

論 説

イギリス NHS (医療) と 地方自治体 (介護) の関係 — Community Care (Delayed Discharges Etc.) Bill 2003 をめぐって —

渡 辺 満

はじめに

イギリスにおいては継続的ケアが必要な場合、そのサービスが NHS により提供されるのか、自治体により提供されるのかにより、負担の仕方が異なる。NHS が提供するサービス (医療サービス) は全ての人が利用時無料であるが、自治体が提供する福祉サービスは、所有資産に応じた負担となっている。低所得者は無料であるが、資産保有者は資産高に応じた負担をしなければならない。かなりの人々が自治体管理長期ケアを受けるためにマイホームを売却しなければならない、という事態が生じている。

慢性的症状の場合、提供される医療サービスと福祉サービスは混じり合っており、素人には両者を区別することが難しい。そのため NHS サービスは無料、自治体サービスは有料について誤解を生じ、多くの人々の間に不信感を生み出している。同じようなサービスでも無料と有料という、天国と地獄の差が生じているからである。ただし、低所得者については自治体サービスも無料とされている。上記のような NHS と地方自治体サービスの天国と地獄の差は中・高所得者についてあてはまる問題であることを注意すべきである。

こうした問題を縮小させるために「長期ケアに関する王立委員会」が1997年12月に設置され、問題の解明、解決策が検討された。1999年3月同委員会

は24項目にわたる勧告を行った。多数派意見は自治体管理社会サービスも無料にすべきだという内容であった。

政府は2000年7月「NHS プラン」(今後10年にわたる将来計画)の一環として、こうした勧告に対して回答を示した。つまり、社会サービスのうち「ナーシングケア」のみを無料にするという内容であった。ナーシングケアとは看護師が行うサービスであると、端的に定義されている。

この問題の根本的解決は、NHS サービスと自治体サービスを同じ条件の下に置くことである。両者とも利用時無料にするか、両者とも有料にするかのどちらかである。現状では NHS サービスは無料、自治体サービスは有料であるために、NHS サービスの利用選好現象が生じている。日本の「社会的入院」と似たような現象である。人々や自治体は NHS 利用を選好するために、本当に入院治療が必要な人のベッドがブロックされている、という認識を表現する用語として Bed blocking という言葉がマスコミなどでは使われてきた。

しかしこうした用語法は誤解を招くということで、公式には Delayed Discharge という言葉が使用されるに至っている。以下「遅らされた退院」法案審議の内容をまとめることにより、争点は何か、とくに地方自治体と NHS の、福祉界と医療界のスタンスの違いを明らかにしてみたい。

1 遅らされた退院の現状と原因

(1) 新制度の要点

退院できる患者に、自治体がコミュニティーケアあるいは在宅ケアを迅速に準備できない場合には過料が課される。遅らされた退院 Delayed Discharge 縮減に失敗した自治体は NHS の入院費を1日あたり120ポンドまで、負担しなければならない。しかし、成功した自治体には自由に使える予算を配分する。2003-06年予算では、24億ポンドが配分されることになっている。その代わりに、コミュニティーケア、装具への個人負担を地方自治体は課してはならな

い (参考資料1)。

(2) 遅らされた退院の現状

政府・保健省によれば、遅らされた退院者は全年齢で5,000人いるとされている (議会答弁)。全国監査事務所 (NAO) の調査によれば75歳以上の者で1ヶ月以上退院が遅れている者は、最小で1,300人とされている (報告書, 2003年2月12日発表 - 参考資料3)。庶民院保健医療特別委員会は、遅らされた退院は、全年齢で7,065人にのぼり、急性ベッドの6%にあたるとしている。遅らされた退院にともなう NHS の費用負担は年間7億2,000万ポンドにのぼる (2002年同委員会報告書)。自民党 (Liberal Democrats, 以前の Liberals) は、遅らされた退院により68,000件の手術がキャンセルされたとしている (保健医療特別委員会質問 - 参考資料1)。

以上、調査主体により数値が異なるのは、「遅らされた退院」の定義の違い、年齢層の違いなどによる。遅らされた退院の定義についての説明は別のところで試みる。

(3) 原因

遅らされた退院の原因についても諸説がある。多くの人々の間で共通している認識は、地方政府・社会サービス部局の財源不足が原因であるとする考えである。

1997年以来、ナーシングホーム・レジデンシャルホームの1/6が閉鎖され、5万ベッドが消滅させられた。この主な原因は社会サービス部局によるホームへの支払基準額が低すぎて、ホームの運営費をカバーできないことにあると、全国ケアホーム協会(ケアホームのオーナー団体)は、主張している。他方で、ホームの設置基準が厳格化され、基準を満たさない施設の閉鎖もあいついで行われた。

