

イギリスにおける地域包括ケア体制の地平

多田羅 浩三

■ 要約

イギリスでは、1909年の救貧法審議会少数派報告以来、保健サービスを地域において、どのような体系によって管理するのか、長い論争の歴史が刻まれてきた。そして1982年の改革によって、地域を基盤としてサービスを重層的に一元的に管理するという、懸案の地域主義の理念に立った、体制の確立に成功したといえる。しかし、地域主義に立てば立つほど、自ら追求してきた体制によって、サービスが行き詰まってしまうという事態を迎えることになった。そして1989年、「競争のないところに進歩はない」の考えのもとに、「内部市場」の導入による、新しい展開の方向が示され、1990年、国民保健サービス・地域ケア法が成立し、2000年にプライマリケア・トラストが生まれた。イギリスの地域包括ケアは、現状でみれば、地域主義に立った、優れた計画のお陰で、高い地平に立っている面が多い。しかし、これからのイギリスの地域包括ケアは、事業はすべて「公の計画」によって推進されるという、税金制度のもとで、人々により多くの選択とより大きい発言を与えることに、どれだけ成功するか、問われているのではないかと思われる。

■ キーワード

国民健康保険、ドーソン報告、国民保健サービス、プライマリケア・トラスト、新しい契約 (new GMS contract)

1. 保健サービス体制の興隆

イギリスは、19世紀、世界の工場といわれた。そのような中で直面した最も緊急の課題は、工場生産を担う労働力を如何にして確保するかであった。そしてエドウィン・チャドウィック¹⁾の起草による改正救貧法²⁾が1834年に制定された。改正救貧法によって、救貧法保護委員会³⁾の統合など体制の強化がすすめられる一方、「劣等処遇(Less Eligibility)の原則」⁴⁾が採用され、抑止原理を基盤とした今日につながる福祉政策の基本の形が示された。

1835年には都市団体会法⁵⁾が成立して、178の都市に住民が自らの市会(Council)を持つ法的立場が認められた。そして、1888年の地方自治体法⁶⁾によって、行政県(County, 62)、および特別市(County Borough, 人口5万以上5・5万以下4)が設置さ

れ、それぞれ県会、市会が認められ、地方が行うすべての業務の当局となった。また1894年には、地方自治体法によって、各県は市部地区(Urban District)と農村部地区(Rural District)に分けられ、各地区に地区会が創設された。

(1) ドーソン報告

地方自治体の体制が整備されてくる中で、シドニー・ウェッブ⁷⁾らのフェビアン協会(Fabian Society)の人たちを中心に、それまでの古い救貧法体制を廃止し、そこで担われてきた機能はすべて新しく構築されてきた地方自治体が担うべきであるということが主張された。それらの人たちの意見を代表して、1909年の王立救貧法審議会⁸⁾の少数派報告は、救貧法保護委員会(646)、および保護委員(2万4000人)を廃止し、その業務の県会

の保健 (Health)、教育 (Education)、施設 (Asylums)、年金 (Pension) の4つの委員会への移管を提言した。こうした自治体依存型の考えが強力に主張される中で、ドイツにわたり、中央の立場から、この国の疾病保険制度⁹⁾に学び、1911年の国民保険法¹⁰⁾の制定をすすめたのが大蔵大臣のロイド-ジョージ¹¹⁾である。そして生まれたのが国民健康保険制度である。この制度によって、地方に保健サービスの管理を担う機関として保険委員会 (Insurance Committee)、傷病手当金の管理を担う機関として認可組合 (Approved Society) が設置された。結果として、救貧法以来、税金に依拠してきた地方社会に、保険制度に依拠した制度が発足した。

この制度では、年収160ポンド未満の被用者本人のための一般医サービスが給付の対象となった。そして一般医へは人頭報酬制によって診療報酬が支払われた。この場合、一般医は難しい患者に時間をとられても収入の増加を期待できない。結果として、患者がどんどん病院におくられるようになった。このような中で一般医サービスと病院サービスの間の順当で効率のよい連携をどのように構築するかが、大きな課題となってきた。これに対して出された提案のうち最も代表的なものが、1920年に発表されたドーソン報告¹²⁾である。

(2) 自治体の委員会か、自治体から独立した協議会か

ドーソン報告は、古くアポセカリー (apothecary, 薬種師) の生業を基盤として発展してきた一般医のサービスと、フィジシャン (physician, 内科医) によって病院を基盤に発展してきた専門医のサービスを、それぞれヘルスセンターを拠点にしたプライマリ・サービス、およびセコンダリ・サービスとして位置づけることによって、新しい時代の人々の保健サービスを担う基本のあり方を示したものであり、歴史的に保健サービスの体制が論じ

られるときには必ず言及されてきた。

この報告が残した最大の課題は、この報告が中間報告として発表されたことである。保健サービスの管理体制について、自治体の法的な委員会が管理するのか、あるいは自治体から独立した協議会が管理するのか、結論を出すことができなかったのである。こうして救貧法審議会少数派報告、国民健康保険制度、ドーソン報告を経て、地方の保健サービスをどのような体系によって管理するのか、100年におよぶ長い論争のあゆみが始まった。

1942年には、医師会の医療計画審議会の中間報告¹³⁾が発表され、ヘルスセンターを拠点とした一般医のグループ診療の推進案が提出された。しかしここでも管理のための機関を、自治体による新しい機関—地方局 (Regional Authority) とするか、中央当局、自治体、篤志病院、医界の代表からなる機関—地方理事会 (Regional Council) とすべきか、ここでも結論を出すことができず、中間報告として発表された。

