

増加したが、その後増加の速度は緩やかになった。1995-96年では6%の人が民間保険を購入し、人口の9%が民間保険でカバーされている。社会階層別にみると、事業主・管理職や専門職の20%以上が民間保険に適用されている一方、ブルーカラーは民間保険の適用率がきわめて低い。年齢階級別には45-64歳の適用率が最も高く、75歳以上の適用率が最も低い。最も一般的な民間保険は会社単位で事業主が保険料を全額払うもので、事業主・管理職や専門職の場合にはこのタイプが多いが、ブルーカラーの場合には個人単位の民間保険が多い。民間セクターの今後についてはまだ両論がある。民間セクター擁護派は民間セクターがNHSの安全弁となっており、特に財政情報システムの開発や顧客サービスなどいくつかの面ではNHSのモデルになっていると主張している。一方、反対派は民間医療サービスの拡大によって非救急治療の価格のつり上げ、あるいは、支払い能力によってサービス内容が変わる二重構造が広く起こっていると批判している。また、民間セクターの発展には計画性はなく、保健ニーズとも無関係であり、歯科や長期ケアなどの分野では公的支払いの増加を抑えようとする努力の結果民営化が起きていると議論されている。

公的部門と民間部門の協調行動は近年拡大しており、公と私の両方の資本で病院建設を進めるprivate finance initiative（1991年から始まり、1997年までに14の病院がこの方式で建てられた）は今後とも増加するであろう。1995年度におけるイギリスの総医療費は473億ポンドで、そのうち58億ポンド（12%）はNHS以外のプライベートな財源で賄われた。58億ポンドのうち25億ポンドは民間医療保険、20億ポンドは薬剤・医療機器等であった。これ以外に、民間のナーシング・ホーム入所費が年に27億ポンド、residential home入所費が18億ポンドかかっている。プライベート病院の病床数は過去20年間に大幅に増加し、1992年で約15万床であった。また、NHS制度発足時からNHS病院のコンサルタントと呼ばれる勤務医師（病院の医師の中で研修医を指導する地位を持つ医師）は、契約勤務時間外に、NHS病院内または別の場所でプライベート診療を行うことが認められており、2万人のNHSコンサルタントのうち1.7万人が何らかの形でプライベート診療を行っている。

4.ブレア政権の保健政策

1980年及び1990年代に様々なNHSの問題点が議論されたが、イギリス国民は包括的サービスを全国民に利用者負担なしで提供するというNHSの基本的原則を支持してきた。しかしNHSの機能は皮肉にも民間セクターの拡大によって維持され、民間セクターは上記の原則と相容れないものである。NHS改革に関する保守党と労働党の最大の相違点は民営化と内部市場である。しかし、保守党が始めたNHS改革を1997年6月に政権の座についた労働党が根底から変えることは可能でもなければ望ましくもない。労働党は選挙公約で内部市場を廃止するとしていたが、購入者と供給者の分離や提供されるサービスの量と質に関する明確な合意の必要性については労働党も同意しており、GPファンドフォ

ールダーの廃止や民間医療保険に対する税制優遇措置の縮小などが実施されている。医療費増加の抑制、サービスの有効性の向上、自発性や自助努力の推進、財源の選択肢の拡大、管理技術の改善、消費者の選択の拡大、などは政党にかかわらず重要な論点となり、この中で労働党は特に有効性の向上、サービスの質、消費者に対する感応度、などに力を入れている。

1998/99年度のNHS予算に12億ポンド追加するとともに、目的税や利用者負担など新たな財源を検討する。NHSの予算はしばらく実質で少なくとも年2%の割合で増加するため、サービスの向上や待ちリストの削減などが可能である。しかし、予算の増加が最低賃金の引き上げなどの人件費に使われれば、サービスの向上につながらない危険もある。待ちリストを10万人削減するという労働党の選挙公約は、既に1998年にNHSに5億ポンド追加支出して実現している。

GPのファンド・ホールダー制は1999年までに廃止され、契約は中・長期のサービス協定に代替される。GPや看護婦で組織されるPrimary Care Group (PCG)がサービスを委託し、中期的には地域の保健サービス運営の責任を持つ。保健当局は病院トラスト、GP、自治体、その他関係者と協力して保健改善プログラムを策定する。人口10万人の典型的なプライマリー・ケア・グループ(PCG)の年間予算は5,000万ポンドを超え、そのおよそ5分の4が病院・コミュニティサービス費になると予想される。

医療サービスの臨床的有効性及びサービスの質を高めるためにNational Institute of Clinical ExcellenceとCommission for Health Improvementの2機関が設立された。前者は臨床ガイドライン及びサービスの費用効果に関するガイドラインを作成することを目的とし、後者は医療サービスの質の向上を促進することを目的としている。地域での計画性の向上及び関係機関の間の協力を高める手段として医療行動圏(Health Action Zones)の導入が検討される。

これまでの改革では管理者が医師より重要になり、GPがコンサルタントより優勢になり、プライマリー・ケアの看護婦は急増したが彼らの地位は上がり、GPの被用者にとどまっていた。新しい提案はこれまでの力の構造を変えるものである。コンサルタントや各種の看護婦が優勢になり、管理者や個々のGPの力は減少する。プライマリー・ケアの分野で看護婦は人数が最も多いにもかかわらず何の力もなかったが、これからはPCGの中で看護婦もリーダーになる機会が与えられている。

医療費はどの国でも増加しているが、イギリスの医療費の増加は他の先進国よりも低く、ゆるやかである。医療費の増加要因には次のような様々なものが挙げられ、増加を抑えることは容易ではない。

- －人口の高齢化
- －医療・薬剤の技術進歩
- －慢性疾患を持つ人々や重い病気をもった子どもの生存の長期化

－医療サービス水準の向上や医療サービスに対する国民の期待の高度化

－医療サービス価格の上昇

イギリスで医療費増加の抑制が他の先進国よりうまくいっている理由は、医療サービスの大部分が政府が支払う NHS によっているため支出をコントロールしやすいからである。今後も医療費の増加が予想されるが、現行の財源調達方式が政府にとってもイギリス全体にとっても最も経済的であるとみられている。

