

年. 月	英 国	年. 月	日 本
1989. 1	“Working for Patients”：DH 白書公表	1989. 3	「今後の社会福祉のあり方について」福祉関係三審議会合同企画分科会意見具申提出
1989. 11	“Caring for People : Community Care in the Next Decade and Beyond”：政府白書公表	1989. 4	消費税導入
1989. 11	政府は The National Health Service and Community Care Bill (国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法案) を下院に提出	1989. 12	「高齢者保健福祉推進 10 か戦略」(ゴールドプラン) 策定
1990. 6	The National Health Service and Community Care Act (国民保健サービス及びコミュニティ・ケア法) 成立	1990. 6	老人福祉法等関係 8 法改正 (「老人福祉法等の一部を改正する法律」)
1990. 11	サッチャー首相辞任、メージャー首相就任。		
1992. 4	地方自治体はコミュニティ・ケアプランの策定を義務づけられる		
1992.	“The Health of the Nation”：医療保健計画	1994. 3	「21 世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会にむけて」(厚生省) 閣議報告
1993. 4	同法全面施行。社会保障基金は地方自治体へ移転	1994. 4	「高齢者介護対策本部」を厚生省に設置
		1994. 12	「新たな高齢者介護システムの構築を目指して」：高齢者介護・自立支援システム研究会 (同年 7 月設置) 報告書公表
		1994. 12	「新ゴールドプラン」策定
1995.	Disability Discrimination Act , Carers (Recognition and Services) Act (1996.4 施行)	1995. 7	「社会保障制度の再構築—安心して暮らせる 21 世紀の社会を目指して—」：社会保障制度審議会勧告
1996	Community Care Act 法	1995. 7	「新たな高齢者介護システムの確立について」：老人保健福祉審議会中間報告
1997	“Social Services : Achievement and Challenge”：社会的ケア白書公表	1996. 4	「高齢者介護保険制度の創設について」：老人保健福祉審議会最終報告
1997. 3	“A New Partnership for Care in Old Age”：政府白書公表		
1997. 12	高齢者長期ケアの関する王立委員会 (Royal Commission) の設置	1997. 12	介護保険法成立
1999. 1	“With Respect to Old Age : Long Term Care - Rights and Responsibilities” 高齢者長期ケアに関する王立委員会報告書公表		

表-2 高齢者保健福祉サービス整備目標等の推移

項目	福祉ビジョン (1988年10月作成) (2000年度目標)	ゴールドプラン (1989年12月策定) (1999年度目標)	老人保健福祉計画集 計値(1994年7月) (1999年度目標)⑤	新ゴールドプラン (1994年12月策定) (1999年度目標)	1989年度予算	1995年度予算
ホームヘルパー	5万人程度	10万人	16.8万人	17万人	31,405人	92,482人
ショートステイ	5万床程度	5万床	6万床	6万人分	4,274床	30,627床
デイサービス・デイケア①	将来的に1万か所程度	1万か所	1.3万か所	1.7万か所	1,080か所	8,643か所
在宅介護支援センター②	—	1万か所	8千か所	1万か所	—	3,472か所
訪問看護ステーション③	—	—	(3.1千か所)	5千か所	—	1,500か所
特別養護老人ホーム	} 約50万人分程度	24万床	29万床	29万人分	162,019床	231,509床
老人保健施設		28万床	25万床	28万人分	27,811床	165,811床
ケアハウス④	—	10万人	8万人	10万人分	200人	30,700人
高齢者生活福祉センター②	—	400か所	400か所	400か所	—	240か所

注 ① デイサービス・デイケアとあるが、ゴールドプラン策定時はデイサービスのみであり、デイケアは新ゴールドプラン策定時に追加された。

② 在宅介護支援センター及び高齢者生活福祉センターは、1990年度に創設された。

③ 訪問看護ステーションについては、新ゴールドプランにおいて新たに整備目標が定められた。(制度創設は1992年4月)

④ ケアハウスは、1989年度に創設された。

⑤ 地方老人保健福祉計画集計値のホームヘルパーには、障害者分を含んでいない。また、訪問看護ステーションの集計値は、目標水準を定めた県についてのみのものである。

表-3 老人福祉対策の動向

事業名	平成2年度予算	7年度予算	10年度予算	整備目標(11年度)
【在宅福祉対策】				
ホームヘルパー	35,905人	92,482	167,908	170,000人
ショートステイ	7,674人分	29,074	51,917	60,000人分
デイサービス	1,780カ所	8,643	14,156	17,000カ所
在宅介護支援センター	300カ所	3,400	7,964	10,000カ所
【施設福祉対策】				
特別養護老人ホーム	172,019人分	231,509	276,355	290,000人分
老人保健施設	47,811人分	165,811	249,811	280,000人分
ケアハウス	1,700人分	30,700	64,500	100,000人分
高齢者生活福祉センター	40カ所	240	360	400カ所

