

英国の医療福祉サービスの動向と 官民関係（下）

伊藤 善典

はじめに

- I NHS改革の動向
 - 1 NHSの現状
 - 2 NHS改革の理念と経緯
 - 3 NHS改革の柱
 - 4 NHSの将来（以上、前号）
- II 高齢者福祉サービスの動向（以下、本号）
 - 1 高齢者ケアの現状
 - 2 ブレア政権の政策
 - 3 ケアホーム閉鎖の要因
 - 4 ケアホーム産業の将来
- III 医療福祉サービスにおける官民関係
 - 1 サービス提供における官民のシェア
 - 2 官民の役割分担の考え方
 - 3 官民関係の課題

II 高齢者福祉サービスの動向

1 高齢者ケアの現状

英国における高齢者ケアの体系は、表2のとおりである。在宅の場合、一般住宅又は高齢者用集合住宅で生活しながらのホームケア（ホームヘルプ）等の利用であり、施設の場合、ケアホーム入所か病院への入院となる。ブレア政権における政策の方向は、入所・入院ではなく、在宅サービスの利用、中間ケア施設やケア付き住宅の整備の促進であるが、中間ケア施設等はまだ少ない。ここでは、高齢者ケアの中核を占めるケアホームを中心として、ブレア政権の政策と高齢者福祉サービスの動向を見ていくこととする。

表2 ケアが必要な高齢者の生活の場

	一般住宅	高齢者用集合住宅		入所施設（ケアホーム）		老人病院， 精神病院
		シェルタード・ ハウジング	ケア付き住宅	レジデンシャル ホーム	ナーシングホーム	
生活	独立して生活（自炊等）			共同で生活（食事付き）		
ケア	必要に応じ，身体介助・看護			身体介助	身体介助，看護	医療
	個別供給			集会的供給		
費用	不動産所有又は賃借（ケア費用は全部又は一部自己負担）			入所費用は全部又は一部自己負担		NHSは無料
供給 主体	民間企業，住宅供給機関，自治体等			民間企業，慈善 団体，自治体	民間企業，慈善 団体	NHS，民間企業， 慈善団体
監督	全国基準，在宅サービス事業者に対する社会ケア検査委員会の監督			全国基準，社会ケア検査委員会の監督		全国基準，医療 委員会の監督
利用	36万人（ホームケア）			26万人	16万人	3万人

(注) 利用のうちホームケアは、Department of Health (DH), Community Care Statistics 2003-2004による2004年9月のある1週間にサービスを利用した世帯数（イングランド）。ケアホーム及び老人病院等は、Laing & Buisson, *Care of Elderly People UK Market Survey 2004*による2004年3月の利用者数（英国）。いずれも障害者を含む。

(1) 高齢者ケアの制度

ケアホームは、サービスの種類に応じ、ナーシングホームとレジデンシャルホームの2つに区分される⁽³³⁾。ナーシングホームは、常時看護を必要とする要介護度の高い者のための入所施設であり、宿泊、食事、身体介助等のほか、看護師による24時間の看護ケア（医療サービス）が行われる。NHSとの分野調整の関係から、自治体にはナーシングホームの設置は認められていない。他方、レジデンシャルホームでは、宿泊、食事、身体介助等は提供されるが、看護ケアはない。自治体は、高齢や虚弱によりケアが必要な者に対しサービスを確保する義務を有し⁽³⁴⁾、自ら提供するか手配をしなければならない。施設直営の義務はないが、過去に自治体直営施設が多数あったのはこのためである。

高齢者がケアホームに入所しようとする場合、料金については、全額自己負担が原則であるが、自治体から補助を受ける者は、今や民間施設入所者の6割を占めている⁽³⁵⁾。料金全額を負担することができる者は、自ら入所を申し込み、サービス内容等の交渉を行った上、契約を結ぶ。他方、自ら交渉したくない者や料金全額を負担することができない者は、自治体社会サービス部に申請し、介護ニーズの評価と資産調査を受ける。自治体は、高齢者の下にケアマネージャーを派遣し、ケアの必要性を評価する。入所が必要とされれば、施設を選択する。ケアマネージャーは、施設のリス

⁽³³⁾ 2002年、the Care Standard Act 2000が施行され、看護ケア又は対人ケア（身体介助等）を伴う宿泊を提供する施設は全てケアホームと定義された。ナーシングホームとレジデンシャルホームの法律上の違いは消滅したが、細かな違いは規則等で定められている。近年、自治体から委託を受けやすいよう、双方の機能を登録する施設が増加している。

⁽³⁴⁾ The National Assistance Act 1948による。

⁽³⁵⁾ Laing & Buisson, *Care of Elderly People UK Market Survey 2004*.