他の先進国では中・長期的な医療費負担が大問題となるが、イギリスの場合は支出水準も低く深刻な問題にはならない。人口が高齢化し、障害を持った人が増える中で、老後の生活保障が重要になっている。若年者の健康を増進させるには教育が最も大切であり、高齢者においては貧困の減少が最も重要である。これらはいずれも政府の社会的排斥 (social exclusion) 撲滅戦略の中心的要素であり、NHS 予算の増額より国民の健康増進に資する課題である。

5. パフォーマンス指標

臨床医は必ずしも正確で最新の研究成果を知らないという問題がある。また、不効率で不適切な診療の結果、資源がムダ遣いされている。最も有効な治療が行われていないことが多いため、治療の質が本来あるべき水準より低下している。このような状況を改善するため、治療や管理に関する合意された見解を示した臨床ガイドラインがまとめられている。最近では National Service Frameworks が最適な医療サービスに関する統一見解を提言し、臨床的有効性をモニターするために成果指標が用意されている。

1997 年の実績指標公表後、臨床指標を追加することが発表された。15 の新しい成果指標が提案され、その中には 28 日以内の緊急再入院、手術後 30 日以内の死亡、手術による臓器損傷、薬による副作用などが含まれている。患者憲章を見直して 1998 年中に NHS 憲章を作成する。その中で事故や救急の基準を変更し、患者の責任をより明確にすることが考えられている。管理費を節約し、特にガン治療の入院待ち日数を減らす。そのために院内手続きの簡素化や NHS トラスト病院の合併などが考えられている。

NHS のパフォーマンスは 6 つの次元で測定される。それぞれの次元で頑強かつ信頼できる指標を見つけ出すことが重要な仕事となるが、1998 年 1 月に公表された専門家レポートでは表のような指標が提案された。

－国民の健康水準の向上

－地域、社会階層、人種、性、年齢にかかわらず必要に応じた公正な医療サービスへのアクセス

－適切な医療の効果的提供（効果のある治療を推進し、不適切な治療を減らす；リハビリテーションは最も効果がある時点から開始する；長期的なニーズのある患者に対しては医療・介護サービスを継続的に提供する；等）

- 医療サービスの効率性（資源をいかに有効に使っているか）
- 患者の体験
- NHS サービスの成果（outcome）

1) 健康水準の向上

- ・ 15-64 歳の死亡率
- ・ 65-74 歳の死亡率
- ・ 性・年齢標準化がん罹患率（胃、腸、肺、乳房、皮膚、等）

2) 公正なアクセス

- ・ 性・年齢標準化手術率（CABG・PTCA 率、65 歳以上の腰や膝の手術、白内障の手術）
- ・ 16 歳未満の妊娠—家族計画サービスへのアクセス
- ・ NHS 歯科医への登録人口
- ・ がんの早期発見
- ・ コミュニティ・サービスへのアクセスを示す指標として、75 歳以上の者のコミュニティ・ナースとの面会回数

3) 適切な医療の効果的提供

- ・ 疾病予防（予防接種実施率など）
- ・ がんの早期発見
- ・ 不適切な手術（40 歳未満の女性に対する Ds&Cs 実施率、glue ear に対する手術率、など）
- ・ 性・年齢標準化手術率
- ・ 性・年齢標準化急性疾患入院率（重度 ENT 感染症、腎臓・泌尿器管感染症、心臓病）
- ・ 性・年齢標準化慢性疾患入院率（ぜん息、糖尿病、てんかん）
- ・ プライマリー・ケアにおける精神保健
- ・ 費用効果的薬剤処方
- ・ 脳卒中の救急入院や大腿骨上部骨折入院での 56 日以内の退院率

4) 効率性

- ・ 1 日当たり患者数
- ・ 平均入院日数
- ・ 単位コスト
- ・ 一般薬処方率

5) 患者の体験

- ・ 救急入院で 2 時間以上待った患者数

- ・入院後非医学的理由で手術が中止された患者数
- ・75歳以上の患者で退院が延期された割合
- ・最初の外来のアポイントを守らない人の割合
- ・GPから紹介されて13週以内に外来診療を受けた人の割合
- ・入院が必要と診断されてから3か月以内に入院した人の割合

6) NHS サービスの成果 (outcome)

- ・16歳未満の妊娠
- ・5歳の虫歯
- ・性・年齢標準化回避可能疾病（はしか、65歳以上の大腿骨骨折、結核）
- ・症状の悪化（28日救急入院率、ヘルニア再発手術率）
- ・75歳以上の救急入院率
- ・精神病の救急再入院率
- ・乳幼児死亡（死産率、乳幼児死亡率）
- ・性・年齢標準化5年生存率（乳がん：50-69歳、頸がん：15-74歳）
- ・回避可能死亡
 - 消化潰瘍（25-74歳）
 - 頭蓋骨の骨折及び傷害（1歳以上）
 - 妊産婦死亡（15-44歳）
 - 結核（5-64歳）
 - ホジキン病（5-64歳）
 - 慢性リウマチ性心疾患（5-44歳）
 - 高血圧及び脳血管疾患（35-64歳）
 - ぜん息（5-44歳）
 - 虫垂炎、腹部ヘルニア、胆のう腫（5-64歳）
 - 冠状動脈心疾患（65歳未満）

6. 医療システム改革

医療サービスを公的財源で公的に提供する NHS はマクロレベルでの公正、効率、効果的な医療サービスの提供において成果をあげている。NHS はミクロレベルの効率性も高いと考えられる（近年の市場原理を導入した改革がこれを低下させたという議論もあるが）。イギリス経済が今後とも国際競争力を保つためには、税金や社会支出が低いことが必要である。公的医療保険の財源が足りなければ、高所得者の適用を止めればよいという議論は誤謬に基づいたものである。公的な単一制度は効率的で管理費も安い（NHS では支出の約 0.7%）のが一般的である。オランダの医療費は GDP の 8.5% でイギリス（6.9%）よりかなり大きいですが、その大部分は公的制度の保険料で賄われている。先進諸国の公