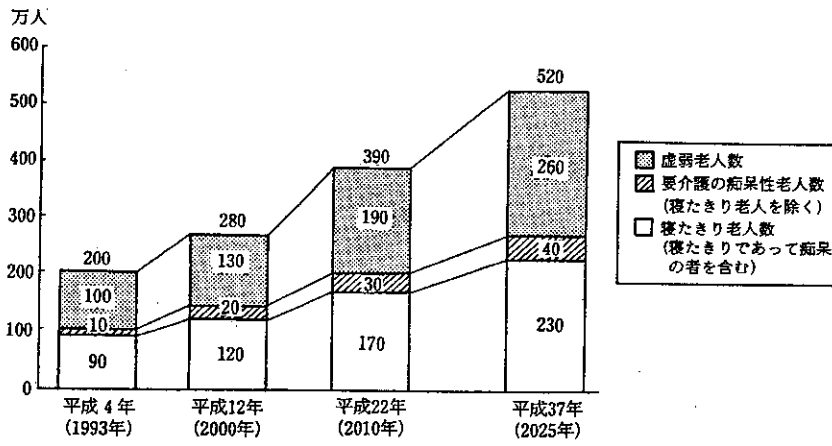
資料出所 厚生省監修「平成10年版厚生白書」等

(注) 1) 整備目標は、「高齢者保健福祉推進十か年戦略」(平成元年12月)の平成6年12月の見直し「新ゴールドプラン」によるもの。

2) デイサービスについては、平成7年度予算からはデイケアを含む。

3) 各事業の内容については、付録Ⅲ-13を参照のこと。

表-4 寝たきり老人等の数の動向（推計）



資料出所 厚生省「21世紀福祉ビジョン」(平成6年)

- (注) 1) 寝たきり老人とは、65歳以上で6カ月以上寝たきりの者（在宅、入院、入所の別を問わない）をいう。
 2) 虚弱老人とは、虚弱で何らかの介護が必要な老人をいう。

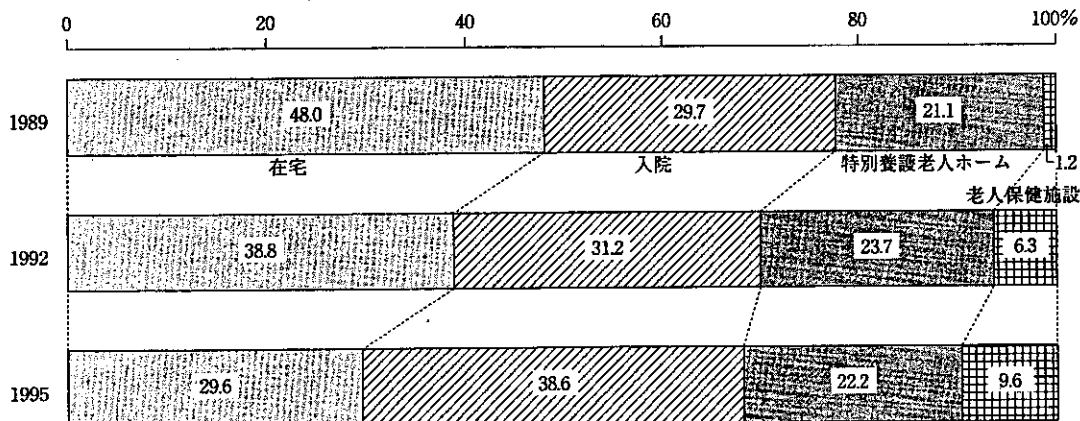
表-5 在宅の寝たきり者数およびその構成割合
 (年齢階級、寝たきり期間別)

(平成7年)

寝たきり期間	計	6~59歳	60~69歳	70~79歳	80歳以上	(再掲) 65歳以上
推計数(千人)						
総数	331	35	35	87	175	284
1月未満	9	1	1	3	5	8
1月以上6月未満	39	2	5	11	21	34
6月以上1年未満	37	2	2	11	23	36
1年以上3年未満	70	2	6	20	43	67
3年以上	176	29	20	43	84	139
(再掲)6月以上	283	32	28	74	149	241
構成割合(%)						
総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1月未満	2.8	2.9	3.3	3.0	2.9	2.9
1月以上6月未満	11.6	5.7	15.7	12.1	11.8	12.0
6月以上1年未満	11.3	5.7	6.2	13.0	12.9	12.6
1年以上3年未満	21.2	5.7	17.1	22.5	24.6	23.6
3年以上	53.0	82.9	57.7	49.4	47.8	48.9
(再掲)6月以上	85.5	91.4	81.0	84.9	85.3	85.0

