

国際情勢報告 イングランドの 保健福祉 レポート



② イングランドのソーシャルケアに関するレポート

保健福祉広報協会では2004年にオックスフォード大学高齢者研究所のサラ・ハーパー博士を招き、国際シンポジウム「英国の医療・福祉制度の歩みと展望＝ベバレッジ報告から60年、今後の方向とは」を開催いたしました。

シンポジウムの中で博士は、21世紀の3つの大きな課題の1つとして「高齢化社会」をとりあげ、「先進国共通の課題である高齢化はヘルスケアコストの増大をもたらし、量と質の両面でヘルスケアに関わる費用負担のあり方が検討されていく」としました。

この度、博士から「高齢者のソーシャルケアに必要な費用の算出」に関する情報提供がありました。本会では、その内容を前号につづき、ご紹介いたします。

前号では高齢者を対象とするソーシャルケアの背景を中心に説明いたしました。「ソーシャルケア・サービスは多くの労働力を必要とし、そのスタッフにかかる費用は、レジデンシャルホームの半分、ナーシングホームの3分の2と大きな割合を占めます。しかし、高齢者のケアは非公式な介護者に依存しているところが大きくあり、介護者への支援を一層おこなっていくことが必要とするスタッフ数を多少とも緩和させるために必要だ」と述べました。

本号では、「資金供給のオプション」と「Wanless卿による提案」をご紹介いたします。

資金供給のオプション

ソーシャルケアへの資金供給の方法は、近代の福祉国家が第二次世界大戦後に確立されてから、ほとんど変化していません。地方自治体は、国の予算によるサービスを一定以下の資産しか持たない人々に提供するという、公的な資金供給システムを運営しています。ただしこれには課金を伴う場合も多くあります。富裕層は対人ケアを含むソーシャルケアに対する支払を自分でこなうものと考えられています。住宅の価値は、高齢者が入所施設に転居する（なおかつパートナーや資格のある人間がこの住宅に残っていない）場合には資産調査の対象に含まれますが、在宅介護を受ける場合には含まれません。資産調査制度は支払い能力に応じて費用を徴収します。入所施設で国の支援を受けている人々に関しては、毎週支給される最低限の個人給付金以外の収入の全部を地方自治体が（年金および各給付金を含む）受け取ります。在宅でソーシャルケアを受ける高齢者は通常、費用の支払によって所得が一定レベル以下に減ることがない限り、ケアに対する支払を求められます。この一定レベルとは年金クレジット制度に関連するものです。

ソーシャルケアに対する資金供給に関しては、代案が多数あり、他国においても様々な手法が取られてい

ます。可能なオプションには次のようなものがあります。

- ・資産調査を必要としない、国の支援によるソーシャルケアを例外なく受けることのできる権利。例えば現在スコットランドで適用されている無料対人ケアなど。
- ・社会保険モデル。この計画に参加する人がケアを必要とした場合に、国が保険者となって一連のケアを提供する。
- ・国と個人が、ケアを必要とする人のための費用を共同負担するパートナーシップ。
- ・ある一定の期間後もしくは特定の支出額を超えた後、各個人にソーシャルケア費用の責任を負わせる有限責任モデル。
- ・貯蓄を基本とするモデル。個人がケアの支払に使用するために行う特定貯蓄に国が協力する場合に行われるもので、しばしば年金支給に関連する。

Wanless卿による提案

レビューでは全てを考慮し、パートナーシップモデルが最善策であると考えています。

パートナーシップモデルの長所は以下のとおりです。

- ・資産調査を給付金システムに限定し、ケアサービ

英国の高齢者保健福祉施策

(1) 概要

①英国の高齢者保健福祉施策は、国営の国民保健サービス(NHS)による保健医療サービスと、地方公共団体による対人社会サービスに分けて提供されている。

②対人社会サービス(福祉)については、地方公共団体のケアマネージャーが総合的に対象者の需要を判定し、介護サービス計画(ケアプラン)を作成し、民間事業者や非営利団体等からサービスを購入提供する仕組み。

