

英国労働党政権の福祉政策について

北村 彰

I はじめに

1997年5月に発足したブレア英国労働党政権の福祉政策に関する現状認識は、福祉サービスは非常に重要な役割を担うべきものにもかかわらず、その現状は決して満足すべき状況とは言えず、①社会的弱者を守る機能の不備②関係部局間の連携不足③弾力性の欠如④関係者の責務の不明確性⑤整合性の欠如⑥効率性の欠如などに多くの問題を抱えている、というものである。このことは、特に近年の国による各種監査の結果や地方公共団体福祉サービスをめぐる一連のスキandalでも明確になってきており、労働党政権は早急な対策の実行を迫られていた。

このため、労働党政権は、社会福祉の「近代化」を早急に図る必要があるとし、98年11月30日に「福祉サービスの近代化(自立促進、保護の改善、水準向上)」と題するホワイト・ペーパーを発表した。(http://www.official-documents.co.uk/document/cm41/4169/4169.htm)

このホワイト・ペーパーでは公平で質の高い福祉サービスの提供が重視されており、①特に高齢者サービスを中心に自立支援的で利用しやすい福祉サービスへの改善②社会的弱者を守る機能の強化③社会福祉マンパワーの水準の向上④関係部局間の連携の強化⑤地方公共団体が提供する福祉サービスの質と効率性の向上、の視点を中心に問題点と対応策が指摘されている。

ホワイト・ペーパーで指摘された問題点や対応策は相互に密接に関係するもので、項目ごとに明確に整理ができる性格のものでなく、また、対応策の中には性格の類似したものも多いが、本稿では、便宜上ホワイト・ペーパーの論点の順序に沿って筆者なりに対応策を整理して論じた上で、労働党政権の福祉政策に対する基本的考え方についてまとめることにしたい¹⁾。

II 労働党政権のホワイト・ペーパーにおける問題点と対応策

1. 特に高齢者サービスを中心に自立支援的で公平でニーズに即応した福祉サービスへの改善

(1) 自立支援的なサービスの提供

a 予防およびリハビリテーション

前保守党政権の下で地方公共団体に対し厳しい歳出抑制政策が取られたため、多くの地方公共団体では要介護度の高い者に重点的にサービスが行われるようになり要介護度の低い者に対するサービスが行われなくなったが、このことが自立促進および要介護状態の悪化予防の観点からみて問題になる事例が多発している。例えば、過去5年間のホームヘルプ受給者の年次推移を見ると、長時間のホームヘルプ・サービスの利用者の割合が増加し、逆に短時間のホームヘルプ・サービスの利用者の割合は減少しているが、中には要介護状態の悪化のリスク防止の観点から見て、短時間の

ホームヘルプ・サービス提供に意味がある者に対するサービス提供が行われなくなっているなどの問題がある。

また、自立を失う危険性が高い状況にある人、例えば、冬期の独居高齢者、退院直後の者などに対する在宅リハビリテーション、ホームヘルプなどの自立支援サービスが不十分なため、75歳以上の高齢者の病院への緊急入院率が年々上昇傾向にあり、不必要な施設入所を招いている。

さらに、地方公共団体の福祉部局と保健医療部局、住宅部局などの関係部局間の連携が悪い場合が多く、行政と民間非営利・営利団体間の連携も必ずしも一般的に良いとは言えない。

これらの問題を解決するためには、地方公共団体福祉部局と地域保健当局などとの協力による自立支援サービスの一層の取り組みが必要である。

保健省の「保健医療と福祉の近代化(全国的プライオリティのガイダンス、1999年度から2001年度)」の文書(1の(2)のaで詳述)においても、「自立促進」に関する施策は今後保健と福祉の両分野で共同して取り組むべき最優先事項に指定されており、地方公共団体は地域保健当局と協力して不必要な施設入所を予防するための自立支援サービスに重点を置いた施策を行うことが求められている。なお、全国的な目標としては、75歳以上高齢者の病院への緊急入院の実質伸び率を3.5%(近年の割合)から3%(2002年)に減少させることが掲げられている。

