

び北アイルランド連合王国, もしくはイングランドのみ)における保健医療統計資料の文献やデータベースを, 文献データベース MEDLINE 検索およびインターネット検索を行った。収集した統計資料データから図表を作成し, その経年変化を検討した。

C. 研究結果

1) 北欧諸国での各種指標の推移

・障害発生に関する指標の推移

老年人口数(65歳以上人口数)の推移を図1に示す。1990年から2000年の10年間で, スウェーデンでは152万人から153万人, ノルウェーでは69万人から68万人とほぼ横ばいであるのに対して, フィンランドでは67万人から77万人と増加していた。

参考までに, わが国と英国の老年人口数の推移も図1に示す。1970年には英国で725万人, 日本で725万人とほぼ同じ老年人口規模であったが, 2000年には英国で931万人に対し日本では2,201万人と, 2倍以上の老年人口数をもつようになった。また, これは北欧諸国の14~32倍であり, 北欧諸国の老年人口規模はわが国での都道府県レベルの規模といえる。

次に, 年間の新規障害者数(人口10万人当り)の年次推移を, 図2に示す。スウェーデン, ノルウェー, フィンランドとも, 年ごとに多少の変動はあるものの, 600例/10万人程度の値を示し増減に一定の傾向はなかった。いずれの国においても年次においても, 人口当りの障害発生はほぼ変わらないといえる。

・施設ベッド数・保障受給数の推移

図1に, 北欧諸国, 英国, 日本における人口10万人当り精神病床数の推移を示す。日本以外の国々では, 1970年から一貫して減少しており, 最近10年ではほぼ横ばいの推移をたどっている。

また, スウェーデン, ノルウェー, 英国におけ

る老人ホーム等施設の人口10万人当りベッド数を示す。スウェーデン, ノルウェーでは1990年あたりから施設ベッド数は減少していた。特にスウェーデンでは, 1992年に導入された高齢者ケア改革¹⁾の影響と思われる急激な減少を示していた。一方, 英国では1970, 80年代を通じて, 老人ホーム施設ベッド数は増加していたが, 1996年をピークに減少を始めている。

このように, 各種施設のベッド数は減少している一方で, スウェーデン, ノルウェーでは, 障害への社会保障受給者数は増加していた。このことは, 障害への社会的サポート内容を生活施設の提供から他へ移行したことがうかがえる。また, 北欧3国で一番老年人口が増加していたフィンランドでは, 1990年代に入ってから, 人口当り受給者数は減少していた。

2) イングランドでの在宅支援・在宅ケアの推移

英国でも, 北欧諸国での状況を参考にしつつ, さまざまな高齢者ケアの改革が実施されつつある¹⁾。イングランドにおける在宅支援・ケアのサービスに関する統計資料をもとにその推移を示す。

1997年から2002年までの6年間で, 在宅支援・ケアの利用世帯は, 地域当局が提供するものから, ボランティアや私的機関が提供するサービス利用に移行していた(図6)。また, 1996年を100とした時, サービス利用世帯数は減少しているにもかかわらず, 合計利用時間数は2002年に120と20%の増加が見られた。これは, 一世帯あたりの平均必要サービス利用時間が1.6倍に増加したためであった(図7)。

D. 考察

短期的にはわが国の老年人口は増え続け, それに伴う障害者支援の量的ニーズの増加は言うまでもない。しかしながら, 障害者の自律生活支援の各看護プログラムの実施を考えると, 地域レ

ベルでのニーズ推移を考えなくてはならない。そのため、わが国での地域レベルと同じ規模の老年人口をもち、緩やかながらも老年人口増加を既に経験してきた北欧諸国での支援ニーズの推移をみることは、今後のわが国の支援ニーズの把握に、大きく参考となると考えられる。

北欧諸国での障害発生頻度をみると、いずれの国においても年次においても、人口当りの障害発生はほぼ変わらず、老年人口にほぼ一定の割合で障害が発生していた。わが国でも老年人口の増加に応じて、支援が必要となる障害者数も増加するであろう。しかし、長期療養病院や老人ホーム等のベッド数は減少しており、障害者の支援はこのような収容施設拡充から、その他の生活支援に向けられていた。特に、病院の長期療養や郡など公的ホームでのケアを、1992年以降改善したスウェーデンでは、その傾向は顕著である。

これら北欧諸国の推移も参考にした英国の近年の年次傾向をみた。イングランドの在宅支援・ケアの統計からは、各世帯で必要とする支援ケア時間は増加し、サービス提供者は公的なものから私的なものへと移行しており、支援サービスの質的变化を示していた。

