

# 米国の高齢者介護をめぐる政策

—— 老人差別主義，医療中心主義と介護サービスの特質 ——

山 田 誠

## 目次

- 一 序
- 二 アメリカ福祉国家と高齢者介護
  - 1) 現代の福祉国家と米国の社会保障・福祉
  - 2) 介護サービスの特質と老人差別主義
- 三 メディケイドの財政運営と高齢者介護
  - 1) バウエル見解とメディケイドの財政運営
  - 2) グループ別の支出とメディケイドの構造
  - 3) ナーシングホームの経営と老人差別主義
- 四 メディケアと構造改革
  - 1) 1990年代の支出展開と財政構造
  - 2) 高齢者の疾病・要介護とメディケアのサービス革新
- 五 アメリカ高齢者法と介護関連サービスの管理
  - 1) 多彩なサービス編成と全国ネットワーク
  - 2) 非営利組織とサービス管理の革新
- 六 結び

## 参考文献

### 一 序

確定拠出型年金，マネジド医療など米国の社

会保障や医療・保健に対する日本社会の注目度は著しく高まっている。高齢者介護の分野でも老年医学やオンブズマンなどに関する関係者の評価は高い。しかしながら，これらの紹介や評

価の多くは個別政策を切り離して一面的に扱う傾向がしばしば目につく。米国の社会保障・福祉政策は、その福祉国家の特質と分かちがたい強さと弱さを備えている。この脈絡を切断した政策技術的なアプローチは、情勢次第で評価を一変させる危うさを備えている。本稿が対象とする高齢者介護をめぐる政策についていえば、アメリカ福祉国家の弱点が集中的に見出せる分野である。

福祉国家を経済社会、国内の統治体制、社会の価値観などを含む一国の総合的な秩序システムだとする本来の見方に立つ場合には、その検討は本稿の範囲をはるかに超えたテーマとなる。とはいえ、政策立案者、サービスの担い手、受け手の対応にまで立ち入って社会保障・福祉政策を考察するからには、検討範囲を限定する本稿にあっても、諸制度とそれを創る側の価値観の相互関係は視野の外におけない。

福祉国家の発祥の地・ヨーロッパに立ち返れば、端的には戦争遂行の例のように挙国一致の態勢づくりの必要が先に存在した。地域ごとの異なる生活習慣やさまざまな職業・階層ごとに違っている文化を抱えて分立した国民から一つに統合された国民への転換が、普通の国民にとってフィクションに終わらないためには、実際生活に即した証が用意されなければならない。人生のリスクに遭遇する際に、国民なら誰でもが利用できる保障のネットワークは、その代表的な要素である。つまり、ヨーロッパの福祉国家は、国ごとに別々な手法を採用しているとしても、国民統合と社会の安全ネットワークづくりをセットに扱っているが故に包括的な社会保障の制度づくりが基調となっている。

これとの対比でいえば、米国は国内システム、それを運営する人々の価値観を新たな関係に組

み替える経験をしないままに、社会保障・福祉政策を制度化してきた。ここから、創出された諸制度は、それぞれが当初理念という土台に時代の要請を次々に継ぎたして複雑な仕組みを積み上げる一方で、政策相互の間に空白領域が生れたりする。ところで、このつぎはぎ的な制度編成とは別に、米国の場合、サービス提供の方式を支える社会の価値観が、分立した国民の時代を色濃く引きずっている問題がある。社会保障・福祉との関係では、とりわけ社会に有用な貢献している一人前の市民と社会にとっての寄食者を厳格に区別する伝統的な価値観が色あせずに、今日まで受け継がれている。要するに、米国の社会は、ヨーロッパとは違う組み合わせでもって、社会生活上のリスクに対応する構図となっている。

この構図に基づく制度編成が深刻な事態を引き起こしている領域の一つは、高齢者介護である。退職高齢者は、伝統的な価値観に染め抜かれている世代であるが、彼らが要介護に陥った場合に受け皿となる社会サービスは用意されていない。高齢の要介護者は一定期間過ぎれば、自己資金を使い果たして見せしめ的な救貧政策に落ち込んで行く。ナーシングホームで救貧政策の受給者となることは、本人にとって一人前の市民としての誇りを根底から奪いさる措置である。その一方、これを回避しようとする多くの家族は苦闘の日々を余儀なくされる。この時、予想される膨大な財政需要を前にして、政策立案者たちもこの社会的な価値観を共有する場合には、事態打開の糸口はどこにも存在しないことになる。一見、出口は見出せそうにない中で、新しい社会サービスの制度化に欠かせない諸要件が成長してくるとすれば、どこであろうか。

日本に米国の高齢者介護の実態があまり知ら

れていない点を考慮して、本稿は伝統的な価値観に強く縛られている諸制度の運用実態に大半を割く。とはいえ、関心の焦点は伝統的な価値観に縛られている諸制度にあっても、諸要因の絡み合いの中から次第に形成される社会サービスの基盤要素を発見することにある。

## 二 アメリカ福祉国家と高齢者介護

### 1) 現代の福祉国家と米国の社会保障・福祉

#### (i)

第二次大戦後に起きた平均寿命の目覚ましい伸張は、高齢者政策を重要な政策分野に押し上げた。医療分野においては老年医学を発達させてきたが、高齢者の要介護はたんに介護の技術的な発展だけでは対処しきれない総合的なテーマである。その社会における高齢者の位置づけ、有力な家族観と実際の家族機能の緊張関係、公共政策における優先順位などが複合的に影響し合う。このため、経済発展を遂げた国々の間でも、高齢者介護をめぐる対応には多様性が見られる。逆に高齢者介護に焦点を据えれば、今日の福祉国家の共通面ではなくて、個性的な側面が浮き彫りになろう。本稿は高齢者介護をめぐる諸政策の検討を通して、アメリカ福祉国家の個性的な運営メカニズムを抽出する。

最近出版された藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』は、多くの執筆者が米国の社会保障の特質をヨーロッパのそれと対比させて、明らかにすることを試みている。その論者の1人、古川孝順教授によれば、社会保障をサブシステムとする福祉国家の範疇

から見れば、米国は半福祉国家、躊躇する福祉国家だとする。その理由について、社会保障の組み立てや給付に関しては、かつて「世界を先導したイギリスの社会保障に比して明らかに貧弱」であり、また、ノルディック諸国の社会保障とは「明確にその原理や組み立てを異にしている」と述べる<sup>1)</sup>。さらに、藤田伍一教授からは、現在の社会保障の政策類型や制度特質は、すでに1935年の法律に原型が創られ今日まで受け継がれている、との見方が提出される<sup>2)</sup>。

すでに第二次世界大戦よりも前に豊かな社会を経験していた米国が、なぜ貧弱な給付や穴空きの社会保障・福祉を完備した制度に仕上げないのだろうか。この疑問に対する手掛かりは、後藤玲子氏が提出する社会保険と福祉の区別であろう。氏によれば、年金などの社会保険は、対象となるリスク（加齢による労働能力の喪失や疾病確率の上昇）がすべての個人に関連する普遍的なものであり、本人の事前的な貢献が受給の資格要件の一つになっている。福祉は、本人あるいは扶養家族が手にしている収入や資産が定められた水準以下であり、受給対象のリスクがごく一部の人びとに関連する特殊なものである。この両者はまったく異質なものという意識が広く共有されている、という<sup>3)</sup>。

これらの論者の見解をつなぎ合わせれば、1935年の社会保障法を制定したときに支配的であった一人前の市民の条件、あるいは社会や公共の役割についての観念や行動規範（日本の学界ではしばしばエートスと呼ばれる）が、米国では今日まで維持されていることを意味する。その共有される観念のなかみは、事前の貢献があるか、それ相応の自己負担を伴う社会保険と、一部の限られた人が対象の特殊なリスクを扱う福祉を峻別すべきだとする意識である。この点を

1) 古川, 2000年, 63ページ。

2) 藤田, 2000年, 6ページ。

3) 後藤, 2000年, 151ページ。

少し敷衍しよう。たとえ経済的に貧困であろうとも自立した生活態度を貫く人が一人前の市民であり、その人生で出合う一時的なリスクに対して備えるために事前に貢献する制度が社会保険である。これとは違って、福祉は事前の貢献の有無にかかわらず、客観的な状態だけを根拠にして給付を提供する。この時、アメリカ中間階層の行動規範は一貫して貧困や福祉に対して冷淡であるという<sup>4)</sup>。それゆえ、福祉の受給者は、一人前の市民とは見なされないどころか、見せしめ的な措置内容は当然とする観念が強い。とすれば、アメリカ福祉国家は国民を2つの類型に峻別する社会保険・福祉のシステムを築いているわけである。

それと対比すれば、ヨーロッパ福祉国家の場合には、システム作りの歩みに国ごとの違いはあれ、さまざまな地位や階層にいる人々を一つの国民に統合していくという共通した方向が見いだされる（もっとも、この場合には、誰が国民に値するかという線引きの問題が生じる）。歴史的に見れば、社会保険は不安定な生活を強いられていた勤労大衆の人生のリスクに対して、普遍的な社会サービスを提供することからスタートした。だが、その後の展開は、彼らよりも下位の地位にあった人々も上位に属する人々も、社会サービスの制度に次第に包摂して、社会生活面において国民概念を実体化させていった（ここでは、租税方式か社会保険方式かといった社会保険のアプローチ面は捨象して、同等な権利をもつ国民からなる社会に着目している）。つまり、ヨーロッパとアメリカの福祉国家では、手法の点で共通する社会保険・福祉の制度を発展させはしても、それによって築く国民社会の

あり方が違っている。

国民を二類型に峻別する観念が支配的な米国社会にあつては、社会保険の対象となることが一人前の市民に属するかどうかの分水嶺になる（米国の世論はしばしば社会保険を狭くとり、ほぼ社会保険の意味で用いるという。他方で福祉は多義的に使われる。本稿では、社会保険、普遍的な社会サービス、伝統的な救貧政策の延長上にある扶助政策と周辺政策を合わせて社会保険・福祉と呼ぶ）。それゆえ、普遍的なリスクに含まれるサービスの種類・条件とその対象者の範囲確定は、きわめて深刻な政治のテーマとなる。

(ii)

1990年代の米国は輝いていた。ソ連邦崩壊後は唯一の超大国につく。IT革命に先導される経済成長の持続。その成果として、連邦予算はついに黒字に転換する。社会保険の分野でも、確定拠出型の年金、民間保険におけるマネジド医療など市場を利用した手法に国際的な関心が集まる。とはいえ、経済活動と結びついた成果の半面で、健康保健上のリスクに直面した際、誰でもが適切な社会サービスを受給できる制度は整っていない。

医療面ではクリントン政権による国民皆保険の提起が失敗に終わっている。退職高齢者たちの要介護リスクに対処する制度は、財源の裏付けがある案づくりさえも完成していない。要扶養児童家庭扶助から貧困家庭への一次的援助に切り替わった1996年の福祉改革は、就業能力を有する救貧政策の受給者に対しては、有用な労働に就くように仕向けるという政治理念を貫徹した事例である。とすれば、社会保険の体系を

4) 新井, 2000年, 329ページ。

案出する政策立案者の観念は、依然として有用な労働への参加あるいは事前の拠出の有無を基準にして対処を根本的に変える伝統的な価値観の下にあることが確認できる。その上で、検討の対象を高齢者介護の分野に絞り込もう。

政策立案者たちが国民を峻別する価値観に導かれていても、高齢者介護の政策ポジションが、それによって自動的に導き出されるわけではない。立法化のプロセスまで視野に入れば、一つの政策は成立期の複雑な要因が絡み合う中で政治的に決定される。作られた政策には、かつて一人前の市民として経済活動に従事した人々の退職期に関する実践政治的な判断が盛り込まれている。

図1は所得の大きさを基準にして高齢者に適用される政策・プログラムを一覧表まとめたものである。ある水準以上の高所得者は、自立自助のアメリカ的な人生哲学に照応して民間経済に依存した生活設計を組んでいる。この階層に

図1. アメリカにおける高齢者の枠組み

制度の種類	所得保障制度	医療制度	社会福祉制度
高所得	私的年金 企業年金	私的保険	営利サービス
中所得	公的年金	メディケア	アメリカ高齢者法
低所得	補足的所得保障	メディケイド	社会保障第20章の福祉プログラム

注) 第20章の福祉プログラムは、幅広い生活上のニーズに対応するサービスを提供している。1975年の出発当初はともかく、今日では児童・青少年を対象にした各種サービスへの支出割合が高く、高齢者や成人向けのサービスには重点がおかれていない。詳細な項目別の支出比率については和気純子「高齢者福祉サービス」藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版、2000年、216ページを参照。

(出所) 和気康太「アメリカにおける在宅ケア・サービスの展開—ミシガン州の事例研究を通して」『日本社会事業大学研究紀要』第41集、1995年、105ページ、を独自に加工。

負担能力上の制約はないので原則が貫徹する。反対に、所得がある水準を下まわる貧困層に対しては、連邦政府と州が協力し合ってミニマム水準の生存を保障する種々の福祉・扶助プログラムを用意している。かつて勤労者であった中間階層を対象にした政策に移ろう。

退職高齢者層の所得保障は社会保険が担っている。1935年に積み立て方式でスタートしたが、まもなく修正積み立て方式となり、1970年代からはスライド済平均月収を算定基礎とする賦課方式となっている。しかしながら、拠出水準が給付の大きさに反映する仕組みは、人々に事前の貢献が反映する保険方式と観念させている。医療サービスに関しては、メディケア(Medicare、高齢者医療保険)と呼ばれる社会保険が存在する。この保険は2つの部分的な制度が変則的に合わさっている。病院向け保険(パートA)は公的年金の受給者が自動的に加入者となり、医師・通院関係保険(パートB)は任意加入の保険である。とはいえ、パートAの加入者が3,770万人でパートBは3,610万人(1996年時点)という事態は、実質的に、AとBの両者を合わせて一つの社会保険と見てよからう。

この医療サービスになると、事前の貢献による受給権の発生という観念と実態の対応関係は、公的年金の仕組みと比しても格段に薄くなる。パートAの運営資金は現役世代の勤労者と企業がすべて拠出していて、制度利用者の高齢者は全然、負担していない。拠出しているパートBをとってみても、月々の保険料が定額の43.80ドル(1997年)であって、それが賄う資金は22パーセントにとどまり、76パーセントは連邦財

5) 西村、2000年、195ページ。

政が負担している<sup>5)</sup>。この小さな割合の保険料拠出でもって、必要な資金量から見れば部分的な貢献であるとしても、かろうじて保険加入の市民という立場を保持できる。

企業からの退職者をも含む高齢者に、社会福祉サービスの多彩なパレットを用意するのはアメリカ高齢者法である。この政策が提供するサービスは、社会保険の給付ではない。その半面、法律は対象者となる要件として所得・資産調査（ミーンズテスト）を課しはしない。法律的にはどれだけ所得がある人も受給者となれる普遍的なプログラムである。もっとも、運用規定にはマイノリティや低所得者の多い地域を優先するとの条項がある。ともあれ、受給者として幅広い階層が混在する制度において、一人前の市民に属するという誇りが身に付いている人々は、いかにして自己のプライドを守りつつ福祉サービスを受けるのか。この制度は、受給者の所得に応じた寄付（donation）という名称で、自己の負担能力に応じてサービスの対価を納める方式を採る。彼らはこの寄付への貢献によって、自己の倫理規範を放棄せずに福祉サービスを受けることができる。

ところで、退職高齢者が要介護になれば、どの政策が扱うのであろうか。アメリカ高齢者法は在宅介護に関連した幅広いサービスを提供する政策ではあるが、財政規模は10億ドルほどの小さな政策である。また、社会保障法第20章の福祉プログラムも対象がきわめて広く、かつ、1980年代に採られた福祉予算削減の戦略で財政規模が半減した。さらに、包括補助金という性格からして各州がどれだけを高齢者介護に投入

しているかは、よく分からない<sup>6)</sup>。結局、高齢者向けの介護関連サービスは、大半が医療制度を通して提供されている。

米国にあっても高齢者介護の重心は、1980年代まで圧倒的に施設介護に置かれていた。その施設介護は貧困者を対象にしたメディケイド（Medicaid、低所得者医療扶助）が引き受けている。つまり、退職高齢者が要介護になれば、自己資金を当てにするか、それがなければ救貧政策の側に身を置くしかない。こうした政策振り分けはメディケア、メディケイドを作る際に技術的な客観基準が根拠となって決まったわけではない。

今日まで受け継がれる退職高齢者向けの社会保障・福祉の制度構築は、1935年の社会保障法にはじまり、1965年のメディケア、メディケイド、アメリカ高齢者法により基本的に確立する。制度対象でいえば、この時期までに公的年金は普及しており、政策焦点は医療と長期介護であった。当時、「貧困との戦争」でもって歴然たる貧困者も解消しようとしていたジョンソン政権は、「偉大な社会」を目指して二正面作戦に打って出ていた。

予測しがたい財政需要、社会保障（＝社会保険）の拡充に頑固に反対する共和党、一枚岩ではない民主党、強力なロビー活動で抵抗する米国医師会。こうした包囲網の中で民主党政権は、伝統的な価値規範を適当に使い分けながら社会保障の領域を拡張した。諸立法の制定は、複雑な政治的な駆け引きを伴う長いプロセスをたどった<sup>7)</sup>。退職高齢者と貧困者の双方に対して、医療・介護サービスへの接近を容易にする制度が新たにつくられた。医療産業の要求に配慮すると同時に社会の通念によりかかった制度編成は、退職高齢者にはほろ苦い勝利となった。

6) 和気康太, 1995年, 105~107ページ。

7) 新井, 2000年, 336~340。Sommers, 1990年, 200ページ。

医療産業にとって、生命の安全を脅かす急性疾患を主要な対象とする医療サービス（巨大な医療産業の主戦場）と永続的な心身の障害を扱う長期介護（医療産業が有効な手だてを見だせない苦手な戦場）は、基本的に別な世界である。この時、高齢者に対する医療は社会保険が扱うべき普遍的な社会サービスとして社会に認知されていたが、長期介護は少数の人に起きる特殊なリスクであって、しかも、一時的な災難というよりも回復見込みのない障害状態とされた。この両要因が組み合わされて、退職高齢者向けの医療については社会保障を拡張して対処する一方、高齢者の長期介護は医療扶助であるメディケイドにまわされた。

メディケイドの対象となるには、その前に、本人、配偶者が自己の収入・資金を使い果たす必要がある。つまり、高齢者介護に対しては「一人前の市民」を「医療による貧困者」に転落させるという伝統的な規範に依拠した歯止めを埋め込む。これは財政需要の膨張を抑止するための装置である。ここで確立した両制度の性格は今日まで基本的に変わらない。

## 2) 介護サービスの特質と老人差別主義

### (i)

前節は米国社会が社会保険と狭義の福祉を峻別する価値観にたつことを確認し、その観念にしたがって制度化された高齢者介護に関連する政策を概観した。しかしながら、この制度関連的な整理は米国の高齢者介護の運営実態を解明する上では、一側面に過ぎない。言うまでもなく、高齢者介護に特有の問題は、介護サービスと受け手の関係場面により鮮明に現れる。ところが、この場面の研究になると、社会の価値観や制度関連的な視角が消えてしまう。その結果、

介護技術的アプローチに基づく提案でもってアメリカ的な社会保障・福祉の欠陥を除去しようとする。

この種のアプローチが主流となる理由として、1つには、生身の要介護者とサービス提供者の姿が大きく写りすぎて、ミクロ・レベルで双方をつなぐ介護技術が前面に出てきてしまうことがある。もう1つは、米国の医療保健が全体として、科学技術主義に偏りすぎるというアプローチに由来する一面性の問題がある。高齢者介護の欠陥除去に対して制度や運用態度を媒介させることなく、サービス現場に介護技術的アプローチを採り入れることで、どの程度事態の改善が推進されるであろうか。要介護者の満足度を評価基準に据えて、このアプローチの有効性を吟味しよう。

米国の高齢者介護についての評判は良くない。これまでも、介護の改善は叫ばれてきた。その際も長期介護の専門家は、提供サービスの質を客観的に計るという科学的な評価へのこだわりが強い。それは、医療で先行的に確立されたDRG（診断別分類）の基本的な手法を長期介護にも適用する考え方に行き着く。このアプローチは国際的に支持されて、米国を牽引役として要介護者の状態を科学的に把握する方法が開発されてきた。代表的なものとして、次のような方式が作られている。対象者の状態を把握し、ケアプランに反映させるMDS（Minimum Data Set）、入所者の特性に応じて費用を償還する方式のRUGs-III（Resource Utilization Groups）、MDSの手法を在宅ケア向けに拡張したMDS-HC（Minimum Data Set-Home Care）などである。

MDSはつぎの3点に留意して開発すること

で、評価者間での信頼度の高いアセスメント表になった。第1に、さまざまな職種の人が共通して利用できる包括的なアセスメントとする。第2は、包括的な評価を最小の項目で実現する努力を払う。最終的には360項目にまとめた。第3には、複数の情報源から得たデータを客観的な尺度で記入する。RUGs-Ⅲは看護・介護施設への費用償還を施設側の特性（過去のコストや人員配置）から入所者の特性に基づく方式に改めるために開発された。RUGs-Ⅲは対象者を44のグループに分けて、それぞれのグループごとのケア指数の平均値を求める。以後、この値がケア価格に換算される。つまり、標準化されたケア基準に基づいて、人的資源を合理的に配分する方式といえる。さらなる手法開発の展開は、ケアプラン向けの評価と費用償還向けの評価とを一つのアセスメント表で済ます改善をもたらした<sup>8)</sup>。

池上教授はこれら客観的な評価技法の確立でもって、長期介護の質評価とサービス改善は大きく進展すると、見ている<sup>9)</sup>。これらの方式は、確かに、米国に特有な早期退院の強制から生まれる亜急性の患者を収容する施設には有効であろう。だが、本来的な長期介護の施設に滞在する要介護者にとっては、介護サービスの改善を保障しないばかりか、全体として劣悪な状態に落ち込む事態を防ぐ手だてとならない。というのは、介護サービスの質を直接に制約するコスト償還の方式・水準との関連づけが置き去りにされている。また、要介護者にサービス選択の余地がなく、サービスの受け手の能動的な

わりも落ちているからである。

そうだとすれば、開発された客観的で技術主義的な手法は、取り組みの意図に反して、米国の長期介護改善にはあまり役立っていない可能性がある。以下では、介護サービスの特質に立ち返っての検討、さらに介護の現場にかかわる資料の吟味により、この可能性を探ってみよう。

(ii)

開発されたMDS、RUGs-Ⅲ、MDS-HCなどの方式は、要介護の症状と程度に応じて、適切なサービスが一義的に決まるという観点に基づいて立場で作られている。実際、必要なサービスの種類と量は専門家が一方的に決める仕組みになっている。さらに、導入意図からいえば、サービスの過剰供給を回避することに狙いがあり、そのための工夫も組み込まれている。ここには先行する医療の経験を亜急性の疾病、さらに本来の介護に持ち込もうとする発想が見られる。この技術科学主義に対する思いこみは、亜急性医療まではある程度有効かも知れない。しかしながら、定義からしても長期介護の場合には、要介護者の生活の質が重要な評価基準となるはずである。しかるに、開発された方式には、医療サービスと質的に異なる介護サービスの特質がほとんど視野に入っていない。このことを以下で明らかにしよう。