1997年11月から「弱者へのより良いサービス」と題する新規事業がスタートしているが、これは地方保健当局と地方公共団体福祉部局が協力して社会的弱者にサービスを行い、不必要な病院や施設への入院を防ぐものである。例えば、専門家によるリハビリテーション・サービスや病院の退院チームによる各種自立支援対策などが取られている。この対策を推進するために社会サービス近代化基金(6で詳述)の「連携補助金」および「予防補助金」

が創設されており、この基金を活用した事業の実施も予定されている。

b 「直接支払方式」の対象拡大

自立支援対策として、65歳以下の身体障害者および知的障害者に対するホームヘルプ、デイケア、ショートステイなどの利用資格のある者がケア・サービスの利用方法を自己選択できる「直接支払方式」の仕組みが導入され、1998年には31の地方公共団体で部分的に実施されている。この直接支払方式の対象拡大を行い、65歳以上も直接支払方式の対象とすることにより、サービスを利用する高齢者のサービス選択の余地を大幅に増やし自立支援を促進する。なお、この制度を適用しない地方公共団体については、適用しない原因を調査しその解決を図るとともに、現在実施している地方公共団体については、初年度の経験を基に一層の制度改善を図る。

c 雇用促進および精神障害者施策の推進

就労可能なサービス利用者に、自立支援対策として、障害者に対するニューディールなどの施策により就労促進事業を実施するなどの方策が打ち出されている。

また、精神障害者に対する自立支援施策については、精神障害者本人の保健増進につながるのと同時に、本人や地域の安全や福祉にも役立つような総合的な対策を戦略としてまとめ今後発表する予定であり、その中でコミュニティ・ケアの受け皿の不足を解消し自立支援を進める施策が取りまとめられることになっている。

d ケア・マネジメント手続きのフォローアップ 手続きの充実

ケア・マネジメント手続きについて、最初のニーズ評価に基づくサービス提供決定の後にはフォローアップ手続き(定期的なニーズ再評価とそれに基づ

く当初のケア・サービス内容の変更)が行われなければならないことになっているが、実際には最初のサービス提供決定までのプロセスに時間が取られ、フォローアップ手続きが行われていない場合が多く、利用者の要介護状態が悪化したまま放置されるケースが見られる(特に入所施設へ入所決定を行った場合にフォローアップ手続きが取れないことが多い)。

在宅での自立支援のためにも、ケア・マネジメントのプロセスについては、サービス利用者に対し誰がどの程度の頻度で再評価を行うかを明示し、定期的再評価を行い、サービスが目標に合っているかを確かめ再評価の際には利用者、介護者の意見が十分反映されるようにするなどの措置を講じるよう地方公共団体を指導することにより、利用者のニーズの変化を考慮したフォローアップが行われるようにする。

e 介護者の支援

英国では従来(公的サービスではない)家族などによる介護が重要な役割を担っている。最近の英国の調査では、約570万人の家族などが在宅で介護を行っており、このうち約170万人は週20時間以上の介護を行っている、との結果が出ている。しかし、家族などの介護に対する適切な評価システムがなく、体系的施策が取られているとは言えない状況にある。

現在不十分な家族などの介護者の支援を充実するための関係省庁の総合的な対策をまとめ、今後99年早期に「介護者の全国戦略」を作成する。また、長期介護憲章を作成する。(1の(2)のcで詳述)

(2) 公平なサービスの提供

a 公平で良質な福祉サービスを提供する

枠組みの設定

前保守党政権は、「効率化」や「民活」を追求するあまりコミュニティ・ケア改革を教条主義的に運

用したため、利用者に対するサービスの内容とその質の公平性に問題が生じている。(この点については、地方公共団体の社会福祉サービスの提供実態を明らかにするために30以上の地方公共団体において実施された保健省社会福祉監査局と監査委員会の共同監査の評価報告書で指摘がなされている)

例えば、個々のサービス利用の判定については、異なる地方公共団体の間、また、同一地方公共団体内でも異なるサービスの間で整合性がなく、対象者がお仕着せのサービスに合わせられている。提供されるサービスの決定は依然として利用可能なサービスに基づいたものに焦点が置かれ、対象者のニーズに合った弾力的なサービスの提供という点では問題が多い。ケア・マネジメント方式によるサービスの認定基準は地域ごとに異なり、その中には抽象的すぎて利用者、ケア・マネジャーなどのスタッフの役に立たないものも多い。

