 「認知症の人のために共に」アジェンダの行動分や概要

| 行動分野 | 概要 |
|---------------|---|
| ①科学と研究 | ・ 認知症の人の治療と支援の質を向上させるために、認知症の科学的研究とその成果の伝達に特化した活動分野に分かれている ・ パートナー組織は 8 つの協定と 12 の貢献を示した |
| ②社会的責任 | ・ 社会参加、アクセスビリティ、ネットワーキング、法的な課題、啓発や情報提供等の分野に分かれている。 ・ 組織パートナーは 24 の協定と 50 の貢献を示した |
| ③認知症の人と家族への支援 | ・ 早期に継続的なカウンセリング、介護への平等なアクセス／保険給付、生活環境のデザイン、移動の自由等の分野に分かれている。 |

| | |
|-------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・組織パートナーは 30 の協定と 40 の貢献を示した |
| ④サポートおよびケアシステムの設定 | <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリテーション、医療と看護、急性期病院でのケア、ケアの質等分野に分かれている。 ・組織パートナーは 37 の協定と 53 の貢献を示した |

出典：Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth(2018)をもとに作成

3. 2020 年以降の動向

2020 年 7 月に、認知症の人と家族のあらゆる生活領域の状況改善のために、「認知症国家戦略 (Nationale Demenzstrategie)」⁴⁾ が決議された。本戦略は 2019 年 1 月から 2020 年 4 月にかけて、医療・介護分野の 70 の関連機関の参加の下で、パートナーシップと対話のプロセスを通して策定された。

「認知症国家戦略」の目的は、ドイツにおける認知症の人と家族の生活の質を持続的に向上することであり、認知症の人の自己決定を尊重し、尊厳ある生活を送ることができることが目指されている。これらを達成するためには、地域レベルでの日常生活や認知症の人の健康・長期ケアに関する重要な施策に特に注意を払う必要があることが示されている。そのための取り組みについては、すべての関係者の協力と協調的な努力によってのみ達成することが強調されており、多様な関係や関係機関との協働が重要視されている。

本戦略は①認知症の人が社会参加できるよう、認知症の人が包摂されるコミュニティの開発・確立、②認知症の人と家族のサポート、③認知症の人のための医療・介護サービスの推進、④認知症に関する優れた研究の推進の 4 つの行動分野に焦点が当てられている。また、デジタル化や支援技術の利用、異なる医療・福祉分野の関係者間の協力、移住の背景を持つ認知症の人や家族介護者への支援などが重要な課題として取り上げられている。具体的に 27 の目標が策定され、162 の指標が示されている。

本戦略は長期的な取り組みであるため、行動分野、目標、指標を継続的に見直すとともに、現在の問題（例えば COVID-19 の流行の影響）に対処し、新たな優先順位を設定することが可能であることが示されている。家族・高齢者・女性・青少年省と保健省の 2 つの主要省庁のもとに本戦略の中心的な関係者による運営グループが設立され、運営グループは、年次モニタリングを通じて、計画された対策の実施を支援することとされている。さらに、関係者全員が認知症国家戦略ネットワークとして毎年集まり、経験を交換し、2026 年末には実施状況を見直し、戦略をさらに発展させることが明示されている。

毎年のモニタリングは進められており、各年の報告書 (Bericht für die Steuerungsgruppe der Nationalen Demenzstrategie 202x) が公開されている。2023 年の報告書⁵⁾ では、実施済みまたは実施中の 100 以上の策を概観することができる。

【参考文献】

- 1) OECD(2023)Health at Glance 2023 OECD Indicators.
- 2) GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators(2022)Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health. 7: e105–25
- 3) Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth(2018)Alliance for People with Dementia Report on the Implementation of the Agenda of the Alliance for People with Dementia 2014-2018
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/128374/3b641b6e9bcdade22299838e17659480f/bericht-umsetzung-agenda-demenz-en-data.pdf> (2024.2.10.最終アクセス)
- 4) Bundesministerium, für Familie, Senioren, Frauen und Jugend(2020)National Dementia Strategy. https://www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2021-01-05_Nationale_Demenzstrategie_EN.pdf (英語版全文) (2024.2.10.最終アクセス)
- 5) National Dementia Strategy Office (2023) Die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie - Bericht an die Steuerungsgruppe 2023. www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2023-06-13_NDS_Bericht_Steuerungsgruppe_2023_Web.pdf (2024.2.10.最終アクセス)

IV-3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取り組み

東京都長寿医療研究センター研究所 副所長

藤原 佳典

1. 国の予防全体についての政策の概要

ドイツ連邦保健省では、要介護状態の発症予防と重症化・進行予防については、単に寿命を延長するだけではなく、健康寿命の延伸を目指している。具体的なターゲットは、心血管系疾患、筋骨格系疾患、代謝性疾患や認知症といった高齢者が罹患しやすい疾患の予防であるとしている¹⁾。

予防の方策としては、2012年の「全国健康目標 ヘルシーエイジング」の中では高齢者に焦点を当てて、ゴールを表1のように定めている。

表1：活動領域の概要と13の目標

| 活動領域 | 目標 |
|------------------|--|
| I. 健康増進と予防：自律の維持 | 目標1：高齢者の社会参加を強化する。不参加や孤立を認識し、減少させる。 |
| | 目標2：高齢者の健康資源やレジリエンスを強化し、健康リスクを減少させる。 |
| | 目標3：高齢者の身体活動やモビリティを強化または維持する。 |
| | 目標4：高齢者はバランスの取れた食事をとる。 |
| | 目標5：高齢者のオーラル（口腔）ヘルスを維持または改善する。 |
| II. 医療、心理社会、看護ケア | 目標6：高齢者は病気になった際、医療、心理社会的および看護ケアを十分受けられる。 |
| | 目標7：患者を中心として、様々な医療専門職が協調的に連携する。 |
| | 目標8：高齢者の親族やインフォーマルな支援者の関心や利益を考慮する。 |
| III. 特別な課題 | 目標9：障害がある高齢者の健康、生活の質、参加を、維持および強化する。 |
| | 目標10：高齢者のメンタルヘルスを強化および回復する。 |
| | 目標11：認知症を認識し、認知症の人へ適切なケアを提供する。 |
| | 目標12：多疾患併存の高齢者へのケアを改善し、また多疾患併存の影響を減少させる。 |
| | 目標13：ケアニーズを予防し、要介護者には十分なケアを提供する。 |

出典：Bundesministerium für Gesundheit, Nationales Gesundheitsziel 2012, P29

(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aelter_werden.pdf)

2. 自治体のソーシャル・サービス施策とその実際

1) 介護認定

2017年から介護保険制度において予防・リハビリテーションが強化され、介護度の鑑定（日本の要介護認定に準ずる）時に鑑定員は、医学的リハビリテーション、および健康増進・予防策の必要性を体系的に判断し、勧告するようになった。これらの勧告件数は主に在宅介護者において大幅に増えたが、公的医療保険中央連合会の調べ（GKV-Spitzenverband 2022）によれば、介護度 1～5 までの人のうち介護鑑定时に予防策の勧告を得た割合は少ない。さらに医学的リハビリテーションの勧告を与えられた割合も、2019年で5%に過ぎなかった。ちなみに介護度 1 はドイツでは要介護とは位置づけられておらず、原則介護サービスに対する給付を受けられない。これら要介護になるリスクが高いとみられる介護度 1 の人の中で予防策の勧告を得た割合はわずかである²⁾。

2) 介護予防への方向性

ドイツでは、介護現場に予防的アプローチが根付いていないことが以前から問題視されていた。2015年予防法により、入所介護施設と部分的入所介護施設（「デイ／ナイトケア」日中または夜間要介護者の介護・世話を提供する施設）に対して特定の予防策を、介護金庫（日本の介護保険の保険者に相当）が給付することが義務化された。

介護予防法では介護保険基金の責任として要介護被保険者と介護施設がともに保健に関する状況の改善及び保健資源及び機能強化に関する提案を作成して実施を支援することにより、介護施設における予防的介護サービスを提供することとしている。また要介護認定以前にも、介護予防のための多様なサービスを早期に開始するよう求めている。

併せてサービス提供者は、給付を受ける権利の枠内で、要介護認定後でも、リハビリテーションおよび補足するサービスを最大限に活用し、要介護状態を軽減し、悪化を防ぐために努力しなければならないことも規定している。

同時に被保険者は、健康に配慮した生活を心がけ、早期に予防措置に参加し、治療やリハビリテーションに積極的に参加することにより、要介護状態の発症予防および軽減・悪化の防止を図ることを求めている³⁾。

3) 介護予防の方策

具体的な介護予防の推進策としては、以下がある。

医学的リハビリテーションを患者が受けるには、通常医師の処方に加え、疾病金庫（医療保険の保険者に該当）の合意が必要である。実際のところ、疾病金庫に拒否されリハビリテーションが実現しないことも少なくない。これを防ぐため、疾病金庫が医学的リハビリテーションを適時に提供しない場合、疾病金庫は介護金庫に 3,072 ユーロを支払う義務が設けられている⁴⁾。

2021～2022年には、介護金庫による予防策の科学的評価が行われ、その結果を公的医療

保険中央連合会が公表している⁵⁾。ここでは、介護金庫と関連主体との連携が強化され、多くの予防プログラムが実施されたことが、前向きに評価されている。その一方で、現場の職員とその管理者による予防の重要性への理解の差異、介護職不足、また要介護者本人・家族の予防プログラムの認知が進んでいないなどの今後の課題も指摘されている。

4) 地域における実際の取り組み

上述の国策に並行し、市町村や高齢者が長く自立した生活ができるように異なるセクター間が連携し様々な取組みを行う住区画 **Quartier** (例：団地) において、運動教室等に加え、種々の趣味の活動やコンピューター教室など直接・間接的な介護予防的取組みがよく行われている。日本の一般介護予防事業に類している。



例えば、国際長寿センターにおけるラインラント/ハンブルク総合地域医療保険基金 (AOK) に対する調査では、「健康な近所の人」というプロジェクトがある。近隣の互助・社会参加活動(例：会食、世代間交流、コミュニティラジオ局等の多様なプログラム)を通じて市町村と協働し介護予防のためのネットワークを構築することを目指している⁶⁾。

【参考資料】

- 1) Bundesministerium für Gesundheit, Prävention vor und bei Pflegebedürftigkeit
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/praevention-in-der-pflege.html>
- 2) Medizinischer Dienst-Bund, Feststellung des Rehabedarfs in der Pflegebegutachtung
<https://md-bund.de/themen/rehabilitation/reha-vor-und-bei-pflege.html>

- 3) Sozialgesetzbuch (SGB XI), Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung, § 5 SGB XI Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation
<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/5.html>
- 4) Bundesministerium für Gesundheit, Rehabilitation vor und bei Pflegebedürftigkeit
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/r/rehabilitation-vor-und-bei-pflegebeduerftigkeit.html>
- 5) GKV-Spitzenverband, Evaluation von präventiven Leistungen der Pflegekasse, 2022
<https://www.prognos.com/de/projekt/evaluation-von-praeventiven-leistungen-der-pflegekassen>
- 6) 国際長寿センター (2017) 「先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究報告書」
https://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2017d2.pdf

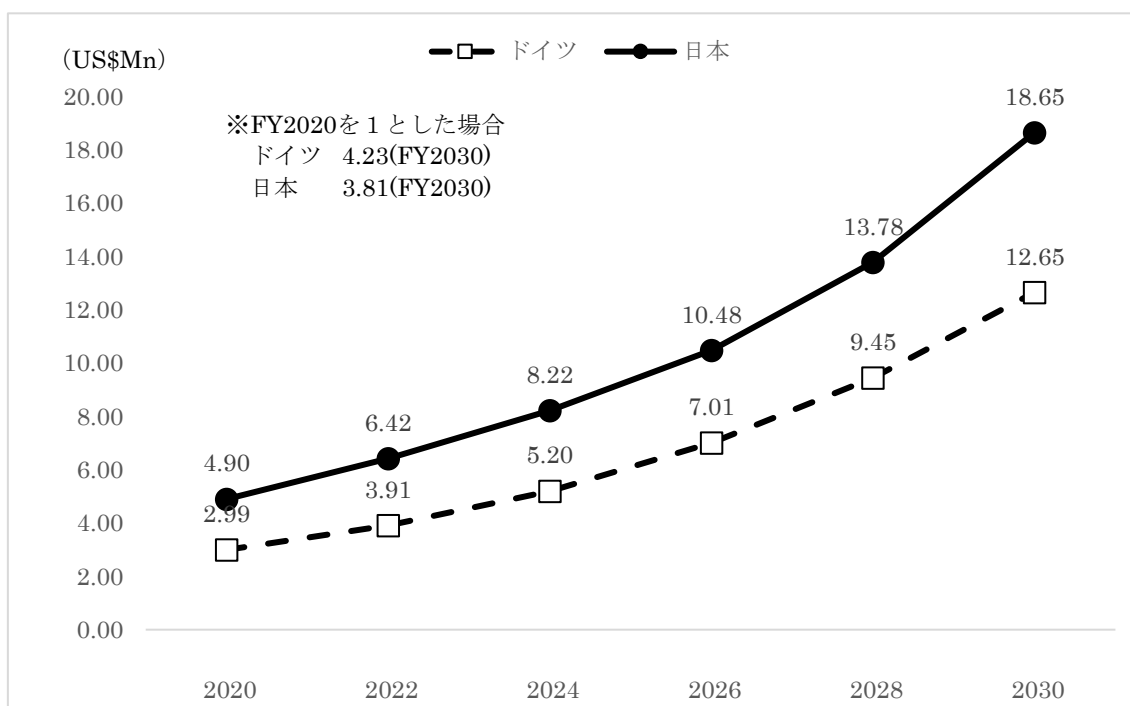
IV-4. ICT・ロボットの導入に関する取り組み-

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 高齢者向けロボット市場の需要予測

ドイツにおける高齢者向けロボット市場の規模は、2030年には12.65百万ドルに到達するとの推計がある(図1)。2020年の推計値を基準とした場合、4.23倍の規模拡大に相当する。日本の介護ロボット市場と比較すると、2030年の市場規模は18.65百万ドルと見込まれる。市場規模の伸びの推計は日本の場合、3.81倍である。日本の高齢者数の推移がドイツより常に高く推移することもあり高齢者向けロボット市場の規模は一貫して日本が大きく推移するものの、市場の成長の伸び率で比較すると、ドイツの方が上回る。両国とも介護需要の増加が見込まれるなかで、介護ロボット市場も成長し続けるものと認識されている。



出典：Eldercare-Assistive Robots Market (Europe & East Asia) Industry Analysis, Size, Share, Trends, and Forecast. Future Market Insights, p70 and p112 から筆者が作成

図1 ドイツにおける高齢者向けロボット市場の規模の予測

2. ロボット技術やICTを活用したケア関連の研究開発に対する政策的支援

2023年5月、連邦議会が「介護支援負担軽減法(Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz)」を決議し、介護給付変動制の導入、介護ホームにおける介護料金の抑制、介護者の負担軽減、介護職員の労働条件の改善、デジタル化推進等の策を実施することが決まった¹⁾。これにより介護移設はデジタル技術の導入に対する経済的補助を得ることが可能なる。デジタル化

の推進を通じ、看護職員の負担軽減や要介護者に対するケアの品質向上が期待されている。また、介護施設のデジタル化のための資金提供プログラムは2030年まで延長されている²⁾。

ドイツ政府は介護ロボットの開発も推進している。欧州連合の研究及び革新的開発を促進するためのフレームワークである Horizon2020 と高齢者の自立生活を支援する技術プログラム Active Assisted Living program を起点とし、2015年には、ドイツ国内において介護術革新2020 (Pflegeinnovationen 2020) を策定した。2017年には Pflegeinnovationen 2030 を開始しモデルプロジェクト「PFLEGE2030」(2020年から2025年)では、ニーズに応じた人員配置と効果的なデジタルイノベーションの実施を通じて、看護(介護)スタッフの日常業務を最適化し、組織レベルで効率的なプロセス構造を構築すること、また、モデルとなる参照施設の提示を目指している。想定するテクノロジーは、例えば、ウェアラブル、センサー、ロボット、人工知能などがある³⁾。

1) 典型的な介護ロボットとケアロボットの受け入れ

ドイツの介護施設において、ICTを活用した見守り支援システムやロボット技術を活かした排泄支援機器等は減多に導入されていない。代わりに、コンパニオンロボットの活用があげられる。コンパニオンロボットはわが国でいうコミュニケーションロボットの一つであり、主に人間の孤独感や精神的な支援が必要な場面で、仲間や相手となる役割を果たすロボットのことを指す。これらのロボットは動物やペットをモチーフとした製品が多い。高齢者や孤立した個人、認知症患者など、特に社交性やコミュニケーションの需要の高い人々のサポートを目的としている。例えば、Pepperである。Pepperは人型ロボットで、介護のデジタル化に関する様々なパイロット・プロジェクトで使用されている。大きな目と親しみやすい外見で、入居者と対話し、簡単な作業を行うことができる。アザラシをモチーフとしたパロは、ドイツの約40の介護施設でテストされているという⁴⁾。センサーにより、パロはタッチや動きに反応し、主に認知症を対象にした社会的交流の支援が期待されている。その他、高齢者支援ロボット (Assistive Robotik für ältere Menschen) の中でも、わが国の介護施設でよく見かける移動支援機器や認知症対応の研究開発は進んでいる。

2) 介護サービス供給の間接業務と ICT の活用

ドイツにおける金融サービス業、小売業、物流などの他の業界と比較すると、個人情報や多様な社会的なサービスを提供する介護分野における ICT の活用は必ずしも進んでいる分野とは言えない現状にある⁵⁾。今後、ICTの導入により、これまで手書きで記録や管理されてきた情報のデジタル変換が始まる。日常的な業務で言えば、例えば、患者や入居者の基本情報、介護観察とリスクアセスメント、介護の目標と計画、実施したケアの内容とその結果、状態像の説明、などがある。

このように、介護施設を含む介護分野の業務対し ICT の導入によって効率化する余地は残されているが、しかしながら、過去の病院部門における電子患者カルテ (ePA) の実装も 5

年以上に渡った事実も指摘されており、医療における ICT の導入の歴史から学ぶところがある。当時の原因として、データ保護の要件、組織内部の ICT の財源や人的な能力の制約、介護サービスの業務プロセスの複雑さであった可能性があったという⁶⁾。このように介護現場の業務工程の中でも情報の記録作業と保管作業から ICT の導入が始まり、労務管理や資格認定の手続きの ITC 化に波及するものと想定される。

3. ロボット技術や AI 等の社会としての受け入れ問題

ドイツをはじめ EU 諸国ではロボット技術や AI といった新しいテクノロジーをどのように社会に迎え入れていくべきかの対話を繰り返している。ロボット技術が人間の労働に取って代わり労働の機会を奪うのではないか、という不安心理があると聞く。実際、「人間サイズのブリキの仲間が現れ、彼らが人々を乗っ取って不必要にすることを恐れている。そのため、『介護ロボット』は安心感よりも脅威として認識」されているという、必ずしもロボットの出現が人間社会に歓迎されていない社会心理をロボット工学者の Meyer 氏が指摘する⁷⁾。欧州会議は「Robotics in healthcare: a solution or a problem?」という医療と新テクノロジーのあり方のワークショップを開催した。単に効率性や生産性の観点ばかりでなく、倫理的あるいは道徳的な観点からロボットと医療の関係を問題として取り上げ、新しいテクノロジーがヘルスケア分野に受け入れられていく過程で対話を続ける必要性を示している⁸⁾。

【参考文献】

- 1) Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), Stand: 23. Juni 2023, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/pflegeunterstuetzungs-und-entlastungsgesetz-pueg.html>
- 2) Bundesministerium für Gesundheit, Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), Digitalisierung in der Pflege, Ausweitung und Verlängerung des Förderprogramms zur Digitalisierung in Pflegeeinrichtungen, Stand: 26. Mai 2023, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-1p/pueg>
- 3) Fraunhofer IIS, Pflege 2030 – Die Pflegeeinrichtung der Zukunft, <https://www.scs.fraunhofer.de/de/referenzen/pflege-2030.html>
- 4) Provita, Alltagsassistenz Deutschland GmbH, MAGAZIN “Einsatz von Robotern in der Pflege. Ist das die Zukunft? Chancen und Risiken!“, <https://provita-deutschland.de/einsatz-von-robotern-in-der-pflege-ist-das-die-zukunft-chancen-und-risiken/>
- 5) Roth, I. (2016): Wie Digitalisierung die Arbeit verändert - ein Blick in die Finanzdienstleistungsbranche. In: spw - Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft (212), S. 24–29.
- 6) DAA-Stiftung Bildung und Beruf. Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland, 2017, 14-16.
- 7) Meyer, S., Bollheimer, L.C. & Wahl, HW. Assistive Robotik für ältere Menschen. *Z Gerontol Geriat* **53**, 605–607 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00391-020-01790-7>
- 8) Z. DOLIC, R, CASTRO et al. Robots in healthcare: a solution or a problem?, the European Parliament's Committee on Environment, Public Health, and Food Safety, 2019.

IV-5. 科学的介護についての取り組みとその効果-

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

科学的介護とは、科学的裏付け（エビデンス）に基づく介護を意味する。日本の厚生労働省が展開する要介護・要支援高齢者向けの政策の文脈で用いられる行政上の用語である。ドイツでは、介護に老年看護師をはじめ看護職が担当することが多い。そのため、科学研究と実証された効果に基づいたケアを提供するアプローチを表すのに、「Evidenzbasierte Pflege（エビデンスに基づく看護）」という用語が一般的に使われている。本章では、evidenced based care または Evidenzbasierte Pflege を手掛かりとして情報収集し、ドイツにおける科学的裏付けに基づくケアやサービス提供への取り組みを概観する。

1. 科学的裏付けに基づく高齢者向けのケアやサービスの品質管理の取り組み

近年のドイツはエビデンスに基づくケアの提供の強化を試みている。第一に、連邦政府が策定する認知症国家戦略があげられる¹⁾。基本となる4施策のうちの一つは研究の推進である。本戦略の施策の一環として、2020年から2021年にかけて80歳以上の超高齢者を対象とした横断調査「D80+ - High Age in Germany」が実施された²⁾。また科学的な裏付けに基づくケア強化のもう一つテーマは予防対策である。2021～2022年には、介護金庫が予防策の科学的評価を行った。介護金庫と関連主体との連携が強化され、多くの予防プログラムが実施されたことが前向きに評価されている。

また、ドイツにおいて、介護施設等におけるケアやサポートの品質管理に影響する研究や提言を担う組織は介護の質センターZQP（Foundation Centre for Quality in Care）であり、独立した非営利財団である³⁾。設立以来、大学、省庁、協会など協力し介護に関する政策立案に貢献してきた。ZQPは、エビデンスに基づいた情報、ガイドライン、推奨事項の提供を通じ、ケアの質の向上を目指している。これらの文書は、専門的ケアの提供に関して重要な品質基準となり、良質で安全なケアのためのガイダンスとなる。その内容は体系的で科学的な研究プロセスを通じて決定された、入手可能な範囲で最善と考えられる知識に基づいている。このように、科学的な裏付けに基づくケアやサポートの研究成果や機関が公開する助言等は、全国の介護施設等が参照することになる。その後、実際の介護施設における介護サービスの品質の監査は、各連邦州が担うことになる。

2. 政府主導による利用者及びケアデータの収集・分析システムの枠組み

1) ケアの品質を含む監査に関するデータ収集と登録の枠組み

ドイツにおいて、実際の介護サービスの品質管理は、2007年の連邦制改革以降、介護施設法の規制部分を各州が担い監査する。介護サービスやケアハウスの品質管理は、2019年から導入された入院医療における新しい品質システムの一環で実施され、介護施設はあらか

じめ監査に必要な情報を登録する⁴⁾。従来の監査と比較しアウトカム（結果）の質に重点が置かれることになった。ドイツの介護施設は、州の社会福祉当局によって規制され、定期的な監査を受ける。監査の対象項目には、入居者のケアのほか、施設の設定、スタッフの資格とトレーニング、安全基準などが含まれる。監査の結果は公開され AOK（Allgemeine Ortskrankenkasse）など公的な健康保険機関のホームページで誰でも確認できる。監査では審査者から入居者に対するインタビューも行われる。

2) 品質管理の監査に使用するデータ

品質管理の監査に使用するデータの範囲は多岐に渡り様々な視点からケアやサポートの品質の確認が行われる。例えば、移動とセルフケアのサポート、病気や治療に伴う要求や負担への対処への支援、あるいは終末期の施設入居者や家族への支援、などある。2019 年の新しい要介護の定義に基づき審査対象の領域は、従来の身体介護の品質やストラクチャ・構造の評価に加え、生活全領域におけるケアにまで広がっている。（表 1）。

表 1 定期監査の確認項目の例

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| 1. 移動と自立の維持のためのサポート | 3. 日常生活および社会的なコンタクトの構築におけるサポート |
| 1.1. 移動に関する支援 | 3.1. 感覚障害(視覚、聴覚など)のサポート |
| 1.2. 飲食の介助 | 3.2. 一日の組み立て、活動、コミュニケーションのサポート |
| 1.3. 失禁時の支援、排泄の促進 | 3.3. 夜間のケア |
| 1.4. 身体の清潔の支援 | 4. 特別なニーズや供給状況でのサポート |
| 2. 病気や治療に伴う要求や負担への対処支援 | 4.1. 入居後の適応期のサポート |
| 2.1. 薬の服用補助 | 4.2. 入院した場合の引継ぎ |
| 2.2. 疼痛管理 | 4.3. 興奮行動をとる入居者への支援 |
| 2.3. 創傷ケア | 4.4. 拘束の使用 |
| 2.4. 特別な医療・看護的ニーズへの支援 | 5. 終末期の施設入居者およびその家族の支援・同伴 |

出典 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege/>

各項目はさらに 4~5 項目のさらに具体的な項目で構成される。同評価のために各入所介護事業者は、介護のアウトカム指標（例：運動能力の維持など）の測定値を定期的に収集し、MDK（Medizinischer Dienst der Krankenversicherung）などの監査機関に伝送し登録することが義務づけられた。これらの監査項目や審査の基準を設定する過程において、どのような科学的な研究や実証に基づき議論が展開されたのかは、今回の調査では不明である。

3. 患者電子記録とデジタル健康アプリケーション

ドイツでは、2025 年から法定健康保険に加入しているすべての被保険者が電子ファイル

を利用できるようになる。これを患者電子記録 ePA(elektronische Patientenakte)という⁵⁾。医師や他の医療提供者が患者の病歴をより理解できれば、適切な治療を選択できるようになるがその重要な情報源の一つとして ePA がある。ある患者の治療について、医師、薬局、および病院が当該患者の ePA を介して結びつくことを可能にする。ところで、ePA は被保険者（患者）が自己管理する任意の電子ファイルである。医師が電子的に診療記録を残す電子医療記録（EMR）とは異なる。医師等に診療毎に診療情報を ePA に記録させる運用ではない。医師に記入させるには、患者自身がその医師を承認する必要がある。ePA には介護関連の情報も登録できる。例えば、介護プランの計画と評価、介護サービスの履歴、介護施設に入所期間中の健康状態や服薬管理の結果など想定される。近年、デジタル健康アプリケーション DiGA（Digitale Gesundheitsanwendungen）が医療機器として収載され患者は自身の健康状態をこのアプリを通じて収集できるようになった。今後、DiGA で得た健康情報を ePA に自動登録する機能が開発される可能性がある。介護版のアプリ DiPA（Digitale Pflegeanwendungen）もある。患者や介護者に対してサポート提供を目的とし、例えば、介護計画の管理や介護の記録の効率的な取り扱いなどが想定されている。

【参考資料】

- 1) Bundesministerium für Gesundheit, National Demenzstrategie,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/nationale-demenzstrategie.html>
- 2) Nationale-demenzstrategie, Hochaltrige Menschen mit Demenz im Fokus der D80+-Studie,
<https://www.nationale-demenzstrategie.de/umsetzung/massnahmen-im-fokus/massnahmen/hochaltrige-menschen-mit-demenz-im-fokus-der-d80-studie>
- 3) Zentrum für Qualität in der Pflege, <https://www.zqp.de/>
- 4) Bundesministerium für Gesundheit, Qualitätssystem für die stationäre Pflege, Neue Qualitätssysteme in der Pflege, Neues Qualitätssystem in der stationären Pflege,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege/>
- 5) Bundesministerium für Gesundheit, Die elektronische Patientenakte (ePA),
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte>

IV-6. 医療と介護の連携に関する取り組み

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 協定契約に基づく医療機関と介護施設の連携強化

近年介護施設入所者への医療供給の改善、具体的には医師の往診促進のために複数の策が講じられてきている。介護施設と契約する医師は2016年以降、ケアに対して追加の報酬を受け取ることが可能となった。この経済的インセンティブは介護施設における医療との連携を従来よりも強化する結果につながった¹⁾。しかし需要を十分に満たしたわけではなかった。2018年の看護・介護人材強化法（Pflegepersonal-Stärkungsgesetz）の制定により、それまで入所者の医療供給改善のために任意で結ばれていた、入所介護施設と開業医（家庭医、家庭医以外の専門医、歯科医）の間の連携契約が、2019年から義務化された²⁾。ドイツでは元来各入所者は、施設入所後も自分のかかりつけの家庭医や歯科医を通院する、または往診を受けることが想定されてはいるが、現実には診療所に通うことが難しい上診療報酬が十分でないため医師は往診を避けがちで、医療を十分に受けられないといった状況にあった。

介護施設と医療機関の連携を定める協定契約は、双方において明確な役割と責任を規定するものであり、具体的な協定事項が契約書に明示されることになる。たとえば、家庭医がこの契約を締結する場合、契約先の施設の入所者を定期的に往診し、専門医を含めた他職種による診療プロセスを指揮・調整する内容が盛り込まれる。診療情報・記録は医師と介護施設の間で共有されることになっている。また介護施設側も、連携契約をする医師の窓口となる介護専門職員を指名しなければならない。その他、契約する医師と連絡の取れない時の対処法、薬剤処方の変更になった時の対応方法など、契約する医療機関が介護施設で提供する医療サービスやその方法を含めて具体的に明示し役割分担と責任を規定している³⁾。

2. 介護と看護の資格者の養成課程における統合

これまで医療に従事する看護師と健康管理のケアや社会的サポートを実践する老年介護士（Altenpfleger）は異なる養成システムを持っていた。2020年以降、看護職法（Pflegeberufegesetz）の抜本的な改革により、これまで分離されていた看護と介護、小児の分野が統合され、統合された看護専門職（Pflegfachfrau）というプロフェッショナルな資格を取得できるようになった⁴⁾。従来通りにそれぞれの領域の専門資格を残すかどうかは当面の様子を見ながら決められていくこととなる。このような養成課程を統合する背景の一つには、高齢者ケアにける看護や介護の人手不足があげられる。介護分野と看護分野の養成課程を統合することで医療と介護の連携の強化を進めようとしている。

3. 介護継続発展法（Pflege-Weiterentwicklungsgesetz; PFWG）

2008年から施行されたこの法律において、この法律に基づき給付金を受ける者は、連邦

法や州法によって期待される社会給付金やその他の介護や支援の選択と利用に関して、ケアアドバイザーから個別の助言と支援を受ける権利がある、と規定されている⁵⁾。例えば、病院等の医療サービスにおける評価結果を考慮し、どのような支援が必要であるかを体系的に把握し分析するための助言を得ること、個々のケースに応じて社会的な給付、健康増進、予防、医学的な治療、リハビリテーションなどを含む個別で包括的なケアプランを作成すること、などの助言や支援である。あるいは、作成したプランを実行に移す際に必要な手続きや各サービス提供者の協働の調整、実際に提供されたサービスの品質等の確認などの支援も想定される。特に複雑なケースにおいては、支援プロセスを評価しその結果を文書化することも支援内容に含まれる。しかしながら、現状ではこれらの一連のケースマネジメントにかかる包括的な支援が十分に機能しているわけではないようである⁶⁾。

【参考資料】

- 1) IWW Institute. Kooperationsvertrag mit Pflegeheim lohnt sich(26/6/2018).
- 2) Bundesministerium für Gesundheit. Sofortprogramm Pflege,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogramm-pflege>.
- 3) Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V,
https://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/pflegeheim/mustervertrag_pflegeheimversorgung.pdf?v=1684141024.
- 4) Medi-Karriere. Pflegeberufegesetz: Definition, Inhalt und Neuerungen,
<https://www.medi-karriere.de/magazin/pflegeberufegesetz/>.
- 5) Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.
- 6) Klie, T (2020) Care und Case Management - Steuerung im Kontext von Pflegebedürftigkeit.
In:Jacobs, K. et al. (ed.) Pflege-Report 2020. Springer. p.165-176.

