

払うという考え方も世間に受け入れられた。

また、介護保険施設の栄養管理評価については、その仕組みや考え方について、広範な支持があったことは事実であり、わが国の栄養管理や管理栄養士制度、栄養教育や給食管理、そして高齢者の食事・栄養のあり方と障害があっても口から食べることの意義について、制度自体が強力に主張していると思う。

それにもかかわらず施設経営面では、影響が大きい。栄養管理体制加算 12 単位、栄養マネジメント加算 12 単位を算定したとしても、1380 単位が 1620 単位になるだけである。経口移行加算が導入されたが、療養食加算が特別食加算より 7 単位減額され、濃厚流動食は、算定できないので、経口移行と療養食加算は相殺され、あまり経営に影響しない結果となった。

ある組織（会計単位といってもよい）の経営状況は、それこそ様々な要因で変化する。経営状況の長期的悪化は、その組織の経営継続を困難とする。逆に、経営状況の好転は事業拡大といった方向に向かうこともある。

介護報酬を主な事業収益とする事業であっても、原則として同様である。ただし、少なくとも次のことを考えておく必要がある。

第 1 に、事業の失敗により多数の消費者に強い影響を与える場合であって、他に代替可能でない場合に対しての支援策の検討。

第 2 に、公的支出（租税や保険料）によって賄われる事業において、平均的な運営（マネジメント）が実施されているにもかかわらず、長期に経常損失が発生し、その損失を他の会計単位からも支援できない場合の施策。

第 3 に、単に経営効率や利益確保を目的とすることによって、不都合が生じる恐れのある事業（例えば、公益事業、教育や社会福祉事業等）の価格設定が不適切であった場合の損失発生時の対応。

これらのことも考えてみると、公共的な価格決定は、慎重に決定することが必要であるとともに、経済合理性が追求されなければならないことがわかる。つまり、公的支出によって賄われるのであれば、多額の経常利益が発生することも、逆に、多数の事業体が経常損失の発生により事業が継続不可能になることも避けることが必要になるのである。

そのため、介護報酬で賄われる事業であっても、ある程度のフェアリターンが必要であると思う。このことを正確に理解した上で、介護報酬の議論を今後とも進めることが必要であると考えているのである。

3. 介護保険施設の変容

ドメインというと、インターネット上の住所を思い浮かべることが多いかもしれない。もともとドメインとは、領地、領土、領域分野あるいは所有権という意味の英語であるが、生物界では生存領域、勢力範囲という意味で使用される。このようなことから経営学とかマーケティングの世界では、企業の生存領域という意味で企業ドメイン、事業の活動領域という意味で事業ドメインという用語を使用している。

多くの企業は、経営資源を市場の中で、だれに対して、何を、どのように投下し、自らの存在領域を築き上げたらよいかということを考えざるをえない。たとえば、1985 年に民

営化された電信電話公社は国内の電報と電話を事業ドメインとしていたが、現在のNTTグループは、情報通信を企業ドメインとする世界最大の情報通信コングロマリットとして躍進している。また、サントリーは、酒類の製造販売だけでなく、外食チェーン店やフィットネスクラブそして花の生産を手がけている。企業ドメインは「酒」ではなく「世界の生活文化の発展に貢献する」ことにある。

そこで、改めて介護保険施設のドメインとは何であるかを考えてみると、それは、要介護者に対する、施設介護保険サービスを、利用者の尊厳と自立支援という法の趣旨に従って提供するということになるのであろう。

介護保険制度の創設によって設定された指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老健施設）、指定介護療養型医療施設（病院や診療所の療養病床のうち介護保険の指定を受けた病床）の三種類の介護保険施設は、介護保険制度改正議論や医療制度構造改革議論の渦中で、大きく変容しつつあるのではないかと思う。たとえば、2005年10月1日実施の介護報酬改定によって、居住費の一部や食費が利用者負担となったことによって、介護福祉施設利用者の変化、老健施設の個室ユニット化へのためらい、介護療養病床から医療保険病床の変更という動きがあった。

介護老人福祉施設は、利用者の84%が保険料段階で新3段階までの市町村民税・世帯非課税世帯である。これは、措置の時代に住民票を特養に移動させたことにより、課税世帯から一人世帯となり世帯非課税となった利用者が多数を占めたことによる。また、介護保険制度施行は、市町村民税世帯課税・本人非課税（介護保険被保険者の約39%と言われている：表参照）の世帯では、これまでは老親特養のための控除や場合によっては障害者控除が受けられることもあって、住民票上は、同居のままであった。しかし、今回の利用者負担の導入によって、施設には住民票を移動させる傾向がみられるという。このことは、一時的なことも考えられるが、介護福祉施設が結果として世帯非課税世帯の受け皿に特化すると考えることもできる。

これと対照的なのが老健施設である。保険料段階で新3段階までの世帯非課税世帯の入所者は、居住費や食費の一部が免除されるが、新4段階以上では免除はなく施設側で設定した食費等を支払うことになる。1日で1600円の食費を設定した施設では、世帯非課税入所者は1380円の収益にしかならない。つまり、世帯非課税入所者が少なければ少ないほど収益が増加することになる。また、個室ユニット化を検討していた施設では、住民税課税世帯の負担が大きく変化することから、ユニット化すると利用者が減少するのではないかという不安が表明されている。

これらに対して千差万別なのが介護療養病床である。まず、入所者の大半が世帯非課税の施設もあれば、逆にほとんどいないという施設もある。施設の所在地やマーケティングあるいは経営方針により差が生じているとも考えられる。

以上のように制度変更の影響により各介護保険施設のドメインが変化ないし変容しているのではないかと思うのである。

4. 施設でも自宅でもない住居

介護保険制度では、介護保険施設以外の各種サービスは居宅サービスとして、通所、訪

間、短期入所などのサービスに細分化されている。介護保険法施行後グループホームや有料老人ホームあるいはケアハウスが急増してきたがこれらは施設サービスではなく、あくまでも居宅サービスと位置づけられてきた。自宅でもない住居と有料老人ホームは、どこがどのように違うのかとか、そもそも特養と老健施設および介護療養病床にどれほどの差異があるのかといったことが長年議論されてきた。結論からいえば、制度上の差でしかないが、実態として使われ方やサービスの提供方法あるいは提供する側の考え方の違いというものは存在している。

では、介護保険施設とグループホーム・特定施設である有料老人ホームやケアハウスの共通点は何かといえば、自宅ではない住居という点ではほぼ共通しているとも考えられる。ただ、前者は施設で後者はケア付き住宅というか、欧米流に言えばケアリビングという範疇である。それでは、特養や老健施設をケア付き住宅とか、ケアリビングと理解してはいけないのであろうか。制度が違うというのは、容易に理解できるが、では実態として何が違うのかを証明することは、かなり厄介である。

1986年の老人保健法改正法で老健施設が誕生したが、当時から特養や病院とどのような違いがあるのかといったことが議論され続けてきた。特養は居住サービスに介護サービスを付けたもの、病院は治療を目的とした施設、老健施設は社会復帰施設だと説明された。しかし、時代とともに老人病院は治療施設から療養施設化し、介護療養型医療施設は「病状が安定している長期療養患者であって、カテーテルを装着している等の常時医療的管理が必要な要介護者」のための施設と位置づけられてきたが、明らかに「常時医療的管理が必要」でない入所者が増加していった。