ト等を示し、試験的入所をアレンジして高齢者の選択を助ける。高齢者は施設を選択する法的権利を持つ。全ての施設が選択可能で、他の自治体にある施設でも差し支えない。施設が選択されると、ケアマネージャーと高齢者との間で、ケアの内容が合意され、ケアプランとして文書化される。自治体と選択された施設との間で委託契約が締結されたならば、自治体は当該施設に委託費を支払う。そして、自治体は、国の基準に従い、補助を受ける入所者の収入額と保有資産額（金融資産、不動産等）に基づいて支払い能力を評価し、それに応じた費用徴収を行う⁽³⁶⁾。

ケアホームの料金は、場所や施設により様々である。自治体直営施設では実際の運営コストに基づき設定されるが、民間施設では自由な設定が可能である⁽³⁷⁾。同じ施設内であっても、部屋の設備等により料金は異なる。他方、委託費の水準は、自治体と施設との交渉によって決まる。したがって、その水準が施設の実際の料金やコストよりも低い事態も生じ得る。委託費水準よりも高い料金の施設を選択する場合、その差額については、入所者が直接施設に支払う。なお、看護ケアはNHSサービスであり、その費用は、多くの場合、自治体がプライマリケア・トラストから受け取り、施設への支払いを代行している⁽³⁸⁾。

在宅サービス（ホームケア）の場合も、ニーズ評価等の手続きはケアホームと同じであるが、費用徴収については、基準がないため自治体によって様々である⁽³⁹⁾。

（２） 高齢者ケア産業の動向

今日では、営利施設が主流であり、高齢者及び身体障害者用ベッド全体の7割を占めているが、1980年代までは、自治体直営施設の割合が大きかった（図4）。以前は、自治体がレジデンシャルホームを建設、運営するのが主流であり、営利施設は裕福な高齢者が入所する小規模な長期滞在型施設にすぎなかった。

しかし、サッチャー政権の奨励策により、ナーシングホーム、レジデンシャルホームとも営利施設の数が増した。同政権は、財政支出を抑制するとともに、行財政運営に民間経営手法を取り入れ、効率化を図ろうとしたが、地方行政については、自治体の性格を、サービス供給主体（provider）から条件整備主体（enabler）に転換させるとともに、サービス確保に当たり競争入札の実施を義務付けた⁽⁴⁰⁾。公的部門はサービスを自ら提供するのではなく、住民が多様なサービスを確保できるよう市場の条件を整備し、監視役に徹するべきという考え方である。これに加え、民

⁽³⁶⁾ 現行の費用徴収基準では、資産保有額が12,250ポンド以下の場合、当該資産は無視され、収入のみが費用徴収の対象となり、個人的支出のための控除（週18.1ポンド）がなされた残りから費用徴収される。資産額12,250～20,000ポンドの場合、資産250ポンドごとに週1ポンドの収入があるものとみなされる。資産額20,000ポンド以上の場合、基本的には、施設と直接契約を結び、料金全額を負担する必要がある。

⁽³⁷⁾ Laing & Buisson, *Care of Elderly People UK Market Survey 2004*によれば、2004年3月の週当たり料金（英国平均）は、レジデンシャルホームでは個室349ポンド、相部屋328ポンドであり、ナーシングホームでは個室508ポンド、相部屋436ポンドであった。

⁽³⁸⁾ The Health Act 1999による柔軟化措置（NHSと自治体の共同事業化）による。

⁽³⁹⁾ 国のガイダンスによれば、高齢者の手元に一定額（所得補助水準の125%）以上の収入が残されるよう費用徴収額を決定すべきとされている。

間施設入所に対し国が補助を行ったため、ケアホーム産業は飛躍的に発展することとなった。

このような状況に対しては、在宅よりも施設入所が促進され、ケアの水準が低下した等の批判が生じたため、1990年代初め、コミュニティケア改革が行われた⁽⁴¹⁾。その内容を大きく分けると、1つはサービスの適切な確保に関する自治体の責任の拡大に関するもので、ケアの財源と権限の自治体への一元化、コミュニティケア計画の策定、ニーズ評価とケアマネジメントの導入である。もう1つはサービス供給主体の多元化と消費者主権の強化に関するもので、自治体組織のサービス購入部門と直営部門の分離、民間サービス購入の奨励、自治体直営施設に対する監査の導入、苦情処理手続きの導入である。これにより、ケアホーム入所の適正化が図られる一方、営利施設が更に拡大することとなった。

しかし、1990年代後半に入ると、NHS病床と自治体直営施設の定員減少が続く中、営利施設の増加も頭打ちとなり、全体のベッド数も減少を始めた。施設数についても、高齢者用レジデンシャルホームの場合、1997年、イングランド全体で約14,500であったが、2001年までの4年間で約1,000施設減少した⁽⁴²⁾。営利施設の減少が大きく、特に小規模な施設の減少が目立つ。英国には、自宅を改造して数人の高齢者を受け入れる零細なレジデンシャルホームが多数存在する。施設規模に対する規制がなく、以前は登録も必要なかったためである。夫婦で経営し、所有と経営が分離していないことが多く、経営環境が変化する中で、その数は急速に減少している。

営利事業者について見ると、2004年4月時点で大規模事業者（施設を3か所以上経営する事業者）の数は214であり、合併買収が活発に行われている⁽⁴³⁾。ナーシングホームでは、大規模事業者のシェアが増加するとともに、施設の大型化が進んでいるが、レジデンシャルホームの場合、高齢者が小規模で家庭的な雰囲気の施設を好み、看護ケアがない分規模の利益を生かせないため、営利事業者の取組みは消極的である。非営利事業者（チャリティ）については、1970年代以降、施設数は概ね横ばいである。自治体との関係は良好で、ベッド利用率は営利施設よりも高く、経営は比較的安定している。営利事業者と異なり、大規模事業者の多くはレジデンシャルホームを経営している。

なお、ホームケアについては、従来自治体の責任で非営利部門との協力により提供されてきたサービスである。1993年、利用時間数全体に占める自治体直営サービスの割合は95%であったが、コミュニティケア改革後、急激にその割合が縮小し、2003年には34%となった（図5）。現在、小規模な営利事業者が大半を占めている。