E. 結論

- 1) 北欧諸国では、1970年から老年人口は微増からほぼ横ばいであり、年間新規障害者数もほぼ一定であった。
- 2) 北欧諸国・英国では、長期療養病院ベッド数、老人ホームなどベッド数は減少していた。
- 3) イングランドでの在宅支援・ケアの年次推移から、各世帯で必要とする支援ケア時間は増加し、サービス提供者は公的なものから私的なものへと移行しており、支援サービスの質的变化を示していた。

文献および使用した資料源

- 1) Health & Services Committee: Provision for the elderly in Norway and Sweden. LONDONASSEMBLY, 2004
- 2) World Health Organization Regional Office for Europe: European health for all database (HFA-DB). 2006
(本報告中のノルウェー王国, スウェーデン王国, フィンランド共和国, 英国[グレートブリテン及び北アイルランド連合王国]の統計資料)
- 3) 総務省統計局: 国勢調査人口および補間補正人口 (昭和45年~平成16年) .
- 4) 厚生労働省: 病院報告 (昭和50年~平成15年) .
- 5) Department of Health, National Statistics: Health and personal social services statistics - England. Government Statistical Service, 2006.
<http://www.performance.doh.gov.uk/HPSS>
S/

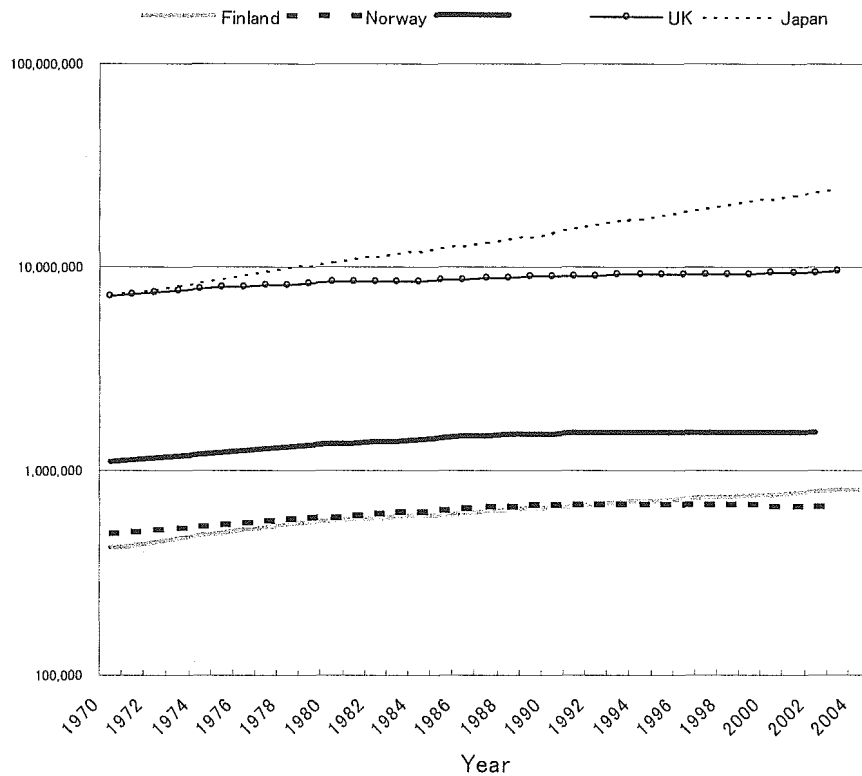


図1. Population aged 65+ Years(老年人口)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2006; 総務省統計局, 国勢調査人口および補間補正人口

