

Title	高齢者長期ケア政策の動向と実績に関するスウェーデン、英国、日本の比較研究
Author(s)	黒田, 研二; 馬場, 寛; バトラー, ジョン; 吉原, 雅昭
Citation	社会問題研究. 1999, 49(1), p.45-67
Issue Date	1999-12-24
URL	http://hdl.handle.net/10466/6815
Rights	

高齢者長期ケア政策の動向と実績に関する スウェーデン、英国、日本の比較研究

黒田研二*、馬場寛^{2*}、ジョン・バトラー^{3*}、吉原雅昭^{4*}

要 約

1980年代から90年代にかけて先進国ではあいついで高齢者ケアの政策転換をはかってきている。日本の今後の高齢者ケアの制度的方向付けを検討するうえでも、他の先進国の介護政策の動向と実績の評価は重要なテーマである。1997年にスウェーデンにおいて、1998年に英国において高齢者ケアの調査を行い、日本を含めた3カ国の比較を行った。スウェーデンでは、エーデル改革（1992年）により、病院病床の減少に拍車がかかり、高齢者ケアの改革のあとも、知的障害者、精神障害者の医療とケアの領域で、同様の改革が推し進められてきていることが印象的であった。英国では、コミュニティケア改革と併せて行われたNHS改革（1992-1993年）によって、病院医療に対する費用支払い方法が変更されるとともに、病院医療の効率化（病床数の減少）が一層進行していた。両国とも、長期ケアを必要とする高齢者や精神障害者のための病院病床数の削減に呼応して、ナーシングホームなど従来の病院機能を代替するホームの定員数を増加させていた。これらの代替ホームは両国とも、日本に比べて小規模であり、しかも個室を多く取り入れるなど、居住性を高めていることが特徴である。

3カ国の人口万対医療機関病床数を比較すると、スウェーデン51.7（1994年）、英国イングランド42.1（1995年）に比べて、日本では151.9（1996年）で、3

*大阪府立大学社会福祉学部、教授

^{2*}スウェーデン、ストックホルム・ベリングビー区高齢者在宅ケア責任者

^{3*}英国ケント大学、教授

^{4*}大阪府立大学社会福祉学部、講師

倍ほど多かった。一方、日本は病院に替わる高齢者入居施設、あるいは在宅ケアサービスが圧倒的に少ないという結果が改めて浮き彫りにされた。介護保険制度は、病院という社会資源の一部を介護施設に指定し、費用も介護保険制度から支払われるように変更することで、将来的に病院病床を病院以外の介護施設へと誘導する政策につながる可能性を有している。しかし日本の介護施設は、入所定員の規模は大きくかつ個室の普及は遅れており、一般住居の代替ホームとしてのアメニティをそなえているとはいえない。日本においても、虚弱・要介護高齢者のための質の高い一般住居の代替ホームを作り出していくことが高齢者施策の課題のひとつであろう。

I. 緒言

日本は現在、高齢者の長期ケア（介護）政策において重要な転換を迫られている。人口の高齢化は今後さらに深刻化するとともに、高齢単身世帯・老夫婦世帯が増加し、女性の就業率もさらに高まると予想されている。家族介護を前提とする従来の福祉政策では、要介護高齢者の生活を支えることは困難になっており、介護サービスの拡充は必須の課題である。介護保険の構想はこうした課題への回答のひとつではあるが、問題解決に結びつくものかどうかまだ不確定な要素が強い。

翻って考えると、死亡率の低下と寿命の延長、出生率の低下にともなって人口の高齢化が生じるのは必然であり、それにともない介護の社会化が課題となるのも必然である。人口学的変化がその課題の基礎にある。20世紀後半に先進国は共通にこれらの課題に直面した。21世紀には現在の開発途上国の多くも直面することになるであろう人類社会共通の課題だといえる。

先進国ではあいついで、80年代から90年代にかけて、長期ケアの政策転換がはかられている。スウェーデンはエーデル改革（1992年）により医療サービスから長期ケアの要素を分離させて基礎自治体の事業へと移行させた。英国ではNHS（国民保健サービス）とコミュニティケアの改革（1992-93年）において、国営医療および地方自治体で行われている対人社会サービスの提

供体制に競争原理を導入する改革を行った。日本は介護保険制度を導入し、医療に含まれる介護の要素を介護保険のサービスへと移行させ、従来の福祉サービスと一体化したサービス提供体制を構築しようとしている。日本の今後の制度的方向付けを検討するうえでも、スウェーデンや英国など諸外国の介護政策の動向と実績の評価は重要なテーマである。

本研究は、こうした問題意識にもとづき、スウェーデン、英国、日本の長期ケア政策の動向、サービス実績についての国際比較を行おうとするものである。

II. 研究方法

本研究は、1997年度および98年度の2年度にわたって実施した。1997年8月・9月にスウェーデンと日本における調査と比較研究を実施し、1998年8月・9月に英国において調査を実施し、3か国の比較研究へと発展させた。比較研究は、①国レベルでの政策動向とサービスの実績、②地方自治体レベルでの長期ケアに関する諸政策の展開の状況、③利用者レベルでのサービスの検討という3つの次元で実施した。本稿は主に①を中心に報告する。

スウェーデンでは共同研究者（馬場寛）が在宅ケア責任者を担当しているストックホルム・ベリングビー区をフィールドとしてサービスの現状を調査し、大阪府箕面市の高齢者在宅ケアの実績と比較を行った。英国では、共同研究者のケント大学ジョン・バトラー教授のもとでNHSおよびコミュニティケアに関する資料を収集し、日本との比較研究を行った。

III. スウェーデンにおける調査結果の概要

1992年1月に導入されたエーデル改革（高齢者ケア改革）によって、ナーシングホームの運営の責任が従来の県（ランスタング）から、コミューン（基礎自治体）に移管された。エーデル改革とその後のコミューンの対応によって、次のようなケアシステム上の変化がもたらされている。

