

コミュニティ・ケアと社会福祉

三 浦 文 夫

I はじめに

わが国において、コミュニティ・ケアという言葉なり考え方は、つい数年前までは一部の精神衛生、社会福祉の研究者たちの間でこそ論議されていたが、この言葉が関係者の間に広く関心を持たれるようになったのは、例の東京都社会福祉審議会の答申、「東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について」の発表以来のことであった。

この答申は東京都社会福祉審議会という公的機関が、今日でも十分に成熟していずに、このため一義的な概念規定を行いがたい用語と発想を大胆に取り入れ、具体的な社会福祉行政の方向を示したという意味できわめて野心的なものであった。すなわちこの答申は、東京都における従来の社会福祉施策の展開をふり返り、それまでの救済的保護的性格をもつ社会福祉から、開発的性格をもつ社会福祉への転換の必要性を訴え、この流れをインスティテューショナル・ケア（施設収容ケア）から、コミュニティ・ケア（居室ケア）への転換として捉えているのである。そしてこの方向に基づいて、児童、老人福祉の分野における施策の充実・強化が明らかにされているのである。

このようにコミュニティ・ケア的発想に基づく社会福祉のあり方が意識的に追求されたのは、わが国にあっては、わずかにここ2～3年のことである。（ただしコミュニティ・ケアに連なる施策の芽は、それ以前からみることにはできる）。これに対して欧米諸国——とくにイギリスあるいは北欧諸国——においてはコミュニティ・ケア的発想は、いくつかの分野ではかなり古くからみられ、今日においては社会福祉の主要な方向とされるにいたっているが、しかしその本格的な施策の展開という

ことになる、その経験はせいぜい10年余ということになり、その意味では今なおコミュニティ・ケアについてはいろいろの試行錯誤が繰り返されているのが現状である。

したがって、これらの国においてもコミュニティ・ケアの具体的な内容、概念については一義的に規定されるほどにはなっていない、コミュニティ・ケアについてはいくつかの概念規定、捉え方が散見できるのである。この故もあって、前記の東京都の答申で、この未定型ともいえるようなコミュニティ・ケアなる概念でもって、新しい社会福祉の方向を示したことは大胆であり、野心的であると評される所以でもある。そしてそのことがまた多くの批判を呼び起こすことにもなっていたのである。もっともこれらの点については、前記答申も、つぎのような断りをしている。「コミュニティ・ケアなる概念をいかに解釈したらよいのか、その導入が東京都における福祉計画を立案するに当り、具体的にどのような効果をもたらすかについて、必ずしも共通の理解に達することができたとはいえない」¹⁾と。

このようにコミュニティ・ケアについては今なおいくつかの曖昧さを残している。しかしそれにもかかわらず、この発想に基づく施策体系の確立は東京都のみならず、わが国全体の社会福祉にとって必要なものであり、70年代の社会福祉の基本的潮流の1つとなるものと目されているのである。こうして中央レベルにおいても、コミュニティ・ケアの問題があらためて取り上げられ、種々検討・審議が行われ、近くその中間報告がなんらかの形で発表されることになっている。

1) 東京都社会福祉審議会『東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について』（昭和44年9月）。

その意味ではコミュニティ・ケアということは、社会福祉の分野において、学者・研究者の議論というだけではなく、現実的な政策策定の段階に入ってきているとみることができるのである。それだけに社会福祉の視点からコミュニティ・ケアということ、あらためて整理し、この具体化のための条件を考えることは、それなりの意味があるように思われる。

この小論ではこのような問題意識の上に立つて、諸外国、とくにコミュニティ・ケアをもっとも古くから取り入れてきているイギリスにおける経験を学びながら、わが国におけるコミュニティ・ケア進展の条件、内容を問題提起という意味で検討することにしたい。

II イギリスにおけるコミュニティ・ケアの展開の素描

1.

コミュニティ・ケアの発展にもっとも力を注いできたのはイギリスであることはよく知られているところである。そしてこの言葉は、1963年の保健省の公にした青書『保健と福祉分野におけるコミュニティ・ケアの進展』²⁾以来、ポピュラーなものとなり、地方公共団体における保健・福祉行政にとって、コミュニティ・ケアの方向での施策の充実を期することが強く要請されるようになっているのである。

しかしこの言葉は、これより以前にも使用され、またその発想にいたっては、それより大分以前にまで遡ることができる。そしてこの発想とこれに基づく施策の展開は、とくに精神衛生の分野において著しいものがあつたようである。

(A) 例えば K. ジョーンズ (Kathleen Jones) は『精神衛生と社会的諸施策』³⁾という書物のなかで、イギリスにおける精神衛生および精神薄弱者対策の展開を論じているが、このなかでコミュニティ・ケアにもとづく施策について随所に言及し

