

総 説

コミュニティケア政策の展開過程 (1)

——イギリスの要介護老人のケアをめぐって——

小 田 憲 三

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成7年4月19日受理)

The Developmental Process of Community Care Policy (1)

——Considering the Care of the Frail Elderly People in Britain——

Kenzo ODA

*Department of Medical Social Work
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Accepted Apr. 19, 1995)*

Key words : community care, residential home, frail elderly people, nursing home, social work

Abstract

Community Care Policy for the frail elderly people in Britain had been started from the first ten years of 20th century. It intended the strength of family which had lived with the aged. Direction of Community Care Policy became clear as the mix economy of welfare after the War. This article analyse the process of changing policy in the important social and economical trends. Especially it examines the roles between formal and informal sectors.

要 約

イギリスにおけるコミュニティケアは、20世紀になってから、広く共有される概念となっていた。当初、それは要介護老人、障害者、要養護児童などのいる家庭を強化する地域のあり方として認識されていた。要介護老人のコミュニティケアのみに限定した場合、第2次大戦後の高齢化の進行に合わせて展開されてきた。しかし、コミュニティケアは公的部門と民間部門、あるいはフォーマルケアとインフォーマルケアとの福祉の混合経済としての介護

のあり方として、模索されてきた経緯がある。

要介護老人のコミュニティケア

1 現在のコミュニティケア構造に至る経緯

(A) はじめに

家族、それは今日大きな変化に直面しているものの、イギリス国民の一生にわたる福祉を維持するための基本的ユニットにはかならない。これは、家族がたとえ家族以外の多様な機関から援助されていようと、一人暮らし老人を含めた要介護老人についても当てはまる。イギリスにおける公的部門は、保健ケア制度に対して大きな責任をもっている。それはまた、コミュニティケアを含む民間非営利部門や民間営利部門によって支援される社会的ケアをも供給している。高齢者の所得レベルは、基本的にコミュニティを基盤としつつも、福祉の混合経済における過去の職業に依存している。職業別年金の所得レベルは、多様であるが、実質的にすべての退職者は、一定の所得水準以下の者については所得をまかなう国民年金を受給している。家屋所有については、イギリスはその保有率の高さに特徴があるが、年齢の上昇とともに持家率は低下する。すなわち、1990年のイギリスでは、65歳以上80歳以下の53%が持家を有しているのに比べ、世帯主が80歳以下の全世帯の66%が持家を所有している（一般世帯調査、環境省）。

ここで論議する要介護老人のコミュニティケアの問題は、イギリス全体に共通するものであるにもかかわらず、高齢者サービスに影響をおよぼす立法と行政は、スコットランドと北アイルランドにおけるものと、イングランドとウェールズに適用されるものとはかなり異なっている。つまり、このような地域差という若干の相違があるものの、一般的な問題とコミュニティケア政策は同一である。全体としてみた場合、年金受給年齢（女性60歳以上、男性65歳以上）以上の80%が、イングランドに居住している¹⁾。

ところで、OECD によって要介護老人（the Frail Elderly People）は、「65歳以上で、長期の機能障害をもたらす慢性疾患や他の身体的、精神的条件をもつ者」と定義されている。

現在のイギリスの要介護老人のケアは、19世紀に遡及できる福祉の分業を原型としている。それは、公的部門の活動の拡大と個人、企業や民間部門に対する歴史的役割の変化を反映している。中央政府のレベルでは、政策責任が次第に多くの省庁に拡大されてきた。サービスの供給に関していえば、責任の幅は、保健、社会保障といった中央からの財源による中央の統制を受けたサービスから、地方政府が責任をもつ対人福祉サービス、ソーシャルワークサービス、住宅サービスなどがある。

地方政府の供給サービスの2つの特徴が、とりわけ重要である。1つは、地方自治体は自らの支出対象を決定する。それは、サービスの地域的多様性を生み出している。2つは、しかしながら地方自治体はその地域から収入を確保することができない。現実には、地方自治体支出の約3分の2が中央政府からの一般財政補助金によってまかなわれているのである。

