

表 4-3 「高齢者全国サービス枠組み」(「達成目標と期限」を抜粋)

期限	方策 (達成目標)	基準
2001	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年齢に関係した全ての施策の見直し ・ 各医療圏域で、医療と社会的ケアの両者から「インターミディエイト・ケア・コーディネーター」を任命 	1 3
2002	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自治体は年齢差別がされないように社会的ケアの基準を見直す ・ インターミディエイト・ケア病床の増床 ・ ベスト・プラクティスのベンチマークを作成するために、高齢者の医療ニーズに対する主要な介入のレベルやパタンの分析 ・ 75 歳以上の高齢者は毎年処方が見直される (4 種類以上の薬が処方されている高齢者は半年ごとに見直しされる)。 	1 3 4
2003	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域保健医療計画 (Health Improvement Modernisation Plans, H i m p s) や他の地域計画の中で、総合的な失禁サービスについて計画を策定。 ・ 全ての一般病院で、高齢患者のケアに当るスタッフの職種構成や人員配置の見直し、必要な教育研修の設置 ・ 地域保健医療計画 (H i m p s) や他の地域計画の中で、ヘルシー・エイジングを促進し、疾病予防のための計画を策定。 	2 4 8
2004	<ul style="list-style-type: none"> ・ シングル・アセスメント・プロセス (S A P) の導入 (2002 年より延期) ・ 福祉用具サービスに関する地域の単一の窓口をおく。 ・ 全ての医療・社会的ケアシステムにおいて、統合された失禁サービスをおく。 ・ 脳卒中患者のケアを提供している全ての病院は、専門的な脳卒中専用病床をおく。 ・ 医療および社会的ケアは、精神疾患をもつ高齢者のケアとマネジメントに対し、共同プロトコルに合意する。 	2 2 5 7
2005	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全ての医療・社会的ケアシステムにおいて、統合された転倒サービスをおく。 	6

(DH 2001 National Services Framework for Older People)

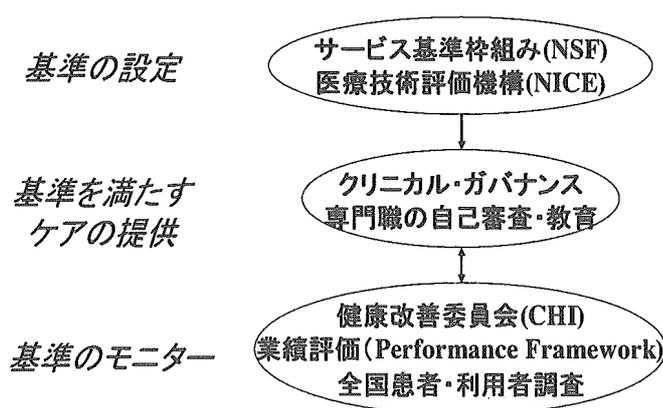
以上のように、高齢者向けの医療（精神保健を含む）や介護サービスについては、「高齢者サービス枠組み」に基づいて基盤整備が進んでいる。上に示したとおり、保健医療（NHS）と福祉（自治体）において、専門的なサービスの統合、窓口や手順の一本化が図られている。

その後、これらの施策を具体的に進めるために、NHSはシングル・アセスメント・プロセス、脳卒中、転倒、認知症、失禁等の分野における「NHSデータセット」を2005年に提案した。「NHSデータセット」は、情報の質の改善、サービス基準の遵守や目標値・アウトカムのモニタリングを可能にするために、また、各地域のケア基準やベンチマークの比較を通して、継続的な質の改善を支援することを目的として作成されている。

例えば、「転倒」のデータセットの場合、転倒のケアを提供する要件として、「ケースの発見」「初期のアセスメントとスクリーニング」「リスク要因の詳細な評価」「介入」「骨の健康」の5分野での基準が設定され、関連書類と証拠として提示すべきデータが定められている。また、高齢者1人1人に対する詳細な転倒に関するデータの要件が示されており、全国のNHSを通じてこれらのデータを収集し、分析することによって、全国的な医療情報データベースの作成と、標準的なケア基準の作成と管理に役立てるものである。

1998年の諮問文書「第一級のサービス」で示されたように、ブレア労働党政権による保健医療分野における主要な戦略は、集権的な基準の策定、基準を満たすケアが提供されるような現場でのガバナンスと専門職の育成・研修の仕組みの作成、基準が遵守されているかの評価と管理を強調している（図4-1）。全国的な臨床基準とデータ管理に向けての整備が開始されている。

図4-1. NHS質の戦略



DH 1998 A First Class Service: Quality in the new NHS

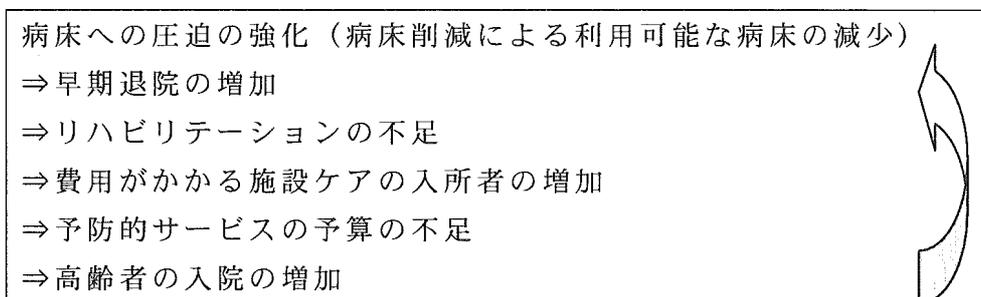
(2) インターミディエイト・ケアの発展

「高齢者全国サービス枠組み」の「基準3」に位置づけられたインターミディエイト・ケアは、高齢者に対する保健医療と福祉の連携を促進し、医療と福祉の間の中間的なケアの発展を促すものである。

1996年頃から、キングズ・ファンド財団は、インターミディエイト・ケアを進めるよう注意を喚起する報告書を公表し、Steiner博士らが中心となってインターミディエイト・ケアに関する概念整理をおこなってきた(Steiner 1997)。また、とりわけこの問題に焦点を当てたのは、地方自治監査委員会(Audit Commission)による1997年の報告書(The Coming of Age; improving care services for older people)であった。この報告書は、高齢者の医療と社会的ケアの現状について調査し、多くの高齢者が「ケアの悪循環」に陥っているとした。

