

図表 1 3 医療社会保険財政を左右する要因と財政改善の政策手段

<p>①供給コストの抑制 $S = S(r, Q)$ $S'(r) > 0$、$S'(Q) > 0$ $S'(r) > 0$はこの式を r で偏微分すれば供給コスト S が増加するという意味</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬 (r) の抑制 ・ 必要以上の診療行為の量 (Q) の抑制 ・ 医薬品の価格・コストの抑制 薬価基準の改善 <p>②需要の抑制 $D = D(p, x)$ $D'(p) < 0$、$D'(x) < 0$</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の自己負担率 (p) の引き上げ ・ 緊要度の低い医療及び一定額までの低額医療の社会保険からの除外 ・ 患者の待機・行列 (x) による需要抑制(供給制限による需要抑制) ・ 予防健康管理による医療需要抑制 <p>③システムの改善 (供給曲線の下方シフト)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市場化・競争導入による効率化 ・ 医療供給システムの改善 フリーアクセス制とゲートキーパー制の最適組み合わせ ・ 診療報酬システムの改善 出来高制と包括制度の組み合わせ ・ 薬価基準の改善 ・ 高齢者医療制度の改革 高齢者医療と介護システムの総合化 社会的入院を介護へ <p>④経済成長率と雇用所得上昇率を高く、完全失業率を低くする。その結果、M/YのYが大きくなる</p>
--

Y : GDP, M : 医療費、 S : 医療供給、 D : 医療需要、診療報酬の単価、 Q : 供給量、 p : 自己負担率、価格に相当するもの

これらの要因にどのようにして対応することが医療政策の目的に沿うかを当面の医療福祉政策の問題点を例に用いて示すことにしよう。

5 医療制度の福祉ミックス型改革

(1) 福祉ミックスで公正、効率、人間味の両立

日本の医療福祉制度の当面の課題は、公的計画原理の基本目的とする広くあまねく公平な医療保障を維持しつつも、市場原理を導入することによって医療福祉の効率化を図り、医療福祉財政の健全化に役立てることである。両者の両立は福祉のポリシー・ミックスでもって可能である(加藤寛・丸尾直美編、ライフデザイン研究所監修、2000年)。すなわち公正目的に主として計画原理を割り当て、効率目的に主として市場原理を割り当てる。そして人間的看護・介護及び家庭医にはインフォーマル・システムを割り当て、人間味のある暖かいサービスを提供するというのが福祉ミックスの考えである(図表 13)。介護福祉分野ではインフォーマル部門が特に大きな役割を果たすが、医療の分野でも在宅医療の場合の看護・介護にインフォーマル部門の家族が大きな役割を果たすことは言うまでもない。

最近では、病院内にもボランティアがボランティア・マークをつけて巡回しており、医師・看護婦の手が回りきらない家族的機能を果たしている場合もある。病院は完全看護制度になってきているとはいえ、家族やボランティアが病人の心の支えになる場合は多い。利己心に応じて行動する市場原理の働く領域が多くなるからこそ、人間味のあるインフォーマル部門の役割も一面では重要になるのである（丸尾、2001年3月）。

図表 13 医療福祉政策における福祉のポリシー・ミックス

社会システム	政府部門 計画システム	民間事業部門 市場システム	家族、ボランティア NPO インフォーマル・システム
政策目的			
公正			
生存・健康ニーズの普遍的公平な分配	◎	x	○
機会均等	◎	○	
比例的平等（貢献に応ずる分配）	○	○	
効率			
配分効率		◎	
X 効率	x	◎	
人間的価値			
人間的暖かさ、愛	○		◎

◎印はとくに当該システムがその目的実現に特に適する場合。○印はある程度、当該システムがその目的を実現できる場合。x印は当該システムによって実現するには適さない目的。機会の均等という意味と公平な扱い（equal treatment for equal case）という意味での公平さは公正原理の一部であると同時に、市場原理がうまく機能するための条件でもある。貢献に応ずる分配という意味での公平は市場原理の一部であると同時に公正原理の一部でもある（丸尾、2001年1月）。塩野谷祐一氏の言われる卓越という価値は、ここでいう効率でも公正にも含みきれない人間的価値の考えと共通するところがある（塩野谷祐一、2001年）。

インフォーマル部門特有の人間味ある医療をすることが期待されるのが地域の個人医である。大病院の医師と違い地方のGP（一般医）である個人医は多くの場合、患者との個人的コンタクトの機会も多く、転勤の多い大病院の医師と違い、患者とのコミュニケーションの機会も多い（Scott, 2000）。GPにゲートキーパーの役割（次節参照）を持たせるだけでなく、GPのこのような長所を生かすような医療供給体制にすべきである。

（2）医療供給体制の改革—計画原理と自由選択原理の両立—

医療供給体制の一つの問題は、医療施設の地域における配分が医療資源と医療施設配置の最適化のため

めの要請と消費者（患者）の選択の自由のジレンマをどう解決するかということである。イギリス、スウェーデンのような国営医療サービスのような場合には、計画原理優先で、医療施設を計画的に配置する。スウェーデンでは全国がほぼ県（län）と同じように20のランスティング（landstings）と呼ばれる医療圏に分けられ、医療圏毎に、総合大病院、高度専門病院を中心に、基礎自治体のコミュニケーションの患者に近い末端には診療所と地区の医療に責任をもつ地区ナース（MAS）を置くことを義務づけた。このナースにはかなり医療機能が委譲されており、簡単な治療は医師の診断無しで行なわれ、プライマリ・ケアの一端を担っている。また多数の訪問ナースが在宅医療を支援している。かつては医療はランスティングの管轄で、費用の大部分をランスティングが負担していたが、1990年代のエーデル改革で高齢者医療関係のことはコミューンに移管されて高齢者医療と高齢者福祉サービスの計画的総合化が進められた（丸尾直美・塩野谷祐一編、2000年、医療経済研究機構、2001年の③）。

ゲートキーパー方式かフリー・アクセスか

概して計画原理で医療供給をシステムを作っている国では、計画による資源配分の最適化を意図し、第一次医療を通して総合病院や高度専門病院に行くことになっている。イギリスもこの点では同様な方式を原則としていた。このように第一次診療を経てそこでより専門的な診断と治療が必要と認められて始めて大病院や専門病院で診療や治療を受ける医療供給体制をゲートキーパー方式と呼び、日本の場合、そうであったように患者は大病院へ直接行って診療を自由に受けられる制度をフリー・アクセス方式という。フリー・アクセス方式は個人の選択の自由を尊重するという意味では市場原理に沿う方式であるが、高度の施設を備えた専門医（その医療サービスの限界コストは高い）が簡単な風邪や怪我の診療や治療を行なう（その限界効用は高くないと想定される）という点では資源配分上、無駄があり、しかも患者は「3時間待って3分診療」と皮肉られるように、患者にとって時間の機会費用が大きい。

ツー・チャンネル方式で計画原理と選択の自由の両立を

そこで第三の診療方式として考えられるのは、どちらの方式も選択で選べるツー・チャンネル方式ともいえる方式である。それは一次医療を経る課直接専門病院に行くかを個人の自由選択に任せ、直接専門病院や大病院に行く場合には大病院がその患者から社会保険外の追加別料金を徴収する方式である。この方式はフリー・アクセス方式の個人選択の自由という長所と、計画による配分効率という長所の両方の長所を備えることができる。（それぞれの長短は図表14参照）。

この場合、第一次医療の医者と大病院・専門病院にツー・チャンネル方式が有効に機能するよう第一次医療の医師には紹介状を書くことに適切な社会保険診療報酬で報い、大病院・専門病院は紹介状無しで訪問した患者には追加の適切な別料金からの収入を得るという形で報いることがこの制度が機能するかどうかを決めることになる。大規模高額施設を有し、優秀な学識と技術の医師を有する病院と一次医療の診療報酬二個のような形で差を付けることは市場原理的料金設定であろう。

