

## イギリスにおける障害児をめぐる保健医療・福祉・ 教育の連携システム

高田谷久美子<sup>1)</sup>、塚原洋子<sup>2)</sup>、日暮眞<sup>1)</sup>

1) 東京大学医学部母子保健

2) 東京府中保健所

### 要約

イギリスの保健医療サービスは国民保健サービス法に基づき行われているが、近年の疾病構造の変化などに伴い、地域医療への期待が高まるにつれ、地域住民のニーズを把握し、適切なサービスができるようその機構上、管理・運営が地方自治体の権限のもとに行われるようになっていった。一方、医療的ケアに偏る傾向があることから、各地域で福祉との連携をはかるべく多くの努力がなされており、わが国における障害児をめぐる保健医療・福祉・教育の連携システムを構築していく上で参考にすべく、医療・福祉の連携がスムーズに機能していると思われるウェールズの例を紹介した。

見出し語：障害児（者）、保健、医療、福祉、教育、連携、地域ケア

### 1. はじめに

社会保障の長い歴史を持つイギリスでは、1985年に従来の社会保障制度を見直す『グリーンペーパー』が出されるなど、社会の変遷に伴い問題がおきてきているものと思われる。国民保健サービスにしても、多くの矛盾を抱え、改革すべく多くの地域で努力している。そこで、こうしたイギリスでの障害児をめぐるシステムをみることは、わが国における障害児に対する保健・福祉・教育の連携を考えるにあたり何らかの参考になるとと思われる。

### 2. イギリスの保健医療制度

イギリスの保健医療制度は、1946年に制定された国民保健サービス法（National Health Se

vice Act 1946）に基づくもので、疾病予防やリハビリテーションを含め包括的な医療を提供することを目的としている。1948年に施行されており、病院の国営化、病院従事者の公務員化、開業医と国との請負契約を基本的仕組みとし、経費は国の一般財源で主に賄われることになっていた。それ以後、薬剤の患者負担、外国人の有料化、民間医療の助長政策など一部変更が加えられてきているが、基本的仕組みとしては今日でも維持されている。

その管理機構についてみると、国民により効果的にサービスが提供できるよう何度かの変遷を経験している。発足当時は、家庭医サービス、病院サービス、コミュニティヘルスサービスの3分野に分かれ、それぞれ別個に管理運営され

ていたが、各部門の連携に支障があるとして、1974年より3分野のサービスを統合し、地方、地域、地区の3層で管理することになった。この時点で、コミュニティケアサービスは地方自治体から国民保健事業として行われるようになっていた。しかし、今度は責任体制が複雑になりスムーズに運営することが難しくなった。そこで、1982年に地域保健局を廃止し、地域住民のニーズの把握は第一線の機関の方が適切であるとの理由から、国民保健サービスの計画・実施の権限が全面的に地区保健局に委ねられることとなった(図1)。

こうした背景には、近年の、ことに先進諸国といわれている国での疾病構造の変化、医療費の高騰、高齢者人口の増加など、保健医療の面のみではなく、経済的、あるいは福祉などの要因が絡み合い、地域医療への期待が大きくなっていったことがある。機構の改革と同時に、医療政策の重点が入院からコミュニティヘルスサービスへと移っていった。「the NHS and Community Care Act (1990)」の制定により、さらに地区保健局はコミュニティケアを充実していかなければならなくなった。

### 3. 障害児・者ケア

コミュニティヘルスサービスは、家庭医を中核とし、訪問保健婦、地区看護婦、助産婦、学校看護婦などの連携のもとに行われている。また、必要な場合に社会福祉局のソーシャルワーカーやホームヘルパーなどの協力を得ることは可能である。ところが、実際のコミュニティサービスの内容をみると、医療に偏ったものとな

っており、子どもの健康、知能障害、リハビリテーションなどは少ない(表1)。障害者に関しては、下記に述べるように法的にも裏付けされてきている。1990年代に入り、福祉との連携も含め、より充実したコミュニティケアを提供すべく各地区で努力しつつあるというのが現状である。