IV－7．低所得者への対応等

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

ドイツの介護保険は基本的に基礎的保障をする制度で（部分保険(Teilkaskoversicherung)）と呼ばれる性質を有している。このため給付限度額は日本の介護保険に比べ低く設定されているが、この給付に対する利用者負担は存在しない。ただし施設介護の場合、食費と宿泊費は自己負担となる。

介護保険での給付の対象にならない部分は自己負担が原則だが、貧困者の場合には社会扶助制度（「特別扶助」の一つである「介護扶助」）の対象となっている。この場合のミーンズテストは通常よりも緩やかなものが適用される。具体的には、単身者の場合には基準額（2021年は月額446€）の2倍の金額とされ、世帯員がある場合には、通常は最低生活水準は続柄に応じ基準額の90%～55%となるところ、一律で同70%の金額に設定されている。他方で当該自己負担部分に充てるための民間介護保険への加入を促す政策も実施されており（2012年10月法成立、2013年1月施行）、一定の民間介護保険商品に対し月額10€以上の保険料を支払う場合、国庫から月額5€の助成金が給付される仕組みもある。

また、一般的に要介護状態の親が介護費用を自らの所得や資産で賄えない場合には、その親族が不足額を支払う義務を有することとなるが、当該親族の年間総所得が10万€以下の場合には支払い義務がなくなり、介護扶助として給付される「家族負担軽減法」が2019年に成立し、2020年施行されている。

なおWHO/OECD(2021)において、2018年における、総介護費用に占める自己負担割合は23.0%とされている（日本は8.0%）。

【出典】

- ・医療経済研究機構 [2023]、「ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2022年版」、pp.75, 87
- ・WHO/OECD(2021), "Pricing long-term care for older persons"

IV－8．介護制度の最新動向

青森県立保健大学院非常勤講師

調査コーディネーター、通訳

吉田 恵子

ドイツの介護保険は、高齢化による介護需要の増加に加え、物価・人件費の高騰による料金の値上がり、介護人材不足といった様々な課題を抱えている。同報告書では、これらの解決策として2023年夏より段階的に実施されてきている介護支援負担軽減法（PUEG）の概略とその背景、PUEG 施行後の国内議論をお伝えする。

1．介護支援負担軽減法

2023年5月、連邦議会が「介護支援負担軽減法（Pflegeunterstützungs- und –entlastungsgesetz 略して PUEG）」を決議し、給付の改善、財務の安定化、介護者の負担軽減、介護職員の労働条件の改善、介護のデジタル化推進等の策を実施することが決まった。これらの策は、今後何年かにわたり段階的に実施される。

1) 給付額の引上げ

2024年1月に、在宅介護において現金、現物給付ともに5%の引き上げが行われた。

また完全入所介護に対しては、入所開始からの期間の長さに応じこれまで5%（12ヵ月まで）～70%（36ヵ月経過後）与えられていた介護料金への自己負担に対する補助が、15%（12ヵ月まで）～75%（36ヵ月経過後）に引き上げられる（表1）。

表1 ドイツ介護給付額の引き上げ

| 入所継続期間 | 補助率 |
|---------|-----|
| 12ヵ月以内 | 15% |
| 12ヵ月経過後 | 30% |
| 24ヵ月経過後 | 50% |
| 36ヵ月経過後 | 75% |

※対象は介護度2～5

2025年1月には、在宅および入所介護に対する給付額がさらに4.5%引き上げられる。2028年からは、過去3年のコアインフレ率を反映した介護給付変動制の導入が計画されている。

2) 介護者のための給付改善

上述の給付額引き上げ以外にも、介護者の負担軽減をねらい、例えば以下の給付改善が行われる。

① 介護支援手当

疾病のため家族が要介護になるなどして、必要な介護サービスの手配などが急遽必要になった場合、要介護家族 1 人当たり 1 年で合計 10 日まで休暇が保証され、またその休暇中も、雇用主、または介護保険から給与額に応じ手当を得ることができる。これまでは要介護家族 1 人につき 1 回限りしかこの手当を受けられなかったが、2024 年からは、同じ要介護者であっても翌年以降も年間 10 日まで再度利用できるようになった。

② ショートステイと障害介護（代替介護）の統合

この二種の給付間での転用時にあった制限が 2025 年 7 月 1 日をもって撤廃され、これらの年間の合計額 3,539 ユーロが柔軟に使えるようになる。また代替介護請求の際の条件であった介護開始から 6 ヶ月の待機期間も撤廃される。さらに年間 6 週間であった代替介護の最長期間も、ショートステイ同様に 8 週間に延びる。介護する親の負担が特に重いという理由から、5~25 歳の重度の要介護者（介護度 4 および 5）に対してはこの統合が、2024 年 1 月 1 日に前倒しとなった。

3) 介護職不足への対策

- ① 近年、在宅・入所介護事業者に対して与えられている労働条件改善策への助成プログラムを、2030 年まで延長する。また 2023 年 7 月から、助成額に事業者の規模が反映されるようになり、介護職員が 25 人以下の小規模事業者への補助金額が引き上げられた。これをもって、例えば労働時間延長や、派遣労働への転向防止を促進していきたい意向がある。
- ② 各州の枠組み契約交渉パートナー¹⁾が人材プールなど中短期的な欠員に対するコンセプトを作成する。目的は介護において派遣職員の数を減らすことにある。
- ③ 急な欠員が出た際に、常勤職員、また代理人プールに登録する職員が代理をした場合は、多めに賃金（フレックス手当）を与える。
- ④ 派遣職員の仲介にかかる費用は、経済的とは認められないことから、原則介護料金²⁾に上乘せしてはならないが、客観的な理由がある場合は例外を認めるようにしていく。この客観的と認められる理由を 2023 年末までに介護金庫側と介護提供者側は検討し、勧告する。
- ⑤ (EU 域外などでの) 職員採用のための費用も介護料金に反映させられるようにしていくために、各州の枠組み契約交渉パートナーがそのルール作りを行うことになった。その際、公正かつ倫理的な採用であることの証明を介護事業者側に求めることもできるようにしていく。
- ⑥ 介護施設では有資格の介護職員の配置基準が決まっているが、介護専門職または補助職への教育中の職員や、資格認証のための追加実地教育を受けている外国人職員は、カウントされてこなかった。しかし資格がまだない職員に、職業（実地）教育を与える施設は、各資格の配置基準に含めることが可能になった。

4) 介護におけるデジタル化

- ① 介護の改善・強化の潜在性を特定し普及させる「デジタル化と介護」コンペティンス・セン

ターを、介護金庫保険者の全国代表団体である介護金庫中央連合会に設置する。

- ② 入所・在宅介護施設のデジタル化・技術購入促進プログラムを2030年まで延長する。同プログラムは、介護職員の負担軽減ほか、介護提供体制の改善、施設内でのインターネットへのアクセス提供などによる要介護者のデジタル化を目指す。
- ③ これまで各入所・在宅介護施設の自主性に任されていたデジタル医療データ・スーパーハイウェイ構想（テレマティック・インフラストラクチャとも呼ばれる、各種医療機関との分野横断的コミュニケーション・情報交換のためのネットワーク）への接続を2025年7月1日から義務化する。初期投資および運営維持費用は、社会法典11編106b条に基づき介護保険から償還される。

5) 財源

給付増を支える財源として、2023年7月から子どもを持つ被保険者の保険料率は0.35%増の3.4%に、子どもを持たない被保険者の保険料率は0.6%増の4%となった。

その一方で、連邦憲法裁判所の判決に基づき、子どもが1人増えるごとに保険料が0.25%減額されることになった（ただし子どもが25歳未満である限り。また最大5人まで）。ドイツでは、2001年の連邦憲法裁判所の判決に基づき、子どもの有無で保険料率が異なっており、現在子どもの年齢とは無関係に子どもを持つ人は持たない人より0.6%保険料が低い。これは、賦課方式の社会保険制度を支えるのに貢献する子どもを持つ人が、持たない人と同様の保険料率を払うのは憲法に則さないという考えに基づく。これに加え連邦憲法裁判所は2023年、子どもの数と無関係に保険料負担が同額であるのは憲法上正当化されない、という判決を下した。理由として、子どもが多いことによる費用増加と（母）親の就労機会が減じることがあり得ることに対する社会保障制度上で償いが必要、と説明されている。ちなみにドイツの女性1人当りの平均的子どもの数は2人未満（2022年の合計特殊出生率は1.46）であるので、保険料収入は全体としては増加する計算となる。

2. ドイツ公的介護保険の財政・給付をめぐる動き

1) 柱となる現金給付

介護保険制度について定めている社会法典11編3条によれば、介護保険は「在宅介護と、家族や近所の人が介護をしようという気持ちを優先的に支援する」。そのために私的な介護に対して現金給付が与えられている。

事業者による各種介護サービスに対する現物給付は、金額的には現金給付の数倍ではあるが、部分保険原則の下、介護度ごとの上限額までしか給付されないため、多くの場合利用者にとって自己負担が伴う。入所介護においては、居住費・食費に加え、介護施設の実習生の職業教育費、および設備投資費も利用者が負担する。その際、日本のように利用者の所得は考慮されず、所得が足りなければ、資産、場合によっては子どもの収入からも支払うことになり、それができなくなりはじめて社会扶助の一種である介護扶助で支援する仕組みだ。在宅介護サービス給

付も、この何年か多様化・柔軟化し増額もしてはいるものの、多くの場合 自己負担が伴う。その上、不足気味の介護職員の賃金増³⁾などでサービス料金も高騰している。その結果、ある程度所得がない限りは、自己負担して事業者による介護サービスを利用するよりは、安価であっても現金が貰える、家族などによる在宅介護を選ぶことになる。実際 2019 年から 2022 年の間、公的介護保険の現金給付の受給者が 188 万人から 246 万人に増加した。現金給付受給者は、制度発足当時から常に全受給者の半数以上を占めてきたが、その割合は近年増加傾向にある（連邦保健省）。

2) 入所介護は減少続くも支出は増加。年金収入に対し自己負担重く

その一方で、入所介護受給者は 86 万人から 84 万人に減少した（連邦保健省）。入所介護の受給者は近年減少傾向にある。しかしながらその支出は 2019 年 149 億ユーロから 2022 年 184 億ユーロへ 23%もの伸びとなった。同期間の介護保険全体の支出は、急速に進む高齢化に物価・人件費高騰などを背景に、440 億ユーロから 600 億ユーロへと 36%の増加であった（vdek、連邦保健省）。

ドイツの介護保険は、例外的措置を除けば伝統的に保険料のみを財源としている。介護需要が増加する、または介護給付を引き上げるとなると、介護保険料をその分引き上げるしかない。また 介護給付額以上に介護サービス料金が増額になると、利用者の自己負担で賄うしかなく、要介護者にしわ寄せがいく。こうして、特に負担の重い完全入所施設の自己負担の平均月額、例えば 2019～2023 年の間 1958 ユーロから 2610 ユーロに増えた。2022 年、1-1) で述べた自己負担への補助金が導入されその年の平均月額は 2,000 ユーロを一度下回ったが、2023 年再び上回り、PUEG によっても上昇傾向は続くと予測される（Rothgang/Müller）。それでも、世話をしてくれる家族がいない認知症の要介護者などは、多くの場合入所施設に頼らざるを得ないのが現状だ。

一方、大半の高齢者において主要な収入源である公的年金の月額平均受取額は 1,152 ユーロ（ただし 2022 年。税引き前）で、入所介護の自己負担額を大きく下回っている。近年、公的年金を補足するために複数の個人年金⁴⁾への加入促進策なども行われてはきたものの、普及率は高くない。連邦統計局による最近の調査によれば、年金生活者の 42%の所得は月額 1250 ユーロ以下という（Zeit Online）。このような結果、入所介護受給者における介護扶助受給者の割合は 2017 年の 31.9%から 2021 年の 36.8%に増えた。2022 年には入所介護費用の自己負担分を補助する策が導入（1-1）され、この割合は一度 30.5%に減少。しかしロシアによるウクライナ侵略以降の物価高騰などで、2023 年には再び 32.5%に増加した（Rothgang et al）。

3. PUEG 後の議論

現金給付による家族介護を中心に据えることで、支出が抑制されてきたはずのドイツの介護保険だったが、2017 年の抜本的介護改革以降、要介護者数（2022 年 人口 8,436 万人中 519 万人⁵⁾）も給付も増え、2015 年には 1.3%（日本 2% OECD 調べ）だった GDP に占める介護支

出の割合も 2021 年には 2.5%（日本 2.2% OECD 調べ）となった。OECD 統計では直接的には比較はできないものの、高齢化が進んでいる日本より人口に対して受給者数が多く、国際比でも費用がかかる保険制度になってきていることは見てとれる。

そして、PUEG も抜本的改革にはならない、と関係者らは評価する。例えば先頃、公的介護保険の代表団体でもある公的医療保険中央連合会（GKV-SV）キーファー理事長が、「保険料率が引き上げられる一方で要介護者の自己負担が増大している。…総じて制度はぐらついている。…需要が伸びたら 2025 年から財源確保は保証されない」と、現行制度は要介護者の負担をさらに重くし、また数年内に財源確保も難しくなると指摘。全ての関連主体から成る委員会を連邦議会内に急いで設置し、制度転換の議論をする必要性を訴えた。

高齢化に伴い介護人材不足も深刻化している。中小介護施設の団体である独介護障害者支援連合会（VDAB）は、GKV-SV 理事長の発言に賛同しつつも「財源がしっかりあっても現場で介護が提供されなければ助けにならない」と、慢性的介護人材不足とコスト増による介護提供体制の悪化解決の重要性を併せて強調した。背景には、人口および介護職員の高齢化に対し介護職希望者が十分に増えないことや、パートタイム勤務または他職へ転向者が多い、病欠が多いといった事情がある。2021 年、全国で年間平均約 18,200 の介護専門職の求人が埋まらないままだった（Seyda）。人材不足は今後さらに悪化することが予測されている。

ある全国世論調査によれば、国民の 8 割は、自己負担が重い現行の部分保険制度から、ニーズを全般的にカバーするフル保険制度を望んでいるという（verdi）。しかし保険料を大きく増やさずフル保険を実現するとしたら、税金など他財源の投入などのほか、これまで以上の抜本的改革が必要になっていくだろう。

【注】

- 1) 介護保険制度を定める社会法典 11 編 75 条に基づき、州レベルで、介護金庫連合会など費用負担者側と 介護事業者の主な運営または代表団体が、介護給付内容や、介護の条件、職員配置などを、枠組み契約で定めている。その目的は効果的で経済的な介護供給である。
- 2) 介護事業者が利用者に課す料金は、介護金庫や社会扶助運営者など費用負担側と介護事業者運営者との間での交渉により決められている。介護事業者は、経済的かつ効果的に介護を給付しなければならず、料金は必要な範囲を超えてはならない（社会法典 11 編 29 条）。例えば完全入所型介護施設の事業者は料金交渉の際、必要に応じ、要求する料金が介護給付能力、並びに経済性に基づくことを書類で示さなければならない（社会法典 11 編 85 条）。
- 3) 介護職員の平均賃金は長い間、他の職の平均賃金より大きく下回っていた。連邦政府は介護職の魅力向上を政策目標にし、近年複数の賃上げ策を講じている。その結果賃金は著しく上昇した。例えば、2021 年、介護ホーム（Pflegeheim）と呼ばれる入所型介護施設の専門職員の平均月収（額面）は、全産業の類似した資格者の平均月収である 3,399 ユーロを上回る、3,430 ユーロだった（連邦統計局）。専門職員とは、少なくとも 3 年間の介護職業教育を修了した者を指す。

- 4) 例えば、2002 年以来公的補助を付け普及を試みている追加的個人年金保険、リースター年金の加入率も、20 年経っても現役世代の 1/4 にとどまっている (Geyer, J/ Grabka, MM/ Haan, P)。連邦政府は追加的年金制度のさらなる強化を計画中である。
- 5) 人口の約 1 割が加入する民間介護保険の受給者も含めた数。介護保険においては民間保険も公的保険も統一的な制度となっている。ちなみに日本は人口 1 億 2,550 万人中要介護者は 589 万人 (2021) であり、人口当りの要介護者数はドイツの方が多計算になる

【参考文献】

- Bundesgesundheitsministerium(連邦保健省). Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten (Accessed February 2024).
- Geyer, J/ Grabka, MM/ Haan, P (2021) 20 Jahre Riester-Rente - Private Altersvorsorge braucht einen Neustart. DIW Wochenbericht Nr. 40. www.diw.de/de/diw_01.c.826232.de/publikationen/wochenberichte/2021_40_1/20_jahre_riester-rente_private_altersvorsorge_braucht_einen_neustart.html (Accessed on Feb. 22. 2024).
- Rothgang, H. et al (2023) Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. DAK. www.dak.de/dak/download/expertise-2609248.pdf (Accessed on Jan. 13. 2024).
- Rothgang, H/ Müller,R (2023) Barmer Pflegereport 2023 - Pflegebedürftige im Krankenhaus. Barmer. www.barmer.de/resource/blob/1247448/7532f52aba867d21712439e492c675b4/dl-pflegereport-2023-data.pdf (Accessed on Feb. 10. 2024).
- Seyda, S (2022) Altenpflege: Sieben von zehn Stellen können in NRW nicht besetzt werden. Institut der deutschen Wirtschaft. www.iwkoeln.de/presse/pressemitteilungen/susanne-seyda-sieben-von-zehn-stellen-koennen-in-nrw-nicht-besetzt-werden.html. (Accessed on Feb. 26. 2024).
- Statistisches Bundesamt (連邦統計局) (2022) Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst in Kliniken binnen zehn Jahren um 18% gestiegen. www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/05/PD22_N026_2313.html;jsessionid=E110CDFC18A9B0FCD9DE2C1261FED825.live741 (Accessed on Feb. 10. 2024).
- Verdi (2023) Mehrheit für Vollversicherung. www.verdi.de/presse/pressemitteilungen/++co++9b64714c-41a7-11ee-9f37-001a4a160129 (Accessed on Feb. 19. 2024).
- Vedk (2024) Daten zum Gesundheitswesen: Soziale Pflegeversicherung. www.vdek.com/presse/daten/f_pflegeversicherung.html (Accessed on Feb. 20. 2024).
- VDAB (2024) VDAB begrüsst die Forderung des GKV-Spitzenverbandes nach einer-Enquete-

kommission zur Zukunft der Pflege.

www.vdab.de/presse/pressemitteilungen/news/vdab-begruesst-die-forderung-des-gkv-spitzenverbandes-nach-einer-enquete-kommission-zur-zukunft-der/?L=0&cHash=3c56fe31222d98d32b162f0b0ce95476 (Accessed on Feb. 21. 2024).

- Zeit Online(2024) Viele Rentner haben weniger als 1250 Euro Netto-Einkommen.
www.zeit.de/news/2024-01/21/viele-rentner-haben-weniger-als-1250-euro-netto-einkommen
(Accessed on Feb. 19. 2024)

- 厚生労働省（2021）令和3年介護保険事業状況報告
<https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/21/index.html>（2024年2月16日にアクセス）

第V章 フランス

V-1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

1. 制度概要

1) 法令

一般的に想起される高齢者介護ニーズに対する普遍的な給付体系としては、2001年に法が成立し、2002年から導入された「個人別自立手当 (APA, Allocation Personnalisée d'Autonomie)」がある。APAは後述のように、共通の申請プロセス（要介護認定等）を経たのち「在宅APA」と「施設APA」に分かれての給付体系となっている。

一方でAPA以外で、高齢者介護ニーズに対応する制度としては、①「在宅家事支援」制度（APA非受給者（日本で言ういわゆる「軽度認定者」）への社会扶助（いわゆる福祉サービス）での家事支援等）、（老齢年金の保険者組織である）②「老齢保険金庫による支援」（APA非受給者で、①「在宅家事支援」の非対象者への家事支援等）、③「ハンディキャップ補償給付（PCH）」（障害者向け一般給付。申請時60歳未満の者がAPA対象年齢となった後の介護ニーズや、60歳を超えていても60歳以前にPCHの要件を満たしていた者の介護ニーズ等に対応）、④「居住に関する社会扶助（ASH）」（介護施設等の居住費負担に対する社会扶助）、⑤（家族手当金庫から行われる）「住宅扶助」、⑥在宅、施設サービス利用者に対する「税制上の支援」がある。（※注1）
以下はAPAを中心に記述する。

2) 対象者

APAの給付対象者は60歳以上でフランスに合法的に定住する者である。

3) 保険者／運営主体／費用負担者

APA、①「在宅家事支援」、③PCH、④ASHは基本的に県が運営している。他方①「在宅家事支援」及び④ASHの申請に関しては市町村に相当するコミューンの社会福祉センター（CCAS）に対して行う。②は老齢保険金庫に、⑤は基本的に家族手当金庫に対して申請を行う。

4) 財源構成

APA給付の財源は、約4割をCNSA（「全国自立のための連帯金庫」）から、残りは地方税を財源とした県予算から賄われている。CNSAの財源は、CSG（一般社会拠出金（所得を賦課ベースとした社会保障目的税））が大きな割合（2022年において約88%）を占めており、このほかCSA（自立のための連帯拠出金）及びCASA（自立のための連帯追加拠出金）がある。CSAはCNSAの設立と同時に2004年に導入され、使用者が被用者の年間1日分の無給就業による付加価値分としての給料の0.3%の拠出、及び不労所得の0.3%からなる。CASAは2013年に追加的に導入されたもので、年金受給者を対象に退職年金や障害年金の0.3%の拠出を求めるものである。

5) サービスの利用

APA の申請プロセスにおける「要介護認定」に相当する過程は、県等が申請者の自宅に派遣する「医療福祉チーム」により行われる。「医療福祉チーム」は、AGGIR と呼ばれる要介護度評価に係る一覧表を参照し、GIR 1 から 6（1 が最重度）の 6 段階で要介護度を認定する。GIR の認定に当たっては、10 項目の身体・精神活動（①言語・非言語によるコミュニケーションや良識的・論理的行動能力、②時間空間認識、③身支度、④着替え、⑤食事、⑥排せつ、⑦立位・臥位・座位の移行、⑧生活空間内での移動、⑨生活空間外での移動、⑩緊急時の行動（必要な場合に電話やアラームといった遠隔伝達手段を使用する能力））及び、申請者の状況をより全般的に評価するための補足 7 項目（①お金の使用、財産や物の管理、行政手続き、②食事の準備、配膳、③日常の家事の遂行、④交通手段の利用、⑤物品の購入、⑥医師の処方の理解、自己管理、⑦社会活動への参加等）が考慮される。

「医療福祉チーム」の評価後、県に設置されている「提案及び調停委員会」において認定が決定され、この際に併せて「介護支援プラン」や、自己負担額（決定方法については「7. 低所得者への対応等」参照）についても決定される。「介護支援プラン」においては、身体介護や生活支援の必要時間や、デイケア及び他の地域での自立を支える支援へのニーズが規定される。

GIR の 6 段階のうち、GIR5、6 は自立しているとみなされるため、APA の給付を受けることはできない。その代わりに一定の要件を満たせば、「在宅家事支援」制度や、「高齢保険金庫による支援」を受けることが可能となっている。

6) サービスの種類

在宅 APA の対象となる具体的なサービスとしては、介護・看護・リハや家事援助等の訪問サービス、ショートステイ、デイケアに加え、「家庭ボランティア」(accueillant familial、自宅無料で高齢者等を受け入れるもの) 等が想定されている。またいわゆる「介護施設」のうち、医療機能を有しない「自立住居」(Residences Autonomie) や、「高齢者のための居住施設 (EHPA)」においても、在宅 APA が適用され得る。

他方で介護施設には「要介護高齢者のための居住施設 (EHPAD) (医療機能を有する高齢者施設)」と「長期療養ユニット (USLD) (医療機関に併設され、高齢者のみを対象としない)」がある。後者は一般に EHPAD よりも医療依存度の高い者を対象とし、医療機関の一部 (ユニット) とされている。EHPAD、USLD とともに、上記の「居住に関する社会扶助 (ASH)」及び (家族手当金庫から行われる) 「住宅扶助」の対象となっている。またこれら 2 つの扶助は、「自立住居」(Residences Autonomie) 及び「高齢者のための居住施設 (EHPA)」も対象としている。

図 1 は主な介護施設の数の推移を見たものである。医療経済研究機構[2023]は 1997 年に EHPAD 及び USLD が導入されて以来、医療機能を有する施設が主流となったこと、また高齢者向け居住施設への医療機能付与を推進する政策がとられてきたことを指摘しているが、そうした状況を示すデータとなっている。

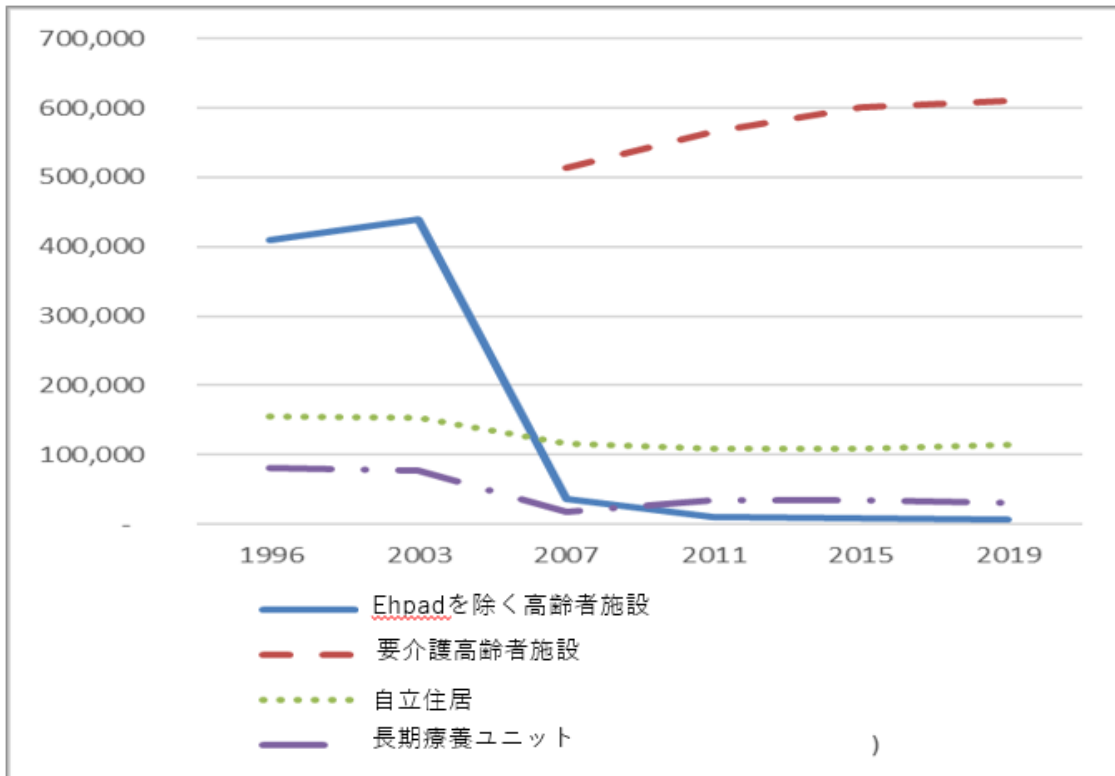


図1 1996年から2019年までのカテゴリー別入居施設数の推移

出典：L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2022 (Fiche 18)

2. 財政状況

図2はAPA（在宅、施設）及びASHの支出の推移をグラフにしたものである。ASHの支出は横ばいである一方で、APAについては在宅、施設ともに顕著な伸びを示していることが理解できる。特に2010年代半ば以降においては、APA（在宅）の伸びがAPA（施設）よりも高くなっている。

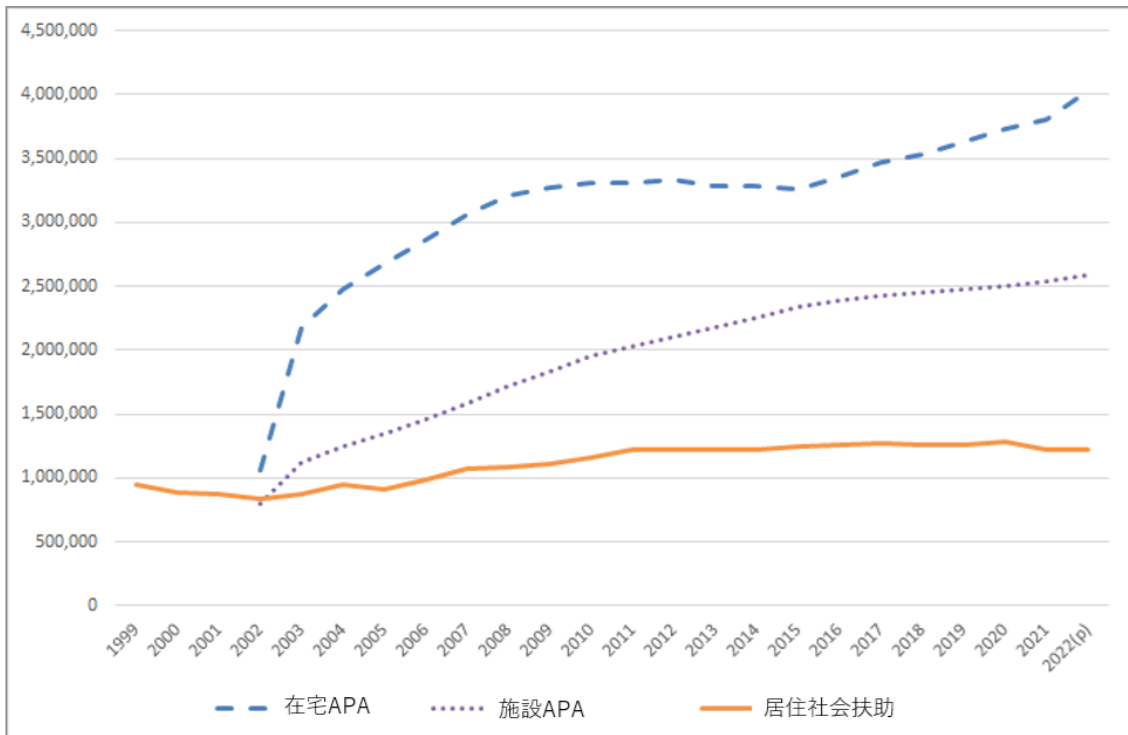


図2 要介護社会支援支出の長期推移(1999 - 2022)

出典：Les dépenses d'aide sociale départementale - séries longues (1999 - 2022)

こうした伸びを見せる APA を含め、高齢者介護制度の持続可能性の向上に対応すべく、「戦略、資金、ガバナンス」に係る内容を含む新たな法案の提出が 2024 年に見込まれることとされており、これらの動きが注目される（詳細は「V-8. 介護制度最新の動向」参照）。

（※注1）参照した医療経済研究機構 [2023] においては、これらに加え、一定の所得水準に満たない者に対し公的保険ではカバーされない医療費をカバーするもので、疾病保険金庫が無料で提供する「補足的 CMU(CMU-C)」や、CMU-C の受給要件を満たさない低所得者への「補足疾病保険金補助」(ACS) も並記して紹介されている。

