

論 説

国民保健サービスと介護者

三 富 紀 敬

はじめに

介護者のニーズに着目してその支援に乗り出す主体は、民間非営利団体を始め地方自治体社会サービス部及び国民保健サービスなどである。本稿は、このうち国民保健サービスによる介護者支援について検討することを目的にする。

1. 介護者の健康状態と国民保健サービス

障害者や高齢者に対する無償の介護がうつ症状を含む精神的な疾病の増加を伴うことは、数多くの調査の示すところである⁽¹⁾。介護の責任を負いそれに長らく拘束されることから精神疾患の兆候が現れ、情緒的な健康状態はもとより広く社会的な役割を損なうという日々の体験に即した介護者自身による報告も、少なくない⁽²⁾。介護は、死亡率に関する多様な危険因子の一つを構成すると指摘する調査報告もある⁽³⁾。

無償の介護が介護者の健康に負の影響を及ぼすとの一連の調査研究が現れるとともに、そうした成果の掘って立つ方法論の検証もあわせて行われ始める。それらの作業が抱える方法論上の問題について批判的な検討を加える作業の登場である。そこにおいて提示されるのは、調査対象数の少なさをはじめ調査対象の代表性の不確かさ、比較対象集団の欠如及び健康状態を推し量る諸

(1) 例えば以下の文献を参照されたい。

Schulz R and als, Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving, *Journal of Gerontology*, No. 45, 1990, pp.181-191, Schulz R and als, Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving; prevalence, correlates and causes, *The Gerontologist*, No.35, 1995, pp.771-791, Schulz R and Beach S, Caregiving as a risk factor in mortality, *Journal of the American Medical Association*, No.282, 1999, pp.2215-2219, Brian Lamb and Sarah Layzell, Disabled in Britain; behind closed doors, the carers' experience, *SCOPE*,1995, p.24

(2) 例えば以下の文献を参照されたい。

Kiecolt-Glaser and als, Spousal caregivers of dementia victims; longitudinal changes in immunity and health, *Psychosomatic Medicine*, No.53, 1991, pp.345-362.

(3) Schulz R and Beach S, op.cit., pp.2215.

指標の不充分さなど調査研究の基本に関わる内容である⁽⁴⁾。結論の信憑性に対する疑念が、当然のこととして示される。

調査研究におけるこうした現状は、『介護者支援のための全国戦略』（99年）においても正当な目配りが払われる。この文書は、第6章において介護者の健康と題する項を設け、調査研究の示すところに従うならば介護者は2つの主要な健康問題を抱えると指摘する。すなわち、介護者の51%は、介護を始めて以来肩や背中への痛みなどのような身体的な損傷を抱える。同じく52%は、介護者化とともにストレスに関係する疾患に悩まされその治療を受ける。これらの2つの計数は、英国介護者協会が『無視されて見えざる存在—国民保健サービスに関する介護者の経験—』と題して98年に公表した調査報告書からの引用である。『全国戦略』は、調査研究の成果をこのように紹介した上で続けて以下のような評価を忘れることなく付け加える。「しかし、介護者が同一年齢の人々に較べて多くの健康上の問題を抱えているかどうかについて断定的な結論を下すわけにいかない。特に身体的な損傷は介護の如何に関わりなく加齢と共に一般化する傾向にある」⁽⁵⁾。これは、見られるように先の調査結果がもつばら介護者に関する計数を示す限りであって、比較対象となる階層に関する計数を示していないことへの疑問を抛り所に下される最終的な評価である。

介護者の健康問題について確かめるためには、方法論的な検証に耐えうる調査研究が求められる。そこで全国統計局（ONS）の『英国世帯パネル調査』（the British Household Panel Survey, BHPS）を抛り所にする研究が、新たに行われる。この調査は、1991年から2000年に至る期間を包括する。地域的には、イングランドはもとより広くスコットランドとウエールズを対象にする。全ての年齢階層について複数の時点に亘って追跡する長期の調査としては、唯一の存在である。無償の介護に関する健康上の不平等について検証する上では、申し分のない調査であるといえよう。調査の規模は大きく、調査対象の代表性が担保されていることに照らしても、検証に耐えうる調査である。この調査を抛り所に検討を加えるならば、以下の結論を導くことができる⁽⁶⁾。

(4) Baumgarten M, The Health of persons giving care to the demented elderly; a critical review of the literature, *Journal of Clinical Epidemiology*, No.42, 1989, pp.1137-1148, Gillian Parker and Dot Lawton, Different types of care, different types of carers; evidence from the GHS, HMSO, 1994, p.43, Taylor R and als, The Effects of caring on health; a community-based longitudinal study, *Social Science & Medicine*, No.40, 1995, pp.1407-1415.

(5) H.M.Government, *Caring about carers*, H.M.Government, 1999, p.55.

論争の一端は、英国介護者協会に提出された報告書においても紹介される。「幾人かの論評者は、在宅介護者について伝えられる健康上の諸問題が介護責任よりもむしろ彼女や彼の年齢に由来する、とやや論争的な議論を持ち出すが、調査研究の示すところはそうした議論にいかにも不利な内容である」。Mike George, *It could be you, a report on the changes of becoming a carer*, Carers UK, 2001, p.9. 拙訳「英国在宅介護者協会：在宅介護者化の可能性」『経済研究』7巻2号、2002年12月、102頁。

英国介護者協会は、こうした論争の状況を念頭に置いた上で十分な検討に耐えうる調査研究の成果をその後に表示する。Carers UK, *In Poor health, the impact of caring in health*, Carers UK, 2004, pp.2-23.

(6) Michael Hirst, *Health inequalities and informal care; end of project report*, The University of york, 2004, pp.18-19.

多くの介護者は、介護責任に起因する追加的な健康上の問題を抱えてはいない。介護者人口の疾病率は、無償の介護を担っていない人口のそれと違ってはいない。精神疾患の高い水準は、相対的に少ない介護者についてのみ介護の責任に起因する現象である。例えば介護者の4人中1人は、高い水準の精神疾患の症状を示す。しかし、この水準は、人口全体について確かめることのできる傾向に較べて確かに高いとはいえ、それも僅かに高い比率である。介護責任にのみ由来する不安やうつ症状を示す介護者は、20人中1人を超えない。

しかし、検討は、多様な存在としての介護者に関する平均的な計数を以ってよしとするわけにいかない。介護に関連する健康上の問題は、介護者人口の内部に分け入ってみるならば相当に異なる。介護者の10—20%に相当する人々が、相対的に高い不安感を抱く。これらの介護者には共通する特徴が認められる。要介護者と同居してその世話に当たる介護者は、別の住居から要介護者の元に通いながら介護を担う人々に較べて健康上の問題を抱えることが多い。週20時間を超えて世話に当たる介護者も、介護責任の故に健康上の問題を抱えることが多い。これらの同居もしくは週20時間以上の介護者が健康上の問題を抱える確率は、介護者以外の人々よりも20%から70%高い。また、配偶者もしくは事実婚の相手の世話に当たる介護者は、介護責任の故に健康上の問題を抱える。これらの人々は、法定もしくは事実上の婚姻状態にあることから、要介護者と同居する介護者もある。両親や障害児もしくは病気を患う児童の世話に当たる介護者も、児童の保護者であることから同じ状態にある。

これらとは反対に、友人や隣人の世話に当たる介護者は、介護責任を負わない人々よりもしばしば良好な健康状態を示す。ちなみにこれらの人々は、容易に推察されるように要介護者とは別の住居に暮らすことを通例とし、週当たりの介護時間も要介護者と同居する介護者に較べれば総じて短い。健康であることから友人や隣人の介護に手を差し伸べるのである。