ているが、それによると少くとも 1920 年代に、コミュニティ・ケアに連なる発想は現われているようである。

K. ジョーンズによると、この発想はまず精神薄弱者 (Mental Deficiency) 対策の分野とみることができるようである。

すなわちイギリスでは 1914 年に精神薄弱者法 (The Mental Deficiency Act) が新たに登場し、従来、精神異常、精神病対策とか、救貧行政に混在されていた精神薄弱者対策を独立させ、その体系化を図っていたが、この当時には必ずしも、精神薄弱者に対する予防的見地とか、対象者の権利保護を図るという観点は十分でなく、コミュニティとの連携を保つという点でもはっきりした認識をもつまでにはいたっていなかった。

ついで 1927 年には、同法の改正が行われ、地方公共団体に対して、精神薄弱者のために、それぞれの施設に職業訓練、就職援助等の設備を整備することに努力させると同時に、精神薄弱者をたんに収容施設に保護するだけではなく、コミュニティのなかで処遇する必要を明らかにしているのである。そしてこれに応じて、コミュニティにおいても職業訓練・授産その他の施設・サービスを設ける必要を訴えていたのである。

この改正と前後して、精神薄弱者 (児) 対策の行政機構の調整を図るために、1924 年に G. ニューマン (Sir G. Newman) を長とする合同委員会が設けられ、このなかに通称ウッド委員会という作業委員会が作られている。そしてこの作業委員会は、それまでの精神薄弱者対策の実態を調査・研究し、これに基づいて 1929 年に報告書を公にしている。

この報告は精神薄弱者 (児) 行政の混乱を是正する一方、とくに従来の収容施設に対してきびしい批判を行い、コミュニティにおける対策の強化を訴えているのである。すなわちウッド博士は、従来、精神薄弱者対策の本命と目されていた収容施設 (Asylume) の性格について、「施設は澱んだプールのようなものであってはならず、流れる湖のようなものに改められなければならない」としているのである。すなわち、この指摘は従来の精

2) "Health and Welfare: The Development of Community Care —Plans for the Health and Welfare Services of the Local Authorities in England and Wales." (Cmd 1973 Ministry of Health, 1963 HMSO).

3) K. Jones: *Mental Health and Social Policy*. (1958. Kegan & Paul Ltd.)

神薄弱者施設のもつ終身的隔離主義と、このなかにおける劣等処遇の立場での収容保護的機能が、対象者の治療・回復・訓練等について十分な配慮をもっていなかったことに対する批判でもあったのである。こうしてウッド報告は、収容施設は従来の救貧院的施設であってはならず、学校あるいは病院に近い性格をもつものに改められなければならないと主張しているのである。そしてその施設内容としても、学校、作業場、運動場、診療所等が必要とされ、その機能も対象者の治療、訓練、社会復帰に重点が移されなければならないとされたのである。

なおウッド報告では、収容施設の改革と並行して、地域社会内に精神薄弱者のための病院、宿泊所（ホステル）、特殊学級、産業および職業訓練センター等を配し、精神薄弱者のためのコミュニティ施設あるいはサービスの発展を示唆しているのである。

（B）精神疾患（mental illness）の場合にも同様の動きをこの時期にみることができる。例えば1924年に「精神異常、障害に関する王立委員会」が設置されているが、この委員会報告によると、それまでの精神疾患対策には、根強く隔離主義が残されていること、しかもこの対策が救貧行政と部分的にしる癒着している点を指摘し、これらの克服を訴えているのである。つまり従来の精神病対策にあっては、患者を被救恤窮民（Pauper）かどうかで、まず区分し、被救恤窮民としての精神病患者に対して、収容施設（Asylum）に収容する。そして他方では被救恤窮民以外のものについては、一般病院に入院させるというやり方がとられていたが、これに対して同委員会報告は強く反対し、精神疾患をもつ人々は経済的理由に係わりなく、専門の精神病院を提供し、治療と回復を図ることが必要であるとされているのである。そしてこれと同時に、それまで考慮されることの少かった在宅患者のための外来診療所（out-patient clinic）の建設、整備が強調され、それらと専門病院との連携が確保されなければならないとされたのであった。

この報告の趣旨は、1930年の「精神療法に関

する法律」（The Mental Treatment Act）で具体化されるようになった。

このように1920年代から30年代にかけて、精神薄弱者および精神病患者対策の分野において、従来の施設（収容）中心のあり方についての反省が行われ、そしてこのなかで、まず従来の収容施設（Asylum）の隔離主義的処遇のあり方についての反省と——このことは同時に劣等処遇に対する反省につらなっているが——ついで施設そのものは単なる収容保護を目的とするものではなく、治療・訓練・教育の場として捉えられるようになったのである。そして第2にこれらの対象者処遇は施設（収容）において行われるだけでなく、地域社会においても行われなければならないことが逐次明らかにされ、この立場から地域社会に外来診療所および各種の訓練・教育・施設が設置される必要が主張されたのであった。

私たちはコミュニティ・ケアの発想と具体的施策の展開をこのなかに認めることができるのである。

2.