図表 14 医療供給システムの型

診療システムの方式	長所	短所
①ゲート・キーパー方式	医療施設を計画的に配置できる	個人の自由選択が損なわれる
②フリー・アクセス方式	個人の自由で診療所を選べる	資源配分が必ずしも合理的に行われない 病院での患者の待ち時間が長区、診療時間が短い
ツォー・チャンネル方式 A 一次診療所と専門病院との料金体系を別にし、専門病院の料金を高くする B 専門病院では一次診療所の紹介がない場合は、社会保険対象外の追加別料金を課する	①、②のどちらかを個人が選択できるので、資源の計画的は遺文の長所と、個人の自由選択の長所とを併せ持つことができる	③のAで専門病院の診療料金が高すぎると、患者に階級が生ずるおそれがある 特になし。ただし、一次診療医師が重大な病気を見逃すこと危険はある

(2) 最適混合診療・混合医療を：社会保険診療と自己負担医療の最適ミックス

医療供給のもう一つの問題は、社会保険あるいは公的医療によってカバーされる医療と個人の負担で支払う医療をどのように組み合わせるかの問題である。社会民主党系の福祉国家では医療に階級を設けるべきではないという理念から、医療サービスは全国民に普遍的に公平に行われるべきだとして、国営医療制度によって混合診療は基本的には認めないという方針を採ってきた。北欧諸国では国民生活が豊かになるにつれ、社会保障でカバーされる標準医療福祉の水準を引き上げてきた。しかし、国営医療方式のイギリスでも国営医療負担の対象外の医師や病院が認められ増えている。スウェーデンでも緊急医療に関しては公費負担外の自己負担の民間医療を認めている。日本では福祉国家の計画原理と、民間市場的原理の妥協の結果として、いわゆるアメニティ部分(差額ベッド、特別の食事等)と高度先進医療に関しては、自己負担となっている。最近、話題となっていることはこの指摘負担の医療の部分をもっと拡大して社会保険医療費を抑制し、自由選択によるもっと快適で先端の医療を希望者は)負担の部分をもっと増やすことによって社会保険給付費を抑え、私的自己負担の領域を受けられるようにするほうがよいという議論が高まっているが、慎重に配慮して混合医療福祉の領域を幾分拡大する改革を行なうことが必要である。

(3) 出来高払い方式と包括払い方式の最適ミックスを

日本では診療報酬制度も貢献に応じて支払うという意味で市場的な性格の出来高払い方式を基礎としてきたが、先に述べたような「悪魔の手」(利己心に応じて行動すれば社会的浪費になる)が働くので、

高齢者医療を中心に包括支払い方式が導入されてきた。高齢者介護保険制度では要介護度に応じて包括支払い方式になっているが、高齢者医療に関しても、社会保険外の医療の比重を今少し介護保険方式に近づけて包括支払い方式の比重を高める事が、患者の効用や治療効果を下げることなく医療費を節約することが可能であろう。

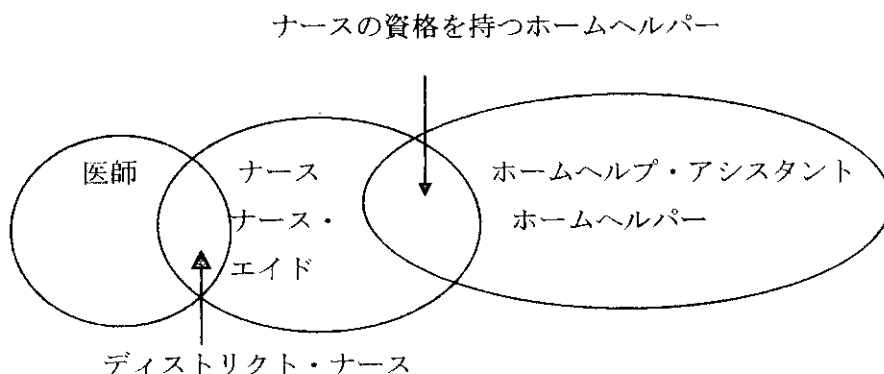
一般診療の場合にも、医療のITが進み、傷病毎の標準的診療報酬額が分かるようになれば、傷病毎の標準報酬額を包括化していくことが可能になるろう。

(4) 医師、看護婦、ホームヘルパーの最適な組み合わせ

医療福祉サービスに関しても医師、看護婦、ホームヘルパーの機能の配分の在り方を田野線侵食の経験をもとに見直す必要がある。スウェーデンではナースのうちのディストリクト・ナース(distrikts sköterska)にある程度の医療的機能を行う権限をあたえて、地区内での簡単な治療を敏速に行っている。ナース(sjuk sköterska)は医師よりはるかに数が多いし、要請コストも給与も医師より低い。しかし、教育と経験のあるナースであれば、簡単な治療は医師と同様にできるから、ナースに医療と治療の権限を一部委譲することによって医療福祉ニーズのより効率的充足が可能になるであろう。

スウェーデンでは医師とナース(看護婦)の機能が一部重複してきたようにナースの機能とホームヘルパーの機能が一部重複する傾向がある。スウェーデンでは在宅介護重視の傾向が強くなったことは既に紹介したとおりであるが、在宅介護だけでなく在宅看護も重視されるようになった。ホームヘルパー(hemhjälp)はナースエイドの資格をあわせて持てるようになり、ヘルパーでありナース・エイドの資格を持つものが増えてきた。図表 15 が示すような形で、医師、ナース、ホームヘルパーの役割が一部で重複している程度が日本より大きい。在宅重視といわれながらヘルパーの総数には変化があまりみられないが、ヘルパーのうちのフルタイム勤務者が増え、准看護婦の資格を持つものが増えてきたことはホームヘルパーの質が向上したと言ってよいであろう。給与もナースとホームヘルパーの差は小さい。ストックホルム大学の福祉専門家マルティ・パーカーさんの説明ではナースエイドの給与が12,000~13,000 クローナでホームヘルパーが10,000 クローナくらいとのことであった(丸尾直美、塩野谷祐一編、2000年)。

図表 15 スウェーデンにおける医師・ナース、ホームヘルパーの関係



いずれにしても医師、看護師、ホームヘルパーが部分的には図表 15 のように機能を重複させなが

ら人間的コンタクトと IT ネットワークで連携して患者あるいは要介護者のサービスに当たることが要介護者にとっても費用節減の観点からも好ましいといえるであろう。

(5) 高齢者医療制度の改革

四つの改革案

最後に日本の当面の医療制度改革を論ずる場合には高齢者医療制度の改革を避けておれない。2000年現在で高齢者医療費の約4割が若い世代の保険会計から拠出されており、このままではその比重は次第に高まっていくが、そうなると高齢者医療制度は、次第に高齢世代の医療費を若い世代が負担する賦課方式的になって行き、公的年金制度と同様な世代間不公正問題も生ずる。それに先に述べた費用と負担の対応原理から見ても何らかの説明が必要である。費用と負担の対応関係がなければ、経営努力や費用節減努力にも悪影響が生ずる。

高齢者医療制度の在り方をめぐってはよく知られているように、図表16のような対立的改革案が当初、提示された。

図表 16 高齢者医療制度改革諸案

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">(a) 突き抜け継続方式 (日本医師会)(b) 分離独立方式 (支払側の労使団体)(c) 年齢などによるリスク構造調整方式 (塩野谷祐一氏などの学識経験者)(d) 総合方式 (国民健康保険中央会) |
|---|