的医療保険の中には保険料ではなく税で賄われている制度も多く、税といっても医療に向けられる（earmarked）部分は保険料と類似したものである。負担の水準が決まれば、財源をいかに効率的・効果的に使うかが次の課題である。前述のように、公的な単一制度は管理を効率的に行うことができるし、他の制度より効果的に資源を優先課題に配分することができる。

医療サービス・システムをアメリカのような民間保険主導型、分権的な公的医療保険が中心で出来高払い制が主流のヨーロッパ大陸型、イギリスやスウェーデンのような税による統合システム型、に大別すると、医療システム改革の内容も型によって変わってくる。民間保険主導型やヨーロッパ大陸型では公的内部市場モデルは効率性と公平性を高める可能性がある。つまり、民間保険主導型の国で財政をより統合し、供給者との契約の規模を拡大すれば公平性と効率性の両方が高まるであろう。ヨーロッパ大陸型にとっても NHS の内部市場のような契約システムは一方で管理費の削減をもたらし、他方でニードに基づいた購入のために分配の効率性が高まる。しかしながら、統合システム型に市場モデルをとり入れても、管理費が大幅に増える割には分配上の効率性は高まらない。従って、統合システム型の国では民間保険主導型やヨーロッパ大陸型の国々がとり入れている解決策は採用せず、マイクロレベルでの効率性と有効性へのインセンティブを高める改革を行うことが必要である。

ここ 20 年間ヨーロッパ医療保険制度は効率化を目指して様々な努力が重ねられてきた。1980 年代は医療費増加の抑制あるいはマクロ効率性が追求され、1990 年代に入ると個々の医療機関レベルでのマイクロ効率性に関心が移った。効率性追求の手段は主に市場原理の導入によるが、その方法は多様である。競争は医療サービスの財源調達、生産の一部分、生産者への資源配分の方法、などに導入することができ、消費者選択の拡大、交渉による契約、公開入札、など幅広い可能性がある。

市場原理をどのように導入するかはそれぞれの国の制度的・思想的背景に大きく依存する。イギリスの NHS の効率化への道は運営の専門化、供給サイドでの競争、交渉による契約による。改革は管理者と医療従事者、医療サービスの購入者と供給者の間の力関係を変えるために使われたが、ユーザーの力は根本的には強くなっていない。これに対してスウェーデンでは消費者の選択及び地方の民主的コントロールを強化するために疑似市場が使われ、マイクロ及びマクロの両面で効率性の向上が達成された。イギリスではマイクロ・レベルの効率性が向上したかどうかははっきりせず、マクロ・レベルの医療費は GDP 比で 1989 年の 6% から 1993 年には 7.1% に上昇した（スウェーデンはこの間に 9.4% から 7.4% に低下）。

改革の原因の 1 つであった NHS に内在する悪いインセンティブのいくつかはそのまま残り、疑似市場の導入によって新たな不効率（新しい形のコスト・シフト、ごまかし契約、クリーム・スキミング、など）が発生し、さらに運営費も高くなった。柔軟性、多様性の

裏には方向を見失い、新たな不平等の源が隠れている危険性がある。「内部からの民営化」が職員の志気を低下させ、国民の信頼を失わせた面は無視できず、NHS の文化に悪影響を与えた。

(注1) Boema and Fleming(1998)による。

(注2) 府川(1998)による。

文献

- Baggott R. (1998). *Health and Health Care in Britain*.
- Bernard M. and Phillips J. (1998). *The social policy of old age*.
- Boema W. and Fleming D. (1998). *The Role of General Practice in Primary Health Care*.
- Burchardt T. (1997). *Boundaries between Public and Private Welfare : A typology and map of services*.
- Chand S. K. and Jaeger A. (1996). *Aging Populations and Public Pension Schemes*.
- Day P. and Klein R. (1991). *Britain's Health Care Experiment*. Health Affairs.
- George V. and Taylor-Gooby P. (1996). *European Welfare Policy*.
- Glennerster H. and Hills J. (1998). *The State of Welfare*.
- Ham C. (1997). *Health Care Reform*.
- Ham C. (1997). *Management and Competition in the NHS*.
- Hills J. (1998). *Income & wealth*.
- Moore S. (1998). *Social Welfare Alive!*
- OECD. (1995). *Internal Markets in the Making - Health Systems in Canada, Iceland and the United Kingdom*.
- Orton P. and Fry J. (1995). *UK Health Care - The Facts*.
- Powell M. A. (1997). *Evaluating the National Health Service*.
- Robinson R. and Le Grand J. (1994). *Evaluating the NHS Reforms*. King's Fund Institute.
- Saltman R. B. & Figueras J. (1997). *European Health Care Reform*, WHO Regional Publications, European Series, No. 72.
- Sidell M. (1995). *Health in Old Age*.
- Tester S. (1996). *Community Care for Older People*.
- 一圓光弥(1993).イギリスの医療保障制度の概要と最近の動向.オランダ・デンマーク・スウェーデン・イギリスの医療保障の現状と動向.健保連.
- 北村彰(1994).イギリスの社会保障制度の現状.欧米諸国における医療費保障制度改革とその背景に関する研究.全国社会保険協会連合会.
- 府川哲夫,武村真治(1997).高齢者の医療制度に関する日英比較研究.平成8年度厚生科学研究

究費補助金（厚生行政科学研究事業）研究報告書.

府川哲夫(1998).高齢者の医療・介護に関する日英比較研究.平成9年度厚生科学研究費補助金（社会保障・人口問題政策調査研究事業）研究報告書.

