

2006年度の介護保険料

□ 40-64歳の介護保険料(平均)
 3,964円/月(前年比+5.6%、210円増)
 (本人自己負担は 1,982円 半分は公費・事業主負担)

□ 65歳以上の介護保険料(平均)
 3,293円/月(前年より+1,000円)

日本経済新聞(H18.2.1)

日本経済新聞記事

H18.2.1掲載分「こう変わる介護サービス」

グループホーム利用料金 (1日当たり定額、円)		ショートステイ利用料金		療養通所介護	
要支援2	831	要支援2	861	3~6時間	1000
要介護1	831	要介護1	861		
要介護2	848	要介護2	878		
要介護3	865	要介護3	895	6~8時間	1500
要介護4	882	要介護4	912		
要介護5	900	要介護5	930		

居住型施設サービス費 比較表(個室)

	介護老人 福祉施設 I		介護老人 保健施設 I		介護療養型医療施設 I				特定施設 入居者 生活介護
					病 院		診 療 所		
	従来型 個室	ユニット 型個室	従来型 個室	ユニット 型個室	従来型 個室	ユニット 型個室	従来型 個室	ユニット 型個室	
要介護1	577 (±0)	657 (+16)	702 (±0)	784 (+95)	671 (±0)	785 (+95)	652 (±0)	766 (+43)	549 (±0)
要介護2	648 (±0)	728 (+40)	751 (±0)	833 (+95)	781 (±0)	895 (+95)	704 (±0)	818 (+43)	616 (±0)
要介護3	718 (±0)	798 (+62)	804 (±0)	886 (+95)	1,019 (±0)	1,133 (+95)	756 (±0)	870 (+43)	683 (±0)
要介護4	789 (±0)	869 (+85)	858 (±0)	940 (+95)	1,120 (±0)	1,234 (+95)	807 (±0)	921 (+43)	750 (±0)
要介護5	859 (±0)	929 (+98)	911 (±0)	993 (+95)	1,211 (±0)	1,325 (+95)	859 (±0)	973 (+43)	818 (±0)

括弧内の点数は現行との増減点

居住型施設サービス費 比較表(多床室)

	介護老人 福祉施設 II		介護老人 保健施設 II		介護療養型医療施設 I			
					病 院		診 療 所	
	多床室	ユニット型 準個室	多床室	ユニット型 準個室	多床室	ユニット型 準個室	多床室	ユニット型 準個室
要介護1	639 (▲20)	657 (+16)	781 (▲20)	784 (+95)	782 (▲20)	785 (+95)	763 (▲20)	766 (+43)
要介護2	710 (▲20)	728 (+40)	830 (▲20)	833 (+95)	892 (▲20)	895 (+95)	815 (▲20)	818 (+43)
要介護3	780 (▲20)	798 (+62)	883 (▲20)	886 (+95)	1,130 (▲20)	1,133 (+95)	867 (▲20)	870 (+43)
要介護4	851 (▲20)	869 (+85)	937 (▲20)	940 (+95)	1,231 (▲20)	1,234 (+95)	918 (▲20)	921 (+43)
要介護5	921 (▲20)	929 (+98)	990 (▲20)	993 (+95)	1,322 (▲20)	1,325 (+95)	970 (▲20)	973 (+43)

括弧内の点数は現行との増減点

居住型施設サービス費 比較表

	介護老人福祉施設			介護老人保健施設			介護療養型医療施設 I						特定施設入居者生活介護
							病院			診療所			
	従来型個室	多床室	ユニット型個室・準備室	従来型個室	多床室	ユニット型個室・準備室	従来型個室	多床室	ユニット型個室・準備室	従来型個室	多床室	ユニット型個室・準備室	
要介護1	577 (±0)	639 (▲20)	657 (+16)	702 (±0)	781 (▲20)	784 (+95)	671 (±0)	782 (▲20)	785 (+95)	652 (±0)	763 (▲20)	766 (+43)	549 (±0)
要介護2	648 (±0)	710 (▲20)	728 (+40)	751 (±0)	830 (▲20)	833 (+95)	781 (±0)	892 (▲20)	895 (+95)	704 (±0)	815 (▲20)	818 (+43)	616 (±0)
要介護3	718 (±0)	780 (▲20)	798 (+62)	804 (±0)	883 (▲20)	886 (+95)	1,019 (±0)	1,130 (▲20)	1,133 (+95)	756 (±0)	867 (▲20)	870 (+43)	683 (±0)
要介護4	789 (±0)	851 (▲20)	869 (+85)	858 (±0)	937 (▲20)	940 (+95)	1,120 (±0)	1,231 (▲20)	1,234 (+95)	807 (±0)	918 (▲20)	921 (+43)	750 (±0)
要介護5	859 (±0)	921 (▲20)	929 (+98)	911 (±0)	990 (▲20)	993 (+95)	1,211 (±0)	1,322 (▲20)	1,325 (+95)	859 (±0)	970 (▲20)	973 (+43)	818 (±0)

括弧内の点数は現行との増減点

地域密着型居住系サービス 比較表

	地域密着型特定施設入居者介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型介護福祉施設		
			従来型個室	多床室	ユニット型個室・準備室
要介護1	549	831(+35)	577	639	657
要介護2	616	848(+36)	648	710	728
要介護3	683	865(+37)	718	780	798
要介護4	750	882(+38)	789	851	869
要介護5	818	900(+39)	859	921	929