当面は (a)、(b) 案の歩み寄り、将来、年齢や診療群等による医療費差がデータの蓄積が行われるようになった段階では、リスク調整によるコストに応ずる公正負担方式 (c) に進み、制度を一本化していくことも可能であろう。

突き抜け方式のほうが自分達先輩の費用を負担し、自分もやがて費用を負担してもらうという点では、費用負担→将来の給付という対応関係があるという点で、現行の拠出方式よりも納得的であるし、いわゆる経営努力を促がしやすい。他方、分離独立方式の方が介護保険制度との総合化をし易いし、転職者が多い時代には適している。分離方式は傷病リスクの大きいリスク集団を分離して、政府がその費用を多く負担するという意味では先に説明した分離型のリスク調整方式と見ることができる。医師会も支払側の労使団体も保険者団体からの拠出金をなくすという点は共通であるし、医師会の新たな修正案が75歳以上の高齢者医療を独立させながらも75歳以上に関しては突き抜け継続方式をとるなど、(b) 案とのミックス化を試みているし、経営者団体も高齢者医療を分離独立させる案に近づいてきたので、この辺方向で意見の相違を調整し、第一段階の改革を行なうべきであろう。

高齢者医療と高齢者介護サービスの総合化

医療サービスと福祉サービスの総合化と施設サービスと在宅サービスの総合化は特に高齢者の場合、

ノーマライゼーションの観点からもコスト節減の観点からも好ましい。安全性、医療ニーズ上、必要がない限り医療から福祉へ、施設ケアから在宅ケアへという方向への誘導が同様の観点から好ましい。

高齢者医療では、高齢者介護サービスとの総合化により、「社会的入院」を減少させれば、医療費の節減になるとしてその方向の政策が試みられてきた。スウェーデンではエーデル改革が正にそれを試みある程度の成果を収めた。介護保険制度も病院の「社会的入院者」をよりノーマル・ライフができ、費用が安くつく介護施設に誘導させることを一つの目的としていた。費用が安くてしかも施設への当人の満足度(効用)が高いのであれば、先に述べた基準からして大いに好ましい政策である。

病院入院と介護施設とでどちらが費用が安くつくかについてはいくつかの試算があり、介護施設の方が安くつくことは多くの場合、疑いない。筆者は高齢者介護施設の入所定員が病院への高齢者入院者数に比べて相対的に多い都道府県と逆の都道府県とを比べて、病院への高齢者入院数が相対的に多い都道府県の方が<一人当たり老人医療費+老人福祉費>が高齢化の影響を除去した後の比較で多くなる傾向があることを計量的に裏付けたことがある(丸尾、1998年11月)。

この種のコスト調査と施設入居と入院の満足度調査に基づいて社会的入院者を介護施設や在宅介護・看護に誘導する政策をもっと積極的に進めることが必要であろう。

しかし、医療施設にいることは医療ニーズが生じたときの安心感が大きい。そこで介護施設でも在宅介護でも医療ニーズが生じたときにそのニーズに敏速に対応できるシステムになっていることが大切である。複合施設化はこのようなニーズに対応するための工夫でもある。高齢者が医療施設から医療機能を持つ複合施設に移ることによって通常は費用節減になるが、そのほか複合施設化には図表17のようなメリットがあると考えられる。

図表17 複合施設のメリット

(1)利用者にとってのメリット

- ・継続性:病気になったり、ケアの必要度が重くなっても遠くの施設に移る必要がない。
- ・軽い介護を受ける施設でも同じ場所に医療・看護の施設があると安心
- ・通所施設の付属で、在宅介護との連携が可能

(1) 施設側のコスト面での節約のメリット

- ・医療施設から介護施設に移ることによって通常は入所費用が節減される。
- ・規模の利益 一つの施設では規模の利益がえられないが、いくつかの施設が複合すると、規模が大きくなり、規模の利益が生ずる。
- ・施設とスタッフの共同利用によるメリット
 - ・取り引き利用の節約
 - ・単一施設では相当の規模でないと、規模の利益が得られないので、大規模化し、利用者の近隣に施設をつくるのが困難になるが、複合施設ではこの施設は小規模でも全体としてはかなりの規模になるので、大部分の住民の近隣に立地することが可能になり、コスト面だけでなく、ノーマライゼーションの観点からも好ましい。

(参考文献)

- 加藤寛・丸尾直美編、ライフデザイン研究所監修(2000)『福祉ミックス社会への挑戦』日本経済新聞社。
- 厚生労働省(2001)『医療制度の改革の課題と視点』厚生労働省。
- 厚生労働省(2001)『医療制度の改革試案』厚生労働省。
- 医療経済研究機構(2001)『アメリカ医療関連データ集』医療経済研究機構。
- 医療経済研究機構(2001)『イギリス医療関連データ集』医療経済研究機構。
- 医療経済研究機構(2001)『スウェーデン医療関連データ集』医療経済研究機構。
- 西村周三(1997)『医療と福祉の経済システム』ちくま新書。
- 丸尾直美(1980)「医療費はどう決まるか」、江見康一・加藤寛編『医療問題の経済学』日本経済新聞社。
- 丸尾直美(1998)「高齢者医療と福祉の総合化」『医療と社会』11月号、医療科学研究所。
- 丸尾直美(2001)「21世紀はストックと公正の時代」『LDI Report』1月号、ライフデザイン研究所。
- 丸尾直美(2001)「21世紀社会経済システムの展望：第三の道を求めて」『中央大学経済研究所年報』3月号、中央大学経済研究所。
- 丸尾直美(2002)「市場指向の医療福祉改革再論」『LDI Report』。
- 丸尾直美・塩野谷祐一編(2000)『先進諸国の社会保障：スウェーデン』東京大学出版会。
- 塩野谷祐一(2002)『福祉の倫理』近刊。
- 漆博雄編(1998)『医療経済学』東京大学出版会。
- Eenthoven, Allan J.(1988) *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North-Holland.
- Grossman, Michael(2000)“Human Capital”, A.J. and J.P. Newhouse eds., *Handbook of Health Economics*, North-Holland.
- Jeremiah Hurley(2000)"An Overview of the Normative Economics of the Health Sector", Culyer, A.J. and J.P. Newhouse eds., *Handbook of Health Economics*, North-Holland.
- OECD(2000)OECD Health Data 2001, OECD.
- Scott,Anthony 'Economics of General Practice', in Culyer, A.J. and J.P. Newhouse eds., *Handbook of Health Economics* Vol.I, North-Holland.

Ⅱ 分担研究報告

1. 高齢者福祉サービスの市場化と総合化

川野辺 裕幸

1. 欧州における高齢者福祉サービスの市場化と総合化の試み

本研究グループが2002年8月に視察した高齢者福祉施設はストックホルム（スウェーデン）、コペンハーゲン（デンマーク）、ロンドン（イギリス）の3カ所である。どの施設も介護サービスがついた高齢者むけ集合住宅というべきサービス・ハウジングであり、高齢者が施設の運営主体と契約して家賃を支払って入居する住宅である。北欧では、こうした形態の高齢者介護施設が一般的な存在になって数十年経過しているが、今回の視察の目的の一つは、高齢者向け集合住宅に、様々な介護、医療機能が付け加わった複合施設のあり方を見ることであった。この点で、訪問したサービス・ハウジングは、いずれも精神等の障害のある高齢者の施設であるグループ・ホームを併設していたり、近隣の高齢者が通うデイサービス・センターを併設している複合的な高齢者福祉施設である。

(1) 複合高齢者福祉施設：ストックホルム市

最初に訪問したストックホルム市東部にあるサービス・ハウジング「フリスタード」は1983年に開設された160人が入居している比較的大きな高齢者福祉施設である。訪問した3つの施設に共通する点も多い。

