

オーストリアの医療と介護

| | |
|-----|---|
| 著者 | 一圓 光彌 |
| 雑誌名 | 健康保険 |
| 巻 | 49 |
| 号 | 9 |
| ページ | 28-33 |
| 発行年 | 1995-09 |
| 権利 | (C) 健康保険組合連合会：このデータは健康保険組合連合会の許諾を得て作成しています。 |
| URL | http://hdl.handle.net/10112/7490 |

「健康保険」誌
第49巻第9号（'95年9月号抜刷）

ヨーロッパ諸国の医療保障の現状（第1回）
オーストリアの医療と介護

一
圓
光
彌

シリーズ

第1回

ヨーロッパ諸国の医療保障の現状

オーストリアの医療と介護

● 関西大学経済学部

教授 一圓光彌

わが国では現在、超高齢社会に備えた公的介護保険制度の導入とそれにもなう医療保障システムの再構築の論議が盛んに行われている。では、わが国より先に高齢化社会に到達したヨーロッパ諸国の医療保障の現状はどうか。この点について、関西大学・一圓教授に四回のシリーズで論じていただくことにした。(編集部)

一 はじめに

オーストリアは、日本の約四分の一の広さに日本の約一五分の一の八〇〇万人が住む、豊かな歴史を誇るヨーロッパの内陸の小国である。政治体制は、九つの州からなる連邦共和制で、社会保険などは連邦の制度であるが、医療や福祉の提供は、基本的には州政府の管轄事項である。

今年一月にEUに加盟しており、通貨はオーストリアシリング(以下ATSと略す)で、一ATSは九円ないし一〇円である。国内総生産額(GDP)は二兆ATS強(約二

〇兆円)で、日本の二三分の一の程度である。したがって、一人当たりのGDPは、日本の三分の二程度となる。

六五歳以上の人口の比率は、一五%程度でヨーロッパでは平均的な高齢化率となる。高齢者のうち、一人暮らしの割合は、デンマークやスウェーデンほど高くはないが、ドイツなどとともヨーロッパでも比較的高い方で、この点では日本などと状況が異なる。

ここでは、以下オーストリアの医療保障について簡単に触れた上で、最近導入された介護手当制度の特徴を詳しく見てみよう。なお、一ATSを一〇円として計算して、また予算規模を日本と比較する場合には人口の違いを

考慮してオーストリアの費用を一五倍している。

二 医療保障制度

オーストリアの社会保障は、ドイツなどと同様、職域の社会保険を中心に構成されている。社会保険は、国の監督の下で、運営は自治的な職域や健康保険組合にまかされている。社会保険制度の中でも中心は、一般制度(A SVG)で、この制度は、一般被用者と小規模自営業者を対象に健康保険、労災保険、年金保険を提供し、年金受給者や失業者などを対象に健康保険を提供し、学童や学生などを

対象に災害保険を提供する制度である。

社会保険は一九の健康保険組合と九の社会保障組合により運営される。また、一九の健康保険組合の内訳は、九つの州ごとの組合と、一〇の職域の組合である。社会保険の財源は、被保険者および雇い主が支払う保険料が中心であるが、自営業者や農業従事者については、他の税収や国庫補助もある。また保険が財源不足に陥った場合、国はその不足を補うことになっている。

一般制度の保険料率は、給与所得者の例で、健康保険の保険料率が、労使とも三・四〇%、合計六・八〇%である。また、労災保険は、雇い主のみ一・三〇%、年金保険は、被保険者一〇・二五%、雇主二・五五%、合計二二・八%である。

日本と比べて、健康保険の保険料率は低く、年金保険のそれは高いが、その一つの理由は、年金受給者の健康保険の保険料を、年金保険が支払うからであろう。その料率は年金の三・五%となっている。また、オーストリアには高齢者のための別枠の医療保障システムがあるわけではなく、一般制度の中で高齢者の医療も保障されている。健康保険の加入者の内訳は、一九九三年で、被用者が四一%、失業者が三%、年金受給者が二二%、被扶養者が三四%であった。