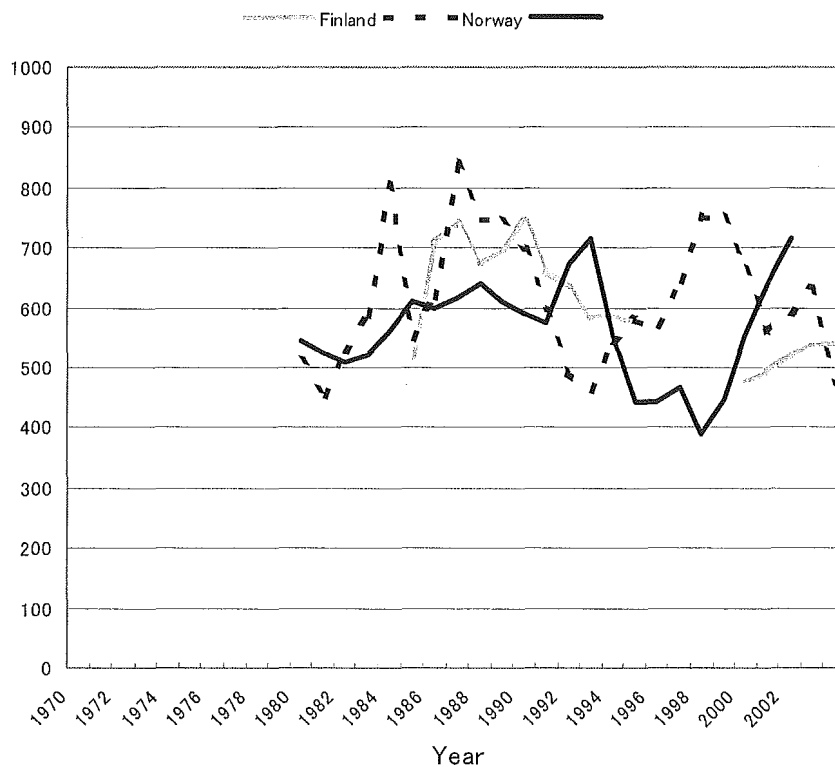


図2. New invalidity/disability cases per 10000
(人口10万人あたり新規就労不能障害例数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2006

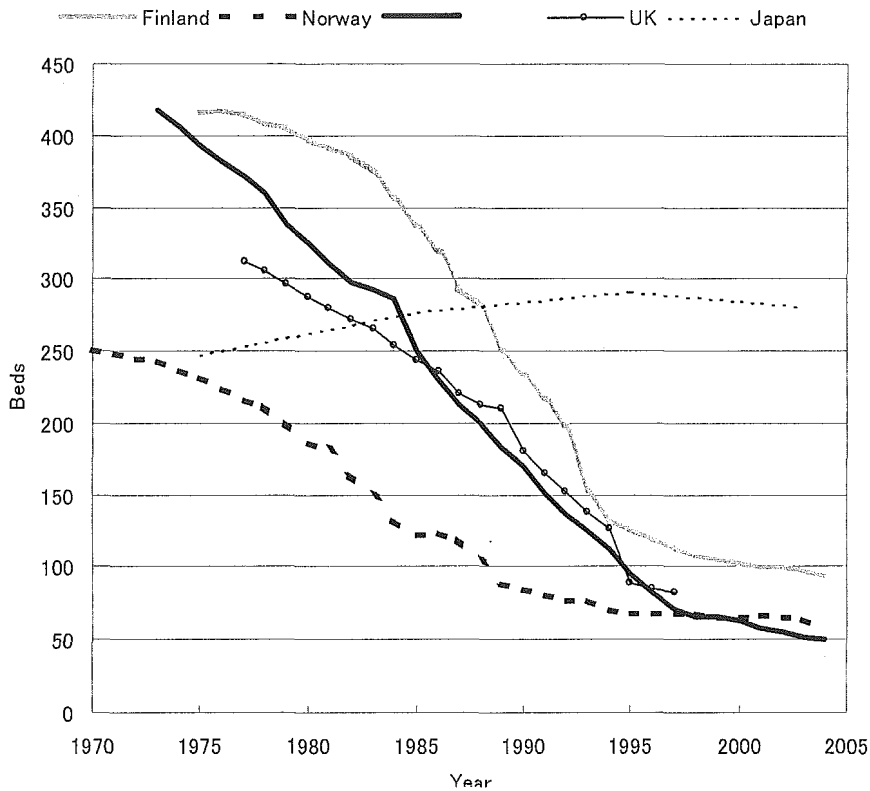


図3. Psychiatric Hospital Beds per 100,000
(人口10万人あたり精神病床数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2006; 厚生労働省, 病院報告