「フリスタード」の入居者160名のうち70%が女性であり、入居者の平均年齢は、82.8歳、最高齢は99歳6ヶ月である。24時間介護を必要とする入居者は120程度で、平均の入居年数は十数年であった。住居用に4つのフロアがあるが、8人～10人のグループごとに、簡単な調理と料理のとりわけ等のサービスができるキッチンをついた食堂と居間を兼ねた大きな部屋があり、入居者はおもにこの部屋か自分の住居で生活をする。

各人の住居は小さなキッチンと居間、寝室からなる1DKの部屋が主であるが、平均43㎡とかなり大きな間取りである。住居には、自分の使ってきた家具や絵画、置物、家族に写真などの持ち込みが自由であるほか、壁紙も自分でえらぶことができる。

食事は、配食サービスを利用することも、住居内で調理することも、階下にあるレストランで注文することもできる。共同の施設としては、地域に住む高齢者も利用できるレストランのほかに、美容室、図書室、ホビールーム、リハビリテーション用の施設、小さなショップなどがある。

精神等の障害をもつ高齢者のグループ・ホームには2グループ十数名が入居していたが、フロアが別にされており、専門の看護師が配置されていた。

センター全体の職員は3人の看護師、4人の准看護師、運動セラピスト、作業療法担当者などがいて、日中7時～16時は11人体制、16時～24時は4人勤務、24時～翌朝7時は2名という体制である。

図書室では市図書館の図書を用意して、週2回の貸し出しを実施している。医師は週2回訪問するが、そのほかに歩行障害の原因を除くフット・ケアや難聴者訓練等の専門家が週3回～毎日訪問して治療に当たる。

高齢者福祉施設の運営主体は基礎自治体のコモンであり、家族がコモンに入居申請を行い、介護の必要度合いや障害の程度によって提供すべき介護サービスが決められる。入居者が負担する毎月の費用は、提供する介護サービスや所得に応じて異なり、3,800～7,000スウェーデン・クローネ（約5～9万円）と幅がある。ただし、近年は所得による入居制限が設けられるようになってきている。

（2）市有福祉施設運営の民間委託

ストックホルム市ではすでに、高齢者福祉施設の民営化を進めており、このサービス・ハウジングでも、レストランは民営であり、清掃や警備は民間委託が行われていた。クリーニングについても外部委託が行われる例が多いが、この施設では2名の専任職員が作業に当たっていた。

視察対象とした高齢者福祉施設は1ヶ月後に運営全体を民間委託されるという移行期間にあった。移行準備のために民間企業が施設長予定者を派遣して、研修に当たっていた。施設長予定者は看護師の資格をもち、他の高齢者福祉施設での勤務経験を持っていたが、スウェーデン全体としても、施設長は看護・医療の経験を重視する通例になっているという。

運営を委託される企業は入札によって決まる。ただし、サービス内容はコモンが詳細に決めているので、民営化によって削減可能なサービスの項目は非常に少なく、また、コモンによる抜き打ち査察もあるため、サービス・レベルが低下することはないという。一方、提供されるサービスが追加されることもない。入居者の家賃はコモンに納められ、サービス・ハウジングにはコモンから運営費用が入居者数に応じて支給されることは民営化前後と変わらないが、運営費用の節約による収益は企業のものとなる。また、民営化後の職員の処遇については、組合と協定を結んでおり、職員は運営会社の社員になってこのセンターにとどまるか、公務員の身分を続けて他の施設に移動するかを選択を迫られる。社員になった場合には以前と同じ待遇が一年間保障される。

視察団の対応に当たったのは、サービス・ハウジングの運営を担当する企業から派遣された施設長予定者と、公務員であるマネージャー補佐と介護士の計3人であったが、説明を担当したマネージャー補佐、介護士と施設長予定者との間に何となくよそよそしい感じがただよっていたことは否めない。マネージャー補佐によれば、民営化後はコモンによる運営とはちがって、運営上の決定はすべて施設長によることとなるので、運営の細かい事柄に関して、許可の申請書類作成、コモンとの折衝など、煩雑な作業が簡素化されることが期待されるという。

（3）入札によるアラーム・システムの導入

高齢者福祉施設訪問のもう一つの目的は、社会警報装置（アラーム・システム）の設置と運用の実際を見ることであった。スウェーデンでは、要介護高齢者のためのアラーム・システムは全コモンに設置が義務づけられており、その費用はコモンが負担することになっている。「フリスタッド」でも2種類のアラーム・システムが設置されていた。固定式のシステムは各住居に設置され、ナース・コールのような形をとる。職員はみな携帯電話状の端末を所持しており、施設内のどこからでもコールに対応できる。もう一つのシステムは入居者個々人が持っている腕時計式の端末で、外出時には外のアラーム・システムとつながるようになっており、自動的に警報を発信することで要介護高齢者の

位置確認をすることができる。どの信号もサービス・ハウジング内で別電源系統をもつコンソールに記録され、部屋番号、コールの時刻、応答者等が記録される。こうしたアラーム・システムの導入に当たってコムーンは公開入札の形をとって設置業者を選択しており、アフターサービスも含めたコスト意識の向上が強調されていた。

(4) バウチャー方式による民営化を進めるナッカ市

本研究グループは民営化の進展度合いが著しいコムーンとしてストックホルム市近郊のナッカを選んで、市長から民営化の方法を中心とした説明を受けた。コムーンの業務はその九割が教育を含む社会保障の諸施策であり、いかに社会保障支出を抑えるかが、低成長と税収減に対してコムーンの運営を維持する重要な課題であった。ナッカで行われている手法はバウチャー方式による社会保障政策の実施である。これは、社会保障政策の受給資格を持つ住民に福祉施設や学校を選択させて、住民の選択した施設に対してコムーンから運営費用が支給されるものである。施設は提供するサービスの質を上げることで利用者を集められ、同時に運営費用が支給されるために、効率化とサービスの質の競争が促される。利用者が予定を下回れば施設の責任者は運営の見直しを余儀なくされる。実際にバウチャーが集まらないために廃止された学校もある。またバウチャー方式によれば施設に対する運営費用の支給は利用者の数によって決まるために、民間企業が参入する手続きも容易である。この結果、ナッカでは、高齢者福祉施設の59%が民間経営になっている。

(5) 公営のまま福祉費用を節減する試み：コペンハーゲン市

デンマークでも高齢者福祉施設の民営化は試みられており、清掃等の業務の一部から、施設運営全体に至るまでさまざまな事例があるが、今回訪問したコペンハーゲン市のサービス・ハウジングは公設公営の形をとっていた。デンマークでは、在宅介護に重点が置かれており、在宅介護支援施設の建設が盛んだが、一方でここ数年高齢化率が安定する時期に入ったために、その間に旧来のサービス・ハウジングを改築して居住環境をよくしようとする努力が続いている。

今回訪問した高齢者福祉施設「ナーシングセンター・ボンデルプガルド」も1960年代に建設されたふるい施設であったが、一区画14.7㎡のバス・トイレのない住居をつなげて1DKタイプに改造したものであった。人口約50万人のコペンハーゲン市に15あるソーシャル・センターが直接、市の福祉業務を管轄しており、サービス・ハウジングへの入居もソーシャル・センターが認定する。在宅介護に重点がおかれているデンマークらしく、平均の居住期間は約2年であり、十数年居住のスウェーデンとは大きな開きがある。それでも、施設利用者は65歳以上の高齢者の5%程度であり、さらに低い日本の事情とは大きく異なる。