加入者は自由に一般医ないし専門医の診療を受けることができる。医師が社会保険の契約医の場合には、現物給付方式となり、社会

保険の契約医でなければ償還払い方式となる。公務員制度や自営業者や農業従事者の健康保険の場合は、八割給付であるが、一般制度の場合一〇割給付である。薬剤費の一部負担は、一件につき一九九四年で三二ATS（三二〇円）である。ただし、低所得者など、件数にしておよそ一八%は、薬剤の患者負担を免除されている。

入院の場合、患者負担は被保険者本人と被扶養者で違いがある。一般制度の被保険者の場合、州によって一律ではないが、一年に二八日、一日当たり五八〜六四ATS（五八〇〜六四〇円）を病院に支払う。被扶養者の場合、最初の四週間に限り一割の患者負担がある。

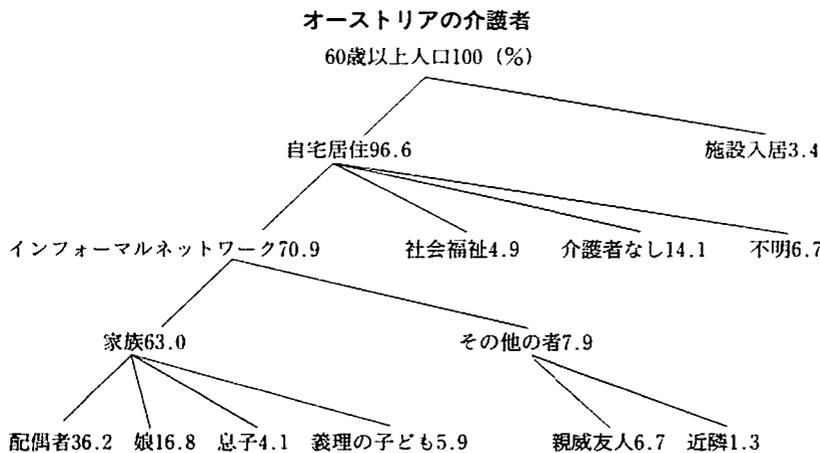
なお、以上の健康保険による医療給付のほかに、年金保険の方からも、療養施設などの利用給付やリハビリテーション給付などが支給され、年金保険が保有する施設も多い。

三 介護手当制度成立の経緯

高齢化や社会の変化により、介護は、もはや個人で処理できない問題となっているが、オーストリアでは、他国にさきがけて新しい介護手当の制度を、一九九三年七月より実施している。この制度ができるまでの介護をめぐる問題は、介護サービスの供給水準が一般的に非常に遅れている上に、地域によって、高齢化にもサービスの供給水準にも大きな格

差があることである。

次の図は、病气などで介護を必要とした時誰が介護をしたかを調べたものであるが、介護が家族の肩に大きく依存していること、社会福祉のレベルが低いことが明らかである。ところが、家族の環境は大きく変化し、女性の労働力率は上昇する傾向にあり、離婚率も



増えている。一方、単身世帯の数は、最近の一〇年で七八・二万から八四・七万に増加し、今後二〇年間でさらに二〇万世帯増加すると予測されている。

こうした介護問題に関連する社会保障の制度としては、医療サービスを提供する健康保険と、障害年金などの現金給付制度があった。このうち健康保険は、全人口の九九%が何らかの健康保険に加入しており、必要に応じて医療サービスが受けられる体制ができていた。ただしオーストリアでは、健康保険の給付の対象となる医療の定義は厳密で、治療する見込みがなくなれば病気とはみなされず医療給付は支給されなくなる。入院していた患者も退院を迫られるわけだが、ナースングホームに転入すると、自らその費用を負担しなくてはならなくなる。多くの人は費用を負担できないから、実際には州政府の公的扶助を受ける結果となる。実際、ナースングホーム入居者の約七割は公的扶助受給者となっていた。

このように医療と介護が厳密に区別されているオーストリアでも、ナースングホームに空きがないなどの理由で入院が継続されることがあり、そうした社会的入院は全病床の五〜一〇%を占めている。新しい介護保障制度創設の一つの目的は、在宅や通所や入所の社会福祉サービスの拡充を通して、このような「患者」が退院し、自宅やナースングホームで介護を受けながら生活できるようにすることであった。

