

イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携

郡司 篤晃

■ 要約

第二次世界大戦後、戦勝国は福祉国家建設にまい進した。当時の全体主義的な雰囲気の中で、その構造は社会主義的なものとなった。イギリスにおいては、その時、医療は国営となり、福祉は地方自治体という分離構造が成立した。

その後、両制度は成熟し、疾病構造が慢性化し、Long-term care（長期ケア）に対する需要が高まり、医療と福祉の連携の必要性が高まった。

しかし、医療および福祉システムは、行政組織が国と地方政府であり、医療が原則無料であるのに対して福祉は有料であるなど、種々の面で差があり、現場におけるニーズの高まりにもかかわらず、その連携は進まなかった。

サッチャー（Thatcher）政権はこれらの市場化による質と効率の向上を図ったが、市場化は同時に権力の構造を流動化させた。ブレア（Blair）政権は Community Care Act を制定し、行政組織の改革、地域の民間組織である Primary Care Trust、さらに Care Trust に大幅な権限委譲（devolution）を断行することによって、二者の連携を促進しようとしている。

しかし、まだ改革途上であり、その評価にはなお時間が必要である。

■ キーワード

医療と福祉の連携、Community Care Act、Primary Care Trust、Care Trust

I はじめに

制度には諸々の問題が生じ、その歴史は問題の修正過程であるから、制度の歴史には文脈がある。第二次大戦後、世界各国は福祉国家の建設にまい進する。イギリスにおいてはベバリッジ報告に基づき、医療を国営とし、福祉や公衆衛生は地方政府の分担とした。ここがこれまで、そして現在も解決を迫られている医療と福祉との連携問題の原点である。

医療と福祉の連携の議論の歴史は長いが、解決は困難であった。しかし、近年、解決の努力が加速されている。その理由は、大きな背景としては、グローバル化と資源制約が厳しくなる中で、人口の高齢化による包括的なケアの質と効率を向上させる必要性、特に長期ケアに対するニーズの増大などの内

部環境の変化に対応するためである。Thatcher 政権による医療・福祉の制度改革は戦後最大の制度改革となった。また、その後労働党への政権交代という政治状況があったことも寄与している。本論では、Thatcher 政権とそれに続く Blair 政権による医療・福祉の制度改革の狙いとその方策に注目した。

制度改革は分担と連携問題のみを解決するために行なわれるわけではない。近年の医療・福祉制度改革の主たる目的はその質と効率の確保であり、連携の問題はその一部である。したがって、制度改革の大きな流れの中で分担と連携の問題がどのように解決されようとしているかに注目することになる。

ある目的のために組織が機能しなければならないのに、その組織が別れていれば必ずインターフェースの問題が発生する。ケアのシステムは予

防、医療、福祉と大別される。医療はさらに、一次医療と二次医療とに別れる。分担と連携の問題はこれらのシステムのすべてのインターフェースに生じてきた。

戦後のイギリスにおいては¹⁾、医療は国営で、NHS (National Health Service) と呼ばれる。医療は、処方薬などにおける若干の自己負担はあるが、基本的に無料の行政サービスで、その資金は国家予算である。一次医療は Primary care (プライマリケア) と呼ばれ、GP (General Practitioner) が担当しており、二次医療は病院が担当している。

福祉と公衆衛生は地方政府の分担であった。福祉は対象が多様であり、医療との連携もそのほぼすべての領域に存在する。それぞれに独自の問題があり、その内容は膨大であるので、本論では、著者の専門性の限界もあり、医療に視点の重点を置きつつ、福祉については長期ケア、特に高齢者のケアを念頭に論ずることとしたい²⁾。

機能の分担については、どこで(対象母集団の地域)、誰が(Who)、何の(What) 責任を持っているのかを整理する必要がある。分担の中心的な役割はおのずから明らかであるが、誰が何をするかは歴史的に変動がある。しかし、連携の問題はむしろその周辺に起こる。また、連携に関する統計データがとりにくいこともあり、入院の待ち行列のデータなどをのぞくと、極めて乏しい。

歴史は一連の流れであり、長年の取り組みであるから、内容は極めて膨大であるため、かなり三次資料によらなければならなかった。

まず、基本的な歴史的経緯を、Thatcher 政権まで、1990年の NHS and Community Care Act 以降、Blair 政権の時代に区分して整理しておく。

II 小史

1948年、第二次大戦勝利の全体主義的な雰囲気の中で、イギリスの社会保障制度の基本的な枠

組みが定められた。医療は国営(NHS)となり、福祉や公衆衛生は地方政府の責任とされた。ここに医療と福祉の連携問題の原点がある。したがって、その連携は政府間の問題であることが、この問題の根が深く、長年問題が指摘され連携の努力が行なわれてきたにもかかわらず、解決が困難であった大きな理由の一つである。

医療は国営であり、病院は国立、院内のスタッフは国家公務員、医師は専門医であった。一方、GPは国家公務員ではない。当初、政府の被雇用者になる案もあったが、医師会の反対もあり、LA (Local Authority、地方自治体)の雇用者とはならず、政府との契約による独立の開業医となった。

医療の行政機構は国を頂点としたヒエラルキーとなっていた³⁾。一定の人口規模の地域にGPがないときには、LAがGP開業希望者を募り、GPと契約して開業を支援した。周囲の住民は自分の判断でGPに登録し、健康に問題が起これば、まずGPを受診しなければならない。住民は直接病院にはいくことはできない。住民が健康に異常をきたしてGPを受療し、入院医療が必要だと考えられた場合にはGPがその地域の病院に紹介する。