さらに、女性の介護者は、介護に由来する健康上の問題を同じ位置にある男性よりも多く抱える。なんとなれば要介護者との同居率はもとより週当たりの介護時間も、各種の調査結果に共通に示されるように女性の介護者について相対的に高く、あるいは長いからである。

介護責任がこれらを担う人々の健康に及ぼす影響は、全国統計局『一般世帯調査』2000年版からも読み取ることができる。すなわち、精神疾患は、配偶者や事実婚もしくは児童の世話に当たる介護者をはじめ10年以上に亘って介護を担い続ける介護者、要介護者と同じ住居に住む介護者、衣服の着脱やベッドへの移乗や階段の上り下りなどの介助とを同時に担う介護者、要介護者の世話に主たる責任を負う介護者及び週当たり介護時間の長い介護者に認められる⁽⁷⁾。性別では女性の介護者が同じ地位にある男性よりも精神疾患を患うことが多い。しかも、精神疾患を患う比率は、

(7) Nicola Singleton and als, Mental health of carers, The Stationary Office, 2002, p.31, pp.38-39, pp.43-44, p.53 and pp.55-56.

介護を担う女性と他の女性とを較べるならば前者について明らかに高い。これらの介護者は、別の表現を借りるならば重い介護責任を負う人々である。

これらの傾向は、ウェールズ地方の健康調査によっても同じように確かめることができる。11歳以上44歳以下の年齢階層について「健康状態が良くない」比率は、介護者の9%に対して介護者以外6%である（2003—2004年⁽⁸⁾）。介護と健康との関わりは、週当たり介護時間の長さによってより明確に示される。すなわち、介護者の健康状態の悪化は、週当たり介護時間の長くなるに従って一段と明確であり、介護を担っていない人々との格差も自ずと拡大する（表1）。これは、表中の全ての計数に示される。

表1 介護者の健康状態に関する諸指標(2003—04年)

(単位：%)

	週20時間以上49時間以内の介護者	週50時間以上の介護者	介護者以外
過去2週以内に自身の健康に関して			
一般開業医に通院した	20	22	16
現在精神疾患の治療を受けている	11	15	9
現在背中の中の痛みの治療を受けている	15	14	12
現在一定の長期疾病の治療を受けている	29	31	28
喫煙をしている	35	34	26

(資料) National Statistics, Welsh health survey 2003/04; health of carers, National Statistics, 2006, p.5, p.9, pp.11-12, p.14 and p.16より作成。

介護者は、要介護者の世話に充てる時間が長くなるに従って自らの健康に気を配る機会を失い、安らぎを感じる時間さえも乏しくなる。要介護者と同じ屋根の下に暮らすとき、介護者は重い介護負担に押されて自らの時間を失い、時間の流れに追われながら健康のことに想いを抱く余裕さえも乏しい。同居することによって要介護者と同じ空間を共有することから、要介護者のことが脳裏を離れがたいのである。介護者は、自らの健康状態に照らして求められるケアに心を砕くよりも、むしろ彼女や彼が世話に当たる要介護者の状態や介護のありように関心を抱きがちである。介護者は、優れて善意に裏打ちされる日々の行いから巡りめぐって自らの健康問題を見過ごす。これらの結果は、各種の調査が教えるように健康状態の悪化である。

(8) National Statistics, Welsh health survey 2003/04; health of carers, National Statistics, 2006, p.9.

介護者と医療機関との関わりは、前者における健康状態の悪化もあって相対的に強い。介護者が有用であると評価する情報に介護者手当などの公的な諸制度や支援グループ、介護者の諸権利と休息機会の保障あるいは在宅ケアのサービス等と並んで自らの健康問題や与薬に関する情報を含むこと⁽⁹⁾は、介護者自身の健康状態に関する調査結果を念頭に置くならば容易に了解することができる。

多くの人々が、専門医ではなく全ての疾病に医療機関として最初に対応しながら専門医に患者を紹介する一般開業医の元に通う。それが介護者に限定されないことはいうまでもない。しかし、介護者の通院率や通院の回数は、他の国民諸階層に較べるならば相対的に高く、あるいは多い。外来部門を訪れたことのある者は、全国統計局『一般世帯調査』の実施に先立つ3ヶ月以内に全ての年齢階層の14%を記録するのに対して、英国介護者協会の調査（調査期間97年12月—98年1月）に回答を寄せた介護者では調査に先立つ12ヶ月の間に半数を超える（介護者自身の利用のため46%、要介護者の利用に同行して64%）⁽¹⁰⁾。この調査に回答を寄せた介護者の多くは、週49時間以上に亘って介護の責任を負い（70%）、あるいは要介護者と同居の介護者である（90%）。また、過去6ヶ月以内に一般開業医の元に通院したことのある介護者は、別の調査によれば3人中2人を優に超す（72%、94年2—9月）。ちなみにこの調査に回答を寄せた介護者の半数は、週50時間以上に亘って要介護者の世話に当たる人々である（65%）⁽¹¹⁾。これに類似の結果は、英国介護者協会による先の調査からも読み取ることができる。調査に先立つ12ヶ月以内に一般開業医の元に通院した経験のある介護者は、およそ10人中9人を数える（88%）。このうち4人中1人強の介護者は、6回以上の通院を経験する（6—9回16%、10回以上10%、小計26%、他に1—2回31%、3—5回31%）⁽¹²⁾。総じて重い責任を負う介護者の否定するわけにいかない現実の一こまでである。

介護者の高い通院率は、主に3つの要因の所産である。

第1に、介護責任を負うことに由来する自らの健康上の問題への対応である。少なくない介護者は、要介護者の抱え上げ等に伴う身体的な損傷やうつ症状等に示される精神的な疾患を抱えることから通院を余儀なくされる。

第2に、要介護者の病気治療に関する助言や情報を得るための通院である。これらの助言などには要介護者の予後の見通しを始め与薬、退院の準備及び介護施設への入所等が含まれる。要介護者の通院に介護者が付き添うことは、言うまでもない。

(9) Newcastle City Council, Newcastle carers strategy, your views count, a survey of carers' experiences and views of information for carers in Newcastle, Newcastle City Council, 2006, p.5.

(10) Melanie Henwood, Ignored and invisible? carers' experience of the NHS, CAN, 1998, p.24.

(11) Siobham Hair, A Health needs assessment of carers in Glasgow, a joint project between Greater Glasgow Health Board and Strathclyde Carers Forum, Greater Glasgow HB and Strathclyde Carers Forum, 1995, p.18 and p.20.

(12) Melanie Henwood, op.cit., pp.23-24.

