

## 英国の老人介護におけるコミュニティケアの経済分析

鵜 田 忠 彦

### 序

小論では、最近における英国の老人介護における新しい傾向である community care について、とくにその効率性について考察する。英国はすでに1920年代に高齢化社会に、それから約半世紀後の70年代後半には高齢社会に到達し、現在はスウェーデンやドイツと並んで、世界で最も65歳以上人口の比率の高い国である。これに対して日本は70年ころ高齢化社会に、そして間もなく90年代前半にも高齢社会に到達する。さらに将来を展望すれば、英国の人口構成で65歳以上人口は、今後20年前後は変動しないと予測され、急速に65歳以上人口の増加する日本は、2000年前後に英国を追い越すと予測されている。英国の老人介護の問題は、このような歴史的な推移から知られるように、日本に比較すればかなりの程度の、介護の人的および物的な資源と経験を蓄積している。しかし65歳以上人口の比率は今後しばらくは変動しないものの、実際に介護の必要な80歳以上の超高齢者に限れば、その比率は増加すると予想され、高齢者介護の問題は楽観視されているわけではない。むしろこれから紹介するように、官民あげて高齢者の介護の問題に取り組んでいる。

英国では現在、老人介護を従来の institu-

tional care から community care<sup>1)</sup>へ、まさしく革命的な大転換を試みている。英国の現在の老人介護施設は、ふつう nursing home もしくは residential home と呼ばれているが、両者の間に実質的に相違はない。ともに日本の老人ホームに対応し、公的および私的な施設が併存している。しかし後述のように、80年代には私的な介護施設の急速な増加が目立ち、またそのような施設入所者には社会保障給付として、いわば“補助給付金” Supplementary Benefit を制度的に支給しており、そのような制度が私的な nursing/residential home への急激な増加の背景にある。このような主として私的な、そして場合によっては公的な施設介護から、community care への転換を、英国では実現しつつある。おそらく今日の英国の医療行政における最大の問題はこの転換であり、同時に学問的にも health economics をはじめとする social policy における最大の問題も、この転換だろう。

なぜ英国ではそのようにこの問題、とくに老人介護における community care に熱心なのだろうか。その原因は多々あろうが、第1の理由は、従来の福祉国家観の変化であろう。いわゆる Beveridge Report 以来、英国型の福祉国家は老人介護に限らず、国や地方などによって、病院や介護などの施設を建築して、そこに老人や患者を収容することを当然視してきた。しか

しそのようにして老人を、それまで居住していた community から施設に移して、家族や友人との日常的な生活から隔離することは、本人や家族および友人にとって、必ずしも幸せでないことが一般的に認識されるようになった。さらに医学的にもそのような施設に収容することは、とくに老人性痴呆症などでは、むしろ進行を速めかねないと指摘されてきた。第2の理由は、英国でも政府赤字は日本ほどではないもののかなり高く、政府は介護費用の節約を図ることで、医療費や上記補助金などの節減を意図した。このような表現はやや露骨で、かつ過剰な表現かもしれない。むしろ同一の介護費用という、限られた予算をできるだけ効率的に使用して、本人や家族および友人の満足を、高める効果を達成したいというべきかもしれない。さらに第3の理由としては、上記2つの理由とも微妙に重なるのであろうが、やはり80年代の英国のサッチャーリズム、もしくは新保守主義の影響を、否定することはできないだろう。そこでは大きくなり過ぎた、現代のリヴァイアサンである政府活動を縮小すること、何よりも人々に独立自尊の気概を喚起して、何でも政府に頼ろうとする人々の福祉国家観の修正を迫ろうとするものであった<sup>2)</sup>。

小論で、はじめに英国の老人介護に関わる最近の文献を取り上げる理由は、上記のように政策的に従来の institutional care から community care への大転換を実施する状況下で、これまでにきわめて活発な議論が、行政と学会の双方で展開され、その過程でおびただしい数の刊行物が出版され、それらを展望するのは以下の理由で有益と思われるからである。まず英国の老人介護の情報は、日本にはほとんど伝えられていないので、まず文字情報を整理して報告す

るのは、それなりに意義があろう。今回の介護の大転換は、政策当局と当該の学会、とくに social policy との緊密な連携の下で、実行されようとしている。この場合 social policy は、遺憾ながら日本の伝統的な『社会政策』のそれではなく、むしろ過去30年にわたり形成されてきた health economics と深く関わる一分野と解されるべきである。行政と学会との緊張を保ちながらも、学会の建設的な提言を行政が採用していく過程は、英国の学会のプラグマティズムの健在を示し、日本の行政と学会の関係の現状を思うにつけても反省させられる。また以下では social policy の研究成果を展望するが、その研究は周到な field work であって、いわば社会科学における実験である。老人介護についてのそのように大規模な実験は、行政当局の支援なしに達成不能であり、ここにも行政と学会との相互の信頼に基づく協力関係が浮かんでくる。そのように良好な関係を小論で提示することも、やはり有益だろうと思われる。