ここでは、サービス特質を鮮明にするために、対象を一般のイメージよりも狭く設定しよう。医療サービスは症状の進展が生命の危険にかかわる急性疾患に対する治療、介護サービスは持続して身体に障害を抱える要介護者の日常生活を支える活動とする。もっとも、この設定はア

8) 池上, 1997年, 46~51ページ。各方式の簡便な説明については、池上, 1997年を参照。日本における検証事例を扱ったものとして、池上他, 1993年, および池上他, 1996年, などがある。

9) 池上, 1997年, 57ページ。



アメリカの病院とナーシングホームの役割分担にかなり合致しているといえよう。そして、両サービスの特質を吟味する基準は、自己の生命保持、情報格差、そしてサービス対象の限定性である（患者、要介護者の区別はあるものの、サービスの受け手としての違いに着目する）。

第1の基準から見た区別は、本稿のサービス区分から直ちに引き出される。医療は死をもたらす危険を除去するサービスである。もう一方の介護は、定義からして直接的な死の危険から一応免れていて、慢性疾患なども抱えてはいるが、サービスの重心は不便な日常生活の支援である。

つぎに情報格差の基準に移ろう。医療・介護サービスともサービスの需給関係は、近年まで与え手が決定権を握っていた。最近、この位置関係は崩れつつあるが、この事態が進展して遂に、どちらも受け手優位の関係に置き換わったとしても、両サービスの間には情報の非対称性の点で越えがたい違いが残ろう。医療サービスでは診察・治療方法に関して医者保持の情報と受け手側の情報の間には隔絶した格差が存在する（この点は、急性疾患という定義に留意されたい）。これに対して介護サービスにあっては、要介護の状態に陥った当初は与え手と受け手の情報格差が著しいケースも多い。とはいえ、継続的なサービスの受給を経る過程で（知人などとの情報交換を含めて）、受け手は自己に必要な情報を習得していく。それに照応して、与え手と受け手の情報格差は相当に小さくなる。

3番目はサービス対象の限定性である。近年の医療分野では、疾病部位に限定した専門的治療に反省が生じ、身体の全体関連に着目する治療の重要性が高まっている。その動向が強まったとしても、医療サービスの対象は明瞭に患者

の身体という境界を設定できる。しかるに、介護が生活の質を重視すればするほど、対象サービスは限定性を失う。リハビリテーション、身体介護、家事援助、悩み事相談、移送援助、日常生活支援とどめなく広がっていく。そして、周辺サービスになればなるほど、与え手と受け手は情報格差がなくなり、必ずしも高度な専門性を必要としない。

上述の対比に基づいて、医療と区別される高齢者向け介護サービスの特質をまとめよう。介護に関する情報格差は医療ほど大きくなく、受け手は容易にサービスの質を評価できる。受け手の生活の質に対する欲求は強く、それを満たすためには多彩なサービス種類が必要となり、利用の時間、頻度などに関する柔軟性が求められる。リハビリや身体介護から離れば離れるほど、満足度を左右する要因は、サービスの専門性よりも提供者に対する信頼度に移る。

この吟味から、特質の異なるサービス需要者に同じサービス管理方式を適用するのは問題があるといえよう。障害の目覚ましい改善を期待できない長期の要介護者の場合は、生活者レベルの要求が管理方式の基礎となる。近年、治療・介護の分野で強調される生活の質は、急性疾病よりも長期介護の受け手にとってより重要である。それゆえ、介護サービスの管理方式の場合は、「生活の質」要求と資源制約をいかに工夫して組み合わせるか、が評価基準となろう。この基準に照らせば、MDS、RUGs-Ⅲ、MDS-HCに見られる与え手中心のサービス配分は、要介護者の満足度重視とは反対向きの路線といえよう。

技術科学主義の評価に基づいて合理的なサービス配分をめざす路線は、介護サービスの特質

とは合致しない。確かに開発された方式は、受け手から見て望ましい評価方式ではないとしても、合理的な人的資源の配分を達成できるとされる。そうであれば、当初に意図した介護サービスの目立った改善契機にはなるはずであろう。次のセッションで検討しよう。

(iii)

技術科学主義と介護サービスの特質重視とは、抽象レベルでは一見、補完し合う視角に見える。けれども介護の現場に下りると、見方の違いの表面化は避けがたい。介護サービスの特質に基づいて制度間を移動する要介護者の現実を観察すれば、介護のサービス技術を改善する方式が採用されても、要介護者の生活の質が著しく悪化するという事態も起こりうる。米国の介護現場でこの事態が広く見いだされるのは、サービスを低下させる制度移動と老人差別主義 (ageism) の価値観が絡み合っている。

池上教授によれば、1991年以降、どのナーシングホームも入所者全員に対して、アセスメントとケアプランの作成が実施されている。また、その成果に関しても抽出した254のナーシングホームについて、新方式の導入の前と後をとり、MDSの導入効果が調査されている。施設管理スタッフへのアンケート、外部の評価者による入所者記録の検討、入所者の状態調査、これらの項目について比較したところ、いずれも改善

されていた。また、RUGsの導入により、より重症な人が入所待ちになる現象は解消したとの報告がある。池上教授はこれらの資料を根拠にして、新方式の有効性を検証できたと見なす<sup>10)</sup>。

池上教授の検証は合理的なサービス配分を供給サイドから吟味している。それに対して、介護サービスの特質を重視すれば、ナーシングホームの運営を受け手サイドから評価することに、より高い分析上のポジションが与えられる。要介護者の介護施設に対する評価を見ようとすれば、オンブズマン制度の年次報告書が利用できる。技術科学主義に基づく新しい方式の開発契機となった1987年の包括予算調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act 1987) は、同時に、ナーシングホームに対するオンブズマン制度の強化をも盛り込んでいた。介護オンブズマンの年次報告は、入所者の苦情や相談を中心に記録している。つまり、供給サイドのサービス改善を期待すると同時に、受け手の側がそれをどう評価するかを、公表しているわけである。この報告を取り上げてみよう。

途中で統計データの取り方が変更されていて、データは連続しない。とはいえ、手元の資料によれば苦情の件数あるいは苦情を申し出た人数も、経年的に増大している<sup>11)</sup>。これらの申し出のうち最近の3年間に関しては、苦情の裏付けがとれた割合が74から69パーセントにまで低下している。それゆえ、処理が必要な件数そのものは、13万台の件数が続いている。

介護施設のサービス改善にとって重要なのは苦情の内容である。受理された苦情のトップ20項目を累積すると、1996年度の総処理件数の5割に達する。グループホームや支援ケアつきホームなどとナーシングホームでは、苦情項目の順位がかなり違っていることを指摘するにとどめ

10) 池上, 1997年, 47と51ページ。

11) ナーシングホームと関連施設を合わせた総計をとれば、苦情の件数は1987年11万413件、88年12万8,990件、89年13万4,612件。この後は資料の関係で、最近の3カ年のデータを掲げる。1996年17万9,111件、97年19万5件、98年20万1,053件。高谷, 1994年, 54ページ。Administration on Aging (Department of Health & Human Services), *Long-Term Care Ombudsman Program Annual Report, Fiscal Year 1998*.

て、ここでは後者に限定した項目を取りあげよう。苦情頻度の高い順に見ていくと、事故及び不適切な取り扱い、身の回りの活動支援、身体の清浄さ保持、人格的な威厳を大切にしている態度、ケアの評価と計画、スタッフの不足、肉体的な虐待、食事の量・質の不满とその多様性や選択、強制的転院や退所計画など、個人の持ち物紛失・盗難、放置・身体変化への無頓着、薬の管理、入所者同士のもめ事、言葉や素振りによる虐待、責任感がなく役に立たないスタッフ、法的な後見人や委任権、他のケア、料金・会計関連、施設の不潔さ・害虫駆除、身体の運動・市民的な諸権利、となっている。

これらの苦情をグループごとに整理し、広義の身体介護に関する苦情を取りだすと、31パーセントに過ぎない。1996年にこの項目に分類された4万4,392件を、3つの小グループに分けてみれば、身体の物理的拘束・薬物拘束1,681件、リハビリ・諸機能の維持5,004件、狭義の身体介護3万7,707件である。単独項目としての最大件数は、事故及び不適切な取り扱いの6,661件である。新方式の導入の背景になっている専門的技術の投入と緊密に結びつく事項は、ケアの評価と計画(4,453件)、薬の管理(3,123件)、放置・身体変化への無頓着(3,168件)が高い頻度となっている。とはいえ、それらは要介護者から見て、身体介護の内部でも決定的な位置を占めていない。要介護者は生活者として施設のあり様に我慢できないでいる。それが入所者の諸権利(32パーセント)、狭義の生活の質(19パーセント)、施設の管理運営(10パーセント)、施設以外に対する諸要求(8パーセント)などの苦情の多さに表れている<sup>12)</sup>。

12) Administration on Aging, Fiscal Year 1996, pp.4-6.

ナーシングホームの運営改善にとって、専門的資源の合理的な配分は、全国の報告の場合にこれまで主要な問題とはならなかったし、現在でもなっていない。この点は、それぞれの州が提出する州オンブズマン報告に登場する主要な課題の項目でも確認できる。州ごとのオンブズマン報告が主張する改善課題を多い順に記載すれば、劣悪な条件で運営を続ける施設に対する統制と改善強制(16州)、メディケイドの対象者や平均より低い所得の人々に対する介護サービスの選択肢付与(10州)、正規の訓練を受け資格のある公正に給与が支払われるスタッフの慢性的な不足(10州)、オンブズマン活動を拡充させる措置(9州)、種々の介護関連の施設の充実(9州)、非自発的な転院・退院、再入所の機会保証(9州)、虐待に対する保護対策は6州だが、それとは別に3州が虐待登録所の設置(abuse registries)を挙げている。池上教授が改善効果を認めたのと同じ頃に出されたこの報告書の内容は、1980年代末の実情を扱った高谷論文と根本的な違いはない。

(iv)

前セクションにおける検討から、入所者が要求する解決されるべき主要課題は、専門的なスタッフの合理的な時間配分より先に、介護の基本技能を身につけて入所者を親身に世話できる誠実なスタッフの確保だと分かる。この課題は依然として解決されていない。この点のより詳しい検討は三章に譲るが、その前段として、ナーシングホームの直面する経営条件がこの間にどのように変化したかを調べておこう。今までは、要介護者はナーシングホームの入所者とみなし、すべての人を一律に扱ってきた。だが、ここでは入所者の異なる支払い方式に着目して、それ

表1. タイプ別ナーシングホームの徴収額と入所者構成

		1985年		1995年		1997年	
		徴収額(ドル)	入所者構成(%)	徴収額(ドル)	入所者構成(%)	徴収額(ドル)	入所者構成(%)
営 利 事 業 体	メディケア	2,058	1.6	5,668	10.4	6,051	15.0
	自己負担	1,444	40.1	3,190	24.1	3,784	20.9
	メディケイド	1,363	52.1	2,560	63.8	2,883	61.5
公 立 事 業 体 ・ 非 営 利	メディケア	2,456	0.9	5,304	9.2	6,008	13.2
	自己負担	1,462	44.9	2,967	34.3	3,475	31.4
	メディケイド	1,851	46.6	3,201	54.0	3,516	51.0

(出所) Centers for Disease Control and Prevention (U.S. Department of Health and Human Services), *Health, United States, 2000 with Adolescent Health Chartbook*, July 2000, p.335, を独自に加工。

が経営側と入所者の双方に及ぼす作用を吟味する。その際には、主力の営利経営体と非営利・公立のパターンの違いにも留意する。

米国のナーシングホーム部門では、近年、非営利・公立が収容能力を傾向的に高めているものの、営利経営は3分の2前後の入所者を引き受けている。その営利経営の場合には、支払われる金額とサービス水準の連動度合いが高くなるだけに、徴収金額の推移から介護サービスのあり様を読みとれる。1985年以降のナーシングホームをめぐる経営条件を概観した表1を用いて、調べよう。

この時期、メディケアの強い要求で急性疾患の病院治療はますます短くなっていく。その半面でメディケアは、一定期限を限って病院を退院した後の亜急性期の快復治療をナーシングホームにも担わせる。これにより、ナーシングホームの入所者構成に目覚ましいシフトが発生した。民間保険や家族の支援をも受ける自己負担者の比率は、わずか12年間で半減する。その際、非営利・公立は減り方が緩やかである。メディケアの給付を受ける人の割合は、入所者全体として13ポイントも上昇する。出発点で5割を占めていたメディケイドの受給者も比重を高めてい

る。メディケイドの比重でも、非営利・公立の構成比の上昇は緩やかで、営利経営の割合は9ポイントほど増えている。メディケアの受給者が亜急性期の疾病者であることに留意すれば、メディケア分を除いた本来の長期介護を受ける人々の構成は、自己負担者からメディケイドの受給者に大きくシフトしたわけである。これを、大半の入所者を抱えている営利経営について見れば、半々に近かった状態から1対3への重心移動である(40.1:50.4→20.9:61.5)。

こうしたシフトは、徴収金額を代替指標とする入所者のサービス水準をどう変えたであろうか。メディケアの支給額は、この間に3倍近く増えていて、相対的に高度な治療が施されるようになった。自己負担者とメディケイドの受給者から徴収する金額を較べると、営利経営の入所者は、自己負担の時期には非営利・公立と同等以上のサービスを受けていたにもかかわらず、メディケイドに移ると非営利・公立よりも一段低い水準に押し込められる(この時、非営利・公立の入所者は、逆に自己負担の額よりもメディケイドの支給の方が大きい、いいかえればサービス水準は低下しない。ありうる要介護度の格差を捨象していえば、両者の変化方向は対照的である)。

本来の長期介護を必要とする人は、一般的に、ある期間だけメディケアの給付を受けた後（いくつかの資料では、この段階を経ない人が過半である）、自己負担者のポジションに移り、自己資金を使い果たすとメディケイドの受給者に移る。すでに言及したごとく、メディケイドの対象になる時点で、もはや一人前の市民でないという制度上の負い目を背負うが、同時に営利経営の入所者は、実際により劣悪なサービスに耐えなければならない。最近の10年余りに、このプロセスをたどる事例がますます大量現象になっていた。人件費が大半を占めるナーシングホームの場合、徴収金額の低さは雇用スタッフの賃金水準を実質的に左右する。経営側は許容されるぎりぎりまで低賃金の未熟練者で済ませようとする。しかしながら、ナーシングホームにあっては、賃金面の低さと老人差別主義の要因が相乗するために、事態はいっそう悪化する。

介護サービスは対人サービスだけに、清掃などの単純労働とは同じに片づけられない。にもかかわらず、事態は逆であって、老人差別主義に強くとらわれている大半の就業者は、しばしば入所者に蔑視的な態度をとるし、できるだけ早く他の仕事口を見つけようとする。その現れが7割を超える年間の離職率である。この老人差別主義に根ざした職業観を払拭しないかぎり、スタッフに介護能力を高める機会を与えるのすら困難である。

これまでの考察により、米国における退職高齢者の長期介護に対する政策や施策は、根深い老人差別主義を政策発想の基礎にもち、その制度内容に関しては介護サービスの特質と合致しないことが明らかになった。次章からは、主要な介護関連の政策がこの間にたどった展開と、

その政策運営の実態を検討しよう。

### 三 メディケイドの財政運営と高齢者介護

#### 1) バーウエル見解とメディケイドの財政運営

(i)

『先進諸国の社会福祉 アメリカ』の執筆者は、国民を2類型に峻別する価値観が米国の社会保障・福祉制度の規範的な基礎になっていることを指摘する。しかしながら、執筆陣の方々はそこから進んで、この制度編成が重要な社会勢力に成長した退職高齢者に与えている深刻なリスクに、あまり分析の力を注いでいるようには見えない。これまで一人前の市民として社会に貢献してきたと自負している人々が、要介護に陥るとほぼ確実に見せしめ的な救済政策の世界に落ち込む。しかも、加齢とともにその危険度は急激に増大する。

政策立案者たちは、この制度がらみの不安に真正面から応えようとはしていない。それどころか、研究者の中には、長期介護の主要な構成者である高齢者は、メディケイドで優遇されているという見解を発表する人たちもいる。さまざまな年齢や出身階層からなるメディケイドにおいて要介護の高齢者がいかに位置づけられているか、を解明するのがこの章の課題である。

米国の高齢者介護は退職高齢者にとって普遍的な社会サービスではない。それどころか、長期介護の主要な引き受けてであるメディケイドは、この間の制度運営において退職高齢者を長期介護サービスから閉め出す方向に向いている。他の先進諸国とは逆向きの政策態度は、社会に根強い老人差別主義と必要となる財政需要の大きさへの恐れから説明される他はない。

近年まで米国の高齢者介護は、施設への収容

が中心であった。ナーシングホームを中心とする施設サービスを政策的に担ってきたのではメディケイドである。メディケイドは医療・介護サービスに関する社会の最終的な安全ネットの伝統を引き継いでいる。このため、メディケイドには歴史的な救貧政策の性格と今日的な医療・介護サービスの制度的な欠陥などが混在している。他の制度から外れている問題グループを例示すれば、きわめて低い所得・資産しかなくて生活困難を抱えた家庭の人々（伝統的な救貧政策の対象者）、所得基準などでメディケイドの対象にならないものの医療保険に加入できていない勤労者（約3600万人と推定されるが、この人たちは間接的に受給者となる）、精神的な障害者、視覚・身体の障害者（急速に蔓延している AIDS 患者はここに含まれる）。それと、メディケアの諸制限のため医療困窮者に転落した退職高齢者であるが、この最後のグループは、医療・介護制度の不備が生み出した受給者である。しかるに、老人差別主義にとらわれた米国社会は、このグループにも伝統的な救貧政策の

枠組みで対処し続ける。そして、メディケイドの統計を実証分析するバーウエルらの見解は、データ分析でもって老人差別主義に学問的な裏付けを与える役割を演じている。

米国の福祉・救貧政策にしめるメディケイドの地位は高い。連邦予算ではメディケイドが本稿のいう社会福祉のうちで最大項目になっていて、その突出ぶりは近年になるほど著しくなっている（表2）。同じ傾向は州財政にも見いだされ、州平均を取れば1990年に財政支出の13パーセント近くに達し、その後も急増を続けて95年に2割を超えると予想されていた<sup>13)</sup>。したがって、財政健全化に向けて苦しんでいた当時の連邦および州にとって、メディケアとメディケイドの財政的な安定は最重要テーマの1つであっ

13) ミシガン大学保健学部の Lichtenstein 助教授が 1999年冬学期に配布した講義用の資料。原資料は Marcia A. Howard, *Fiscal Survey of the States*, Washington, D.C., National Governors' Association and National Association of State Budget Office, April 1991.

表2. ミーンズテストを伴う福祉に対する連邦の支出（1965～2000年度）

（単位：億ドル）

項目 \ 年度	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
現金給付								
要扶養児童家庭援助	125	154	142	137	131	141	171	171
補足的所得保障	79	75	119	107	124	133	245	317
稼得所得課税控除	—	—	—	24	16	51	152	191
現物給付								
フードスタンプなど	13	38	183	246	237	246	335	330
家賃補助	10	18	58	102	159	184	255	217
メディケイド	13	101	189	263	323	475	891	1,063
総額	240	386	691	879	990	1,230	2,049	2,290
総額の対 GDP 比 (%)	0.8	1.0	1.6	1.8	1.8	1.9	2.9	

注) 2000年度は推計値。

(出所) Burtless, Gray, "Spending and Sources of Finance in the American Welfare State: Options for Reform (2)", 『海外社会保障研究』No125, Winter 1998, p.74.

た。

全般的に加速化する医療サービスの価格上昇と財政運営の深刻化が結びついて、1990年前後はメディケイド、メディケアを含めた医療制度の改革に向けた取り組みが著しく強められた。そうした流れの中で、メディケイドは「歴然たる貧困者」のための制度に特化すべきだと世論が強まる。これに呼応して、現実のメディケイドにあっては、世論の風潮とまったく反対の運営がなされていると批判する研究が発表される。自分たちの利害を政治により良く反映する力をもつ視覚・身体障害者および高齢者のグループは「歴然たる貧困者」よりも優遇されている、というのが彼らの主張である。その根拠となるのは、構成比で29パーセントの視覚・身体障害者および高齢者のグループが財政支出の72パーセントを占めているという統計値である<sup>14)</sup>。この明快な見解は複雑な制度に反発し、データ主義に冒されている米国社会に広く浸透する。

バーウエル見解はかなり乱暴な議論である。ある局面を写す財政データだけを取り上げて、メディケイドの全体を分析していない。さらに、部分的な分析結果からいきなり、政治的なパワーを行使して自己利害を実現しているとの主張に結び付けるのは乱暴な議論と思われる。ここでは、メディケイドの財政分析を通じて、バーウエル見解の表面的な性格を明らかにしよう。

(ii)

制度財政の分析に際しては、2つのアプロー

14) Grogan, 1994, p.116.ただし、執筆者のGroganはそこで他の研究者たち(Burwell & RymerやJoe, Meltzer & Yu)の見解を紹介しているに過ぎない。これ以後も、何度も持ちだす見解なので、本稿では便宜的にバーウエル見解と呼ぶことにする。

チが区別される。1つは、経済社会に発生する需要動向、それに対処する政策決定からのインパクトに着目する手法である。もう1つは、制度財政を基本組成に分解して、それぞれの組成要因の変動を分析する手法である。メディケイド財政を変動させる組成要因は、サービスの特質と対象者の範囲、制度の仕組み、運営戦略の3つとなろう。これら組成要因の観点からメディケイドを評価すれば、あまりよい点数はつかない。第1要因に関しては異質なサービスを同居させ、それぞれの対象範囲の決め方も統一していない。第2の要因については、連邦と州の分権的な権限配分、他制度によるサービス価格の枠決めなどが入り組んだ編成を生み出している。

この要因区分に即していえば、バーウエル見解は組成要因の絡み合いから生まれている財政構造を運営レベルの成果(政治的なパワーを行使して達成する利害の実現)だと主張している。その際、バーウエル見解では、視覚・身体障害者と高齢者が同じ扱いになっている。本稿の考察対象の焦点は、勤労大衆の疾病・障害リスクの1つとしての高齢者介護にあるので、財政支出の動向に類似性はあっても、AIDSなどの障害者を同一グループには含めない。さらに、統計上の区分にはなっていないが、考察概念として退職高齢者と「歴然たる貧困者」群の高齢者とは区別される。

20世紀末の10数年間、メディケイドの財政ははめざましく膨らんだ(時価表示すれば、1988年の516億ドルから2000年の1,943億ドルへの増加)。この財政膨張は高齢者の長期介護に何をもたらしたか。支出データを読むのに必要なかぎり、メディケイドの仕組みを一瞥しておかねばならない。

メディケイドはメディケアとともに、医療機関に対する支払い方式として基本的に出来高払いを維持している。そのサービス権限は州に属している。したがって、サービスの範囲や適用基準について、連邦は一般的な指針は出せるが、具体的なサービスの決定権は個々の州の手にある。その一方、資金調達には連邦と州が共同して責任を負う。連邦は州の支出に対して定められた割合を自動的に引き受ける（オープンエンド型）。連邦の州に対する補助率はすべての州に一律ではなく、全国の所得平均とそれぞれの州の所得との乖離度に応じて、財政調整的に補填される。ただし、補助割合に関しては州支出の50パーセントを下回ってはならず、上は83パーセントを超えることも許されない。制度管理のコストは原則的に半分を負担するが、場合によ