以上のような精神薄弱者、精神病患者に対する対策は、第2次大戦を経て、戦後に入るや、ますますコミュニティ・ケア的発想を強めてきている。このなかで注目しなければならないのは、ノイローゼに対する対策である。例えば1942年にG. P. ブラッカーを中心とする研究会は、『ノイローゼと精神衛生サービス』（Neurosis and Mental Health Service）という報告書を明らかにしているが、このなかでノイローゼ患者に対する治療として、入院治療の強化を図るだけでなく、地域における治療体制を強化する必要性を主張している。こうしてとくに外来診療所の大幅な設置を勧告すると同時に、各精神病院に最低1名以上の精神衛生ソーシャル・ワーカーの配置が主張された。

1946年の国民保健サービスの登場は、直接的には精神衛生行政の改革とは結びついていないが、しかしながら精神衛生サービスは、総合的保健サービスの一環に組み込まれ、国民保健サービスを管轄する保健省が、同時に精神衛生サービス

の管轄を行うこととされている。ただこれと同時に精神障害者を含む在宅患者に対する予防、治療、アフター・ケア等のサービスについて、地方公共団体が権限をもつものとされたのである。

しかしながら、実際にはこれら地域社会における精神薄弱者および障害者に対する施設・サービスは十分には展開せず、若干の地方公共団体において、精神障害者の外来診療所の増設が行われ、わずかにデイ・ホスピタル、ナイト・ホスピタル、デイ・ケア・センターその他の施設が試験的に設けられたりしていたにすぎない。

ところで他方では、精神病に対する治療方法の変化がコミュニティ・ケアの発展を促す重要な条件となったことは記憶されなければならない。すなわち電気衝撃療法等の物理療法に加えて、戦後新しく開発されたインシュリン、トランクライザー、その他の薬物療法の進歩等がそれである。これらの療法は精神病者の入院期間を大幅に減少させ、在宅治療の機会を増大させた。このため従来であれば入院ケアを必要とされた患者の早期退院と在宅治療の期間を増大させ、これらに対する治療体制、サービスを必要とするようになった。

こうして今までのように、精神障害者は病院で、回復者は家庭でというような区分は必ずしも簡単にはゆかず、「全快ではないが、症状が消えたということで快癒のレッテルをはられ、病院から退院させられる例」⁴⁾が多くなりはじめていったのである。このために一方では、従来の精神病院にみられた「錠つきドア、仮退院制度 (Parole)、患者活動の制限、看守的看護人の役割の変化等が生み出され、閉鎖的な精神病院から開放的な精神病院への移行がはじまったのである。そしてこれらの病院内において、作業療法をはじめ多くの技術が開発され、治療、社会復帰に結びついたプログラムがあちこちで採用されるようになったのである。「治療的コミュニティ」(Therapeutic Community)という考え方はこのなかから生れている。すなわち精神疾患の治療に対して、小規模ではあるが可能なかぎり外的社会のマイクロコスモスとい

ったなかで、精神病者を「社会生活」に順応させながら、治療を行うということになるのである。したがってこの方向は、施設・病院そのもののあり方を根本的に変えることにつながっていったのである。

これに対して他方では、精神病院から早期に退院し、継続治療を地域社会 (在宅) において必要とする人々に対する治療・看護体系と、リハビリテーションのシステムが改めて必要とされるようになったのである。こうして外来診療所の拡充・整備に加えて、精神病院の一部にナイト・ホスピタルの機能をもつものが現われ、さらに日中は病院で治療・訓練を受け、夜は自宅で過すといったデイ・ホスピタル等を発展させることになったのである。この他リハビリテーションに着目したデイ・ケア・センター、授産・職業訓練等を行うシェルトード・ワーク・ハウス、ハーフ・ウェイ・ハウス等が必要とされるようになったのである。

こうした動きは1952年の中央保健サービス審議会に取り上げられ、その報告では、精神衛生、結核、母子衛生、老人病等の分野では、治療とアフター・ケアの区分は必ずしも明確にされにくく、とくに精神衛生の分野において、治療とアフター・ケアの協力関係を保つための体系が決定的に重要であるとされたのである。

この考え方は1959年の精神衛生法において、さらに発展させられ、具体化されることになった。すなわちこの法律は、それまであった「精神異常 (Lunacy)」に関する法律、「精神療法に関する法律」、精神薄弱者に関する対策等を廃止して、この法律に統合し、精神病院の入退所の基準を定め、精神障害者 (mental disorder) の内容に応じた治療および処遇を行うこと等が定められている。そしてとくに精神病院における治療とは別に、収容ホーム、ナーシング・ホーム、保護治療 (guardianship)、アフター・ケアの対策を明らかにしたりしているのである。

そしてこの法律に基づいて、保健省は地方公共団体に対して、精神障害者の予防、精神病院からの退院者に対するアフター・ケア、また患者が居宅において継続治療の必要があるときに与えられ

4) R. Titmuss: 'Community Care: Fact or Fiction?' ("Commitment to Welfare" 1969.)