従って、仕組みやプロセス自体よりも良い結果(良質な福祉サービスの提供)に価値を置くような施策が取られるべきであるが、そのためには全国レベルで重点的に改善すべき項目を明確化する必要がある。

この点に関し、保健省は「保健医療と福祉の近代化(全国的プライオリティのガイダンス、1999年度から2001年度)」と題する文書を98年9月に公表し、その中で、特に保健医療と福祉で連携を図りながら重点的に推進すべき10項目(①社会的疎外状態にある児童福祉②要保護児童などに関する関係機関間の連携③法規制の遵守(以上3項目は地方公共団体福祉部局が主導)④保健医療面での不平等の是正⑤精神保健⑥自立援助(以上3項目はNHSと地方公共団体福祉部局の両方が主導)⑦ウェイティング・リスト⑧プライマリー・ケア⑨心疾患⑩ガン(以上4項目はNHS主導での連携)を特定し、地方公共団体に対し、関係部局間の連携を進めながら具体的に施策の推進を図ることを指示している。

良質な福祉サービスを提供する枠組みとしては、労働党政権のNHS改革の柱のひとつとして行われている「全国サービス枠組み」の方法論が、福祉分野でも応用された上で実施される予定である。この「全国サービス枠組み」は、地方公共団体に対し、科学的・合理的な標準サービス・モデルを提示するとともに、実際に実施された事業を評価するプログラムを実行させることにより、標準サービス・モデルに沿ったサービスの提供を遵守させる仕組みであり、これにより標準モデルを大きく逸脱したサービスをなくそうとするものである。保健省では、精神障害者に対するサービスについて「全国サービス枠組み」を作成した後に、高齢者に対するサービスについての「全国サービス枠組み」を作成することとしている。

一方、福祉サービス利用対象者の公平性を確保するための事業としては、「全国サービス枠組み」の事業の実施と並行して、「ケアへの公平なアクセス」の事業を実施する予定である。これは、まず保健省が福祉サービス利用対象者に対する全国的な利用基準のガイダンス(地方公共団体が従うべき原則で、全手続き上の公平性の確保、全手続き上の適切な目的の設定、リスク評価の基準、定期的再評価の基準などの要素を重視して作成される)を作成した上で、この国のガイダンスを遵守した具体的な福祉サービスの利用手続きに関する包括的な基準を地方公共団体が作成することにより、全国的に公平で整合性のとれた透明性のあるケア・マネジメント手続きがその各段階で適用されることを保障しようとするものである。保健省では、2001年4月までに全地方公共団体が保健省作成の「ケアへの公平なアクセス」のガイダンスに遵守して業務を行うことを目指し、ガイダンスの作成準備作業を行っている。

b 公平な費用負担

(施設入所サービスの費用負担は国の統一基準

が設けられているが)各種在宅サービスの利用料については法規制が存在しないため、地方公共団体間の格差が大きく、公平性、整合性の観点から問題である。地方公共団体の在宅サービスの利用料の設定方法は、地方公共団体により定額制、収入に応じた費用徴収制度などさまざまで、総利用料のサービス提供総額に占める比率も4%から28%まで差がある。また、在宅サービスの利用に所得制限が設けられていたり、施設サービスと在宅サービスの間での費用徴収の整合性がないなどのため、利用者にとっては在宅サービスの提供が望まれる場合であっても在宅サービスが提供されず、結果的に入所施設への入所が促進されてしまうケースがある。

このような在宅サービスの利用料の不公平は容認できないものであり、長期介護問題に関する幅広い検討を行う「長期介護に関する王立委員会」により報告書が取りまとめられ次第、その報告に基づく改革を行うことにしている。また、高齢者長期介護の費用負担のあり方全般についても、現在「長期介護に関する王立委員会」が検討を行っており、その報告がまとめられ次第、改革を行うことにしている。

c ニーズに即応した利用者第一のサービスの提供

ケア・マネジメント手続きについては、サービス決定過程の透明性が確保されておらず、関係者の意見が十分反映されているとは言えず、サービス利用者に対する情報提供も不十分である。また、ケア・マネジメントの最初に利用者から聴取される意見聴取手続きは形式的なものになりがちである。