エイジコンサーンに代表される高齢者慈善団体などは、遅らされた退院は中央政府による長年の過小予算の結果であるとする説が多数派である。地方政府は、中央政府の期待以上に社会サービスに支出し、年間10億ポンド以上

支出、1億8,000ポンドもの赤字を負担している、と窮状を訴えている(保健医療特別委員会—参考資料1)。

2 法案への各界の対応

(1) NAO(全国監査事務所)は、この1年間保健省の努力が実り、遅らされた退院を減らすことに成功したと評価している。「コミュニティケアの3億ポンド国庫負担増加、リハビリテーションのような中間ケアへの8億ポンドの国庫負担追加などにより過去1年間で、1,500人の遅らされた退院者を減らした」。このようにこの間の退院促進政策、つまりコミュニティケア強化策を高く評価しながらも、他方では今回の過料制度の法制化(コミュニティケア法)については批判するというスタンスをとっている。「過料制度の導入は歪んだインセンティブをもたらし、早すぎる退院、適切な対応ができないまま退院者を受け入れざるを得ず、その結果、状態が悪化し、結局再入院ということになる。政府の数値によると、2001年度には、退院後28日以内の75歳以上の緊急再入院は122,881人で、5年間で28,733人増加している」(NAO報告書—参考資料3)。(中間ケアについては、上記のようなをNAOによる積極的評価とは反対に、批判的な意見も多い—本稿5「中間ケアをめぐる諸問題」参照)。

(2) 保健医療特別委員会は、この制度はNHSと社会サービス部局間のパートナーシップを崩壊させる、と報告書の「結論と勧告」部分で述べている(参考資料1)。

(3) 影響を受ける地方自治体、プライマリケアトラスト、NHSトラストなど250組織の約80%は、NHSと社会サービスの関係を傷つけると、政府の諮問に対して批判的な回答を寄せている。

(4) イギリスではまだ医療と社会サービスは分離状態、そこに新制度を導入すると両者の関係を悪化させてしまう(スウェーデンでは医療と社会サービスは完全に統合されている、そのまねをしてもうまくいかない。完全統合のもとでは病院ベッドを解放するために早すぎる退院を行うインセンティブは生じない、また

コミュニティケア負担を避けるために退院を不必要に遅らせることもない(Jon Glasby, *Hospital Discharge : Integrated health and social care*, Radcliffe Medical Pr, 2003))。

(5) ケアトラストを普及するという保健省 (保健省 NHS プラン) の方針があるが、うまくいっていないし、この過料制度によりさらに自治体の中でケアトラスト創設についての懸念が広まっている。ケアトラストは統合された医療と社会ケアを提供する NHS の新しい機関として保健省により提唱されているが、今までのところ、全国で2つしか設立されていない。

(以上の情報で、特定していないものは David Batty, Q & A : cross-charging, *The Guardian*, Wednesday April 2, 2003 による)

Age Concern England も、遅らされた退院問題への集中による歪曲を強調した。ここでの過大な強調は「必要なサービスを、医療・社会・住宅サービスを得るうえで、遅れのために被害を受けているという在宅要介護者という、他の同様に深刻な、しかし目に見えにくい問題」を覆い隠すかもしれないという危険を、彼らは感じていると述べている (Memorandum submitted by Age Concern England (DD 2), para. 3.1, 3月13日 — 参考資料1)。追加の財源配分と、遅らされた退院に取り組むためにその財源を地方当局に使えという圧力は、自宅で長期のニーズを持っているが、「しかし入院や最近退院したばかりという直接の危機に直面していない人々」からの財源転用を増幅することになるかもしれない。病院ベッドを利用している他のグループも中間ケアの利益を受けそうにはない。

以上の諸問題を解決する方法として保健医療特別委員会は、国の特別補助金の出し方について、以下のような提案を行った。

「特別補助金による追加資源の重点化及び課題達成不足当局へ集中することの価値を我々は認識しているが、このことは貧弱な業績を報いるように見えるということも認める。政府の「稼得された自治」の強調に照らしてみれば、良い業績をあげている当局へのそれに対応する支援の発展、それは現地

環境に最も適するやりかたで追加資源を利用する自由を与えるものであるが、そうした支援があるべきである、と我々は勧告する」(保健医療特別委員会「結論と勧告」パラグラフ51—参考資料1)。

種々の団体・個人が取り上げている保健省提案の問題点を要約するならば、イギリスでは医療と社会サービスの統合はスウェーデンほど進んでいないで、むしろ対立の傾向が強いこと、保健省による医療・社会サービス統合促進策は NHS 中心主義に陥り、NHS 以外の機関・関係者からの反発が強まっていること、さらに中央政府の社会サービス予算配分が少なすぎるという批判が強い、という3点にまとめることができよう。

