



## 病院ケアから地域ケアへ : 英国の高齢者退院促進政策に学ぶ

著者	井上 恒男
雑誌名	同志社政策科学研究
巻	10
号	2
ページ	113-125
発行年	2008-12-20
権利	同志社大学大学院総合政策科学会
URL	<a href="http://doi.org/10.14988/pa.2017.0000011575">http://doi.org/10.14988/pa.2017.0000011575</a>

## 病院ケアから地域ケアへ

### —英国の高齢者退院促進政策に学ぶ—

井上 恒男

#### あらまし

医療費適正化に対する圧力が強まる中、在院日数短縮という観点から高齢者のいわゆる社会的入院の解消が政策課題となり、平成18年度医療保険制度改革の一環として療養病床の再編成が進められることになった。しかし、再編成には歓迎論がある一方で弱者いじめという反発も強く、いわゆる医療難民、介護難民等が発生しないような対策が求められている。

高齢者に対し病院でのケアに代わる地域ケア<sup>1</sup>を模索してきた英国では、1980年代以降病床の縮小・合理化を進めていたが、民間ケア施設が退院高齢者の引き受け手となったため、地域ケアの場は伸び悩み、その整備は先送りされる結果となった。病床数の縮小が限界状況に近くなり入院待機が大きな社会問題となったため、2000年頃からあらためて病床の効率利用が求められた。そのような状況下、高齢者の入院比率が高く退院遅延が目立っていたため、病院ケアに代わる地域ケアサービスの開発推進、NHS病院と地方自治体の協働・連携作業の枠組みづくり等が中央政府主導で進められ、高齢者の退院促進が図られている。

本稿は、四半世紀の取組みを経て、英国が病院ケアから施設ケアという路線から、病院ケアから地域ケアへとという路線へと転換を図っていることを1980～90年代と2000年以降の2期に区分して検証するとともに、最後にそれを教訓として、わが国の療養病床の再編成問題に関連し、施設中心から地域中心への脱却、病院ケアモデルに代わる新しい地域ケアモデルの開発、

保健医療・福祉関係機関の協働・連携について所感を述べる。

#### 1. はじめに

高齢者は入院頻度が高いだけでなく、入院期間の長いことがよく知られている。特に心身機能の衰えた高齢者の場合、退院後の生活復帰に不安がつきまとう。このような場合、入院治療後に生活機能を回復しつつ療養することができる別途の場があれば高齢者の不安は軽くなり、病院も主たる機能である入院医療に専念できる。しかし、この病院治療と病院治療後のケアをスムーズに結ぶシステムづくりに悩む国は少なくない。日本では1973年の老人医療費無料化により、当時十分整っていなかった介護サービスを老人病院が代替してきたという歴史的経緯から、医療機関がいわゆる「社会的入院」という問題を抱え込み、いまだにその後遺症に苦しんでいる。

この長年の懸案が、今般の平成18年度医療保険制度改革の一環として、療養病床を平成23年度末までに再編成するという形で本決まりとなった。しかし、これに対しては「社会的入院」の解消対策として概ね歓迎する報道がある一方で<sup>2</sup>、療養病床を利用できなくなり行き場を失ういわゆる高齢の医療難民、介護難民等を発生させるという不安から反対論も根強い。とりわけ今回の方針は医療費適正化という文脈で唐突に決定された感が濃厚なため、療養病床の利用者、経営者には弱者いじめだという反発が一層強い。

<sup>1</sup> 本稿では、いわゆる在宅の福祉サービスだけでなく、病院を除く地域での様々な保健医療サービスを含む概念として捉えている。

<sup>2</sup> 2006年2月6日毎日新聞、2月11日日経新聞、2月12日朝日新聞の各紙社説他。

振り返ると、常時の医学的管理が必要な要介護高齢者に対する施設ケアのあり方は介護保険導入時からの大きな懸案であった。しかし、かつての老人病院は療養型病床群制度を経て介護保険制度発足時に介護保険適用と医療保険適用とに分かれ、介護保険法制定時の附則で施設体系のあり方等については10年後に見直しが行われることとなり、先に介護保険法の大改正を審議した社会保障審議会介護保険部会の「介護保険制度見直しに関する意見」(2004年7月30日)では介護療養型医療施設の再編成(廃止)についてまったく言及はなかった。また、それと相前後して今回の医療保険制度改革を審議していた社会保障制度審議会医療保険部会の「医療保険制度改革について(意見書)」(2005年11月30日)も抽象的に在院日数の短縮を掲げているにとどまる。しかしこの間、厚生労働省と経済財政諮問会議との間で医療費の伸び率管理等をめぐって厳しい論争があり、2006年度の診療報酬水準をめぐる議論が大詰めを迎える中、介護給付費分科会、医療保険部会で医療・介護療養病床のあり方、機能分担が議題となり、あわただしく年末の2005年12月21日に「療養病床の将来像について」(厚生労働省医療構造改革推進本部)が取りまとめられた。

このような一連の経緯から、療養病床の再編成を今回推し進めた震源地は医療保険制度改革からの医療費適正化、特に在院日数短縮という要請であったとあってよからう<sup>3</sup>。しかし、在院日数の短縮は医療政策において今後とも構造的な命題だということを見誤ってはならないであろう。在院日数は、病床の効率的な利用、医療サービスのパフォーマンスを示す重要な指標だからである。しかも、残念ながら日本の平均在院日数は主要国の中でも格段に高いので、今後も短縮化への要請は続くと考えざるをえない。もっとも、療養病床あるいは病院に不必要に(あるいは不本意に)入院(所)している高齢者にいかなる場(ケア)を用意すべきなのかという議論は、今に始まったものではない。療養病床が引き続きその役割を果たすべきだという現状維持論も強い。老人病院の見直し議論以来の長年の懸案を何とか打開できるような方策はないのか。それを問われ、対応を求められるのが、

これからの数年間である。

折から、英国(主にイングランド)でも、高齢者の退院遅延という課題に直面し、病院ケアに代わる地域での新しい保健医療・介護サービスの開発、推進に取り組んでいる最中である。もっとも、決して一直線上にその道を歩んできたわけではなく、近年ようやく本腰を入れつつあるといった方が適切であろう。大きな社会問題となった長い入院待機の改善というせっぱつまった医療事情がその背景にある。幸いわが国にそのような緊急事態はないが、異なる文脈でやはり在院日数短縮という先送りできない命題を抱えている。

