

IPSS STUDY SERIES 2000.2

平成11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11年度 報告書

2000年3月

# 高齢者の医療・介護に関する日英比較研究

2000年3月

## 目 次

### I 平成11年度報告書

序 研究の概要	1
1. 高齢者介護の現状	府川哲夫 3
2. 在宅介護者支援に関する日英比較	佐々佳子 9
3. Primary health care in the UK	Ray Robinson 19
4. The Finance and Provision of Long Term Care for Elderly People	Ray Robinson 48

### II 平成9・10年度

5. 高齢者に関する日英比較	府川哲夫 66
6. NHS 改革の論点	府川哲夫 71
7. 高齢者介護の日英比較	佐々佳子 79

### III まとめ

8. Health に関する国際比較	府川哲夫・武村真治 97
9. まとめと今後の課題	104

## 序 研究の概要

### 研究目的

日本とイギリスの医療システムの大きな相違点としてプライマリー・ケアが挙げられるが、両国はともに医療費の対GDP比が主要国の中で最も低いグループに属している。1) その制度的要因、2)それが医療サービスの効率性や質に与えている影響、3)国民の医療制度に対する評価、4)高齢者の介護サービスに対する政策的アプローチ、に関して日英共同で比較研究を行う。急速に高齢化が進展している中で高齢者介護のあり方や医療との関連について国民の関心が高まっているが、どのような政策的 option があるかを考える上で他の先進国との共同研究を行うことは大変有意義である。特にイギリスのプライマリー・ケアが医療全体の効率性に与えている影響や低医療費が医療サービスの質に与えている影響については、日本にとってもきわめて重要な情報であると考えられる。

### 研究方法

高齢者の医療・介護に関して London School of Economics (LSE と略す) をパートナーとして平成9年度から3年計画で比較研究を行った。

平成9年度は、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比較可能な範囲で把握し、主に高齢者の医療サービスに関して、プライマリー・ケア・システムの日英比較、医療サービスの効率性と質の日英比較など、今後掘り下げて比較研究を行うべき課題を抽出した。

平成10年度は平成9年度に抽出された重点課題について LSE との共同研究を実施した。さらに、主に高齢者の介護サービスに関して、日英比較研究を行うべき重点課題の抽出作業を行った。

平成11年度は高齢者の介護サービスに関して共同研究を実施するとともに、高齢者の医療・介護に関して日英両国の共通点、相違点を総括した上で、両国のこれまでの経験からお互いにどんなことが学べ、どのような政策の option があるか、その評価を含めて考察した。

### 研究結果

NHS はイギリス国民に広く支持されている制度であり、医療費の対GDP比も他の先進国より低く済んでいる。医療サービスは必要に応じて提供されるべきだという考え方が国民の中に定着している。NHS の特徴は税財源・患者負担ゼロ・公正な財源配分であったが、1990年代の改革で「供給側に市場原理導入」という4番目の特徴が加わった。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。GPファンド・ホルダー制(1991年)、プライマリー・ケア重視のNHS政策及び包括購入pilot site

の形成（1995年）、個人医療サービス pilot site の設立（1998年）、プライマリー・ケア集団の導入（1999年4月）、などがそれである。1997年5月の労働党政権成立後、GP ファンド・ホルダー制及び包括購入制の廃止が決められたが、プライマリー・ケア集団(PCG)の形成を通じて「プライマリー・ケア重視のNHS」政策は維持されることになった。

イギリスでは医療と社会サービスの財源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大きくクローズアップされている。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。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た。イギリスでは1999年3月に介護に関する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。Royal CommissionのMajority Reportでは介護サービスをNHSと同じような方式で提供することが最も効率的であるという結論に達し、介護のための公費をGDPの0.3%分増額することを提案している。ただし、食費と宿泊費相当分は介護コストとはみなさず、全額利用者負担にすべきだとした。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持っている。

## 考察と結論

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。現行の財源調達方式が政府にとってもイギリス国民にとっても最も経済的であるとみられている。国民の医療サービスに対する要求が強いため、最近ではイギリス政府は医療費の対GDP比をヨーロッパ大陸諸国に近づける政策をとっている。医療サービスに対する考え方は日本とイギリスで大差がないように思われる。ミクロ・レベルの効率性については両国ともなお研究の余地がある。日本では高齢化の圧力が強いため、高齢者医療費の膨脹を抑えることが期待されている介護保険が比較的速やかに導入されたが、イギリスでは高齢化の問題はほとんど意識されておらず（高齢化はきわめてゆるやかで、大した問題になっていない）、Royal Commissionの勧告を急いで実施しなければならない緊急性もないと受けとめられる。

### 1. OECD 諸国の状況

人口高齢化は先進国共通の現象であるが、高齢化の様相は国によって異なる。日本は高齢化のスピードが速いだけでなく、2000年では先進国の中でも高齢化が最も進んだ国の1つである。ただし、75歳以上人口の総人口に占める割合をみると、スウェーデン、ノルウェー、イタリア、フランス、イギリスなどで7%以上と日本より高い。高齢人口の増加とともに1人暮らし高齢者数も増加している。多くの先進国では65歳以上の3分の1が1人暮らしであり、ドイツやスウェーデンでは40%以上、デンマークでは50%以上である。この点で日本やスペインは例外である。高齢者の子との同居率が高い点で日本、イタリア、スペインは類似している。先進国では65歳以上人口のうち施設に入っている人の割合は5~7%の国が多い。施設入所者の割合が高い国はカナダ、オランダ、スウェーデン、スイスなどであり、イタリアやスペインではこの割合は低かった。オーストリア、デンマーク、フランス、及びスウェーデンでは在宅サービスを拡充して施設サービスを減らす政策を遂行した結果、施設入所者の割合が著しく低下し、カナダやオランダでも同様の政策をとっている(OECD、1996)。施設入所者の割合は80歳以上あるいは85歳以上で大幅に高くなり、男性より女性でこの割合は高い。つまり、85歳以上の施設入所者割合は65-69歳の10倍かそれ以上であり、75歳以上では女性の施設入所者割合は男性の1.5倍以上である。介護施設における医療サービスの提供体制も救急医療のみのところから、ナーシングホームのように全ての医療サービスを提供する施設まで様々である。また、日本、オランダ、フランスでは病院が事実上介護サービスを提供している。