GPの報酬の50%弱は、登録された住民数を基礎に支払われる。項目別出来高払いでは個々の診療行為に経済的なインセンティブが働くのに対して、登録した住民に対して責任感と良質のケア提供に対するゆるいインセンティブが働く。この仕組みは、制度創設以来、若干の変更は経つつも、基本的には変わっていない。おそらく、NHSが変わらぬ国民の人気を得ている理由はこのGP制度にあるだろう。

GPの役割は初期医療、そして最初に接する医療、すなわちゲートキーパーであり、重要な医療であるので、プライマリケアと呼ばれる。その後、公衆衛生活動が義務付けられたり、訪問看護などが配置されたりしたが、GPの主たる役割が初期医療にあるという自覚と社会的な認識は変化していない。

したがって、GPの活動の基本となる人口集団は登録された個人がベースであり、これは行政圏域とは必ずしも一致しないという点は重要である。

それに対し、公衆衛生や福祉は地方政府の分担であり、その基礎となる人口集団はもちろん行政圏域のそれである。公衆衛生はcommunity health servicesと呼ばれている。予防接種や子宮ガン検診などの予防事業がGPに委託され、さらに看護職に実施が依頼されている。

社会福祉は、1948年以来、地方自治体の分担である。病院の医療以外のケアを、福祉を含めてcommunity care (コミュニティ・ケア)と呼ぶ場合がある。

1. 1970年代後半までの改革

Community careは最初から混合経済(Mixed Economy)であった。すなわち、ケアの提供主体も、家族、ボランティアセクター、私的セクターなどと多様であり、費用の自己負担もある。

1970年ごろまで、高齢者の介護や長期ケアは医療や福祉サービスの残渣的な位置づけであった⁴⁾。病院の中に療養病床が設けられ、Nursing HomeもNHS内につくられ、原則無料のサービスであった。病院を退院すればLAのケアを受けた。入所ケアが必要であれば、LAは自ら運営する入所施設に收容したり、私的セクターやボランタリーセクターのケアを補助した。

在宅ケアは、医療はGPによって提供されたが、看護はdistrict nurse (保健師)が細々と活動してきた。1960年後半のNew GP contractではpractice nurse (開業看護師)を雇用することができるようになった。1970年代後半に全人的アプローチが唱えられ、受け入れが進む一方、多くのGPはほかの職種が入ってくることに疑問を持った。当初、health visitor (訪問看護師)、後にdistrict nurseとしてGPのオフィスに配置され、GPとLAの架け橋として期待された。しかし、実態は必ずしも期待に

沿うものでなく、その原因はGPが彼女たちに些細なこと(trivia)の処理の役割を期待したからだという⁵⁾。ancillary workersという言葉が使われ、看護職もその一人と考えられた。

1970年代に入って、福祉制度の大きな改革が進められた⁶⁾。その中で、LAにSocial Service Department (福祉部)ができた。また、ソーシャル・ワーカーが専門職として発足した。

1974年、LAのHealth (保健)の要素を、Health Officer (医務官)の人事も含めて、NHSへ整理統合し、LAにはsocial careだけを残した。

一方、医療組織の間の連携で大きな問題となったものは、一次と二次医療の間で、特に待ち行列の問題である。しかし、これは福祉との連携とも無関係ではない。二次医療はその後方医療でも大きな問題があった。すなわち、入院待ちを解決するためには退院を促進しなければならないが、退院が遅れベッドがブロックされることであった。その大きな原因の一つは、NHSは原則無料であるが、福祉になると有料であるからである。

NHSの病院は待ち行列を短縮しなければならないので、長期の療養病床を減らしてきた。また、二次医療のニードの判断を厳しくしていった。その結果、後方医療や長期ケアはLAの責任となっていった。

2. Thatcher首相就任から1990年まで

Thatcher政権(1979-1990年)の基本的な思想は新自由主義といわれているが、これはイギリスだけのものではなく、社会主義の失敗が明らかになりつつある中で世界的な傾向であった。イギリスにおいては1970年代の国家経済の危機を経験し、国家経済を活性化するために、Thatcher首相は断固として国営企業の民営化、市場化に取り組んだ。

イギリスにおいては、わが国のような人口高齢化の時限爆弾はない。平均余命の延長に伴い疾病期間が延長するわけではないが、高齢者人口が増

えるので、長期ケアのニードが増大した。また、精神科の薬物療法の発達もニードを増大させた。

世界のこのような傾向と同政権の政策は、民間のケア提供者に対する社会の見方を変えた。福祉の入所施設の需要は増大したが、公的セクターは変化しなかったこともあり、独立セクター⁷⁾の収容能力が増大して、入所者数が指数関数的に急増した。それに伴い国から地方への財政の委譲が急速に伸び、財政再建のための重要な政策課題の一つとなった。

NHSの予算削減のために、NHSの範囲を厳格化した。その結果、病院病床数は削減、在院日数は短縮となり、病院退院後のケアは福祉に任されることになった。しかし、NHSは無料であるが、福祉に回されれば有料となるため、その分担と連携は社会問題となった。

Thatcher政権は国営企業だけではなく、社会政策領域においても民営化を促進した。住宅政策、教育も市場化の手法が導入された。医療と福祉は市場が失敗することは良く知られていたもので、最も遅れた。医療においては、医療の質の低下と、待ち行列に象徴される病院医療の非効率を改善する根本的な対策が必要とされた。

