

ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革

－高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択－

長澤 紀美子

■ 要約

ブレア労働党は、政権成立当初、保守党政権下の1990年NHSコミュニティケア法による改革（疑似市場の導入）を継承し、大きな制度改編を行っていない。その後保健医療と福祉のサービスの連続性の改善のために、2000年のNHSプランを契機としてインターミディエイト・ケアや退院遅延法を施行し、より実効性のある連携推進策を導入するとともに、2008年には共同のアウトカム指標の設定と業績管理を義務化した。また「選択と制御」のイニシアティブのもと、消費者主導型現金給付であるダイレクトペイメント制度を2000年から高齢者にも適用を始め、今後個別予算制度の導入が検討されているが、高齢者に対する消費者主権主義の適用には課題も多く、高齢者およびケアの特性に配慮した選択のための支援が必要である。コミュニティケア改革の目標を達成するためには医療と社会的ケアの間の費用負担と役割分担の明確化および疑似市場を機能させるためのインセンティブを考慮したさらなる制度設計が必要であると考えられる。

■ キーワード

コミュニティケア改革、疑似市場、NPM（ニューパブリックマネジメント）、消費者選択、連携

I. はじめに：高齢者介護政策の 評価のための3つの観点

本稿では、ブレア労働党政権の10年間にわたる高齢者に対するコミュニティケア政策の連携・協働政策および消費者選択の動向と今後の展望について検討する。イギリス（以下、イギリス連合王国（UK）の1国であるイングランドを指す）における高齢者介護の政策動向については、「高齢化問題の所在」「医療との連続性」「コミュニティケア改革の目標達成度」という、3つの観点から考察することが必要である。

第1の「高齢化問題の所在」として、要介護高齢者に関する人口学的なコンテキストとその財政

への影響がある。2006年のイギリスの高齢化率は15.9%（808.6万人）であり、わが国に比べ高齢化の進行は比較的緩やかである（GAD 2009）。しかし、2005年から2041年の間に65歳以上人口は1.8倍に、85歳以上人口は3.2倍（100万人から320万人へ）増えると予測されている（Wittenberg et al. 2008）。これは1946年から1951年、そして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（「人口学的な時限爆弾」と呼ばれる）の高齢化により、後期高齢者が急増するためであり、それに伴う要介護高齢者の増加が懸念されている¹⁾。ベビーブーマー世代の公共サービスに対する期待水準が上昇していることが、この先20～30年の政策設計にとって最も差し迫った懸念の1

つであるといわれる (Wanless 2006)。さらに認知症の高齢者は今後30年で2倍になり、そのコストは3倍 (年間170億から500億ポンド) へ上昇すると推測されている (The King's Fund 2009)。

なお、高齢化に伴う介護の財源問題²⁾については議論が続いているが、1999年「長期ケアに関する王立委員会」勧告による個別ケアの無料化が見送られてから、抜本的な改革はなされていない³⁾。食事、入浴、排泄、着脱等のなんらかのADL障害をもつ65歳以上の高齢者は約250万人と推計されているが、うち半数の約120万人しか公費補助による (福祉用具や住宅改修も含めた) 社会的ケアを受けていない (Forder 2007)。さらに2008年のCSCI (Commission for Social Care Inspection) の調査によれば、3分の2の自治体が4段階の介護度の中で重度の2段階 (Critical, Substantial) に認定されない限り、公費補助の対象としないと回答しており、近年自治体の予算制約から公費による社会的ケアの受給者は制限されつつある (The King's Fund 2009)。こうした問題に対し、2009年、政府は緑書「ケアの将来を一緒に作る」の中で、社会的ケアの新たな財源について、すべての介護を要する人が公平にケアを受けられる拠出制のNational Care Serviceの創設と付添手当の統合⁴⁾、全国共通の受給基準とアセスメントシステムの導入⁵⁾を提案している (DH 2009a)。

第2の「医療との連続性」として、介護問題が医療との連続性の上で政策決定されているということである。わが国の介護保険制度のような高齢者介護に関する一元的・包括的な制度がないイギリスでは、訪問看護等の保健医療部分についてはNHS (National Health Service) の管轄であり、その他のサービスは地方自治体の実施主体である社会的ケアで提供されており、供給システムが二分されている。保健省の管轄である高齢者介護はNHSと社会的ケアとの連続性の中に存在し、両システム間で財政負担のシフトが政策的に決定され、多

くの場合、改革はほぼ同時期に一体的に実施される。そのため、NHSと社会的ケアの政策動向の把握には、両者の連続性という観点が不可欠である。

第3の「コミュニティケア改革の目標達成度」として、1990年NHSコミュニティケア法の本質は、医療と社会的ケアにおける疑似市場の導入にあることは明らかである (長澤2002、長澤2005b)。NHS、自治体の社会サービス部でそれぞれ購入と供給の機能を分離し、公的なサービス供給の枠組みの中で市場メカニズムが適用された。そして、NHS病院のトラスト化、GPの予算保持制度が成立し、社会的ケアでは、自治体がコミュニティケアの実施責任を負い、利用者へのニーズアセスメントとケアマネジメント、地域に対するコミュニティケア計画の策定等が義務づけられたのである。これらは、ニーズへの応答性、選択の幅の拡大、市場メカニズムの適用による質と効率性の向上等を目的としたものであるが、どの程度改善されたのかという観点からの評価が必要であろう。また、政府の政策的意図が、NHSの財政再建および施設入所の際に利用された国庫負担の削減にあったことは、大前提であったのであれば、財政再建がどの程度成果を上げたのかという評価も可能であろう。

なお、「イギリスの保健福祉制度の根幹に関わる抜本的な制度改革であるコミュニティケア改革の全般的な評価は容易でなく、視点によっても評価が分かれる」(平岡2003)という正当な指摘がすでになされているが、以下では、主に医療と社会的ケアの間の連携 (partnership)・協働 (joined-up working) の推進と、消費者選択の動向、および疑似市場化の問題を中心に整理したうえで考察を加えたい。

II. 医療と社会的ケア間の 連携・協働政策の展開と課題

1. コミュニティケア改革と労働党政権発足 後の連携・協働政策

1980年代のコミュニティケア政策の包括的な見直しを行ったグリフィス卿は「コミュニティケアは見劣りのする子である。皆の遠い親戚であるが、誰の子どもでもない」と、地域における医療・福祉行政や供給機関の間の責任の不明確さと、国および地方における行政の縦割りによる分断を指摘した(Griffiths 1988)。当時のコミュニティケアにおける主な問題はいわゆる「逆インセンティブ」問題であった。これは、自治体は在宅福祉等のコミュニティケアを整備する予算節減のため、地域保健当局は療養病床を削減した患者の退院先として、介護施設入所のインセンティブが高まってしまったという問題である。当時、民間営利・非営利によるレジデンシャルホームの入所費用は、国庫扶助(Supplementary Benefit; 現在のIncome Support)により賄われていたが、入所判定のためのアセスメントは十分ではなく、入所高齢者が増大したのである。これらの資源の非効率な活用と高齢者の不適切な入所を指摘したグリフィス報告を受けて、1990年NHSコミュニティケア法による改革が導入され(1993年4月施行)、自治体はコミュニティケアの実施主体として特別移行補助金(Special Transitional Grant)が支給されるとともに、施設入所措置の権限を含む利用者のニーズアセスメントとケアマネジメント、地域のニーズアセスメントとコミュニティケア計画の策定が義務づけられ、福祉の混合市場のもとで施設から在宅への移行が推進された。

地域の保健当局と自治体福祉サービス部の協働をすすめるために、既に1970年代に共同計画(joint planning)、その後共同予算(joint finance)制度が設けられていたが、組織の縦割りと財源の移転の