第1のスウェーデンほど医療と社会サービスの統合は進んでいないという点についてはすでに多くの研究者により指摘されている。

第2の保健省は NHS 中心の「統合」を進め、それへの各界(自治体、社会サービス関係者・民間事業者)からの反発が見られる。つまり「退院促進策よりも在宅ケアの改善など優先すべき課題が多い」という意見である。こうした議論の急先鋒はエイジコンサーンである。

また問題処理の仕方の違いを「医療モデル」と「社会モデル」に分類し、病気の治療という狭い視野からのクライアントの処遇方法を医療モデルとし、人間を総体として把握し、そのニーズを中心に処遇を図る「社会モデル」の観点から、問題を提起しているポロックやキャンベルなどに代表される研究者グループもある。こうした医療モデルと社会モデルの対比などは、以下の中間ケアの項でまとめることとする。

第3の中央政府による社会サービス予算配分が少ない、という不満が強い点については、地方自治体独自財源が少ないというイギリス財政の特徴に由来するように思われる。日本と同じように地方分権強化・地方への税源委譲という課題をかかえているようである。

3 保健省の追加提案

以上のように、各界からの批判を浴びて、政府・保健省は2002年11月、次のような追加提案を行うこととなった。つまり、3年間にわたって、3億ポンドを NHS 予算から自治体の社会サービス部門に移管するという提案である。

しかし、このことは提案された法制に欠陥だらけの考えを追加するものと批判されている。Help the Aged は、そのことは地方自治体に前もって過料を負担するための財源を与えるものと指摘している。いっぽう、非営利医療事業団体キングスファンドの社会ケア上級助言者ジャニス・ロビンソンは、追加資金は地方当局が遅らされた退院を削減するインセンティブを取り除く、と語っている。「多くの社会サービス部局はすでに過料を支払うための予算措置を行いつつある」と彼女は説明している。「このことはケアシステム内部で、異なる境界にわたってお金を動かすだけのことだ。より多くのコミュニティケア提供のためにお金が使われることを保証する方策のように思われたい」。

地方政府協議会 (LGA) 議長, Sir Jeremy Beecham は「社会ケアを支援する10億ポンド以上の財源の一部となる地方自治体への過料は道理に反し、助けにならない」と述べた。全国ケアホーム協会責任者 Sheila Scott は、「地方自治体に長期ケアのための十分な財源を与えなければ、さらにその場合、病院から退院させる財源を持たなければ、その結果、過料を課すことになり、状況を悪化させ、ますます悪化させることになる (悪循環)」と述べた (この項の引用文は David Batty, Who cares?, The government plans financial penalties to combat bed blocking, *The Guardian*, 2003年2月13日)。

4 法案の修正

5年間の時限立法にするなど、最終段階で以下のような修正が加えられ2003年4月はじめに法案は成立した。

Age Concern は本法案に関して、議会の各審議段階に応じて、その都度修正案などを提案するというような関わり方をしている。審議の最終段階である2003年3月27日、庶民院での修正審議についてもコメントを発表しているが、その内容はおおむね以下のようなものであった。

<全体としての評価>

社会サービスへの追加予算と一部のコミュニティケア・装具の無料化については歓迎すべきことと評価し、また遅らされた退院問題は、コミュニティや在宅でのケアが望ましいのに退院が遅らされているという点に問題性があるという政府の認識も正しい、とみなしている。

「しかし、この法案は1つの問題に集中し、早すぎる退院と再入院という同じように重要な問題を認識していない。遅らされた退院に集中し、総合的問題の1つの側面だけに罰則を課すようなことは、現在進行中の保健医療と社会ケア提供者の間の共働を促進することにはならない。過料制度は早すぎる退院と不適切な社会ケア割り当てをもたらすと思う」(エイジコンサーン議会対策ホームページ—参考資料5)。

つまり、法案提案者である政府・保健省は、「遅らされた退院」という側面を強調しすぎており、この問題の裏側に位置している問題、つまり、「早すぎる退院、それに伴う再入院」問題を見落としている、というのである。「遅らされた退院」という認識が実態以上に強調された結果、退院させてはいけない段階で早めの退院を促進することにより、その結果再入院という事態をもたらし、結局医療需要を全体として、ねらいとは逆に増やすことになる、という批判である。政府・保健省案は医療でやるべきことを自治体社会サービス部に転嫁している、というのがエイジコンサーンの批判の中心である。

<修正により評価できる点と残された課題>

過料制度実施の先延ばし

過料制度の実施を凍結するというのは法案審議の中で、修正されてきた最大のテーマであり、基本的には歓迎すべき処置である。しかし6ヶ月の先延

ばしは不十分で、1年の延長が必要であること、またパイロット事業を試行し問題点を把握すべきだ、とエイジコンサーンは主張している。

社会サービス照会とケアプランへの患者の合意

貴族院報告書段階で、政府はガイダンス発行を宣言したことは歓迎すべきことであるが、「しかし、社会サービスに照会されることを望んでいるかどうかにかかわらず、提案されたケアプランに合意することについて患者は権利を有しているということが大切である。患者の同意が必要であると、政府がいかなる場合にも保証を与えるのであればこれは歓迎すべきことである。」