つぎにそこで得られた情報を手掛かりに、英国の community care の効率性について、考察する。日本でも政府は在宅ケアの推進を強調しているが、その際、英国流の community care の経済効率性は、低いのではないかとの疑問が提示される。この問題は community care の費用便益分析に帰着するが、いくつかの困難を伴うだろう。まず費用については、いわゆる informal carer の費用をどのように評価すべきか。それは家事労働の一部である老人介護を、市場的に explicit に評価することの困難さである。便益についても、この種の問題を最近では quality of life で評価するのであるが、どのように計測するのか、やはり困難は伴う。ところがこのような難問に対して、以下で詳述するように英国の

ケント大学の研究集団は、きわめて興味ある実験を行い、それを公刊した。英国の community care の効率性を評価するのに重要な実験であり、これを手掛かりに問題にアプローチしよう。

## I 英国厚生省の刊行物

### 1. Audit Commision (1986)

英国政府の最初の community care への転換の方向と、その問題を示した公的な刊行物は、この会計検査院の *MAKING REALITY OF COMMUNITY CARE* であった。ここでは当時の英国の老人介護にどのような問題があるかを指摘したうえで、それを解決する方策を具体的に明示している。それらの主要な論点は、以下のように整理される。

#### a 予算配分の不適切

英国の老人介護に対する予算は、NHS と社会保障の双方にまたがっているが、NHS に関しては hospital based health service にかたより、locally based service に向けられるべきであるのに、むしろ前者の方が後者より増加してきている。つまり予算配分では community care の推進に逆行している。具体的な対策としては現行予算方式の改善によって、community care に矛盾する補助金支出を停止することだろう。

#### b 予算の硬直化

community care を推進するには、予算は中央から地方にウエイトを移さなければならないのに、現実には硬直化していて、NHS の当該予算総額の、30億ポンドのうち僅かに1億ポンドが地方に配分されるに過ぎない。対策としては NHS と社会保障予算の関係、NHS 内部の予算配分をともに弾力化して、community care に

incentive を与えるように改善する。

#### c 社会保障政策の矛盾

現行の老人介護政策の最大の問題点は、社会保障政策のなかの Supplementary Benefit (補助給付金)の存在であり、それは私的な residential home に入所している老人に、社会保障給付として支給するものである。このような政策の結果は、この Benefit が老人たちを residential home へ入所させる、大きな incentive になっていることである。これでは institutional care から community care への転換に完全に矛盾することになる。これは80年代に私的な residential/nursing home の入所者が、新たに40%も増加した主たる原因である。さらにもし現在公的な施設に入所している老人たちを全員、私的な施設に入所させようとするれば、この Benefit を20億ポンドまで増加させなければならない。これに対しては社会保障政策と community care を両立させるべく、あるいは現行とは逆に社会保障政策に community care を推進するような incentive を与えるように、改善しなければならない。

#### d 組織の混乱と人員配置の不適切

community care を推進するうえで1つの障害は、NHS および社会保障双方の施設の間に組織的混乱が現在見られ、さらに community care の実現に、必要な人的要員の配置も不適切なことだろう。既得権益を守ろうとする bureaucratic barrier は、そのような政策の実現を阻んできている。community care を推進させるべき合理的な組織の再編が必要であり、それぞれの組織の責任や権限および予算を明確にしたうえで、必要な staff の速やかな養成を急がなければならない。

## 2. Griffiths' Report

会計検査院の“監査”を受けた厚生省は、community care を推進するために、1988年著名な実業家の Sir Roy Griffiths に依頼して、その方策について諮問した。Griffiths の処方箋は community care を推進するために、中央政府と地方政府の関係、地域の社会保障当局と公共住宅当局などの関係および NHS の GP(一般医) の責務などについて、詳細に検討して以下のような明快な提言を行っている。

### a 中央政府の責務

政策目標を実現するために中央政府は、community care の目的や優先順位を明確にして、地域ごとにサービスの基準を決定するとともに、地域のサービスの計画を評価し、計画に合わせた資源配分を行う。要するに中央政府の責務とは、本来的に分権的でなければならない community care の全国的な基準の設定、資源配分計画の策定と評価など、集権的な側面に限定される。中央政府は community care を推進するために、地方ごとの資源配分と、NHS と社会保障当局との資源配分を、適切に行わなければならない。

### b 地方社会保障当局の責務

地域ごとに必要な community care を査定して、サービスの目的と優先順位を設定し、とくに保健当局および住宅当局やボランティア団体、さらに民間の事業者とも協議して、地域計画を推進する。case management では、個々の老人ごとに彼らとその介護者の選好に配慮し、できるだけ普通の生活が可能ないように工夫された、介護のパッケージを作成する。この介護のパッケージは、まず informal carer と近隣の人々の許容範囲内の貢献、ついで domiciliary/day service さらには residential care などか

ら構成される。このとき地方当局の役割は、介護のデザイナーかつオーガナイザーで、介護サービスの需要者となるが直接的な供給者ではない。

このような介護のパッケージを実現するには、地方当局に財政的な基盤が与えられていなければならない。例えば residential care を必要とする人に経済力のない場合には、一定の補助金の支給が義務づけられる。ただしこの補助金は、community に居住する人々に対するものとの均衡が図られなければならない。なお community care の予算は、NHS と社会保障の双方から、joint finance として賄われる。保健当局は、このような介護のパッケージに必要な community health service の提供に従来同様責任をもち、一般医は社会保障当局に介護の必要性を通知する義務を負う。公共住宅当局は community care を受ける人々に、最小限の住居の提供と資金供与の義務を負う。