そこで本稿は、英国がその保健医療制度(National Health Service、以下NHS)の中で進めてきた1980年代以降の退院促進の取組み(成功・失敗の経験)を検証し、わが国の状況に重ね合わせることにより、療養病床問題を検討する上での何がしかの教訓を引き出そうとするものである。日英比較というよりは英国の動向を中心にすえ、日本の現状・課題についての検証は従として所感の一端を述べるにとどめ今後の課題としたい。また、高齢者ケアにおける医療と介護の交錯は多方面にわたるため、本稿ではサービス体系全体の制度設計までを念頭に置き、ケア・マネジメント論等には立ち入らない。

## 2. 1980～90年代の退院促進政策

英国でも入院患者の多くを高齢者が占め、地域での保健医療・福祉サービスが整備されれば入院する必要のない高齢者の退院遅延等が問題視され、保健医療・福祉サービスが協働・連携して退院促進を進めることが大きな政策課題となっている。英国の病床数全体は長年にわたって縮減が進み、在院日数の短縮により病床管理がかなりタイトになっているため日本と状況は異なるが、現在進行中の退院促進政策を理解するためにも、高齢者ケアの病院外へのシフトを大きく2つに時代区分し、各時代における課題とそれへの対応等の特徴を概観する。ちなみに、これら2つの時代区分は1980年代以降の保守党・労働党の政権区分ともほぼ重なる。

<sup>3</sup> 「医療費適正化に関する施策に関する基本的な方針」(2008年3月31日、厚生労働省告示第149号)は、入院期間の短縮対策として、療養病床のうち医療の必要性が低い高齢者が入院する病床を介護保険施設等に転換することを中心に据える、と明記している。

## 2.1 民間ケア施設拡大の中での退院促進

1980年代初期までの時代は、英国でも病弱な高齢者の多くは家族がケアするか、でなければ大規模な老人病院や精神病院の長期入院病棟に入院するのが一般的であった。このため、当時のNHS病院の入院患者の約3分の1は高齢者が占めていた<sup>4</sup>。これが大きく様変わりしたのは、1980年代初めからの10数年間である。

既に1960年頃25万床でピークに達した病床（職員配置）は縮小局面に入っていたが、さらに1980年以降も毎年2%以上のペースで減り続けた。病床数の減少は、日帰り手術の増加、在院日数の短縮を反映したものであるが、入院率の高い高齢者について退院後に、いわゆる「医療難民」や「介護受難」が発生するというような社会問題にはならなかった<sup>5</sup>。これは、退院高齢者を受け入れる民間のケア施設<sup>6</sup>が急増した

からである。図1は、高齢者のケアを受ける場がNHS病院の病床から民間ケア施設に置き換わった状況をよく示している。

いうまでもなく政府はかねてからいわゆる地域ケアの推進には力を入れていた。しかし、1979年に政権に復帰した保守党は公共支出削減路線、民活路線をとったことから、高齢者ケアの市場は一変した。つまり、住民の高齢者福祉対策に責任を有する地方自治体（主として日本の都道府県に相当するカウンティ、county）は保守党政権下の財政締め付けに当時苦しんでいた。折よく1980年代初め頃は、高齢者が公的介護サービスを利用する方法として、地方自治体一般財源からではなく中央政府予算（公的扶助受給者に対する「賄い・住宅手当」）を用いて民間ケア施設に入所する途があった。しかもかなり柔軟な運用が可能だったことから、利用は急増した。民間ケア施設事業はまさにその受け皿

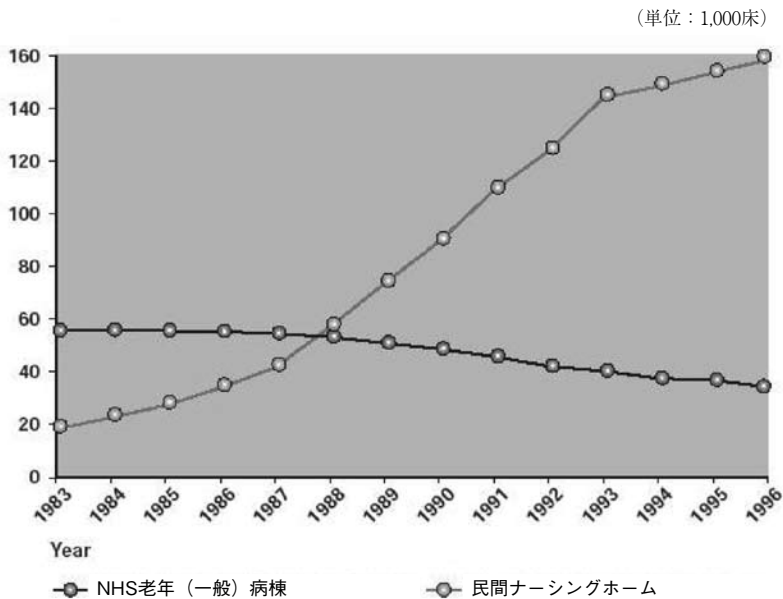


図1 高齢者病床数でみるNHS病院・ナーシングホームの経年推移

(出典) Audit Commission (1997), Exhibit 8

<sup>4</sup> Audit Commission (1986), Table 5.

<sup>5</sup> Department of Health (2000a).

<sup>6</sup> わが国の老人ホームに相当する高齢者施設と看護ケアも併せて行ういわゆるナーシングホームがある（障害者等も入所しているが、煩瑣になるので本稿では特段区分しないで論じる）。「2000年ケア基準法」(Care Standard Act 2000)の制定により、ともにケアホームとして体系化され、一定の基準を満たし全国ケア基準委員会 (National Care Standards Commission) という独立機関に登録してはじめて事業を行うことができる。

として急成長した。同じ頃NHS病院も公共支出削減路線下で経費節減を迫られていた<sup>7</sup>、図らずも高齢者の受入れ先が用意され、退院促進にはまったく好都合だったのである。

当然のことながら、1980年代初めからのわずかな期間で「賄い・住宅手当」に対する政府支出は急増した<sup>8</sup>。事態を重視した保守党政府は運用の厳格化等の応急措置をとるとともに検討会

(単位：1,000床)