地方公共団体が民間団体と結ぶサービス提供契約については、契約内容の稚拙さ、計画性の欠如などが見られ、住民のニーズに基づきサービスの購入の評価を行うという視点が欠けている場合がある。この結果、地方公共団体のケア・マネジャー

によるサービスの選択が大幅に限定されてしまう場合がある。

さらに、コミュニティ・ケア改革により不服申し立て規定の整備が行われたが、利用者が十分活用していない場合もある。

利用者・介護者のニーズに即応した利用者第一のサービスの提供のため、全国レベルで利用者・介護者が期待できる福祉サービス(保健医療、住宅などを含む)の内容を示す「長期介護憲章」を1999年秋に作成し、これに基づき、地方公共団体の業績のモニタリングが行われるようにする。このため、現在、利用者・介護者、学者、第一線のスタッフなどが参加して草案作成作業が行われており、正式な意見聴取手続きを経て、来年秋に「長期介護憲章」を作成する。

また、利用者が簡単にサービスを利用できるようにするため、「高齢者のために良い政府を」というモデル事業が全国20カ所で行われている。これは、利用者が利用しやすいように、保健医療など関連するほかの部署とも連携してサービス提供の方法を工夫して実施する事業であり、その一環として、「ワン・ストップ・ショッピング」(高齢者がさまざまな場所に出向かずに「1カ所」で、関連する必要なすべてのサービスのアレンジができるようにする事業)の試みが実施されている。

さらに、ベスト・バリュー方式(5で詳述)における利用者のニーズの適切な把握、「利用者・介護者経験・満足度調査」の実施(2000年4月までに全国で実施)などを行い、サービス利用者の声を地方公共団体の具体的施策に反映させる。

また、① サービス提供契約締結の改善に役立つ情報を盛り込んだガイダンスを保健省が地方公共団体に対し提供② ケア・マネジメントによるサービス決定について地方公共団体が自己評価を行うための情報を保健省が提供、などの方法により、利用者のニーズに対応したサービス提供契約の締結を推進する。

2. 社会的弱者を守る機能の強化

(CCSの設立による監査体制の整備)

サービスを必要とする者に対し適切なサービスが提供され、社会的弱者が十分に守られているようにするためには、監査体制の整備が重要である。しかし、コミュニティ・ケア改革により監査規定の整備や地方公共団体内の独立監査部門の設置などが行われたものの、現行の監査体制は不十分であり、独立性、包括性、整合性に欠けている。例えば、① サービスを購入する主体である地方公共団体が地方公共団体立レジデンシャル・ホームに対し監査をしても実効性が伴わず、監査の独立性に欠ける② 現行監査制度上は、地方公共団体がレジデンシャル・ホーム、地方保健当局がナーシング・ホームを監査しているため、ナーシング・ホームで提供される福祉サービスやレジデンシャルホームで提供される保健医療サービスについて包括的な視点からの監査が行われていない③ 在宅サービスや小規模入所施設の監査が行われていない④ 重複登録施設(1施設でナーシング・ホームとレジデンシャル・ホームの両方の登録を行っている施設)については、地方保健当局と地方公共団体の両方で異なる監査基準に基づく監査が別々に実施される場合があり事務が煩雑である、などの問題が生じている。

そこで、サービス提供主体の違いを問わず、在宅サービスおよび施設サービスの一元的な監査指導体制を確立するため、法律に基づく独立した監査当局としてCCS(Commissions for Care Standards: ケア基準委員会)を設置する。

CCSは福祉サービスの監査を行うために新設される組織で、各地方ごと(イングランドでは計8カ所)に設置される。各CCSには、委員長(保健大臣が任命)、運営委員会(地方公共団体、保健当局、サービス利用者、サービス提供者の代表などで構成)、監査チーム(福祉および保健医療の資格保有者による共同監査チームを構成)より構成され、手