(6) NPOが所有し運営するロンドン市の高齢者福祉施設

ロンドンでは、民間非営利組織(NPO)であるアンカートラストによって運営されている高齢者福祉施設「シルクコート」を訪問した。アンカートラストは、1968年に設立され、孤独しがちな一人暮らしの高齢者を対象にした介護付きの集合住宅の供給を目的として設立されたNPOで、現在では1,500施設、約3万戸の高齢者住宅を管理・運営している。イギリスでは、寄付金が個人所

得税控除の対象となる優遇税制が発達しており、個人寄付が盛んだが、アンカートラストも寄付対象機関としての登録がされているために、寄付収入が運営費の一部をまかなっている。

イギリスでは、高齢者の入所施設については保有資産に応じて費用の徴収が行われる。1万ポンド（約190万円）を超える資産保有者からは費用徴収が行われ、1万6千ポンド（約300万円）以上の資産保有者は全額自費で入所することとなり公費助成は行われず。住宅賃貸に関わる費用は月328ポンド（約6万円）であるが、介護の必要性、過去の収入・資産、社会保障への拠出金額によって公費の負担率が決定される。入居費の支払いは個人によって異なるが、現状では、「シルクコート」において、個人負担をしている入居者は50人中3人に過ぎない。

入居には地区の設立するパネルの許可が必要で、パネルの構成は地区の担当者、政府系団体であるNCSC（国立介護基準委員会）、社会保障省担当者、アンカートラスト担当者等である。入居審査に際して、住宅を保持している者を除けば、資産・収入による差別はない。

施設の資金は、個人負担と、地方自治体による資金、社会保障の三つによって成り立っている。また、現在、入居待ちリストには8名の登録があるが、その地区からの指示に寄ってのみ入居が可能となる。近日中に8名全員の入居が予定されているとのことで、入居待ち期間はそれほど長くない。

2. 欧州における高齢者福祉施設改革の共通性と市場化の多様性

三カ国の高齢者福祉施設に共通していることは個人スペースが広く、10人前後のグループ単位での生活が意図されていることで、居住環境がよい高齢者向けマンションが志向されている点であった。また、たとえ全額個人負担の入居であっても、どの施設も日本円で月額10万円以下という費用負担で済むことである。月額40万円以上の自己負担も珍しくないわが国の有料老人の状況を改善する方策があるに違いない。

また、今回訪問したどの施設も複合施設として、痴呆等で24時間介護の必要な高齢者も、基本的には自立した生活をおくることのできる高齢者も、同一の施設の中で、ニーズに応じた対応ができる体制が整っていることである。自立した生活の可能な入居者も、加齢を重ねるにつれて要介護の度合いが増すわけであるから、こうした統合化された施設が高齢者の生活にとって合理的な形であることは想像に難くない。わが国でも高齢者向けの施設は複合化・統合化の方向へと進んでいくと考えられる。

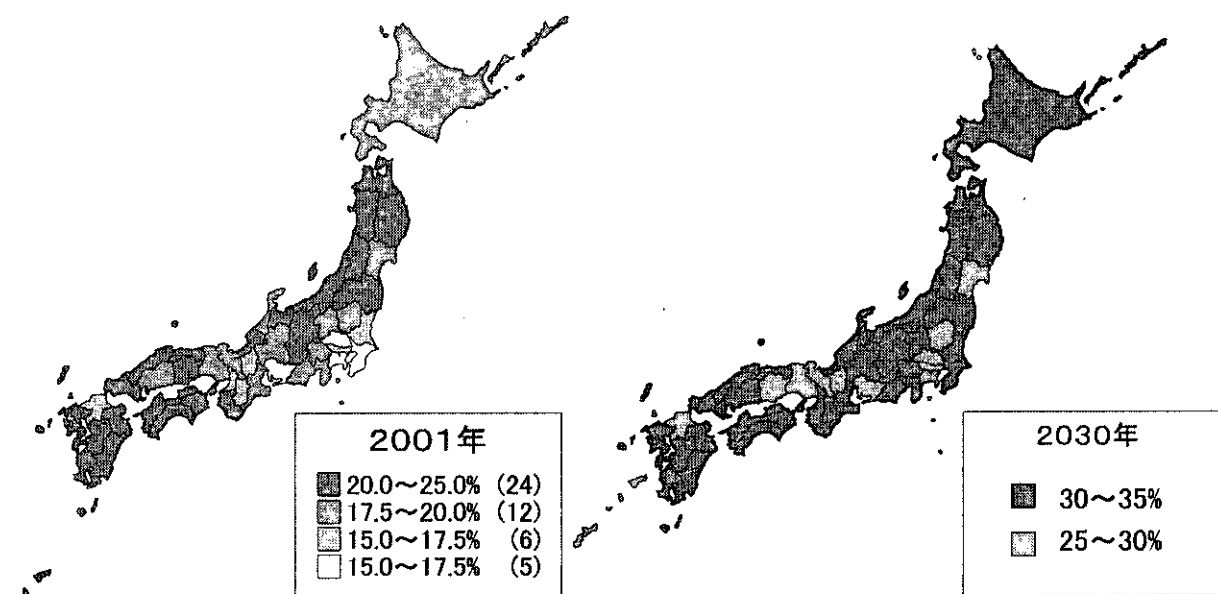
スピードの差こそあれ、日本だけでなくヨーロッパでも高齢化は深刻な問題である。今までに実現したサービス水準を落とさずにいかに効率化を図っていくかがどの国にとっても重要な問題となっている。個別の事例を一般化してしまうことは危険であるが、あえて類型化をしてみれば、ストックホルムでは、民営化によって費用拡大を防ごうとしている。これに対して、コペンハーゲンでは、民営化を進めるのではなく、在宅介護に力点を置くことによって、相対的に割高な施設介護にかかる費用の節約をはかり、ロンドンでは、NPOが施設介護を広範に担うことによって効率化が図られている。そして三国に共通するのは、国が基準を定めるものの、それを実現する権限については自治体に広範にゆだねていることから、国・地域によってさまざまな工夫が行われていることである。わが国における急速な高齢化と地域間格差の大きさは、効率性と創意工夫の面でも、高齢者福祉に関する分権がいつそう促進されるべきことを示唆している。

3. 高齢者福祉サービスの市場化と総合化をとりまく、経済社会状況の変化

(1) 急速な少子・高齢化と地域的多様性

少子・高齢化は先進国共通の減少である。また人口の減少も共通しており、当面は人口の拡大が見込めるアメリカがほとんど唯一の例外である。したがって、高齢者福祉サービスの市場化と総合化の要請は、各国に共通した問題関心の中から出てきていることは疑いない。人口における高齢者の比重が急激にふえていくことで、家族や社会の様態が変わっていくだろうし、多様化した嗜好をもつ高齢者のアメニティをどう確保するかという問題も生じる、また、急激な増大が予想される社会保障支出に対する効率的な使用も共通して要請されることになる。

図1 高齢化率の都道府県格差



わが国における高齢者福祉サービスの市場化と総合化のあり方を考えるときに、諸外国の先進事例を検討することはこの意味で有用であるが、わが国特有の状況も考慮しなければならない。なによりも我が国の少子・高齢化の特徴はその進行が急激であり、かつ、近い将来に先進国で経験したことの無い高い水準に達すると予想されるところにある。図1のように、都道府県ベースでも、2001年の高齢化率は、最低13.5%の埼玉県から最高25.5%の島根県までの開きがあり、高齢者福祉サービスを直接的に担う市区町村に至っては、一桁台から50%強までの開きがある。埼玉県と島根県の高齢化率をわが国の高齢化率の全国平均値（および2002年中位推計値）に当てはめると24年の開きがある。2001年における都道府県高齢化率の変動係数は0.147である。