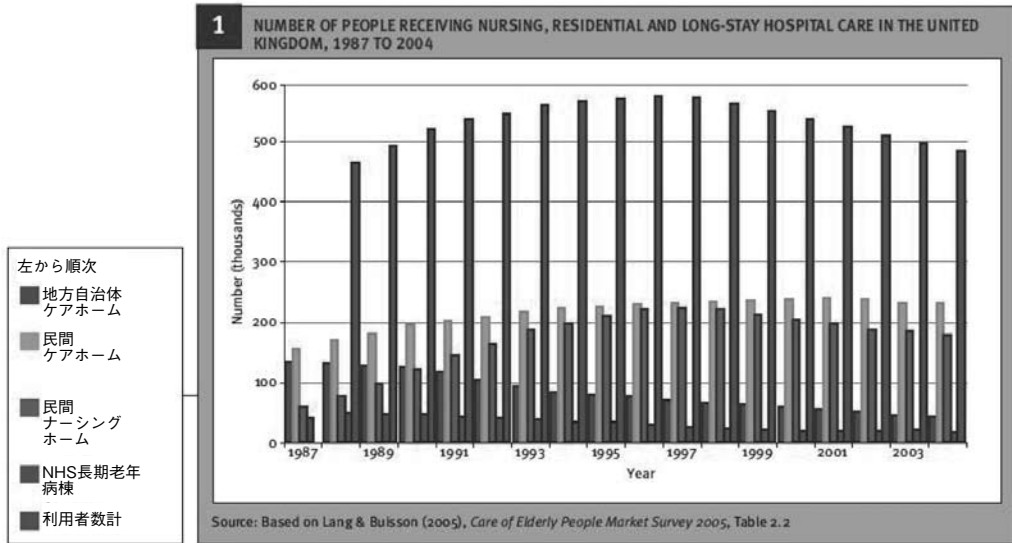


図2 長期ケアサービス利用者の推移  
 (出典) M. Henwood (2006), Figure 1

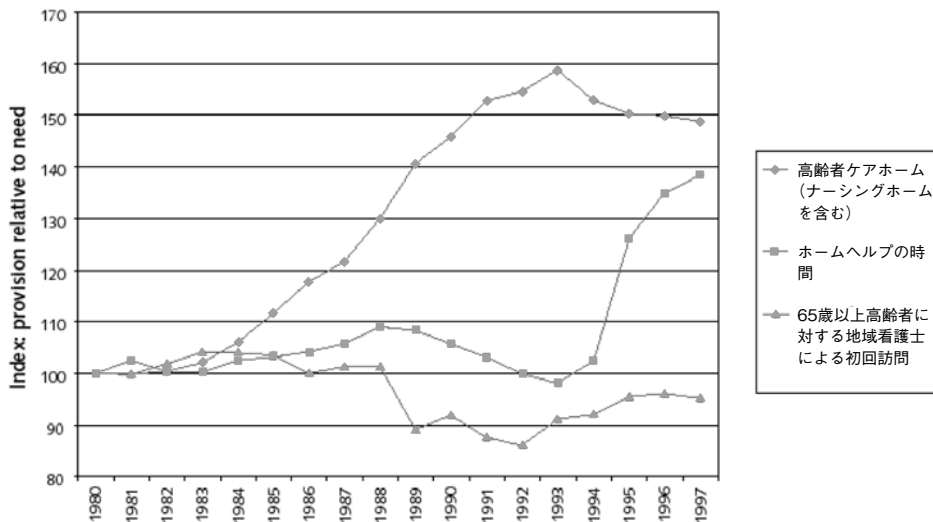


図3 高齢者に対する地域保健・福祉サービスの供給  
 (出典) Department of Health (2000a), Chart 5

<sup>7</sup> 1979年からの保守党政権下でもNHSの支出額自体は対前年度で増加を続けたが、GDP比は一貫して5～6%であった。G. Rivett (1997) の Appendix A NHS Expenditure 1949 to 1996/7 - UK。

<sup>8</sup> 1983年から1996年にかけて242%増加した。Audit Commission (1997)。

を設置し、後のいわゆる「コミュニティ・ケア改革」へと展開していく。その結果、中央政府の「賄い・住宅手当」制度は廃止され、施設・在宅を含め社会福祉サービス全体に関する財政と責務が地方自治体に一元化されたので、地方自治体が高齢者ケア経費を国に付け替えるという誘引はなくなった<sup>9</sup>。しかし、この改革後も中央政府による民活路線自体は継続されたため、図2のように民間ケア施設は増え続けた。つまりこれは、当時の保守党政権の民活路線のいわば副産物であった。

このようにこの時期の病院外への高齢者ケアのシフトは、病院ケアから地域ケアへとという高齢者ケアシステムの質的転換というよりも、雪崩を打つような民間ケア施設ブームに引っ張られた偶発的なものであった。しかし、ケアサービスの是非はともかくとしてケアを要する高齢者の受け皿は存在したので、退院が社会的な摩擦をあまり引き起こさず進んだといえよう。その一方で、いわゆる地域ケアサービスはこの間縮小した（図3参照）。また、在宅であれ施設であれ、あるいは地域の保健サービスであれ福祉サービスであれ、退院した高齢者に対するケアの理念を問う政策論は深まらなかった。地域ケアにとっては、「失われた10年」ということができるかもしれない。なお、ホームヘルプの時間数は1990年代半ば以降増加しているが、これは在宅でよりケアを必要とする高齢者が次第に増えていることを示しているものである。

## 2.2 医療ケア費用負担問題の顕在化

高齢者の大量退院は退院後のケアのあり方

問う議論にまでは十分発展しなかったが、医療保障の費用負担のあり方は大きな問題となった。退院後のケア体制と直接の関係はないが、高齢者ケアのあり方と無縁ではなく、今後の動向が注目を要するので関連事項として紹介する。

もともとNHSによる医療は原則無料であるから、高齢者が入院する場合、さらに継続してNHS医療を受けても無料である。しかし、ケア施設に入所した場合、病気になればNHSの一般医（general practitioner）に診てもらい入院もできるが、ケア施設で受けているサービスが福祉サービスに該当する場合は原則自己負担となる<sup>10</sup>。やっかいなのは、医療と福祉サービスの境界にあるグレーゾーンで、常態的に看護を受けているような場合はNHSの対象となって当然であり、定義を明確化すべしという議論がまきおこった。いわゆる「NHS継続ケア」（NHS continuing care）の判断基準をめぐる解釈運用上の争点である。もともと「NHSは無料、福祉サービスは自己負担」というのは各制度発足来60年の原則であるが、高齢者がケアを受ける「場」の多くがNHS外のケア施設に置き換わったため、また判断基準の運用が限定的であったために、紛糾の規模が大きくなったのである<sup>11</sup>。さらに、ケア施設に入所すると持ち家が自己負担費用額の算定評価の対象となって売却を余儀なくされるという問題も世論をいっそう沸騰させることとなった<sup>12</sup>。

このような状況下、保健省は「NHS継続ケア」について1995年の通知で定義を示したが<sup>13</sup>、その運用は臨床的判断にゆだねる部分が多く、保健省基準を参考に地域毎に基準を作成することになっていたため地域間の格差が発生し、運用が一層まちまちになってしまった。この間に争われたCoughlan事件<sup>14</sup>の控訴審判決（1999年）