Griffiths の報告は、community care を推進するうえで、中央と地方政府、NHS と社会保障さらには social service と community service、これらの機関のそれぞれの責任と権限および予算についての関係を、上記のように実に明確にしたのである。そして重要なことは Audit Commission によっても指摘されたように、現状のこれらの諸関係は、むしろ community care の推進に逆行するものだったが、それに本来の目的のための、具体的かつ実質的な incentive を与えることを目指したものだ。Griffiths の答申は、実業家としての経歴に見合うビジネスライクでかつ実務的なものであり、以後の英国厚生省の白書に基本的に継承されるが、一部の人々はある種の揶揄を込めて

managerialist の批判と呼んだ。

### 3. CARING FOR PEOPLE(1989)および(1990)

1989年に英国厚生省は、COMMUNITY CARE IN THE NEXT DECADE AND BEYOND と題する白書を、さらに90年には同じタイトルで—POLICY GUIDANCE—という副題の白書を、相次いで公刊した。88年に Griffiths の報告を受けた厚生省は、89年に白書を議会に提出し、90年にはその政策指針を提案するとともに、COMMUNITY CARE ACT を議会に提出した。

89年の白書では、はじめに key objectives として、以下の6点を指摘している。

- a. 老人が在宅で生活できるよう、在宅、デイおよび一時的介護サービスの促進を図る。
- b. そのようなサービスは、介護者から優先順位を与えられる、実際的なものとする。
- c. ニーズの評価とケース管理は、高い質の介護を提供する基礎である。
- d. 質の高い公的サービスと並行して、繁盛している私的部門の一層の促進を図る。
- e. 諸機関の責任を明確にして、それぞれの成果を容易に計測可能とする。
- f. 新しい資金の枠組みによって、social care の費用効率を高める。

このような具体的な目的を実現させるべく、厚生省は以下の7項目の改革を提案した。

- a'. 地域当局は個人のニーズを評価して、介護のパッケージを計画し、限られた予算でそれを実行すべく、医療と介護および関係機関と協力して、責任を負うべきである。
- b'. 地域当局は community care サービスを発展させるべく、保健当局やその他の関係

機関の計画を、作成かつ公表することが望ましい。政府は計画が監査を受けるよう、また社会保障当局から報告を受けるように、その権限を行使しよう。

- c'. 地域当局は民間部門を最大限に利用することを要望される。政府は地域当局が、そのための実行可能な計画を有するか、確認すべきだろう。
- d'. 1991年から residential/nursing home 入所のために、公的援助を求める人々に対して、新しい資金援助の枠組みが発足する。それ以後は地域当局だけが、私的もしくはボランティアホームに入所する人々の、公的な援助に責任を負うことになる。ただしこの措置は、それ以前にすでにこれらの施設に入所していた人々には遡及しない。
- e'. 資産をほとんど所有しない申請者は、在宅もしくは民間の施設への入所のいかに問わず、同一の所得助成を受けることができる。
- f'. 地域当局は公的及び私的な residential/nursing care の基準の審査の責任を負うべく、登録と監査の部署を確立すべきである。
- g'. 重度の精神障害を有する人々には、social care の発展を促進すべく、新たに特別の補助金が設定される。

WHITE PAPER の刊行の翌年1990年に、その POLICY GUIDE が発表された。そこでは以下の7項目について、具体的な活動が明記されている<sup>3)</sup>。

- a community care の計画立案  
地域当局は保健当局と協力のうえ立案して、関係機関と協議のうえ、1992年4月までに第1回の計画を公表する。
- b 介護の管理と評価

地域当局は、全ての community care のニーズをカバーする評価を準備し、それは他の機関のニーズをも含む。個人の介護のニーズと必要なサービス提供の改訂を措置する。さらに community care のニーズの情報の、計画システムへのフィードバックを試みる。地域当局は予算措置を伴う介護管理システムを速やかに導入する。

保健当局は、NHS の計画システムにおける health care のニーズの情報を、フィードバックさせながら、health care staff は、地域当局の介護のニーズの評価に貢献するように図る。さらに適切な health care を与えて、その決定を社会保障当局や介護管理者に伝える。

#### c 委託と購買

社会保障当局は、community care plan に具体化されたニーズに見合うような、介護の私的および公的供給を保証する。当局自身のサービスを含めて、さまざまな介護サービスについて、その供給者と適切に契約できるようにする。契約された介護の質的な基準が、介護のパッケージについて満たされているか監査される。

#### d 監査組織

社会保障 Committee は、監査組織を設立して、91年4月までに residential care home の、すべてについて監査を行う。当局は監査組織の年次報告を受けて、その結果に配慮する。

英国における老人介護についての、institutional care から community care への政策的な大転換は、これまで紹介してきたように80年代後半以降であった。今日までの政府の対応を簡単に要約すれば、以下のようなになるだろう。まず Audit Commission は、80年代に顕著になった、公私および各種の老人施設入所者の急増と、病院などを含めた施設の非効率かつ不公平