③ナーシングホーム、レジデンシャルケアホーム等の入所施設においては、10,000～16,000ポンド(約200～320万円)以上の資産保有者からは費用徴収あり。16,000ポンド以上の資産保有者には公費助成は行われない(全額自費)。

● サービスの分類

	内容	提供主体	備考	
在宅サービス	保健指導 訪問看護	NHS		
	ホームヘルプ デイサービス 配食	地方公共団体 ＝対人社会サービス (福祉)		
	施設入所サービス	病院	NHS	
		ナーシングホーム レジデンシャルケアホーム	地方公共団体 ＝対人社会サービス (福祉)	対象:常時看護を要する人 対象:常時看護を要しない人

④在宅サービスの費用徴収は、地方公共団体が各々独自に基準を決定。

(2) 高齢者保健福祉に関する最近の情勢

①保健医療と福祉の連携が課題とされ、NHSの地方部局と地方公共団体が共同で予算を拠出して事業を行う取り組みが推進。今後、一層の一元化が目指されている。

②高齢者介護に限らず、社会福祉全般の水準を維持向上させる観点から職員の行動規範策定や施設の最低基準・ガイドラインの策定、職員不適格者の登録システムの導入等を柱とするケア基準法が制定。2001年に4月には高齢者入所施設の最低基準(施設設備や入所者一人あたり面積、スタッフの資格要件等)が定められ、2002年4月から施行されている。

参考文献:英国大使館Webページ「UKNOW」
在英日本大使館 資料



サラ・ハーパー博士

オックスフォード大学高齢者研究所所長

- ・ スには適用せず、ニーズへの対応に焦点を置く。
- ・ 最低限レベルのケアを保障し、システムを普遍的かつ包括的なものとする。
- ・ ほとんど全ての人が無理な形で負担を求められるので、高齢になったときのニーズのために貯蓄をするよう、人々に動機付けをすることができる。
- ・ 金額に最も見合った効果、つまり最善の費用対効果となる。
- ・ 資産調査をおこなった場合よりも、ケアの支払のために資産を投げ出さなければならない人が大幅に減少する。
- ・ 持続可能なシステムである。このシステムは資産調査を要件とするよりも費用がかかるが、代わりにより

- ・ 良い結果を達成することができ、付加価値が大きく増加する。またこのシステムでは課金を行い、この課金はベンチマークレベルを超えるサービス利用を抑制し、なおかつ重要な収入源にもなる。
- ・ どのようなケアを期待できるか、どの程度給付金を受け取ることができるのか、いくら自分で支払わなければならないのか、という点が明確になる。

- ・ しかしパートナーシップには弱点もあります。
- ・ 資産調査を要件とする場合と比較すると、富裕層と貧困層の支払額の差が少なくなる。
- ・ ソーシャルケアの資金供給策は、給付金制度にあわせて行う必要がある。パートナーシップモデルも

- ・ 様々な複雑性を伴うことから例外ではない。
- ・ パートナーシップモデルは全体的に無料対人ケアほど費用がかからないが、少なくとも直接的ケアという点においては、資産調査を要件とするよりも費用が多く必要となる。公的資金の政治的および経済的な効果(例えば増税による経済への影響など)を考慮する必要がある。

しかし最終的に資金供給システムは、関連する重要な点、例えば公的費用を含むこと、ケア利用における最大限の平等化、高所得層と低所得層における結果の均衡などといった点に関して、成果を重視して選択するということとなります。

医療サービスの枠組み

(1) 概要

- ① 1948年アトリー内閣の時代に国民保健医療サービス(NHS: National Health Service)制度創設。全国民に対し、疾病予防やリハビリテーションも含めた包括的な医療サービスを提供。NHSでの患者負担は、医薬品及び歯科を除き原則として無料。