資料出所 厚生省「国民生活基礎調査」(平成7年)

表-6 在宅介護率の推移



資料：「国民生活基礎調査」、「社会福祉施設調査」、「老人保健施設調査」

表-7 施設の種別別にみた老人ホームの施設数・定員・入所者数
・老年人口1万人当たり定員の年次推移

	昭和60年	平成2年	3	4	5	6	7	対前年	
	(1985)	(1990)	(1991)	(1992)	(1993)	(1994)	(1995)	増減数	増減率(%)
施設数									
総数	2 940	3 678	3 856	4 089	4 333	4 615	4 953	338	7.3
養護老人ホーム	944	950	947	948	949	947	947	0	0.0
特別養護老人ホーム	1 619	2 260	2 403	2 576	2 770	2 982	3 201	219	7.3
軽費老人ホーム	280	295	306	337	368	436	551	115	26.4
（A型）	242	254	254	253	253	253	252	△ 1	△ 0.4
（B型）	38	38	38	38	38	38	38	0	0.0
（ケアハウス）	・	3	14	46	77	145	261	116	80.0
有料老人ホーム	97	173	200	228	246	250	254	4	1.6
定員									
総数	214 061	264 301	276 811	292 903	308 099	323 335	342 102	18 767	5.8
養護老人ホーム	69 191	67 938	67 730	67 678	67 703	67 505	67 219	△ 286	△ 0.4
特別養護老人ホーム	119 858	161 612	171 267	182 280	194 091	206 611	220 916	14 305	6.9
軽費老人ホーム	16 522	17 331	17 878	19 416	20 842	23 656	27 666	4 010	17.0
（A型）	14 712	15 371	15 355	15 307	15 302	15 261	15 152	△ 109	△ 0.7
（B型）	1 810	1 810	1 808	1 809	1 810	1 808	1 808	0	0.0
（ケアハウス）	・	150	715	2 300	3 730	6 587	10 706	4 119	62.5
有料老人ホーム	8 490	17 420	19 936	23 529	25 463	25 563	26 301	738	2.9
入所者数									
総数	207 817	255 446	267 626	281 645	294 869	310 312	326 555	16 243	5.2
養護老人ホーム	66 452	65 036	65 043	65 163	64 854	64 569	64 263	△ 306	△ 0.5
特別養護老人ホーム	118 959	160 476	170 132	181 083	192 719	205 729	218 769	13 040	6.3
軽費老人ホーム	15 633	16 419	16 843	17 829	19 036	21 363	24 465	3 102	14.5
（A型）	14 079	14 763	14 761	14 659	14 583	14 510	14 361	△ 149	△ 1.0
（B型）	1 554	1 543	1 541	1 530	1 525	1 491	1 488	△ 3	△ 0.2
（ケアハウス）	・	113	541	1 640	2 928	5 362	8 616	3 254	60.7
有料老人ホーム	6 773	13 515	15 608	17 570	18 260	18 651	19 058	407	2.2
老年人口1万人当たり定員									
総数	171.7	177.4	177.6	180.3	182.3	183.9	184.0	0.1	0.1
養護老人ホーム	55.5	45.6	43.5	41.7	40.1	38.4	36.1	△ 2.3	△ 6.0
特別養護老人ホーム	96.1	108.5	109.9	112.2	114.8	117.5	118.8	1.3	1.1
軽費老人ホーム	13.3	11.6	11.5	12.0	12.3	13.5	14.9	1.4	10.4
（A型）	11.8	10.3	9.9	9.4	9.1	8.7	8.1	△ 0.6	△ 6.9
（B型）	1.5	1.2	1.2	1.1	1.1	1.0	1.0	0	0.0
（ケアハウス）	・	0.1	0.5	1.4	2.2	3.7	5.8	2.1	56.8
有料老人ホーム	6.8	11.7	12.8	14.5	15.1	14.5	14.1	△ 0.4	△ 2.8

注：老年人口は、昭和60年、平成2年は総務庁統計局の国勢調査報告（総人口）の65歳以上人口を、平成7年は同抽出速報集計結果（総人口）の65歳以上人口を、その他の年は同推計人口（総人口）の65歳以上人口を使用した。