【参考資料】

- ・医療経済研究機構[2023]、「フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2022 年版」
- ・厚生労働省[2022]、「海外情勢報告」
- ・WHO/OECD[2021]、「Pricing long-term care for older persons」
- ・Cap Retraite 社ホームページ (<https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/types-de-maison/ehpanbsp-letablissement-dhebergement-pour-personnes-agees/>)
- ・フランス政府ホームページ (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/quelles-sont-les-aides-des-caisses-de-retraite>)

V-2. 認知症の人を支えるための施策

日本福祉大学福祉経営学部

中島 民恵子

1. 認知症の人の推計数

2023年に示されたOECDのデータによると、2021年の認知症の人の数は人口1,000人あたり17.3人、2040年には24.0人に増加することが見込まれている¹⁾。また、Lancetによると、2019年に1,203,439人、2050年には2,191,307人に増加すると見込まれている²⁾。

2. これまでの施策の概要

フランスでは本報告書で扱っている国の中で最初となる2001年に「第1期認知症国家計画 (Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées: 2001-2004)」が示された。第1期の計画には、①認知症の初期症状の特定と紹介、②早期診断へのアクセスの確保、③本人の尊厳の確保、④本人への経済的支援と本人・家族への情報提供、⑤入所施設の質の改善、⑥基礎研究・臨床研究の支援の6つの目標が掲げられた³⁾ 4)。

続いて、「第2期認知症国家計画 (Plan Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007)」が示された。第2期の計画には、本人と家族の生活の質を向上するために、①認知症の長期疾患リストへの記載 (保険への100%の適応)、②本人と家族のニーズに対応したケア提供、③早期診断の促進と質の向上、④早期の本人と家族への支援の強化、⑤在宅支援の充実、⑥認知症の症状を考慮した高齢者向け介護施設の整備、⑦専門職やボランティアのための研修の開発、⑧緊急時のケア対応の整備、⑨若年性認知症の人のニーズの把握と支援、⑩研究および臨床研究の推進の10の目標が掲げられた⁵⁾。フランスでは早い時期から認知症国家計画が示されてきたが、これら2期にわたる計画では認知症の診断や根治といった医学的側面に基軸があったこと、予算の規模も小さかったことにより、認知症施策が効果的には推進されなかったことが指摘されている⁶⁾。

2008年に「第3期認知症国家計画 (Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012)」⁷⁾ が示された。第3期の計画には、3つのセクションに11の目標、44の施策が掲げられている。3つのセクションと11の目標は表1の通りである。第1期、第2期と比べると大規模な計画であり、5か年で16億ユーロの予算が計上された⁸⁾。また、2012年に5年間の総括が公表され11の目標に対しての達成状況および今後の課題について示された⁹⁾。

さらに、2014年に「神経変性疾患に関する国家計画 (Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019)」が示された¹⁰⁾。本計画はこれまでの3つの計画の成果を踏まえつつ、これまでと異なり、アルツハイマーおよび関連疾患を中心に据えつつ、パーキンソン病と関連疾患、多発性硬化症 (MS)、筋萎縮性側索硬化症 (ALS) やハンチントン病の人々といった神経変性疾患全般を包摂する計画である。4つの戦略の軸として、「I. 全域にわたる生涯を通じた

ケア・支援の提供」、「II. 神経変性疾患の課題に対する社会の適応の促進、個人および社会生活への影響の軽減」、「III. 神経変性疾患に関する研究の発展と調整」、「IV. 計画を公共政策と健康を民主化するための真のツールへ」が示されて、96の施策が掲げられている¹¹⁾。認知症国家計画の枠組みを超えて、広く神経疾患に裾野を広げた計画と言える。

表1 第3期認知症国家計画（2008-2012）の目標

| セクション | 目標 |
|-------------------|---|
| I 本人とケアラーの生活の質の向上 | 1. ケアラーを支援する 2. 関係機関の連携を強化する 3. 在宅ケアを本人・家族が選択できるようにする 4. アクセスの改善とケアパスの最適化 5. 施設内ケアの質の向上 6. 専門職の評価と教育 |
| II 行動のための知識 | 7. 研究の強化 8. 疫学調査を実施する |
| III 社会問題に取り組む | 9. 市民の認識向上のための情報提供 10. 倫理的な配慮と倫理的なアプローチの促進 11. アルツハイマー病をEUの優先課題に |

出典：近藤（2013）の表5の抜粋および一部変更

3. 2020年以降の動向

2021年に「神経変性疾患に関する国家計画」の第2期の計画と言える「神経変性疾患ロードマップ（Feuille de route Maladies neuro-dégénératives 2021-2022）が示された¹²⁾。本ロードマップは、「神経変性疾患患者のケアに特化したシステムの評価¹³⁾」を踏まえている。評価においては、認知症の人の行動・心理症状（BPSD）に関して日中にプログラムを提供するPASA（pôles d'accueil et de soins adaptés）や、重症のBPSDを対象としたUHR（unités d'hébergements renforcées）など専門的なケアシステムを少しずつ発展させてきたが、供給不足であることなどが示されている。これらを受けて、連帯保健省と神経変性疾患を持つ人を代表する団体の代表者による広範なディスカッションを踏まえて、ロードマップが示された。

ロードマップの10本の柱として、①早期診断からのパスウェイを確実なものとする、②行動心理障がいによるパスウェイの中断時の最善な対応、③若年で疾患が見られる人に適応したパスウェイと支援、④研究へのアクセスの向上、⑤病院でのケアの適応（不適切な入院を回避するための事前対応（EHPAD）および適切な医療対応のためのリファレンスの構築）、⑥パーキンソン病の人のパスウェイの適応（特に神経刺激）、⑦ヨーロッパにおけるフランスの取り組みの促進とベストプラクティスの共有、⑧予防、⑨医療と社会的サポート、

⑩健康に関する民主化、が示されている。

【参考文献】

- 1) OECD(2023)Health at Glance 2023 OECD Indicators.
- 2) GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators(2022)Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health. 7: e105–25
- 3) Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (2001) Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/1st%20French%20Alzheimer%20Plan%202001-2005.pdf>
- 4) Le 1er plan Alzheimer : 2001-2004 (Fédération des Centres Mémoire Website) <https://www.centres-memoire.fr/le-premier-plan-alzheimer-2001-2004/>
- 5) Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007 (2015) <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/2nd%20French%20Alzheimer%20Plan%202004-2007.pdf>
- 6) 近藤伸介 (2013) 「フランスの認知症国家戦略」『老年精神医学雑誌』 24 : 984-989
- 7) Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/3rd%20French%20Alzheimer%20Plan%202008-2012%20%28English%29.pdf> (英語版全文)
- 8) 近藤伸介 (2015) 「フランスの認知症国家計画」『海外社会保障研究』 No.190.14-23
- 9) Rapport. Evaluation du plan Alzheimer 2008-2012. <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-evaluationplan-alzheimer-2012.pdf>
- 10) Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth (2018) Alliance for People with Dementia Report on the Implementation of the Agenda of the Alliance for People with Dementia 2014-2018 <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/128374/3b641b6e9bcdac22299838e17659480f/bericht-umsetzung-agenda-demenz-en-data.pdf>
- 11) Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014) Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019. <https://www.alzheimer-europe.org/sites/default/files/2021-10/France%20Neurodegenerative%20plan%202014-2019.pdf>
- 12) Ministère du Travail de la Santé et des Solidarités(2021) Feuille de route Maladies neuro-dégénératives 2021-2022 https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_pmnd_version_longue.pdf
- 13) Membres de l'inspection générale des affaires sociale (2021) Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-104r_english_version_.pdf (英語版全文)

V-3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取り組み

東京都長寿医療研究センター研究所 副所長

藤原 佳典

1. 国の予防全体についての政策の概要

フランスでは、国家健康戦略¹⁾ (Stratégie nationale de santé 2018-2022) に従って「高齢期の自律性の喪失を防ぐ(=日本の介護予防に該当する)PREVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE」事業が中核をなしている。

年齢を重ねるにつれ、慢性かつ多発性の疾患の有病率が高まり、また生理的機能の低下による、いわゆる frailty (脆弱性) や感覚障害の増加が原因となり、自律性の喪失につながる。

自律性の喪失を防ぐには、誰もが日常生活の活動を制限することなく年齢を重ね、可能な限り要介護状態の発症・進行を遅らせることができるようにする必要がある。そのためには、特に低栄養、抑うつ、多剤併用など薬物による副作用および転倒の予防に焦点を当てなければならない。これらは高齢者の入院の主な要因であり、健康状態の悪化および依存状態の原因であるが予防可能と言える。

自律性と移動能力をできるだけ長く維持するには、多発する慢性疾患の管理、生活環境の適応、テクノロジー支援を統合した、健康増進アプローチの実施が課題とされた。

現在、国家健康戦略としては、Stratégie nationale de santé 2023 – 2033、Projet soumis à consultation を作成中である²⁾。同戦略における予防策には、身体活動やスポーツ活動、さらには社会的サポート・ネットワークの維持を可能にするグループ活動などの主要な手段を通じて健康に有益な行動を導入することが含まれており、これを促進・発展することを明示している。

具体的な予防手段は、特に人生の主要な年齢 (45～50 歳、60～65 歳、70～75 歳) における予防会議 (プリベンション・ランデブー)³⁾ または ICOPE (Integrated Care for Older People、WHO「ヘルシー・エイジング」のフランス版) を実施することにより導入をしていく。とくに ICOPE は 2020 年 6 月から、連帯保健省と国民健康保険基金 (CNAM) が共同で、在宅高齢者の虚弱性を特定する全国的な実験を開始している。これにより、簡易な 6 つの機能的な能力 (聴覚、視覚、栄養、認知、運動、精神的健康) 検査により、加齢に伴う脆弱性 (frailty) をスクリーニングし、早期に対応することが可能になる。1 年以内に、フランス全域に予防会議を実施し、3 年以内に、WHO ICOPE アプローチに基づく自主性喪失のスクリーニングと予防プログラムからなる高齢者の統合ケアモデルを全国に展開する予定である。

他方、「私の予防レポート」(Mon bilan prevention)⁴⁾ は、医療専門家により保健行動を修正するアドバイスを得ることができるセルフチェック票であり、保健省のイニシアティブでその普及が図られている。

2. 自治体のソーシャル・サービス施策とその実際

1) 介護予防の方策とその実例

高齢者の自律性喪失の防止は、2015年の「高齢化への社会適応に関する法律」(loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement du 28 décembre 2015)の優先課題となっている。この法律は、60歳以上の人々の自律性の喪失の防止（いわゆる介護予防）のための資金提供者会議（conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA)）を各地域で設立することを規定している。

例えば、イゼール県においては、構成メンバーとして、イゼール県評議会（議長）、地域保健庁（ARS Agence régionale de santé）（副議長）、国家住宅庁（ANAH Agence nationale de l'habitat）の地方局、イゼールのプライマリー健康保険基金（CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie）、各年金基金（CARSAT Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail）、ローヌアルプやイゼール市長協会（AMI）からの指定自治体および自治体共同施設の代表者などから構成される。

資金提供者会議の使命は、制度的調整機関として、法律または規制サービスに加えて、自律性の喪失を防ぐための個人および集団の行動に資金を提供するための調整されたプログラムを決定することである。

資金提供者会議の指針は、「社会的活動と家族に関する規範（条項 L-233-1 CASF）」で、プログラムは以下に関するものと規定されている。

- ① 生活・健康機器および個別の技術援助へのアクセスを改善する
- ② 自治住宅（新名称）との契約（CPOM）への割り当て
- ③ ホームヘルプおよびサポートサービス（SAAD）によって実施される予防措置の調整とサポート
- ④ 多目的ホームヘルプおよびケアサービス（SPASAD）によって実施される予防措置の調整と支援
- ⑤ 介護者へのサポート
- ⑥ その他のグループ・社会参加型の予防活動の開発

これらのガイドラインを実施するために、全国自立連帯基金（CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie）は各部門に資金援助を提供し、国家レベルで資金提供者会議の組織を確保している。

イゼール県では、自律性喪失の防止に関するニーズの診断と既存の提案を経て、2017年から2021年までの個人および集団の予防活動に資金を提供するための調整プログラムが採択され、2022年まで延長され、2023年に更新されたという経過がある^{5) 6)}。2017年以降の実績は

- ・診断の実施「シニアニーズへのアプローチ」
- ・連携プログラムの作成

- ・高齢者向け作業療法評価サービスの実施
- ・APAの資格がない国民に対する遠隔支援と補聴器の資金援助
- ・33の独立住宅と契約し、さまざまな予防措置を実施することを目的とした自治自律パッケージの割り当て
- ・1,100を超える予防活動への資金提供
- ・介護者を対象とした活動への資金提供（ディスカッショングループ、カフェ、プロジェクト募集）

2) 地域における実際の取り組み

上記のイゼール県の「1,100を超える予防活動への支援、資金提供」の実例が県によって公開されている。2023年度に融資されるプロジェクトは県内の13地域すべてで282活動にも上っている。主催は地域社会活動センター、高齢者施設、個人、民間企業、アソシエーション（非営利団体）など多様である。

募集テーマは以下のとおりである。

例えば、ダンスとアートを組み合わせた幅広い心身活動（転倒予防、運動能力、バランス感覚、認知力など）を維持向上するプログラムや、住民同士での料理・会食を通じた孤立予防プログラムや映画、ドキュメンタリー、またはミュージカルとカフェタイムを組み合わせた文化および芸術的表現へアクセスするプログラム、安全運転のための講習プログラムなど多岐にわたる。

さらに、デジタル技術の利用、モビリティ、住宅および生活環境整備、権利擁護、うつ・自殺リスクの予防、介護者へのサポートなど日本の地域支援事業に比べて、さらに広範囲に及ぶ活動と言えよう。

【参考文献】

- 1) Stratégie nationale de santé 2018-2022
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_vdefpost-consult.pdf
- 2) Stratégie nationale de santé 2023 – 2033, Projet soumis à consultation
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf
<https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/strategie-nationale-de-sante-2023-2033-ouverture-d-une-consultation-publique-en>
- 3) プリベンション・ランデブー
<https://www.gouvernement.fr/politiques-prioritaires/batir-de-nouveaux-progres-et-refonder-nos-services-publics/des-rendez-vous-prevention-pour-permettre-a-chaque-citoyen-de-devenir-acteur-de-sa-sante>
- 4) 保健予防省 Mon bilan prévention
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/mon-bilan-prevention->

les-rendez-vous-sante-aux-ages-cles-de-la-vie/article/mon-bilan-prevention-en-quoi-ca-consiste

- 5) Département de l'Isère, CONFÉRENCE DES FINANCEURS DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE

<https://www.isere.fr/conference-des-financeurs>

- 6) イゼール県 2023 年の地域活動实例

https://www.isere.fr/sites/default/files/catalogue_actions_2023_par_thematiques_vf.pdf

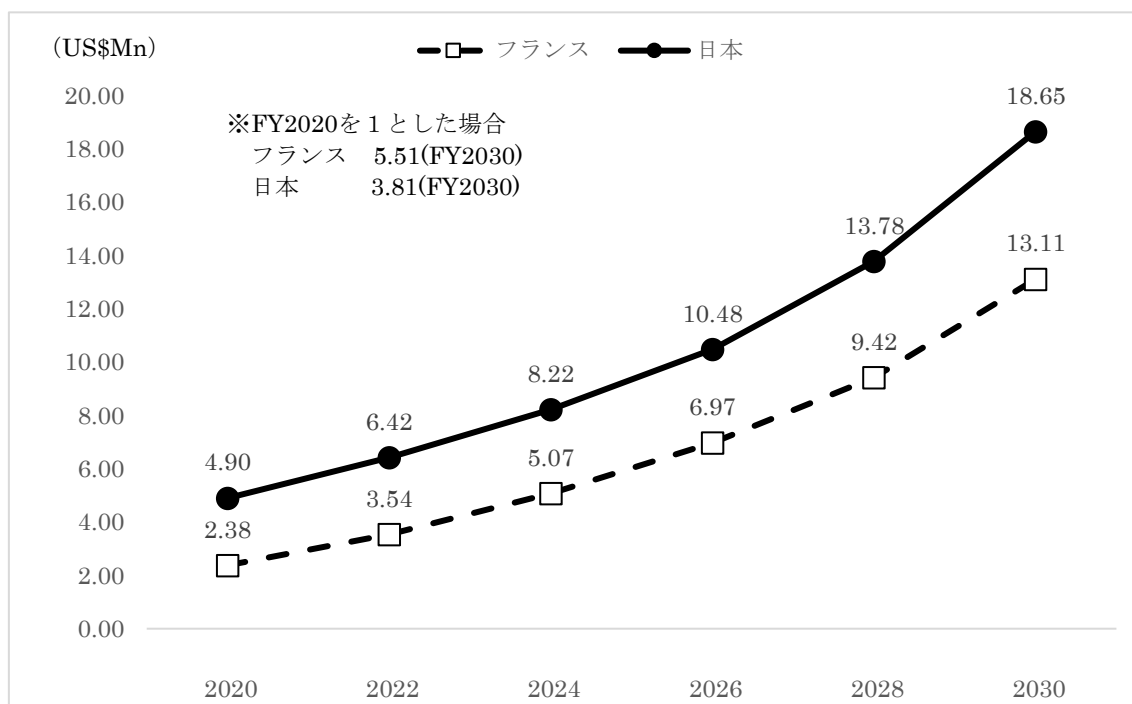
V-4. ICT・ロボットの導入に関する取り組み

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 高齢者向けロボット市場の需要予測

フランスにおける高齢者向けロボット市場の規模は、2030年には13.11百万ドルに到達するとの推計がある（図1）。2020年の推計値を基準とした場合、5.51倍の規模拡大に相当する。日本の介護ロボット市場と比較すると、2030年の市場規模は18.65百万ドルと見込まれる。市場規模の伸びの推計は日本の場合、3.81倍である。日本の高齢者数の推移がフランスより常に高く推移することもあり高齢者向けロボット市場の規模は一貫して日本が大きく推移するものの、市場の成長の伸び率で比較すると、フランスの方が上回る。両国とも介護需要の増加が見込まれるなかで、介護ロボット市場も成長し続けるものと認識されている。



出典：Eldercare-Assistive Robots Market (Europe & East Asia) Industry Analysis, Size, Share, Trends, and Forecast. Future Market Insights, p70 and p117 から筆者が作成

図1 フランスにおける高齢者向けロボット市場の規模の予測

2. ロボット技術やICTを活用したケア関連の研究開発に対する政策的支援

フランス政府は、社会・医療・社会部門のデジタルヘルスの推進に向け、デジタルヘルスケアの改革（Ségur du numérique en santé）を2020年に始めている。これは包括的なプログラムで、デジタル技術を活用して医療や健康ケアの分野を進化・改善させることを目的にす

る。この推進に割り当てられた投資額は20億ユーロのプログラムである。この投資は、健康情報システムの近代化、相互運用性、可逆性、収束性、およびセキュリティを加速することを目的としている¹⁾。社会的および医療社会的施設およびサービス(ESSMS)のデジタル化推進には *Le programme ESMS numérique* が用意された²⁾。個々の利用者に作成される電子ファイル (DUI) の全面的な導入を重視する。ESSMS の中核的な業務をデジタル化することによりサービスの質の向上を見込むとともに、利用者と専門家のコミュニケーションを改善するための重要なステップと捉えられている。

このように、プロジェクト型の政策を通じて、高齢者の生活の質を向上させるためのデジタルの研究開発が活発なってきた。しかし、現在のところ、ロボット技術の研究推進策の方は、デジタル化政策の推進強化ほど重点化されていないようである。

1) 典型的な介護ロボットとケアロボットの受け入れ

フランスでは、情報通信技術を TIC (*technologies de l'information et de la communication*) と呼び、医療分野での利用が増加している。これらの技術は、医療サービスの効率を向上させ、医療システムの効果を高めるために不可欠と認識されている。同様に、介護施設や EHPAD (高齢者依存者向け施設) などの長期ケア施設においても、TIC の利用がますます一般的になっている。高齢者の日常生活を支援するために使用されるロボットは、しばしばソーシャルロボット (*robots sociaux*) または社会支援ロボット (*robots d'assistance sociale*) と呼ばれている³⁾。フランスの国内企業が開発したロボットあるいは製造するロボットには、例えば、KOMPAÏ、Pepper、Robot Ubbo、Awabot、Emobot、Miroki et Miroka などがある^{4) 5) 6) 7) 8) 9)}。これらのロボットは高齢者が自立を維持し、生活の質を向上させるために設計され、さまざまな日常のタスクを手伝い、コミュニケーションを容易にすることを目的にしている。これらのロボットは必ずしも高齢者施設向けではない。医療機関等での活用も想定されそのニーズは幅広い。また、フランスでは高齢者の社会的孤立や孤独といった問題に対しても新しいテクノロジーを活用した研究開発を進めている。例えば、老年医学・老年学分野の研究、革新、評価、研修、倫理を推進する非営利団体のひとつイル・ド・フランス・ジェロントポール (*Géront'if*) は、高齢者の孤独感や社会的孤立感を軽減するための家庭内のソーシャルテレプレゼンスロボットの使用効果を測定する研究を推進している¹⁰⁾。我が国の介護施設でよく見かける装着型の移乗介助支援機器や移動支援機器、ICT を活用した見守り支援システム、ロボット技術を活かした排泄支援機器等は滅多の導入されていない。見守り支援システムは医療や健康の分野で活用が増加する一方、倫理的な原則に基づき、患者の権利を尊重する必要があることが重要な留意事項になっている。

2) 介護サービス供給の間接業務と ICT の活用

フランスには、EHPAD、EHPA、あるいは長期介護ユニットといった介護施設があり、これらの施設では社会扶助や介護給付を記録するため特別に設計された ICT ソフトウェアが

活用されている。フランスは健康イノベーション計画 2030 を策定し、健康分野においてヨーロッパの革新的で卓越した国家になることを目標に定めている。その推進役となる政策の一つが医療記録の共同化であり、Dossier Médical Partagé (DMP) と呼ばれる。この DMP の普及が直近の重点施策となっている。介護施設であっても、医療データを扱う場合は、公的保険者である全国疾病保険金庫 (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) が運営する共有型の電子カルテ DMP と互換性があるソフトウェアを使用することになる。患者から許可を得た関係者は介護施設から DMP の医療記録にアクセスし記録と閲覧が可能になる。

【参考文献】

- 1) Agence du Numérique en Santé, stratégie nationale, Le Ségur du numérique en sante, <https://esante.gouv.fr/segur>
- 2) gence du Numérique en Santé, Le Ségur du numérique en santé, Le Ségur du numérique en santé pour le social et le médico-social, <https://esante.gouv.fr/segur/medico-social>
- 3) Maribel Pino, Sébastien Dacunha, Étienne Berger, Anna GONÇALVES, Anne-Sophie Rigaud, Intérêt de la robotique sociale et d'assistance auprès des sujets âgés, Actualités Pharmaceutiques, V60(611), 2021, Pages 36-39.
- 4) Kompai robotics. KOMPAL, https://www.kompairobotics.com/fr_FR
- 5) Aldebaran. Pepper, <https://www.aldebaran.com/fr/pepper>
- 6) Axyn Robotique. Robot Ubbo, <https://www.axyn.fr/ubbo-expert-2/>
- 7) Awabot. awabot, <https://awabot.com/en/>
- 8) Emobot. <https://www.emobot.fr/en/home>
- 9) Enchanced Tools. Miroki et Miroka, <https://enchanted.tools/>
- 10) GEROND'IF. Domirob, un nouveau programme de recherche sur l'usage de robots à domicile pour les seniors, <https://www.gerondif.org/single-post/2020/08/19/domirob-un-nouveau-programme-de-recherche-sur-usage-de-robots-de-telepresence-sociale-par>

V-5. 科学的介護についての取り組みとその効果

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

科学的介護とは、科学的裏付け（エビデンス）に基づく介護を意味する。日本の厚生労働省が展開する要介護・要支援高齢者向けの政策の文脈で用いられる行政上の用語である。フランスでは、科学的研究と実証された効果に基づいたケアを提供するアプローチを表すのに、「soins basés sur des preuves scientifiques」または「soins appuyés scientifiquement」という用語が一般的に使われている。本章では、evidenced based care や best practice を手掛かりとして情報収集し、フランスにおける科学的裏付けに基づくケアやサービス提供への取り組みを概観する。

1. 科学的裏付けに基づく高齢者向けのケアやサービスの品質管理の取り組み

フランスの医療施設の品質と安全の認証に関するマニュアルが公開されている¹⁾。認証は、フランスの高等保健機関（HAS）によって派遣された専門家が実施する。この認証を通じて、医療施設が地域社会における役割を果たし、患者のケアの質を高めるための戦略的な方向性を定めることを期待している。内容のポイントは第一に、患者中心のアプローチの強調である。患者の視点と経験を重視し、患者やその家族がケアに積極的に関与することを奨励する。また、医療チームが自己評価を行い、最適な方法で結果を達成するための実践を継続できる組織力を重視している。フランスでは看護師もケアを必要とする高齢者に接することも多く、このマニュアルは介護に従事する医療スタッフにとっても有用な内容になっている。

社会的および社会福祉施設や医療社会サービス（ESSMS）を対象としたサービスの品質評価の枠組みもあり、要介護者向けの介護施設（EHPAD）や障害者施設など対象になる²⁾。評価の視点は、利用者中心のアプローチが重視される。品質評価、人権の尊重、サービス利用者のケア計画への参加と共同作成、ケアの継続性と柔軟な対応などを含む。特に、施設やサービスの利用者が積極的に参加し、自らの意思決定に基づいて行動する支援ができていくかを重視している。また、高齢者や障害を持つ成人、慢性疾患を持つ人々が自宅で生活する際の質の高い支援と自立支援も重要視されている。介護や看護の専門職の人材育成と継続的な教育、健康の支援、痛みの管理、倫理的問題にも焦点が当てられている。これらの要素も利用者の尊厳を保つための重要な要素と考えられ評価項目に含まれる。さらに、ESSMS 全体においては品質改善とリスク管理が強調される。このように施設運営やサービスに対して利用者の多様な観点からの評価が用意されているが、マニュアルからはこれらの評価方法や背景となる情報が科学的な根拠に明らかに裏付けられているとわかる記述はみあたらない。また、食事、入浴、排泄などの専門的な職員個人の技能評価も含まれていない。

フランスにおける ESSMS の品質評価は、利用者の尊厳と自立を重視し、多面的なアプロ

一ちを取り入れている。しかし、科学的根拠や個々の職員の技能評価の欠如は、今後の改善点として挙げられる。利用者中心のケアを提供するためには、これらの要素を統合し、継続的な改善を図ることが求められる。

2. 政府主導による利用者及びケアデータの収集・分析システムの枠組み

1) 社会的ケアに関するデータ収集と登録の枠組み

フランスでは、医療・社会分野の関係者との共同作業から生まれた「医療・社会分野のパフォーマンス・ダッシュボード」という全国由国家保健・医療施設のデータを収集分析し、施設の運営規定や価格の決定、あるいは、監査機関を支援するヘルスケアのビッグデータ事業が展開されている³⁾。厚生労働省および国民連帯年金基金(CNSA)の共同要請に基づき、国立保健・医療社会施設のパフォーマンス支援機関(ANAP)が、医療入院情報技術機関(ATIH)⁴⁾と緊密に協力して開発し、現在は、ATIHが医療・福祉施設・サービスのパフォーマンス・ダッシュボードであるTdB-ESMS⁵⁾を実施する役割を担う。医療・福祉施設等はTdB-ESMSの立場からみると、評価フレームワークでケアの質を評価する対象であり、このツールを通じて、継続的な改善を促進し、介護の質を向上させることが可能になる。またこの結果を踏まえて具体的な行動計画を実施していくことになる。この評価と振り返り、そして今後の組織活動計画を作るというプロセスを通じて、品質管理とリスク予防に関するスキルが磨かれていくと期待される。また、介護施設等から情報の登録がなされるが、これらの情報を用いて規制当局がサービス価格の設定に活用する。収集する情報には利用者情報やサービス内容も含まれるが、利用者とケアのデータを収集・分析し、直接的なケアの改善に用いられているわけではなさそうである。

2) 登録データ

在宅看護サービスの評価項目の場合、次のような項目を入力しATIHに提出する⁶⁾。TdB-ESMSでは、介護施設等の運営や提供するサービスに関する詳細なデータを収集し、これに基づいて客観的かつ包括的な評価を行う。登録データの基本構造は3要素あり、Structure、Coupe、individuelle de la personne accompagnéeと呼ばれる。

まず、Structureでは、定員数、認可の状況、受け入れ高齢者数、慢性の病気や症状を持つ人数、サービス提供する地自治体リストなどが含まれる。これにより、施設の基本的な特性や運営状況が明らかになる。

Coupeでは、サービス提供側の支援者や介護者に関する情報も詳細に収集され、例えば、勤務タイプ別の職員数、職員の身分、フリーランサーの職員数などがある。

そして、individuelle de la personne accompagnéeでは利用者に焦点があたり、その個別のデータを登録することになる。例えば、利用者の身分証明書の詳細、生年月日、性別、支援者のタイプ、介護の理由、介護者の情報、介護者の訪問回数、居住地情報など、具体的な個人情報である。その他、追加データとして、特定の年齢層に焦点を当てた情報の提出を求めら

れることもある。例えば、60歳以上の利用者に関するデータや、60歳未満の成人に対する情報などがある。

3. 医療機関に対するサイバー攻撃とデータセキュリティ

フランスの医療機関と ESSMS は、最近もサイバー攻撃の対象となっている⁷⁾。パリ南東の CHSF 病院はコンピューター攻撃を受け、救急サービスと手術が影響を受けた⁸⁾。フランスの複数の病院はサイバー攻撃の増加による電子カルテシステムのダウンを経験し、一部の病院では顧客データが暗号化されるという被害にあった。これらの事例からわかるように、フランスにおいて医療機関等のサイバーセキュリティ対策の強化が重要課題になっている。フランスには、国家情報技術及び自由委員会 (CNIL) という個人情報の保護とデータの利用に関する規制を監督する機関がある。介護サービスなど提供する ESSMS においても、CNIL は患者や利用者のプライバシーを確保し、データの適切な取り扱いを確認する役割を果たしている。例えば、CNIL は、電子的な健康情報や個人に関するデータの収集、保存、処理において規制を設け、これにより ESSMS が法的な基準を順守し、患者の信頼性を確保できるようサポートしている。また、CNIL の主な活動には、個人データの収集と処理に関するガイドラインの提供、監視、違反に対する調査や制裁措置も含まれる。このように、CNIL は、テクノロジーの進化に伴うプライバシーへの影響に対処し、デジタル時代における個人データの適切な管理を確保する重要な役割を果たしている。

【参考資料】

- 1) Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins
- 2) Haute Autorité de santé. Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- 3) JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décrets, arrêtés, circulaires, TEXTES GÉNÉRAUX, Arrêté du 10 avril 2019 relatif à la généralisation du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social,
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4027/jo_pdf_frame.dotdbperf.pdf
- 4) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. <https://www.atih.sante.fr/>
- 5) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. TdB ESMS 2023,
<https://www.atih.sante.fr/tdb-esms-2023>
- 6) Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Présentation synthétique du recueil SI-2SID 2023,
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4477/presentation_synthetique_et_operationnelle_-_si-2sid_2023.pdf
- 7) LE FIGARO. Les cyberattaques contre les établissements de santé ont doublé en 2021(15/2/2022), <https://www.lefigaro.fr/secteur/high-tech/les-cyberattaques-contre-les-etablissements-de-sante-ont-double-en-2021-20220215>
- 8) IT-CONNECT.FR. Cyberattaque : le Centre hospitalier de Corbeil-Essonnes victime d'un ransomware !(23/8/2022), <https://www.it-connect.fr/cyberattaque-le-centre-hospitalier-de-corbeil-essonnes-victime-dun-ransomware/>

V-6. 医療と介護の連携に関する取り組み

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 介護施設等において医療と介護の連携の要となるコーディネーター医師