地区の責任者は、「the Chronically Sick and Disabled persons Act (1970)」により、地域の何らかの援助を必要とする人の数を調べ、必要なものを供給する役割を持つこととなった。これ以降、ノーマリゼーションの考えも普及し、「the National Health Services Act (1977)」では地区責任者に、学習障害者(people with learning disabilities)を含めて地域に居室を用意することを求めている。学習障害者の場合、それまでは長期入院が一般的であったが、1986年と1987年の間の1年間の入院者の数は1979/80と比較して25%減少している。また、1986年の「the Disabled Persons Act」により、地区教育責任者と協力して、学校を卒業してくる障害者の必要なケアの評価を行い、必要な情報を知らないでいることがないようにすることが求められている。

障害児も同様で、どちらかという医療的なケアに重点がおかれてきた。しかし、「the Children Act」が1989年に改正された。同法は、もともと1948年に制定されたもので、戦後イギリスの児童福祉の出発点といえるものである。今回のもので、例え障害があったとしても18歳までの児童に関しては全て福祉局の責任となった。地区保健責任者、並びに地区教育責任者の

協力のもとに、基本的には家庭で子どもを育てていくのに必要な援助をしていかなければならない。

#### 4. ウェールズの一地区での試み

ウェールズでは、1984年から10年間福祉局に特別基金が提供された。例えば、長期入院が当たり前であった学習障害者に対して、コミュニティーを基盤として、援助を行っていくことを目的としている。地域での障害児の把握は、訪問保健婦が適切であると考えられることから、福祉局から地区保健局へ基金が提供され、福祉サービスが可能なヘルスケアチームがつけられた。チームメンバーは、家庭医、訪問保健婦、看護婦、ソーシャルワーカーなどである。個々のケースのキーパーソンとしては、基本的にはチームの誰がなってもいいのだが、子どもの住んでいる地域に一番近い保健婦、あるいはソーシャルワーカーなどが任命されることが多いようである。この場合の利点としては、子どもの住んでいる地域の実状が把握できること、他の地域住民とのコミュニケーションがとりやすいことなどである。但し、キーパーソンを変えたいといった要望があった場合には、近すぎてかえって難しいなどの問題もあるようである。

新たに力をいれていった活動をいくつか紹介すると、一つは、子どもの学校が休みのときのプログラム提供である。夏休みなどに、親とコミュニティーと一緒にできる活動を行っている。また、地域住民に新聞をつくることを持ちかけ、関係のある情報を紹介していった。はじめは、このような小さい地域で新聞なんか

いらなとの声もあったようだが、興味を持つ人々も増加し、理解も深まったようである。

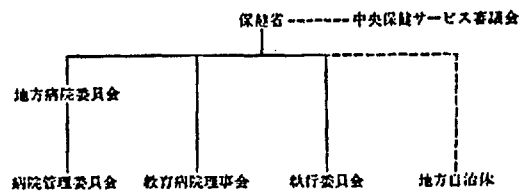
一方、地域で子どもをみていく場合に、短期入所ケアが必要であり、福祉の方からはこれまで児童虐待などのケースにしか適応されてきていなかった。特別な施設ではなく、地域の住民の理解を得て、登録制にし、短期入所ケアを提供できる人を募っていった。もちろん誰でもということではなく、障害児ケアの経験者、あるいは講習会を開催するなどの対応をしている。