はじめに

イギリスでは、1990年6月に成立した「国民保健サービスおよびコミュニティケア法 (National Health and Community Care Act)」に基づいて、NHSと並行して、コミュニティケア改革とよばれる保健・福祉制度の改革が1991年から実施された。

今回のコミュニティケア改革は、1960年以降常に保健・福祉政策の重要課題でありながら、遅々として進まず、1980年代にいたってその行き詰まりが明白になったコミュニティケア政策を一気に推し進めることを目指したものであり、一方で、サッチャー政権下で強力に推進されてきた民営化を保健・福祉にも適用するものとして、ベヴァリッジ以来のイギリス社会保障制度の根本的転換としての位置づけをもつ。

日本においても、ほぼ同じ時期の1989年12月に「高齢者保健福祉推進十か年計画（以下、ゴールドプラン）」が発表された。これは、「21世紀の本格的な高齢化社会の到来に対応し、住民に最も身近な市町村で在宅福祉サービスと施設福祉サービスがきめ細かく一元的かつ計画的に提供される体制づくり」の実現を目標としており、ホームヘルパーの増員、ショートステイ、デイセンターの拡充（在宅3本柱）がうたわれている。コミュニティ志向、在宅ケア重視とともに、地方自治体の責任による在宅、福祉施設の一元化、権限委譲による地方自治体の負担の増加、民営化の推進をその特徴とすることも、イギリスのコミュニティケア改革と同様の方向性を示しており、イギリスのコミュニティケアはわが国の在宅福祉にも大きな影響を及ぼした（田端, 1990）。

本稿では、高齢者介護に関わる政策、とりわけ在宅ケア（コミュニティケア）の展開について日英両国間の比較検討を試みるものである。

1 高齢者福祉政策の展開

(1) 日本における高齢者福祉政策推進の背景

日本においては、従来高齢者の介護は家族、とりわけ女性により家庭内で行われてきており、その状況は現在も引き続けているのが実態であるが¹⁾、国際的にもまた国内的にも介護の社会的対応の必要性が喚起される中で、介護の社会化に向けての動きとその具体的な取り組みがみられてきている。具体的な内容について検討する前に、わが国における高齢者対策についてこれまで政府がどのような取り組みを行ってきたのか、一連の経緯を、関連する主要な答申、勧告、法制度改正等に基づいて概観する（表1参照）。

日本において、人口の高齢化、長寿化の進展に向けて、政府全体での対策が本格的にみられるようになるのは、1980年代後半である。その具体的な指針として1986年6月に「長寿社会対策大綱」が策定された²⁾。この大綱は、「21世紀初頭の本格的な高齢社会の到来に備え（中略）、政

府が推進すべき長寿社会対策の指針」を定めるものであり、その内容は、雇用・所得保障、健康・福祉、学習・社会参加、住宅・生活環境など高齢者の生活全般にかかわっているが、ここでの主眼は、長寿社会における経済社会の活性化におかれており、高齢者介護に関して具体的な目標や内容を示すもの、とはなっていない。関連する内容としては、保健・医療・福祉サービスの拡充、地域におけるサービス体制の体系的整備、在宅サービスの拡充、施設サービスの充実といったことが抽象的に唱われているにすぎず、具体的な施策についての検討が期されたものではなかったことが推察される。

続いて 1988 年に公表された「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標について」（以下、福祉ビジョン）³⁾では、2000 年度を目途として、ショートステイ、ホームヘルパー、デイサービスセンター、特別養護老人ホーム及び老人保健施設について具体的に整備目標量が明示された⁴⁾。福祉サービスの長期的な整備目標量が政府によって示されたのははじめてのことであり、その意味でも画期的な指針として位置づけられるもので、ここで示された数値目標がその翌年に策定されたゴールドプランのたたき台となった。このうち特にホームヘルパー、ショートステイ及びデイサービス、いわゆる在宅福祉の 3 本柱については、緊急整備 3 年計画として福祉サービスの整備目標が設定され、前倒しで実施することとなった。この背景には、1989 年 4 月より施行された消費税導入についての一連の論議との関わりから、消費税導入に際しての政治的意見調整の副産物としての位置づけをもつことは否めないが、いずれにしても、福祉基盤についての具体的な整備目標を掲げ、その後の計画策定の指針を示すことになったことがわかる。

1989 年 3 月、1986 年に 21 世紀に向けた社会福祉のあり方の検討に際して、社会福祉制度全体の見直しの作業に向けて、設置された福祉関係三審議会合同企画分科会（中央社会福祉審議会、身体障害者福祉審議会及び中央児童福祉審議会）による意見具申「今後の社会福祉のあり方について」が出された。この意見具申では、福祉行政における市町村の役割重視と計画的な行政の推進、ホームヘルパー等の在宅福祉施策の充実、民間福祉サービスの健全育成、福祉と保健・医療の連携強化・総合化が体系的に示されることとなった。

こうした流れを受けて、ゴールドプランが、さらにその策定を受けて、1990 年には「老人福祉法等の一部を改正する法律」（以下、福祉 8 法改正）が行われ、長期的な福祉改革に向けての流れが形成され、戦後の福祉体制を抜本的に変革するものとなったが、両者の内容については、2 (1) に譲ることとする。

その後、1994 年 4 月には、高齢者介護施策について総合的な検討を行うことを目的として、「高齢者介護対策本部」が設置され、高齢者介護に関する基本的な論点や考え方について検討を行う私的懇談会である「高齢者介護・自立支援システム研究会」が厚生省内に発足した。この研究会の報告書「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」において、高齢者介護の基本理念を、「高齢者が自らの意思に基づき、自立した質の高い生活を送ることができるように支援すること、つまり『高齢者の自立支援』である」とした上で、「介護に関連する既存制度の枠組みの中での対応では限界があることから、新たな基本理念の下で関連制度を再編成し、21 世紀に向けた「新

介護システム」の創設を目指すことが適当である」と提言し、新しい高齢者介護システムの構築の必要性が強調されることとなった。介護サービスの水準については、「高齢者が必要とするサービスを、必要な日に、必要な時間帯に、スムーズに受けられ、ひとり暮らしや高齢者のみ世帯の場合であっても、希望に応じ、可能な限り在宅生活が続けられるような生活支援を行っていく必要がある」として、24 時間対応を基本とした在宅サービス体制の整備を打ち出し、ゴールドプランよりもさらに高いサービス水準が求められている。さらに、介護に関わる外部サービス利用と家族介護の場合との公平性の観点および介護に伴う支出の増大などといった経済面に配慮した上で、家族介護に対する現金給付の検討についても求めている。ここで考えられている現金給付は、費用負担も含めて社会化の対象とする介護サービスを相当高い水準に設定しようとする場合に、家族の介護労働をどのように評価するのかについてのひとつの手法ということではあるが、その位置づけあるいは性格については、必ずしも明確に示されていないことから混乱が生じている（袖井（1999））。