フランスにおいて、介護施設や老人ホーム（EHPAD）の質を測る指標の一つに入居者に対する医学的管理が適切に実践されているかという視点がある。その必要な役割を果たす役職は医師であり、コーディネーター医師（médecin coordonnateur）と呼ばれる¹⁾。コーディネーター医師は、入居者の主治医ではない。介護施設や EHPAD に従事し入居者の健康状態やニーズを評価しケアを中心に調整し施設内の医療サービスを統括する。施設内の看護師や介護士、その他の職員が円滑に業務にあたることができるように監督する役割もコーディネーター医師の役割にあたる。施設の管理者との関係で言えば、老年医学の観点からアドバイスする立場でもある。そして、入居者とその家族とのコミュニケーションも担当し、健康状態やケアプランに関する情報提供を行う。コーディネーター医師は介護施設において、医療と介護の連携を密接に結びつける不可欠な存在といえる。的確な医学的管理と専門的な調整により、入居者の健康と生活の質を向上させ、施設内の医療サービスの円滑な運営を確保している。介護の現場において、コーディネーター医師が果たす役割は重要であり、これによって入居者とその家族が安心して支援を受けられる環境が整えられている。EHPAD でコーディネーター医師として働くには要件があり医師資格のみでは不十分である。老年学または一般医学および老年医学における大学（DU）または大学間連携（DIU）の卒業証書、または老年医学における 3 年の経験が必要とされる²⁾。

2. 共有プロトコル

自立が低下し介護を要する高齢者のケアパッケージにおいて、介護施設や EHPAD では医療専門職だけでなく、様々な資格を持つ専門家たちが協力し合い、綿密な連携を築いている。看護師や医師はもちろんのこと、理学療法士等のリハビリテーションの専門職、介護に関連する様々な資格保有者が連携している。例えば、看護師や医師をサポートする看護助手（AS）、入居する高齢者の日常生活の活動や移動あるいは社交活動をサポートする老年学看護助手（ASG）、精神的な障害や心理的な障害を抱える人々に対するアシスタント（AMP）がある。他にも、在宅ケアにおいては、高齢者や障害者が日常生活でサポートを受けるための専門家であって、家事の手伝い、食事の準備、付き添いなどを行う社会生活援助者（AVS）という資格がある。こういったそれぞれの専門性を有した資格者が効率よく協働するプロセスを支援する目的で、高等保健機関の HAS が多職種連携のための共有プロトコルを開発し実践するガイダンスを公開している。

共有ケアプロトコルとは、多職種からなるチームとして高齢者本人にとって最も望ましいケアやケアの提供方法のことをいい、特に、複数の急性疾患または慢性疾患に関する状況

をより良く管理するために、医療、介護、社会福祉の専門知識や経験を集め実践に活かすガイドラインのようなものにあたる³⁾。これは、医療施設内や介護施設内のチームケアのみを想定したわけではなく、地域で暮らす高齢者に関わる多職種連携にも適用できるように作られている。プロトコルを設計する過程において単に専門職の目線から多職種連携を構築するのではなく、対象となる高齢者等の経験を考慮すること、非公式な介護者に特に注意を払うことも推奨されている。

3. ケアの経路の改善のための政策的アプローチ：TSN プログラム

高齢者の多様なニーズに対応する社会ケア等の発達の結果、アクセスできる医療や社会ケアは多岐に渡り、そして扱う情報量も膨大になった。皮肉なことに医療やケアの充実が必要なケアへのアクセスや管理を複雑にし、かえって患者が困難を感じている。この複雑さを解消しケアとアクセスの品質を改善するため、フランス政府は、デジタルケアテリトリー（TSN）プログラム（Le programme Territoires de soins numériques）という医療制度の近代化政策を展開してきた。2014年に「未来への投資」プログラムの一環として開始され、8,000万ユーロの資金が拠出された政策プログラムである⁴⁾。e-health の分野で最も革新的なサービスと技術を特定のパイロット分野で実験的に導入し、医療制度を時代に合わせて進化させることを目的にしている。当初は国内の5つの地域が選定された。そのうちのいくつかは患者の医療記録のデジタル化や地域の医療機関等の見える化、そして、ICTを利用して医療記録を共有できるプラットフォームをテーマにしている。例えば、ブルゴーニュ・フランシュ・コンテ地域圏では、E-TICSS というプロジェクトを提案し採択された。このプロジェクトは、デジタルを活用して医療機関、社会福祉機関、介護施設、地域の専門家などが患者情報を共有し、連携して効果的なケアを提供する方法を開発する取り組みである⁵⁾。その結果、医療専門職、介護専門職、そして患者本人が情報にアクセスするルートが効率化すれば、実際のケアへのアクセスは改善し、ケアの質も向上する、と期待される。

高齢者のケアとアクセスの複雑さを解消し、品質を向上させる目的を掲げる TSN プログラムは、患者・専門家の連携を促進し、現代に合わせて未来のケアの基盤を築く試みといえる。

【参考資料】

- 1) Cap retraite. Le rôle central du médecin coordonnateur, <https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/les-professionnels/le-role-central-du-medecin-coordonnateur/#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20coordonnateur%20joue%20un,le%20suivi%20m%C3%A9dical%20des%20r%C3%A9sidents>.
- 2) Santé. Le médecin coordonnateur, [https://www.sante.fr/le-medecin-coordonnateur\(23/04/2021\)](https://www.sante.fr/le-medecin-coordonnateur(23/04/2021)).
- 3) Haute Autorité de Santé. Developing and implementing shared care protocols, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-09/fpcs_protocoles_pluri-pro_web_3_derozier.pdf.
- 4) Le programme Territoires de soins numériques, <https://www.ars.sante.fr/le-programme-territoires-de-soins-numeriques>.
- 5) Conseil régional de Bourgogne-Franche-Comté. L'Europe au Coeur de vos projets. ETICSS : E-TERRITOIRE INNOVANT COORDONNÉ SANTÉ SOCIAL, DES SERVICES NUMÉRIQUES AU SERVICE DE LA POPULATION BFC , <https://www.europe-bfc.eu/beneficiaire/eticss-e-territoire-innovant-coordonne-sante-social-des-services-numeriques-au-service-de-la-population-bfc/>.

V-7. 低所得者への対応等

政策研究大学院大学教授

小野 太一

在宅 APA（個人別自立手当）の場合、受給者の月収が 864.4€（2023 年）未満の場合無料。月収 877.9€～3233.10€の場合、介護支援プラン（※給付内容）の費用の 0%～90%を自己負担することとされている。月収が増えるにつれて控除額が減る。3233.10€を超える場合、プラン費用の 90%が自己負担となる。なお 90%までに至る間の自己負担割合は、GIR4 が最も高くなっている。（図 1 参照）

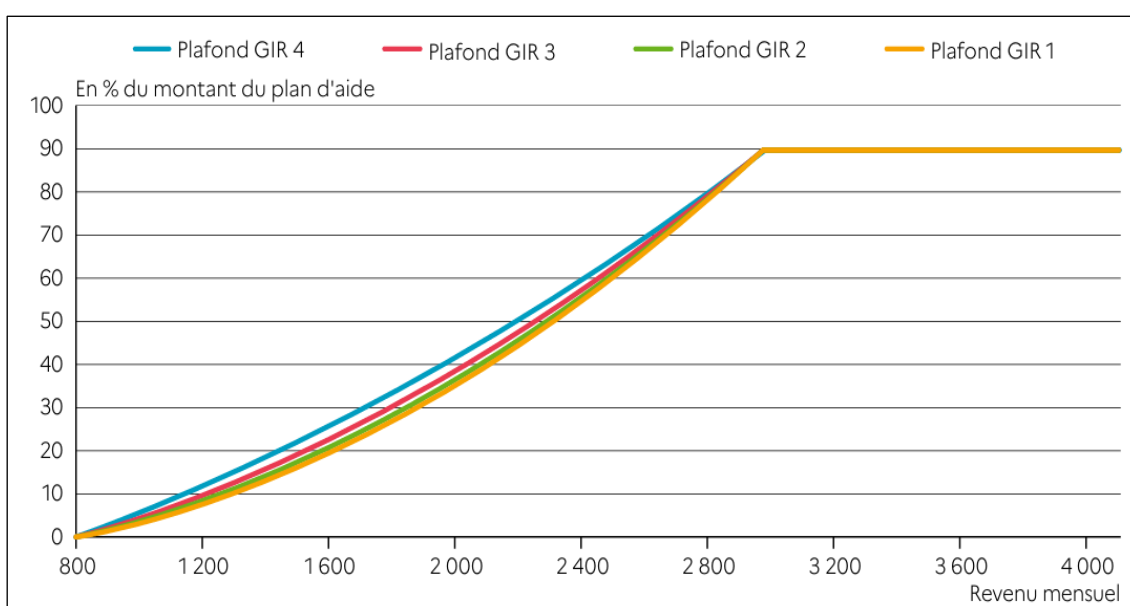


図 1：収入別および要介護度（GIR）プラン別 在宅 APA 受給者の自己負担割合
（横軸は月収、縦軸は自己負担割合。GIR：要介護度〈数字が小さい方が重度〉）

施設 APA（施設における介護費用を支弁する制度）の場合、そもそもの料金が GIR1,2（重度、高い）、3,4（中間、中間）、5,6（軽度、低い）の 3 つに分類される。基本的に施設に適用される料金と入所者の収入により決定される。ただし月収が 2447.55€以下の場合には、最も低い GIR5,6 の料金が適用される。多くの者がこの区分に該当する。月収が 2447.55€を上回る場合には、要介護度により料金が決定される。なお図 2 グラフのラインは、下から順に GIR1,2、GIR3,4、GIR5,6 となっている。

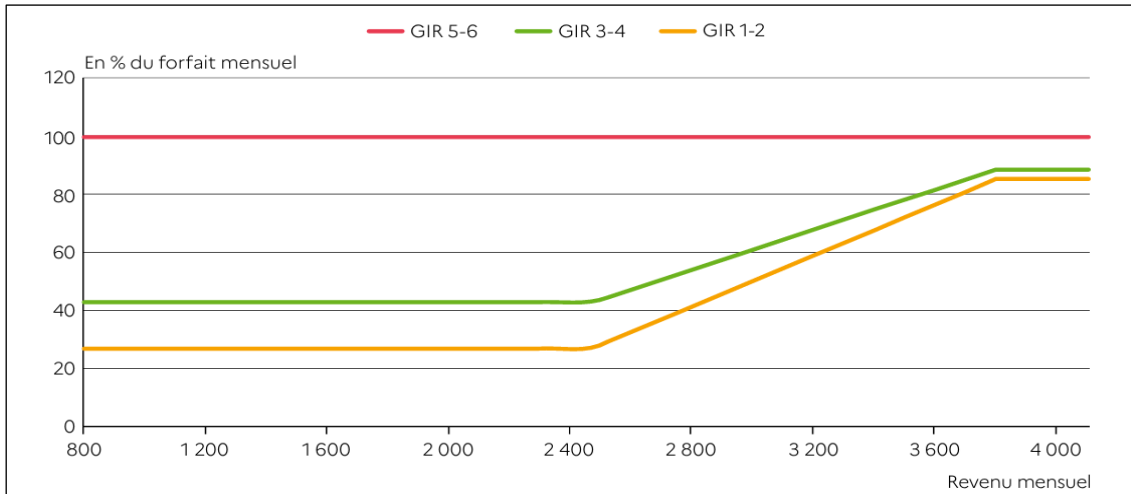


図2：要介護度（GIR）プラン別および収入別 施設 APA 受給者の支払割合
（横軸は月収、縦軸は自己負担割合。GIR：要介護度〈数字が小さい方が重度〉）

これら APA は介護費用を負担するものであるが、介護費用ではなく施設入居者の居住費について、ASH（居住に関する社会扶助）という給付がある。これは EHPAD（要介護高齢者滞在施設）、USLD（長期療養施設）あるいは「老人ホーム」（※1）であり、県が ASH 対象施設と認める施設に入居していて、その居住費（基本的に施設が自由に設定できるが、ASH 対象施設の場合は県が設定する）が所得を上回っている場合、給付される。この額は県が対象者（及び配偶者、扶養義務者）の所得を考慮して決定するが、ASH の受給者は、収入の 90% を施設に支払い（但し手元に残る 10% は月 121€ 以上である必要がある）、さらに不足している居住費は配偶者、扶養義務者及び県が負担する。この負担に関しては、県から当該者への「前貸し」の性質を持つものであり、かかった費用が遺産から回収されることとされている。

在宅の家事の実施が困難であり、APA を受給していない軽度者（GIR5,6 を含む）のうち、収入が限度額（2024 年時点で、独居は月 1,012.02€, カップルの場合 1,571.16 ユーロ（住居手当）を除く）以下の場合、「在宅家事支援」という生活支援のための扶助制度の対象となる。自己負担額については県が設定することとされているが、ASH と同様遺産からの回収があることとされている（対象者の遺産が 46,000€ 以上の場合）。（実際にはごくまれにしか行われていないとの指摘がある（※2））

なお WHO/OECD (2021) において、2018 年における、総介護費用に占める自己負担割合は 24.8% とされている（日本は 8.0%）。

（※1）詳細は医療経済研究機構 [2023], p.125 参照

（※2）医療経済研究機構 [2023], p. 123 参照

【参考資料】

- ・医療経済研究機構 [2023]、「フランス医療保障制度に関する調査研究報告書 2022 年版」、pp.119-135
- ・L'aide et l'action sociales en France, DRESS, 2022 (pp.78-9)
- ・フランス政府ウェブサイト (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2444>、https://www-pour--les--personnes--agees-gouv-fr.translate.goog/vivre-a-domicile/aides-financieres/laide-menagere-a-domicile?_x_tr_sl=fr&_x_tr_tl=ja&_x_tr_hl=ja&_x_tr_pto=sc&_x_tr_hist=true)
- ・WHO/OECD(2021)、「Pricing long-term care for older persons」

V-8. 介護制度 最新の動向

国際長寿センター 客員研究員

大上 真一

1. フランスの介護制度の課題

フランスの高齢者介護制度は大きな課題に直面している。その背景は高齢者人口の急速な増大である。2023年1月に、フランスでは1,450万人が65歳以上で高齢化率は21%であるが予想では2030年にはフランス人の3人に1人が60歳以上になるとされており、同時に初めて65歳以上の人口が15歳未満の人口を上回ることとなる。

その結果、2023年には約140万人であった個別自律手当（APA）の恩恵を受ける高齢者は2050年には200万人となると予想されている。

高齢者介護制度の持続可能性についての高齢者、介護者、政府の危機感は強い。

2. 2018年から2022年の動き

1) 2018年マクロン大統領による新法の約束、社会保障の「5番目の部門」の創設

2018年6月にエマニュエル・マクロン大統領は、高齢者介護に関する新法を2019年末までに成立させると公約した。その演説においてマクロン大統領は、ナーシングホーム（Ehpad）や家庭での苦しみは要介護という社会の新しいリスクとして直視することが必要であると訴えた。そしてこの問題を見逃し、一部の人の問題であると考えすることは、集団的な失敗であり高齢者本人や介護者の尊厳をないがしろにするものであると語った。

大統領の指示によって作成された報告書（リポー報告）では以下の内容が提案されていた。この報告書の内容はいまでも高齢者を支援する改革イメージを形作っている。

- 1.各県に高齢者のための単一窓口を作り、「高齢者と介護者のための家」を設立
- 2.高齢者のための専門職のための国家計画づくり
3. 高齢者へのサービスを改善し専門職の給与を引き上げるため、在宅介護と支援サービスに5億5,000万ユーロの財政支援
4. 2024年までに、2015年比で特別養護老人ホームの職員数を25%増員し、高齢者を支援する80,000人を増員し、12億ユーロの追加支出を行う
5. 老人ホームと独立型住宅の10年間で30億ユーロの改修計画
6. 年間3億ユーロを拠出し、支援の質を向上、よりオープンなナーシングホーム、在宅と施設のさらなる統合などを進める
- 7.低所得者向けの施設での月額300ユーロの自己負担額の削減
- 8.専門職とフレイルの人々の予防意識向上、自律性の喪失の防止のための国家的動員
- 9.介護休暇の補償と、職業生活と介護者の役割を調和させる
- 10.高齢者の孤立を打破し世代間のつながりを促進するための市民サービスの増加、そして将来的には全国で普遍的なサービスの増加

この報告通りに進めば、個別自律手当(APA)と高齢者支援の大改革になるはずであった。

しかしその後、2018年の秋以降に大きな盛り上がりを見せた燃料高騰に抗議する黄色いベスト運動、2020年からのコロナ感染症の猛威、年金の受給開始年齢を現行の62歳から64歳に引き上げる社会保障財政修正法をめぐる2023年春の全国的な抗議、などによってフランス政府は現在に至っても立法プロジェクトを延期せざるを得ない状況となっている。

2) 第5の部門「自律部門」の創設

フランスの社会保障は4部門に分かれていた。健康保険(医療・薬剤)、退職年金・寡婦年金・最低老齢年金、職業病・労災、家族(主に住宅手当(APL)とアクティブ連帯所得(RSA))である。

2020年8月、社会保障制度の第5部門として「自律部門」を創設する法律が成立した。これまでは、個別自立手当(APA)、障害補償給付(PCH)、医療社会施設およびサービスの資金調達などの給付は、県、州などによっても管理されていたが、この改革によって高齢者や障害者の自律性の喪失にかかわる財源の管理は国家自治連帯基金(CNSA)にすべてまとめられることとなった。

この新部門創設によってすぐに新しい自立支援政策が展開されるという性格のものではないが、要介護高齢者および障害者を含めて広いビジョンを持って、将来的により計画的な管理をめざすこととともに、自律喪失のリスクに対して支援とともに権利の確認を可能にすることも目指している。

3) ナーシングホームの実態

2020年の11月から翌年の1月にかけて行われた調査によると、COVID-19のパンデミックによってナーシングホームの入居者の38%が感染症を発症し、5%の人が亡くなったとしている。また、Covid-19の第1波では、記録された死亡者の半数が老人ホームの入居者であったと言われる。

2022年1月に刊行されたビクトル・カスタネ(Victor Castanet)の著書『墓堀人(Les Fossoyeurs)』は民間老人ホームなどを運営する大企業であるオルペア社の高級ナーシングホームの実態を暴露しフランス社会に大きな衝撃を与えた。この本の中で著者は綿密な取材に基づいて「エレベーターの扉が開きユニットについたとたん鼻を衝く異臭」「朝食はラスク二つ」など高齢者虐待を告発するとともに、従業員に低賃金を強いる契約方式、公金の浪費も詳細に記述している。政府はその後、ナーシングホームへの調査を強化し、2年間で7,500のナーシングホームを視察するとし、2023年9月までに3,146のホームまでが完了している。

4) 在宅支援の改革

2023年7月に在宅自律サービスに関する法令(Le décret relatif aux services autonomie

à domicile) が公布された。

現在、在宅サービスの範囲はホームヘルプ&サポートサービス(Saad)、多目的ホームケア&アシスタンスサービス(Spasad)、在宅介護サービス(Ssiad)などの関連サービスに分かれており、利用者にとって理解しにくく、高齢者、障害者、そして介護者は複雑な手続きを踏んでいた。また、在宅支援を進めるにあたっての必要な調整を複雑にしていた。この状況を改善するために、新法令に基づき県に新しい在宅自律サービス(SAD)を創設し、2年以内に全国に整備することとなった。これによって、利用者の利便性の向上に加えて、予防の推進、早期発見、介護者支援を進めることを目指している。

5) よく老いる (Stratégie Bien Vieillir) 戦略

2023年11月に連帯・家族大臣から発表されたこの戦略は、現在の各省庁における高齢者施策と今後の展望を示すものとなっている。戦略は多岐にわたり、また計画中のものも含まれているが以下がその内容の主なものである。

・私の補修サービス (Ma Prime Adapt)

これは、洗面台、シャワー、トイレ、階段などの改修によって家を高齢者の生活に適応させるもので2024年1月からスタートする。対象は、60歳から69歳まででGIR1~4の人と70歳以上。支援内容は、例えば年間22,461ユーロから27,343ユーロの収入の場合は総費用の50%がカバーされ、上限は15,000ユーロで、年間収入が22,461ユーロの場合、仕事の総費用の最大70%がカバーされ、上限は15,000ユーロである

・ホームヘルパーへの支援

現在は移動時間の給与が支払われず、また駐車料金も保障されていない。このため、時給制から定額制への移行を今後進める

・高齢者、障害者、その介護者への支援へのアクセスを簡素化する単一窓口「自律のための県公共サービス(SPDA)」の創設を進める

・高等保健機構 (HAS) は、ナーシングホームの定員に関する新しい基準を作成する

・医療へのアクセス確保が困難な地域における移動診療バス (médicobus) の配備を進める

・2030年までに、介護施設の看護師や看護助手を中心に、5万人以上の介護士を募集する。

(これは2022年にマクロン大統領が再選に立候補した時の選挙公約であった)

これら以外にも多世代交流プログラム、80歳以上の人がGPにアクセスしやすくなるなどがこの戦略には含まれている。

4. 2024年の新しい動き

1) 2024年からの高齢者にかかわる変更点

・高齢者連帯手当(ASPА)の再評価

ASPА(旧最低老齢年金、非拠出制の最低保障年金)は、単身者は月額1,012.02ユーロ(2023年1月比+50.94ユーロ)、カップルは月額1,571.16ユーロ(2023年1月比+79.08

ユーロ)に引き上げられる。

- ・個別自律手当(APA)の受給者への社会的つながりの時間 (*heures de lien social*) の実施
APA の在宅支援プランに月最大9時間の社会的つながりの時間を追加することができることとなった。時間は、分割(週に数回の短い時間)または1日にまとめることもできる。資金調達の方法はAPAの運営と同様である。
社会的つながりの時間は、受益者の欲求とニーズを満たし、本人の身体的、認知的、感覚的能力、感情状態にあわせて行われる。ここで行われる文化活動や野外活動では高齢者支援のための地域の人々の活動が重要な役割を果たし、友人、近隣、ボランティア、要介護者同士とつながりながら、時間を過ごすことが想定されている。

2) 高齢と自立に関する諸措置に関する法

2023年4月に提出された法案「高齢および自立関連法 (*Loi relative au grand âge et à l'autonomie*)」は国民議会と元老院の修正を経て2024年3月の両院協議会においてようやく成立の運びとなった。これは諸課題を解決する大きな改革ではなく後述の抜本的な新法の前段にあたるものとみなされている。

この法律には以下が含まれている。

- ・ホームヘルパーに職業カードが今後発行される。カード提示によって免許証取得や優先駐車が容易になるなど移動と身分証明がしやすくなる
- ・ナーシングホームの入所者は事前に同意した人に会う面会権を持つ。関連して入居者がペットとともに入居することを認めるかどうかは上下両院で議論されマスコミの興味を引いていたが、この点は、本人の動物の世話をする能力や衛生・安全条件の遵守など一定の留保の下で認めるという決着となった。また、ナーシングホームの管理強化、栄養改善なども盛り込まれている
- ・虐待の報告を収集して処理するための担当部門を県 (*département*) に設置。これらのユニットは、県評議会と地域保健機関(ARS)の共同権限の下に置かれる。虐待にあたる行為を誰でも報告できる
- ・孤立した人々をより適切に検出するために、自治体が個別自律手当(APA)と障害補償給付(PCH)の受益者名簿を参照することを許可する
- ・高齢者がナーシングホームの宿泊費を支払えない場合の孫の扶養義務を裁判所の決定がなくても可能とした(以前は孫にも支払い義務があった)

3) 高齢に関する新法案(仮)

2023年11月に政府は多くの人々が待ち望んでいた抜本的な新しい高齢に関する法案の提出を表明し、この法案の2024年以内の成立を目指すとした。フランスではこの法案は2018年のマクロン構想の具体化になるのではないかと期待されている。2024年1月にはカトリーヌ・ヴォートリン労働・保健・連帯大臣がこの法案について国務院(政府が法律

案や政令案などを準備する際に政府は国務院に諮問し、行政最高裁判所の機能も有している国務院は意見を述べる)に諮問の用意をすることをあらためて言明した。法案の内容はまだ明らかになっていないが、その中には「戦略、資金、ガバナンス」が含まれるとしている。

中長期的に持続可能な高齢者支援制度の立て直しを目指すためには新しい財源の創出が必要になるため、2024年のフランス国内で大きな議論となることが予想される。

【参考文献】

- PRÉPARER LA FRANCE DE DEMAIN, AJOUTER DE LA VIE AUX ANNÉES Stratégie « Bien Vieillir »
<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/Strategie-bien-vieillir-novembre-2023.pdf>
- L'allocation personnalisée d'autonomie à l'horizon 2040
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1521329>
- La sécurité sociale : fonctionnement, branches et caisses
<https://solidarites.gouv.fr/la-securite-sociale-fonctionnement-branches-et-caisses>
- Création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale
<https://www.senat.fr/leg/exposes-des-motifs/pjl21-644-expose.html>
- COVID-19 in French nursing homes during the second pandemic wave: a mixed-methods cross-sectional study
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9490301/>
- Réforme de l'offre des services à domicile
<https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-loffre-des-services-domicile>
- PRÉPARER LA FRANCE DE DEMAIN, AJOUTER DE LA VIE AUX ANNÉES Stratégie « Bien Vieillir »
<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-11/Strategie-bien-vieillir-novembre-2023.pdf>
- Ce qui change au 1er janvier 2024
<https://solidarites.gouv.fr/ce-qui-change-au-1er-janvier-2024>
- Les heures de lien social : lutter contre l'isolement des personnes âgées
<https://solidarites.gouv.fr/heuresdeliensocial>
- Proposition de loi portant diverses mesures relatives au grand âge et à l'autonomie
<https://www.vie-publique.fr/loi/291928-proposition-de-loi-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad>
- Bien Vieillir : le Sénat a décidé de recentrer le texte
<https://departements.fr/bien-vieillir-le-senat-a-decide-de-recentrer-le-texte/>
- Grand âge : un projet de loi sera voté avant fin 2024, le gouvernement sollicite le Conseil d'État

<https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/grand-age-un-projet-de-loi-sera-vote-avant-fin-2024-le-gouvernement-sollicite-le-conseil-detat>

第VI章 韓国

VI-1. 介護支援制度に関する制度概要と財政状況

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

1. 制度概要

1) 法令

介護保険制度（老人長期療養保険制度）は老人長期療養保険法に基づき行われている。

2) 対象者

老人長期療養保険の給付対象者は 65 歳以上の者及び老人性疾患を有する 65 歳未満の者である。一方で介護保険料は医療保険料に上乘せする形（「医療保険料の〇%」）で賦課されており、日本のような形で「〇〇歳以上」ということとはなっていない。なお医療保険料は、「職域加入者」と「地域加入者」で負担方法が異なっている。

3) 保険者／運営主体／費用負担者

保険者は国民保健（管理）公団（国民健康保険公団等の訳語もあり）である。国民保健（管理）公団は医療保険制度を担う唯一の保険者組織となっている。

4) 財源構成

老人長期療養保険給付の約 80%が上記保険料で賄われており、老人長期保険料予想収入額の約 20%について国庫負担が行われている。

5) サービスの利用

老齢長期療養保険の給付を受けるためには、日本の要介護認定に該当するプロセスを経る必要がある。申請者は国民保健（管理）公団に対して申請を行い、国民保健（管理）公団の看護師又は社会福祉士が訪問調査を行う。94 項目について調査が行われ、うち 52 項目については療養等級（「要介護度」）の判定に使われ、残りについては、「標準長期療養計画書」の作成に使われる。この「標準長期療養計画書」は、在宅サービス提供事業者がサービスの内容を決定する際に参考にされなければならないものとされている。日本の介護保険制度においては、要介護認定の過程と利用するサービスの選択の過程、即ちケアマネジメントの過程について、措置制度において行政がサービス内容を決定することへの批判を踏まえて分離することとされ、ケアマネジャーが再度アセスメントを行うこととなっているが、韓国ではそうした分離はなく、要介護認定の段階でサービス内容の決定に係る情報収集が行われ、それが実際のサービスに反映する仕組みとなっている。（「標準長期療養計画書」及びそれを踏まえ事業者が作成する「サービス提供計画書」の例に関しては、西下[2020]において紹介されている。なおこの段落も西下[2020]を参照している。）

療養等級に関しては、かつては1等級（最重度）から3等級であったが、3等級が3等級と4等級に細分化され、さらに認知症限定の5等級及び「認知支援等級」が創設された。（療養等級の判定基準、及び給付限度額については「V-8. 韓国の老人長期療養保険制度の最新動向」を参照）

6) サービスの種類

在宅、施設サービスとも、日本と概ね類似しているが、在宅介護を行う家族介護者が、一定の研修後国家試験に合格することで資格を得られる「療養保護士」として介護を行う際に「家族療養保護費」として給付が行われること、及び、へき地等で介護サービスが不足している場合、自然災害等により介護サービスの利用が困難な場合、あるいは感染症、精神障害等で家族等による介護が必要な場合において、家族介護に関する現金給付が行われる点が異なる点である。この現金給付を受けた場合には、福祉機器以外の在宅、施設サービスの給付を受けることはできない。（西下 [2020] 及び韓国国民保健（管理）公団ホームページ（機械翻訳）を参照）

2. 財政状況

図1は国家予算政策処 [2023] に掲載されている、2009年から2022年までの韓国の老人長期療養保険に係る収入と支出の推移、及び累積準備金の水準を示した図である。

2017年からの赤字の拡大を踏まえ、Kwon [2021] では、老人長期療養保険の財政の持続可能性が重要な課題であると指摘されている。

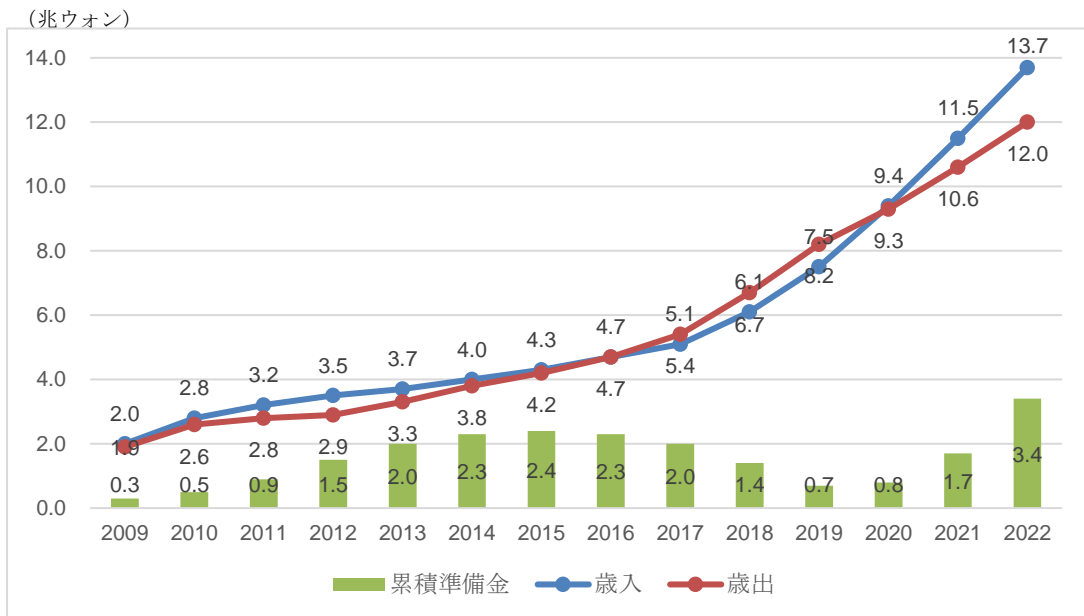


図1 老人長期療養保険の財政の推移（2009～2022年）

出典：国家予算政策処 [2023] , p. X（要約箇所）

後述するように、中長期的にはその赤字拡大状況は変わらないが、その後のコロナ禍での支出減少と保険料率の引き上げにより足元では黒字基調に転じたことで、累積準備金も今のところは高水準となっている。

図2はOECD [2020] でみる各国の long-term care 支出（GDP 比）の推移を比較したグラフである。2005 年現在で一番低い額となっているのが韓国の数値であるが、比較的上昇基調にあることが見て取れる。OECD [2020] では、こうした推移の事情について、「比較的短期のインフォーマルな長期ケアの提供から変化したこと」が反映されているとし、この間の毎年の費用の伸びは年実質 25%を超えていると指摘している。