2002年中位推計で全国平均の高齢化率が29.6%と予想される2030年には、どの都道府県でも高い高齢化率を示すために、変動係数が0.0787とほぼ半減すると考えられているが、この間には高齢者福祉サービスのニーズが地域ごとに様態の異なった形で急激に増加すると考えられる。その対応に、多様な形態とスピードが要請される。いずれも、地域ごとの実情に応じた全国一律ではない対応の必要性を示している。福祉政策における分権的意思決定の必要性、地方分権の徹底が対応の前提となる。また、急速な少子・高齢化は高齢者サービス需要の急激な拡大を意味する。供給主体

を多様化することによって急速に拡大する需要に供給が対応できる体制を作る必要がある。

さらに、先進国でいままでに例をみない水準の高齢化率が予想されることは、単に高齢者福祉に関する海外の先進事例を研究してわが国の実情に合う形で応用すればすむことではない。海外に凡例をみつけることができないならば、わが国において試行錯誤の末に最適な高齢者福祉サービスシステムを案出せざるを得ない。高齢者福祉サービスの市場化が要請されるのは、この観点からでもある。競争市場こそ、もっとも急速にニーズに対応したサービスや供給体制が案出され、それが最も早く模倣され普及していく特徴をもっている。

しかし、単に高齢者福祉サービスの分野に民間参入を認め、市場を作り出すことをもって問題が解決するわけではない。質の高い高齢者福祉サービスが十分に供給されるためには、その前提条件が必要である。

(2) 高齢者福祉サービス市場化・統合化の考え方

福祉の市場化とは、民間営利企業が福祉事業を行うことだけを意味するのではない。効率的に供給される高齢者福祉サービスが受給者の満足を実現させることが目的であり、そのためには、供給側に絶えずコストを切り下げる圧力と、ニーズにあったサービスを案出し、提供させる圧力が働くことが必要である。通常の財・サービスの市場であれば、サービスの供給側・需要側、双方に十分な情報があり、自発的な交換の条件が保証されていれば、消費者主権の実現する競争市場が現出する。

しかし、高齢者福祉サービスに関しては、サービスの供給者と需要者の間に大きな情報の非対称性が存在することは想像に難くない。この問題に関する通常の解決策はサービスに関する情報を開示することによって受容者側に不利な非対称情報の格差を縮めることである。福岡県大牟田市は施設・在宅の両方の高齢者福祉サービス事業者に対して、定められた基準による自己点検・自己評価を要請し、さらにそれを再評価することによって事業者間に相対的な評価をあたえて公表している。その役割は、高齢者福祉サービス需要者の代理人たるケア・マネージャーに対して情報を提供するところにある。しかし、同時に、大牟田市は介護保険の保険者として、高齢者福祉サービス事業者に対して相対評価を与えることによってサービスの質の向上をうながすことにも、評価制度の主眼をおいている。介護保険制度が導入されて以来、日の浅いわが国においては、需要側、供給側双方に十分な情報があるとはいえないために、供給側に対するサービスの質の誘導も必要であろう。このことは、市場化の際に忘れてはならないセーフティーネットの整備にもつながる。また、非対称情報問題を軽減し、競争を促進するという観点からは、地域介護センターによる情報提供、第三者による評価公表へと進むことになる。

在宅介護、施設介護、医療と分かれた高齢者福祉サービスの供給体制も、受給者側の非対称情報問題を拡大する要因である。この観点からも、ケア・マネージャーと家庭医の連携を図り、在宅・施設を総合した介護サービスと医療の全般的な供給体制へと統合していくことが必要となる。

欧米諸国と比較したわが国の高齢者の生活の特徴は、高齢者単身世帯や高齢者だけの世帯が増えているというものの、依然として3世代同居の割合が相対的に高いことと、欧米にくらべて資産、特に金融資産を保有している高齢者の多いことである。前者は、夜間は家庭内介護者が比較的確保しやすいことを意味し、日中のデイサービス、給食、家事補助などの、比較的供給が容易な在宅介護サービスへのニーズが高いことを示している。コストを切りつめつつ、多様なニーズに対応できる体制の整

備が必要であろう。また、後者は、需要者側に高齢者福祉サービスに関する判断可能な十分な情報が供給されるかぎり、かつ、十分な試算をもたない高齢者への別途の対応が保証されるかぎり、民間部門による競争的な高齢者福祉サービスの供給が好ましいことを示している。

本研究では、医療・介護の統合したサービスに加えて、これらの供給主体の社会的ネットワークの構築がわが国の最適福祉ミックス・システムにとって不可欠であるという観点をとっているが、そのためには、地域社会にねざしたNPOの存在が重要である。とくに、60歳代を中心とした働く意欲のある前期高齢者、ないし熟年者のボランティア活用が人的資源としても重要な役割を示すと思われる。

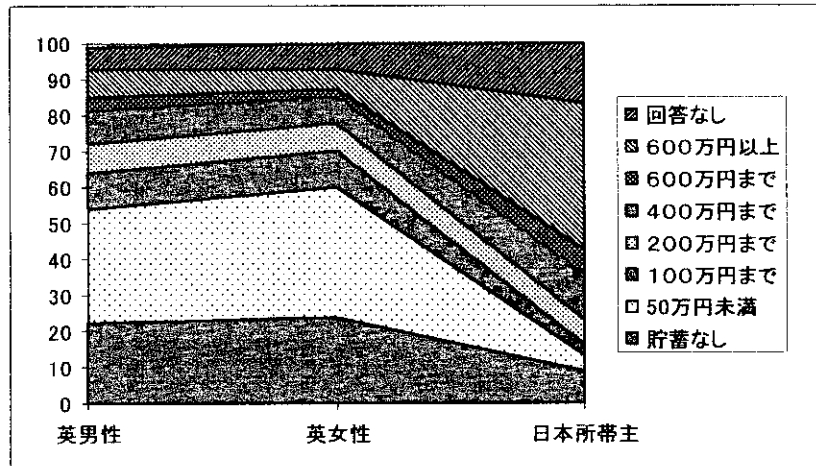


図2 高齢者世帯の貯蓄比較

(英は65~74歳の個人1994年、日は65歳以上の世帯主の家計2001年、出所：『国民生活基礎調査』平成13年度、エイジング総合研究センター(2000))

参考文献

Chou, Shin-Yi (2002), "Asymmetric information, ownership and quality of care: an empirical analysis of nursing homes," *Journal of Health Economics*, 21: 293-311.

エイジング総合研究センター編(2000)『先進国における最新の高齢者対策—フランス・イギリス—』日本財団図書館

Forder, Julien, and Netten, Ann (2000), "The price of placements in residential and nursing home care: the effects of contracts and competition," 9: 643-657.