な利用、さらにそれを助長する整合性を欠く社会保障政策などの問題を指摘した。そして比較的良好な成果を収めている地域を選んで、どのような共通の属性が存在するかを検討して、改善の方向を監査報告した。限られた資源をいかに公平かつ効率的に配分して community care を達成するか、英国厚生省はその具体的な方策を示すように、著名な実業家の Sir Griffiths に諮問した。彼は Audit Commission よりもさらに包括的な答申を行った。中央政府と地方政府、保健サービスと社会保障サービス、および政府と民間およびボランティアの間の、介護サービスを供給する望ましい連携を提唱した。政府は Griffiths の答申を受けると、ほぼ答申の内容に添って、90年には *WHITE PAPER* を刊行して、institutional care から community care への転換を鮮明にして、COMMUNITY ACT を成立させた。さらにこれらの *WHITE PAPER* や COMMUNITY ACT などを具体的に推進する方法として、*POLICY GUIDANCE* を刊行しその肉づけを行った。Griffiths Report と *WHITE PAPER* の間には、いわゆる Bureaucratic barrier の存在によって、無視できないギャップの存在を主張する意見もあるが、大筋としては英国厚生省は忠実に Griffiths に従ったとあってよからう。

## II 最近の community care の研究

これまでに説明してきた、英国厚生省の80年代以降の community care の政策的な展開は、英国の学会なかならず social policy や health economics、さらには sociology と深く関係してきた。両者の関係は冒頭に記述したように、英国の学会のプラグマティズムの伝統を表して

いる。以下では、それらのなかで特に重要と思われるものを簡単に展望することにしよう。

- 1 Challis, D, *et al.* (1990), *CASE MANAGEMENT IN SOCIAL, AND HEALTH CARE*, PSSUR, Univ. of Kent, Canterbury.
- 2 Davies, B. *et al.* (1990), *RESOURCES, NEEDS AND OUTCOMES IN COMMUNITY CARE*, PSSUR, Univ. of Kent, Canterbury.

これらの著作は、ケント大学の Personal Social Service Research Units (PSSRU) の研究集団による、community care の実験的な研究である。1 はケント方式、2 はゲイツシェッド方式に関わる報告書である。両者はともにほとんど同一の方法で実験を試みた。同じ程度の症状の高齢者のペアについて、一方は community care を、他方は通常の care を受けるようにして、1 年経過後にいかなる状況になったかを、在宅を維持し得たかを、あるいは病院に入院したかもしくは施設に入所したかの結果を、まず比較する。また高齢者の quality of care や quality of life の変化、さらには informal carer の状態の変化をも比較する。結果はケントでもゲイツシェッドでも、ともに community care は通常の care に比較して、良好な結果を示すことが知られた。重要なことはもっとも注目すべき費用の動向についても、community care と通常の care には、ほとんど差異のなかったことである。こうしてケント大学の研究グループは、community care の優位性を実験的に確認し得たと、強調するのである。

ケントとゲイツシェッドはともに英国の地名であり、ケントは英国南東部のリゾート地帯にあり、引退後の人々が余生を楽しむところとし

てよく知られている。この地域では配偶者を除けば、子供や親類などの informal carer は普通近隣に居住していない。それに対してイングランド北部のニューキャッスル近郊のゲイツシェッドでは、配偶者のみならず子供や親類も、近隣に居住する可能性は一般に高い。すなわちこの両者は、配偶者を除いた informal carer となる可能性の高い近親者が、近隣に居住する可能性について両極端のケースといえる。ケント大学の研究グループは、この両極のケースについて community care は、通常の care に優越することを確認して、そのような結果は一般的にも成立することを強調するのである。

ケントとゲイツシェッド両地域についての community care の研究は、おそらく世界にも例のない周到な実験によるもので、多数の貴重な統計的情報を与えており、パイオニアリングなものである。この研究は多大のインパクトを関連の学会のみならず、現実の政策決定にも与えた。すでに見たように Griffiths Report, *WHITE PAPER, POLICY GUIDANCE* などは、いずれもこのグループの研究に言及し、英国における community care を推進するうえで、やや誇張すれば理論的かつ実証的な支柱を与えたといえよう。さらに後述のように関連学会に論争を巻き起こし、community care 研究の中心に位置している。

- 3 M. Henwood, *Through a Glass Darkly, Community Care and Elderly People*, King's Fund Institute Research Report No. 14, 1992.