おそらくここで最も特徴的な内容としては、介護費用の負担についてのあり方があげられる。すなわち、高齢者自身によるサービスの選択、サービス受給の権利性、保険料負担とサービス受益との対応関係の対応関係の明確性及び受益に見合った利用者負担という点で、租税を基礎とした公費方式よりも「社会保険方式」に基礎を置いたシステムが最も適切である」として、公的な介護保険の導入の必要性を示したという点であり、介護システムの大きな転換期を迎えることとなった。これに基づいて、介護保険の導入に向けての検討が進み、現段階では 2000 年 4 月より施行の予定である。

(2) イギリスにおけるコミュニティケア改革の背景

コミュニティケアの推進は、1960 年代以降イギリス政府の保健医療・福祉政策の基本的な政策目標であったといわれるが、自治体における対人社会サービスの実施体制が整備され各種の在宅ケアサービスの拡充が実現した 1970 年代を経て、1980 年代に入ると新たなコミュニティケアに関わる制度改革の必要性が指摘されるようになった。抜本的な制度改革を求める声が高まる中で、政府は、1986 年 12 月にグリフィス卿（Sir Roy Griffiths）に、コミュニティケアに関わる政策・制度のあり方について総合的に検討し報告をまとめるように依頼し、その報告書として提出された「グリフィス報告」（1988 年 2 月）を指針として、新たなコミュニティケア改革への取り組みを進めた。具体的な制度実施に向けて、政府は、1 年以上にわたる検討の結果、グリフィス報告にまとめられた提言の大部分を受け入れて制度改革を実施することを決め、1989 年 11 月にその案の概略を明らかにした白書「人々のケアー次の 10 年およびそれ以降におけるコミュニティケア（Caring for People:Community Care in the Next Decade and Beyond）」を公表し、新たなコミュニティケア政策に向けての指針が整理された。

この中で、コミュニティケアとは「人間が最大限の自立を達成し、自らの生活を管理できるようにするために適切な水準の介入とサポートをすること」であると説明して、ケア付き住宅、グ

ループホーム、デイケア、レスパイトケアをも含めた在宅サービスのみでなく、老人ホームやナーシングホーム、長期入院まで含むとしており、この後のコミュニティケア改革の基本コンセプトとなった。

その後まもなく、政府は、制度改革を実行に移すために、並行して別途検討されてきた国民保健サービス（NHS）改革の内容を合わせて盛り込んだ「国民保健サービスおよびコミュニティケア法案」を議会に提出した。この法案は、1990年6月に議会を通過し、1991年度からコミュニティケア改革が実施されることとなり、順次具体的な改革事項への取り組みが進められ1993年4月に全面施行された。

コミュニティケアについての主要な改正点は、①民間施設入所者への所得補償の財源を中央政府から痴呆自治体へ移管すること、②地方自治体の役割をサービスの直接提供者から「側面援助者」へと変更すること、③ニーズ・アセスメントに基づいて地方自治体を実施するケアマネジメントにしたがってケア・パッケージが用意され、アセスメントによって算出された費用を利用者から徴収すること、の3点である。

コミュニティケア推進の壁になっていた民間施設入所者に対する補足給付を地方自治体から支給することとして、その財源を地方自治体に移し、ニーズアセスメントで入所が認められた場合だけ支給されることになった。不要な施設入所を回避して在宅ケアを促進すること、つまり、最もニーズの高いものにサービスのターゲットを絞ることを目的としている。

コミュニティケア法に基づく新たなコミュニティケア改革を進めてきたイギリスであるが、1997年5月に行われた総選挙で労働党が圧勝し、ブレア政権の誕生と前後して、さらなる制度改革に向けての新たな動きがみられた。

そのひとつは、1997年3月の、対人社会サービス全般にかかわる制度改革の方針を示したホワイトペーパー「社会サービス—達成と挑戦（Social Services: Achievement and Challenge）」（1997年）（社会的ケア白書）の発表である。これは保守党政権の保健福祉政策の到達点を示す政策提案が盛り込まれており、主なポイントは次のような内容である。

- ①自治体の社会サービス部を廃止しようとする提案は退け、社会サービス部が「福祉国家の不可欠の一部分をなすものであり、今後もそうあり続ける」
- ②民間部門のサービス供給をいっそう拡大するために、やむを得ない場合を除いて自治体直営による入所施設の運営を禁止する法的規定の設置
- ③在宅ケアに対する規制の導入などによるサービスに対する規制方法の改善
- ④1996年コミュニティケア（直接支払）法により障害者に関して認められることになったサービス費用の現金給付の高齢者への拡大

この中では、ケアマネジメントやサービス調整など専門的な援助実践にかかわる内容がほとんど含まれないが、その一方で公的な規制の改善を改革の重要な柱と位置づけ、妥当性・公平性・透明性といった原則に基づいて制度の運用の改善をはかる方針が示されている。

その後1997年5月に誕生したブレア政権は、特に施設ケアを利用する場合の利用者負担額が

かなり高額になるなど、長期ケアの財源のあり方についての議論が活発化している背景を受けて、長期ケアに関する王立委員会の設置を選挙公約としてあげていたが同年 12 月に実行に移され、1999 年 3 月に同委員会の報告書が発表された。