<sup>9</sup> 「コミュニティ・ケア改革」により、英国の地方自治体は住民の社会福祉ニーズに対してケア・マネジメントを行うとともに、いわゆる条件整備という役割に徹することとなる。

<sup>10</sup> ケア施設に入所する場合の利用料は、資産が22,250ポンド以上ある場合は全額自己負担となる。資産が22,250ポンド未満の場合、公的年金、職域年金、一定額（13,500ポンド）以上の資産からのみなし所得等が収入認定されて自己負担額が算定される。但し、最低必要経費として週21.15ポンドは手元に残る（いずれも2008年度ベース）。

在宅ケアの場合は、地方自治体に費用徴収義務はないが、保健省がガイドラインを作成している。

<sup>11</sup> House of Commons Health Committee（2005）。

<sup>12</sup> ケア施設に12週間以上入所する場合は、自己負担額を算定する評価資産に持ち家も含まれるため（但し、配偶者等が居住している場合は除外されている）。

<sup>13</sup> その内容は、「複雑性、強度等からして医師、看護師等が常態的に監視し、また、監視を要するような急速な容態悪化、不安定さがみられる等」の場合には短期又は長期にNHS（の費用）による医療ケアを提供する責任があるというものである。Department of Health（1995）、NHS Responsibilities for Meeting Continuing Health Care Needs, HSG（95）8. London：Department of Health。

<sup>14</sup> 脳障害の夫を持つ妻が、退院後に民間ケア施設に入所した夫の介護費用の負担を求められたケースで、NHSが負担すべしと訴えた訴訟。

を踏まえ、保健省は「入所者の医療ニーズが介護施設でのケアに付随するもの以上のものである場合は「NHS継続ケア」に該当する旨の通知を再度出したが運用の改善は進まず、2003年2月には「医療オンブズマン」の報告書が各地の苦情を踏まえて調査したうえで、「保健省からのガイドラインや指導は公平・透明な運用を促すには不十分」であり、地域の保健当局は「ガイドラインの解釈・適用を誤っている」という大変厳しい指摘を行った<sup>15</sup>。このため保健省は、地域の運用基準の見直しだけでなく、誤って「NHS継続ケア」を受けられなかった高齢者には1996年に遡及して費用を補償することとした<sup>16</sup>。

このような迷走にさらに拍車をかけたのは、後述の「長期ケアに関する王立委員会」の勧告を契機に2001年10月から制度化された登録看護ケア手当（registered nursing care contribution）である。これはケア施設で受ける一定要件を満たす看護ケアに対してNHSが費用（当初3段階、現在は1本化）を負担することにした措置であるが、「NHS継続ケア」の審査基準との異同が現場を大変混乱させることになった。結局一連の審査基準を全国一本化することとなり、現在では行動、認知、コミュニケーション等のケアに関連する11領域のニーズ・レベルを評価する判定ツールが作成され、多職種が連携して審査する仕組みになっている<sup>17</sup>。

一連の費用負担議論の中で出てきたより本質的な論点は、医療・福祉の二元体制自体が不合理の源泉だという議論であるが、体制論は負担論だけで決められるものではないため、労働党政府は従来の体系を変更するつもりはまったくない。しかし、かりに二元体制のままとしても、介護費用の公的保障（権利としての介護保障）を強めるべしという議論が次第に広がりつ

つある。既に「NHS継続ケア」の負担問題が紛糾していた最中に設置された「長期ケアに関する王立委員会」での議論はそのほしりであり、1999年2月には、NHS医療に加え、生活費と住宅費を除く介護ケア費用（personal care）を無料にして公費負担すべしという勧告を行った<sup>18</sup>。しかし、膨大な財源を必要とし、既に費用負担のない低所得者等に対する支援にはならない等の理由で政府は勧告を採用しなかった。

これで収まったかに見えた介護費用公費負担議論が最近になってあらためて強まりつつある。それは、公費負担による介護費用保障の範囲の限定、縮小が進んで介護費用全体に占める自己負担の割合が増える一方で、地方自治体のアセスメントを受けて公的に介護サービスを利用する者とそうでない者との格差が目立ち始めたからである。例えば、資産を多少持つ者は相対的に高い利用料を全額自己負担しながらケア施設を利用し、しかも公的な費用負担を受けて入所する場合に比べて決してそのサービス水準が高くない等の事例があつたを絶たないからである。さらに、在宅ケアサービスの利用においても、地方自治体の限られた予算枠の中で利用者の重点化が進み、ホームヘルプ利用時間の短い者の利用が、要援護度合いは弱いといえ、排除されつつあるからである<sup>19</sup>。労働党政府もこのような事態を無視することはできず、2009年にもグリーンペーパーが発表されるとの動きがある<sup>20</sup>。英国の保健医療福祉サービスでは極く最近まで長い入院待機が内政上大きな課題であったが、今後は介護費用負担問題が大きな課題として浮上してきそうである。

以上のように、1980～90年代に進行した高齢者の退院促進は、民間ケア施設の隆盛に助け

<sup>15</sup> The Health Service Ombudsman (2003)。

<sup>16</sup> M. Henwood (2006) によれば、1.8億ポンドをかけて全国12,000件を再調査し、20%のケースに対して補償が行われた。不公平な仕打ちを受けたのであるから当然補償すべしという議論がある反面、過去のことを思い出しつつ調査を受けたが問題は発見されず期待外れという事例も多数あり、一連の鳴物入りの対策にどんな意義があったのかという懐疑的な見方がなくもない（同書、p.5）。

<sup>17</sup> Department of Health (2007) ,The National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS- Funded Nursing Care。

<sup>18</sup> Royal Commission on Long-term Care (1999)。

<sup>19</sup> Commission for Social Care Inspection (2008)。

<sup>20</sup> 例えば、ブラウン首相のThe King's Fundでの朝食時討論会（2008年5月12日）に関する記事（Breakfast discussion with the Prime Minister on the future of care and support, <http://www.kingsfund.org.uk/events/index.html>）。

なお、わが国には介護保険制度による公的な介護費用保障の仕組みがあり、いわゆるホテルコスト等についても制度間の格差はあまりないので、英国のように介護費用負担が大きく問題化する可能性は低いであろう。もっとも、持ち家処分のような問題は見られないものの、施設入所者の遺産と費用負担のあり方等はさらに議論の余地が残っている。