この論文は、現時点では比較的新しいもので、英国の community care についての政策や研究の、膨大かつ包括的な展望を与え、かつ彼女自身の政策的提言を行っている。まず現在推

計されている、英国の将来の人口構成であるが、前述のように65歳以上の人口比率は、向こう20年程度は増加しないものの、実質的に介護の必要な85歳以上人口は増加するわけで、その点こそがこの国の老人介護の核心であるとする。

Henwoodは、ケント大学の研究集団や厚生省の推進しようとする community care は、個別の介護を必要とする、老人たちへの介護のパッケージの設計と実施を、それぞれのケースごとに、social worker の責任による case management で行う。それぞれのケースごとの制約の下での資源配分の決定は、分権化された現場のスタッフに委ねられる。Henwoodは、かくてこのような community care が、個別の老人ごとのニーズに対して、良好な matching をするだけでなく、さらに cost effective な matching も可能になると主張する。

これに対して G. Parker (1990) は、community care を推進するこれまでの大方の論調に批判的である。informal carer の大半を占める、介護を受ける老人の配偶者や子供および親類は、結局女性であり、彼女らの犠牲や献身によってのみ community care ははじめて成立する。このような批判は feminist critique と呼ばれる。さらにケント大学の実験は標本数の少ないことから、統計的に一定の帰結を出すのは疑わしい。1年の実験期間では informal care の介護のための機会費用は、短期についてはともかく、長期に関してはカバーされず、結果として低評価になろう。これらは G. Parker だけでなく、最近の community care を推進しようとする傾向に対する、一般的な批判である。

しかし Henwood は必ずしも Parker のこのような批判に同調せず、community care の上記の利点を認め、Griffiths Report や

WHITE PAPER の主張を評価しながら、しかしそれを可能にする前提条件として、day care や meal on wheel, さらには GP の往診を含む domiciliary care, さらには respite care などの community care を支える介護のパッケージが必要で、そのためには現在程度ではなく、政策当局の抜本的な財政支援を必要と指摘している。そのような支援なしには community care の推進は困難で、表題のようにまさしく darkly にしか見えないというのである。最後に Henwood は、80年代前半の NHS の nursing home はよく機能し、しかも cost effective であり、それをさらに充実させて継承させるべきであると述べている。

以上の他にも、比較的近年の英国における community care にかかわる文献は、F. Laczko and Victor C. (1991), M. Henwood, T. Jowell and G. Wistow (1991), L. Marks (1991), G. Mooney (1978), J. Pacolet and Wilderom C. (1991), K. Wright (1987) など、枚挙に暇もない。これらの文献は、Mooney や Pacolet and Wilderom, さらに Wright などの分析手法を health economics に依存するものから、Laczko and Victor や Henwood などの social policy によるもの、さらには Parker のように sociology に依存するものまで、多様に分岐している。

### III 老人介護における効率性

現在の英国の community care の直面する問題の経済学的な側面は、以下のようになるだろう。英国の場合には典型的な最適配置の問題として考えることができよう。いま医学的に介護



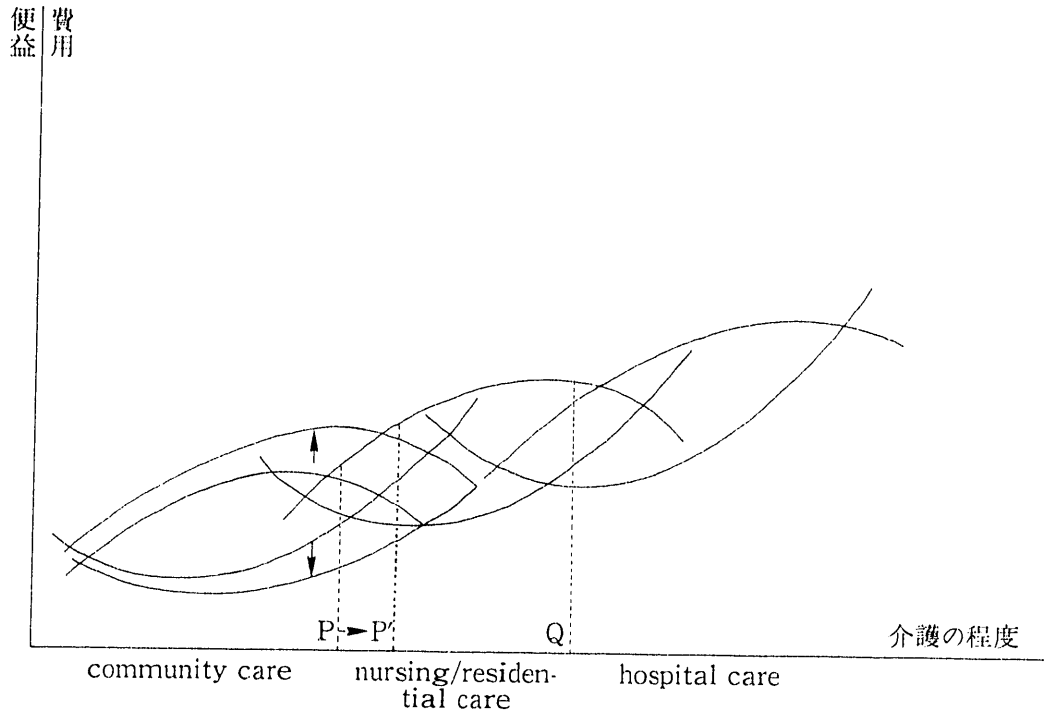


図1 Institutional Care から Community Care への転換

の必要な程度によって、community care, residential/nursing home care, および hospital care の3段階に分類できよう。そのときそれぞれの段階における、社会的な費用と便益を考慮して、社会的に最適な老人介護の配置が決定されよう。