そして1944年に白書「国民保健サービス」¹⁴⁾が発表され、管理の形態について、自治体による連合局 (Joint Authority) 案が提案され、ひとつの結論が出されたように思えた。しかし、この段階で第二次大戦が終戦となり、新しい状況を迎えることになった。

2. 国民保健サービスの発足

(1) 地域医療計画

戦後、第1回の総選挙において、労働党が勝利して、1946年に国民保健サービス法¹⁵⁾が制定された。そこでは、それまでの地方レベルにおける保健サービスの管理形態をどのようなものとするかの議論は置かれ、「国有化」を政策の柱とした労働党政府によって、すべての病院の「国有化」という道が選ばれた。そして病院サービスは地方病院局 (Regional Hospital Board)、一般医サービスは

執行理事会 (Executive Council)、公衆衛生サービスは自治体 (Department of Health) によって管理されるという3分立の管理形態が提起され、その3者の連携の形が地方医療計画 (Regionalization) と呼ばれた。

(2) 地域 (Area) の誕生

1962年、イギリス医師会の「医療サービス検討委員会」(委員長アーサー・ポリット卿)の報告「大英国における医療サービスの検討」¹⁶⁾(いわゆるポリット報告 Porritt Report)が発表された。報告は、管理単位としての「地域 (Area)」の概念と、機関としての「地域保健局 (Area Health Board)」の設立を提起した。3分立のサービスを一元的に管理する方向が具体的に初めて示された。

1968年、「イングランドおよびウェールズにおける医療ならびに関連サービスの管理機構」¹⁷⁾(いわゆる第一次グリーン・ペーパー)が発表された。グリーン・ペーパーの中心課題は、ポリット報告の方向を受けて、1地域における医療ならびに関連サービスは1つの当局によって統一して管理されなければならないとされたことであり、「地域局 (Area Board)」の考え方が示された。

同じ年、「地方自治体当局と関連対人社会サービスに関する委員会」(委員長フレデリック・シーボーム)の報告¹⁸⁾(いわゆるシーボーム報告 Seebohm Report)が発表された。そして地方自治体は、保健、教育、そして住宅部門の社会サービス機能のいくつかとともに、児童サービスと福祉サービスをふくむ、統合した社会サービス部門を発足させるべきであると報告した。福祉部門における新しい管理の体系の方向が示されたのである。1968年11月1日には、中央において保健省と社会保障省が合併した。

1969年、「イングランドの地方自治体に関する王立審議会」(会長レッドクリフ・モード卿)が、報告書¹⁹⁾を発表した。その中で、ロンドン外のイン

グランドは、61の新しい地方自治体地域に分けられ、そのうち58においては、新しい当局はすべての地方自治体サービスに対して直接責任をもち、3つの大都市圏マンチェスター、リバプール、バーミンガムにおいては、ロンドンのそれと同様に、2段階システムが導入されるべきであると提案した。

1970年、「国民保健サービスの将来の機構」²⁰⁾と題して、第2次グリーン・ペーパーが発表された。ペーパーでは、国民保健サービスは地方自治体によってではなく、大臣に直接責任をもつ地域保健局 (Area Health Authority) によって管理されるべきこと、そして新しい保健局の数とカバーする区域は、新しい地方自治体のそれらに合致されなければならないとされた。また地域保健局は、大部分の保健上の目的には十分の大きさであるが、病院と専門医サービスなどに関連した管理を行うには小さすぎるとして、地方保健理事会 (Regional Health Council) が設置されるべきとされた。

1972年、「国民保健サービス機構改革・イングランド」²¹⁾、いわゆる「'72年白書」が発表された。保健サービスと社会サービスを単一の管理機構のもとに入れるということは、国民保健サービスを地方自治体の中におくことによって達成されることであるが、少なくとも近い将来においては、それは達成されないとされた。そして、企画部門であると同時にサービスの運営部門である地域保健局が地方自治体の外に置かれることになった。そして管理機関は、2段階システムとして、地域保健局と地方保健局 (Regional Health Authority) を置くことが提起された。

(3) 地域保健局から地区保健局へ

1974年、さきの白書によって示された方向で国民保健サービスの機構改革が行われ、90の地域保健局と14の地方保健局が設置された。こうしてイギリスは救貧法審議会報告以来の長い課題である、地方レベルにおいて病院、一般医、公衆衛生のサー

ビスを一元的に管理する、保健サービスの管理体系として、地方自治体から独立した管理機関を創設することに初めて成功した。病院、一般医、公衆衛生のサービスに対する3分立の管理機構が、「地域」を基盤として公衆衛生サービスを底辺として、一般医、病院のサービスが3層に重なる管理機構に生まれ変わった。イギリスでは、陪審制度や救貧法の長い伝統を受けて、自らの地域のサービスは自らの地域で完結するという「地域主義」の理念が特に尊重されてきた。地域保健局の創設によって、イギリスの社会はまさに、完成した「地域主義」の地平に立ったといえる。そして1979年に「患者が第一」²²⁾が発表され、県レベルの地域保健局を廃止し、市町村レベルの地区保健局(District Health Authority)を設立すべきであると勧告した。そして1982年には、この勧告にもとづいて地域保健局が廃止され、代わって192の地区保健局が設置された。