数料収入に基づく独立採算性を基本にした運営が行われる。

CCSの監査対象は、レジデンシャル・ホーム、ナーシング・ホーム、児童ホーム、在宅福祉サービス、民間里親サービス、ファミリー・センター(入所施設)などである。入所施設は最低年2回の監査(記録の審査、面接、利用者の面接など)を受ける。その中でも特に監査対象に対する事前の「通知」なしの抜き打ち監査は、利用者の保護を守る観点からも重要である。また、監査結果に基づき、改善通知、訴追、登録廃止、施設閉鎖命令などの強制手続きについては厳格な運用を行う。

なお、レジデンシャル・ホームについては、地方公共団体立施設および定員4人以下の入所施設も新たに監査対象に追加される。また、現在監査の対象外とされている在宅ケアについては、利用者保護の観点からサービス提供団体の登録制度が導入され、登録済みの団体は監査対象(最低年1回)とする(地方公共団体が提供する在宅ケア・サービスを請け負うためにはサービス提供団体はCCSへの登録が義務付けられる。なお、クリーニングなどの直接ケア以外のサービスを提供する団体は登録対象外とし、デイケアなどは当面は対象から除外する)。サービス提供団体の登録基準については、①当該団体の長および管理者の適格性②サービス提供者の人事管理制度(採用、審査、記録、訓練など)③利用者への情報提供④サービスの質に関するプロセス(苦情処理、利用者満足度のモニター、ケア・スタッフの監督など)⑤運営方針⑥財政の健全性および保険、などを念頭に、今後、関係方面と協議して決められる。

監査の水準や内容については、現行では実施主体(各地方公共団体など)により異なる実態があるが、今後はCCSによる統一的監査が行われ、監査におけるばらつきが少なくなる。特に、監査の重要な基準については、国が全国統一的に設定することから全国的整合性が保障され、また、保

健福祉の両面からの包括的な監査がCCSのチームにより一元的に実施されることになる。

このほか、現行の利用者の苦情手続きの改善方策、改善命令でも解決できない場合に行われる登録取り消し命令に対する施設側の異議申し立て処理手続きの改善、施設に対する強制手続きの遵守方策などについては、CCSによる監査の制度化まで引き続き具体的な検討が行われる予定である。

3. 社会福祉マンパワーの水準の向上

福祉担当職員に関する問題点としては、①直接処遇職員の約8割が公的資格を持たず訓練も受けていないこと②医療関連職種との資格と異なり、福祉担当職員は行動規範基準がなく、学術団体による自主規制制度も実施されていないこと(なお、英国の国家資格制度の運用の仕組みは一般的に日本と大きく異なることに留意する必要がある)③現在のCCETSW(ソーシャルワーク教育訓練中央審議会、「セツワ」と略称される)を中心とする福祉分野の教育訓練は信頼を失っていること、などがある。

従って、福祉関係職員の教育訓練の充実を図るため、現在の社会福祉教育訓練担当機関であるCCETSWを廃止し、法律に基づく社会福祉教育訓練担当機関としてGSCC(General Social Care Council: ソーシャルケア一般評議会)を新設する。

GSCCは、評議員25名以内(保健大臣が任命し、評議員長は非専門家、その過半数は非専門家および利用者代表で構成され、各職種代表、サービス提供側の代表は過半数を超えない)と事務局(効率的な事務を行うために必要最小限の人数)により構成され、GSCCの運営方針は保健大臣の同意承認の下に決められる。GSCCの運営は、(ほかの学術団体と同様)登録者の会費制を中心に、GSCCが実施する各種サービス利用料収入や国庫補助金により運営される予定である。

GSCCの当面の主要な任務は、①利用者の視点に立った福祉担当職員の行動規範を綱領として

作成すること(全福祉担当職員が新綱領の遵守義務を負い、遵守しない職員は業務に就くことを認めないようにする)②利用者の自立支援サービスおよび援助サービスを提供するための職員の養成制度の確立(単に現在資格制度のあるソーシャルワーカー資格保有者だけでなく、直接処遇職員全体の養成制度が検討対象となるものであり、また、検討は教条主義的でない研究に基づくものでなければならない、としている)の2点である。