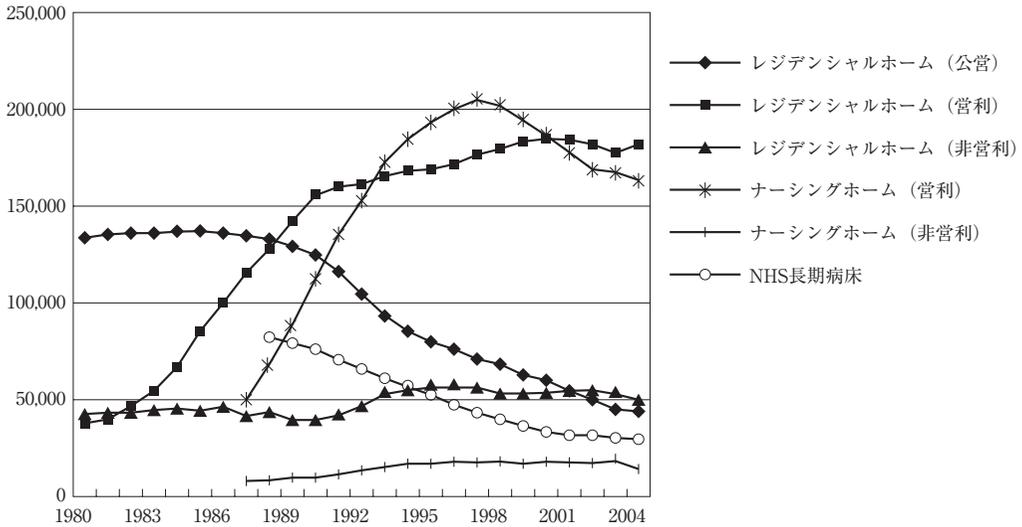
(40) 強制競争入札では、自治体がある業務を行おうとする場合、入札を実施する必要があるが、自治体が直営で行いたいと考えるならば、その部門も同じ基準で入札に参加し落札しなければならない。落札できなければ、当該部門は廃止となる。この制度に対しては、コスト削減を重視し、サービスの質が疎かになったとの批判が強く、メジャー政権は市民憲章（Citizen's Charter）を制定した。市民憲章は、公共サービスの達成すべき目標水準を明らかにした上で、コスト最小化を図るものである。

(41) The National Health Service and Community Care Act 1990による。

(42) DH, *Community Care Statistics 2001, Residential Personal Social Services for Adults, England*.

(43) Laing & Buisson, *Care of Elderly People UK Market Survey 2004*.

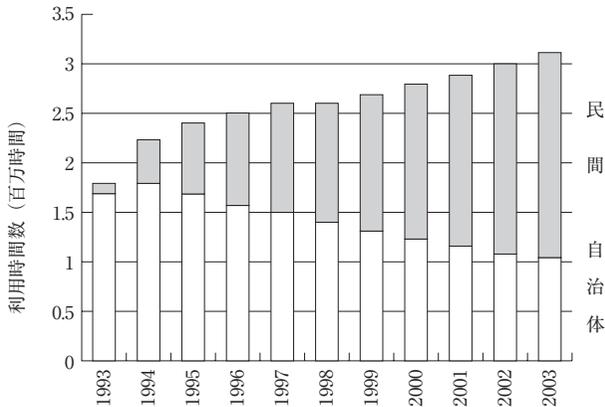
図4 高齢者、慢性病患者及び障害者のためのケアホームのベッド数及びNHS長期病床数の推移（英国）



(資料) Laing & Buisson, *Care of Elderly People UK Market Survey 2004*, 表2.2により作成。

(注) NHS長期病床には、老人病床、老人精神病床、若年障害者用病床を含む。

図5 ホームケアの利用動向（イングランド）



(資料) DH, *Community Care Statistics 2003, Home care services for adults, England*.

2 ブレア政権の政策

コミュニティケアに関するブレア政権の理念は、自立の促進、利用者中心、地域格差の是正等であるが⁽⁴⁴⁾、保守党政権の政策は、概ねブレア政権に引き継がれた。メジャー政権末期に公表された「社会的ケア白書」⁽⁴⁵⁾には、サービスの規制と購入の分離、全国基準策定等規制強化、ダイ

(44) DH, *Modernizing Social Services*, 1998.

(45) DH, *Social Services: Achievement and Challenge*, 1997.

レクト・ペイメント (Direct Payments) の高齢者への拡大, 自治体直営サービスの原則禁止が盛り込まれたが, 最後の事項以外はブレア政権下で実現された。

自治体直営サービスに関しては, 2000年, 自治体の反発に配慮し, 強制競争入札を廃止して, ベスト・バリュー (Best Value) を導入した。これは, 最も経済的で効率的, 効果的な手段を用い, サービスのコストと質の双方に配慮してサービス提供に努めることを自治体に義務付ける制度であり⁽⁴⁶⁾, 民間とのパートナーシップにも配慮する。自治体は, サービス水準の目標達成のため業務を点検し, サービス直営よりもよい選択肢があれば, 業務廃止, 外部委託等を行うことが求められる。自治体直営を否定するものではないが, 一般に自治体直営施設のコストは民間施設よりも高いため, その閉鎖や外部委託を促すこととなった。高齢者サービスの提供における民間部門に対する見方は医療サービスと同じであり, 提供主体の性格は問題にならない。