1960年以降、中央政府省庁間および中央政府と地方自治体間における責任分担は、大きくは変わっていない。ただ、給付範囲の拡大とサービス組織化の方法という領域において、法制度の大きな改革がみられた。国民保健サービス（略称、NHS）は1974年、1982年、1984年さらに1990年に組織的に改革された。イングランドとウェールズにおける対人福祉サービス、スコットランドにおけるソーシャルワーク・サービスは、1970年に地方自治体の1部局に統合されるまでは、比較的分散化されていた。この改革は、スコットランドでは1975年になされた。とくに1974年の改革において、保健ケアと社会的ケアの統一が試みられたにもかかわらず、イングランドでは、その実践は遅々として進展せず、それはスコットランドのほとんどの地域についても同様であった。ウェールズでは、1つの例外を除いて統一化された。北アイルランドでは、この2つのサービスは1973年に連合委員会のもとに統合された。

要介護老人はニーズ、収入、公共施設の適格性、家族の支援と居住地域の組み合わせに基づ

いて、自宅で暮らしたり、病院、ナーシングホーム、入所施設ホームといった入所施設ケアや援助付住宅サービスを受けて暮らすことができた。病院ケアは、大部分は国民保健サービスによって提供されているが、ナーシングホームは、大部分については民間営利組織と民間非営利組織によって運営されている。入所施設ホームは、民間営利と地方自治体によって運営されている。表1には、要介護老人が利用できるサービス、給付とそれらのサービスを提供する諸機関を示している。一目すれば分かるように、公的、民間営利、民間非営利の各部門というように、サービスを提供する機関は多様である。高齢者の経験と彼らが受ける援助の種類と量は、そのニーズと居住地域によるところが大きいであろう。しかし、大部分の場合には、在宅要介護老人は自分自身を頼りにしており、日常的ケアをみとすために家族に頼るのは微々たる状況である。

(B) 1960年以降のコミュニティケア政策の検討と法制

この時期、とくに2つの政策の見直しが、高齢者のコミュニティケアに関係している。1978

年の討議文書「より良い老後」²⁾は、1981年の白書「老後の発展」³⁾へと受け継がれた。この白書においては要介護老人のニーズに触れられたが、詳細には論じられなかった。要介護老人のニーズに直接的に関係するものとして、政策はできるだけ在宅で暮らせるようにするということをあげ、調査が示した目標は疑いなく高齢者自身が願うものと一致する⁴⁾。

この政策は「コミュニティケア」政策として一般に知られており、すべての政党に共通のものであった。それは、「全面的に」過去において、入所施設の全盛期のヴィクトリア時代の熱狂の賜物である病院で患者として暮らした人をはじめとするあらゆる立場の人々に当てはまる政策である。つまり、建て直しや修理に莫大な費用がかかり、運営にも費用がかさむ大規模で古めかしく、時代遅れで孤立した過去の記念物に対する反動として、「コミュニティケア」政策が生み出された。国民保健サービス費用の上昇の統制は、このサービスの開始の時点から政治的に微妙な問題であった。また、費用抑制の目的は、疑いなく高齢者ケアに対して影響を与えないわ

表1 要介護老人に対する供給主体別サービスと給付

イギリス 1992年

ケアの形態	サービス/給付	サービス/給付の供給主体
保健 病院 コミュニティ プライマリケア ナーシングホーム	入院、通院、退院後 看護、手足療法、理学療法 一般医、看護、歯科、視力ケア、薬 入院	主に国民保健サービスを通じて、地域保健当局/委員会の直接運営ユニット、国民保健サービス財団 家庭保健サービス契約 主に民間非営利と民間営利
社会的ケア (対人福祉サービス/ソーシャルワーク) 入所 通所 在宅ケア	長期、短期、レスパイト デイセンター、ランチクラブ ソーシャルワーク、ホームケア/家事援助、食事、洗濯、作業療法、家屋補修、介護者援助	地方自治体社会サービス/ソーシャルワーク部/委員会、民間非営利、民間営利 地方自治体、民間非営利、民間営利 地方自治体、民間非営利、いくつかの民間営利
住宅	保護住宅とさまざまな種類の特定住宅 改善補助金、保全と補修	地方自治体住宅部、住宅協会、民間非営利、民間営利 地方自治体、住宅協会
所得保障	年金、所得援助、障害給付、介護者給付	社会保障省

※ 注：イギリス国内の各地域による若干の違いがあるが、それは決定的なものではない。

けにはいかなかった。国民保健サービスの病院内長期入院は、いまだに高齢者ケアのなかでもっとも高額なものとなっている⁹⁾。

(C) コミュニティケアの意味

コミュニティケアの正確な意味は、家事サービス制度からコミュニティ全体による介護という漠然とした概念におよぶため、長く曖昧であった。通常、介護はホームヘルプ、支援、保護の制度という意味で用いられる。