第3に、介護責任に対する実際上の援助を求めての通院である。ここに言う援助には、基本的な介護技術をはじめ介護器材の使用法、緊急時の対応、介護者手当を含む公的な諸手当に関する助言及び他のサービス提供主体の紹介等が含まれる。

2. 介護者による医療機関利用上の障害

介護に関する個人のニーズと援助の必要性は、常時であれあるいは時折であれ医療上の処置を要する健康状態から生じる。要介護者が介護者と共に地域における暮らしを営むとき、その年齢階層や疾病あるいは障害の程度に関わりなく何らかの医療サービスを必要にする。もとより要介護者の生活の質は、医療サービスのあり様によってひとり規定されるわけではない。地域における医療サービスと並んで社会サービスの充実が求められ、これを通して要介護者の生活の質も担保され引き上げられる。コミュニティケアは、このように考えるならば医療サービスと社会サービスの双方を抜きに構想するわけにいかない。

『グリフィス報告』(1988年)とこれに沿って議会で提出された保健・社会保障省の報告書(89年)は、一般開業医を始めとする医療機関の関係者に2つの課題を提示する⁽¹³⁾。すなわち、全ての開業医は、医療サービスを提供する他に患者のコミュニティケアに関する潜在的なニーズを確かめなければならない。患者がその健康状態の故に求めるであろうコミュニティケアのニーズに目を配ることである。このニーズには、介護者自身のそれも含まれる。加えて一般開業医は、彼もしくは彼女の元に登録する患者のコミュニティケアのニーズについて、これが自治体社会サービス部によって充足されずニーズの存在自体さえも知られていないならば、これを介護者の有無とそのニーズと共に社会サービス部に伝えなければならない。これは、一般開業医によって直接になされることもあれば、あるいは開業医の元に勤務する職員を通して行われる場合もある。また、地域看護師によって発見され彼女を介して行われることもある。

『グリフィス報告』等の指摘は、地域に暮らす要介護者とこれに寄り添う介護者の多様なニーズを考慮に入れるならば、誠に的確である。一般開業医・介護者支援と銘打つ事業が、本誌前号に掲載の拙稿に示すように1992年から93年にかけて漸く開始されるのも、2つの報告書の指摘を共有するからに他ならない。しかし、一般開業医等による介護者へ目配りに始まる医療サービスと社会サービスとの連携が、報告書の指摘に沿って期待される程にいかにも容易に進んだかといえば、残念ながらそのように理解するわけにいかない。「ベルリンの壁」は、この国の医療サービスと社会サービスとの間にも存在すると評されて久しい。

医療機関による介護者への対応は、いくつかの制約要因を抱える。それは、医療サービスの専

(13) Sir Roy Griffiths, Community care; agenda for action, HMSO, 1988, pp.15-16 and p.25, The Secretaries of State for Health, Social Security, Wales and Scotland, Caring for people, HMSO, 1989, p.35.

門家としての特性をはじめサービス給付に伴う問題、サービスの供給者と需要者における言語や文化を異にすることに由来する障害、介護者もしくは要介護者の特性及び知識や情報の伝達に関連する障害、これらである。

一般開業医は、その職責の故に医学上の文脈において問題を理解しようとする。いきおい介護者の置かれた状態について自ら話しかけ、あるいは解決の迫られる問題に助言を求めようとする介護者にすすんで向き合うことは、一般開業医にとってはなほ難しい。医療機関を訪ねる女性はもとより男性を介護者として理解することは、医師としての職業上の価値観から困難である。また、女性は、彼女の担う家事や育児責任の一部として介護を担うとする理解が、社会的な通念として一般開業医の一部にあることも否定するわけにいかない。女性の介護者の抱える健康上のニーズを重く受け止めないことから、彼女がなぜそうした状況に陥ったかについて自発的に尋ねることも稀である。

一般開業医が時間に追われていることも、障害の一つである。その業務は、とりわけコミュニティケア政策の形成と展開にとって画期をなす1990年法以降に顕著である。一般開業医の多忙さは、日本の「3分診療」ならぬ「6分診療」(six minutes for the patient)と称される程に深刻である。介護者のニーズに関心を寄せ、しかるべく評定を加えてその充足に道を開くことは、少なくとも一般開業医に関する限り法的な義務として課せられるわけではないという事情が、多忙さに追われる開業医の姿勢を無意識のうちに後押しする。

一般開業医は、まずもって医学的な知見にてらして問題を見極めることから、子供を含む年少者が介護を担う児童であると認識する例も乏しい。

介護者が医療サービスを利用する時に直面する障害の一つは、このように介護者の問題に関する専門家としての認識の不足である。介護者とそのニーズに関する不案内の程度は高く、とりわけ介護を担う児童とその援助に関する不案内さは顕著である。一般開業医をはじめとする医療機関の職員が介護者をそれとして見分ける場合でさえ、介護の影響について細かく診査することにはいかにも消極的である。

一般開業医や地域看護師、とりわけ前者による介護者の確認は、特別の困難を伴う。少なくとも介護者が、たとえ配偶者や両親あるいは子供の世話に携わる場合でさえも、それは家族あるいは親族としての然るべき役割の一つであると理解するばかりであって、自らを介護者として認知しその地位にあるとは自覚していない。いきおい要介護者の日常生活上の世話に話が及ぶ場合でさえ、自ら介護者であると名乗り出ることはない。介護者としての見分けは、彼女もしくは彼の世話を受ける要介護者が別の一般開業医に登録する場合あるいは地域看護師の取り扱い事例に含まれない場合に、一段と難しい。患者としての要介護者に寄り添う介護者の姿を目の前に事実として確認することが、できないからである。介護者としての存在を事実として確認する契機は、

失われる。

介護者としての地位にある患者をそれとして記録に残し、これを活用するか否かを巡っては、医療機関の対応も千差万別である。一般開業医のおよそ4人に1人、地域看護師の3人に1人が、介護者であるか否かに関する事項を記録として残す⁽¹⁴⁾。患者が介護者でもあるか否かの確認が重要であると考えられる職員に限る場合でさえ、実際上の対応は異なる。一般開業医の元に働く職員の多くは、介護者としての記録を文書に記すことはもとより介護者の確認さえも行っていない。

一般開業医と地域看護師の多くは、介護者とその健康に関するいかなる職業訓練も受けていないことが、これらの背景に存在する。職業訓練がようやく行われる場合でさえ、それは、関係する雑誌論文の輪読から基本的な構成要素を体系的に編成する訓練課程への参加まで実に様々である。ちなみに後者の課程の修了者は、介護者に関する情報の記録化と継続的な追跡による情報の改善に積極的な対応を示す。これはこれで、介護者とその健康に関する職業訓練が医療関係職員に長らく提供されてこなかったことの負の遺産を間接的に例証する。

要介護者を一定の時間に亘って一人の状態にするわけにいかない介護者もしくは農村部の介護者 (rural carers) は、彼女もしくは彼に代わって要介護者の世話に当たる人々を見出すことのできない場合には、一般開業医や病院に通う必要性や緊急性にもかかわらず要介護者を一人残して自宅を後にするわけにいかない。とりわけウエールズ地方の農村はいかにも広く、これが公共交通手段の芳しからざる状況とも相俟って、法外に長い移動時間を覚悟しなければならない。この住居から医療施設への移動の問題は、介護を担う児童の直面するそれでもある。なんとなれば疾病もしくは障害を抱える児童の保護者は、その状態にあるがために自宅から一般開業医や病院に向かうために自らハンドルを握るわけにいかない。これに代わって児童が車を運転することもありえない。一般開業医等が、こうした問題を見逃すことから医院等への通院を勧めこすれ、自らすすんで要介護者と児童の待つ住居に足を運ぶことはない。介護を担う児童の置かれた環境に関する知見を持つならば、避けることのできた事態の一つである。

地域看護師は、アジア系等の出身であることから英語を話すことのできない介護者に対応するとき、まずもって通訳の可能な要介護者や他の家族構成員に頼らざるを得ない。彼女が他の支援サービスに介護者を紹介するために、介護者がいかなる身体的かつ精神的な拘束を介護作業から受けているかについて詳しく聴き取り意見を交わそうと願っても、介護者の英語の能力の故にそれも難しい。通訳のサービスが社会サービス部はもとより国民保健サービスの地域組織に用意されるのは、そうした現実から生まれるサービス受給の不平等への反省を抛り所にする。これはこ

(14) Hinary Arksey and als, Access to health care for carers; barriers and interventions, report for the national co-ordinating centre for NHS service delivery and organization R & D (NCCSDO), NCCSDO, 2004, p.45.

