

第3節 社会福祉制度

1 社会福祉制度の現状

(1) 入所施設の状況

- ① 英国の入所施設を類型化すると表14のようになる。
- ② これらの入所施設の施設数、定員数、入所者数については、表15及び表16のようになっている。
- ③ これらの施設の入所者数の推移に関して、近年の特徴として以下の点が挙げられる。
 - ア) レジデンシャル・ホームの設置主体別入所定員数の推移を見ると、地方公共団体立、民間非営利団体立とも増加が見られないが、民間営利団体立施設は近年急増している(図7参照)。
 - イ) ナーシング・ホームの入所定員数は1980年代半ばより急増している。これを設置主体別推移で見ると、民間営利団体立施設が急増している(図8参照)。

表14 入所施設類型

施設類型	病 院 (一般・老人・ 長期療養)	ナーシング・ ホーム	レジデンシャ ル・ホーム	シェルタード ・ハウジング	住宅(公営等)
設置主体	NHS等	民間(営利) 団体等	地方公共団体 民間(非営利・ 営利)団体等	地方公共団体(住宅部局)、住宅 協会等(自宅)	

(地区保健当局に登録)
(地方公共団体に登録)
(広義の「住宅」)

- (注) 1. 高齢者の観点から代表的入所施設を類型化した。この他の施設類型としては、主としてガン等の末期患者の短期入所ケアを行うホスピス、障害者のためのグループホームやホステル、ホームレスのためのホステル、児童のためのコミュニティ・ホーム等があげられる。また、上記の施設は高齢者に対象を限定しているわけではない。
2. ナーシング・ホームは常時看護ケアを必要とする者、レジデンシャル・ホームは介護を必要とする者(援助があれば施設内移動が可能者)を対象。(実態的には入所者像はかなり重複する部分がある)。
3. シェルタード・ハウジングは管理人が昼間常駐するアパートをいうが、このうち、管理人が24時間常駐し、地方公共団体社会サービス部及び住宅部が共管する施設を「ベリー・シェルタード・ハウジング」という。なお、シェルタード・ハウジングの入居者に対しても、在宅の高齢者と同様、ホーム・ヘルプ・サービス等が行われる。

表15 レジデンシャル・ホーム及びナーシング・ホームの入所施設数・定員数(1990年、イングランド)

	レジデンシャル・ホーム			ナーシング・ホーム	
	地方公共団体	民間団体(営利)	民間団体(非営利)	民間団体(営利)	民間団体(非営利)
施設数	(1989) 3,159	9,364	1,446	3,611	258
定員数	(1989) 130,500	155,600	40,000	112,600	10,500

(資料) Laing's Review of Private Health Care

注1. 高齢者、身体障害者、精神障害者及び精神薄弱者向けの施設の総計の数字。

[このうち、精神障害者向けの施設はナーシングホーム約1,800床、レジデンシャルホーム約10,000床、精神薄弱者向けの施設はナーシングホーム約1,000床、レジデンシャルホーム約16,500床である。]

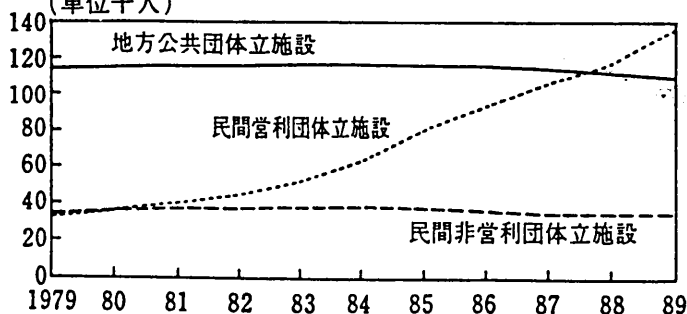
2. 民間のレジデンシャル・ホーム及びナーシング・ホームのうち、約500施設は両方を重複して登録している施設である。

表16 高齢者及び身体障害者向けレジデンシャル・ホームの入所者数(イングランド1987/88)

	地方公共団体	民間団体(営利)	民間団体(非営利)	設置主体計
65歳以上	97,380 (44%)	96,162 (44%)	25,633 (12%)	219,175 (100%)
65歳未満	3,894 (33%)	3,117 (26%)	4,824 (41%)	11,835 (100%)
年齢計	101,274 (44%)	99,279 (43%)	30,457 (13%)	231,010 (100%)

(資料) 保健省

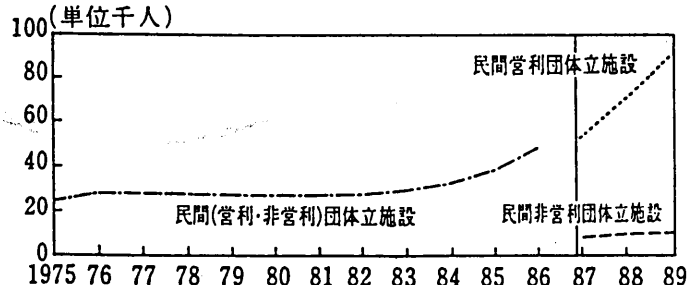
図7 設置主体別レジデンシャル・ホーム入所定員数の推移(単位千人)



(注)1. イングランドのみの数字。

(資料) Laing and Buisson

図8 ナーシング・ホーム入所定員数の推移(単位千人)



(注)1. イングランドの数字。

2. 1987年以前の統計については、非営利及び営利の区別が行われていなかった。

(資料) 保健省

(2) 在宅サービスの状況

- ① 英国の在宅サービスは、保健医療サービスと福祉サービスに分けられるが、地方公共団体社会サービス部が実施する主要な在宅福祉サービスには次のものがある。

ソーシャル・ワーカー業務（各種相談、情報提供、サービス調整等）、OT業務（補助具、住宅改良等に関する評価、調整等）、補助具の支給、ホームヘルプ・サービス、食事配達サービス、送迎サービス、遠足等の実施、デイ・センター、ショート・ステイ等。

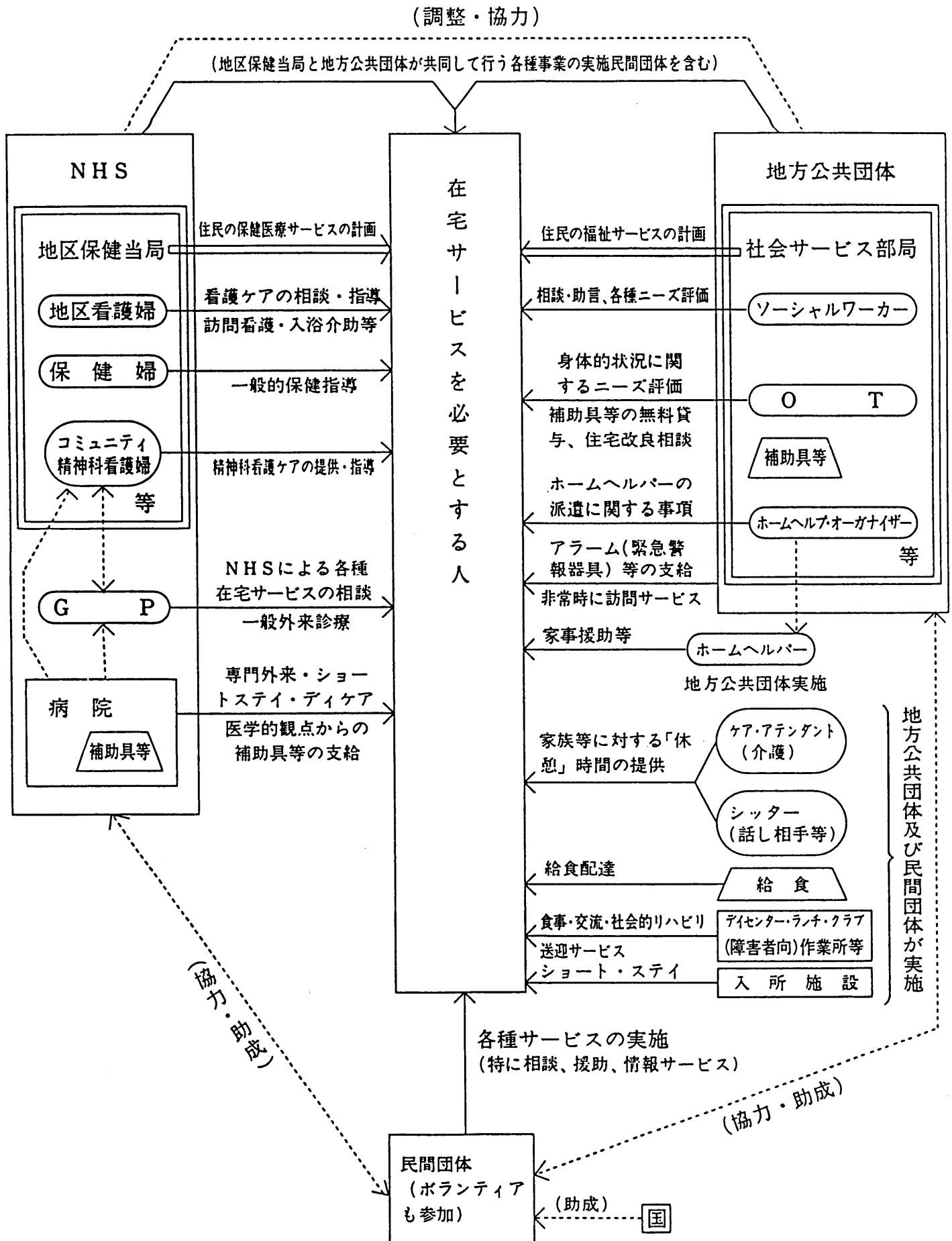
- ② 英国の在宅福祉サービスについては、この他数多くの民間団体が多様なニーズのある人々に対し、きめ細かなサービスを実施しているのが特徴であり、主に次のようなサービスを実施している（多様なサービスを網羅することはできないので、主要なものに限定する）。