現在のソーシャルワーカー資格については、GSCCが登録管理を行い、ソーシャルワーカー資格の養成制度の見直しも早急に行う予定である。また、施設入所児童を扱うケアワーカーについては現在NVQ(国家職業資格)第3級取得が義務付けられているので、GSCCはその登録管理を行う予定である。さらに、今後、施設長について一定の教育訓練を実施した上で登録制度を導入することを検討する予定である。しかし、そのほかの福祉分野における新資格制度の創設については、現時点では必要性に乏しいとして否定された。

また、福祉担当職員の法律上の業務独占行為を認めることについても否定されたが、雇用上の法的制限を課すことは今後検討が行われる予定である。現在、精神保健・児童分野の一部の業務を担当する職員については特定の知識経験のあるソーシャルワーカー資格取得者を雇用するように制限が課されており、また、ナーシング・ホームの施設長は看護婦などを雇用するように制限が課されているが、ほかの入所施設の施設長についても一定の制限を課すことについては今後の検討課題とされた。

GSCCによる社会福祉担当職員の養成制度の一層の整備と並行して、社会福祉担当職員の訓練の一層の開発推進については新設の全国訓練機関(National Training Organization、「NTO」と略称される)が中心となって実施される予定である。社会福祉担当職員の訓練の開発推進に関連する諸問

題の検討については、保健省と全国訓練機関との共同シンポジウムの開催などの方法により、今後進められる予定である。

なお、教育訓練事業の推進に際しては、社会サービス近代化基金(6で詳述)の「訓練支援補助金」の活用が予定されている。

4. 関係部局間の連携の強化(自立促進志向型 で関連部局間の連携のとれたサービス提供)

関係部局間の連携のとれた福祉サービスが重要であることは言うまでもないが、現状は地域および個人により大幅なばらつきがあり、制度的な制約もあって十分な連携はとれていない。

労働党政権は、病院への入院を必要とする患者を減少させることを図る観点から、1997年冬より「ウインター・プレッシャー・マネー」と呼ばれる特別補助金を交付し、保健医療と福祉などの連携のモデル事業を積極的に進めてきた(このモデル事業には福祉施設拠点型、病院拠点型などのさまざまな事例があるが、一例としてはレジデンシャル・ホーム、デイ・センターなどを利用し、理学療法士、作業療法士、地区看護婦などのNHSスタッフと地方公共団体や民間団体のソーシャルワーカーなどの福祉スタッフが協力して、入退院前後の高齢者に対し短期・集中的にリハビリを実施し、入院・再入院患者の減少に実績を上げているケースが見られる)。また、現在提案・実施されているNHS制度改革の中でも、「健康改善計画」「プライマリー・ケア・グループ」など多くの事項において保健医療と福祉の連携を重視した対策が打ち出されている。本ホワイト・ペーパーでも、「保健医療と福祉の近代化(全国的プライオリティのガイダンス、1999年度から2001年度)」に基づく対策など、保健医療と福祉の連携のための対策が記述されている。

また、保健医療と福祉の連携を図るための提案文書である「パートナーシップ・イン・アクション」と題する文書が98年に公表された。これは計画作

成、サービス契約締結、サービス提供の各段階での保健医療と福祉の連携を図るためのものであり、①保健医療（地区保健当局またはプライマリー・ケア・グループ）と福祉（地方公共団体）の関係予算の共通統合管理を認める（保健医療福祉間の流用が認められる）ようにし、②保健医療サイドあるいは福祉サイドのどちらかに予算管理責任者を置き、保健医療と福祉の両面の予算管理責任を負うこととし、③利用者が統合された保健医療福祉サービスを利用できるようにする（例えば、保健医療サイドでも福祉サービスの提供ができるようにし、NHSトラストが主体となってホームヘルプを実施するなど認める）などを内容とするものである。このパートナーシップ・イン・アクションの計画については、99年にガイダンス・ペーパーの公表、2000年4月以降には老人保健福祉、知的障害などの一定の分野での実施が予定されている。

このほか、住宅、雇用、教育などの分野と福祉サービスとの連携についても強調されている。

5. 地方公共団体が提供する福祉サービスの質と効率性の向上

地方公共団体が提供する福祉サービスについては、これまでに述べたようなさまざまな問題があり、今後サービスの質と効率性を向上させるためには、上記の1の(1)のaを中心に詳述したように、目的志向的で改善が行われる仕組みを内包するようなサービス提供の枠組みを確立する必要がある。また、福祉関係予算の増加による財政面での裏付けも重要である。