NHS ケアの継続アセスメント

退院前に NHS 継続ケアニーズのための患者アセスメントの提出と、このことの文書への記録を NHS に求めるという指令を出すという政府の決定(貴族院第3読会で発表された)を、我々は歓迎する。

地方当局への過料は、そのケアのために NHS が支払い続けるべきであるかどうかの完全なアセスメントなしに、一部の高齢者が退院することにつながりかねないと、当初我々は懸念していた。しかし上記のような政府決定はこうした懸念を緩和する方向に向かっている、と思われる。

「しかし、保健医療オンブズマン報告書に照らしてみると、NHS 医療ケア継続、および看護費用の NHS 負担を評価する看護婦の両者に関連して、より明確なガイダンスが発行されねばならない、ガイダンスの発行によって、人々が誤って NHS 負担を拒否されることがない保証がなされることになる」とエイジコンサーンは述べた。

紛争の迅速な処理システム (今後の課題)

NHS 医療ケアの継続を求めないという決定に合意しない、あるいは提案されたケアパッケージに合意しない患者のための明確な手続きを明らかにすべきである。現状では、2つの利用できる方法がある。継続ケア問題に関する点検審査会と、ケアパッケージについての地方当局苦情処理手続きである。地方当局苦情のケースは審査会段階に至る期間がどのくらいか不明である。

ケアパッケージについて異論がある患者にとってもっと迅速に利用できるようにすべきであり、この手続き中は、申請者のケアは NHS の責任の下に置かれるべきである。「この審議の中で迅速な紛争処理システムは議論されなかったが、我々はそのような勧告を行うよう政府に求めてきた。エイジコンサーンは、議会がこの問題を、例えば保健医療および社会ケア(コミュニティ保健医療および基準)法案の審議中(2003年秋本稿執筆段階で、審議が行われている—筆者)に再び検討することを歓迎する」(エイジコンサーン議会対策ホームページ—参考資料5)。

知的障害者の当面の除外

コミュニティケア(遅らされた退院等)法案審議最終段階で、知的障害患者を法適用範囲から除外するという貴族院修正案を、ジャッキ・スミス社会ケア担当政務次官が受け入れた。

過料制度は、症状が急速に悪化する原因となるような、地方社会サービス部局による、患者のあまりにも性急な退院、あるいは不適切なコミュニティケアへの退院に導く可能性があるという、知的障害慈善団体による警告にもとづく修正案を認めることとなった。

マインド(知的障害者の代表的慈善団体)の責任者 Richard Brook は、政府による修正案の承認を歓迎し、「精神病棟からの退院後数週間で自殺に至り易いということについては証拠があり、彼らのニーズへの適切な準備なしに送り出され、いきなり世間に放り出されることがないようにすることが非常に重要であると思う。このことを保障するには時間が必要」と語った。「性急な退院は『回転ドア』問題に導き、支援がないための再発を招き、再入院ということになる」。回転ドアという比喻は非常に分かりやすいが、退院後の受け入れ準備の不足から知的障害者が地域社会に順応できないで、すぐにまた病院に戻らざるを得ない実情を表現している。

知的障害サービスに法を拡大適用するという今後予想される修正も、庶民院における十分な審議なしに成立することはあり得なくなったともマインド

は判断している。

しかし前出の社会ケア担当次官スミス女史は、知的障害者に法の適用範囲を将来は拡大することを政府は望んでいる、と語っている。このような患者を永久に除外することは知的障害を抱えた患者に対する永久的な差別と見られる危険を冒すことになる、と彼女は述べた (David Batty and agencies, *The Guardian*, Wednesday April 2, 2003)。

日曜など休日退院実施先延ばし

2005年3月までは、退院後のコミュニティケアへの引き継ぎを日曜日及びバンクホリデイに行わないようにするというもうひとつの貴族院での修正をも政府は受け入れた。

社会サービス部門は7日(無休の)サービスを提供しなければならないという当初の意見を後退させ、社会サービス部門での労働の現状を変更することが「直ちに期待」されることはあり得ないことをスミス女史は受け入れた。

しかし、バンクホリデイあるいはウィークエンドは患者の退院を遅らせる「承認できる言い訳」にはならないと彼女は主張した。

社会サービス部門は労働時間についていっそう柔軟なやり方に向かうべきであるが、その準備には「時間を要する」と次官は語った。

過料制度が始まる前に2004年1月までに、地方当局は日曜日労働を計画し、準備しなければならないし、さらにそれから15ヶ月以内に7日サービスに移行しなければならないことを、修正案は意味している」と彼女は議員に語った (David Batty and agencies, op. cit.)。