難しさから普及しなかった(Means et al. 2008)。コミュニティケア改革においても、その白書(Caring for People)(DH 1989a)の中で、協働のための既存の制度が機能しておらず改善の必要性が述べられたものの、そのための具体的な方策は示されなかった。さらにNHS白書(Working for Patients)(DH 1989b)との間に関連がなく、介護に関して医療と社会的ケアの問題が一緒に扱われなかったことがその後の協働が促進されなかった要因の1つであった(Wanless 2006)。

2. ブレア政権下の連携・協働政策の展開

(1) 任意の柔軟な機関連携

労働党政権は1998年の最初の社会的ケア白書「社会サービスの近代化」において、NHSと自治体福祉サービス部間の「ベルリンの壁」を取り払い、利用者中心の「統合的なケア」を提供することを提唱したが、構造的な組織再編ではなく、柔軟な機関連携の促進によって対応した(DH 1998)。1999年改正医療法第31項の「予算の弾力的運用措置」(funding flexibilities)(2000年施行)は、1998年に施行された医療・福祉サービスの共通予算運営(joint unit)を発展し、①pooled budget(特定の対象に係わる予算の一本化)、②lead commissioning(互いの購入権限の移譲)、③integrated provision(ケアトラストのようなサービスの供給機関の統合)⁶⁾の3つの手法により、NHSと自治体社会サービス部間の連携を図ろうとしたものである。しかし、この措置は任意であり、協働促進の全国的な契機とはならなかった。

さらに協働を促進するために、まず、「重度のニーズを抱えた人に支援を重点化する」方針を修正することが検討された。これは、コミュニティケア改革において在宅ケアを少数の重度の利用者に集中させることにより、軽度の人への支援が縮小されたため、自立を維持するための予防やタイムリーなりハビリテーションを重視することが強

調された⁷⁾。次に、地方自治監査委員会の報告により、多くの高齢者が「ケアの悪循環」に陥っていることが明らかとなった（Audit Commission 1997）。「ケアの悪循環」とは、急性期および一般病床の削減および在院日数の短期化により、リハビリテーションが充分に行われない早期退院患者が増え、それがより高額で重点的な長期ケア（施設ケア）の需要を増やし、その分、予防に係わる地域の保健医療福祉サービスの予算不足と高齢者の再入院を招くというものである⁸⁾。この「悪循環」を解決する手段として、リハビリテーションおよびインターメディエイト・ケア（病院から在宅までのスムーズな移行を可能にし、慢性期またターミナル期にある患者を病院治療に依存することなく治療し、長期の入院・入所を予防するケア）⁹⁾をNHSと福祉サービス部との協働によって創り出すことが必要とされた。これらの協働推進策の背景には高齢者のQOLの改善だけでなく、医療費、特に急性期病院の高齢者入院費のコストを抑制する政治的意図があった（Means et al.2008）。

(2) インターメディエイト・ケアの制度化

NHSの今後10年間の包括的な戦略を示した「NHSプラン」（DH 2000b）では、インターメディエイト・ケアの普及のために初めて経年的かつ大規模な予算化がなされた。2003年度迄に9億ポンドの追加予算の支出、5,000床（コミュニティ病院、急性期病院、介護施設等）と1,700の非入所型ケア拠点の整備目標が掲げられ、翌年公表された「高齢者全国サービス枠組み」（National Service Framework for Older People, NSF）の8基準の一つにインターメディエイト・ケアが盛り込まれた（DH 2001a）。さらに、整備に係る目標値は、「公的サービス合意」（Public Service Agreement, PSA）の中で示され、保健省は目標を達成することに説明責任を負うこととなった。また民間非営利・営利部門の供給者（特に民間営利のナーシングホー

ム）から、NHSと社会サービスがインターメディエイト・ケアを購入することを奨励し、それによって供給の拡大を推進した（DH 2001c）。

また各地域の要請に従って自発的に展開されてきたインターメディエイト・ケアの標準化を図り¹⁰⁾、支払い対象を限定するねらいから、2001年の「通知」により、インターメディエイト・ケアの要件と5つのサービスモデルが示された（2001b）。インターメディエイト・ケアは「在宅に近いケア」が原則であり、そのサービスモデルには「（急性期入院予防のための）迅速な対応チーム」「在宅での入院（集中治療）」「看護師主導病棟（亜急性期）等での入院・入所施設でのリハビリテーション」「退院後の在宅支援」「デイ・リハビリテーション」がある。また保健省の認める要件として、次の条件が規定された（2001b）。①当該サービスなしには、不要な入院期間の延長、不適切な急性期入院・介護施設入所、または入院時の継続的なケアを受けることを余儀なくされる場合。②シングル・アセスメント・プロセス¹¹⁾の枠組みで多職種による包括的なアセスメントに基づいてケアが提供され、個別のケアプランが策定される場合。③最大限の自立を図り、患者が再び在宅で生活できるようになるように計画される場合。④期間は通常6週間以内に限定する。以上の条件を満たせば、医療と同様に患者自己負担は無料となった。同時に各地域には、保健当局、プライマリケアトラスト、自治体が協力し、インターメディエイト・ケア・コーディネーターを任命し、1999年医療法の措置を活用して協働体制を整備し、追加予算によりサービスを整備することが求められた。

こうして、「NHSプラン」以降、インターメディエイト・ケアは傍流的な施策でなく、主流の施策として位置づけられたが、「通知」で示されたインターメディエイト・ケアの要件が狭く限定されているのに対し、実態はより多様化されたサービス

が提供されていた¹²⁾。

(3) 退院遅延法の制定と成果

財務省の依頼により人口学的要因や医療技術の発達、医療のトレンドから今後20年間にNHSに必要な予算や資源を推計した「ワンレス報告」において、全国の多くの地域で協働が機能しておらず、高齢者が継ぎ目のない包括的なサービスを受けられないことが報告され、スウェーデンのエーデル改革に倣った新しい経済的インセンティブの導入が提言された(Wanless 2002)。入院治療が終了した患者に対し、自治体が地域で退院の受け皿が調整できなかったために退院が遅れた場合、自治体はNHS急性期トラストに患者1人1日あたり、£100(ロンドンのみ£120)退院が延長された日数分支払う¹³⁾。この法案は、The Community Care (Delayed Discharges etc.) Act(以下、退院遅延法)として2003年4月に制定され、自治体からのNHSへの支払いについては、2004年1月5日から導入された。

2006年のNHSと社会的ケアの統合的な白書「私達の健康、私達のケア、私達の発言」(以下、2006年白書)によれば、インターミディエイト・ケアの整備と退院遅延法施行により、2001年から2005年の間に急性期病院の退院の遅延が64%減少し、毎年150万床を生み出し、36万人にインターミディエイト・ケアが提供されているという(DH 2006a)¹⁴⁾。しかし、Godfrey et al. (2005)、Barton et al. (2006)らの研究によれば、インターミディエイト・ケアの整備と発展は困難で、全国的にもばらつきが大きいことが指摘されている。

3. 「協働」から「統合」¹⁵⁾へ

(1) 共同アウトカム指標の策定と業績評価の義務化

2006年白書においては、2005年緑書「自立、ウェルビーイング、選択」で示した7目標(健康と情緒的ウェルビーイングの改善、QOLの改善、積

極的な貢献、選択とコントロール、差別の解消、経済的ウェルビーイング、個人の尊厳)の達成のために、地域において医療(プライマリケアトラスト)と社会的ケア(自治体社会サービス部)の間で共同アウトカムを指標化し、目標値を定める新たな業績評価の枠組みが提唱された(DH 2006a)。2007年のLocal Government and Public Involvement Act 2007により、自治体とプライマリケアトラストは、地域住民に対する共同戦略ニーズアセスメントを行い、その後地域の関係機関や住民との協議を経て、3カ年ごとの地域の優先施策の体系である共同アウトカム指標およびその年度ごとの目標値を決定することとなった(この体系をLocal Area Agreement, LAAという)(DH et al. 2007)。LAAの指標のうち、35項目までは国の優先順位に基づく198の全国指標(National Indicator Set)の中から選んでもよいが、残りは地域独自の指標を策定しなければならない。なお、LAAは、地域住民による関与とアカウンタビリティ、監査を向上させ、財源の共同保有により、地域の裁量により柔軟な資源配分を可能にすることを目的としている。