れで正当な措置である。しかし、地域看護師が国民保健サービスの通訳サービスを利用することは、稀である。なんとすれば十分な資金が手当てされないことからその利用は難しい。通訳は、予め予約を入れておかなければならない。それは、サービスを必要にする通常2日前の予約である。この要件は、しばしば即時の対応を求められる地域看護師の仕事の性格に照らすならば現実的ではない。通訳の示す翻訳の正確さに疑義が感じられるとして、その信憑性を疑問視する地域看護師も認められる。通訳が言語に長けていることと医療サービスや社会サービスの実際に精通することとは、相対的に区別される事柄であり、後者に詳しい知見を持たないならば、前者の力量も関わらず翻訳サービスの信頼性は、自ずと低下する。

介護者は、自らを含むアジア系の人々が医療職を含む専門的な職業人によって既成概念化され、例えばこれらの人々は一人残らず英語を話すことができないなどと誤って理解されている、と日々の暮らしを通して感じ取る。サービスは、医療サービスと社会サービスのいかに関わりなく人種や民族の故に提供されず、あるいは申請をしてもあえなく拒否されるであろうと感じている。これらの介護者は、同一の性によるサービスの提供を高く評価する。これは、とりわけ女性の介護者にとって重要である。しかし、介護者が育った環境とそこに育まれた文化的かつ宗教的な生活の諸側面に十分な知見を備え包容力のある理解と技量を示す医療関係者は、多いといえない。これはこれで介護者が医療サービスを利用し、介護者としての認知を受けながら必要な治療はもとより社会サービス部等への照会を受ける上で、重い障害として立ち足る。

これらがサービスの担い手に関わる障害であるとすれば、介護者もしくは要介護者、すなわちサービスの受給者に由来する障害も認められる。

介護者は、彼女もしくは彼の担う役割の受容を巡っていくつかの類型に区分することができる。要介護者の世話をすっきりと受容する介護者が、サービスの存在について尋ねたりその提供を受け入れる例は、概して少ない。これとは対照的に要介護者の世話と自らの仕事を含む生活との均衡を図ろうとする介護者は、かかる均衡を損なわないようにすすんで援助を求める傾向を示し、その一環として医療機関のサービスを求めようとする。要介護者の態度も、介護者と医療サービスとの関係に影響を及ぼす無視するわけにいかない要因の一つである。要介護者は、最も極端な例を上げるならばとりわけ医療機関における専門的な職業人との接触に当たって介護者を排除することがある。あるいは、自らに関する情報を個人の機密に関する情報であるとして、介護者に提供しないように求めることがある。介護者は、このような場合に一般開業医はもとより広く医療関係職員にとって見えざる存在となる。介護者とそのニーズの認知の可能性は、自ずと低下する。

最後に、知識の伝達や情報の提供に関わる障害である。介護者は、要介護者の病院からの退院を含むいかにも重要な局面において医師や病院職員から地域における各種のサービスに関する情

報等を与えられない場面に遭遇する。特に障害児を見る介護者は、国民保健サービスから情報を得ようとして苦い経験をする。これらを例証する調査結果は、少なくない。例えば介護者の5人中4人以上は、介護者としての役割について一般開業医とその職員からいかなる情報も得ていない（2003年6月）⁽¹⁵⁾。こうした現状は、一般開業医に止まらず広く国民保健サービスにも認められる（表2）。

介護者に各種の情報が提供されない理由は、実に様々である。介護者は、サービスについて既に知っているであろうという暗黙の了解が存在する。しかし、事実在即するならばそれは全ての場合ではなく、一部の事例について真実であるに過ぎない。地域のサービスに関する情報は、社会サービス部によって提供されるであろうと考える医療関係者も少なくない。医療関係者の与える情報は、その職責に即して要介護者の健康と治療の方法に制限されなければならないのであって、ここにこそ医療サービスを担う者の固有の役割と責任があると考えられるからでもある。

医療情報における機密性の担保を抛り所に介護を担う児童に情報をいささかも開示しない医師もある。かかる情報が児童による要介護者の世話に有効であり、これを通して彼女や彼の負担も僅かであれ軽減されるにもかかわらず、通用する行為である。

表2 一般開業医等による介護者への情報の内容別提供の状況(1997年12月—98年1月)

	提供の比率(%)
1. 一般開業医による提供	
介護者に関する一般的な情報	36
介護者の支援グループに関する情報	4
把握する介護者の記録情報	11
2. 国民保健サービスの職員による提供	
介護者であることに関する会話	40
介護者支援団体への接触方法に関する情報	31
介護者の諸権利に関する情報	20
介護技術の訓練に関する情報	11
休息機会に関する情報	39
他の種類のサービスに関する情報	41
介護者アセスメント請求権に関する情報	21

(資料) Melanie Henwood, Ignored and invisible ? carers' experience of the NHS, CNA, 1998, p. 27 and p.29より作成。

(15) Barbara Keeley and Malcolm Clarke, Primary carers- identifying and providing support to carers in primary care, PRTC, 2003, p.18.

同様の調査結果は、以下の文献にも示される。しかし、調査年次と刊行年次が示されていないことから本文における計数などの紹介は行わないこととする。Peter Johnson, Caring for carers? the primary health care team and carers needs, South Tees Community Health Council, p.4.

少なくない介護者は、かくしてサービスの存在とその利用について知らないことから、医療を含む各種のサービスの利用から遠い存在として止め置かれる。

これらの障害が複合的に作用して介護者の両肩に重くのしかかる問題は、患者の病院からの退院である。

保健省は、退院計画の立案に当たって患者と介護者とがその中心に置かれなければならないと強調して、これを1980年代に交付の指針において示す。さらに、94年には『退院に関する規準書』を発行する。これは、退院とその準備に関する政策の変容ではない。質の高い退院を担保するために作成された文書である。しかし、実際の事態は、保健省の思惑に沿って進むわけではない。

患者の入院生活に関する限りこれに疑義を差し挟む介護者は少ない。むしろそれが十分に満足のいく状態にあったと積極的な評価を加える介護者は多い（71%、97年12月－98年1月）⁽¹⁶⁾。しかし、退院計画の立案と実施に関する介護者の経験を仔細に検証するならば、やや異なる現実が顔を覗かせる。退院計画について何らかの相談を受ける介護者は確かに多い（71%）とはいえ、相談を通して担保される介護者の実質的な利益は薄い。すなわち、介護者の3人に1人以上は、相談の機会に示す意見や関心等が退院の準備に当たって考慮されないと感じる（36%）。病院の職員が差し迫った退院の準備に際して手を差し伸べてくれなかったと述べる介護者も、多い（46%）。同じく職員が退院後に求められる介護について何も話してくれなかったと答える介護者も、少なくない（52%）。さらに、3人中2人以上の介護者は、そもそも退院計画の写しさえ交付されない（72%）。退院後の介護施設等、自宅において要介護者の世話に当たる以外の選択肢についていかなる情報も手にしていない介護者も、これまた多い（72%）。

病院は、一定期間内に対応する患者数を維持するための経営努力が絶えず問われる。入院期間の短縮が図られる一方において、入院待機者の縮減に向けて可能な限り多くの患者の入院を促す措置が採用される。かかる経営努力の帰結は、準備の整わない患者の退院である。介護者の4人に1人は、彼女もしくは彼の看る要介護者の退院があまりに早すぎると感じ取る（25%）。介護者の下す評価の正当性をあたかも裏打ちするかのよう、入院患者として治療を受ける人々の4人に1人は、退院後2ヶ月以内の再入院経験者である（25%）。かかる再入院は、追加的な入院治療を必要にする健康状態の悪化によって引き起こされ、退院の質よりもむしろその速度を重視するいかにも近視眼的な経営努力の副産物である。

早期の退院は、退院後に於けるニーズの充足に要する諸措置を病院としてないがしろにする結果を伴うことが少なくない。退院の日と社会サービス部等による在宅サービスの提供される日とが、連続することはなくなる。病院と社会サービス部とが、周到な退院計画に沿いながら協同の

(16) Melanie Henwood, op.cit., p.32.

