



Title	イギリスの社会保障について（2）
Author(s)	多田羅, 浩三
Citation	makoto. 2023, 203, p. 2-11
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/91446
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

イギリスの社会保障について（２）

大阪大学 名誉教授
多田羅 浩 三

２．イギリスにおける地域包括ケア体制の地平

１）ヘルスサービス体制の興隆

19世紀に入ってイギリスは、世界の工場とよばれるような大きな経済の発展がみられるようになってきた。そのような状況の中で最も必要となったことは、労働力の確保である。イギリスの救貧対策は、ヘンリー 8 世（在位 1509-1547）による修道院の解体の後、1601年、エリザベス 1 世（在位 1558-1603）の時代に集大成された救貧法を基盤として推進されてきた。時代が必要とする労働力を確保するための最大の課題は、過酷な労働環境の中で職を失う労働者が安易に救貧法に依拠することを如何にして防ぐかということにあった。そのような時代の要請に応えることのできる救貧対策を実現することを課題として、登場したのがエドウィン・チャドウィック（Edwin Chadwick, 1800-1890）である。

彼の起草になる改正救貧法が1834年に成立した。新しい救貧法体制の中では、「劣等処遇の原則（less eligibility）」という考え方に立った施策がすすめられた。これによって、救貧法の処遇条件を一般の人たちの最低の生活水準よりも劣等なものとし、救貧法に人々が安易に依拠することを抑止することが考えられた。結果として、所得調査を伴う、このような救貧法の世話を受けることは、一般の市民にとっては非常に恥かしいことであり、受ける人は社会の落伍者であるというような汚名（stigma）がきせられることになった。そして、今日にまで続く、福祉の抑止的な性格は、こうした事情の中で生まれたものであり、わが国でも最近まで、福祉の対象が高齢者に移行するまでは、徹底的に抑止原理に立った政策が続けられてきたのである。この

ように厳しい福祉施策を駆使して労働力の確保をはかろうとしたわけであるが、そのような救貧政策をすすめればすすめるほど、残ってきたのは病人であるということになってきた。そして、疾病の原因を追求していくと、衛生問題にぶつかることになった。こうしてチャドウィックは、福祉の課題から出発して衛生課題に直面することになった。

改正救貧法によって、新しく救貧法保護委員会（Poor Law Board of Guardians）が設置され、「劣等処遇の原則」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（Municipal Corporation Act）が成立して、178の自治体に住民が自らのカウンシル（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（Local Government Act）によって、行政県（County, 62）、および特別市（County Borough, 人口5万以上57・5万未満4）が設置され、そしてそれぞれ県会、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）に分たれ、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・ウエップ（Sidney Webb, 1859-1947）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（Royal Commission on the Poor Laws and Relief of Distress: 1905-09）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に学び、1911年の国民保険法の制定をすすめたのが大蔵大臣のロイド・ジョージ（D. Lloyd-George, 1863-1945）である。そして生まれたのが国民健康保険制度（National Health Insurance）失業保険である。国民健康保険制度によって、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にな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（Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services（Dawson Report））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（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が、そ

れぞれヘルスセンターを拠点にプライマリ・サービスおよびセコンダリ・サービスとして、新しい時代の人々の保健サービスを重層的に担う基本の形を示したのであり、歴史的に保健サービスの体制が論じられる時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、地域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年におよぶ長い歴史のあゆみが始まった。

1942年には、医師会の医療計画審議会（Medical Planning Commission）の中間報告が発表され、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－地方理事會（Regional Council）とすべきか、結論をだすことができなかった。

そして1944年に白書「国民保健サービス（National Health Service）」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、ひとつの結論がだ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年に改めて国民保健サービス法案が提出された。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、全ての病院の「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（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（Administrative Structure of the Medical and Related Services in England and Wales）」（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では、ポリット報告の方向を受けて、一地域における医療ならびに関連サービスは一つの当局による統一された管理であらねばならないとしたことであり、「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（Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services）」（委員長フレデリック・シーボーム）の報告（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あり方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（Royal Commission on Local Government for England）」（会長 レッドクリフ-モード卿）が、報告書を発表した。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と提案した。