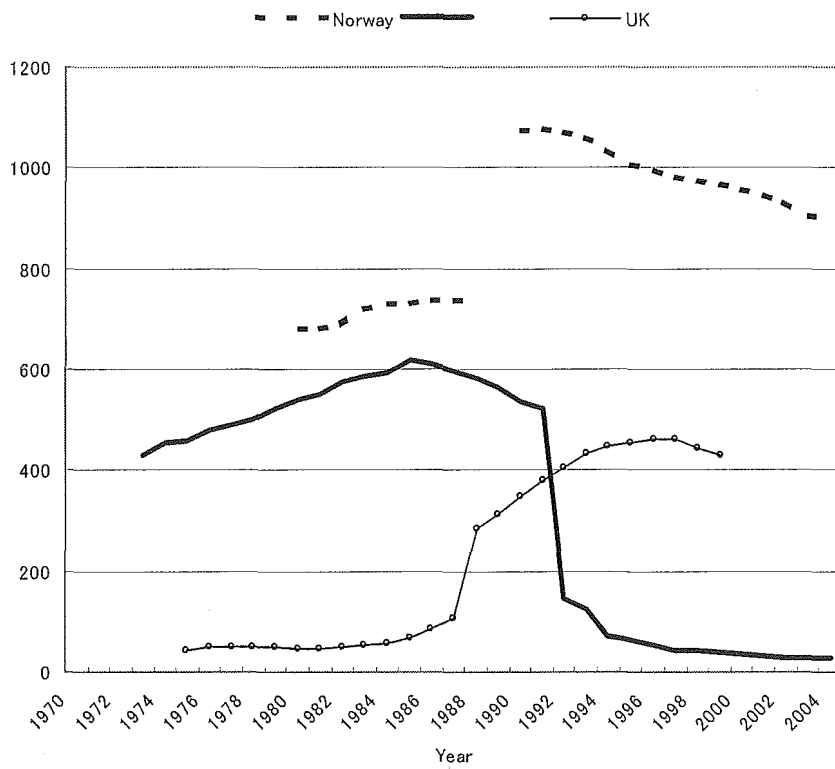


図4. Nursing and elderly home beds per 100,000
(人口10万人あたり老人ホームなど施設病床数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2006

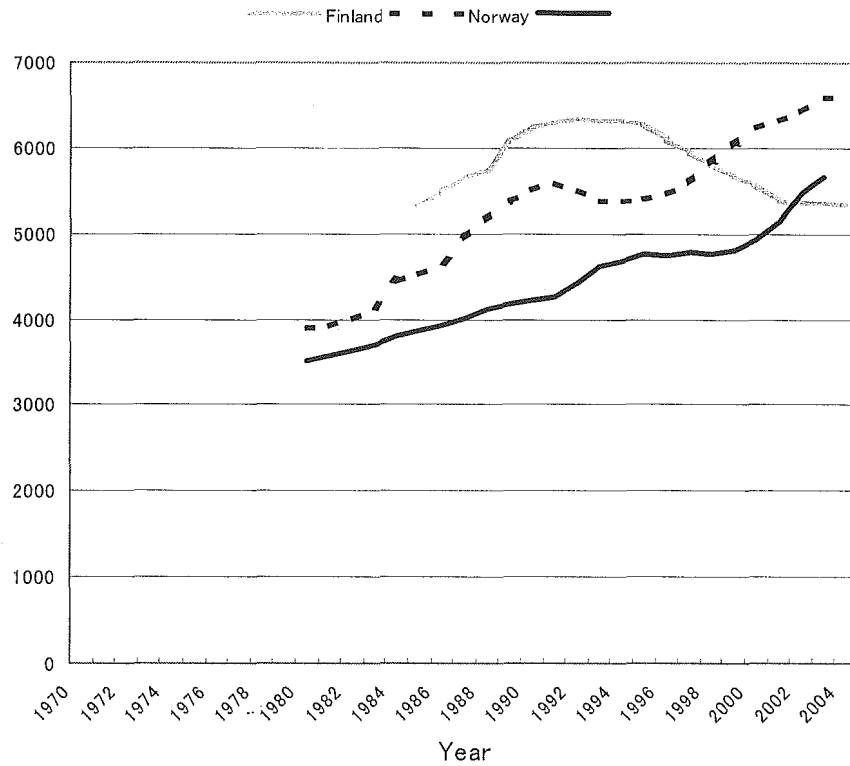


図5. Persons receiving social/disability benefits per 100000
(人口10万人あたり障害への社会保障受給者数)

Source: WHO/Europe, European HFA Database, January 2006

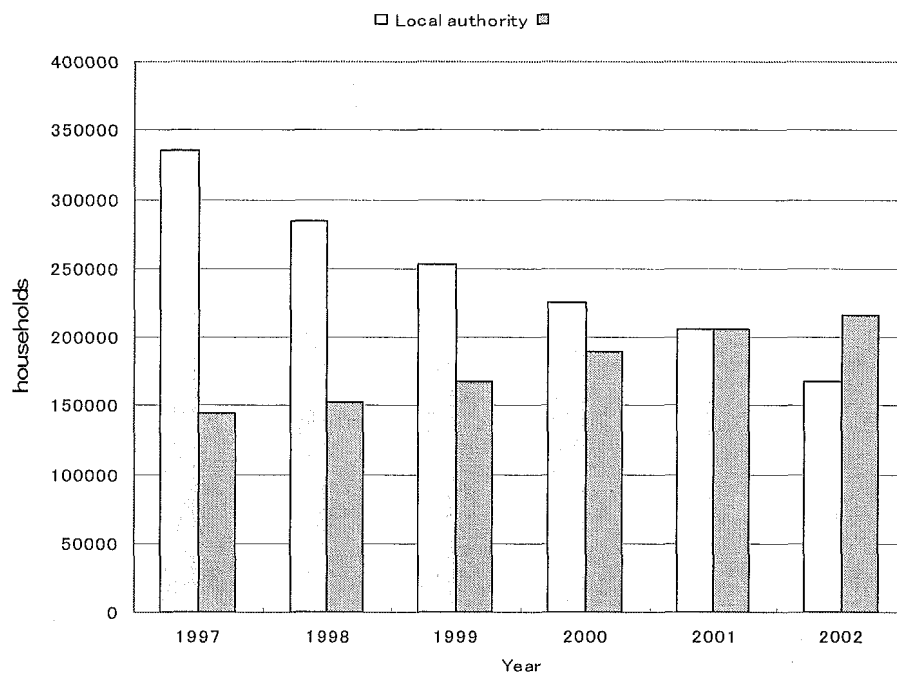


図6. Households receiving home help/home care in England
(提供先別ホームヘルプ/ホームケア サービス受給世帯数)