介護を必要とする人に対する現金給付制度としては、社会保険や無拠出制の社会手当の制度より、次のような現金給付が支給されていた。

老齢年金障害年金受給者への加算（連邦の年金保険や労災保険）二三五五、〇〇〇人
障害児割増家族手当（連邦の家族負担均等化法による手当）……………四万四、〇〇〇人
介護手当や盲人手当（州政府の手当）……………四万七、〇〇〇人
障害年金（連邦および州の公務員制度）……………三万二、〇〇〇人

介護手当、盲人手当、障害手当（連邦政府の社会手当）……………四、五〇〇人
以上の現金給付の受給者は、重複して受給している者もいるので、実数は約三〇万人であるといわれるが、うち約二六万人は連邦制度の受給者である。またこれら現金給付の総費用は、およそ年一四〇億ATS（一、四〇〇億円、人口の違いを考慮に入れば約二・一兆円）に上るが、そのうち連邦政府が負担していたのは約一二〇億ATS（一、二〇〇億円、日本に当てはめて約一・八兆円）で、人数、額ともに連邦政府が中心的な役割を果たしている。また全体としての支給額も、かなりの規模に達していたことがわかる。

こうした現金給付制度にも問題があった。受給資格や給付額は制度により大きく違い、同じニードであっても制度が異なれば給付額

も異なっていたこと、また給付水準が一般にニードとの関係で低すぎることに、さらに連邦制度や州制度などいくつもの制度があつて複雑であること、などが問題として指摘されていた。

介護問題に積極的に取り組み、介護保障制度創設に影響を与えたのは、若い障害者の組織であった。彼らは、同じ程度の介護ニードについては、その原因が何であれ、同じ給付を支給するよう要求し、政策形成に影響を与えたが、こうした経緯が、現金給付制度を選択する一つの理由となつたに違いない。

介護関連の手当やサービスに関しては、連邦政府も州政府も、ともにさまざまな形で制度を実施してきたので、普遍的な一本の介護手当制度にまとめるには、連邦並びに州政府の間で、どのように権限を分担し、費用を負担するかを取り決める必要があつた。この調整は、憲法解釈とも絡んで、改革の主要な問題の一つとなつていた。結局、連邦の介護手当も、州の介護手当も、それぞれを同じ内容の新しい手当に改めるという形で、連邦、州いずれの権限にも変更を加えない形で決着することになった。

両政府の取り決めは次のような内容になっている。

①連邦政府は、連邦政府が所管する介護手当に関し、新しい制度導入に伴う追加的な費用の負担者として、手当に必要な費用を負担する（連邦介護手当法）。連邦法に基づき現金給

付の受給者は、新しい介護手当の受給資格を引き継ぐ。

②州政府は、連邦政府の権限外の者に対し、新しい連邦の介護手当と同じ条件で州の介護手当を支給する(州介護手当法)。

③州政府は、全土にわたって、在宅、通所、入所の社会福祉サービスを拡充し、最低限度のサービスが維持されるよう監督する。そのため、各州は、サービスの種類とサービスの質の基準を定め、最低基準が達成されるように三年以内にニードの調査とサービスの整備に関する計画を策定し、二〇一〇年までに順次これを実施に移す。また州政府は、各種サービスの有機的な連携と、情報、助言の提供に責任を負う。

④連邦政府は、介護を行っている人が、社会保険の適用を受けられるよう措置を講じる。家族の介護のために仕事に就いていない人は、これまでも個人加入で年金保険制度に加入してきたが、保険料の減額措置など適当な措置を講じる。

⑤介護サービスを保障するには、十分な人材の確保が不可欠である。したがって、連邦政府と州政府は、職員の勤務条件を改善し、教育訓練に取り組むとともに、家庭での責任と介護の仕事が両立するように援助する。