括弧内の点数は現行との増減点

介護給付:居住系サービス 比較表

介護保険サービス													地域密着型サービス					
要介護度	介護福祉施設			介護保健施設			介護療養型医療施設Ⅰ						特定施設 生活介護	地域密着型 介護福祉施設	地域密着型 介護福祉施設			
	従来 型	多 床 室	ユニ ット 型	従来 型	多 床 室	ユニ ット 型	病 院			診 療 所					保 護 系	多 床 室	ユニ ット 型	
							従来 型	多 床 室	ユニ ット 型	従来 型	多 床 室	ユニ ット 型						
1	577 (±0)	639 (△20)	657 (+16)	702 (±0)	781 (△20)	784 (+95)	671 (±0)	782 (△20)	785 (+95)	652 (±0)	763 (△20)	766 (+43)	549 (±0)	549	831 (+35)	577	639	657
2	648 (±0)	710 (△20)	728 (+40)	751 (±0)	830 (△20)	833 (+95)	781 (±0)	892 (△20)	895 (+95)	704 (±0)	815 (△20)	818 (+63)	616 (±0)	616	848 (+36)	648	710	728
3	718 (±0)	780 (△20)	798 (+62)	804 (±0)	883 (△20)	886 (+95)	1,019 (±0)	1,130 (△20)	1,133 (+95)	756 (±0)	867 (△20)	870 (+43)	683 (±0)	683	865 (+37)	718	780	798
4	789 (±0)	851 (△20)	869 (+85)	858 (±0)	937 (△20)	940 (+95)	1,120 (±0)	1,231 (△20)	1,234 (+95)	807 (±0)	918 (△20)	921 (+43)	750 (±0)	750	882 (+48)	789	851	869
5	859 (±0)	921 (△20)	929 (+98)	911 (±0)	990 (△20)	993 (+95)	1,211 (±0)	1,322 (△20)	1,325 (+95)	859 (±0)	970 (△20)	973 (+43)	818 (±0)	818	900 (+49)	859	921	929

介護保険施設の多床室は軒並みマイナス
従来型個室は変化なし
・ユニット型は昨年10月分の減収分を勘案し、プラス
・認知症対応型共同生活介護は夜勤加算が無くなった分、
サービス費のプラス分と医療連携体制加算でほぼ同額

括弧内の点数は現行との増減点

図 居住系サービスの比較表

従来型介護保険サービス													地域密着型サービス					
要介護度	介護福祉施設			介護保健施設			介護療養型医療施設Ⅰ						特定施設 生活介護	地域密着型 介護福祉施設	地域密着型 介護福祉施設			
	従来 型	多 床 室	ユニ ット 型	従来 型	多 床 室	ユニ ット 型	病 院			診 療 所					保 護 系	多 床 室	ユニ ット 型	
							従来 型	多 床 室	ユニ ット 型	従来 型	多 床 室	ユニ ット 型						
1	577 (±0)	639 (△20)	657 (+16)	702 (±0)	781 (△20)	784 (+95)	671 (±0)	782 (△20)	785 (+95)	652 (±0)	763 (△20)	766 (+43)	549 (±0)	549	831 (+35)	577	639	657
2	648 (±0)	710 (△20)	728 (+40)	751 (±0)	830 (△20)	833 (+95)	781 (±0)	892 (△20)	895 (+95)	704 (±0)	815 (△20)	818 (+63)	616 (±0)	616	848 (+36)	648	710	728
3	718 (±0)	780 (△20)	798 (+62)	804 (±0)	883 (△20)	886 (+95)	1,019 (±0)	1,130 (△20)	1,133 (+95)	756 (±0)	867 (△20)	870 (+43)	683 (±0)	683	865 (+37)	718	780	798
4	789 (±0)	851 (△20)	869 (+85)	858 (±0)	937 (△20)	940 (+95)	1,120 (±0)	1,231 (△20)	1,234 (+95)	807 (±0)	918 (△20)	921 (+43)	750 (±0)	750	882 (+48)	789	851	869
5	859 (±0)	921 (△20)	929 (+98)	911 (±0)	990 (△20)	993 (+95)	1,211 (±0)	1,322 (△20)	1,325 (+95)	859 (±0)	970 (△20)	973 (+43)	818 (±0)	818	900 (+49)	859	921	929

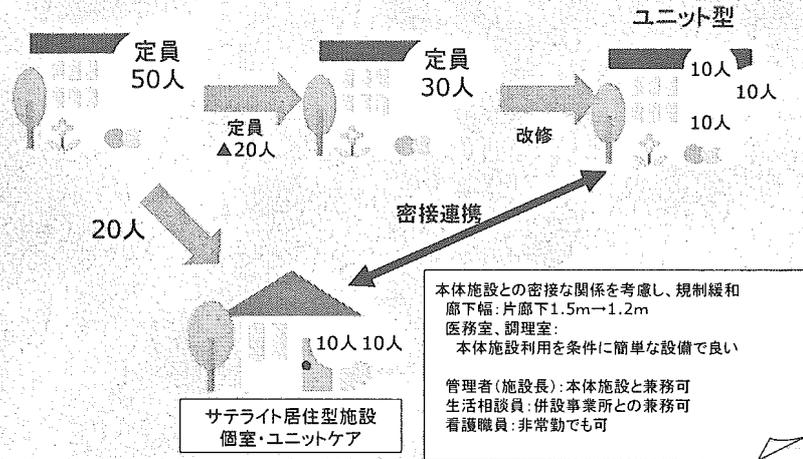
新 加 算 ・ 減 算	在宅復帰支援加算:10単位 身体拘束未実施減算:▲5単位						経口維持加算Ⅰ:28単位、Ⅱ:5単位						個別機能訓練 加算:12単位 夜間看護体制 加算:10単位	医療連携体制 加算:19単位	加算・減算に関しては 介護老人福祉施設に 準じる 小規模拠点集合同施設 加算:50単位						
	高度化対応加算:10単位 遠ユニットケア加算:5単位 看取り介護加算:160単位 80単位 在宅人相相互加算:30単位			リハマネジメント加算:25単位 短期集中リハ加算:60単位						リハ体制強化加算:35単位											
	認知症短期集中 リハ加算:60単位																				