る訪問サービスを含め各種の地域サービスを用意することを訴えたのであった。

また 1962 年には、保健省は国民保健サービスの充実を図るために、「イングランドとウェルズ地方における病院計画」⁵⁾を公表した。この計画は「10～15 年を目標にして、病院の建物およびサービスの近代化を図ることを目的とした」ものであるが、その特徴の 1 つは、「病院だけを取り扱ったり、コミュニティにおける保健や福祉から別箇のものとして、その発展を図ろうとするものではなく、反対に、その計画は、コミュニティにおける予防ならびに治療サービスの予期された発展と相互補足的な関係にあること」が明らかにされたのであった。

そしてこの計画と並んで前記の 1963 年に『保健と福祉：コミュニティ・ケアの開発』(*Health and Welfare: The Development of Community Care*)という青書が保健省から発表され、病院計画を補完するものとして、コミュニティ・ケアの計画が具体的に打ち出されたのである。この計画は母子、老人、身体障害、その他コミュニティ・ケアを必要とする特定グループと並んで、精神障害者についても一章を割いている。

そして精神障害者の多くが、病院ケアから居宅ケアに移り、コミュニティ・サービスをますます必要とするとして、次のように述べている。「精神障害者に対するコミュニティ・サービスの目的は、彼らの能力の許す範囲で、できるだけノーマルな生活をできるように援助することにある。適切な援助と訓練が行われるならば、重度の障害者ですら、独立しうる例もありうるのである。コミュニティ・サービスの多くは対象者のすべての生活分野にわたって援助するところにあるが、その目標は患者 1 人 1 人のもっている潜在能力を開発・発展させる機会をとことんまで与えることである。その意味で精神衛生サービスというのは、通常の生活場面や、家庭や、労働の場において援助を与えるということになる」。

こうして地方公共団体に対して、対象に応じた

収容施設、精神薄弱者のための訓練センター、精神病者のための訓練、職業施設等を地域社会に配置し、これに必要なソーシャル・ワーカーその他の職員の養成と確保の計画を打ち出したのである。

上記のコミュニティ・ケアの開発計画は、さらに 1966 年に改訂され、より詳細な計画が打ち出されている⁶⁾。この改訂版ではコミュニティ・サービスのねらいは「家庭における健康と福祉を維持するための予防的なものであるとともに、施設ケアの必要を回避乃至延期させたり、アフター・ケアまたは退院後に病状がより悪化することを防ぐために、家庭外の援助サービスも与えることにある」としてヘルスビジター、助産婦、ホーム・ナース、ホーム・ヘルパー、ソーシャル・ワーカー、母子福祉診療所、精神薄弱および障害者のためセンター、高齢者のデイ・センター等の開発・整備を具体的に訴えているのである。

このように精神衛生分野におけるコミュニティ・ケアは戦後、とくに、1959 年の精神衛生法、62 年の病院計画、そして 63 年の『コミュニティ・ケアの開発』、同 66 年の改訂版等を経て、イギリスでは次第に地方公共団体の責任とされるようになっていったのである。

3.

上述したように、イギリスにおけるコミュニティ・ケアの展開は、精神衛生分野において典型的な形でみることができたが、同様の発想は社会福祉の分野においても認めることができるのである。

例えば児童福祉の分野においては、要保護児童を単なる養護施設に収容するだけでなく、彼らに教育・訓練を与え、その成長・発展を図るということは戦前においても認めることのできる考え方であった。この種の発想はすでに、1908 年の児童法 (Children Act)、33 年の児童・青少年法 (Children and Young Persons Act) 等に認められるが、この点とはともあれ、児童福祉におけるコミュニテ

5) *A Hospital Plan for England and Wales*. (Cmd 1604) HMSO 1962.

6) *Health and Welfare: The Development of Community Care, revision to 1975/76 of local authority health and welfare services plan* (Ministry of Health, 1966. Cmd 3022, HMSO).