Source: Government Statistical Service, Health and personal social services statistics

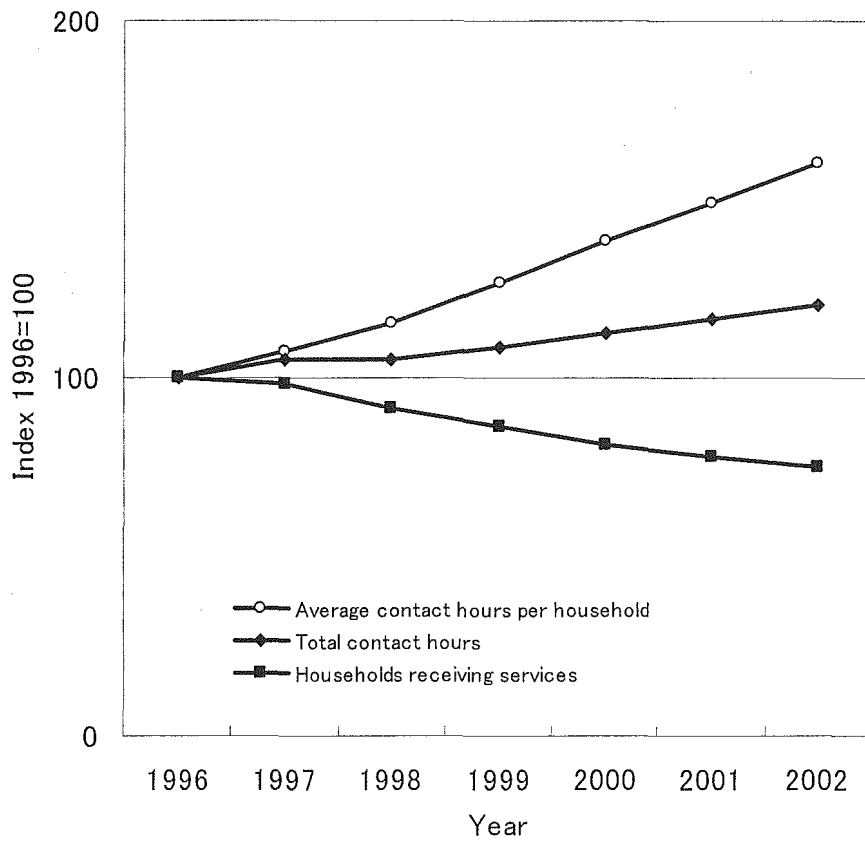


図 7. Home help and home care trends (all sectors) in England
(イングランドにおけるホームヘルプ/ホームケアの経時的傾向)

Source: Government Statistical Service, Health and personal social services statistics

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書

地域で生活する障害児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発

—居住型モデルの開発・実践—

「地域で生活する障害者の自律支援に関する研究—英国における取り組み」

分担研究者 飯田恭子 首都大学東京 健康福祉学部看護学科

鳥居央子 北里大学看護学部

研究要旨

地域で生活する障害者の自律支援について、国際的に文献収集、分析し、わが国におけるモデル開発・実践の参考とする。本年度は、イギリスにおける、地域生活を支援する障害者福祉サービスについて Personal Assistance System および Direct Payment System の歴史的推移を踏まえてその基本的考え方、現状と諸問題について報告する。

研究目的

地域で生活する障害者の自立支援について、イギリスにおける最新資料を分析し、わが国における居住型モデル作成の参考基礎資料とする。

研究方法

目的にもとづいて、イギリスにおける報告書、文献を収集、精査し、整理、報告する。研究の性質上、倫理面における問題は特にない。

研究結果および考察

Personal Assistance System および Direct Payment System

・歴史的背景

イギリスでは 1948 年に National Assistance Act が施行され、障害者に福祉を提供する責任が行政にあることが示された。その後 1968 年に第 45 項においてこの「障害者」の中には高齢者も含まれることが明記された。イギリスの障害者に対する社会サービスの基本事項は、1970 年に施行された慢性疾患および障害者法（Chronically Sick & Disabled Persons Act 1970）に示された項目に基づいている。当初、サービスの内容は実際の援助やサービス情報の提供、調整に関することであったが、1977 年の National Health Service Act によってその他の家事援助サービスを提供する権限が社会福祉局に与えられた。また、精神障害者へのケアサービスの必要性について