1970年、「国民保健サービスの将来の機構（The Future Structure of the National Health Service）」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地域は、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報告した。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（National Health Service Reorganization: England）」、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（Area Health Authority）が地方自治体の外に置かれることになった。そして管理機関として、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

ー「地域主義」の伝統

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 (Area)」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れ代わった。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」の理念がとくに尊重されてきた。地域保健局の創設によって、イギリスの社会はまさに新しい地平に立ったといえる。

1979年に、「患者が第一 (Patients First)」が発表され、地域保健局を廃止し、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

1974年の機構改革、それに続く1982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。しかし「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。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。

(1) プライマリケア体制の充実

1986年、グリーンペーパー「プライマリー・ヘルスケア：検討のための日程」(Primary Health Care: An Agenda for Discussion) 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、他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1986年には、地域看護検討報告書「近隣の看護：ケアに焦点」(The Report of the Community Nursing Review, Neighbourhood Nursing: A Focus for Care (The Cumberlege Report)) 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」(Promoting Better Health) 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

そして1989年、「競争のないところに進歩はない」の理念のもとに、サッチャー首相の決断によって、白書「患者のためにはたらく」(Working for Patients) が発表された。白書は、一般医をサービスの購入者 (purchaser) とし、病院と地区保健ユニットをサービスの

提供者 (provider) とするという運営方式による、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。病院と地域保健ユニットは、自己管理トラストの立場に立つことができる。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。トラストの収入はヘルスサービスの購入者にサービスを売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）を運営する資格に対し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また、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 (NHS & Community Care Act) 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、全ての病院と地域保健ユニットがトラストとなった。自治体によって担われる地域ケア（福祉サービス）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13,423人、100の地区保健局（一般医31,748人、歯科医15,951人、薬局9,787か所、眼科契約者6,778人）、が存在した。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」(The new NHS: modern, dependable)を発表した。その中で、

労働党は、一般医プラクティスに「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た。そして、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、全ての一般医は約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、過渡的の処置とされた。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。

プライマリケア・トラストができると、保健局が行ってきた「購入」委託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。

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。委員会の委員長は、一般市民が務める。トラスト方式の導入によって、一般市民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。

しかし、こうしてイギリスの伝統の地域主義の精神のもとに生まれたプライマリケア・トラストは、2010年、保健省が発表した白書『公平さと立派さ：国民保健サービスを解放する (Equity and excellence: Liberating the NHS)』が提起した、プライマリケア・トラスト廃止の道を準備し一般医組織の包括的システム化のための法的体制を確立するとした方針に沿って、一般医の強い反対の中、トップの政治決定によって2013年4月1日に廃止され、Clinical Commissioning Group に引き継がれた。どういう歩み見せるか注目しなければならない。

4) 地域包括ケアを支える施設

ーオックスフォード市を例として

（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、市に初めて設立されたヘルスセンターである。診察室が4つ、処置室がひとつ、保健師の部屋が4つ、地区看護師の部屋がひとつなどがあって、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人いた。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他に、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、全国で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、全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。オックスフォード市の近郊のアビンドンのコミュニティ・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。アビンドンのコミュニティ・ホスピタルは、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、運動クリニックがもたれており、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。また救急病院に入院していた患者が退院、もしくは他のケア施設－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。オックスフォードには、18歳未満の子どもたちのホスピス、ヘレンハウスの他に、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、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が設置されている。

オックスフォード市では、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ているという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、イギリスのほぼ全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、電話があつて、2歳の娘、ヘレンが命に関わる重病だ、と言った。フランシスがシスターであること、そして病気の子供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、他の非常に重い病気にかかっている子供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。世界で初めての子供専用ホスピスの誕

生である。死を迎える時、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。イギリスでは、2004年に33の子どものホスピスが存在した。