	介護老人福祉施設			介護老人保健施設			介護療養型医療施設 I					
							病院			診療所		
	従来型個室	多床室	ユニット型個室 準個室	従来型個室	多床室	ユニット型個室 準個室	従来型個室	多床室	ユニット型個室 準個室	従来型個室	多床室	ユニット型個室 準個室
要介護1	577 (±0)	639 (▲20)	657 (+16)	702 (±0)	781 (▲20)	784 (+95)	671 (±0)	782 (▲20)	785 (+95)	652 (±0)	763 (▲20)	766 (+43)
要介護2	648 (±0)	710 (▲20)	728 (+40)	751 (±0)	830 (▲20)	833 (+95)	781 (±0)	892 (▲20)	895 (+95)	704 (±0)	815 (▲20)	818 (+43)
要介護3	718 (±0)	780 (▲20)	798 (+62)	804 (±0)	883 (▲20)	886 (+95)	1,019 (±0)	1,130 (▲20)	1,133 (+95)	756 (±0)	867 (▲20)	870 (+43)
要介護4	789 (±0)	851 (▲20)	869 (+85)	858 (±0)	937 (▲20)	940 (+95)	1,120 (±0)	1,231 (▲20)	1,234 (+95)	807 (±0)	918 (▲20)	921 (+43)
要介護5	859 (±0)	921 (▲20)	929 (+98)	911 (±0)	990 (▲20)	993 (+95)	1,211 (±0)	1,322 (▲20)	1,325 (+95)	859 (±0)	970 (▲20)	973 (+43)
加算 減算 (赤字は 新設)	在宅復帰支援加算 初期加算: 10単位 管理栄養士配置加算: 12単位 経口移行加算: 28単位 退所前後訪問相談援助加算: 460単位			10単位 30単位 12単位 28単位 460単位			経口維持加算 I: 28単位、II: 5単位 栄養士配置加算: 10単位 療養食加算: 23単位 退所時相談援助加算: 400単位			身体向未実施減算: ▲5単位 栄養マネジメント加算: 12単位 500単位		
	重症化対応加算: 10単位 準ユニットケア加算: 5単位 看護介添加算: 140単位			リハマネジメント加算: 25単位 退所時情報提供加算: 500単位			短期集中リハ加算: 60単位 老人訪問看護指示加算: 300単位					
	在宅入所相互連携: 30単位 個別機能訓練加算: 12単位 専従常勤医師加算: 20単位 精神科医師療養指導: 5単位 障害者生活支援員加算: 26単位			認知症短期集中リハ加算: 60単位 認知症ケア加算: 76単位 緊急時治療管理: 500単位			リハ体制強化加算: 35単位 リハADL加算: 30単位 夜勤加算(病院のみ): 23、14、7単位 療養環境減算: 25、85、115単位(病院) 60、100単位(診療所) 重症療養管理加算: 120単位(H21.3で廃止)					

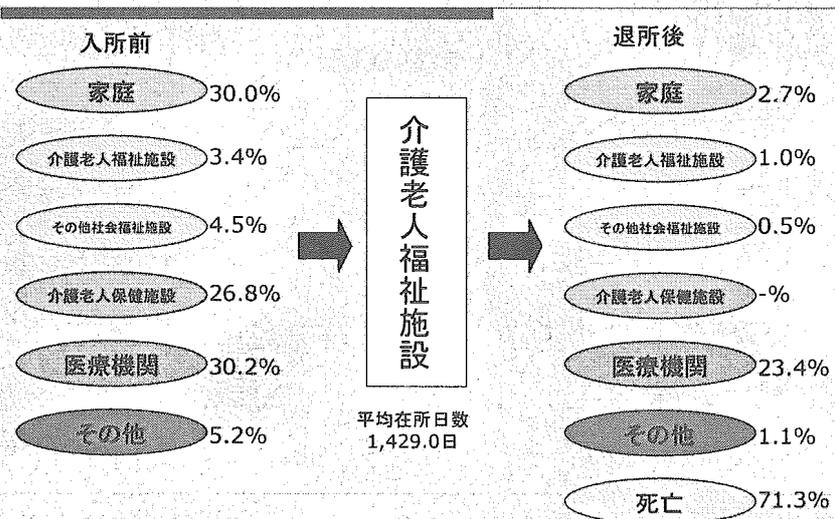
老健の人員・施設・設備基準

	介護老人保健施設	サテライト型 小規模介護老人保健施設	医療機関併設型 小規模介護老人保健施設	(参考)病院 介護療養型医療施設
定義		本体施設である介護老人保健施設と密接な連携を確保しつつ、本体施設とは別の場所で運営され、入所者の在宅復帰支援を目標とする定員29人以下の介護老人保健施設(本則)	病院又は診療所に併設され入所者の在宅復帰支援を目標とする定員29人以下の介護老人保健施設であって、サテライト型小規模老健以外のもの(本則)	
人員基準	医師(1人以上、入所者100:1) 薬剤師 適当数 看護・介護職員 入所者3:1 (看護職員が2/7程度) 支援相談員 入所者100:1 PT、OT 入所者100:1 栄養士 1人以上(定員100以上) 介護支援専門員 1人以上 調理員等 適当数	医師 緩和可 薬剤師 看護・介護職員 支援相談員 緩和可 PT、OT 緩和可 栄養士 緩和可 介護支援専門員 緩和可 調理員等	医師 緩和可 薬剤師 看護・介護職員 支援相談員 PT、OT 緩和可 栄養士 緩和可 介護支援専門員 調理員等	医師 3人 看護職員 入所者6:1 介護職員 入所者6:1 PT、OT 適当数 薬剤師 1人以上 栄養士 1人 介護支援専門員 1人
施設設備基準	療養室(1人あたり98㎡以上) 診察室 機能訓練室(定員×1㎡以上) 談話室 食堂(定員×2㎡以上) 浴室 レクリエーションルーム 洗面所 便所 サービスステーション 調理室 洗濯室、洗濯場 汚物処理室 廊下幅 幅1.8㎡以上 中廊下 幅2.7㎡以上	療養室(1人あたり8㎡以上) 診察室 機能訓練室 40㎡以上 談話室 食堂(定員×2㎡以上) 浴室 レクリエーションルーム 洗面所 便所 サービスステーション 調理室 緩和可 洗濯室、洗濯場 緩和可 汚物処理室 緩和可 廊下幅 幅1.8㎡以上 中廊下 幅2.7㎡以上	療養室(1人あたり8㎡以上) 診察室 機能訓練室 40㎡以上 談話室 緩和可 食堂 緩和可 浴室 緩和可 レクリエーションルーム 緩和可 洗面所 緩和可 便所 緩和可 サービスステーション 緩和可 調理室 緩和可 洗濯室、洗濯場 緩和可 汚物処理室 緩和可 廊下幅 幅1.8㎡以上 中廊下 幅2.7㎡以上	病室(1人あたり6.4㎡以上) 機能訓練室(40㎡以上) 談話室 食堂(定員×1㎡以上) 浴室 廊下幅 幅1.8㎡以上 中廊下 幅2.7㎡以上