また、老健施設は、社会復帰施設であろうと努力を続けたが、介護保険制度導入とともに、1年以上の長期入所者が急増し「社会復帰施設」としての旗印だけでは説明がつかなくなりつつある。このように考えてみると、介護保険制度導入後、介護保険の3施設体系は、むしろ近似化する傾向があることがわかる。

介護保険制度の立案過程において、グループホームが急増することや、特定施設が都市部に乱立するという状況が起こることを想定していた人は少数しかいなかったはずである。しかし、これらの施設は、介護保険施設の競合施設として認識されるようになった。このようになると、介護保険施設とマーケットも同一であるし、事業ドメインとして差異化することも難しくなっていると考えることもできる。

グループホームや特定施設あるいはケアハウスのドメインは「介護保険施設でも自宅でもないケア付住宅」ということになるかもしれない。また、これらの施設に介護保険施設を加えてみると「要介護者のためのケア付住宅施設」というドメインも可能である。介護療養病床を個室ユニット化してみると「医療付有料老人ホーム」という事業ドメインになるかもしれないのである。

5. 介護療養病床のドメイン

長い間、病院のドメインは「治療施設」であった。そこには、医師がいて、患者の治療のための設備があり、看護師が看護を担当し、スタッフ全員が患者の1日でも早い回復を祈るというイメージが定着してきた。しかし、時代とともに特養ができ、老健施設ができ、

そして、特定やグループホームも増加してくると、いったい介護療養病床というのは「病院なのか」という疑問が生じることになる。

医師の配置人数は、老健施設の2倍強だが、病院の最低基準の半分以下である。看護職員も利用者6人に1人配置で老健施設の2倍ではあるが、急性期を対象とする病院の平均値の3分の1にすぎない。おまけに業務の中心は治療でも看護でもなく介護の分野である。

施設の指定基準では、介護保険施設間でそれほど大きな差はないが、居住の1人当たり面積は、介護福祉施設で10.65㎡（個室ユニットでは13.2㎡）以上、老健施設で8㎡であるのに対して、介護療養施設は6.4㎡以上に過ぎない。

また、この施設は介護療養病床と医療保険適用病床が同一の建物に混在している場合が多く、高齢者が多く入所しているらしいという以外、内部がよくわからない場合が少なくない。介護保険制度が導入されるまでは、療養病床であったものを介護保険でも医療保険でも適用できるようにしたことから、多少の混乱が生じたが、結果的には要介護4とか5の利用者が介護療養に移動し、医療療養はそれ以外の人々のための医療施設に変化していった。ただし、医療療養であっても「病状が安定している長期療養患者のうち、密度の高い医療的管理や積極的なリハビリテーションを必要とする者」ばかりが利用しているわけではなく、介護保険施設やケアリビング的サービスの代替となっているというのが現状である。

このように考えてみると介護療養病床のドメインがみえにくくなっていることがわかる。その上、これまで介護療養病床であった病床が、本年9月までに医療保険適用に移動したケースが少なくないようであるが、これには2つのパターンがある。一方は、特殊疾患療養病床や障害者病床あるいは回復期リハビリテーション病床に転換したパターンである。他方は、10月1日からの居住費・食費の負担を取りあえず回避する目的で医療保険に変更したパターンである。

どちらかが悪いというわけではないが、医療保険から介護保険そして医療保険へと都合の良い方へ渡り歩ける制度というののもいかなものであろう。いずれにせよ、各介護施設種別間の近似化と制度変更に伴う各施設の対応、そしてケアリビング的サービスの急増によって、介護保険施設、とりわけ介護療養病床のドメインがわからなくなっていると考えられるのである。

当然のことながら介護保険施設のドメインは、制度の仕掛けや規制内容によって決定されることが多い。逆にいえば、ある介護保険施設が独自のドメインで活動できる範囲は、制度の規定する枠内に限られるということである。そのため、ドメインがわからなくなった責任は、制度の側にあると考えることができる。さらにいえば、各介護保険施設が明確な事業ドメインにしたがって有効かつ効率的に経営できるような制度改正を行うべきである。

たとえば、すでに起きている現実としての「各介護施設種別間の近似化」をさらに推し進めるとか、介護保険施設と特定施設やグループホームなどとの相違を明確にするか、それとも現行の枠組み自体を改正することも可能であろう。また、医療保険と介護保険は別制度である以上、介護保険施設は介護保険施設としてのドメインの下で役割能を明確にするべきであり、焦点が定まりにくい医療療養病床より明確で療養環境等が他の介護保険施

設と遜色ないものにするべきであると思うのである。

つまり、もう一度、介護保険のドメインとか、介護保険施設のドメインということを考えなければならぬのではないかとということと、単なる施設というより、例としては適切ではないが「自立支援を支援するための文化的なケアリビング」などということを考えざるをえなくなってきたのである。

第5節 コスト・パフォーマンスと地域ケア構想

1. 2006年4月介護報酬改定

2006年4月からの介護報酬改定のねらいは、①中重度者への支援、②介護予防・リハビリテーションの推進、③地域包括ケア・認知症ケアの確立、④サービスの質の向上、⑤医療と介護の機能分担・連携の明確化ということにある。

①の中重度者への支援では、まず在宅軽度を平均マイナス5%の改定率とし、在宅中重度を平均4%プラスした。また、難病や末期がん患者への在宅支援や施設系も含めた重度化対応と終末期ケアに配慮した。

②の介護予防サービスは、目標指向型（成功報酬の導入といってもよい）とするとともに、各種加算を算定できるようになっている。また、リハビリテーションについては、短期・集中的な資源投下というプロセスを重視した報酬となった。

③の地域包括ケアは、地域包括支援センターを中心としたネットワークを基本として予防給付が推進されていることを明確にするとともに、新設された地域密着型サービスについても、地域ネットワークを活用することを評価した。認知症ケアについては、新たに認知症短期集中リハビリテーション加算が導入されたほか、認知症対応型共同生活介護に医療連携体制加算が新設された。

④のサービスの質の向上については、まず、介護保険サービスにおける他職種協働、プロセスの重視（マネジメントの徹底）、研修体系の見直し及びケアマネジメントの強化が行われている。例えば、訪問介護では、特定事業所加算が新設され、ヘルパーに対する計画的な研修や健康診断、介護福祉士の割合や、経験などが報酬に反映されることになった。

⑤の医療と介護の機能分担については、介護療養型施設の5年後の廃止や療養病床の全体的見直しの影響が強いが、この時期に将来像が明確になったことは、今後の医療と介護の連携にとって有効であるとともに、今後の居住系サービスの体系的整備のために必要である。

ここでは、介護報酬改定の概要の全てについて述べる余地はないが、これまでの5年間に介護保険サービス分野で山積みされてきた問題の大半を解消するとともに、地域包括支援、地域密着型サービスという新しいサービス提供形態の導入や、多くの人々から困難と考えられてきた介護保険施設の再編に着手したことは、公平に評価することができると思う。