3. 内部市場方式の導入

(1) プライマリケア体制の充実

1974年の機構改革、それに続く'82年の改革によって、イギリスの国民保健サービスは、一定の地域を基盤として保健サービスを重層的に一元的に管理するという、長年の地域主義の目標を達成した。

このような状況を受けて、プライマリケア体制の充実を目指して、1986年、グリーン・ペーパー「プライマリ・ヘルスケア：検討のための日程」²³⁾が発表された。ここでは、一般医のサービスの質の向上に向けて、一定の基準を満足した一般医には手当金を出すことを提案した。その基準の中には、患者への利便性、スクリーニングや予防サービスの提供、生涯教育への参加が含まれた。また、総合的なプライマリケア・サービスを提供するために民間企業など、ほかの団体が参入することを

認める可能性があることを示唆した。

またこの年には、地域看護検討報告書「近隣の看護：ケアに焦点」²⁴⁾が発表された。報告は、薬剤の処方を含め、看護師にもっと大きな責任が与えられるべきであると提言した。そして1992年には、地域看護師は条件付きで処方権が与えられた。

1987年、白書「健康増進」²⁵⁾が発表された。白書は、一般医が予防注射やヘルスチェックの実施に意欲をもつよう目標を設定すること、一般医が最初の患者にヘルスチェックを行う場合の費用、健康増進や疾病の予防に関連した一般医の役割を明確にするため一般医のサービス条件を見直すこと、そして経済的インセンティブの導入、より明瞭な責任体制の実施、新しい形の運営スタイルの施行、そして成長する民間企業を重視することを提言した。

(2) 「内部市場」の導入

しかし伝統の「地域主義」に立った場合、Aという地区のAという一般医は、基本的にA地区の病院に患者を紹介しなければならないということになる。この場合、病院は、患者サービスに向けた運営努力があってもなくても、患者は自然に確保される。また人頭制で報酬を受ける一般医は、本来、難しい患者を安易に病院に紹介するという傾向をもっている。結果として、病院サービスの待機患者の数が年々、増大するという事態が生まれた。こうしてイギリスは自ら追求してきたシステムによって、サービスが行き詰まってしまうという事態に直面することになった。

そして1989年、「競争のないところに進歩はない」の考えのもとに、サッチャー首相²⁶⁾の決断によって、白書「患者のためにはたらく」²⁷⁾が発表された。白書は、一般医をサービスの購入者(purchaser)とし、病院と地域保健ユニット(Community Health Unit)をサービスの提供者(provider)とするという方式による、ヘルスサービスへの「内

部市場 (internal market)」の導入を提案した。

内部市場方式導入の具体的内容としては、中央には、保健省に戦略的な決定に責任を負う新しい政策委員会、およびサービスの運営に責任を負う運営実行委員会を置く。そして病院と地域保健ユニットは、自己管理の NHS トラストの立場に立つることができる。トラストは国民保健サービスの中にとどまるけれども財政運営や施設の運営に、より大きな自由度が与えられる。トラストの収入は保健サービスの購入者にサービスを提供することによって確保される。一方、一般医のプラクティスについては、1万1000人以上(後に9000人、さらに7000人に減少)の患者を有するプラクティスは、自らの予算(基金保有 fundholding)を運営し、提供者からサービス購入する資格に応募することが認められるとされた。そして地区保健局も、年齢および疾病の状況を加味した人口に応じて、サービスを購入するための基金を受け、公的あるいは私的な部門の提供者から住民のためにサービスを購入するという役割をも担うことになった。

(3) 新しいプライマリケア体制

1990年6月、国民保健サービス・地域ケア法²⁸⁾が成立した。そして1991年4月から、国民保健サービスに対し「内部市場」の考えをもとにした政策が実行されることになった。1990年12月には、56のトラストが承認され、1994年には実質上、すべての病院と地域保健ユニットがトラストとなった。自治体によって運営される地域ケアは、1993年4月の開始に延期された。

1997年、イングランドには429のNHSトラスト、基金保有一般医1万3423人、100の地区保健局(一般医3万1748人、歯科医1万5951人、薬局9787か所、眼科契約者6778人を管轄)が存在した。そして、この年の12月、新しく政権についた労働党政府は、白書「新しい国民保健サービス：モダン・頼りになる」²⁹⁾を発表した。その中で、労働党

は、一般医プラクティスにサービスの「購入」を委託することの利点を認め、最大限利用することを目指す方向を示し、個々の一般医による基金保有方式は廃止するが、購入・購買のシステムはむしろ一般化する政策をすすめ、すべての一般医は約480のプライマリケア・グループに統合するとした。しかもこれは、将来は約300のプライマリケア・トラスト体制に移行していくための、過渡的な処置とされた。計画は2000年4月に始められ、2004年に移行は完了するとされた。こうしてプライマリケア・トラストができると、地区保健局に委託してきたサービス「購入」の役割をトラストが引き継ぐことになり、そのため地区保健局は、28の戦略保健局 (Strategic Health Authority) として再編されることになった。2004-05年には、全国に303のプライマリケア・トラストが存在した。

(4) 地域ケアの体制

地方自治体によって担われてきた地域ケアの体制に関しては、1988年、「地域ケア：行動への日程表」³⁰⁾が発表され、中央には、地域ケアに責任をもつ副大臣 (Minister) を置くべきこと、そして地域ケアのニーズを明らかにし、優先順位を決め、計画を作成するのに、指導的役割をとるべき組織として最も優先されるのは、地方自治体の社会サービス部門であると提言した。