III Thatcher政権の1990年の改革

医療と福祉への市場の導入に当たっては、Enthovenの助言を受けたが、現実の政策は遥かにラディカルなものとなった。

1988年のGriffiths Report⁸⁾を受けて、政府はまず政府のサービス提供と購入という役割を分離し、政府はサービスの提供から撤退し、購入者に徹することとした。この案は直ちにThe National Health Service and Community Care Actとして立法化され、実行に移された⁹⁾。医療においては、国立病院をTrust化し、予算管理権を手上げ制でGPに委譲し、その間に市場を築いた¹⁰⁾。

福祉改革にも同様の手法が用いられた¹¹⁾。入所施設も含めて独立セクターへ移行させ、ケア・マネージャにサービス購入の支援をさせた。

国民に対する説明は、「政府はサービスの提供をやめ、購入者の立場に徹底する。しかし、国民は従来どおりのサービスを受けることが出来る。なぜならば、政府がサービス提供をやめても、政府は国民の意向を聞いてサービスを購入してあげるからだ」と説明した。

このようにして導入された市場は準市場(quasi-market)と呼ばれ¹²⁾、医療と福祉とほかの領域ではそれぞれ若干形が異なる。準市場の特徴は、

- 生産者あるいは提供者は、相互の間に客の獲得競争はあるが、必ずしも利潤最大化を目的としてはいない、
 - 非営利団体と営利団体とが競争的に存在する、
 - 消費者が必ずしも購入の決定者ではない、
- などである。

医療においては、予算権限を委譲されたGPをGP Fund-holder(予算管理医、以下GPFH)とよんだ。GPFHは二次医療のサービス購入については、住民のエージェントであり、住民とGPの関係は従来と変わりはないが、GPと病院トラストとの間に市場が築かれたので、これは内部市場(internal market)とも呼ばれた。医療においては情報の非対称のゆえに市場は失敗するが、内部市場においてはGPも医師であるので、その非対称は緩和されるため、市場は機能しやすくなるはずだという考えである。

福祉の場合にはサービス利用者のエージェントはケア・マネージャである。ケア・マネージャがクライアントと相談して、どのようなサービスを購入するかを決定する。

新自由主義政権は、専門医は患者のため、公共のためというよりも、頑固に自己中心的であるという不信感を持っていた。したがって、同政権はこの権力構造を改革するために市場の力を利用しようとしたのである¹³⁾。

表1 Thatcher改革の提供者と分担

| What | 公衆衛生 | | 一次医療 | 二次医療 | 後方医療 | 長期ケア |
|------|------|-----|------|----------|--------|--------|
| Who | LA | GP | GP | Hospital | NHS→LA | NHS→LA |
| 人口集団 | 地域 | 個人 | 個人 | 個人 | 個人 | 地域 |
| 資金 | LA | NHS | NHS | NHS | NHS | LA |

1990年の制度改革は、病院とプライマリーケアとの間の力関係を変えただけではなく、同時に多くの力のバランスを変更した。すなわち、権限は

- ケアの提供者から購入者へ
- 政府から民間へ¹⁴⁾
- 中央から地方へ
- 医療から福祉へ
- 施設ケアから地域ケアへ、移行した。

1. Thatcher改革の評価

Thatcher政権の医療制度改革の評価は必ずしも十分されたとはいえないが、Le Grandらの評価によれば、改革が大きかったわりには成果が乏しかった¹⁵⁾というものであった。福祉改革についても、医療と同様に評価は必ずしも十分行われていなかった¹⁶⁾¹⁷⁾。

なぜ、このようなラディカルな変革がほんの少しの変化しかもたらさなかったのかについての考察として、Le Grandら¹⁸⁾は、医療費の高騰を恐れて、政府の制約が強すぎて、インセンティブが弱められたとしている点は注目に値する。

また、病院のSpecialistの意識は、医の倫理に支えられた専門医であり、長年国家公務員として公的サービスの提供に従事して来たというエートスがあり、市場化による競争や契約に抵抗を覚えた可能性がある。Le Grandはこの医療従事者の行動を、‘knaves’ではなく‘knights’として行動した可能性があると表現した¹⁹⁾。

福祉サービスを提供してきた地方自治体の職員にとっても、「直接サービスを提供する公僕としての誇りを感じるといふ伝統的な自治体の文化から、

利用者とケア提供者のために結果として良かったということに喜びを感じるという文化への変化を要求される」ことになかなか適応できなかったのかもしれない²⁰⁾。

しかし、筆者としては以下の諸点が重要な点であったと思われる。

第1は医療の原価計算が技術的に困難であったことに関係する。疾病別の原価計算は、人件費の配賦が困難なため、いまだにきわめて困難である。独立採算を強いられたとはいえ、NHSの病院には原価を計算する習慣もなければスタッフも存在しなかった。一方、GPはできるだけ小さな契約単位を好んだため、価格を決めて契約をするための労力と費用を要した。

この点は野党であった労働党からの、内部市場は取引費用(transaction cost)が高価になりすぎ、本来患者のケアにあてるべき予算が無駄な事務に使われているという、厳しい批判にさらされた。