てはそれを上まわる補助も認められる。

権限配分からして、州はサービスの償還方式や対価の算定に関して幅広い裁量権を有している。とはいえ、つぎの3点はどの州も守るべき原則である。

1. 施設関連のサービスに対する償還率は、メディケアの償還率を上まわってはならない。
2. ホスピスのについては、逆にメディケアの償還率を下回ってはならない（ここで付言すれば、米国のホスピスは若年性ガンやAIDSなどの患者も多く、高齢でない人たちの比率が高い）。
3. 人道的任務を遂行する病院（DSHs；患者に無保険者が多く居たり、低所得者が集中している地域に立地している病院）には別個の高い償還率を設定する。

表3. メディケイドにおける長期介護部門の支出推移（1998～2000年度）

（単位：億ドル〔左側〕，  
対前年比〔右側〕）

	1988	1989		1990		1991		1992		1993		1994	
生活支援型施設	12.9	16.6	28.3	18.6	12.5	21.1	13.1	23.5	11.4	24.7	5.1	30.0	21.3
重度要介護在宅サービス(特例)	6.3	9.4	49.1	12.5	32.2	16.1	28.9	21.5	34.0	28.0	29.8	37.5	34.4
在宅介護	5.2	6.6	25.3	8.1	23.9	10.4	28.0	12.3	20.9	14.5	14.8	16.4	13.7
通常型ナーシングホーム	82.2	89.0	8.2	101.1	13.6								
専門介護ナーシングホーム	64.2	67.7	5.4	78.7	16.4	208.2	15.8	243.6	17.0	261.2	7.2	281.3	7.7
長期介護の部門計	170.9	189.3	10.8	219.1	15.7	255.8	16.8	301.2	17.7	328.3	9.0	365.2	11.2
メディケイド総額	516.5	586.4	13.5	697.7	18.9	882.1	26.5	1141.6	29.4	1264.1	10.7	1366.4	8.1
長期介護/メディケイド全体(%)	33.1	32.3		31.4		29.0		26.4		26.0		26.7	

1995		1996		1997		1998		1999		2000		1988～2000年の年平均変化率	
29.0	-3.2	28.7	-0.9	32.1	11.6	34.7	8.2	35.4	2.2	38.1	7.6	9.4	
46.5	23.8	56.1	20.6	81.1	44.6	91.0	12.2	105.1	15.6	120.4	14.6	27.8	
19.3	17.3	20.7	7.2	21.9	5.9	22.9	1.3	22.5	1.3	23.0	2.4	13.1	
303.5	7.9	310.3	2.2	325.3	4.8	342.9	5.4	363.9	6.1	395.8	8.8	8.6	
398.3	9.1	415.8	4.4	460.4	10.7	490.7	6.6	526.9	7.3	577.4	9.6		
1514.5	10.8	1541.6	1.8	1602.6	4.0	1676.7	4.6	1801.3	7.4	1943.5	7.9	11.7	
26.3		27.0		28.3		29.3		29.3		29.7			

(出所) Burwell, Brian, *Medicaid Long Term Care Expenditures in FY2000*, 2001, のデータを一部独自に加工。



これらの原則はいずれも高齢者の長期介護が主たる対象ではない（米国のホスピスは一般的に医者が余命3カ月と診断した人々が入所する。費用償還も急性治療のレベルが想定されている）。その高齢者の長期介護は、この間にどのような財政展開を遂げていたであろうか。支出推移をまとめた表で吟味しよう（表3）。高齢者介護はメディケイド全体で傾向的に比率を下げてはいるものの、3割前後の水準を占め続けている。支出動向から見るかぎり、政策運営の上で高齢者の長期介護に対して冷淡であったわけではない。

高齢者介護のサービス構成を見ると、一貫してナーシングホームが支配的な地位にある（1991年から統計方式が変更されている）。そして、以前からあった軽度の要介護者向けの施設および在宅介護は相対的に緩やかな支出増加を遂げているのに対して、1981年に導入された重度要介護に対する特例の在宅介護（Home- and Community-Based Waiver）は、この間、驚くほどのスピードで支出額を増やして、2000年度にはナーシングホームの3割水準に到達した。ここからは、高齢者介護の相対的な重心がナーシングホームから在宅、それも重度の要介護者に対する在宅サービスに移ってきたことが分かる。

ここで、重度要介護者向け特例在宅介護について説明しておく必要がある。メディケイドの受給者として長期介護を受けようとするれば、連邦の統一指針では施設に入所する。これに対して、州は従来とは違った革新的な事業計画を作成し、特定地域のプロジェクトとして認可をえれば、多様なサービス内容を盛り込んだ在宅介護を実施してよい。この特例プロジェクトは受給者がメディケイドの資格要件を満たしている、

ナーシングホーム入所に匹敵する重い要介護度でなければならない。また、このプログラムの一人当たり支出額は、ナーシングホームの入所費に相当する水準を下回るなどの条件が付される。

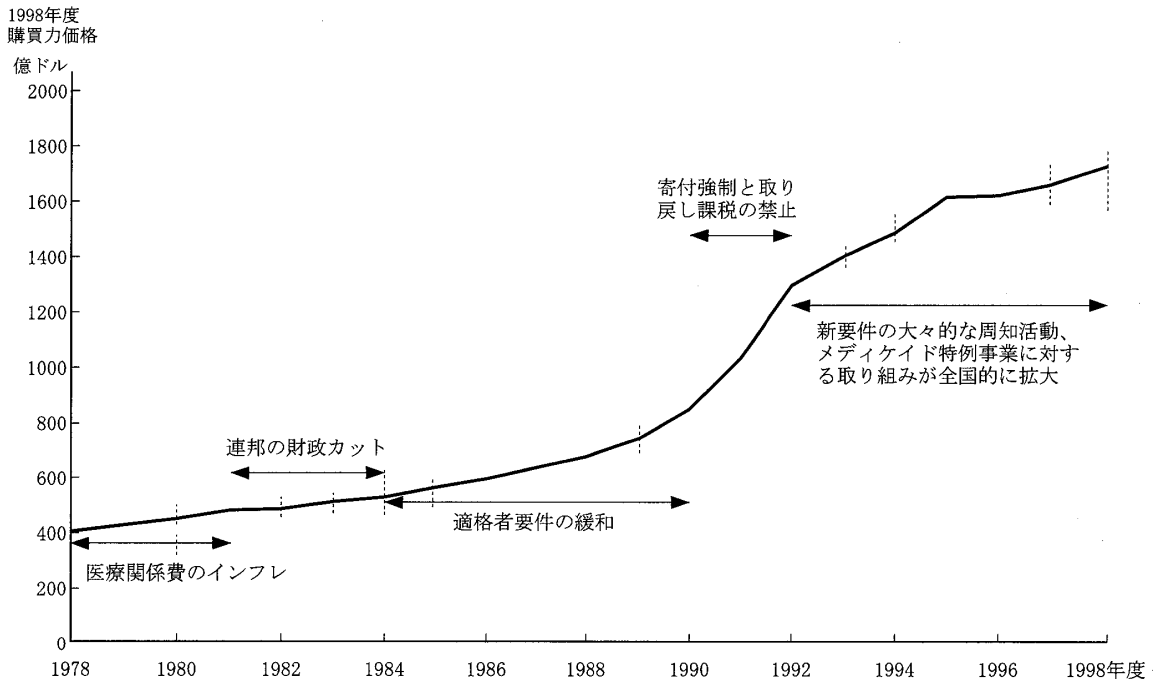
このプロジェクトは画一的で限られたサービス種類しか認めない通常の給付と較べれば、受け手の生活の質に貢献するサービスである。しかしながら、この政策はナーシングホームへの入所を遅らせるのが目的になっている。在宅にあって申し込み時にメディケイドの受給要件を満たすのは、一般的に「歴然たる貧困者」層である。それゆえ、長期介護の支出動向からは退職高齢者よりも「歴然たる貧困者」の優遇が浮かび上がる。

### （iii）

メディケイドの財政支出のうち長期介護の構成を吟味すると、近年、高齢者の中で退職高齢者よりも「歴然たる貧困者」が幅を利かせてきている。もっとも、バーウエルらは、政治的にパワーのある障害者と高齢者がそれ以外の受給者よりも優遇されていると主張する。それが事実であれば、現象的にはなによりも長期介護の対象者数が増えるはずであろう。受給者構成を調べよう。すると、1990年代の前半に大胆な新戦略の実施があったことが判明する。

図2は1998年の固定価格で、この20年間のメディケイドの支出推移を取りだしている。1990年代には、別の発展軌道に移ったと判断させるほどの財政増大ぶりである。メディケイドは予算執行に際して人数制限を設けず、適格な申請はすべて認める方式を採っているため、条件を厳しくしたり緩めたりの運営戦略が直ちに財政

図2. メディケイドの財政支出推移 (1998年度価格に換算済)



注) 金額は1998年度の購買力価格に換算して表示。

(出所) Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid Chartbook 2000*, September 2000, p.32.

支出の増減に直結する。1980年代の前半に支出削減策が実施に移された後、条件緩和の諸立法が続いて通過していたが、1990年代にそれらの緩和策を周知する大運動を展開している。それらが支出を加速度的に膨らました直接の原因と見るべきであろう。この緩和策はどの分野を対象にしているのか。この点は受給者数の具体的な構成から読みとれる。

1980年代に2,200万人前後で安定していた受給者数は、1990年2,530万人、93年3,340万人、95年3,630万人まで拡大して落ち着きをみせる(98年は4,060万人となっているが、これは統計手法の変更による増大とみられる)。この間、米国の健康環境の上ではAIDSの蔓延という深刻な事態が発生していて、視覚・身体の障害者に分類される患者が目立って増えた。これはメディケイドにすれば受け身の受給者増である。その一方、18歳以下の児童・青少年や若い女性

の妊婦に対しては、より多くの者をメディケイドの対象とするよう申請条件の緩和がなされた。この積極路線により、21歳までに分類される登録者は、5～6年で1千万人から2千万人台へと倍増する。

これと対照的なのは65歳以上の受給者である。高齢者グループは1975年に360万人であった。この間に社会の高齢者、とりわけ長期介護になる率が高い後期高齢者は目立って増加するにもかかわらず、1998年に400万人を記録するにとどまる。この展開の結果、高齢者の構成比は17パーセントから11パーセントへと低下する<sup>15)</sup>。後期高齢者の増加やメディケイドの給付パレットから判断して、給付需要が減少したとは考えられない。とりわけ、メディケアが給付対象と

15) US Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid, Chart Book 2000*, September 2000, p.65.

しない処方薬などへの要求は高い。高齢者グループの経済的な地位向上が比重低下をもたらしたのならば、社会的に好ましい動向といえる。しかしながら、1990年代に薬価の高騰問題は著しく深刻化している点などからして、むしろメディケイドの条件適用が厳格化している可能性は強い。

退職高齢者にとって厳しいメディケイドの適格条件を3要件に即して説明しよう。1つには判定基準額の問題である。本人の月間所得がナーシングホームの費用よりも少なくとも、規定の基準額（1997年に1,452ドル）を超えていれば、受給の対象としない州が19州ある。2つ目の要件は配偶者の所得である。配偶者は月間の最低手当て額（1997年に1,327ドル）を超える所得を得ていれば、ホームに入っている者の所得を配偶者の生活費に充ててはならない。3つ目は、配偶者の資産の扱いである。自宅、自動車など狭い財産リストを除き、すべての資産はホーム入所者の介護費用に使用されなければならない<sup>16)</sup>。これらの要件のため、配偶者が生存中にナーシングホームに入所するのは一大決心が必要とされる。

いずれにせよ、バーウエルらの主張通りであるならば、退職高齢者の構成比は上記の推移と反対の歩みをたどるはずであろう。現実には、メディケイドの登録者を大々的に拡充する戦略は、政治的なパワーがもっとも弱い貧困階層の青少年を対象にして推進されている。しかも、この戦略は財政危機が重大な政治問題となっている最中に、財政支出の爆発的な引き上げを伴いつつ敢行された。ここに当時のアメリカでは、

16) 伊原，2000年，166～169ページ。

青少年を安全ネットに統合する課題がいかに切迫した課題であったかを読みとれる。

## 2) グループ別の支出とメディケイドの構造

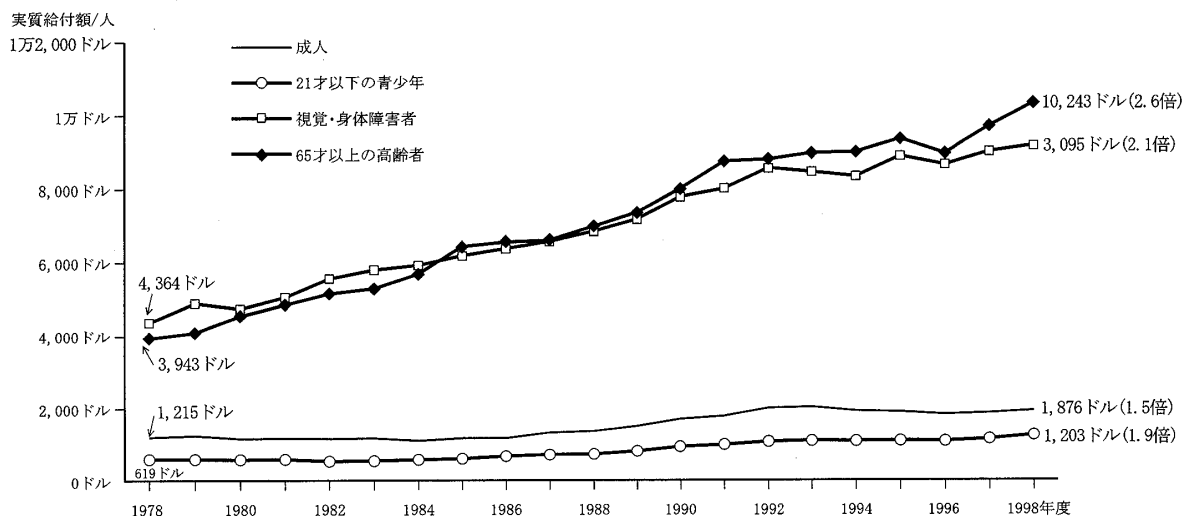
### (i)

1980年代から90年代にかけて、米国は深化する財政赤字を前に社会保障・福祉の大幅な削減を政治スローガンにする。その時期に医療・保健の安全ネットであるメディケイドは対象者を1千万人も拡大する。メディケイドは予算支出に制限を設けないオープンエンド方式だから、通常、飛躍的な登録者増はうなぎ登りの財政支出を招く。支出急増が続いている1994年に、資金管理を担当する保健財政庁（Health Care Financing Administration, HCFA）は、2000年度の支出について2,900億ドルという予測値を公表した。しかるに、2000年度の支出は1,000億ドルほど少ない1,900億ドルに納まった。登録者を大幅に増やししながら、予想された経路よりも低い支出軌道に導くには、それなりの管理工夫が必要である。採られた主要な措置の作用を検討する。この作業により、メディケイドの管理構造の骨格が見えてくるはずである。

その際、高齢者グループは全体動向とはかなり違った動向が見られる。まず、受給者数が頭打ちである。さらに、複雑な制度構造と資金操作が絡み合うメディケイドの発展と少し距離を置いた運営がなされている。そうした展開は、介護サービスの特質が反映しているように思われる。

バーウエルらが提出した見解は、メディケイドの運営戦略と制度構造の側面がごちゃ混ぜになっていた。また、運営戦略が投影されるメンバー構成を評価基準にすると、見解は内容的に

図3. メディケイドによる受給者あたり実質給付額の推移 (1978~1998年度)



注) 金額は1998年度の購買力に換算して表示。

(出所) Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid Chartbook 2000*, September 2000, p.42, を一部加工。

誤りだと言える。しかしながら、彼らの見解にもそれなりの根拠はある。受給者グループごとの一人当たり支給額である。図3は1998年の価格に固定した金額の推移を表示している。ここでは、視覚・身体障害者と高齢者のグループと成人、21歳未満の青少年のグループとは明らかに支出水準が異なるし、この間に両者の格差は拡大している。この資料はバーウエル見解を裏付けているように見えるが、果たして退職高齢者は、優遇されているだろうか。ここでの優遇という表現は、2つの局面を含んでいる。1つには生活の質を改善するというサービス内容であり、もう1つは給付額の局面である。一般に政策的優遇を扱う際には支出の格差を取りあげる。それに従うバーウエル見解は、高齢者グループなどの高い水準に根拠を求めることになるが、ここでは、逆に成人や青少年の水準の低さに着目しよう。

急性疾患の患者に対する医療と持続的な機能障害を抱える人への介護は、サービス特質が異なる。受け手から見たサービス類型としても、

提供側に発生するサービス投入の方式にも違いは現れる。前者には高度に専門的なサービスが短い期間に集中する。他方の長期介護、その中でも施設介護は、非専門家も対処できる生活支援のサービスを連日、提供し続けなければならない。したがって、一日当たりの費用を取ると、急性医療は高く介護は安価である。ところが、政策コストとは、通常、対象者あたり年間に投入した金額で表現する。このため、急性医療の費用は小さな額に下がり、施設介護がコストの大半を占める長期介護は高額となる。

メディケイドにあっては、この医療と介護の違いが受給者グループの分類と大きく重なる。というのも、メディケアが退職高齢者の医療を基本的に引き受けるので、高齢者については処方箋薬を除けば、もっぱら介護サービスが中心となる。施設生活が中心の障害者グループも、介護と類似した要因から高い給付額になる。ホスピスの一日当たりサービス単価は長期介護よりも高く、原則3カ月ほどと見込まれている点からも、サービスの性格としては急性医療との

類似性が強い。青少年と一般成人は、急性疾患の比重が高い。彼らは、快復プロセスに入れば高齢者と較べて治療に要する期間が短い。これらサービス特質の違いと政策コストの表示方法の組み合わせが給付額の水準格差となる。

図3はグループごとの水準格差とともに、この20年間に両グループ間の格差拡大をも示す。この展開はサービス特質の差異とは別の要因が作用している可能性がある。とりわけ1990年前後から、生活環境が劣悪な地域に住み疾病に罹患しやすい児童が大量に登録されるにもかかわらず、一人当たり給付額（固定価格）はあまり増えない。これには民間の医療保険で一足先に普及した健康維持機構（Health Maintenance Organization, HMO）が深く影響している可能性が高い。この保険制度に加入すると、医療機関への支払いは定額ないし予見支払いになる。医療機関は支払いの枠内で経営を成り立たせるために、予防・健康増進に積極的に取り組む。メディケイドが青少年を中心にした新しい登録者にこのHMO制度への加入を積極的に勧めたため、1991年に1割弱だったこの制度への加入率は、1998年度にメディケイド対象者の54パーセント弱に達した（青少年グループはHMO加入者全体の51パーセントを占める）。これが一人当たり支給額を安定させたと思われる<sup>17)</sup>。

(ii)

前のセクションでは成人および青少年グループの安定した給付額の推移をサービスの特質、それに見合った管理方式の採用などに求めた。

17) US Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid, Chart Book 2000*, September 2000. pp. 54~57.

しかしながら、1990年代に現れる格差の拡大傾向など実際の支出展開をこれら基礎要因だけに帰すとすれば強引に過ぎよう。現実の支出は予算管理や連邦・州の負担配分など支出を直接に左右する装置の操作に強く影響される。支出面に大きな作用を及ぼした装置操作を具体的に指摘しよう。

図3の受給者当たりの給付額は、メディケイドが管理する資金と受給者の統計値を用いて算出されている。だが、資金管理のあり方が大きく変動すれば、同じ処理のデータといえども、提供情報の信頼度は大きく揺らぐ。

公的な医療制度であるメディケア、メディケイドの支払い方式は、1990年代にHMOなどマネジド医療が急速に普及しているものの、原則は出来高払いである。この仕組みではサービス量の決定権を医療機関に委ねる一方、サービスの対価は公定価格である。この価格は一般に民間保険よりも低く設定される。それだけではない。民間のサービス市場が加速度的な価格上昇に見舞われると、メディケイドが依拠するメディケア制度は、サービス費用の償還率を民間保険に比して著しく引き下げる。1990年代の前半に、メディケアの償還率は、2年間で10ポイントほど下がった（表4）。先に見たごとく、メディケイドはメディケアを上まわる償還率を許されていない。

この状況下では、どのような事態が生じるか。投入コストを回収できない公的医療制度、とりわけメディケイドの患者に対する診察拒否、粗雑治療である。別な選択肢として、無保険者や公的医療制度の患者から徴収できない料金分を民間保険の患者に転嫁する手がある。米国の場合、これは社会的に認められた慣行となってい

表4. 民間保険と対比したメディケアの償還率の変動(1989~1994年)

(単位: %)

年	償還率
1989	71
1990	70
1991	65
1992	61
1993	62
1994	66

注) 自由診療代を基準の100%にしている。

(出所) ヒリテンシュタイン氏の講義用の配布資料(原資料は Physician Payment Review Commission, 1996)。

るようである。いずれにせよ、メディケイドの資金管理に関する路線が提供医療サービスの減少を招き、一人当たり給付額を低くしているように思われる。

ところで、この種の患者が比較的少ない地域の病院は、他制度への費用転嫁という選択肢の実行も容易である。しかしながら、低所得者や貧困家庭が多い地域に立地している医療機関は、これらを選択する余地はない。もちろん、困難を抱えた地域の医療機関が相次いで閉鎖される事態になっては、連邦や州としても困る。そこで、連邦は低所得者の比率が特に高い病院にはメディケイドのルートを通じて特別に高い償還率による支払いを実施した。表5のメディケイドに対する連邦の実質支出には、人道的病院に

対する特別償還の大きさが表示されている。この表はメディケイドの実質支出を急性医療と長期看護・介護に分類している。先の償還率の変動と対比させると、特別償還の支出額は一般病院に対する償還率の急低下に照応している。

連邦はこれらの措置を打ち出して、全体の支出を抑制し続けた。実は、この100億ドル前後の支出は、受給者全体を対象とはしていない支出項目だからであろうか、先の一人当たり受給額の算定から除外されている。それゆえ、青少年と成人が中心の急性医療に対する支出は、2~3割ほど低く表示されていることになる。

既出の図2に表示された運営戦略に、「寄付強制と取り戻し課税の禁止」の記述がある。これは、メディケイドの政策を実施する州権限を悪用して、州政府がメディケイドの財政負担を少なくする行動を連邦が恐れていたことを示す。具体的にいえば、州政府は、特別償還の対象となる病院をどんどん認定する。そして、より高い率の償還を受けた病院に対して、州政府が寄付を強制したり課税を強化すれば、州はメディケイドの実質的な負担を軽減できる。1991年頃は、人道的病院への特別償却が激増する時期である。つまり、この措置向けの資金を飛躍的に増大する段階から、連邦は措置の悪用を心配していたわけである。実際に1998年のデータによ

表5. 連邦政府の実質価格で表示したメディケイド拠出額の推移(1989~1998年度)

(単位: 億ドル)

年度	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
急性医療	227	266	329	377	427	458	500	517	510	535
長期治療・介護	176	197	219	248	261	278	293	298	319	331
人道的病院への特別償還	4	6	31	113	104	104	113	89	91	85

注) 1998年度の購買力価格基準。

(出所) Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid Chartbook 2000*, September 2000, p.39.