Tinker⁹⁾によると、この概念は次のような異なる要素をもっている。それは、たとえばインフォーマルケアといった家族の限界という認識も含む。また、それは高齢者が自らお互いにケアし合うこと、特に結婚している間にそれが当てはまるという事実の一般的認識が含まれる。それは近隣や友人による援助という考えを含んでいるが、その種のケアの限界も認識しておかなければならない。それは、例えば最近の国民保健サービスや「1990年コミュニティケア法」における入所施設ケアをも含むべきである。そのもっとも広い文脈においては、住宅と収入も含まれる。

下院のレポート⁷⁾は、コミュニティケア政策に関する一般的原則を、次のようにまとめている。

- (1) 「入所施設の」ケアよりも在宅での生活の優先。
- (2) ノーマライゼーション、インテグレーション、そしてできる限り制度の縦割り、分離、制限の排除（例えば、もっとも制限のない代替策）という理念の追求。
- (3) 大規模のものより小規模のものの優先性。
- (4) より身近なサービスの優越。

(D) コミュニティケア政策に対する批判

1980年代の一連の政府報告は、いくつかの地域での成功にもかかわらず、コミュニティケア政策の現実化、サービス化に関する限定的な進歩を強く批判していた。例えば、グリフィス報告は「コミュニティケアは、概念としての身内をほとんどもたない。すなわち、誰もの遠い親戚ではあるが、その子どもではない」⁹⁾と批判を展開した。政策の一貫性がなかったのである。地方自治体支出の削減政策、それはその時代、特に1979年以降の支配的な政治目的となってい

たが、コミュニティケア・サービスの発展はそのためにつぶされかかっていたのである。公的支出の増大化抑制政策は、保健から対人福祉サービスへの資源の転換に必要な財源をせばめるように作用したのである。

2 1960年以降の要介護老人のコミュニティケアの主要な潮流

(A) 全般的傾向

要介護老人のコミュニティケアにかかわる潮流は、人口形態の変化によって大きく支配されてきた。65歳以上人口は非常に増大してきているが、要介護老人のケアにとってより重要なことは、80歳以上の人口増加である。全英障害者調査⁹⁾によれば、重度障害者人口は年齢の上昇とともに急激に増大することを示している。この要因は、要介護老人に必要なであったり、提供されるすべてのサービスに関する政策が基本的に考慮に入れるべき内容である。1979/80年と1989/90年との間のイングランドとウェールズにおける要介護老人のための保健サービスの総支出は、実質43%増加した。同期間において、対人福祉サービスの総支出は実質48%増加した¹⁰⁾。表2は、保健当局と地方自治体によるコミュニティケア支出の内容別増加額を示している。

高齢者が利用するサービス別支出変動は、イングランドとウェールズについては表3、またスコットランドについては表4に示されている。

表5と表6はイングランドに関するものであり、地方自治体による在宅サービスが、高齢者数との関係でどのように変化するかを示されている。これらの主要サービスは、実質的に増加しているものの、それは高齢者人口と比例して増加した結果である。表7は、スコットランドにおける同様の資料である。

ホームケア・サービスとデイケア・サービスに関する調査結果の要点は、次のようにまとめられる。個々のサービス（地区看護、ホームヘルプ、配食サービス、デイケア、レスパイトケア、保護住宅関連サービス）は、利用者によって高く評価されているものの、それぞれ次のように指摘される問題点をもっている。

- (1) 「資源の不足、この面における大きな地域格差、個々のクライアントに対する低いサー

**表2 要介護老人を対象としたコミュニティケアの
中心的サービス支出の変化**
(イングランド, 1978/79から1989/90)

	1978/79 £ m	1989/90 £ m
地方自治体在宅ケア		
家事	313	330
食事	44	68
援助と適応 ¹	29	46
デイケア	49	107
他の在宅ケア ¹	59	125
合 計 ²	504	876
コミュニティ保健		
一般患者ケア ³	n/a	(535)
手足治療	n/a	52
地方自治体入所施設ケア	740	870

出典: CM1913 (HM Treasury 1991b)