まず、県が運営する病院の病床数は、エーデル改革実施後、急速に減少している（表1）⁽¹⁾。その理由に、従来の長期療養病棟やナーシングホームがコミュニティに移管されて、病院ベッドとして統計上カウントされなくなったこと、病院入院期間が短期化し、病床利用の回転が早くなったことがあげられる。また、高齢者ケア改革に続いて、知的障害者および精神障害者のケアの領域でも、県が運営してきた長期療養病棟を閉鎖して、コミュニティが運営するグループホームなどに入所者を移す改革が進められている。このことによっても病院病床数が減少してきている。

表1 スウェーデンにおける病院病床数および人口万対策病床数の推移

年	病院病床数					人口万対策病床数				
	病床 合計	短期 治療	身体 長期	精神 病床	その他	病床 合計	短期 治療	身体 長期	精神 病床	その他
1975	116,396	42,132	36,810	33,244	4,210	141.8	51.3	44.8	40.5	5.1
1980	116,772	40,241	44,859	26,962	4,710	140.4	48.4	53.9	32.4	5.7
1984	115,859	37,471	49,399	23,853	5,316	138.9	44.9	59.2	28.6	6.2
1989	101,809	36,220	47,916	15,535	2,138	119.4	42.5	56.2	18.2	2.5
1990	98,009	35,403	45,965	14,533	2,108	114.1	41.2	53.5	16.9	2.5
1992	57,778	31,737	12,600	11,846	1,597	66.5	36.5	14.5	13.6	1.8
1993	52,991	29,659	10,691	10,865	1,776	60.6	33.9	12.2	12.4	2.0
1994	45,537	27,871	6,284	9,797	1,587	51.7	31.6	7.1	11.1	1.8

資料：Statistisk Årsbok for Sverige 各年版ともに作成

ナーシングホーム、グループホーム、および従来からコミュニティが所管していた老人ホーム、サービスハウスの4種類のホームは「特別な住宅」（以下、福祉住宅と呼ぶ）と呼ばれ、とくにナーシングホームや老人ホームは、従来の「施設」としてのイメージを一掃してきている。表2には、福祉住宅の4つの種類別の入居者数の推移を示した⁽²⁾。

エーデル改革導入後、コミュニティでは、ナーシングホームを個室化したり、

小規模化することによってその居住性を高めている。また痴呆性老人のグループホームも増加している。ナーシングホームや老人ホームを小さな居住単位に区分し、グループホームとしての運営を取り入れるところも増えている。各戸の広さは、サービスハウスだと40m²ないし50m²程度、それ以外の種類でも20m²ないし30m²程度あり、住居としての快適性は高い。エーデル改革後は国レベルで4種類別の統計は発表されなくなっている。それぞれの区分の境界があいまいになってきていることがその理由であろう。福祉住宅には13万5千人の高齢者が住んでおり、65歳以上の人口の8.4%に相当する(表3)⁹⁾。福祉住宅への入居者は80歳以上高齢者に多く、この年齢層では2割以上が福祉住宅に入居している。

表2 スウェーデンにおける福祉住宅に住む人の数 1984～1995年

年	老人 ホーム	サービス ハウス	グループ ホーム	長期療養施設 (ナーシングホーム)	合計
1984	51,740	33,479		33,495	118,714
1985	48,916	35,949		34,865	119,730
1986	44,380	39,428		35,009	118,817
1987	43,192	45,330		34,055	122,577
1988	40,644	48,881		34,453	123,978
1989	38,924	49,469		32,213	120,604
1990	37,150	52,261		29,941	119,352
1991	34,515	52,488	5,105	30,345	122,454
1992					121,061
1993					129,066
1994					135,536
1995					135,474

注：福祉住宅 (sarskilda boendeformer：特別な住宅形態) とは、老人ホーム、サービスハウス、ナーシングホーム、グループホームを指す。

資料：SCB, Landstingsförbundet, Ds 1994:24, Socialstyrelsen (Social service, vård och omsorg i Sverige 1996 から一部簡略化して引用)

表3 スウェーデンにおける福祉住宅に住む人の数、年齢階層別の率

1992～1995年(各12月31日現在)

年	総数	年齢階層別の率(%)			
		64歳以下	65-79歳	80歳以上	65歳以上
1992	118,618	0.2%	2.7%	21.2%	7.4%
1993	129,066	0.2	2.8	22.5	7.9
1994	135,536	0.2	3.0	23.2	8.3
1995	135,414	0.2	3.0	23.2	8.4

資料: Socialtjänststatistiken(Social service, vård och omsorg i Sverige 1996)

次に、在宅サービスの実績を検討する。ホームヘルプ・サービスの利用状況を表4に示した⁽³⁾。国全体でみて、利用者数が減少傾向にあることがわかる。65歳以上の人口中の利用者の割合は1995年に11.0%である。ホームヘルプ利用者の数が減少している理由には、介護が必要で支援ニーズが高い人々にサービスを集中させてきていること、コミュニティによってはサービスの費用を削減してきていることがあげられる。1980年代から24時間対応の巡回型ホームヘルプサービスが普及してきており、現在ではすべてのコミュニティで実施されている。

表4 スウェーデンにおけるホームヘルプを利用する人の数、年齢階層別の率

1992～1995年(各年11月)

年	総数	年齢階層別の率(%)			
		64歳以下	65-79歳	80歳以上	65歳以上
1992	206,558	0.3%	6.0%	29.4%	11.9%
1993	203,564	0.3	5.5	27.8	11.3
1994	196,004	0.3	5.5	28.0	11.4
1995	187,474	0.2	5.1	27.0	11.0

資料: Socialtjänststatistiken(Social service, vård och omsorg i Sverige 1996)