は 1983 年の Mental Health Act の中で特に強調されている。

第二次世界大戦後の行政枠組みの中では、政府の義務づけというよりは、地方行政局の裁量で地域障害者への支援が行われる仕組みであり、1986 年の Disabled Persons Act (障害者法)では地方行政局に対し、住民のニーズをアセスメントする義務を強調している。1990 年の国民健康保健及びコミュニティケア法 (National Health Services & Community Care Act) ではさらにこの義務が強化された。イギリスでは地方における障害者行政は一本化された法によるのではなく、以上のように多数の法がパッチワークのように関与した複雑なものとなっている。

1986 年から 1991 年にかけて、Sir Roy Griffiths は、コミュニティケアの再組織化を提案した。地方行政局にはニーズに合わせた支援がなされていることを担保することに責任はあるが、必ずしも直接支援を提供する責任があるのではない。社会福祉局にはその地域におけるニーズのアセスメントをし、アセスメントの結果に合わせて優先順位の設定、計画作成をすることを要請した。これが後の障害者が自分でサービスを選択し、受け取ることを主眼とするいわゆる Personal Assistance システムの一つの背景となった。その後ケア基準法 2000 (Care Standards 2000) が制定され、具体的実施のために、ケア基準法 2000 に基づく全国最低基準規則が定められた。この基準に基づいてサービス提供機関が求められている基準に見合うパーソナルケアを提供しているかどうかを国のケア基準委員会が裁定し最低要件の充足を確認している。

・ Personal Assistance System 導入の経過

Personal Assistance System の元になったのは ILF 基金である。ILF (Independent Living Fund) は、1988 年に設立された。これは、Disablement Income Group 及び Department of Social Security と協力して、稼働年齢にある障害者の在宅支援を現金支払いという形で始めたものである。初年度は、基金の中から 1,000,000 ポンド、1992 年度には 1 億ポンドが 21000 人に支払われた。その後、ILF は 1992 年には新規申請者を打ちきり、これまでの人々のための Independent Living (Extension) Fund と、新規の人々のための Independent Living Fund という 2 つの新しい基金に置き換えられている。

政府の支援には「障害者に現金を与え、そうすることで Independence と、自分自身の care needs に最も合うものを決める力を与えている」ということが背後にあり、それは重要な概念とされている。障害者法が導入された当初は、社会サービスは自治体の管理の下にあり、障害者自身は生活管理上の自己裁量は殆ど無かった。障害者団体協議会を中心とした、熱心な、自立生活という概念を現実化する運動の成果として、Personal Assistance というシステムが展開されるにいたった。このシステムの下で、障害者が施設を出て地域で自立生活する際に、必要な人材として Personal Assistant という職種が成立した。自立生活基金 (Independent Living Fund) は、障害者がこ

の Personal Assistant を自ら求人雇用して必要な介助などを指示するための基金であった。この自立生活基金は、第三者機関を通じた間接的給付であったが、1996 年に Community Care (Direct Payment) Act というコミュニティケアの現金給付制度として法成立し、地域社会サービスの一環として、行政から直接、障害者に給付されることになる。

・ Direct Payment system (ダイレクトペイメントシステム) : その内容

ダイレクトペイメントは、社会サービスから援助を必要としていると査定された人が、自分へのケアやサポートサービスを自治体から直接受けるのではなく、自分で手配し支払う場合の、その人への自治体の支払いのことである。ダイレクトペイメントを受けるためには、受給者本人が了解したことを自己表示出来なくてはならない。また必要な日々の援助を自己管理できなくてはならない。

*対象者 (eligible)

- ・ すでに社会サービスを受けている人
- ・ 社会サービスを受けていない場合、自治体にニーズのアセスメントの申込をする必要がある。社会サービスは通常、次の人になされる。
 - 16 歳以上の障害者、親または 16 歳以上の介護者 (障害児の親権を持つ者を含む)、高齢者
- ・ 社会サービスが必要ではないと自治体からの決定を受けている場合、ダイレクトペイメントを申し込むことは出来ない。ニーズや環境が変わったと思う場合は、自治体に新規のアセスメントを申請する。

*受けられる金額

- ・ 自治体が、査定したニーズによって決まる。

*支払われ方

ダイレクトペイメントは、直接、銀行やビルディング・ソサイエティ、郵便局、ナショナル・セイビング・アカウントに振り込まれる。お金を下ろすのに介助が必要である場合や目が不自由な場合、支払いは小切手によってなされ、郵便局で現金化できる。