注: 1 援助と適応と他の在宅ケアは、患者グループによっても提供されている。それは支出に組み入れられていない。

2 これには、ソーシャルワークと管理が除かれている。

3 これは、すべての患者グループを含んでいる。少なくとも50%が、高齢者を対象としたものである。

ビス水準、サービスへの大きな需要とサービス量の不足、地域需要を満たしえないことによって示されている」。

(2) 「利用者の個別ニーズに応えられない硬直した制度」。

(3) 「サービスの相補性の欠落や専門職からの専門サービスを利用できなくなるサービス間の統合性の無さ」¹¹⁾。

こういった要介護老人のコミュニティケアの問題点は次第に認識され、その改善が試みられていった。

(B) 入所施設ケア

入所施設ケアの領域では、この間に大きな変革がみられた。それは、イングランドでもっとも顕著であった。1970年代までは、入所施設ケアにおける民間営利部門の役割は「零細企業」にたとえられるべきものだったが、イングランドでは、1990年までには、民間非営利部門と公的部門とを合わせた数字をしのぐものとなった¹²⁾。表8は、年齢別による1979年以降のイングラン

表4 スコットランドにおける主要な高齢者サービス

	1980	1990
入所施設		
入所施設数	14,432	17,980
国民保健サービス		
老人病短期ベッド数	2,401	2,521
老人病長期ベッド数	7,196	8,880
デイケア		
デイケアセンター数	3,625	7,704
ランチクラブの食事サービス数	2,700,000	2,384,000
在宅ケア		
ホームヘルパー数	9,685	10,323
食事サービス数	1,863,000	2,169,000

出典: Scottish Office. Statistical Bulletin 1991.

表3 高齢者に対する保健サービスと対人福祉サービス (イングランドとウェールズ)

	1978/79	1989/90	%変化
老人病院入院	241,000	447,000	85
平均入院期間	79.3日	36.1日	-54
退院後の付添	240,000	390,000	63
地区看護婦の数	17,090	19,090	12
地方自治体のデイセンター数	18,900	27,000	43
ホームヘルプ・サービス職員数	46,700	60,400	29
食事サービス数	41百万	46百万	13

出典: CM1913 (HM Treasury) 表27を若干修正。

表5 デイケア施設数の変化 (イングランドのみ, 1979—1989)

デイケア (年齢別人口1,000人に対する施設数)

	65歳以上			75歳以上			85歳以上		
	1979	1989	年平均 変化率 (%)	1979	1989	年平均 変化率 (%)	1979	1989	年平均 変化率 (%)
高齢者	2.7	3.3	1.8	7.4	7.5	0.2	39.5	36.1	-0.9
高齢者を含む	4.5	5.8	2.5	12.2	13.1	0.7	65.2	63.0	-0.3

出典: Department of Health Statistical Bulletin No. 3(2) 91.

表6 1979年から1989年にいたるイングランドのコミュニティサービスの変化

コミュニティサービス (年齢別人口1,000人に対する設置割合)

	65歳以上			75歳以上			85歳以上		
	1979	1989	年平均 変化率 (%)	1979	1989	年平均 変化率 (%)	1979	1989	年平均 変化率 (%)
ホームヘルパー	6.5	7.6	1.6	17.5	17.4	-0.1	93.4	83.4	-1.1
食事サービス	6000	6200	0.4	16000	14200	-1.2	85000	68200	-2.3

出典：Department of Health Statistical Bulletin No. 3(2) 91.

(注：フルタイム換算)

表7 スコットランドにおける高齢者に対する主要なコミュニティケア・サービスの変化

	1980 1990	
	65歳以上の人口 1,000人につき	
デイセンター数	4.9	10.2
ランチクラブでの平均食事サービス数	3662	3130
在宅での平均食事サービス数	2527	2849
ホームヘルプ・クライアント	82.3	107.9

出典：The Scottish Office Social Work Services Group. Statistical Bulletin 1991.

(注：ホームヘルプ・クライアントのちょうど3分の2以上が75歳以上。)

ドにおける部門別入所施設ケアの変化を示している。

スコットランドにおける民間営利、民間非営利に対する地方自治体の割合は、1980年の65：1：34（地方自治体：民間営利：民間非営利）から1990年の54：21：25となった¹³⁾。

すなわち、地方自治体による入所施設数と入所者に対する支出は減少しているものの、入所施設ケアを利用する高齢者は増加し続けている。1980年からは、民間非営利や民間営利の入所施設で暮らす高齢者は、所得援助システムを通じて、高額の入所施設ケア給付を請求できるようになった。地方自治体支出の総抑制の時期に、入所施設ケアへの社会保障支出を規定する規則改正がなされ、地方自治体は社会保障の財源によって、民間営利部門と民間非営利部門の利用を増加させて、かなりの支出削減の実施が可能となったのである¹⁴⁾。