この報告を受けて、政府は1989年、白書「人々のためにケアする」³¹⁾を発表した。この白書では、地域ケアの責任は自治体がかつべきとしたが、民生活の推進を強調した。そして保健省は中央政府から受ける予算の85%を民間部門によって提供されるサービスに割り当てるよう要求するとした。白書の基本の理念のひとつは、課題は人々がどのような生活を営むかであり、そのため彼らが必要とするサービスに関して、各個人に、より大きい発言権を与えるべきであるとしたことであつた。

4. プライマリケア・トラストの体制

こうして長い論争の歴史を経て生まれた、プライマリケア・トラスト (Primary Care Trust) の役割は、管下の地域の住民に対して、地域の健康の改善と格差への挑戦、プライマリおよび地域の保健サービスの推進、病院サービスの購入 (commissioning) である。そのプライマリケア・トラストの運営体制は、次のとおりである³²⁾。

(1) プライマリケア・トラスト管理委員会 (PCT Board)

プライマリケア・トラストは計 11 人の委員からなる委員会によって管理される (表 1 参照)。つまりトラスト方式の導入によって、俗人が伝統のプライマリケアの管理の頂点に立つことになった。これによってイギリスの保健サービスは、さらに

新しい扉を開いたといえる。

(2) プライマリケア・トラスト実行委員会 (PCT Executive Committee)

プライマリケア・トラスト実行委員会は、トラストの日常の運営に責任をもつ。実行委員会は 15 人以下の委員によって構成される (表 2 参照)。委員長は実行委員会専門委員によって選ばれ、トラスト委員会の委員長の承認を得る。専門委員が過半数を占めなければならない。

(3) オックスフォード市プライマリケア・トラスト (Oxford City Primary Care Trust) の例

例えば、オックスフォード市プライマリケア・トラストは、オックスフォード市プライマリケア・グループ (Oxford City Primary Care Group) と

表 1 プライマリケア・トラスト管理委員会の委員構成

委員長 (俗人)・地域の 5 人の委員 (俗人)・ 主任実行委員・財務主任・ 臨床家 (3 人。少なくとも 1 人は一般医、1 人は看護師、1 人は臨床の管理を代表し、1 人は実行委員会委員長)

表 2 プライマリケア・トラスト実行委員会の委員構成

委員長・主任財務委員・ 社会サービス部門の代表 (1 人か 2 人)・ 専門委員 (公衆衛生の資格と経験を有する者 1 人・医師 <7 人まで>・看護師 <7 人まで>)

表 3 オックスフォード市プライマリケア・トラストのサービスとスタッフ

(人口 19 万 5000 人・2004 年 4 月)

一般医サービス：29 か所のプラクティス
提供する施設サービス： コミュニティ・ホスピタル 4 か所 急性疾患病院 3 か所 精神保健病院 3 か所 ナーシングホーム 8 施設 老人ホーム 8 か所 ナーシングホーム/老人ホーム 2 か所
スタッフ： <トラスト> 医師・歯科医 19 人 有資格看護職 260 人 他 計 444 人 <プラクティス (28 か所)> 一般医・歯科医 115 人 看護師 67 人 他 計 427 人

オックスフォードシャー地域保健 NHS トラスト (Oxfordshire Community Health NHS Trust) が合体して、2001年4月1日に生まれた(表3参照)。2007年には、オックスフォード市プライマリケア・トラストは、創設されたオックスフォードシャー・プライマリケア・トラストに吸収された。

5. 地域包括ケアヘルスケア・地域ケアを支える施設

(1) ヘルスセンター (Health Centre)

オックスフォード市のブラックバード・リース・ヘルスセンターは、当時、この地域に自動車工場が建設され、新しく開発された地域の住民の保健サービスを提供するために、1961年に、この市で初めて設立されたヘルスセンターである。診察室が4つ、処置室が1つ、保健師の部屋が4つ、地区看護師の部屋が1つなどがあって、2004年に、9600人の住民が登録されていた。スタッフは、一般医が7人(常勤3人、非常勤4人、常勤換算で5.25人)いて、センターの看護師が3人、受付係が6人、事務職が4人である。そしてトラストから4人の保健師、3人の地区看護師、2人の助産師が派遣(attach)されている。また、採血師、足治療師、言語療法士のサービスが提供されている。

ヘルスセンターでは通常、保健師や地区看護師は、必要に応じて一般医と接触し、さらに、毎日のこうした接触のほかに、例えば月1回という形で、スタッフの間で定期的なミーティングが持たれている。こうしてイギリスのヘルスセンターの最大の特徴は、医師を初め、保健師や地区看護師たちのチームケアの拠点としての機能を果たしているということにある。

(2) ファミリーセンター (Family Centre)

母子保健の向上に向けて、イギリスでは1998年に政府が5歳未満の児童と家族に向けた予算の強

化をはかるべきことが決定され、1999年にシュアスタート (Sure Start) 計画が始まった。当初、全国の250か所で始まった計画が、5年を経た2004年には524か所で行われるまでに発展した。

例えば、オックスフォード市では、統計上、恵まれない人が多く住んでいるとされているリトルモア地区に、シュアスタート・ファミリーセンターが設置されている。この地区のシュアスタート計画は、国の計画発足と同時に始められたものであり、2004年の予算は、すべて政府から出されていたが、2006年には成果について評価が行われ、全国展開に向けた施策が実施されるといわれている。