「ケアの悪循環」とは、急性期や一般の病床の削減、在院日数の短期化により、リハビリテーションや回復期ケアがない状態での早期退院が増え、それがより高額で重度の長期ケア(入院および施設ケア)の需要を増やし、ひいては予防等の地域の保健医療福祉サービスへの予算が不足し、更なる入院・再入院を招くというものである(図4-2)。この「悪循環」を破る手段として、不要な入院・施設入所を防ぐサービスとして、リハビリテーションとインターミディエイト・ケアの重要性を指摘した。

図4-2 高齢者ケアの「悪循環」



(Audit Commission 1997)

政府は、1997年および1998年に高齢者の早期問題に対する通知により、リハビリテーション、回復期ケア、多職種による共同アセスメントの促進を進めるよう地域の保健当局や自治体に指導していたが、当時、インターミディエイト・ケアという用語は使用していなかった。

政府が「インターミディエイト・ケア」の定義を示し、より積極的に全国的に展開する方針を示したのは、高齢者等の病床利用の実態を明かにした全国病床調査(National Bed Inquiry)の結果を報告した2000年2月の諮問文書(DH 2000 Shaping the Future NHS: Long term Planning for Hospitals and Related Services; Consultation Document on the National Beds Inquiry)である。この調査は、NHSの病院が長期に渡り、病床数の行き過ぎた削減を行ったために、入院待ちや冬期の緊急入院の増加等が発生し、患者のニーズに合っていないという懸念から、1999年度に実施された。報告書では、高齢者医療に係わ

る将来的なトレンドを、①現状維持、②急性期病床への重点化、③自宅に近い環境でのケアの3つのシナリオで説明している。この中で、自立促進という政府の一連の高齢者政策に最も近いのは③であるとし、「急性期病床への避けられる入院を防止し、病院から在宅へおよび医療的依存から機能的自立への移行を目的とするインターミディエイト・ケア」の導入の必要性を指摘した。この諮問文書に対する関係機関や専門職、研究者らによる提言は、2000年7月に公表された10ヵ年戦略「NHSプラン」(DH 2000 The NHS Plan: A Plan for Investment, A Plan for Reform)に盛り込まれた。

「NHSプラン」の中で、インターミディエイト・ケアは、NHSが提供する主要なサービスのひとつとして位置づけられ、初めて経年的かつ大規模な予算化がなされた。インターミディエイト・ケアの整備に2003年度迄の9億ポンドの追加的予算の支出が決定された。これにより、2003年度までに新たに5,000のインターミディエイト・ケア病床(コミュニティ病院、急性期病院、介護施設等)、1,700の非入所型のインターミディエイト・ケアの拠点の整備目標が掲げられた。これらの目標値は、「公的サービス合意」PSA (Public Service Agreement)の中で示され、保健省は目標を達成することに説明責任を負う。

さらに、インターミディエイト・ケアの5つのモデル(迅速対応チーム、集中的リハビリテーション、回復期施設、ワン・ストップ・サービス、統合された在宅ケアチーム)が示され、各地域には、保健当局、プライマリケア・グループ(トラスト)、自治体が協力し、追加的予算を用いてこのようなサービスを発展させることが求められた。さらに、1999年医療法に盛り込まれたNHSと社会的ケアの連携・協働(partnership working)促進措置を全国的に展開することが求められた。こうした協働のアウトカムは、高齢者の早期退院数、予防できた再入院率、アセスメントにかかった時間等として、第三者医療監査機関(CHI)や、地方自治監査委員会によるベスト・バリュース指標として、毎年計測され、公表されることとなった。

図4-3. 中間的ケアの主なサービス



その後、インターミディエイト・ケアに関する 2001 年の通知（以下、「通知」とする）において、インターメディエイト・ケアとして、政府は以下の 5 つの要件を設定した。（DH 2001 Intermediate Care (HSC2001/001, LAC (2001) 01)）

- ① インターミディエイト・ケアを受けられない場合に、不要な入院期間の延長、不適切な急性期入院または長期ケア施設への入所、またな病院で入院したまま継続的なケアを受けることを余儀なくされる人を対象とする。
- ② サービスは、包括的なアセスメントに基づいて提供され、構造的な個別のケアプラン（療法、治療、回復の機会）が作成される。
- ③ 最大限の自立を図り、患者／利用者が再び在宅で生活できるようになることが計画的に見込まれる。
- ④ サービスは、期間限定型で、通常 6 週間以内（しばしば 1～2 週間かそれより以下）。
- ⑤ サービスは、シングル・アセスメント・プロセスの枠組み、専門職の記録の一本化、プロトコルの共有により、専門職が協働で担う。

政府はこれらの条件を示すことにより、NHS で償還されるインターメディエイト・ケアの標準化を図ったが、期間を短期に限定したこと（④）が多くの議論を呼んだ（例えば、肺炎に 1～2 週間、腰部骨折に 2～3 週間、他の外科手術に 4～6 週間等）。これによって、インターメディエイト・ケアに、加療を必要としない移行期のケアや、長期にわたるリハビリテーションや福祉による支援的サービス、急性期病院のリハビリテーションは除外されることになった。

しかし、多くの地域では、「通知」以前に高齢者ケアにおいて医療と福祉のギャップを埋めるための様々なサービスを開発してきており、この「通知」の定義では狭すぎるものが指摘され、本来の意味でのインターミディエイト・ケアには、6 週間以上の代替的ケアが必要な場合もあると批判された（Stevenson 2002:8）。その後実施されたインターミディエイト・ケアの全国評価事業（National Evaluation Team）においても、上記の条件に該当しないスキームでも、ケアの継続性を実現する上で重要な役割を果たしていることを認めている。

（3）早期退院の強化：「包括的ケアシステム」と「退院遅延法」の導入

2002 年 6 月に保健省は、インターミディエイト・ケアの実践に関する中間報告（Intermediate Care: Moving Forward）を公表した。報告書では、過去 2 年間のインターミディエイト・ケアが大きく進展したことを認めるとともに、インターミディエイト・ケアはあくまでも概念であって、サービスを特定しているものではないため、多様なサービスモデルが地域のニーズに応じて発達してきたことが明らかになった。通常、インターミディエイト・ケアは、地域の不適切な退院やタイムリーな退院支援のために、特に献身的な 1～2 人の職員が中心となり、小規模で、概ね短期的予算で安定性を欠いた形で発展してきた。その急増により、サービスは混乱し、分断化し、それが供給とアクセスに不平等をもたらしたり、重複したり、費用効果や影響力が少ない面も見受けられた。