第2はいわゆる不平等が生じたとされる点である。病院がGPFHからの紹介患者を、そうではないGPからの患者よりも優先的に早く診るといふ現象が現れた。この点は労働党によってNHSに‘two-tier issue’、すなわち不平等をもちこんだとして批判された。しかし、GPFHからの紹介患者を早く診るといふことは、専門医であり長年官僚でもあった人々が反応し行動を変容させたということである。また、その他病院側の態度の変化²¹⁾やGPFHからの評価が高かったことなどを考えると、批判は一面的過ぎるだろう²²⁾。

また、GPと病院の専門医とは本来、協働的な関係であるべきなのに、売り手と買い手という対

峙的な関係にしたという。競争は一般的には不平等と分断をもたらす。だから、市場化は本来協力すべき人々の間に分断をもたらしたと批判された。連携は政権についての労働党に新たな対応を迫ることになった。

第3は権力のバランスを変更したという問題である。特に、注目しなければならないのは、GPと病院の専門医間で力のバランスが逆転した点である。さらに大きく見て、権力の下方委譲を民主化だとすれば、明らかに民主化であり、大規模な行政改革である。

第4は医療と福祉の連携という観点からは、必ずしもその連携を具体的に促進したわけではないが、その重要な準備をしたと考えることができよう。

- 従来、GPの役割は自ら一般医療を提供することであり、病院には患者を紹介するだけであった。しかし、GPFHは自分の患者のエージェントとして、二次医療を購入しなくなってきた。
- GPは、福祉との連携については、LAとの連携はその計画を立てることにとどまっていたが、GPFHはケアの質と効率を考慮すると、在宅や福祉サービスを購入することの必要性が具体的な課題となった。医療と福祉の連携を、GPにとって計画という抽象的な連携から、具体的なサービスの購入という身近な必要性に変えた。
- しかし、GPFHには福祉サービスを購入する権限は与えられていなかった。
- また、医療の権力が病院に集中していた状況が解消され、その状況は流動化したことがBlair政権の改革を可能にした。

地方税制をめぐる対立をきっかけとして、ThatcherからMajorに首相の座を譲ることになり、1997年、イギリス国民は保守党のこのような改革路線ではなく、「第3の道(The Third Way)」²³⁾²⁴⁾を主張する労働党政権を選択し、社会保障改革も中断した。

IV Blair政権の政策

1997年、Blair氏が率いる労働党は、マニフェスト²⁵⁾を公表し選挙戦を戦った。労働党はマニフェストで、内部市場とGPFHを廃止することを公約に掲げて選挙戦を戦い、政権に就くや、直ちに医療、福祉制度の改革の基本方針を明らかにし、次々と実行に移した。

労働党政府は、中道政権として前保守政権が行った改革の良い面は評価し、その上に彼らの政策を築くことを明言していた。

NHSについては、1997年 The New NHS; modern, dependableを公表し、下記のような基本方針を明確にした²⁶⁾。

Thatcher改革の内部市場が、サービスの売り手と買い手の契約という明確な分担関係ではあるが、互いに対峙的な構造であるのに対して、Blair政権は、サービス提供組織間の協働の意識を基盤として制度を築こうとしている。すなわち、市場における競争(competition)ではなく協働(cooperation)、対峙的な契約(contract)ではなく合意(agreement)、単純な購入(purchasing)を介入(commissioning)に変えた。しかし、これは政治的なレトリックで、実質的には前政権の改革の上に、修正を加えた面が多い。

内部市場は、取引費用が高価であり²⁷⁾、医療の断片化をもたらすので廃止する。しかし、purchaser-provider split (P-P split)は残す。GPFHは廃止するが、PCG (Primary Care Group)を組織してGPは強制加入とする。ゆくゆくはより責任と説明責任が明確なTrust化して、資産を保有し、予防から長期ケア、福祉まで責任を持つ組織とする。

1998年包括的な支出見直しを行い、白書 Public Services for the Future: Modernisation, Reform, Accountabilityを公表して、支出にリンクする公共サービスの数値目標を定めた。これをPublic

表2 Blair政権の政策の将来像

| What | 公衆衛生 | 一次医療 | 二次医療 | 後方医療 | 長期ケア |
|------|------|---------------------|---------------------|----------------------|------|
| Who | CT | CT | Trust | CT | CT |
| 人口集団 | 地域 | 地域/個人 ¹⁾ | 地域/個人 ¹⁾ | 地域 ²⁾ | 地域 |
| 資金 | LA | NHS | NHS | NHS+LA ³⁾ | |

注：1) GPをPCG/Tに強制加入とし、人口10万人規模として、医療圏域と福祉圏域を一致させようとしているが、必ずしも急速には進んでいない。

2) continuing care(継続ケア)、長期ケアの責任をLAに移行させた。

3) 資金を医療と福祉の両方から使えるようにした。現在、先進的な地域、特に医療圏域とLAの行政圏域がたまたま一致していた地域などにおいて、疾病ごとに資金の共有化が進められている。

Service Agreementsと呼んだ²⁸⁾。

医療の質に関して、特別の質評価機構(NICE: National Centre of Clinical Excellence)を創設し、費用対効果分析などを積極的に進め、エビデンスに基づくガイドラインを作成する。病院TrustやPCGには臨床的質管理(Clinical Governance)の責任者を置き、監視組織を設置して監視を強化する。

成果(performance)を評価するより包括的な指標を作って、すべての関係組織をモニターし、褒章と処罰を強化する。

福祉(Social Service)については、1998年に白書²⁹⁾が公表されたが、P-P splitは廃止されず、ケア・マネージャによるケアの購入はそのまま継続した。特に注目を集めたのは、長期ケアに関するRoyal Commissionの報告書³⁰⁾をどう扱うかであったが、最終的にはそれを拒否して、PCG/T(Primary Care Group/Trust)に期待することとした。