川野辺裕幸(2002)「ヨーロッパにおける高齢者福祉の実情」『改革者』4月号(509):26-33

川野辺裕幸他(2002a)「福祉における負担者と雇用問題」『改革者』4月号(501):22-25

川野辺裕幸他(2002b)「不況下の福祉改革」『改革者』12月号(509):26-31

松岡洋子(2001)『プライエムを超えて』クリエイツかもがわ

Ministry of Health and Social Affairs, Sweden (2001) "Policy for the elderly," Fact Sheet, 4, (<http://www.social.regeringen.se/inenglish/responsibility/elderly/index.htm>: 2003年3月15日アクセス)

Ministry of Health and Social Affairs, Sweden (2001) *Summary of the national action plan for the development of health care*, Ministry of Health and Social Affairs, Sweden

大牟田市介護サービス評価委員会編(2001)『大牟田市介護サービス評価事業総合評価結果報告書』大牟田市

関龍太郎(2002)『デンマークの高齢者福祉の近年の変化』島根県保健環境科学研究所 (<http://www2.pref.shimane.jp/hokanken/profile/shotyou/denmark.html>: 2003年3月15日アクセス)

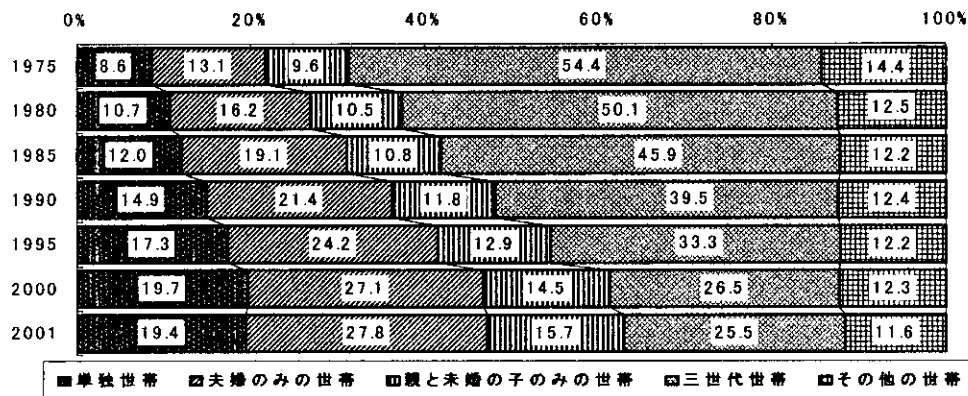
2. イギリスの Social Alarm Services にみる日本の課題

下関 千春

1. 研究の背景

高齢者人口は増加傾向にあり、なかでも高齢者のみ世帯が増加している。2001年、高齢単身世帯数は全国で317万9千世帯を数え、65歳以上の者のいる世帯に占める割合は1975年8.6%から2001年19.4%と過去25年の間に2倍以上に増加した(図1)。高齢単身世帯の予備軍である高齢夫婦のみ世帯のみ世帯も2001年には27.8%となった。このように、高齢単身世帯や高齢夫婦のみ世帯など地域や別居家族から目の届かない高齢者が増加の一途をたどっている。これらの高齢者が安心して自立した生活を送るためには、何かあった場合に緊急時対応が受けられる環境作りが求められている。それは、本人の安心のためだけでなく、別居家族や地域住民の安心のためでもある。

図1 世帯構成別にみた65歳以上の者のいる世帯比率の年次推移



(出典) 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2002) 「平成13年 国民生活基礎調査の概況」

そのための施策の一つに、緊急通報システムがある。緊急通報システムとは、日常生活における緊急時の備えとなり、日々の生活の安心と安全の一旦を担うシステムである(下関 2002)。総務省の調べによれば、自治体が地域情報化の流れの中でさまざまな地域情報通信システムの整備に努めるなかで、緊急通報システムは防災情報システムについて主要なシステムとなっている(総務省 2002)。

本研究チームでは、ソーシャル・ネットワークの充実やIT化の役割として、既存のシステムである緊急通報システムを今後どのように活用しうるのか、という点について、探ることとした。一方、既存の研究から緊急通報システムで課題とされている点として、次の2点があげられる。第一に、緊急通報システムを実施するにあたり、日本のシステムでは自治体が主軸となっているが、財源の不足などによりシステムの普及・充実のための取り組みが遅々として進まないこと(下関 2002)。第二に、緊急通報システムが使用される際に高齢者宅にかけつける協力員の確保が高齢者にとって困難であるとされていることなどである(金子 1995、下関 2002)。

緊急通報システムに積極的に取り組む国としてイギリスがある。イギリスの高齢単身世帯は、65歳から74歳で29%、75歳以上では50%を占める(Table 1)。そこで本稿では、緊急通報システムへの取り組みが盛んなイギリスについて調査研究し、高齢者のみ世帯の増加する日本における緊急通

報システムの今後の取り組みについて、示唆を得ることを目的とした。

**Table1: Percentage living alone, by age and sex
Great Britain**

All persons aged 16 and over

Great Britain: 2000

	Percentage who lived alone		
	Men	Women	Total
16-24	6	4	5
25-44	17	7	12
45-64	16	15	16
65-74	19	37	29
75 and over	33	60	50

National Statistics.2001.Living in Britain - 2000 Results from the General Household Survey,
The Stationary Office, London.

2. 研究方法

イギリスの緊急通報システムについて、現地調査と文献調査を実施した。文献収集は、主として保健医療関係のデータベースを活用した。事例としては、現地調査を行った2つの機関を特記した。緊急通報システムに取り組むNPOのASAPおよび国の調査機関であるricabilityである。訪問によるヒアリング結果と文献調査からまとめた。

3. 結果

(1) イギリスの高齢者福祉のはじまり

イギリスの高齢者福祉は1940年代にはじまった。戦時中・戦後の高齢者問題への対策に取り組んだのは、Committee for the Welfare of the Aged (全国高齢者福祉協議会)である。1946年に国民保健サービス(NHS)が制定され、家庭医登録、ヘルスビジター、訪問看護婦、眼鏡・補聴器給付(現在有料)、歯科治療、キロポディ、入院治療とデイホスピタルなどが実施されると同時に、救貧院制度は廃止された。そして、地方自治体による入所施設(現在の公営老人ホーム)が開設された。

1950年代以降は、シェルタードハウジング(高齢者住宅)の充実が図られた。1960年代、老人ホームの施設数は増加し、地方自治体では1,573、民間団体937、私営1,134、総数3,644となった。このようにソーシャルサポートが充実していく一方で、P.タウンゼント(Peter Townsend)は、これらの施設を”The Last refuge”(最後の避難所)とし、「なぜ、家に住み続けるのをあきらめるのか?」と社会に疑問を投げかけた。この問いかけをきっかけとして、地域のシェルタードハウジング(高齢者住宅)の充実が図られていった。

これらの動きは、高齢者の在宅での生活を望む意識とあいまって、1970年の地方自治体社会サービス法(Local Authority social Services Act)の成立につながっている。この法律によって、地方自治体社会サービス部は対高齢者福祉サービスを統一的に供給する組織となった。ソーシャルワーカー

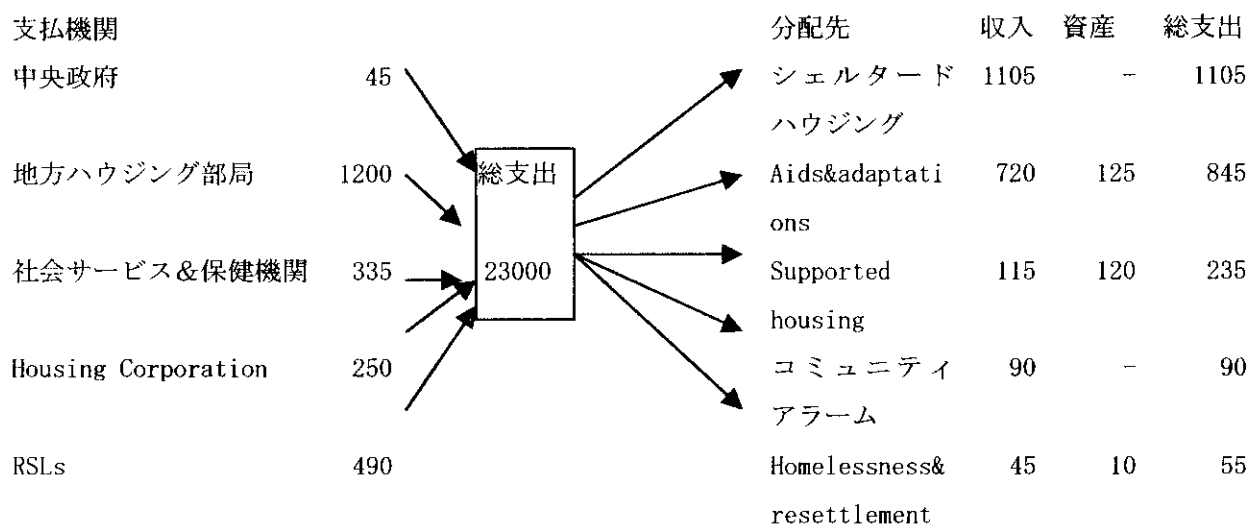
チームによるコーディネートを基本としたホームヘルプサービスが充実し、1980年代後半から1990年代前半には、コミュニティ・ケアと在宅ケアによって、イギリスにおける1人暮らし高齢者の増加への対応がなされることになる。1989年の白書「人々のためのケア」や1990年の「国民保健サービスおよびコミュニティケア法」によって、コミュニティケア改革は明確となった（平田 2000）。これは、基本的には地方自治体が福祉サービスの供給主体から条件整備主体へと変化してきたことを意味するものである（平田 2000）。