*ダイレクトペイメントの使用

ニーズと査定されたものに対して、サービスを手配するために使われる。原則的に自治体は最も良い手配を本人に任せている。

*ダイレクトペイメントを使用できないもの

居住関連の永久的なもの(自治体が同意をすれば短期間の安全のための器具に支払うことが出来る)、また同居している家族のための使用はできない。ただし特別に住み込みで雇っている人やその他の環境については、自治体の同意があれば使用できる。

***記録**

ダイレクトペイメントを受けた場合、その内容について説明する必要がある。自治体にとって必要な記録は、情報、例えばパーソナルアシスタントの署名入りタイムシート、サービス事業所からの領収書などである。

***介護者とダイレクトペイメント**

親かまたは16歳以上の介護者の場合、ダイレクトペイメントを受けることが出来るが、ケアをしている人のためにサービスを買うことは出来ない。介護者をサポートするために必要と査定されたことにのみ、使うことが出来る。

***その他の給付への影響**

ダイレクトペイメントは収入の代わりとなるものではないので、受けている給付金や手当てに影響しない。

***環境が変化した場合**

一時的に状況が改善した場合や、入院した場合、再アセスメントがなされる。

ダイレクトペイメントの継続を望まない場合、地方自治体が代わりにサービスを手配する。自治体によって、ダイレクトペイメントを管理することが出来ないと決定された場合、ダイレクトペイメントの支払いは中止され、代わりにサービスが手配される。

ダイレクトペイメントは、当初、身体障害、感覚障害、知的障害、その他 HIV を含む様々な疾病の患者、精神疾患のある64歳以下に限られていたが、法制化の翌年97年には65歳以上の障害者にも給付が広げられた。2001年に出来た保健及び社会的ケア法によって障害児の親権を有する人、障害のある親と生活する16~18歳までの人などにも給付対象が広げられ現在に至っている。受給に際しては、コミュニティケアサービスの必要性に関して、自治体の社会サービス部に所属するケアマネージャーによるアセスメントやケアプランの作成がある。ケアサービスの受け方には選択肢があり、障害者は、コミュニティケアサービスを直接受けることも、ダイレクトペイメントで自らサービスを購入することも、また両者を併用することもできる。

・ Direct Payment System : その現状

ダイレクトペイメントの利用にあたっては、受給希望者は、ケアマネージャーにこの制度に関心があることを伝え、アセスメントを受け、コミュニティケアサービス受給資格、ケアプランの経費、受給上限額など法的ニーズの確認・評価を受け、利用希望者の達成したい目標についての合意を得る。ダイレクトペイメントはコミュニティケアのサービス支給形態の一つであり、ケアマネジメントのプロセスを通じて行われるものである。そのため受給側とケアマネージャとの関係が重要である。

・ アセスメントのプロセスは16過程があり、概要は以下のとおりである。申請／照会、社会サービス部のデータベースに記載されているかの確認、申請者・介護

者・照会者との電話・面接による情報収集、基本的な情報シート作成、関連チームへの基本シート・照会情報・サマリーの送付、ケアマネジメント・チームの作成、チーム・マネージャーによる優先順位の決定、訪問調査、詳細なアセスメント情報を集めるための訪問、状況の変化の確認、情報を提供してもらうことへの同意、背景と経過を記述するシートの作成、サービス・ユーザーのアセスメントの要約（必要に応じて介護者のアセスメントを分離して実施する）、優先順位と目標についての同意、確認された全ニーズのリストアップ。なお、アセスメント内容によって、必要に応じてチームが編成されるが、メンバーの決定等はケアマネージャーの判断による。申請時の判定及び紹介は医師を通じて行われるが、アセスメントに関しては、日本のように医師の意見書等は必要とはされない。

- ・ 「自己決定ができる」ことが基本であるが、知的障害、認知障害などがあっても金銭管理について、アシスタントを伴えば管理できると自治体に示すことが出来れば対象となりうる。2003年度のコミュニティサービス受給者総数は約150万人、その内約70%が65歳以上の高齢者である。対象者のうち知的障害者が7%弱と少ないのはこの「自己決定ができる」という基準要件との関係であろう。知的障害者、精神障害者、コミュニケーションに障害のある者、また長期に施設に入所していた者、長期に在宅で外に出る機会をもたなかった者などでは、サービスを受けるための自己主張、自己選択、自己決定などの上で課題がある。

2003年度のコミュニティ・サービス受給者数（概数）

	総数	18～64歳	65歳以上
総数	1,462,000	434,000	1,028,000
身体障害	1,084,000	191,000	893,000
知的障害	98,000	91,000	7,000
精神障害	211,000	141,000	69,000
その他	70,000	11,000	59,000