介護報酬改定の内容を詳細にみると、明らかにコスト・パフォーマンス(Cost-Performance)という考え方が導入されたのではないかと考えられる。通常何らかの公共的料金の設定という作業では、必要なコストを積算するという方法が採用される。しかし、こと介護報酬

については、コストを積算するとか、建築物のような設計上の積み上げコストといったものが見当たらない。

つまり、コストの積算や原価計算に基づいて介護報酬が設定されているわけではない。このことは、診療報酬についても同様である。なぜか。理論的には可能であるが、約 14 万の介護保険事業所のデータを収集できたとしても、データからどのように平均的なコストを算定できるかといったことと、また実際にそのようなことで合意がえられるかどうかは疑わしい。なぜなら、報酬自体が原価計算の結果からのみ導き出されるわけではないからである。

これまでの改定作業では、経営実態に関する調査が行われ、その結果から改定作業が進められる。この場合原価計算ではなく、特定のサービスにどの程度のコストが投入されているかといったことと、収支差額の状況が重視される。あたり前のことであるが、通常であれば、収支差がマイナスならばプラスという判断がなされる。このようなこと以外に、あるサービスの質を向上させる必要があると判断され、AというサービスよりBというサービスに移行するのが望ましいことになった場合、報酬上の誘導としてAを引き下げ、Bを引き上げるといったことが行われる。一種の経済誘導である。

このほかに、各種団体などからの要望や調整なども行われることによって、全体の報酬体系が決定される。これら一連の作業は、報酬政策と呼ぶべきもので、その過程は複雑である。

ここで明らかにしておきたいのは、介護報酬の改定が、単なる問題解決や調査結果によって決定されるというよりも、それ以外の要因で決定される場合があるということである。ただし、経済誘導するのであれば、当然、その根拠となる考え方が明確に示される必要があるし、関係団体とのネゴシエーションも社会的に認められる狭い範囲でしかない。このようなことを理解した上で、再度介護報酬をみると、費用に対する効果とか有効性あるいは、性能といったことが、今回考えられたのではないかと思うのである。

介護保険サービスの介護報酬は、制度創設以前の各種サービスの費用額を参考に体系化されたものであり、前回の改定は、サービス毎の収支差を勘案したものであった。つまり、介護保険制度創設時に、各種サービスの原価計算やコスト積算がなされたという証拠はないということである。

このようなことは、今回も同様ではあるが、それ以前の問題として、介護保険創設時のサービス体系や質の確保といったことについて、そのまま継続するのではなく、現行の費用体系が、そもそも効果があるのかとか、費用に見合うサービスとなっているのかといった根本的な検討が今回、行われたように思う。

今回改定で最大の影響は、介護療養型医療施設の 5 年後の廃止である。このことについては、賛否があるものの、なぜそうなったのかということについて、十分な議論がない。ただし、コスト・パフォーマンスが悪い施設であるという判断があったと考えられれば、単なる廃止がけしからんという議論に終始することはないと思う。

また、介護保険施設からの在宅復帰支援加算や、栄養ケア・マネジメントやリハビリテーション・マネジメントは、明らかにコスト・パフォーマンスを追求するという考えから採用されたと考えられるのである。

2. 居住系サービスの重視

介護報酬改定の柱のひとつとして「中重度者への支援」が打ち立てられた。これは、要支援者に対する予防給付の導入、在宅軽度のマイナス 5%改定を受けたものである。まず、訪問介護に関する介護報酬について再確認しておきたい。

訪問介護の介護報酬を示したものである。改正前と改正後と比較すると身体介護および生活援助とも基本単位に変更がないことがわかる。ただし、生活援助については、今回 60 分が上限となった。これに伴い身体介護と生活援助が混在する場合においても、生活援助部分は 60 分が上限となった。生活援助だけを目的にする長時間の訪問介護については、これまでも問題視されていたが、中重度者への支援ということから上限が設定された。

訪問介護の加算・減算に「特定事業所加算」が新設された。この加算は、体制要件を全て満たした上に、人材要件か重度対応要件のどちらかを満たすと報酬に 10%の加算が、3 要件とも満たした場合には 20%分の加算が算定できるというものである。

体制要件とは①事業所の訪問介護員に対しての個別研修計画を年度の始まる 3 月前までに、策定し研修を実施する。②訪問介護員全員が出席する技術指導会議を月 1 回以上サービス提供責任者が開催する。③サービス提供責任者が訪問介護員に書類等で利用者情報を伝達し、訪問介護員から報告を受ける体制とする。④健康診断を非常勤職員も含めて 1 年以内毎に 1 回以上事業主負担で実施する。以上の要件のすべてを満たすことが求められる。

人材要件は、①常勤換算方法により訪問介護員の 30%以上が介護福祉士であるか②サービス提供責任者の全てが 5 年以上の経験のある者で、介護福祉士の資格を有することによって満たされる。

重度対応要件では、3 か月ごとに直近 3 か月の「利用実人数」の 20%以上が要介護 4 ないし 5 であれば、満たされる。

このような特定事業所加算の導入は、高く評価できる。それは、中重度者への支援のみならず、訪問介護員の質の向上に寄与するからである。なお、3 級ヘルパーについては、これまで 10%の減算であったが、この後は 30%の減算となり、さらに、2009 年 3 月末で廃止されることになった。

通所介護および通所リハビリテーションの介護報酬も大幅に変更された。これまでの通所サービスは、要支援、要介護 1・2 または要介護 3・4・5 の 3 段階であったものが、経過的要介護（次の要介護認定までの期間）を含めて 6 段階となった。また、送迎加算（47 単位）が包括されている。さらに、栄養マネジメント加算や口腔機能・向上・加算などは、介護予防給付と同等となっている。なお、若年性認知症ケア加算（60 単位）は、若年性以外の認知症とは、別のグループで授産作業的なアクティビティやスポーツ、創作活動などや、家族に対しての相談支援を行うサービスである。

通常規模型通所介護費（所要時間 4～6 時間未満の場合、要介護 1 が 508 単位で、その後 1 ランクごとに 80 単位加算され要介護 5 で 828 単位となっている。前月の 1 月あたり平均利用者数が 300 人以下の小規模型通所介護費では、要介護 1 が 588 単位（通常型にプラス 80）で、その後 95、110、124 単位を通常型にプラスし、要介護 5 で 139 単位加算の 967 単位になっている。

一方、通所リハビリテーションでは、所要時間4～6時間未満で、要介護1が515単位、その後110単位加算され要介護5で955単位になる。結果的には、通所リハビリテーションの方がコスト高であるので報酬も高くなっている。ただし、前に述べた小規模型通所介護の要介護5は967単位となっており、小規模型通所介護における中重度者への支援が強化されていることがわかる。

この逆に、1月あたり900人を超える大規模事業所ではマイナス10%という減算がある。このことから大規模より小規模が重視されていることがわかる。

今日の改定でリハビリテーションが再評価された。まず、栄養ケア・マネジメントと同様にリハビリテーション分野にもマネジメント加算が設定された。この加算は1日当たりの加算であるとともに、この加算が行えない場合は、新設の短期集中リハビリテーション加算が算定できない。

介護報酬と同時に改正された診療報酬においてもリハビリテーションは再評価され、一定期間内の比較的早期に集中してリハビリテーションを行い、生活機能の向上を図る方針が示され、介護保険におけるリハビリテーションも短期集中に移行したと考えられる。このことにより漫然と長期に渡り、効果が不明なリハビリテーションについては、低い評価しか与えられなくなった。