られたかなり偶発的なものであった。そして、その延長線上で費用負担問題を巻き起こすこととなった。M. Henwood (2006) は、高齢者ケアのあり方に関する政策議論の観点からこの時代を評し、「かつてはNHS病院で無料でケアされていた高齢者が今やケアに対する負担を求められ、しかも、そのような根本的な変化については公の議論と政策決定を経るべきであったにもかかわらずそれが最近まで行われず、この間にNHS病院の高齢者ケアからの撤退が秘かに (by stealth) 進行した」と指摘している (同書p.13)。

また、Audit Commission (1997) も、1980年代のNHSの役割低下と民間セクターの増大は計画されたものではなく、所得保障給付増加の結果としてうかつにも (by default) 発生したものであり、政策議論も合意も行われなままに進んだ大転換である、と厳しく指摘している (同書p.12)。

### 3. 2000年以降の退院促進政策

1990年代後半からは新たな「病院外へのシフト」の波が始まった。病床数の縮減が進みすぎ、むしろ病床不足による弊害 (入院待機) が顕著になってきたからである。しかも、この頃になると退院高齢者を引き受けていた民間ケア施設も頭打ちから減少へと転じていた (図2参照)。そこで、保健省は、必要な病床、職員増加は予算増により確保していく路線へと一大転換を行った。併せて、病床利用の効率化の観点から特に高齢者の長期入院、退院遅延を念頭に置き、病院ケアに代わる新しいサービスメニューの開発と、保健医療・介護サービスの連携等の退院促進の枠組みづくりを進めることとなった。

#### 3.1 病院による高齢者ケアの限界

1980年以降も減り続けていたNHS病床数は、1990年代半ば以降15万床あたりで下げ止まり傾向を見せていた。病床利用の効率化も後述のよ

うにかなり限界状況だったからである。それでも1991年以降NHSにいわゆる内部市場原理が導入され、効率化を求められたNHS病院では病床管理が次第にタイトとなり、もともとNHSのアキレス腱であった入院待機数が年々増加した。1997年5月の総選挙ではNHS対策は当時の保守党政権との大きな争点となった。そして労働党が政権復帰した直後の1998年4月には、入院待機数は130万人の大台を超えピークに達していた<sup>21</sup>。

政権に復帰した労働党はNHSの施設・職員への再投資という路線に早速転換するが、まず1998年、保健省が「全国病床調査」(The National Beds Inquiry) に着手した。10～20年先の患者ニーズに必要な病床の確保がねらいであり、調査結果を分析、総括した保健省の諮問文書「NHSの将来：病院・関連サービスの長期計画」によれば、病床数の減少とともに病床利用率が83%に達し、救急患者対応にも困難をきたす等かなり限界状況に近いことが明らかになった。さらに、一般・急性期病床の3分の2以上の入院患者は65歳以上の高齢者であり、退院遅延が多いのも高齢者であった<sup>22</sup>。

このような病院・病床の現状を踏まえ、同諮問文書は、病院医療サービスの将来に備える方策として3つのシナリオ、つまり、現状維持方式 (急性期部門をやや拡充し、地域ケアへの移行は特段行わない)、急性期部門中心方式、「在宅に近いケア方式」(Care Closer to Home、地域ケアを充実し次第に急性期部門から置き換えていく) を提示し、各方面の意見を踏まえて最終的に「在宅に近いケア」方式を採用した。その方針は保健省の白書「NHS計画」(The NHS Plan, 2000年7月) に盛り込まれた。つまり、「NHS計画」は政府からNHSに対する従来の投資が不足・過小であったことを認めたとうえで、2004年までに7,000床の増床、コンサルタント (病院医師) 7,500人、一般医2,000人、看護師20,000人の増員等、施設・職員の増強へと政策を大転換した。そして、高齢者ケア対策として「在宅に近いケア方式」をベースに後述の中間ケア (intermediate care) を前面に打ち出した<sup>23</sup>。例えば増床する7,000床のうち5,000床は病院、ナー

<sup>21</sup> Department of Health, Inpatient Waiting List Data – Provider Based, Hospital Waiting Times/List Statistics. <http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/2008/HISTORICAL/historicalstatsjuly2008.xls>

<sup>22</sup> Department of Health (2000a)。

<sup>23</sup> intermediateという用語には、間に立って仲立ちする、媒介する等の意味もあるが、訳語として概ね定着していると思われる「中間ケア」を採用した。



シングホーム等での中間ケア用のベッド、1,700床は施設形態でない中間ケア用の場である<sup>24</sup>。

### 3.2 中間ケア

1980年代は退院した高齢者を引き受ける民間ケア施設事業者が次々と介護市場に参入したが、1998年頃になると頭打ちとなった(図2参照)。これは、地方自治体が民間ケア施設と折衝して設定する利用料金を抑制する一方、不動産価値の上昇、施設基準遵守に要するコスト負担の増加等により、民間事業者が撤退したからである<sup>25</sup>。

このような民間ケア施設に代わる退院高齢者に対する新しいケア形態として提示されたのが中間ケアである。同趣旨の取組みは以前にも地域によって行われていたが、入院待機解消という差し迫った状況下で、しかも財政難のため社会福祉サービス側にも有効な打開策が見当たらなかった1990年代後半から関心が高まった<sup>26</sup>。Audit Commission (1997)は、NHSと地方自治体による保健医療・福祉サービスの展開が悪循環に陥っている状況を指摘し、比較的早い時期に病院ケアに代わる中間ケア的手法に言及している(同書p.45他)。

その後保健省は上記「NHSの将来：病院・関連サービスの長期計画」を経て「NHS計画」に「中間ケア」を盛り込むことになるが、この間相前後してかなり多様な事業が展開していったため、現場で概念上の混乱も生じているようである。保健省の通知(2001年1月)では、概略「不必要な長期入院、不適切な入院・入所に直面している者を対象とし、総合的なアセスメントの下に個別のケアプランが策定され、できる限り自立を促し在宅での生活を取り戻し、最長期間を6週間とし、関係職種が協働してアセスメント、記録等を一元化して行われる」という基準を満たすものが中間ケアであると定義されてい

る<sup>27</sup>。もっと分かりやすいのは、向こう10年間の全国の高齢者対策の指針を定めた「全国高齢者サービスフレームワーク」(National Service Framework for Older People, 2001年3月)の趣旨説明であろう。「全国高齢者サービスフレームワーク」は8本柱の1つ(基準3)に中間ケアを据え、急性期病院と地域ケアのギャップに橋をかける新たな一連の急性期・リハビリサービスであると位置づけている<sup>28</sup>。