表-8 療養型病床群を有する病院数・病床数の推移

各年10月1日現在

	平成9年 ('97)	平成8年 ('96)	増減数	増減率 (%)
療養型病床群を有する病院数	717	494	223	45.1
1～49床	246	170	76	44.7
50～99	303	212	91	42.9
100～299	158	107	51	47.7
300床以上	10	5	5	100.0
病床数	56 522	37 872	18 650	49.2
1～49床	9 320	6 468	2 852	44.1
50～99	20 026	14 059	5 967	42.4
100～299	23 000	15 528	7 472	48.1
300床以上	4 176	1 817	2 359	129.8
1施設当たり病床数	78.8	76.7	2.1	2.7
65歳以上人口10万対施設数	3.6	2.6	1.0	38.5
65歳以上人口10万対病床数	286.1	199.1	87.0	43.7

注：病床規模は、療養型病床群の病床規模である。

(医療施設調査)

表-9 在宅高齢者の要介護率

(単位：%)

	日本(1995)			UK(1994/95)		
	IADL要介護	ADL要介護	合計	IADL要介護	ADL要介護	合計
65歳以上合計	8	5	13	7	21	28
男						
65-69	3	2	5	3	12	15
70-74	5	3	8	4	12	16
75-79	7	6	13	6	16	22
80-84	12	10	22	9	31	40
85+	25	17	42	9	39	48
女						
65-69	5	1	6	4	13	17
70-74	7	2	10	6	17	23
75-79	10	4	14	9	27	36
80-84	17	10	28	11	33	44
85+	22	23	45	22	49	71

出典：府川(1999), The Royal Commission on Long Term Care (1999)

表-10 高齢者・障害者向け入所施設の入所者(在所者)数の推移
1989-1994年(設置主体別, イングランド)

	公立(自治体)	ボランティア部門	民間営利部門	合計
(入所者数)				
1989	111,000	39,400	124,200	274,600
1990	105,100	42,000	134,600	281,600
1991	97,600	45,100	145,300	288,000
1992	86,100	51,400	149,700	287,200
1993	76,700	56,300	153,800	286,800
1994	72,300	59,300	159,200	290,800
(設置主体別割合)				
1989	40.4	14.3	45.2	100.0
1990	37.3	14.9	47.8	100.0
1991	33.9	15.7	50.5	100.0
1992	30.0	17.9	52.1	100.0
1993	26.7	19.6	53.6	100.0
1994	24.9	20.4	54.7	100.0

資料：Department of Health Statistical Bulletin, Personal Social Services : Residential Accommodation in England 1994, prepared by Government Statistical Service, 1994 Table C (比率は筆者が計算)。

注：ボランティア部門、民間営利部門は、登録施設のみ。入所者4名以下の施設は除外される。調査に無回答の施設に関しては、回答のあった直近年の数値をあてはめた推計値。

表-11 在宅ケアサービスの供給量の推移
1992-1996年（供給主体別，イングランド）

	サービス総量（時間数等）				
	全体	自治体直営	委託契約・買い上げ		
			ボランティア部門	民間営利部門	NHS
ホームヘルプ・ホームケアサービス利用時間					
1992年（百時間）	16,878 (100.0)	16,478 (97.6)	68 (0.4)	323 (1.9)	—
1994年（百時間）	22,151 (100.0)	17,870 (80.7)	622 (2.8)	3,660 (16.5)	—
1996年（百時間）	24,822 (100.0)	15,904 (64.1)	975 (3.9)	7,943 (32.0)	—
配食サービス					
1992年（百食）	6,285 (100.0)	3,940 (62.7)	2,027 (32.3)	280 (4.5)	38 (0.6)
1994年（百食）	6,478 (100.0)	3,823 (59.0)	2,012 (31.1)	604 (9.3)	40 (0.6)
1995年（百食）	6,859 (100.0)	3,940 (57.4)	2,064 (30.1)	810 (11.8)	45 (0.7)
デイ・センター（16-64歳，のべ利用人員）					
1992年（百人）	2,810 (100.0)	2,647 (94.2)	156 (5.6)	7 (0.2)	—
1994年（百人）	3,105 (100.0)	2,882 (92.8)	214 (6.9)	9 (0.3)	—
1996年（百人）	3,052 (100.0)	2,728 (89.4)	278 (9.1)	47 (1.5)	—
デイ・センター（65歳以上，のべ利用人員）					
1992年（百人）	1,124 (100.0)	891 (79.3)	229 (20.4)	5 (0.4)	—
1994年（百人）	1,385 (100.0)	983 (71.0)	387 (27.9)	150 (10.8)	—
1996年（百人）	1,599 (100.0)	1,039 (65.0)	508 (31.8)	520 (32.5)	—