各界からの提案に応じて修正を加えるという柔軟な姿勢を見せながら、最終的には Community Care (Delayed Discharges Etc.) 法を成立させた政府のねらいは何であったのか? 労働党政権の選挙公約の実現という政治的意味が強いと解釈せざるを得ない。NHS に関する最大の公約は100万人にも達する入院待機者数を減らすという目標である。

政府はこれまでに以下のような様々な対策をとってきた。大幅な NHS 予

算増加, セカンダリケア部門の仕事をできるだけコミュニティケアやプライマリケア部門に下ろす, PCT というプライマリケア部門の新管理組織創設, さらに PCT をケアトラスト (医療と社会ケアの統合のための機関) へ発展させる, 専門医 (consultant) 契約条件の変更 (NHS 労働により多く従事するようインセンティブを与えるという内容であるが, 医師の合意不成立のため再交渉が行われている) など, 広い意味ではこれらはすべて待機者縮減をめざした政策であると言える。

それに加えて今回の退院促進策, さらにファンデーション病院法が現在議会で審議されている。ファンデーション病院法案については与党・労働党内部からも, 医療の民営化であるとして, 強力な反対意見が出されている。現場からは本来は患者中心であるべき医療がこうした政治優先政策により, 歪められているという不満も大きくなりつつある。NHS は政治的に独立した組織になるべきだという声も高まりつつある。

このような政治力学的分析とともに, 医療と福祉の文化の違いといった「ケア観=介護観」の違いに基づく, 政策論争も展開されている。以下では, 医療界と福祉界の「介護観」の違い, 医療と福祉の文化の違いに基づく論争を理解するのに好都合のテーマである「中間ケア」問題を取り上げることとする。

5 中間ケアをめぐる諸問題

(1) 中間ケア対策の経過と概略

中間ケア intermediate care が具体的に提案されたのは2000年7月の NHS プラン (NHS, *The NHS Plan, A plan for investment, A plan for reform*, The Stationary Office Limited, Cm 4818-1) においてであった。そのプランでは2003-04年度までに9億ポンドの追加予算を組み, 5,000の中間ケアベッドを増やす, という方針が示された。その後の高齢者のための全国サービス枠組み the National Service Framework for Older People ではさらに細部にわたる施

策が示された (Department of Health, *the National Service Framework for Older People*, March 2001, 次の URL で入手可能 (2003年10月現在), <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeople/docs.htm>)。

この NHS プランの前提となったのが、1999年に実施された全国ベッド調査 (national beds inquiry) であった。この調査は、急変の心配がなく、リハビリテーションなどにより自立生活が可能な長期入院者を受け持つ代替施設があれば、NHS 病院の長期入院者が占拠している部分の20%を削減できる、といった内容であった。

キングスファンドの文書は中間ケアを次のように定義している。「中間ケアは不必要な、入院長期化、あるいは病院や施設に不適切に收容されることを防ぎ、高齢者が独立して生活できるようにする、短期の介入である。ケアは人物中心で、リハビリテーションを重視し、複数の専門家集団により提供される (Jan Stevenson and Linda Spencer, *Developing Intermediate Care*, King's fund, 2003)。

(2) 政策が現場で歪められている

上記のような中間ケアについて、2002年2月から6月にかけて合わせて6回開催された保健医療特別委員会でいくつかの問題が、各機関・個人により指摘されている。問題点はおおまかには①目的に反した資金利用、②民間部門の不十分な活用、③短かすぎる期間設定、という3点に集約できるようである。

第1の目的に反した資金利用は、「バッジの付け替え」(re-badging)と呼ばれており、その内容は以下のようなものである。

- i) 中間ケアの予算が、医療従事者のサラリーの引き上げ、医薬品処方費などに転用されている。
- ii) 資金はリハビリテーションなど短期援助 (中間ケアの分野) よりも、長期ケアへの配分が優先されている。
- iii) キングスファンドの医師が中間ケアをコミュニティにおける歯科サー

ビスとみなすと話しあっていることさえ聞いている。それは言い回しではない。それをちゃんと機能させる以前に評判を悪化させてしまう危険がある。

以上のような具体的な証拠にもとづき、中間ケアという名前のもとで、中間ケア予算が目的外に使われ、中間ケアがみせかけだけ大きくなっている、とキングスファンド代表委員はしめくくっている。(以上は Memorandum submitted by the King's Fund (DD 14) para. 2, 3月13日, Dr Doug Naysmith MP (Labour, Bristol North West) の質問への Robinson の回答, Mrs Janice Robinson はキングスファンドの医療社会ケア責任者; 質問番号229 — 参考資料1)