この方針が実現すれば、厚生省関係予算の75%がPCT(Primary Care Trust)、あるいはCT(Care Trust)に行くことになるという。

1. 介入(Commissioning)の概念

Commissioning(介入)の概念は混合経済、あるいは準市場のマクロおよびミクロの管理を意味するであろう³¹⁾。

マクロの管理は準市場が機能するように環境を

整える仕事である。具体的には、PCG/Tに予算の執行権を与えて、二次医療の提供者からサービスを購入して、最終的には無料で良質のケアを提供しなければならない。したがって、PCG/Tは政府の代理人でもあり(double agent)、そのため極めて複雑なシステム全体を管理することが必要であるばかりでなく、その立場も微妙なものとなる。

ミクロの介入(Commissioning)の定義は「ニードと資源と現在のサービスを評価し、ニードに対処するために利用できる資源をいかにして最も効率良く利用するかという戦略的な活動」である。³²⁾言い換えると、良質のケアを効率的に提供するための計画サイクルの管理といえよう。

内部市場におけるケアの契約(contract)と購入(purchase)はその中の活動の一部であった。この設定では、ケアの売り手と買い手は対時的であり、双方とも自己の立場を中心に行動することになったので、その関係も比較的単純であった。

新たな制度における介入は、価格は交渉せず、政府によって示された目標を達成するために、地域のケアニードを把握し、病院Trustと話しあって提供を受けるサービスの量だけを合意する(Service Level Agreement)。したがって、ケアの購入は介入の一つのプロセスとして含まれることになる。

Knappらによると³³⁾、医療の場合は、介入とは、二次医療の購入者でもありPCの提供者でもある

PCG/Tと、二次医療の提供者と利用者を結ぶ多様な活動を含んでいる。その仕事(task)は

- 使命の開発と合意
- 対象集団のニーズのアセスメント
- 現在あるいは潜在的な提供者と接触しながら、計画立案が必要だとするサービスの場所、アセスメント、開発と刺激
- サービス内容の仕様書化
- 提供者との契約
- 契約の中に明記した公式な方法での監視活動および非公式な活動による達成度評価
- 契約の更新と中止
- 対応できたニーズとできなかったものの情報を、それらを順序化した当初へのフィードバックなどが含まれているという。

新制度における介入は3年を単位として合意に達するという新たな事務で、技術的にも組織的にも負担の大きい仕事である。現在、政府はこのような事務の専門家を養成し、PCTに配置しようとしている³⁴⁾。

しかし、最も重要なことはこれらの複雑な過程を動かす力をどこに期待できるのか、ということである。制度の基本は双方の協働の意識に期待している。介入の仕事もきわめて複雑で大変な仕事量であろうが、契約の本当の力は契約の詳細であることにあらず、‘exit power’であるとする見解³⁵⁾もある。しかし、3年の契約となるとその力に期待することはできないだろう。

2004年9月に、病院Trustに対するcommissioning機能評価のリビューが、King’s FundのThe Health Foundationから出版された³⁶⁾。それによれば、この介入の機能は、病院の効率の向上には全く役立っていない、というものである。

2004年にはPractice Based Commissioning³⁷⁾を発足させ、個々のGPが患者のケアについてTrustと交渉することを認めた。また、2005年からはPCTと患者が二次医療施設を選択することを可能

にした。したがって、これらの政策は、価格は公定価格として国が定めるが、内部市場への回帰と見ることも出来る。

2. その他の重要な施策

(1) 質と組織のPerformance評価^{38) 39) 40)}

Blair政権はNHSの改革においては質の改善に特別な力を入れている。

- 政府が主たる疾患の診療のガイドラインを整備する。
- 医療の質および費用対効果を分析するためのNICEを組織して、診療の標準を明確にする。
- 各医療組織には臨床の質の管理責任者を置く。
- NHS Performance Assessment Frameworkを定めて、それに従って地域の第三者評価機関(Commission for Health Improvement)を設けて評価を行う。

The Commissioning for Healthcare Audit and Inspection (CHAI)は、NHSだけでなく民間の医療の質をも監視するために、既存の4つの監視機構を統一して作られた。法的には、2003年のThe Health and Social Care (Community Health and Standards) Act⁴¹⁾で制定され2004年の4月から活動することになった。

The Commission for Social Care Inspection(CSCI)も同法によって、福祉サービスの質を、標準に照らして、公私にかかわらず、情報を取り公開する。同じく、2004年から活動している。

これらの各組織の評価結果はインターネット上に公開されている⁴²⁾。

(2) 投資の拡大

労働党政府は2000年4月に公表された白書の前書きで、Blair首相はNHSに対して歴史的な投資とコミットメントを行うことを、関係者との合意であることを国民の前に示した⁴³⁾。そして同年、本格的な改革計画白書The NHS Plan: A plan for

investment, A plan for reformを公表した⁴⁴⁾。これは2000年から以降の5年間に医療費を名目で50%、実質1/3を増額するという、過去に例を見ない大きな投資計画を含んでいた。

2002年4月には、過去2年間の実績を踏まえて、かなりの上方修正を行った⁴⁵⁾。さらに具体的なプログラム *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework (PPF) 2003-2006*⁴⁶⁾を発表し、2003～2006年に達成すべき医療だけではなく、福祉も併せて目標を定めた。