サテライト型特養

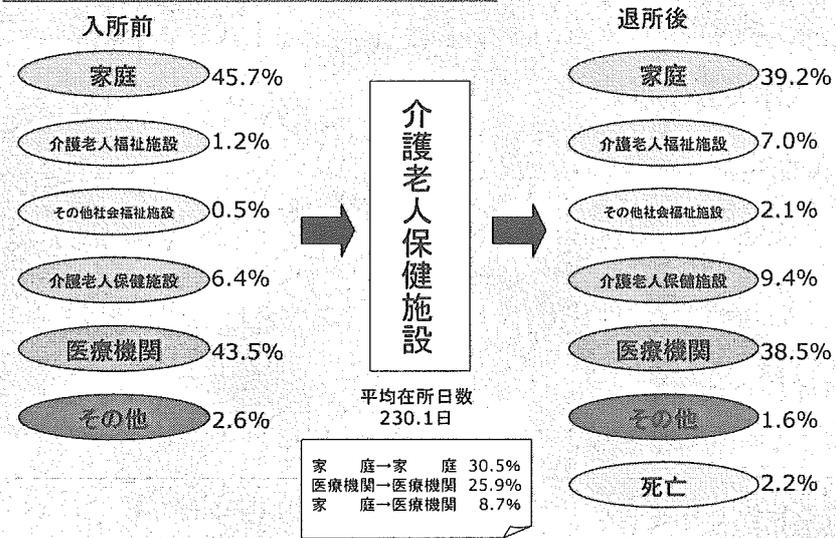


退所者の入退所経路(特養)



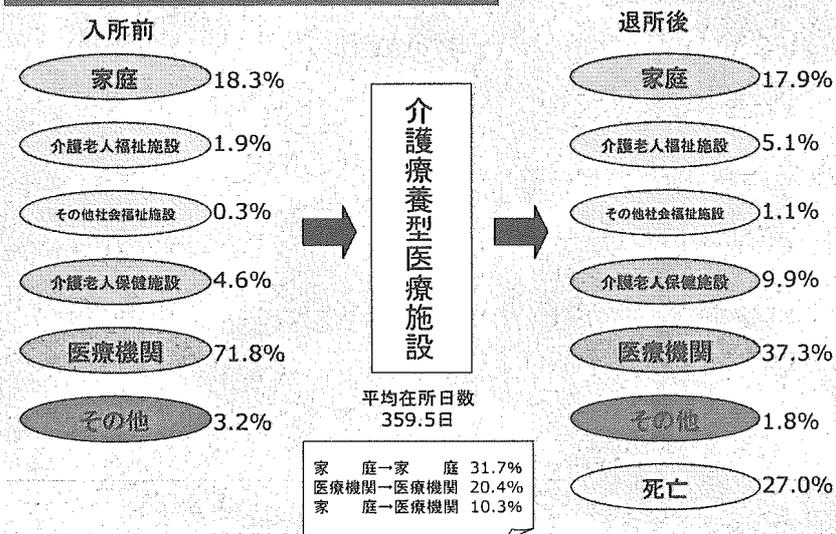
退所者の入退所経路(老健)

H15.9



退所者の入退所経路(介護療養型)

H15.9



介護3施設:事故発生防止(安全管理)

- 事故発生防止の指針整備
- 委員会の設置
施設長、事務長、介護支援専門員、医師、看護、介護、栄養士、SW等から構成
事例を収集、分析、評価し、職員に周知徹底
- 事故発生防止対策担当者(ケア全般の責任者であることが望ましい)
- 事故発生予防の職員研修(年2回以上)
新採用時には必ず実施
- 損害賠償保険に加入、賠償資力を有することが望ましい

介護3施設:褥瘡対策

- 褥瘡ハイリスク者に対する予防計画作成、実践、評価
- 専任の褥瘡予防対策担当者(看護師が望ましい)
- 医師、看護、介護、栄養士からなる対策チーム
- 褥瘡対策指針の整備
- 職員に褥瘡対策施設内継続教育

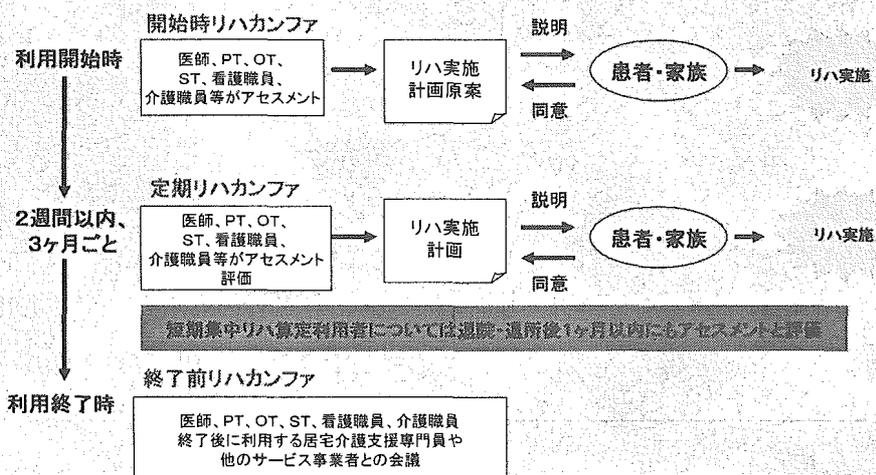
- 専門家による相談、指導を積極的に行うのが望ましい

介護3施設: 衛生管理(感染症対策)