表には示していないが80歳以上を80～89歳と90歳以上に分けると、1995年には前者は24.7%、後者は42.7%がホームヘルプを利用。

訪問看護の事業は従来、県が実施していたが、現在はコミューンが実施しているところ、あるいは従来通り県が実施しているところ、コミューンが実施する訪問看護と県が実施する訪問看護が混在しているところなど、まちまちである。しかしいずれにおいても24時間対応の訪問看護が普及してきている。県が提供する医療（病院およびプライマリケア）や訪問看護と、コミューンが提供する訪問看護、ホームヘルプ、あるいは福祉住宅におけるサービスとの連携については、さまざまな改善の試みがなされつつある。

IV. 英国における調査結果の概要

以下に示すデータは、1998年8月時点で入手可能であった英国イングランドの医療と対人社会サービスに関する統計である。

まず、病院医療についてだが、英国でもスウェーデンと同様に病院病床数の削減傾向が著しい（表5）⁽⁴⁾。1980年以降に病床数は15万床減少しており、15年間で約半分になっていることがわかる。とくに精神疾患、知的障害に対する精神科病床の削減が著しく、老年科病床の減少率も大きい。

表5 イングランドにおける病院病床数および人口万対病床数の推移

年	病院病床数（千床）					人口万対病床数				
	総数	急性期 ¹⁾	老年科 ²⁾	精神疾患	知的障害	総数	急性期 ¹⁾	老年科 ²⁾	精神疾患	知的障害
1980	360	167	57	87	49	77.5	35.9	12.3	18.7	10.5
1985	325	153	55	76	42	68.0	32.0	11.5	15.9	8.9
1991	243	129	42	50	21	50.4	26.8	8.7	10.4	4.4
1992	232	126	40	47	19	48.0	26.0	8.3	9.7	3.9
1993	219	123	37	44	16	45.1	25.3	7.6	9.1	3.3
1994	212	120	37	42	13	43.5	24.6	7.6	8.6	2.7
1995	206	119	34	39	13	42.1	24.3	7.0	8.0	2.7

1) 産科を含む

2) 若年者用長期療養病床を含む

資料：Department of Health, Health and personal social services statistics for England, The stationery Office.各年版ともに作成

表6 イングランドにおけるナーシングホーム、レジデンシャルケアホーム
定員数の推移

年	ナーシングホーム ¹⁾	レジデンシャルホーム ²⁾	レジデンシャルホーム運営主体別の内訳		
	定員数	定員数	自治体立	ボランティア	プライベート
1985	50,985				
1987		283,800	128,700	41,500	113,600
1990		325,800	120,300	46,800	158,700
1991	133,542	333,600	112,600	50,800	170,200
1992	147,241	333,000	100,900	57,100	174,900
1993	168,445	332,000	90,200	62,200	179,600
1994	176,392	329,600	81,400	65,100	183,100
1995	185,324	329,200	75,500	66,400	187,400
1996	189,783	338,900	73,100	67,400	198,300

1) ナーシングホーム定員数は各年3月末。Registered Homes Act 1984によって登録されている民間（プライベートおよびボランティア）セクターが運営するもの。

資料：Department of Health, Statistical bulletin 97/5 March '97.

2) レジデンシャルケアホーム定員数は、各年3月末、職員が配置されたホームについて。小規模なもの（定員4人未満）を除く。

資料：Department of Health, Statistical bulletin 96/25 Dec.'96.

ナーシングホームはNHS保健当局に登録されることになっており、1996年3月末現在で登録されたナーシングホーム数は5,535、約19万床である（表6）⁽⁵⁾。1985年以降、ナーシングホーム定員数は14万人分ほど増加している。病院病床が削減されたのに対応して、長期療養者のかなりの部分がナーシングホームに移行したことが伺われる。1ホーム当たりの定員数は平均32人で、日本の施設に比較して小規模である。

レジデンシャルケアホームについては、1996年3月末現在、16,720のホームに338,900人分の定員がある（表6）⁽⁶⁾。コミュニティケア改革によって民間セクターからサービスを提供することが奨励されており、1991年以降、地方自治体が運営するレジデンシャルホームは減少している。レジデンシャルホーム1カ所当たりの入居定員数は平均20人である。レジデンシャルホームの総

定員数のうち個室が76%を占め、2人部屋が23%、3人以上の部屋が1%を占めている。1991年の登録ホーム法の改定によって、定員4人未満の小規模ホームも1993年4月より地方自治体に登録されるようになった。1996年3月末現在で、小規模レジデンシャルホームは、6,670ホームあり、12,200人分の定員スペースがある。

ナーシングホームとレジデンシャルホームの入居者の内訳は表7の通りである。ナーシングホームのベッドの89%は高齢者用である。ナーシングホーム定員数のうち15%は精神科ナーシングホームとして登録されており、そのうち22,130床は痴呆性老人のためのものである。レジデンシャルホームも、約8割は高齢者によって占められており、ついで知的障害者が1割程を占めている。レジデンシャルホームの大部分は長期滞在用のホームであり、短期滞在用のホームは4%に過ぎない。ナーシングホームとレジデンシャルホームに入居している高齢者は、65歳以上人口のうち5%強を占めている。

表7 ナーシングホームおよびレジデンシャルケアホームの内訳別定員数
(1996年)

ナーシングホーム ¹⁾		レジデンシャルケアホーム ²⁾	
精神疾患	26410 (14.7%)	高齢者	263800 (77.8%)
知的障害	3320 (1.9%)	身体・感覚器障害	8400 (2.5%)
助産	100 (0.1%)	痴呆性高齢者	12000 (3.5%)
身体障害	27090 (15.1%)	精神疾患	13600 (4.0%)
アルコール薬物依存	510 (0.3%)	知的障害	38300 (11.3%)
その他	121790 (68.0%)	その他	2700 (0.8%)
合計	179220 (100%)	合計	338900 (100%)

注1) 資料: Department of Health, Statistical bulletin 97/5 March '97.