シュアスタート計画は、子どもとその家族の支援に向けて、何か新しく事業を始めるというのではなく、従来から存在するファミリーセンターやコミュニティセンター、保健師による訪問、助産師の妊婦ケア、プレイグループ、子どものケア活動など、地域で既に進められている事業の連携をはかることによって進められるというのが、その特徴である。

(3) コミュニティ・ホスピタル (Community Hospital)

コミュニティ・ホスピタルは、かつてはコテージ・ホスピタル (Cottage Hospital) と呼ばれた。病院が存在しない、山間部において、地域の一般医にオープンな病院の設立が認められ、19世紀には全国で200か所近くも設立された。かつては植民地であったアメリカに建設された病院は、まさにこのコテージ・ホスピタルであったといえる。

オックスフォード市の近郊のアビンドンコミュニティ・ホスピタルは、1900年に伝染病の隔離病院として設立され、1947年にコテージ・ホスピタルになった。一般の急性疾患病院は、それ自体、病院トラストとして運営されているが、コミュニティ・ホスピタルは、病院トラストではなく、プライマリケア・トラストに所属している。地域の

約 30 人の一般医が利用していて、48 床の病床があり、老人科外来、理学療法クリニック、運動クリニックが設けられており、看護師・ヘルスケアアシスタントが 48 人、理学療法士 2 人、作業療法士 2 人の体制で運営されている。平均在院日数は 38 日である。

病棟では、通常、入院している患者は、どの人も正装して、椅子に座っている。最も重要な役割は、リハビリの分野である。救急病院に入院していた患者が退院、もしくはほかのケア施設、例えば、ナーシングホームや老人ホームのような施設に転院する前にリハビリを行っている。

(4) ホスピス (Hospice)

1960 年代および '70 年代になって、イギリスではホスピスへの関心が高まってきた。オックスフォード市には、18 歳未満の子どもたちのホスピス「ヘレンハウス (Helen House)」のほかに、18 歳から 64 歳の人たちのための施設として「ダグラスハウス (Douglas House)」、そして 65 歳以上の人たちのホスピスとして「ソーベルハウス (Sobell House)」が設置されている。

オックスフォード市では、地元の放射線治療師と一般医の関心が非常に高かった。当時、全国がん救済協会の会長をしていたマイケル・ソーベル卿との話し合いの結果、オックスフォードシャー県の保健局が運営費を捻出し、地元住民が設備や機械の購入費を集め支援する意思を示すのであれば、ソーベルが建物の建設費を負担するという事になった。開院は 1976 年で、20 床でスタートした。このホスピスでは、患者がどこにいてもケアを提供する。病院にいる患者はもちろんのこと、コミュニティへも手を差し伸べることは非常に重要であるとして、プライマリケア・チームとも緊密に連絡をとって自宅にいる患者のサポートをしている。

緩和ケアについて、一般的なことをだれもが理

解していれば、患者がどこにいても、最悪な死に方をすることも、症状管理を全く受けられずに痛みを悶えて亡くなることもない、という認識のもとに、現在、イギリスのほぼすべての医学部で緩和ケアのことを教えている。

(5) 子どものホスピス (Hospice for Children)

1982 年、オックスフォード市に世界で初めて、子どものホスピス「ヘレンハウス」が設立された。施設の創設者はシスター・フランシス・ドミニカである。1978 年に一人の若い女性から電話があって、2 歳の娘、ヘレンが命にかかわる重病だ、と言った。フランシスがシスターであること、そして病気の子どもの看護師をしていることから、会って話をしたい、と頼まれた。ヘレンが病院で過ごした 6 か月の間に、フランシスと家族は友だちになった。そして 1980 年 2 月、フランシスは、一人の小さな女の子ヘレン、そしてその家族と結んだ極めて特別な友情関係を、ほかの非常に重い病気にかかっている子どもたちとその家族にもひろげることができないだろうか、と考えた。そしてヘレンの両親とともに、ヘレンハウス設立の計画を建て、1982 年 11 月にオープンした。世界で初めての子ども専用ホスピスの誕生である。死を迎えるとき、一番大切なのは友人が傍にいてくれることである、というのがフランシスの考えである。

「ヘレンハウス」は、医師、ケア主任、チーム・コーディネータ、小児科看護師 15 人、保育看護師・ケアラ・遊び専門職 17 人、ソーシャルワーカー 2 人、助手、家事スタッフ 4 人、事務職 4 人、マネージャらの人たちによって支えられている。2003 年には、123 人の子どもたちがヘレンハウスを利用した。ヘレンハウスでは、いつでも、8 人の子どもの世話をすることができる。子どもたちは、自分だけの部屋を利用することができる。家族も一緒に過ごすことができる。この施設の運営には、2003 年には、170 万ポンドの費用がかかったが、施設の運営費は、

すべて篤志の寄付によってまかなわれている。ここには、まさに 100 年の歩みを経て、イギリスの地域包括ケアがたどり着いた地平が開かれていると思える。イギリスでは、2004 年に 33 の子どものホスピスが存在した。

6. 地域包括ケアのスタッフ

(1) 一般医 (General Practitioner)