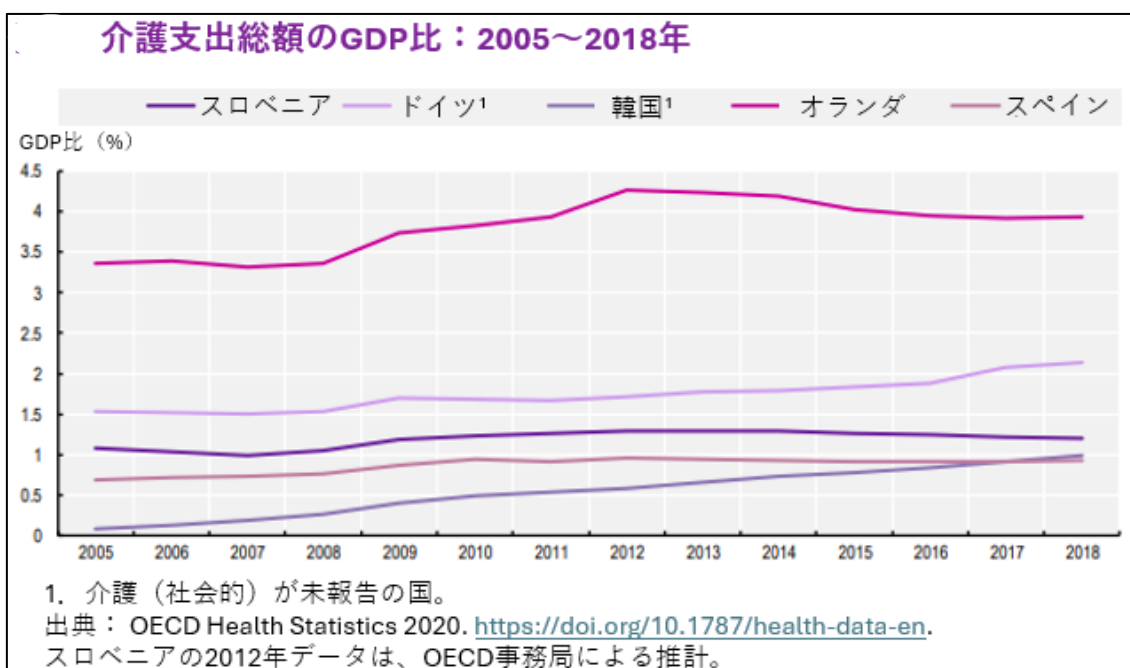


図2 韓国の long-term care 支出（GDP 比）と他国の推移との比較

出典：OECD [2020]

さらに図3は国家予算政策処 [2023] に掲載されている、必要保険料率の分析結果の比較である。基本展望（健康保険料率に対する老齢長期保険料の割合を2023年水準に凍結した仮定のもの）、財政収支の均衡を目標としたもの、さらに保険給付費1か月分を累積準備金として保有することを目標とした3つのシナリオで分析され、それぞれ2032年の必要保険料率が1.18%、1.28%、1.29%となるとされている。

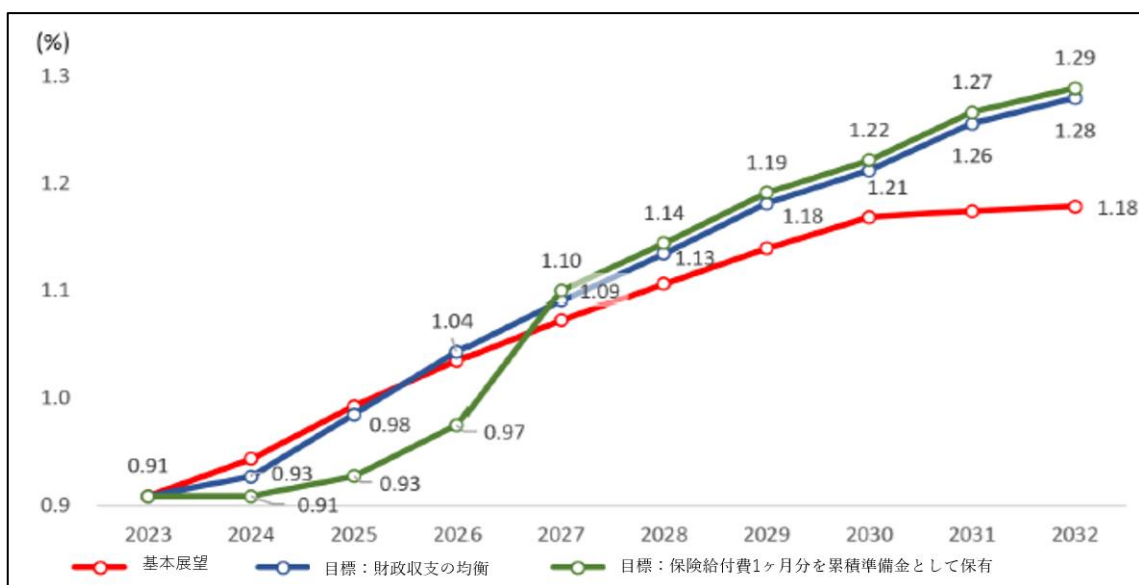


図3 老人長期療養保険の必要保険料率分析結果比較（2023～2032年）

出典：国家予算政策処[2023], p.XVII (要約箇所)

韓国の老人長期療養保険に関し、Muir [2017] においては、同じ社会保険方式をとる国の中で、日本やオランダが比較的総合的 (comprehensive) である一方、韓国はドイツと並び比較的部分的 (partial) であると表現している。また西下 [2020] は、韓国の老人長期療養保険を「スペック限定型」(日本の介護保険はフルスペック型) と表現している。他方増田 [2022] においては、「保険給付水準については、基本的には日本と同じ発想であるが、日本のように保険財政が肥大化することを用心して、介護報酬を低めに設定している」とされている。金成垣 [2023] が、韓国の社会保障制度は、失業・貧困問題といった「古い社会的リスク」と少子高齢化といった「新しい社会的リスク」の両方に対し同時に制度整備を行うことが迫られ、かつ「政府の財政的余力はなく」、社会保障の拡充に関する「激しいイデオロギー対立が常態化している」と指摘するなど、全般的に厳しい状況下にある一方で、高齢者介護の分野においても「V-8. 韓国の老人長期療養保険制度の最新動向」や金貞任 [2023] が述べるように新たな取り組みも種々行われており、上述のような給付水準に関する考え方、及びそれが反映する財政事情の推移も含め、今後の展開が注目される。

【参考資料】

- ・厚生労働省 [2022]、「海外情勢報告」
- ・医療経済研究機構 [2023]、「ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2022年版」
- ・増田雅暢 [2022]、「介護保険はどのようにしてつくられたか -介護保険の政策過程と家族介護者支援の提案」

- 西下彰俊 [2020]、「日本と韓国における介護保険制度及び在宅高齢者に対するケアマネジメントの比較分析」、「東京女子大学社会学年報」(8), pp. 17-38
- 韓国国民保健（管理）公団ホームページ（機械翻訳）
<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/305/npeb305m01.web?menuId=npe0000002578&prevPath=/npbs/e/b/303/npeb303m01.web>
- 国家予算政策処[2023], “노인장기요양보험 재정전망 (Long-Term Care Insurance Fiscal Projections 2023~2032)”
- Kwon, Soonman [2021], “Case study – Republic of Korea”, in WHO/OECD [2021], “Pricing long-term care for older persons“
- OECD [2020], “Focus on – Spending on long-term care”
- 金成垣 [2023]、「巻頭言 韓国の社会保障—新しい挑戦の実態と成果および課題」、「社会保障研究」8(2), pp. 90-91
- 金貞任 [2023]、「老人長期療養保険制度の進展と地域社会統合ケアの普及の模索」、「社会保障研究」8(2), pp. 131-145

VI-2. 認知症の人を支えるための施策

日本福祉大学福祉経営学部

中島 民恵子

1. 認知症の人の推計数

2023年に示されたOECDのデータによると、2021年の認知症の人の数は人口1,000人あたり12.0人、2040年には24.7人に増加することが見込まれている¹⁾。また、Lancetによると、2019年に671,288人、2050年には1,954,016人に増加すると見込まれている²⁾。

2. これまでの施策の概要³⁾

2008年に老人長期療養保険制度が導入され、同年に政府は「認知症との戦争」を宣言し、「第1次国家認知症管理総合計画(제1차 치매관리종합계획)」が開始された。主な内容としては、認知症の早期発見のための検診事業の拡大や保健所への認知症相談センター設置、認知症に関する啓発等が含まれていた。

2011年に「認知症管理法(치매관리법)」が制定され、2012年には「第2次国家認知症管理総合計画(2013-2015)」が示された。計画の目標として、認知症の予防・発見・治療・管理に向けた体系的な基盤整備、②認知症の人^{注1)}と家族のQOLの向上、③認知症に関する正しい理解と社会的関心を高めることが明記された。また、2015年には「第3次国家認知症管理総合計画(2016-2020)」が示され、認知症の人と家族の負担軽減に向けて地域を中心とした支援策を整備することに重点がおかれた。

さらに、2017年に「認知症管理法」が改正され、認知症施策を国家の責任として推進するために「認知症国家責任制(치매국가책임제)」が示され、認知症の人を支えるための施策の強化が進められた。「認知症国家責任制」では、認知症の予防から早期診断、ケアマネジメント、医療支援等の総合的な支援システムの構築が目指されている。具体的な内容として、表1の通り6つの柱が示されている。なお、これらの進捗状況については、中央認知症センターにより発行されている年次報告書でまとめられ、毎年ホームページ等で公開されている⁴⁾。

表1 認知症国家責任制の概要

| 主な柱 | 概要 |
|--------------|--|
| ①個別支援管理 | ・ 認知症安心センターによるカスタマイズされた支援 ・ 認知症安心センター(昼間)と認知症相談コールセンター(夜間および休日)を通じた、365日24時間相談可能な認知症ホットラインの構築 |
| ②長期療養サービスの拡大 | ・ 全ての認知症の人がサービスを受けられるよう、長期療養等級の拡大 |
| ③医療支援強化 | ・ 短期集中で治療可能な公立の認知症安心療養病院の設置 |

| | |
|----------------------|---|
| ④医療費・療養費の負担軽減 | <ul style="list-style-type: none"> ・低所得者を対象とした、医療費および長期療養費の本人負担費用の軽減 ・オムツなど福祉用具等の長期療養費給付拡大の推進 |
| ⑤認知症予防と認知症にやさしい環境づくり | <ul style="list-style-type: none"> ・全国の地域高齢者福祉館を中心とした認知症予防プログラムの提供 ・認知症パートナーの養成 ・認知症高齢者後見制度の実施 等 |
| ⑥認知症に関する研究の推進 | <ul style="list-style-type: none"> ・予防や早期診断技術開発技術の研究 |

3. 2020年以降の動向

2020年9月に「第4次国家認知症管理総合計画（2021-2025）」が示され、認知症国家責任制の完成と実現、認知症の人・家族・地域社会がともに幸せに暮らせる、安心社会の実現を目指すことが掲げられた⁵⁾。本計画は大きく2つのプロジェクトに基づいており、1つは「専門的な認知症管理とケア」を提供するための計画、もう1つは「認知症施策のための基盤整備」を進めるための計画である。それぞれのプロジェクトには4つの目標が掲げられている⁶⁾。

「専門的な認知症管理とケア」に関するプロジェクトについては、①積極的な認知症の予防と管理、②早期段階での認知症治療への資源の集中、③認知症に関する地域社会の能力強化、④家族介護者の負担軽減に向けた支援の拡充である。例えば、①の具体的な内容として、認知症スクリーニングツールの開発、認知健康プログラムの開発、農業など自然資源を活用したプログラムの推進など、高齢者や認知症のリスクのあるグループに対する予防策や初期支援を強化し、軽度の人々への早期介入を促進することなどが挙げられている。また、④の具体的な内容として、家族の負担軽減のため、認知症家族休暇制の年間利用限度額の拡大などが示されている。

「認知症施策のための基盤整備」に関するプロジェクトについては、①認知症管理のより効率的な提供システム、②認知症管理のためのインフラの拡大と専門化、③超高齢社会に対応した認知症関連の研究開発活動への支援拡充、④障がい者にやさしい生活環境の整備である。例えば、②の具体的な内容として、長期ケア施設の認知症専門室の拡充や認知症専門教育の標準化と専門性の向上などが挙げられている。また、③の具体的な内容として、認知症の人のコホートの構築と認知症研究統合プラットフォームの構築など、認知症研究と技術開発の支援の強化などが示されている。

体系的な認知症の人を支える施策が韓国国内の中央・圏域・地域それぞれの単位で推進されている。本計画は、認知症を地域社会で包括的に管理し、本人や家族のニーズに応えることが重視されている。

注1)本稿では、「認知症の人」と表現を統一しているが、韓国における国の関連施策では「認知症患者」

という表現が用いられることが多いことが言及されている(金 2020)ことを申し添える。

【参考資料】

- 1) OECD(2023)Health at Glance 2023 OECD Indicators.
- 2) GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators(2022)Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Public Health. 7: e105–25
- 3) 2008年の第1次国家認知症管理総合計画から2017年の認知症国家責任制に関しては、金圓景(2020)「韓国の認知症対策」『日本認知症ケア学会誌』19(3):514-521、松本泉美ら(2019)「日本と韓国の今後の認知症ケアのあり方の検討」『畿央大学紀要』16(1):9-21、韓国保健福祉部のホームページを参考にまとめている
- 4) 中央認知症センターホームページ <https://www.nid.or.kr/main/main.aspx> (2024.2.15.最終アクセス)
- 5) 대한치매학회 (Korean Dementia Association) ホームページ“2021년 제4차 치매관리종합계획”
<https://www.dementia.or.kr/bbs/index.php?code=news&category=&gubun=&page=1&number=1163&mode=view&keyfield=&key=> (2024.2.15.最終アクセス)
- 6) 제4차 치매관리종합계획 (English Version)
https://ansim.nid.or.kr/community/pds_view.aspx?page=&BID=242 (2024.2.15.最終アクセス)

VI-3. 高齢者の健康づくり（介護予防）に関する取り組み

東京都長寿医療研究センター研究所 副所長

藤原 佳典

1. 国の予防全体についての政策の概要

国民健康保険制度及び高齢者長期療養保険制度の保険者である国民健康保険公団の「健康増進」施策は韓国の保健福祉部（省）の傘下であり、以下のように整理されている。

1) 健康診断

一般健康診断は原則として 20 歳以上であれば誰でも受けられる。がん検診をはじめ、生活習慣病に対する早期発見、対応を目的として実施している。

高齢者向けには、体力測定・身体機能検査やメンタルヘルス検査等を実施している¹⁾。

2) 健康百寿運動教室事業

国民健康保険公団（NHIS）では 2005 年より、老年症候群・老年病予防のため 65 歳以上の高齢者を対象に地域の福祉センターや老人センターと連携し、「健康百寿者運動教室（室内および野外）」を運営している²⁾。「健康百寿者運動教室」は、国民健康保険公団が各支所の福祉センター、老人会館、公民館に無償でプログラムを提供し、高齢者の健康管理を行う運動プログラム事業である。高齢者に適した運動教室は、身体活動能力を向上させ、健康な生活を維持するとともに、社会活動への参加や心身の健康に寄与している。長期的には、循環器疾患や加齢変性疾患などの老年病を予防し、高齢者の医療費を削減し、高齢者が幸せな生活を送ることに貢献することを目指している。

また参加者同士が運動を通して自然に交流するため、孤立・孤独や抑うつも緩和することができることをうたっている。

教室の開催方法については、対面授業は老人会館、屋外広場、福祉センターなどで行われ、非対面授業はオンラインアプリを使用している。

3) ヘルスケアマイレージ制度（ソウル市のみ）

ソウル市で実施されているヘルスケアマイレージ制度は、高血圧や糖尿病患者が対象で、医療機関を通して申し込み、疾病管理に加えて、栄養、運動療法を適切に継続するとインセンティブが付与されるものである³⁾。

4) 高齢者のための個別ケアサービス

既存の 6 つの介護事業*を統合し、「高齢者のためのカスタマイズ型介護サービス」に再編した（2020 年 1 月実施）⁴⁾。

このサービスの目的は、要介護高齢者に対し、可能な限り安定した生活の確保や健康・生活機能・健康の維持のための適切な介護サービスを提供することにある。対象選定ツール**により対象者を選定

しサービスを提供する。

※①高齢者基本介護サービス、②高齢者総合介護サービス、③短期家事代行サービス、④早期一人暮らし高齢者自立支援事業、⑤独居高齢者社会活性化事業、⑥地域資源連携事業

※※対象者選定ツール:身体的・精神的・社会的参加の領域における脆弱な要因を調査し、対象者の選定の有無やサービス提供時間の範囲等を算出する。

2. 自治体のソーシャル・サービス施策とその実際

自治体が実施するソーシャル・サービスは自治体ごとにサービス提供が行われており、原則として医療保険や介護保険との連携はない。そのため、制度としてすみ分ける形で様々な制度があり、以下の3つのサービス提供が主に行われている。

1) 敬老堂

老人福祉法に規定される老人福祉余暇施設の目的は「高齢者の教養、趣味活動など社会参与活動等に対する各種情報とサービスを提供し、健康増進および疾病予防と所得保障をし、在宅福祉での高齢者福祉の増進について必要な総合的なサービスを提供する」ことであり、具体的には「敬老堂」「老人福祉館」「老人教室」に分類される。最も一般的な敬老堂は、地域の高齢者が自発的に親睦を図ることや、趣味活動、共同作業所の運営及び各種の情報の交換、その他の余暇活動が行われる場所を提供することを目的とする施設である。大韓老人会連合会によって運営されており、全国に 57,000 か所あまりの敬老堂が存在している。ここでは、健康体操、趣味・稽古、コンピューター教室、映画の上映、お盆行事、文化活動、各種講演、昼食の提供が行われている。自治体からの金銭的支援は月3万円ほどの運営費の補助であり、人的支援はソーシャルワーカーを派遣し、活動支援などを行っている。健康体操などは専門的な指導が行われているものではなく、介護予防よりも交流の居場所、地域のサロンといえる。

2) 老人福祉館

老人余暇施設の一つである老人福祉館は、敬老堂と同じ目的を持つが、敬老館に比べてその規模は大きく全国におよそ 350 施設がある。敬老堂における健康・生涯学習活動に加えて、多様な地域福祉事業も実施している。例えば、①老人ドルボミ（生活支援）基本サービス事業、②カスタマイズ福祉サービス事業、③在宅老人支援サービス事業（家庭ボランティア派遣事業）、④在宅福祉事業、⑤老人社会活動支援事業、⑥老人共同生活家庭事業、⑦敬老堂活性化事業を実施している。ただし、介護保険制度との連携などは行われておらず、財源も自治体からの補助金と一部の利用者負担であり、まったく別の財源となっている。

3) 独居高齢者総合支援センター

急速な高齢化・核家族化・扶養意識や価値観の変化等により、急速な増加傾向を示している韓国の独居高齢者に対して総合的なサービスを提供するため、2011年に国の保健福祉部の指示のもとで設置された事業である。独居高齢者の介護基本サービスの拠点および総合管理を行っている。韓国では、全国の独居高齢者が約 140 万人おり、そのなかで要介護者が全体の半数弱ほどいる。その内、社会的弱者や

フレイルな高齢者が約 20%を占める。これらに対して高齢者介護基本サービスなどの事業を提供している。主に介護保険の対象でない独居高齢者のうちでもとくにリスクの高い高齢者を対象としている。



図 1 敬老堂の様子 (撮影：国際長寿センター)

【参考資料】

1) 国民健康保険公団の「健康増進」

<https://www.nhis.or.kr/japanese/wbheba02300m01.do?menuCd=C04&parentMenuCd=C&menuNm=%E5%81%A5%E5%BA%B7%E5%A2%97%E9%80%B2&parentMenuNm=%E5%9B%BD%E6%B0%91%E5%81%A5%E5%BA%B7%E4%BF%9D%E9%99%BA&parentUrl=>

2) 国民健康保険公団 シニアライフ

https://www.nhis.or.kr/static/alim/paper/oldpaper/201609/sub/p03_03.html#

3) ヘルスケアマイレージ制度, <https://spoint.seoul.go.kr/member/intro1.do>

4) 大韓民国の電子政府の公式ウェブサイト「高齢者のための個別化ケアサービス」

<https://www.mohw.go.kr/menu.es?mid=a10712010400>

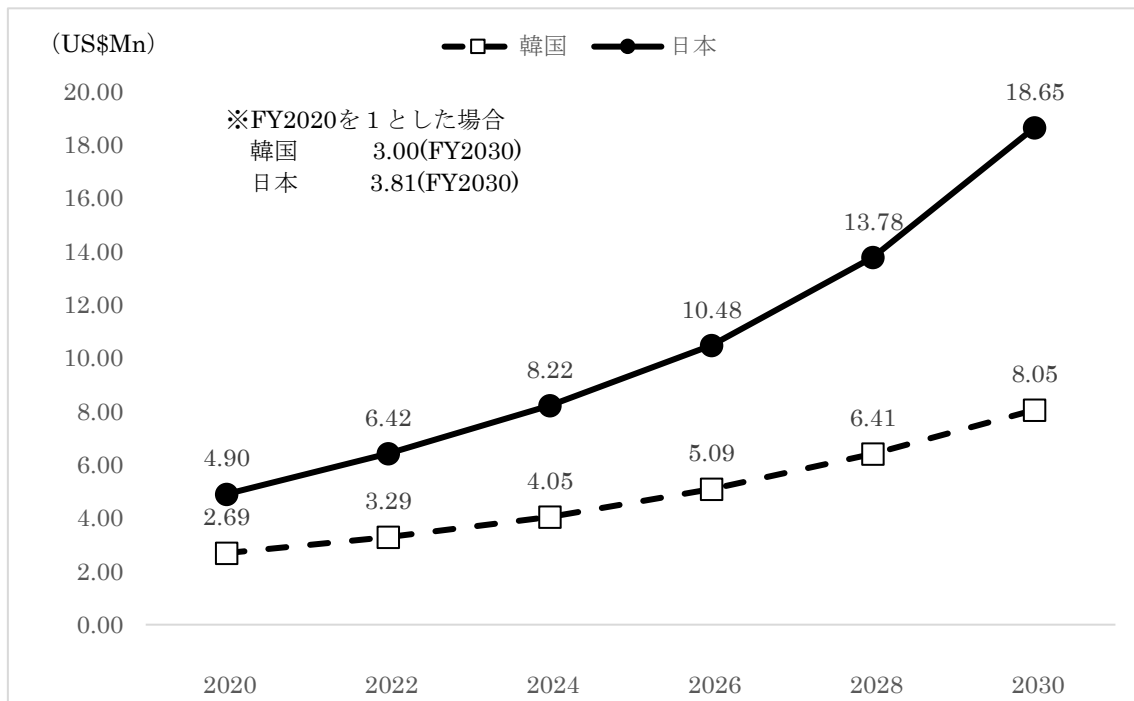
VI-4. ICT・ロボットの導入に関する取り組み

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 高齢者向けロボット市場の需要予測

韓国における高齢者向けロボット市場の規模は、2030年には8.05百万ドルに到達すると推計がある（図1）。2020年の推計値を基準とした場合、3.00倍の規模拡大に相当する。日本の介護ロボット市場と比較すると、2030年の市場規模は18.65百万ドルと見込まれる。市場規模の伸びの推計は日本の場合、3.81倍である。日本の高齢者数の推移が韓国より常に高く推移することもあり高齢者向けロボット市場の規模は一貫して日本が大きく推移する。市場の成長の伸び率で比較すると、韓国の方が下回る。両国とも介護需要の増加が見込まれるなかで、介護ロボット市場も成長し続けるものと認識されている。



出典：Eldercare-Assistive Robots Market (Europe & East Asia) Industry Analysis, Size, Share, Trends, and Forecast. Future Market Insights, p70 and p129 から筆者が作成

図1 韓国における高齢者向けロボット市場の規模の予測

2. ロボット技術やICTを活用したケア関連の研究開発に対する政策的支援

韓国政府は高齢者向けロボットの開発と普及に投資している。2019年に「第3次知能ロボット基本計画」において「成長が見込まれる4つのサービスロボット分野」の1つに介護分野を選定し、研究開発・供給事業を支援し、サムスン電子、LG電子、現代自動車グループなど韓国の代表的な大企業も、介護ロボットやサービスロボットの開発を加速させてい

るとい¹⁾。とりわけ普及には積極的な態度を示しており、これまでも基礎自治体に障害者と高齢者のための介護ロボット 1000 台を普及させるという目標を掲げるなど介護ロボットの普及に力を入れている。開発に関する財政支援では、社会的弱者支援のためのケアロボットの開発を優先的に推進し、食事の補助や床ずれ予防、排便の支援や移乗補助などを行えるケアロボットを 2021 年までに 153 億ウオンをかけて開発する。

また、政府は現在、長期ケアの介護者の責任を軽減し、日常生活支援を強化することを目的とした、支援ロボットを含む新技術の開発に向け、2027 年までに約 270 億ウオンの投資を計画している。こういった新しいテクノロジーを高齢者ケアと結びつける研究が活発化する背景には我が国と同様、高齢人口の増加、高齢者の社会的孤立、高齢者ケアの不足、財政的負担がある。特に、高齢化率のスピードは OECD 諸国の中でも比較的速い²⁾。2040 年から 2045 年頃には日本を抜いて世界一の高齢化が見込まれている。加えて、韓国では、介護の人材不足が深刻化しており、この分野で大きな課題となっている。このように、超高齢化の速い進行に適切に対応していくため、介護ロボット等のテクノロジーの開発と普及は欠かせず重要な政策課題となっている。

では、介護現場の記録のデジタル化はどうか。請求業務のデジタル化が普及し一般化している一方、ケア記録については十分に電子化しているとはいえないようである。高齢者の状態変化の記録は 7 日に 1 回以上で良い規定になっているなど、ケア提供の度に記録を残すことを求められていないことも関係して、ケア記録のデジタルライゼーションは途上にある。

1) 典型的な介護ロボットとケアロボットの受け入れ

韓国の長期療養サービスや介護施設では、わが国の介護施設でよく見かける装着型の移乗介助支援機器、ICT を活用した見守り支援システム、ロボット技術を活かした排泄支援機器等はそれほど見かけないようである。代わりに、コンパニオンロボットがあげられる。コンパニオンロボットはわが国でいうコミュニケーションロボットの一つであり、主に人間の孤独感や精神的な支援が必要な場面で、仲間や相手となる役割を果たすロボットのことを指す。コンパニオンロボット「Pibo」は韓国のスタートアップ企業が開発した高齢者向けロボットである。Ai プラットフォームであり、音楽再生、写真撮影、その日の天気やトップニュースの提供、予定のリマインドなどの機能を備える。独居の高齢者を想定し、簡単な家事の手伝いや会話を提供する。Silbot は、認知症予防に焦点を当てている。Silbot を介入にしたランダム化比較試験にて、軽度認知障害のある地域の高齢者の認知機能や記憶に有効であることが支持されている³⁾。

このように、介護ロボットの普及は途上にあるが、介護現場の次世代技術の利用に対する関心は着実に育っている。介護に従事する介護福祉士等へのインタビュー研究からは、彼らが介護ロボットに関心を持ち、高齢者の心理的・情緒的安定を助け、好奇心や興味を与え、身体活動への欲求を和らげる可能性を期待していることがわかる⁴⁾。

2) 介護サービス供給の間接業務と ICT の活用

一般的に、介護事業者は、提供するサービスの内容や金銭的な事項を記録し、国民健康保険公団や厚生省などの関係当局に報告することが義務付けられている。具体的には、介護保険士状態記録紙(요양보호사 상태변화기록지)に高齢者の状態の変化を忠実に記録する必要がある。請求機能については一部の施設でデジタル化しているが、ほとんどの場合は広く採用されていない。

3. 介護 DX の開発もテーマにする地域のヘルスケア・イノベーション・ネットワーク

韓国の国民健康保険公庫は、福祉用具給付製品の常時品質管理体系の構築及び給付適正性確保のための実証研究を行うために「健康保険高齢者にやさしい研究センター(건강보험고령친화 연구센터)」を設立し、開館した。国内外の各種総合福祉機器や IT・ICT ソリューションを展示・活用する拠点だ。また、教育および流通活動も提供する。地域社会の高齢者の健康とケアの分野での注目すべきイニシアチブとプロジェクトが展開されている。例えば、入浴補助、食事補助、服薬管理システムなどの日常生活支援ツール、ElliQ やケアエンジェルサービスのような革新的なソリューション、Oura のようなパーソナライズされた健康ツール、モビリティデバイス、食べ過ぎ管理ツール、などがある。このように、韓国では単に介護場面にとどまらず、日常生活の中にテクノロジーを活用し健康の向上や介護の防止に向け開発支援を進めている。

【参考文献】

- 1) 말벗부터 치매 예방까지 ‘돌봄 로봇’ 효자인가, 돌봄 로봇 보급 반갑지만, 고령화 시대 근본적인 사회안전망 필요, 중기이코노미 인수영기자. <https://www.junggi.co.kr/article/articleView.html?no=30049>
- 2) 内閣府. 令和 3 年版高齢社会白書, 2 高齢化の国際動. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2021/html/zenbun/s1_1_2.html
- 3) Park EA, Jung AR, Lee KA. The Humanoid Robot Sil-Bot in a Cognitive Training Program for Community-Dwelling Elderly People with Mild Cognitive Impairment during the COVID-19 Pandemic: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 3;18(15):8198. doi: 10.3390/ijerph18158198. PMID: 34360490; PMCID: PMC8345968.
- 4) Lee, Sun Hyung, Lim, Choon Hee, et al. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 21 (5), P191-205, 2020. “An Exploratory Study on the Possibility of Using Next-Generation Technology in Long-term Care Facilities : Focusing on the Perception of the Workforce of in Long-term Care Facilities, 2020.05.31. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2020.21.5.191>

VI-5. 科学的介護についての取り組みとその効果-

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

科学的介護とは、科学的裏付け（エビデンス）に基づく介護を意味する。日本の厚生労働省が展開する要介護・要支援高齢者向けの政策の文脈で用いられる行政上の用語である。韓国では、科学的研究と実証された効果に基づいたケアを提供するアプローチを表すのに、「증거 기반 치료(エビデンスに基づく治療)」または「evidenced based care」という用語が一般的に使われている。本章では、증거 기반 치료や evidenced based care を手掛かりとして情報収集し、韓国における科学的裏付けに基づくケアやサービス提供への取り組みを概観する。

1. 科学的裏付けに基づく高齢者向けのケアやサービスの品質管理の取り組み

韓国の国立保健医療研究院（NECA）は、韓国の公的研究機関であり、2019年に厚生福祉部の所轄に設立された。この機関の目的は、科学的な根拠を通じた医療資源の効率的な利用と国民の健康向上である。NECAは以下の方法で根拠に基づく医療に貢献している。一つには、臨床治療ガイドラインの開発があげられ、近年では、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の治療に関する多学科の臨床治療ガイドラインを開発してきた。次に、薬物評価と経済効果分析である。NECAはCOVID-19治療における薬物の効果、安全性、経済的効用を評価するなど高度な政策研究に取り組んだ。最後に、患者安全向上の研究がある。NECAは看護ケア介入および関連する患者安全向上の方法も探求する。これらの取り組みを通じて、韓国の医療機関が根拠に基づいた治療を体系的に実施し、結果として、国民の健康と安全を向上することに寄与している。

他方、高齢者ケア政策については、高齢者の長期介護サービスの品質向上を念頭に、政府および関連機関が様々な政策と取り組みを展開している。第一に負担軽減を課題に掲げている。介護する側の介護負担を軽減し、体系的で効果的な介護サービスの支援体制の構築を目指している。その背景には、複雑なニーズを有し専門的なケアもしくは手厚いケアを必要とする高齢者に対するサービスを必要としている問題が関係する。現在は、比較的重い手術を受けた患者、認知症、終末期にある重度の患者を対象とする重症患者専用の病室の導入が検討されている。