各種相談（法的相談を含む）、情報提供、補助具の支給、ホームヘルプ・サービス、食事配達サービス、送迎サービス、遠足等の実施、デイ・センター・ランチクラブ・学校・図書館等の運営、ショート・ステイ、援助金支給、調査研究、ラジオの支給等（聴覚障害者サービス）、盲導犬訓練等（視覚障害者サービス）。

- ③ 英国の在宅サービスを体系化すると図9のようになる。

在宅療養者に対する在宅保健医療サービスは、NHS制度の下で、具体的にはGP（家庭医）と地区保健当局勤務の地区看護婦・保健婦等が核になって実施されている。一方、在宅福祉サービスについては、地方公共団体社会サービス部勤務のソーシャル・ワーカー、OT、担当職員が個別のサービスについてニーズ評価、審査等を行い、在宅福祉サービスの支給が決定される。この他、民間団体が独自に各種サービスを実施している。

図9 保健医療・福祉分野の在宅サービス一覧



- (注) 1. 主要サービスのみ取り上げているが、各々のサービスの対象者は老人、障害者に限られるわけではない。
2. 入所施設に入所中の者についても、在宅サービスが行われるものが多い。
3. 在宅サービスには実施主体が重複するものがある（NH S、地方公共団体または民間団体）。
4. 運輸、労働、教育等の面における援助措置は本図では取り上げていない。また、児童のみを対象とするサービスも除外している。障害者に対する個別の法律に基づく各種サービスの提供についても、本図ではその多くを省略した。
5. 地方公共団体の事業は、一部民間非営利団体委託が認められている。
6. 英国では、国、地方公共団体が実施する事業以外に、各種民間団体やボランティアによる活動が非常に積極的に行われており、これが英国の福祉サービス供給体制の特徴の一つとなっている（民間非営利団体の活動に対しては、国や地方公共団体から各種の活動補助金が交付されている）。

- ④ 地方公共団体が実施する主要な在宅サービス（ホームヘルプ・サービス、食事配達サービス及びデイ・センター）の実施状況は、表17のようになっている（なお、食事配達サービスについては、民間非営利団体委託が多い）。

表17 在宅サービスの実施状況

1. デイ・センター(イングランド)

1989年

	デイ・センター				
	高齢者向	身体障害者向	精神障害者	精神薄弱者	混合型
施設数	564	158	186	610	353
定員数	22,230	8,471	6,396	54,221	18,248

(注)精神薄弱者向デイ・センターには訓練センターを含む。
(資料)Health and Personal Social Service Statistics

2. ホームヘルプ・サービス及び食事配達サービス

(イングランド) 1988年

ホームヘルプ・サービス		食事配達サービス	
マンパワー (人数)		年間配達数	
ホームヘルプ・オーガナイザー	ホームヘルパー	自宅	デイセンター等
3,174	56,336	3,300万食	1,340万食

(注) 1. ホームヘルパーの人数は常勤職員換算数
2. ホームヘルパーの業務は家事援助が中心である。
(資料)保健省

(3) 予算及びマンパワー

① 地方公共団体社会サービス部の予算

地方公共団体の社会サービス関係予算は、地方公共団体一般歳出予算の一部を構成しており、その財源は、主に地方税収入（1993年3月までは「コミュニティ・チャージ」であったが、1993年4月からは「カウンシル・タックス」に変更）並びに国庫交付金（「歳入援助交付金」等。日本の地方交付税交付金に類似するもので用途は社会サービスに特定されない）で賄われている。このため、昨今の厳しい地方公共団体財政事情の中で、担当職員教育訓練事業の縮小、職員数削減等の措置を講じている地方公共団体が多い。

地方公共団体が実施する社会サービスの財源としては、以上の他、日本の国庫補助金に相当する「特定補助金」、各種社会サービス利用料収入等がある。特定補助金は、国（保健省）から地方公共団体に交付される用途を特定した補助金であるが、英国の特定補助金の特徴としては、補助金の種類が日本と異なり極めて少ないこと、補助率が高率であること、が挙げられる（1992年度予算では、社会サービス分野においては、ア）児童・高齢者担当職員訓練、イ）エイズ対策、ウ）アルコール中毒・麻薬乱用対策、エ）精神疾患対策、の分野のみ特定補助金が交付されている）。

② 地方公共団体社会サービス部のマンパワー

地方公共団体社会サービス部のマンパワーは、英国全体で見ると、表18のとおりである。

表18 地方公共団体のパーソナル・ソーシャル・サービス担当職員数(英国全体) 1988年

ソーシャルワーク 担当職員	管理職・ 一般事務職等	その他 (ホームヘル パー、施設職 員等)	合 計
35,000	33,000	226,000	294,000

(注) 常勤職員換算数
(資料) Social Trends

(参考) 各地方公共団体の実際の予算及びマンパワーについての理解を深めるために、参考例として、東サセックス・カウンティの予算・人員を表19に示す（東サセックス・カウンティは人口約70万人の英国南部のカウンティであるが、温暖な気候のため、退職した高齢者の転入が多いことで有名である）。

表19 地方公共団体の社会サービス部の予算・人員
〔東サセックス・カウンティ(人口約70万人)の事例〕

社会サービス部予算 (1989/90)

内 訳 (%)	フィールド・ワーク	14.1%
	老人ホーム	16.2%
	ホームヘルプ、食事配達サービス 高齢者用デイセンター、ランチクラブ等	15.9%
	身体障害者のための施策	3.5%
	精神薄弱者のための施策	12.3%
	精神障害者のための施策	1.0%
	児童のための施策 (入所施設費、里親委託費を含む。)	16.6%
	その他のサービス	2.0%
	事務管理費用	16.7%
	現任訓練費用	1.7%
計	4,429万ポンド (100%)	

社会サービス部定員数 (1989/90)

内 訳	フィールド・ワーク	466人
	入所施設職員	1,403人
	ホームヘルプ担当者	856人
	その他のサポート・スタッフ	518人
	事務管理要員	332人
計	3,575人	

(注)パートタイム職員は常勤換算。

2 コミュニティ・ケア改革

(1) 改革の経緯

英国の社会福祉関連の入所施設サービスや在宅サービスは、質的・量的にも一定の水準には達しているものの、これらのサービスをコミュニティ・ケア・サービス施策（高齢者や障害者が可能な限り自宅または地域の中の家庭的な環境の中で過ごすことができるよう必要なサポートを行う施策）の提供という観点から見た場合には、これまでの状況は満足できるものではなかった。

近年、特に、病院退院後の精神障害者に対する不十分なケアの問題、在宅サービスと施設サービスの間の連続性・優先性の欠如の問題が取り上げられるなど、コミュニティ・ケアのあり方について各方面から多くの問題点が指摘されてきた。

このような状況の下、1988年グリフィス卿が「コミュニティ・ケア、行動計画案」と題する意見書を保健社会保障大臣に提出し、これが今回のコミュニティ・ケア改革の直接の契機となった。1989年11月、政府はグリフィス卿の意見書の基本的方向を大筋で受け入れたコミュニティ・ケア改革白書（「Caring for People」）を発表した（しかし、グリフィス卿の意見書のうち、地方公共団体に対する財政措置に関する提案等政府として受け入れ難い部分については、大幅な修正を加えている）。

このコミュニティ・ケア改革白書に基づき、1989年11月コミュニティ・ケア改革法案（NHS & Community Care Act）が国会に提案され、翌1990年6月成立した。