在宅の要介護高齢者を支援するために各種の在宅介護サービスが提供されている。在宅サービスは施設サービス以上に国ごとの違いが大きい。北欧諸国、オランダ、イギリスでは長い期間をかけて在宅サービスが発達してきたが、オーストラリアやフランスなどでは近年になって在宅サービスが普及し、オーストリア、カナダ、ドイツ、イタリア、日本、ニュージーランドなどではまだ十分発達していない(OECD、1996)。在宅サービスの代表がホームヘルプ・サービスであり、ホームヘルプ・サービスを受けているのは65歳以上人口の5~17%である。北欧4か国(デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スウェーデン)では高齢者の10%以上がホームヘルプ・サービスを受けている。何らかの在宅サービスを受けている高齢者の割合はカナダ、デンマーク、ノルウェーなどで高い。多くの国で在宅要介護高齢者の主な介護者は同居している家族であるが、北欧諸国、ドイツ、イギリスなどでは同居している家族に次いで同居していない家族が主な介護者になっているケースが多かった(OECD、1996)。家族以外の人が雇われて要介護者と同居して介護しているケースは一般に少なかったが、デンマークでは44%にのぼっていた(OECD、1996)。

介護サービスを医療サービスの一部として提供する場合には全ての要介護高齢者が受給者となるが、介護サービスを福祉サービスとして提供する場合には資産調査によって対象者を限定するケースとそうでないケースとがある。フィンランドやスウェーデンでは長期医療ケアの責任を市に移し、治療終了後にも病院に残っている高齢者の入院費を市の負担としたため、そのような入院患者数が大幅に減少した。ニュージーランドやイギリスも医療サービスが税で賄われているが、両国は病院の長期入院病床を減らし、これにかわって民間の介護施設の増加を促進している。イギリスでは介護サービスが NHS から（この場合は資産調査なし）、地方自治体の福祉サービスとしても（この場合は資産調査あり）提供されているので混合型である。オーストラリアやアメリカ（メディケア）では高齢者の医療保険に介護サービスが含まれておらず、入院期間を長くしないインセンティブが働いている。両国では介護サービスのために税による別の制度が用意されている。一方、カナダ、フランス、日本（介護保険以前）などでは高齢者の医療保険で施設介護サービスのかなりの部分が提供されている。オーストリアでは 1992 年に介護手当が導入された。7 段階の要介護状態に応じた現金給付で、3 歳以上の全国民が対象である。要介護認定は年金金庫が行い、全額税で賄われている。ドイツでは 1995 年から、日本では 2000 年から介護保険が実施され、介護サービスは独立した社会保険の 1 つの分野として位置付けられている。フランスでは 1997 年から介護給付制度が実施されている。介護給付は 60 歳以上の要介護者に介護サービスを提供する者への報酬という形で支払われる。主な財源は国及び地方の税と CSG の一部である。

高齢期における生活の質に対する要求の上昇に伴って、高齢者が要介護になっても社会から閉ざされた施設でケアを受けるより、できるだけ住み慣れた自宅・地域で必要なケアが受けられるようにしようという考え方が 1960 年代・70 年代にかけて広く受け入れられるようになった。この政策は Ageing in Place, Community Care, 等と呼ばれている。高齢者介護の問題は 1990 年代に入ってそれまでより体系的に取り込まれるようになった。高齢者介護は医療サービスや社会サービスの中で次第に取り込まれるようになったが、私的負担の性格は強く残っている。オーストラリア、カナダ、スペイン、北欧 4 か国などでは介護サービスを全高齢者に提供しているが、年金から利用料を徴収している。他の国々では低所得者のみ無料で、かなりの負担を利用者に求めている。ドイツ、イギリス、アメリカでは生活扶助水準以上の所得・資産のある人はナーシングホームの利用料を全額支払わなければならない。介護サービスの利用者負担の問題は、医学的に必要な期間以上に患者が病院に入院している現象を引き起こし、ベルギー、フランス、ドイツ、日本、ルクセンブルクなどではこれが医療保険に大きな財政負担をもたらしている（OECD、1996）。

## 2. 日英における高齢者介護

### (1) イギリス

イギリスの高齢者介護はNHS (National Health Service) と社会ケアによって提供されている。NHSは税を財源とした国の制度で利用者は無料でサービスを受けられる。処方薬には一部負担があるが、65歳以上は一部負担が免除されている。介護サービスは継続ケアとして給付され、1995年で26億ポンドであった。社会ケアは自治体の責任で、国からの一括補助金 (block grant) と自治体の税で賄われている (国からの補助金が80%)。1995年の支出額は45億ポンドであった。社会ケアは資産調査付で、利用料が課される。施設サービスの資産調査は全国一律で、資産に応じて次のような利用料が課されている。