なお、通所介護についても、以前から個別機能訓練加算(27単位)があるが、注が変更されチームケアで計画書を作成し、実施することが求められることになった。

小規模型通所介護の要介護5で967単位と述べたが、所要時間が6時間以上8時間未満であれば1320単位である。特養の多床室の要介護5は921単位、老健施設でも990単位、介護療養型で1189単位である。この単位を比較してみると、中重度者の介護報酬は、施設と在宅の間で一部逆転したことになるとともに、多額の投資が必要な介護保険施設と比較的投資が少ない通所サービスの間にはほとんど差がなくなるとすれば、施設から在宅へという流れを加速させるための介護報酬改定であったと結論することができる。

3. 地域ケア体制整備

2006年6月28日の社保審介護給付費分科会第41回に「療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備について－『地域ケア整備(仮称)の策定』という資料が配布された。その趣旨として以下のように述べられている。

- (1) 今後本格化する療養病床の再編成を踏まえ、各地域においては、その受け皿づくりを含め将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められる。

このような取り組みについては、都道府県では「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」の3つの計画に関連するなど、各分野にわたる横断的・統一的な基本方針の策定と関係部局の密接な連携が重要となってくる。

- (2) このため、上記の取り組みを推進する観点から、
 - ① 国において、地域ケア体制の整備の基本方針等を内容とする「地域ケア整備指針(仮称)」を策定するとともに、
 - ② 都道府県における「地域ケア整備構想(仮称)」の作成を支援するものとする。

スケジュールとしては、研究班を設置し、地域ケアモデル事業を実施し、今年度中に「地域ケア整備指針」を取りまとめ、平成19年夏の概算要求予算までに「地域ケア整備構想」を策定する予定である。

介護保険法改正の手順が一応完了したにもかかわらず寝耳に水のような話したが、今回の改正作業で何かやり残しがあったか、それとも新たな必要性が生じたのであろう。この「地域ケア整備」の端緒が療養病床の編成であることは明白であるが、なぜ「整備指針」が必要であるかについては、必ずしも明文化してあるわけではない。

問題は、介護保険事業計画及び都道府県の介護保険事業支援計画の参酌標準にあることは間違いない。介護療養型医療施設を廃止し、老人保健施設や特定施設あるいは在宅ケア関連へのサービスに転換を促進するといっても、各市町村には事業計画が都道府県は支援計画があるので「老健施設や特定施設に自由に転換することも、させることもできない。病床を大幅に減少し、短期入所、通所ケアあるいは中重度者を中心とした在宅ケアのネットワークを創りたいといわれても、「自由にどうぞ」というわけにはいかないのである。

これでは絵に描いた餅になってしまうので、結局、参酌標準自体を改変ないし、大幅に変更しなければならなくなる。介護療養型医療施設を老健施設に変更するのであれば、参酌標準の特例とすればよさそうであるが、そうはいかない。介護保険は、財源の半分以上が租税とはいえ「保険」であるので、どのような人々がどの程度、どのような介護を必要とするのか（保険事故率：リスク）をあらかじめ計算し、それに基づいて保険料や保険財源を考えることが必要である。

この、「どの程度、どのような介護サービスが必要か」ということを示しているのが参酌標準である。これを自由に変更したり、安易に特例を設定したりすると、制度全体の運営に支障が生ずることになる。理屈としては、年齢別、男女別の要介護度別発生率を計算し、施設利用、在宅利用がどの程度発生するのかということが大前提とならざるを得ない。

しかし、介護療養型医療施設を廃止するという事になると、新たな参酌標準の考え方を示さなければならなくなり、その基盤となるのが今回の地域ケア整備指針（仮称）ということになるのであろう。

4. 在宅中重度者へのシフト

今回の介護報酬改定が、在宅中重度者の報酬の評価であったことは記憶に新しいが、誰でもがわかるように、施設利用と在宅ケアの間には相互互換性がある。よく「在宅では無理」とか「施設でなければ対応できない」などと主張されるが、どこかの施設に入所していない限り、生命を維持できないといった人々は僅かである。そもそも施設は自宅の代替施設であり、自宅が施設の代替施設ではない。

何も介護保険サービスだけの話しではなく、生老病死の全てで施設が自宅かという議論がある。自宅で生まれ、老後を過ごし、病の床につき、死を向かえることが当たり前の時代から、その全てを家族内から家庭外化して、施設化してしまった近代は、そろそろ施設化自体に疑問を持たざるを得ない時代になるのであろう。

自宅分娩はまれであるものの、終末期を自宅で迎える在宅ホスピスも、難病などでも自

宅でケアを受けるサービスも、もし質が高く、気軽に利用できるのであれば、それを求める人々は決して少なくない。長くなった老後と、他者からサービスを受けざるを得ない要介護状態にあっても、施設か在宅かは大きな問題である。

医療や福祉、あるいは介護に関する政策議論としての施設か在宅かの問題は、わが国以外でも A Home or At Home という議論として長い歴史がある。生活場面における近代化は、家庭や家族のあり様を変化させたが、その過程で大きく施設化へ踏み出すもの、財政問題を端緒として、在宅ケア重視の施策へ進むもの、どちらを優先するべきかといった議論に進み、今のところ在宅が可能であれば在宅を、どうしても在宅が無理である場合のみ施設を利用するという原則となり、そして今では、その人のQOLを最大化するために「住みたいところに住める」という環境創りが大切だという考え方に向かっているように思う。

わが国は、わが国独自の介護施策を展開する場合であっても、これまであまりにも施設偏重であり、利用者の多くも施設利用の方が安価で気軽だと考えるようになっていたのである。しかし、食費やホテルコストが利用者負担となり、その他の利用者負担も一割であることから「あるべく自宅」と考える人々も徐々にではあるが増加しつつあるように思う。また、グループホームや特定施設あるいは高齢者用の賃貸住居が市内に整備されるようになると、介護保険施設以外の洗濯幅が広がった。また、今回の在宅中重度者へのシフトは、中重度の要介護状態であっても「在宅を維持できる可能性」を増大させたことになるのである。

第6節 介護保険制度改革とマネジメント理論の関係

1. 本章でえられた知見

この第2章では、介護保険制度改革とマネジメント理論について、まず、介護保険制度全体のマネジメントを明らかにした上で、制度改革においてどのようなマネジメント理論が展開されたのか、また、マネジメントの観点から制度改革の評価は可能なのかを中心に、検討を加えた。

まず、第1節では、あらかじめ本研究における分析枠組みを示した。介護保険のシステムは、利用者とサービス提供者、そして保険者の三者の関係でサービスが提供され、対価が支払われる仕組みになっている。マネジメントということで見ると、提供者である介護保険施設やその他の事業者は、それぞれ施設や事業所を運営するためのマネジメントや提供するサービス自体のマネジメントを行っている。一方、保険者は支払いのためのマネジメントやその組織あるいは制度の管理・運営という意味でのマネジメントを行っている。そして、利用者も自らの生活をマネジメントしているとも考えられる。また、この三者をおのおのつなぐ部分にもマネジメントの仕組みが必要だということを確認している。その上で、介護保険制度改革で明らかにミッションとバリューおよび基本的戦略の変更があったことを指摘している。