サービス利用に関しては, 負担軽減のため看護ケアを無料化するとともに, 利用者の選択と自立の拡大を図るためダイレクト・ペイメントを重視している。また, サービスの質の向上と格差是正を図るため, 全国最低基準を策定し, 監視体制を強化した。

なお, ブレア政権は, 医療や教育には重点的な予算配分を行っているが, 高齢者ケアにそれほど力を入れているわけではない⁽⁴⁷⁾。NHS改革が最優先で, NHS病床を高齢者から開放し, 待機リストを削減する観点から, 制度改革が検討される傾向にある。これまでの主な政策は, 次のとおりである。

(1) 看護ケアの無料化

ブレア政権は, 発足するや否や「高齢者の長期介護に関する王立委員会」を設置し, 入所ケアの費用負担のあり方について検討を行った。当時, 多くの高齢者がケアホーム入所に際し持ち家を売却せざるを得ないことが社会問題となっていたためである。王立委員会は, 1999年に報告をまとめ, 費用徴収対象となる資産保有額上限を引き上げるとともに, ケアの費用を看護ケアコスト, 対人ケア (身体介助等) のコスト, ホテルコスト (住居, 食事等) に分類し, 看護ケアと対人ケアの無料化を提案した。しかし, 政府は, 財政的観点から, 看護ケアのみNHSサービスとして無料化することとし, 対人ケアの無料化を拒否した⁽⁴⁸⁾。また, 資産保有額上限についても, 大幅引上げではなく, 高齢者の退所 (死亡) 時まで住宅資産の売却を猶予する措置を講じた。これらにより, 高齢者の負担は一部軽減されたものの, 無料の看護ケアと有料の対人ケアの明確な区分は難しく, 自治体

(46) 自治体は, サービスの現状について評価指標により自己評価を行い, 5年後の目標を設定。期間終了時, 自治体監査委員会の監査結果により, 各自治体のサービス水準に格付けがなされ, 公表される。優れた自治体には地方税率変更権等が付与され, 改善のない自治体には担当省庁が改善計画の提出等を求める。

(47) 2004年歳出見直しによれば, NHS予算は2007年度まで実質年平均7.2%増加するのに対し, 社会サービス予算は実質年平均2.7%の増加である。

(48) 看護ケアの無料化は2001年から実施され, サービス提供者に対する費用支払いについては, イングランドでは, 介護度に応じて3つの支払い群 (2004年4月～ 高度週125ポンド, 中度週77.5ポンド, 軽度週40ポンド) が設定されている。なお, イングランド・ウェールズは看護ケアのみ無料化したが, スコットランドは, 対人ケアまで無料化したため, 現在それに伴う財政負担が問題となっている。

やケースにより負担の不公平が生じていることが指摘されている。

（２）ダイレクト・ペイメントの拡大

ダイレクト・ペイメントは、ニーズ評価により在宅サービスが必要とされた利用者に対し、サービスのパッケージを現物給付する代わりに現金を支給し、利用者がヘルパーの雇用等サービスの購入・管理を自ら行う制度である。保守党政権下、利用者主権と市場を通じたサービス提供の拡大を図る観点から障害者に導入された⁽⁴⁹⁾。ブレア政権も、利用者選択を拡大し、自立を促進する観点からこれを重視し、2000年、高齢者に適用を拡大した。しかし、今のところ、自治体の消極的態度、手続きの煩雑さ等のため普及が進んでいない⁽⁵⁰⁾。また、ホームケア事業者と異なり、高齢者が直接雇用する者に対しては規制もない。現在、保健省は、ダイレクト・ペイメントの普及に向けた方策について検討を行っている。

（３）全国最低基準の制定と監視体制の強化

2002年、ケアホームに関する全国最低基準が施行されたが⁽⁵¹⁾、特に構造基準の変更がケアホーム業界に大きな影響を及ぼした。基準の変更はサービスの質向上が目的であり、全室トイレ付き個室化、部屋やドアのサイズの変更、浴室数の増加等を内容とする。これに対し、業界団体は、大幅なコスト増を招くとして激しい反対運動を展開した。実際にもケアホームの閉鎖が相次いだため、保健省は譲歩し、新設施設には適用するが、既存施設に対しては「望ましい基準」に止めることとした。ただし、将来これに如何に合致させていくかについて、入所者に情報提供を行うことを義務付けた。

また、サービスの購入主体と規制主体を分離し、監視体制を再編成した。2000年、自治体とNHSからそれぞれレジデンシャルホームとナーシングホームに対する監査権限が委譲され、全ての民間社会サービスの監督を行う全国ケア基準委員会が設立された。さらに2004年には、これとNHS監査機関等が再編成され、社会ケア検査委員会（Commission for Social Care Inspection, CSCI）が設立された⁽⁵²⁾。これにより、NHS、自治体、民間を通じた全ての社会サービスの提供・委託について、一つの全国機関が監視を行う体制が整備された。CSCIは、各施設・事業者の監査を行うほか、自治体社会サービス部の業績評価を行い、格付けを公表している。