既に2008年にすべての自治体で3カ年の優先施策となる指標が決定されたが、全国の指標数5,813のうち、47%が健康とウェルビーイングの改善に関するもので、医療や社会的ケアに関する地域の関心が高いことがわかる。さらに2009年12月には全国指標と地域のLAAの特定の指標を含めた、全自治体の指標の業績評価結果がインターネットに掲載される予定であるが、これは以前の自治体の福祉サービス行政評価(star rating)¹⁶⁾を含めた行政評価が改訂され、複数の公共サービスの評価の一覧が確認できるようになる¹⁷⁾。

以上は、2008年度からの3年間で5.2億ポンドの「社会的ケア改革助成金」を自治体に交付し、労働力の養成・訓練等も含めて、地域で必要なシステムの整備に充てる「成人社会的ケアの再編」のイ

ニシアティブの一環である。その基本的な方針は、2007年に今後10年間の社会的ケアのビジョン（地域での普遍的総合的なサービス、早期介入と予防、選択とコントロール、ソーシャル・キャピタル）を示した「人々を最初に」（HM Government 2007）に基づいている。

(2) 医療と福祉サービスの規制に係わる第三者機関の統合

一方、Health and Social Care Act 2008により、行政評価およびサービス提供機関の基準設定・監査・評価を担っていた第三者機関である、医療領域のHealthcare Commission、精神保健領域のMental Health Act Commission、社会的ケア領域のCommission for Social Care Inspectionの業務が、成人の医療と社会的ケアの規制の全てを扱う単一の第三者機関 Care Quality Commission, CQC に2009年4月から移行した。上記の自治体の新たな行政評価の枠組みと連動し、医療と社会的ケア共通の規制（登録、評価手法の開発や評価）の主体はCQCとなる。¹⁸⁾

(3) 予防の重視と地域の連携・協働型プロジェクトの展開

近年、他にも高齢者ケアに関する連携・協働型プロジェクトが実施されている。その1つに、転倒等のリスクのある複雑なニーズをもつ高齢者に対して、急性期およびインターミディエイト・ケアのケア・パスウェイを改編して、「在宅に近いケア」のよい実践例のガイダンスを作成する事業（A recipe for care）がある（DH 2007）。また、2001年よりの10カ年事業であるNSFは、後半5年間に関して、尊厳のあるケア、協働的なケア、ヘルシー・エイジングの3つの基本方針に基づく10事業（終末期の尊厳、脳梗塞、転倒、精神保健等）に再編された（DH 2006b）。さらに、予防に関しては、2005年度よりPartnership for Older People Projects,

POPPが6千万ポンドの特定補助金により29モデル地域で開始された。POPPは、自治体社会サービス部が地域のプライマリケアトラスト、非営利セクター等の協力を得て予防や早期介入の取り組みにより、入院や介護施設への入所を防ぐ目的で行われる（DH 2009b）。

以上のように、2005年の緑書以降、「協働」のレトリック「統合」に置き換え、保健医療と社会的ケアに共通した地域主導のアウトカム指標の策定と業績管理により、連携・協働の内容についても地域に委任しつつある。また退院遅延法とインターミディエイト・ケアによる主として退院後の受け皿の整備だけでなく、リスクの高い高齢者に対する予防の展開を進めているが、その整備状況の地域格差は大きい。

(4) 連携・協働の阻害要因

医療と社会的ケアとの実際の連携場面では、医療専門職の方が福祉職よりも影響力が大きく、主導権を握っており、コミュニティケア白書で謳われたような社会サービス部主導にはなっていないことが明らかになっている¹⁹⁾（Jacobs et al. 2009, Means et al. 2008, Glendinning 2008）。また度重なるNHSの組織改編により協働が困難になっていること、機関間の信頼の構築には長い時間が掛かること、高齢者ケアの主流よりむしろ高齢者の精神保健分野で協働が進んでいる等の結果が報告されている（Jacobs et al. 2009）。統合的なサービスは高齢者にとって望ましいと推察されるが、その効果に関する実証的な研究は少ない（*ibid.*）。尚、協働に対する障害については、専門職間の信頼の欠如（互いの専門職に対するステレオタイプ的な見方）、専門職間の文化の違いやアイデンティティへの脅威、互いの役割と責任に関する合意がないこと、情報の共有化に問題があること等が指摘されている（Means et al. 1997, Johnson et al. 2003）。

III. 消費者主導型現金給付の 高齢者への適用とその課題

1. コミュニティケア改革以降の「選択」の 問題

1993年コミュニティケア改革により社会的ケアにおける疑似市場が導入されたが、消費者主権主義による選択は疑似市場を機能させるための条件であった。消費者（公共サービスの利用者）が競争的な市場の中で質の良い供給者を選ぶことで、サービスの質の向上を促し、「お金が人（選択）に付いて回る」ことで、財源のよりよい配分を可能にするとされた（Le Grand 2007）。

しかし、コミュニティケア改革以降、実際の実践は利用者の代理人であるケアマネジャー（多くは自治体のソーシャルワーカー）によって行われた（Knapp 2007）。多くの場合、代理人による選択は、自治体の方針、選択できる資源や選択に必要な情報の不足によって制限を受け、利用者の意思を反映した選択を行うことが困難であったと同時に、利用者が意見を求められる機会も少なかったことが報告されている（*ibid.*）。

例えば、自治体の購入方針が影響する例として、自治体が予算制約によって単一の事業者とのブロック契約を結ぶため、あるいは直営サービスを優先的に提供するという自治体の方針等により選択肢が限定される例がみられた。また資源については、コミュニティケア改革以降、施設の合併統合が進み、施設ケア市場が（複数の施設をもつ）少数の事業者に限定され選択の幅が狭まったり、在宅ケアの未発達から施設ケアを選ばざるをえない場合もあった。Wareらの調査（2003）によれば、高齢者が施設に入所する際、公費補助のあるサービスを受けるのであれば施設の選択肢しがなく、入所はコストとベッドの空きがあるかどうか、予算が下りる速さによって決定される場合があったという。一方、在宅サービスを利用する55人の高

齢者および介護者とケアマネジャーに対する調査では、事業者・サービス・タイミングについて選択を打診された利用者は稀であった（*ibid.*）。さらに情報の面では、ロンドン市の多くの高齢者はケア施設や病院を選択するための情報に不足しており、特に自費負担の利用者は的確な情報をえるのが難しかったことが報告されている（The King's Fund 2005）。

2. 消費者主導型現金給付の導入の意義

ブレア労働党は、政権第2期に公共サービスの「消費者としての市民」の方針を鮮明に打ち出し、消費者の購買力の行使により公共サービスの改善を図ることを目的に福祉や医療の領域で消費者主権主義に基づく政策を積極的に推進した²⁰⁾。社会的ケアの領域では、「選択と制御」のイニシアティブのもとに²¹⁾消費者主導型現金給付の拡大を図った。