本人資産が	1万ポンド-1.6万ポンド	費用の一部
本人資産が	1.6万ポンド以上	全額

在宅サービスの場合は利用料を課するかどうか、どんな資産調査にするか、は自治体ごとに決められている。ほとんどの自治体が何らかの利用料を課しているが、利用料収入は支出の10%未満である。NHSの継続ケアは病院、ナーシングホーム、及び地域で受けられ (無料)、社会ケアはナーシングホーム、ケアホーム、及び自宅で受けられる。65歳以上の施設人口は5%である。介護のコストはGDPの1.6% (1995) で、その3分の1は民間資金である。公費の対GDP比は今日の1.0%から将来は1.1%に上昇するとみられている。

NHSはイギリス国民に広く支持されている制度であり、医療費の対GDP比も他の先進国より低くて済んでいる。医療サービスは必要に応じて提供されるべきだという考え方が国民の中に定着している (例外: 眼科、歯科は低所得者と子どものみ政府が支払う)。民間医療保険に入っている人は人口の10%で、カバーしている給付の範囲も包括的なものではない。処方薬には大きな患者の一部負担があるが、一部負担を払っている人の割合は15%程度である (老人、子ども、貧困者、慢性病の人、等は免除されているため)。NHSの特徴は税財源・患者負担ゼロ・公正な財源配分であったが、1990年代の改革で「供給側に市場原理導入」という4番目の特徴が加わった (Glennester, 2000)。介護に関する王立委員会の Majority Report では介護サービスを NHS と同じような方式で提供することが最も効率的であるという結論に達し、介護のための公費をGDPの0.3%分増額することを提案している (年金で1.2%節約しているため不可能ではない)。ただし、食費と宿泊費相当分は介護コストとはみなさず、全額利用者負担にすべきだとした。

## (2) 日本

日本では要介護高齢者をかかえる家族の負担軽減、介護施設間の不整合の是正、医療施設における社会的入院の削減などを目的として2000年4月から介護保険が導入された。日本の介護保険は先行したドイツの介護保険から大きな影響を受けているが、次のような点でドイツの制度と大きく異なっている。

- 1) 受給者は主に65歳以上
- 2) 現金給付の選択肢がない

- 3) 市町村が保険者で建前としても給付に地域差を容認；65 歳以上の保険料も保険者によって異なる
- 4) 10 %の利用者負担が課せられている
- 5) 社会保険方式といっても費用の 45 %は公費で賄われている

要介護度は介護に要する時間に応じて5段階に区分されている。給付内容（在宅サービスか施設サービスか、要介護度の判定）は市町村に設けられた委員会で決められ、給付内容に応じたケアプランの作成が規定されている。ケアプラン作成のために多くのケアマネジャーが必要であるが、ケアマネジャーの活動や介護サービスの質の問題は今後の課題として残されている。給付水準に応じて65歳以上の保険料を市町村が独自に決定するしくみを導入したことは地方自治の1つの前進として評価されている。介護給付はドイツと同様に、所得や家族介護の有無によらず要介護状態の程度によってのみ決定される。ケアプランの作成をケアマネジャーに任せないこともできるし、ケアマネジャーを変えることもできる。この点で日本のケアマネジャーはイギリスのしくみとは異なっている。一方で、実際には多くのケアマネジャーはサービス供給側に属しているため受給者の利益を必ずしも代理していないという問題も指摘されている。この他に日本の介護保険にはコスト増加を抑制するしくみが十分に組み込まれていないという問題がある。要介護者数が予想を上回れば介護保険の支出増となる。十分な量の病床が介護保険適用に転換されなければ介護保険のコストが増える一方で、老人医療費の節約はあまり見込めない。介護保険の保険料引上げか認定基準の厳格化や給付水準の引下げによる支出削減が必要となる。

### (3) 高齢者の介護ニーズと介護コスト

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。

#### 文献

Campbell J. C. and Ikegami N. (2000). Long-Term-Care Insurance comes to Japan. *Health Affairs*, 19(3).

Glennester H. (2000). The United Kingdom's New Health and Welfare Policy: A Changed role for markets.

OECD (1994 a). *New Orientation for Social Policy*.

OECD (1994 b). *Caring for Frail Elderly People: New Directions in Care*.

OECD (1996). *Caring for Frail Elderly People: Policies in evolution*.

OECD (1998). *Long Term Care Services to Older People, A Perspective on Future Needs: The Impact of an improving Health of Older Persons*. Ageing Working Paper 4.2.

OECD (1999). *A Caring World: The New Social Policy Agenda*.

Tester S. (1996). *Community Care for Older People: A Comparative Perspective*.

WHO (1997). *European Health Care Reform*.

表1 高齢者の施設人口

年齢 階級	日本, 1996						UK, 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	ナースィン 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					計	2010	2021	2031	2051
	在宅ケア	ケア・ホーム	ナースィン 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)			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)

## 2章 在宅介護者支援に関する日英比較

佐々佳子（お茶の水女子大学人間文化研究科）

### 1. はじめに

イギリスでは、1989年11月『人々のケア一次の10年およびそれ以降におけるコミュニティケア』（Department of Health, 1989）（以下、コミュニティケア白書）でその改革案の概略を明らかにし、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改革と並行して1991年度よりコミュニティケア改革が実施された。日本においてもほぼ同じ時期の1989年12月「高齢者保健福祉推進10か年計画」（ゴールドプラン）が発表され、そのねらいを、「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」にあるとし、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といったいわゆる在宅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・施設福祉の一元化、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いるといえる。