なお、ホームケア事業者についても、2003年、全国最低基準が策定され、CSCIへの登録が義務付けられることとなった。

(49) The Community Care (Direct Payments) Act 1996による。

(50) CSCIによれば、2003年9月末、利用者数は12,585人であり、そのうち高齢者は1,899人である。

(51) The Care Standard Act 2000により、全国最低基準のほか、全国ケア基準委員会設立、ケアホームの定義見直し、自治体直営施設に対する規制強化等、ケアに対する規制の枠組みが整備された。

(52) The Healthcare and Social Care (Community Health and Standards) Act 2004 による。

(4) 早期退院及び在宅ケアの促進

医師が退院を許可したにもかかわらず、受け皿のない高齢者等がNHS病床を占領しているため、一般患者の入院待機につながっている現象をベッド・ブロッキング (bed blocking) と呼ぶ⁽⁵³⁾。2000年の全国病床調査によれば、NHS急性期病院の入院延べ日数の6割以上は高齢者によって占められており、代替施設が存在すれば、その2割が不要になるとされる⁽⁵⁴⁾。

保健省は、NHS改革の一環として早期退院を促す措置を講じてきたが、中間ケア施設の整備はその中心に位置付けられる。中間ケアは、不必要な入院や施設入所に至らないよう、リハビリ等を積極的に行い、在宅復帰を促すことを目的とする。中間ケア施設の整備は2000年策定のNHSプランに盛り込まれ、2001年には全国サービス枠組みが公表された⁽⁵⁵⁾。

また、2004年から、高齢者等の退院に遅れが生じ、自治体が在宅・施設サービスを用意できなかったことがその理由であるとみなされる場合、自治体に対し、その遅れのためにNHS病院が追加的に負担することになる費用を補償することが義務付けられた⁽⁵⁶⁾。法案審議の過程で自治体側が激しく抵抗したため、保健省は、自治体に対し受け皿づくりを支援するための補助を行っているが、このような制度では、高齢者等の真のニーズと異なるサービスが提供されるおそれがあり、サービスの選択権を侵害しているとの指摘もある⁽⁵⁷⁾。

3 ケアホーム閉鎖の要因

近年増加している民間ケアホームの閉鎖に関する調査⁽⁵⁸⁾によれば、その主たる要因は委託費水準の低さであり、これが全国最低基準実施等のコスト増要因と結びついて、利益確保の展望が見出せないということである。現在、人口構造の変化等を背景にケアホームの定員が過剰状態にあるため、自治体が施設の経営安定に配慮する必要がないことも背景にある。また、零細施設では、引退、配偶者の死亡等経営者の個人事情の変化も閉鎖の契機となりうるが、最近の資産価格の高騰は、将来性のない事業から撤退し、施設を売却した方がよいと判断する一つの要素となっている。なお、自治体直営施設の場合、ベスト・バリューと全国最低基準への適応困難が主たる要因とされる。

(1) 自治体との契約交渉

ケアホームの運営に死活的影響を及ぼすのが自治体が支払う委託費の水準である。自治体と民間施設との契約交渉は、各地域ごとに、自治体と事業者団体との間で行われることが多い。ある研究

(53) 保健省によれば、退院が遅れている75歳以上のNHS患者数は、2000年3月5,431人と推計されていたが、2003年末時点では2,002人に減少した。

(54) DH, *Shaping the Future NHS: Long Term Planning for Hospitals and Related Services*, 2002.

(55) 保健省によれば、中間ケア病床数は、1999年度4,242床であったが、2003年度には8,697床に増加した。

(56) The Community Care (Delayed Discharges) Act 2003による。患者の退院に当たり、自治体は2日以内に状況を評価し、適切なケアのパッケージ（在宅又は施設）を調整する必要がある。NHSへの補償料金は、1人1日当たり100～120ポンドである。

(57) *British Medical Journal*, 3 January 2004.

(58) Personal Social Services Research Unit (PSSRU), *Care Home Closure: The Provider Perspective*, 2002.

によれば、全国最低基準に合致し、効率的運営を行う施設における資本コスト等を含めた合理的コストと実際の委託費との差額（2003年度）は、ナーシングホームで週127ポンド、レジデンシャルホームで週83ポンドであるという⁽⁵⁹⁾。

厳しい契約交渉の背景には、自治体の財政難がある。その資金不足のため、ニーズ評価の厳格化、評価期間の長期化等のほか、委託費支払いの頻繁な遅れが見られ、要介護度の高い者をナーシングホームではなく、コストの低いレジデンシャルホームに入所させる傾向が指摘されている。また、ケアマネージャーが高齢者を自治体直営施設に誘導している、直営施設の契約は民間よりも有利な条件になっているとの指摘もある⁽⁶¹⁾。

社会サービス予算は、労働党政権発足以来、実質的に増加してきた。ただし、財源の大半は、我が国の地方交付税に当たる歳入援助交付金（Revenue Support Grant）として自治体に交付され、自治体の裁量で用途を決めることができる性格のものである。支出内訳については、ケアホームへの補助が半分を占める高齢者サービスが最も大きいものの、児童サービスに財源を奪われがちである（表3）。

2001年、保健省は、高齢者ケアに関し自治体と民間事業者との間で合意されるべき協定の雛型を明らかにした⁽⁶¹⁾。これは、長期的な協定締結が施設経営の安定を確保する上で重要であるとの認識の下、自治体と民間が対等の立場でパートナーシップを構築するよう促すものである。自治体は、価格と質の双方を考慮するベスト・バリュアの観点から、施設コストに関する情報収集を行うことが必要であるとされた。また、2002年、ミルバーン保健相は、自治体への交付財源の増額に際し、高齢者サービスの改善に使用されるのが適当である旨を表明し⁽⁶²⁾、これによってケアホームの委託費引上げも可能になると強調した。