(3) 医療サービス価格の国家統制：

‘Payment by Results’

2002年の10月に、二次医療に対する支払制度の概要を示す緑書 *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*が公表された⁴⁷⁾。‘payment by results’とは、ケースミックスの価格を国が定めるということである。

V 医療と福祉の連携

医療と福祉の連携には伝統的な種々の困難があったが、ここでその問題を整理し、上述したような医療・福祉制度改革の文脈の中で、それぞれの点がどのように解決されようとしているのかを議論したい。まず、医療と福祉はお互いに異なる点があり、それらが連携を推進しようとするときの問題点である。それらを以下のように整理する。

- 1) 行政機構の問題：医療は国営で、福祉はLAの所管であり、この連携は政府間関係の修正となる。
- 2) 財源の問題：NHSは無料で財源は国家予算であるが、福祉は混合経済であり、有料であり、地域差もある。
- 3) 基礎となる人口集団の問題：地理的な行政圏が医療と福祉では一致していないところが多い。GPの診療圏は個人が単位であり、行政圏

とは一致しない。

- 4) 専門性の壁：専門医やGPは大きな力を持っており、福祉やその他の関係者の力は弱い。

1. 行政機構の問題

1998年には医療と福祉の統合を促進するための課 (*The Joint Unit*)⁴⁸⁾を新設し(これは現在すでに廃止されている)、1999年に *Health Care Act: Partnership Arrangements*を制定して、医療と福祉の統合を準備した。これにより、以下の3つの仕組みを整備した。

- ① 管理組織を統合する。
- ② 対象に対する責任事項の計画化を義務付ける。
- ③ 予算をプールして医療と福祉の双方から使えるようにする。

中央組織では、医療の *Chief Executive*を廃止して、*Permanent Secretary*に統一するほか、医療の地方組織 (*Regional Health Authority*)を縮小し、主として情報の収集や提供、各医療サービス組織に対する監督を行う組織 (*Strategic Health Authority*)とすることにした。

福祉 (*Social Service*)については、1998年に白書⁴⁹⁾が公表されたが、特に注目を集めたのは、労働党政権が長期ケアに対する *Royal Commission*の報告書⁵⁰⁾をどう扱うかであった。結局、同政権はそれを拒否して、民間組織である *PCG/T*に期待することとした。すなわち、連携の推進母体を、地方政府から、さらに進めて民間組織のレベルとした。

医療と福祉の両方の、特に高齢者と障害者について *National Service Priorities*を設定した⁵¹⁾。 *Consultation document, Partnership in Action*⁵²⁾は1999年 *Health Care Act*となった。

1997年の計画では *PCG*から *PCT*への移行については今後の可能性として提示されたが、実際にはその移行は急速に進み、現在までにすべての *PCG*は *trust*に移行を済ませ、早くもNHSの動きを根本的に変えてしまった。現政権は、*PCT*を組織

してNHS改革の機軸としていくことが正しいアプローチであるという「完全な合意が得られた」として自信を深めると同時に、今後は、医療・福祉・公衆衛生を統合する役割を担わせたいと企図して、次第に命令的になりつつある⁵³⁾。

2001年には、The Health and Social Care Actを制定して、PCTをさらに発展させ、CTを発足させることにより、医療と福祉の間のシームレスなケアを提供する体制づくりを推進しようとしている。PCT/CTは住民に対して、支出やサービスの質向上、患者の選択の範囲拡大などについて計画を公表しなければならない。

2. 財源

医療と福祉の財政については根本的に見直された。1999年Health Care Actの制定により、医療と福祉の予算の統合が可能となった。しかしながら、医療は無料で福祉は混合経済、つまり有料という構造は変わっていないので、利用者に対する経済的なインセンティブは明らかである。そのため、入院の長期化がおり、二次医療の非効率化と待ち行列が長くなる大きな要因となっていた。

Modernising Social Serviceの中で、高齢者、障害者、精神障害者についてはEarmarkedにし⁵⁴⁾、New Joint Investment plans⁵⁵⁾を義務付けた。

Bed blockingを解消するための対策はこれまでも採られてきたが、必ずしもその効果を見ることは出来なかった。しかし、福祉施設に入所できず基準以上長期に入院した場合にはその料金は福祉として福祉財源に請求するという制度改革によって効果を出しつつある。

医療・福祉の財源の統一も、各項目別にPCTごと、さらにはCTごとに推進されている。項目としては高齢者のケアや精神疾患対策が多くなっている。

3. 人口集団

PCG/Tの人口基盤はGPの登録リストである。

したがって、基礎となる人口集団の圏域は行政の圏域とは基本的には異なるが、人口規模を10万人程度、GP数が50人程度ということになると、PCG/TとLAの行政圏域の人口集団はかなりの部分が一致する可能性がある。

PCG/Tは、福祉と医療の圏域を一致させることを努力目標とし、Health improvement planをつくることにLAも協力することを義務づけた。2004年の末現在で、8つのCTが組織された。また、それらの地方組織の協議会(Integrated Care Network⁵⁶⁾)を設置し、それぞれの経験の交流を推進している。

労働党政権の社会保障制度改革の中で、プライマリーケア組織の再編成は最大の業績となるであろう。また、多くの研究はその点に注目している。

4. 専門家の壁

PCG/TではGPが組織の長であったが、福祉も含むCTの長はGPではない。管理組織にはGPのほかにも、社会福祉の代表、看護、地域住民の代表を入れなければならない。