イギリスにおける民間営利の入所施設ケアに対する社会保障費は、1979年の10百万ポンドから、1989年には1,000百万ポンド以上に増大した¹⁵⁾。

民間営利ホーム入所老人の増大によって、1979/80年と1987/88年間ににおける入所施設ケアに対する総支出は、96%の伸びを示した。これに対して、同期間における在宅サービス支出の増加は、41%にとどまっている¹⁵⁾。このような事実を前にして政府は、「公的資産の調整は、在宅サービスよりも入所施設ケアとナーシングホーム・ケアに対して内包されたバイアスを含む」ことを確認せざるをえなかったのである¹⁶⁾。

(C) 住 宅

保護住宅とは、ウォーデン、緊急システムと洗濯や共同談話室といった共通設備を兼ねそなえた特別に設計された住宅である。1980年代のはじめまで、地方自治体は保護住宅供給の大規模計画を保持していたが、それ以後、保守党政府のもとで住宅政策が大きな転換をし、すべての住宅供給に対する地方自治体の役割が大きく後退することになった。住宅協会の運動体は、保護住宅の開発を重視し、1977年以降、民間営利部門がこの方面に進出してきた。1989年までの10年間に、イングランドの総住宅ストックは、10%上昇したが、保護住宅数は69%上昇した。この間、住宅協会による供給数は、150%近くも増加し、民間非営利部門のそれは140%近くの増加であった¹⁷⁾。

スコットランドでは、保護住宅の発展はかなり遅々としていたが、1980年から1990年の10年間に表9¹³⁾が示すように、急速に進展した。

表8 1979年と1989年のイングランドにおける入所施設ケアの変化

入所施設ケア (各年齢1,000人あたりの施設数)

	65歳以上			75歳以上			85歳以上		
	1979	1989	年平均 変化率 (%)	1979	1989	年平均 変化率 (%)	1979	1989	年平均 変化率 (%)
地方自治体	16.5	14.6	-1.2	44.2	33.6	-2.8	237.5	161.0	-3.8
民間非営利	4.9	4.6	-0.7	13.3	10.5	-2.3	70.9	50.4	-3.4
民間営利	4.6	18.1	14.6	12.5	41.6	12.8	66.9	199.6	11.5

出典: Department of Health Statistical Bulletin No. 3(2) 91.

イングランドとウェールズにおける高齢者用住宅の必要数と住宅選好度に関する全国的指針となるものは、ほとんどない。しかし、環境省は住宅需要に関する調査を1990年に発足させ、1992年にはその研究成果をもとに指針を定めようとしている⁴⁾。スコットランド庁では、高齢者人口1,000人当たり、20の純保護住宅、46の保護住宅と80の中程度用保護住宅を内容とする指針を1990年に規定した。

純保護住宅は、要介護度の高い高齢者や重荷を背負った家族のニーズを充足させるものとして一般に普及してきたが、在宅サービスよりもかなり高くつく。従って、その代替策に対して、より多くの注目が集まるようになってきた。1980年代に、集中ホームケア計画や緊急通報システムといった新しいサービスが発展した。ケアと緊急通報システムの多様化に関する調査によって、そのような体制は、要介護老人にとって有用で人気もあるが、フォーマルサービスとインフォーマルサービスの両方を含む広範囲なケアパッケージの一部として提供されねばならないことが明らかにされた⁶⁾。

(D) 金 銭 給 付

初期においては、コミュニティケア政策の財政面での焦点は、ほとんど年金の領域に限定されていた¹¹⁾。そしてこれは、健康状態や虚弱によって特別な要介護性が生み出される高齢者への援助を考慮に入れていなかったのである。しかし、1970年代に2つの新しい給付が、コミュニティケア政策の追求との関連で登場してきた。

1971年には、要介護のすべての年齢層のための介護手当が導入された。そして1975年には、

表9 スコットランドにおける保護住宅の変化

	1980	1990
居住者数	8,487	29,255
65歳以上の人口1,000人に占める居住者数	12	38

出典: The Scottish Office Social Work Services Group. Statistical Bulletin 1991.