一方、労働党政権は地方公共団体の行政機構および行政システムそのものの改善を検討しており、今後これらの改革が社会福祉行政に大きな影響を及ぼすことが予想される。1998年に公表された「(住民に密着した)近代的な地方政府」と題するホワイト・ペーパーでは、現在の委員会(社会福祉の場合は社会サービス委員会)中心の地方自治

システムから「首長と内閣」を中心とする地方自治システムへの移行のオプションを含む大胆な地方行政機構改革の方向性を打ち出し、また、今後の地方公共団体の業績改善の方法に関しても、ベスト・バリュー方式の本格的導入の方針を打ち出している(2000/2001年度から全分野に導入)。

本ホワイト・ペーパーで示されたさまざまな改善方策にはベスト・バリュー方式の考え方と整合するものが多いが、今後福祉分野におけるさまざまな施策および予算措置が地方公共団体で実際に執行される場合には、ベスト・バリュー方式にのって実施されることになる。

ベスト・バリュー方式の各プロセスの手順は以下の通りである。

- ① 地方公共団体は、地域でのニーズ調査なども踏まえ、サービスの質と効率性の両面における明確な業務改善目標を設定する。福祉分野においては、国の設定した全国目標に準拠して、社会福祉の明確な目標を確立するとともに社会サービス提供の具体的な期待水準を設定する。
- ② 地方公共団体は自らの活動に関し過去5年間の事業評価を実施する。
- ③ 地方公共団体は自ら行った事業評価、国などから提供される各種統計データなどを基に、具体的な業務改善目標を達成するための最も効果的な内容を記した地方実施計画を作成する。
- ④ 国は各地方公共団体の地方実施計画に基づく事業の成果について、毎年モニターを実施し業績評価を行う。また、従来実施している国の監査(保健省社会サービス監査局の監査や、監査委員会・保健省社会サービス監査局の共同監査)を強化した上で実施する。
- ⑤ ④に基づき業務改善措置が講じられる。例えば、評価が良い地方公共団体は顕彰し、ほかの地方公共団体も見習うよう情報交換が行われる。一方、評価の悪い地方公共団体につい

ては、期限を明示した改善計画の実施による改善、他の第三者による運営支援の受け入れ、重大な問題がある場合には行政権限をほかの団体に委譲する、などの措置を講じることが求められる。

6. 福祉関係予算の増加

現在、国から地方公共団体に交付される福祉関係予算は約90億ポンドに上る(イングランドの数字。以下同じ。なお、各地方公共団体当たりの平均は6千万ポンドになる)が、さらに一層の福祉サービスの改善を図るために、1998年7月には、99年度から2001年度の3年間に合計約30億ポンド(実質年平均3.1%増。経常支出および資本支出を含む)の追加予算を投入することを明らかにした。さらに、98年11月には、本ホワイト・ペーパーの改善事項を実施するための措置として、社会サービス近代化基金の創設が決定された。

この基金は総額約13億ポンドの追加予算措置により設立されるもので、今後3年間のうちに基金から支出される補助金の内訳は、①自立促進補助金に7億5千万ポンド(うち、「連携補助金」に約6億4700万ポンド、「予防補助金」に約1億ポンド)②児童サービス補助金に約3億7500万ポンド③精神保健補助金に約1億8500万ポンド④訓練支援補助金に約2千万ポンドである。

このうち、①の自立促進補助金の連携補助金は保健と福祉の連携のために用いられるものであり、リハビリ・サービスの充実、退院のアレンジの改善、危機的状況下での対処のための共同事業などに充当される。また、予防補助金は、自立を失う危険性のある状況下の者に対するサポートのため、地方公共団体による予防対策とリスク評価事業に充当される(例えば、冬に孤独で生活している高齢者、病院を退院して間もない者などの評価を行い、特別な自立支援サービスを実施することにより、病院への再入院や老人ホームなどへの入所を防ぐ