同法のコミュニティ・ケア改革部分のポイントは次のとおりである。

- ア) 地方公共団体は、コミュニティ・ケア・サービスの提供に関し、民間のコミュニティ・ケア・サービス提供者（非営利団体及び営利団体）と必要な取決めを結ぶ権限を持つこと。
- イ) 地方公共団体は、地区保健当局等の関係機関の意見を聴いた上で、地域のコミュニティ・ケア計画を作成・公表し、定期的に改訂しなければならないこと。
- ウ) 地方公共団体は、コミュニティ・ケア・サービスの提供が必要と認められる者に対し、コミュニティ・ケア・ニーズの評価を行い、その結果に基づき、提供されるべきサービスの決定を行わなければならないこと。
- エ) 不服関連手続き及びコミュニティ・ケア・サービスに使用される公的施設及び民間施設に関する監査規定が設けられたこと。
- オ) 精神障害者のケア・プログラム・アプローチ関連の国庫補助に関する規定が設けられたこと。

同法はコミュニティ・ケア改革とNHS改革の一括法であり、NHS改革部分は1991年4月より本格施行されたものの、コミュニティ・ケア改革部分は地方財政にも大きな影響を与える問題であること（当時社会問題化していた人頭税（「コミュニティ・チャージ」）とも関連）等の理由により、その本格施行は1993年4月に延期された。

それまでの間は本格実施のための準備プロセスが実施されることとなり、1991年4月から各地方公共団体での不服関連手続きの整備及び監査組織の設立、精神疾患並びにアルコール中毒・麻薬乱用に関連する新規特定補助金に基づく事業が実施され、また、1992年4月までに各地方公共団体で最初のコミュニティ・ケア計画の作成・公表が行われた。

1993年4月には、本法が本格施行され、各地方公共団体でコミュニティ・ケアの必要な者に対するニード評価手続きが開始されるとともに、国から地方公共団体に対する所要の財源措置も併せて講じられた。

(2) 従来 of 制度の問題点

従来 of 制度は、コミュニティ・ケア・サービスの発想（ア、利用者のニードに対応した総合的サービスの提供、イ、施設入所サービスより在宅サービスの優先的提供）から見た場合、次のような問題が指摘されていた。

- ① 施設入所サービスより在宅サービスを優先し、できるだけ自宅での生活をサポートする、という理念が、制度的に担保されていない。
 - ア) ニードの判定方法については、個別の法令に基づくサービスについて、その利用要件に関するニードだけを特定し、それが利用要件に合うかどうか判断するものである。
 - イ) 個別申請の審査の際には、サービスのコストと効果に関する総合的考慮がなされていない。
 - ウ) 民間ナーシング・ホーム等 of 入所に際しては、たとえ入所後に公的 な費用援助を受ける場合であっても、公的機関による入所要件の審査を必要としない（入所自体は私的契約）。このため、病院側が安易にナーシング・ホームを当てにして、患者を退院させる事例が多い（近年 of 英国 of 病院病床数 of 削減は、医学医術 of 進歩による平均在院日数 of 減少だけによるものではなく、病院からナーシング・ホームへ of 実質的振替えによる部分 of 大きい。また、在宅でのサポートが不十分な中で精神障害者等 of 退院が推進されたため、精神障害者 of ホームレス of 増加が問題になっている）。
 - エ) ナーシング・ホーム登録監督事務は地区保健当局 of 事務になっており、また、ナーシング・ホーム利用料に対する公的補助（所得扶助）は地区社会保障事務所（社会保障省） of 事務になっている。このため、地方公共団体社会サービス部がナーシング・ホーム入所者 of 状況を的確に把握することは一般的に困難である。
- ② サービス of 実施・調整を行う各機関 of 責任が不明確であるため、総合的なサービスが適切に提供されていない。

特に、保健医療サービスは地区保健当局が実施・調整機関となるため、地方公共団体社会サービス部と十分な調整がとれていない場合も多い（共同補助金 of 活用等 of 措置が一部効果を上げているものの、総合的なサービスが提供されていない場合も多く見られる）。

- ③ 「所得扶助」の仕組みが、施設入所サービスを優先するインセンティブを与えている。
- ア) 一定以下の所得の者が民間のレジデンシャル・ホームやナーシング・ホームに入所する場合には、その入所費用に関し、「所得扶助」制度により入所費用等充当額が支給される。この「所得扶助」（入所費用等充当額）は、実質的にホーム入所に係る自己負担を公費により減免するものであり、ナーシング・ホーム等入所に強いインセンティブを与えている。
- イ) 「所得扶助」（入所費用等充当額）については所得要件の審査のみで、入所要件の審査は行われない。このため、施設入所後、後追いの「所得扶助」が支払われることになるが、近年この支出が急増してきた（図10参照）。

(注) 「所得扶助」は、英国の所得保障給付の一種で、日本の生活保護の現金給付部分に対応するもの。民間施設入所者に対しては、上限付きで施設入居費、食費、個人出費相当費が支出される。

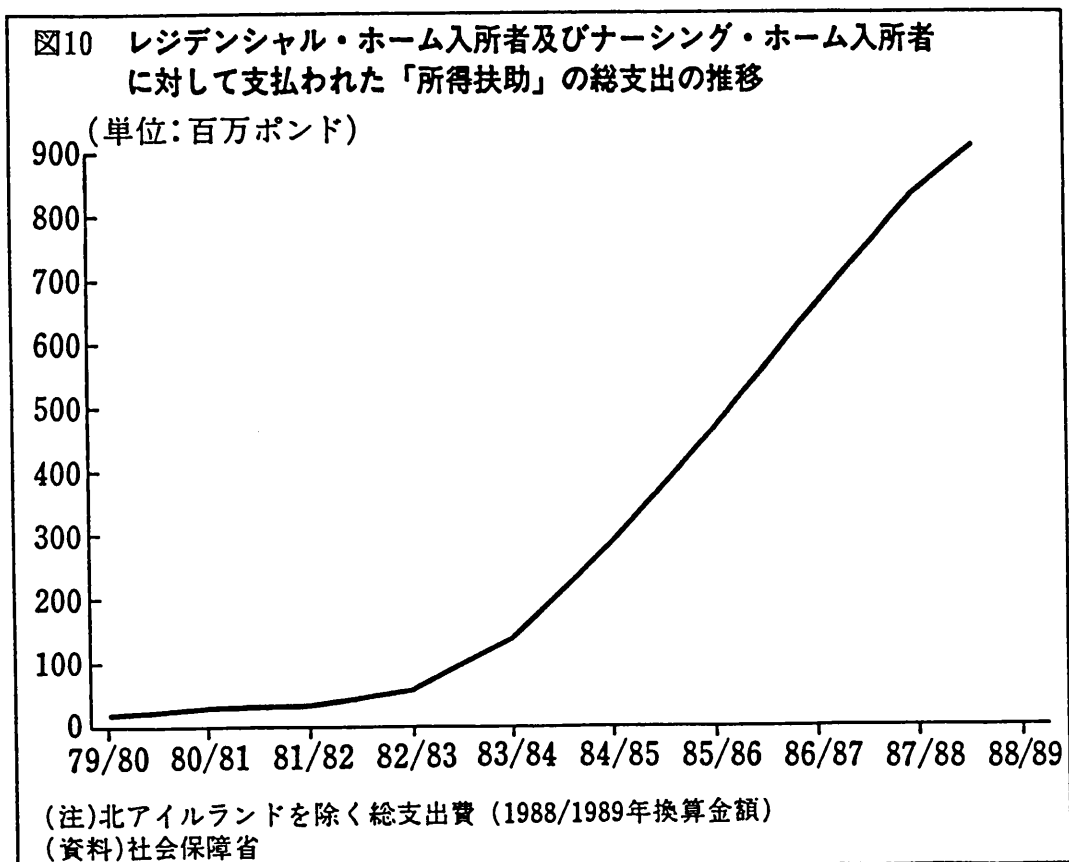
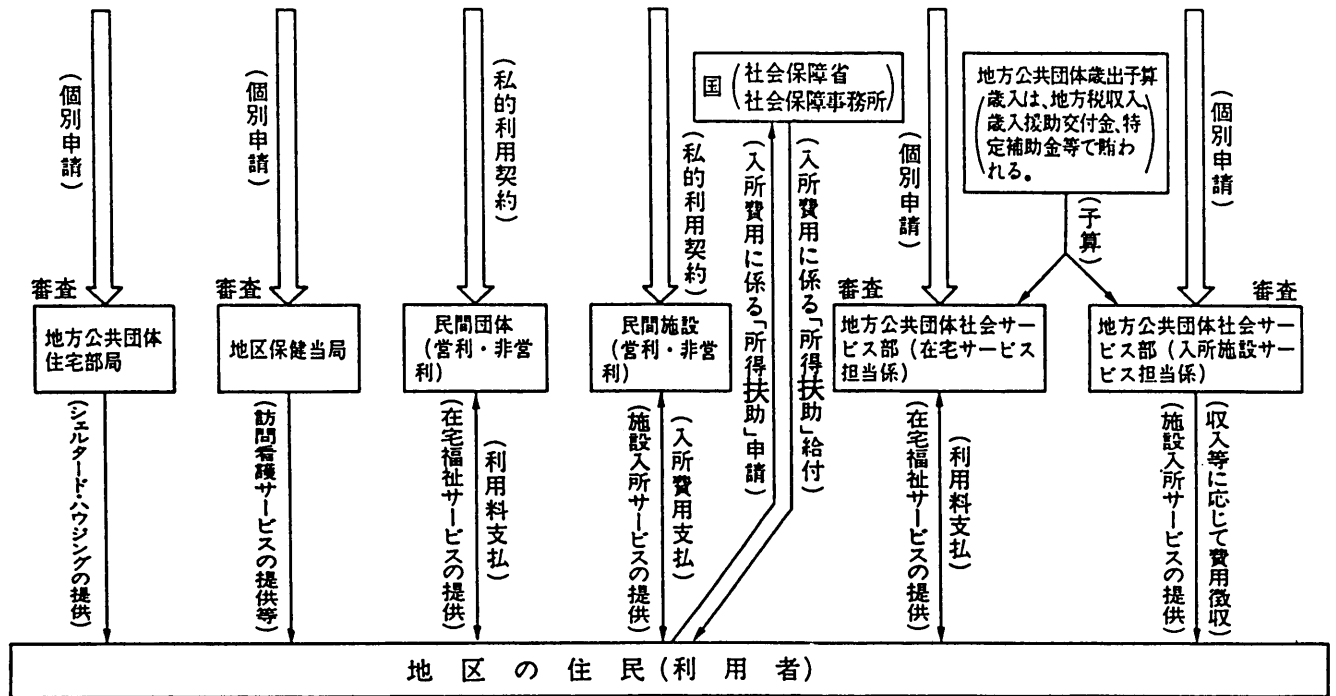