このときそれぞれの老人ごとに、きめ細かい介護のパッケージが必要となり、それはケースワーカーによって、慎重に決定される。そのようなパッケージは、すぐれて個人的なものであって、決して画一的なものではない。それぞれの老人ごとに、どれだけ独力で生活でき得るのか、いかなる介護がどの程度必要なのか、それらは配偶者や近親者、あるいは友人たちによって十分に満たされるのか、またその時の informal carer の機会費用はいかなるものか。さらに community care を支援する、各種のサービスはどの程度利用可能であるのか。このような情報は分権的な組織でなければ収集不可能だろ

う。また介護の必要性の程度が高くなるほど、informal carer の社会的な費用は高くなる。それはそれだけ community care の達成を困難にする。そして institutional care の residential/nursing home ないし hospital care が、社会的な費用としてむしろ割安となる。ただしすでに見たようにケント大学の研究グループは、介護の社会的な費用は、かなり重度の介護を必要とする老人に対しても、ほとんど差異のないことを、報告している。それは結局個別の老人の情報の収集の困難性のために、非効率な介護がなされてしまうためだろう。

もう1つ重要なことは、たとえ個別の老人の情報の収集や、それに基づいたサービスが実現し得たとしても、介護サービスの生産は、規模の経済の利益を十分に受けられないことだろう。日本の特別養護老人ホームでも、適性規模は100人程度といわれ、50人前後のスタッフを必要としている。介護サービスを構成するパッケ

イジのなかの、例えば給食とかクリーニングなどは、ある程度の規模の経済の存在は認められるけれども、その実現には必ずしも老人たちの施設に居住することを必要としない。入浴や洗面などの介護サービスについては、あたかも理髪や美容などのサービスが、規模の経済を享受できないのと同様の理由から、施設介護によっても規模の経済を享受できない。

他方で介護を必要とする老人の便益だが、それは個々人の選好や価値観にかなり依存しよう。彼らの居住環境を例にとろう。それは単に部屋や庭園などの物理的な居住空間だけでなく、家族や近親者、さらには友人や近隣の人々との交友関係、さらには教会や図書館および商店や公園などをも含むものである。高齢になって介護を必要とするとき、その居住環境を離れることは、それを構成する多くの要素を失うことになる。おそらく community care による老人たちの便益の本質的な部分は、institutional care では切り離されてしまう、彼らにとってかけがえのない要素を確保できるだろう。しかしそれも介護の必要性の程度に依存する。重度の介護を必要とする老人のなかには、献身的な informal carer や他の community service に依存しながら community care を受けるよりは、nursing/residential home care を受けるほうが、火気の始末や介護者への配慮など、物理的にも精神的にも本人に好ましい場合があるだろう。老人の quality of life を基準にする限りは、一般に community care の満足度は、重度の介護段階に至るまではかなり高いものだろう。結局 community care から institutional care を経過して hospital care に至る段階で、介護を受ける老人の quality of life も異なり、それは介護の社会的な費用が、これらの介護の

段階で異なるのと同様である。こうして問題は、3種類の介護の施設についての、社会的な費用便益分析に帰着する。それぞれの施設の社会的な費用と便益は、図のように介護の重度の段階によってそれぞれ示されよう。所与の介護を必要とする老人たちが、どの介護施設でその介護を受けるかは、彼らの便益と費用の間隔の大きいところで決定される。点線は community care と residential care および hospital care の境界を示している。この図で最近の英国の状況を表現するならば、community care は従来考えられていたほどには費用は高くなく、かつ便益はより高いということであり、したがって community care は従来よりも、重度の介護を必要とする老人にも適応可能であり (P-P'), そのことが社会的な介護資源の適正な配分をもたらすという認識であった。とくにケント大学の研究集団は、かなり重度の介護を必要とする人々ですら、community care の適応は同程度の費用で可能であり、かつ彼らの社会的な便益は高いということを経験的に確認したのである。他にも community care を推進しなければならない理由はあるが、英国政府はそのような研究に触発されて、このような認識の下に institutional care からの大転換を実現しつつある。

英国のみならず日本でも問題になるのは、community care は一般にその社会的な費用は高く、経済的に institutional care を選択せざるを得ないのではないか、という疑問である。確かにケント大学の研究集団は、community care と residential care の社会的費用を比較し、社会的費用全体とそれを構成する社会保障および NHS それぞれの費用まで計算している。社会的な機会費用は、81年価格で両者の間に有意的な差異はなく、年間約5,000ポンドでほとんど変

わらない。community careの社会的費用は、社会保障とNHSの費用およびinformal carerの介護に要する機会費用、老人たちの生活費とくに住居費などである。彼らの研究は、community careの費用はresidential careと比較して、施設面での費用は約1割で、そのかわりホームヘルプ、食事およびtelephone and aidsなどのdomiciliary careに多く費やしている、と指摘している。