⑥連邦政府、州政府、障害者団体、社会保険機関、ソーシャルパートナー等の代表者からなる委員会は、介護サービスの発展を監視し、必要があれば改革を提案をする。

四 介護手当制度の仕組み

一九九三年七月実施の新しい介護手当制度の主な柱は連邦介護手当であり、これと全く同じ内容の州介護手当が連邦制度を補完することになる。

連邦介護手当法では、本人の所得や資産、あるいはニードをもたらしただ原因の如何を問わず、本人の持つ介護ニードのみに基づいて受給資格が定められる。その意味で、社会保険でも公的扶助でもない、主に租税を財源とする普遍的な社会手当制度であるといえる。

一九九三年七月以前に支給されていた連邦制度による介護関連の現金給付は、すべて新しい介護手当に取って代えられる。すなわち、年金保険から給付を受ける者、労災保険から給付を受ける者、連邦政府職員制度の給付を受ける者、社会手当の年金を受ける者などが、新しい連邦介護手当の受給者となる。

介護手当を受給するには、①介護のニードが継続(最低六カ月)すること、②介護ニードの程度が、介護時間にして月に五〇時間以上であること、③生まれて三年以上たっていること、④オーストリアに住んでいること、などが条件となる。

介護手当の額は、一月の介護のニードの程度に応じて、次の七段階に分けて定められる(以下は一九九三年の月額と一九九四年一月での受給者数である)。

第一段階 二、五〇〇ATS 月五〇時間

以上の介護……………(二万三、一二三)

第二段階 三、五〇〇ATS 月七五時間

以上の介護……………(一六万一、六四五)

第三段階 五、四〇〇ATS 月一二〇時間

以上の介護……………(四万四、九〇四)

第四段階 八、一〇〇ATS 月一八〇時間

以上の介護……………(二万二、一九七)

第五段階 以上の手当を受給するには、月一八〇時間以上の介護に加えて、次の条件が必要である。

第五段階 一万一、〇〇〇ATS 特別に高度の介護ニードが認められる場合

……………(一万九、〇三六)

第六段階 一万五、〇〇〇ATS 常時監視が必要かそれに等しい介護水準が必要

な場合……………(四、一〇三)

第七段階 二万〇、〇〇〇ATS 実際に寝たきりかそれに等しい状態の場合

……………(二、四四〇)

次のような特定の障害を持つ人は、最低限次に定める段階の介護手当を保証される。

ごく限られた視力しかない者……………

……………第三段階の手当

目が見えない者……………第四段階の手当

聞くことも見ることもできない者……………

……………第五段階の手当

また車椅子での生活を余儀なくされている者は、少なくとも第三段階の介護手当を受け、

場合によっては第四段階、第五段階の介護手

当を受ける。

介護のニードは、被服の着脱、排泄、食事など、人の動作にかかわるニードと、買い物、掃除、暖をとることなど、繰り返される生活上のニードとにわけられ、前者については、一日につき、被服の着脱二×二〇分、失禁する者の清拭四×一〇分、肛門の清拭一五分、食事の用意六〇分、食事の援助六〇分、トイレの介助四×一五分などと分単位で介護時間が決められ、また後者については一律一月あたり一〇時間と定められている。こうして、その人の介護ニードが、誰にもわかる形で、一月の介護時間に換算される。要介護者は、医師の診断に基づいて、右のいずれかの段階に位置づけられる。医師による診断、段階づけ、手当の支給などの管理は、一九九三年七月以前に障害者などに手当や給付を支払っていた各機関（年金保険や労災保険など）が行う。

もし連邦介護手当の受給者が病院で治療を受けていて、その費用が社会保険や連邦政府により負担されている場合は、入院後五週目から手当は支給停止される。

ナーシングホームでケアが提供され、その費用が公的扶助で賄われる場合、月一、〇八〇ATS（一九九四年、第三段階の手当額の二割相当）の小遣いだけが支給される。介護手当の残りの額は、施設ケアの費用の範囲で、または介護手当の額の八割の範囲で、その費用を負担している機関（一般には州政府）に

移管される。このことは言い換えれば、およそ年一七億ATS（一七〇億円もしくは二、六〇〇億円相当）の追加収入（公的扶助費の節約分）を州政府が新しく得る計算になる。

連邦当局は、一九九三年七月まで介護関連現金給付のために年一二億ATSを支出しており、連邦介護手当法が実施されて約八〇億ATSを追加支出しているが、受給者数はあまり変わらないから、一人当たりの給付水準が大幅に引き上げられたことになる。給付水準の改善は、特に重い障害の人で顕著である。