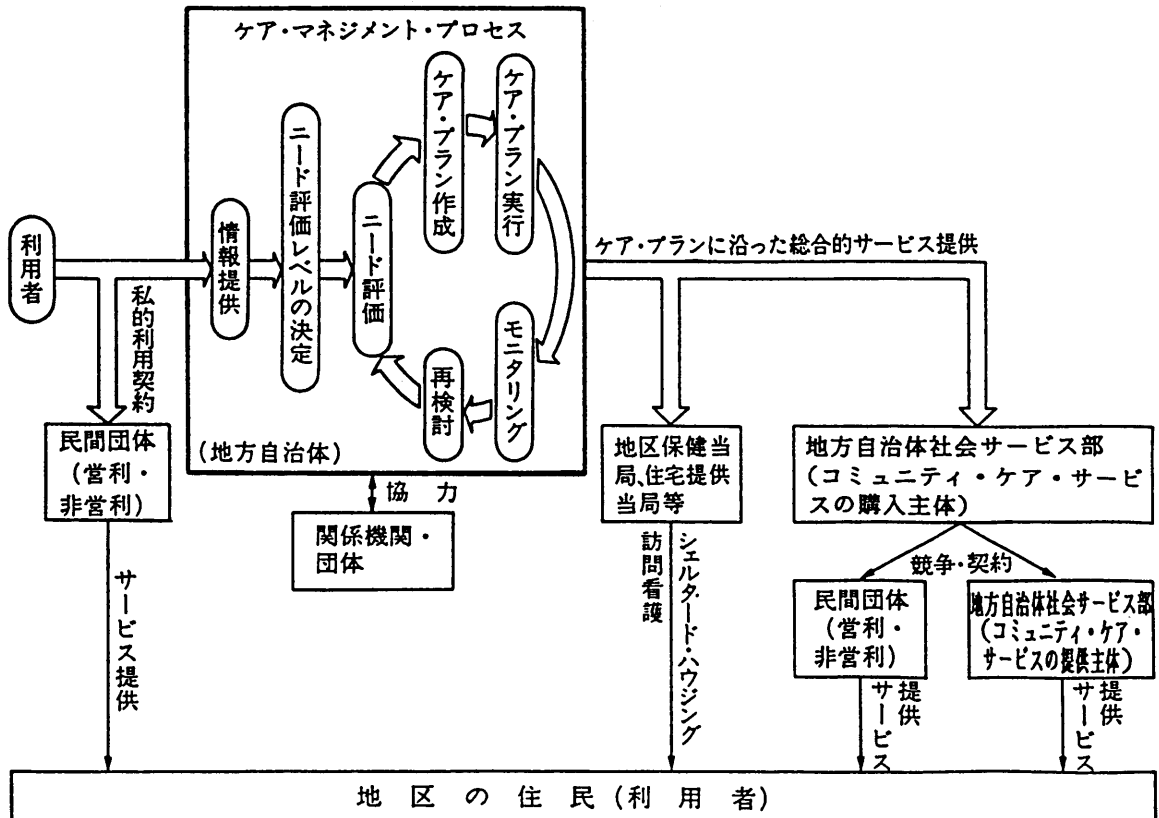
図11

1. 各種福祉サービス利用のフローチャート (1993年4月以前)



- (注) 1. 収入・資産が一定額以下の民間施設入所者に対しては、入所費用に関し、「所得扶助」の申請を行うことができる。また、民間入所施設の私的利用契約の場合には、住宅給付(収入・資産が「所得扶助」対象額を超える低所得者の場合)、付添手当金(常時介護の必要な高齢者の場合。ただし付添人の有無は問わない。)の申請が可能である。
2. 地方公共団体立施設入所者は、収入等に応じて費用徴収が行われるが、基礎年金額以下の収入しかない入所者については、日常生活費用等に関し「所得扶助」の申請を行うことができる。
3. 地方公共団体が実施する在宅福祉サービス、入所施設サービスは、民間団体委託(補助)事業として行われることもある。(例食事配達サービス等に多くみられる。)

2. コミュニティ・ケア・サービス利用のフローチャート並びに「ケア・マネジメント・プロセス」の位置付け (1993年4月以降)



- ④ 地方公共団体のサービスは、地方公共団体直営の事業が多く、民間サービス（営利・非営利）が十分活用されていないため、利用者の選択の幅を狭めている。
- ア) 法制度上は、地方公共団体は一部サービスの実施を民間非営利団体に委託することができることになっているが、実際には施設等の経営は地方公共団体が直営で実施しているのがほとんどである。民間委託は、食事配達サービスなど伝統的に民間団体が実施してきた事業を制度化した場合等に限られている。
- イ) 在宅サービスの分野での地域格差が現在多く見られるが、これは地方公共団体による営利団体の活用が推進されていないことにも原因がある（法律に基づき地方公共団体が実施する福祉サービスの委託先として営利団体が認められていないため、地方公共団体による営利団体の活用はほとんど見られない）。
- ⑤ ケア・ニード評価の対象は、利用者本人のみでなく、介護者（世話をしている家族、友人等）のニードを考慮すべきであるが、従来の評価システムでは介護者のニードは重視されていない。

（３）コミュニティ・ケア改革の狙い

今回のコミュニティ・ケア改革の狙いとしては、次のような点が挙げられる。

- ア) できるだけ自宅での生活を可能にするために、在宅サービスの発展を推進すること。
- イ) 介護者にとって最も大切な現実的サポートが最優先で提供されるような仕組みを作ること。
- ウ) 「ニードの適切な評価」と「ハイ・レベルのケア・マネジメント」により質の高いケアを提供すること。
- エ) サービス提供主体について、公的部門のみでなく、民間部門の発展を促進すること。
- オ) サービス提供に関連する各機関の責任明確化により、各機関に実績に対する責任を持たせること。
- カ) コミュニティ・ケアに関する新しい財政措置の導入により、国民の税金を効果的に使用すること。