イギリスのコミュニティケアの概念は、時期によってその意味が変化してきており、現在でも多義的に用いられているが、コミュニティケアの望ましい形態を、自宅やケア付き住宅でのケアであり、施設ケアを含める場合でも、小規模で家庭的な環境の施設とか、地域社会との密接な交流のある施設に限定するのが、最低限の共通理解になっている（平岡,1993:48）。そして、コミュニティケア改革の中心にはインフォーマルケア、特に家族による介護がおかれ、高齢者に対するサポートとケアは主にインフォーマルでボランティアなものであるとし、国家の責任はそれにとって代わるものではなくインフォーマルケアを側面から支援するものであることが強調された（戒能,1997:193）。

一方、日本における高齢者福祉サービスの動向についても、高齢となって身体機能が低下してもなるべく長く自宅でそして地域で過ごせる環境づくりを前提として「在宅ケアの推進」が明示されている。そして、在宅福祉サービスの実施については、高齢者の自立支援を全面に打ち出すとともに、家族の介護力の重要性に触れて在宅介護の前提として位置づけ、高齢者とともに介護者としての家族を支えていこうとする積極的な特質をもっている。

本稿では、イギリスおよび日本の両国がともに高齢者福祉施策を展開する上で目標としてあげている在宅介護者支援（Support for Carers）について、所得保障と在宅福祉サービスを取り上げ、関連する制度・サービスの現況を整理し、改革の動向に可能な範囲ふれていきたい。

### 2. イギリスにおける在宅介護者支援（Support for Carers）

#### (1) 介護に対する社会手当

介護する者、介護される者のいずれにとっても、「生活の質」を実質的に左右する要素として所得保障 Social Security の持つ意味は大きい。といっても、イギリスでは、コミュニティケア改革とほぼ同時期に所得保障改革が進められ、しかもコミュニティケア改革成功の鍵が、障害者、高齢者、介護者の所得保障による援助であることが認識されたにもかかわらず、所得保障政策と社会福祉・介護政策とが必ずしも有機的連関をもって展開してきたとはいえない。特に、個人レベルで、コミュニティケアに必要な経済的サポートをどこまで行うべきか、政策論において中心的議論としては展開していないと指摘されている (Gray Craig,1993:166)。

イギリスのコミュニティケアにかかわる介護者と要介護者に対する所得保障は、①重度障害者に対する基本的な所得保障 ②障害を有することでかかる支出の補償 ③無償の私的介護に対する補償 の3つに分けて考えることができる※ (戒能 187)。①については、重度障害手当 Severe Disability Allowance や公的退職年金、所得支持などがあり、②については、障害者生活手当 Disability Living Allowance (65歳以前。介護部分と移動部分に分かれる)、付添手当 Attendance Allowance (65歳以上)、自立生活基金 Independent Living Fund、コミュニティケア補助金 Community Care Grants などがある (Guide to the Social Services,1993,81)。そして③に該当する「障害者介護手当 (Invalid Care Allowance (ICA))」が在宅介護者支援にあたる。

## (2)障害者介護手当 (Invalid Care Allowance (ICA))

### 1)沿革－対象の拡大

障害者介護手当は、介護者の稼働能力喪失補償として 1975 に導入された。インフォーマルな介護者に対する唯一の所得保障といってよい。1974 年の白書「慢性疾患および障害者のための所得保障」(DHSS,HG276) は、インフォーマルな介護者の所得保障について初めて言及して、無拠出手当 ICA の新設を提案した。介護者が要介護者の所得に依存せず、独自の所得を持つべきであるという考え方にに基づき、ICA は「稼働能力がありながら、重度障害者のために在宅で無償の介護を提供している」人を支給の対象とする。高齢者介護のインセンティブとして導入されたといえるが、要介護者の付添手当 Attendance Allowance (AA) 受給が ICA の受給要件となっている。当初、要介護者は近親家族あるいはステップファミリーに限られていたが、1981 年に、家族関係のない同居人まで範囲が拡大された。

ICA の支給要件になっている付添手当 AA は 1971 年に創設されたもので、無拠出で所得と関係なく支給され、非課税扱いの手当で、65 歳以降に障害者となり、過去 6 か月以上、日常生活の介護を必要とするものに支給され、実際に介護をする人がいなくても、支給の対象となる\* (下夷 174 (注で詳細に))。AA は、介護者に対して支払われるものではないが、支給額からいえば、介護の実際のコストの補償からはほど遠い。昼夜を問わず付添が必要な場合 (週 £ 51.30) と日中だけでよい場合 (週 £ 34.30) と、支給額は二段階にランクづけられている (1998 年 4 月)。

ICA で問題になったのが、既婚女性への適用除外規定である。既婚女性は夫への経済的依存が前提とされたことから、損失補償すべき所得がないものとみなされて (三富,1996:309)、1986 年までは、受給対象から外されていた。その結果、介護者のうち 0.5 % しか ICA を受給せず、社会

保障の男女差別を禁止した EC 指令違反の声が高まったが、イギリス政府は、EC 指令の差別禁止の対象は障害者自身であるから違反にはならないという姿勢を崩さず、議論は平行線をたどっていた。しかし、1985年に「子どもの貧困アクション・グループ」the Child Poverty Action Group が、ヨーロッパ人権裁判所に提訴したことから事態は急転する。痴呆症の母の介護のために退職を余儀なくされた既婚女性 Jackie Drake を原告とする、Drake v.Chief Adjudication Officer [1986] である。ヨーロッパ人権裁判所が原告の主張を支持して性差別にあたるとした判決を出した前日の 1986 年 6 月 23 日、イギリス政府は、ICA 支給の対象を既婚女性および事実婚の妻まで拡大することを発表した。この法改正により、既婚女性と事実婚の妻の ICA 支給は増加した (Cherrill Hicks,1989:232)。