- 感染症、食中毒予防対策委員会設置
施設長、事務長、介護支援専門員、医師、看護、介護、栄養士、SW等から構成され、他の委員会から独立して運営
- 専任の感染対策担当者(看護師が望ましい)
- 感染症予防指針の整備
平常時の対策・・・施設内の衛生管理、ケア方法
発生時の対応・・・行政との報告、医療処置など
- 感染症予防の職員研修(年2回以上)
新採用時には必ず実施

リハビリテーションマネジメント加算

原則として利用者全員が対象、同意を得られた日が算定開始日

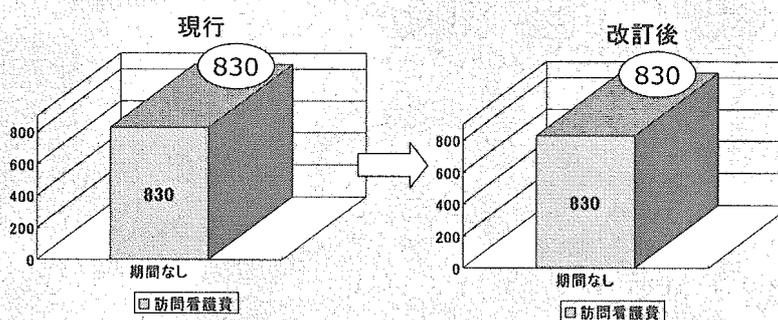


短期集中リハ加算比較

サービス名	算定期間 (退院、退所から)	単位数	条件
訪問リハ	1月以内	330単位/日	1週につき2回以上
	1～3月	200単位/日	1回20分以上
通所リハ	1月以内	180単位/日	1週につき2日以上
	1～3月	130単位/日	1日40分以上の個別リハ実施
	3月超	80単位/日	
老健	3月以内	60単位/日	1週につき3日以上リハ実施
介護療養型	3月以内	60単位/日	

リハビリテーションに係る各サービスの変化

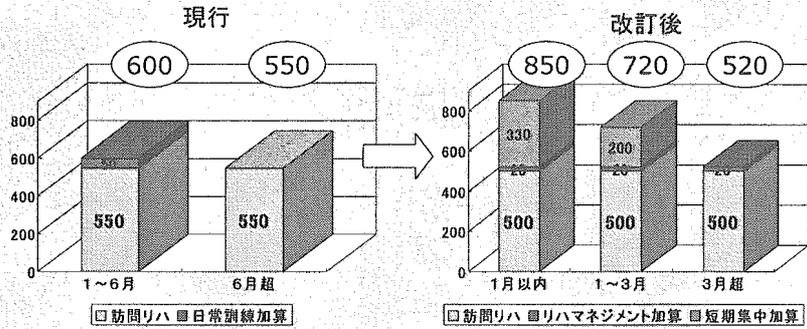
■ 訪問看護ステーションが行う訪問リハ



STも算定可能
30分未満は425単位

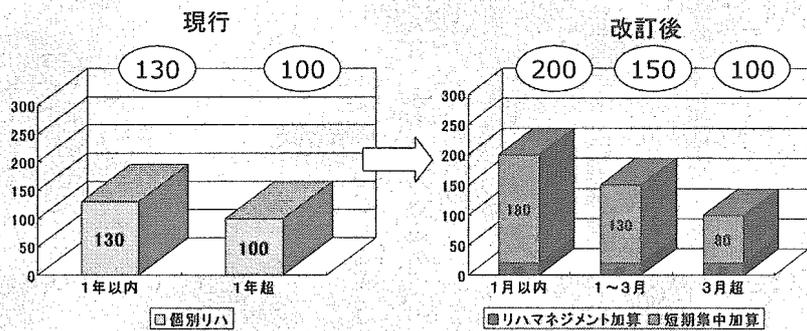
リハビリテーションに係る各サービスの変化

■訪問リハビリ



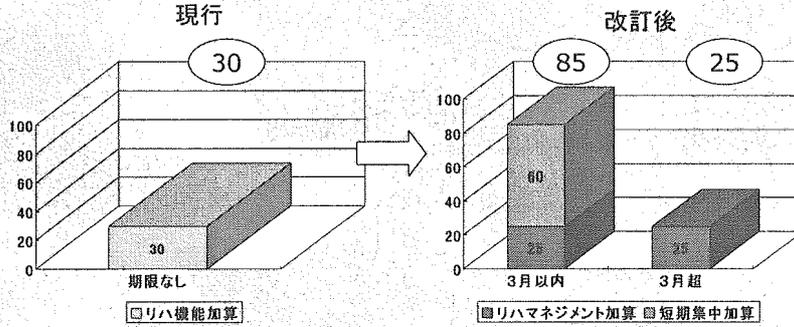
リハビリテーションに係る各サービスの変化

■通所リハ



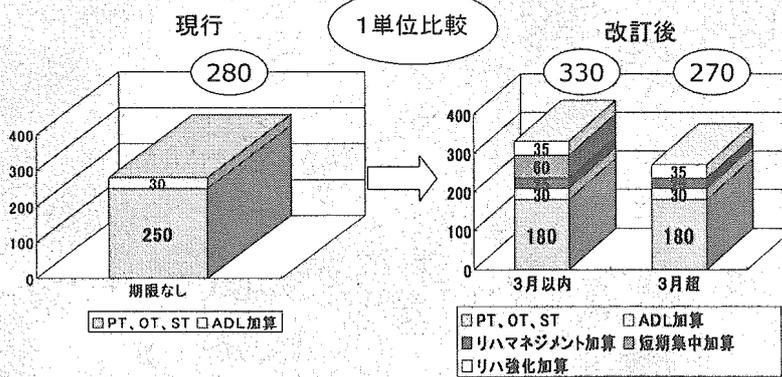
リハビリテーションに係る各サービスの変化

■介護老人保健施設



リハビリテーションに係る各サービスの変化

■介護療養型



介護労働者の離職率

読売新聞 H18.3.9

- 「介護労働安定センター」の調査
 - 2003.12から1年間 介護労働者15,000人対象
 - 介護労働者年間離職率 21%
 - 正職員 16.8%
 - 非正社員 23.0%
- 入浴介助、夜間勤務などの肉体的負担が大きい
離職者のうち 勤務1年未満47%、1～2年未満22%、2～3年未満13%
- 3年未満で80%
- 全産業平均離職率は16%(飲食・宿泊業33.3%、建設業13.9%)