既に1990年代、オランダやアメリカの一部の州で、介護サービスに係わる個別予算もしくは消費者主導型現金給付（介護者雇用）の制度は発展してきた（OECD 2005）。制度導入の際に議論される主な利点として次の点が挙げられる（森川 2001, Lundsgaard 2005, Poole 2006, Glendinning 2008）。

まず、利用者にとっては、ケアの提供者（事業者や介助者）を選択し、ケアの内容を決定し、ケアを管理する権限を与えられることで、自己決定ひいては自立が目指され、エンパワメントや市民権の視点からも有効である。また法定のサービスに比べて選択肢が拡大し、親族や友人、属する文化・民族・宗教的な団体も含めたインフォーマルな資源から、個別のニーズに応じて介護者やケアの内容を選択できる。さらに、ケアを提供する専門職やニーズ判定と資源配分の決定をおこなう行政職と、利用者との間の権力関係の不均衡を是正し、利用者が主導する新たな役割関係を構築することができる。これは専門職にとっては、パター

ナリズムの解消と仲介者としての新たな役割への変化が求められることになる。一方、政府等の支払者にとっては、費用のかかる施設や在宅サービスの利用に比べ、インフォーマルな介護の活用の方が費用が安く、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。

ダイレクト・ペイメント制度については、既にわが国で詳細な報告がなされている（小川2005, 田中2005, 岡田2006, 勝又2008）。以下はこれらの制度の高齢者への適用の状況と課題に限定してみていく。

3. ダイレクト・ペイメント制度の普及にあたっての課題

ダイレクト・ペイメントは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 1996）によって制度化され、1997年4月施行当初は18歳以上64歳以下の障害者が対象であったが、その後適用対象を拡げ、2000年には65歳以上の高齢者にも適用が開始された。ダイレクト・ペイメントは現金給付であり（一部現物給付と併給することもできる）、介助者の直接雇用および外部からのサービス（例えば、家事、庭仕事、家屋の改修や、医療と福祉の境界にあるケア等、公的な社会的ケアより広範な支援）の購入に充てることができる。ただし、自治体直営の社会的ケア、NHSによる医療、住宅や施設入所に係る費用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、ニーズが満たされているかを確認する。

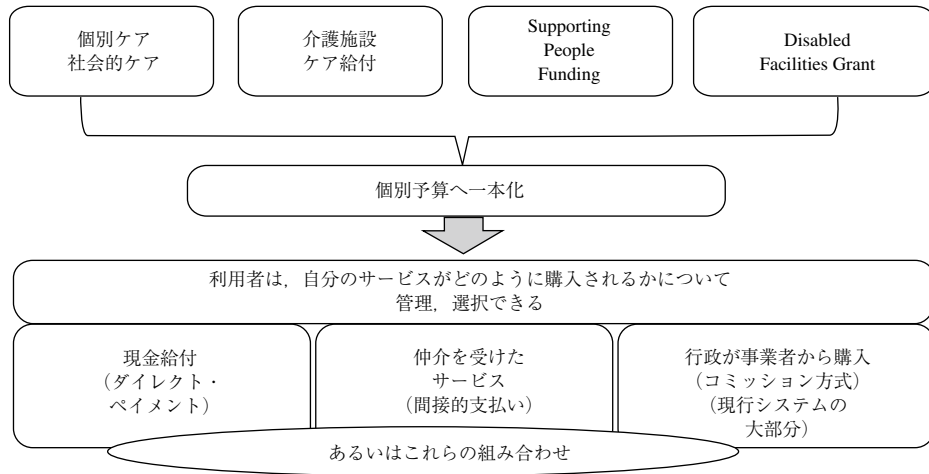
しかし政府の推進の方針にもかかわらず、普及の進展は遅い。特に地域により制度の利用率が大きく異なること、また対象者層によっても異なることが報告されている（Fernández et al. 2007）。2003年の自治体に対するダイレクト・ペイメントの選択の提示の義務化以降、成人受給者数は2003

年の15,000人から2005年度の37,000人へと増加したものの、全体でコミュニティケア受給者の2.5%に過ぎず、内65歳以上の高齢者は13,000人（65歳以上のコミュニティケア受給者の1.3%）である（Glendinning 2008）。

利用が拡大しない背景について、先行研究の知見はほぼ共通している（Clark 2004, Poole 2006, Fernández et al. 2007, Knapp 2007, Glendinning 2008）。まず、利用者側の問題として情報の不足や予算管理・介助者の雇用管理（募集・採用・雇用契約締結等）の手の届かぬ難さ、ケアマネジャー（ソーシャルワーカー）の利用に対する消極性や抵抗（制度の認知が不十分、保守的でリスクを回避する、利用者に不適切と考え利用しない、資源配分に関する権限を失うことを恐れる等）、供給側の問題として、介助者の不足、事業者の消極性（通常ブロック契約でサービスを提供する事業者にとって個別の利用者への対応は煩雑で費用が高くなる）、行政および当事者団体等支援団体のサポート体制（特に介助者雇用や雇用管理面に対する利用支援）の弱さ、利用のための条件の使いにくさ（同居の親族や自治体直営福祉サービスやNHSの医療サービスは適用されない）等が報告されている。

4. 個別予算（インディビジュアル・バジェット）制度の高齢者への適用

2003年からの知的障害者を対象とした予算管理のモデル事業（‘IN CONTROL’）の成功を受け、政府は個別予算制度の導入を公表し（DWP 2005, DH 2005）、2005年から13地域で2年間のパイロット事業を開始した。個別予算制度は、社会的ケアだけでなく、付添手当等の社会保障給付、自立生活や福祉用具、住宅、就労に係わる手当等の多様な給付を統合した「個人口座」から、消費者主導で多様なニーズに応じたサービスを購入できる柔軟な制度であることが強調されている（*ibid.*）。（図1）



出所：DWP 'Opportunity Age' 2005 p. 51 より作成

図1 Individual Budget (個別予算)

パイロット事業の包括的なレビューによれば、個別予算は介助や家事援助、レジャー、教育活動等に主に使われ、対象者はおおむね、従来の社会的ケアを受けるよりも日常生活や支援、支援方法について制御できているという意見が多かった (Glendinning et al. 2008)。しかし満足度は利用者層によって大きく異なり、高齢者は最も満足度が低く、利用していない対照群よりも心理的なウェルビーイングは低く、不安感が高く²²⁾、適用に次のような課題があることが明らかとなった (ibid.)。

一点目に、虚弱や介護を必要とする状況でサービスを利用する高齢者やその家族にとって、サービスの選択や自らの支援計画の作成、雇用管理は負担が多く、特に現行の支援に満足し支援内容を変える必要のない人にとって、新たな調整 (特に介助者の直接雇用) は負担となった。二点目に、給付の用途については、介護や家事援助ニーズへの対応が主であり、(若年障害者に係わる雇用支援等の) 多様な用途を工夫できる個別予算制度のメリットは活かされなかった。従来の社会的ケアと比べてアウトカムは変わりなく、費用対効果はむしろ従来のケアの方が高い結果となった。三点

目に、モデル事業ではNHS予算との統合が難しく、医療サービスは適用されなかったため、包括的な支援が難しく、今後の課題とされた。

以上の結果から、購入権限が利用者に委譲されることにより、雇用者・管理者としてエンパワメントが可能になるという言説については、あくまでも本人の心身の状態が安定し意思決定できる状況にあることが前提と考えられる。また高齢者は親密な関係のある介助者から継続した介護を望む場合が多く、ダイレクト・ペイメントの活用の際しても、インフォーマルな介助者の継続的な雇用を希望する場合に使われやすいという報告がみられる²³⁾。インフォーマル介助者との関係においては、利用者は「安心感」を優先して選択がおこなわれる (森川 2001) ことを理解し、介助者と安定的な関係を築くための支援を行うとともに、公的な監視が届きにくいいため、経済的搾取のリスクへの対応も必要である²⁴⁾。