## 2) 支給要件・給付の実態

ICA は、無拠出で所得に関係なく支給される手当で、課税対象となる。16 歳から 65 歳未満で週に 35 時間以上、重度障害者の介護をしている者に対して、週 38.70 ￡ (1998 年) が現金支給される。この場合の重度障害者とは、付添手当 AA、常時付添手当 Constant Attendance Allowance (戦争年金 War Pensions か業務災害障害給付 Industrial Injuries Disablement Pension)、障害者生活手当 DLA (介護部分の高率または中程度の手当)、のいずれかを受給している場合をさす。ただし、週 21 時間以上の全日制教育を受けている場合、または介護の必要経費を差し引いて週 50 以上の場合は支給できない。基本手当のほか、扶養家族がある場合は加算があるが、受給者のパートナーの所得が週 140 を超えると、第 1 子に対する児童扶養加算は支給されない。さらに週 140 を超過した 18 ポイントごとに、第 2 子以降の児童扶養加算も支給されない。介護者は半年に 4 週間以上の休暇をとってはならず、要介護者が 1 回につき 4 週間以上の入院をすると支給は停止される (表 1)。

ICA の受給者数、および給付総額はともに増加傾向を示し、1996 年には受給者 35 万 7,000 人、給付総額 7 億 6,800 万に達している (表 2)。ICA の受給者の性別をみると、76 % は女性が占めており (DSS,1998)、介護が主に女性によって担われていることがわかる。また、1986 年を境に受給者、受給総額ともにその数字が急激に伸びているのは、先にみた通りこの年に支給の対象が拡大されたことによるものと思われる。

## (3) ICA の問題点と改革の論点

1990 年国勢調査 General Household Survey (GHS) によると、イギリスにおいては 4 分の 1 の介護者が週 20 時間以上介護に時間を費やし、週 50 時間以上介護にあたっているのは 10 人に 1 人で、しかも女性の方が若干多い。ICA についてみると、約 100 万人いるフルタイムで就労している介護者の中での受給率は 17.5 % と低く、特に、週 50 時間以上介護している人の 45 % を占める高齢者の受給率が著しく低い (CNA1994)。ICA については次のような問題点の指摘や批判がみられている (Caring Costs,1993:4-5, Royal Commission,1999:6)。

① 支給額があまりにも低い<sup>1)</sup>ため、所得維持のための給付として機能しない。

② ICA の支給要件が、要介護者の介護手当 AA 支給と直接連動していることから、介護者の所

得が、結局要介護者に依存することになる。さらに、介護を必要とする高齢者がすべて AA か DLA を受給しているわけではないので (Cherrill Hicks, 1989:237-238)、AA の支給要件の厳しさが主な理由であるが、制度の存在を知らない高齢者が多いという)、実際に介護をしても ICA を支給されない介護者が出てくる。

③ ICA の支給の申請の段階で 65 歳以下であることが要件なので、65 歳以降に介護を開始した場合は対象とはならない。65 歳を過ぎてから介護を始めた多くの高齢者たちは、ICA を受給できないことになる。

④ 受給要件の収入制限が低く押さえられているため、パートタイム労働ですらあきらめざるを得ない。介護者の貧困化が進むだけでなく、地域や家族のネットワークがない場合には、社会的孤立によって介護者のストレスが増幅される。

⑤ 介護が終了するとただちに ICA は打ち切りとなる。長期間の介護のあと必要な、介護者自身の社会復帰のための準備期間について考慮されていない。

⑥ フルタイムで就労している介護者は、介護終了後失業手当の資格がない。

⑦ 併給制限給付であるため、寡婦給付 Widows Benefit など、すでに他の社会保障から同額あるいはそれ以上の給付を受けている場合は受給できない。また、たとえば所得補助 Income Support を受けている場合に ICA を受給すると、その IS から差し引かれて、結局受給しない場合と同じことになる。

⑧ 夫婦間の介護では不利となる。イギリスの社会保障では夫婦の所得は合算して評価されるので、たとえば、夫を介護している妻が ICA を受給すると、夫が要介護者として受給している他の手当等が減額される。

これらの問題点の指摘と批判を背景として、1999 年に発表された Royal Commission の報告書では、ICA 改革の中心的な内容として、老齢退職年金 Retirement Pension の最低額と同じ水準に引き上げること、受給対象を年金受給年齢層まで広げること、をあげている※。

#### (4) 在宅サービスについて

日本でいう高齢者福祉サービスにあたる高齢者に対する対人福祉サービス (personal social services) は在宅サービス (care in community) と入所施設サービス (residential care) とにわかれる。このうち、在宅サービスは、狭義の在宅サービス Domiciliary Services と、デイケア Day Care に分類される。

従来、イギリスにおいて、ホームケアサービスを中心として、在宅サービスはその目的に介護者支援を含まない。サービスの対象は、援助を必要とするがサポートされていない「高齢者自身」、主にひとり暮らしの高齢者に照準が当てられている。ニーズの判定基準は自治体の裁量に任せられ、夫婦世帯や子と同居している場合にはサービスを受けにくくなっているのが現状である。一人暮らしの場合には 20 % がサービスを受けているのに対して、夫婦、子との同居の場合では 4 % まで減少する。特に女性の家族がケアに当たっている場合は、性別役割分業の固定観念が作用して「サポートされていない」という条件に当てはまらないと解釈されがちである。また、イギリス

では、親子間の独立の度合いが高く、夫婦よりも親子の方が「より私的でない関係」と見なされており、国家の家族への介入が容易になるために、夫婦介護の場合の方が子どもによる親の介護よりもサービスを受けにくいといった状況にあり（戒能,1997:187）、例えば痴呆性老人を同居介護している場合などはサポートのニーズが極めて高いのに実際には援助が受けられないなど、ニーズとサービスのギャップが大きくなっていった。