いずれにしろ、OTやPTを家庭に派遣する、補助具の提供など、家庭での子育てを援助すべくいろいろ試みられているが、地域によりその実状はかなり異なるのが現状である。

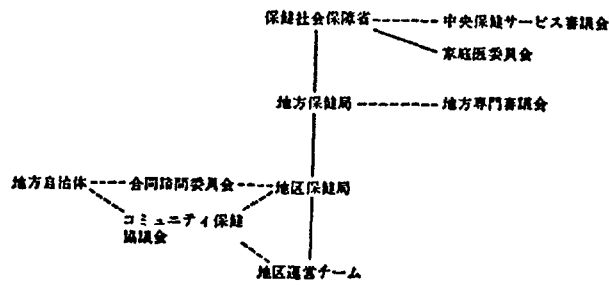
#### 参考文献

- 1) 社会保障研究所(編)「イギリスの社会保障」東京大学出版会、1991年
- 2) Malek, M. et al. (ed), *Manegerial Issues in the Reformed NHS*, John Wiely & Sons, 1993
- 3) *The Children Act 1989 Guidance and Regulations: Vol.6; Children with Disabilities*, HMSO, 1994
- 4) Turner, S. et al., *Developments in Community Care for Adults with Learning Disabilities: A review of 1993/4 Community Care Plans*, HMSO, 1995

1948～74年



1974～82年



1982年以降

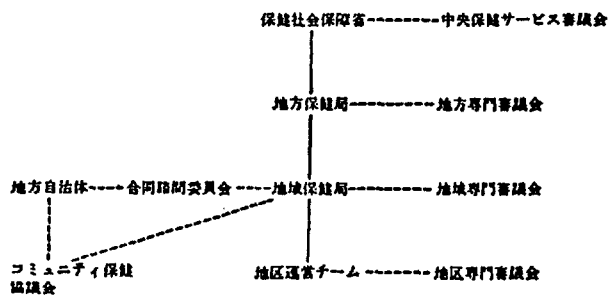


図1. イギリスにおける国民保健サービスの組織  
( 社会保障研究所<sup>1)</sup>より一部改変 )

表1. 家庭医によるコミュニティーサービスの質的評価

( Malek, M<sup>2</sup>)より一部改変 )

Community Service	Frequency rating in each quality category					Number of GPs giving a rating of 1-5
	1	2	3	4	5	
Mental Handicap Services	0	18	44	13	3	78*
Terminal Care Hospice	55	39	4	5	0	103
Terminal Care Hospital	3	19	49	22	5	98*
Terminal Care Community	30	51	21	4	1	107
Health Visiting	10	32	46	20	3	111
District Nursing	27	44	31	9	0	111
Community Midwifery	31	44	24	8	4	111
Community Child Health	1	23	49	1	11	85*
Family Planning	7	30	49	5	2	93*
Disability & Rehabilitation	1	8	26	35	8	78*
Physiotherapy	7	22	38	37	5	109
Occupational Therapy	2	22	35	22	5	86*
Dietetics	3	39	48	13	2	105
Chiroprody	2	17	35	40	11	105
Speech Therapy	5	31	38	18	6	98*
Alcohol & Drug Abuse	1	18	30	25	13	87*
Audiology	15	46	42	2	1	106*
Appliances - Hospital	4	29	34	16	2	85*
Appliances - Joint Equipment	3	21	27	14	0	65*

Ratings: 1 = excellent, 2 = good, 3 = adequate, 4 = poor, 5 = very poor.

注: この表は145名の家庭医に質問紙を郵送し、77%以上を満足する回答の得られた112名の、コミュニティーサービスに対する評価を、5段階評価でおこなった結果を示す。一番右の欄は、各項目で5段階のいずれかに記載のあった家庭医の数を示す。\*は不十分と考えている家庭医の数が10%以上を占める場合である。



**検索用テキスト** OCR(光学的文字認識)ソフト使用  
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



#### 要約

イギリスの保健医療サービスは国民保健サービス法に基づき行われているが、近年の疾病構造の変化などに伴い、地域医療への期待が高まるにつれ、地域住民のニーズを把握し、適切なサービスができるようその機構上、管理・運営が地方自治体の権限のもとに行われるようになっていった。一方、医療的ケアに偏る傾向があることから、各地域で福祉との連携をはかるべく多くの努力がなされており、わが国における障害児をめぐる保健医療・福祉・教育の連携システムを構築していく上で参考にすべく、医療・福祉の連携がスムーズに機能していると思われるウェールズの例を紹介した。