従来のプライマリーケア従事者はケアの提供者(providers)であったが、PCT/CTではその主な役割が介入(commissioning)となったため戸惑いもある⁵⁷⁾。しかし、GPは一般医療の提供者でもある。福祉サービスの購入についても、新組織においても中心的な役割を担いつつ、職種間の連携を推進する形がうまくいきそうだという⁵⁸⁾。

また、あまりにも政策と制度の変更が急速で、現場では積極的な参加よりむしろ自分たちの責任に回帰しようという傾向も見えるという⁵⁹⁾。

一民間組織のPCT/CTが、病院、福祉ケア提供者、地方政府をまとめて政府によって設定された目標を達成するためには、たとえ予算権限を与えられたとしても、その仕事は巨大な「計画⁶⁰⁾」であり、それだけの能力を果たして期待できるのかどうかはまだ明らかではない。特にマネージメント職はモラルが低いという⁶¹⁾。

福祉サービスについては、エージェントが介入するよりも利用者自身にサービスを購入させることが、連携へのむしろ近道ではないかということで、Direct Paymentと呼ばれる政策が試行されている⁶²⁾。

VI 結語

イギリスにおいては、人口の高齢化により医療と福祉の連携が課題となり、急速にその対策が進められている。その方法は、地域の民間組織であるCTに徹底して権力を委譲(devolve)することによって達成しようとするものであり、Communitarianの政権の面目躍如たるものである。しかし、市場機構によらずに質と効率を達成しようとするれば、インセンティブを管理することによらざるを得ず、合理性の誤り(rationality mistake)がどこかに潜んでいないかについてはいまだ不明である。まさに、イギリス社会の民主主義の実力が問われることになるであろう。

医療と福祉の管理方法についていまだ定見を持たない我々の時代は、その結果から多くを学ぶことになるであろう。

注

- 1) イギリスとは、UKの中で主としてEnglandを意味する。近年は地方分権化の動きがあり、Wales, Scotlandで医療・福祉制度は異なってきた。Mark Exworthy (2001), Primary care in the UK: understanding the dynamics of devolution, *Health and Social Care in the Community* 9 (5): 266-278.
- 2) 長期ケアの中では精神障害者の問題は大きくかつ重要であるがほとんど除外して論ずることになる。
- 3) 当初、Health AuthorityはDistrict, Area, Regionalと3層構造になっていたが、Thatcher政権による行政改革でAHAが廃止された。
- 4) Jane Lewis (1999), The concepts of community care and primary care in the UK: the 1960s to the 1990s, *Health and Social Care in the Community* 7 (5): 333-341.
- 5) Jane Lewis, *ibid.*
- 6) いわゆるシーボーム改革については、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、最近の政策については、平岡公一(2005.5.28)

社会政策学会第110回大会(第二分科会)報告資料「福祉制度改革について」を参照。

- 7) 民間セクターとボランティア・セクターを合せて独立セクター(independent sector)と呼ぶ。
- 8) Griffithsは成功しているスーパーマーケットのSaintsburyの総帥。A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffith (1988), Community Care: Agenda for action, HMSO.
- 9) The National Health Service and Community Care Act, 1990.
- 10) Department of Health (1989), Working for Patients (Cm. 555), HMSO.
- 11) Department of Health (1989), Caring for People (Cm 849), HMSO.
- 12) Julian Le Grand, Will Bartlett (Ed)(1993), *Quasi-markets and Social Policy*, Macmillan.
- 13) Julian Le Grand, 「国家と市場と福祉」, 郡司篤晃編著(2004)『医療と福祉における市場の役割と限界』聖学院大学出版会, pp.54-55.
- 14) GPは公務員ではなく民間人であり、Local Health Authorityという政府の地方組織との契約者である。したがって、GPFHという制度は政府の予算使用権限を民間に委譲したことになる。すなわち、極めてラディカルな分権化と行政改革にもなっている。
- 15) Julian Le Grand, Nicholas Mays and Jo-Ann Mulligan (Ed)(1998), *Learning from the NHS Internal Market: A review of the evidence*, King's Fund Publishing.
- 16) John Hills (1997), *The Future of Welfare: A guide to the debate*. Joseph Rowntree Foundation.
- 17) Tania Burhardt, John Hills and Carol Propper (1999), *Private Welfare and Public Policy*, Joseph Rowntree Foundation.
- 18) Julian Le Grand (1998) op, cit. Trustも利潤や借入れによる投資を制限された。予算は、GPの所得とは無関係で、また予算を節約しても、それを保留してケアの改善に利用できなかった。
- 19) Julian Le Grand (1997), *Knights, Knaves or Pawns?; Human behaviour and social policy*. J Social Policy 26:146-169. Le Grand, J *From Knight to Knave? Public Policy and Market Incentives*. in T. Taylor-Dooby (ed), *Risk, Trust and Welfare*, Macmillan Press Ltd. 2000. Julian Le Grand (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights & Knaves, Pawns & Queens*, Oxford. (聖学院大学出版会から翻訳予定)
- 20) M. Knapp, 「最良の質と価値のための介入」郡司篤晃編著(2004)前掲書, pp. 80-81.
- 21) 病院が積極的にGPからの検体検査の依頼に応じて検体収集にまわるとか、病院の医師からGPにクリスマスカードが来るようになったとかといったエピソード