Jonesら (2008) は、多くの高齢者は、日常生活では社会的ケアの給付が抑制されつつあるのに対し、政府の高齢者政策は、「アクティブ・エイジング」(DWP 2005) に示される 50 歳以降の継続雇用

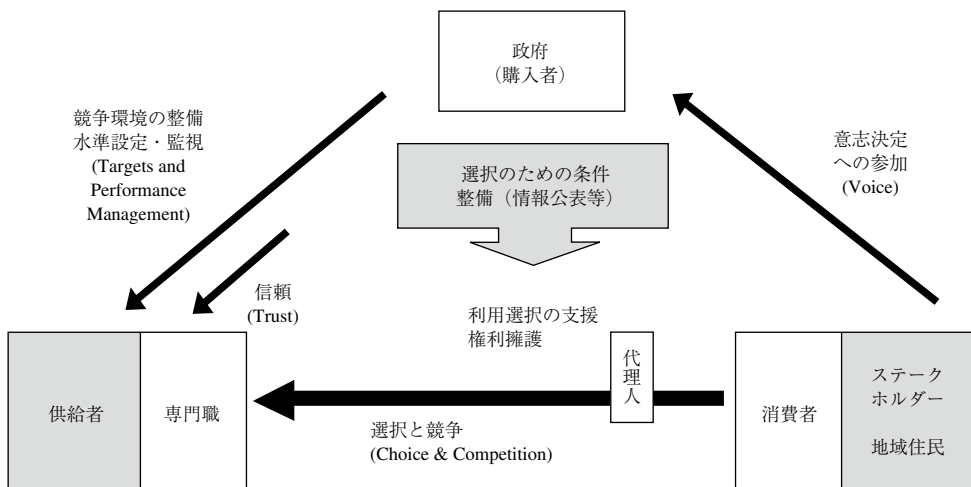
や社会参加を目指す積極的な高齢者像を示すギャップを指摘している。自律、選択、個別化等が重視される消費者主権主義の背景には、政府の責任から個人の責任への転換、普遍的な市民権の保障よりも労働市場への参加を強調する風潮があるとの指摘がある (Walker 2006)。政府のケア提供役割が縮小されていく中で、個別予算制度の成否は選択と雇用管理に係わる支援や個別のケアニーズを充足する十分な給付水準が保障されるかどうかにあるといえる。

5. 社会的ケアにおける疑似市場の導入と課題

イギリスの社会的ケア市場では、NHSの内部市場とは異なり、公費の補助を全く受けずに全額自費払いの利用者もいること、またダイレクト・ペイメントのような消費者主導型現金給付により一部の消費者は (代理人を通さずに) 直接的にサービスの購入を行っている点がより市場に近い。しかし、疑似市場が公的部門に市場メカニズムを取り入れ効率性を改善するためのNPM (New Public Management) 手法であることは理論的に整理されているが、疑似市場を機能させるための条件は十

分に働いていないと考えられる。それは、駒村 (2008) の整理を借りれば、競争的な市場の不徹底、適切なインセンティブの設計の不足、サービスの質を計るアウトカム指標の不足である。言い換えれば、イギリスの社会的ケアにおいて競争的な市場環境の整備と実効性のあるインセンティブの設計、「情報の非対称性」を補うサービスの質やアウトカムに関する情報の整備には未だ課題が残されている (長澤 2005)。

一方、市場メカニズムだけでは、サービスの質や利用者ニーズへの応答性は実現しないおそれがあり、疑似市場を機能させるためには、選択のための条件整備 (基準の設定、監査や評価および情報基盤の整備を含む) とともに利用者の意思決定への参加のしくみも必要である (大住 2003, 長澤 2009a) (図2)。Le Grand (2007) によれば、イギリスの公共サービス改革においては、専門職への「信頼」モデルに加えて1980年代以降「目標・業績管理」モデルが適用され、さらに1990年代以降ニーズへの応答性をより高めるために「発言」モデルによる利用者や住民の意思決定への参加のための政策が進められた (表1)。さらに公共サービ



出所： Le Grand 2007 pp. 16-62 を参考に 大住 2003 p. 159 図 8-3 を改変

図2 消費者選択モデルにおける参加

表1 公共サービスの提供モデル

モデル	特徴	長所	短所
信頼 (Trust)	政府は総枠予算を設定し、専門職を信頼して資源配分を任せる；ネットワーク協働型	専門職の自律性を尊重；モニタリング・コストの低減	専門職が騎士的（利他的）な行動をとらない場合；利他的動機の弊害；機関間連携は困難；ピアレビューは専門職集団の利己的動機に陥りやすい
目標・業績管理 (Targets and Performance Management)	指揮管理（Command-Control）モデル。医療や教育分野の目標達成において報賞として自律度の拡大、罰として外部統制の強化や名指しで公表	達成目標を明確化し、報賞と罰の動機付けにより、短期的には水準を向上できる	専門職のモチベーションとモラルの低下；長期的・継続的な改善に繋がらない、数字合わせ、統制できない要因による成否の判断は恣意的で不公平になる
発言 (Voice)	利用者が意見（満足・不満足等）をさまざまな形で事業者に対して直接的に表明する	利用者のニーズや欲求を考慮できる；サービスの改善に有益な情報をえられる；集合的な発言によりコミュニティの関心が反映される	要望はコストを考慮しない、苦情手続に時間と労力がかかる；中産階級の優位性（教育・裕福・コネ・明瞭な陳述、発言せずにより有利な場所や民間システムに移動可能）；改善へのインセンティブがない（独占事業者は苦情を無視できる）
選択と競争 (Choice and Competition)	事業者の競争のもとでの利用者選択；他のモデルに比べ事業者によりインセンティブを付与できる；質の高い、応答的、効率的、公平なサービスを提供できる	自律性原則を充たす；利用者のニーズと欲求への応答性を高める；質と効率性の向上へのインセンティブ；他のモデルより公平性をえられる傾向がある	競争条件の整備、利用者の選択支援等、事業者間の競争と選択が機能するような多くの条件整備が必要

出所：Le Grand 2007 pp. 16-62 より、坪 2008 pp. 86 表1 を参考に作成

ス改革において本質的に重要であるのが、事業者への適切なインセンティブを付与することで結果として質の高い効率的で応答的なサービスを提供する「選択と競争」モデル（公共部門においては疑似市場の形式をとる）である。4つのモデルはそれぞれ長短があり、複合的に組み合わせることが必要である（*ibid.*）。

一方、Taylor-Gooby（2009）は、近年の福祉国家の問題を解決する処方箋として先進諸国に導入されたNPM型改革が、とりわけイギリスで先鋭的に採用されたとし、表2に示した価値の転換があり、約10年に渡る改革の結果、大半のサービスに対する効率性の改善は認められるものの、グロー

バリゼーションが生み出した社会的排除と公的機関への信頼の低下等の問題を生み出したと指摘した。周辺化されやすい人々や集団は、従来の福祉国家においても社会保障の受益の対象になりにくく、さらに市場においても消費者となりにくいため、「選択と競争」モデルのみでは包摂が難しい。今後の課題として、これらの人々に対してどのように「発言」（参加）の場を作り、市民権に組み込むかを工夫する必要がある。また業績管理システムによるアカウントビリティが強化されることで信頼関係が損なわれたという批判については、「信頼」モデルにより、供給機関のネットワーク化と専門職のモチベーションを高める裁量の付