（４）コミュニティ・ケア改革の内容

① 「ケア・マネジメント」方式の採用

地方公共団体社会サービス部による「ケア・マネジメント」方式の採用は、今回のコミュニティ・ケア改革の重要な柱の一つである。

（ア）ケア・マネジメントとは

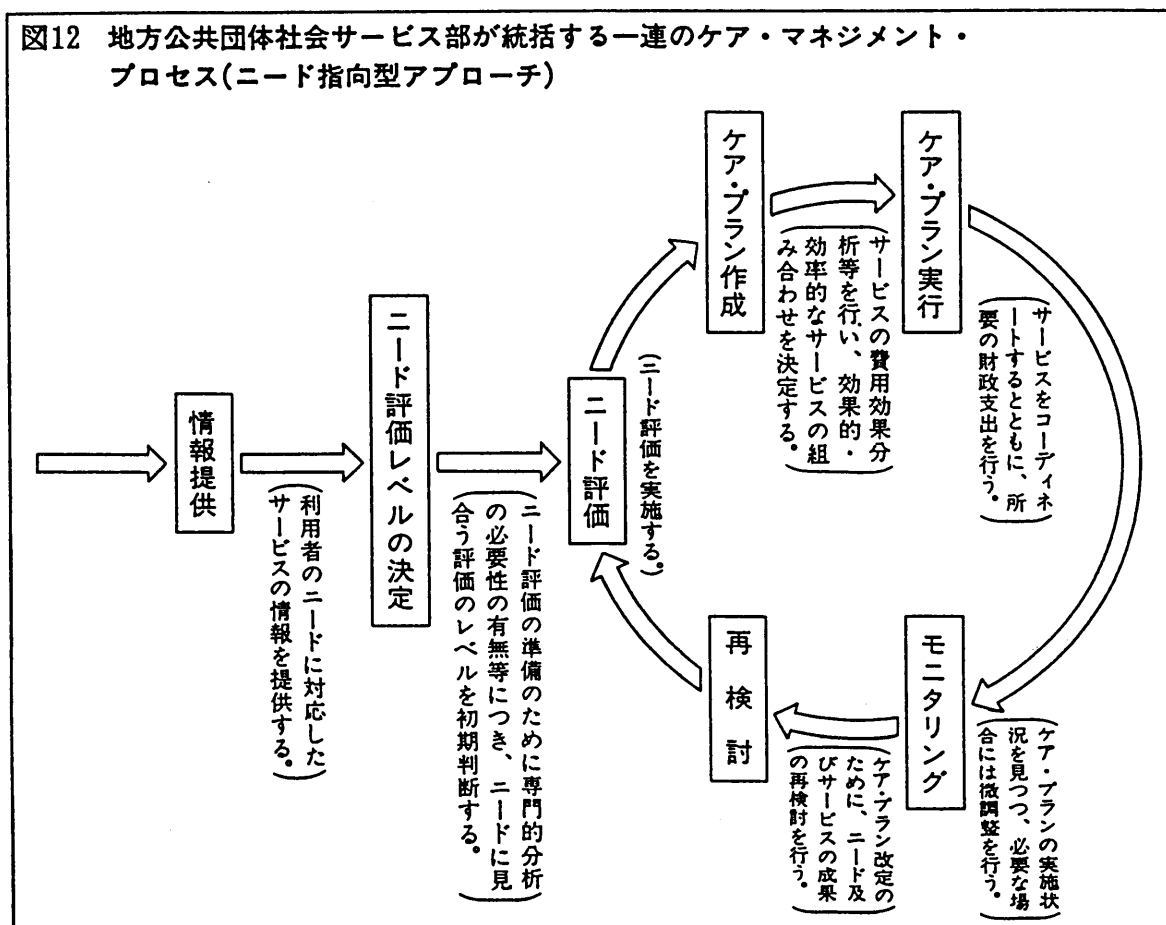
ケア・マネジメントは、個人のケア・ニードに適合したサービスを提供する一連のプ

プロセスのことであり、その特徴は、「ニード指向型アプローチ」、すなわち、利用者のトータル・ニードを基本に据えて、これに合わせてサービスを提供する方法である。これが当たり前、と思われるかも知れないが、地域福祉における従来のアプローチは、本質的にはニードにサービスを合わせるもの（個別の法令に基づき、サービス利用要件に関連するニードだけについて、利用要件に合うか否かを判断するもの）だったから、このアプローチには重要な発想の転換があるのである。

また、ケア・マネジメントは、効率的・効果的なケアを行うための「基礎」となるものである。ニードに敏感なサービスを提供するためには、常に評価されたニードと現在利用しているサービスの間の違いを特定することが大切であり、このため、ア) ニード評価の責任と、イ) サービス提供の責任、の二者を分離させることが必要である。この二者を分離し、福祉サービスの利用者他に他の一般のサービスの消費者と同様の力をつけさせることにより、サービスの質の向上が図られるのである。

(注) ケア・マネジメントの用語について

「ケア・マネジメント」は、「ケース・マネジメント」と同義語であるが、マネジメント（管理）されるべき対象は「利用者」（ケース）ではなく「提供されるケア」であること、また、「ケース」という用語の語感に問題があることから、今回の改革では「ケア・マネジメント」の用語が使用されている。



(イ) ケア・マネジメントのプロセス

コミュニティ・ケア・サービスが必要な場合には、その利用者の最初のコンタクト先から地方公共団体社会サービス部に連絡が入り、これを受けて、地方公共団体社会サービス部がその利用者に関する一連のケア・マネジメント・プロセスを統括することになる（図12参照）。

純粋に医療ニーズのみ、あるいは住宅ニーズのみが必要な場合等には、当該サービスを担当する部局が直接必要な手続きを行う。また、私的契約による民間サービスの利用については、地方公共団体社会サービス部を通さなくても、もちろん可能である。

(ウ) ケア・マネジメントの例

ケア・マネジメントの例として、脳卒中の入院患者が退院する場合を見てみよう。

（これはあくまで読者の理解のための例であり、このケア・マネジメントが適切なものという意味で掲載するものではない。）

<情報提供>

脳卒中患者が退院した場合のサービス利用に関するパンフレットを入院先の病棟婦長が配布するとともに、自宅に帰った場合の予想される問題点について話し合う。

<ニーズ評価レベルの決定>

患者が自宅に帰った場合の予想される問題点等についての記録（病棟婦長が記録したもので紹介状の役割を果たす）を地方公共団体のソーシャル・ワーク・チームに渡す。ソーシャル・ワーク・チームは、この紹介状に基づき、ニーズ評価レベルについて総合的評価が必要との判断を行う。この判断に基づき、ソーシャル・ワーク・チームの担当者が病棟で患者に対する初期面接を行うとともに、OT、PTによる専門技術的ニーズ評価を受けるアレンジを行う。

<ニーズ評価>

ソーシャル・ワーカーは社会的ニーズの評価を行い、OT、PTは身体的ニーズの評価を行う。

<ケア・プランの作成>

ニーズ評価に基づき、ケア・プランを作成する。ケア・プランをすべての関係者が了解する。関係者及び退院予定者本人にケア・プランが配布される。6週間後に必要な再検討を行うこととする。

提供されるケアの内容の例としては、以下の事項が考えられる。

- ア) 最長6週間の退院者用在宅ケア・サービス・パッケージ
- イ) 平日の食事配達サービス（週末は近親者が提供する）
- ウ) 近親者は週3回自宅訪問することに同意する。
- エ) 訪問看護婦、ソーシャル・ワーカーが自宅を訪問する。
- オ) 定期的リハビリのために病院リハビリ部門（PT）に通所する。
- カ) OTは必要な補助具等を提供する。

<ケア・プランの実施>

近親者が自宅退院のための準備を行う。ソーシャル・ワーカーが食事配達サービス

利用料等、財政面の調整を行う。各担当者がケア・プランに従い行動する。

<モニタリング>

ソーシャル・ワーカーはケア・プランの実施状況を見つつ微調整を行う。

[例] 退院者本人が1週間後に民間団体が実施する心筋梗塞サポート・プログラムへの出席を希望したので、地区看護婦がアレンジを行う。

<再検討>

6週間後、ソーシャル・ワーカーは退院者本人及び関係者よりケア・プランの実施状況等について調査を行う。

[例] 本人は給食のメニューに不満を持っていることが分かったので、関係方面にフィードバックする。また、リハビリによる回復が十分でなかったので、地方公共団体住宅部局によるシェルタード・ハウジング提供等の可能性についてソーシャル・ワーカーが本人の相談に応じる。

改訂ケア・プランが作られる。

(エ) ケア・マネジメント方式によるメリット

ケア・マネジメント方式を採用した場合のメリットとしては、以下のような点が考えられる。

ア) 「ニード指向型アプローチ」により、利用者・介護者のニードに合わせた総合的なサービスを提供することができる。

イ) 個別ケア・プランの作成により、総合的な視点からの望ましい目標・成果を特定できる。

ウ) サービス決定過程において、利用者・介護者がより積極的な役割を担うことが可能になる。

(利用者・介護者がサービスの選択に関し適切な判断をするため、ケア・マネジメントに関連する情報は、利用者・介護者に提供され、情報が共有される。また、利用者のみでなく介護者の利害もケア・マネジメントの各過程で考慮され、必要な場合には利用者本人とは別途にニード評価等が実施される。)