- がある。
- 22) 郡司篤晃編著(2004)前掲書, J. Le Grand氏の発表に対する郡司篤晃の討論.
 - 23) Anthony Giddens (1998), *The Third Way: The renewal of social democracy*, Polity Press.
 - 24) Anthony Giddens (1994), *Beyond Left and Right: The future of radical politics*, Polity Press.
 - 25) Labour Manifesto 1997.
 - 26) Secretary of State for Health (1997), *The New NHS: Modern, dependable* (Cm 3807), HMO.
 - 27) 医療費の8%が契約のための事務費に使われてしまった, という.
 - 28) 労働党は政府の透明性を主張し実践している. 選挙公約はManifestoとしてきわめて具体的な政策を示し, これは我々の国民との‘covenant’であるとした. ここで数値目標を示し agreementであるというのもその方針の実践の一つである.
 - 29) Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
 - 30) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care — Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
 - 31) Terry Bamford (2001), *Commissioning and Purchasing*, Routledge.
 - 32) Department of Health (1995) *An Introduction to Joint Commissioning*.
 - 33) M. Knapp (2004) *Commissioning for Best Value and Quality: Social Care Market in England*. (「最良の質と価値のための介入」郡司篤晃編著(2004)前掲書, pp.73-104.
 - 34) Julian Le Grand (2004年10月より Blair 首相の fulltime advisor, personal communication)
 - 35) Rob Flynn and Gareth Williams (Ed)(1997), *Contracting for Health: Quasi-markets and the National Health Service*, Oxford University Press.
 - 36) Judith Smith, Nicholas Mays, Jennifer Dixon, Nick Goodwin, Richard Lewis, Siobhan MacClelland, Hugh McLeod, Sally Wyke, *A review of the effectiveness of Primary care-led commissioning and its place in the NHS*, The Health Foundation.
 - 37) <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/Commissioning/PracticeBasedCommissioning/fs/en>
 - 38) Department of Health (1998), green paper *A First Class Service: Quality in the New NHS*.
 - 39) Department of Health (2002), *NHS Performance Ratings and Indicators*.
 - 40) Department of Health (July 2002), *NHS Performance Ratings: A-Z Performance Ratings and Indicators*.
 - 41) *The Health and Social Care (Community Health and Standards) Act*, 2003.
 - 42) <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/>
 - 43) 白書のメンバーは以下の各組織の長である Royal college of Physicians of London, Royal College of General Surgeons of England, Royal College of General Practitioners, British Medical Association, NHS Confederation, NHS Alliance など25の医療関係団体の長が参加し署名している.
<http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>
 - 44) The Secretary of State for Health (2000), *The NHS Plan: A plan for investment; A plan for reform*, Cm 4818-I (forwarded by Prime Minister).
 - 45) The Secretary of State for Health (April 2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment; next steps on reform*. Cm5503.
 - 46) Department of Health (October, 2002). *Improvement, Expansion, Reform: the Priorities and Planning Framework* (PPF) 2003-2006.
 - 47) Department of Health (October 2002), *Reforming NHS Financial Flows: Introducing payment by results*.
 - 48) <http://www.doh.gov.uk/jointunit/index.htm>
 - 49) Secretary of State for Health (November 1998), *Modernising Social Service: Promoting independence, improving protection, raising standards* (Cm 4169), The Stationery Office.
 - 50) Royal Commission on Long Term Care (March 1999), *With Respect to Old Age: Long term care – Rights and Responsibilities*, The Stationery Office.
 - 51) Department of Health (1998a) *Modernising Health and Social Services: National Priorities Guidance*.
 - 52) Department of Health (1998b) *Partnership in Action*.
 - 53) Secretary of State for Health (2000) *The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform*. The Stationery Office.
 - 54) Department of Health (1999) *Modernising Social Services; Promoting Independence, Improving Protection, Raising standards*. The Stationery Office.
 - 55) Department of Health (2000) *Guidance on Joint Investment Plans* (WWW.doh.gov.uk/jointunit, 12 January 2000).
 - 56) <http://www.integratedcarenetwork.gov.uk/>
 - 57) Gerri Kaufman (2002), Investigating the nursing contribution to commissioning in primary health-care, *J Nursing Management*, 10: 83-94.
 - 58) Kirstein Rummery (1999), The way forward for joint working? Involving primary care in the commissioning of social care services, *J Interprofessional Care*, 13 (3):

207-218.

- 59) Julie Charlesworth (2001), Negotiating and managing partnership in primary care, *Health and Social Care in the Community* 9 (5): 279-285.
- 60) 郡司篤晃 (1992) 「地域福祉と医療計画：医療計画の基本的諸問題」社会保障研究所編『リーディングス日本の社会保障 2 医療』有斐閣, pp.273-296.
- 61) Sue Elston and Immy Holloway (2001), The impact of recent primary care reforms in the UK on interprofessional working in primary care centres, *J Interprofessional Care*, 15 (1): 19-27.
- 62) <http://www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/Organisation>

Policy/FinanceAndPlanning/DirectPayments/fs/en

参考文献

- 毛利健三 (編著) (1999) 『現代イギリス社会政策史』ミネルヴァ書房
- 郡司篤晃 (編著) (2004) 『医療と福祉における市場の役割と限界：イギリスの経験と日本の課題』聖学院大学出版会
- Howard Glennerster and John Hills (Ed) (1998), *The State of Welfare: The Economics of Social Spending*, Oxford.

(ぐんじ・あつあき 聖学院大学教授)