このようにインターミディエイト・ケアの導入段階を終えると、地域におけるケアシステムとしての欠陥やサービス整備に関わる地域格差が明らかになった。2002 年 10 月、地方

自治監査委員会は、Integrated Services for Older People; Building a Whole System Approach in England' を公表し、「システム思考」に基づく高齢者ケアの「包括的システムアプローチ」を提案した。高齢者の退院の遅延のようなシステムの機能不全に対処するためには、システム思考に基づいたアプローチによって、関係各機関が1つの包括的なシステムとして協働して機能し、各機関の役割と責任を明確化することが有効であるとしている。

報告書では、高齢者がより良いアウトカムをえるための「包括的ケアシステム」の要件として、以下の条件を挙げている。

- ①サービスが利用者中心に組み立てられていること
- ②全ての関係者が相互の関係について認識していること
- ③ビジョン、目標、アクション、資源、リスクについて全て共有されていること
- ④利用者が「継ぎ目のない」サービスと認識していること

次に、包括的システムを実現するための段階として、以下の4つを挙げている。

- ①機関間の協働とオープンなコミュニケーションの基盤の形成
- ②地域の高齢者の視点に基づき、戦略的なビジョンの構築
- ③システム全体のサービスのマッピング（サービス、利用者の転帰経路や障害等を具体的に描く）
- ④サービスの再構築（重複しているチームの統合、情報の流れの改善等のシステムの合理化）

さらに、こうした変化を成し遂げるために、

- ①1999年医療法のパートナーシップ条項、ケアトラスト等の形態を活用すること
 - ②包括的システムが機能するかについてその効果を長期的にモニタリングすること
 - ③職員への支援と組織の発展を維持すること
- 等の方策を採ることを勧めている。

翌2003年1月、保健省は、この地方自治監査委員会の報告書の提言に基づき、NHSの関係機関が退院促進を進めるための指針を公表した。'Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice' と題されたこの報告書は、包括的システムアプローチを「資源の計画化」「業績の評価」「地域の退院方針の作成と関係機関の合意」の3領域で進めていくこと、「入院前－入院後－退院計画－地域の機関間連携への患者の転帰」のプロセスを効果的に調整することを指示している。

高齢者の退院促進を進めるための、もうひとつの重要な施策が The Community Care (Delayed Discharge etc.) Act (以下、「コミュニティケア（遅延退院その他）法」とする)の導入である。この施策は、財務省に設置された Wanless 氏を座長とした報告書 (Securing our Future Health: Taking a Long term View、以下'Wanless Report')の提案に基づいたものである(2001年11月中間報告書、2002年4月に最終報告書の公表)。Wanless 氏は、

イギリスにおいて、人口学的要因や医療技術の発達、医療のトレンドから、今後 20 年間に NHS に必要な予算や資源を査定する調査を依頼された。' Wanless Report ' は、今後、イギリスが医療レベルの高い先進諸国に追いつくためには、国民所得の多くを医療に支出する必要があること、そしてその成否は、資源をいかに有効に活用するかにあると結論づけた。その報告書の示された勧告のひとつが、スウェーデンの「エーデル改革」(1992 年)でおこなわれたような、社会的に入院による病床利用に対して経済的なペナルティを導入することであった (Wanless Report para. 6. 45)。

' Wanless Report ' 最終報告書の発表と同じ 2002 年 4 月に、政府は、「NHS プランの実施」' Delivering NHS Plan ' を公表した。そこでは以下のような根拠から、早期退院に対する抜本的な措置が必要であるとされた。

- ・ 医療と社会的ケアの「ベルリンの壁」の突破は徐々に進んでいるものの、未だ全国の多くの地域で協働が機能しておらず、高齢者が包括的なサービスを受けられないでいる (para. 8. 4)。
- ・ 既存のシステムでは医療と福祉の協働がうまく進んでいない (para. 8. 6)。
- ・ 集権的な介入により「ベッド・ブロッキング (病床の占有)」の減少は進みつつあるが、より分権的なアプローチが必要である (para. 8. 7)。

ここで、具体的に、病院での治療が終了した高齢者に対し、自治体が在宅や地域でのサービスが用意できず、退院が遅れた場合は、自治体は病院に本来なら不要な延長分の医療費を支払うという措置の導入が提案された (para. 8. 10)。このため、自治体社会サービスの予算は、今後 3 年間実質年 6 % 増加するが、これらの予算を効果的に活用して、高齢者の退院の受け皿を整備することが求められる。また、同様に NHS 病院は、早すぎる退院をさせた場合の緊急再入院のコストを負担する。

2002 年 7 月には、諮問文書が公表され、退院の遅延施策の具体的な青写真が公表された。こうした強制的なペナルティの実施には賛否が分かれたものの、法案 (The Community Care (Delayed Discharge etc.) Bill) は、2002 年 11 月に下院で提出され、2003 年 4 月に発効した。同法の大部分は、2003 年 10 月から施行されたが、自治体からの NHS への実際の支払いについては、2004 年 1 月 5 日から導入された。

「コミュニティケア (遅延退院その他) 法」の主な内容は以下のとおりである。

- ① 第 2 項「公式のアセスメントの通告」: 病院は、急性期 (急性期病床のみを指すのではなく、状態が急性期の患者も含まれる) の患者 (高齢者だけでなく、成人患者全てに適用) に関して自治体に連絡し、コミュニティケアのアセスメント (単一アセスメントプロセス, SAP) を受けるように手配しなければならない。自治体社会サービス部は、患者のニーズ・アセスメントを 3 日以内 (少なくとも 2005 年 3 月末までは日曜祝日を含まない) に完了しなければならない。尚、患者のアセスメントと同時に、介護者のアセスメントも実施する。
- ② 第 5 項「退院の通告」: 病院からの退院の準備が整ったという通告は、多職種チームによるアセスメントを経て行う。退院の決定後、少なくとも 24 時間以内に、自治体に退院予定日を通告することが必要である。
- ③ 退院を支援するためのケアの調整ができなかったために退院が遅れた場合は、自治体