第2節では、制度改正の目標と問題の所在について確認作業を進めた。制度政策議論においても、何が問題かは、何が目標かによってまったく別のものになる場合が多い。目標が高ければ高いほど問題は大きく、目標が現実より低い状況では何も問題はないことにな

る。このようなことから、第1に、介護予防の目標をあまり高くしないこと、第2に、介護保険制度が当初目的とした介護保険サービスの量的確保は達成されたこと、および第3に施設の個室・ユニット化については、あえて高い目標を掲げることの意義について指摘した。

第3節の公共マネジメントの変化では、制度とリーダーシップや行政改革と介護保険制度の関連について言及した上で、市町村権限強化を行わざるをえない背景について、検討を加えた。

第4節の事業ドメインの変化と制度改正では、サブシステムとしての栄養ケア・マネジメント導入や2005年10月1日実施の居住費・食費利用者負担の導入が、介護保険サービスによる事業ドメインの変化につながっていること、および介護療養型医療施設の廃止が結果として「施設でも自宅でもない住居」という新しい流れを生み出したことを例証している。

第5節は、コスト・パフォーマンスと地域ケア構想と言うことで、2006年4月介護報酬改定の評価、特に、居住系サービスの重視や「中重度者への支援」および療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備について、その制度的意図がコスト・パフォーマンスであることについて言及し、在宅中重度者へのシフトは、中重度の要介護状態であっても結果として「在宅を維持できる可能性」を増大させたことを指摘している。

2. 介護保険制度のイノベーション

介護保険制度改革が各種のマネジメントを見直し、新たにPDCAサイクルが廻るような状態にするための改正が行われたと考えることができる。それは、部分的な改正ではなく、制度全体の不都合を是正し、新たな計画を提案するとともに、報酬面ではインセンティブを与え地域ケア構想を実現させるという壮大な実験の開始宣言であると結論できる。

かつて経済学者の巨人シュンペーターは、イノベーションの本質を「創造的破壊」と「新結合」に求めた。介護保険制度改革における、介護療養型医療施設の廃止は「創造的破壊」であり、新たな高齢者の住まいと介護保険サービスは「新結合」に向かっていると考えれば、イノベーションには必然的に新しいマネジメントが要求されると理解することも可能であろう。

本研究では、介護療養型医療施設の廃止、療養病床の再編、地域ケア構想と言った一連の制度改革および後期高齢者医療制度議論などにより、当初の研究計画を変更せざるをえない状況に追い込まれた。変化のスピードはあまりにも速く、介護保険関係の制度政策に関する調査研究は、極端に時間的制約を受けざるをえない。このような中で、よりベターな政策判断の基礎となるデータ分析や意思決定のための質の高い情報をえる努力は今後とも必要である。

特に、制度のマネジメントと介護保険事業のマネジメントの関係は、きわめて重要であり、この分野の調査研究が正確に行われる必要がある。この意味では、今後とも研究を継続する必要があるとともに、各種の研究を横断的に検証することが、大きな課題となっている。

第3章 イギリス高齢者ケアにおける消費者主導型現金給付 —消費者選択による質改善—

第1節 はじめに

先進各国では、持続可能な公的介護保障のための近年の介護制度改革において、在宅で介護を受けている高齢者に対し、自己決定と選択を可能にする現金給付が拡大しつつある。OECD加盟19ヶ国の高齢者介護政策に関する報告書(‘Long-term Care for older people’)の中では、先進国に近年共通にみられる傾向として、①普遍的な公的供給の拡大、②継続的統合的なケア、③消費者主導型現金給付、④ケアの質のモニタリングと質改善手法の導入、⑤財政的持続可能性のための公私負担の見直しを挙げている(OECD 2005)。この③の消費者主導型(consumer-directed)とは、要介護高齢者やその家族が介助者の雇用者となる(介助者を直接に雇用・解雇し、介護を計画化し、監督する)ことを指すが、こうした制度を通して、高齢者や家族は、フォーマルなサービスだけでなくインフォーマルな介護を含む選択肢から柔軟にケアを選択することができる。つまり、誰からいつどのように介護を受けるかという決定を利用者が自律的におこなう。また、給付された現金により利用者のフォーマルなサービスの購入がすすみ、在宅ケアサービスの市場が拡大し、事業者の費用効率やケアの質の改善が促されることも期待されている。さらに、これら一連の制度の急速な拡大の背景には、在宅でのインフォーマルな介護を評価し、公的な資源の制約の中で、親族や友人等の私的な資源の活用を進める政策的意図もあると考えられる。

OECDの同報告書によれば、日本で③に該当するものとして、地方自治体による家族介護手当・家族介護慰労金(主に要介護度4～5で、1年間公的介護サービスを利用しなかった住民非課税世帯を対象に給付される)がある(*ibid.*)。しかし、その正確な受給世帯数は不明であり、かつ極めて少ないとしている。わが国では介護保険制度の制度設計にあたり、ドイツの介護保険制度において既に導入されていた現金給付(介護手当)に関しても議論されたが、実際には、上記の慰労金の支給がわずかにおこなわれているにすぎない。

一方、イギリスでは、障害者に対する現金給付を高齢者に拡大したが(ダイレクト・ペイメント)、今後さらに多種の社会保障給付・手当を取りまとめ、個人別の予算として一元化する現金給付(パーソナル・バジェット)が制度化される予定である。近年のイギリスの医療(NHS)および社会的ケアの改革は、(患者・利用者の)「選択」(choice)と「コントロール」(control)を鍵概念として、消費者主導の選択を促進することで、事業者の費用効率やケアの質の向上を図る方向性にある。

本稿では、まず、2005年のOECD報告書に準拠し、介護現金給付に係わる国際的動向を概観し、次に、イギリスにおける消費者主導型現金給付政策の歴史的展開とその特徴、課題を整理する。近年各国で適用が広がる介護現金給付の動向ならびに意義や課題をイギリスを例に検討し、わが国への示唆をえたい。

第2節 介護現金給付に関する国際的動向

2.1 介護現金給付の種類

過去10年間、多くのOECD諸国の間で、消費者の自己決定と選択を可能にする多様な現金給付制度が発展した(Lundsgaard 2005)。これらの現金給付制度は、以下の3種類に分類することができる(*ibid.*)。

①個別予算(*personal budget*)型または消費者主導型の介助者(*care assistant*)の雇用

②現物給付の代替としての、要介護者本人に対する現金給付

③インフォーマルな介護者に対する所得補助としての現金給付

各々の制度を適用している国とその給付水準、受給者割合を示したものが表1.である。

表1. 各国の介護現金給付政策 (抜粋)