厚生労働省:来年度より雇用管理改善にのりだす

介護報酬返還額

- 2004年度 介護報酬返還額(不正請求重加算含む)

80億7,833万6,000円(4,197事業所)

(2003年 62億4,464万4,000円(2,986事業所))

老健 22億2,572万円(215ヶ所)

特養 11億4,063万円(321ヶ所)

訪介 10億2,605万円(550ヶ所)

居介 9億2,031万円(1,713ヶ所)

事業所取り消しも63ヶ所

時間、回数の水増し(訪介)、無資格者ケアプラン作成(居介)

第4章 イギリスにおける高齢者ケア政策の動向と課題

はじめに

高齢化はイギリス (United Kingdom) においても重要な政策課題である。イギリス連合王国を構成する4ヶ国の1つであるイングランド (England) では、1995年から2025年にかけて、80歳以上の高齢者が1.5倍に、また90歳以上が2倍になると予測されている。また、イギリスにおける2つの「ベビーブーマー」世代がいわゆる「人口学的な時限爆弾」となることが予測されている。これは、1946年から1951年の間、また1960年から1966年の間に出生した2つの「ベビーブーマー」世代のコーホートが今後10年から20年の間に高齢期を迎えることを指している。そして、やがて急激に増加する後期高齢者の存在が医療および介護サービスの需要に与える影響が懸念されている。

イギリスでは、歴史的に保健医療はNHS (国民保健サービス: National Health Service) という全国的な統一システムに、福祉は個々の自治体の社会サービス部 (社会的ケア) に管轄が分かれており、その中で、長期ケア (long-term care) は「医療と社会的ケアの間で常に揺れ動いていた」 (Means 2001)。高齢者ケアにおいても、施設ケア (療養病床での入院およびレジデンシャルホームやナーシングホーム等のケア施設への入所) と在宅ケア (訪問看護およびホームヘルプ等) はそれぞれ医療 (NHS) および福祉 (自治体) の領域で提供され、両者の間の境界のあいまいさが問題となっていた。

主な問題のひとつは、医療 (NHS) および福祉 (自治体) サービスの間で負担が不公平であることであった。医療は、NHSの原則に基づき、受診時無料が原則であるのに比べ、福祉サービスは、自治体の資産調査に基づいて、自己負担額が決定される。これは、特に高額な費用が必要とされる施設ケアの場合に問題となり、行政による扶助の受給要件を満たさない中産階級の高齢者が持ち家の売却を余儀なくされる場合もあった。一方で、病院やNHS立のナーシングホームでは患者の自己負担は発生しない。こうした条件の違いが、入院の約3分の2が高齢者によって占められている事態を招くとともに、福祉サービスの利用者に負担の不公平感を抱かせることになった。

もうひとつの重要な問題は、医療と福祉サービスとの供給の分断である。医療および福祉サービスを含む統合的なケアが必要とされる高齢者ケアにおいて、両者の供給の非連続性は、特に高齢者に影響を及ぼした。とりわけ、1970年代から高齢者の早期退院を進めてきたことが、却って高額な医療費 (再入院) や長期の施設介護費用に繋がっているという問題が指摘されていた。これは、NHSの急性期や一般の病棟において、入院待ち患者が増加し、病床を早く空けなければいけないという圧迫から、入院が長期化する高齢者の在院日数が著しく短縮されてきたことによる。このような高齢者の早すぎる退院は、地域での在宅サービスの不足や、福祉や住宅等の公的サービスとの連携の不足から、高齢者の症状をさらに悪化させ、再入院に繋がっていることが指摘されてきた。

このため、近年、労働党政権は、NHSと自治体社会サービスとの連携・協働により、地域での統合的なケア (integrated care) を整備し、高齢者の入院・再入院を防ぎ、自宅または自宅に近い環境で可能な限り自立生活を継続するために支援することを目的とし、中

間的ケア（インターミディエイト・ケア）等の整備を積極的に進めてきた。これらの施策により、高齢者の健康状態の改善とともに、医療や介護に係わる費用を抑制することが期待されるからである。

本章では、イギリス（主にイングランドを対象とする）の高齢者ケアにおける医療と福祉の間の分断に関する課題として、まず、施設ケアの費用負担問題を、次に、高齢者医療・介護の供給に関わる原則を定めた「高齢者サービス枠組み」を取り上げる。さらに、「高齢者サービス枠組み」の中でも特にインターミディエイト・ケアに代表的な、保健医療と福祉の連携によって高齢者の不必要な入院を防ぎ、早期退院させることを目的とした施策に焦点を当てる。最後に、2006年3月現在、NHS全体を通じて広範に進められている医療改革の方向性を概括し、それが高齢者ケア施設のマネジメントに与える影響について若干の考察をおこないたい。

1 施設ケアにおける費用負担

（1）施設入所の費用負担における不公平

1970年代から80年代にかけて、NHSの療養病床は著しく削減され、その代わりに担ったのが、1980年代以降急増した民間営利法人によるナーシングホームであった（表4-1）。当時は、国庫扶助（Income Support）によって厳格なアセスメントなしにナーシングホームに入所することができたが、それが国庫負担の増大を招き、1990年のNHSコミュニティケア法による改革が導入される契機となった。同法の施行（1993年4月）により、高齢者の施設入所にあたって、自治体による資産調査と費用負担が義務化された。国は施設ケアの費用と入所措置の権限を自治体に委譲し、施設と在宅のサービスを自治体に一元化することによって、国庫負担を削減し、地域レベルで施設ケアから在宅ケアへの移行が促進されることを目的とした。