社会サービスはNHS急性期トラストに患者1人1日あたり、100ポンド（ロンドンのみ120ポンド）を支払う。支払いの義務は、退院予定日の翌日から発生する（通告がなされ、継続的ケアも含めた退院支援のためのアセスメントが完了していることが条件である）。

そのほかに、退院のプロセスにあたって患者や介護者を参加させること、退院後のケアについて患者が選択権を行使できるよう配慮することが法に規定されている。

この「コミュニティケア（遅延退院その他）法」実施後の評価について、2004年に社会サービスに関する行政および事業者への監査を統括する第三者評価機関として設置されたCSCI (Commission for Social Care Inspection)が、同年10月に調査報告書を公表した(CSCI, Leaving Hospitals-the Price of Delays, 2004)。全国から選定された7つの自治体における質的方法による限られた範囲での調査ではあるものの、実際に利用者（高齢者および介護者）や専門職との面接やケース記録の分析から、以下のような結果を報告している。

- ① 遅延に対する支払いが導入されて以降、遅延退院の数の低下の傾向は明かである（2003年10月から2004年1月にかけて、自治体が受け皿を準備できなかったため入院を継続した日数は半分になった）。しかし、調査した7自治体でのばらつきがみられた。また、退院が遅延なく行われたとしても、支援サービスが整備されていない地域では、退院の早期化によって、高齢者は回復期ケアやリハビリテーションの機会がなかったり、サービスを選択できない事例もあった。
- ② 退院にあたり、社会サービスを必要とする高齢者が、直接介護施設（レジデンシャルホーム・ナーシングホーム）に移行する割合は4%～35%であった。病院での高齢者は虚弱の状態にあるため、今後の長期の生活に関わる決定をするのは難しく、情報を十分に理解することも難しい。特に精神疾患がある高齢者と複雑なニーズをもつ高齢者のリスクが高い。
- ③ 専門のリハビリテーションの支援を受けられる高齢者の比率は、0～35%であった。インターミディエイト・ケアとリハビリテーションは、量的整備が不十分な地域ではアクセスが限られていた。特に、認知症等の精神的問題を抱える高齢者への支援のアクセスは充分でない。
- ④ 高齢者の急性期病院への入院は、増加し続けている。整備が整っている地域では、退院の遅延による支払いを、地域の迅速対応チームや24時間型ケアの支援を今後拡大するために当てているが、整備が遅れている地域では、予防よりも退院支援の緊急調整に当てざるをえない状況である。
- ⑤ 高齢者の再入院率は、自治体によって大きな差がみられた。一部の地域では、退院3ヶ月以内に高齢者の半分が再入院したが、他の地域では12人に一人の割合であった。
- ⑥ 地域の在宅医療サービス（訪問看護、投薬・理学療法・手足治療等の間のコーディネイト、時間外の緊急対応、夜間や週末のGPの待機等）の深刻な不足が、退院後のケアや入院の予防的ケアの提供が難しい原因となっている。
- ⑦ 調査した全ての自治体で、退院遅延の支払いの導入は、医療と社会サービスの間の協働

を全般的に改善していた。他の機関とのネットワークにおける協働は、変動がみられるものの、改善している（ただし、多くの自治体が住宅（extra care housing）の待ち時間が長いことに不満を示した）。

報告書は、精神疾患をもつ高齢者への退院の遅延の対象の拡大（現行ではカバーされていない）、在宅医療の不足を埋めるインセンティブ、在宅や予防的サービスの充実を勧告として挙げている。この報告書の結果から、「コミュニティケア（遅延退院その他）法」の導入は、不要な継続的な入院の減少には概ね効果を挙げているものの、地域の資源の整備状況（特に在宅医療の不足）によって、地域間で利用できるサービスに大きな格差があることが示された。

3 NHS 医療改革と高齢者ケア

(1) ブレア労働党政権における医療改革 (Health Reform)

イギリス保健省にとって、2005年度は、保健医療福祉10ヶ年戦略である「NHSプラン」(The NHS Plan 2000)の折り返し地点であった。2005年末には、その中間的な成果が公表され、2006年から2年間の集中的な医療改革方針が公表された(Health Reform in England: Update and Next Step)。ここでは、NHSの供給システムの中に「自ら改善していく」仕組みをビルドインすることが提唱され、医療福祉に関わる様々なアクターのレベル(需要者・供給者間、支払者と供給者間等)で効率性の改善のための具体策が並んでいる(図4-4・表4-4)。

ブレア政権以降、NHSの予算は倍増されており(2000年度の£439億から2005年度は£850億へ倍増、2008年度には£926億の予定)、2003年度以降は毎年約10%の年率伸び率を示している。また、ウェイティングリスト問題については、診断から病院での治療までの時間がおよそ6ヶ月(平均8週間)以内(2005年だけで6ヶ月以上の待機者が80%減少し、約7万人が待機)、救急部門では98%の病院が4時間以内に治療できるという過去最高の実績を達成しており、大規模な予算の投入の成果が徐々に表れているという見方もある。

しかしながら、貧困地域での医療のアクセスに関する不平等、病院の赤字運営、さらなるウェイティングリストの削減(2008年度まで待機期間最大18週間の達成を目標:「病院の紹介を受けてから治療が開始するまでの時間」に定義を変更)、医療の質の問題などNHSが抱える課題も未だ多く、さらなる改革が求められている。

1997年以降のブレア労働党政権のNHS改革は、スティーブンス(Stevens, 2004)によれば、以下の3つの段階に特徴づけられるという。

第1段階: 集権的なトップ・ダウンによる、全国的な基準・目標値の設定

(供給者間の医療の質やコストに関する標準化を図る)

第2段階: 予算の投入と分権化

(地域のプライマリケア・トラストや戦略的保健当局(S t H A)に権限を委譲)

第3段階: 効率性および質の向上のための市場原理・経済的インセンティブの導入

3つの段階は必ずしも時間順に配列されているわけではなく、実際の改革は同時並行的におこなわれている。特に、第3段階の市場化(「建設的な痛み」あるいは「鋭利な不安定さ」等と呼ばれる)については、供給の効率化を実現するための重要な方策であるが、完全な民営化を実現するわけではなく、徐々に市場原理を医療に導入している。

具体的には、急性期病院に対する運営の自由度の強化(2008年度までに全てのNHS病院トラストがファンデーション・トラスト化)、患者選択(患者に対し、2005年度まで民間病院も含む4~5の病院リストが提示され、2008年度まで全ての病院から選択)、「結果に基づく支払い」(Payment by Results, P b R)等である。このように患者に対しても、