ケアスタッフの負担軽減の観点からは、看護師および看護補助者が担当する利用者数の調整が検討されている。また、受給者の立場から尊厳や権利保護が改めて重要視される。例えば、受給者が自由に長期介護施設を選択し、適切に権利を行使できるように環境整備されてきた。

こういった一連の政策と取り組みは、国民の介護負担を減らし介護を必要とする高齢者のニーズを満たしていく方向にあり、その方針に沿って体系的な介護サービスの再構築が始まっている。しかしながら、介護現場や長期療養の現場のケアの標準化については、医療

にみられるようなエビデンスに基づいたケアの体系化や実践まで至っていないのが現状である。韓国における長期介護施設における学術研究は増えている¹⁾。今後は研究成果と実際の介護施策をいかに関連づけていくかがケアの質を高めていく上での課題といえる。

2. 政府主導による利用者及びケアデータの収集・分析システムの枠組み

1) 社会的ケアに関するデータ収集と登録の枠組み

在宅の介護サービスや長期療養施設のケアやサポートの品質の管理は、主に国民健康保険公団が実施する監査システムによって担保される枠組みになっている²⁾。公団は介護サービス事業所を対象に監査を実施し、特に介護サービスの品質と効率性を確認することを目的とする。そして監査結果を踏まえて、必要に応じて事業所に対する指導を実施する。監査結果は絶対評価で評定点がつき、A（最優秀）からE（不十分）の5水準の等級がつく。各サービスに共通する主な評価の視点は、適切なスタッフの配置、設備の適正さ、正確な請求の実施、そして法令の遵守がある。結果は管轄の市町村と事業所名が評定点と共に一般公開される。評価結果は、評価調査表を長期療養情報システムから長期療養機関に転送し、評価者が評価結果に対する相談及び総評を行った後、長期療養機関の代表者(または関係者)が電子評価調査表を最終確認する流れがあり、監査プロセスにICTシステムを活用し効率的な監査に努めている。

2) 評価・登録データ

監査で用いる評価・登録データの範囲は多岐に渡り様々な活動や法令に基づく事業の実績が含まれ、直近では指標も含め監査全体の方法が見直された。例えば、訪問看護を例にあげると新基準の指標は34項目ある。運営規定、報酬、職務教育、機能回復訓練、高齢者の人権保護、質向上努力などある。2024年度から新たに10指標が新規・変更されている。品質の向上の取り組みを測る指標では、介護者の負担軽減という政策方針に関連して「従業員の職務満足度向上に努めているか」といった新たな評価視点が加わる。科学的裏付けに関連するケアの実践の評価方法では、身体機能の訓練を例にとると、評価方針を「機関が受給者の身体機能の維持・向上のための機能回復訓練を実施しているかどうかを評価する」と定めである。評価基準は3項あり、①職員は機能回復訓練について熟知してサービスを提供する、②受給者は残存能力維持のために、基本動作訓練を受ける、③受給者は残存能力維持のために日常生活動作訓練を受ける、という視点から評価される。このうち、①の機能訓練に熟知する要件が新設にあたる。

このように、韓国では監査制度の改定を通じて、長期療養サービスや介護サービスの品質の維持をしようとしている。言い換えれば、評価手法の品質を高めることによって、高齢化社会の進展に伴って多様化・複雑化するニーズに適切に対応できるサービス提供体制への進化を促しているとも言える。機能訓練に熟知した職員の配置の新設からわかるように、ケアの品質改善は本質的課題である。政府も2027年までに、高齢者の身体機能や認知機能を

より包括的に評価するために、介護評価制度を刷新するという³⁾。定量的で科学的な評価手法の導入が重要になる。

3. データセキュリティ

韓国政府はこれまで国家レベルのサイバーセキュリティ戦略を策定し、絶えずデジタル上の安全が確保された国家づくりを目指してきた。介護分野もこのセキュリティ対策の強化は欠かせない。韓国では介護施設などでの高齢者虐待が社会問題化した経緯がある。その結果、長期療養施設や介護施設への CCTV (監視カメラ) 設置が義務づけられた。介護現場が個人情報や健康情報をデジタルデータとして扱う機会はこれまで以上に増加する。また、政府はビッグデータによる介護需要予測システムの構築や介護技術の導入も計画している。医療分野のみならず長期療養や介護分野においても、個人に属するパーソナルな情報をデジタルデータとして大量に扱うため、サイバーセキュリティの強化が欠かせない。

【参考資料】

- 1) Lee, Jung Suk, Hwang Il et al. Rah Residents' Nursing Care Needs and Provision of Nursing Care by the Size of Long Term Care Facilities, Journal of East-West Nursing Research 2020; 26(1): 28-38. 8-38. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2020.26.1.28>
- 2) National Health Insurance Service. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=np0000002597&bKey=B0152&prevPath=/npbs/d/m/000/moveBoardView>
- 3) National Health Insurance Service.
2024 년도 재가급여 장기요양기관 정기평가 계획 및 평가매뉴얼 안내
(2024 年度在宅給付長期療養機関定期評価計画及び評価マニュアルの案内),
<https://longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=np0000002597&bKey=B0152&prevPath=/npbs/d/m/000/moveBoardView> 「2024 年度長期療養機関 2024 年在宅給付評価マニュアル」

VI-6. 医療と介護の連携に関する取り組み

埼玉県立大学保健医療福祉学部 教授

吉田 俊之

1. 地域統合ケアの推進

韓国は、2026年に超高齢社会に入りその後も増加すると見込まれており、医療や介護が必要になっても希望する在宅で暮らし続けることのできる地域づくり、いわゆる地域包括ケアの推進を急いでいる。医療と介護の効率的かつ効果的な連携のあり方を模索しているわけだが、同時に、医療と介護の間だけでなく、介護とコミュニティベースのローカルサービスとの間の連携を確立するために継続的な取り組みを推し進めている。例えば、LTCと地域の保健福祉サービスへの統合的なアプローチを提供することを目的とした「地域統合ケアサービス(지역사회통합돌봄사업)」などがある。2018年には、政府は「地域包括ケアマスタープラン(フェーズ1:地域高齢者ケア)」を発表した¹⁾。統合ケア提供の基盤構築に向けたロードマップと、4つの重点課題(住まい、保健・医療、療養・介護、総合サービス提供)が示された。また、2019年からは、16の市・郡・区が地域の自律型統合ケアモデル構築に向けた先導プロジェクトを推進している。

2. 医療専門職の介護保険サービスとの連携

韓国の介護保険制度においては医師を含む医療専門職が関与する機会や介護職との連携は比較的多く、日本の介護保険制度における医療介護連携の実態とよく似る。まず、長期療養認定審査では申請者の医療ニーズの状況が加味されるため、認定を求める者は医師の所見書を提出する必要がある。医師は、個人の全体的な健康状態、医療ニーズ、および長期ケア要件を評価しなければならない。医師の所見書に関連するすべての費用は介護保険が負担する。療養施設では比較的疾患が軽い軽症の老人患者に介護サービスを提供するが、医師も関与する。基本的に、療養施設では1週間に1回訪問する嘱託医を置いている。また介護保険のサービスには、看護師、理学療法士、作業療法士による医療・リハビリテーションサービス、訪問サービスなど医療系の専門職によるサービスが含まれており、医療と介護のサービスを組み合わせることで医療介護の連携を実現することができる。サービス利用計画の作成においては、社会福祉、介護、理学療法・作業療法医療、看護、医療など様々な専門性を持つ専門職等が協力してケアカンファレンスを開催するなどしている。

このように、韓国の介護保険制度では医療専門職と介護職の連携が進んでいる。また、サービスレベルにおいても医療と介護のサービスが組み合わせることで包括的なケアの提供が可能である。今後の課題として、利用者のニーズにより適したサービスの提供が可能となるよう、連携のさらなる充実が欠かせない。特に、継続的な連携の強化の仕組みづくりは欠かせない。そして、今後も増加する介護需要を踏まえ、医療専門職や介護専門職の負担軽減策を重点的に検討していく必要がある。

3. 多機能間連携による人中心のケアに基づく地域包括ケアの実証プログラムの試み

国民健康保険公社 (NHIS) は、2021 年、韓国における在宅医療サービスを患者中心に組み立て包括的に提供する統合モデル (PICS-K) という実証プログラムを始めた。医療・介護・生活支援をはじめとした多様な機関同士の連携を構築するプログラムであり、最終的に地域実装が目的とされる。その特徴は、地域の医療機関が拠点となって、医療、介護、福祉、生活支援等のサービスの調整を図る点にある。具体的には、公立病院内に新たに設置された学際チーム (医師や看護師、ソーシャルワーカー等で構成) からなる在宅医療サポートセンターが、患者の在宅復帰後のケアやサポート、あるいは医療サービスを調整する。また、このモデルのもう一つの特徴は、地域全体にわたる機能的な垂直統合のスキームが構築されている点にある。複数のプライマリーケア診療所が参画していることから地域全体を範囲とした連携体制が敷かれることになる。取り組み例の1つが高陽市で展開されているが、この PICS-K の実践の経過を Hanbit Mun らが詳細かつ丁寧に分析している²⁾。分析結果から、患者満足度や参加した医師の満足度は高く在宅サービスの連携率も高かったことがわかった。今後の課題として、入院率、入院機関、救急の受診数などを評価指標に加えることや、PICS-K の適用が妥当となる患者状態の標準化 (例えば、症状の悪化により再入院または救急を訪れる可能性の高い最近退院した患者など)、医師と看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士を必要要員とした学際チームによる課題抽出とケアプラン作成、電子医療記録等の情報プラットフォームの整備と様々な端末からのアクセスの実現、地域社会資源のデータベース化、医療費支払とサービス提供システムの改良、などを挙げている。また、韓国のプライマリーケア医師が包括的かつ継続的なプライマリーケアの概念と多職種連携の中で家庭医の役割を果たすことに慣れる必要があると指摘した上で、現時点ではこの種の人材育成を支援する制度的なメカニズムは存在せず、結果として、韓国政府が掲げる「地域包括ケア構想」におけるプライマリーケア訪問サービスの非アクティブ化の主な原因になっている、と本質的な問題点を明確に示している。

このように、韓国は、人中心のケアの概念に基づく地域包括ケアの実現を目指している。その実現の鍵は地域の多様な機関の参画と多職種の連携にある。どのような仕組みと運用を整えると多様な機関が参画しやすくなり、相互の連携を平常運転できるか、また、多職種が協働しやすくなるか、地域全体を巻き込んだ実証型のプログラムを通じて未来志向の地域包括ケアの実現に近づこうとしている。

【参考資料】

- 1) 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어),
<https://korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>
- 2) Mun, H., Cho, K., Lee, S., Choi, Y., Oh, S., Kim, Y.-S., Seo, M., Park, J.-Y. and Pak, S.B.,
2023. Patient-Centered Integrated Model of Home Health Care Services in South Korea (PICS-K). *International Journal of Integrated Care*, 23(1), p.6. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.6576>

VI-7. 低所得者への対応等

政策研究大学院大学 教授

小野 太一

介護保険サービスを利用する際の自己負担額は在宅サービス 20%、施設サービス 15% となっているが、国民基本生活費受給者（生活保護）は 100%減額となっている。その他の低所得者については、医療保険の加入類型（職域又は地域）及び加入者・被扶養者数で決まる類型毎の医療保険料支払い額がその基準となる。医療保険料支払い額が、それぞれの類型毎の 0%～25%未満であれば 60%減額、25%～50%未満であれば 40%の減額が適用される（ただし職域加入者については、一定の資産額以下である必要）。（図 1 参照）

| 適用期間：2024年3月～2025年1月 | | | | | |
|----------------------|-----------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|----------------------|
| 加入者及び被扶養者数 | 地域医療保険の保険料基準 | | 職域医療保険の算定保険料および資産規準 | | |
| | 自己負担減額率 | | 自己負担減額率 | | 固定資産税額 |
| | 60%減額 | 40%減額 | 60%減額 | 40%減額 | |
| 1人 | 19,780 ウォン以下 | — | 72,600 ウォン以下 | 72,600ウォン超 94,530ウォン以下 | 122,000,000 ウォン以下 |
| 2人 | 19,780 ウォン以下 | 19,780ウォン超 74,660ウォン以下 | 79,560 ウォン以下 | 79,560ウォン超 117,510ウォン以下 | 207,000,000 ウォン以下 |
| 3人 | 19,780 ウォン以下 | 19,780ウォン超 84,600ウォン以下 | 92,760 ウォン以下 | 92,760ウォン超 146,610ウォン以下 | 268,000,000 ウォン以下 |
| 4人 | 25,930 ウォン以下 | 25,930ウォン超 95,840ウォン以下 | 109,000 ウォン以下 | 109,000ウォン超 177,250ウォン以下 | 329,000,000 ウォン以下 |
| 5人 | 29,000 ウォン以下 | 29,000ウォン超 108,440ウォン以下 | 133,680 ウォン以下 | 133,680ウォン超 204,150ウォン以下 | 389,000,000 ウォン以下 |
| 6人以上 | 44,190 ウォン以下 | 44,190ウォン超 142,890ウォン以下 | 154,280 ウォン以下 | 154,280ウォン超 223,890ウォン以下 | 450,000,000 ウォン以下 |

※保険料は賦課額ではなく算定額であり、介護保険料は含まない。
 ※職域医療保険対象世帯は、算定保険料及び資産基準の両者を満たす場合に減額を適用。
 ※職域医療保険対象世帯の算定保険料は、「国民健康保険法」第 69 条第 4 項による月額保険料（加入者負担保険料のみ）と月額所得保険料の合計に基づく。
 ※固定資産税額は、「地方税法」第 105 条による土地、建物、住宅、船舶及び航空機の課税標準金額で、全世帯員の固定資産税額合計に基づく。
 ※任意継続加入世帯の保険料は、「保険料軽減告示」第 9 条による軽減（100 分の 50）後の金額とする。
 ※上記の減額適用基準を満たしても、「介護費用の自己負担額軽減に関する告示」第 2 条第 2 項に該当する者は、減額適用から除外される。

図 1：低所得者への減額適用対象者

出典：国民健康保険公団ウェブサイト（URL は「出典」参照）

（原典韓国語を英語・日本語に機械翻訳後に和訳）

なお WHO/OECD (2021) において、2018 年における、総介護費用に占める自己負担割合は 31.5%とされている（日本は 8.0%）。

【出典】

- ・ 国民健康保険公団、介護保険制度

<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/503/npeb503m01.web?menuId=npe0000000390&prevPath=/npbs/r/e/560/openLtcInsuNwtr.web>

- ・ WHO/OECD (2021), “Pricing long-term care for older persons”

VI-8. 韓国の老人長期療養保険制度の最新動向

東京福祉大学・大学院社会福祉学研究所 教授
金 貞任

韓国の老人長期療養保険制度（以下、療養保険制度）は、2007年4月に制定され、2008年7月に施行された。療養保険制度の目的は、老人性疾患などにより日常生活を一人ですることが難しい高齢者などに身体介護や家事支援などを提供し、老後生活の安定とともに家族の介護負担を軽減することである。療養保険制度の実施により、所得の高低に関わらず療養等級者が介護サービスの対象となった。2024年度療養保険報酬改正では、「高齢者人口が2025年に全人口の20%以上の超高齢社会となり、国が高齢者を忠実にケアできるよう療養保険制度を発展させ、制度の持続可能性を高める」ことが示唆された（保健福祉部、2023）。

一方で、韓国の療養保険制度は、医療保険の被保険者、つまり全国民が被保険者であるため療養保険料が安く、保険者は国民健康管理公団の1カ所であるため、居住地域による療養保険料の格差はなく、要介護高齢者は子どもの居住地でも療養サービスの利用が可能である。他方で、療養保険報酬などの改正は、毎年行われているため療養保険料の値上がり額が低く、多様な療養サービスのモデル事業が実施されている。以下では、近年の療養保険制度の最近の動向について説明する。

1. 保険者と被保険者、療養保険料

保険者は、国民健康管理公団である。農村の高齢者は、子どもが居住している地域で療養サービスの利用が可能であるが、主に入所施設の利用が多い。居住地域による療養保険料の格差がないため、高齢化率が高い農村や過疎地域の療養保険料の負担が少ない。

被保険者は、国民健康保険の加入者である。全国民が介護保険料を負担し、療養保険料が毎年引き上げられているため療養保険料が低い。表1のように所得対比療養保険料と健康保険料対比療養保険料は毎年引き上げられているが、コロナ感染拡大禍におけるそれぞれ引き上げ率が低くなっている。1世帯当たり療養保険料は、2023年16,678ウォン、2024年16,860ウォンとなり、2023年に比べ2024年に182ウォン（約18.2円；10分の1に計算）高くなった（保健福祉部、2023）。

表1 長期療養保険料率の推移

| | 2018 | 2020 | 2022 | 2023 | 2024 |
|----------------|------|-------|-------|-------|-------|
| 保険料率（所得対比） | 0.46 | 0.68 | 0.86 | 0.91 | 0.92 |
| 引き上げ率(所得対比) | 14.9 | 24.4 | 8.5 | 5.9 | 1.09 |
| 保険料率（健康保険料対） | 7.38 | 10.25 | 12.27 | 12.81 | 12.95 |
| 引き上げ率（健康保険料対比） | 12.7 | 20.4 | 6.5 | 4.4 | 1.09 |

注：保健福祉部、2023、「報道資料 2024年度長期療養保険料率0.918%(所得対比)、20231031を基に筆者が作成

2. 療養等級と療養認定者

療養等級は、2008年に1等級から3等級だったが(療養等級が低いほど要介護度が重い)、2014年度に、3等級は3等級と4等級に細分化され、認知症を対象とする5等級が新設された。2018年度には認知支援等級が新設され、医師から認知症の診断を受けた者が対象となった。認知症状があっても家族の介護負担を減らし、住み慣れた自宅や地域社会で住み続けることが狙いである(表2)。

療養等級更新は、2024年度から更新前後が同じ状態である場合は、1等級は4年間、2等級～4等級は3年間、5等級と認知支援等級は2年間、更新前の療養等級が維持される(保健福祉部、2023)。

| | 2008.7-2012.6 | 2014.7-2017.12 | 2018.1-現在に至る |
|---------------|---------------|----------------|--------------|
| 1等級 | 95点以上 | 95点以上 | 95点以上 |
| 2等級 | 75点以上95点未満 | 75点以上95点未満 | 75点以上95点未満 |
| 3等級 | 60点以上75点未満 | 60点以上75点未満 | 60点以上75点未満 |
| 4等級 | 55点以上60点未満 | 51点以上60点未満 | 51点以上60点未満 |
| 5等級(認知症限定) | | 45点以上51点未満 | 45点以上51点未満 |
| 認知支援等級(認知症限定) | | | 45点未満 |

資料：金貞任、2023「韓国の介護保険制度」を基に筆者が執筆

療養等級申請者は、表3のように2019年に100万人以上となり、2021年に約130万人となったが、療養等級認定者は、2021年に95万人であるが、療養判定申請者対療養等級認定者は74.4%であり、等級認定率の増加はわずかである。療養等級認定者が高齢者に占める割合は、2015年に7.0%だったが、2020年に1割を超え、2023年には10.9%(101.9万人)となった。療養等級認定者が高齢者人口に占める割合は増加の傾向であるが、療養等級申請者の10人中2.5人が療養等級対象外となっており、療養等級認定のハードルは高い。

| | (単位：人数、%) | | | | | |
|-------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------|
| | 2015 | 2017 | 2019 | 2020 | 2021 | 2023.0 |
| 申請者 | 789,024 | 923,543 | 1,113,093 | 1,183,434 | 1,281,244 | |
| 判定者(等級+等級外) | 630,757 | 749,809 | 929,003 | 1,007,423 | 1,097,462 | 1,019,000 |
| 認定者(対判定者) | 467,752(74.2) | 585,287(78.1%) | 772,206(83.1%) | 857,984(85.2%) | 953,511(86.9%) | |
| 高齢者人口対比認定率 | 7.0% | 8.0% | 9.6% | 10.1% | 10.7% | 10.9% |

資料：国民健康保険、2017・2021・2023「2016老人長期療養保険統計年報」・「2021年老人長期保険統計年報」を基に筆者が作成

3. サービス給付費と療養給付限度額

療養サービス利用者の給付限度額の自己負担は、入所施設が20%、在宅サービスが15%

である。利用可能なサービスは、表4のように1等級・2等級が（日本の要介護5・4に該当する）療養施設入所と在宅サービスである。3等級と4等級は（日本の要介護3・2に該当する）、原則在宅サービスが利用可能であり、5等級と認知支援等級は、認知症関連サービスが利用可能である。

一方で、療養サービスが整備されていない島・僻地や天然災害によりサービス利用が困難な療養等級者には、特別療養給付金が月15万ウォン（約15,000円）支給されたが、2023年から月223,000ウォンと引き上げられた（保健福祉部、2023）。特別療養給付対象者は、福祉用具が利用可能である。

療養保険サービスの給付費の値上げは、2024年には2023年に比べ、短期保護が11.46%で最も高く、訪問看護と療養施設が3%、訪問療養が2.72%で低い。一方で、訪問療養は、1等級と2等級が1日4時間、3等級～5等級が1日3時間まで利用が可能であり、2024年に訪問療養の8時間利用は、月6回から8回と増えた。訪問療養事業所は、訪問療養士の確保が難しく、経営不振が続いているため訪問療養士の福利厚生が整備されていない。5等級は、認知活動型プログラムを週3回月12回、訪問療養は週1回2時間利用可能であり、認知支援等級は、週夜間保護認知機能サービス、認知症改善プログラムに参加が可能である。

在宅給付限度額は、2022年度に比べ2024年度に1等級と2等級はそれぞれ約39万ウォン（約4万円）、3等級と4等級はそれぞれ10万ウォン引き上げられ、サービス利用者の自己負担が増えたが、それに関する政府の発表が見当たらない。在宅給付限度額は、2027年度まで施設給付限度額と同じ水準に引き上げる予定であり、2023年度に施設給付限度額の74%～77%引き上げ、2024年度に施設給付限度額の80%～82%まで引き上げる予定である（保健福祉部、2023）。しかし、療養サービスの量や利用時間などに関しては政府の発表が見当たらないため、サービス利用者の自己負担のみが高くなるかどうかは不明である。家族の介護負担を軽減するために、在宅給付限度額とは別途に年間、短期保護サービスが10日間、または終日訪問療養が20回利用可能である（保健福祉部、2023）。

表4 在宅給付限度額の推移（月）

| | | | | | | | (月、ウォン) |
|-----------|---------------|-----------|-----------|-----------|---------------------|-------------|---------|
| 年度 | 1等級 | 2等級 | 3等級 | 4等級 | 5等級 | 認知支援等級 | |
| 2022 | 1,672,700 | 1,486,800 | 1,350,800 | 1,244,900 | 1,068,500 | 597,600 | |
| 2023 | 1,885,000 | 1,690,000 | 1,417,200 | 1,306,200 | 1,121,100 | 624,600 | |
| 2024 | 2,069,900 | 1,869,600 | 1,455,800 | 1,341,800 | 1,151,600 | 643,700 | |
| 利用可能なサービス | 在宅サービスと入所サービス | | 在宅サービス | | 認知活動型訪問療養・訪問入浴・訪問看護 | デイサービス・福祉用具 | |
| | | | | | 短期・デイサービス | | |

資料：保健福祉部、2022・2023「報道資料 2023・2024年度長期療養保険料率(所得対比)決定」を基に筆者が作成

入所施設給付費の限度額は毎年引き上げられており、老人療養施設では2023年に1等級

が1日 81,750 ウォンから 2024年に 84,240 ウォンとなった。老人共同生活家庭（5人～9人入所）は、1等級が 2024年に 71,010 ウォンと引き上げられたが、老人療養施設よりも入所者1人当たり1日 13,000 ウォン低く設定されている。1ヶ月当たり1等級の自己負担額は、老人療養施設が 505,440 ウォン、老人共同生活家庭が 426,600 ウォンであり、経済的に余裕がない療養等級者が老人共同生活家庭に入所する可能性が高い。2021年の長期療養機関パネル経営実態調査によると、老人共同生活家庭の経営状態は-2.3%であり（国民健康保険公団、2021）、入所者が安心して療養サービスを受けるための対策が課題である。

表5 入所施設給付限度額の推移（1日）

| 等級／年度 | (単位：1日、ウォン) | | | |
|---------|-------------|--------|----------|--------|
| | 老人療養施設 | | 老人共同生活家庭 | |
| | 2023 | 2024 | 2023 | 2024 |
| 1等級 | 81,750 | 84,240 | 68,780 | 71,010 |
| 2等級 | 75,840 | 78,150 | 63,820 | 65,890 |
| 3・4・5等級 | 71,620 | 73,800 | 58,830 | 60,740 |

資料：保健福祉部、2023「報道資料 2024年度長期療養保険料率0.92%(所得対比)決定」を基に筆者が作成

4. 療養サービス対策

以下では、在宅療養サービスのモデル事業の取り組みについて説明する。

在宅訪問の「老人医療・ドルボム統合支援モデル事業」が12自治体（光州市西区、安山市、金海市など）において2023年7月から2025年12月まで実施される。75歳以上の在宅療養等級者の中で療養病院や療養施設の入所リスクが高い者が対象者であり、①訪問医療サービス、②保健所の訪問健康管理、認知症安心センター連携が提供される。2023年度予算は32.4億ウォンである（保健福祉部、2023）。本モデル事業は2019年度から実施され、2026年度に全国で実施する予定であった。「地域社会統合ドルボムモデル事業」として自治体に対象者選定とサービス種類が委任された。しかし、韓国大統領選挙により文政権から尹政権に政権が交代され、今後の本モデル事業の全国実施は不透明である（金、2023）。

統合在宅給付は、2019年からモデル事業として実施されている。本モデル事業は、週夜間統合型（週夜間保護サービス＋訪問療養（入浴））と家庭訪問統合型（訪問療養（入浴）＋訪問看護）があり、2種類の中から一つのサービスが利用可能である。サービス対象者は、1等級～5等級であり、生活保護者は対象外である。週夜間統合型は、週夜間保護が月8回以上、訪問療養が月1以上であり、毎回利用時間は1等級と2等級が200分である。家庭訪問統合型は、訪問療養と訪問看護がそれぞれ月4回以上であり、毎回利用時間は1等級と2等級が220分である（国民健康保険、2020）。社会福祉士と看護師は、サービス利用者の自宅を毎月訪問し、サービス利用状況などのマネジメントとサービス計画を作成する。

移動が不自由な高齢者を対象に在宅医療センターと長期療養在宅医療がモデル事業とし

て実施される。①在宅医療センターでは、訪問医療、訪問看護サービスが提供される。サービス事業所は、2023年に28ヶ所から100ヶ所まで増やす計画である。②長期療養在宅医療は、1等級～4等級が対象であり、訪問診療が月1回、訪問看護が月2回以上利用可能であり、社会福祉士が随時訪問する。

5. 介護人材育成

老人療養施設では、2024年10月から専任療養保護士に毎月15万ウォンが支給される。専任療養保護士とは、施設勤務経験が5年以上であり、昇級教育を40時間履修した療養士が対象となるが、入所定員が50人以上の施設では2人であり、入所定員25人ごとに1人が専任療養士となる（女性経済新聞、2023.11.3）。訪問療養士は、ボス教育修了者であり、2年に1回95,000ウォンが支給される。入所定員が10人未満である共同生活家庭の療養士は、専任療養保護士の対象外である。

療養保護士は、最低賃金が適用されており、2023年度の最低賃金は1時間9,620ウォンである。療養保護士の処遇改善費は、2013年に実施され、2018年度から長期勤続奨励金に名称を変更し、勤続年数が長いほど奨励金が高く、7年以上は10万ウォンが支給される。

療養保護士養成の教育費は、政府が45%、本人が55%負担したが、2024年度から本人が90%を負担し、療養保護士合格後、6ヶ月以内就職と6ヶ月間勤続すると教育費の35%が支給される（女性経済新聞、2024.1.8）。すなわち、療養保護士資格者の介護現場の参加が目的であるが、教育費の先払いの負担により受講生が減少し、療養保護士養成機関の閉鎖に波及する可能性がある。

療養施設や在宅訪問の療養保護士を対象にボス（再）教育のモデル事業が2023年度に実施され、2024年から全国に実施され、2年ごとにボス教育（8時間）を受ける（保健福祉部・国民健康保険、2023）。

療養施設の人材配置基準は、サービス受給者対療養保護士が2.5対1、2022年10月から2.3対1、2025年度から2.1対1となる。介護人材配置基準に違反すると、介護人材配置に関するすべての加算が減額されたが、2024年度から人材配置基準に違反した領域のみが減額される。療養施設の看護師配置は、モデル事業であり、2023年25ヶ所から2024年に30ヶ所に拡大する予定であり、療養施設の看護師配置が遅れており、療養施設での看取りケアは難しい状況である。

在宅療養サービス事業所では、サービス利用者が15人以上であると社会福祉士1人を配置する。2024年度から社会福祉士は、サービス利用者の自宅を月に1回以上訪問し、サービス内容の確認と記録を残すが、違反した場合は、家族療養に提供する給付の10%を減額する。本事業は、家族療養士の指導・監督と家族療養士の増加を抑制し、訪問療養士によるサービス提供の狙いがある（女性経済新聞、2023.12.7）。

6. 高齢者虐待防止対策とヤングケアラー対策

高齢者虐待防止対策として、療養施設（老人療養施設，共同生活家庭）では、2023年6月からCCTV設置が義務化され、費用は事業主が20%負担するが、CCTV未設置と録画を保存しないと罰金が課される（福祉タイム誌、2023）。在宅のサービス利用者の暴言や暴力などのハラスメントの対策として、2024年度から訪問療法士は名刺型録音機が提供され、仕事中に録音が義務つけられた。療養保護士2人が療養サービス利用者の自宅で療養サービスを提供する。

家族に世話や介護を行う13歳から34歳（以下，ヤングケアラー）、疾病と孤立などにより一人で日常生活が困難な中壮年層（40歳~64歳）を対象に2023年7月から37市郡区でモデル事業が実施された。サービス内容は、基本サービス（在宅ケア，日常生活支援，家事サービス）と、自治体に特化したサービス（情緒的サポート、病院同行付き添い、食事などの栄養管理、ソーシャル・ダイニング（料理教室と食事会の支援））が提供される。サービス費用は、前払いであるが、所得の高低によって負担費用が異なる（金参照、2023）。

8. まとめ

以上のように、韓国の療養保険制度は2008年度に実施され、近年では高齢者10人中1人以上が療養サービスを受けるようになった。療養報酬と療養保険料などは、毎年値上がりしているが、値上げの金額が少ないため、被保険者が保険料や療養サービス利用限度額の値上がりに気付きにくいシステムである。近年では、在宅サービス利用者が住み慣れた自宅で生活できるように、訪問療養サービスの利用時間が長くなり、多数のモデル事業の実施と訪問医療と訪問介護の連携が進んでいる。ただし、療養等級者や家族は、ネットワークやインターネットの利用ができないと療養サービス利用から除外される可能性が高い。ヤングケアラーを対象にしたモデルは、ヤングケアラーが学業と友人と共に過ごす自由時間を確保するために有効であるが、全国拡大が課題である。

療養保護士育成と介護の質の向上のための加算や教育が新設されているが、小規模である共同生活家庭は専任保護士の加算から除外されており、持続的なサービス提供と経営維持のための工夫が課題である。