このように、より深刻なニーズを抱えている（とみなす）ケースにサービスを集中する「重点化」の促進は、一面では資源配分の効率化として評価できるが、予防的対応の強化と矛盾するという一面もある。介護者がいる世帯は優先順位が低くなる傾向は、介護者への支援の強化というコミュニティケア改革の目標、及び1995年に制定された介護者法（Carers Act）の理念と矛盾するとして問題視されてきた経緯を受け（Lewis,1994:156）、1999年 Royal Commission の報告書において、介護者支援サービスとして、すべての在宅サービスをあげてその視点を記述している。

### 3. 日本における在宅介護者支援

#### (1) 在宅介護者支援を目的とした施策の展開

日本では、在宅介護者のみを対象とした社会手当はない。介護者に対する手当としては、地方公共団体（都道府県、市町村）の単独事業として、寝たきり高齢者や痴呆性高齢者等の要介護高齢者または介護者に対する一定額の現金による介護手当、介護慰労金等の名称で支給する事業が行われている<sup>2)</sup>。

日本で実施されている在宅福祉サービスには、「訪問介護（ホームヘルプサービス）」、「短期入所生活介護（ショートステイ）」、「日帰り介護／日帰りリハビリテーション（デイサービス／デイケア）」、「在宅介護支援センター」および「老人日常生活用具給付等事業」がある。現在ではいずれの事業もその目的の中で、「家族の負担軽減」、「家族の福祉向上」といった家族支援を示す表現を示しているが、サービス実施の当初からその目的において、積極的に「家族支援」がうたわれているのは比較的新しいサービスに限られており、ホームヘルプサービス、日常生活用具給付等事業については、事業開始当初は家族支援を目的としてうたったものではなかった。社会経済的動向を背景として、介護者支援の理念が意識的に取り入れるようになった動きが示されている。

#### (2) 家族支援としてのホームヘルプサービスへの動き

訪問介護（ホームヘルプサービス）事業（以下、ホームヘルプサービス）は、1958年頃から一部の地方で行われていたが、その成果にみるべきものがあつたところから、これを全国的に普及させるため、老人福祉法制定より1年早い1962年度から要保護階層を対象に国庫補助事業として制度化され、翌1963年の老人福祉法制定に伴い関係規定が設けられた。

##### ① 1982年「運営要綱」一部改正

家族支援としてのホームヘルプサービスへの制度上の第一の転換点は、1982年の「運営要綱」

の一部改正であり、そこではヘルパー派遣の要件から「所得制限」が撤廃された。元来このサービスは、いわゆる低所得者対策の一環としてスタートし（岡村,1981:803-804）、82年の制度改正前には、派遣要件に「生活保護世帯、もしくは所得税非課税世帯」であることが規定されていた。しかし、人口の高齢化の進展とともに、要介護高齢者の在宅介護の困難さが社会的な問題となり、特に高齢者福祉サービス一般の「中間層」への対応が不十分であるとの反省から、所得制限を撤廃する制度改正が実施された。同時に、これまでは低所得者対策の一環という位置づけのために無料で提供されるサービスであったものを、あらゆる所得階層に利用の可能性が拡大したことを理由に、応能負担の原則に基づく費用負担が導入されている。

こうした1982年の制度改正は、一方では「福祉サービスの有料化」として強い批判を招いた（河合,1992:216-218;小川,1990:48）。しかし、ここではもっぱら、「経済要件」が撤廃されたことによるサービスの利用可能層の拡大に注目したい。また、行政主体が、在宅要介護高齢者の介護問題が所得階層にかかわらず深刻であることを認め、家族介護を補完するものとしてホームヘルプサービスを位置づけようとする姿勢がうかがえる点も、それ以前にはみられない特色として評価できる。

## ②1989年「運営要綱」一部改正

第二の転換点は、1989年のさらなる「運営要綱」の一部改正である。この改正は、同年末に策定される「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」（いわゆるゴールドプラン）とのからみで、今世紀中における在宅福祉対策の緊急整備の要ともなる、実効あるホームヘルプサービスの整備を図ろうというもくろみに基づくものである。

家族要件に関連した要綱の改正点は、まず派遣対象の規定の変更にあることができる。従来「老衰、心身の障害及び傷病等の理由により臥床しているなど日常生活を営むのに支障があるおおむね65歳以上の者のいる家庭であって、その家族が老人の介護を行えないような状況にある場合」とされていたものを、今回の改正では、「老人又はその家族が老人の介護サービスを必要とする場合」と修正された。また、ヘルパーの業務内容については、従来、「家事、介護に関すること」と「相談、助言に関すること」に二分されていたものを、「身体の介護に関すること」、「家事に関すること」、「相談、助言に関すること」と三分し、さらに「介護」の内容にも踏み込んだ具体的な規定をしている。

この2点から、1982年段階の改正時に比べ、在宅福祉要介護高齢者の介護問題に対する社会的支援の必要性がより明確に認識されているといえる。ヘルパーの業務内容は、従来は家事援助中心であり、「介護」はあくまでも副次的な位置づけにとどまっていた。しかし、要介護高齢者を抱える家族にとって、介護ニーズは家事ニーズ以上に重要であり、かつその負担も重い。この部分への積極的対応なくしては家族支援という機能を十分に果たすことはできないということが、行政レベルでも強く自覚されはじめたのである。