いつも問題になるinformal carerの費用については、G. Parkerの主張のように、例えばinformal carerのより望ましい職場やポスト、あるいはより幸福な結婚の可能性までを考慮した機会費用を計算しない限り、その費用は過小評価になってしまう。一般に老人介護の期間は平均すれば2年を超えるから、ケント大学の集団は、informal carerの短期的な機会費用の計算はしたもの、より長期のそれは計算していないことになる。しかし実際にはそのような批判は酷であり、それは計算しようにもしようがない。

むしろここでは公的な費用と私的費用を、明確に区別することのほうが大事だろう。英国でも日本でも、なぜ政府はこのようにcommunity careや在宅介護の推進に熱心かといえ、それはおそらく老人介護のために、政府の際限のない財政支出を抑制するための便法と考えられなくもない。community careや在宅介護は、見かけのうえでは政府の負担は少なく済むのに対して、その分だけ私的な負担は増加する。介護される老人の便益は、ケント大学の調査を待つまでもなく、明らかにcommunity careや在宅介護の方が高い。そのことを強調して、政府の財政負担を逃れようとするならば、そのような政策は明らかに失敗するだろう。しかし今回の

大転換では、必ずしもそのように単純ではない。英国では例えばinformal carerに、一定の介護の機会費用を支給する制度を模索しているし、日本ではシルバープランに総額6兆円の子算を計上している。これらは政府の積極的な姿勢をそれなりに鮮明にしている。

## 結 語

小論では、英国における老人介護のcommunity careの経済的な効率性について、考察を進めてきた。英国では現在官民あげてcommunity careの実現に向けて努力を傾注しているところである。筆者は昨年夏につかの間ではあったが、英国ヨーク市内外のいくつかの老人施設を垣間見る機会を得た。英国の一地方都市において、現在community careを推進する政策は、どのような展開を見せているのか、知り得た範囲で記述しよう。人口10万足らずの小都市の郊外に新設されたcommunity unitは、最も印象に残っている。そこでは主として痴呆性老人を定員約20名で収容しているのだが、彼らの近親者はほとんど周辺に居住し、毎日施設に来訪できるようになっている。このcommunity unitは、それ以外にもday careやrespite careの機能も有しており、いわばcommunity careの中核的な存在になっている<sup>4)</sup>。そして従来のものより集約的で大きな施設を、このような地域に基盤をおくcommunity unitに分散かつ転換させている。ここでの施設は、介護される老人たちの便益を高めるために、さまざまな工夫を試みている。例えば約20名ほどのスタッフは、制服でなく私服を着用したり、部屋は原則個室で老人たちのプライバシーは保証され、陶器のコレクションなどを持ち込み、さらに玄関は夜間

以外は開放され、at home な雰囲気醸し出し出している。なおここでは朝食以外は給食センターから配送され、それなりに経済効率をも配慮しているようであった。こうした community unit を建設する一方で、従来のほとんど市の全域をカバーしていた大きな痴呆性老人を収容する施設は、その老朽化もあって近い将来解体されていくそうである。このような試みはヨークに限らないといわれるが、巨額の財政支出を伴うわけで、英国はそのような困難な道をすでに歩み始めたといえよう。community care を支える別のルートとしては、市内の地域病院(district hospital)などでもうかがわれ、ambulance car を利用して近隣の老人たちに day service を提供し、リハビリを徹底させて、寝たきり老人を極力出さない努力をしているようであった。

日本よりもはるかに高齢社会の先進国である英国の経験は、我われにどのような教訓を与えるだろうか。それを考察することで結語に代えよう。英国では長い期間をかけて、高齢社会への準備を行ってきた。その結果、公私にわたり nursing/residential home をはじめとする institutional care は、日本に比較すれば十分な水準に達している。すでに記述したように、英国の現在直面する老人介護問題は、そのように施設の十分に整備された上での、最適な matching の問題である。ただしそれは施設を固定しておいて、介護を必要とする老人をどの施設に収容するかという問題ではなく、よりダイナミックに資源配分を institutional care から community care に変更することによって、社会的な厚生をより高くさせようとする問題である。このような問題の設定は、community care は従来考えられてきた以上に、その便益は高くそ

の費用は低くなることを知り得たことが、大きい。日本の現状は絶対的な施設の不足で、それを拡充することが何よりも望まれる。もし現在の在宅介護を重視するシルバープランが、施設介護を軽視することになるのであれば、それは明らかに誤りである。現在政策的に必要なことは、絶対的に不足している介護施設をまず充実させることであり、同時に在宅介護を可能にさせる day service や respite care などの拡充を図ることである。このとき施設介護と在宅介護の関係について、英国の経験は日本にとっても貴重な示唆を与えるだろう。そこで両者のバランスに配慮しながら在宅介護を支援し、その推進に incentive を与えることに、資源を重点的に配分することが必要である。

なお、これはやはり英国の最近の community care を推進する政策の一部で、必ずしも十分でないが、informal carer に対して、その介護の機会費用の一部を補償しているということである。日本でも検討に値する政策であろう。なぜなら、日本の現在の老人介護についてしばしば指摘されるのは、施設介護を受ける人と、在宅介護を受ける人との間の不公平性である。家族が仕事をもっていれば、そうでない場合よりも公設などの比較的低廉な施設に優先的に入所できる。さらに病院などに『社会的入院』をすれば、食事まで医療費となって、本人や家族の負担はごく軽少である。ところが“専業主婦”などが家族にいれば、施設介護を受ける優先順位はかなり低下し、在宅介護せざるを得ない。施設介護を受ける場合には、多額の公的援助を受けられることになるが、在宅介護の場合にはわずかの税控除を受けただけで、その間の不公平は極端である。実際に介護を必要とする老人について、英国の community care で目標にしている