注2) 資料: Department of Health, Statistical bulletin 96/25 Dec.'96.

注3) ナーシングホーム「その他」およびレジデンシャルホーム「高齢者」「痴呆性高齢者」の定員数合計を、65歳以上人口百対比で率にすると5.1%となる。

ナーシングホームとレジデンシャルホームへの費用の支払い方法も、コミュニティ改革によって変化した。1993年4月までは民間セクターの施設に入居

している人々は、費用の全額を自費で支払うことが困難になった場合、国レベルの所得給付（Income Support）を申請し、所得審査をもとに費用の一部または全額が国から支払われていた。1993年以降、自費で費用の支払いが困難な人については地方自治体が費用負担をすることになり、それまで、国が所得給付として支払っていた費用は地方自治体に移管された。1996年3月末現在、ナーシングホーム入居者の約4割を占める57,100人に対して自治体から費用支援が行われている。また、職員が配置されたレジデンシャルホームの入居者のうち、地方自治体から何らかの費用支援を受けている人は155,000人、46%を占めている。

次に、イングランドで1997年9月の特定の1週間に実施されたホームヘルプ、食事サービス、デイセンターに関する調査結果を紹介する⁽⁷⁾。コミュニティケア改革が導入されて4年6カ月たった段階のものである。ここで示される実績は、年間を通じたサービスについてのものではないことに注意を要する。これらのサービスは、地方自治体と契約を結んで提供されているもので、地方自治体からの費用支援を受けずに提供されている民間セクターの活動は含まれていない。

ホームヘルプは、提供時間が1992年時点に比べて大幅に増加していた。1997年9月の1週間で260万時間であったが、これは1992年の実績と比較して50%以上の増加である。しかし、表8に示すように、サービスを利用している世帯数は、1997年9月調査で471,000世帯で、1992年より減少している。利用世帯のうち、65歳以上の高齢者の利用が88%を占めている。

ホームヘルプの提供時間の総数は増加しているのに利用世帯数は低下しているのは、1世帯当たりの利用時間が増加していることを意味している。1週間の利用時間数の平均は1997年で1世帯当たり5.6時間であった。地方自治体、ボランティアセクター、私的セクターの3つの提供主体別に、世帯当たり平均提供時間を比較すると、私的セクターからが8.2時間で最も長かった。65歳以上のホームヘルパー利用者を、65歳以上人口百対比で率にすると、1992年は6.2%、1997年は5.2%である。

表8 イングランドにおけるホームヘルプ利用世帯数、年齢階級別、提供主体別

		1992年, 1997年(9-10月の調査週における実績)			
		総数	地方自治体	ボランティア	プライベート
全年齢	1992	528,500	517,700	2,300	8,600
	1997	471,000	324,800	22,000	124,300
18歳未満	1992	3,700	3,700	100	0
	1997	5,400	5,400	1,000	600
18-64歳	1992	48,500	47,300	400	800
	1997	62,400	36,500	5,300	20,600
65歳以上	1992	476,200	466,700	1,900	7,800
	1997	403,200	284,500	15,700	103,000

注1.数字を丸めているため要素の合計が総数に一致しない。0は50未満を意味する。

注2.ボランティア、プライベートセクターからのサービスは自治体と契約を結んで提供されたもの。

注3.ホームヘルプの提供時間総数は1992年に比べ1997年では1.56倍増加している。

資料: Department of Health, Statistical bulletin 98/13 April '98.

1997年9月の1週間に実施された食事サービス(食事数)は、76万6千食であった。このうち85%は利用者の家に配食されたもので、残りは会食方式で提供されたものである。地方自治体が直接実施した食事サービスは58%を占める。残りは民間セクターからのもので、食事サービスはホームヘルプやデイセンターと比較すると、民間セクターから提供されている割合が大きい。利用者の家に配食する食事サービスでは41%が民間セクターからのもので、会食形式のサービスは63%が民間セクターによるものである。なお、こうした食事サービス以外に、調査期間中にデイセンターにおける活動の中で32万1千食の食事が提供されている。調査期間中に食事サービスを利用した人の実数は24万7千人。これらの食事サービスの利用者は、ほとんどが65歳以上の高齢者によって占められており、4分の3が75歳以上、32%が85歳以上である。家への配食サービスを利用している人は、週平均3.6回利用しており、会食サービスでは週平均1.7回の利用である。週末にも食事サービスを受けて

いる世帯が9%あり、1992年以降増加傾向にある。

調査期間に延べ定員数で63万2千人分のデイセンターのサービスが提供され、49万人延べ利用者(1日換算)がみられた。デイサービスの延べ定員数の大部分(78%)は、地方自治体によって直接提供されているサービス分である。週7日利用できるものが7%を占める。利用者のうち3分の1が65歳以上の人で、ホームヘルプや食事サービスの利用が高齢者に集中しているのと異なって、65歳未満の人の利用が多い。65歳未満の利用者のうち、70%は知的障害者で、精神障害者および身体障害者がそれぞれ15%ずつを占めている。

V. 日本の現状およびスウェーデン、英国イングランドとの比較

ここではスウェーデン、英国イングランドおよび日本の3カ国の間で、入院医療、入居型高齢者施設、在宅サービスの3つの領域を比較する。

1. 医療機関への入院状況

日本の医療機関(病院および有床診療所)における総病床数は、1992年まで伸びつづけ、その後わずかだが減少傾向に転じている(表9)^⑧。

表9 日本における医療機関病床数および人口万対病床数の推移

	医療機関病床数(千床)			人口万対病床数		
	病床総数	精神病床	老人病床	病床総数	精神病床	老人病床
1980	1,607	309		137.3	26.4	
1985	1,779	335	86	147.0	27.7	7.1
1990	1,949	359	149	157.7	29.0	12.1
1991	1,958	361	152	157.8	29.1	12.3
1992	1,958	362	178	157.3	29.1	14.3
1993	1,946	362	182	156.0	29.0	14.6
1994	1,940	363	184	155.2	29.0	14.7
1995	1,929	362	186	153.6	28.8	14.8
1996	1,912	361	193	151.9	28.7	15.3