ような事業が該当する)。また、④の訓練支援補助金は各職種の資質向上のための訓練に充当される予定である。

III 労働党政権の福祉政策に対する基本的考え方

本ホワイト・ペーパーでも読み取れるように、労働党政権の福祉サービス提供の基本的考え方は、1970年代の旧労働党政権時代の考え方とは異なり、福祉サービスは公営であるべきであるとの考え方は採らず、また、前保守党政権のような極端な民活の考え方も採らない、いわば「第3のアプローチ」を進めることが明確にされている。すなわち、福祉サービスの提供主体は官民いずれにもこだわらないが、提供される福祉サービスは、その質と内容に重点を置き、自立促進の視点を踏まえ、個人のニーズに合った連携のとれたケアが全国公平に提供されることを担保されるようにすべきである、との考え方を基本に据えている。

本ホワイト・ペーパーでは、全編にわたって現時点で解決すべき問題点が数多く指摘されているが、これらの中には前保守党政権によるコミュニティ・ケア制度改革の欠陥や悪影響によるものも多い。しかし、保守党政権によるコミュニティ・ケア改革について、労働党政権は全面的に否定するわけではない。

例えば、コミュニティ・ケア改革で、福祉サービスの提供主体の多様化が図られ民間サービスを積極的に活用するようになったことにより、利用者のニーズによりきめ細かく対応したサービスの提供ができるようになったことについては一定の評価をしている。

これは、①サービス提供契約に基づき、サービスを「購入」し、利用者へ提供する仕組みを制度的に創設したこと②各地方公共団体では、全福祉サービスのうち民間団体運営の福祉サービスを購入する割合を大幅に高めることが、保守党政権下

で国から強方に指導されたこと、の理由により、地方公共団体が提供するすべての福祉サービスに効率化が求められるようになったことにより、コミュニティ・ケア改革以前の地方公共団体直営の硬直的なサービスでは提供できなかったサービスの提供が可能になったことに基づく。

また、本ホワイト・ペーパーで指摘された問題点は、英国の行財政制度の歴史的な事情や各地方レベルでの運営の問題などさまざまな要因に基づくものも多く、労働党政権にとっても、問題点のすべてが前保守党政権のコミュニティ・ケア制度改革によるものとは批判しきれない。

従って、労働党政権では旧保守党政権のコミュニティ・ケア改革を廃止することはせず、その根幹的部分を存続させた上で、コミュニティ・ケア改革が悪い影響をもたらすことのないよう、サービス提供の「公平性」と「質の向上」に重点を置いたあらゆる対策を講じようとしているものと要約できよう。

IV おわりに

本ホワイト・ペーパーは基本的方向性を示す性格のものであり、その内容については今後各方面の意見聴取を経た上で段階的に実施に移される予定である。労働党政権は、前保守党政権との違いを明確に打ち出す必要があるため、社会福祉分野に限らず多くの政策分野について問題点を洗い出し、考え得るあらゆる解決策を網羅的に示し、

議論を重ねた上で実行に移すというアプローチを取っている。本ホワイト・ペーパーの改革内容の中には大幅な法律改正を要するものや関係団体との調整を要するものが含まれており、今後の推移には相当の紆余曲折があることが予想される。

(平成11年1月投稿受理)

注

- 1) 本稿では社会福祉施策一般および高齢者福祉施策について重点的に述べることとし、要保護児童問題の関連施策については誌面の都合により説明を省略する。英国では要保護児童問題は極めてプライオリティの高い問題であり、前保守党政権時代に制定された児童法に基づき各種施策が行われており、本ホワイト・ペーパーでもこの問題の改善方策に関し一章が設けられている。

参考文献

- Department of Health. 1998. *Modernizing Social Services (Promoting Independence, Improving Protection, Rising Standards)*. Department of Health.
- Department of Health. 1998. *Modernizing Health and Social Services: National Patients Guidance 1999/20-2001/02*. Department of Health.
- Department of Health. 1998. *Partnership in Action*. Department of Health.
- 武川正吾・塩野谷祐一編 1999 『先進諸国の社会保障1 イギリス』東京大学出版会。
- 北村彰 1998 「英国労働党政権と高齢者福祉政策」『海外社会保障情報』第122号。
- 北村彰 1999 「英国医療制度改革の現状」『月刊けんぽ』2月号, 3月号。
- (きたむら・あきら ジェトロ・ロンドンセンター部長)