ィ・ケアに根差す施策は戦後において、より顕著な発展を遂げるようになった。

例えばよく知られているカーティス委員会報告もその1つである。すなわち1945年、政府はカーティスを長とする委員会 (Cirtis Committee) を設けたが、これによると施設収容保護が児童の養育に数多くの欠陥を与えることが明らかにされた。こうして養護施設は可能なかぎり家庭的なもので、かつ、教育的なものに改められる必要が指摘される一方、里親委託による養育が施設保護に優先して与えられる必要が主張されているのである。

これと同時に1948年の改正児童法に引き続いて、児童福祉分野における予防活動の重視も、児童福祉のコミュニティ・ケアの展開に連なっているようである。この点について、R. A. B. リーパーは、とくにイングレビー報告 (Ingleby Report) を挙げ、地方公共団体は必要に応じて、要収容児童を減少させるために、崩壊家族に介入し、さらに児童を可能なかぎり家族と一緒に、あるいは、地域社会のなかで処遇する必要が確認されたとしている⁷⁾。こうした家庭およびコミュニティにおいて要保護児童を処遇するためのサービス、要員、施設の整備と配置に対する地方公共団体の責務がますます重要視されるようになってきているのである。

同じ傾向は老人福祉の分野においても認めることができる。すなわち戦前においても従来の救貧院的養老施設のあり方についての反省が行われている。そしてその結果一方では救貧院から老人ホーム (residential home) への脱皮が行われ、他方では居宅老人に対するサービスが重視されるようになっていたのである。

とくに老人処遇における居宅処遇原則は、戦後の老人福祉対策の基調とされ、この路線に基づいて、コミュニティ・ケアの展開が図られたのであった。この居宅原則というのは「老人の最良の場は、老人に必要なが生じたときに、それにふさわしい居宅サービスの援助が期待できる条件をもった老人自身の家庭である」ということであり、この

原則に基づいて各種のコミュニティ・サービスが行われることになったのである⁸⁾。

この方向はとくに上記の保健省の1963年の『コミュニティ・ケアの開発』という青書において、よりはっきりした方向を取るようになったのである。この青書は心身障害者、母子の他にとくに高齢者のために一章を設け、今後20年の高齢人口の推移を予測し、これに対する対策として、コミュニティ・ケアの開発を強調しているのである。

すなわち、そこではイングランドおよびウェールズにおいては75歳以上の後期高齢人口が急速に増え、しかもそのうち女子で寡婦の人々が増加すること、またこれらの人口の変化は各地方ごとに異なること等が明らかにされているのである。したがって後期高齢者の場合、心身機能の減退がとくに進み、要介護者が増大することになり、しかも寡婦でひとり暮らしの人々が増えるために、老人福祉サービスはとくに重視されなければならないことが明らかになる。従来これらの老人はナーシング・ホームを含む収容施設の提供という対策が考えられていたが、急速に増大するこれらの人々に対して財政的にみても収容施設のみでは決して対応できなくなるといふことのみならず、上記の老人処遇の原則に徴してみると、より居宅ケアを可能にする条件設定が必要とされるようになる。こうして地方公共団体は、これらの人々の居宅ケアを可能ならしめるために、高齢者のための住宅の提供、老人ホーム (residential accomodation)、給食サービス、ホーム・ヘルパー、訪問看護サービス、各種の相談サービス (友愛訪問、老人クラブによる訪問活動等)、カイロポディ・サービス等の充実が義務的業務として打ち出されたのである。

そして1966年には、この青書は修正され、あらためてコミュニティ・ケアの発展を促進することが求められているのである。このようにイギリスにおいては、コミュニティ・ケアは今日の社会福祉にとっては、基本的な潮流とされるにいたっているのであるが、その点の定着は未だ若干の時日を要するようである。

7) R. A. B. Leaper: "Community Work". (NCSS. 1968)

8) P. Townsend etc.: "The Aged in Welfare State" 1968

以上、大雑把にイギリスにおけるコミュニティ・ケアの最近の動向をみてきたが、このなかから明らかにいえることは、コミュニティ・ケアは今日における保健・福祉分野における基調の1つとなっているということである。このようになるまでにいたった経緯は上記した通りであるが、それらを要約して、R. A. B. Leaper は、次の4つの理由を挙げている。

その第1点は障害をもちながらもコミュニティにおいて通常の生活を行おうとする場合、施設ケアはより有害であることが多いということについての認識が高まったこと、第2に障害をもつ人々が、自らの家庭生活、職業生活を行おうとする場合に、コミュニティがこれらの人々を受け入れ、若干の援助を与えることができれば、他人の世話にならずに生活することができるという認識の増大、第3に医学的技術あるいは福祉面の処遇技術の進歩によって、病気になる人は障害をもつ人々を長く病院、施設に入院、収容する必要がなくなったということ。そして最後に第4点として現在の要員不足あるいは財源不足のなかで、施設におけるケアに頼るよりも、コミュニティ・ケアの場合がより効率的であるという事情等が、コミュニティ・ケアを一般的なものにした理由としているのである⁹⁾。

III コミュニティ・ケアの概念と その内容

1.