【引用文献】

- ・保健福祉部、2023「報道資料 2024年度長期療養保険料率 0.9182%（所得対比）」
- ・保健福祉部、2023、「福祉ロ 特別現金給与（家族療養費）」
- ・保健福祉部、2023、「保健福祉部、老人医療・ドルボム統合支援モデル事業現状訪問」
- ・保健福祉部・国民健康保険、2024、「2024年療養保護士ボス教育の運営指針」
- ・福祉タイム誌、2023.4.11. <https://www.bokjitime.com/news/articleView.html?idxno=34572>
- ・女性経済新聞、2023.11.3, 2023.12.7, 2024.1.8
- ・金 貞任、2023「老人長期療養保険制度の進展と地域社会統合ケアの普及の模索」、『社会保障研究』8(2):131-145.
- ・国民健康保険公団、2020、「報道参考資料 統合在宅サービス」
- ・国民健康保険公団健康保険政策研究院、2021、「2021年長期療養機関パネル経営実態調査」

VII章 付録：基礎データ表（6か国比較）

1. 基礎情報

| | イギリス* | オランダ | ドイツ | フランス | 韓国 | 日本 |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|---|---|--|
| 面積 (km ²) ¹ | 242,741 | 41,543 | 357,588 | 632,702 | 100,444 | 378,000 |
| 人口 (千人) ² | 67,184 | 17,748 | 83,699 | 68,095 | 51,559 | 124,389 |
| 消費税率(%) ³ | 20 | 21 | 19 | 20 | 10 | 10 |
| 国民負担率(%) ⁴ ()内は対 GDP 比 | 46.0 (34.7) | 57.0 (40.5) | 54.0 (40.7) | 69.9 (47.7) | 41.7 (29.3) | 47.9 (33.5) |
| 平均寿命 (年) ⁵ | 80.4* | 81.4 | 80.8 | 82.4 | 83.6 | 84.5 |
| 年金支給開始年齢 ⁶ | 66 歳 *2026 年から 2028 年までに 67 歳に引上げ予定 | 66 歳 7 か月 *2024 年までに 67 歳へ引上げ予定 | 65 歳 7 か月 *2023 年までに年 1 か月ずつ、2029 年に 67 歳になるまで年 2 か月ずつ引上げ予定 | 62 歳 3 か月 *2023 年 9 月から毎年 3 か月ずつ引き上げ、2032 年には 64 歳になる予定 *満額支給開始年齢は 67 歳 | 62 歳 *2013 年から 5 年毎に 1 歳引上げ、2033 年に 65 歳になる。 | 原則 65 歳 *60 歳から 75 歳の間を選択可。ただし支給時期によって支給額に差が出る。 |
| 平均在院日数 (日) ⁷ | 6.9 | 5.2 | 8.8 | 9.1 | 18.5 | 16.0** |
| 病院死亡率(%) ⁸ | 40 | 23 | 53 | 53 | 68 | 67 |

* グレートブリテン・北アイルランド連合王国の数値

【出典】

- 1 : 日本は外務省、その他は Jetro ホームページより (2023.2.14 access)
- 2 : World Bank, Population Estimates and Projections, December 20,2023 (2022 年)
- 3 : OECD, Consumption Tax Trends 2022, Annex A. Countries with VAT, Table A.A.1., November 30,2022 (2022 年)
- 4 : 財務省「国民負担率国際比較 (OECD36 か国)」2023.2.21 (2020 年)
- 5 : OECD, Health at a Glance 2023, Figure 3.1Life expectancy at birth, 2022 (2022 年) 【* フランスは 2020 年の数字】
- 6 : OECD, Pension at a Glance 2023
- 7 : OECD, Health at a Glance 2023, Figure 5.21 Average length of stay in hospital, 2021 【** 日本は急性期治療のみを対象】
- 8 : OECD, Health at a Glance 2023, Figure 10.26 Trends in hospital death rates, 2021

2. 社会保障費内訳（対 GDP 比（%）：2019 年）

| | イギリス | オランダ | ドイツ | フランス | 韓国 | 日本 |
|---------|------|------|------|------|------|------|
| 高齢者 | 5.6 | 5.8 | 8.7 | 12.4 | 3.1 | 8.4 |
| 遺族 | 0.1 | 0.1 | 1.7 | 1.5 | 0.4 | 1.2 |
| 障害 | 1.3 | 2.8 | 2.4 | 1.7 | 0.7 | 1.1 |
| 医療 | 7.9 | 2.9 | 8.3 | 8.5 | 4.8 | 9.6 |
| 家族 | 2.4 | 1.6 | 2.4 | 2.7 | 1.4 | 1.7 |
| 積極的雇用政策 | 0.2 | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 0.4 | 0.2 |
| 失業 | 0.1 | 0.8 | 0.8 | 1.5 | 0.4 | 0.2 |
| 住宅 | 1.1 | 0.4 | 0.5 | 0.7 | 0.1 | 0.1 |
| その他 | 0.8 | 1.4 | 0.2 | 1.0 | 1.0 | 0.3 |
| 計 | 19.5 | 16.3 | 25.6 | 30.7 | 12.3 | 22.8 |

【出典】 OECD Stat, Social Expenditure (2023.2.14 access)

3. 高齢者の状況

| | イギリス | オランダ | ドイツ | 韓国 | フランス | 日本 |
|----------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|
| 65歳以上人口(千人) ¹ | 13,073 | 3,380 | 19,039 | 9,476 | 14,981 | 37,401 |
| 高齢化率(%) ² | 19.5 | 20.7 | 22.7 | 18.4 | 22.0 | 30.1 |
| 80歳以上人口割合(%) ³ | 6.2 | 6.0 | 9.1 | 6.1 | 7.2 | 13.2 |
| 上段：女性、下段：男性 | 4.5 | 4.1 | 6.0 | 3.1 | 4.8 | 8.3 |
| 65歳以上単身世帯(%) ⁴ | 30.1* | 31.7 | 34.1 | 36.1 | 35.8 | 28.8* |
| 65歳－69歳就労率(%) ⁵ | 25.3 | 23.0 | 19.3 | 50.4 | 9.9 | 50.9 |
| 高齢者貧困率(%) ⁶ | 13.1 | 6.5 | 11.0 | 40.4 | 4.4 | 20.0 |

【出典】

1,2,3 : World Bank, Population Estimates and Projections, December 20,2023 (2022年)

4 : eurostat, Distribution of propotion aged 65 and over by type of household - EU-SILC survey, 15/12/2023 (2022年)

Office for National Statistics, Profile of the older population living in England and Wales in 2021 and changes since 2011, 5 April 2023 (2021年)

韓国統計庁「将来世帯推計 2000～2050」 2022.6.28 (2022年)

内閣府「令和5年度高齢社会白書」 2023 (2021年)

【*イギリスと日本は2021年の数字】

5 : OECD, Pension at a Glance 2023, Figure 1.6 Employment rates for older adults la behind those of prime-age individuals (2022年)

6 : OECD, Pension at a Glance 2023, Table 7.2. Income poverty rates by age and gender, 2020 or latest available year (2020年)

(世帯の等価可処分所得中央値の50%未満の所得の割合)

4. 長期介護制度の概要

| | イギリス | オランダ | ドイツ | フランス | 韓国 | 日本 |
|---------------------|---|--|---|---|---|--|
| 高齢者支援 長期介護制 度 | ①成人ソーシャルケ ア（自治体）Adult Social Care ②国民医療サービス <NHS>による継続的 ケア （重度のみ） | ①介護保険：WLZ(施 設介護等) ②医療保険：ZVW(在 宅看護等) ③社会支援：WMO(家 事援助・生活支等) | 介護保険 Pflegeversicherung * | ①個人別自立手当 （Allocation Personnalisee d'AutonomieAPA） ②上に非該当の場合自治体 による家事援助・生活支援 等 | 老人長期療養保険制度(介 護保険) 노인 장기 요양 보험 | 介護保険 |
| 根拠法 | 介護法 2014 | ①介護法 ②医療保険法 ③社会サービス法 | 社会法典第XI編介護保 険 | 社会福祉・家族法典第2巻 3編第2章個別自律手当制 度 | 老人長期療養保険法 | 介護保険法 |
| 設立年 | 2014年 | ①2015年 ②1941年 ③2015年 | 1995年 | 2002年 | 2008年 | 2000年 |
| 運営方式 | 自治体サービス | ①②保険会社（保険に 加入義務） ③自治体サービス | 公的社会保険（非加入者 は民間保険加入義務） | 県が運営 | 公的社会保険 | 公的社会保険 |
| 運営主体 | 地方自治体 | ①は国が保険会社に 委託 ②は保険会社が保険 者 ③地方自治体 | 介護金庫 | 全国自律連帯金庫(CNSA) が予算配分 | 国民健康保険公団 | 市町村および特別区（東京 23区） |
| 制度の基本 理念 | ウェルビーイング（尊 厳、健康、安全、主体 性、社会参加…の全 体） ケア法第1条 | ①重大な危害を防ぐ、 24時間介護できない 場合に提供 介護法第3章§2 ③できるだけ長く在 宅。自助、社会参加を 相互支援 社会支援法第2章§1 | （在宅介護及び部分施 設介護は）家族、隣人又 はボランティアによる 介護を補う 社会法典第11編第1 章4条 | 客観的で普遍的な権利、個 人のニーズに応じた支援、 国からの財政支援を伴う地 方分権化された運営 | 老後の健康増進および生活 の安定を図り、当該家族の 負担を減らす 高齢者長期療養保険法第1 条 | 要介護者が尊厳を保持し、 能力に応じ自立した日常生 活をできるように、必要な保 健医療サービス及び福祉サ ービス給付を行う。国民の 共同連帯の理念に基づく制 度 介護保険法 |
| 給付対象者 | 全年齢層（障害含む） | 介護保険被保険者：全 年齢層（医療保険と同 | 介護保険被保険者：全年 齢層（医療保険と同時加 | 60歳以上 | 老人長期療養保険被保険 者：65歳以上および老人性 | 介護保険被保険者：65歳以 上および特定疾病のある |

| | | 時加入) (障害含む) | 入) (障害含む) | | 疾患のある 65 歳未満 | 40~64 歳 |
|---|---|--|---|--|--|--|
| 受給者数 (2021 年) ¹ | 542.5 千人 (2022-2023 年) | 在宅 : 262.2 千人 施設 : 135.3 千 (2020 年) | 在宅 : 3,039.9 千人 施設 : 721.6 千人 | 在宅 : 789.8 千人 施設 : 535.8 千人 | 在宅 : 691.1 千人 施設 : 222.7 千人 | 在宅 : 3,173.4 千人 施設 : 963.4 千人 地域密着型 : 869.5 千人 |
| 保険料 ² | なし | ・ WLZ : 課税所得の 9.65% ・ ZVW : 平均月額 145 €程度 (保険会社によって異なる) ・ WMO : 自治体一般財源 | 収入の 3.05% (被保険者 : 1.70%、事業主 : 1.70%) *子を有しない 23 才以上の被保険者は 0.6%増 | なし | 医療保険料の 12.8% (2023 年) | 所得段階別保険料 第 1 号被保険者の全国平均は 6,014 円/月 (2022~2024) |
| サービス利用料 (自己負担) | ミーンズテストあり。不動産を含む全資産が 14,250 ポンド以下は無料~ある程度支払い 23,250 ポンド以上は全額自費 | ・ WLZ : 収入、資産、年齢、家族構成、利用額で変動。2018 年より収入の 1 割以内に。 ・ WMO : 2019 年より一律月額 17.5€ | 部分保険のため、利用者負担は大きい | ○在宅 APA : 月収 864.60€ 以上は自己負担あり。 (2023 年) ・ 月収 864.60~3,184.11€ は費用の 90%~0%負担) ・ 月収 3,184.11€ 以上は 90%自己負担 ○施設 APA : 入所者の収入、要介護度、施設介護料金で決定 | ○在宅給付 : 利用した介護給付費用の 15% ○施設給付 : 利用した介護給付費用の 20% | ・ 所得により 1 割~3 割負担 |
| 従事者数 (訪問看護師、施設内看護師、パーソナルケアワーカー) (2021 年) ³ | — | 285.0 千人 | 1,000.0 千人 | — | 415.7 千人 | 2,472.8 千人 |
| 制度への税、公費の割合 | 100% 成人ソーシャルケアの国家予算はなく、公的資金による社会的ケアは、主に地方自治体の歳入によって賄われている | WLZ : 長期ケアの枠組みは 330 億 5,000 万 €、政府予算部分 2 億 4,500 万 € WMO : 100% | 全額保険料 (国庫補助は行われていない) | 県の一般財源 : 58%、 全国自立連帯金庫 : 42% | 国と地方自治体の負担は介護保険料の予想収入額の 20%と介護扶助費 | 50% 国 25% 都道府県 12.5% 市町村 12.5% |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|------------------------------|--------------------------------------|
| 高齢者支援 長期介護制度 と医療等 関連諸制度 の性格 | ・GP制度で社会的処 方が広がっている ・リエイブルメントサ ービス増加中 ・NHSは重篤者が対 象で利用が厳しく制 限。 | WLZ：24時間介護が 必要な人対象 ZVW：地域看護師が在 宅ケアで大きな役割 WMO：地域での自立 重視 | 医療・介護ともに予防・ リハビリ重視の規定あ り | 退院患者にリハビリを含む 「在宅入院(HAD)」制度 | 介護保険の施設ケアよりも 病院への入院の希望が多い | 介護保険内に地域における 支援、軽度者への支援も含 んでいる |
| リハビリテ ーション・看 護 | リハビリと在宅看護 はNHS | 医療リハビリ（高齢者 リハは最長6カ月）と 訪問看護は医療保険。 | 介護鑑定ではリハビリ 提案も行う。リハビリと 訪問看護は医療保険 | 開業看護師による在宅看護 は医療制度 | リハビリ・訪問看護は医療 保険 | 介護保険に一部リハビリも 含む |
| かかりつけ 医・家庭医制 度 ⁴ | かかりつけ医 (General Practitioner, GP)あり。 GP登録は義務 | 家庭医(Huisarts)あ り。 登録なければGP費用 は自費。GPの紹介な ければ費用自費 | 家庭医(Hausarzt)あ り。 家庭医に登録ない場合、 費用自費の場合もある (健康保険会社によっ て違う) | 総合診療医(médecin généraliste)あり。 総合診療医の紹介なければ 医療給付なし | なし | なし |

【出典】

- 1：ドイツ：医療経済研究機構「ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2022年版」P173 7-2
オランダ、フランス、韓国：OECD, Health Statistics 2023, Long-term Care Resources and Utilisation
日本：厚生労働省 令和3年3月審査分介護保険給付費等実態統計月報【OECD調査使用の文献に合わせた】
イギリス：NHS England, Adult Social Care Activity and Finance Report, England, 2022-23、T1表（65歳以上）
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Ffiles.digital.nhs.uk%2FA2%2F4F7B90%2FASCFR%2520and%2520SALT%2520Data%2520Tables%25202022-23%2520v2.2%2520%2528T4%2520update%2529.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>
- 2：日本：厚生労働省社会保障審議会介護保険部会（第92回）資料1「介護保険制度をめぐる最近の動向について」（2023年）
- 3：OECD Health Statistics 2023, Long-term care Resources and Utilisation, access 05 Feb 2024
- 4：・Inschrijven bij een huisarts
<https://www.huisarts.nl/huisarts-informatie/206-2/>
・Aan welke eisen moet de verwijfsbrief voldoen?
<https://lvvp.info/nieuwsbrief/aan-welke-eisen-moet-de-verwijsbrief-voldoen/>
・Hausarztmodelle und Hausarzttarife
<https://krankenassen.net/gesetzliche-krankenversicherung/leistungen-der-gkv-allgemein/hausarztmodelle.html>
・Hausarztmodell: Der Lotse im Gesundheitswesen
<https://www.krankenassen.de/gesetzliche-krankenassen/leistungen-gesetzliche-krankenassen/wahltarife-besondere-versorgung/hausarztmodell/>
・Le rôle clé du médecin généraliste dans notre système de santé
<https://www.maiaa.com/medecin-generaliste/article/role>

※その他参考資料は巻末参照。

5. サービス利用の流れ

| | イギリス | オランダ | ドイツ | フランス | 韓国 | 日本 |
|--------|---|--|---|---|---|--|
| 相談 | 自治体、GP、NHS、AgeUK などのチャリティに相談 | GP、ケア事務所、ソーシャルヴァイクチーム (本人→家族・近隣→ボランティアによる支援を検討) | GP、プロバイダー、市町村と介護金庫による介護支援拠点(数は少ない)に相談 | 県の窓口、ローカル情報調整センター(CLIC)、自立と包括的ケアのためのネットワーク(MAIA)などに相談 | サービス事業所、敬老堂、老人福祉館など | 地域包括支援センター、自治体窓口、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、医療機関の相談室 |
| 認定申請 | 地方自治体 (アダルトソーシャルサービス) | ・WLZ : デジタルまたは郵送で申請、その後調査 ・WMO : 市が判定 | 介護金庫 | 県 | 国民健康保険公団 | 市区町村の窓口 |
| 判定方法 | 市が判定 地方自治体のアセスメント。軽度・中度・重度、重篤をソーシャルワーカー、作業療法士が判定。必要に応じて医師等の評価も求める | ・WLZ: 判定機関 CIZ が判定。ケアプロフィールの判定である ・WMO : 市が必要サービスを決定 | 鑑定機関 MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) が 5 段階鑑定 要介護者の自立性を測定するための 6 つのモジュールの合計点数で決定。 | 在宅 APA : 医療福祉チームが要介護度評価一覧表により 6 段階評価。 県の提案及び調停委員会で認定 | 介護等級判定委員会が判定 94 項目の認定調査票、主治医の意見書によって判定。心身機能点数化。 要介護認定調査項目 (52 項目) : ①身体機能 (12 項目) ②認知機能 (7 項目) ③行動変化 (14 項目) ④看護処置 (9 項目) ⑤リハビリ (10 項目) | 介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者で構成され、高齢者の心身の状況調査及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定の結果(一次判定)と主治医の意見書等に基づき審査判定を行う |
| サービス提供 | 市のサービス供給能力に応じた決定通知で本人は支払い能力に応じてプロバイダーを選定チャリティ (非営利組織) あるいは営利団体のプロバイダーよりサービス提供。 現金給付 (個人介護予算) も選択可。 | WLZ: CIZ からの通知で本人がプロバイダー選定、本人との契約によりプロバイダーがサービスを提供 WMO : プロバイダーがサービスアセスメント→契約。自治体直営あるいは福祉組織などがサービスを提供 | 判定通知で本人がプロバイダーを選定、プロバイダーがサービスアセスメント→契約 ・部分保険であり、介護費用の半分以下～6割程度をカバー | 医療福祉チームは、介護等級が給付対象となる GIR1～4 の場合に要介護者や家族等の介護者のニーズを踏まえて援助プランを提案。本人がサービス事業者、民間施設運営会社と契約 | 国民健康保険公団から送付される標準長期療養利用計画書には、介護必要領域、主な機能の状態、介護目標、介護必要内容、標準サービス利用計画と費用などが記載されているがこれは「参考資料」。 本人がサービスを選定し指定事業者が提供。 | 「要支援 1」「要支援 2」は地域包括支援センター、「要介護 1」以上の介護サービス計画書は介護支援専門員のいる指定居宅介護支援事業者へ依頼し、介護 (介護予防) サービス計画書 (ケアプラン) 作成。依頼を受けた介護支援専門員は本人や家族の希望、心身の状態を充分考慮しサービス計画書作成 |

| | | | | | | |
|-----------|---|--|--|--|--|--|
| 要介護区分(段階) | <p>○地方自治体は「日常生活のタスク」の評価とその健康への影響を調べる。</p> <p>・日常生活のタスク：食事、排泄、家の清掃、家族や友人に会う、仕事・ボランティア、教育・訓練、地域のサービスを利用</p> | <p>○WLZ:要介護度ではなくケア指標(プロファイル)</p> <p>・VV04：ガイダンスとケア</p> <p>・VV05：認知症ケア</p> <p>・VV06：集中的なガイダンスとケア。VV04より重い</p> <p>・VV07：認知症に加え行動上の問題あり。VV05より重い。</p> <p>・VV08：非常に重篤。集中的・広範なケア</p> <p>・VV09B：リハビリテーション</p> <p>・VV10：在宅緩和ケア/ターミナルケア...医療あるいは介護保険</p> | <p>○要介護度 1～5 数字が大きくなるほど重度</p> <p>以下を評価</p> <p>①可動性②認知・コミュニケーション③日常生活動作④病気や治療への対処⑤日常生活および社会生活</p> | <p>○GIR1～4 が APA 受給可。5、6 は県の在宅家事支援等を利用</p> <p>数字が小さくなるほど重度</p> <p>・GIR 1：常にベッドや椅子での生活。精神機能が著しく損なわれ継続的な介護が不可欠。</p> <p>・GIR 2：常にベッドや椅子での生活で、ほとんどの動作に管理が必要。または精神機能障害がある。</p> <p>・GIR 3：精神的な自律性、部分的に運動の自律性があるが、日常的に一日に数回助けが必要。</p> <p>・GIR 4：排泄、着替え、食事に介助が必要。</p> <p>・GIR 5：洗濯、食事の準備、掃除に時折介助が必要。</p> <p>・GIR 6：自立的</p> | <p>○要介護 1 等級～5 等級 + 認知症支援等級(軽度)</p> <p>数字が小さくなるほど重度</p> <p>・1 等級：日常生活で全面的に助けが必要</p> <p>・2 等級：日常生活で相当部分助けが必要</p> <p>・3 等級：日常生活において部分的助けが必要</p> <p>・4 等級：日常生活において一定の助けが必要</p> <p>・5 等級：認知症(介護保険法による認知症で要介護認定点数 45 点～ 51 点未満)</p> <p>・認知支援等級：認知症(介護保険法による認知症で要介護認定点数が 45 点未満)</p> | <p>○要介護 1～5</p> <p>・介護、援助等に必要な要介護認定等基準時間による区分。要介護 1 の 32 分以上 50 分未満～要介護 5 の 110 分以上</p> <p>○要支援 1、2</p> <p>・要支援 1 は要介護認定等基準時間 25 分以上 32 分未満、要支援 2 は常時介護を要する状態の軽減又は悪化の防止に特に資する支援を要し要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満)</p> |
| 給付形式 | 現物給付、現金給付 個人予算あり | 現物給付、個人予算あり | 現物給付、現金給付 | 主として現物給付 | 主として現物給付 遠隔地などは現金支給も | 現物給付 |
| 給付限度額 | 自治体が判断 | <p>WLZ：ケアプロフィール分類ごと、サービスの類型ごとに上限額が毎年決定され、その範囲内で保険会社とプロバイダーが協議して決定</p> <p>WMO：自治体が判断</p> | <p>○在宅・現物給付：1,995€～689€</p> <p>○施設：2,005€～125€ <月額 2024></p> | <p>○在宅：1,942,49 €～758,02 €(月額 2024)</p> <p>○施設：サービス経費から利用者負担額を引いた額 (自己負担例) GIR(1～2) 月収 2,000€で月額 151€ 月収 4,500€で月額 486€</p> | <p>○在宅：(月額) 2,069,900krw～ 1,151,600krw <2024> 他に 1 回あたりの看護費用人件費</p> <p>○施設：(日額) 老人療養施設 84,240krw～73,800krw</p> | <p>要支援 1 57,364 円 要支援 2 120,053 円</p> <p>要介護 1 191,121 円～ 要介護 5 412,873 円</p> |

| | | | | | | |
|-----------|---|--|---|--|---|--|
| | | | | | 老人共同生活家庭 71,010krw～60,740krw <2024> | |
| 質の確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアの指標（国） ・プロバイダー検査（検査機関） -CQC（ケアの質委員会）が実施。機関登録受付。 -年1回。施設事前通知なし。在宅ケアは48時間前通知（訪問業務を考慮） -CQCが情報公開。プロバイダーは自ら揭示義務あり。自治体も結果を参考にし委託解除の場合も。 ・ヘルスウォッチ（利用者団体）の監視 | <ul style="list-style-type: none"> ・ケアの指標（国） ・検査機関のプロバイダー検査 ・ケアオフィスによる検査 ・保険会社による検査 ・プロバイダーには利用者審議会の設置義務がある ・WMOは自治体が評価基準で評価 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険法で質確保/情報公開規定あり ・介護金庫がプロバイダー検査（事務所調査、利用者自宅調査） -介護金庫指標49の基準「活性化介護」が行われていなければ減点等 -年1回、事前通知なし | <ul style="list-style-type: none"> 疾病保険金庫や地方医療庁による査察 福祉施設、医療福祉施設または居宅サービス事業者が県と国が定めた標準的な方法で活動やサービス提供についての評価を実施（社会福祉・家族法典L.312-8） | <ul style="list-style-type: none"> ・国民健康保険公団がサービスプロバイダー評価をすると老人長期療養保険法の第54条に明示（A最優秀～E劣る、の5段階。B～Dはモニタリング、メンタリング、Eは個別相談とコンサルティングを実施） ・評価は2015年より2年ごとから3年ごとに変更 ・A評価の施設には公団負担金の1～2%のインセンティブを提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険事業者業務管理体制整備検査 ・介護保険施設等指導・監査 |
| 検査結果の公表 | CQCにより評価の詳細を公表 | 評価を含めた報告書を公表 | インターネットで調査報告書公表 | 施設検査結果公表なし。一般情報（最新検査日時も）公表あり | 評価結果、個別事業者の評定ランク公開 | （評価を伴わない情報の公表） |
| 経済的アセスメント | ミーンズテストあり。不動産を含む全資産が14,250ポンド以下は無料～ある程度支払い | WLZ:収入、資産、年齢、家族構成、利用額で変動。2018年より収入の1割以内に | 部分保険のため、利用者負担は大きい | <ul style="list-style-type: none"> ○在宅APA 月収864.60€以下は無料。月収864.60～3,184.11€は費用の90%～0%負担（2023年） ○施設APA:入所者の収入、要介護度、施設介護料金で決定 | <ul style="list-style-type: none"> ・国民基本生活費受給者（生活保護）は100%減額。 ・事業所・地域ごとの健康保険料支払い額ランキングによって低い順に0%以上25%未満は60%減額、25%以上50%未満40%減額。 ・自己負担額減免対象者は40% | <ul style="list-style-type: none"> ・所得により自己負担割合は1割～3割 ・高額介護（介護予防）サービス費 ・高額医療合算介護サービス費 ・特定入所者介護サービス費負担限度額認定制度 |

※参考資料は巻末参照。

6. 介護制度のサービス内容、健康増進・介護予防施策

| | イギリス | オランダ | ドイツ | フランス | 韓国 | 日本 |
|-------------|---|---|---|--|--|--|
| 公的介護制度のサービス | <p><ソーシャルサービス></p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅ケア ・デイセンター ・レスパイトケア ・ケアホーム ・看護付きケアホーム ・配食サービス ・ランチクラブ <p>など</p> | <p><WLZ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護施設 ・在宅パッケージ ・指導・看護・介護 ・医療および(パラメディカル)治療 ・機器 ・アクティビティ ・家事手伝い ・移送サービス <p><WMO></p> <ul style="list-style-type: none"> ・家事手伝い ・車椅子,スクーター等 ・家の改造 ・交通手段 ・ガイダンス ・シェルター (DV 等) ・介護者支援 ・ボランティア支援 | <p><介護保険></p> <ul style="list-style-type: none"> ・完全入所介護 ・デイおよびナイトケア ・ショートステイ ・介護者を代替する在宅ケア ・短時間の介護者代替ケア | <p><施設 APA></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ナーシングホーム (Ehpad) ・医療病棟(USLD) <p><在宅 APA></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームヘルプ&サポートサービス(SAAD) ・機器 ・リモートアシスタンス ・衛生用品 ・デイケア ・一時的な施設介護 | <p><在宅介護サービス></p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・訪問入浴介護・訪問看護 ・昼夜間保護 ・短期保護・福祉用具貸与・販売 ・認知活動型訪問療養 <p><施設介護(施設保護)></p> <ul style="list-style-type: none"> ・老人療養施設 ・老人療養共同生活家庭(グループホーム) | <p><介護給付></p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護サービス(訪問、通所、短期入所、福祉用具他) ・施設サービス ・地域密着型介護サービス ・居宅介護支援 <p><予防給付></p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防サービス(訪問、通所、短期入所、福祉用具他) ・地域密着型介護予防サービス ・介護予防支援 |
| 健康増進 | NHS 長期計画 | 「医療制度における予防プログラム」 | 食事・運動の行動様式改善国家アクションプラン「IN FORM」 | 国家健康戦略 | 健康保険制度による「健康百寿教室」の展開など | 健康日本 21 |
| 介護予防(地域) | <ul style="list-style-type: none"> ・2014 年ケア法は、地方自治体の責任の 1 つとして予防を強調 ・GP、リンクワーカーによる社会的処方による地域活動参加促進 ・リエイブルメント・サービスによる地域活動参加促進 ・チャリティによる自立支援活動 | <ul style="list-style-type: none"> ・国家予防協定(国と自治体、保険会社等) ・WMO におけるソーシャルヴァイクチームの自立回復のための「キッチン・テーブル・ミーティング」 ・GP、ウェルフェアコーチ(リンクワーカー)による福祉処方(社会的処方) ・福祉組織、ボランティア団体の自立支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・個別自治体による集いの場づくり等のネットワークづくりが進められている | <ul style="list-style-type: none"> ・自律性の喪失を防ぐための資金提供者会議(県、地域保健庁、住宅庁、年金基金等)による地域予防活動支援。デジタル技術の利用、モビリティ(交通安全を含む)、社会的つながり、孤立との闘い、文化および芸術的表現へのアクセス等) | <p>老人福祉法は老人福祉余暇施設を規定。第 36 条: 「老人の教養、趣味活動など社会参与活動等に対する各種情報とサービスを提供し、健康増進および疾病予防…を提供する」具体的には「敬老堂」「老人福祉館」付けられている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・敬老堂(全国におよそ 5 万 8 千か所) ・老人福祉館(全国におよそ 350 か所) | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険による介護予防サービス ・地域団体によるネットワークづくり等 |

※参考資料は巻末参照

7. 認知症施策

| イギリス | オランダ | ドイツ | 韓国 | フランス | 日本 |
|---|---|-----|---|---|--|
| <p>2009年「認知症とともによく生きる：認知症国家戦略 (Living well with dementia: a national strategy)」</p> <p>2009年「認知症とともによく生きる：認知症国家戦略 実行するためのプラン (Living Well With Dementia: A National Dementia Strategy Implementation Plan)」</p> | <p>2004-2007年「全国認知症プログラム (Landelijk Dementie Programma)」</p> <p>2008-2012年「認知症統合ケアプログラム (Programma Ketenzorg Dementie)」</p> | | <p>2008年「認知症との戦争」宣言 「第1次国家認知症管理総合計画 (제1차 치매관리종합계획)」</p> | <p>2001-2004年「第1期認知症国家計画 (Programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées)」</p> <p>2004-2007年「第2期認知症国家計画 (Plan Alzheimer et maladies apparentées)」</p> <p>2008-2012年「第3期認知症国家計画 (Plan Alzheimer et maladies apparentées)」</p> | <p>2004年「痴呆」に替わる用語に関する検討会</p> <p>2005年「認知症を知り地域をつくる10か年構想」開始</p> <p>2008年「認知症の医療と生活の質を高める緊急プロジェクト」</p> |

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <p>2012年キャメロン首相「認知症への挑戦 (Prime Minister's Challenge on Dementia)」</p> <p>2015年「認知症への挑戦 2020 (Prime Minister's challenge on dementia 2020)」</p> <p>2016年「認知症への挑戦 2020 実行するためのプラン (Prime Minister's challenge on dementia 2020 Implementation Plan)」</p> <p>2023年「主要疾病に対する政府の取り組みに関する声明 (Government Action on Major Conditions and Diseases Statement)」</p> <p>2023年「主要疾病戦略のフレームワーク (Major conditions strategy: case for change and our strategic framework)」</p> | <p>2013-2020年「認知症デルタプラン (Deltaplan Dementia)」</p> <p>2021-2030年「全国認知症戦略 (Nationale Dementiestrategie)」</p> | <p>2012年「認知症の人のための同盟 (Allianz für Menschen mit Demenz)」</p> <p>2014-2018年「認知症の人のために共に (Gemeinsam für Menschen mit Demenz)」</p> <p>2020年「認知症国家戦略 (Nationale Demenzstrategie)」</p> <p>毎年報告書発行 (～2026年)</p> | <p>2011年「認知症管理法 (치매관리법)」</p> <p>2013-2015年「第2次国家認知症管理総合計画」</p> <p>2016-2020年「第三次国家認知症管理総合計画」</p> <p>2017年「認知症管理法」改正</p> <p>「認知症国家責任制 (치매국가책임제)」</p> <p>2021-2025年「第4次国家認知症管理総合計画」</p> | <p>2014-2019年「神経変性疾患に関する国家計画 (Plan Maladies Neuro-Dégénératives)」</p> <p>2021-2022年「神経変性疾患ロードマップ (Feuille de route Maladies neuro-dégénératives)」</p> | <p>2012年「今後の認知症施策の方向性について」</p> <p>2012年「認知症施策推進5か年計画 (オレンジプラン)」</p> <p>2015年「認知症施策推進総合戦略 (新オレンジプラン)」</p> <p>2019年「認知症施策推進大綱」</p> <p>2024年「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」</p> |
|---|--|--|---|---|--|