エ) 利用者の意見主張の機会が増大する。

(今回のコミュニティ・ケア改革で「不服手続き」が整備されたこと(後述)により、「ケア・マネジメント」の各プロセスにおいて利用者の意見を表明することができるようになる。また、「ケア・マネジメント」担当者とサービス提供者が分離されることにより、意見を言いやすい雰囲気を作られる。)

オ) ケアの継続性が保障され、利用者・介護者に責任を持てる。

(特に従来は「モニタリング」や「再検討」のプロセスが制度として盛り込まれていなかったため、ニードの変化が生じた場合、従来のサービスが中止されるのみで、新たなニードに対応したサービスの実施につながらなかった。)

カ) 弱い立場の人のニードにより効果的に対応できる。

(ケア・マネジメントの手法により、障害者、少数民族、女性の介護者等のニードにも適切に対応することができる。)

キ) 「ケア・マネジメントの責任」を「サービス提供の責任」と明確に分離することにより、サービス利用者の利害を適切にとらえることが可能になる。

(以前は両者の区分が不明確なため、地方公共団体内部で妥協や緊張関係が生じた。)

ク) ニードの総合評価とサービス購入のリンクにより、的確なサービス提供が可能になる。

(サービス購入をケア・マネジメントとリンクさせることにより、ニードに合った適切なサービス購入が可能になる。また、サービスの内容について制度的にフィードバックが行われるため、実施されているサービスの欠陥が常に克服される。)

ケ) サービス提供者等関係機関の間の協調性が増大する。

② コミュニティ・ケア・サービスの「購入者」と「提供者」の役割の分離並びにこれに伴う財政措置の変更

(ア) 「購入者」と「提供者」の役割の分離

コミュニティ・ケア・サービスの「購入者 (purchaser)」と「提供者(provider)」の役割の分離は、ケア・マネジメント・システム導入と並ぶ、コミュニティ・ケア改革最大の柱である。

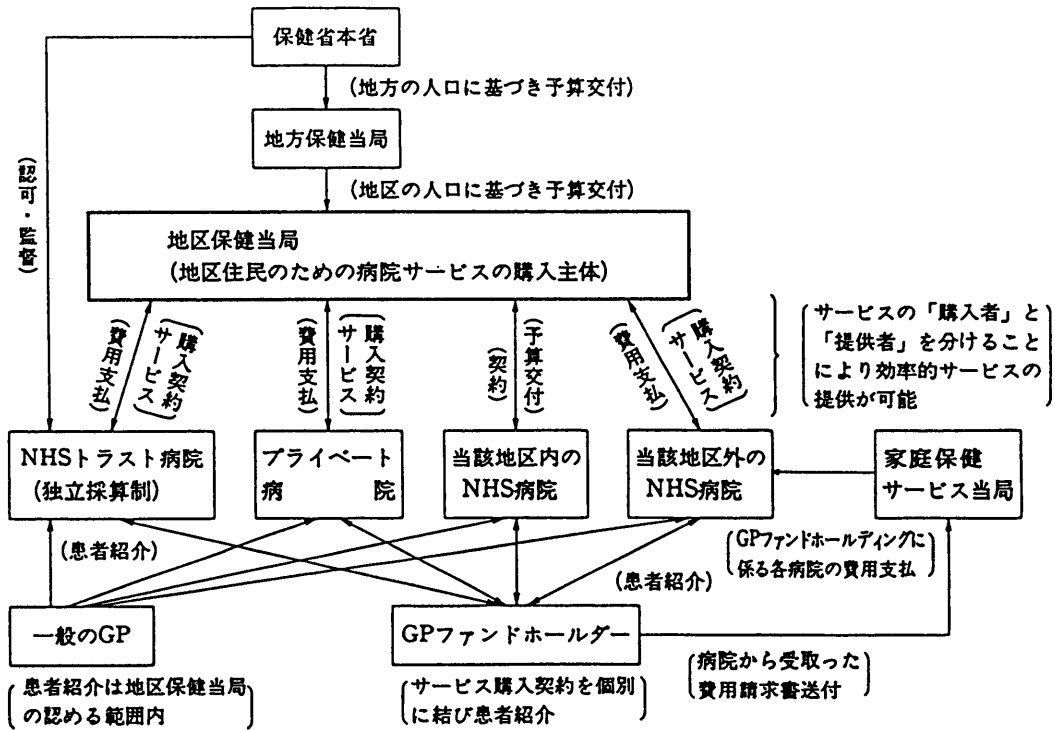
日本の福祉分野ではなじみのないこの概念を説明するために、1991年4月から施行されたNHS改革を例にとろう(図13参照)。

ア) 国の地方支分部局である地区保健当局は、従来は地区内の各国立NHS病院の運営を管理する役割を担っていたが、今回のNHS改革により、地区保健当局は地区住民のための医療サービスの「購入者」の役割を果たすことになった。すなわち、地区保健当局の新しい役割は、自らの予算により、a) 地区内のNHS病院、b) 地区外のNHS病院、c) 民間(営利・非営利)病院の中から、経済的に良質な医療を行う病院を探し、サービス購入契約を結び、地区住民全体の医療の確保を図ることとなり、従来のような地区内国立NHS病院に対する中間管理的役割は大幅に減少された。

また、これに伴い、NHS病院が医療サービスの「提供者」として競争意識を持つように、NHS病院の経営の独立性を高めるための改革も行った(NHS病院自身による経営権限の大幅付与やNHSトラスト病院制度)。

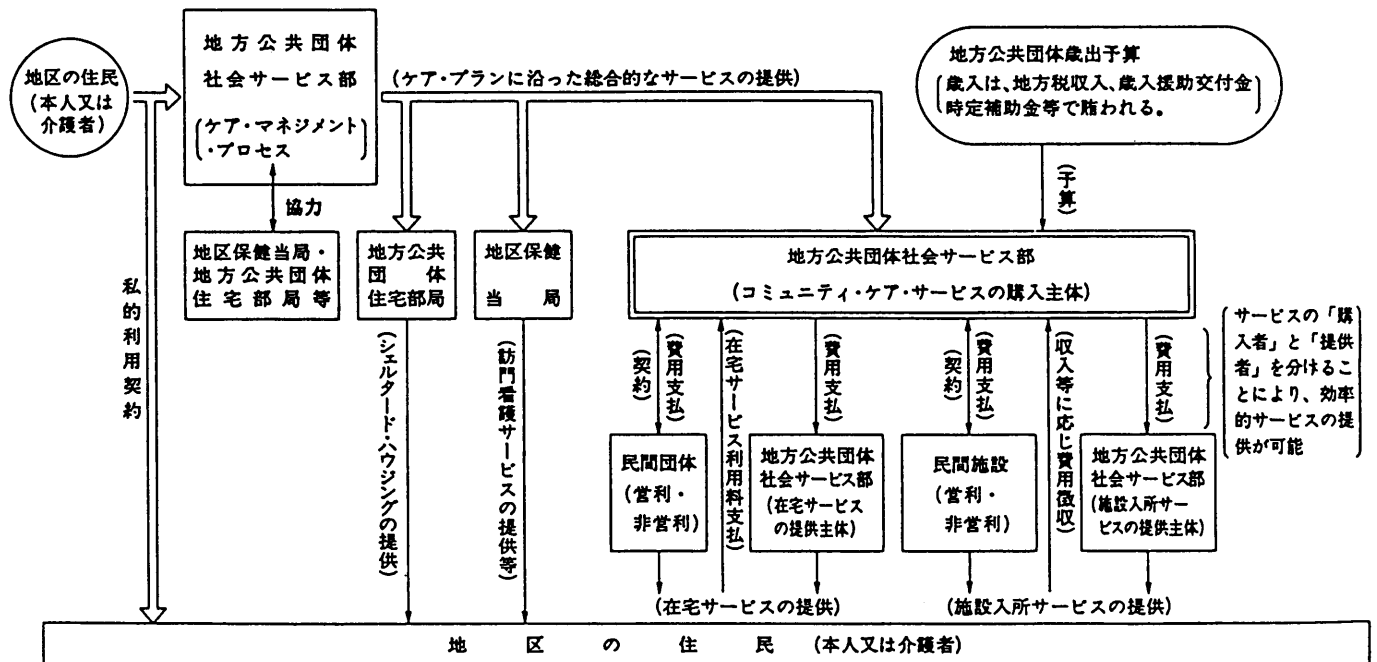
この改革により、NHS病院を中心にした医療供給体制であっても、「購入者」と「提供者」の分離により、市場経済の原理が働き、効率的・効果的医療供給が可能になるのである。

図13 病院サービスのフローチャート(イングランド)