しかし、自治体の社会サービスにおける主要な関心事は、貧困、虐待等児童保護に関することである。予算を増加させる場合の優先順位は、通常、児童サービスよりも低い。ましてやケアホーム業界が求める委託費引上げについては、高齢者サービスの中でも更に優先順位が低い状況にある。業界団体は、ケアホーム財源の用途限定補助金化を要請しているが、保健省は、自治体には十分な予算を配分したのであって、地域の実情に合わせてどうするかは、自治体自身が決めるべき事柄であるとしている。

（2） コストの増加

一般にケアホームは利益水準が低く、引当金もほとんど持っていない。小規模事業者の場合、利益水準に対する見通しが厳しく、銀行借入れも難しいため、大きなコスト増要因が生ずれば、事業からの撤退は不可避となる。全国最低基準は、既存施設には強制されず、「望ましい基準」とされ

⁽⁵⁹⁾ Joseph Rowntree Foundation, *Calculating a fair price for care: A toolkit for residential and nursing care costs*, 2004.

⁽⁶⁰⁾ 高い委託費、ブロック契約（実際の入所者数ではなく、ベッドの枠を購入する契約）など。

⁽⁶¹⁾ DH, *Building capacity and partnership in care: an agreement between the statutory and independent social care, health care and housing sectors*, 2001.

⁽⁶²⁾ DH, Press release, 23 July 2002.

たが、自治体には、質の低い施設への委託を減らそうとする動きがある。基準に合致させるため施設改修を行おうとすると、多大な費用がかかり、現在の委託費水準では経営が成り立たない。特に零細施設の場合、基準への適応は困難である。

人件費コストの増加も、施設閉鎖の大きな要因である。現在、景気の持続的拡大を背景として労働力不足が続いているが、ケアホーム業界では、他と比較して魅力ある給与が支払えず、職員の採用定着が難しい状況にある。また、ブレア政権は、最低賃金制度を導入し、年々引上げを行っているが、ケアホーム産業では人件費比率が高く、影響は大きい。

表3 自治体の社会サービス支出（2002年度、イングランド、%）

[社会サービス支出の対象別内訳]

高齢者	児童	障害者	全体戦略	その他	計
39.3	26.9	28.1	0.5	5.1	100

[高齢者サービス支出の内訳]

ケアマネジメント	入所サービス	ダイレクト・ペイメント	在宅サービス等	計
12.2	53.4	0.2	34.1	100

(資料) DH, *England total gross and net personal social services expenditure by council with SSMSS costs attributed to each service, 1994-95 to 2002-2003* により作成。

(注) 1. 支出額は、サービス受給者からの費用徴収分を控除したネット。

2. 全体戦略とは、登録・検査、苦情処理など。

4 ケアホーム産業の将来

ケアホーム閉鎖の要因は、競争原理の導入等行財政運営の効率化が進められる一方、事業者にはサービスの質の向上が求められ、非効率な小規模施設が存続できるだけの利益が出なくなったということである。今後高齢化の進行に伴い、緩やかな需要増が見込まれるものの、現在、全国的に見ればケアホーム市場は供給過剰の状態にあり、また、政策の方向は在宅サービス、ケア付き住宅、中間ケア施設の整備促進による高齢者の選択肢の拡大であるため、政府にはケアホームの経営安定を図ろうとする姿勢は見られない。また、委託契約締結は自治体のサービス購入活動の一環であること、無差別の引上げは質の悪い施設の温存につながることから、保健省が自治体に対し施設経営への配慮を期待することはあっても、指導しようという姿勢はない。急激な閉鎖の増加は好ましいことではないが、基本的には市場に任せ、サービスの質向上を求める動きに対応できない施設が淘汰されるのはやむを得ないと考えているのである。

ただし、過剰能力削減が進行した結果、民間施設の定員充足率は2004年3月時点で9割を超えており⁽⁶³⁾、一部地域では需給が逼迫しつつある。これらの地域では、施設の場所等に関する選択肢が狭められ、閉鎖施設から同一地域内の他の施設への移動も難しくなっている。また、退所を迫られた高齢者が訴訟を起こすケースも見られる。

民間事業者側では業界団体設立など交渉力の強化に努めるとともに、委託費の水準が不当に低いとして自治体を訴えるケースが目立つ。過度に低い委託費は、ベスト・バリュエだけでなく、競争

(63) Laing & Buisson, *Care of Elderly People UK Market Survey 2004*.