また、派遣対象者に関する規定の変化は、福祉行政の家族介護に関する考え方の変化を示している。従来は「日常生活を営むのに支障がある」というニーズ要件の規定力が、「家族が介護を



行えない」という家族要件により相対化され、派遣決定にあたり「家族の介護力」がまず問われるのが通例であった。しかし「家族の介護力」を客観的に評価する方法が確立していないために、家族のいない単身高齢者のニーズが最も緊急性が高いといった安易な判断に流れる傾向も見受けられた。これに対して改正後は、本人もしくは家族自身が「介護サービスを必要」と判断すれば、少なくとも可能性としては派遣対象になりうるものであり、行政側の「客観的判断」によりサービス利用を拒むことは建前のうえではできなくなった。

### ③ 1992年「ホームヘルプ事業運営の手引き」の作成

「手引き」作成の背景のひとつは、「高齢者保健福祉推進十カ年戦略」を受けて、在宅中心の福祉供給体制を緊急に整備していく必要があったことと、1990年6月の「老人福祉法等の一部を改正する法律」の制定に伴い、老人福祉法および関連諸法に大幅な修正が加えられたことがあげられる。後者の点については、とりわけ老人福祉法および老人保健法に新たに盛り込まれた、各自治体に対する「老人保健福祉計画」策定の義務づけとの関連に留意する必要がある。

この「計画」の主旨は、老人保健・福祉に関するニーズの地域差を考慮して、各市町村が独自のサービス整備計画をもって実施努力をしていくという点にある。厚生省は、さらに1991年11月、「老人保健福祉計画の策定指針の骨子について」を発表し、在宅および施設福祉施策、医療・看護施策を含む計画化の基本的な考え方を示している。その中で従来必ずしも統一的な基準により規定されていなかった「要援護老人」の判定基準を示し、〈寝たきり老人〉、〈虚弱老人〉、〈痴呆性老人〉のそれぞれの類型に対応する標準的なサービス提供のモデルを示している（村川、1992:24）。介護者支援に関して「手引き」では次のような特徴が指摘される。まず、ホームヘルプサービスについて、それまで派遣対象の中心をなしてきた「単身老人」については、「単身」という条件だけで「要援助」とみなしたり、ヘルパー派遣の優先順位を上げたりすることは容易であるといましている。ここでは必ずしも直接的な表現はとっていないものの、在宅寝たきり老人の多くが家族により介護されていることを前提にすると、家族への支援をいっそう重視しようとする姿勢があらわれていると解することができる。また、次に、この「手引き」に記載された「事業の目的」では、「日常生活を営むのに支障がある高齢者本人に対する支援であるとともに、家族に対する支援でもある」と述べられている。さらに「同居家族がいることをもって派遣を行わなかったり、派遣の優先順位を下げることはあってはならない」とし、同居世帯すなわち介護ニーズが小さいというステレオタイプの把握と、これに基づく画一的対応を改めるよう注意を喚起している。これらは、1982年、89年の制度改正に示された家族支援という方針がいっそう明確にされたことを示している。こうして、その後整備された「デイサービス」（1979年～）、「ショートステイ」（1978年～）とともに「ホームヘルプサービス」も事業目的を要介護高齢者及び介護者支援とすることとなった。

### (3) その他の在宅福祉サービス

従来、家族支援を目的としていなかった事業として「日常生活用具給付」があげられる。長期にわたり寝たきりの高齢者、ひとり暮らし高齢者に対して日常生活用具等を給付又は貸与するも

ので、1989年からは、従来所得税非課税以下の低所得世帯に対して無料で給付されていたものを、在宅福祉サービスの寝たきり高齢者及びその家族等の重要な支援策として制度が有効に活用されるよう、他の在宅福祉対策と同様に給付等の対象が応能負担の費用徴収制度のもとに一般世帯に拡大された。こうして、事業の目的は、「寝たきり高齢者等又はその家族の生活の利便を図るとともに、介護する家族の負担を軽減すること」と明示されるにいった。

本事業を含めて、日本における在宅福祉サービスは、すべて家族支援を事業目的に含むこととなった。

#### 4. まとめと考察

イギリスでは、社会保障は所得保障を意味し、介護をすることにより喪失する所得の補償を目的として介護者に対して社会手当の給付が実施されている。あくまでも介護により喪失される所得の補償を目的としており、介護行為に対する報酬または慰労金として位置づけられている日本において自治体が発給している介護手当とは明確に性格を異にする。また、ICA支給の前提となるAAは、日常生活の介護を必要とするものに支給され、実際に介護をする人がいなくても支給対象となるもので、介護に対する公的補助を、高齢者本人にわたすものである。それによって福祉サービスを利用するのか、ケアしてくれる家族に支払うかは要介護高齢者本人により決定することができるという性格をもつ。現状における手当の額はさておき、家族を福祉の単位として家族に公的補助をわたすのではなく、福祉の当事者である要介護高齢者に対してわたすことは、要介護高齢者を福祉の主体として位置づけることにつながる事が期待され、同様の給付がドイツ等他国でも行われている現状を考えると、要介護者の主体性、自律性の視点を明確にする視点から、日本においても家族にではなく、本人への手当の給付を含めて、介護手当の主旨や対象の検討を一層深める必要がある。

在宅福祉サービスについては、イギリスにおいてはRoyal Commissionの報告書の中で、Support for Carersとして、デイケア、ショートステイ、ホームケア、介護者支援グループ、在宅看護サービスのそれぞれについての記述がなされている。いずれも、現状においてはその量的整備の側面から必ずしも十分に介護者支援の機能が果たせる状況にはないが、今後介護政策の展開に向けて、介護者支援が主要な位置を占めることとなる。