注：病床総数には有床診療所病床数を含む

資料：厚生統計協会 国民衛生の動向，各年版

日本では、1985年に改正された医療法において都道府県に医療計画策定が義務づけられ、算定された必要病床数を超える病床増加が原則的に認められないようになり、病床増加に歯止めがかけられた。しかし、すでに人口万対病床数は151.9を数えており、これはスウェーデンの51.7、イングランドの42.1の3倍ほどの値である。1980年代から90年代前半にかけて、スウェーデンでは総病床数を60%以上、イングランドでも40%以上減少させている。いずれも、精神障害者や高齢者など障害を有する人を病院に長期入院させるのではなく、病院以外の入居施設において生活できるようにすることで、病院病床数を減少させてきたものである。また、一般病床も、入院期間を短縮させ、1病床当たり、一定期間により多くの入院治療を可能にすることで、病床数そのものを減少させてきている。

2. 入居型高齢者施設

次に、病院に替わる入居型施設の定員数を3カ国で比較する。日本では、高齢者保健福祉推進10カ年戦略の公表以降、90年代になって老人保健施設、特別養護老人ホーム、ケアハウスなどの施設が増加し定員数も拡大している。1996年の時点で、表10⁽⁹⁾に示すように入居型高齢者施設の定員は65歳以上人口の2.5%ほどである。スウェーデンでは8.4%、イングランドでは5.1%の人がこうした施設（ホーム）に入居できるのと比べると、はるかに少ない状況である。イングランドではナーシングホーム、レジデンシャルケアホーム以外にも、シェルタードハウジングと呼ばれるケア付き住宅（日本のケアハウスに類似）が、地方自治体の住宅部局によって管理されており、そこに入居する高齢者は65歳以上の5%弱であり、これを合わせると65歳以上人口の10%ほどがホームやケア付き住宅に入居していることになる。日本の新ゴールドプランでは、老人保健施設28万人分、特別養護老人ホーム29万人分、ケアハウス10万人分を2000年までに整備することになっているが、これらを合計しても67万人分で、65歳以上人口の3.1%に過ぎない。

表10 日本の老人保健施設、各種老人ホームの定員数の推移

年	老人保健施設	養護老人ホーム	特別養護老人ホーム	軽費老人ホーム	ケアハウス	有料老人ホーム	総数	65歳以上人口百対比
1980	—	70,450	80,385	12,545	—	5,567		
1985	—	69,191	119,858	16,522	—	8,490		
1990	29,455	67,938	161,612	17,181	150	17,420	293,756	2.0%
1994	85,547	67,505	206,611	17,069	9,889	25,563	412,184	2.3%
1996	111,698	67,014	235,992	16,916	16,893	29,146	477,659	2.5%
1997	147,243		249,017		23,326			
1998	173,987							

注：軽費老人ホームにはA型およびB型を含む

資料：厚生統計協会 国民衛生の動向、各年版。同 国民福祉の動向、各年版

3. 在宅サービス

ここでは在宅サービスで重要な位置を占めるホームヘルプについて3カ国の比較を行う。65歳以上の人のうちどれくらいの人がホームヘルプを利用しているかを比較するために、表11に日本のデータを整理した⁽¹⁰⁾。日本では世帯を単位として統計がとられているが、この表では65歳以上人口を分母として、対65歳以上人口比を算出している。1980年代終わりまでホームヘルプ利用世帯は対65歳以上人口比で1%を超えることはなかったが、90年代に増加し、現在2%を超えるまでに拡大した。しかしスウェーデンの11.0%、イングランドの5.2%に比較すると、かなり少ない状況である。

表11 日本におけるホームヘルパー派遣世帯数

年	派遣世帯総数	内訳		派遣世帯対65歳以上人口比
		老人世帯	その他世帯	
1980	87,745	55,054	32,691	0.82%
1985	93,290	60,378	32,912	0.75
1990	147,271	92,385	54,886	0.99
1992	201,136	125,781	75,355	1.24
1993	234,874	146,380	88,494	1.39
1994	268,155	166,988	101,167	1.62
1995	314,713	195,153	119,560	1.72
1996	369,173	228,992	140,181	1.94
1997	414,650	256,576	158,074	2.10

資料：厚生統計協会 国民福祉の動向、各年版。

VI. 大阪府箕面市とストックホルム・ベリングビー区の比較

大阪府箕面市とストックホルム・ベリングビー区の、1997年8月時点における高齢者サービスの実績を比較する（表12）。

表12 大阪府箕面市とストックホルム・ベリングビー区の高齢者サービス・施設の比較

	箕面市	ベリングビー区
人口	125000人	25000人
65歳以上人口	15000人（12%）	5000人（20%）
ホームヘルプ利用者 夜間巡回ホームヘルプ	157世帯（65歳以上の1%）	423世帯（65歳以上の7%） 準夜 67世帯 深夜 20世帯
デイサービス デイケア	1日定員数 80人 1日定員数 50人	利用者 80人
入居型施設	特別養護老人ホーム 210人分 養護老人ホーム 50人分 老人保健施設 200人分 合計 460人分 (65歳以上人口の3.7%)	ナーシングホーム 204人 老人ホーム 65人 痴呆老人グループホーム 34人 サービスハウス 26人 合計329人（65歳以上の6.5%）