近親者の介護のために職につけない人々を支援するために、傷病者介護手当が導入された。この2つの手当に要する支出は、イギリスでは1979/80年の205百万ポンドから1987/88年の1,081百万ポンドへと、実質200%も増大した¹⁶⁾。

(E) インフォーマルケア

1970年代においては、イギリスのコミュニティケアは、家族によるケアを意味するものと考えられていた。1980年代においては、親族を介護する数百万人の人々から構成される新しい圧力団体が出現した。その多くは配偶者によるものであるが、成人した子どもがその運営にかなりの役割分担をしていた。家族やそれ以外の人々によるインフォーマルケアの問題は、コミュニティケアの政策課題として、次第に認識されるようになった。家事サービスは、在宅高齢者が主に受給するものであるが¹⁸⁾、介護者への支援は今日では重要な問題として考えられている。

保健省は、イングランドの3地域での介護者支援サービスに関する調査に対して、資金提供をしている¹⁹⁾。このサービスを受給する介護者の大部分が、自らへの支援サービスを価値あるものと認めている。

3 要介護老人に対する公的なコミュニティケア政策の主要目的

(A) 病院、ナーシングホーム、他の地域施設における民間非営利を含む公的部門、民間営利部門といった組織以外によって提供されるケア

あらゆる公的サービスの政策目的は、必然的により広い政治的文脈において発展してきたが、あらゆる領域のすべての目的は、費用効果性という課題に応えるものでなければならなかった。要介護老人に対する公的政策の目的は、次第にコミュニティケア政策における主要改革の一部として言い換えられるようになった。「1990年コミュニティケア法」に先立つ白書『英国コミュニティケア白書』²⁰⁾は、これらの目的を以下のように表現している¹⁶⁾。

- (1) 「人々が在宅やコミュニティの家庭的環境で、できる限り普通の生活が可能ないようにさせること」。
- (2) 「人々が最大限の独立を達成するためのケア、援助の提供、基本的生活技術の獲得、再獲得を通じて、その可能性を完全に達成すべく援助すること」。
- (3) 「どのような生活を望むのか、またそのためにどのような援助を必要とするのかを述べる機会を利用者に提供すること」。

これらの目的は、要介護老人のケアを入所施設よりも在宅で進めるべく、過去30年にわたって表明されてきた考え方の反映である。このコミュニティケア政策は、ナーシングホームでのケアをはじめとする高齢者関連の入所施設ケアを含む。長期病院入院ケアは、もはや好ましい目標とはみなされなくなってきた。この点について、全英ソーシャルワーク研究所(略称、NISW)の指摘は的をえている。

「それは、老年医学の方法と哲学の顕著な特徴であるコミュニティでの継続的ケアという理念への強い思い込みによって支えられている。一体どれほどの高齢者が入所施設ケアを必要とし続けるのかは定かではないが、政策の目標は、この『積極的選択』を実現するところにある」²¹⁾。

1980年代には、入所施設ケアの水準の向上が

強調され、良いケアと実践の水準に関する多くの労作が発表された²²⁾。政府は登録と監査に関する法律によって、民間営利部門の経営する入所施設ケアの成長に対応した。従って、コミュニティケア政策の重要な目的として、要介護老人のケアの質の向上に取り込まれてきた。1990年国民保健サービス法により、地方自治体は公立、民間非営利立、民間営利立の入所施設ケア組織を対象とする監査機関の設置が義務づけられたのである。

コミュニティケア政策の目的を達成するために、重要な改革が国民保健サービスと1990年コミュニティケア法によって推進されることになった。そこでは、地方自治体がケアによって個人のニーズを充足させる主たる機関になるように提示されている。その基本は、購入者コミッショナーと供給者との区別にある。すなわち、地方自治体はサービス提供という基本的役割を担ってきたが、将来においては、個々のケアニーズに関してもっとも適切なサービスの調整者としての役割が、より大きくなるように構想されている。また、公的部門とともに多彩な独立部門の誕生が予測されるし、促進されている。

「政府は、それが費用効果的なケアの選択という範囲内で、地方自治体が可能な限り民間『非営利』、民間営利の供給者のサービスを利用すべきことを期待している」¹⁶⁾。

これは、次のようなロイ・グリフィス卿の主張の反映である。

「公的部門の役割は、基本的にケア供給を保障するところにある。それがどのように提供されるかは、重要ではあるが、それは二義的なものであり、地方自治体は真の価値の実現に責任があることを示さなければならない」⁸⁾。

従って、徐々にコミュニティケア改革は、資源利用の効率性、利用者や患者の一層の選択性、サービス提供者に対する統制を基盤とした福祉の混合経済を奨励する方向に突き進んでいくようになった。これらの考え方は、社会サービス当局の権限付与の役割、サービスの質の保障、サービスの購入と供給との新しい区別、人々のニーズへの対応の仕方に関するものである。最