患者自身が予算を持って医療機関を選択し（2005年現在パイロット事業として実験的に実施）、あるいは住民・患者の代表として医療機関（ファウンデーション・トラスト、プライマリケア・トラスト、ケアトラスト等）のマネジメントへの参加を通して、主体的にケアの質の向上に貢献する役割を担うことが期待されている。このように、医療の質や効率性を高める手段として、患者選択のしくみを活用し、患者に選ばれるための供給者間の競争を通して、イギリスの医療改革の特徴であるといえる（「患者主導のNHS」）。

これらのNHS全体での供給の構造改革は、主に急性期医療を対象としているものの、保健省は、改革の一部は今後慢性期にも適用を拡大するよう提案している。従って、現在行われている急性期中心の改革の内容を注視し、それが慢性期に拡大する際にどのような課題が予測されるのかについて検討することが必要である。以下に供給の効率性の改善の具体的な施策である「結果に基づく支払い」等について述べる。

図4-4. 医療改革の枠組み

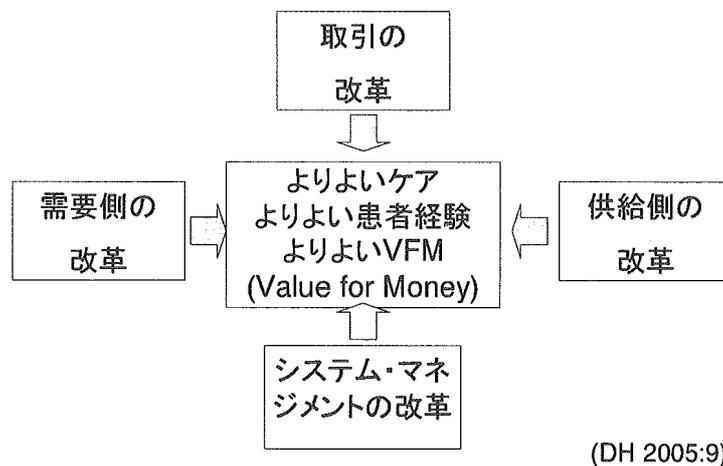


表 4 - 4 医療改革の枠組み

	需要側の改革	供給側の改革	取引の改革	システム・マネジメントの改革
内容	患者により多くの選択を与え、意見を反映させる	多様な供給者 自律的なサービスの革新と改善	支払いは患者の流れに従う 最も質の良く効率的な供給者に報酬が多く払われる (他の供給者には改善へのインセンティブとなる)	安全性・質・公平性・平等性・VFMを支援するための、システム・マネジメント、規制、意思決定のしくみ
目的	知識が豊富で、自己主張でき、影響力があるサービス利用者を創り出す	よりフレキシブルで、反応的で革新的な供給者を創り出す	患者の選択の影響が理解され、良い供給者がよりよい報酬を受けることを保証する	安全を保証し、全てのサービスにおいて中核となる基準を守らせ、よりダイナミックなシステムにおいて主要なマネジメントと意思決定が機能する透明性のある、ルールに基づいた枠組みを提供する
具体的な政策	<ul style="list-style-type: none"> 患者選択 購入の枠組み 「患者主導のNHS」 患者への情報提供 患者・住民参加 	<ul style="list-style-type: none"> ファウンデーション・トラスト 民間営利・非営利等の多様な供給者 労働力の改革 	<ul style="list-style-type: none"> 結果に基づく支払い 情報マネジメント 	<ul style="list-style-type: none"> 新たな業績マネジメントと規制の役割の定義 質の保証、指定、価格設定のプロセス、競争方針、業績と支援的レジーム 規制の包括的見直し

(DH 2005:17 Annexe A)

(2) 「結果に基づく支払い」の導入

総枠予算制のもとで、NHS病院トラストの予算は、年次契約として各病院とNHSとの交渉によって決定していた。しかしながら、このしくみは、病院が「赤字になれば補填され、黒字の場合は利益が引かれる」という効率化への「逆インセンティブ」となっていた。2008年度まで全ての病院トラストをファウンデーション・トラスト化するに伴い、病

院の予算についても、支払いが患者の流れに従う (money follows the patient) 「結果に基づく支払い」 (Payment by Results) のしくみが導入されることとなった。

「結果に基づく支払い」の特徴として、①標準的な全国統一の診療報酬、②コストと量に応じた契約、③ケースミックスによる調整が挙げられる。

既に 1998 年から、NHS 病院トラストは、「診療行為に対する参照コスト (reference cost)」を導入し、イギリス版 DRG といわれる HRG (Healthcare Resource Groups, HRGs) に基づき、診療行為に基づくコストを全国の NHS 病院トラストから収集し、平均・最高・最低のコストとコスト分布を集計するとともに、標準コストを 100 とした場合の指数を病院毎に示してきた。こうしたデータの蓄積から、HRG 毎の平均コストが算出され、年次の物価上昇率、支出、価格、技術の進歩、費用効率等の要素を加味し、現在の政府のイニシアティブを考慮し、さらに職員の報酬や資産等の病院間のコスト差が避けられない要素 (market forces factor, MFF) を勘案して、標準的な診療報酬 (①) が設定されている。次に、包括的な予算から、サービス量に応じた支払いに移行することは (②)、提供量を増やすインセンティブにつながり、コストと診療行為がリンクするため、会計上の透明性も向上する。さらに、ケースミックスに応じた支払い (③) となり、重症度が高い、複雑な診療行為をおこなった場合には追加して報酬が支払われる。

「結果に基づく支払い」の導入によって、以下のような改革が期待される。

①需要側にとっては、患者の選択のための情報基盤が作られ、全てのプライマリケア・トラストが統一した診療報酬によって購入・調整が将来的に全ての供給者に対して可能であること。

②供給側にとっては、診療報酬に関してより費用効率を上げるインセンティブができ、共通したルールが全ての供給者に適用されるため、会計・運営上の透明性が増すこと。

「結果に基づく支払い」は、2003 年度から外科手術等の一部の診療から導入が開始され、毎年、強制的に適用される診療行為が拡大している。2005 年度には、一般外来、救急の事故、重篤な診療等にも適用される。さらに、現在適用されていない精神保健分野、慢性期の地域医療、継続的ケアおよびインターミディエイト・ケア等にも拡大される予定である (既に 2003 年度の診療報酬表には、老人性認知症や他の精神疾患についての価格が公表されている)。