対応を図るならば、避けることの可能な事態である。その付けは、当事者としての病院関係者によって支払われることなく介護者の双肩に押し掛かる。介護者は、この環境にひとり対応しなければならない。これは、介護者はもとより自宅に戻る要介護者にとっても不快な出来事である。

早期の退院は、時系列で見ると増加する傾向にある。要介護者があまりに早く自宅に戻ってきたと感じ取る介護者は、99年から2001年にかけての僅かの期間におよそ倍増する（23%、45%）⁽¹⁷⁾。退院後の2ヶ月以内に再入院を余儀なくされる人々は、同じ期間に倍以上の伸びを示す（19%、43%）。後者の計数は、退院が専ら患者の容態に即して下された判断ではなく、また、退院後の在宅サービスにも不備が認められることを暗示する。これらの過程は、介護者が退院計画の策定過程から遠避けられる過程でもある。すなわち、患者の退院について病院からの説明を受ける介護者は、同じ期間に減少する（71%、64%）。自らの意見や関心が退院計画の策定に当たって考慮されなかったと感じ取る介護者は、これとは反対に増加の傾向を示す（36%、45%）。

早期の退院によって引き起こされる混乱は、スコットランド地方においても確かめることができる。退院計画について何らかの相談を受けた介護者は、先の調査とほぼ同じ結果である（66%、2001年）⁽¹⁸⁾。患者が自宅に戻るに当たって十分な援助を受けなかったと考える介護者は、3人に1人を超す（38%）。退院後2ヶ月以内に再入院を余儀なくされる患者は、3人に1人を記録する（33%）。これらの患者を自宅において看守っていた介護者は、患者の容態に即して考えるならばあまりに早い退院こそ再入院を余儀なくさせた要因である、と感じ取る（29%）。

ウェールズ行政庁の90年1月5日付けの通達（circular dated 5 January 1990）は、患者の退院について定めたものである。これは、病院における治療が効果的に行われるからこそ、その効果を持続するためには必要な予後のケアを十分に担保しなければならないとして、退院の際に払われなければならない臨床上はもとより社会的な考慮とその手続きについて定める⁽¹⁹⁾。退院は、介護施設への入居に連動するわけにいかないのであって、暮らしは地域において営まれなければならない。退院がこのように進められるためには、要介護者と介護者への支援を念頭に病院の医師とソーシャルワーカーはもとより一般開業医や社会サービス部等との連携を欠かさすわけにいかない。ウェールズ地方の保健局や社会サービス部は、この通達に前後してほぼ同一の趣旨の指針を定め、これを拠り所に施策を展開する。介護者を対象にする無料の電話相談窓口（Carers Helpline）が設置され始めるのは、そうした動きの中で生まれた成果の一つである⁽²⁰⁾。介護者の自助グループの

(17) Carers UK, Implementing reimbursement around discharge from hospital, response to the consultation, Carers UK, 2002, pp.2-3.

(18) Alan McGinley, You can take him home now, carers' experiences of hospital discharge, supplementary report for Scotland, CAN Scotland, 2001, p.1.

(19) House of Commons, Welsh Affairs Committee, Community care; the elderly, Vol.II, HMSO, 1992, pp. 18-20.

(20) Ibid., p.135, p.264 and p.270.

形成やクロスロードの地域事務所の開設など介護者支援の源泉が広がりを見せることも、確かである。

しかし、ウエールズ行政庁の考えが理解され指針に沿って事態が大きく改善されたかといえ、必ずしもそうとはいえない。ウエールズ地方のエイジコンサーン（Age Concern Wales）や同じく年金生活者の団体（Wales Pensioners）が、92年の国民議会（House of Commons）ウエールズ問題委員会（Welsh Affairs Committee）において証言をするように、多くの病院が通達や指針に示される手続きを遵守していない⁽²¹⁾。病院からの退院の手続きが、自宅における介護に十分な考慮を払わずに進められる現状も、ウエールズ政府の文書（2006年12月）が、2004年に行われた調査の結果を踏まえて認めるところである。地域におけるサービスも不足し、退院に当たって開かれているはずの選択肢に関する情報さえ不十分である。病院と社会サービス部の連携が進まないばかりか、両者のいずれが要介護者や介護者に対応すべきかを巡る争いさえも各地に認められる。これはこれで、介護者に追加の精神的かつ身体的な負担を課すことになる。

介護者への支援は、歴史的に民間非営利団体によって切り開かれ、これに地方自治体が続いてきた。民間非営利団体は、その取り組みの早さばかりではなくいかにも革新的な対応をすることも広く知られる。民間非営利団体は、こうした2つの意味において介護者支援の最前線に位置する。一般開業医を含む医療機関の参入は、これらに較べるならば最も新しい。医療機関に期待される介護者支援の考え方と手法は、もっともであり了解される。しかし、その後発的な性格は、90年代の各地に於ける取り組みを通して克服されたとはいいがたい。一般開業医をはじめとする医療関係者が、拡充を記録する介護者支援の最前線に躍り出る兆候は、少なくとも90年代に関する限り残念ながら認められない。

3. 2002年法案の諮問と国民保健サービスの『情報戦略』

99年は、英国政府が『介護者のための全国戦略』を策定した年であり、スコットランド行政庁が独自の『介護者支援のための戦略』を公表する年でもある。2年後の2001年には、ウエールズ行政庁も『介護者支援のための戦略』を公表する。これら3つの『戦略』を一般開業医や国民穂君サービスによる介護者の支援に即して読み込むならば、驚く程に共通する内容である。

第1に、介護者の健康状態に鑑みると、他の国民所階層に較べて健康上の不平等が認められることから、国民保健サービスによる介護者の支援が必要であると指摘する。第2に、一般開業医等が多くの介護者にとって諸々のサービスの最初の重要な接触場所であることに照らすならば、一般開業医等による介護者の確認と彼女もしくは彼への情報提供は、重要であると指摘する。第3に、

(21) Ibid., p.123 and p.125, Welsh Assembly Government, Consultation on the re-focusing of the carers' strategy for Wales, Welsh Assembly Government, 2006, p.13.