り州ごとの利用状況を調べてみても、悪用の疑いは排除できない<sup>18)</sup>。この事態に業を煮やした連邦は、1997年財政均衡法（Balanced Budget Act, BBA）において、この措置の段階的な廃止を決めた。

サービスの提供形態や内容が大胆な変革を経験しない視覚・身体障害や高齢者の施設介護の費用は、人件費の上昇分がそのままコスト増として現れる（特例在宅介護は、サービスの提供形態、内容とも革新が起きているが、支払い方法は施設介護に連動する）。その一方、医療のサービス管理は支払方法を含めて変革を経験している。メディケイド内に活動管理の展開がハッキリしているサービスがある場合には、同一手法で作られた長期の統計値も、同じ評価尺度を当てはめることはできない。

### 3) ナーシングホームの経営と老人差別主義

#### (i)

パーウエル見解は綿密な政策分析に基づくというよりも、社会に支配的な通念に合わせてデータを解釈している性格が強い。しかし、その性格が判明しても、米国の退職高齢者が抱えている難題の解決どころか、その実態の解明にすらならない。

今日の先進諸国において広く社会サービスとして提供されている高齢者介護が、米国の公的な政策にあってもっぱら救貧政策の一分野に

閉じ込められている。そのことにより、一人前の市民と「歴然たる貧困者」を峻別する社会に生きている退職高齢者は、加齢とともに高まるリスクを前にして、過酷な運命におびえる日々を過ごす。要介護状態という生活上の不便が襲うと、やがて見せしめの救貧政策にすぎない屈辱的な晩年がほぼ確実に想定できるからである。この節では、ナーシングホームの運営に焦点を当てて介護サービスの実態を分析しよう。というのも、近年まで長期介護といえば、一般に施設介護を代表するナーシングホームのサービス提供を意味していたからである。

メディケイド給付額の実質推移を表示した図3を見れば、長期介護が大部分を占める高齢者グループは、AIDSのような難病を抱えた障害者グループを上まわる速さで支出を増やしている。この間にサービス改善に向けて資金水準の引き上げがなされたことは否定できないように思われる。ところで、介護サービス向けの資金引き上げがなされても、退職高齢者の優遇とは呼べないケースが存在しうる。1つには、出発点のサービスがあまりにも劣悪であれば、一定の改善が進展しても入所者にとってのミニマム水準に達しないケースである。だが、これと別次元の問題はほとんど気付かれることがない。サービス提供の改善方向が介護サービスの特質に適っていない事態である。

たいていの研究者・実務家は、もっぱら前者のケースを検討テーマに設定する。しかしながら、医療中心主義の立場から提起されるサービス改善は、悪評高いナーシングホームの体質を変えない可能性がある。この点を吟味しようとするれば、ナーシングホーム経営の現場に足を踏み入れざるをえない。第1段階は、ナーシング

18) US Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid, Chart Book 2000*, September 2000, pp. 48~50. そこに掲載されているメディケイドに対する連邦負担率と特別償却のデータを基に独自に算定した。この時、何人かの政策分析家よれば、連邦負担率を用いた格差調整は一人当たり州所得ではなく、貧困率を基準にすべきだとされる (Grogan, 1994, p.117.)。

ホームの改善が今日でも医療中心主義の立場から構想されている事実の確認である。

2000年7月に連邦の保健財政庁(HCFA)は、8年間の実情調査を踏まえて1つの分厚い報告書を議会に提出した。報告書によれば、ナーシングホームの職員人員と介護の質には強い相関が見いだされる。入所者一日当たりの介護時間が上級の登録看護婦(RN)で12分、看護婦(LP)など有資格スタッフだと45分、介護補助者が2時間を切ると、事故などの問題発生が著しく高まる。ここから、報告書はこの水準を安心できる経営のミニマム水準と見なす。この時、水準を満たさない施設の割合は、登録看護婦については31パーセント、有資格スタッフ23パーセント、介護補助者54パーセントに達する。この現状を改善する方向として、報告書は介護補助者の担当する時間は2時間に据えおいたまま、登録看護婦27分、有資格スタッフ1時間のサービス提供を、初の連邦基準として定めるよう勧告する。ここには、介護サービスの改善を医療専門家のサービス時間引き上げと結び付ける前者の路線がハッキリと読みとれる<sup>19)</sup>。

こうした勧告の背景にあるナーシングホームの経営環境を整理しておこう。今日の米国には1万7,000ほどの事業体が約180万床のナーシングホームを経営している。傾向としては事業体数、ベッド数とも伸びていて、ベッドの占拠率は82~83パーセント台にある。公立・非営利の経営体は1973・74年の30パーセントから1998年の35パーセントへとわずかながら入所者比率を高めている。入所要件として公的医療制度を拒否する施設は2パーセント強とわずかである。メディケイドとメディケアをともに受け入れる

施設が85パーセントを占めていて、メディケイドだけが10パーセント、メディケアだけでも3パーセントほどある(1997年)。経営規模は継続的に拡大していて、100床未満は1973・74年に入所者全体の5割を占めていたが1997年には3割弱になっている。その一方、200床以上の施設は、以前には増える傾向にあったが、1990年代には高原状態に移り2割弱の水準を維持している。その間にある100~200床未満が36パーセントから52パーセントへと目立って比重を高めている。この全般的なナーシングホーム業界の構造のもとで、各々の事業体の経営が展開される。

介護サービスの改善にとって、一つの画期となったのは1987年総括的予算調整法(Omnibus Budget Reconciliation Act)である。これによって、施設が遵守すべき一般的な必要条件が示された(1日につき登録看護婦8時間、有資格のスタッフ24時間)。この漠然としたガイドラインは施設の規模に関わりなく一律に適用されるなど、その実効性に関してはさまざまな論議がある。この時、サービス改善を測る国民的な指標とされたのは、身体拘束の撤廃・削減である。長期介護の業界によれば、当時、4割以上の入所者がなんらかの身体拘束を受けていたが、その後のサービス改善により1998年には15パーセントの水準まで下がったとされる。

この指標は介護サービスの特質からすれば一側面に過ぎない。とはいえ、個人の尊厳を傷つける介護スタイルの改善度合いを具体的に測定できる。したがって、それが信頼できるならば身体拘束などを中心に一定の事態改善がなされたと見なせる。ここでのナーシングホーム業界の一般的な経営環境を踏まえて、個別経営を具体的に取りあげよう。

19) DeParle, 2000,p.6.



(ii)

公的な政策による長期介護は悪名高きナーシングホームにおける介護が主流である。メディケイドの投入資金の検討から判明するように、連邦・州はナーシングホームの入所者を財政的に冷遇していたわけではない。だが、その改善方向は医療中心主義の発想にとらわれていて、介護サービスの特質に即した改善戦略を打ち出せないでいる。ここで介護の受け手に身を置くと、日常のサービスの内容や質は政府の政策よりも、個別経営における実際の運用に左右される度合いが大きい。そして、この局面にあってはどの程度、介護サービスの特質に適うプログラム・態勢を組むかが決定的である。ここでの課題は、医療中心主義が個別経営のレベルに浸透している度合いの吟味である。

予見的に言えば、医療中心主義の価値観がこの分野の管理者層をも強くとらえている米国では、生活の質優先の経営が登場する余地は少ないのではなかろうか。この予見的な仮説は、個別経営の内部で働く人々の協力を得ないかぎり、確かめようがない。この困難を打開するのに役立つレポートがある。ミシガン大学保健学部の院生たちが、大学から遠くない地区にあるナーシングホームの身体拘束について調査した学期末レポートである。このレポートが描く運営実情を情報源として、経営側の管理運営、それに対処するスタッフたちの提供サービスに対する倫理観を取りだせば、彼らの日常的な活動方針と介護サービスの特質との方向的なズレが明らかにできるであろう<sup>20)</sup>。

グレーシャヒルズのナーシングセンターは、

アナバー市内の一角を占める高齢者向け総合的な生活支援パークの一構成要素である。163床のベッドをもつセンターは4つの部門に分かれている。一般介護：もっとも機能障害の軽いクラス、メディケア：機能障害の重いクラス、亜急性期クラス：急性疾病からの回復途上にあるクラス、痴呆クラス：著しく認識障害が現れている人のクラス（部屋の出入り口には鍵がかかっている）。

このセンターは非営利の施設であり、救貧政策であるメディケイドの受給者は受け付けない。入所者はメディケアの対象者か全額自己責任で支払いをする人々、つまり本稿でいう退職高齢者のうち中流以上の人たちばかりである。一人前の市民としてのプライドが高い人々だけを相手にして、自己のランクの高さを印象づけようとしているから、施設の側は老人差別主義を表面に出してはまずいはずである。このセンターならば、退職高齢者が望む介護サービスの特質に適った介護を提供していると、期待できそうである。ところが期待に反して、このセンターは身体拘束率が27.4パーセントとたいへん高く（州の平均値は8.4パーセント）、1998年の州監査により運営上の著しい欠陥と指摘された。

職員の配備を見れば、1人の介護スタッフにつき6人の入所者の割合で、州の要求する水準（8人）は十分に上まわっている。介護職員は、登録看護婦や有資格スタッフが35パーセント、介護補助者が65パーセントの構成になっている。この点も合格である。高い身体拘束率の客観的な要因として、85歳以上の高齢者比が6割と大きいことと（他の施設の平均は46パーセント）、痴呆グループの存在を指摘できる。このレポートが有益なのは、職員たちに対する2回のインタビュー記録を載せている点である。第1回目

20) Eby, L., Gillman, M. & Shaw, B., 2000.

は2人の部門管理のマネジャーが相手であった。第2回目は実際の介護に携わっている7人の職員との間で行われた。その参加メンバーはいずれも登録看護婦か有資格スタッフであって、介護補助者は1人もいないことに注目したい。

マネジャーたちは、この施設の経営目標が一人一人の行動や習慣を尊重した介護だと主張する。身体拘束はその目指す目標にとって主要な障害となっている。高い拘束率が生じる要因としては、総合的な生活支援パークの住人は誰でも、つまり事故が起きやすい人をも選別せずに受け入れているという条件を付け加える。また、介護に当たる職員は4部門の間で毎日のように勤務部門が変わる。このため、職員はそれぞれの入所者と日常的なネットワークを築けない。管理者たちは当面の事態改善には、機能回復を援助する補助者と、現場で身体拘束に代わる案を助言する監督者の追加配置が必要だと述べる。このスタッフ増員とともに、職員の頻繁な離職と長期の無断欠勤をいかに減らすかが決定的に重要だと主張する。そして、管理部門のトップを巻き込んだ総合的な経営改革の必要性を訴えて、インタビューを締めくくる。

彼らは管理者らしく、施設の目指すべき方向と現実のギャップを的確に捕まえている。現状改革には組織的な改革と職員の行動変革と双方が必要だと気付いている。その実行は経営者の決断に委ねられている。改善すべき組織運営とサービスの内容に医療中心主義がかなり色濃く出ているとはいえ、管理職にふさわしく広い視野から問題点を克服しようとしている。この施設でも介護補助者を中心にして、この業界につきものの高い離職率と長期の無断欠勤が現れている。そこからは、実際の入所者が救貧政策としてメディケイドの受給者かどうかではなくて、

ナーシングホームそのものが老人差別主義の対象にされている事態をうかがわせる。

介護スタッフたちとのインタビューは、介護に責任をもつ職員の意識がより直截に表明される。まず彼らは異口同音に、自分たちの仕事が楽だから身体拘束を実施しているわけではなく、入所者の安全を第1に考えての選択だと、述べる（実際、入所者の転倒率は他の施設の平均が14パーセントであるのに対して、26パーセントと目立って高い）。そして、ここの入所者の構成や状態を前提するかぎり、身体拘束の撤廃は転倒と結びついた種々の骨折や障害が重なり「大混乱」に陥るだろ。だから、拘束の廃止は起こるはずがない。というのは、拘束に代わる選択肢はあまり無いからである。徘徊の進行や複雑骨折を目にする家族は身体拘束に同意するようになると、彼らは自分たちの行動を正当化する。要するに、彼らは何よりも治療・看護の担当者としての発想にたって、事態を評価する。

管理者たちの見方と違って、重い痴呆になっている人々には仮に介護スタッフを増員したとしても事態は変わらない。現場で身体拘束の廃止に大きな効果があるとも思わない。介護プログラムが一度この観念に基づいて編成されてしまえば、職員増は必ずしも介護スタイルを変えはしない。もっとも、この施設の有資格スタッフたちは、治療・看護の観点に固執する一方で、いずれも身体拘束がもたらす不利益に気付いている。入所者は便利が悪いので拘束の除去を求めて興奮した口調で演説する。やがて歩く能力が弱められたり、自分の頭で考える力が衰える。したがって、身体拘束を極力少なくして見守る活動は、今後の主要な挑戦だと認める。このためには、入所者の日常生活習慣や行動に関

する情報が不可欠である。現場でこの種の情報にもっとも精通しているのは介護補助者である。しかるに、この施設は介護補助者に対して次々と職場替えし、彼らが個々人の情報通になるのを妨げている。

これが現場で介護に責任を負っているスタッフたちにの自己評価である。医療中心主義の強固さがハッキリ読みとれる。それと調整がつく範囲で、介護サービスの特質にかなうサービス態度も一定、受け入れる用意はある。しかし、個々人の生活習慣レベルまでつかめる接触機会は介護補助者にしかない。そこから、職場配置のあり方の変革要求が出てくる。その率直な意見表明を見れば、個々人の要介護状態に見合ったサービスの提供は、自分たち有資格者ではなくて介護補助者の仕事という固定観念が明瞭に出ている。

ここで取り上げた事例は、中流から上の入所者を相手に手厚いサービスが看板のナーシングホームである。入所者の生活の質を尊重してよいはずの施設ですら、現場では医療中心主義と老人差別主義に基づく管理・運営を脱していない。これでは、最低水準に満たないスタッフ配置になっている多くの営利経営体の入所者の扱いは、ずいぶんと人格の尊厳から外れたサービスにあると推測される。

(iii)

グレーシャヒルズでは身体拘束率の高さを気に懸けてはいるが、医療中心主義の管理運営が続いている。管理者層も有資格の職員たちも、拘束率を低めるには介護補助者の積極的な協力が必要だと気付いている。しかしながら、彼らはサービス提供の方式・態勢の改革をもっぱら

経営トップの決断に求める。それでは、経営トップが明瞭な戦略・方式を提起しその実行を決めれば、経営の目標は達成できるであろうか。本稿の立場は彼らの見解と異なる。

経営目標を日常実務のレベルで追求する活動は、日常活動の大半を担う介護補助者たちが実質的に左右する。彼らの行動倫理や行動パターンを戦略に適切に組み込まない経営は、目標を実現できない。ここと次のセッションでは、両極端に位置する戦略をかかげる経営を取りあげる。そして、どちらの経営であれ所期目標の実現は、現場の主役である介護補助者が握っていることを明らかにする。

このセッションが注目するのは、明確に利益を目標に据える営利経営とそれに対する日本人研究者のコメントである。そこでは、社会に支配的な価値観である医療中心主義と変形された老人差別主義（ここでは、一次的な疾病の治療への貢献とは違って、役に立たない老人を世話するサービスは底辺の仕事だとする倫理観）は、所与の枠組みとして前提される。この世界においてより大きな利益を目指して、規模の経済を徹底して追及する経営が検討対象である。

対象となる経営は規模拡大の路線を採用して米国最大のナーシングホームにはなったものの、一度、債務不履行（デフォルト）を起こしてしまうが、銀行管理下で合理化に邁進し採算性を回復する。この経営を引き合いに出して、松山幸広氏は採算がとれるナーシングホーム経営の4つの指標と、その良好な水準を実現する手腕の発揮余地を提示する。

・経常経費の増加率：労働集約的な産業として主要な項目は給与費や職員研修費である。しかし、構造的な看護婦・職員不足で事業体が

裁量的に決めるのは難しい。

- 料金設定：最大の顧客はメディケイドの受給者である。事業者は州の支払い条件決定に振り回される。メディケイドの支払いはたいていの州がコストベース償還方式を採用している。これの料金引き上げは18カ月以上のタイムラグがあり、採算面では一番悪い。
- 入居者の構成：支払方法ごとの採算性は自己負担者、メディケア受給者、メディケイド受給者の順である。その半面、この事業者だけの問題ではなくて一般的に、自己負担者の割合は入居日数でみて2割未満であり、メディケアは高い介護レベル要求のために投入コストがもっとも高い。
- ベッド稼働率：米国のナーシングホームは申請に際して、メディケア、メディケイドの適用ベッドをあらかじめ決めている。それに適格な入所者を事業者が管理機関に申請するシステムとなっている。したがって、施設内にある制度ごとの収容力と入所希望者をどう合致させるかが経営効率を左右する<sup>21)</sup>。

ここからは、採算性の重視に徹しても経営手腕によって操作できるのは、せいぜい入居者の構成とベッド稼働率くらいだと分かる。それさえも、マネジャー層で十分対応できる。経営トップが実力を発揮できる領域の狭さが見える。ところで、トップ裁量の大きさと別には、採算性を測る指標はこの4指標で十分であろうか。というのも、種々の資材購入など客観的には大規模な事業者が有利な条件であるにもかかわらず、最近に至るまで大規模なチェーン展開の事業者がしばしば経営危機に陥っている。ここに、医療中心主義と変形された老人差別主義が強くし

み込んだ管理運営の要因を持ち込まないと説明できないように思われる。

まず、大規模な施設が制度面での有利さを生かしていない経営実情を確認しよう。1987年総括的予算調整法がはじめて要求した一般的要件（一日当たり登録看護婦8時間、有資格看護婦24時間）は、漠然とした内容についての批判を別にすれば、その施設が60床であれ600床であれ同一基準を適用することへの批判が強かった。その後、運営要件の厳格化（入所者に対するアセスメント実施、ケアプラン作成など）はなされたが、同じ適用基準が存続している。2000年の保健財政庁（HCFA）の証言報告書は、この大規模な経営に有利な規定を不適切だと主張する一方で、少なくない全国的なチェーン経営の事業者は採算の悪化に苦しんでいることを指摘する<sup>22)</sup>。だが、この報告書は原因の究明には向かない。

大規模な事業者の収益率が良くないのは、経営者や管理者の能力が例外的に劣るせいではなからう。実際、ベッド規模別に見たナーシングホームの構成比を取りだせば、200床を超える事業者は1985年に2割水準に達した後、高原状態である。支払い方式別の入所者を調べると、小規模経営ほど採算の良い自己負担者が多い。メディケアは興味深いことに、経営規模に関係なくほぼ均一な入所者比となっている。メディケイドに関して見れば、100～200床未満と200床を超える経営にさほど大きな開きはないが、ともかく後者が常にもっとも高い比率となっている（1997年に61パーセント）。どうやら、大規模経営になるほど低い料金収入で効率的な経営を強いられる環境にあるように見える。

これだけの経営環境を確認して、再度、米国最大の事業者が厳しい合理化を余儀なくされた

21) 松山, 1994年, 122～124ページ。

22) DeParle, 2000, pp. 2～4.

表6. 米国最大のナーシングホームの経営実績

決算期	売上高 (100万ドル)	粗利益率 (%)	リストラ特別 損失(100万ドル)	税引き後利益 (100万ドル)	ベット数 (万床)	ベット 稼働率(%)	有効入所 者数(万人)	従業員数 (万人)
1980	292	—	—	8	3.8	88.0	3.4	2.8
1986	2,019	13.1	—	45	12.2	89.9	11.0	11.6
1987	2,097	5.9	▲ 10	▲ 31	11.6	87.9	10.2	11.0
1988	2,025	7.7	▲ 27	▲ 24	11.0	87.6	9.6	10.6
1989	2,104	6.7	▲ 128	▲ 104	9.6	87.2	8.4	9.6
1990	2,113	6.9	—	13	9.1	87.3	8.0	9.2
1991	2,301	7.8	—	29	9.0	88.2	8.0	9.3
1992	2,597	7.8	▲ 57	▲ 10	8.9	88.4	7.9	9.3
1993	2,871	7.8	—	58	8.5	88.6	7.5	8.9

(出所) 松山幸弘『アメリカの医療改革』東洋経済新報社、1994年、123ページ、を独自に加工。

ケースに立ち返ろう。表6は34州にまたがるグループ全体の経営実績の推移である。1987年末に債務不履行が表面化して、1988年から合理化の道に進んだとある。確かにベッド稼働率は1ポイントほど向上している。しかしながら、不採算な事業所を中心に閉鎖して効率を高めているにもかかわらず、有効入所者数（ベッド数×稼働率）と従業員数の比率に関しては、目立った向上が見られない。これでは、施設や物品の管理は合理化されたにしても、経常費の柱である給与費を効率化できていない。

さらに、職員編成を推定するために入居者の構成を見れば、メディケイド受給者が入居日数ベースで69パーセントを占める（1993年）。ということは、介護補助員の比重がきわめて高いはずである。大規模な経営になるにつれて、管理システムは官僚制に近づく趨勢がある。効率的な管理技術は物品購入などに導入できても、介護補助員には適用できない。自らに老人差別主義がしみ込んでいる最底辺の労働者を官僚的に管理すればするほど、無断欠勤や頻繁な離職を促進する要因となる。それは、代用職員の配置や頻繁な新入者教育などをもたらし、結果的に高価な経営体質を固定化してしまう。

変形された老人差別主義の世界にあつて、嫌々ながら日銭を稼ぐ精神でサービス業務に就いている介護補助員は、機会があれば別な職を狙っている。200床を超える事業体の割合が増えないのは、この規模レベル付近に彼らの勤務関心を特定の事業所に向けさせるのを一段と難しくする心理的な境界線が存在するためではなかろうか。

(vi)

前のセッションでは、利益優先の経営が大規模な事業体で困難に陥る事態を吟味した。モデル的にいえば、利益獲得が中心になっている経営を180度ひっくり返せば、もう一つの極端なモデルが描けるはずである。介護サービスの特質に合致したサービス計画を立て、介護補助員をその主要な担い手に据えるという構造になろう。もしこうした管理運営が実践されるならば、老人差別主義を払拭した理想的な事業体となるはずであろう。その実現が可能かどうかを吟味することが、このセッションの課題である。

ボランティア活動やチャリティ精神の旺盛な米国にあつては、社会が老人差別主義に傾くほ

どそれに反発する人々は少なくない。1990年代のナーシングホーム分野にも、医療中心主義の発想を捨てて、施設を要介護者が楽しく暮らせる生活の場に切り替える動きが現れる。1人の人物が理念の解説からはじまって、日々の運営マニュアル、業界にこの方式を広める運動の取り組み方まで包括的な体系を提示した。通称「地上の楽園運動 (Eden Alternative)」と呼ばれるナーシングホーム革新の運動である。

施設の内外には大小の植物や花々が植えてある。人が集うところには小鳥のゲージがあり、時には個室から鳥の鳴き声が聞こえる。犬もあちこちに出没する。これらの動植物の世話は、介護補助員が手伝うとしても、入所者が積極的に参画する。入所者たちはそこに自己の役割を見だし、生き生きとしてくる。これを全面的に採り入れるには、職員は柔軟性を発揮できなければならない、仕事は量的に増える。職員たちの能力と意欲を高めるために、トップに集中している権限を順次、より現場に近いスタッフに移していく必要がある。この経営転換を成し遂げられれば、介護補助員を中心とした職員の職場定着度は著しく向上する、というストーリーが語られる<sup>23)</sup>。

「地上の楽園運動」と身近にかかわってきた清水谷有希氏（当時、ミシガン大学社会学部院生）は、先のインタビューの人たちと同じく、経営革新の主導権が経営トップにあると強調する。確かに権限の委譲、職員配置、さらに職員研修などは、トップの決断がなければ進展しないとはいえ、要介護者にできるだけ健常者に近い生活を提供するという実践目標の鍵は、介護補助員にあり。管理者層は努めて医療中心主

義の立場をとらない。その一方、日常的に要介護者に接する介護補助員は、相手を対等な人間として認めて生活のサポーターにならねばならない。このためには、介護補助員は彼らの行動を内面的に突き動かしている日銭主義と老人差別主義を捨て去ることが求められる。だが、現場への権限付与がなされ継続的な研修があるとしても、日常の行動倫理の転換は容易には成し遂げられない。

「地上の楽園運動」は運動メンバーに加わるに際して周到な事前審査があり、加入した後も絶えず運営を改善していくように段階認定の制度がある。プログラムによれば、既存の運営からの経営革新は息の長いプロセスを経て達成される。この運動に対する注目度は大きい。完全登録を済ませた介護施設は、1990年代中頃からスタートして、40を超える州に228カ所まで拡大している（2001年9月7日現在）。この数字からは、ナーシングホーム業界が運動を積極的に受け入れているように見える。とはいえ、少し立ち入って観察してみれば、スムーズな経営革新の進展とは明確に結論できない。

この運動は家庭に近い環境ということで、施設の内外に動植物の配備を重視する。動物の苦手な人やアレルギー体質の人などもいる施設にこれらの生き物を持ちもむには、技術的な難題、資金の調達などについて工夫を要する。とくに動植物を世話する実際の担い手は重要である。とはいえ、より大きな問題は、それらの世話を誰がするかである。マニュアルはできるだけ入所者に担わせると書くが、それは健常者が全面的に手がけるよりも格段に大きなエネルギーを要求する。職員が自分たちで手際よく作業してしまえば、日課はよりスムーズに進む。逆に増える仕事に既存の職員が強く反発すれば、世話

23) Thomas, 1996.