資料：Department of Health Statistical Bulletin, Community Care Statistics 1996 : Day and Domiciliary Personal Social Services for Adults, England, prepared by Government Statistical Service, 1997, Table A1.1, A1.2, A2.1 (比率は筆者が計算)

ただし，デイ・センターの1992年の利用者数のみ，同統計の1994年版Table A3.1による。

注：1) 各年の9月または10月の1週間の調査期間中のサービス利用実績を示す数値である。

2) 地方自治体の直営サービス，および民間との契約（買い上げ）によって提供されているサービスのみの実績を示す数値である。したがって，民間団体が独自に実施しているデイ・サービス等の事業は含まない。

表-12 イギリスにおける地域福祉サービスの利用（1991）

	訪問看護	自治体 ホームヘルプ	民間 ホームヘルプ	食事 サービス	デイセンター
65歳以上	6	9	4	3	3
65～69歳	2	2	2	1	1
70～74歳	3	5	2	1	3
75～79歳	8	11	3	2	4
80～84歳	11	19	9	8	6
85歳以上	18	30	12	10	8

資料：Goddard and Savage (1994), Table 65.

出典：OECD, 1996

5章 高齢者の介護ニーズと介護コスト (preliminary)

1996年における日本の65歳以上人口は総人口の15.1%で、そのうちおよそ4%が施設に入っていた(表1)。施設人口の割合は65-74歳では2%と低いが、85歳以上では16%と高かった。施設人口の内訳は約40%が病院での長期入院、約30%が特別養護老人ホームであった。一方、1995年におけるイギリスの65歳以上人口は総人口の15.7%で、そのうちおよそ5%が施設に入っていた(表1)。施設人口の割合は65-74歳では1%と低かったが、85歳以上で24%と急激に高まり、日英の施設人口割合の違いは専ら85歳以上でおきていた。施設人口の内訳は60%がケア・ホーム、33%がナーシング・ホーム、7%が長期入院病院であった。ケア・ホーム入所者の55%は85歳以上で、多くは女性である。イギリスの85歳以上人口の25%は介護サービスを受けていると推計されている。イギリス国民の多くが人生の最後の期間をケア・ホームやナーシング・ホームで過ごしているだけでなく、彼らの大部分は身体的・精神的障害や記憶障害をもち、そのためのサービスにGDPのおよそ2%を使っている。

The Royal Commission on Long Term Care (1999)によると、1995年におけるイギリスの介護費用はGDPの1.6%で、その4分の1が在宅ケア、その4分の3が施設ケアであった(表2)。介護費用の将来推計では、今後ともGDPの2%以内に収まる見通しとなっている。

在宅高齢者の要介護率は表3のとおりである。それぞれ定義が異なるので直接的な比較は困難であるが、80歳以上の人々にとって介護ニーズは日英ともきわめて普遍的なものであることがいえる。

保健政策の目標は障害のない生存年を伸ばすことであるが、一方で非障害平均余命を国際比較することは様々な問題があって容易ではない。

医療費においても公的制度のシェアは国によって大きな違いがあった(イギリスの84%~アメリカの46%)ように、介護費においても公私の役割分担は国によって様々である。表5には公的介護費(対GDP比)の将来推計が示されているが、これによると人口の高齢化にもかかわらず日本以外の先進国では公的介護費の大幅な増加は見込まれていない。

参考文献

府川 哲夫(1999). 高齢者の身体状態と世帯構造. 国民生活基礎調査を用いた社会保障の機能評価に関する研究報告書, IPSS STUDY SERIES 99.1

OECD (1998 a)

表1 高齢者の施設人口

年齢 階級	日本, 1996						U K, 1995					
	人口 (百万人)	施設人口(千人)					人口 (百万人)	施設人口(千人)				
		病院	老人 保健 施設	老人 福祉 施設	計	人口に 占める 割合(%)		ケア・ ホーム	ナーシング ホーム	長期 入院 病院	計	人口に 占める 割合(%)
65-74	11.5	92.9	13.9	81.0	187.8	1.6	5.1	30.3	22.1	12.3	64.7	1.3
75-84	5.7	114.7	52.0	151.3	318.0	5.6	3.1	99.6	59.9	15.4	174.8	5.7
85以上	1.7	91.9	48.1	128.3	268.3	15.8	1.0	158.9	75.6	6.5	240.9	24.1
65以上	19.0	299.5	113.9	360.7	774.1	4.1	9.2	288.8	157.5	34.1	480.4	5.3

出典: 府川 (1999). The Royal Commission on Long Term Care (1999).