※ 負担する費用…医薬品は、1処方あたり6.1ポンド(約1,200円)の定額。歯科治療は費用の80%を自己負担。高齢者、低所得者、妊婦等は免除制度あり。

- ② 国民は、あらかじめ自分で選択し登録した一般家庭医(GP: General Practitioner[*1])の診察をまずは受ける(日本のように自分で医療機関を選択して自由に診療は受けられない)。病気の程度や必要に応じ、GPの紹介により病院専門医の受診を受け、入院、手術。但し、救急医療の場合は、直接に病院へ搬送される。

- ③ NHSの財源は、一般税財源から約9割、国民保険制度(公的年金)からの拠出金が約1割。

- ④ 国民医療費は対GDP比6.7%[*2]と先進国では中位。参考までに、日本7.6%、米13.6%、EU平均8%(98年実績)。

- ⑤ 国民1,000人あたりの病院ベッド数は4.2(日本16.5、仏8.5、独9.3)。過去40年で半数に減少。同じく医師数は1.7(日本1.9、仏3.0、独3.5)など医療設備及

びマンパワーは、先進国でも低い水準。このことが、100万人にのぼる入院・手術待機者の問題の背景と指摘されている。

- ⑥ 民間保険や自費によるプライベート医療も行われており、国民医療費全体の1割強を占める。

*1 一般家庭医(General Practitioner: GP)は、日本でいえばかかりつけ医、あるいは主治医にあたる。日本では、そうした役割を町の小児科医や内科医などが本来の職務と兼ねる形で担っているが、英国では、GPはGPとして最初から養成。GPはNHSが管轄するあらゆる治療への窓口。英国でNHSによる医療を受ける場合は、登録が必要。リストに上がっているGPの中から選んで自分で登録する。外国人も登録可能。私立学校の場合は学校単位で学校指定のGPに登録することもあり。ただし、緊急の場合は登録なしでもNHSの治療は受診可能。

*2 うち、NHS分5.6%、民間(プライベート)医療分1.1%

(2) NHS関連の最近の動き

保守党政権時(サッチャー[79~90年]、メージャー[90~97年])は、国立病院の独立採算化(公営企業化)やGP間の競争促進(定額の予算管理)など競争原理の導入を中心としたNHS改革を実施。

それに対し、労働党政権(ブレア[97年~])は、入院や手術の待機期間、薬の処方等で患者間の不公平が拡大し、さらには事務部門の肥大化と医療スタッフの減少を招いたと批判。

労働党政権では、地域(人口15万人程度)ごとにGP等が共同で運営・予算管理を行うシステム(プライ

マリケアトラスト*)制度への移行や、地域格差是正と新たな技術の費用対効果を検証する診療ガイドライン策定機関(NICE: 国立優良医療研究所)を創設し、医療と福祉の連携向上等を内容とする改革を99年以降、実施。

* トラストとは、政府から一定の独立性を有する公営事業体的な法人

また、恒常化している入院・手術の待機患者数(ウェイティング・リスト)問題を改善するため、病院スタッフやベッドの大幅増、民間(プライベート)病院への治療委託の活用等を柱とする向こう10年間のNHS改革案(NHSプラン2000)を策定し、推進中。

NHSプラン2000の大きな柱は、

- 1) 地域に密着した医療提供体制(地域への大幅な権限委譲及び住民・医療提供者の自己決定)
- 2) 施設設備、人員の拡充
- 3) 医療の質の向上
- 4) サービスの地域間格差の是正
- 5) 患者の選択機会の拡大

NHSプラン2000等の改革実施を確実にするために、2002年7月、公共サービス合意(Public Service Agreement: PSA)が締結。その主な内容は、

- 1) 病院診療の最大待機期間を2005年末までに外来3ヵ月、入院6ヵ月とし、2008年には入院も3ヵ月とする。
- 2) 救急患者の最大待機時間を、2004年末までに4時間とする。
- 3) 2004年末までに、一般家庭医(GP)へのアクセス待機時間を最大48時間以内とする。
- 4) 専門外来や入院を2005年までにすべて予約制とする。