2 高齢者福祉推進の指針

(1)日本の場合ー「ゴールドプラン」・「福祉 8 法改正」

高齢化が進展する中で、福祉ビジョンにおける福祉サービスの数値目標の提示、福祉行政における市町村の役割重視と計画的な行政の推進、在宅福祉施策の充実等を示した福祉関係三審議会合同企画分科会意見具申の提出等を受けて、1989 年 12 月に厚生・大蔵・自治の三大臣合意という形で「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（以下、ゴールドプラン）が策定され、その後の介護の社会化のきっかけとなったが、そればかりではなく、高齢者福祉の社会基盤の形成に向けて、以下の 2 点において斬新なものとなった。まず第一は、福祉の分野における 10 年後のサービスの目標量を三大臣合意という形で政府が責任の所在を明確にしつつ示したことであり、第二に、従来施設収容型中心であった社会福祉の分野において在宅福祉対策の緊急整備を軸としてあげ、在宅福祉充実を具体的に推進しようとしたこと、である。ゴールドプランに掲げられた具体的なサービスの目標値等は表-2 のとおりであるが、ここでサービスごとに具体的な数値目標が示され、在宅福祉サービスの推進に資するものとなったことが認められる⁹⁾。

このゴールドプランは、次の 7 つの柱から成り立つ。

- ①市町村における在宅福祉対策の緊急整備
- ②「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開
- ③在宅福祉等充実のための「長寿社会福祉基金」の設置
- ④施設の緊急整備
- ⑤高齢者の生きがい対策の推進
- ⑥長寿科学研究推進十か年事業
- ⑦高齢者のための総合的な福祉施設の整備

ゴールドプランの策定を受け、「老人福祉法等の一部を改正する法律」（福祉 8 法改正）が行われた（1990 年 6 月）。ここでは、老人福祉法をはじめとする福祉関係 8 法を、ゴールドプランで具体的に示されることとなった在宅福祉の推進という共通理念のもとに一括して改正したものであり、その内容には市町村を福祉サービスの総合的实施主体として位置づけるなど、戦後の福祉体制を抜本的に改革するものを含み、具体的には、

- ①)在宅福祉サービスの推進
- ②特別養護老人ホーム等への入所措置権の町村への委譲
- ③老人保健福祉計画の作成 等がその主な改正内容ある。

このうち、(2)および(3)については、1993 年 4 月より施行された。

この中で、在宅介護サービスの推進に向けて、その役割が注目され、また特徴的であるのは、

(3)の老人保健福祉計画である。高齢化の急速な進展に対応し、高齢者のための保健・福祉サービスの計画的な整備を図るため、すべての市町村、都道府県に老人保健福祉計画の作成を義務づけ、計画には、市町村における保健・福祉ニーズを十分に把握した上で、このニーズに基づいた高齢者のための保健・福祉サービスの具体的目標水準、すなわち目標年度までに達成すべき数値目標を明示しなければならないとした。この保健福祉サービスの目標水準は、地域差にも配慮し、基本的には市町村の判断によることとされるが、市町村が「目標を定めるにあたって参酌すべき標準」(老人福祉法 20 条の 8 第 3 項)をもち、国が示した「市町村老人保健福祉計画作成指針」の中で個別サービスについて目標とされるサービス量が示された⁹⁾。表-2 に示されている通り、ゴールドプランの目標に照らしてみると、具体的に老人保健福祉計画に示されたサービス目標の水準は高いものとなっており、表-3 からは、また具体的なサービス整備も大幅に進んできたことがわかる。

ここで示された目標水準は、それまでに比べれば相当大幅なサービスの拡充とはなっているものの、実際に在宅で要介護者の生活を全面的に支援することを前提とした場合には、不十分な内容であることもまた否めないことであり、サービス水準の確保、向上に向けては、介護の社会化と家族の介護機能についての基本的な検討の積み重ねが引き続き求められているところである。

在宅福祉の推進の現段階における成果について概観したい。

まず、要介護者(虚弱老人+要介護の痴呆性老人(寝たきり老人を除く)+寝たきり老人(寝たきりであって痴呆の者を含む))数は、1993 年現在で 200 万人で、2,000 年には 280 万人と推計されており、65 歳以上人口の 12.8 %程度、また 2,025 年には 520 万人で 15.7 %程度を占めることになるものと推計されている(厚生省,1994)。また、寝たきり老人(65 歳以上で 6 ヶ月以上寝たきりの者(在宅、入院、入所の別を問わない))は、1995 年現在 331 千人、65 歳以上人口の 1.8 %を占め、要介護者の 55.7 %にあたる(表-4, 表-5)。

高齢者の日常生活活動(ADL)の状況についてみると、歩行、食事、排泄、入浴、着替および身だしなみのいずれの項目についても、自立の割合が減少し要介助者の割合が高くなっていること、また、知的機能障害等の状況をもみても、障害のある者の割合がいずれの内容についても増加傾向を示していることから、高齢者の身体的、精神的な機能は低下傾向にあることが推察される。

次に、在宅介護率であるが、単一の資料から数値をとることができないために複数の調査報告書から読みとることから数値に若干問題はあるものの、1978 年から 1984 年までについては、厚生行政基礎調査と社会福祉施設等調査から在宅、入院、入所の高齢者数を合計して要介護者の在宅介護率の推移をみると、6 年間で在宅の比率は 69 %から 56 %まで 13 %低下したと指摘されている(宮島,1992)。その後、1989 年以降については、国民生活基礎調査、社会福祉施設調査および老人保健施設調査から、在宅介護率は、1989 年の 48 %から 1992 年には 39 %、さらに 1995 年には 30 %と、確実に低下傾向を示し、その一方で、入院および老人保健施設の占める割合が増えている現状が読みとれる(表-6)。ここで取り上げている施設は、特別養護老人ホームと老

人保健施設のみであるが、これに、養護老人ホーム、経費老人ホームおよび有料老人ホームを加えた老人ホーム等の施設総数は、1990年から1995年の5年間に3,502施設から4,699施設(34%増)、定員数は246,731人から315,801人(28%増)、在所要数は241,818人から307,497人(27%増)で、養護老人ホーム以外のいずれの施設についても、増加傾向を示している(表-7)。特に介護を受けている場所に占める割合が最も高い病院については、やはり療養型病床群の施設数、病床数ともに急増傾向がみられ(表-8)、病院を中心に、むしろ施設ケアの方が量的に拡大したといえる。