出典：Ⅱ-2、Ⅲ-2、Ⅳ-2、Ⅴ-2、Ⅵ-2に準拠する。

8. 国民 ID 番号、ヘルスデータとその利用

| | オランダ | ドイツ | 韓国 | イギリス | フランス | 日本 |
|---------------------|--|--|---|--|---|--|
| 国民 ID 番号、社会保障番号等の名称 | 市民サービス番号 Burgerservicenummer (BSN) (前身は税務・社会保障番号 SoFi 番号) | 行政分野ごとに異なる ID 番号 (例) 税識別番号 Steuer Identifikationsnummer など | 住民登録番号 주민등록번호 | 行政分野ごとに異なる ID 番号 (例) ・国民保険番号(年金 National Insurance number, NINO)など | 社会保障番号 Numéro d'inscription au répertoire (NIR) | マイナンバー制度 |
| IC カード等の名称 | EU 基準の ID カード、運転免許証、パスポート等にも BSN 番号 | 身分証明書として eID カードあり | 住民登録証 (PIN カード) | カードなし | 身分証明書として身分証明カード (CNIE) あり | マイナンバーカード |
| 制度開始年と展開 | 1986 年に税務番号、2007 年に、すべての行政機関に利用義務 | 税識別番号 2007 年 | 1968 年番号スタート、1999 年 IC カード化、2006 年「行政情報共同利用法」 | 国民保険番号 1993 年 | NIR は 1946 年 | 2015 年から開始 |
| 利用者と利用形態 | 住民登録時に番号発行 ID カードは、保護者の同意なしに 12 歳から申請可 | 税識別番号 16 歳以上の国民に取得義務 eID カードも 16 歳から | 出生手続時に番号付与。17 歳以上カード発給申請義務 | 国民保険番号 16 歳時に送付 (カードはない) | 出生届時に社会保障番号を付与 CNIE は、保護者の同意なしに 18 歳から申請可 | 住民票を有するすべての人 新生児もカード申請可 (代理人)、本人申請可は 15 歳から |
| 国民 ID 番号の使用範囲 | 税、医療、教育、各種公的手当、親族、教育、患者情報、保険加入など、社会保障番号、国民識別番号、納税番号として機能 | 税識別番号は税務での利用のみに限定され、他の行政機関の利用は法律で禁止 | ・税、医療、教育、金融、保険、福祉、出入国、兵役、家族関係、自動車、不動産、相続など | 国民保険料の納付、給付金請求等の記録 ・行政分野(税、社会保障、教育等) *行政統一 Web サイト GOV.UK あり | 行政分野(年金、医療・老齢・失業保険、家族給付、納税本人確認、選挙) | 社会保障、税、災害対策の分野で効率的に情報を管理 |
| 健康・医療 ID、IC カード等 | 市民サービス番号 BSN で統一的に管理 DigiD にログインし BSN 使用行政サービスにアクセス可 | 医療被保険者番号 電子健康カード (elektronische Gesundheitskarte eGK) | ・住民登録番号で健康カードを兼ねている | NHS 番号 (National Health Service Number, NHS Number) | 国民医療 ID の INS (Identifiant National de Santé) と医薬品ドシエ番号 NDP (Numéro du Dossier Pharmaceutique) が健康保険証 Cart Vitale に連動 | マイナンバーカードで健康カードを兼ねている |
| 使用開始年と展開 | 2016 年官民連携の「MedMij (私の健康)」立ち上げ技術仕様統一 | ・2024 年から健康保険会社の eGK 使用義務化 | — | ・1996 年導入 | ・1998 年に Cart Vitale 配布開始 ・フランスで生まれ育った場合、16 歳になると自動発行 | — |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|
| 健康 ID, カードの使用法 | 医療保険の加入、GP 選定に BSN が必要 (保険会社が保険証発行) | eGK。IC チップには医療被保険者番号が記録されている。医療機関のカードリーダーで eGK を読み込むことで、患者の基本情報が情報システムに取り込まれる | ・医療機関受診時に住民登録番号を提示 ・福祉サービス受給可能で受給していない人に行政から連絡 | カードなし NHS 番号で、医療スタッフとサービスプロバイダーは患者を識別しその健康記録と照合する。NHS サービス利用に NHS 番号は必要ない | 医療費の支払い時の提示で、自己負担額を除いた医療費を被保険者の口座に払い戻す | 健康保険証として医療機関受診時に提示 |
| 健康 ID と紐づけられた情報 | ・ケア提供者の BSN 使用義務: 健康保険・介護保険によるケア・支援、介護法による個人予算使用、予防接種等 (政府「医療における BSN」) | ・強制データ: 氏名、生年月日、性別、支払い状況、保険者名、電子処方箋データ ・任意データ: 薬剤処方記録、救急データ、パーソナル薬剤リスク、臓器提供の意思、事前指示、電子患者記録 | (健康関連) 予防接種 通院記録 投薬記録等 健診記録 *PIN カードは健康保険証を兼ねている | 処方履歴やアレルギー、検査データ・診断画像データ等の患者の簡易医療記録が医療機関間で共有可能 | Mon espace santé (私の健康スペース)内情報: 健康測定データ、処方、検査、画像レポート、入院報告、予防接種、アレルギー等 医療従事者は医療データを共有医療記録(DMP)に提出する義務 | *予防接種情報 (定期接種等)、乳幼児健診・妊婦健診情報、特定健診等情報、薬剤情報、医療費通知情報、自治体検診情報、診療情報、電子処方箋情報 (2023 年 12 月現在マイナポータルで閲覧可能) |
| EMR (Electric Medical Record) 電子カルテ | 電子カルテの普及率はほぼ 100%。 | 2022 年第 2 四半期までに、外来開業医の 96%がネットインフラに接続 | 韓国は電子カルテの普及率が非常に高い。 総合病院 90% | | | 一般病院 57.2% 一般診療所 49.4% 2020 年 医療分野の情報化の推進について |
| EHR (Electric Health Record) 健康情報共有 アクセスについての患者の権利 | 介護法(WLZ)、医療保険法(ZVW)、社会サービス法(WMO)、青少年法のデータを組み合わせたデータベース Gemeentezorgspiegel は、すべての情報をまとめる ・患者は、医療提供者、健康保険者が個人データを要求し履歴を知ることが可能。利用拒否は不可 | すべての健康保険会社は 2021 年 1 月 1 日から被保険者に電子患者ファイル(ePA)を提供する義務があり、所見、診断、治療措置、治療報告、ワクチン接種などは電子患者ファイルに保存される ePA へのアクセスは、患者がアクセス権を与えた医師、他の医療従事者のみ | 韓国のほぼすべての医療・介護事業者が EMR に臨床データを記録しているが、一貫した基準がないため、これらのデータのほとんどは相互運用性がない 医療データ利用には本人同意が必要 | NHS Digital が管理・運営する医療情報連携基盤があり、2 万 500 の医療機関が接続されている EMR, EHR 普及率 95%以上 (諸外国における医療情報の標準化動向調査) 患者の同意に基づく | 医師: 2026 年末までに GP の半数以上が患者の Mon espace santé を参照可能となる 医療職: 2025 年までに保険専門職は患者の画像記録にアクセス可能となる (デジタルヘルスロードマップ 2023-2027) *My Health Space ではユーザーは自分のデータへのアクセスを自由に設定できる。医療従事者にアクセス権許可するのは政府。ユーザーは特定の医療従事者をブロックおよびブロック解除できる <分析、研究用> ・レセプト集積「健康保険間情報システム SNIIRAM」 | 遅くとも 2030 年には、概ねすべての医療機関において、必要な患者の医療情報を共有するための電子カルテの導入を目指す (医療 DX の推進に関する工程表について) 医療データ利用には本人同意が必要 |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|---|
| | | | | | ・医療費請求データ、診断分類データ、死亡登録による「国民医療データシステム SNDS」等 | |
| PHR (Personal Health Record) 健康情報自己管理 長期介護記録 | オランダ患者連盟、医療提供者の傘下組織、保健福祉スポーツ省、医療保険会社が 2016 年に協力し、MedMij プログラムを開始。これは、医療ユーザーと医療従事者の間で医療データを安全に交換するオランダの規格。医療データを収集する市民が増え 2023 年には、490,515 人のユーザーがいる。 | 被保険者はスマートフォンやタブレットで医療データにアクセスできる。しかしドイツにおける電子カルテ(ePA)の利用者は、法定被保険者の 1%に過ぎない | 「健康情報ハイウェイプラットフォーム」 2022 年から稼働。2023 年上半期に 860 医療機関参加。患者基本情報、医療機関情報、診療情報、診断内訳、薬物処方内訳、診断検査情報、画像検査情報、病理検査情報、手術内訳、アレルギーと副作用、診療記録、他に検査記録、健康診断履歴、診療履歴、予防接種記録を「マイ健康記録アプリ」から確認可能 アプリ 1 つで自身の医療データを管理可能に | 患者は NHS アプリまたはアカウントを使用して GP 健康記録を表示できる。健康記録の内容：GP 処方薬、アレルギー、予防接種歴、診断、GP 手術予約、検査結果、病院や専門医が GP に送った手紙 | Mon espace santé (私の健康スペース)は患者にとっての医療記録であり、医療専門家と通信できる。被保険者の 9 割が所持 | *マイナポータルで情報閲覧可能 本人がマイナンバーカードによる本人確認をした上で同意した場合に薬剤情報・診療情報・特定健診等情報を閲覧 |
| 高齢者支援、長期介護におけるヘルスデータ等の活用例 | 地域看護師によるデータ利用 「オランダでは、病院、リハビリセンター、在宅ケアセンターは同じコンピュータープログラムをシェアしている。この医療ファイル移行サイトにログインパスワードを入れれば、本人の入院歴、リハビリ歴という医療的なデータを見ることができ *2016 年 ILC 国際比較研究訪問看護師インタビュー： | 医療・介護保険基金、保険会社、医師協会が、医療および長期ケアデータを使用して、地域のケアニーズと不足を特定し、ケア提供を設計し、調査を実施することを進める。 長期ケアにおけるデジタル文書の標準化に向けた取り組み (SGB XI)。また、長期ケア文書の相互運用性を改善できるか、導入する必要の評価も行う | 在宅給付電子管理システム(RFID) ホームヘルパーが家庭訪問介護(訪問介護、訪問入浴、訪問看護)を提供する際、スマートフォン等を利用してサービス開始、終了時間および内容をリアルタイムで伝送するシステム。保護者(受給者)がスマートフォンにアプリを設置すれば、伝送内容がリアルタイムで通知されるため、受給者の権利を保護できる。 | ソーシャルデータは、152 のカウンシルから提出され、次が含まれる。 ・ソーシャルサービス/セーフガード/メンタルヘルス/メンタルキャパシティ法 等 収集データ収集の大部分は、個人記録ではなく、集計データ(サービス利用者、介護者、イベント数)。データは、アウトカムの測定、パフォーマンス監視、研究、政策立案等に使われる。 | *デジタル ID プラットフォーム France Connect + (行政、民間で使用可。人口の約半分が利用)あり *地域公共サービス用の日常生活カード CVQ もあり(予防) → 2024 年から Mon espace santé で予防に関する情報提供開始 | 2024 年度中の電子処方箋の普及に努めるとともに、電子カルテ情報共有サービス(仮称)を構築し、共有する情報を拡大併せて、介護保険、予防接種、母子保健、公費負担医療や地方単独の医療費助成などに係るマイナンバーカードを利用した情報連携を実現するとともに、次の感染症危機にも対応 |

※参考資料は巻末参照

【4. 介護制度の概要、5. サービス利用の流れの出典（主なもの）】

(各国全般)

- ・国際長寿センター『海外の高齢者介護・地域支援情報』2021年
- ・国際長寿センター『軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究報告書』2020年
- ・国際長寿センター『多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究報告書』2019年
- ・国際長寿センター『先進諸国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究報告書』2018年
- ・国際長寿センター『Productive Aging 高齢者が主人公となって地域を作っていく時代へ』社会保険出版社 2016年
- ・健康保険組合連合会『公的介護制度に関する国際比較調査報告書』2020年
- ・一般社団法人 日本介護支援専門員協会（国際長寿センター協力）『ケアマネジメントの公正中立性を確保するための取組みや質に関する指標のあり方に関する調査研究報告書』2019年

(オランダ)

- ・Wet maatschappelijke ondersteuning 2015
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2024-01-01>
- ・Wet langdurige zorg (Wlz)
<https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>
- ・Wlz-kompas
<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-kompas>
- ・Beleidsregel Budgettair kader Wlz 2024 - BR/REG-24116
https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_743643_22/
- ・オランダ予算 Definitieve kaderbrief Wlz 2024
<https://www.vgn.nl/nieuws/definitieve-kaderbrief-wlz-2024>
- ・オランダ介護費用 Het Nederlandse zorgstelsel
<https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5f6ea9d9-c8b5-4f2a-903b-1732d9579578/pdf>

(ドイツ)

- ・Pflegeleistungen im Überblick(AOK)
<https://rh.aok.de/inhalt/leistungen-der-pflegeversicherung/>
- ・Pflegeleistungen
<https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflegeleistungen/>
- ・ドイツにおける介護保険法の改正—認知症患者を考慮した要介護認定の基準の変更—
国立国会図書館 調査及び立法考査局 海外立法情報課 渡辺 富久子
- ・厚生労働行政推進調査事業費補助金（地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業）

「日中韓における少子高齢化の実態と対応に関する研究」令和3年度 総括研究報告書

https://healthcare-international.meti.go.jp/files/document/Elder%20Care%20Robot_tagcards_187_190.pdf

<https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>

・ドイツの質の評価

<https://www.sompo-ri.co.jp/2022/03/03/4119/>

(韓国)

・韓国国民健康保険公団국민건강보험공단

<https://www.nhis.or.kr/>

・金道勳 韓国の介護保険・医療制度の動向

https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202105003A-sonota8.pdf

・2024年介護月額限度額

2024年度介護月額限度額と給与費用：NAVER ブログ

(イギリス)

・CQC Insight: NHS trusts

<https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/nhs-trusts/cqc-insight-nhs-trusts>

・Getting a care needs assessment NHS

<https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/getting-a-needs-assessment/>

・Accessing adult social care in England

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/socialcare/methodologies/accessingadultsocialcareinengland>

・Care needs assessment AgeUK

<https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/arranging-care/care-needs-assessment/>

・NHS digital, Adult Social Care Activity and Finance Report, England, 2021-22

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-activity-and-finance-report/2021-22/long-term-care>

・Data and information Social care

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/areas-of-interest/social-care>

(フランス)

・Allocation personnalisée d'autonomie (Apa)

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

・À quel montant de l'APA prétendre ? Calculez le montant de votre APA en ligne

<https://www.capretraite.fr/obtenir-aides-seniors/apa/le-montant-de-l-apa/>

・A quoi sert l'APA et qui peut y avoir droit ?

<https://besoindaide.eu/apa>

【6. 介護制度のサービス内容、健康増進・介護予防施策参考資料】

(オランダ)

- Wet langdurige zorg (Wlz)

<https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz>

- Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

<https://gemeente.leiden.nl/inwoners-en-ondernemers/zorg-en-ondersteuning/wet-maatschappelijke-ondersteuning-wmo/>

(ドイツ)

- 国際長寿センター 平成 30 年度多様な主体による高齢者支援のための連携実態と地域住民の参画を促すための公的支援に関する国際比較調査研究 報告書

https://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2018_2.pdf

(韓国)

- 国際長寿センター 令和元年度軽度者に向けた支援についての制度運用に関する国際比較調査研究 報告書

https://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2019m.pdf

(イギリス)

- 国際長寿センター 平成 29 年度先進各国における高齢者の介護予防に資する自助又は互助も含めたサービスの仕組みに関する調査研究 報告書

https://www.ilc-japan.org/study/doc/b_2017p1.pdf

(フランス)

- L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA) À DOMICILE

<https://plateforme.autonomie64.fr/fr/guide-des-aides/lallocation-personnalis%C3%A9e-dautonomie-apa-%C3%A0-domicile>

【8. 国民 ID 番号、ヘルスデータとその利用 参考資料】

(日本)

- 厚労省 医療DXの推進に関する工程表について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001118552.pdf>

- 厚労省 医療分野の情報化の推進について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/johoka/index.html

- 厚労省 マイナ保険証の利用促進等について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001193993.pdf>

- 介護保険被保険者証について

<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001063191.pdf>

- 首相官邸 健康・医療データ利活用基盤協議会

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryuu/data_rikatsuyou/kaisai.html

- 第 11 回健康・医療データ利活用基盤協議会資料 2 (健康 ID と紐づけられた情報)

https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kenkouiryuu/data_rikatsuyou/dai11/gijisidai.html

(諸外国)

- ・グローバルにおける EHR・PHR 環境の特徴
-わが国の健康医療データの利活用促進に向けて-
<https://www.jpma.or.jp/opir/news/068/07.html>
- ・令和 4 年度 保健医療情報標準化の国際動向に係る調査・報告書
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202222057A-sonota1.pdf
- ・厚生労働省 諸外国における医療情報連携ネットワーク調査
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/johoka/209049.html
- ・世界各国のマイナンバー制度の考え方や仕組みを学ぶ【マイナンバー制度②】
<https://gdx-times.com/knowledge-my-number-card-2/>
- ・国際社会経済研究所 諸外国における国民 ID カードと eID の動向 2017 年
https://www.i-ise.com/jp/information/report/2017/171221_koizumi.pdf
- ・野村総合研究所 諸外国における国民 ID 制度に関する調査 2022 年
<https://www.jsda.or.jp/anshin/mynumber/20220331IDreport.pdf>
- ・自治体国際化協会 世界のマイナンバー
https://www.clair.or.jp/j/forum/forum/pdf_379/04_sp.pdf
- ・アクセンチュア株式会社「諸外国における共通番号制度を活用した行政手続のワンスオンリーに関する取組等の調査研究」報告書（概要版）2022 年
https://www.digital.go.jp/assets/contents/node/basic_page/field_ref_resources/f8a3c045-6c82-4abf-b0bf-cf18bdb79c38/bd85d67f/20220512_policies_mynumber_summary_01.pdf
- ・近藤 佳大 日本の番号制度（マイナンバー制度）の概要と国際比較
https://www.jstage.jst.go.jp/article/johokanri/56/6/56_344/_pdf-char/ja
- ・斎藤 賢吾 マイナンバー制度の国際比較と医療分野における活用法 2017 年
<https://www.ec.kagawa-u.ac.jp/~tetsuta/jeps/no13/saitoh.pdf>
- ・医療関係資格におけるマイナンバー制度の活用について第 90 回社会保障審議会医療部会 資料 2 令和 4 年 9 月
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000985190.pdf>
- ・マイナンバーは海外ではどう使われている？個人番号制度の国際比較
<https://zeimo.jp/article/32196>
- ・個人情報保護委員会 諸外国・地域の法制度
<https://www.ppc.go.jp/enforcement/infoprovision/laws/>
- ・厚生労働省 諸外国における医療情報の標準化動向調査
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000685914.pdf>
- ・デロイト トーマツ ヘルスケア ICT に関する各国の概況と動向 EHR、PHR、遠隔医療に関して
<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/jp/Documents/life-sciences-health-care/hc/jp-hc-healthcare-ict-01.pdf>
- ・医療データの利活用促進に関する提言 ヘルスケアデジタル改革ラウンドテーブル 2023 年

https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/column/opinion/detail/20230209_kawasaki.pdf

(OECD)

- Health Data Governance for the Digital Age
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-data-governance-for-the-digital-age_68b60796-en
- Health Information Infrastructure
<https://www.oecd.org/health/health-data-infrastructure.htm>
- OECD Health Working Papers No. 127 Survey results: National health data infrastructure and governance
https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/55d24b5d_en.pdf?expires=1705455947&id=id&accname=guest&checksum=E423AAE45E55FF1319EB42448E05613D
- Health at a Glance 2023: OECD Indicators Digital health 含む
https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/1/3/5/6/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&_csp_=6cf33e24b6584414b81774026d82a571&itemIGO=oecd&itemContentType=book
- The Implementation of Integrated Health Information Systems – Research Studies from 7 Countries Involving the InterRAI Assessment System
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9936911/>

(オランダ)

- 政府「医療における BSN」
<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/privacy-en-persoonsgegevens/burgerservicenummer-bsn/bsn-in-de-zorg>
- MedMij
<https://medmij.nl/>
- VNG オランダ自治体協会と保険会社協会との合意 (Zvw、Wmo、Jw、Wlz にかかわらず、ケアの使用に関するすべての情報をまとめる)
- Over de Gemeentezorgspiegel
<https://vng.nl/artikelen/over-de-gemeentezorgspiegel>
- Akkoord met ZN over doorontwikkeling Gemeentezorgspiegel
Gemeentezorgspiegel のさらなる開発に関する ZN との合意
<https://vng.nl/nieuws/akkoord-met-zn-over-doorontwikkeling-gemeentezorgspiegel>
- OECD TOWARD AN INTEGRATED HEALTH INFORMATION SYSTEM IN THE NETHERLANDS
DRAFT INTERIM BRIEF AND RECOMMENDATION
<https://www.rivm.nl/sites/default/files/2022-02/OECD%20-%20Health%20Information%20System%20NL%20-%202017feb2022.pdf>
<https://www.oecd.org/health/Integrated-health-information-system-NLD-Brief-Recommendations.pdf>
- VIPP programma's 医療機関と患者の間で標準化された情報を交換
<https://www.informatieberaadzorg.nl/programmas-en-projecten/vipps>
- Government encouraging the use of eHealth (telehealth)
<https://www.government.nl/topics/ehealth/government-encouraging-use-of-ehealth>

- ・ IISE デジタルヘルスが実現する持続可能社会

<https://www.i-ise.com/jp/column/hiroba/2019/20190325.html>

- * 2016 年 ILC 国際比較研究ビュートゾルフインタビュー

オランダでは、病院、リハビリセンター、そしてまたビュートゾルフのようなホームケアセンターとは同じコンピュータープログラムのシェアをしている。医療ファイル移行サイトと言うが、それで E メールがきて、そこにログインのパスワードを入れれば、本人がどういう病気で入院して、そしてどういリハビリをしてどこまでいったかという医療的なデータを見ることができる。それを知ったうえでこちらに受け入れる。

https://www.ilc-japan.org/study/doc/2016_in_nether.pdf

- * PHR

- ・ Homepage van Stichting MedMij

<https://medmij.nl/>

(ドイツ)

- ・ Tugce Schmitt New governance of the digital health agency: a way out of the joint decision trap to implement electronic health records in Germany? 2023

<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/new-governance-of-the-digital-health-agency-a-way-out-of-the-joint-decision-trap-to-implement-electronic-health-records-in-germany/BC59B6AF4C5EC667F97703728417BA6C>

- ・ New German digital project paves the way for online access to personal electronic health records 2021

<https://blogs.bmj.com/bmj/2021/02/18/new-german-digital-project-paves-the-way-for-online-access-to-personal-electronic-health-records/>

- ・ Elektronische Gesundheitskarte eGK 電子健康カード

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/elektronische-gesundheitskarte>

- ・ Over de Gemeentezorgspiegel (健康情報共有)

<https://vng.nl/artikelen/over-de-gemeentezorgspiegel>

- * 電子カルテ :

- ・ Die elektronische Patientenakte (ePA)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte>

- ・ Elektronische Patientenakte (ePA)

https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/elektronische-patientenakte-epa.html

- ・ Die elektronische Patientenakte (ePA)

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/elektronische-patientenakte>

- ・ Informationen zur elektronischen Patientenakte ePA nach § 343 SGB V

<https://bkkexklusiv.de/ePA/Pflichtinformationen>

- * ニュース

- ・ Digitale Gesundheitsanwendungen noch nicht in der Versorgung angekommen デジタルヘルスアプリケーションは、医療にはまだ登場していない 2023

- https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/digitale-gesundheitsanwendungen_242_584542.html
- GKV-Spitzenverband sieht Licht und Schatten bei der TI-Pauschale 医療行為のデジタル機器への資金提供規制
https://www.haufe.de/sozialwesen/leistungen-sozialversicherung/ti-pauschale_242_600556.html
 - Digitalisierung im Gesundheitswesen 医療におけるデジタル化
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/digitalisierung-im-gesundheitswesen.html>
 - Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens (Digital-Gesetz – DigiG)医療システムのデジタル化を加速するための法律(デジタル法- DigiG)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/digig.html>
 - Fragen und Antworten zum Digital-Gesetz (デジタル法質問と回答)
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/digig/faq-digital-gesetz.html>
 - The Strategy's Core Components Digitalisation in health and care
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/topics/digitalisation/digitalisation-strategy/the-strategys-core-components.html>
- * 健康カード使用開始年
- FAQ Elektronische Gesundheitskarte (eGK) (ケアとケアの近代化に関する法律 DVPMG、2021 年)
https://www.vdek.com/presse/faq_fragen_und_antworten/elektronische-gesundheitskarte.html
- * 健康情報の共有 (PHR)
- New governance of the digital health agency
<https://www.cambridge.org/core/journals/health-economics-policy-and-law/article/new-governance-of-the-digital-health-agency-a-way-out-of-the-joint-decision-trap-to-implement-electronic-health-records-in-germany/BC59B6AF4C5EC667F97703728417BA6C>
- * 高齢者支援におけるヘルスデータ
- The Strategy's Core Components
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/topics/digitalisation/digitalisation-strategy/the-strategys-core-components>
- (韓国)
- 国民健康保険公団
<https://www.nhis.or.kr/>
 - National Health Insurance Data Sharing Service
<https://nhiss.nhis.or.kr/bd/ab/bdaba000eng.do>
 - Era of Personal Health Records in Korea
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8850168/>
 - 日本総研 韓国のデジタル・ガバメント
<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/researchfocus/pdf/12305.pdf>

- ・諸外国における身分関係登録制度等に関する調査報告書（大韓民国編）
<https://www.moj.go.jp/content/001203264.pdf>
- ・ニッセイ基礎研 医療分野における個人IDの導入で、何が便利になるの？
https://www.nli-research.co.jp/files/topics/58043_ext_18_0.pdf?site=nli
- ・韓国の公衆衛生分野における公的データリンクageの状況
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202002001A-buntan2.pdf
- ・諸外国における身分関係登録制度等に関する調査報告書（大韓民国編） p40
<https://www.moj.go.jp/content/001203264>
- ・3. 韓国の医療データ基盤と情報システムの評価
<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/4fada323-en/index.html?itemId=/content/component/4fada323-en>
- ・韓国における在宅医療サービスの患者中心統合モデル(PICS-K)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10103715/>
- ・アプリ1つで自身の医療データを管理可能に「健康情報ハイウェイプラットフォーム」構築 韓国
https://spap.jst.go.jp/korea/experience/2023/topic_ek_27.html
- ・「デジタルヘルスケア振興および保健医療データ活用促進に関する法律案」の発議 2022.11.29
<https://www.shinkim.com/jpn/media/newsletter/1964>
- ・金道勲 韓国の介護保険・医療制度の動向
https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/report_pdf/202105003A-sonota8.pdf
- ・OECD Towards an Integrated Health Information System in Korea
<https://www.oecd.org/digital/towards-an-integrated-health-information-system-in-korea-c4e6c88d-en.htm>
- ・Improving Korea's Long-Term Care for the Elderly
Published March 2, 2023
<https://keia.org/the-peninsula/improving-koreas-long-term-care-for-the-elderly/>
- ・World Bank
The Role of Digital Identification for Healthcare:
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/595741519657604541/The-Role-of-Digital-Identification-for-Healthcare-The-Emerging-Use-Cases.pdf>
- ・World Bank
KOREAN RESIDENT REGISTRATION SYSTEM FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE
<https://documents1.worldbank.org/curated/en/564051570767946864/pdf/Korean-Resident-Registration-System-for-Universal-Health-Coverage.pdf>
- ・내 의료정보 확인·전송 쉬워진다 医療情報の確認や送信が楽に
https://www.news1.com/view/?id=NISX20230609_0002333196
- ・Popularization of Medical Information
<https://synapse.koreamed.org/articles/1146906#:~:text=According%20to%20data%20from%20the%20Korea%20Health%20Industry,is%2037.1%25%20in%20general%20hospitals%20%5B%20%20%5D.>

* 電子カルテ普及率

Popularization of Medical Information

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8137873/pdf/hir-27-2-110.pdf>

* 健康情報の共有

OECD Towards an Integrated Health Information System in Korea

<https://www.oecd.org/digital/towards-an-integrated-health-information-system-in-korea-c4e6c88d-en.htm>

(イギリス)

• NHS

• Our 2022/23 business plan

<https://www.england.nhs.uk/publications/business-plan/our-2022-23-business-plan/>

• Digital transformation

<https://www.england.nhs.uk/digitaltechnology/>

• What is an NHS number?

<https://www.nhs.uk/using-the-nhs/about-the-nhs/what-is-an-nhs-number/>

• NHS number

<https://digital.nhs.uk/services/nhs-number>

• Social care

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/areas-of-interest/social-care>

• Digitising Social Care

<https://transform.england.nhs.uk/key-tools-and-info/adult-social-care-digital-transformation/>

• Adult social care technology innovation and digital skills reviews

<https://transform.england.nhs.uk/key-tools-and-info/adult-social-care-digital-transformation/adult-social-care-technology-innovation-and-digital-skills-reviews/>

• View your GP health record

<https://www.nhs.uk/nhs-services/gps/view-your-gp-health-record/>

• Digital working in adult social care: What Good Looks Like Updated 17 May 2023

<https://www.gov.uk/government/publications/digital-working-in-adult-social-care-what-good-looks-like/digital-working-in-adult-social-care-what-good-looks-like-for-local-authorities-and-care-providers>

* PHR

• View your GP health record

<https://www.nhs.uk/nhs-services/gps/view-your-gp-health-record/>

(フランス)

- Carte Vitale
<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/carte-vitale>
 - Mon espace santé
<https://www.monespacesante.fr/>
 - NIR (Numéro d'inscription au Répertoire)
<https://www.cnil.fr/fr/definition/nir-numero-dinscription-au-repertoire>
 - L'identité nationale de santé (INS)
<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/identite-nationale-sante-ins>
 - Le Dossier Pharmaceutique (DP)
<https://www.cnil.fr/fr/le-dossier-pharmaceutique-dp>
 - Feuille de route en santé2023-2027 (digital health roadmap)
https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/dns-feuille-de-route-2023-2027.pdf
https://ue.esante.gouv.fr/sites/default/files/2023-09/Feuille-route-230907_ENG_PAP.pdf
 - Integrated Care for Older People in France in 2020: Findings, Challenges, and Prospects
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8588900/>
- * 健康情報の共有
- Mon espace santé : qui peut accéder aux données ?
<https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante/mon-espace-sante-acces-donnees>

令和 5 年度
諸外国の介護制度に関する調査研究報告書

令和 6 年 3 月

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 政策推進部
国際長寿センター<日本> (ILC-Japan)

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 1-21-19
東急虎ノ門ビル 3 階
Tel.03-3595-3257 Fax.03-3506-8528
禁無断転載