一般開業医等が介護者支援の役割を担うためには医師をはじめとする関係職員にしかるべき内容の職業訓練を施さなければならず、このことなしに期待される役割の遂行も見通すわけにいかないとの方針を示す。最後に、介護者の支援に関係する諸主体の連携、ここでの主題に即して言えば国民保健サービスと社会サービス部等との有機的な連携が求められる。

それぞれに独自に策定され公表される3つの『戦略』は、これらの内容において共通する。同時に、これらの提示をいかように扱うのか、すなわち、法制度の改正を伴う措置として扱うのか、あるいは指針等の枠内に止め置くのかを巡っては、無視するわけにいかない相違がある。英国政府とウエールズ行政庁が、少なくとも一般開業医と国民保健サービスによる介護者の支援に関する限り特別の法改正に着手しないのに対して、スコットランド行政庁は、国民保健サービスに法的な義務を新たに課する作業に乗り出すことを『介護者支援のための戦略』にそれとして明示した上で、後にこれが新しい法律として実を結ぶ作業に乗り出す。

スコットランド行政庁は、その理由について以下のように説明する⁽²²⁾。地方自治体は、介護者支援に顕著な役割を果たす。しかし、介護者の多くは、実際のところそれが要介護者の健康状態に後押しされる場合であれ、あるいは自らの健康状態に影響を落とす介護の影響に促される場合であれ、まずもって医療サービスの担い手を通して知られる。スコットランドの国民保健サービスが介護者をそれとして識別し他の関係する機関や団体に照会する能力を高めることは、これまでのところ殆んどもしくは全く援助の手が差し伸べられていない実に多くの介護者の生活を改善する上において、最も効果的な方法であると強く信ずる。スコットランド行政庁は、このような認識を示しながら、英国政府やウエールズ行政庁とは異なって法制化の道を選択する。

行政庁は、介護者に関する新しい法制化の必要性についてこれを99年のスコットランド議会において表明する⁽²³⁾。2年後の2001年には、介護者立法に関するワーキンググループの勧告が示される⁽²⁴⁾。その後、介護者の法律に関する諮問文が、保健省によって同じ2001年に策定される。

この諮問文は、15の質問項目から構成される。ここでの主題と立法の趣旨に照らして関係する項目の主な内容を示すならば、以下の通りである⁽²⁵⁾。(1)介護者は、アセスメント請求権を週当たりの介護時間の長さ等のいかにに関わりなく等しく認められるべきか否か。(2)介護者に情報を提供しアセスメントを実施する自治体の法的な義務の制度化は、実際に機能するかどうか。(3)介護を担う児童は、アセスメント請求権の資格をこれも例外なく認められるべきかどうか。(4)介護者を

(22) Carers' Legislation Working Group, Report of the Scottish carer's legislation working group, Carers' Legislation Working Group, 2001, p.6.

(23) The Scottish Parliament, Transcript of the parliamentary debate on the carers strategy, Scottish Parliament Official report, Vol.3, No.10, 1999, p.2 and p.12.

(24) Carers Legislation Working Group, op.cit., pp.17-34.

(25) Scottish Executive, Consultation paper carers' legislation, Scottish Executive, 2001, pp.3-6.

確認し彼女もしくは彼に情報を提供すると共に他の諸機関に照会する国民保健サービスの義務は、これを制度化する場合に実際のところ機能するかどうか。(5)休息の機会に関する法的な権利を介護者に新たに付与するべきかどうか。

諮問文には、行政庁付属図書館のアラン・ゴールド (Alan Gold) 氏に教えて戴いたところから従えば、およそ200の回答が寄せられる。このうちから主要な民間非営利団体と自治体による回答の状況を先の5項目に即して一覧するならば、全体として肯定的な見解を表明する場合が少なくない(表3)。とりわけ民間非営利団体による肯定的な見解の表明が目立つ。

議会における審議を経て成立したコミュニティケアと保健に関する(スコットランド)2002年法(Community care and health (Scotland) act 2002)は、諮問に寄せられた回答におおよそ沿う内容である。但し、介護者の休息に関する法的な権利は、これに否定的な評価を寄せた自治体の多さから見送られる。また、アセスメント請求権には、以下に述べるように一定の要件が加えられ全ての介護者に付与されるわけではない。

2002年法によって画される介護者の諸権利のうち主な内容は、以下の通りである⁽²⁶⁾。(1)「相当な介護をいつも担う」介護者は、要介護者がアセスメントを受けているか否かに関わりなくアセスメント請求権を保有する。ちなみに「相当な介護をいつも担う」に関する要件を週20時間以上に亘って要介護者の世話に当たると理解するならば、これを充足する介護者は47万9,934人の介護者の36.6%に当たる17万5,547人である(2001年)。(2)地方自治体は、この権利を「相当な介護をいつも担う」介護者に伝える義務を負う。(3)同じく自治体は、サービスを提供するに先立って介護者の担う介護の負担はもとより要介護者と介護者双方の考え方を考慮する義務を負う。アセスメントの結果は、従来からの要介護者向けのサービスの拡充と共に全く新たに介護者を直接の対象にするサービスの給付へと連動することにもなる。(4)介護を担う16歳未満の児童もアセスメント請求権を有する。児童によるこの権利の行使は、先の例と同じように要介護者のアセスメント受給状況に左右されない。介護を担う児童は、スコットランドにおいて1万6,701人を数える(2001年)、このうち週20時間以上の介護を担う児童は、その19.1%に当たる3,190人である。(5)行政庁は、国民保健サービスの各地方局が介護者にその権利を知らせるために介護者情報戦略を策定するように命ずる権限を持つ。

このうち国民保健サービスの各地方局が策定し行政庁に提出することになる『介護者情報戦略』の目的は、明確である。第1に、介護者の確認を国民保健サービスの主な業務の一部に位置付け、これを日常的に行うことである。第2に、確認された介護者に必要な情報を提供することである。第3に、助言を含む支援の諸源泉について国民保健サービスの職員を通して介護者に紹介すること

(26) Scottish executive, Community care and health (Scotland)act 2002 new statutory rights for carers; guidance, Scottish Executive, 2003, p.3.

である。第4に、一般開業医等を対象に介護者問題の理解を促すことである。第5に、ケアマネジメントと退院に関して介護者とのより良い協同の関係を築くことである。最後に、介護者への支援を国民保健サービスの日々の運営における傍流ではなく主流の一つに押し上げることである。

表3 介護者立法に関する諮問文への回答状況一覧

(単位：箇所)

	肯定的な回答	否定的な回答	評価の保留	計
アセスメント請求権の付与				
民間非営利団体(A)	11	1	0	12
地方自治体(B)	10	1	1	12
自治体による情報提供の義務				
(A)	9	2	1	12
(B)	5	7	0	12
介護を担う児童へのアセスメント請求権の付与				
(A)	10	0	2	12
(B)	12	0	0	12
国民保健サービスによる介護者の確認と情報提供				
(A)	8	2	2	12
(B)	7	5	0	12
介護者への休息権の法的な付与				
(A)	10	0	2	12
(B)	3	8	1	12
計				
(A)	48	5	7	60
(B)	37	21	2	60

(資料) Alan Gold (Acquisitions assistant, Scottish Executive Library), Consultation paper on carers' legislation, letter for Mr MITOMI dated 7 September 2001に添えられた諮問文への民間非営利団体及び自治体からの回答文書から作成。

ここに言う介護者は、「相当な介護をいつも担う」介護者に狭く限定されず要介護者の日常生活上の援助を担う全ての人々である。アセスメント請求権の要件を充足する介護者よりもはるかに広い範囲の介護者が対象である。その規模は、介護を担う児童を含めておよそ48万人である(2001年)。国民保健サービスを通して提供される情報は、『介護者情報戦略』の目的に沿って多岐に亘る。すなわち、介護者のニーズに対応して用意される地域並びに全国レベルの支援サービスをはじめ要介護者の症状と治療の方法、介護技術の訓練、介護者手当を含む所得保障制度、ストレス

への対処手法を含む健康状態の改善及び国民保健サービスの病院に通うに際して問題になる交通手段の確保を含む支援、これらに関する情報である。

国民保健サービスの職員に求められる職務は、2002年法に沿って自ずと広がる。介護者に関する認識を改め深めることはもとより関係する情報を提供すること、要介護者の個人情報介護者に伝えることについて要介護者の同意を取り付けること、アセスメント請求権について必要な助言をすること、支援の諸源泉についてこれを介護者に紹介すること等が新たに求められる。『介護者情報戦略』の目的は、国民保健サービスを担う職員の職務能力の拡充に比例して実を結ぶことになる。