注：1997年8月現在の比較。箕面市では翌年度より24時間巡回型ホームヘルプを開始している。

高齢者のうちホームヘルプを利用する人は、ベリングビー区はスウェーデン平均よりも少なく65歳以上人口の7%である。一方、箕面市では1%ほどに過ぎない。箕面市ではこの時点では24時間体制のホームヘルプは実施していなかった（翌1998年より開始）。デイサービス・デイケアについては比較しうるデータが入手できなかったが、箕面市では1日利用定員の数倍の利用者があると推測されるので、65歳以上の利用率は、箕面市では、ベリングビー区のそれとほぼ同程度だと思われる。入居型高齢者施設の利用者（定員）は、ベリングビー区では65歳以上人口の6.5%に対し箕面市では3.7%であった。

このように特定地域の比較においても、これまでみてきたスウェーデンと日本の全国レベルでの福祉サービス供給量の差を、同様に観察することができた。ただし、日本では高齢者保健福祉推進10カ年戦略公表以降に、かなりのスピードで高齢者サービスが拡大しつつある。箕面市も同様であり、こうしたサービス実績やその運営上の工夫については、今後の変化に注目していかなければならない。

次に、箕面市で1997年6月時点で実施した、ホームヘルプ利用者の全数調査（調査数137名分）と、ベリングビー区で同年8月に実施したホームヘルプ利用者のうちの約10分の1の無作為抽出調査（調査数42名分）の結果を比較する（表13）。いずれもサービスを実施している自治体担当職員が保管する資料にもとづいて、同じ内容の調査票に利用者の現状を転記するという方法で行われたものである⁽⁴⁾。利用者の生活の特性、ホームヘルプの内容およびその他にどのようなサービスを利用しているかを比較した。

利用者の年齢分布では、ベリングビー区の方が後期高齢者の割合がやや多く、平均年齢は箕面市72.5歳、ベリングビー区78.1歳と差がみられた。ベリングビー区では女性の比率が箕面市より高かった。歩行、排泄、食事摂取といった日常生活動作の能力の分布には差は認められない。箕面市では入浴に全面介助を必要とする人が多いのは、浴槽を利用する日本と、主としてシャワーを利用するスウェーデンの、生活習慣上の違いを反映したものであろう。箕面市のホームヘルプ利用者のうち一人暮らしは34%であったが、ベリングビー区では86%を占めていた。箕面市では持ち家が多いのに対し、ベリングビー区では公営住宅に住む人が大部分を占めている。

ホームヘルプ利用を開始してからの期間をみると、箕面市では1995年以降に開始した人（利用期間3年以下）が7割を占めるのに対し、ベリングビー区では1994年以前から利用している人が6割を占めていた。ホームヘルパーの訪問頻度は、箕面市では週1・2回が7割を占めるのに対して、ベリングビー区では週1・2回が4割、毎日が5割というように分布が2極化していた。1日当たりの訪問回数も箕面市では1日1回が9割を占めるが、ベリングビー区では1日2回以上訪問する場合が半数を占めていた。1日当たりの

訪問時間（1日合計）を比較すると、箕面市では60分以上180分未満に85%がおさまるのに対し、ベリングビー区では90分未満が6割以上を占めていた。一日当たりの訪問時間の平均は箕面市113分に対してベリングビー区は81分である。ホームヘルプの利用料（月額）は、箕面市では無料（65%）と6000円以上（14%）に2極化する傾向がみられ⁽¹²⁾、ベリングビー区では無料（24%）から6000円以上（35%）まで広く分布していた（1クローナを15円に換算）。

ホームヘルプの内容を比較すると、箕面市に比べ、ベリングビー区では、「入浴介護」「身体清拭・洗髪」「衣類洗濯・補修」「掃除」といった介護および家事援助の提供頻度が高かった。箕面市では「相談・話し相手」の頻度が高かった。ホームヘルプ以外に利用しているサービスを比較すると、ベリングビー区では「訪問看護」「緊急通報装置」「移送サービス」の利用頻度がいずれも5割を超えており、箕面市に比べて高かった。

VII. おわりに

スウェーデンでは、エーデル改革により、病院病床の減少に拍車がかかり、高齢者医療の改革のあとも、知的障害者、精神障害者の医療とケアの領域で、同様の改革が推し進められてきていることが印象的であった。英国では、コミュニティケア改革と併せて行われたNHSの改革によって、病院医療に対する費用支払い方法が変更されるとともに、病院医療の効率化（病床数の減少）が一層進行していた。

両国とも、長期ケアを必要とする高齢者や精神障害者のための病院病床数の削減に呼応して、ナーシングホームなど従来の病院機能を代替するホームの定員数を増加させていた。これらの代替ホームは両国とも、日本に比べて小規模であり、しかも個室を多く取り入れるなど、居住性を高めていることが特徴である。

同時に、在宅サービスをいかに総合化し、効率的に運営するかが、スウェーデン、英国に共通する課題であった。サービスを総合的・効率的に提供するために、両国ともケアマネジメントの方法を取り入れているが、その点につ