4 高齢者ケアのマネジメントに与える影響

以上に述べた近年の施策動向は、今後の高齢者ケアのマネジメントに対し、どのような影響を与えるのか、若干の考察を述べたい。

① 看護費用の無料化のケア施設に対する影響

ケア施設に対し、プライマリケア・トラストから償還される看護費用は年々増加しているものの、依然として十分な額とはいえず、公的扶助を受ける入居者に対する介護費用の予算も厳しいことから、ケア施設の運営はますます厳しい状態となっている。既に 1990 年代から、特に民間営利の小規模な施設の閉鎖が相次ぎ、過疎地域においては、ベッド数は充分ではないと指摘されている。予算の制約の中で、施設は、「最低施設基準」に基づく詳細な基準の遵守が要件とされ、また C S C I による第三者評価がネット上で公表されることから、施設運営の透明性およびサービスと経営の質の向上を絶えず求められる状況にある。

② 医療と福祉の連携・協働による包括的ケアシステム構築による影響

今後、高齢者に対する慢性期の在院日数もますます削減されるとともに、「コミュニティケア（遅延退院その他）法」の影響で早期退院が促進され、ケア施設では、より重度の患者をより早期に受け入れる場合が多くなると考えられる。それぞれの地域では、コミュニティ病院やケア施設におけるインターミディエイト・ケア病床を有効に使い、短期の集中的リハビリテーションや回復期ケアを拡充していくことが必要となる。さらに、早期退院後の患者に対し、在宅で高度な医療を提供したり、長期に在宅療養することが推奨されていることから、現在地域によっては深刻な不足の状態にあるといわれる在宅医療・訪問看護等を整備していくことが求められる。

③ 医療改革（特に、供給の効率性の改革）による影響

既に NHS 病院トラストには、疑似市場のもとで、0～3 つ星の業績評価 (Performance Rating または Star Rating と呼ばれる) の比較を通じたゆるやかな競争のしくみが取り入れられているが、今後は価格を手段とする競争（「結果に基づく支払い」制度では、一定の条件のもとで、病院の裁量により価格を変化させてもよい）や、患者自身が主導的に医療機関を選択する (Individual Budget 等のスキームにより) ことが可能になる。これは、擬似的な市場から、本来の市場により近いしくみといえる。医療や介護等の社会的なサービスにおいてこのような市場原理を適用するためには、消費者保護のしくみや選択のための情報基盤の整備など、情報の非対称性への配慮が欠かせない。しかし、患者により選択権と権限を与えようとする現在の改革の中では、それらが充分に行われるのかが明確ではない。

キングズ・ファンド財団によるロンドンの高齢者ケアの資源消費を分析した報告書 (King's Fund 2005 The Business of Caring: King's Fund Inquiry into care services for older people in London) によれば、ロンドンの多くの高齢者はケア施設や病院を選

択するための情報に不足しており、自費負担でサービスを受けている裕福な層であっても的確な情報をえるのが難しいと指摘している。また、同様に介護者にとっても十分に消費者としての選択権を行使できるほどではない。さらに、全般的に小規模事業者に多い資源・労働力等の不足が深刻な問題であるという。

上の報告から、高齢者が消費者として力を持ち、選択権を行使して医療機関に影響力を及ぼすことについては未だ問題は大きく、さらに地域によって大きな資源格差の問題が存在しているといえる。ただし、一連の改革から、イギリスでは、普遍的な入院治療を国民に既得権として保障した時代から、医療費・介護費の抑制手段として、入院、特に高齢者の社会的入院を最大限回避し、長期ケアにおいては居宅で自立した生活を継続させる方針をますます強化する方向にあること、市場原理を急性期のみならず慢性期にも拡大しようとしていることは明かである。今後このような改革が、医療や介護サービスの質や効率性の向上にどの程度実効性をもつのかについて、注視する必要がある。

¹ 他方、自治体が管轄したナーシングホームの患者が、NHSの医療や看護が受けられず、「NHSは長期ケアから手を引いた」のではないかという懸念も高齢者に広がった。

² 交通事故がもとでNHSの病院に入院し、病院の閉鎖によりNHS立のナーシングホームに移り（これまで自己負担は無料）、ナーシングホームの閉鎖から、自治体社会サービス部の施設に移らざるをえず、資産調査を受けて自己負担となったコクラン婦人に対し、NHS医療の提供責任を保健当局から社会サービスへ委譲すること、生涯提供されるはずの施設入所の約束が守られなかったことは違法であると1999年に控訴審で裁定された。保健当局の受給基準が厳格すぎるとされ、継続的ケアの受給基準が見直しされる契機となった。

参考文献

Audit Commission, 1997, *The Coming of Age*, Audit Commission.

Audit Commission, 2000, *The way to go home: rehabilitation and remedial services for older people*. Audit Commission.

Audit Commission, 2002, *Integrated Services for Older People; Building a Whole System Approach in England*. Audit Commission.

Baggott R., 2004, *Health and Health care in Britain*, Palgrave MacMillan.

CSCI, 2004, *Leaving Hospitals-the Price of Delays*. CSCI.

Department of Health, 1995, *NHS responsibilities for continuing health care needs (HSG95(8)LAC95(5))*.

Department of Health, 1997a, *Better Services for Vulnerable People (CI(97)24)*.

Department of Health, 1997b, *The New NHS-Modern, Dependable*.

Department of Health, 1998a, *Better Services for Vulnerable People: Maintaining the Momentum*.

Department of Health, 1998b, *Modernizing Social Services*.

Department of Health, 2000a, *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services; consultation documents on the findings of the National Beds Inquiry (HSC 2000/004)*.

Department of Health, 2000b, *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform. (cm 4818-1)*.

Department of Health, 2001a, *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services; response to consultation exercise on the findings of the National Beds Inquiry*.

Department of Health. 2001b, *Intermediate Care (HSC2001/001, LAC(2001)01)*.

Department of Health. 2001c, *National Service Framework for Older People. Modern standards and service models*.