第2に、中間ケア対策では民間セクターの重視がうたわれているが、実際には軽視されていることが問題とされている。これは最初の「バッジ付け替え」問題と同じく、目的とは異なる資源の利用という内容でもある。

Westminster Health Care も同様に、追加サービス提供に独立セクターを巻き込む試みはほとんどなされず、中間ケア病棟という新しい看板を閉鎖された NHS 病棟に付けて再オープンするために多額の資金が使われている」

(Memorandum by Westminster Health Care Ltd (DD 26), para. 2.1, 2002年4月24日聴聞会 — 参考資料1) と注意を喚起した。高齢者のためによりよいサービスを提供することに関与している商業組織、慈善団体そして公共サービス組織の連携組織である The Continuing Care Conference (CCC) も、そのような「ラベル張り替え」への注意を喚起している。「以前は閉鎖されねばならなかった、あるいは閉鎖の予定であったが、NHS 病棟が名目的に中間ケアとされているという例が広範囲に報告されている。それで、『新』施設は資源という点では単に、現状維持を保っている」(保健医療特別委員会「結論と勧告」para. 69 — 参考資料1)。

キングスファンドや Westminster Health Care による上記のような否定的評価に対して、監査委員会 (audit committee) は中間ケア政策の積極面を高く評価している。つまり、中間ケアは、複数専門職を含み、入院の予防に

ついて効率的で、人々をより自立的にすることができるものである、として
いる (Examination of Witnesses (Questions 282-299) 監査委員会公共サービス責
任者 Webster の回答, WEDNESDAY 20 MARCH 2002, 質問番号353 — 参考資料
1)。

以上のような賛否両論をとりまとめ、保健医療特別委員会は中間ケアに関
してつぎのような結論と勧告を導くに至っている。

「NHS サービスを中間ケアと『ラベルを貼り替える』実情について我々は
懸念している。どの程度広がっているか我々は知らないが、様々な背景や観
点からの証言には注目させられた。保健省はこの問題に取り組むよう勧告す
る。サービスのラベル張り替えが広範囲であれば、中間ケア発展のために当
てられた資源の誤用であり、利益を最大にするパートナーである法定セク
ターと独立セクターによる技能、知識、広範囲の経験の利用の失敗でもある。
こうした否定的見方が広がるならば、中間ケアの可能性は認知されないであ
ろう。」(保健医療特別委員会 結論と勧告パラグラフ46 — 参考資料1)

中間ケアのもう一つの問題は、その設定期限が短すぎるのではないかと
いう問題である。日本の診療報酬上の入院期間制限政策と似たような問題が議
論されている。

中間ケアのガイダンスは、中間ケアは6週間を超えないこと、通常は1,
2週間であることを期待している。しかし、人々の援助ニーズはこの時間内
に必ず終わるとは限らない、つまり、「自宅に戻り自宅で生活するように援助
されている多くの人々は、多くの場合、生涯にわたり自立生活をするために
は社会ケアサービスによるもっと長期の援助を必要とするだろう。こうした
援助の財源をどうするかが明らかになっているはとても言えない」と高齢者
のための30以上の慈善団体から構成される連合体 SPAIN は、中間ケア政策
を批判している。(以上は Memorandum submitted by Social Policy Ageing
Information Network (DD 22), para. 5.4, WEDNESDAY 13 MARCH 2002 — 参
考資料1)

さらに中間ケア期間制限のために、十分な治療が行われないうまま、機能不全が再発し、結局再入院せざるを得ないという問題が起こる。こうした再入院率が、中間ケアの場合には、平均より高くなっているという事実を地方のエイジコンサーンが指摘している。(保健医療特別委員会, WEDNESDAY 13 MARCH 2002, エイジコンサーン政策責任者 Ms Herklots の回答, 質問番号223 — 参考資料1)

他方、期限を切るという原則は非常に重要であると監査委員会 The Audit Commission は主張した。「中間ケアであるとするれば、それはある場所から別の場所へ行かねばならない、継続であるべきではない」(同委員会, WEDNESDAY 20 MARCH 2002, Mr Webster の回答, 質問番号353 — 参考資料1)

ま と め

NHS (医療) と地方自治体サービス (福祉) の管理を統合して行う機関としてケアトラストが提案され、パイロット事業として試行されている。その事業は必ずしも成功しているとはいえない、という評価もある。ケアトラストの問題点を要約すれば、① NHS 組織が有料の社会ケアを提供することになる、② 選挙で選ばれた議会・行政が行う福祉行政を、NHS が取り込んでしまう = 民主主義の否定、③ 要介護者および介護についての医療界と福祉界における認識の違いがあり、組織の運営がうまく行かない、という3点が主な項目である。