係を新たに雇用せざるをえない。これでは、生活環境の改善にはなっても運動の目的実現とはいえない。実際に私が視察した2カ所のうち、Shiawassee 郡立介護施設はこの事例に当たる。この施設と Lenawae 郡立介護施設は、「地上の楽園運動」に登録して以後も、職員離職率の目立った低減は起きていない（ただし、後者は登録以前から35パーセントと低い水準にあった）。つまり、運動の成果が外から確認できるようには至っていない。

ところで、調査したミシガン州の場合、登録施設は21カ所で全国一の数である。これには州の高齢者対策課による運動支援のプログラムが影響していよう。初期投資や研修に必要な費用に対する資金援助は、参加に向けたインセンティブだからである。また、名称から確認できただけで、7カ所が郡立施設である。2000年の証言報告書も認めるように、非営利とともに公立の施設は職員数の点で恵まれている。さらに、説得力のある提案理由をだせば、追加資金を投入してもらえる。したがって、公立の施設はこの運動に取り組みやすい環境にある。全体としての運動を評価するには、大半を占める営利事業体の事例をもっと詳しく分析する必要がある。

本節では伝統的に救貧政策の受け皿となってきたナーシングホームが、今日においても老人差別主義に縛られている実態をいくつかの事例で探った。その根深さは、老人差別主義からの脱却に取り組む活動をも深くとらえている。ところで、1990年頃までは、メディケイドが高齢者介護を代表する政策であった。しかしながら、近年の政策展開は、高齢者介護をめぐる政策にいくつかの目立った変化を生じさせている。それによりメディケアは、高齢者介護の分野で

無視できない比重を占めるに至った。章を改めて検討しよう。

#### 四 メディケアと構造改革

##### 1) 1990年代の支出展開と財政構造

###### (i)

米国の退職高齢者は、黄金の1960年代に比較的わずかな自己拠出ししか伴わない医療の社会保険・メディケアを獲得した。その制度は、処方箋薬の除外にはじまる複雑なサービス制限などを含んでいるとはいえ、急性疾病については、この間のドラスティックな医療費高騰から退職高齢者を守ってきた。

このメディケアはメディケイドよりも一段と財政規模が大きく、連邦政府が単独で管理権限を有する制度である。1980年代から連邦の財政再建に向けた最大のターゲットは社会保障・福祉の再編とされてきた。メディケアはこの点で、もっとも狙われやすい政策対象にもかかわらず、1990年代にサービス領域を拡げて、意外にも介護サービスを積極的に拡大する。他方、すでに見たごとく、退職高齢者は要介護になっても、ますますメディケイドの受給者になりにくくなっている。メディケイドの入り口が狭くなっても、一人前の市民として受給できるメディケアの範囲が広がるのであれば、実質的な社会サービス化であって望ましい。近年のサービス・パレットの拡大は、長期介護の社会サービス化に向けた前進か。それとも、逆に退職高齢者により厳しい政策路線か。米国の高齢者政策にとってきわめて重大な事態の出現である。

疾病率が他の年齢層の何倍にもなる高齢者に対する医療保険の財政管理は、誰が見ても困難を極める。新しくサービス範囲を広げる余裕は

ないはずである。しかるに、1990年代のメディケアは介護サービスを積極的に取りあげる。給付対象を大きく介護サービスにまで広げたメディケアは、どんな財政展開を遂げるのだろうか。

メディケアは政策立案者たちにとってやっかいな政策である。膨大な財政赤字を抱える連邦予算から巨額の一般財源を投入させられる制度でありながら、国民の人气が高く、6割の人々は財政赤字が増えることになっても、サービスを削減すべきでないと考えている<sup>24)</sup>。このメディケアの制度は2部構成になっていて仕組みが複雑である。両者は財源・給付とも大きく違っている。それぞれの制度のサービス内容を吟味すると、疾病保険としては役割が限定的で、狭いサービスしか対象にしていない(表7、表8)。

パートAとして知られる病院保険は、現役勤

労者と企業が支払う社会保険税で運営される。1997年時点にそれぞれの分担率は1.45パーセントである(自営業者は本人が2.90パーセントを拠出する)。以前の給付の中心は、入院関連のサービスに特化していた。その後、病院も外来患者を扱うようになり、病院が治療する通院患者にも対象が広がった。さらに、新しい展開として、ナーシングホームへの入所者、在宅ケアを受けている人に対する給付が注目される。

補足的医療保険という名のパートBは任意保険であるが、パートAの登録者はほとんどこの保険に加入している。この保険の主要な運営資金は、加入者の保険料と連邦の一般財源である。月々の保険料は43.80ドル(1997年)であるが、

24) 砂田, 2000年, 60ページ。

表7. メディケア(パートA): 病院保険による給付

サービス	給付	メディケアによる支払い	患者負担
入院			
半個室, 食事, 一般的な看護, およびその他の病院サービス	最初の60日 61日目-150日	760ドル以外の全額 1日190ドル以外の全額	760ドル 1日190ドル
および消耗品代(給付期間のみ)	91日目-150日* 150日経過後	1日380ドル以外の全額 なし	1日380ドル 全額
専門的看護施設でのケア			
施設ケア, 半個室, 食事, 専門的看護, リハビリサービス	最初の20日 次の80日	全額 1日92ドル以外の全額	1日92ドル
および消耗品代** (給付期間のみ)	100日経過後	なし	
在宅ケア			
短時間, 断続的専門的ケア, 家事援助, 耐久的な医療器具, 消耗品およびその他のサービス	メディケア 基準内で無制限	基準内で100% 基準内の耐久的医療器具は80%	サービスに関し無料 耐久的医療器具は20%
ホスピス			
疼痛除去, 症状管理および終末期のサポートサービス	医師が必要とする限り無制限	外来の薬剤と入所緩和ケアに関する一定の一部負担以外全額	外来の薬剤と入所緩和ケア
血液			
給付期間中に病院ないし看護施設で提供された場合	医療的に必要であれば給付期間中無制限	年間1.65ℓまでを除く全額	最初の1.65ℓ***

注: \* 60日の条件は年間一度のみ適用。

\*\* メディケアもメディギャップ保険も, 大部分の看護施設ケアへの支払いはない。

\*\*\* これが, 1年の間にメディケアのひとつのパートで支払われる場合, 同じものを別のパートへは支払われない。

(出所) 西村周三「メディケアとメディケイド」藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会, 2000年, 192ページ。



表 8. メディケア（パート B）：補足的医療保険による給付

サービス	給付	メディケアによる支払い	患者負担
医療支出 医療サービス 入院、外来の内科的、外科的 治療消耗品、理学療法、言語 療法検査、耐久的医療器具お よびその他のサービス 臨床検査サービス 血液検査および尿検査など	医療的に必要なかぎ り無制限	認められた額の80%（100 ドルの一部負担を除く） 大部分の精神科外来診療の 認められた額の50%	100ドルの定額負担* プ ラス認められた額の20 %** 大部分の精神科外来の 50%
在宅医療 短時間、断続的専門的ケア、 家事援助、耐久的な医療器具、 消耗品およびその他のサービ ス 外来病院診療 疾病および傷害の診断と治療 サービス	医療的に必要なかぎ り無制限	医療的に必要なかぎ り無制限	医療的に必要なかぎ り無制限
血液	医療的に必要なかぎ り無制限	医療的に必要なかぎ り無制限	医療的に必要なかぎ り無制限
		基準内で100% 基準内の耐久的医療器具は 80%	サービスに関し無料 耐久的医療器具は20% （ただし100ドルの定額 負担）
		病院費用に基づくメディケ ア支払い	請求額20%（100ドルの 定額負担を除く）*
		認められた額の80%（1.56 ドルを超える場合の100ドル の自己負担額を除く）	最初の1.56ドルは無料 それ以上は100ドルの定 額負担***

注：\* 給付範囲内で100ドルの定額一部負担を一度行った場合、その年に限り、その他のパートBの一部負担を支払う必要はない。

\*\* 連邦法により医師サービス料金には制限がある。

\*\*\* これが、1年の間にメディケアのひとつのパートで支払われる場合、同じものを別のパートへは支払われない。

（出所）西村周三「メディケアとメディケイド」藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会、2000年、193ページ。

連邦は運営資金の75パーセントの水準を負担する。表8には種々のサービス給付が列記されているが、このパートBの重点は、医師および他の医療関係者への支払いである。

医療サービスが高騰し続けてきた米国の場合、パートAとパートBの保険だけだと、退職高齢者の疾病に対する基本的な備えとして十分とはいえない。請求額が大きいだけに、サービスごとに割合の異なる自己負担を賄うのは苦しい。慢性的な疾患については治療に必要な薬が給付とならない。これら以外にも多くの適用除外が

あるため、メディケアの加入者の多くは、そのすき間を埋める自衛策としてメディケアと連動した民間の保険・メディギャップに加入する。これだけの対策を講じても、処方箋薬の負担に耐えられない高齢者が多く、薬の価格が低いカナダまで処方箋薬を購入するバスツアーが定期的に出ている現実がある<sup>25)</sup>。さらに、一部の優良な民間企業に勤めていた人は、企業負担の退職者医療保険を利用できる。その適用者数は1988年に本人と配偶者を合わせて1,050万人にのぼる<sup>26)</sup>。仕組みの説明から分かるように、メディケアは疾病の医療範囲に関しては全面的にカバーしているわけではない。

つぎに財源・財政運営に目を転じると、入院や施設入所が対象となるパートAの支出が3分

25) 1993年までに、メディケア登録者の7割強が民間の補完的な保険に加入していた（Burtless, G., 1998, p.81.）。薬品買い出しのバスツアーの様子については、例えば、「公的社会保障のほころび」『日本経済新聞』2000年7月22日号を参照。

26) Schulz, 1998年, 235ページ。

の2を占める。退職高齢者はパートAの財源に拠出していない。パートBの財源に関しても、高齢者の拠出分は25パーセント水準に過ぎない。それにもかかわらず、彼らは一人前の市民の当然な権利として積極的にメディケアを利用する。制度を管理する連邦は1983年度に、病院に対して一定の疾患グループには固定された一定の金額だけを支払う診断別分類 (Diagnosis Related Group, DRG) 制度を導入した。1989年には医師料金にも疾病別の定額料金を定める。さらには、医療サービスの急騰には償還率そのものの大幅な引き下げなどで対応した。これらの措置は、もちろん病院や医師側には不評で、別個に本人負担が上乘せされるなどの問題を発生させてきた。

一連の対策にもかかわらず、1990年代に米国全体の医療費支出が伸び率を目立って下げていくのと対照的に、メディケアは以前とあまり変わらない支出増大を続けている (1993~97年の一人当たり支出額は、全体の医療費が年率2.0パーセントに下がったのに対して、メディケアは4.7パーセントの水準にとどまった)。西村周三教授は、この伸び率の差異を主としてマネジド医療の普及度合いの違いがもたらした、との見解を打ち出す<sup>27)</sup>。教授の記述は、旧態依然たる方式からなかなか転換できないメディケアの硬直した運営管理への批判の視点を含んでいる。しかしながら、その見解は、マネジド医療の作用を過大評価し、逆に、この時期にメディケアが挑戦していたサービス革新を過小評価する結果に導くように思われる。

勤労世代向けのマネジド医療は、年々新しいものが出現し複雑になってきた。その基本的なスタイルとしては、保険管理会社が患者の診察・治療を、契約ネットワークを形成している医療機関に絞り込むことにより保険給付を管理する。勤労世代のマネジド医療は、医療をとりまく活動全体のうち診療・治療アクセスを制限する管理局面に革新を引き起こしたに過ぎず、投入費用を低下させるサービス革新を生み出していない。この場合、遅かれ早かれ投入コスト増に見合う保険料の引き上げは回避できない。実際、新聞報道によれば、保険料の引き上げ率は1999年から二ケタ前後の上昇になり、2001年度11.5パーセント、2002年度15パーセント (予想) の数字が出ている<sup>28)</sup>。

マネジド医療の面でも、サービス提供にまで踏み込んだ革新的な方式を制度化したのは、メディケアである。1997年の予算均衡法 (Balanced Budget Act) により恒久的な政策とされた PACE プログラム (Programs of All Inclusive Care for the Elderly) が、それである。この方式に対しては、メディケアとメディケイドが特別の負担割合で登録者当たりの支給額を毎月前払いする。ナーシングホームに入所する程度に要介護度が高い対象者に対して、原則的にディケアを中心とする総合的な在宅サービスの供給を認めるのが基本的なスタイルである。通常のメディケイド、メディケアの対象とならない配食、移送、洗濯などまで含めた包括的なサービス・パレットから柔軟にサービスを提供する。それらのサービス計画は、医師・看護婦をはじめ理学療法士、栄養士など多彩な専門家がチームを組んで作成し、ケアにも従事する。その目的は、ナーシングホームへの入所をできるだけ遅らせることにあるが、同時に、当面する治療・

27) 西村, 2000年, 203ページ。

28) 日本経済新聞, 2001年8月16日号

29) 前払い額は両制度の一人当たり平均給付額よりも低い水準が設定される。詳しくは、伊原, 2000年, 217ページを参照。

介護を安価に済ます狙いもある<sup>29)</sup>。

結局、1990年代のメディケアは、支出抑制を目指してサービス面でいくつかの試みを採用していたにもかかわらず、財政支出の総額局面ではその効果が取り出せなかった。しかしながら、サービス分野における革新の努力がなければ、1997年からの財政パフォーマンスの激変は、単なる給付サービスの絶対的な引き下げを意味するに過ぎない。

(ii)

メディケアの財政パフォーマンスは1997年を境に一変する。支払い方式の改変を契機に財政支出が急激に沈静化するが、制度の基礎にどんな変化が起きているのだろうか。この展開は介護サービスへの給付が深くかかわっている。だ

が、いきなり問題の焦点だけを切り取るのではなくて、メディケアをとりまく1990年代の条件変化を整理する作業からはじめよう。

西村教授の主たる関心局面はメディケアの財政にある。メディケアの財政パフォーマンスをみれば、全体の収支が赤字になるのは、わずかに1995年度だけである。教授が問題視する対前年比の支出も1997年度から目立って低下し、1999年度にはマイナスの値を記録する。この急変が何に基づくかは、給付の内容、財源とも異なるパートAとパートBを区別して吟味する必要がある。まず、その財政推移を掲げる(表9、表10)。

このセッションの主たる考察対象はパートAにある。その前に、簡潔にパートBを取りあげよう。保険料収入は1992～95年度まで急激に伸

表9. メディケア・パートAの財政推移(1970～2000年度)

(単位:億ドル)

年度	収 入 項 目					支 出 項 目			収支差
	事業所・勤 労者の拠出	社会保障給 付への課税	任意加入者 の保険料	利子等	総収入	サービス 給 付	管理費	総支出	
1970	47.9	—	—	1.4	56.1	48.0	1.5	49.5	6.6
1975	112.9	—	0.1	6.1	125.7	103.5	2.6	106.1	19.6
1980	232.4	—	0.2	10.7	254.2	237.9	5.0	242.9	11.3
1985	464.9	—	0.4	31.8	509.3	478.4	8.1	486.5	22.8
1990	706.6	—	1.1	79.1	795.6	659.1	7.7	666.9	128.8
1991	746.6	—	3.7	89.7	839.4	687.1	9.3	696.4	143.0
1992	809.8	—	4.8	101.3	926.8	807.8	11.9	819.7	107.0
1993	831.5	—	6.2	124.8	971.0	907.4	8.7	916.0	55.0
1994	920.3	16.4	8.5	106.8	1062.0	1015.4	12.4	1027.7	34.3
1995	980.5	39.1	10.0	109.6	1148.5	1135.8	13.0	1148.8	-0.4
1996	1069.3	40.7	11.1	105.0	1211.4	1240.9	12.3	1253.2	-41.8
1997	1127.3	35.6	12.8	100.1	1285.5	1361.8	16.6	1378.4	-92.9
1998	1219.1	50.7	13.2	93.8	1382.0	1354.9	16.5	1371.4	10.6
1999	1343.9	65.5	14.0	95.2	1530.2	1294.6	19.8	1314.4	215.7
2000	1377.4	87.9	13.9	108.3	1596.8	1279.3	23.5	1302.8	294.0

(出所) Health Care Financing Administration, 2001 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Hospital Insurance Trust Fund; Table II. D1.- Operations of the HI Trust Fund during Fiscal Years 1970-2010, を独自に加工。

表10. 現金基準によるメディケア・パートBの財政推移 (1970~2000年度)

(単位: 億ドル)

年度	収入項目				支出項目			収支差
	保険料	連邦の一般財源	利子等	総収入	サービス給付	管理費	総支出	
1970	9.4	9.3	0.1	18.8	19.8	2.2	22.0	-3.2
1975	18.9	23.3	1.1	43.2	37.7	4.1	41.7	1.5
1980	29.3	69.3	4.2	102.8	101.4	5.9	107.4	-4.6
1985	55.2	179.0	11.6	245.8	218.1	9.2	227.3	18.5
1990	114.9	332.1	14.3	461.4	415.0	15.2	430.2	31.2
1991	118.0	347.3	16.3	481.7	455.1	15.1	470.2	11.5
1992	127.5	386.8	17.2	531.5	486.3	16.6	502.9	28.6
1993	146.8	442.3	18.9	608.0	542.1	18.5	560.6	47.4
1994	169.0	383.6	21.2	573.7	580.1	17.2	597.2	-23.6
1995	192.4	369.9	19.4	581.7	634.9	17.2	652.1	-70.4
1996	189.3	617.0	13.9	820.3	671.8	17.7	689.5	130.8
1997	191.4	594.7	21.9	808.1	711.3	14.2	725.5	82.5
1998	194.3	599.2	26.1	819.6	748.4	14.4	762.7	56.8
1999	201.6	621.9	29.3	852.8	790.1	15.1	805.2	47.6
2000	205.2	655.6	31.6	892.4	872.1	17.8	889.9	24.7

(出所) Health Care Financing Administration, 2001 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal Supplementary Medical Insurance Trust Fund; Table II. D1.- Operations of the SMI Trust Fund (Cash Basis) during Fiscal Years 1970-2010, を独自に加工。

びている。それは月当たりの保険料を1990年度の29.90ドルから連続的に改訂して、1995年度には46.10ドルの水準に引き上げた結果である。5年間で5割増しの保険料はさすがに退職高齢者から猛反発を受けたのであろう。翌年からは保険料を引き下げていて、1995年度の水準を再び超えるのは2000年度になった時点である(50ドル)。連邦の一般財源からの拠出は、1990年代の前半には300億ドル台半ばを基準にして変動している。パートBが1994・95年度と赤字になった後、拠出額は1996年度に600億ドル台に一気に引き上げられている。その後は、黒字を続けているものの、2000年度には収支は均衡水準近くまで悪化している。

サービス給付の内容に関して10年を超える時系列データは入手できていない。いくつかの資料を下敷きにして、1996~2000年(暦年)の推移を調べると、主要項目である狭義の医師診察料は、金額の上では順調に増加しているが、比重が下がり続けている。2000年には4割の水準に落ちている。病院外来への支払いは金額の停滞を反映して、同じ年に9.2パーセントまで低下している。在宅看護・介護は1998年以前には無視できる額だったが、この年に突然に64億ドルも支出されて、その後はほぼ同じ金額が計上されている(2000年には6.4パーセント)。マネジド医療への払い込み(一人当たり定額)は、パートAに登場したうえにパートBでも急拡大していて、1996年の13.9パーセントから2000年は20.1パーセントまで比重を高めている<sup>30)</sup>。このデータから判断すれば、マネジド医療の急速

30) Health Care Financing Administration, *Trustees Reports 2001*, Table II. G7. Aggregate Reimbursement Amounts on a Cash Basis, の数値より算定。

な普及にもかかわらず、医師および他の医療関係の旧来型サービスに対する支払いは依然として急騰していることになろう。要するに、パートBを見るかぎり今後も財政が安定化に向かう兆候は確認できない。

メディケアの主要部分を構成するパートAは、意外にも1990年代の前半に黒字を重ねている。1995年度から3年間は継続して赤字に陥るが、1999・2000年度は再度、大きな黒字を築いている。パートAの骨格収入となる企業・勤労者による保険料拠出は、1990年代の持続的な好景気を反映して、一人当たり拠出額も加入者数も順調に増えている。また、社会保障給付を受けた者に対する連邦所得税は、1994年度からパートAの財源に付加されることになった。これらの増収要因により、総収入は1990年代後半に年々100億ドルほど積み増しされてきた。

他方の支出を取りだせば、すでに1991年度から毎年ように100億ドル強も拡大し続けてきたが、1998年度から3年連続で純減となっている。別の暦年データで記載された受給者当たりの支給額も、同じく3年連続して減少している（それぞれマイナス3.5, 4.8, 1.4パーセント）。はじめて減少に転じた1998年度の支出構成を列記すれば、入院関連64.4パーセント、ナーシングホーム10.0パーセント、在宅看護・介護10.8パーセント、ホスピス1.6パーセント、マネジド医療13.2パーセントとなっている<sup>31)</sup>。

今日では1割を大きく超えるマネジド医療へ

の払い込みは、一人当たり平均支出よりも低い保険料で疾病・保健を総合的に世話してくれるのであるから、総体としての支出を抑制する作用をもつ。一見意外なのは、保険財政が危なくなり政策論争の種になっていた1989年に、ナーシングホーム、在宅看護・介護に対する償還条件を緩和して積極的にサービス・パレットに加えている<sup>32)</sup>。その後の1990年代前半に、両サービスとも年率3～4割の伸びを示し、パートAの重要なサービス部門となった。

このめざましい財政増大を経ても、ナーシングホームに対する主要な資金の出し手は、依然としてメディケイドである。もう一方の在宅看護・介護は、1990年より前は特殊な条件を抱えた人にだけ提供される特別なサービスと見なされていた。1990年代の飛躍的なサービス普及は、世間に在宅看護・介護が1つの自立したサービス部門として認知される結果となった。メディケアは、在宅看護・介護そのものを先導的に広めただけではなくて、サービスの最大の資金負担者でもある（表11）。

部門構成の急速な変化の後に発生するパートAの支出純減は、この新規に加わった2部門、とりわけ在宅看護・介護が牽引役になっている。というのも、暦年データを用いると、1997～

表11. 在宅看護・介護サービスに対する資金構成（1997年）

（単位：％）

メディケア	39.5
自己負担	21.7
メディケイド	14.7
民間医療保険	11.4
州及び地方政府	0.5
その他	12.2
合計	100.0

（出所）National Association for home care, *Basic Statistics about Home Care*, Updated March 2000, p.5.