表2 福祉国家の価値の移行

価値	伝統的福祉国家		改革された福祉国家 (NPMのアプローチによる)	
	根拠	達成のための方法	根拠	達成のための方法
包摂 (Inclusion)	集合的に支援する	再分配政策	個人の成功	平等な機会と平等な責任
互恵性 (Reciprocity)	多数層の関心に基づく	水平的再分配	大半の (mass) サービスには税で支払う	代替選択肢との競争によるサービスの効率的な供給
信頼 (Trust)	供給者から利用者へのコミットメント	ニーズを充たす資源の配分	供給者がニーズを充たすためにエビデンスに基づく合理的な判断	情報の提供、競争環境の整備、業績管理による規制

出所：Taylor-Gooby 2009 pp. 118, Table 7.2より作成

与を組み込むことで対処できると考えられる。

IV. まとめ

1. 連携・協働政策の展開と課題

連携・協働については、コミュニティケア改革以降の保守党政権下、およびブレア労働党政権成立当初はゆるやかな機関連携を促す方針をとったが、全国的な連携の促進は進まなかった。そこで、NHS プラン以降、急性期の高齢患者の早期退院による弊害と退院後の受け皿の不足、また予算制約のために重度者に給付対象を制限しつつあった自治体の社会的ケアから対象外となる軽度者への対応の必要性から、インターメディアイト・ケアの制度化と全国への普及、退院遅延法の制定による自治体に対する罰金の導入を行った。退院後の受け皿の整備と早期の資源調整への経済的インセンティブを自治体に付与したのである。

しかし、このような強制的な手法によってもインターメディアイト・ケアの供給は全国的にはらつきが大きく、現場では連携・協働が十分に進まないことから、2005年以降は、「連携」を「統合」というレトリックに換え、地域におけるプライマリケアトラストと自治体の社会的ケアの統合的なチームによる共通アウトカムの業績評価のしくみを創設した。

こうした連携・協働推進の背景には、入院前の予防と退院後の資源整備により、病院（特に急性期）における資源消費を最小限にして医療費を抑制しようとする狙いが伺える。

またこれらの改革は、医療と社会的ケアの連携・協働を促すインセンティブの試行の連続であり、この問題の克服がどれだけ困難であるかを示している。しかし、根本的に受診時無料のNHSと（資産調査とニーズ判定により要件を満たさない限り）原則自己負担の自治体社会サービスとの間で、利用者負担の不公平、財源の分離が解決されない以上、医療と社会的ケアのグレーゾーンにいる患者をどちらのシステムで見るべきかという問題は解決されない。また戦後NHS創設後以来の専門職間の文化の違いと医療職の福祉職に対する優勢も問題の背景にある。

急性期と慢性期、医療と福祉サービス、病院・施設でのケアと在宅ケアとの間の効率的な資源配分と連続性のある提供システムの構築は、各国に共通する課題である。イギリスでは、保健医療と福祉の間の協働を促し、不要な入院を最大限回避することが重視されていることは明らかである。

2. 疑似市場における選択と消費者主導型現金給付の適用

コミュニティケア改革以降、自治体のケアマネ

ジャーが利用者の代理人となったが、市場における資源の不足（自治体の予算制約や事業者数の減少から事業者の選択肢が少ない）、情報の不足（サービスに関する情報が利用者に与えられない）から、利用者の主体的な選択ではなく、資源の利用可能性によってサービスが決定される場合が多いことが指摘されている（Knapp 2007）。社会的ケアでは「選択と制御」のイニシアティブのもと、利用者の自己決定の促進とエンパワメント、専門職のパターナリズムによる決定から利用者に資源配分の権限を委譲するという積極的な意義が強調され、消費者主導型現金給付の普及が図られた。実際には、ダイレクト・ペイメントの普及の進展は遅く、その阻害要因は、雇用管理や手続きの困難さや支援体制の不足、ケアマネジャーの権限委譲への抵抗等であった。一方、社会的ケアに限らず手当、住宅や教育等広範な公共サービス・給付を統合する個別予算制度の導入が準備されているが、モデル事業では高齢者に対する適用に多くの課題があることが明らかとなった。安定的にケアを受けられるための雇用管理に係わる支援、経済的搾取のリスクへの対処とともに、必要なケア量にみあった給付水準が保障されることが重要である。

3. 社会的ケアにおける疑似市場の課題

グリフィス報告によって提唱されコミュニティケア改革が目指した「自立促進」「個別ニーズへの応答性」「医療と福祉の分断の克服と在宅生活の継続」等の目標は20年を経た今尚達成されていないという見方がある（Means et al. 2008）。その要因の一つには、医療と社会的ケアの間の費用負担と役割分担の問題が未だに解決されていないこと、また社会的ケアにおける疑似市場が十分に機能していないことがあると考えられる。疑似市場改革を成功させるためには競争的な市場環境や事業者に対する適切なインセンティブの設計、サービスに関するアウトカム指標の整備により「選択と競

争」モデルが十分に機能する、また排除されやすい人の「発言」（参加）と専門職のモチベーションを高める「信頼」モデルで補完するさらなる制度設計が必要であろう。

注

- 1) 2005年から2025年までの20年間には5人に1人が高齢者となり、65歳以上人口は845万人から1,196万人と1.4倍に増え、障害のない高齢者よりも障害のある高齢者の増加率の方が高い（障害のない人が1.44倍であるのに比べ、ADL等に軽度のニーズがある人は1.53倍、重度の介護ニーズがある人は1.55倍に増加）と推計されている（Wanless 2006）。
- 2) 高齢者介護の財源は自治体の社会サービス部の施設・在宅サービス（資産調査による利用者負担がある。総支出は約£71.1億（2007年度））、NHSの継続的ケア（退院後施設や在宅で医師の監督や専門医の治療が必要と認められる場合の無料のケア。総支出約£30億（2003年度）、労働年金省から支給される付添手当（Attendance Allowance）の3つに分かれている（Glendinning 2007）。これらをすべて併せた公的支出は、総介護費用の65%に過ぎず、残り35%（2006年度額の推計で£59億。内17%は自己負担、18%は民間からのサービス購入）は高齢者および家族の自己負担である（Forder 2007）。
- 3) 施設ケアにおける看護（nursing care）の無料化、ケアの質の基準を設定・監視する第三者機関の設置、持ち家の売却を避けるために、施設入所後3カ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の提言は採用された。政府の反対の背景には、費用負担の大幅な増加（年間£11億が2050年までに約£64億に上昇見込み）があった（The King's Fund 2009）。
- 4) 介護者団体からは、付添手当は障害をもつための生活費の追加的費用に使われ、ケアのために使われるわけではないため、廃止により高齢者の生活をより窮地に陥らせるとの批判がある（Ivory 2009）。
- 5) 社会的ケア大臣Phil Hopeによれば、3つ以上の日常生活行動ADLに支援が必要な際にケアが提供される可能性がある。現在の要件と単純な比較はできないが、新たな受給基準の導入により公費補助の対象が現在の重度の2段階だけでなく、「中間的」ニーズ層にも引き下げられる可能性がある（Ivory 2009）。
- 6) 「特定サービスの供給の統合」には、後に、2001年医療・社会的ケア法（Health and Social Care Act 2001）によって創設されたケアトラスト（Care Trust）もその一形態に含まれる。しかし、ケアトラストは、全