①について詳説すれば、NHS のサービスは無料、そこに有料の社会ケアが入り込むことになり、NHS は無料という原則が崩壊することになる、という含意である。②については、社会ケアは地方政府が責任を持っているが、その行政は選挙で選ばれた議員を通じて執行される。いっぽう、NHS の業務は「代議制」にもとづくものではない、という意味である。③は、医療と福祉の「文化の違い」を述べたもので、この点は以下で詳しくみることにする。いずれにしても医療と福祉の統合は現実にはなかなか難しい課題であることが

確認できるが、そうした困難の究極の要因として、イギリスでは医療と福祉の「文化の違い」 difference of culture を強調する人が多い。

医療と福祉の文化の違いを「医療モデル」と「社会モデル」という用語を用いて説明し、「社会モデル」推奨の立場から、現在の保健省の政策を批判しているグループがある。その代表として、以下では Campbell と Pollock の言説を紹介しておこう。

Fiona Campbell (地方政府情報ユニット, 保健医療民主主義ネットワーク, コーディネーター)曰く、「不能とケアについての社会モデルは、利用者グループの圧力と共に、発展してきて、不能や加齢を病気と同一視せず、人々の全体性と見ている。医療サービスに身を置けば、あなたは(サービス利用者を)明らかに患者とみるだろう。」

またユニバーシティ・カレッジ・ロンドン教授 Allyson Pollock も、つぎのように述べている。「人々は一連の医療と社会ケアニーズを持っているだろう、しかし彼らは他のニーズを持っている — 彼らは成人学級かあるいは図書館に行くかもしれない、それらの援助を必要としているかもしれない。よいソーシャル・ワーカーは他のサービスについて知識を持っていて、高齢者や障害者を、医療サービスの端っこを受け取る単なる患者ではなく、積極的な市民として認識するような、支援パッケージの提供に着目することができる。」

(Campbell と Pollock の言説は、The guardian, *Are social work values under threat ?*, Thursday April 12, 2001 による)

中間ケアは高齢者のニーズ・希望を中心に組織され、自立能力を回復すること、単に肉体的・生理的回復のみならず、社会的、心理的要因も含めた健康な加齢を実現することにある。

しかし、NHS などが実践している医療モデルでは、肉体的生理的機能回復だけに目を向ける傾向があり、実践的には急性ベッドから長期ケア患者を移動させるための手段として使われている。中間ケアが NHS の待機者数削減などの政策目標達成の手段として利用されている、というのが社会モデル推

奨派の言い分である。リーズ大学 Nuffield Institute for Health が社会サービス責任者協議会 (ADSS) に委託して行った研究報告書は、中間ケアについて「橋」bridge と「転送」diversion という2つの異なる位置づけを行っている。

「病院とコミュニティの「橋」としての中間ケアの概念は一般にひろがっているが、橋の両側 (病院/コミュニティ) の環境、また (中間ケア) を通じて両者の間を行き来させるような個々人のニーズや希望 wishes の違いについての理解は、十分に重視されていない。したがって、中間ケアは高齢者の価値ある生活様式のニーズと向上心を中心に築かれるようなサービスシステムという意味で把握されるのが重要である。そのようなシステムは「入院」と家庭の間で高齢者を移転するばかりでなく、肉体機能の最適レベルで回復することができるような部分として、高齢者の社会的、心理的ニーズを満たすべきニーズを認識するような方法で移動されるであろう」(Nuffield Institute for Health, *Intermediate Care : Balancing the System*, February 2002, パラグラフ5, ホームページアドレス(2003年10月現在) : http://www.leeds.ac.uk/nuffield/info_bd/index.htm)

「病院からの『転送』diversion としての中間ケアの概念化においては、不必要な入院を防止あるいは遅延させるようなことがらを確認し、関与し、補強することに力点が置かれている。この課題は健康な生活様式を促進し維持する限りのプライマリ予防への懸念を意味している。それはまた病院およびその他施設ケアへの依存を削減することも意味している。言い換えれば、『転送』としての中間ケアは、病院と長期ケア提供についての『下流』での需要を減らすために、個々のそしてコミュニティレベルの収容力構築における『上流』での投資を意味している。」(Nuffield Institute for Health, op. cit., para. 6)

こうした中間ケアの2つの異なる理解により、医療モデル推奨派と社会モデル推奨派の議論のすれ違いが生じていることを説明した上で、以下のよう

な結論をもって、報告書を終えている。

「我々の報告書では、高齢者ニーズに関する総合的方法と、他方で、日常の政策と実践の最強の推進力との間の緊張関係を確認してきた。前者は必ずしも全面的に後者へ従属的になっているのではないが、サービスシステムの必要条件と個々人のニーズおよび能力(これを充足することが基本的目的である)の間のよりよいバランスを推進するための政策、実践、研究の必要がある、と提言している。システムのバランスが取れ、中間ケアの完全な可能性が認識され始めるのはその時こそである。」(Nuffield Institute for Health, op. cit., para. 12)