表13 ホームヘルプサービス利用者：箕面市とベリングビー区の比較

		箕面市	ベリングビー区
利用者の年齢	64歳未満	29 (21.2%)	5 (11.9%)
	65歳～74歳	27 (19.7%)	8 (19.0%)
	75歳～84歳	52 (38.0%)	18 (42.9%)
	85歳以上	29 (21.2%)	11 (26.2%)
性別	男	45 (32.8%)	7 (16.7%)
	女	92 (67.2%)	35 (83.3%)
歩行	自分で可能	66 (49.3%)	17 (40.5%)
	一部介助が必要	48 (35.8%)	19 (45.2%)
	全面的介助が必要	20 (14.9%)	6 (14.3%)
排泄	自分で可能	103 (76.3%)	27 (69.2%)
	一部介助が必要	15 (11.1%)	6 (15.4%)
	全面的介助が必要	17 (12.6%)	6 (15.4%)
食事摂取	自分で可能	111 (81.6%)	34 (82.9%)
	一部介助が必要	16 (11.8%)	5 (12.2%)
	全面的介助が必要	9 (6.6%)	2 (4.9%)
入浴	自分で可能	70 (53.0%)	17 (41.5%)
	一部介助が必要	37 (28.0%)	22 (53.7%)
	全面的介助が必要	25 (18.9%)	2 (4.9%)
同居家族人数 (本人含む)	1人	46 (34.1%)	36 (85.7%)
	2人	54 (40.0%)	6 (14.3%)
	3人	16 (11.9%)	—
	4人以上	19 (14.0%)	—
住居の種類	持ち家	80 (61.1%)	2 (4.9%)
	民間借家	36 (27.5%)	—
	公営住宅	15 (11.5%)	39 (95.1%)
ホームヘルプ 開始時期	1987～1989	3 (2.2%)	11 (26.2%)
	1990～1994	37 (27.6%)	14 (33.3%)
	1995	30 (22.4%)	6 (14.3%)
	1996	34 (25.4%)	9 (21.4%)
	1997	30 (22.4%)	2 (4.8%)
ホームヘルプ 訪問頻度	週1回以下	43 (31.4%)	7 (17.5%)
	週2回	53 (38.7%)	11 (27.5%)
	週3～4回	24 (17.5%)	1 (2.5%)
	週5～6回	14 (10.2%)	1 (2.5%)
	週7回	3 (2.2%)	20 (50.0%)

表13 ホームヘルプサービス利用者：箕面市とベリングビー区の比較(続き)

		箕面市	ベリングビー区
1日当たり 訪問回数	1日1回	122 (89.1%)	19 (50.0%)
	2回	12 (8.8%)	9 (23.7%)
	3回	3 (2.2%)	4 (10.5%)
	4回	—	3 (7.9%)
	5回	—	3 (7.9%)
1日当たり 訪問時間 (合計)	60分未満	3 (2.2%)	6 (15.0%)
	60分～89分	33 (24.3%)	19 (47.5%)
	90分～119分	31 (22.8%)	5 (12.5%)
	120分～179分	52 (38.2%)	8 (20.0%)
	180分以上	17 (12.5%)	2 (5.0%)
ホームヘルプ 利用料(注)	無料	88 (65.2%)	10 (23.8%)
	1円～1999円	5 (3.7%)	8 (19.0%)
	2000円～3999円	5 (3.7%)	5 (11.9%)
	4000円～5999円	4 (3.0%)	4 (9.5%)
	6000円～9999円	12 (8.9%)	10 (23.8%)
	10000円以上	21 (15.6%)	5 (11.9%)
ホームヘルプ 内容(重複)	食事の介護	15 (10.9%)	4 (9.5%)
	排泄の介護	23 (16.8%)	5 (11.9%)
	衣類着脱の介護	29 (21.2%)	15 (35.7%)
	入浴の介護	13 (9.5%)	21 (50.0%)
	身体の清拭・洗髪	13 (9.5%)	13 (31.0%)
	通院・外出の介助	34 (24.8%)	9 (21.4%)
	調 理	61 (44.5%)	19 (45.2%)
	衣類の洗濯・補修	23 (16.8%)	24 (57.1%)
	住居の掃除・整理整頓	65 (47.4%)	40 (95.2%)
	買い物	66 (48.2%)	34 (81.0%)
	相談・話し相手	119 (86.9%)	11 (26.2%)
	関係機関との連絡 その他	40 (29.2%) 16 (11.7%)	6 (14.3%) 14 (33.3%)
ホームヘルプ以外 に利用している サービス(重複)	訪問看護	24 (17.5%)	22 (52.4%)
	デイケア・デイサービス	36 (26.3%)	11 (26.2%)
	ショートステイ	22 (16.1%)	2 (4.8%)
	緊急通報装置(アラーム)利用	17 (12.4%)	23 (54.8%)
	入浴サービス	10 (7.3%)	—
	給食サービス	26 (19.0%)	11 (26.2%)
	移送サービス・福祉タクシー	14 (10.2%)	37 (88.1%)
	福祉用具の利用	47 (34.3%)	21 (50.0%)

注：スウェーデン1クローナを15円として換算。

利用料の平均は、箕面4,341円、ベリングビー区4,873円。

いて本稿では触れる余裕がなかった。

両国とも、入院医療からコミュニティケアへの円滑な移行、家庭医や訪問看護婦によるプライマリケアと社会サービスの総合的提供など、ヘルスサービス（医療）と社会サービスの連携が重要な課題となっている。こうした連携のあり方は、スウェーデンでもイングランドでも地方自治体ごとに異なっている。対応がうまく図られている地域とそうでない地域が存在する。

3カ国の比較では、スウェーデン、英国に比べて、日本では医療機関病床数が対人口比で3倍ほど多いが、病院に替わる高齢者入居施設、あるいは在宅ケアサービスが圧倒的に少ないという結果が改めて浮き彫りにされた。介護保険制度は、病院という社会資源の一部を介護施設に指定し、費用も介護保険制度から支払われるように変更することで、将来的に、病院病床を病院以外の介護施設へと誘導する政策につながる可能性を有している。医療費の効率的運用、利用者にとってのQOLの向上という点では望ましい方向だといえる。しかし、医療法人立など私的病院が大部分を占める日本において、スウェーデンや英国のような計画的な医療の変革を短期間に実施するのは困難であることも予想される。

日本の介護施設は、病院に比べると一人当たり居室面積が広いとはいえ、入所定員の規模は大きく、かつ個室の普及は遅れている。一般住居の代替ホームとしてのアメニティをそなえているとはいえない。日本においても、虚弱・要介護高齢者のための質の高い一般住居の代替ホームを作り出していくことが、21世紀における高齢者施策の課題のひとつであろう。