2002年法に沿う『介護者情報戦略』の意義は大きい。それは、専門研究者はもとよりスコットランド介護者連合（Coalition of Carers in Scotland）等を含む民間非営利団体が95年から2001年にかけて行った政策提言⁽²⁷⁾におおむね沿う内容である。介護者による医療サービスの利用は、それが要介護者に寄り添うからであれ、あるいは自らの健康状態の悪化を契機にするからであれ相対的に多い。このことに着目する介護者の確認と彼女もしくは彼への情報の提供は、効果的である。介護者への支援は、なによりも介護者自身がその地位について意識をし、その諸権利について知ることから始まるからであり、国民保健サービスは、介護を担う人々との接触の頻度とその優れて日常的な性格に照らして格好の位置にあるからに他ならない。

『介護者情報戦略』に関する法的な定めは、スコットランド行政庁の対応に止まり、同種の法制度をイングランドとウェールズに確かめることはできない。2004年法は、イングランドとウェールズに適用される。この法律は、アセスメント請求権の要件を満たす介護者にその旨を伝える法的な義務について、スコットランドの2002年法に習いながらこれを新たに定める。しかし、これは、社会サービス部に課せられる義務であり国民保健サービスのそれではない。2004年法は、社会サービス部と地方教育局、地方住宅局、国民保健サービス及び民間非営利団体の連携についても新たに規定を設ける⁽²⁸⁾。国民保健サービスは、サービスの一環としてのカウンセリング・サービス等を社会サービス部の求めに応じて介護者に提供することになる。しかし、ここに想定されることは、介護者が社会サービス部に出向くなど何らかの接触が確保され、社会サービス部によって介護者として確認された後に国民保健サービス傘下の病院に照会される事態である。国民保

(27) Jeannette Naish and Rosie Benaim, Putting carers onto the agenda in General Practice, final report of the Hackney and Newham GP-carers project, September 1992-January 1995, University of London, 1995, pp.103-104, The Steering Group of the Primary Health Care response to carers project, Care in practice, primary health care response to carers project, April to November 1997, CVS Consortium Southern Staffs, 1998, pp.24-25, Melanie Henwood, op.cit., pp.46-48, Lesley Warner and Carole Card, Seven and a half minutes is not enough, PRTC, 1999, p.26, Coalition of Carers in Scotland, Caring about Scotland's carers, the strategy for carers in Scotland, COCIS, 2001, pp.8-11 and pp.18-20.

(28) DH, Carers and disabled children act 2000 and carers (equal opportunities)act 2004 combined policy guidance, DH, 2005, pp.18-19.

健サービスの職員が自らすすんで介護者をそれとして確認する姿は、少なくとも法律の規定に即する限りそこに存在しない。社会サービス部の能動的な姿が浮かび上がると共に、国民保健サービスのいかにも受動的な像がそこに立ち現れる。

これはこれで何がしかの効果を発揮し介護者支援の進展に寄与することになるろう。しかし、介護者と社会サービス部との日常的な接点が、介護者と国民保健サービスとの関係に較べていかにも希薄であることは、広く知られる特徴のひとつである。これは、社会サービスと医療サービスとに内在的な特徴の結果であって、それぞれの組織に属する職員の努力のみに左右される事柄ではない。社会サービス部による確認から取り残される介護者は、結果として少なくあるまい。

国民保健サービスは、国民保健サービスに関する77年法（the NHS act 1977）に沿って広く国民の健康と福祉の向上に責任を負う。地域に暮らす介護者が国民の一員であることは言うまでもないことから、国民保健サービスは、介護者の直面する健康問題にも他の諸階層と同じように配慮しなければならない。しかし、これらは77年法に定められた一般的な責務であるに過ぎない。国民保健サービスが担うに値する介護者の支援は、77年法の規定に止まる限り多くを期待するわけにいくまい。要介護者の日常生活上の援助に由来する介護者の健康問題が、少なくない調査研究によって確かめられ、一般開業医や国民保健サービスによる介護者の確認と情報提供の必要性に関する民間非営利団体の提言が相次ぐのは、他ならぬ77年法の下であったことを脳裏に刻んでおきたい。

イングランドとウェールズにおけるこのような法制度を振り返るに付け、『介護者情報戦略』について独自に定めたスコットランドの2002年法の意義が、繰り返し思い起こされる。

4. 国民保健サービスによる介護者支援の展開

自治体による『介護者支援戦略』の策定は、スコットランド行政庁によって96年に義務化される。他方、国民保健サービスの『介護者情報戦略』は、2006年10月までの策定が求められる。国民保健サービスは、全ての地方局による策定を促すためにかかる『情報戦略』の手引きを2002年法の2年後に作成し広く配布する（2004年）。『介護者情報戦略』は、これらの動きを経て国民保健サービスの各地方局によって実際に策定される⁽²⁹⁾。介護者の支援にとつていかにも重要な位置にある自治体と国民保健サービスとが、2000年を前後する10年の間に支援の拠り所をなす政策文書を共に有することになる。

(29) 例えば以下の文書である。

NHS Lothian, Helping to shape the future for carers and the NHS in Lothian, carer information strategy, NHS Lothian, 2004, pp.1-25, NHS Borders, Carers information strategy 2007-2010, draft consultation, NHS Borders, 2006, pp.1-46, NHS Lanarkshire, Carers information strategy 2007-2010, NHS Lanarkshire, 2007, pp.1-41, NHS Valley, Carers information strategy, draft consultation, NHS Forth Valley, 2005, pp.1-27, NHS Shetland, Carers information strategy, NHS Shetland, 2005, pp.1-24, etc.

スコットランドの国民保健サービスによる介護者の支援は、『介護者情報戦略』に沿いながら既に実施されつつある。

介護者と国民保健サービスの法的な責務に関する職業訓練が、職員を対象に広く実施される。介護を担う児童はもとより少数民族に属する介護者の問題が訓練の一部に含まれることは、言うまでもない。この実施に当たっては、介護者の問題に精通しその支援に豊富な実績を持つ介護者支援センター（Carers Centre）との連携が図られる。介護者問題担当の職員が独自に配属され、介護者の確認と情報の提供が図られる。この職務は、病院にあつてはソーシャルワーカーによって担われることが一般的である。ソーシャルワーカーの職務範囲は、これによって広がる。社会サービス部への照会と共に介護者支援センターへの照会もおこなわれる。一般開業医や病院には、長らく社会サービス部のあたかも占有物として取り扱われてきた介護者のためのアセスメント票が新たに備えられる。患者の待合室には、社会サービス部や民間非営利団体の発行する『介護者情報便覧』や各種のパンフレット等が置かれ介護者による閲覧はもとより持ち帰りを含めて自由な利用に供される。一般開業医への介護者の登録制度も、個別の実施例を踏まえて広く採用される。患者の退院に当たっては、介護者の参画とこれに不可欠な情報の提供とが従来にもまして図られる。

これらの支援策の一部は、スコットランドの自治体と国民保健サービスの地方局が『介護者支援のための戦略』を拠り所に2000年を前後して既に実施し始めていたことでもある。エジンバラ市（City of Edinburgh）と国民保健サービス・ロジアン地方局（NHS Lothian）とによる支援策の展開等などが、それである⁽³⁰⁾。これらの先駆的な経験は、2002年法という法的な支柱を得ることによってスコットランド全体に広がることになる。

『介護者情報戦略』が実施に移され効果を挙げる上では、国民保健サービスの経営努力もさることながら介護者支援センター等の民間非営利団体の活動も重要である。介護者支援センター等は、国民保健サービスと介護者に関する包括的な情報を提供し、介護者からの相談にも意識的に対応する。とりわけ介護者の負担が増加しときに混乱さえも招きかねない患者の退院に関しては、独自のチェックリスト等を作成して介護者の利用に供する⁽³¹⁾。このチェックリストは、患者の退院に先立つ退院計画の立案過程への介護者の参画と退院計画書の入手をはじめ退院後に地域において提供される医療サービスはもとより社会サービスの利用方法、サービスの利用に伴う経済的な負担、要介護者や介護者を対象にする所得保障制度と給付の要件、介護者のアセスメント請求権とその要件及び介護者自身に給付されるサービス等に関する情報を網羅し、要点をいかにも明確に押さえながら編集される。介護者は、このチェックリストの内容を理解しこれを手にしなが

(30) City of Edinburgh Council and NHS Lothian, Towards 2005, carers action plan for the City of Edinburgh, City of Edinburgh Council and NHS Lothian, 2000, p.10, pp.31-32 and p.35.