「日常の政策と実践の最強の推進力」というのは NHS のことで、医療モデル推奨派のことを意味し、「高齢者ニーズに関する総合的方法」というのが社会モデルのことを意味していることは文脈から明らかである。「サービスシステムの必要条件」とは NHS 制度の効率性を中心とした諸改革のことを意味し、それと個人のニーズとのバランスをいかにうまくとるかが今後の課題である、と主張しているのである。

Community Care (Delayed Discharges Etc.) Bill 2003 をめぐる対立の構図は、結局、NHS 主導の政策の武器とならないように「社会モデル」推奨派が法案の修正を迫ったということである。あくまでも高齢者自身のニーズや希望を重視した退院ができるように保証するように社会サービスモデル推奨派が法案修正のために論戦を挑んだ、というのが本法案をめぐる論争の中心であったと言える。

参考資料

- 1 庶民院保健医療特別委員会資料 House of Commons Session 2001-02, Publications on the internet, Health Committee Publications, Health — Third Report, 審議は2002年2月から6月の間に6回行われている。ホームページアドレス (2003年10月現在) : <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/cm200102/cmselect/cmhealth/cmhealth.htm>

- 2 Government response to the Health Select Committee third report of session 2001-02 on delayed discharges, Cmd 5645, 2002年11月4日, 上と同じ URL のホームページから入手可能。
 - 3 National Audit Office, *Ensuring the effective discharge of older patients from NHS acute hospitals*, HC 392, Parliamentary Session 2002-03, ISBN : 0102920621, 2003年2月12日 : http://www.nao.gov.uk/publications/nao_reports/02-03/0203392.pdf
 - 4 The Stationery Office Limited, *Explanatory Notes to Community Care (Delayed Discharges Etc.) Act 2003*, Prepared : 24 April 2003, ISBN 010 560 503 4
 - 5 Age Concern, Parliamentary Briefings (議会对策資料), 2002年11月～2003年4月。ホームページアドレス : <http://www.epolitix.com/forum/age-concern>, 2003年7月22日取得
 - 6 Health & Social Care Joint Unit and Change, *Discharge from hospital pathway, process and practice* (Hospital Discharge Workbook 1994 の改訂版), 2003年1月28日
- * 議会での法案, 及び審議過程は Legislation Watch というホームページでの検索が便利。 <http://www.epolitix.com/data/Legislation/> 2002年11月～2003年4月

資料 法案審議経過

1 保健医療特別委員会

開催日 2002年2月13日, 3月13日, 3月20日, 4月24日, 5月8日, 6月19日

出席団体・個人一覧

エイジコンサーン・イングランド/社会政策加齢情報ネットワーク (SPAIN)/介護者 UK.: Carers UK./キングスファンド Health and Social Care for the Kings Fund./監査委員会, 王立看護協会 (RCN), イギリス医師会 (BMA), イギリス老人科協会/Care & Repair England/独立医療ケア協会 (IHA)/Tunstall Group Ltd/The United Kingdom Home Care Association Limited (UKHCA)/Westminster Health Care/社会サービス局長協会 (ADSS)/地方政府協会 (LGA)/NHS 同盟 The NHS Alliance/NHS 会議 the NHS Confederation/他にジャッキー・スミス議員 (NHS 担当政務次官), 保健省大臣・事務局などが出席。

Third Report 公刊 2003年7月

2 Government response to the Health Select Committee third report of session 2001-02 on delayed discharges 2002年11月4日 Cmd 5645

3 法案審議

庶民院

First reading : November 14 2002 (HC Bill 4), HANSARD REFERENCES : Vol 394 Col 164

Second reading : November 28 2002, HANSARD REFERENCES : Vol 395 Col 501

Committee stage (SC D), Hansard Standing Committee D

1st sitting : December 10 2002 (am) 2nd sitting : December 10 2002 (pm)

3rd sitting : December 12 2002 (am) 4th sitting : December 12 2002 (pm)

The bill as amended in committee : (HC Bill 35)

Remaining stages : January 15 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 397 Col 717

貴族院

First reading : January 16 2003 (HL Bill 20), HANSARD REFERENCES : Vol 643 Col 355

Second reading : January 27 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 643 Col 919

Committee stage

1st day : February 17 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 644 Col 913

2nd day : February 18 2003, HANSARD REFERENCES Vol 644 Col 1028

Bill as amended (HL Bill 35)

Report stage : March 20 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 645 Col 1111

Third reading : March 17 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 646 Col 9

庶民院

Consideration of Lords amendments : March 19 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 401 Col 959

貴族院

Consideration of Commons Amendments March 27 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 646 Col 966

庶民院

Consideration of Lords Amendments April 1 2003, HANSARD REFERENCES : Vol 402 Col 861

Royal Assent : April 8 2003