

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年に以降常に保健・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化社会の到来に備え（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 か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—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が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－「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³⁾。

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実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)、在所者数は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”。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（Royal Commission）が設置され、1999年3月に報告書（With Respect to Old Age : Long Term Care - Rights and Responsibilities）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、変革の時期を迎えることとなった。

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	年、月	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	1963.	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	1969.	寝たきり老人に対する老人家庭奉仕員派遣制度制定
1971.	"Better Service for the Mentally Handicapped" : DHSS 白書公表	1970.	社会福祉施設緊急整備5カ年計画策定
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	1973.	老人医療費無料化実施
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 III" : 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	1978.	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	1982.	家庭奉仕員 (大幅増員、所得制限撤廃)
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	1983.	老人保健法制定
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	1986. 1	福祉関係三審議会合同企画分科会を設置
1986.	"The Disabled Persons' Act" 「障害者 (♀・♂)、訪問および代表) 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	1986. 6	「長寿社会対策大綱」策定
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	1987.	社会福祉士及び介護福祉士法制定
1988. 3	"Residential Care : Positive Choice" (Wagner Report) の公表	1988. 10	「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」(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	1988. 12	税制改革関連6法案成立

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、メイジャー首相就任。		
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構築を旨指して」: 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	介護保険法成立
1997. 12	高齢者長期ケアの関する王立委員会 (Royal Commission) の設置		
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)	老人保健福祉計画案 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。

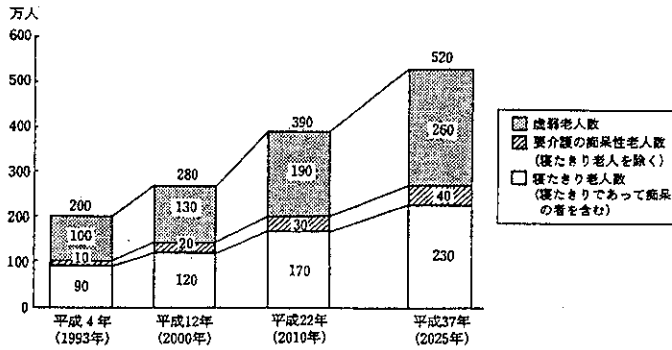
表-3 老人福祉対策の動向

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か所	8,643	14,156	17,000か所
在宅介護支援センター	300か所	3,400	7,964	10,000か所
〔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か所	240	360	400か所

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ヵ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。

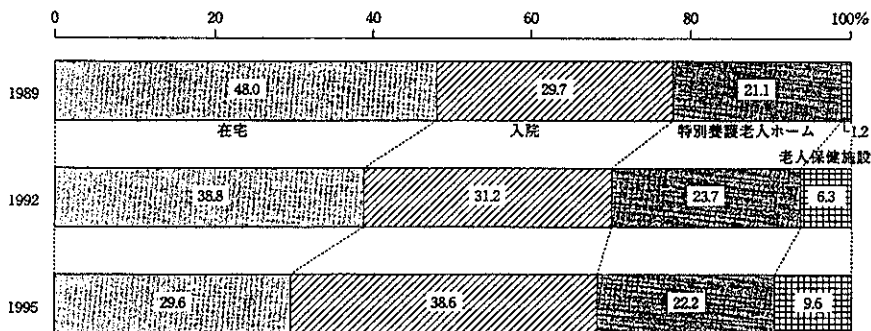
表-5 在宅の寝たきり者数およびその構成割合
 (年齢階級、寝たきり期間別)

(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	4 515	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
経 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	245	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
経 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	15 281	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
経 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
経 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)	—
1986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 A2.1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

1. 人口・保健指標

日本は2000年において先進国の中で高齢化が最も進んだ国の1つである。65歳以上人口の総人口に占める割合で見ると日本はフランスやスウェーデンとほぼ同程度であるが、75歳以上人口の総人口に占める割合で見ると日本の方がまだ低い(表1)。

アメリカは医療費の対GDP比が高いにもかかわらず、乳児、児童、若年、中年の各年齢で死亡率が他の先進国に比べて高い。アメリカの乳児死亡率は日本の2倍であり、統計の取り方でアメリカの数値が過大評価であったとしても、真の値が大幅に改善するとは考えられない。アメリカでは10歳代及び40代以上の女性の妊娠の割合が高く、これが乳児死亡率を高くしている一因である。また、アメリカは先進国の中で65歳未満の年齢別死亡率が最も高いグループに入っており、事故、殺人やその他の暴力、等がその原因の1つであり、35～64歳では男女とも心疾患による死亡率が高い。平均寿命の伸びがQOLの犠牲を伴っているかどうかを見極めるには障害の測定が必要であるが、その方法はまだ確立されていない。WHOのInternational Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)はそのような指標の1つである。保健政策の目的は障害のない生存年を伸ばすことであり、健康平均余命の研究においては国際的な研究者グループによって指標の標準化が進められている。