中間ケアは既に目標を上回って2005年3月までに29,000床が整備されている<sup>29</sup>。急性期病院からの退院促進という医療政策からのイニシアティブではあるが、それにとどまらず長期ケアとの間をつなぐ新しいサービスメニューの開発を目指している点は着目に値する。ただ、サービスを受けられる期間は通常1~2週間、最長でも6週間という制約があるという難点がある。事業実施の効果については現在多くの評価研究作業が実施されている<sup>30</sup>。

なお、上記通知には中間ケアに該当する代表的な5種類のサービスモデルが例示されており、わが国にも参考になると思われるので概略を紹介しておきたい。

#### ・迅速対応モデル (rapid response)

回避可能な急性期入院を防ぐために、一般医等からの紹介に基づきアセスメントや診断を迅速に行い、在宅での短期集中的なケアにつなげる

#### ・在宅病院ケアモデル (hospital at home)

一次医療の範囲を超えるが必ずしも急性期病院を必要としない患者に必要な診断、治療等を行い在宅で集中的に支援する

#### ・施設リハビリモデル (residential rehabilitation)

医療的には安定しているが在宅に戻るための身体機能や自信を回復するために短期のリハビリを必要とする高齢者に対し、地域病院、リハビリセンター、ケアホーム等の施設でセラピーや機能回復を行う

<sup>24</sup> Department of Health (2000b)。

<sup>25</sup> National Audit Office (2003)。

<sup>26</sup> W. Gerald et al (2002)は、中間ケアに対する政策的関心の高まりの背景には、急性期病床の負担の打開策と同時にリハビリテーションに対する再認識 (re-discovery)があったと指摘している。

<sup>27</sup> Department of Health, Intermediate Care, HSC 2001/01 : LAC (2001) 1, 2001。

<sup>28</sup> Department of Health (2001), p.41。

<sup>29</sup> Commission for Social Care Inspection (2006), p.42。

<sup>30</sup> レスター大学他の保健省委託研究事業は既に終了し、報告書が作成されている。<http://www.changeagentteam.org.uk/index.cfm?pid=195>

- ・退院支援モデル (supported discharge)  
急性期病院から早期に退院し在宅でのリハビリテーション、回復を全うするため、一連の在宅サービスにより在宅で看護や治療的支援を短期間受ける
- ・通所リハビリモデル (day rehabilitation)  
デイホスピタルやデイセンターでの短期の治療的支援

### 3.3 退院促進のための特別対策

病床利用が逼迫するとともに入院待機が大きな社会問題となったため、保健省では「NHS計画」の中に入院待機数削減の数値目標等と合わせて「広範に生じている退院遅延 (bed blocking) を2004年までになくす」という目標を掲げた<sup>31</sup>。具体的な数値を掲げた目標でこそないが、退院促進対策は大きな政策目標に据えられたといえる。ただし、いうまでもなく退院遅延の発生は病院内外の要因が複雑に交錯するため対策も総合的でなければならない。上述の中間ケアという新しい地域ケアの開発推進はそ

の核になるものであるが、その実効をあげるためにも2つの特別対策が講じられた。

第1は、「退院遅延費用支払い制度」である。これは、地方自治体が福祉サービス体制を整備できないことが理由で退院が遅れた場合には、地方自治体がNHS病院に遅延費用を支払うという制度である。既にスウェーデン等で先行していた手法の導入を図ったものである<sup>32</sup>。2002年4月に提案され、同年11月に国会に提出された法案は、その政策意図はともかく、退院遅延がNHS病院内部をはじめ多様な原因で発生するにもかかわらず、法律でものものしくペナルティを用意してNHS病院と地方自治体社会福祉サービス部局を対峙させる構図を持ち込む手法が物議をかもし、特に地方自治体社会福祉関係者から批判が強かった。しかし、結局は「2003年コミュニティ・ケア (退院遅延) 法」(Community Care (Delayed Discharges etc) Act 2003)として成立し、もっぱら福祉サービス体制の不備が理由で退院が遅れた場合は、地方自治体は1日につき100ポンド (ロンドン等は120ポンド)の遅延費用をNHS病院に支払うこととなった (実施は、2004年1月から)。当面对象となるのは急

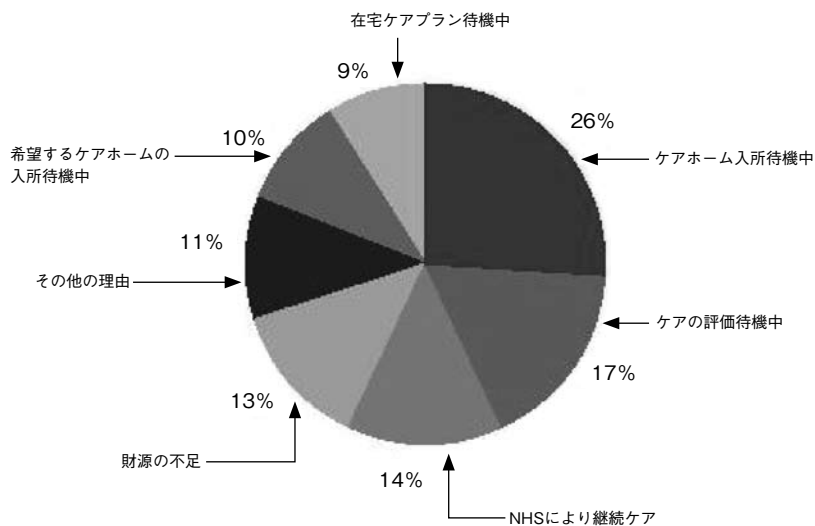


図4 退院遅延の理由

(出典) National Audit Office (2003), Figure 5.

<sup>31</sup> Department of Health (2000b)。直截的な表現であるが、政府文書でも退院遅延についてbed blockingという用語をしばしば用いている。

<sup>32</sup> 「退院遅延費用支払い制度」については、既にD. Wanless (2002) が導入を提言している。

性期部門の患者であり、退院遅延費用の支払いは義務ではないが、退院遅延の多くは高齢者であるから、主たるターゲットとして想定されているのは高齢者であろう<sup>33</sup>。

第2の特別対策は、地方自治体に対する特別補助金である。地方自治体による高齢者ケア体制の整備がドラコニアン的な手法だけで進むものでないことは「退院遅延費用支払い制度」で巻き起こった批判論を持ち出すまでもなく明らかだからである。実際問題として、同制度に基づく地方自治体とNHS病院の関係がペナルティによって精算されたとしても、現実に必要な入院が解消されて退院でき、病院に代わる場で適切なケアを受けられなければ、高齢者本人にとってはまったく意味がない。図4のように、退院が遅れる原因は介護サービス待ちが相当数あるのである。近年では介護サービス市場の変化を反映してケア施設入所待ちが相当多く、中間ケアに対する期待が強いのもこのような状況を反映していると思われる。