ように、case worker などの case manager によって、個別の老人についてどのような施設でどのような介護を受けるべきか、という合理的な決定のなされるシステムになっていない。さらに community care でやはり目標にしているような、福祉と医療さらには年金をトータルに考察しようという発想は、日本ではとりわけ bureaucratic barrier のために存在しない<sup>5)</sup>。

最後に英国の community care と日本の在宅介護の差異について考えよう。英国の場合に在宅介護となぜ表現しないのか。日本の場合になぜ community care と表現しないのか。これは両国の家族制度とともに、地域共同体についての考え方の相違から発生している。日本で在宅介護というと、そこには残念ながら地域共同体とは切り離されて、孤立した家族だけが老人介護をするような印象になる。英国の場合には、逆に成長した子供は独立して家を出るのが普通で、日本のような3世代同居などは例外で、さらに息子の配偶者が息子の両親を介護するケースは少ない。しかし地域共同体で互いに支えながら老人介護をしようとする発想は、共同体の崩壊したかにみえる日本の都市部では貴重に思え、考慮に値するようである。

#### 注

- 1) community care をあえて邦訳すれば、地域共同体による介護ということだろうか。日本の在宅介護は、家族による介護にほとんど限定されるから、community care とは基本的に異なる。そこで小論では community care と在宅介護を区別するために、そのまま邦訳しないで用いる。なお本論結語の末尾を参照。
- 2) 日本の在宅介護の推進は、ほとんど政府の提唱によってなされており、民間や学会からは英国の community care におけるような明確な反応はない。これは日英の大きな差異であ

り、それはやはり在宅介護と community care の差異からきているのだろう。

- 3) ここで展開されている community care の具体的な内容は、介護すべき老人に対する管理、評価、監査の一体となったシステム化が特徴であり、それによって福祉と医療を一体化している。日本の在宅介護は、そのような介護すべき老人ごとの case management も、福祉と医療の一体化も試みられていない。
- 4) ここで注目すべきは、community unit の機能であり、それは community care の中心的な機能を果たしている。community care の community care たる理由は、このような community unit を想定すると、より良く理解できる。それは決して日本的な在宅介護を意味するものではなく、むしろこのような community care の存在が、在宅介護を支援することになる。
- 5) 英国でも福祉と医療の一体化は進行しているものの、さらに年金をも加えてトータルに介護老人の case management を行うところまでは至っていない。しかし急速に高齢社会に進行する日本では、そのような政策的な方向を目標にせざるを得ないように思われる。

#### 参考文献

- Audit Commission (1986), *MAKING A REALITY OF COMMUNITY CARE*, HMSO.
- Challis, D. et al. (1990), *CASE MANAGEMENT IN A SOCIAL AND HEALTH CARE*, PSSUR, Univ. of Kent, Canterbury.
- Davies, B. et al. (1990), *RESOURCES, NEEDS AND OUTCOMES IN COMMUNITY-BASED CARE*, PSSUR, Univ. of Kent, Canterbury.
- Department of Health (1989), *CARING FOR PEOPLE: Community care in the next decade and beyond*, HMSO.
- Department of Health (1990), *CARING FOR PEOPLE: Community care in the next decade and beyond—Policy Guidance—*, HMSO.
- Griffiths, R. (1988), *COMMUNITY CARE: AGENDA FOR ACTION*, HMSO.

- Henwood, M. *et al.* (1991), *All things come to those who wait?*, Briefing Paper 12, King's Fund Institute, London.
- Henwood, M. (1992), *Through A Glass Darkly, Community care and elderly people*, Research Report 14, Kings' Fund Institute, London.
- Laczko, F. and C. Victor *et al.* (1991), *SOCIAL POLICY AND ELDERLY PEOPLE*, Avebury, Aldershot.
- Marks, L. (1991), *Home and Hospital Care: Redrawing the Boundaries*, Research Report No. 9, Kings' Fund Institute, London.
- Mooney, G. (1978), *Planning for Balance of Care of Elderly*, *Scottish Journal of Political Economy*, Vol. 25, No. 2.
- Pacolet, J. and C. Wilderom *et al.* (1991), *THE ECONOMICS OF CARE OF THE ELDERLY*, Avebury, Aldershot.
- Parker, G. (1990), *WITH DUE CARE AND ATTENTION, a review of research on informal care*, Occasional Paper No. 2, FPSC, Univ. of York, York.
- Wright, K. (1987), *The Economics of Informal Care of the Elderly*, Discussion Paper 23, IRISS, Univ. of York, York.
- Wright, K. (1987), *Cost-Effectiveness in Community Care*, Discussion Paper 33, IRIS, Univ. of York, York.
- (ときた・ただひこ 東京都立大学教授)