全体としての給付費は、連邦の補助と社会保険からの拠出で賄われていることになるが、複雑な制度間のやりくりで賄われているために、財源の構成割合を、はっきりとした形で説明することは、担当者にとっても不可能だという。

五 今後の課題

新介護手当制度による現金給付の大幅な改善も、ただそれだけでは介護の問題を解決しない。そもそも、サービス供給量が不足している上に、州による格差も大きい。現金給付は確かに新しい需要を生み、これに対する新たな供給を生む可能性があるが、積極的なサービス提供と結びつけないと、手当が適切に利用されるという保障はない。

ドイツでも介護保険が導入され、実際には

現金給付を受ける者が八割にも上っている。それでも、ドイツの場合には、支給された現金が、適切な介護のために使われることを確かめる仕組みを取り入れている。

この点オーストリアの介護手当制度は、年金など現金給付の伝統を引き継いだので、手当が何に使われるかには関心を寄せていない。要介護者が深刻な被害を受けるなどして、問題がでた場合に、社会保障機関は現物給付に切り替えることができるが、それは適切な介護サービスを確保するための仕組みとはいえない。介護手当の導入が、実際にサービスの面で、どのような効果を要介護者に及ぼすのか、調査が必要であろう。

このように、新しい介護手当制度は、同じニードには同じ手当をとる障害者の希望を実現したもの、サービスの拡充と格差の是正や、それによる家族介護の問題の解決は、すべてこれからの課題となって残っていると、いうことであろう。そしてこの点では、連邦政府のできることは少ない。介護手当の大幅な改善が、実際に介護サービスの改善に結びつくかどうかは、サービスの量と質を計画的に充実していく各州政府の努力にかかっていると見えよう。

（注）このまとめは、下記の通り、主に英語の文献、英語による聞き取りなど、英語を介してなされていることを、おことわりしておきたい。

健保連・出版物のご案内

「健康保険」臨時増刊 No. 1

健康保険法に関する質疑



- 平成7年9月刊行
- B5判 265ページ
- 2,200円(送料・消費税別)

健康保険法を
わかりやすく解説!

本書は健康保険制度の仕組みを法律面から捉え、一問一答形式でわかりやすく解説したものです。

改訂版では、平成6年の健康保険法改正等を踏まえ、新たに入院時食事療養費、訪問看護療養費、出産育児一時金などの項目を設置しました。健康保険法を理解・活用するうえで必要な事項をすべて網羅した内容となっています。

健保組合の実務担当者向けの参考書として、ぜひともご活用頂きたい一冊です。

お申込み方法

- 会員組合の方は、所定の申込み用紙に必要事項を記入のうえ、健保連・刊行物センターまで、ファックス (FAX 03-3408-3655) にてお送り下さい。
- 個人・事業所等から申し込まれる場合は、お手数ですが、健保連・刊行物センター (☎03-3403-0998) までご連絡のうえ、「現金書留」または「郵便振替・00150-6-1840」でお申込み下さい。

(参考文献)

- 1) OECD, Caring for Frail Elderly People, OECD, 1994.
- 2) Main Association of Austrian Social Security Institutions, Responsibilities and Benefits of Austrian Social Security, (Soziale Sicherheit, Special Issue) 1994.
- 3) Foster, Howard (ed.), Employee Benefits in Europe and USA, Longman, 1992.

4) Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Provision for long-term care in Austria, 1994.

5) 須田俊孝「オーストリアの介護保障施策について」『週刊社会保障』No.1819(1994年11月19日)。

(謝辞)

この場を借りて、ご協力下さった次の方々にお礼申し上げます。オーストリア経済研究

所ポラン博士、ウィーン大学法学部トマンドル教授、ウィーン経済大学財政学研究所シヨフ教授、オーストリア連邦労働社会問題省のシュタイナー氏とフィリップ氏、在ウィーン国際機関日本政府代表部磯部総一郎氏、カトリックルーバン大学社会法研究所ヴァイス氏、健保連社会保障研究室齋部順一氏。