(注)地区保健当局だけでなく、GPファンドホルダーも病院サービスの購入主体であり、GPファンドホルダーと各病院の間にも、市場原理に基づく効率的サービスの提供のインセンティブが働いている。

図14 各種コミュニティ・ケア・サービス利用のフローチャート(1993年4月以降)



- (注) 1. 地方公共団体が費用支払を行う施設入所サービスに関しては、入所施設が民間立であっても、入所費用に関し「所得扶助」の申請を行うことが出来ない。(日常生活費等に係る「所得扶助」の申請の取扱いは、公立施設と同様である)
2. 民間入所施設の私的利用契約の場合には、住宅給付(収入・資産が一定額以下の場合)、付添手当金(常時介護の必要な高齢者の場合)の申請が可能である。(借家に住む高齢者と同じ取扱い)
3. サービス利用料はサービス実施団体に直接支払われる場合もある。

イ) 今回のコミュニティ・ケア改革で採用されたコミュニティ・ケア・サービスの「購入者」と「提供者」の役割の分離も、その理念及び基本的手法はNHS改革の場合と同様である(図14参照)。

従来は、地方公共団体は自ら直接サービスを提供することが多かったが、この方法(地方公共団体立施設、地方公共団体職員による直接サービスの実施)だけでは効率的・効果的なサービスを供給するインセンティブは生まれてこない。

今後は、地方公共団体はコミュニティ・ケア・ニーズに基づき地域住民に必要なサービスを確保する責任を負うが、サービス提供自体については地方公共団体が自ら実施する必要はなくなった。

すなわち、地方公共団体はサービスの「購入者」として機能し、サービス提供主体が実施するサービスの有効性・効率性を比較検討した上で、a) 地方公共団体自らの直接サービスを購入するか、b) 民間(営利・非営利)団体のサービスを購入するか、のいずれかを選択することになるのである。もちろん、提供されるサービスの比較検討の結果、地方公共団体のサービスが優れていないことが明らかになった場合には、サービスの「購入者」としては、民間(営利・非営利)団体のサービスを購入しなければならないのは当然のことである(地方公共団体が「サービスの購入者」と「サービスの提供者」を兼ねる場合には、担当セクションの分離等により、両者の利害が混同しないようにしなければならないことになっている)。

ウ) このサービスの「購入者」と「提供者」の役割の分離のメリットとしては、次のような点が挙げられる。

- a) 購入者(地方公共団体)が地方公共団体自ら実施するサービスにこだわらずに済むため、サービスの選択肢が拡大する。
- b) サービスの本当の費用の特定ができるため、地方公共団体自ら実施するサービスと民間(営利・非営利)団体が実施するサービスの費用・効果の正確な比較が可能になる。この結果、サービス提供者間の競争による効率性の向上等が期待される。
- c) サービス購入決定時及びケア・マネジメント・プロセス時における責任の明確化につながる。

エ) また、地方公共団体と民間非営利団体との間で締結されるサービス提供契約については、個々のサービスの経費や提供されるサービスの質の保障等の点について従来より明確な契約を結ぶことが求められている。このような契約の締結及び契約内容の実行により、民間(営利・非営利)団体の効率的・効果的なサービス提供能力が増大し、ひいてはコミュニティ・ケア分野における民間団体の役割が増大することが期待されている。

(イ) 財政措置の変更

地方公共団体社会サービス部がサービスの「購入者」の役割を果たすためには、サービス提供主体が地方公共団体か民間団体かの如何を問わず、コミュニティ・ケアに係る

公的援助について地方公共団体社会サービス部が一括して取り扱うことが不可欠である。

このため、従来の民間ナーシング・ホーム等の入所費用等に充当するための「所得扶助」は、1993年4月以降は給付されない取扱いになった。また、従来民間ナーシング・ホーム入所者のうち常時介護が必要な状態の高齢者については「付添手当金」の受給が可能であったが、1993年4月以降は、地方公共団体が実施するコミュニティ・ケアによる民間ナーシング・ホーム入所者に対しては「付添手当金」は支給されない取扱いになった。

これらの一連の措置により、地方公共団体社会サービス部によるコミュニティ・ケア・サービスとしての施設入所については、施設の設置主体の如何を問わず、利用者間の負担の均衡が図られた。

- (注) 1. 民間ナーシング・ホーム等の入所費用等に充当するための「所得扶助」の取扱いについては、既受給者の保護のため、所要の経過措置が講じられている。
2. 地区保健当局が行う保健医療サービス及び地方公共団体住宅当局が実施する住宅サービス等に要する費用については、それぞれ地区保健当局または地方公共団体住宅当局等が費用を支出する。

③ その他のコミュニティ・ケア改革の主要な内容

(ア) コミュニティ・ケア計画の作成

「ケア・マネジメント方式の採用」や「サービスの購入者と提供者の分離」はいずれも対象者に適切なサービスが提供されるためのいわばマイクロ・レベルの政策であるが、コミュニティ・ケア計画の作成はマクロ・レベルの政策であり、地域全体としてのコミュニティ・ケアを適切な方向に誘導するための重要な政策である。

地方公共団体はコミュニティ・ケア計画を作成・公表しなければならない(1992年4月までに最初の計画を作成・公表することとされた)。

コミュニティ・ケア計画の内容としては、同計画の目標やその実現のための具体的目標、コミュニティ・ケア・サービスの確保・向上のための施策、財源に関する事項等を盛り込むことになっている。

このコミュニティ・ケア計画はローリング方式で改訂されることになっており、また、その作成の際には、地区保健当局、住宅当局、民間団体等関係機関の意見を聴かなければならないことになっている。

コミュニティ・ケア計画は、地区保健当局が作成する地域保健医療計画と整合性がとられることになっているが、地方公共団体の区域と地区保健当局の区域が一致していないこと等の理由により、完全に整合性がとれているといえないものも見られる。また、作成されたコミュニティ・ケア計画の内容を見ると、地方公共団体によりその内容に相当の開きが見られる。

(イ) 地方公共団体の監査部局の設置

公的部門及び民間部門による質の高いサービスの提供を保障するためには、コミュニティ・ケア・サービスの各提供主体に対する監査の強化が不可欠である。このため、地方公共団体は、1991年4月までに新たに監査部局を設置しなければならないこととされた。

地方公共団体の監査部局の業務としては、地方公共団体立施設及び民間（営利・非営利）団体立施設の監査、在宅サービスのチェックのほか、ケアの向上のために地方公共団体が行うプログラム開発の支援、地方公共団体が民間団体と結ぶサービス契約についての助言等も行う。

実際の施設やサービスの監査に当たっては、ハードだけではなく、ソフト（提供されるケアの質やクオリティ・オブ・ライフ）に重点が置かれている。

(ウ) 地方公共団体の不服手続きの整備

利用者のニーズに対応したコミュニティ・ケア・サービスを実施するためには、サービスの提供プロセスや実際に提供されるサービスの内容に対する利用者の不服が適切にサービスに反映される仕組みが必要である。このため、地方公共団体社会サービス部は1991年4月までに新たに不服手続きを定めなければならないこととされた（ここでの「不服」には、職員に対する苦情等は含まない）。

地方公共団体の不服手続きには、次の内容が含まれる。

- ア) 不服はまずその場で適切に処理されるよう努められるが、それが不可能な場合には正式に登録される。
- イ) 登録された不服については、28日以内に処理がなされなければならない（これが不可能な場合には、28日以内に現状説明をし、3カ月以内に処理するという例外措置が認められている）。
- ウ) 登録された不服の処理に満足しない場合には、再審査のための委員会に再審査を申し込む。再審査委員会は28日以内に再審査を行い、勧告を出す。地方公共団体はこの勧告に従わなければならない。

(エ) 精神障害者のケア・プログラム・アプローチ

精神障害者に対するサービスの現状には、なお多くの問題が存在する。これまで、社会復帰施設の整備が不十分であったり、在宅サービスも十分とはいえない中で、病院の閉鎖が行われたケースも多くあった。個別のケア・ニーズに沿った適切なケア・プランの提示がないまま退院するため、継続的なケアの提供の観点から問題が生じるケースも多くあった。また、地方公共団体社会サービス部の従来の一般的姿勢としては、他の高齢者や障害者と比較して、精神障害者に十分なプライオリティを置いていないところも多かった。

このような状態を改善するため、1991年4月から地区保健当局と地方公共団体とが協議しつつ、（痴呆症を含む）精神障害のある退院予定入院患者及び特別の精神科の新規患者に対するケア・プログラム・アプローチが開始された。

これは、退院前に精神障害者に対し、継続医療ケア及び社会ケアに関する評価を行い、これに基づき、保健医療サービスと社会的サービスが適切に行われるシステムを作ろうとするものである。