地方自治体の高齢者福祉予算はわが国でいう地方交付税財源で賄われ、中央政府からの補助金制度はもともとまれであるが、2001～2年度はBuilding Care Capacity Grantという補助金3億ポンド、2003～2007年度はDelayed Discharge Grantという補助金1億ポンドが投入された<sup>34</sup>。病院ケアに代わる新しい地域ケアのサービスを開発し、その推進に保健医療・福祉部門が協働・連携して取り組む環境づくりの意図を込めたまさに特別対策といえよう。

もともと英国の保健医療・福祉サービスの担当行政組織は、保健省と地方自治体の二元体制で、時にBerlin Wallと揶揄されるように両者の連携は積年の課題である<sup>35</sup>。現労働党政権は特に行政・施策の連携（joining up）を重視していることから、NHS病院と地方自治体の連携はそ

の試金石でもある。その後の退院遅延は、2001年の5,396件から2005年の1,804件に67%減少するなど改善が進んでいる<sup>36</sup>。実際にペナルティを支払った地方自治体も相当数あるが、退院遅延の改善は特別補助金に基づく幅広いモデル事業の開発と推進、さらに保健省に設置された特別チーム（Change Agent Team）による地方自治体に対する技術支援等の取組みの総合的な成果だと考えられている<sup>37</sup>。

この他、退院遅延をもたらす大きな要因として入院から退院に向けてのNHS病院内部の取組体制の問題があるが、この点については本稿では割愛する。

#### 4. 英国からの教訓と療養病床再編成

高齢者の退院後のケアは、病院部門も含めた広義の医療ケアのネットワークを抜きにしては考えられない。高齢者は病氣治癒の具合により、急性期病棟から直接在宅に復帰することもあれば、回復期部門でリハビリ等を受けることも少なくないからである。一方、療養病床は、医療型であれ介護型であれ、病院治療の後に長期的な療養を要する高齢者に対するケアの場であるから地域ケアの視点がより重要となる。そのような違いに留意しておく必要はあるが、今回とりあげた英国の退院促進政策は、主たる対象者が長期ケアを必要とする高齢者であり、広義の「病院」と地域ケアが交錯する部分が論点になっているので、わが国の療養病床問題の課題を検討する上でも参考になるとと思われる<sup>38</sup>。

##### 4.1 英国からの教訓

<sup>33</sup> 急性期部門の退院遅延状況は既にSituation Reportsという保健省に毎週報告する仕組みができており、さらに非急性期、精神科部門の退院遅延についても2006年4月から追加された。

<sup>34</sup> [http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Delayeddischarges/DH\\_4067225](http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/IntegratedCare/Delayeddischarges/DH_4067225)

<sup>35</sup> NHSと地方自治体の社会福祉部門事業の連携を図るため、共同プロジェクトの推進、予算の共同管理、そして近年は地方自治体社会福祉部門をNHSに組織統合するケア・トラスト方式等も含め予算・組織面から様々な手法を試みているが、進展には地域差が大きく、必ずしも順調に進んでいない。

<sup>36</sup> Commission for Social Care Inspection (2006), p.9。

<sup>37</sup> Commission for Social Care Inspection (2004)。退院遅延の減少は「2003年コミュニティ・ケア（退院遅延）法」の成果だったのかという筆者の質問に対し、英国保健省担当課長（Mr. Graig Muir, Director for Older People & Disability）は、むしろ新法を契機に、中央政府補助金と相まって、各地のNHS組織と地方自治体社会福祉部局の間で連携に向けての認識と活動レベルが高まったことをあげた（2006年11月6日インタビュー）。

<sup>38</sup> 英国では、退院促進を進める場合の対策の焦点を退院遅延数、入院待機数に置いているのに対し、わが国の主たる焦点は在院日数である。退院促進対策の観点からのあるべき指標については今回十分に検証できなかった。

1980～90年代には、民活路線によって大きくなった民間ケア施設が退院高齢者の引き受け手となり、大きな政策議論にならないまま病床の縮小・合理化が進んだ。したがって退院後の高齢者の居場所の不足は、ケアの質は別として大きな論題とならなかった。しかし一方で、地域ケアを担うサービスは伸び悩み、退院後の地域ケアの整備という課題は、今日に先送りした結果となった（いわば失われた10年）。

2000年以降になると、病床数の縮小が限界状況に近くなり入院待機が大きな社会問題となったことからあらためて病床の効率利用が命題となった。そのような状況下、高齢者の入院比率は高く退院遅延が目立っていたため、中央政府は法的措置と財政支援をセットにし、いわば硬軟抱き合わせた特別対策を講じて病院に代わる地域ケアサービスの開発推進、NHS病院と地方自治体の協働作業の枠組みづくりを押し進め、退院促進を図っている。

以上の英国の取組みを振り返っていえるようなことは、第1に、当然のことであるが、病院ケアに代わる場があれば病床利用の効率化は進み、その場がなければ簡単には進まないということである。わが国の医療政策において病床の効率利用（在院日数の短縮）を図っていくことが今後も基本的な命題だとすれば、入院治療を終えた高齢者に退院へのプレッシャーがかかってくることは避けられない。医療政策からの要請にタイアップした地域ケア政策がなければ医療政策自体に負荷がかかるか、高齢当事者の福利が犠牲にされることにもなる。逆に病院に代わる適切な地域ケアが用意されれば、win winの関係になりそうである。しかし、後者の場合に注意しなければならないこととして、第2に、安易に施設に期待してしまうと、あるいは経済的インセンティブがケアの内容に優先すると、地域ケアの進展の足を引っ張る、あるいはそのあり方を歪める懸念があることである。また、施設頼みの路線で進める病床効率化は、施設を取り巻く環境次第で行き詰まるリスクを抱えることになる。ということは、第3に、病院ケアに代わる高齢者に対する地域ケアのサービス論、システム論こそが必要だということになりそうである。施設サービスも一面では地域ケア

の一翼を担っているが、求められているのは高齢当事者本位の地域での自立した生活を支える多様なサービスメニューといえよう。

## 4.2 療養病床の再編成問題について

療養病床の再編成問題は、果たしてこれからの高齢者ケアの軸足を地域に置くことができるかどうかという、介護保険制度の導入に匹敵するケアのあり方論を我々に迫るテーマのように思われる。そのような大テーマをここで論じることはできないので、英国の四半世紀の政策動向を手がかりに、あらためて今後の療養病床問題を考えていくうえでのわが国の課題と感ずることを簡単な所感としてまとめ、本稿を閉じることとした。