(2)イギリスの場合―「グリフィス報告」・「国民保健サービス及びコミュニティケア法」

1980年代後半からの、イギリスにおけるコミュニティケア政策の推進に向けての抜本的な制度改革を進める経緯の中で、コミュニティケアにかかわる政策・制度のあり方の総合的な指針となったのが1988年2月にグリフィス卿から国務大臣に提出された報告書「グリフィス報告」(Griffiths,1988)で、本報告はコミュニティケアについて最も重要な指針として位置づけられる。政府は、その提言内容の検討の末、その大部分を受け入れて制度改革を実施することを決め、その改革案の概略を示した白書を1989年11月に発表した(Department of Health,1989)。そして白書発表後まもなく、政府は制度改革を実行に移すために、並行して別途検討されてきた国民保健サービス(NHS)改革の内容を合わせて盛り込んだ「国民保健サービスおよびコミュニティケア法案」を議会に提出、1990年6月に議会を通過し、1991年度より、コミュニティケア改革が実施されたが、法の成立時期は、日本における福祉8法改正の場合と一致している。国民保健サービスおよびコミュニティケア法に基づいて実施される制度改革の主要事項は、

- ①施設ケア・在宅ケアの財源と権限の地方自治体への一元化
- ②地方自治体の役割の「条件整備主体」への転換と、サービス供給主体の多元化
- ③ニーズ・アセスメントとケアマネジメントの全面的実施
- ④各自治体におけるコミュニティケア計画の策定
- ⑤入所施設に対する監査制度の改善
- ⑥各自治体における苦情処理手続きの導入

で、⑤及び⑥は1991年4月から、④は1992年4月から、①及び③については1993年4月から実施されることとされた。

1992年4月より実施された④のコミュニティケア計画は、コミュニティケアを推進する上で、地方自治体はその策定を義務づけられたものであり、

- ①ニーズアセスメントについて
- ②サービスについて
- ③サービスの質について
- ④消費者の選択について
- ⑤資源について

⑥協議の手法について

⑦情報の公表手法について

を計画に盛り込む内容としている。

日本の老人保健福祉計画（1993年4月より実施）と共通した位置づけをもつが、老人保健福祉計画がサービスや施設の整備目標を明示し、サービスの量的整備を促進することを目指したのに対し、コミュニティケア計画では、サービスの数値的な目標設定よりも、サービスをいかに運営していくのか、総合的な運営管理の方法に重点が置かれている⁷⁾。その背景には、イギリスの場合は、早い時期からコミュニティケアの推進が図られ、1970年代に自治体における対人社会サービスの実施体制が整備され、各種の在宅ケアサービスの拡充の実現を経て、そこに生じた問題からコミュニティケアが行き詰まりを示し、新たなコミュニティケア政策の必要性が指摘されるようになったという経緯、また、地方自治体の主要な役割の影響があるだろう。量の整備の次の段階としてのコミュニティケア政策の指針の要素となるコミュニティケア計画が求められたのである。これに対し、日本においては、急速な高齢化に対応するために、早急に高齢者福祉にかかわる諸サービスの量的な整備が求められたために、具体的な数値目標が強調されることになったのである（平岡1997）。

コミュニティケア改革の現段階における成果等についてみると、まず、イギリスにおける在宅高齢者の要介護率は、IADL要介護が7%、ADL要介護が21%となっており、65歳以上の在宅高齢者の28%が要介護である（表-9）。高齢者・障害者向け入所施設入所者数は、1994年現在約29万人で、増加傾向を示してはいるものの、その増加率は1993年のコミュニティケア改革以降、縮小傾向にある（表-10）。これに対して、在宅ケアサービスの供給量はかなりの増加を示し、特にホームヘルプ・ホームケア、デイケアの伸びが著しく、1992年から96年の間に、ホームヘルプ・ホームケアの利用時間は47%、デイセンター利用人員は42%増加している（表-11）。高齢者人口に占めるサービス利用率は、訪問看護6%、公立（自治体）ホームヘルプ9%、民間ホームヘルプ4%、食事サービス3%、およびデイセンター3%となっている（表-12）。

続いて、在宅ケアサービスの状況については、どのサービスについても自治体直営によるサービス供給の割合が低下し、民間営利部門によるサービス供給の割合が増加していることがわかり（表-11）、これらの内容から、コミュニティケア改革について、在宅ケアサービスの量的拡大、民間部門のサービス供給の拡大について、その成果が認められる。

3 新たな制度改革の動きと今後の課題

1(1)でふれたが、日本においては、新しい介護システムの軸として介護の社会化に向けて1997年12月に介護保健法が公布され2000年4月より「公的介護保険」が導入される。加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練並びに看護および療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉

サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき設けるものである。具体的な実施にあたっては、各自治体におけるサービス整備に関わる問題や保険料の設定、さらにホームヘルプサービスに対する費用等との関わりから、家族介護をどのように位置づけるかなどが、具体的な検討事項としてあげられている。

また、イギリスについては、施設ケアを中心とする長期ケアの財源のあり方についての論議を受けて、1997年12月に長期ケアに関する王立委員会が設置され、1999年3月に報告書が公表されて新たなシステムづくりに向けて具体的な推進が求められており、高齢者の長期ケアについて、変革の時期を迎えているところである。

高齢者介護に関する日英比較は、例えば「介護」政策の対象として、イギリスでは高齢者に限らず、高齢者以外の病人、障害者も含まれるのに対して、日本では、年齢別に対象を設定しているために高齢者に限定されている等、両国間における制度の相違があるために、例えばかならずしも容易ではない。ただし、早くからコミュニティケアを推進し、その実績の上にあらたなコミュニティケア改革を推進しようとするイギリスにおける取り組みやその成果および問題点は、急速な高齢化への対応から在宅ケアを推進しようとする日本に少なからず影響を及ぼすものと考えられる。今後はインフォーマルな介護についての認識もふまえ、次段階として、両国における長期ケアを含む介護の社会化に向けてのシステムづくりと、その効果についての研究を継続して行うことが求められる。