以上、ごく大雑把に、イギリスを例にとって、コミュニティ・ケアの展開を振り返ってみたが、本格的にそれが社会福祉の分野において展開されるようになったのは、ほんにここ10年前後のことであることが理解できた。このためにコミュニティ・ケアは未だ多くの試行錯誤を重ねているのであって、その概念も必ずしも十分に固まっているとはいえないようである。この点は後記するようにイギリス保健省のコミュニティ・ケアに関する青書の1962年版と1966年版にみられるように、予防活動をこのなかを含めるかどうかという

点でも問題は残されているようである。

このようにコミュニティ・ケアの本家と目されるイギリスにおいてもそうであるだけに、コミュニティ・ケアを新たに導入しようとするわが国において、この概念ないし内容をめぐって、若干の意見の相異があることは、ある意味では余儀ないことかもしれない。例えば冒頭に紹介した東京都社会福祉審議会の答申をみても、児童福祉の部分と老人福祉の部分では、コミュニティ・ケアの解釈に若干の相違があるようである¹⁰⁾。

これらの相違をいくつかに分けてみると、まず、コミュニティ・ケアをインスティテューショナル・ケアに対比して捉える考え方である。これは上記の東京都社会福祉審議会の基本的な考え方(児童福祉の部分はやや異なる)のようである。すなわちそこではコミュニティ・ケアには統一した規定はないとしながら、暫定的に「社会福祉の対象となる人々の処遇を、なるべく施設のなかでよりは、地域のなかで行おうとする。施設は生活の場として、やはり特殊な場である。そこでの生活が処遇上の多くの工夫にもかかわらず、ある人にとって望ましくないことは否定できない。そこで、もし、必要な手段を整え、彼を地域で生活させることができるなら、そうする方がよい。それがコミュニティ・ケアである」¹¹⁾と述べているのである。

このようなコミュニティ・ケアを限定して理解するのは、前述した通り、それが精神衛生の分野において、施設あるいは病院ケアに対して、居宅ケアを原則とする方向で発展した事情とか、あるいは、イギリスのコミュニティ・ケアの青書において、病院においてのみ治療を必要とするもの以外の人々を、コミュニティにおいてケアをすると規定していること等を考え合わせてみると、決して誤った解釈とはいいいがたいものがある。換言するとコミュニティ・ケアを治療ないしは福祉的ケアのレベルで捉え、治療なり福祉的ケアなりの概念なり、内容なりが質的に変らないという前提で

10) この点について、拙稿「コミュニティ・ケアの発想の意味するもの I, II」(東京都民生局『福祉研修』1970. 1および3月)で若干の批判を行っている。

11) 東京都社会福祉審議会、上掲答申、序章。

9) R. A. B. Leaper: *ibid.*

考えるかぎり、施設（病院）におけるケアに対して、居宅におけるケアを区分することは十分に積極的な意味をもつ。

しかし他方ではコミュニティ・ケアをインスティテューショナル・ケア（施設ケア）に対置するものとして限定する場合、普通いわれる居宅サービス（Domestic Services）とか居宅保護等の系譜とどのように異なるかということが反論として出されてくる。とくにこの問題は社会事業あるいは社会福祉にとっては、古くから対象者処遇の2つの方法——収容保護と居宅保護——をめぐる論議と同じ意味合いしかもたないのではないかという懸念も生ずる。この点について岡村重夫氏は、次のように述べている。

「コミュニティ・ケアの特徴を単に保護対象者を地域社会にとどめて保護する点にあるとする限りでは、それは在来の“居宅保護”ないしは“在宅者サービス”と同じものであって、特にとり立てて新しい用語を使う必要はない」¹²⁾と。

この指摘は同感である。それに加えて前述のイギリスの例をみて理解できるように、コミュニティ・ケアは、病院あるいは施設における対象者の治療・処遇の変化に原流をもち、その発展形態としてコミュニティにおける治療、福祉的ケアが生み出されたという場合に、その内容なり考え方の変化と密接に絡み合っていることを知った。例えば慢性的疾患あるいは精神障害等をみると、治療というのは一体どこからどこまでであるのか、あるいは福祉的ケアといっても、単なる対症療法的なケアではなく、その人々のもつ能力を回復させたり、あるいは開発させたりするケアをも含むとすると、施設ケアと居宅ケアの区別はますますむずかしいものになっていくのである。

その意味で収容施設は、単に隔離ないし収容保護のための施設ということではなく、治療・教育・訓練・リハビリテーション等、対象者の社会的適応と1人1人の能力の維持、開発の場とされるようになっていく。このなかで施設の機能の変化が起り、それは residential accomodation（居住施設）と治療・教育・訓練・リハビリテーション等

の機能別施設に再編されていかざるをえない。これに加えてこれらの機能別施設は、必ずしも収容ではなく、利用ないし通院施設化することにより、コミュニティ・ケアに連なる施設体系に再編されていくのである。その意味では residential accomodation としての施設も、あるいは機能別に分化した施設も、ともにコミュニティ・ケアの施設となりうるのである。