国	制度	給付水準 (月額)			65歳以上高齢者 における受給割合
		%は1人当たり個人消費 に対する割合	最低額	主な/平均額	
オランダ	Personal Budget for Care and Nursing	現物給付を利用した場合の費用 から、15%-20%の「効率性控除」 を差し引いた額が支給される			0.8
イギリス (UK)	Direct Payment	必要なサービスの費用 (現物給 付) と同額が支給される			0.04
アメリカ	Cash and Counseling	20% \$ 400	36% \$ 723	69% \$ 1400	一部の州での高 齢者 1000~2000 人を対象としたモ デル事業
オーストリ ア	Cash Allowance	13% \$154	35% \$430	132% \$1626	20.5
ドイツ	Cash Allowance for Care	18% \$209	27% \$317	57% \$678	6.4
ルクセンブ ルグ	Cash Allowance	15% \$272	39% \$693	63% \$1122	3.8
イギリス (UK)	Attendance Allowance	16% \$266		24% \$399	19.3
オーストラ リア	Carer Payment		53% \$682		0.9
日本	家族介護手当		5% \$60		不明 (極めて少な い)

①個別予算・消費者主導

②高齢者現金給付

③介護者補助

①の特徴は、高齢者はケアを購入するための予算（個別予算）を持ち、消費者として多元的な供給者の中からサービスを選択できるとともに、介助者を直接雇用できる。このスキームが最も広範に活用されているのがオランダであり、社会保険方式によって運営され、利用者の権利を重視した、統合された制度が発展している。オランダでは、1995年に3ヶ月以上在宅介護を受けている人を対象として（現物給付の代替として）現金給付が開始された。当初は、年次の国家予算の枠の中で現金給付も予算制がとられ、上限額が少額であったが、徐々に増額され、2001年度からは適格者に対しては無制限の補助金のような形態になっている。また2003年4月以降、全ての在宅介護の受給資格をもつ人は、個別予算を持つことができることとなった。同時に、7つのサービスの種類（ホームヘルプ、介助、看護、支援的ガイダンス、能動的ガイダンス、治療・リハビリテーション、施設入所）に応じてニーズを特定するため、受給要件のアセスメントが義務づけられた。受給要件を充たした場合、利用者は供給者との契約やインフォーマルな介護者への支払いを個別におこなうことができる。また、許認可が緩和されて多様な供給者の形態が認められ、施設ケアの事業者が在宅ケアも提供できるようになった。1999年には、現金給付受給者の21%が親族または友人を雇用し、44%が親族や友人以外の介助者と自ら雇用契約を結び、23%が伝統的な非営利事業者と契約し、27%が新規参入した民間営利事業者と契約を結んでいたが、これらは全て一元化された予算の中での選択となったのである。さらに、個別予算の支払いは、運営機関の事前承認のもと、独占的な銀行機関を通して支払われていたが、2003年4月以降は、個人の銀行口座に直接入金されるようになった。尚、受給者は、予算をどのように使ったかを事後的に機関に提出しなければならず、支払いについて説明されていない金額があれば返金を求められる説明責任を負う。

②は要介護状態にある高齢者を対象とし、現物給付の代替として支給される現金給付である。また、①と違って、給付の用途についての説明責任は求められない（介護サービスの購入でなく、生計に組み入れられる場合もある）。ドイツやルクセンブルグの介護保険制度における現金給付、オーストリアの在宅介護給付がその代表的な例である。ドイツの介護保険制度においては、在宅介護の場合、現物給付の他に現金給付もしくはコンビネーション給付（現金給付と現物給付の組み合わせ）を選択できる。ルクセンブルグでは、週7時間までは現金給付か現物給付、7時間～14時間の場合には半分のみを現物給付で、14時間以上は現物給付のみとなる。どちらの国においても、現金給付の方が現物給付よりも支給額が低く抑えられている。オーストリアでは、在宅要介護高齢者への公的介護保障の全てが現金給付で支給されるため、受給者割合も65歳以上人口の20.5%と最も高い。

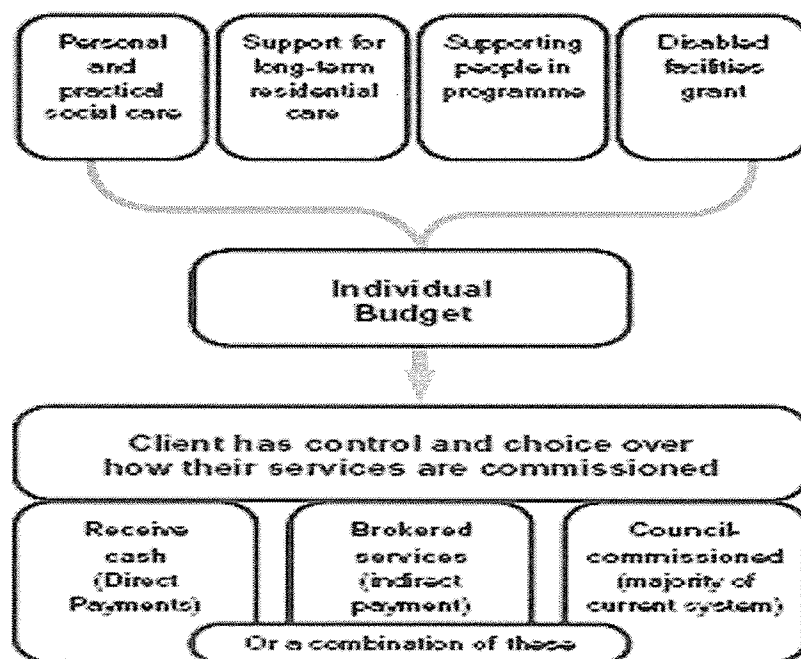
ドイツでは、1995年に介護保険法が施行され、在宅介護給付の支給が開始された。表2.

表2. ドイツ介護保険の在宅サービス受給者比率の推移

	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
現金給付	84.3	77.8	75.9	74.0	73.0	72.6	72.5	72.2	72.0
コンビネーション給付	7.9	12.6	13.5	14.5	14.8	15.2	15.2	15.1	15.8
現物給付	7.9	9.6	10.6	11.5	12.2	12.2	12.3	12.6	12.7

および図1. は、在宅介護の各給付形態の受給者割合を示したものである。現金給付を選ぶ受給者は、制度開始後の90年代半ばよりも減少しているものの、現在でも7割強が現金給付のみで専門職によるサービスは受けていないことがわかる。

図1. Individual Budget



DWP 'Opportunity Age' 2005 p51

また、表3. は、介護等級別にみた給付形態の選択の比率と、それを選んだ理由についての調査結果（1998年）である。これによれば、要介護度が重くなるほど、コンビネーション給付が増え、現金給付のみの受給者が減少しているが、それでも最重度（介護等級3）の64%が現金給付のみの受給であり、現金給付への選好が強いことがわかる。また、聞き取り調査からは、柔軟にニーズに対応できること、親族からのケアを受けたいことが現金給付の選択の理由であり、逆に現物給付の選択の理由は、インフォーマルな介護者が不在であり、医療的なニーズが多い場合であることが明かであった。

現金給付の支給の前提として、インフォーマルな介護者から十分なケアが提供されていることが必要であるから、ドイツの場合、専門職による在宅訪問により、要介護高齢者の健康状態や生活の状況に関して3ヶ月～6ヶ月毎に定期的にチェックされる。ニーズに合わない不十分なケアを受けていた場合、現金給付の支給は撤回され、専門職による現物給付に替えることになる。

③は、介護のために常勤で雇用されることが困難な介護者に対して最低限の所得を保障するもので、国によって、資力調査により低所得者のみを対象とする扶助制度や、介護休業給付として休業前賃金の一定の水準を保障する制度等がある。