表2 介護費用の財源と将来推計:UK

(単位:10億ポンド)

財源	1995年					2010	2021	2031	2051
	在宅ケア	ケア・ホーム	ナーシング ホーム	長期入院 病院	計				
NHS	0.9	0.0	0.2	1.4	2.6	3.5	4.9	7.0	10.9
PSS	1.3	1.9	1.3	0.0	4.5	5.5	7.2	10.1	16.1
私的負担	0.5	2.2	1.3	0.0	4.0	5.7	7.8	10.9	18.3
合計	2.7	4.1	2.8	1.4	11.1	14.7	19.9	28.0	45.3
対GDP比(%)					1.6	1.5	1.6	1.8	1.9

出典: The Royal Commission on Long Term Care (1999)

表3 在宅高齢者の要介護率

(単位:%)

	日本 (1995)			U K (1994/95)		
	IADL要介護	ADL要介護	合計	IADL要介護	ADL要介護	合計
65歳以上合計	8	5	13	7	21	28
男						
65-69	3	2	5	3	12	15
70-74	5	3	8	4	12	16
75-79	7	6	13	6	16	22
80-84	12	10	22	9	31	40
85+	25	17	42	9	39	48
女						
65-69	5	1	6	4	13	17
70-74	7	2	10	6	17	23
75-79	10	4	14	9	27	36
80-84	17	10	28	11	33	44
85+	22	23	45	22	49	71

出典: 府川 (1999). The Royal Commission on Long Term Care (1999)

表4 65歳の平均余命と非障害平均余命

(単位:年)

	カナダ	フランス	ドイツ	日本	ノルウェー	イギリス	アメリカ
	1991	1991	1995	1980	1985	1980	1990
男 平均余命	15.6	15.7	14.9	14.6	14.4	12.9	15.1
中度障害のない期間	8.3	10.1	12.2	...	...	...	7.4
重度障害のない期間	13.3	...	...	13.2	13.3	11.8	...
女 平均余命	19.7	20.1	18.7	17.7	18.2	16.9	18.9
中度障害のない期間	9.2	12.1	14.9	...	...	...	9.8
重度障害のない期間	15.4	...	...	15.8	16.9	15	...

出典: OECD (1998 a)

表5 医療・介護費用の国際比較

(単位:%)

	カナダ	フランス	ドイツ	日本	スウェーデン	イギリス	アメリカ
医療費の対GDP比 1995							
総医療費	9.7	9.9	10.4	7.1	7.2	6.9	14.1
公的医療費	6.9	8.0	8.1	5.7	5.9	5.8	6.5
民間のシェア	29	19	22	20	18	16	54
介護費の対GDP比 92-95							
総介護費	1.1	...	...	...	...	1.3	1.3
公的介護費	0.8	0.5	0.8	0.6	2.7	1.0	0.7
民間のシェア	30	...	...	...	...	24	47
公的介護費(対GDP比)の 将来推計							
1995	0.7	0.6 1)	0.7	0.8 2)	2.9	1.1 3)	0.7 1)
2000	0.7	0.6	0.7	0.8	2.7	1.1	0.6
2010	0.8	0.7	0.8	1.1	2.6	1.2	0.6
2020	0.9	0.9	0.9	1.4	2.9	1.2	0.6

注: 1) 1994, 2) 1996, 3) 1992

出典: OECD (1998 a), OECD (1998 b)

他の多くの国と同様、イギリスにおける高齢者の増加は高齢者に対する保健・社会サービスの財源や提供に関する伝統的な方法に対して大きな圧力となっている。政府の任命した Royal Commission は介護サービスの将来の財政に関して調査結果と勧告をまとめた報告書を発表した。本稿はイギリスにおける高齢者介護の主な動きをレビューし、主な政策展開をまとめ、Royal Commission や他の専門家の勧告を分析する。

1. 財源及びサービスの公私ミックスの歴史

イギリスでは医療と社会サービスの財政には長い間相違があった。NHS の導入以降、實際上全ての医療サービスは利用者に無料で提供されてきた。一方で社会サービスには利用者負担が課せられている。医療と社会サービスのこのような区別が、両者の境界領域に位置する介護サービスの場合にどのような問題を引き起こしているかをこの節では議論する。

供給サイドでは、1980年代及び1990年代に民間やボランティア・セクターのケア・ホームやナーシング・ホームが増え、NHS や地方自治体運営の介護施設が減少した。このような動向の原因やその高齢人口に与える影響も考察される。

2. グリフィス報告及び1991年のNHS及びコミュニティ・ケア法

グリフィス報告(1988)は1980年代における高齢者介護の財政やサービス提供に関わる問題を明確に整理している。グリフィス報告の勧告が1991年のNHS及びコミュニティ・ケア法の基礎となった。そして、この法律が今日の政策の基本である。この節ではグリフィス調査の結果をレビューし、その勧告及び実施の遅れを議論する。