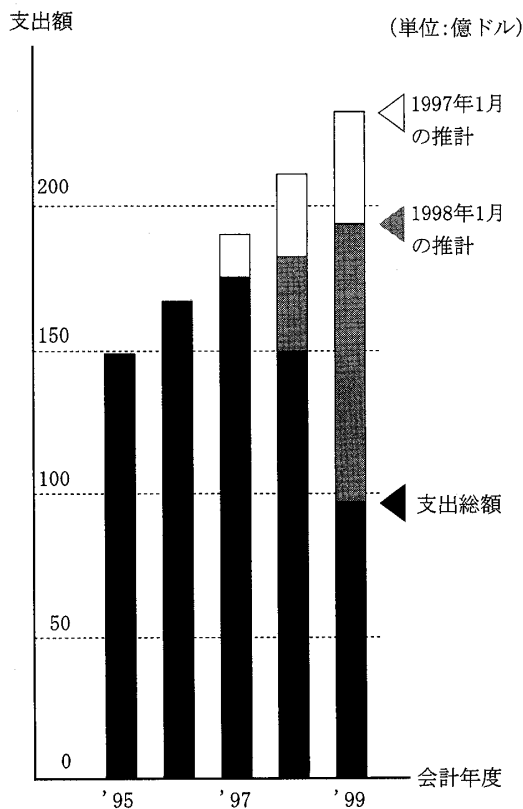
31) HCFA Statistics: Expenditures, Table 30 Medicare/type of benefit, 2001.

32) 伊原氏によれば、給付要件に関する集団訴訟に連邦保健庁が敗訴した結果、給付に関する要件が大幅に緩和されたとのことである。伊原, 2000年, 217ページ。

2000年の間に、入院関連は1998年に1.5パーセント下落しただけで、後はマイナスにはなっていない。ナーシングホームは1998・99年にマイナス0.6、18.9パーセントが生じている。その一方、在宅看護・介護にあつては1997年から4年連続でマイナス1.5、41.5、29.0、7.2パーセントを記録している<sup>33)</sup>。もっとも、ここの在宅看護・介護の一部は、1998年(暦年)から60億ドル前後がパートBの勘定に移されている(1997年予算均衡法により、在宅看護・介護が年100回を超えれば、パートBに支払い責任が移る)。この点を見落とすと、パートAに現れた純減が過大に評価されてしてしまう恐れがある。

1997年予算均衡法は、上記のごとくパートA

図4. メディケア・パートAにおける在宅看護・介護の最新動向



注) 原図ではメディケア支出とだけ記載されているが、1998年度からパートBが一部の支出を引受けている。本図は、この部分を含んでいない。

(出所) "Medicare Spending for Home Care Plunges by 45% as a Result of Cuts", *The New York Times*, 2000, April, 21.

のサービス全般を抑制する方策を盛り込んでいて、ナーシングホームには所定額支払い方式(Prospective Payment System, PPS)が採り入れられた。そして、在宅看護・介護については、適格要件の厳格化、償還率の引き下げとともに、将来に所定額支払いを導入するまで暫定方式として二要因定額支払い方式(Interim Payment system)が採用された。この方式は訪問ごとの支払額の平均と利用者当たり年間の支払額平均を制限するものである。これらの作用が合わさって、在宅看護・介護の支払いは激しく落ち込む。図4はパートBに移した給付分が入っていないために過大な表現となつてはいる。しかし、この落ち込みの大きさと、より厳格に支払いをコントロールする所定額支払い方式が数年後に導入されることを考え合わせれば、1997年の予算均衡法が在宅看護・介護にとっての政策転換となつている可能性が浮かび上がる。

1997年の予算均衡法が部分的ではあれ政策転換を意味するとして、その場合には、1990年代に起こった爆発的な介護サービス普及はいったい何だったのであろうか。1990年代末に発生したメディケア財政の注目すべき変化、その中心に位置する在宅看護・介護サービスの激しい変動を解明するには、財政運営の局面から離れて、提供サービスのあり方に踏み込む必要がある。

## 2) 高齢者の疾病・要介護とメディケアのサービス革新

(i)

前節の検討は、メディケアが1990年代末に財

33) Health Care Financing Administration, *Trustees Reports 2001*, Table II.F2. Relationship between Increase in HI Program Expenditure and Increases in Taxable Payroll.

政パフォーマンスの劇的な変化を経験していることを明らかにした。その変化をもっとも大きく引き受けたのは、在宅看護・介護の部門である。財政の赤字・黒字はあらゆる要因で生じるから、それが提供サービスの変革まで含むかどうかは、予算データからは分からない。メディケア給付構造の目立った変化にまで発展した介護関連サービスの拡充は、メディケアにとって何を意味するのか。長期介護の社会サービス化の始まりか。そうでなければ、いったい何を狙っているのか。この節の検討は、メディケアのサービス戦略とそれに込められた政策立案者の態度決定を明らかにする。その出発点に来るのは、医療制度に対するクリントン改革の構想である。

1980年代末から1990年代前半にかけて、米国の政治は繰り返し医療制度の改革を論議した。最後にして最大の改革構想はクリントン政府の包括的な改革提案である。国民皆保険を目指した医療制度の改革案は、1994年にはほぼ完全な挫折に終わる。この失敗した改革案に詳しい専門家たちは、長期介護について次のように発言する。クリントン政府は包括的な制度改革を一気に遂行しようとしていたが、長期介護の制度化は放棄していた。クリントンだけではなく、他の改革の提案者たちも、膨大な財政需要が発生するのを恐れて、長期介護に対して見て見ぬふりをしている、と要約できる。諸論者のうち松山氏は、クリントン案が消極的ではあれ、長期介護に一応言及していることを評価する<sup>34)</sup>。元連邦保健財政庁のトップであったウィレンスキー氏は、長期療養や介護のための政策には、

ほとんどなんの変化も期待できない、と語る<sup>35)</sup>。例外的に、1990年にペッパー委員会から議会に提案された法案は長期介護に対する包括的な内容を備えていたが、財源についての具体的な提案が欠落していたため成立に至らなかった、とされる<sup>36)</sup>。

この時期、メディケアはナーシングホームおよび在宅看護・介護を本格的な対象サービスに育成しつつあった。それにもかかわらず、長期介護は医療改革から外れているとの発言を、いかに理解すべきであろうか。その答えは、メディケアの従来の給付枠組みのなかで、高価な医療サービスからより安価なナーシングホームや在宅看護・介護といった介護関連サービスへの置き換えが進行していたのだ、となろう。この提供サービスの移行は、明らかに安定した財政運営を築く努力であろう。この時、罹病した高齢者の予後全体と関連させれば、このサービス構成の変化は、どんな意味を持つのであろうか。

医療サービスと長期介護サービスの特質の違いはすでに考察した。メディケアの給付枠内での置き換えとは、ナーシングホームへの入所や在宅看護・介護サービスを長期介護の需用者ではなくて、当初は急性疾病だった人に提供するわけである。同じ疾病にかかっても、青年や成人の快復力は強くて医師にかかる期間は短い。高齢者は亜急性期がより長く、快復過程も緩やかで長期におよぶケースが少なくない。集中した治療期、亜急性期、かなり安定した症状がつづく快復過程、それぞれの局面は、疾病特有のものであり現在の技術水準に制約された標準的な長さが存在するであろう。しかしながら、それをどの種類の医療機関が引き受けるかは、技術的側面から自動的に決まるものではなくて、医療システムの編成次第である。

34) 松山, 1994年, 121ページ。

35) 西村由美子, 1995年, 254ページ。

36) 西村由美子, 1995年, 79~80ページ。

表12. 年齢別の病院入院日数（1980～1998年）

（単位：日）

年齢構成	1980	1985	1990	1992	1994	1996	1997	1998
全年齢平均	7.1	6.3	6.2	6.0	5.6	5.1	5.0	4.9
15才未満	4.4	4.6	4.8	4.9	4.8	4.6	4.3	4.6
15～44才	5.2	4.8	4.6	4.3	4.2	3.8	3.7	3.7
45～64才	8.2	7.0	6.8	6.3	5.9	5.3	5.2	5.1
65才以上	10.7	8.7	8.7	8.2	7.4	6.5	6.3	6.2
（ 65～74才	10.0	8.2	8.0	7.7	6.9	6.2	6.0	6.0
75才以上	11.4	9.2	9.2	8.7	7.7	6.8	6.5	6.3

（出所）Center for Disease Control and Prevention, *Health, United States 2000*, 2000, p.285, を一部加工。

すでに1983年に診断別分類の導入により、病院側は早期退院に対するインセンティブを有していたが、快復力の弱い高齢者をいきなり通院に切り替えるのは、医師にしてもかなり決断を要する。この点で、中間段階としてのナーシングホームや在宅看護・介護が充実してくれば、安心して退院させられる。その結果、1990年代にも高齢者は病院滞在の日数を大きく縮める（表12）<sup>37)</sup>。

その一方で、早期退院した高齢者に対するナーシングホームでの治療は、従来のナーシングホームの提供サービス水準を大幅に引き上げる。在宅看護・介護も細かい医師の指示がこなせる専門的スタッフの充実を求められる。これらの対応は、いずれも償還費が高くなるため、事業体は積極的に対応する。このサービス革新は受給者にとって待遇の後退であろうか。ナーシングホームの場合は、病院よりもスタッフ数がかなり減るわけだから一定のサービス悪化が起こる可能性は高い。しかしながら、在宅看護・介護については専門的な看護やリハビリテーション

を受ける。さらに、メディケアには珍しく給付期間の制限がない。とすれば、生活の質の観点からは以前よりも安定した快復過程を過ごせる。したがって、ナーシングホームにおける治療が必要な水準を確保できるならば、このサービス革新は望ましい方向への変革と見なせよう。実際、1990年代のサービスの利用動向を調べてみると、伝統的なサービスは2割ほどの増大になっている。それに対して、新しい柱となったサービスは3～4倍という増え方である（表13）。

多くの人にとって新しいタイプのサービスと映る在宅看護・介護に対しては、爆発的なサービス発生が見られる。だが、従来あまり整備されずにきたサービスへの需要の爆発は、当然さまざまな問題を発生させる。典型的な事態は、1997年財政均衡法の審議過程で相次いで明らかにされた在宅看護・介護の事業体による不正や水増し請求である。在宅サービスに対するコントロールという困難な実践的な課題が突きつけられたわけである。これらに対処する方策として、財政均衡法は二要因定額支払い方式を採用した。

支払い方式の転換は、償還率を低めたり、同じ人への訪問回数を減らす作用をもつとしても、新規のサービス需用者を見つければ経営はなん

37) 1990～98年間について入院日数の短縮を調べると、15～44歳では0.9日にとどまるのに対して、65～74歳は2.0日、75歳以上は2.9日となっている。75歳以上に関しては、その前の10年間の短縮日数2.2日より短縮度は大きい。



表13. メディケアのサービス利用動向 (1990～1998年)

(単位: 延べ受給者/1,000人)

サービス種類	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
入院	307	311	311	306	337	344	352	364	365
在宅看護・介護	2,141	—	3,822	4,648	6,352	7,608	8,376	8,227	5,058
施設入所	23	—	28	33	43	50	59	67	69
医師診療等	10,800	11,800	11,800	12,100	12,500	12,900	13,000	13,000	13,100
平均入院日数 (日)	8.8	8.6	8.3	7.9	7.4	6.9	6.5	6.2	6.1

(出所) Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics, *Older Americans 2000*, 2000, p.91.

とか維持できるように思われる。しかるに、1997年以降、この部門ではすべてのタイプの事業体が減少している。とりわけ営利事業体の減り方は著しくて、5,024事業所は2年後に3,192事業所にまで落ち込んでいる。これにはつぎの事情が強く作用している。受給者を受け入れると、事業体は必ず在宅のミニマムデータセット(MDS)に基づくケア計画を作成しなければならない。それに加えて、受給者の事業体選択に、病院からの退院に際してケア計画担当が従前よりも強くかかわるようになった。これらの措置により、専門スタッフが居なかったり、病院から高く評価されない事業体は、受給者を確保できない事態に陥ったように思われる。

結果的に、統計上で1988年に150万人ほどであった受給者は、1990年代にめざましく増えて350万人の水準(1997年)に達した。その後、サービス管理が強化されたため、1998年には約300万人に減少している。これに加えて、年間のサービス受給回数も大幅に落ち込んだため(73回から51回へ)、管理基盤の弱体な事業所を中心に大幅な閉鎖が発生したと推測される。

1990年代の高齢者医療は、高騰する医療サービスのコスト抑制策として大々的にナーシングホーム治療、在宅看護・介護を採り入れた。これにより、メディケアのサービス構造には目覚

ましい変化が起きたが、高齢者の亜急性期、快復過程に即していえば、必ずしもサービス水準の切り下げとはいえない。1997年財政均衡法は、在宅看護・介護に対する支出を著しく減少させたが、その少なくない部分はサービス管理を実質的に強化する措置がもたらしたものである。

(ii)

前のセッションでは、メディケアがサービス・パレットに介護サービスを加えて、給付の1つの柱に育成した事態を吟味した。その給付展開と長期介護を社会サービスとして提供することのつながりに関しては、クリントンの国民皆保険をめざす改革案に長期介護が入っていない事実を指摘したにとどまる。政策立案者たちが退職高齢者に医療・保健を提供するメディケアの中で長期介護をいかに位置づけているかは、まだ扱われていない。

結論的にいえば、この10数年間、政策立案者たちは退職高齢者にとって長期介護がもっとも重い不安であるのを知りつつ、ほおかぶりして、医療政策に専心している。というのも、退職高齢者の関心と政策立案者による問題アプローチの食い違いは、1989年時点で米国の世論には余すところなく明らかだったという事実があるからである。その食い違いに目をつぶり、狭義の医療政策に踏みとどまろうとする政策立案者の

活動帰結と、その意図せざる作用にも着目しよう。

高齢者の長期介護と社会思潮の関係を研究している研究者たちによると、1990年代における医療制度改革の試みからは、長期介護に対してアンビバレントな米国社会の姿が浮き彫りになる。多くの庶民は社会サービスとしての長期介護の制度化を支持し続けている。それに反して、政策立案者たちは陰に陽に抵抗している。その態度は、次のような責任感に基づいている。長期介護を社会サービスにすれば一時的な給付の医療サービスと違って、予測しがたいほど高価なサービスになる。もし安易に長期介護の制度を造れば、社会はベビーブーム世代が退職する近未来に、その負担に耐えられなくなる<sup>38)</sup>。この固い信念に支えられて、彼らは、社会サービスとしての長期介護をあくまでも政策の舞台から排除し続ける。とすれば、メディケア給付における介護サービスの比重増大とは違ったシナリオにこだわる彼らの一貫した態度が摘出できるはずである。

政策立案者たちは高齢者であっても、保険給付を科学としての医学が解決可能な対象に限定すべきだと決めつけている。これと自立自助の規範とが結びつくと、一時的に巨額の費用が必要になる急性疾病は個人の自己負担を超える人生のリスクと見なされ、保険給付の対象になる。この保険の対象基準に照らせば、一方で治療薬は、一回の支払額がそれ程に重くないという理由で給付対象から外れる。他方、長期介護は快

復の見込みのない身体状態という理由により、給付に含めない。1989年のメディケア破局的医療費負担法の廃止は、メディケアの給付から外れている両サービスが鋭く交差したでき事である。

1988年に破局法と通称されるメディケア改革法が超党派で提案され、さしたる反対もなく成立した。メディケア導入以来もっとも重要な制度拡充というふれこみの破局法は、ナーシングホーム入所および在宅介護に対する給付を拡大し、処方箋薬への給付を盛り込んでいた。ところが、それに要する費用については、連邦の一般財源を一切当てにせず、すべてを保険料で賄う内容になっていた。法律が制定された後になって、高齢者団体は高齢者が集団として互助努力により全資金を調達せよとする内容に対して、猛烈な抗議の運動を起し、ついに法律は実際運用に入る前に廃止されてしまった。

西村由美子氏の見解によれば、新たな保険料の負担に反対する高齢者を恐れて、連邦政府はそれ以後、長期療養・介護問題に対する直接的な政策を打ち出さなくなったとなる<sup>39)</sup>。西村氏の主張のように、資金負担をすべて高齢者層だけに求めたことへの反発が強かったことは事実であろう。しかしながら、当事者である議会は、長期介護を総合的に保障する政策の欠如が重要な要因であったと認めている<sup>40)</sup>。また、シュルツの見方でも、少なくない高齢者は、旧事業主が掛けている民間の補足的健康保険やその他の保険で、処方箋薬に対する自衛策を種々講じている。したがって、破局的な医療保健への備えとして受給者が必要とし望んでいるのは、包括的な長期介護サービスだとなる<sup>41)</sup>。高齢者たちの政策要求との乖離を痛感したからこそ、議会はその場でペッパー委員会を設置したのである

38) Bader, Jeanne E. & De Jong, Fred J., 1996

39) 西村由美子, 1995年, 79ページ。

40) U.S. Senate Special Committee on Aging, 1991, p.214.

41) Schulz, 1998年, 243, 249~250ページ。

う。とはいえ、この委員会も制度化の要である資金調達について答えを見出せずに終わっている。

その後のメディケアを見れば、政策立案者は破局法の狙いを政策展開の中でかなり実現している。とはいえ、処方箋薬のサービス・パレットへの追加には成功していない。そして、破局法から10年経っても、1999年の超党派のメディケア改革審議会に至るまで、長期介護には目を向けずに、メディケアが処方箋薬をカバーする案づくりにこだわり続けている<sup>42)</sup>。

その一方で、メディケアのサービス・パレットに介護関連サービスを加えた。これで、本来の長期介護とは画然と区別して運用されるにしても、老人差別主義と直結していた介護サービスが一人前の市民の権利として受給できるようになった。老人差別主義と介護サービスの間に社会的なくさびが打ち込まれた。その結果、社会サービスへの転換に必要な社会通念の切り替えが少しずつ進展しはじめる。

介護サービスに対する社会通念を切り替える場合にも2通りのアプローチが考えられる。1つは従前の救貧サービスの内容を改善し受給条件をだんだんと緩めるという手順を経て、全面的に社会サービスに置き換えるやり方である(日本の事例)。もう1つは、社会サービスに関して救貧サービスとは別の制度をつくる(ドイツの事例)。前者の場合、いくらサービス条件を改善しても、退職高齢者が忌避する老人差別主義が最後までつきまとう。その一方、新しい制度の創設は、実施サービスが救貧政策のサービスとは別種だと直感的に分かる。したがって、サービス受給に心理面での壁はない。メディケ

アによる介護関連サービスの提供は、後者の政策転換につながる要因を含むように思われる。

高齢者向け社会保険のメディケアは、今日にいたるまで本来の長期介護を排除し続けている。しかしながら、高騰する医療コスト対策として、介護関連サービスを給付の柱に育ててきた。ここで、介護関連サービスが救貧サービスとは別種の社会サービスとして大量に提供される。この事実は、政策立案者の意図とはかかわりなく、老人差別主義の象徴と見なされてきた介護サービスに対する社会通念の切り替えを推進する作用をもたらす。

ところで、社会サービスの提供制度を新規に造る場合は、意識の切り替えや投入コストの調整などで優れた側面を備えてはいても、サービス管理という困難な課題を抱える。これに関して、米国の高齢者介護は、この面に関して現存の政策が注目すべき政策経験を蓄積しつつある。次章では広義の在宅介護に関連したサービスを管理するアメリカ高齢者法を取りあげよう。

## 五 アメリカ高齢者法と介護関連サービスの管理

### 1) 多彩なサービス展開と全国ネットワーク

#### (i)

社会サービスのメディケアと救貧政策のメディケイド。米国人にとって両政策の間の断絶は深い。ところが、その中間に位置していて、広義の在宅介護に関連したサービスを幅広く提供している政策がある。このサービスの根拠となっているアメリカ高齢者法(Older Americans Act)は例外的に連邦が政策遂行のための全国ネットワークを保持している。その活動を見れば、末端の管理組織は地域単位でサービスの与

42) 砂田, 2000年, 56ページ。

え手と受け手を直接に仲介しはじめている。要するに、米国の公的政策には珍しく、政策の担い手がサービス管理に携わっていて興味深い制度である。

メディケア、メディケイドと較べれば知名度が格段に低いアメリカ高齢者法なので、仕組みの紹介から取りかかる必要は大きい。

1965年の米国は、実は在宅介護に関連した高齢者福祉を社会サービスで提供する法律を作っている。同じ連邦保健福祉省が管轄するメディケイド、メディケアと同じ年に成立したアメリカ高齢者法である。しかるに、老人差別主義が広く行き渡る中で、幅広い階層を対象とする社会サービスに向けた発展は阻まれる。その現実展開は、メディケイドを補完する制度という方向に押し込められていく。この現実運営面での歪みにもかかわらず、アメリカ高齢者法は介護関連の社会サービスを構想する際に欠かせない地域ごとのサービス管理に関する手掛かりを提供してくれる。

まず、法律と実際運用の乖離の確認である。法律はどのプログラムにもミーンズテストを求めない。だが、現実の申請時には、所得・資産と要介護度（ナーシングホームに入所を要する程度の状態）との双方が調べられる。ただし、運用面では、メディケイド並の条件にある申請者を優先はするものの、その適格要件を満たさなくても、高所得者でなければ受給の資格はある。彼らは所得状況や要介護度に応じて、サービス対価の支払いを求められる。その際、次の3ランクが区別される。