Department of Health. 2001d, *A Guide to Contracting Intermediate Care*,

-
- Department of Health, 2002a, Delivering NHS Plan.
- Department of Health, 2002b, Government Response to the Health Select Committee Third Report of Session 2001-02 on Delayed Discharges.
- Department of Health, 2002c, Consultation on Proposals to Introduce a System of Reimbursement around Discharge from Hospital.
- Department of Health, 2003, Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice, Easterbrook, L., 2003, Moving on from Community Care, Age Concern.
- Grasby, J., 2003, Hospital Discharge, Radcliff Medical Press.
- Griffiths, R., 1988, Community Care: agenda for action, HMSO.
- HAS, 1998, Not Because They Are Old, HAS.
- House of Commons, 2002, Health Committee, Delayed Discharge, Third Report of Session 2001-02 (HC671-I).
- 川野宇宏, 2001, 英国の国民保健サービスの現状と課題 (終), 週間社会保障, 2133 (2001.4.23):54-57.
- 小山秀夫, 2002, 英国のインターミディエイト・ケア議論, 月刊介護保険 75(2002.5):18-21.
- 小山秀夫, 2005, 介護保険と医療保険の関係ー制度と施設体系の整合性確保を求めてー, 社会保険旬報, 2231(2005.1.11):6-10.
- 小山秀夫, 2006, 介護保険と医療保険の非整合性, 社会保険旬報, 2266(2006.1.1):28-31.
- 岡久慶, 2003, イギリス:2003年コミュニティ・ケア(遅延退院その他)法, 外国の立法, 218 (2003.11):145-50.
- 平岡公一, 2005, イギリスの高齢者保健福祉サービスの動向ーブレア政権下での政策展開, 保健の科学, 47(8):559-564.
- Petch, A., 2003, Intermediate Care, Joseph Rowntree Foundation.
- Robinson, J., and Batstone, G., 1996, Rehabilitation: a development challenge. King's Fund.
- Robinson, J., and Banks, P., 2005, The Business of Caring: King's Fund Inquiry into care services for older people in London King's Fund.
- Smith, P., 2005, (=ピーター・スミス、ヨーロッパの医療システム改革と日本への示唆), 季刊・社会保障研究, 40(4):324-336.
- Steiner, A., 1997, Intermediate care: a conceptual framework and review of the literature, King's Fund.
- Stevenson, J., 2000, Rehabilitation services. In: Merry. P.(edit.), Wellard's NHS Handbook 2000-2001, JMH Publishing.
- Stevenson, J., and Spencer, L., 2002, Developing Intermediate Care: a guide for health and social services professionals, King's Fund.
- Wade, S.(edit.), 2004, Intermediate Care of Older People, Whurr
- Wanless, D., 2002, Securing our Future Health: Taking a Long term View, HM Treasury.

第5章 ドイツ介護保険制度における第1次改革

本稿は、元ドイツ連邦保健省介護保険部長ルドルフ・フォルマー博士 (Dr. Rudolf Vollmer) 氏執筆論文「*Soziale Pflegeversicherung in Deutschland – Deutscher Beitrag zum Drei Lander Vergleich der Pflegeversicherungen in Japan, Luzemburg und Deutschland*」について、独文を和訳したものである。

はじめに

1998年10月の連邦議会選挙で、社会民主党 (Sozialdemokratischer Partei: SPD) と同盟 90/緑の党 (BUNDNIS 90/Die Grünen) の連立政権が、ドイツ連邦議会議席数の過半数を獲得した。ゲルハルト・シュレーダー (SPD) は、連邦首相に選出された。新政府は、これまで連邦労働・社会秩序省 (Bundesministerium für Gesundheit: BMA) が有していた介護保険の所轄権を、連邦保健省 (BMG) に割り当てた。

最初の改革により、連邦保健省 (Gesundheitsministerium) は2つの問題を抱えることとなった。すなわち、介護の質の確保と認知症の介護である。この課題の問題性は、介護保険の導入以降大きくなる一方であり、この2つの問題に対し連邦政府は下記法案を提示し、専門的な論議を経て、立法機関により採択された。

- ・2001年9月9日の「介護における品質保証と消費者保護の強化に関する法律」(介護品質保証法 – Pflege-Qualitätssicherungsgesetz: PQsG) (連邦官報第I部 2001 第70号 2320頁)

- ・2001年12月14日の「全般的な世話の必要性が高い要介護者の在宅介護における給付の補完に関する法律」(介護給付補完法 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz: PflEG) (連邦官報第I部 2001 第70号 3728頁)

いずれの法律も2002年1月1日に発効した。その後(第2期シュレーダー政権)の重要な改革法として、前述した下記の法律がある。

- ・2005年1月1日に発効した2004年12月15日(連邦官報第I部第69号 3448頁)の「公的介護保険の保険料法において子どもの養育を考慮することに関する法律(介護保険 子の養育考慮法 Kinder-Berücksichtigungsgesetz: KiBG)

この法律により、公的介護保険における家族負担の調整に関する2001年4月3日の連邦憲法裁判所判決が具体化された。判決で、裁判所は立法機関に対し、2004年12月31日までに、子どものいる加入者を子どものいない保険料支払者よりも保険料の点で優遇するという規定が設けることを課した。

1 介護品質保証法 (P Q S G)

2002年1月1日施行の介護品質保証法(P Q s G)は、連邦政府の提案に基づいており、ほぼ修正されることなく、両院(連邦議会と連邦参議院)を通過した。介護品質保証法により、連邦政府の以下の2点の課題が盛り込まれており、これらの2つの課題は、相互に関連している。

- i) 介護の品質保証と改善
- ii) 消費者の権利の強化

(1) 施行の必要性

1995年に介護保険が導入されて以来、介護の品質確保は、世間一般で広く意識されるようになった。これは、要介護リスクへの保障を国民が意識するようになったことと無関係ではない。今日約6,000万人が公的または民間介護保険に加入しており、家族保険も含めれば、国民の98%以上が介護保険に加入していることになる。要介護状態が生じた場合には、これらの人々は、保険料に対する反対給付として請求権を獲得する。

それと同時に要介護者本人に新たに権利意識(「消費者主権」)が生じ、これが、国家の扶助(社会扶助)に依存するのは恥ずかしいと思う感情を凌駕するようになったのである。施設介護の領域でも、正しいサービスの供給を受けていないと感じている要介護のホーム入所者またはその世帯員から(公共の議論の場においても)、「私たちは月に2,500ユーロ(約350,000円)または3,000ユーロ(約420,000円)のホーム利用料金+ α を支払っているのに、それでも十分な人員配置には足りないと言うのであれば、ホームは私たちのお金でなにをやっているのだろうか?」というような疑問の声が聞かれるようになった。