法にも反すると解されており、民間事業者は、独占的地位の濫用による不公正取引であるとして自治体を訴えることが可能である。しかし、逆に保健省は、委託費引上げを勝ち取るため入所者の受入れを拒否するような行動に対し、カルテル行為は許されないと厳しく警告している⁽⁶⁴⁾。

結局、ケアホーム事業者が生き残るためには、施設規模の拡大、業態の転換（中間ケア施設、ケア付き住宅等）、サービスの差別化（認知症対応、高級化等）に取り組むことが必要と考えられている。

Ⅲ 医療福祉サービスにおける官民関係

1 サービス提供における官民のシェア

これまでNHSと高齢者ケアを取り上げ、市場機能活用との関わりを中心に見てきたが、最後に、他の分野を含め、医療福祉サービス全般における官民関係について、ブレア政権の考え方と課題を整理することとしよう。

表4は、主要サービスの提供における官民シェアについて、官の割合が大きい順に並べたものである。ここで公的部門とは、NHS又は自治体が直接サービスを提供する場合であり、営利部門とは、利用者と直接契約し又は公的部門から委託を受けてサービスを提供する民間企業や個人である。この表からわかるように、主要サービスにおける公的部門の代替は、非営利部門ではなく、営利部門である。公的部門の縮小部分を埋めるように営利企業が参入している。障害者サービスを除くと、非営利部門の割合は小さい。

医療分野では、無料サービスを提供するNHSの存在が大きく、精神障害者や学習障害者の看護ケアも医療サービスの一環であるため、NHSの割合が半分を占めている。歯科の場合もNHSの割合は同様であるが、一般医療と異なり患者負担の割合が大きく、また、NHS診療に従事する歯科医師が不足しているため、患者は自費で民間診療所に行く傾向にある。

他方、高齢者や障害者に対する福祉サービスについては、民間奨励策が講じられてきた結果、自治体直営の割合は小さくなった。ホームケアの場合も、近年急激に営利部門の割合が拡大しており、いずれ民間がほとんどを占めるようになると予想される。デイナースリー⁽⁶⁵⁾については、最近まで政府が保育サービスに力を入れて来なかったため、ほとんどが営利部門によって提供されている。福祉サービスは、医療サービスと異なり、支払能力に応じた補助があるにせよ、利用者による全額自己負担が原則であり、官と民、営利と非営利のいずれを選ぶかは、支払能力、サービスの内容、利便性等による。料金は、一般には、営利、非営利、公立の順に高い。障害者サービスの場合、伝統的に非営利部門が一定のシェアを占めているが、高齢者や児童に対するサービスのように、利用者によって一定の支払能力があり、ニーズが多様なものについては、営利企業が活躍する余地が大きいと言える。ブレア政権も、営利企業については、公共サービスに革新性、専門性、効率性をもたらす主体として高く評価している。

⁽⁶⁴⁾ タイムズ（2003年10月3日）による。

⁽⁶⁵⁾ 我が国の保育所に似た施設。入所要件（保育に欠ける等）はなく、保育日数や時間帯は個別契約による。

表4 医療福祉サービス供給における官民シェア (%)

	公的部門	民間部門	
		営利	非営利
①急を要さない医療処置 (1997年度, 件数)	87 (N H S)	13	
②学習障害者ナーシングケア (2002年, 定員)	55 (N H S)	27	17
③精神障害者ナーシングケア (2002年, 定員)	51 (N H S)	39	10
④一般歯科医療サービス (2002年, 医療費)	49 (N H S)	51	-
⑤ホームケア (2003年, 利用時間)	34 (自治体)	66 (多くが営利)	
⑥高齢者等レジデンシャルホーム (2004年, 定員)	15 (自治体)	66	19
⑦学習障害者長期レジデンシャルホーム (2002年, 定員)	12 (自治体)	51	37
⑧精神障害者レジデンシャルホーム (2002年, 定員)	8 (自治体)	56	36
⑨デイナースリー (2004年, 定員)	5 (自治体)	87	8
⑩高齢者等ナーシングホーム (2004年, 定員)	-	91	9

(資料) ⑤はDH, その他はLaing & Buissonの各種資料により作成。

(注) 1. ①はイングランド・ウェールズ, ②, ③, ⑤, ⑦, ⑧はイングランド, ④, ⑥, ⑨, ⑩は英国。

2. ②, ③のうち, NHSはNHS病院, 民間部門は非急性期ナーシングホーム。

3. ⑤には, 家事援助や身体介助が含まれているが, デイケア, 給食, 交通, 福祉用具のサービスは含まれていない。ダイレクト・ペイメントによる場合も含まれていない。

4. ⑥, ⑩には身体障害者施設を含む。

2 官民の役割分担の考え方

ブレア政権のサービス提供主体に対する考え方は, 官か民か, 営利か非営利かが問題ではなく, 価格と質の面でバリュー・フォー・マネーが達成できさえすればよいというものである。オールド・レーバーは, 官が全てであり, 非営利であっても無視又は敵視の対象とした。サッチャー政権は, NHSには手をつけなかったものの, 民が全てであった。

サッチャー政権による市場原理の導入と民間部門の活用は, 基本的には, ブレア政権に引き継がれた。ブレア首相やその側近は, 政府の役割はサービスの直接提供ではなく, 市場機能を健全に発揮させるための条件整備であると言う。ただし, 市場原理主義ではなく, 利用者による選択を前提としつつ, サービスの質や利用機会の平等に留意して, 基準策定や監視, 低所得地域でのサービス確保等に力を入れている⁽⁶⁶⁾。例えば, 市場における患者の情報不足の問題は, 医療内容の標準化, 規制と監視の強化, 定額払い化等により, かなりの程度解決することができると考えられている。また, 保育サービスでは, 保護者の自由な選択に資するため, 国の監視機関(教育基準局)が監査を行い, その結果と格付けを公表する一方, 貧困地域では自治体による施設整備を支援している。

民間部門の活用方法については, 保守党政権では, 国有企業民営化, 価格重視による民間委託, 公共サービスからの適用除外等であったが, ブレア政権では, 官民パートナーシップ(Public Private Partnership, PPP)に基づくPFIと民間委託が中心である。