表3. ドイツ介護保険受給者の比率と選択の理由(1998年)

	現金給付のみ	コンビネーション 給付 (現金+現物)	現物給付のみ	コンビネーション 給付を選んだ人の 現金給付 の割合
介護等級1(軽度)	82%	8%	10%	42%
介護等級2(中度)	77%	13%	9%	35%
介護等級3(重度)	64%	25%	9%	39%
各給付形態を 選択した理由*	<ul style="list-style-type: none"> ・現金をニーズに合わせて介護の諸経費に使いたい ・他人からケアを受けたくない 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護の諸経費のために一部現金が必要 ・フレキシブルに使える ・インフォーマルな介護者に一部支払うことができる 	<ul style="list-style-type: none"> ・インフォーマルな介護者がいない、または親族が介護のための十分な時間が無い ・親族に介護の負担を任せたくない ・心身の状況から、専門職によるケアが必要である ・医療サービス(事業者)から勧められた 	

*要介護者(65歳以上および未満を含む)に対し給付を受けている1001世帯の電話インタビューによる

Source: Bundesministerium für Gesundheit(1999) (Lundsgaard 2005 pp.27より引用)

2.2 介護現金給付導入の目的と結果

以上の①～③の現金給付制度は、次のような目的から導入された。まず、需要側では、外部のサービスだけでなく、親族や友人等のインフォーマルな介護も含めた多様な選択肢の中で、利用者は供給者を選択するだけでなく、ケアの内容を自己決定し、ケアを管理(介護者の雇用管理等)する。このことが利用者により大きな権限を与え(エンパワメント)、自立生活をできる限り長く継続することが本来の目的である。次に供給側では、利用者やその家族が選択権をもつことで、在宅ケアサービスの市場が拡大することが期待される。また、介護者にとっては、介護労働に対する経済的評価(報酬)もしくは介護のために休職または退職した場合の機会費用(賃金の補償)等が与えられ、生活の安定が図られる。さらに、政府等の支払者にとっては、費用のかかる施設入所や在宅でのフォーマルなサー

ビスの利用に比べ、親族・友人らによるインフォーマルな介護の方が費用が安く、かつ、潜在的な資源が豊富に存在しているというメリットがある。

OECD 諸国を調査した報告書によると、導入されてまだ新しい制度もあるものの、現状では、現金給付制度による介護の質と満足度への影響、専門職のサービスへの影響、労働市場への影響について、次のような成果が指摘されている(*ibid.*)。

まず、介護の質については、インフォーマルな介護の場合、専門職に比べ熟練していないことや、モニターされなければ怠慢(ネグレクト)が起りやすい等のリスクがあるが、実際には、ケアの質は専門的な機関から受けた場合と比べて遜色なく、満足度は高いという結果がみられた。例えば、オランダの個別予算制度では、質については専門的な機関から受けた場合とほぼ同じであり、利用者は、いつ誰からケアを受けるかを管理できるため、より依存していないと感じるという。また、オーストリアの現金給付の制度でも、質の低いケアの報告は殆どないという。むしろ、現金給付の活用により、利用者の選択の自由度を高め、権限を与えられて満足度が改善することが報告されている。

次に、供給側については、専門職による支援は、介護者の負担を軽減し、情報や助言、訓練等を与えてインフォーマルな介護を補完する上で不可欠であるが、このような専門職の支援的サービスが拡大する動きは緩やかであるという。

最後に、現金給付による介護者への所得保障については、現金給付の水準が高い場合、介護者、特に非正規雇用や技能の高くない介護者は、労働市場に戻るよりも介護手当を受け続ける方がよいというモラル・ハザードが起きやすい。このような問題に対しては、介護を終えた介護者に政府が積極的雇用支援を提供したり、介護者が勤務を続けやすい労働環境を用意する必要がある。あるいは、一部の国では、働いているかいないかにかかわらず、年金受給者等の労働市場に含まれない介護者も含め、全ての介護者に一律の金銭的補償をおこなうという制度もある。後者では労働市場への影響への懸念はない。

総じて、表 1. でみたように、現金給付の対象となるインフォーマルな介護の条件や、現金給付の受給者が公的サービス受給者全体に占める割合は国によってかなりばらつきがある。介護の現金給付制度が在宅サービス市場（フォーマルなサービスの供給の増減）へどのように影響するか、インフォーマルな介護者の増加が労働市場へどのような影響を及ぼすか、またこれらの制度の導入が公費負担を節減したか等の制度の影響を検証するには、より実証的なデータが必要である。しかし、当事者・家族への権限付与による自己決定の拡がりや満足度の向上については、一定の評価がなされている。

第3節 イギリスの消費者主導型介護現金給付制度ーダイレクト・ペイメント(Direct Payment)とインディビジュアル・バジェット (Individual Budget)

3.1. ダイレクト・ペイメント創設前の障害者向け現金給付

イギリスにおいて、障害者等を対象とした介護に係わる現金給付、ダイレクト・ペイメントが制度化されたのは1990年代後半であるが、消費者が手当によりサービスを自ら購入し管理するという考え方自体は四半世紀以上の歴史をもつ(Fernandez 2007:98)。この背景には、1960年代半ば以降のイギリスの障害者運動および1970年代からの世界的な消費者運動の潮流があった。前者の流れからは、1970年代に障害をもつ人が付添や移動に関するサービスを購入するための費用として、「付添手当」(attendant allowance)(1970年)や「移動手当」(mobility allowance)(1976年)が導入された。これらは、当事者団体の要求を汲み、公的サービス(現物給付)の代替として、初めて受給者個人に対する現金給付が実現したものである(杉野 1999)。

これらの現金給付を1980年代以降、受け継いだものが、「自立生活基金」(Independent Living Fund: ILF)である。1981年、国際障害者年及びDPI(障害者インターナショナル)の第一回国際会議の年に、このような国際動向と連動して、イギリスでも障害者団体の連合組織「全国障害者団体協議会」(British Council of Disabled People: BCODP)が設立され、IL(Independent Living)運動が浸透した(田中 2005:66-67)。このBCODPの働きかけが中心となって「自立生活基金」が1988年に制度化された。当時の「自立生活基金」は、重度の障害者の家庭内での介助に関する介助人(パーソナル・アシスタント)の雇用の費用を基金から支出するものであり、実際には外出援助にも利用された(小川 2005:16)。その後、「自立生活基金」は1993年のコミュニティケア改革施行に伴い、従来の利用者への「継続給付」(Independent Living (Extension)Fund)と、新しい「自立生活基金」(Independent Living Fund: ILF)(従来のものに比べて資産調査が課され、施設入所へのリスクがある等、より要件が厳格化された)の2種類に分かれた(*ibid.*)。1993年、「自立生活基金」の受給者は全国で22,000人を超え(現在のダイレクト・ペイメントの利用者数に匹敵する)、全国的な拡がりをみせていた。

さらに、上記の直接的な現金給付以外にも、1980年代前半から、多くの自治体で間接的な現金給付をおこなっていた。これは、現金の直接給付を自治体に禁ずる国民扶助法(National Assistance Act 1948)に抵触しないように、自治体が民間の非営利機関、ボランティア団体等に資金を与え、その資金を障害者への介助人の雇用等に回すもの(*third party payment*)や、当事者個人のためにトラストを設置して、弁護士や代弁者等の信託者を付けるもの等があった(*ibid.*)。