3. 現状及び将来展望

高齢者介護の財政及びサービス提供の現状を分析した調査研究が最近いくつか発表されている(下院保健委員会、ジョセフ・ロウントリー財団、など)。政府もいくつか重要な政策発表を行っている。一方で、自治体の政策も裁判で争われているケースがある。これらはいずれも現在のシステムに大きな問題があることを示している。この節では現行システムの特徴を述べ、人口の高齢化、ニーズの変化、相対的コストの上昇のもとでは現行システムは維持できないことを議論する。

4. 将来の政策の選択肢

上記の分析をもとに、将来の政策の選択肢が述べられる。特に、強制的な介護保険制度の導入などを勧告したロウントリー報告書の提言や1999年3月に発表された政府の介護

に関する Royal Commission の報告書「With Respect to Old Age」が注目される。

現在のところ政府は Royal Commission の勧告に対して見解を表明するより議論を喚起している。政府は公共支出の増加をコントロールすることを重視しており、Royal Commission の勧告を実施した場合の費用負担に懸念をもっていると一般に思われている。この節ではどのような議論がなされ、政府がどのような政策を選ぼうとしているのか述べる。

5. 結論と国際比較

イギリスの状況についての分析を日本と比較対比する。介護保険を先行して導入したドイツなどの経験を考察することも有益である。

The Finance and Provision of Long-Term care for Elderly People in the UK

In common with many other countries, growth in the numbers of elderly people in the UK have placed pressures on the traditional methods of financing and providing health and social care for this group. As a result of these pressures, there have been a number of policy changes in recent years. At the time of writing, a government appointed Royal Commission has just published its findings and recommendations for the future finance of long-term care. This paper will review the major trends in this sector of the health and social care system, identify the major policy changes and analyse the recommendations of the Royal Commission and other expert groups.

1. Trends in the Public-Private Mix of Finance and Provision.

There has been a long-standing division between the financial arrangements for health and social care in the UK. Since the introduction of the National Health Service, practically all health care has been provided free at the point of use. Social care, on the other hand, is subject to user charges. The ways in which this distinction poses problems for long-term care - which straddles health and social care - will be discussed.

On the supply side, this section will describe the expansion of the private and voluntary sector provision of residential and nursing home places that took place over the 1980s and 1990s, and the contraction of NHS and Local Authority provision of long-term care places. It will consider the causes of these trends and their impact upon the elderly population.

2. The Griffiths Report and the 1991 NHS and Community Care Act.

The Griffiths Report (1988) provided a clear diagnosis of the problems associated with the finance and provision of long-term care for elderly people as they developed over the 1980s. The recommendations of the Griffiths Report formed the foundations of the 1991 NHS and Community Care Act. This Act forms the basis of current policy.

This section will review the findings of the Griffiths Inquiry, set out its recommendations and discuss its delayed implementation.

3. The Current Situation and Future Prospects.

Several recent investigations have analysed the current arrangements for the finance and provision of long-term care for elderly people (e.g. the House of Commons, Select Committee on Health, the Joseph Rowntree Rowntree Foundation). There have also been important policy statements from the government (e.g. *NHS Responsibilities for Meeting Continuing Care Needs*, EL(96)8). At the same time, local policy is currently being challenged in the courts. All of these sources of information reveal major shortcomings with the existing system.

In this section the main features of the current system will be reviewed and - given the predicted growth in the population, changing needs and rising relative costs - it will be argued that the present system is unsustainable.

4. Future Policy Options.

In the light of the above analysis, a range of future policy options will be identified. Particular attention will be paid to the proposals of the Rowntree Inquiry - which, *inter alia*, recommended the introduction of a compulsory long-term care insurance scheme - and the recently published report of the government appointed, Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to Old Age*.

At present the government is encouraging a debate around the recommendations of the Royal Commission rather than announcing its own view of the recommendations. It is widely felt that the government is uneasy about the cost implications of the proposals at a time when it is anxious to control the growth of public expenditure. The nature of the debate, and the government's emerging position, will be included in the report.

5. Conclusions and International Comparative Analysis.

The analysis of the UK situation will be compared and contrasted with the Japanese experience on the basis of material provided to the author by Japanese colleagues. It may also be useful to include some material from other countries, e.g. Germany, that are also devising new approaches in this policy area.