日本においては、1980年代以前には要介護者本人のみを在宅福祉サービスの対象とし介護者をもその対象に含んでいなかったが、1982年、1989年の改正を経て、現状ではすべての在宅福祉サービスが家族支援をうたってはいるものの、実際には例えばホームヘルプサービスの場合をみるとまだ量的整備は不十分であり（表3-1、3-2）、事業目的を十分に果たす段階には至っていない状況である。介護者支援について、イギリスの場合に、家族のみではなく近隣、親族また友人をも要介護高齢者の介護者にとらえICAの支給の対象としていることは、介護者をほぼ同居家族に限定している日本において、今後介護ネットワークの範囲および位置づけを考える上で非常に参考になるものであり、高齢化及び少子化の進展、地域での生活期間の長期化に配慮し、家

族に加え親族や近隣を含めた介護ネットワークの形成に向けての政策支援として在宅介護者支援を位置づけその体系と内容の一層の検討が求められる。

注

- 1) 国民平均所得の 12 %程度、しかも他の社会保障給付と比較しても低額であり（単身者の所得支持の 80 %以下）、所得維持のための給付とはいえない。
- 2) 1995 年現在、介護手当支給実施都道府県数 23 都道府県、受給対象者：本人-5 例、介護者-17 例、介護者又は本人 1 例。名称は、ねたきり老人等介護者激励金、介護慰労金、在宅寝たきり 老人等福祉手当で、支給対象者数約 21 万 5 千人であった。

#### 参考文献

- Caring Costs “A Better Deal”, Carers and the Social Security System Cherrill Hicks 1993, Who Cares- Looking After People At Home , Virago
- Cherrill Hicks 1989, Who Cares - Looking After People At Home
- CNA 1994, Carers deserve a better deal , campaign pack.
- Gary Craig and Caroline Glendinning 1993 ,Rationing versus choice : Tentions and options. Cash and Care for disabled and older people and their carers, in Robert Page and Nicholas Dealin eds, The Cost of Welfare, Avebury
- Guide to the Social Services 1993, The Family Welfare Association
- 平岡公一 1993「イギリスにおける高齢者福祉の改革－在宅ケアを中心に」福地義之助・冷水豊編著『高齢化対策の国際比較』第一法規出版
- 戒能民江 1997「イギリスにおける高齢者介護」石川恒夫他編『高齢者介護と家族』信山社
- 河合克義 1992「老人福祉の有料化・産業化と家族の危機」布施晶子・清水民子・橋本宏子編『現代家族の危機と再生 3.老人と家族』青木書店
- Lewis 1994 , Choice , Needs and Enabling : The New Community Care , in Oakley, A.and Williams , A.S.ed.s, The Politics of the Welfare State , UCL Press
- 三富紀敬 1996「イギリスの在宅介護者と所得・サービス」坂本重雄、山脇貞司編著『高齢者介護の政策課題』勁草書房
- 村川浩一 1992「市町村老人保健福祉計画の策定方法」全国社会福祉協議会編『月刊福祉』75(7)
- 小川栄二 1990「家庭奉仕員派遣事業の実態と課題」河合克義編『これからの在宅福祉サービス』あけび書房
- 岡村清子 1981「老人家庭奉仕員事業の制度と実践」副田義也編『講座老年社会学Ⅲ老齢保障論』垣内出版
- Royal Commission 1999 vol.3 Executive summary

表1 手当の週あたり給付額(1998年4月) (単位:円)

障害者介護手当(ICA)		
基本手当		38.70
成人扶養加算		23.15
児童扶養加算	第1子	9.90
	第2子以降	11.30
付添手当(AA) *		
	高	51.30
	低	34.30

\* 昼夜を問わず付き添いが必要な場合(高)と  
日中だけでよい場合(低)の二段階がある

表2 手当受給者数・給付総額

\* 受給者数(単位:1,000人)

年度	1982	1986	1992	1993	1994	1995	1996
障害者介護手当	8	91	189	230	274	316	357
付添手当	364	641	1,059	890	962	1,046	1,108

\* 給付総額(単位:100万ポンド)

年度	1982	1986	1992	1993	1994	1995	1996
障害者介護手当	8	184	345	442	526	617	768
付添手当	403	897	1,553	1,795	1,963	2,194	2,421

表3-1 ホームヘルパー数および派遣世帯数の動向

	老年人口 (A)(千人)	ヘルパー派遣 世帯数(B)	ヘルパー数 (C)(人)	$D = C/A \times$ 1000(‰)	$E = B/A \times$ 1000(‰)
1980	10,647	87,745	12,187	1.14	8.24
1985	12,472	93,290	20,128	1.61	7.48
1990	14,928	147,271	38,945	2.61	9.87
1995	18,261	314,713	101,527	5.56	17.23
1998	20,507	457,714	144,758	7.06	22.32

注(1)老年人口は1980~1995年については各年の国勢調査による。

1998年は総務庁総計局「平成10年10月1日現在推計人口」による。

(2)ヘルパー数および派遣世帯数は各年度の「社会福祉行政業務報告」による。

(3)ヘルパー数および派遣世帯数は、心身障害児(者)ホームヘルプサービス事業分を含むため、指標(D)(E)の精度は若干落ちる。

表3-2 老年千人あたりホームヘルパー(England and Wales)

	老年人口 (千人)	老人千人あたりヘルパー(‰)	
		65+	75+
1980	10,362	6.73	17.54
1986	11,047	7.09	16.58
1990	11,602	7.45	16.85
1993	11,783	7.64	17.27

資料: Howard Glennerster et.al, 1998 The State of Welfare