喫煙と大量飲酒は直接的にも長期的にも健康に害を及ぼすことが知られている。先進国の死亡の原因の20%は喫煙によるとみられている。アメリカとカナダを比べると、アメリカの方が喫煙率は低く、肥満の人や運動しない人が多い。

2. 医療指標

日本の人口千人当たりの医師数はやや少ないが、看護職員数は平均以上となっている。一方、日本の病床数(人口千人当たり)は主要国の中で際だって多く、ドイツの1.7倍、アメリカの4倍である(表2)。病床数が多いため、病床1床当たりの看護職員数は他国と比較して少ない。日本の外来受診率は大変高い。これは、患者が自由に医療機関を選択できることを反映したものと考えられる。日本の医療費(対GDP比)は表2の9か国の中でイギリスに次いで低い。医療費の内訳では入院の構成比が小さく、外来の構成比が高いことが日本の特徴である。入院の平均在院日数も日本が国際的にみて極めて長い。他の国でもかつては30日を超えるところもあったが、近年はいずれも10日前後に減少している。人口100人当たり入院件数では日本が最も少ないことから、日本では他の国より少ない人が入院サービスを利用しているが、入院する人はより長く入院しているといえる。

3. 開業医の状況(注1)

(1) フランス

フランスの GP は gatekeeper の役割は担っておらず、1 人又は少人数で開業している。平均年齢はヨーロッパの平均より低く、女性や職業訓練を受けた者はほとんどいない。勤務時間は長く、多くの GP が予約外診療を受け付けている。プライマリー又はセカンダリ・ケアにおいて他の職種との協力関係は平均的だが、ソーシャル・ワーカーとの協力は悪い。

GP は最初にかかる医師として確立している。治療及び慢性疾患の管理においてフランスの GP は平均以上であるが、医療技術の使用においては平均的である。homeopathy（同種療法）を行う人は少ない。予防の分野、特に出生前ケアや子どもの予防接種などでは活動は活発である。頸部ガンや高血圧の健診も活発である。

1 回の診療時間は平均よりはるかに長いが、外科診療件数でみると仕事量は非常に少ない。往診の率はかなり高く、GP の半数は入院中の患者を訪れている。電話相談は少ないが、大部分の GP は勤務時間外の診療にかかわっている。助手を雇っている GP はほとんどいず、診断機器もヨーロッパ平均より少ない。GP の半数はコンピュータを持っているが記録管理に使っている人はほとんどいない。フランスの GP は事務的な仕事は嫌いが、仕事の満足度は平均的である。

(2) ドイツ

ドイツの GP の密度は低く、gatekeeper の役割は担っていない。全体の 3 分の 2 は 1 人診療である。ほとんどが男性で、平均年齢はヨーロッパの中で最も高いグループに入っている。多くは職業訓練を受けている。勤務時間は特に長い。予約外診療の状況はヨーロッパの平均である。プライマリー又はセカンダリ・ケアにおいて他の医療職との協力関係は良いが、ソーシャル・ワーカーとの協力は悪い。

婦人病を除けば最初にかかる医師としての GP の役割はヨーロッパの平均であり、精神社会的な病気の場合には特にその役割が強い。医療技術の使用は平均的であるが、慢性疾患の管理、高血圧や高コレステロールの発見、homeopathy の使用では優位である。GP は出生前ケアや婦人の予防的ケアにはあまり関わっていないが、子どもの疾病サーベイランスや予防接種への関与は平均的である。

患者数も電話での相談も多く、ドイツの GP の仕事量は特に多い。多くの GP は入院中の患者を訪れ、3 分の 2 は勤務時間外の診療に関わっている。大多数は予約診療であり、予約の遅れはヨーロッパ平均である。診断機器やコンピュータは最も整備されている。GP は事務の仕事や診療報酬に不満を持っており、仕事の満足度は平均以下である。

(3) スウェーデン

スウェーデンの GP 密度は特に低い。多くの GP は公的医療制度に雇用され、グループで仕事をしている。平均年齢はヨーロッパ平均より高く、他の国より女性が多い。職業訓練を受けた者の割合は高いが、継続的な医学教育への関心は低い。週の勤務時間や時間外