第1は、施設中心から地域中心への脱却である。これは、介護保険導入のテーゼの一つである供給者中心から利用者中心への転換とも重なる。進行中の療養病床再編成議論が当面の「受け皿」確保策中心となり、病院・施設志向から抜け切れていないと感じるからである。勿論、療養病床の入所者の多くは医療ニーズ等が高いため既存施設の拡充や転換施設のケア体制に関心が向かうのは自然の流れであろう。診療報酬・介護報酬水準のおおきくを受けて退院（所）だけ先行することがあってはならないので緊急措置は必要である。しかし、それだけに軸足を置いてしまうと、かつての英国のように病院という場が施設に置き換わるだけで地域ケアの遅れを招きかねない<sup>39</sup>。

第2は、病院ケアモデルに代わる新しい地域ケアモデルの開発である。確かに再編成の動きは医療政策発という感が強い。先の介護保険法改正の際に今回を見越して在宅介護サービスの補強を先行させていればともかく、現実に再編成を控えた今日、病院ケアに取って代わるべき地域ケアのモデルは未確立というのが実態といえよう。地域ケアの遅れが再編成によって顕在化したといってもよい。そう考えると、今回の再編成問題は単なる医療費対策に終わらせてはならず、地域ケアのあり方論を進化させる好機ともいえるであろう。英国のような大量の入院

<sup>39</sup> 英国における施設増設と地域ケア体制の遅れの相関関係をわが国に介護市場の議論に持ち出す場合、英国のケアホームにはわが国の介護老人保健施設のような家庭復帰支援機能が明確でないことに留意する必要がある。

待機というせっぱ詰まった状況下とは異なるが、中間ケアという新企画の中にも地域ケアのヒントがあるかもしれない。折から今回の医療保険制度改革、診療報酬改定等により医療分野での在宅医療体制づくりの条件が進みつつあり、さらに、厚生労働省が指針を示し各都道府県レベルで地域ケア体制整備構想づくりが進んでいることは評価できる。ただ、計画を立てた後は各市町村が既存の予算を活用して地域ケアに取り組むという手法だけでそのピッチを上げるのは難しい。特別の補助金等を投入し、市町村レベルでの地域ケア体制の整備が進むよう国・都道府県が牽引していくことを望みたい。療養病床再編成だけのための整備構想にしないためにも。

第3は、保健医療・福祉関係機関の協働・連携である。英国では様々な手法を駆使して協働・連携に腐心している。それでも必ずしも順調ではないが、他山の石とすべきであろう。わが国でも、医療保険と介護保険、その担い手である国、都道府県、市町村、また実際の事業を担う各種保健医療・福祉専門職というように、対策の企画立案、実施の各過程での協働・連携が十分でない和不都合な場面はいくらでもあるからである。もともと介護保険制度は要介護高齢者に必要な保健医療・福祉サービスを総合的に提供するという意味で画期的な制度であるが、今回の療養病床問題の主たる対象者である医療・介護ニーズを併せ持つ高齢者に対するケアは、最も協働・連携が必要であるにもかかわらず、ほとんど緒についたばかりといってよい。近年の診療報酬等の改定により退院時に関係職種による共同指導等を評価し誘導する措置等が導入され環境整備は少しずつ進んでいるが、筆者の限られた経験からみても、実施できているケースはまだまだ限られている。したがって、何よりも各地域、各機関による取組みの格差の改善を図るための支援が必要であり、このため、医療政策で存在感の大きくなる都道府県の役割が地域ケアにおいても今後一層重要になるのではなかろうか。

## 参考文献

○ Audit Commission (1997), The Coming of Age : Improving

Care Services for Older People, London : Audit Commission.

- Audit Commission (1986), Making a Reality of Community Care, London : HMSO.
- Commission for Social Care Inspection (2008), The State of Social Care in England 2006-07, London : CSCI.
- Commission for Social Care Inspection (2006), Living Well in Later Life : A Review of Progress against the National Service Framework for Older People, London : CSCI.
- Commission for Social Care Inspection (2004), Leaving Hospital – the Price of Delays, London : CSCI.
- Department of Health (2001), National Service Framework for Older People, London : Department of Health.
- Department of Health (2000a), Shaping the Future NHS : Long Term Planning for Hospitals and Related Services, Consultation Document on the Findings of The National Beds Inquiry, London : Department of Health.
- Department of Health (2000b), The NHS Plan : A Plan for Investment, A Plan for Reform, July 2000, Cm 4818 – I, London : Department of Health.
- W. Gerald et al (2002), Intermediate Care Balancing the System, Nuffield Institute for Health, University of Leeds.
- M. Henwood (2006), NHS Continuing Care in England: Issues and Developments, Background Paper to D. Wanless, Securing Good Care for Older People: Taking a Long-term View, London : King's Fund.
- House of Commons Health Committee (2005), NHS Continuing Care. Sixth Report of Session 2004-05. Volume I.
- National Audit Office (2003), Ensuring the Effective Discharge of Older Patients from NHS Acute Hospitals, Report by the Comptroller and Auditor General, HC392. Session 2002-2003, London : Stationary Office.
- G. Rivett (1997), From Cradle to Grave : Fifty Years of the NHS, London : King's Fund.
- Royal Commission on Long Term Care (1999), With Respect to Old Age : Long-term Care – Rights and Responsibilities, London : The Stationary Office.
- The Health Service Ombudsman (2003), NHS Funding for Long Term Care, 2<sup>nd</sup> Report – Session 2002-2003, London : The Stationary Office.
- D. Wanless (2002), Securing our Future Health : Taking a Long Term View, A Final Report, London : HM Treasury.

参考ウェブサイト：(2008年9月10日)

Audit Commission : <http://www.audit-commission.gov.uk/cpa/index.asp>

Commission for Social Care Inspection : <http://www.csci.org.uk/>

Change Agent Team : <http://www.changeagentteam.org.uk/index.cfm?pid=195>

Department of Health <http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

House of Commons Health Committee : [http://www.parliament.uk/parliamentary\\_committees/health\\_committee/health\\_committee\\_reports\\_and\\_publications.cfm](http://www.parliament.uk/parliamentary_committees/health_committee/health_committee_reports_and_publications.cfm)

National Audit Office : <http://www.nao.org.uk/>

The Health Service Ombudsman : [http://www.ombudsman.org.uk/improving\\_services/special\\_reports/hsc/care03/index.html](http://www.ombudsman.org.uk/improving_services/special_reports/hsc/care03/index.html)

The King's Fund : <http://www.kingsfund.org.uk/events/index.html>