イギリスのプライマリケアの発展には、中世の時代、アポセカリーと呼ばれ、街のクスリ屋、つまり庶民の医師として活躍した伝統を持つ「一般医」が存在するということが、その大きな基盤となっている。その一般医は、1911 年に制定された国民健康保険制度の発足以降、人頭報酬制によって、診療報酬を受けてきたということが、イギリスのプライマリケア体制の最も大きな特徴をつくっている。一般医は、登録住民の「疾病」をみるのではなく、「健康」をみるということが、人頭報酬制という制度の基本の理念であったと思われる。そして、24 時間 365 日、住民の健康に責任をもつこと、さらに症状の存在を前提とした「疾病」対策にとどまらず、日頃から住民の「健康」の管理に努めるという、ふたつのことが一般医には求められてきた。しかし、人頭報酬制という方式は、結果として、一般医の診療活動を消極的なものとするのが避けられなかった。

これに対し、一般医に対する「新しい契約」(new GMS contract)によって 2004 年 4 月から、これま

で長年、一般医の診療を支えてきた、2 つの柱が大きく改革されることになった。第一に、これまでの 24 時間 365 日の責任に対して、一般医は月曜から金曜まで、午前 8 時半から午後 6 時までの診療には責任をもつが、夜間、週末、休日の診療からは解放されることになった。これらの時間外の救急診療が必要な場合、患者は、所定の番号に電話すれば、自動的にトラストによって運営される、時間外担当の医師に紹介される。第二に、各診療プラクティスを単位として、健康の管理に対し、達成目標と点数が示され、達成された合計点数に応じて診療報酬が加算されることになった(表 4 参照)。2004 年には、1 点は通常プラクティスでは 75.50 ポンドに換算された³³⁾。

21 世紀になって、これらの 2 つの一般医サービスに導入された診療方式は、イギリスの 20 世紀を通じて踏襲されてきた一般医の診療のあり方を基本的に変えるものであると思われる。ここで一般医にとってジレンマになっているのは、時間外の診療から離れ、また一般医と患者の間にコンピュータが入ることになり、患者との信頼関係、あるいは家庭医として患者をみるという感覚を失うことになるのではないかということである。

イギリスの一般医は、プライマリケア・トラスト制度の導入によって、組織的なプライマリケアの推進に対し、新しい地平に立っているのと同時に、毎日の診療についても、「新しい契約」によって新しい実践の場に立っていると見える。

表 4 健康管理の達成目標項目数および合計点数

(2004 年 4 月)

臨床指標に対する達成目標：合計 76 項目・合計点数 550 点
冠疾患 (15 項目)・脳卒中 (10 項目)・ 高血圧 (5 項目)・糖尿病 (18 項目)・慢性閉塞性肺疾患 (8 項目)・ てんかん (4 項目)・甲状腺機能低下症 (2 項目)・ がん (2 項目)・精神保健 (5 項目)・喘息 (7 項目)
施設の運営管理他に対する達成目標：合計 70 項目・合計点数 500 点

(2) 保健師 (Health Visitor)

イギリスの保健師にとって、母子保健を推進するための最も重要なターゲットは、親をサポートし、子どもの健康を損なう予防可能な病気を防ぐことである。そのため妊娠期や出産直後から家族状況のアセスメントを行い、家庭内の事情、例えば家庭内暴力や住環境などを把握し、両親と子どもたちの友人として活躍してきた。

イギリスでは国民保健サービスの中で国民サービス・フレームワーク (National Service Framework) が、国民生活の特定分野、糖尿病やがん、脳梗塞や心臓病の予防などの課題をターゲットにして推進されている。これらの疾患は、個人の行動変容および生活の健全化を推進することで、予防したり治療したりすることが可能である。母子保健のフレームワークが2004年に発表された。国民サービス・フレームワークの強みは、専門家やボランティア、役人といったさまざまなバックグラウンドを持つ人たちが一緒に仕事をするということである。家族や個人のサポートのためにチームワークで取り組み、人と人のチームワークだけでなく、組織レベルのチームワークもすすめている。保健師は、これらのチームワークの真ん中に立って、活動を推進している。

(3) 地区看護師 (District Nurse)

子どものケアの充実に向けた活動のひとつの中心になっているのが、地域小児看護 (Community Children's Nursing) である。地域小児看護の理念では、子どもたちは、必要とするケアが家庭やデイクリニック、病院の通院施設では十分に提供できない場合にのみ、病院に入院すべきである、とされている。地域小児看護にとって重要なことは、患者の介護をする親たちが、自分たちがサポートされているということを実感することである。

イギリスの地域小児看護は、1969年にサザンプトンで始まり、1980年代の後半には、全国の約50%

の子どもたちがカバーされ、2000年にはほとんどの子どもがカバーされたと報告されている。この活動は、例えばオックスフォード市の住民のサービスは、オックスフォードシャー県によって運営されており、人口が60万人、0歳から18歳までの子どもたち16万人に対し、8人の地域小児看護師がいて、2004年現在、看護を提供している子どもたちの数は180人、このうち75人は重篤な病気を持つ小児であった。2003年には、11人が亡くなり、そのうち8人は在宅で、1人は病院で、2人はホスピスで亡くなった。

ある重度の障害のある少女が自宅で受けているサービスは、地域小児看護師の看護サービスが週1日、レスパイト看護師のサービスが週2晩、学校への看護師による同伴サービス、学習障害トラスト (Learning Disability Trust) のハーンズハウス (Hernes House) での月4晩の滞在サービス、子どものホスピス「ヘレンハウス」の利用である。まさに人々の健康を支えているという姿が、ここには存在しているように思われる。