PPPは, 公共サービス提供に当たり, 民間部門の独立性に配慮しつつ, 官民が共通の目標達成に向け協力し, 持ち味を補完し合うことにより, 単独で対応するよりも大きな成果を得られるという

⁽⁶⁶⁾ 福祉サービスにおける国と自治体の役割分担については, 国は全国基準策定と監視を行い, 自治体は地域サービスの確保(サービスの購入又は直営, 利用者への情報提供等)と整理されている。

考え方である。PFIでは、民間から追加投資、専門性や革新性、市場の規律がもたらされる一方で、政府が事業への関与を続けるため、サービスの質を確保することができる」と説明される。民営化は、株式売却により、もはやサービスが政府の仕事でなくなることを意味するが、PFIは、公共サービスの提供に際し、民の力を借りるということである。他方、保健省と民間病院協会、自治体とケアホーム団体との協定は、民間委託におけるPPPの具体化であった。1998年に政府とボランティアセクター（チャリティ、社会企業等）が合意したコンパクト（Compact）⁽⁶⁷⁾も、ボランティアセクターを政府の対等なパートナーと位置付け、委託条件等に関し対話と協力を行うことを定めている⁽⁶⁸⁾。ただし、PPPは護送船団方式を意味するものではなく、市場競争の結果については冷徹である。

3 官民関係の課題

現在、医療福祉サービスにおける官民関係については、次のような課題がある。

第一に、官民の役割分担の明確化と安定化である。ブレア政権は、NHS市場を民間部門に開放し、その15%を民間部門に配分するという明確な目標を設定したため、民間部門も投資計画が立て易くなった。しかし、NHSは政治の動きに翻弄されやすいため、政権交替が生じた場合、再び市場が縮小する可能性がある。

第二に、官民の競争ルールの明確化である。NHSの場合、民間活用を含め、権限を委譲された地域組織が合理的経営を行うことが期待されているが、中央集権的で不透明な部分も多く残っており、NHS病院が民間病院との競争に敗れ、経営が破綻した場合の対応も不明確である。他方、ケアホーム市場の場合、競争原理が徹底されているものの、自治体直営施設と民間施設との競争条件については、理念と異なり、同等でないケースが見られる。

第三に、委託価格に関する考え方の確立である。医療市場ではNHSが独占的購買力を有し、ケアホーム市場では、補助を受ける高齢者が増加する中で、自治体の交渉力が強まった。医療サービスでは、保健省が適正利益の確保等に配慮した全国価格を定め、価格ではなく質や量による競争に移行しつつあるが、福祉サービスでは、厳しい財政状況を背景に、官が民に一方的な価格を押し付けがちであり、真の官民パートナーシップを実現するためには、合理的なコストや適正な利益水準に対する合意形成が必要となる。

第四に、公的部門の経営管理能力と民間部門の受託能力の強化である。NHSでは、急激に改革が進む中で、組織運営や民間企業との契約交渉を適切に行うことのできる有能な人材の不足が明らかとなった。他方、福祉サービスの場合、貧困地域での特定集団に対するサービスなど営利企業が参入しにくい分野では、自治体が直営しなければ、ボランティアセクターに委託することになるが、その受託能力を高めるためには、事業資金の調達、経営者の育成、労働力の確保等に対する支援が

⁽⁶⁷⁾ HM Treasury/Working Group on Government Relations, *Compact on Relations between Government and the Voluntary and Community Sector in England*, 1998.

⁽⁶⁸⁾ 公共サービスの民間委託の増加に伴い、ボランティアセクターが国や自治体からの委託事業に依存しすぎると、その独立性・独自性が脅かされ、長所が失われてしまうとの懸念が生じたことが背景にある。

必要となる。

これと関連して、最後に、サービス提供主体の問題について触れておきたい。近年、コミュニティの利益に資することを目的とし、商品やサービスの取引など営利企業の手法を活用して事業を行う社会企業（social enterprise）に対し、新たな公共サービスの担い手としての期待が高まっている。ブレア政権は、社会企業を含むボランティアセクターについて、コミュニティの多様なニーズに応じた先駆的なサービスを提供できるという特徴から、これを活用することにより、公共サービスの改善に資することができるかと期待する。政府は、2004年末、社会企業による法人格取得を容易にするため、「コミュニティ利益会社（Community Interest Company）」を創設した。これは、株式発行と一定範囲内での配当を認めるなど、資金調達が容易な営利企業と社会目的を持って事業を行う非営利法人の特徴を結合させたものである⁽⁶⁹⁾。他方、NHS改革は、国でも自治体でもない、コミュニティが所有するファウンデーション・トラストという新たな法人格を創り出したが、このモデルは他の公共サービス分野でも有効であるとの指摘がある⁽⁷⁰⁾。

今後、分野によっては、営利と非営利の融合が進むとともに、コミュニティに根ざした組織が一定の地位を占めるようになる可能性があり、サービス提供主体は更に多元化していくものと予想される。(完)

(いとう・よしのり 日本貿易振興機構ロンドンセンター)

(69) 日本貿易振興機構ロンドンセンター「英国におけるボランティアセクターの資金調達に関する調査報告書」2005年を参照されたい。

(70) Institute for Public Policy Research, *In the Public Interest? Assessing the potential of Public Interest Companies*, 2003.