善の実践に基づくサービス展開という観点から、変化がなされていったのである²³⁾。

保健省は、この領域の新しい試みに予算を投じた。その試みは、ケント大学対人福祉サービス機関によって遂行された。ケント・コミュニティケア計画とゲートシード反復計画の中で、ケアは入所施設の対象となる境界にいる人々を目標にした。この試みにおいては、ソーシャルワーカーはサービス購入のために、入所施設ケア費用の3分の2に相当する予算をもっていた。統制グループは、同計画の高齢者の裕福さを明示した費用と生活の質を含む多様な基準によって、実験グループとともにモニターされた²⁴⁾²⁵⁾。

この実験からの教訓は、次のとおりであった。

「予算内でケアパッケージを統合するケアマネジャーという考え方は、さらによく整備された情報システムを必要とするであろう」²³⁾。

ケアマネジャーの実行力を高めるためには、情報システムの次に資源を必要とする。ロイ・グリフィス卿もこれに言及し、次のような見解を明らかにしている。

「中央でも地方でも、コミュニティケアに責任をもつように期待されている政府はどこにおいても、現時点で整備された情報システムと運営計画を欠いていることは、民間営利部門のほとんどの組織をすみやかで安らかな死に至らしめるであろう」⁸⁾。

保健省は、このような事態を回避するべく、さらなる資源を提供していった。その中で、地方自治体に推薦されるべき完全な構造はないけれども、次のように理解されていった。

「……その実践は重要な事業となろう。……

このような規模の改革、とくに組織的、財政的改革に沿った職員の態度の変化を含む改革は、一夜にしてできるものではない」²³⁾。

こうして、保健省の社会サービス監査に基づく大規模な助言、指導が具体化されるようになったのである。それには、とくに入所施設ケアの文脈における基準の充実、その基準をチェックする監査機関の充実、そして不服手続きの充実が含まれている。これらはすべて、提供されるコミュニティケア・サービスのより一層の改

善を追求する目的から実施されたのである。

支出の総抑制策に沿って政府緊縮財政によってすでに限界にある地方自治体が、はたして財政援助を受けずに、どこまでコミュニティケア・サービスの拡充をはかれるかどうかと疑問をいだく向きもあった。というのは、要介護老人に対するサービスは、児童とその家族に対する法定業務をはじめとする対人福祉サービス予算の一部にすぎないからである。

(B) 地域施設以外で暮らす要介護老人の住宅ニーズ

他の政策と同様、住宅政策にとっての一貫した課題は、要介護老人が在宅で暮らせるようにするという目的をどのように遂行するかにあった。一部の要介護老人は、保護住宅のような特別の住宅あるいは施設を利用しなければならないとしても、「それは、要介護老人のケアニーズのアセスメント後の意思と必要性を第一義的に考えて実施されるべきものである」¹⁶⁾と考えられている。

また、改善された住宅で暮らすために、高齢者への援助と助言を提供するコミュニティの「ケアと改善」計画の重要性は、政府によっても注目されるようになった¹⁶⁾。イングランドとウェールズにおいて、補修と改善のための資産調査をともなう補助と同様、障害者用設備補助制度は、このような目的に資することを意図している。スコットランドでは、高齢者は地方自治体による自由裁量を基盤にして、利用しうる資産調査をともなわない補修、改善補助を申請できるように改められた。

(C) 機能障害やケアのためにかかる費用に対する金銭補助

1988/89年における社会保障支出は、ちょうど5,000億ポンドに届くまでになっていた。低所得や障害のためにもちあがるニーズをできるだけ正確な仕方で充足するという文脈で、地方自治体はできる限り正確に給付するように、給付を「絞る」ことに努めてきた。在宅ケアのための主要な給付である介護給付と障害介護給付は、その障害程度に基づいて給付される。

新規のコミュニティケア政策のもとにおいて、政府は地方自治体に入所施設やナーシングホー

ムの低所得入所者のケアの財源となるであろう社会保障財源を移行しようと計画していた。この改革は、1993年4月より金銭補助を受けようとする者に適用されるようになった。

(D) 家族、友人、近隣などによって提供される要介護老人へのケアと、それらのインフォーマルケアラーに対するサービス、金銭給付による公的支援

英国コミュニティケア白書によって認定された6つの主要目的の中の1つは、「サービス供給者は、介護者に対する現実的支援を優先すること」であった¹⁶⁾。これはロイ・グリフィス卿の以下の主張を反映したものであった。