(2) 緊急通報システムのこれまで

1990年代からはじまったイギリスのコミュニティケアを歳入配分からみると、シェルタードハウジングを含む主に5つに分類される（図2）。1996/7年のコミュニティケアにおける年間23億ポンドの総額は、シェルタードハウジングを中心に分配された。うちコミュニティ・アラームには、年間9000万ポンドが割り当てられた。日本円換算にして約180億円である。

図2 1996/97年におけるコミュニティケアの在宅ケアに対する歳入の分配

(単位：100万ポンド)



(資料) DETR, DSS, Dept. of Health, Housing Corporation and Audit Commission Research

1980年代前後から、自治体によって緊急通報システムが開始された（Riseborough 1997）。近年では、緊急通報システムの利用者は116万人と推定され（Audit Commission 1998）、65歳以上高齢者のおよそ11%が利用している（Thie 1998）。Audit Commissionの試算によれば、1996-97年には自治体によって提供されたCommunity alarmsの数は116万人で、1人あたりのコストを年間約1万5千円（75.84ポンド）とすると、前述のように1年間で約180億円（8千8百万ポンド）の支出となっている（Audit Commission 1998）。1997年では、全国のサービス提供事業者は約260に至っている（Riseborough 1997）。

日本の緊急通報システムが単身高齢世帯や障害者を対象の中心とするのに対し、イギリスの緊急通報システムでは、その対象に高齢者や障害者のみならず、HIV/エイズ感染者、家庭内暴力を受ける危険のある女性・子ども、被差別人種または少数民族出身者など、多種多様な利用者を想定している。

Social alarm は、地域における問題解決の一助として、人種差別などによる個人保護のサービスとしても、期待は高いものとなっている。

イギリスでは、緊急通報システムに関する研究も進んでおり、Community Alarm Services は大きく 2 つに分類される (Harding 1993)。Classical model (Downes 1998、Department of Health 1991) と、Community care model (Oldman 1989) である。

Classical model とは、O'Connor らによって、限定された環境における利用者に対し危険が及ぶ場合やインフォーマルな支援を得られない場合に利用されるものとされた。危険とは、突発的な医療ニーズ、事故、強盗などの予期しない危険等である (O'Connor et al, 1991)。つまり、危険性を持つ一部の高齢者に対して、危険性を減らすためのサービス提供をするものととらえるものである。一方、Community care model は、どの高齢者も危険性を備えており、徐々に高まる危険性から守るためのサービスととらえることにある (Harding 1993)。この視点に立てば、Oldman によれば、コミュニティアラームシステムには、慢性的に状態の悪い人への支援が提供され、利用者だけでなくケアする人にも安心をもたらし、助けを求めることへの抵抗感をなくすなどのメリットがある (Oldman 1989)。Oldman と Thornton は、人々にとって自宅での生活を維持するための支援としてだけでなく、自宅または施設の 2 つの選択肢を消費者にもたらしたことにコミュニティアラームシステムの役割を見出している (Harding 1993、Thornton 1992)。

(2) イギリスにおける幅広い社会的取り組み

イギリスにおける緊急通報システムの取り組みが盛んな背景には、上記に示したコミュニティケア改革とともに、歴史的な民間団体の福祉サービス供給もある。1978 年の「ウルフェデン報告」によれば、イギリスにおける福祉サービスの供給体制は、次のように 4 分類される (武川 1992)。①民間非営利システム (voluntary system)、②インフォーマル・システム (informal system)、③営利システム (commercial system)、④法定システム (statutory system) である。①の民間非営利団体では、社会サービスの提供を有償無償でおこなっており、その財源は政府の補助金、サービスの利用料、寄付、販売、投資所得などに分けられる (Brenton 1985)。

武川 (1992) によれば、「イギリス型福祉国家の特徴は、社会サービスの供給における民間非営利団体の役割が、量的に無視できないほど大きい」とされている。北欧型福祉国家の役割が相対的に大きな福祉国家であるのに対し、イギリス型福祉国家は市民社会 (民間非営利部門) の役割が相対的に大きい。

現在、イギリスには緊急通報システムの関連組織がいくつも存在するが、上記の分類をもとに、関連機関を示した (表 1)。イギリスでは、以下に示すように、緊急通報システムの関連機関がそれぞれ連携しながら、取り組んでいる。

表1 イギリスの緊急通報システムにおける供給体制
—ウルフenden報告の4分類に基づく—

システム分類	事例	活動内容
民間非営利システム	ASAP	コールセンターが会員となる組織。市民への情報提供
	Age Concern	Aid-Call の提供
	Anchor Trust	Anchorcall の提供。会員数 29,000
	SSAIB(Security Systems & Alarm Inspections Board)	
インフォーマル・システム	家族・親族・近隣・友人等	緊急時のヘルパー
営利システム	Carephone (UK)	Care Phone の提供
	Tunstall Telecom	Piper Lifeline の提供
	Antena	Carephone Princess の提供
法定システム	地方自治体	サービスの提供や斡旋
	ricability (Research Institute for Consumer Affairs)	高齢者・障害者向けの情報発信
	Housing Association	サービスの提供や斡旋

以下では、民間非営利システムから Association of Social and Community Alarm Providers (以下、ASAP)、法的システムから Research and Information for consumers with disabilities (以下、ricability) を、それぞれ創設の背景と役割を示しながら、イギリスにおける緊急通報システムの市場、取り組みの把握に努めていきたい。

<ASAP>

緊急通報システムの提供主としての民間非営利システムでは、Age Concern や Anchor Trust などが有名である。それらについての調査研究は多数なされている。そこで、今回は緊急通報システムの提供主である民間事業者がメンバーとなった民間非営利システムである ASAP について以下に示す。

ASAP は、1995 年に創設された。主な資金源は、メンバーの会員費で、1999 年と 2000 年の収入構成比は、約 4~5 割をメンバー会員費 (Membership Fees) が占め、ついで会議参加費 (Conference & Exhibition Fees) が約 3 割程度となっている。メンバーは主にイギリスで事業を行っている約 270 の組織からなる。ASAP は、約 300 の主に地方自治体と連携している。具体的には、アラームを必要とする高齢者は地方自治体に自分にあったサービスの提供を求める。その際に、必要な場合には ASAP が適切な情報を高齢者に提供している。

ASAP では、メンバーや政府・市役所関係者、サービス提供者・専門者、ユーザーなどに対する情報提供を実施している。提供するニュースとしては、最新情報から技術情報、課題となっている事柄などがあげられる。インターネット上でもログインして、情報を得ることも可能となった。

組織の運営に携わる Executive committee はイギリス全土の地区代表 10 名により組織され、うち 1 名は ASAP の Executive Director である。ASAP では、ソーシャル・アラーム (social alarm) やテル