しかし、その後も90年代を通して、施設に入所する高齢者および家族の不満は大きく、「現行のシステムは、吝嗇で、不公平、不適切である」（Health Committee, 1999）と批判された。主な批判は、資産調査により入居者の自己負担額は決定されるが、中流層の高齢者は、持ち家等の固定資産を売却して入居費用に当てなければならないことであった。他方、一部の地域では、NHSが民間営利部門のナーシングホームのベッドを買い上げたことにより、民間営利ナーシングホームに入所している患者の自己負担はNHSによる医療として無料であった¹。このような負担の不公平の問題は、コ克蘭夫人の裁判等²によりさらに社会的な関心を呼び、長期ケアの負担に関する議論が高まることとなった。

表4-1 ナーシングホームと病院（長期ケア）の病床数の変化

施設の種類	1970	1975	1985	1993	2000	1970-2000年の間の 変化(1970を100%とし た場合の2000年の 値)
ナーシングホーム(民間営利立)				172,100	186,000	184,500床増(1005%) (民間営利・非営利を 含む)
ナーシングホーム (民間非営利立)	20,300	24,000	30,800	15,800	18,000	
NHS 老人科 療養病床	52,000	49,000	46,300	37,800	21,000	31,000床減(40.4%)
NHS 老人科 精神病床	23,000	— (記録なし)	— (記録なし)	22,200	11,700	11,300床減(50.9%)

(Easterbrook 2003:8 Table1:2)

(2) 「長期ケアに関する王立委員会」による提言と政府の対応

ブレア労働党政権は、選挙時公約に従って、1997年12月「長期ケアに関する王立委員会」(以下、「王立委員会」とする)を設置した。「王立委員会」は、保健大臣の命により、長期ケア(高齢者および若年障害者を含む)における財源問題を中心とした様々な課題の検討に着手し、最終報告書「高齢期に敬意を払う:ロングタームケア—権利と責任」(With Respect of Old Age: Long Term Care—Rights and Responsibilities)(以下、「王立委員会勧告」とする)を1999年3月に公表した。

「王立委員会勧告」の主な提言は、長期ケアに関わる費用負担を抜本的に見直し、介護(personal care)に関しては全て、資産調査なしに一般財源からの負担とすること、また、ケアの質の基準を設定し監視する第三者的な機関である「国立ケア委員会(National Care Commission)」を設置することの2点である。前者の提言は、介護(personal care)費用(加齢に伴う衰弱や障害にかかる直接介助費用とし、本人及び家族への介護指導や精神的サポートにかかるものも含む)は、ニーズ・アセスメントに基づいた税による負担とし、医療と同様に自己負担は無料とすることが主眼である。また、持ち家の売却を避けるために、施設入所後3ヶ月まで持ち家の資産価値について考慮しないことや、施設入所に伴う資産・収入の保有限度額の制限の緩和等が見直し案に盛り込まれた。

最終的な政府の回答は、2000年7月に公表された「NHSプラン:ロングタームケアに関する王立委員会に対する政府回答」(Cm 4818-II)の中で明らかにされた。最大の焦点であった介護(Personal Care)の無料化は実施されず、政府は、看護(Nursing Care)を認定看護師(Registered Nurse)が提供、委任、監督するケアと定義した上で、施設ケアの

看護にかかる費用のみを無料化することとした。身体介助等の介護 (Personal Care)、施設での生活費やホテルコストについては、従来どおり、資産に応じた自己負担とされた。政府の主張は、介護をあまねく無料化することは資源の最適な活用にはつながらないというものであった。つまり、無料化は需要を増大し、貧困者よりもむしろ裕福な者が恩恵を受け、民間事業者による供給を増加させようとするインセンティブを弱める可能性があるからである。ただし、在宅や他の施設 (アシステッド・リビング等) の患者が NHS による訪問看護を受けた場合は無料であるということが、施設 (ケアホーム) 入所の中でも看護にかかる部分のみを無料化する根拠となった。

(3) 費用負担の現状と今後の方向性

保健医療社会サービス 2001 年法 (Health and Social Services Act, 2001) 第 49 項により、イングランドでは、ケア施設で認定看護師が行うケアについては NHS の責任となった。2001 年 10 月から、自費で費用負担している入所者を対象に、ケア施設における看護の無料化が導入され、2003 年 4 月からは自治体から補助を受けている入所者にも拡大された。また、それまで自治体がおこなっていた看護に対する費用負担については、プライマリケア・トラストに委譲されることとなった。

それとともに、ケア施設の全ての入所者は GP に登録され、看護師、作業療法士等の NHS の専門職のケアや、褥瘡予防のマットレス等の医療・福祉用具等の貸し出しを無料で受けられる。また、入所にあたり、NHS の認定看護師のアセスメントを受け、看護ニーズのレベルによって「高」「中」「低」の 3 つのレベルに区分されることとなった。「高」のレベルでは週に £133、「中」のレベルで週 £83、「低」のレベルでは週 £40 がプライマリケア・トラストから支払われる (数字は、2006 年 4 月から実施される金額。ただし、「低」のレベルでは、プライマリケア・トラストが「低」から「中」の間で、ケースによって自由に費用を決定できる)。

一方、施設の看護部分に対するこの償還額は低すぎるのではないかと、という批判もある。イギリス連合王国の中でも、各国で対応は異なっている。ウェールズと北アイルランドでは、看護について、レベルを分けず単一の定額負担をおこない、スコットランドでは、「王立委員会勧告」を受け入れ、2002 年から、ケア施設の全ての看護ケアのみならず、介護ケア (personal care) の無料化を実施している。

イングランドの対応については、「王立委員会」の元委員からも批判されている。ひとつは、看護はそれほど必要ではないが介助が必要な入所者、例えば認知症の患者には償還額が介護負担に見合わず、不公平ではないかという批判である。もうひとつは、施設における看護と介護の境界があいまいであることから、両者の間で費用を区別することが困難であることである。一部の施設では、施設における看護の無料化に伴い、入居者への利用料 (介護にかかる費用) を値上げした。このため、政府は、各施設で、看護と介護にかかる料金に対して入居者に明示し、説明するよう指導を行った。