ヘレンハウスでは、何時でも、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。

5) 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。一般医が、1911年の国民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、一般医は、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務めるという、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、一般医の診療の柱となってきた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、休日の診療からは開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、冠疾患の2次予防(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)を対象に、具体的に計76項目の臨床指標に対する達成目標と点数(合計550点)と、施設の運営管理に対する達成目標と点数(合計500点)が示され、達成割合に応じて点数が計算され、合計点数に応じて診療報酬が加算されることになった。

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、イギリスの一般医のあり方を基本的に変えるものとなると思われる。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、新しい地平に立つと同時に、毎日に診療についても、「新しい契約」によって新しい実践の場に立つことになった。そして、2013年からはClinical Commissioning Groupによって管理される舞台に立っている。

(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、子供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。

イギリスでは国民サービスフレームワーク(National Service Framework)が、国民生活の特定分野をターゲットにして推進されている。母子保健のフレームワークが2004年に発表された。糖尿病やがん、脳梗塞や心臓病の予防などの課題も含まれている。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。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、役人といった様々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

フォードでは、オックスフォードシャー県（カウンティ）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人は重篤な病気をもつ小児であった。2003年には、11人がなくなり、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、週2晩のレスパイト看護師のサービス、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では、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時や変えて欲しいと感じた時には変更する。

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時に来るのであって、来てほしい時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、望む時を選べる権利と

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、いろいろ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いった、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、どれほど大きいかわからないと、Lさんは考えている。

6）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推進されてきた。近年、とく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、事業は全て「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う。

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によって「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、そこ

には存在しているように思われる。

イギリスでは、20世紀、営々と事業が「公」によって計画され、推進されてきた。この国では、税金に依拠して、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。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、「上位下達」という方式によって、今日の多様な人々のケア・ニーズに的確に対応することができると、厳しく問われていると思われる。

2007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」(Our Health, Our Care, Our Say: a new direction for community services)が発表された。「我々の」という言葉が繰り返されているところが注目される。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」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、とくに注意が向けられている。

2010年、保健省が発表した白書『公平さと立派さ：国民保健サービスを解放する』では、「地方自治体は、国民保健サービスと社会福祉、公衆衛生、その他の自治体のサービス、戦略の間の統合、協力の作業の推進を担う」(35頁)とされた。

新しいプライマリケア・トラストの創設によって自治体の手から独立した国民保健サービスが、再び自治体の傘下にもどされるのだろうか。

イギリスの地域包括ケアは、現状でみれば、確かに優れた「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思える面が多いと思われる。しかし21世紀に、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、かかっているように思える。

参考文献

- 1) 多田羅浩三『公衆衛生の思想－歴史からの教訓－』医学書院、1999.
- 2) 多田羅浩三編『健康日本21推進ガイドライン』ぎょうせい、2001.
- 3) 多田羅浩三『イギリスに学ぶ』2004.) (自費出版)
- 4) 多田羅浩三・河原和夫・篠崎英夫『国際共生に向けた健康への挑戦』放送大学教育振興会、2008.
- 5) 多田羅浩三「イギリスにおける地域包括ケア体制の地平」(『海外社会保障研究』国立社会保障・人口問題研究所)、第162号16-28頁、2008.
<https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18715003.pdf>
- 6) イギリス保健省・多田羅浩三訳『イギリスにおける保健政策－2008年保健省レポート』日本公衆衛生協会、2008.
- 7) 多田羅浩三・瀧澤利行『公衆衛生－その歴史と現状－』放送大学教育振興会、2009.
- 8) 多田羅浩三「現代公衆衛生の思想的基盤」(『日本公衆衛生雑誌』日本公衆衛生学会)、第56巻、第1号、3-17頁、2009.
<https://www.jsph.jp/journal/archive/individual.html?year=2009>
- 9) 多田羅浩三・高鳥毛敏雄『健康科学の史的展開』放送大学教育振興会、2010.
- 10) 多田羅浩三『現代公衆衛生の思想的基盤』日本公衆衛生協会、2011.



エドウィン・チャドウィック
(1800-1890)



ビアトリス・ウェッブ (1858~1943)
& シドニー・ウェッブ (1859~1947)