(4) ソーシャルワーカー (Social Worker)

地域ケアは、県レベルの自治体によって運営されている。例えば、オックスフォード市の住民の地域ケアは、オックスフォードシャー県の社会福祉部門が担っている。

オックスフォード市に住む、障害者Lさんは、オックスフォードシャー県のソーシャルワーカーとの相談のもとに、24時間在宅ケアのパッケージを利用している。その費用はダイレクト・ペイメント制度と自立生活基金の両方から出ている。Lさんのケアプラン作成には、Lさんだけでなく、中心になる介護人も同席する。ケアプランの作成は、原則として年に1度であるが、もちろん要望があるときや変えて欲しいと感じたときには変更される。

Lさんは、いちばん重要なことは、自立することと選択権を持つことであると考えている。ダイレ

クト・ペイメント制度を始める前にも、ホームケアを受けていたが、介護人は自分たちが来たいときに来るのであって、来て欲しいときを選べるわけではなかった。ダイレクト・ペイメント制度でいちばんありがたかったのは、望む人、望むときを選べる権利と機会が与えられたことである。

この国でも、1970年代、1980年代までは、障害のある人のケアは、ほとんど両親に依存しており、しかも障害のある人が、いろんなことができないのは当然であり、障害を克服するような努力を期待するような理解が全くなかった。Lさんも、15歳、16歳になってもほとんど読むことも、書くこともできなかった。1981年になって、母親が教育委員会に相談にあって、2年間、学校に通うことになり、1000人もいる生徒の中で障害のある人は、彼ひとりであったが卒業することができた。どのように社会保障がすすんでいる社会であっても、声をあげなければ前進がないこと、その場合、側に立って、戸を開けてくれる人、そのような人が存在することが不可欠である。その意味で、地域の社会福祉や保健の専門職の人の役割が、どれほど大きいか、例えようがないと、Lさんは考えている。

7. 結語

イギリスの地域包括ケアは、プライマリケア・トラストによって担われているプライマリケアと、県レベルの地方自治体によって運営されている地域ケアによって担われている。近年、特に抜本的な改革が行われ、新たな展開に向けて意欲的な取り組みがすすめられている。しかしプライマリケアも地域ケアも税金を財政的基盤としている。この場合、事業はすべて「公の計画」によって推進されるという道はずれることはできない。結果として、事業はどうしても「上位下達」の性格をもってしまふ。

例えば、わが国では、税金に依拠してきた、高

齢者の介護福祉サービスが介護保険制度という「保険」によって運営される制度に改革された。また老人保健法によって、税金を財源として実施されてきた「保健事業」が、高齢者医療確保法によって、医療保険制度のもとで実施されるようになった。これらの施策には、税によるサービスがつくってきた「上位下達」の性格を脱し、人々が主役となる「自発型」の制度を育てたいという考えが存在しているように思われる。

イギリスでは、20世紀、営々と「地域」の構築に向けた論争があつて、「公」によって事業が計画され、推進されてきた。この国では、税金に依拠して、「地域」を基盤に計画を建てるという道しか、存在していない。その手法が、世界各国において、社会保障推進のモデルとなってきた。そしてイギリスは、社会保障の母国といわれてきた。しかし、21世紀になって、「公」による「上位下達」の方式によって、今日の多様な人々のケア・ニーズにどれだけの確に対応することができるのか、厳しく問われていると思われる。2006年、白書「我々の健康・我々のケア・我々の発言：地域サービスの新しい方向」³⁴⁾が発表された。「我々の」という言葉が繰り返されていることが、そのことをまさに示唆していると思われる。この白書の目的は、「早期の介入を目指した予防サービスの充実」「人々により多くの選択とより大きい発言を与える」「格差を是正し地域サービスを利用しやすいものにする」「長期のニーズを有する人への支援を強化する」であるとされており、白書を通じて、「人々により多くの選択とより大きい発言を与える」ということに、特に注意が向けられている。

イギリスの地域包括ケアは、現状でみれば、優れた「公」の計画のお陰で、わが国の現状などに比較して、非常に高い地平に立っているように見える面が多いと思われる。しかし21世紀に、人類に対し、さらに新しい地平を開くことができるかどうかは、税金制度のもとで、「人々により多くの