Professor Ray Robinson
LSE Health
London School of Economics and Political Science

March 1999

終章 まとめと今後の課題

平成9年度研究では日英両国における高齢者の医療・介護の現状について、高齢者の身体状況、living arrangement、医療・介護サービスの利用状況等を既存の調査から利用可能な範囲で比較した。死亡率や在宅高齢者のADL要介護率では日本の高齢者の方がイギリスの高齢者より成績が良かった。高齢者の子との同居率では日本がイギリスよりはるかに高く、65歳以上の施設入所者の割合は日本4%、イギリス5%でイギリスの方が少し高い程度であった。税・社会保障による所得再分配の規模は日本よりイギリスの方が大きく、特に「当初所得」に対する社会保障現金給付の割合は日本の2倍であった。従って、高齢者に対する医療サービスだけではなく高齢者に対する社会サービス全体を見る視点の重要性が示唆された。医療費の対GDP比は日英で大きな差はなかったが、財源構成は対照的であった。イギリスの方が入院サービスの比重が高い等、医療サービスの内容にも差があった。高齢者の医療費に焦点を当てると、総額（対GDP比）はやはり日英で差はなかったが、1人当たりでみてイギリスでは日本より後期高齢者がより大きなシェアを占めているのが特徴的であった。イギリスのNHS改革に関連して、民間医療保険の役割、Evidence-based medicine、労働党政権の保健政策、等日本の医療保険改革にとって参考になるアイデアやアプローチがあった。

平成10年度の研究では高齢者の医療サービスに関する日英比較及び高齢者の介護サービスについての両国の取組みについての検討を行った。

高齢者の健康状態は概して日本の方が良いように見えるが、高齢者の医療費は日英で大差なかった。しかし、その使い方には両国で大きな差があり、イギリスの方が入院サービスの比重が高く、年齢階級別1人当たり医療費のパターンにも顕著な違いがあった。イギリスのNHS改革ではプライマリー・ケアの分野にも様々な戦略的アプローチがとられている。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。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。イギリスではミクロ・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・レベルの医療費は上昇した。

日英両国の高齢者介護に関する政策（特に在宅サービス）の展開をみると、類似点も多く興味深い。イギリスでは1999年3月にRoyal Commissionが介護サービスの将来の財政に関してレポートを発表したが、日本では1997年12月に介護保険法が成立して、日本の方が一歩進んでいるように見える。しかし、イギリスのコミュニティ・ケア改革は日本

より先に実施され、日本の在宅福祉施策にも大きな影響を及ぼしており、高齢者介護の分野で両国がお互いの経験から学び合う意義は大きいと考えられる。

医療サービス全体をマクロでみればイギリス、日本ともに少ない医療サービス（対GDP比）で高い健康水準を維持しているように見える。医療サービスの内容あるいは年齢別分配では日英は大きく異なっていた。また、イギリスの医療費では日本と比べて入院（病院）サービスの比重が高かった。GPの役割の違い、入院サービスの違い、費用負担の違い、などが両国の医療サービスのミクロ・レベル及びマクロ・レベルの効率性に影響を与えている。イギリスでは病床利用率が高く（85～95%）、これが片やウェイティング・リストの問題を引き起こしているが、一方で医療費を低く抑えることに貢献している。もし病床利用率をたとえば60～70%に下がるように病床を増やせばウェイティングリストの問題は解消するが、そのためのコストを負担する用意はイギリス国民にはないようである（府川・武村、1997）。日本では診療報酬点数表による価格コントロールのみで医療費増加を抑制してきたが、この方法はもう限界に達していると考えられており、医療保険における構造改革が求められている。医療サービスの質を向上させ、医療サービス提供を効率的に行うために、日本でもイギリスの例にならって戦略的なアプローチをとることが必要である。

今後の課題としては次のような点を明らかにすることが挙げられる。

- 1) 日英両国とも医療サービス提供に関して政府のコントロールが強く、医療費の対GDP比が他の先進国より低いが、これが高齢者に対する医療サービスの質にどのような影響を与えているか。
- 2) 本当に日本の高齢者の方が元気（disability-free）なのか。日英の高齢者の morbidity を詳しく比較する必要がある。
- 3) イギリスのプライマリー・ケアは日本のプライマリー・ケアより効率がよいのか。患者のGP選択の実態と効果。患者の流れを是正するためにはGP制はどれほど有効か。
- 4) 高齢者に振り向けられている医療サービスの総額（対GDP比）は日英で変わりがないように見えるが、そのサービス内容の内訳を詳しく比較する必要がある。日英両国において、高齢者に提供されている社会サービスの全体像をとらえると、医療サービスや福祉サービスの位置付けがより鮮明になる。
- 5) 医療制度や高齢者介護制度に対する国民の信頼度・満足度。

平成 10 年度 厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

高齢者の医療・介護に関する日英比較研究
平成 10 年度報告書

1999 年 3 月（7.5）

印刷 NTT プリンテック