・年間所得が1万6,000ドル以下（貧困線の

200パーセント水準）ではあるものの、資産が規定よりも多かったり、要介護度がそれ程重くない人。このランクの受給者はサービスに料金を求められない。

- ・所得が1万7,000～2万5,000ドルの人は、配食以外のサービスについては利用サービスを著しく限定される。この受給者はサービス費用の一部を負担する（会計上では、寄付と計上される）。
- ・所得が2万5,000ドルを超える人は、サービス費用に見合う額を支払わなければならない。また、彼らには資金の効果的な利用のためのアドバイスが提供される。

多くの州はこのメディケイドよりも所得が高い人々に対して、サービスを提供している。手元の資料によれば、ミシガン州は在宅介護に関連したプログラム全体に6,000万ドル強を支出していて、そのうち2,600万ドルをこの相対的に所得の多い階層に配分している。つまり、半分以上はメディケイド並の人々に資金投入されているが、少くないサービスが社会サービスに準じて対価を支払う方式で提供されている。さらに、手元の資料は対価を支払う方式に配分されるミシガン州の資金が、周辺6州のなかで5番目と低い水準にあることを強調する。とすれば、州によっては、かなりの中・低所得層がいくらかの対価を出してアメリカ高齢者法のサービスを受給しているわけである<sup>43)</sup>。幅広い対象者に向けてサービスを提供するこの制度は、ユニークな組織の編成をとっている。

州の権限が強い米国の連邦制では、連邦は、通常、政策実施の手足をもたない。その中において、アメリカ高齢者法は、高齢者政策ネットワークと呼ばれる独特な運営網を築いている。連邦の保健福祉省は5～6州にまたがる広域出先機

43) AAA, 1-Bの広報担当 McGuire 氏から2000年6月7日に入手した資料。

関を10カ所配置する。連邦資金を入手しようとする州は、州内の高齢者福祉サービスを統括する単独の責任部署を設置しなければならない(全国に56カ所ある州高齢者福祉局)。連邦の広域出先機関はこの福祉局を監督する。州高齢者福祉局は、州内を一定圏域に区分して、サービス提供に責任を負う地域高齢者支援協議会(Area Agency on Aging, AAA)を圏域ごとに設置する(全国で670カ所)。これらの協議会の管理主体は、地方政府の一部、州政府の地域出先機関、非営利の独立法人などのうち、どの形態でも良い。全国でこの制度の運営に携わっている人々の数は、正規の雇用スタッフ2万人、ボランティア30万人、理事メンバー1万5,000人にのぼる。契約を締結しているサービス事業者も2万社を超える<sup>44)</sup>。(もっとも、手元の文献からは、なぜこの制度だけが例外的なシステムを整備するに至ったかの理由は不明である)。

ここで、具体的な組織編成の事例を取りあげておこう。在宅福祉サービスが中心のアメリカ高齢者法としては意外な感じを与えるが、施設看護・介護を中心に活動しているオンブズマン制度も、このネットワークに包摂されている。オンブズマン制度の場合、パートも含めた職員のポストは、1998年に926名しかない。これに対して、研修を受けてオンブズマンと認められた人が7,359人、それ以外の協力者5,645人、これだけの人々がボランティアとして活動を支えている<sup>45)</sup>。

組織編成の概観を踏まえて、提供されるサー

ビスと運営資金の構成に移ろう。

(ii)

同じ年に成立した社会保険・福祉サービスの政策のうちメディケア、メディケイドがともに2,000億ドル規模を誇る一方で、アメリカ高齢者法はわずかに10億ドル規模に過ぎない。扱う資金額の格差だけではない。この10年ほどの財政動向を見ても、両制度は目覚ましい勢いで増大し続けてきたが、アメリカ高齢者法は高原状態にある。つまり、この制度は連邦から優遇されていない小さな政策に過ぎないが、制度のプログラムを検討してみれば、多面的な活動を展開している。

地域高齢者支援協議会(AAA)の全国協会によれば、協議会当たりの提供サービスは平均で30種類を超える。AAAごとに、工夫した資金調達でバラエティに富む活動に取り組んでいるが、基本的なサービス骨格はアメリカ高齢者法が与えている。その大枠を左右する連邦資金が頭打ちだとして、全国協会は強い不満を表明する<sup>46)</sup>。実際に、手元の論文に出てくる数字と表14を使って、法律が定める主要なサービス領域であるタイトルⅢの支出動向を調べれば、1989年度の7億1,550万ドルから1999年度の8億1,260万ドルまで、10年かけての増加分は1億ドルに満たない。これだけの資金量で柔軟な活動を展開するために、どのような工夫が有りうるのだろうか。

連邦予算を整理した表14から分かるように、この制度は給食を主要なサービスとして運用されてきた。その内訳を見ると、この間、個人への配食が比重を増してきているものの、依然として、重心は外出が比較的容易な人々を対

44) National Association of Area Agencies on Aging, 1993, p.2.

45) Administration on Aging, Long Term Care Ombudsman Program, Statistical Tables, FY1998, Table A-8.

46) National Association of Area Agencies on Aging, 1993, pp.3~4.

表14. アメリカ高齢者法の連邦予算（1997～2002年度）

（単位：百万ドル）

	1997	1998	1999	2000	(予 算) 2001	(要求額) 2002
家族介護者への支援	0	0	0	0	125	127
食						
会食サービス	365	375		374	379	379
配食サービス	105	112		147	152	158
小計	470	487	486	521	531	537
疾病・要介護類発対策	0	0	0	2	2	2
各種の支援サービスとセンター維持	291	310	310	310	325	327
インディアン部族への援助	16	18	19	19	23	25
アルツハイマー病関連	6	6	6	6	9	9
予防保健サービス	16	16	16	16	21	21
州・地域のサービス革新支援	0	10	18	30	36	18
高齢者保護						
オンブズマン制度	4					9
高齢者虐待防止	5					5
小計	9	9	12	13	14	14
運営事務費	15	15	15	16	17	18
他会計への移転		-1	-1	-1	-2	-2
総額	836	871	882	934	1,105	1,100

注) 数字は総額と一致しないことがある。

(出所) 和気純子「高齢者福祉サービス」藤田伍一・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障 アメリカ』東京大学出版、2000年、214ページ。Department of Health and Human Services, *FY2001 President's Budget for HHS, Administration on Aging*, 2000, p.91. *FY 2002 President's Budget for HHS, Administration on Aging*, 2001, p.93. これらを独自に加工。

象にした会食である。在宅福祉サービスに関する情報提供や相談・催し事など共に、個々の住居を訪問する介護関連サービスを含む「各種の支援サービスとセンター維持」の項目は、食事に比して控えめな額である。この項目の支出拡大は同じ期間の配食サービスの増加額に及ばない。全体として緩やかな構成変化の中にあって、家族介護者への支援は、いきなり1億ドルを超える資金配備が登場し目立っている。200万人近くの施設入所者を守るオンブズマン制度は、予算面でみれば小さな存在に過ぎない。とはいえ、短い期間で活動を2倍の規模に増やしているのが分かる。

表14は連邦の資金枠組みを伝えてはいても、この予算構成がどの程度、実際にサービス量を決めている地域高齢者支援協議会(AAA)に影響

を及ぼしているかは、不明である。ミシガン州の事例に即して現実の活動展開に迫ろう。

ミシガン州の州高齢者福祉局が公表している予算資料は、連邦と構成が異なる上に、1999年度と2001年度の資料は部分的に違った種類の予算情報を含んでいる。資料の支出項目を見るかぎり、食事サービスの比重は半分に達していない。興味深いのは、1999年度予算と較べると、2001年度予算(9,105万ドル)は総額が1,000万ドル増えると同時に、支出構成に目立った変動が生じている。もっとも大きな変化は、所得が低くて容易に処方箋薬を購入できない人に対する資金補助の項目であって、600万ドルから150万ドルに減っている。その一方で、302万ドルの長期介護アドバイザーが新たに登場している。資料からは、連邦よりも柔軟に予算項目を組み

替えているように見える。2001年度予算情報は財源構成を載せている。それによると、連邦資金は半分に満たない4,095万ドルである。州は5,000万ドルを投入しているが、一般財源は3,477万ドルであり、残りは2つの特定財源からなる。

1999年度予算情報からは、州政府はメディケイド特例在宅介護を積極的に支援しているのが分かる。州政府は地域単位で連邦の許可をえる必要がある革新プログラム（在宅介護に関する手法開発）を次々と申請して、1990年代末には州の全域を特例事業の対象地域にしてしまう。州高齢者福祉局は特例事業のサービス管理をメディケイドの管轄権から分離して、AAAの手に委ねている。その事業規模はめざましい勢いで拡大しており、1999年度予算にあつては本来のアメリカ高齢者法の予算8,049万ドルにほぼ匹敵する7,183万ドルに達している。

きわめて所得が低くてかなり重い要介護に陥っている人を対象とする特例の在宅事業は、配食や家事援助などのサービス提供が認められていて、介護サービスの特質に合う内容となってい

る。この事業は受給者ごとに個別実情に合わせて介護計画を編成する仕事を含め、かなりの人的資源の投入が要求される。ミシガン州は人手のかかる仕事を、すでに在宅サービスを管理しているAAAに担当させて、サービス実施に伴う職員ポストの増加を抑制している。これだけのことを確認して、実際にサービス管理をしている地域高齢者支援協議会の予算に移ろう。

ミシガン州最大の都市・デトロイト（人口90万人で、かつては自動車産業の中心地）の郊外が担当圏域になっている1-Bは、州内に16カ所配置されているAAAのうちで、もっとも事業規模が大きい。現実の1-Bの事業運営をつかまえるには、アメリカ高齢者法とメディケイド特例在宅介護を合わせて吟味する必要がある。しかしながら、目下のところ、特例事業の予算データは入手しえていない。それゆえ、前者に基づく事業予算のデータだけで満足せざるをえない。

1-Bの2000年度実施予算に関する資料によれば、サービス予算1,687万ドル、職員ポスト数24名の事務局予算56万ドルとなっている。この

表15. AAA・1-Bの提供サービスと資金源（2000年度予算）

（単位：万ドル）

	連邦資金	州資金	利用者負担	自治体等負担	計
A. 在宅支援サービス					
1. アクセス	51.8	115.9	1.0	22.9	191.5
2. 介護サービス	62.8	163.7	28.5	54.8	309.9
3. 法的支援	20.1	0	1.8	4.0	25.9
B. 地域サービス	73.7	59.8	19.2	24.6	177.4
C. 食事サービス					
1. 会食サービス	144.6	47.2	79.6	17.1	288.4
2. 配給サービス	160.3	366.7	122.2	45.1	694.2
小計	304.9	413.8	201.7	62.2	982.7
計	513.4	753.2	252.2	168.4	1,687.3

注) サービス種類：資金源とも中項目に整理している。

(出所) Area Agency on Aging 1-B, Region 1-B Annual Implementation Plan Fiscal Year 2000, の付表を独自に加工。

うちサービス予算に関しては、資金源とサービス種類の詳しいマトリックス表が掲げられている。これを簡潔に整理すれば表15になる。まず資金収入から見れば、連邦の513万ドルに比して、州資金が753万ドルと上まわっている。一定水準より上の所得を得ている人が支払う料金収入も252万ドルに達する。これと郡や市町村を中心とした地元負担の合計額は、資金総額の4分の1を占める。

サービス構成を取りあげれば、在宅支援サービスと地域サービスを合わせた広義の在宅関連サービス705万ドルよりも、食事サービスがはるかに多くて983万ドルである。この点で連邦予算の構成に似ている半面、種類構成では連邦と逆に、会食が288万ドルなのに対して、配食は694万ドルと倍以上の割合を占める。ここに、対象者が分散している郊外地域の特色が出ている。広義の在宅関連サービスの内部を吟味すると、26万ドルの法的支援を除外すれば、3本の資金配分はかなりバランスが良い。地域の高齢者に対する総合的なサポート活動という理念の反映だとしても、要介護者に対する直接のサービス量が310万ドルでは絶対額でも相対比重でも少なすぎるように思われる。

これに関しては、近年、メディケイド特例在宅介護を急激に拡充している州路線と関連づける必要がある。特例事業の円滑な推進には、周辺のサポート態勢が整備されていて各種のサービスを相互に結び付けるサービス管理の善し悪しが鍵となる。これに関して州はケア計画管理に108万ドル（アクセス分野）という多額の州資金を投入している。各地に開設している高齢者センターの人件費24万ドル、オンブズマン制度7万ドル（どちらも地域サービス分野）と較べれば、州の政策関心の方向がハッキリと表明

されている。

注目されるのは、食事サービスを除けば、連邦資金の受け入れが州に対応する負担を発生させるマッチング補助金の負担率が小さい点である。実際、広義の在宅関連サービスのうち、連邦と州が重点的に資金投入する項目はほとんど重ならない。例えば、アクセス部門では連邦が情報の提供・紹介（40万ドル）に重点を置くと、州はケア計画管理に集中する。介護サービスで、連邦は洗濯掃除などの雑用に29万ドルを出せば、州はショートステイや身体介護に129万ドルを支出する。地域サービスでも連邦はカウンセリングやプログラム見直しなどに37万ドルを割くが、州は痴呆対策のデイケアや高齢者センターの人件費といった直接的なサービス維持に資金を使う（52万ドル）。この資料から分かる範囲では、連邦と州は広義の在宅関連サービスの諸機能に対して、分野を違えて補完的に資金を投入し合っている。

アメリカ高齢者法は連邦の政策目的の実施を担保するネットワークを築いて、少ない資金で大量の人的資源を動員している。サービスの内容は事業規模の半分ほどを食事サービスが占めている。かつては小さな比重を占めていた広義の在宅関連サービスは、この間のメディケイド特例在宅介護事業の発展と結びついて、AAAが管理する事業量としては食事サービスの規模を超える可能性がある。しかしながら、ここまでの検討の主眼は、組織・サービス内容と資金編成にあって、このネットワークがサービスの効果的な管理組織かどうかは、ほとんど取りあげていない。社会サービスとしての長期介護の制度化に際して、この制度の経験が役立つかどうかは、提供サービスについて運営管理面から



のコントロールのあり方を吟味しなければ答えられない。

## 2) 非営利組織とサービス管理の革新

### (i)

フォーマルな政策でもって在宅介護に関連したサービスを提供するのは、理念面における方式の優位さとは裏腹に、実践面での制度管理をととも難しいものにさせる。施設介護と対比してみる場合、資金管理に関してはかなり類似した管理手法が通用するかも知れない。しかしながら、サービス需給の局面を取り上げれば、管理環境は枠組みからして違う。

近年になるほど在宅介護を求める声が高まるのは、要介護者の生活の質をより高い水準で配慮できるからである。それを願う要介護者・虚弱者は自己都合に応じてさまざまなサービスを要求してくる。サービスの与え手は、それらの欲求にいかにか柔軟に対処するか。その反面、受け手側は弱い立場にあることが多いため、与え手側にはあらゆる手抜き、サボタージュの可能性が与えられる。制度を支える組織は、受け手の要望を反映しながら誠意のこもった与え手サービスを引き出す仕事求められる。それゆえ、管理組織の主任務の内容が施設介護の管理の場合とは異質である。

この節では、地域高齢者支援協議会はこの課題とどのように取り組み、いかなる実績を上げているかが検討される。ところで、その検討は、長期介護を社会サービスで供給するのに必要なサービス管理条件がどの程度整っているかを、調べる作業でもある。管理を成り立たせる前提

条件の一つとして、一定量の信頼できる事業体は絶対に欠かせない。本節の吟味の第一歩は、社会サービスの運営をすでに手がけているサービス事業体の事例である。

老人差別主義の強い社会であっても、安定した政策資金が見込める場合には、サービス事業体は活発に進出する。1960年代に営利企業が大々的に進出したナーシングホーム、1990年代の在宅看護・介護サービスは、この例に当たる。その一方、大半をボランティア的な協力を依拠しなければならない活動だと、社会が高い価値を認める分野、例えば青少年の保護の分野などに各種の取り組みが見られる。したがって、社会サービスによる長期介護の実施にとって前提となる信頼できる事業体の確保という課題は、米国の現実では容易ではない。この事態のもとで信頼できる事業体の運営を調べたい。取り上げた2つの事例をとりあえずこのタイプの事業体と見なした根拠は、AAAのサービス購入担当部長の高い評価である。

2つの非営利団体の事業を簡潔に吟味しよう<sup>47)</sup>。2つの事業体はいずれもデトロイト大都市圏の外辺部に位置し、知的な職業に従事している人が多い大学町・アナバー地域に立地している。最初に着目するのは、長い歴史をもつ総合的な福祉NPO（団体名はHelp Source）が活動分野の1つとしてデイケアを開設しているケースである。

デイケアは最初1981年にアナバー市に設置された後、デトロイトにより近い地域に2カ所が開設されている。デイケアを利用するのはアルツハイマー、卒中、痴呆、パーキンソン病などを抱えている人たちである。対象圏域に170名ほどの患者がいると推定されていて、そのうち

47) 両団体のより詳しい活動については、山田「日本の非都市域に米国のNPOの事業評価手法を導入する可能性」2001年、を参照のこと。

64人が利用者と認定されている。アナバー・センターの運営事例を取りあげよう。定員20名に対して職員4人の配置は規定通りである。その他に、ボランティアの協力を受けるが、彼らはケアにはかかわらない。音楽、読書、自分のペットと一緒に遊ぶなどの活動にとどまる。これはナーシングホームにも共通していて、彼らが事業サービスそのものに携わり、経営の安定を支援することはない。もっとも、このセンターは例外的に、サービスの応援も受ける。地元のミシガン大学に医学部、保健学部があるため、インターンシップで専門学生が実習に通うからである。

次に資金面の運営を吟味しよう。米国のデイケアは一般的に自己負担の割合が高いようで、1日当たり30~40ドルも掛かるとされる<sup>48)</sup>。このセンターも、年間15万ドル前後の予算を組んでいるが、そのうち12万ドルは利用者負担が予定されている。しかるに、決算では、おそらく実際の利用状況が変動するためと思われるが、利用料金からの収入は予定の半分程度しか徴収できていない。

実は、これらのデイケアは、AAA、寄付金集めを専門にしているユナイテッドウェイ(United Way)、自治体などの要請を受けて開設した経緯がある。それにもかかわらず、これら団体からの恒常的な資金流入は少ない(前2団体から合わせて2万6,000ドルほどに過ぎない)。財務データでは、毎年2~5万ドルの赤字となっている。サービス管理者によれば、デイケア・センターの運営は独立採算性になっていて、赤字になってもNPOの本部は補填してくれない。

管理責任者が外部の機関を駆け回って追加の資金を見つけるとの話である<sup>49)</sup>。

もう1つのサービス事業体、近隣高齢者サービス(Neighborhood Senior Services)は、狭義の身体介護を他の事業体に任せて、弱体な高齢者の日常生活に対して総合的に支援する活動に従事している。さまざまなカウンセリング活動など間口の広い事業展開をしているが、この団体の特色は、ボランティアが実際の活動に参加して、快適な日常生活に欠かせない細々したサービスを柔軟に手がけている点にある。数あるサービスのうちでも住居関連は特に多い。家事関連では庭掃除・雪かきなど、壊れた部分の修繕、とりわけ需要が多いのは、車椅子を利用できるスロープの取り付けである。病院などへの送り迎えと付き添い、買い物の引き受け、公共料金の支払いのような家計の整理、等々。

サービス受けている人は数百人規模である。その所得構成を見ると、年間1万2,000ドル以下が9割近くを占める。これでは、提供サービスに対する料金は当てにできない。当然、ボランティア頼みのサービス展開となる。そのボランティアは個人とグループに大別できるが、この事業体の場合は、個人97人、団体109グループという編成である。事業を支える予算は年々増大してきた。1994年度に32万5,411ドルだった予算額は、2000年度に73万2,041ドルとなっている。支出の圧倒的な部分は、正規職員の給与関係とボランティアの活動に対する実費程度の謝礼である。その他には、1万1,500ドルの減価償却費を除けば、1万ドルを超える支出項目はない(この団体は、恵まれた条件にあって事務所の賃貸料などの管理費・維持費が無料になっている)。

2000年度の収入側を見ると、最大の項目は

48) 和気純子, 2000年, 221ページ。

49) 2000年7月11日, 9月12日の責任者 Sally Kruger氏に対するインタビュー。

AAA からの委託費13万9,391ドルである。それに次ぐのは、寄付集めの専門組織であるユナイテッド・ウェイ (United Way) である。ここからの資金には2つの種類がある。この事業体が自由裁量で支出できる5万3,000ドルと用途が特定された資金2万4,900ドルである。そして、地元の自治体からも、アナバー市が5万7,000ドル、ワシユテナウ郡が1万ドルを提供している。それ以外の収入の大部分は、各種の機関からの寄付である。この事業体はボランティア団体だが、予算面では公的な性格が強い組織だといえる。これは米国の自治体が福祉活動をあまり手がけないという事情とともに、この郡域には日常生活をサポートする他の高齢者サービス事業体が存在しない結果だと思われる。

近隣高齢者サービスはサービス種類の拡充や予算の増大ぶりからは、順調に発展しているNPOに見える。だが、組織の代表者は不安定な外部資金への依存度が高く脆弱な財政基盤しかない、危機感を募らせる。実際、2001年度以降に、大口の収入減に見舞われる可能性が高いという。このため、遺産の寄贈、各種のイベントなどに積極的に取り組み、安定した運営を目指す財政基盤の強化戦略を練っている<sup>50)</sup>。

2つの事例を手掛かりにしていけば、信頼できるタイプの高齢者サービス事業体は、今日の段階ではまだ数が少なく、公的な団体による何らかの支援が多いように見える。どれだけ、このタイプの事業体が増えるかは、社会の高齢者介護に対する関心の高まりと価値観の変容を測る一つのバロメーターとなりそうである。社会

が社会保障の負担増大を強く嫌悪するケースでは、高齢者の相互扶助機能をどう高めるかが、社会サービスの制度化に際して最重要課題の一つとなろう。これに関連していえば、1989年に起きたメディケア破局的医療負担法の廃止の要因として、少なくない高齢者が退職前の企業拠出による補足的医療保険を当てにして、メディケア拡充の負担引き受けに反対したとされる<sup>51)</sup>。退職高齢者が同じような態度をとり続けるかぎり、米国のような社会で、長期介護サービスを社会サービス方式で提供する路は開けてこないように思われる。

(ii)

在宅の長期介護を社会サービスで提供しようとする場合には、管理組織はサービス事業体についても、施設介護の何倍もの数を相手にする。これは管理組織が果たすべき諸機能のごく一部に過ぎない。資金管理も実際には、柔軟なサービス提供態勢を築けば当然、照応して組み替えなければならない。その他に、事業計画・管理、事業体と受給者のサービスそのものをめぐる管理、個別の介護要求・ケア作成などの機能が円滑に働くよう求められる。

米国の施設介護の政策運営を見れば、州レベルに設置されている管理組織はもっぱら資金管理に特化している。在宅介護に関連した幅広いサービスを扱うAAAも、データから探っていくと1990年代中頃までは資金管理と事業計画が中心の組織だったと思われる。しかるに今日では、在宅関連のサービス管理に関するほとんどの機能をAAAが引き受ける構図になっている。確かに、全国ネットワークを築いていて、多様なサービスを提供するAAAは、長期介護を社会サービスに転換しようとするれば、実質的な担