このように考えると、コミュニティ・ケアを単にインスティテューショナル・ケアに対置するものと捉えることは、やや狭きに失するといわなければならないようである。むしろ従来の収容施設におけるケアが基本的に変化し、コミュニティ・ケアを生み出し、かつ、その重要な構成要素の1つになると考えた方が妥当のようにも思われる。その意味では例のイギリス保健省の青書が、コミュニティにおけるケアを説明し、とくに病院以外の「家庭、各種センター、居住施設（residential accomodation）等におけるケア」とした理由も理解することができるのである。

このように考えると、コミュニティ・ケアとは対象者をコミュニティのなかで処遇（治療・教育・訓練・リハビリテーション等の措置を含む）し、対象者のニーズに応え、その能力を維持・回復・開発するための施設、中間諸施設（センター）、居宅におけるケアの体系をみることができるのである。

なおこれに蛇足を加えておくと、コミュニティ・ケアのもとにおいて、収容施設におけるケアは全面的に否定されるべきではなく、その対象者あるいは機能・施設・設備等について基本的な変化を前提としながら、コミュニティ・ケアに連なる施設として再編され、それなりの役割を果たすことが期待されているのである。この点を繰り返し強調するのは、ともするとコミュニティ・ケアを居宅ケアと考えるあまり、このなかでの施設ケアの役割が軽視される傾向があるからである。

しかしコミュニティ・ケアのもとでも施設ケアは必要なものである。この点についてイギリスの全国ソーシャル・サービス協議会は施設ケアを、教育を必要とする特定の障害児、集中的なリハビリテーションを必要とする人々、慢性的疾患で常

12) 岡村重夫『地域福祉研究』p. 4.（柴田書店、1970）

時ケアを必要とする人、重度の精神障害者でケアを必要とするもの、介護を要する高齢者にとって欠くことのできないものとし、「これらの人々のニーズを充足するためには、これらの施設はより広くコミュニティとの結びつきを強めるべきである」¹³⁾と指摘しているのである。

わが国においても、コミュニティ・ケアを考える場合、この点は忘れることはできないように思われる。

2.

コミュニティ・ケアの概念をめぐるもう1つの厄介な問題は、それは専門的ソーシャル・ワークの過程として捉えるか、それともボランティアの活動をもそのうちに含めるかどうかということである。例えば上記の岡村氏も引用しているが、国連のコミュニティ・デベロップメントに関するセミナーで、コミュニティ・ケアについて、次のような性格づけを行っている。

「コミュニティ・ケアは、一方において政府機関と民間社会福祉機関との間の密接な協力、他方においては個人、家族、民間の諸団体との密接な共同についての新しい基礎を必要とする。かかる密接な各方面の協同によってのみ、いきいきとしたすべてのサービスの提供が可能になる」¹⁴⁾と。

ところでコミュニティ・ケアの実践主体（実施機関）は公であるか、それとも民間であるかはここでは差し当り問題ではなく、この両者の協力・調整が不可欠なことはいうまでもない。しかしコミュニティ・ケアの援助過程のなかに、専門職ないしは専門職群の他に、ボランティアあるいは一般の人々が直接的に参加しうるかどうかは十分に検討されなければならない。よくコミュニティ・ケアについて、地域住民による対象者の処遇というような解釈を聞くことがあるが、コミュニティ・ケアの展開の経験からいえることは、コミュニティ・ケアの実施ないし実践主体の中核は、あくまでも医師であり、専門的ソーシャル・ワーカー

であるのである。

例えば、この点について1963年のイギリス保健省の青書は「保健・福祉サービスと結びつくコミュニティ・ケアは、とくに一般医（general practitioner）によって指導される医療と不可分の関係をもつ」¹⁵⁾といている。すなわちコミュニティ・ケアは専門医による治療・看護とまではいかににしても、医師の指導が中核となっているのであり、これに各種の専門家集団がチームで協力することを欠くことはできないのである。

このことはもともとコミュニティ・ケアが病院・施設での対象者の治療・処遇の変化を原流としていたということからも当然いえることであり、その意味では通常いわれるコミュニティ・サービスとかコミュニティ・ワークとは区別されておかなければならない。

しかしそのこととコミュニティ・ケアにおけるボランティア、地域住民の協力あるいは参加の問題は別である。むしろコミュニティ・ケアを成立・成功させるための条件としてボランティア・地域住民との係りは重要である。というのはたとえ居宅において対象者を処遇するにしても、彼らを取り巻く家族・近隣・地域社会の人々が、これらの人々を偏見なく、コミュニティの一員として受け入れることがなければ、決して居宅ケアは発展しえないからである。

すでに述べてきたようにコミュニティ・ケアの原型をなした精神衛生分野の経験に徴してみると、精神障害者を病院で治療し、さらに退院させ、居宅における治療を続けたり、社会復帰を含めて社会的適応のための努力を続ける場合に、これらの患者を拒否する地域社会的状況のもとでは、決してこれらの試みは成功しえないし、さらに病状を悪化させ、再入院のケースも多くみられるのである。その意味では地域住民のこれら患者に対する態度の変容は不可欠の条件なのである。

同様の問題は他の障害者、老人、その他の分野についてもいうことができるのである。この点を岡村教授も「コミュニティ・ケアの概念にとって、むしろ問題なのは、患者ではなくて、地域社会の

13) British National Council of Social Service: "Community and Social Change" p. 50. (NCSS, 1963).