イングランドにおけるダイレクト・ペイメント受給者数

受給者	2001.9.30	2002.9.30	2003.9.30
総数	5,423	7,882	12,585
高齢者（65歳以上）	537	1,032	1,899
知的障害者	353	736	1,337
身体障害者	4,274	5,459	6,944
感覚障害者	100	159	207
若年ケアラー	3	3	12

精神障害者	61	132	229
障害児のケアラー	66	228	875
障害児（16～17歳）	8	38	125
ケアラー	21	95	957

表にあるように、実際にダイレクトペイメントシステムによって直接、現金給付サービスを利用している障害者は2003年度で1万2,3千人であるが、過去三年間では、毎年50～60%増と急増傾向にあり、ダイレクトペイメントの体制は次第に整いつつある。一方、感覚障害者、精神障害者の利用数が少ないことは課題である。

・ダイレクトペイメントシステム：受給者の事例報告

ダイレクトペイメント受給生活の一報告（Maria Brooks氏）

この3年間、ケアサービスとしてダイレクトペイメント及び自立生活基金を受けてきた彼女は、この基金の長所短所について、自身の経験をもとに以下のように述べている。

適切なパーソナルアシスタントの雇用に苦慮した。1～2年続く人もあれば、3～6ヶ月で何度も代わる場合がある。アシスタントとの関係作りが大変ストレスになる。アシスタントの立場からすれば、昇進も年金も無いため、職種として将来の見通しがつかない。アシスタントを紹介する事業所にも問題がある。事業者自身も経営上の問題を抱えている。生活管理が自力でできない障害者の場合、アシスタントを雇用せざるを得ないが、その場合にはアシスタントの管理能力が要求される。ときには昔のように、お役所任せでやってくれた方がずっと楽だったと思う。

ダイレクトペイメントシステム：今後の課題

イギリスの障害者運動は、保護、隔離からの開放と、その大きな手段としてのダイレクトペイメントを求めてきた。自立生活を実現する上の一つの柱として、パーソナルアシスタントを直接雇用するという「主体性・自己決定として重要なもの」はあるが、コミュニティケアの一連のプロセスを経由しなくてはならない。自治体のコミュニティケアの整備、ケアマネージャーの資質、アセスメントにおける交渉、パーソナルアシスタントの雇用を巡る障害者の力量、これらを側面的にバックアップするダイレクトペイメント支援サービスの存在、など数々の課題がある。

ダイレクトペイメントの限界について、①ダイレクトペイメント法は、ニーズアセスメントに関する既存の仕組みから一歩も出ていない、配分された資金の管理は可能だが、配分決定の基準は変わらない、②サービス利用者の多くがダイレクトペイメントの先行きに不安を持っている、③ダイレクトペイメント法は、お金を出すことによって、本来のサービスでは行われている「扱いにくい厄介なもの」を回避してしまう危

険がある、などが指摘されている。

イギリスでは 2005 年に Disability Discrimination Act が提議され、2006 年 12 月 1 日に施行されることになった。この下で障害者の権利が拡大され障害者の定義そのものも拡大される。2005 年 1 月に The Improving Life Chance of Disabled People Report が出され、今後 20 年にかけての障害者生活向上に関する政府の戦略が具体化された。戦略の 4 つの柱は、自立生活、若年期と家族の支援、成人期への移行、雇用である。これにより下記の①～④に示すような、社会の中で連続するシステム、あるいはライフサイクルを通じての支援が可能になろう。①段階的に個人給付へと移行させていくことにより自立生活を達成するよう障害者を支援する。②障害児を持つ家族が一般児と同様の保育と早期教育を受け、かつ障害児を持つ家族に必要な特別なニーズに応え、児や家族へのサービスを保証する。③成人期への移行を容易にするような様々な効果的な計画によってサービスの狭間を防ぎ、透明性及び適切性の高い選択肢と機会へのアクセスをめざす。④雇用の確保や継続に向けて支援体制またインセンティブを高めるよう要請を待つのではなく積極的に支援体制を進める。

参考資料

<http://www.direct.gov.uk/DisabledPeople/HealthAndSupport/EverydayHealthServices/fs/en>

社団法人生活福祉研究機構編集『イギリスの実践にみるコミュニティケアとケアマネジメント』
p. 37, 中央法規出版, 1998年.

英国保健省 <http://www.dh.gov.uk/>

社会サービス管理者協会 <http://www.adss.org.uk>

政策学研究所 <http://www.psi.org.uk/>

リーズ大学障害学センター <http://.leeds.ac.uk/disability-studies/>

全国自立生活センター協議会 <http://ncil.org.uk/>

ピープル・ファースト <http://www.peoplefirst.org.uk/>

英国介護者協会 <http://www.londonhealth.co.uk/carersnationalassociation.asp>

<http://scope.org.uk/>

http://www.strategy.gov.uk/work_areas/disability/index.asp