選択とより大きい発言を与える」ことに、どれだけ成功するかにかかっているのではないか、と思える。

注

- 1) Edwin Chadwick (1800-1890). 19世紀, イギリスの最も高名な救貧・公衆衛生改革者。1842年には衛生報告 (Report of the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain) を発表し, 1848年の公衆衛生法 (Public Health Act) を起草した。
- 2) Poor Law Amendment Act (4&5 Will.IV, c.76).
- 3) Poor Law Board of Guardians. 職務上委員を兼ねる治安判事を除いては, 教区内の一定の有権者から選出された委員で構成され, 救貧税を集め, 貧民の救済を行った。
- 4) 新しい救貧法による救済は, 院外救助を否定し, 院内救助についてもワークハウス・テストを課し, 救助を最小限に抑えることとされ, 救済貧民は, 外部の最も賃金の低い労働者よりも, 「さらに劣等な」生活条件の救貧院に入れられることになった。これは, 一般に劣等処遇の原則といわれた。
- 5) Municipal Corporations Act (5&6 Will.IV, c.50). 一定の条件にかなった都市を法人とし, 市の住民によって選挙され, 住民のために働き, 住民に対して責任を有する委員からなる市会をして, 市を代表させることになった。そして公衆衛生, 道路の維持改良, 警察, 教育, 消防などが, 市政の主要な目的となった。
- 6) Local Government Act (51&52 Vict., c.41).
- 7) Sidney Webb (1859-1947). フェビアン協会の初期からの会員。夫人のビアトリス・ウェブは王立救貧法審議会の委員であり, 少数派報告は2人が共同で書いたとされている。
- 8) Royal Commission on Poor Laws and Relief of Distress. 1905年に設置され, 1909年に多数派報告に並んで, 少数派報告が発表された。
- 9) 1883年, オットー・ビスマルク首相によって制定された。
- 10) National Insurance Act (1&2 Geo.V, c.55). 国, 雇用者, 被用者の財政負担によって運営される健康保険制度および失業保険制度を定めた。
- 11) David Lloyd-George (1863-1945). 1908-15年蔵相, 1915-16年軍需相, 1916年陸相, 1916-22年首相を歴任した。20世紀, イギリスを代表する政治家の一人。
- 12) Ministry of Health, Consultative Council on Medical and Allied Services. 1920. *Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services (the Dawson Report)*, Cmd 693. HMSO. (多田羅浩三 1978「医療並びに関連サービスの将来計画に関する中間報告(いわゆるドーソン報告)」全訳1『医学史研究』51号 pp.42-50. 多田羅浩三 1979 同 全訳2 同 52号 pp.48-52.)
- 13) Medical Planning Commission. 1942. “Draft Interim Report.” *British Medical Journal*, 20 June, pp.743-753.
- 14) Ministry of Health and Department of Health for Scotland. 1944. *A National Health Service*, Cmd 6502. HMSO. 厚生省保険局 1949『調査資料第15号 英国国民保健事業—1944年』。
- 15) National Health Service Act (9&10 Geo. VI, c.81). この法律によって, 無料のサービスを提供することによって, 人々の心身の健康, および疾病の予防, 診断, 治療における改善を保障する国営による包括的な保健サービスの体制が発足した。
- 16) Medical Services Review Committee. 1962. “A Review of Medical Services in Great Britain, Summary of Conclusions and Recommendations.” *British Medical Journal*, 3 November, pp.1178-1186.
- 17) Ministry of Health. 1968. *National Health Service: The Administrative Structure of the Medical and Related Services in England and Wales*. HMSO.
- 18) *Report of the Committee on the Local Authority and Allied Personal Social Services*, Cmnd 3703. HMSO, 1968.
- 19) *Report of the Royal Commission on Local Government in England 1966-69*, Cmnd 4040. HMSO, 1969.
- 20) Department of Health and Social Security. 1970. *National Health Service: The Future Structure of the National Health Service*. HMSO.
- 21) Secretary of State for Social Services. 1972. *National Health Service Reorganization—England*, Cmnd 5055. HMSO.
- 22) Department of Health and Social Security. 1979. *Patients First*. HMSO.
- 23) Department of Health and Social Security. 1986. *Primary Health Care: An Agenda for Discussion*,

- Cmnd 9771. HMSO.
- 24) Department of Health and Social Security. 1986. *The Report of the Community Nursing Review, Neighbourhood Nursing: A Focus for Care (The Cumberlege Report)*. HMSO.
- 25) Department of Health and Social Security. 1987. *Promoting Better Health*, Cm 249. HMSO.
- 26) Margaret Hilda Thatcher (1925-). 1979-90年に首相を務めた。
- 27) Department of Health. 1989. *Working for Patients: The Health Service Caring for the 1990's*, Cm 555. HMSO.
- 28) NHS & Community Care Act (c.19).
- 29) Department of Health. 1997. *The new NHS: modern, dependable*, Cm 3807. The Stationery Office.
- 30) Department of Health and Social Security. 1988. *Community Care: Agenda for Action (The Griffiths Community Care Report)*. HMSO.
- 31) Department of Health. 1989. *Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond*, Cm 849. HMSO.
- 32) Oxford City NHS Primary Care Trust. *Oxford City PCT ANNUAL REPORT 2001/02*.
- 33) http://en.wikipedia.org/wiki/Quality_and_Outcomes_Framework
- 34) Department of Health. 2006. *Our health, our care, our say: a new direction for community services*, Cm 6737. The Stationary Office.

参考文献

- 多田羅浩三 1999『公衆衛生の思想—歴史からの教訓—』医学書院。
- 多田羅浩三・瀧澤利行 2005『健康科学—人々の健康を支える基盤—』日本放送出版協会。
- 多田羅浩三 2003「イギリスの人たちが歩んできた道」大同生命厚生事業団『第1回オックスフォード保健福祉研修報告書』pp.1-17.
- 多田羅浩三 2007「イギリスに学ぶ」大同生命厚生事業団『第5回オックスフォード保健福祉研修報告書』pp.1-8.
- B・エイバル—スミス著 多田羅浩三・大和田建太郎訳 1981『英国の病院と医療—200年のあゆみ—』保健同人社。
- Michael Warren. 2000. *A Chronology of State Medicine, Public Health, Welfare and Related Services in Britain 1066-1999*, Faculty of Public Health Medicine of the Royal College of Physicians of the United Kingdom.
- (たたら・こうぞう 放送大学教授)