- 国で8組織にとどまり、協働するサービスの内容は精神保健・高齢者ケア・知的障害等である。
- 7) 1997年の通知(DH 1997a)では「タイムリーな回復期ケアとリハビリテーションを通して最大限自立を保持できるよう、高齢者向けの医療と社会的ケアの発展を促す」として、共同予算計画(joint investment plans)、リハビリテーションと回復期ケア、多職種によるアセスメントの導入を発表した。
 - 8) 1999年の全国病床調査(National Beds Inquiry)によると、90年代の一般病棟・急性期病棟における入院数の増加の要因は、主に日帰り手術の急増にあったが、それ以外の宿泊を伴う入院の微増の多くは高齢患者によるものであった。65歳以上の高齢者は、一般病棟・急性期病床の3分の2を占め、緊急入院の過半数を占めていた(DH 2000a)。
 - 9) Steiner(1997)の定義による。
 - 10) 各地域でインターミディエイト・ケアが生まれた契機は、1996年保守党政権時の高齢者の疾病や転倒の増加、感染症の流行による病床不足に対応するための医療と社会サービス合同の冬期特別予算(Winter Pressure's money)である。
 - 11) Single Assessment Process(DH 2002)により導入された。利用者の利便性を向上し、複数の機関による情報収集の重複を避け、簡易なものから包括的なアセスメントまでアセスメントの範囲・段階を必要に応じて変えつつ、医療と福祉にまたがる多職種が協力して統一的なアセスメント、コミショニング、ケアプランの策定という一連のプロセスを行う。
 - 12) 例えば、要件④のように短期に期間を限定したことにより、移行期のケアや長期にわたるリハビリテーションや福祉による支援のサービス、急性期病院のリハビリテーションがインターミディエイト・ケアから除外されることが批判された。インターミディエイト・ケアの全国評価事業(National Evaluation Team)では、保健省のインターミディエイト・ケアの定義に該当しないスキームでも、ケアの継続性を実現する上で重要な役割を果たしていると認められた。
 - 13) 退院遅延法の対象患者は高齢者だけでなく、成人すべてに適用される。
 - 14) こうした退院遅延の成果の一部は、2002年に設置された連携の支援のための組織Change Agent Team(2005年にCare Services Improvement Partnershipに改称)による地域の協働事例の収集やスキルの普及をおこなったことによるものという説もある(Henwood 2006)。退院遅延法施行後の初期のレビューの詳細については長澤(2006)を参照。
 - 15) ここでの「統合」は1999年改正医療法によるケアトラストのような供給機能の統合ではないことに注意したい。
 - 16) イギリス自治体福祉サービス部の行政評価については、長澤(2005)を参照。
 - 17) 新たな行政評価では、地域のアセスメントと組織のアセスメントを行い、従来の評価と異なる点は、プロセスよりもアウトカム指向、組織として総括的な評価(0～3星)を付けるのではなく、サービスごとに評価する、評価の形式は信号色を用いる(良い場合は緑、改善が必要な場合は赤の旗が評価結果に付く)等である。
 - 18) CQCは、ケアの質に関する情報や知識の伝達、リスク分析、リスクに応じた介入、質の判定という一連の手法により、より実効性の高い規制を行う予定である。
 - 19) 例えば地域医療の購入機関であるプライマリケアトラストの意思決定に自治体社会サービス部職員の参加が義務づけられていても、決定権はGPにあり、福祉職は脇に追いやられていることが報告されている(Jacobs 2009)。
 - 20) 例えば、当時のブレア元首相のスピーチ「親や患者の手に選択権があり、市民および消費者として機能することが、公共サービスの改善の推進力となる。公共サービスの推進のために従来とは全く異なる新たな方法-サービスが政府やマネジャーではなく、利用者(患者、親・生徒、遵法する市民)によって推進される方法を提案する。」(2004/06/24付The Guardian紙より)
 - 21) 「『選択』だけでは受け身であり、官僚主義による操作を受けやすく『制御されている』」として「選択と制御」が用いられることとなった(Knapp 2007)。
 - 22) これは高齢者の家族等の代理人が答えた代理回答の数も含まれており、本人か家族の不安かという区別は本調査ではできない(Glendinning 2008)。
 - 23) Hampshireの例では、80%の介助者が高齢者がよく知っている人であり、以前に公式およびインフォーマルの介護の経験があった。またEssexでは、急に高齢者のダイレクト・ペイメント契約が増加した(2カ月で299人から387人に)が、これは2005年度から新しいブロック契約の事業者に変更する(介助者も変更する)と自治体が高齢者に通告したため、以前からの介助者をダイレクト・ペイメント制度での雇用に切り替えたためであった(Poole 2006)。
 - 24) 安全面での支援のため、2006年の弱者保護法(Safeguarding Vulnerable Groups Act 2006)により犯罪歴をインターネットで確認できるシステムが導入されている。

参考文献

环洋一2008「福祉国家における「社会市場」と「準市場」『季刊社会保障研究』第44号第1号 pp. 82-93.

- Audit Commission. 1997. *The coming of age*.
- Barton, P. et al. 2006. *A national evaluation of the costs and outcomes of intermediate care for older people*. Health Services Management Group (University of Birmingham) and Leicester Nuffield Research Unit (University of Leicester).
- Clark, H. et al. 2004. *'It pays dividends': Direct payments and older people*. The Policy Press.
- Clarke, J. et al. 2005. "Consumerism and the reform of public services: inequality and instabilities." *Social Policy Review*, No.17, 167-182.
- Commission for Social Care Inspection. 2004. *Leaving hospitals-the price of delays*.
- Commission for Social Care Inspection. 2005. *Leaving hospital - revisited: a follow- up study of a group of older people who were discharged from hospital in March 2004*.
- Commission for Social Care Inspection. 2009. *The State of social care in England 2007-08*.
- Department of Health. 1989a. *Caring for people: community care in the next decade and beyond (Cm 849)*.
- Department of Health 1989b. *Working for patients*.
- Department of Health. 1997. *Better services for vulnerable people (CI(97)24)*.
- Department of Health. 1998. *Modernizing social services. (Cm 4169)*.
- Department of Health. 2000a. *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services; consultation documents on the findings of the National Beds Inquiry (HSC 2000/004)*.
- Department of Health. 2000b. *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. (Cm 4818-1)*.
- Department of Health. 2000c. *The NHS Plan: The government's response to the Royal Commission on Long Term Care*.
- Department of Health. 2001a. *National Service Framework for older people modern standards and service models*.
- Department of Health. 2001b. *Intermediate care (HSC2001/001, LAC (2001)01)*.
- Department of Health. 2001c. *A guide to contracting intermediate care*.
- Department of Health. 2002. *The Single Assessment Process: assessment tools and scales*.
- Department of Health. 2005. *Independence, Well-being and Choice: our vision for the future of social care for adults in England (Cm 6499)*.
- Department of Health. 2006a. *Our Health, Our Care, Our Say: new direction for community services (Cm 6737)*.
- Department of Health. 2006b. *A New Ambition for Old Age: Next steps in implementing the National Service Framework for Older People*.
- Department of Health. 2007. *A recipe for care- Not a single ingredient*.
- Department of Health. 2008a. *Transforming adult social care (LAC (2008)1)*.
- Department of Health. 2008b. *Moving Forward: Using the learning from the Individual Budget Pilots Response to the IBSEN evaluation*.
- Department of Health. 2009a. *Shaping the future of care together (Cm 7673)*.
- Department of Health. 2009b. *Departmental Report 2009 (Cm 7593)*.
- Department of Health, Communities and Local Government. 2007. *Delivering health and well-being in partnership: The crucial role of the new local performance framework*.
- DWP (Department for Work and Pensions). 2005. *Opportunity Age*.
- Easterbrook, L. 2003. *Moving on from community care*. Age Concern.
- Forder, J. 2007. *Self-funded social care for older people: an analysis of eligibility, variations and future projections. PSSRU discussion paper, No. 2505*. Commission for Social Care Inspection.
- Fernández, J. et al. 2007. "Direct payments in England: Factors linked to variations in local provision direct payments in England: factors linked to variations in local provision." *Journal of social policy*, Vol.36, No.1, 97-121.
- Giddens, A. 1998. *The third way: the renewal of social democracy*. Political Science. (= 佐和隆光 (訳) 1999 『第三の道—効率と公正の新たな同盟』 日本経済新聞社)
- Glendinning, C. et al. 2007. "Personal social services: developments in adult social care." *Social Policy Review*, No.19, 15-31.
- Glendinning, C. 2007. "Improving equity and sustainability in UK funding for long-term care: lessons from Germany." *Social Policy and Society*, Vol.6, No.3, 411-422.
- Glendinning, C. et al. 2008. *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme (IBSEN): Summary Report*. Social Policy Unit (University of York).
- Glendinning, C. 2008. "Increasing choice and control for older and disabled people: A critical review of new developments in England." *Social Policy & Administration*. Vol. 42, No. 5, 451-469.
- Godfrey, M. et al. 2005. *Building a good life for older people in local communities*. Joseph Rowntree Foundation.
- Government Actuary's Department (GAD). 2009. *Population projections by the Office for National Statistics*. (www.gad.gov.uk)