(31) VOCAL, Preparing to leave hospital ,VOCAL, 2005, pp.1-21, etc.

患者の退院に臨み、地域に暮らす要介護者に寄り添う。国民保健サービスは、こうした介護者が増えるにつれて退院の立案と実施過程における介護者の参画をいつにも増して迫られることになる。介護者によるチェックリストの入手とそこに記載される内容についての理解が進むことによって育まれる成果である。

イングランドとウェールズにも新しい動きを確かめることができる。保健省は、一般開業医や国民保健サービスの地方局に介護者への積極的な対応を求めるだけではない。長い歴史と実績を持つチャイルドライン（ChildLine、1986年設立、24時間無料の電話相談サービス）をヒントに、英国介護者協会が手掛けてきた介護者専用の電話相談（CarersLine）を積極的に評価しながら、介護者のためのヘルプライン（Helpline for carers）を2006年から試行的に設置し、翌2007年から2008年にかけてこれを本格的に稼働させる⁽³²⁾。これは、チャイルドライン等と同じように無料の電話相談窓口である。英国介護者協会の電話相談は、週2日合計8時間の開設であるにもかかわらず年を追って利用者を広げてきた。無料の電話相談は、国民保健サービスの新しい取り組みを通して広がることになる。

保健省は、エキスパート介護者事業（Expert carers programme）と銘打って介護者を対象にする介護技術講習の開設に向けても独自の予算措置を講ずる⁽³³⁾。さらに、94年に最初に策定された病院からの退院に関する保健省の規準書は、2003年に大幅に改定される。退院規準として示される12の項目には、退院計画への介護者の参画等と並んで介護施設に関する情報の提供等が含まれる⁽³⁴⁾。このうち前者は94年の規準書に見ることができる。しかし、後者の情報は、94年のそれには全く存在しない新しい項目である。病院を後にする患者が要介護者として直ちに介護施設に入居することは、コミュニティケア政策の根幹に関わる事柄として保健省によって忌避すべき事態の一つに早くから位置付けられてきたことが、思い出される。してみると先の全く新しい項目を退院規準の一つに示すことは、患者と介護者の自発的な選択を尊重した結果であり、保健省の長年に亘る政策的な対応とは明らかに異なる結果、すなわち、退院後の患者が自宅における暮らしを望むことなく介護施設に直ちに入居する事態を伴うことになる。少なくともそうした選択の機会を要介護者と介護者に広く周知することになる。

国民保健サービスの地方局によっても新しい試みが重ねられる。その出発点は、介護者に対する従来の対応に寄せられる強い反省である⁽³⁵⁾。国民保健サービスは、エネルギーの多くを患者にのみ当て介護者を視野の外に置き続けたとの反省である。一般開業医における介護者の登録制度（GP

(32) DH, Our health, our care, our say; making it happen, HD,2006, p.11.

(33) DH, Our health, our care, our say; a new direction for community services, Cm6737, DH, 2006, p.124.

(34) DH, Discharge from hospital; pathway process and practice, DH, 2003, p.45.

(35) Newcastle, North Tyneside and Northumberland Mental Health NHS Trust, User and carers strategy, Newcastle, North Tyneside and Northumberland Mental Health NHS Trust, 2005, p.4.

Carers registration scheme) の導入や介護者問題に関する職員への職業訓練の実施、介護者の健康管理を目的とする介護者訓練コースの開設、あるいは介護者支援センターへの介護者の紹介等が、反省を抛り所に新たに具体化される。

これらの取り組みが、サービスを担う職員の新しい配置を伴うことは言うまでもない。地域連携を担当する看護師 (community liaison nurse) や一般開業医との連携業務を担う職員等が、新たに配属される⁽³⁶⁾。退院過程担当班 (discharge process team) や介護者コーディネーター (carer co-ordinator) が新たに編成もしくは配属され、患者が病院から自宅あるいは介護施設に満足のいく状態で移り住むことができるように患者と介護者の世話に当たる。

自治体によっては早くも89年に策定され政策上の抛り所となってきた『介護者憲章』を医療機関として独自に制定する例も確認される⁽³⁷⁾。してみると『介護者憲章』は、21世紀に入って社会サービス部の占有物から国民保健サービスとの共有物へと発展を遂げる。この『憲章』に従えば全ての介護者がその地位を国民保健サービスによって確認され彼女もしくは彼の負う役割を承認されると共に、職員から尊厳を以って処遇される。適切な援助がなされると共に必要な情報の提供と協議とが約束される。

法制度化に向けた取り組みが、イングランドとウェールズにおいて存在しないわけではない。介護者の確認と支援 (プライマリ・ヘルスケア) (Identification and support of carers (primary health care) bill) もしくは介護者 (確認と支援) (Carers (identification and support) bill) と題する法案は、一般開業医と国民保健サービスによる介護者の確認並びに支援を目的に、それぞれ2006年3月もしくは翌2007年5月に英国議会に提出される⁽³⁸⁾ものの、いずれも否決される。イングランドとウェールズにおける取り組みは、かくしてスコットランドの2002年法のように確たる法的な強制力を担保するわけではない。それだけに一般開業医や国民保健サービスによる取り組みが地域的に不均等に進むであろうことは、否定できない。とりわけ介護者支援センターをはじめとする民間非営利団体の活動が、広大な農村の存在という自然環境を有するウェールズ地方にあっては、期待される程に介護者に届いていない。民間非営利団体の影響力が相対的に弱いことから医療関係者による裁量の余地は大きく、経営努力の再考を迫る程ではない。一般開業医等による介護者の支援が、保健省の期待を込めた予想の程に進まないのではないかと懸念される。

(36) Guy' s and St Thomas' NHS, Social services and hospital discharge department, Guy' s and St Thomas' NHS, 2006, p.7 and p.11, Brighton and Hove City Council, Brighton and Hove multi-agency carers' strategy 2006-2009 - action plan, Brighton and Hove City Council, 2006, p.1, The State Hospital Board for Scotland, Carer co-ordinator, The State Hospital Board for Scotland, 2007, p.1. http://www.tsh.scot.nhs.uk/forThe_Visitor/carer.coordinator.htm.

(37) The Lewisham Hospital NHS Trust, Carers charter, Lewisham Hospital NHS Trust, 2005, p.1.

(38) The House of Commons, Identification and support of carers (primary health care)bill, TSO,2006, The House of Commons., Carers (identification and support)bill, TSO, 2007.

これはこれで独自の対応が求められる。同時に、各地における新しい試みは、要介護者はもとより介護者のニーズに合致して彼女や彼の介護負担の軽減に益するに違いない。

おわりに

本稿は、介護者に関する多様な支援のうち医療サービスに絞った検討である。