また、これに関連して、国から地方公共団体に対する特定補助金が支出された（1991年は21百万ポンド）。これは、特別の精神科ケアを必要とする精神障害者のための福祉的ケアの新規事業に充当するためのものである。

さらに、アルコール中毒・麻薬乱用患者のための新規事業を実施する民間団体への助成費用として、特定補助金が国から地方公共団体に支出されることになった（1991年度は2百万ポンド）。

(5) コミュニティ・ケア改革の評価及び問題点

1990年成立したコミュニティ・ケア法が1993年4月から全面的に施行された。しかし、厳しい財政事情のためニードに見合うサービスが提供できないことが明らか等の理由のため、ケア・マネジメント・プロセスに基づくニード評価をすべての対象者に対し実施していない地方公共団体もなお多い。コミュニティ・ケア改革の評価は時期尚早のためできないとする関係者がほとんどである。しかしながら、関係者の間では現時点で次のような問題点が指摘されている。

(ア) コミュニティ・ケア法に基づき、地方公共団体が地域ケア計画を作成した（作成期限は1992年4月であったが、現在なお未完成の団体もある）が、その出来具合については地域差が大きい。ただし、計画は毎年見直し（リボルビング）されるため、2年目の計画は初年度より改良されているものが多いといわれている。

(イ) コミュニティ・ケア法に基づき、地方公共団体がケア・マネジメントを統一的に管理することになるが、担当責任者であるケア・マネージャーの要件が限定されていないため、不適任な者がケア・マネージャーに選ばれる可能性がある。このため、地方公共団体によっては適切なサービスが実施されないとか、保健医療と福祉の連携がとられないなどの問題が生じる恐れがある。

(ウ) （入所施設と異なり）ホームヘルプ等の在宅ケアのサービスについては質に関する基準がないため、民間サービスに任せられた場合に提供されるサービスの質の低下が懸念される。政府はこの分野については法令で基準を作ることはしない方針であるが、より緩やかな形での基準づくりを検討中である。

(エ) コミュニティ・ケア法施行に際して、国から地方公共団体への財政措置に対し地方公共団体等から次のような問題点が指摘されている。

ア) 今回のコミュニティ・ケア法の円滑な施行のために、国から地方公共団体に対し、「特別移行補助金」（同補助金の用途はコミュニティ・ケアに特定される）が1993年度から3カ年間支給されることになっている。この「特別移行補助金」について、国の予算額が地方公共団体が期待していた額を大幅に下回った。地方公共団体民政部長会は、「政府が決定した補助額は地方の実状を無視した金額であり、このような補助金額では住民のニーズに即したケアを実施することは困難である」と厳しく批判している。一方、政府は十分な予算措置が行われたと反論している。

厳しい地方財政事情の下で、コミュニティ・ケア事業の円滑な実施に支障を来す地方公共団体も多い。特に、財政事情の悪い地方公共団体では円滑なサービスの実施上深刻な問題が生じている。公立施設の閉鎖や民営化、ホームヘルプ・サービスや在宅給食サービスに対する費用徴収の強化等の措置をとる地方公共団体も多い。

- (注) 1. 「特別移行補助金」の予算額は、1993年度399百万ポンド、1994年度1050百万ポンド、1995年度1568百万ポンドである（予算額はいずれもイングランドのみの数字）。
2. 英国では地方公共団体の社会福祉予算の財源は、元来、地方税収入及び「歳入援助交付金」（日本の地方交付税交付金に相当し、用途は社会福祉に特定されない）で賄われており、日本の国庫補助金に相当する「特定補助金」は極めて例外的にしか補助されない仕組みになっている。今回の「特別移行補助金」も1996年度以降は「歳入援助交付金」に段階的に回されることになっている。

イ) 「特別移行補助金」の地方公共団体への配分は、将来的には「歳入援助交付金」と同様に配分（地方公共団体の人口等に基づき計算された標準支出評価額を基に配分）することとされているが、この配分方法は現在老人ホームやナーシング・ホーム入所費用に対し支払われている所得扶助の実績と大幅に異なるため、混乱が予想されている（1993年4月に老人ホーム入所費用等に対する所得扶助が廃止された。なお、保健省は激変緩和のため、当面「特別移行補助金」の2分の1相当分についてはこれまでの所得扶助給付実績に応じて配分することにした。今後長期的には、これまでナーシング・ホームが多数存在していた英国南部地域等でナーシング・ホームが減少し、ナーシング・ホームの設置状況については全国平準化が進むものと見込まれる）。

ウ) 福祉分野での民間セクターの活用を推進するため、地方公共団体は「特別移行補助金」の総額の85%を民間（営利・非営利）セクターの入所・在宅サービスの購入に充当しなければならないことになっている。このため、現在の厳しい地方財政事情とも相俟って、今後は地方公共団体立施設の閉鎖が一層進められることが予想される。しかし、地方公共団体によっては、現在民間の入所・在宅サービスがほとんど存在しないケースがある。保健省は初年度については85%の制限について激変緩和措置を講じているが、この激変緩和措置によってもなお円滑な実施に困難が見込まれる地方公共団体がある。

第 4 節 児童福祉制度

1 児童法の施行

従来の児童福祉関連法規の長期にわたる見直しの結果、新たに児童法が制定され、1991年4月に本格施行された。児童法は児童の権利及び親の義務を強調したもので、困難を抱える家庭について親と子をできるだけ分離しない方向での援助を行うことが強調されている。

1993年2月には保健省が児童法施行初年度の実績報告書を英国議会に提出した。それによれば、法施行後1年間で「強制的なケア」の下に置かれる児童数が減少し、特に地方公共団体が児童を家庭から離す「緊急ケア命令」の件数は従来の半数に激減した。

しかし、本法の施行に関しては、地域格差が大きいとの批判があり、保健省では今後監査部局による監査を通じて地方公共団体に必要な指導を行っていくこととしている。

2 保育サービス

英国における保育サービスには、デイ・ナーサリー（保育所）、プレイ・グループ（親のグループ等による保育）、チャイルド・マインダー（保育ママ）があり、各々の施設数、定員数は表20のとおりである。

英国では児童養育に対する家庭責任を重視する傾向があるが、一方、社会環境の変化に伴い、現実には保育に欠ける児童が増加しており、大幅な需給ギャップが存在する（特に都市部における供給不足は深刻である）。

表20 保育サービス（イングランド）

（1989年）

	デイ・ナーサリー		プレイ・グループ		登録チャイルド・マインダー
	地方公共団体立	登録民間施設	地方公共団体立	登録民間施設	
施設数	694	1,696	95	16,983	83,904(人数)
定員数	28,789	45,026	2,051	399,460	186,222

（注）この他、幼児教育施設として「ナーサリー・スクール」の制度がある。

資料：Health and Personal Social Service Statistics

3 児童給付

英国の児童給付(Child Benefit)は従前の家族手当と税制の児童扶養控除を統合して、1979年より全面的に導入された。

1992年4月現在の児童給付及び単親給付の概要は表34(81頁)のとおりである。

なお、財源はすべて国庫負担であり、サッチャー政権時代には暫く給付額が据え置かれたが、近年給付額の引上げが図られたところである。

4 児童扶養法の施行及び児童扶養庁の設置

現在130万人の片親が200万人の児童を養育しており、片親世帯のための公費負担額は50億ポンドに上る。このため、児童に両方の親により養育される権利を与え、納税者の負担を軽減し、片親の就労に対するインセンティブを増進するために、1991年に児童扶養法が制定され、1993年4月5日児童扶養庁が発足、制度が本格施行された。

児童扶養法は、従来、片親世帯の児童の場合、児童を養育しない方の親に対する養育費の認定は裁判手続きを必要としたが、今後は新設の児童扶養庁が児童養育費の評価、徴収、支払のサービスを実施するものである。

児童を養育する親が児童扶養庁を利用するかどうかは一般的には任意である。しかし、単親で児童の養育をしている者で、所得扶助、家族クレジット、または障害就労手当金の申請をしている者は、同居していない方の親に関する情報を児童扶養庁に提供しなければならないことになっている。そして、正当な理由なく情報の提供を拒む者については、これらの諸手当の給付額が減額されることになっている。

児童扶養庁の本年の目標は、受給可能な者のうち60%のものに必要なアレンジを行うことである。

この新しい制度に対し、児童福祉団体等は、ア)暴力等の恐れのため親の名前を告げない場合の取扱いが単親にとって不利益であること、イ)児童扶養庁による児童養育費の認定の結果、所得扶助等の手当が削減されるだけでなく、無料学校給食等の福祉的な取扱いがなくなるケースが出るため、結果的に児童福祉につながらないケースもあること、等の点を批判している。