これらの直接・間接の現金給付制度は、全国一律の強制的な枠組みではなかったが、1996年のコミュニティケア(ダイレクト・ペイメント)法(the Community Care(Direct Payments) Act)設立以前に、既にイギリス全土で展開されていた。それは自立生活(Independent Living)やエンパワメントを支援するための政策を実現させようとする、当事者団体等のボランティア・セクターの運動とともに、自治体社会サービス部のソーシャルワーカーらの熱意や地域の政治家のコミットメントが共同で実現させたものであった

(Fernandez 2007:98)。

3.2 労働党政権によるダイレクト・ペイメントの推進

ダイレクト・ペイメント制度について政府が初めて公式に発表したのは保守党政権下の1994年であり、1996年に法が成立し、1997年4月より施行された。コミュニティケア(ダイレクト・ペイメント)法は、国民扶助法によって従来禁止されていた現金給付を初めて制度化し、法的な裏付けを持たせた点で画期的であった(小川 2005:24)。当初の制度の対象は、18歳以上64歳以下の身体障害、感覚障害、知的障害、HIV等の疾病患者、精神疾患患者等であったが、2000年には65歳以上の高齢者にも適用を開始し、2001年には、障害児をもつ親や、16歳以上の障害者、介護者にも拡大した。さらに、2003年には、医療・社会的ケア2001年法(the Health and Social Care Act 2001)により、自治体に対し、受給要件にみあう利用者全てにダイレクト・ペイメントについて提案することが義務づけられた。

このように90年代後半以降、ダイレクト・ペイメントの促進という政策の変化を生んだ背景には、以下の3つの理由があると指摘されている(Fernandez 2007:99)。第一に、福祉専門職の間で、障害をもつ人の自立生活を推進することは当然の方針であり、それに対して現金給付が適切な対応であるという考えが主流となり、さらにOECD報告書の中でも指摘されたように、現金給付が国際標準となってきたことがある。第二に、こうした政策は、費用対効果が高いという通念が近年一般的になってきたことが挙げられる。しかし、費用対効果を裏付ける証拠は充分とはいえない。第三に、この政策が、政党や政治的立場の垣根を超えて、共通に支持されたことが大きい。保守党はこの制度が消費者の立場の強化という市場に類似した(market-like)特徴をもつことから、労働党は公共サービス改革の文脈の中で「選択」を重視する立場から、この政策を支持した。さらに、現金給付を受給できることになる利用者也熱心な支持者であった。利用の対象が高齢者へ拡大すると、多数の有権者がこの制度の潜在的利用者となり、その意向は政治的に無視できない。また、社会的ケア専門職の中で国の監査官にとっては、自治体とクライアントの組織の両者に受け入れられるシンプルなメッセージとして、政府にとってはわかりやすくメディアに説明しやすい概念として、それぞれの立場でこの政策が支持された。

ブレア労働党は、2001年に「公共サービス改革の基本理念」として、①全国的な高いサービス水準と説明責任、②多様性や地域の創造性を生かす現場への権限委譲、③職員雇用やサービス運営に関して利用者ニーズに合わせる柔軟性、④代替的(多元的)な供給主体の育成と選択の幅の拡大を掲げた。近年、この④の「選択」の重視は政府の一大キャンペーンとなっており、教育・医療・福祉等の分野でも、利用者による多様な「選択」を保障し、そのために情報基盤を整備し、選択によりサービスの質と効率の改善を図るという方針は一貫している。例えば、医療の分野では、患者はかかりつけ医の指示する病院に入院するという従来の方式が、原則的には、2005年12月までに患者が最低4~5の病院のリストを受取り、その中から、かかりつけ医と相談しながら、患者自身の選択により、病院を選択する方式に変更された(Choose & Bookという)。調査機関MORIの意識調査によれば、こうした病院の選択の拡大に患者も好意的である(吉田 2006b)。この政策のもう一

つの目的は、入院・手術等の待ち期間（ウェイティング・リスト）の削減であり、医療資源の稀少な中で質や効率性を上げるために、患者の病院選択が病院間での競争を生み出すインセンティブとして機能することが求められているのである。

3.3 ダイレクト・ペイメント制度の概要

ダイレクト・ペイメント制度は、障害児者・障害児者の介護者・高齢者を対象とした、現金給付であり（一部現物給付と併給することもできる）、その給付を外部の介護サービスの購入や、直接の介助人の雇用等に充てることができる。

その受給要件としては、

- (ア)在宅もしくはシェルタード・ハウジング（Sheltered Housing）の入居者
- (イ)コミュニティケア（介護）が必要と自治体から認定を受けている
- (ウ)1948年国民扶助法第29項の障害の定義に該当する（身体障害、聴力・視力障害、知的障害、多発性硬化症・間接炎・パーキンソン病等の患者等）（※犯罪歴者、後見人によって保護されたり、スーパーバイザーにより生活管理されている精神障害者、また認知症患者等は除く）
- (エ)自発的にダイレクト・ペイメントを受ける意思がある
- (オ)現金給付の管理能力をもつ人（他者の支援を受けてでもよい）

がある。

また、自治体直営福祉サービス、NHS(National Health Service)による医療サービス、住宅、入居施設は給付の対象外である。自治体は、給付を受けた現金の用途についてその適切性を定期的にチェックし、介護を受けてニーズが満たされているかを確認する。

しかし、政府のダイレクト・ペイメント推進の方針にもかかわらず、制度の普及は進まなかった。2003年度調査によれば、全国で受給者はたったの17,300人しかおらず、しかも自治体によって、人口千人あたり0.1人未満から1.8人と、自治体間の受給者のばらつきが大きい(Fernandez 2007)。障害の種類によっても利用率は異なり、受給者の中で最も多いのが、身体障害並びに視聴覚障害で全体の51%を占め、以下、高齢者が30%、知的障害者が11%、精神障害者が4%、他が4%と続く(*ibid.*)。しかし、最も多い過半数を占める身体障害者でも、全国のコミュニティケア利用者の4.7%にしかならない(*ibid.*)。

このように利用が拡大しないことが、ダイレクト・ペイメント制度の大きな課題である。特に高齢者は、その購買力や影響の大きさから利用が期待されていたものの、2004年度調査では全国で6,300人とどまり、制度の影響は少ない。この背景としては、高齢者・障害者も含む受給者全体に関わる問題として、予算管理、介助人の雇用等の手続が困難であり、かつ行政による情報提供、利用支援（特に介助人の雇用や管理面に対する支援）が不十分であったことが指摘されている。このため、2002年夏には、政府は、自治体に高齢者にダイレクト・ペイメントの選択肢を伝えることを義務化している。それ以前には、自治体はダイレクト・ペイメントについての説明が義務づけられているわけではなく、「説明できる」（権限がある）という規定であった。自治体によって受給の判断にはばらつきがあり、特に労働党主導の自治体や公務員組合からは利用の反対が多く、利用者全般に勧めないという実態がみられた。反対派にとっては、ダイレクト・ペイメントは福祉の個別化され民