しばしばこうした問いのきっかけとなるのが、介護の欠陥に関するニュースである。メディアは特に悪質な介護ホームの状況を報道し、こうした問題の解決を声高に求めている。

一般にあまり知られていないが考慮すべきなのは、疾病金庫中央組織メディカルサービス(MDS)が、介護保険法施行以来、入所介護・訪問介護施設において疾病保険メディカルサービス(MDK)が実施した何千という質の検査から集めたデータである。

立法者は、介護提供者から独立した機関として疾病保険メディカルサービスに対し、外部から質の保証を行う任務を課している。MDKは、法律上、審査・助言・勧告を実施する機関として解釈されている。このような介護提供者とのパートナー関係に基づく審査・助言の取り組みは、MDKの検査報告書に明らかにされている。報告書は、質の欠陥を指摘し、抑制的措置によりこれを排除するだけでなく、介護施設を助言と勧告によって支援し、介護品質を改善し、質を確保できるような内部の品質マネジメントシステム構築に貢献するものといえる。

従ってMDKの審査報告書は、メディアのセンセーショナルな報道とは区別すべきものである。報告書は、最新の知見に基づき、審査した施設をMDKの視点から以下の4つのカテゴリーに分類している。

- － 第1のカテゴリーは、何年間も品質的に高いレベルの介護を提供している訪問介護及び施設介護の施設である。これらの施設は、メディカルサービスの審査を、自らのこれまでの仕事の確認と認定ととらえている。
- － 第2のカテゴリーは、介護保険導入と同時に内部品質マネジメントシステムを開始し、当初の成果をすでに出しているサービスと施設である。ここではメディカルサービスの検査は、主として選択された介護アプローチの確認である。メディカルサービスの勧告は、品質管理を促進し、改善に向けてこれを方向付けするものである。
- － 第3のカテゴリーには、メディカルサービスの指導で、介護保険法により敷かれた「品質保証のルール」に方向転換することになった介護施設が入る。メディカルサービスのこういった「後押し／刺激機能」は、従来認識されてこなかった。
- － 第4のカテゴリーは、メディカルサービスの評価によれば、品質上の瑕疵に関する勧告への取り組みが成功していない介護施設である。品質保証のすべての分野（構造／プロセス／結果の品質）において、専門知識に裏づけられた介護を提供する基礎がなされていない。その状況は非常に深刻で、これらの施設のサービスを受けている被保険者には、肉体と生命の危険があるほどである。メディカルサービスがその審査報告書の中で、所轄の介護保険の州中央組織に対して、当該施設とのサービス提供契約を解約するよう勧告したケースも多数ある。これらの施設における品質上の瑕疵はあまりにも大きく、妥当な期限内に品質を改善することは不可能であるとされる。

審査を受けた施設の大多数は、上記カテゴリーの2か3に分類される。いずれも内部品質マネジメントシステムを導入し、給付の品質を確保し、さらに改善しようと努力していることがうかがわれる。第4カテゴリーは少数派であるのに対し、第1カテゴリーには、MDKの審査報告書で卓越した介護の品質が証明された多数の介護ホームや介護サービスが属している。

MDKが確認する瑕疵は多岐にわたる。重要な質の欠陥は次のとおり。

- － ケアプランと介護記録の作成に落ち度がある、十分でない。
- － 介護が受動的である。
- － 褥瘡の予防・治療が十分に行われていない。
- － MDKにより褥瘡のある入所者を繰り返し発見し、介護施設が必要な措置を計画・実行していない。
- － 食事・水分供給に問題がある。
- － 失禁対策に問題がある。
- － 身体拘束措置をしている。
- － 老年精神医学的な見地から障害のある入所者に対するサービス提供に問題がある。

こうした入所者の不適切な介護／介助は、専門的な知識の欠如が原因であることが多い。量的に看過できない数のこうした人的集団に対する、専門知識に裏づけられた介助

のコンセプトが確立していないケースが非常に多い。

- － 薬剤の取り扱いに問題がある。
- － 介護記録やその他の服薬計画などの文書を二重に作成しているために生ずる転記ミスは、誤った薬を服用したり、服用量を間違えたりといった事態を引き起こす。さらに、医師の指示を受けずに鎮静剤を必要に応じて投与したりすると、入所者の生活の質が著しく低下し、健康を害されることすらある。
- － 十分な人員が配置されていない（特に介護ホーム）。
- － 介護専門職の専門知識に問題がある。

こうした品質上の欠陥により、受動的な介護がはびこるようになる。それによって要介護者の持つ能力は維持、活性化されず、むしろ職員が仕事の効率化を優先し、具体的な介護計画がないために要介護者を不用意に非活性化してしまう結果となる。

この結果は、要介護者を危険にさらし、侵害するおそれがあり、不必要な費用の原因ともなり、要介護者の人権侵害にもおよぶ。これは、「援助を必要としている要介護者であっても、人間としての尊厳が尊重され、できるだけ自立した自主的な生活を送れるようにはからうべきである」とする立法趣旨に、逆行することになる。

介護の欠陥は今後も完全には排除できないのではないかと、という懸念もある。個々の事例について事実関係を詳細に検証し、結論を導き出すべきである。しかしながら、以下の点について、留意しなければならない。

介護の質管理とは、国内にある 9,100 以上の介護ホームと 10,500 のソーシャルステーション／介護サービスに関し、「外部からコントロールされるような」審査であっては、持続的な効果を上げることはできない。

質の審査は、必要かつ不可欠であるが、外部からのコントロールは補完的なものであって、質的にすぐれたサービスを提供しようとする介護施設運営者の自己責任と自発的な取組みによるべきである。質を持続的に高めるような普及・浸透効果は、メディカルサービスのような専門性に基づく助言が不可欠である。

（２）介護品質保証法のポイント

こうした背景を受けて、2002年1月1日に施行された介護品質保証法は、下記の2点に重点を置いている。

- － 介護の質の確保、改善及び審査
- － 国のホーム監督機関と自主管理との連携

この法律のもう一つのポイントは、介護ホーム運営者が介護の質の確保と改善に対して負う自己管理責任を明らかにし、これが強化されたことである。この自己管理責任は、介護ホームが介護をしている要介護者に適切な給付と品質を提供するために、人的・物的配備を調えるという、運営者の義務と権利を包含している。