なお、イングランドで、施設入所の資産調査に関し、「王立委員会」の勧告を受け入れた部分もある。ひとつは、高齢者の持ち家の資産価値を入居後 3 ヶ月の間は、資産調査の範囲に含めないということであり、もうひとつは、入居者が保有できる資産の上限額を引き

上げたことである。

しかし、高齢者ケア施設の利用者負担に関しては、未だ地域や施設による差がみられ、透明性が欠けているという批判がある。イギリス連合王国公正取引所 (Office of Fair Trading, OFT) は、イギリスの高齢者ケア施設の市場を調査し、2005年8月に報告書 (OFT 2005, Care Homes for Older People in the UK) を公表した。報告書によれば、利用者が入所前に利用者負担に関する適切な情報を得られ、複数の施設からサービスの内容や費用を比較して選択することは困難であり、さらに利用者が入所の決定を下す時期までにそのような情報が提供されることは殆どないとしている。また、費用の中に何が含まれるのかを提示していない場合もある。さらに、2003年のケア施設での看護の無料化に伴い、ケア施設基準 (Care Homes Regulations 2003) が修正され、入居者へガイドブックを渡すことと、看護に関する料金や支払に関して利用者に情報を提供するという条件が施設に課されたが、それらが規定施行前の入居者に適用されていない可能性があるとして議会の法制度検討委員会 (Joint Committee on Statutory Instrument) は指摘している。政府は、これらの勧告を受けて、ケア施設における料金に関する情報提供に関する諮問を2005年12月に開始し、結果を受けて2006年4月にはケア施設基準等の関連規定の改正と、ケア施設に対する法的監査の頻度の変更をおこなうとしている (DH 2005 Care Homes: Provision of Information about Prices/Fees)。

2 「高齢者サービス枠組み」と医療と福祉の連携による統合的ケアの供給

(1) 「高齢者サービス枠組み」の概要

「全国サービス枠組み」 (National Services Framework) とは、ブレア労働党政権の最初の医療白書「新しい NHS」 (The New NHS) (1997) や諮問文書「第1級のサービス」 (A First Class Service) (1998) で初めて提案され、特定の疾患や対象者に対する、全国的なサービス基準やサービスモデルを設定するものである。1998年から順次作成され、今までに、精神保健、心疾患、がん、高齢者、糖尿病、長期療養患者 (神経疾患) 等の「全国サービス枠組み」が公表されている。

高齢者に対する「全国サービス枠組み」 (National Services Framework for Older People) (以下、「高齢者サービス枠組み」とする) は、高齢者保健医療サービスに関する10ヵ年戦略として、2001年に公表された。これは、高齢者に顕著にみられる疾患や障害 (脳卒中や認知症など) に対する保健医療サービスに焦点を当てたものであり、若年で同様の障害をもつ患者にも適用される。「高齢者サービス枠組み」には、以下に示す8つの基準 (4領域) に対し、「目的」「基準」「根拠」「主要な介入 (基準を確保するための方策)」「達成目標と期限」が示されている (表4-2、表4-3)。

表 4 - 2 「高齢者サービス枠組み」(「基準」のみ抜粋)

領域 1 : 個人を尊重する
<p>基準 1 : 年齢差別を根絶する</p> <p>NHS のサービスは、年齢に関係なく、臨床的なニーズのみに基づいて提供される。社会的ケアは、サービスの受給基準に年齢を用いず、サービスのアクセスに年齢によって制限を設けない。</p>
<p>基準 2 : 利用者を中心においたケア (Person-centered Care)</p> <p>NHS と社会的ケアは、高齢者を 1 人 1 人個別に扱い、彼らが自身のケアを選択できるようにする。これは、保健医療と福祉の関係者間で高齢者に対するアセスメント手順・方法・書式を統一するシングル・アセスメント・プロセス (Single Assessment Process, SAP)、医療と福祉間での統合的なケア購入、福祉用具や失禁サービスも含めた総合的なサービスの提供等により、達成される。</p>
領域 2 : インターミディエイト・ケア
<p>基準 3 : インターミディエイト・ケア</p> <p>高齢者は、新しい多様なインターミディエイト・ケアを自宅で、あるいはそれぞれのケアを受けている場所で受けることができる。インターミディエイト・ケアは、NHS や自治体からのサービスにより不要な入院を防ぐとともに、病院からの早期退院を可能にし、長期ケア施設への早すぎるまたは不要な入所を防ぐための、効果的なりハビリテーション・サービスの提供をおこなうことが目的である。</p>
領域 3 : 証拠に基づいた (evidence-based) 専門的なケアの提供
<p>基準 4 : 一般病床でのケア</p> <p>病院での高齢者のケアは、適切な専門医によるケアがおよびニーズを満たすための適切なスキルをもつ専門職職員によって提供される。</p>
<p>基準 5 : 脳卒中</p> <p>NHS は、適当な他の機関との連携を通して、脳卒中を予防するための適切な措置をとる。</p> <p>以前に脳卒中を起こしたと考えられる患者は、診断につなげ、専門医による脳卒中に関する適切な治療が受けられるようにする。また、引き続き、二次予防やリハビリテーションの多職種専門職によるプログラムに介護者とともに参加してもらう。</p>
<p>基準 6 : 転倒</p> <p>NHS は、自治体等他の機関と連携し、転倒を予防し、転倒による骨折等や他の損傷の高齢者に占める割合を減少するような措置をとる。以前に転倒した高齢者は、効果的な治療とリハビリテーションを受け、専門職による転倒予防サービスを通して、介護者とともにアドバイスや予防を受けられる。</p>
<p>基準 7 : 高齢者精神保健</p> <p>精神疾患をもつ高齢者は、患者と介護者に対して効果的な診断、治療、支援</p>

を目的とした、NHSや自治体によって提供される統合的な精神保健サービスを受けることができる。

領域 4 : 積極的で健康的な生活の促進

基準 8 : 高齢期における積極的で健康的な生活の促進

高齢者の健康とウェルビーイングは、NHS主導で自治体等が支援する、コーディネートされた行動プログラムによって促進される。

(DH 2001 National Services Framework for Older People)