「公的に提供されるサービスの第1の課題は、介護者ネットワークを支援し、できる限りそれを強化しなければならないことである」⁸⁾。

介護者へのこのような高い優先性が勧告されていたにもかかわらず、1990年コミュニティケア法における実際の援助はほとんどない⁹⁾。介護

者ネットワークのコミュニティケア政策における位置づけは、今後の課題として残されたままである。

小稿の基礎データの多くは、1992年11月2日から4日にかけて、パリのOECD本部で開催されたOECD高齢者介護専門家会議において、イギリスの代表団から示された資料に基づく。同会議に、日本代表として出席された村川浩一先生（当時・厚生省老人福祉専門官、現在・日本社会事業大学助教授）がイギリス代表団からの日本語での公表の承諾を得られた後、吉備国際大学清水隆則助教授と筆者とが共同して訳したものをベースに、加筆修正を行なったものである。それぞれの方々のご好意に謝意を表わしたい。

小稿はまた、平成6年度、7年度にわたる文部省科学研究費補助金の対象となった「保健福祉推進のためのコミュニティケアに関する実験的研究」（課題番号06451042）に基づく研究成果の一部である。

文 献

- 1) Central Statistical Office (1991) *Social Trends 19*, 1991, HMSO, London.
- 2) Department of Health and Social Security and Welsh Office (1978) *A Happy Old Age*, HMSO, London.
- 3) Department of Health and Social Security (1981) *Growing Older, Cmd 8173*, HMSO, London.
- 4) Tinker A (1992) *Elderly People in Modern Society*, HMSO, London.
- 5) Tinker A (1989) *An Evaluation of Very Sheltered Housing*, HMSO, London.
- 6) Tinker A (1984) *Staying at Home: Helping Elderly People*, HMSO, London.
- 7) House of Commons Social Services Committee (1985) HMSO, London.
- 8) Griffiths R (1988) *Community Care: Agenda for Action*, HMSO, London. 小田兼三訳『コミュニティケア：行動のための指針』。海声社、1989年。
- 9) Martin JM & Elliot D (1988) *The Prevention of Disability Among Adults: OPCS Report 1*, HMSO, London.
- 10) Treasury HM (1991) *The Government's Expenditure Plans 1992—1993 to 1994—1995: Department of Health and OPCS Cm 1913*, HMSO, London.
- 11) Sinclair I, Parker R, Leat D & Williams J (1990) *The Kaleidoscope of Care: A Review of Research on Welfare Provision for Elderly People*, HMSO, London.
- 12) Laing W & Bussion A (1990) *Care of Elderly People: The Market for Residential and Nursing Homes*, HMSO, London.
- 13) Scottish Office Social Work Services Group (1991) *Statistical Bulletin 1991*, Government Statistical Office, Edinburgh.
- 14) Audit Commission (1986) *Marking Reality of Community Care*, HMSO, London.

- 15) House of Common Health Committee (1991) *Public Expenditure on Health Matters*, HMSO, London.
- 16) Department of Health (1989) *Caring for People : Community Care in the Next Decade and Beyond Cmnd 849*, HMSO, London. 小田兼三監訳『英国コミュニティケア白書』。中央法規出版, 1991年.
- 17) Fletcher P & Gile D (1991) *The Future of Sheltered Housing*, National Federation of Housing Assosiation.
- 18) Office and Population Censused and Surveys 1988, *General Household Survey 1986*, HMSO, London.
- 19) Hills D (1991) *Cancer Support in the Community*, HMSO, London.
- 20) *Caring fom People—Community Care in the Next Decade and Beyond*. 邦訳 小田兼三, 中央法規出版. 注(6)参照.
- 21) National Institute of Social Work (1988) *The Wagner Report : Report of the Independent Review of Residential Care, Vol. 1—A Postive Choice*, HMSO, London.
- 22) Centre for Policy in Ageing (1984) *Home Life : A Code of Practice*, Centre for Policy on Ageing.
- 23) Department of Health (1991) *Implementing Community Care : Purchaser, Commissioner and Provider Roles*, HMSO, London.
- 24) Challis D & Davis BP (1986) *Case Management in Community Care : An Evaluated Experiment in the Home Care of the Elderly*, Gower.
- 25) Challis D et al (1988) "Community Care for the Frail Elderly : An Urban Experiment", *British Journal of Social Work*, **18**, Supplement, pp13—42.