注)

- 1)寝たきり老人および痴呆性老人の介護は、家族とりわけ女性に負わされている。寝たきり老人の 56 % (1990年現在厚生省推計)、痴呆性老人の 67 % (1985年厚生省推計)は在宅介護におかれ、さらに在宅介護の9割近くが女性によって担われている。
- 2)1985年7月に「長寿社会対策関係閣僚会議」が設置され、その第1回会議で、長寿社会対策をより一層総合的かつ効果的に推進するために「長寿社会対策大綱」を策定されることが決定された。
- 3)1988年7月、消費税導入を内容とする税制改革関連6法案が国会に提出され、消費税導入に向けた本格的な論戦が始まり、一連の消費税を巡る論議の中で作成された。
- 4)ショートステイ5万床程度、ホームヘルパー5万人程度、デイサービスセンターは将来的に小規模も含め1万ヶ所程度、特別養護老人ホーム及び老人保健施設については両者合わせて50万人分程度、という具合に整備目標が示されている。
- 5)実際の介護サービスニーズと比べて、ゴールドプラン策定以前の社会的なサービス整備の水準があまりにも低く、介護をめぐる状況が逼迫しつつあったためことなどを背景に、ゴールドプランに対する反響の大きさは、政策担当者にとっても予想以上のものだった(『現代社会保険』11月号1992:p.24)
- 6)目標とされたサービス量は次のとおり。

	[要介護老人] (寝たきり、痴呆)	[虚弱老人]
・ホームヘルパー	週3～6回	週1～2回
・デイサービス	週2～3回	週1～2回
・ショートステイ	年6回	年1～2回
・機能訓練	週2回(おおむね6ヶ月を限度)	
・老人訪問看護	週1～2回	
・訪問指導	年6～12回	

※このほか、訪問口腔指導及び訪問栄養指導(各年1回)や健康教育、健康相談、健康診査についても目標が示されている。

- 7)Priorities for the health and social services(DHSS 1976)では、在宅サービス整備の目安をあげ、The Way Forward(DHSS 1977)で取り上げられた。その内容は、ホームヘルパーを65歳以上人口1,000人に対して12人、食事サービスを65歳以上人口1,000人に対して週200食などであり、その水準は達成されていないことが指摘されている(Howard G.1998)。

〈参考文献〉

- ・ Department of Health 1989 Caring for People ; Community care in the next decade and beyond, HMSO.
小田兼三監訳 1991『英国コミュニティ・ケア白書』中央法規
- ・ Griffith , R. 1988 Community Care : Agenda for Action : A Report to the Secretary of State for
Social Services by Sir Roy Griffith , HMSO. 小田兼三訳 1989『コミュニティ・ケア：行動のための
指針 グリフィス報告』海声社
- ・ 平岡公一 1997「イギリスにおけるコミュニティケアに関する研究動向」『海外社会保障情報』 第 121
号
- ・ OECD 1996 Caring for Frail Elderly People Policies in evolution
- ・ 田端光美 1990「イギリスの在宅福祉と住宅政策」社会保障研究所編『住宅政策と社会保障』 東
京大学出版会
- ・ 宮島洋 1992『高齢社会の社会経済学』岩波書店
- ・ 袖井孝子 1999「家族介護と現金給付」『週刊社会保障』53 卷 2,037 号

表-1 コミュニティ・ケア（英国）および高齢者福祉関連（日本）に関する略年譜

年・月	英国	日本
1959.	“Mental Health Act”：入院治療を必要としない精神病患者のためのコミュニティ・ケアの提唱	老人福祉法制定
1969.	“The Volunteer Worker in the Social Service”：ボランティアの活用に関する報告	寝たきり老人に対する老人家庭奉仕員派遣制度制定 社会福祉施設緊急整備5カ年計画策定
1971.	“Better Service for the Mentally Handicapped”：DHSS 白書公表	老人医療費無料化実施
1973.	政府の国民保健サービスと地方自治体の協力による、コミュニティ・ケアのための Working Party の設置	
1974.	政府の国民保健サービスと地方自治体社会サービス部による共同相談委員会、共同ケア計画チームの設置	
1975.	“Better Service for the Mentally Ill”：DHSS 白書公表	
1976.	DHSS と地方自治体による国民保健サービスにおける共同予算制 ‘Joint Finance’ の導入	
1977.	“The Way Forward”：DHSS 白書公表	
1978.	“The Future of Voluntary Organisation” (Wolfenden Report)：民間社会福祉に関する報告の公表	デイ・サービス事業、ショートステイ事業の実施
1981.	“Care in Action”：保守党政策文書の公表	
1982.	“Barclay Report”：コミュニティ・ソーシャルワークの提言	家庭奉仕員（大幅増員、所得制限撤廃） 老人保健法制定
1983.	“Health Service Development：Care in the Community and Social Finance”：DHSS 通達。国民保健サービスから地方自治体へコミュニティ・ケア基金が直接移転	
1985.	「福祉の混合経済（The mixed economy of the care）」の強調；社会保障に関する緑書が「個人と国家のパートナーシップ」を指摘	福祉関係三審議会同企画分科会を設置
1986.	“The Disabled Persons’ Act”「障害者（サ・バ・ス、語問および代表）に関する86年法」；在宅介護者に関する地方政府の法的義務を定めた立法の制定	「長寿社会対策大綱」策定 社会福祉士及び介護福祉士法制定
1988. 2	“Community Care：Agenda for Action” (Griffiths Report)：コミュニティ・ケアについて最も重要な指針が国務大臣に対して提出される	
1988. 3	“Residential Care：Positive Choice” (Wagner Report) の公表	「長寿・福祉社会を実現するための施策の基本的考え方と目標についで」（福祉ビジョン）公表
1988. 7	DHSS は DH と DSS に分割され、地方地自治体社会サービス部は DH の管轄となる	税制改革関連 6 法案成立
1986. 1		
1986. 6		
1987.		
1988. 10		
1988. 12		