英国については、無料で提供されるNHSにおいて病院病床数が削減され、長期ケアを要する人々がナースィングホームやレジデンシャルホームでケアを受けるようになったことは、政策的には公的負担を私的負担に転化してきている、との見方ができる。私的な費用負担の額にはホームごとに差があり、高額な負担に不満を抱く人も少なくないのが現状であった。英国では政権が交代し、労働党のブレア政権下で新たなNHS改革と社会的ケアの改革が導入されようとしていた⁽¹³⁾。今後、コミュニティケアの分野にも新たな変化がもたらされるものと予想される。今後の継続した観察と分析が必要である。

謝辞：本研究は、財団法人松下国際財団の研究助成にもとづいて実施された。
同財団の助成に感謝申し上げる。

注と文献

- (1) Statistisk Årsbok for Sverige 各年版をもとに筆者が作成した。
- (2) SCB, Landstingsförbundet, Ds 1994:24, Socialstyrelsen. Social service, vård och omsorg i Sverige 1996 から一部簡略化して引用した。
- (3) Socialtjänststatistiken. Social service, vård och omsorg i Sverige 1996による。
- (4) Department of Health. Health and personal social services statistics for England, The Stationery Office, 各年版をもとに筆者が作成した。
- (5) ナーシングホームについての統計と記述は、Department of Health, Statistical bulletin 97/5 March 1997 による。
- (6) レジデンシャルケアホームについての統計と記述は、Department of Health, Statistical bulletin 96/25 Dec. 1996 による。
- (7) イングランドのホームケアサービス等の在宅サービスについての統計と記述は、Department of Health, Statistical bulletin 98/13 April, 1998 による。
- (8) 厚生統計協会 国民衛生の動向、各年版をもとに筆者が作成した。
- (9) 厚生統計協会 国民衛生の動向、各年版、および同 国民福祉の動向、各年版等をもとに筆者が作成した。
- (10) 厚生統計協会 国民福祉の動向、各年版をもとに筆者が作成した。
- (11) 箕面市のホームヘルパー利用者調査では黒田研二、吉原雅昭が共同で調査票を作成した。ストックホルム市ベリングビー区における調査では、箕面市調査で用いた調査票を馬場寛がスウェーデン語に翻訳したものを使用した。
- (12) 箕面市におけるホームヘルプサービスは、利用料の算定において厚生省基準を緩和した基準を用いており、前年度所得税額が厚生省基準の各ランクの5倍以内の範囲であれば、厚生省基準で定められた当該ランクの利用料を支払うこととしている。
- (13) NHS改革の方向を示すものとして、1997年12月に Department of Health から白書“The new NHS; modern and reliable”が出され、1999年4月よりNHSの改革が段階的に開始されることになった。また、対人社会サービスの改革にむけて、1998年12月には Department of Health より、白書“Modernising Social Services”が出された。さらに1999年3月には、The Royal Commission

on Long Term Careより報告書“With Respect to Old Age: Long Term Care—Rights and Responsibilities”が公表されている。

Abstract

A comparative study of long term care policy for frail elderly people in Sweden, the United Kingdom and Japan

Kenji Kuroda*, Hiroshi Baba^{2*}, John Butler^{3*}, and Masaaki Yoshihara^{4*}

* Professor, Osaka Prefecture University College of Social Welfare

^{2*} Director of home care services for the elderly, the 5th social welfare district, Stockholm

^{3*} Professor, Social and Public Policy and Social Work, University of Kent at Canterbury

^{4*} Lecturer, Osaka Prefecture University College of Social Welfare

Many developed countries have introduced new policies in the field of long-term care for frail elderly people in the 1980's and 90's. In order to obtain a proper perspective for a discussion of desirable policy for Japan, it is important to compare the long-term care policies of different countries. This study compares the trends in Sweden, the United Kingdom and Japan.

The Ädelreform in Sweden, implemented in 1992, promoted a reduction in the number of beds in hospitals. The reform started first in the care system for elderly people, and then similar reforms have been implemented in the care systems for people with mental handicaps and with psychiatric disabilities. Also in the United Kingdom, the enforcement of NHS and Community Care Act in the early 90's has accelerated a continuing trend to reduce hospital beds. To compensate for the resulting decrease in hospital beds, especially for people who need long-term care, both countries have developed care homes as an alternative to hospitals.

In Sweden, the number of places in special homes for elderly people,

which include homes for the elderly, service housing, nursing homes and accommodations for group living, is sufficient for about 8% of the population aged 65 and over. In England, the total number of places in nursing care homes and residential care homes can accommodate about 5% of the elderly population. Similar facilities in Japan have enough places for only 2.5% of the elderly.

On the other hand, in terms of the total number of hospital beds per 10,000 people, Japan(151.9 in 1996) has about three times more beds than Sweden (51.7 in 1994) and England (42.1 in 1995).

Community care services such as home help are also scarce in Japan when compared to provisions in Sweden and England. In Sweden, 11% of the elderly population was provided with home help service (1995), in England the corresponding figure was 5 to 6% (1992-1997). In Japan, however, the elderly receiving home help accounted for only 2% of the elderly population (1997).

In the scheme of the long-term care insurance which is scheduled to be in Japan introduced in April, 2000, a considerable number of geriatric hospitals has been designated as care facilities, and will be paid for by long-term care insurance. This policy, in the future, may lead to more geriatric hospitals becoming non-hospital care facilities, and thus a reduction in the number of hospital beds. However, hospitals and most of care facilities in Japan, which are generally large institutions with shared bedrooms and little private space, do not have such amenities as offered by care homes in Sweden and England. To reduce the number of hospital beds and to expand both community care services and high-quality care homes is a direction which Japan should take in its long-term care policy for the next century.