50) 2000年4月12日の近隣高齢者サービス代表 McGuire 氏へのインタビュー。

51) Schulz, 1998年, 250ページ。

い手組織になろう。だが組織体系上の位置がふさわしいとはいっても、現実のAAAが求められる諸機能のうちどれだけを、どの程度に果たしているかは、別であろう。手元の1-B資料を利用して、活動実態に即して分析しよう。それにより、公式の予算規模はあまり増大していないにもかかわらず、管理革新を起こしつつある近年のAAAの姿が浮かび上がる。

AAAは組織形態からは非営利団体(NPO)となっている。とはいえ、活動実態からいえば、法律が任務を定めて政府が基本的な活動資金を保証する団体の常で、もともとは資金配分にかかわる事務処理が中心だったと見られる。その

AAAは1990年代半ばになって目覚ましく従前の活動スタイルから変身しつつある。主たる事業としてきたアメリカ高齢者法の範囲外にまで手足を伸ばしているせいか、従前から発表されてきた事業計画(複数の形式があり、しかも作成されたデータ表は、必ずしも例年、同一形式をとらない)からは、変身ぶりが明瞭にとらえられない。この制約を承知したうえで、手元の資料を寄せ集めてAAAの活動の新展開ぶりを取りだそう。

表16は1999年度と2000年度の実施予算である。表記されるサービス項目はしばしば変わる。原資料は翌年度の予算案を併記しているが、実施予算額と大きく乖離するので削除している。こ

表16. AAA・1-Bの事業実施計画

サービス種類	1999年度			2000年度		
	利用単位	利用人員(人)	予算額(ドル)	利用単位	利用人員(人)	予算額(ドル)
A. 個別サービス購入方式	137,522	2,355	1,848,775	145,650	1,394	2,100,000
B. 独占契約方式			8,072,165			9,617,000
1. 各種の情報提供	43,361	13,272		44,921	12,982	
2. 家事サービス	32,244	3,292		31,281	3,255	
3. 対家庭内暴力	2,245	925		2,207	1,002	
4. 法律援助	16,021	6,846		15,716	6,971	
5. 老人デイケア	54,295	1,266		45,919	338	
6. カウンセリング	16,206	4,042		16,256	4,067	
7. 虐待予防	1,599	126		1,559	126	
8. 聴覚障害者支援	3,254	1,598		3,254	1,598	
9. 異宗派の介護者支援	8,250	370		8,450	390	
10. 長期介護オンブズマン	4,117	3,811		4,117	3,811	
11. 高齢者福祉センター	17,527	2,439		17,970	4,745	
12. 視覚障害者支援	1,082	400		1,050	405	
13. 会食サービス	680,582	12,192		662,748	10,792	
14. 配食サービス	1,955,327	10,308		1,982,198	10,569	
C. AAAの実施業務						
1. プログラム開発			371,903			382,679
2. 保健情報・アクセス	4,000	3,500	24,000	4,000	3,500	24,000
3. ケア管理		1,565	1,182,171			1,182,171

(出所) Area Agency on Aging 1-B, FY 2000 Annual Implementation Plan, 1999, p.3 and FY 2001-3 Multi-Year Area Plan, 2000, p.53, を独自に加工。

の表は、AAAには3つのタイプからなるサービス提供方式があつて、金額の大きさからは独占契約方式、個別サービス購入方式、AAAの実施業務の順であることを教えている。最大の資金を充てている独占契約方式とは、それぞれの郡ごとに、AAAの提示するサービス要件・価格面で一番適したサービス事業者1カ所だけに、ある特定のサービス提供を全面的に委託する。つまり、事業者は適格者を見つけだし、必要な手続きまでを済ませる。そして、AAAが承認すれば自己がサービスを提供する。この方式では、郡に1カ所しかない特定サービスの事業者が適格者のうちから実際にサービスを受けられる者を決めているから、実質的な決定権は事業者が握っている。この場合に、AAAは書類審査にかかわるに過ぎない。

その一方、個別サービス購入方式になると、予算費目にはこの方式を適用する資金総額だけが決められる。高齢者からのサービス申請に応じて、AAAのケアマネジャー・チームは現場に出かけ、申請者の適格さと必要度を審査・判定する。認定した枠組みのなかで申請者の希望に合わせながら、サービスの購入先と購入量を決める。1-Bに登録されている団体は2,000団体、サービスは6,000種類に達している。その中から、条件に最適の事業者を選ぶには日常的に事業者の実情をつかむことが求められる。また、申請に迅速に対応できるように、ケアマネジャー・チームを地域内の6郡に配置する必要が出てくる。つまり、この方式の場合、AAAの活動は事業計画、資金配分と制度維持の機能だけでは済まない。認定作業とケア計画、それ付随して、事業者・受給者の管理まである程度引き受けざるをえない。

手元にはとびとびに過去数年分の事業計画が

あるに過ぎない。それを遡ると、1995年度の事業計画案には個別サービス購入方式の記載は見出せない。この方式は、少なくとも予算項目としては、その計画案以降に登場したと推定される。1998年度の事業計画案は興味深い。独占契約方式の金額を1997年度よりも76万ドル減らして、655万ドル要求する。その半面で、個別サービス購入方式は利用単位が2倍以上、利用者数は3倍以上増えて、予算額は59万ドルから205万ドルに引き上げるよう求めている。1999年度の実施予算は、だいたい1998年度の要求と同じ水準にある。かなり大幅に個別購入方式に重心が移動している。

ところが、2000年度の予算になると、奇妙な事態が現れる。利用単位は増大し、それに見合って予算額も増えているのに、利用者数は半分近くにまで落ち込んでいる。これを直接に説明する記述はないものの、AAAはこの時期に急速に普及するメディケイド特例在宅介護の事業を管理している。対象者はかなりの割合で重なり合っている。したがって、メディケイドの事業に適格な人はそちらに引き取ってもらえば、残りの人に対してより手厚いサービスを提供できる。実際、別の資料によれば、1-Bの特例在宅介護は1998年度に414万ドルの規模であり、翌年度の数字は626万ドルに達している。特例在宅介護と個別サービス購入を合わせれば、1999年度には800万ドルを超える。この金額は独占契約方式とほぼ同じ水準である。ここから、AAAが急速にサービス管理の複合的な機能を拡充・強化して、在宅関連サービスを総合的に管理する組織に変貌していく事態が、ある程度明らかになったのではなからうか。

AAAをかくもドラスティックな機能改革へと導いたものは何か。2つの契機が考えられる。

1つは1990年代中頃に広まった全国的な福祉改革の風潮であり、もう1つは、1995年度の州会計検査院の報告である。前者は「いままでのような福祉を終わりにしよう」が与野党共通のスローガンとなり、1996年には要扶養児童家庭扶助が廃止されて貧困家庭への一時援助へと転換された<sup>52)</sup>。これは本格的な活動見直しに取り組まなければ、福祉制度が抜本的に改廃される実例と映る。

この全国的な情勢のもとでミシガン州の会計検査院は、1995年度の検査報告で州高齢者福祉局とAAAの活動についてサービスの非効率性、申請者・受給者の利便性欠如、官僚的な政策運営を手厳しく批判した。これを受けて、高齢者福祉局は、ナーシングホームの管理改革ともいえる既述の「地上の楽園運動」を支援する一方、現在のAAAを別なタイプの組織に全面転換させるといった内容の事業再編の構想づくりに着手する。AAAはこの直接的な風圧を前にして、事業のあり方を見直し、サービス管理の革新へと動いてきたわけである。

この脈絡からすれば、1990年代半ばからの総合的なサービス管理に向けた機能改革は、ひとり1-Bだけに見られる現象ではなく、ミシガン州のAAA全体に共通する動きだと分かる。さらに、全国に目を転じた場合に、対応策のなかりは州ごとにバラバラだとしても、アメリカ高齢者法を制度的に担っているAAAにサービス管理の総合的な整備を求める動きは、強まりこそすれ弱まることはないように思われる。



52) 後藤，2000年，152ページ。

米国の高齢者介護に関連する政策としては、財政規模が2000億ドルほどのメディケア、メディケイドに目が集中しがちになる。しかしながら、両制度は医療中心主義と老人差別主義が政策立案者のみならずサービス関係者をも深くとらえている。このため、社会サービスとしての長期介護に向けて扉を開く見込みは低い。長期介護の制度化は政治が決めることである。何かの事情で制度化の決定が下っても、日本の介護保険導入のプロセスで分かるように、政策の遂行には、サービス基盤の確保、各種の管理組織の整備など一連のシステム作りが必要となる。メディケア、メディケイドの制度にその手掛かりはほとんど見出せない。

その一方、福祉サービス系に属するアメリカ高齢者法は、連邦予算が10億ドル規模の小さな政策である。サービス対価を要求する料金制度、医師が主導権を持たないスタッフ編成・事業計画などのために、医療中心主義および老人差別主義に影響される度合いが少ない。逆に、それだけ周囲の動向に影響されやすい。もともと、介護サービスの特質にかなり適合したサービス・パレットを用意していた上に、自己の活動に対する厳しい批判が起こったこともあり、AAAは柔軟な対応力を発揮して、総合的なサービス管理組織に移行しつつある。これは社会サービスとしての長期介護という観点でみれば、サービス需給の管理を担う態勢が全国的に生み出されている事態に他ならない。

政治は意識的に長期介護の制度化に目を向けない態度をとっている。その路線の下にあっても主要政策の外側に位置する在宅介護の関連サービス部門では、要介護者の「生活の質」要求に応える態勢づくりにより客観的な条件が育ってきている。これが高齢者介護の関連政策に対す

る分析から引き出される結論である。

## 六 結び

日本の介護関係者や専門家は、米国の老年医学や介護アセスメントなどに強い関心を示す。しかし、実際に米国社会で生活してみると、高齢者介護は評判の悪い救貧政策である。参加型の市民社会といわれる米国で、なぜ高齢者介護は社会サービスとして発展しないのか。本稿は米国の高齢者介護に関連する政策を取り上げて、その疑問の解明とともに、社会サービスに発展する客観的な条件が整備されているかどうかを探った。

介護に関連した主要な制度の吟味を通して、米国社会が、この半世紀間に平均寿命や高齢者をめぐる家庭環境がずいぶん変わっても、依然として要介護をかなりの確率でライフサイクル中に発生する普遍リスクと認めようとしめない態度に突き当たる。それを支えているのは、医療中心主義と老人差別主義が入り交じった米国の伝統的な価値観だと見ている。

ここでの医療中心主義は、二重に意味で用いられている。1つには医療機関を代表する医師こそが人生における健康関連の事態に対処する主導権をもつという考え方である。もう1つは、すべての健康・保健問題の目標は、一時的に危険にさらされた生命体を原状回復させることだ、として問題処理に当たる態度である。もう一方の老人差別主義は、社会的に有用な労働に参加する意志と能力のある人のみが一人前の市民である。労働能力を失った高齢者が家庭に安楽に過ごす場所を見出せない場合には、見せしめ的な環境に置かれるのは当然だと見なす立場である。この2つの主義が結びついて、身体の固定

的な障害ともいふべき高齢者の要介護は、一人前の市民が一時的に陥る社会的なリスクに対象を限定すべきだとする社会保険の範疇から閉め出される。

米国社会は、長期介護を社会サービスとして提供する仕組みをもたない。このことは、介護サービスを貧弱な水準に押し止める要因となっている。それと同時に、余儀なくメディケイドの受給者となる退職高齢者の自尊心を著しく傷つける。この政策が生む社会的な効果により、一人前の市民としての人生にプライドをもつ退職高齢者のますます多くの部分は、公的な介護政策から意識的に距離を保つ。かくて、生活の質が悪化していく退職高齢者が社会のなかにドンドン蓄積するにもかかわらず、政策立案者は膨れ上がる財政需要を恐れて、長期介護政策の本格的な制度化を意識的に視野の外に置き続ける。

医療政策に主導されるメディケア、メディケイドだけを見ていれば、退職高齢者向けの長期介護を社会サービスとして提供する制度が近い将来に登場する見込みはほとんどない。けれども、評価の基準を変えれば、財政規模は小さいものの、出発の当初から医療中心主義にあまり侵されずに、広義の在宅関連サービスをかなり幅広い階層に提供しているアメリカ高齢者法がある。この制度はもちろん数々の弱点を抱えているが、米国の政策にしては珍しく、多様なサービス・パレットを用意していて、制度の管理機関が直接に受給者やサービス業者を把握しようとしている。この展開をうまく利用できれば、社会サービスの高齢者介護を制度化する際の最大の困難に対して、ある程度、目処がつけられるであろう。

近年の日本社会では、社会保障の国際比較が盛んであるが、米国を福祉国家の範疇に含めるかどうかをめぐっては、ある種のとまどいが見られる。米国の社会保障を研究している方々は、ヨーロッパや日本とは違ったタイプであるものの、福祉国家とみなす傾向がある。私もまた、豊かな産業社会の米国は社会生活の面でも、大半の人々を対象にして所得再分配が実施され、人生のリスクに対処する社会保険制度が組み込まれている点からして、福祉国家の一類型を築いていると考える。多くの研究者が指摘するように、その福祉国家の社会保障面での特徴は、国民皆保険になっていなかったり、市場を利用した社会保障といった側面にある。けれども、ヨーロッパ型の福祉国家との決定的な違いは次の点にあるように思われる。

ヨーロッパの近代化とは、近代産業を育てて経済的に豊かになると同時に、さまざまな身分や階層に分断されていた領土内の住民を、一つの同質的な国民に造り変える歩みだったといえよう。社会保障も、誕生の当初は、不安定な勤労者の個別リスクに備えるための対処策として、救貧政策と区別される権利性を重視していた。しかしながら、社会保険方式と租税方式のいずれを採るにせよ、その後の制度づくりの歩みは、人生の種々のリスクに対処するという観点を拡大して、さまざまな社会層をより大きな社会集団に統合してきた。もっと強くいえば、同質の国民からなる国民国家という理念が実体を備えている証として、国民の間にはできるだけ差別を設けない社会保障網の整備へと展開していった。

これに対して、封建制度を経験していない米国にあっては、奴隷制度を別にして身分的な差別は公的に問題とされない。いいかえると、出発の当初から米国は、理念的に市民社会であり

ながらも、現実生活においては有用な労働の担い手数が地域の発展を左右する要因となってきた。この有用な労働の担い手と役立たずの人間（要介護の高齢者はその見本）という伝統的な二分割の発想を改める必要が国家の側になかった。それどころか、米国は今日まで勤労者さえも社会保障の面で同質な国民として一つに統合せずに済ませている。これまでの米国は、包括的な社会保障を築かなくても、国民を豊かにできる一つのモデルを提示している。

日本の社会保障研究者の間では、時々、社会保障の整備を福祉国家と等置する事例も見られる。これを評価の基準に据えれば、米国の福祉国家はきわめて不十分な事例となる。しかしながら、福祉国家を豊かな社会を築こうとする近代の国民国家が到達した社会経済の秩序体制と見る立場からすれば、米国はヨーロッパとは違った発展経路をたどって豊かな社会を築いた福祉国家といえる。この場合は、個別の政策分野に不十分さはあっても、基本的には類型の違いであって、米国の社会保障の不備も必ずしも福祉国家としての優劣には結びつかない。

#### 〔付記〕

本稿で使用した最新のデータは、インターネットのホームページを種々検索して入手した。情報入手の便宜を考慮して、主要なアドレスを記しておく。  
<http://www.hcfa.gov/about/web/hgdesign4.htm>, <http://www.aoa.dhhs.gov/default.htm>, <http://www.mdch.statee.mi.us/mass/masshome.html> である。

一部にインターネットからの資料入手があるとはいえ、本稿の主要部分はミシガン大学保健学部で一年余り研修した成果の一部である。研修に際しては数多くの方々からサポートを受けた。とりわけ、ミシガン大学の日本学研究所・John Campbell 教授、公衆衛生学部の保健管理政策学科長・William G.



Weissert 教授は、この分野について門外漢であった私に研修の機会を与えてくださった。通訳業の渡辺康雄氏には公私ともに多大なご援助をいただいた。記して感謝の意を表したい。

この研修に際しては、国際交流基金ならびにユニバーサル財団より資金面での支援を受けた。それぞれの報告書とは別に、本稿もまた研究助成による成果の一部である。

## 参考文献

Achenbaum, Andrew W. 「アメリカ社会保障の光と陰」 アンドル・アッカバウム, MMPG 総研, 伊原和人『アメリカ社会保障の光と陰』大学教育出版, 2000年。

新井光吉「アメリカの福祉国家政策——偉大な社会計画を中心に——」『(九州大学) 経済学研究』67巻4・5号, 2000年12月。

馬場義久「アメリカ経済と社会保障財政」藤田伍一, 塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会, 2000年。

藤田伍一「総論——アメリカ社会保障の枠組み」藤田伍一, 塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会, 2000年。

後藤玲子「公的扶助」藤田伍一, 塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会, 2000年。

広井良典『アメリカの医療政策と日本』勁草書房, 1992年。

伊原和人「アメリカの高齢者介護」アンドル・アッカバウム, MMPG総研, 伊原和人『アメリカ社会保障の光と陰』大学教育出版, 2000年。

池上直己「長期ケアにおける質の評価——アメリカにおける評価制度の現状と問題点——」『海外社会保障情報』No.101, 1992年。

池上直己, 他「長期ケアの支払い方式に関する研究——日本におけるRUG-Ⅲの検証——」『病院管理』Vol.30 No.2, 1993年。

池上直己, 他「長期ケアの支払いに関する研究——在宅ケアにおけるアセスメントとケアプラ

ン——」『病院管理』Vol.33 No.4, 1996年。

池上直己「長期ケアのための方法論——MDS, RUGs 研究の成果と課題——」『季刊 社会保障研究』Vol.33 No.1, 1997年。

片桐正俊「米国の福祉をめぐる政府間財政関係」坂本忠治, 和田八束, 伊東弘文, 神野直彦編『分権時代の福祉財政』敬文堂, 1999年。

小林清一『アメリカ福祉国家体制の形成』ミネルヴァ書房, 1999年。

松山幸弘『アメリカの医療改革』東洋経済新報社, 1994年。

西田在賢『マネジドケア 医療革命』日本経済新聞社, 1999年。

西村周三「メディケアとメディケイド」藤田伍一, 塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会, 2000年。

西村由美子編『アメリカ医療の悩み』サイマル出版, 1995年。

Payer, Lynn (丸山誓信/張知夫訳)『医療と文化』世界思想社, 1999年。

Pegels, Carl C. (岡本祐三訳)『アメリカの老人医療』勁草書房, 1985年。

斎藤真『アメリカとは何か』平凡社, 1995年。

社会保障研究所編『アメリカの社会保障』東京大学出版会, 1989年。

Schulz, James (佐藤優子訳)『エイジングの経済学』勁草書房, 1998年。

Sommers, Tish & Shields, Laurie (大塩まゆみ訳)『女はどこまで見るのか』勁草書房, 1990年。

砂田一郎「連邦制・地方自治・立法過程」藤田伍一, 塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会, 2000年。

高谷よね子「米国の長期ケアオンブズマン制度の課題と展望」『週刊 社会保障』Vol.48, No.1816, 1994年11月28日。

山田誠「公的介護保険とモラルハザード」『経済学雑誌』98巻4号, 1997年11月。

山田誠「介護サービスの特性と日独の政策比較」西村周三編『医療白書 1998年版』日本医療企画, 1998年。

- 山田誠「現代の社会保障と規範論アプローチ——社会契約主義、国家中心主義と効用主義——」『立命館経済学』48巻4号，1999年10月号。
- 山田誠「日本の非都市域に米国NPOの事業評価の手法を導入する可能性」ユニバーサル財団『調査研究報告書』，Vol.9，2001年。
- 和気純子「高齢者福祉サービス」藤田伍一，塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障7 アメリカ』東京大学出版会，2000年。
- 和気康太「アメリカにおける在宅ケア・サービスの展開——ミシガン州の事例研究を通して」『日本社会事業大学研究紀要』41集，1995年。
- Achenbaum, W. Andrew, & Kusnerz, Peggy Ann, *Images of Old Age in America 1790 to the Present*, 1978.
- Administration on Aging (Department of Health & Human Services), *Long-Term Care Ombudsman Annual Report, Executive Summary*, Fiscal Year 1996.
- Bader, Jeanne E. & De Jong, Fred J., "Persuasions and Policies Affecting Long-Term Care", Evashwick, Connie J. (ed.), *The Continuum of Long-Term Care*, Delmar Publishers, 1996.
- Brown, June G. (Office of Inspector General), *Medicare Beneficiary Access to Home Health Agencies: 2000*, September 2000.
- Burtless, Gray, "Spending and Sources of Finance in the American Welfare State: Options for Reform (1) and (2)", 『海外社会保障研究』No. 124, Autumn 1998 および No. 124, Winter 1998 所収。
- Burwell, Brian (The MEDST Group), *Medicaid Long Term Care Expenditures in FY 2000 (Memorandum)*, May 7, 2001.
- Centers for Disease Control and Prevention (U.S. Department of Health and Human Services), *Health, United States 2000 with Adolescent Health Chartbook*, July 2000.
- DeParle, Nancy-Ann (U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration), *Testimony on Nursing Home Staffing*, July 27, 2000.
- Eby, L., Gillman, M. & Shaw, B., *The Use of Physical Restraints at Glacier Hills Nursing Center (A Discussion Report)*, April 11, 2000.
- Evashwick, Connie J. (ed.), *The Continuum of Long-Term Care*, Delmar Publishers, 1996.
- Federal Interagency Forum on Aging, *Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being*, 2000.
- Grogan, Coleen M., "Federalism and Health Care Reform," Rosenau P.V. (ed.), *Health Care Reform in the Nineties*, 1994.
- Health Care Financing Administration, *Trustees Reports 2001*, 2001.
- Medicare Payment Advisory Commission, *Report to the Congress: Medicare Payment Policy*, March 2000.
- National Association of Area Agencies on Aging, *The Role of the Aging Network in the Long Term Care*, Washington, D.C., 1993.
- National Association for Home Care, *Basic Statistics About Home Care*, March 2000.
- Navarro, V. *The Politics of Health Policy: The U.S. Reforms, 1980-1994*, Cambridge, Mass. 1994.
- Rosenau, Pauline V. (ed.), *Health Care Reform in the Nineties*, SAGE Publications, 1994.
- Thomas, William H., *Life Worth Living*, VanderWyk & Burnham A Division of Publicom, Inc., 1996.
- U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, *Medicaid Statistics --- Program and Financial Statistics Fiscal Year 1993 ---*, 1994.
- U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, Report to Congress: *Study of Private Accreditation (Deeming) of Nursing Homes, Regulatory Incentives and Non-Regulatory Incentives, and Effectiveness of the Survey and Certification System*, July 1998.
- U.S. Department of Health and Human Services, Health Care Financing Administration, *A Profile of Medicaid, Chartbook 2000*, September 2000.
- U.S. Senate Special Committee on Aging, *Developments in Aging: 1990*. Vol. 1. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 1991.