- Grasby, J. 2003. *Hospital discharge*. Radcliff Medical Press.
- Griffiths, R. 1988. *Community care: agenda for action*. HMSO.
- Hardy et al. 1999. "Dimensions of choice in the assessment and care management process: the views of older people, carers and care managers." *Health and Social Care in the Community*. Vol. 7, No. 6, 483-91.
- Henwood, M. 2006. "Effective partnership working: a case study of hospital discharge." *Health and Social Care in the Community*, Vol. 14, No. 5, 400-7.
- 平岡公一 2003 『イギリスの社会福祉と政策研究』 ミネルヴァ書房
- 平岡公一 2005 「イギリスの高齢者保健福祉サービスの動向－ブレア政権下での政策展開」『保健の科学』第47巻第8号 pp. 559-564
- HM Government. 2007. *Putting people first*.
- 伊藤善典 2006 『ブレア政権の医療福祉改革－市場機能の活用と社会的排除への取組み－』 ミネルヴァ書房
- Ivory, M. 2009. "A NHS for social care." *Community Care*, 2009/07/23, 27.
- Jacobs, S. et al. 2009. "Modernising social care services for older people: Scoping the United Kingdom evidence base." *Ageing & Society*, No.29, 497-538.
- Johnson, P. et al. 2003. "Interagency and interprofessional collaboration in community care: the interdependence of structures and values." *Journal of Interprofessional Care*, Vol.17, No.1, 69-83.
- Jones, I. R. et al. 2007. *Aging in a consumer society: From passive to active consumption in Britain*. The Policy Press.
- 勝又幸子 2008 「ダイレクトペイメント施行から10年（イギリスの障害者社会サービスの現状と課題）」『平成19年度障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究 平成17-19年度 総合研究報告書 厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）』 pp. 151-172
- Knapp, M. 2007. "Social care: choice and control." in *Making social policy work*, edited by J. Hils, J. Le Grand and D. Piachaud. The Policy Press.
- 駒村康平 2008 「準市場メカニズムと新しい保育サービス制度の構築」『季刊・社会保障研究』第44巻第1号 pp. 4-18
- 小山秀夫 2002 「英国のインターメディエイト・ケア議論」『月刊介護保険』第75号 pp. 18-21
- 小山秀夫 2006 「介護保険と医療保険の非整合性」『社会保険旬報』第2266号 pp. 28-31
- Le Grand, J. 2006. *The Blair legacy? Choice and competition in public services; Transcript of public lecture London School of Economics* (2006/02/21).
- Le Grand, J. 2007. *The other invisible hand; Delivering public services through choices and competition*. Princeton University Press.
- Lundsgaard, J. 2005. *Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability?*, *OECD Health Working Papers No.20 (DELSA/HEA/WD/HWP(2005)1)*. OECD.
- Means, R. et al. 1997. *Making partnerships work in community care: A guide for practitioners in housing, Health and Social Services*. The Policy Press.
- Means, R. et al. 2008. *Community care: policy and practice (4th edit.)*, Palgrave Macmillan.
- 森川美絵 2001 「介護における「現金支払い」をめぐる「消費者主導」とジェンダー：アメリカの事例から」『社会福祉学』第42巻第1号 pp. 114-124
- 長澤紀美子 2002 「英国NHSにおける疑似市場の展開」『社会政策研究』第3巻 pp. 93-113
- 長澤紀美子 2005a 「英国自治体社会サービスの行政評価」『老年社会科学』第27巻第1号 pp. 32-39
- 長澤紀美子 2005b 「英国の社会的ケアにおける疑似市場－NPM（ニュー・パブリック・マネジメント）の適用と条件整備主体の役割－」『社会政策研究』第5号 pp. 46-77
- 長澤紀美子 2006 「イギリス高齢者ケアにおける医療と福祉の連携・協働政策の展開」『高知女子大学社会福祉学部紀要』第55号 pp. 13-29
- 長澤紀美子 2009a 「イギリスの医療における住民参加手法－審議制民主主義に焦点をあてて－」『高知女子大学紀要（社会福祉学部編）』第58号 pp. 33-46
- 長澤紀美子 2009b 「消費者主導型介護現金給付の展開－国際的動向とイギリスにおけるケアの「個別化」－」『高知女子大学紀要（社会福祉学部編）』第58号 pp. 47-61
- OECD. 2005. *Long-term Care for Older People*, OECD (=浅野信久（翻訳）2006 『高齢者介護』株式会社 新社会システム総合研究所)
- 小川喜道 2005 『障害者の自立支援とパーソナル・アシスタンス, ダイレクト・ペイメント-英国障害者福祉の変革』 明石書店
- 岡部耕典 2006 『障害者自立支援法とケアの自律－パーソナル・アシスタンスとダイレクト・ペイメント』 明石書店
- 大住莊四郎 2003 『NPMによる行政革命－経営改革モデルの構築と実践』 日本評論社
- Poole, T. 2006. *Direct payments and older people (Wantless Social Care Review)*. The King's Fund.
- Robinson, J. et al. 2005. *The Business of caring: King's Fund inquiry into care services for older people in London*. The

- King's Fund.
- Royal Commission on Long Term Care. 1999. *With respect to old age : long term care - rights and responsibilities (Cm 4192-I)*.
- Rummary, K. 2007. "Modernising services, empowering users?: Adult social care in 2006." *Social Policy Review*, No.19, 67-83.
- Steiner, A. 1997. *Intermediate care: conceptual framework and review of the literature*. The King's Fund.
- 田中耕一郎 2005 『障害者運動と価値形成 - 日英の比較から』 現代書館
- Taylor-Gooby, P. 2009. *Reframing social citizenship*. Oxford University Press.
- The King's Fund. 2009. *Briefing: Funding adult social care in England*.
- 所道彦 2008 「イギリスのコミュニティケア政策と高齢者住宅」『海外社会保障研究』第164号 pp. 17-25
- Walker, A. 2006. "Active ageing in employment: Its meaning and potential." *Asia-Pacific Review*, Vol.13, No.1, 78-93.
- Wanless, D. 2002. *Securing our future health: Taking a long-term view*. HM Treasury.
- Wanless, D. 2006. *Securing good care for older people: taking a long term view (Wanless Social Care Review)*. The King's Fund.
- Ware, T. et al. 2003. "Commissioning care services for older people in England: the view from care managers." *Ageing and Society*, Vol.23, No.4, 411-428.
- Wittenberg, R. et.al. 2008. *Future demand for social care, 2005 to 2041: projections of demand for social care for older people in England: report to the Strategy Unit (Cabinet Office) and the Department of Health*. PSSRU. (www.PSSRU.ac.uk)

(ながさわ・きみこ 高知女子大学准教授)