14) UN: *European Seminar on Community Development and Social Welfare in Urban Areas*, 1959. p. 36.

15) Ministry of Health. Cmnd. 1973, p. 2.

一般住民に対する働きかけの成否なのである」¹⁶⁾と指摘し、続けて次のようにも述べている。「地域社会から孤立し、疎外された老人や心身障害者を、地域社会のなかに再統合させ、その一員としての役割を果たせる援助は、かれらに対するケース・ワーク的接近ではなくして、むしろかれらを取りまく一般の住民に対するオーガニゼーション・ワーク接近でなければならない。つまり地域住民の自発的協同と積極的な参加による“福祉共同社会づくり”とでもいうような組織化活動こそが不可欠の条件となるのである」¹⁶⁾と。

この指摘は賛成である。ただそのことはこのような地域住民に対するオーガニゼーション・ワークが直ちにコミュニティ・ケアの具体的内容として取り入れられるということではない。むしろこれらの活動は、社会福祉あるいは地域福祉の一般的活動のなかで、コミュニティ・ケアと結びつく努力が中心に行われるべきであって、これらの活動がコミュニティ・ケアの前提ないしは条件として行われる必要があるとみることができるのである。

ところで、このような地域住民の態度の変容に直接に結びつくものとして、保健・福祉の教育活動の重要性は忘れることはできない。例えばイギリスの保健省の例の青書においても、あるいは全国ソーシャル・サービス協議会の報告書においても、このことは繰り返し指摘されているところである。すなわち全国ソーシャル・サービス協議会の報告では、「コミュニティ・ケアは、あらゆる種類の障害者に対する態度についての社会教育(public education)が前提となる」¹⁷⁾と述べられているのである。

この点もわが国においてコミュニティ・ケアを成立させ、成功させるための前提条件として、格別に注意をしておく必要があるように思われる。

3.

最後にコミュニティ・ケアの概念・内容を考える場合に、予防的活動をそのなかに含めるかどうか

かについて一言しておかなければならない。いうまでもなく保健・福祉活動の第一義的努力は、疾病、障害、要ニード状況を生み出さないことである。その意味では予防活動は、コミュニティ・ケアの前提でなければならない。

ところでコミュニティ・ケアの内容に予防的活動を含めるという考えもないわけではない。既述したようにイギリスでも、児童・青少年法の制定にあたり、非行防止のために崩壊家族の防止にソーシャル・ワーカーが直接的に介入することにより、コミュニティ・ケア的施策と結びつけようとしたり、あるいは1966年のイギリス保健省の青書において、次のように述べられたりしている。

「コミュニティ・ケアの諸サービスの第1のねらいは、居宅において健康と福祉を維持するための予防活動を行うと同時に、老人ホームへの収容ケアを極力少くし、あるいは施設へ入所する機会をできるだけ遅らせたり、さらに治療後ないし退院後に対象者の状況が悪化しないように、必要な諸サービスを家族以外の場で提供することにある」¹⁸⁾と規定しているのである。

この規定で注意しなければならないのは予防活動をコミュニティ・ケアの一環に組み入れていることである。それに対して63年の青書においては、「保健・福祉サービスの第1の目標は健康と福祉(well-being)を増進し、予防的諸方策によって、疾病および障害を予め制することにある。しかしそれにもかかわらず疾病・障害が起こった場合に、病院においてのみ治療・処置を必要とする以外の人々を、コミュニティにおいてケアをすることにある。この際コミュニティにおいてというのは、家庭、センター、そして必要に応じて収容施設(residential accommodation)等を含む」とされ、コミュニティ・ケアから予防活動は除外しているのであるが、1966年の改訂版で予防活動をもコミュニティ・ケアに含めているのは上記した通りである。

すなわちコミュニティ・ケアの概念は、障害・病気をもつ人々に対する病院以外のコミュニティにおけるケアということだけではなく、障害予

16) 岡村重夫：前掲書，p. 7.

17) NCSS: *ibid.*, p. 46.

18) Ministry of Health, Cmnd 3022, 1966.

防、疾病予防という活動をこのなかに含めることにより、一般的な地域における保健・福祉活動との関連をもつようになることもみることができるのである。

しかし66年の青書はこのようにコミュニティ・ケアに予防活動を含めることによって、コミュニティ・ケアの概念を拡大する方向を示しながら、必ずしもその具体的内容では十分にこのための施策・サービスを提示していない。むしろ具体的には、コミュニティ・ケアの条件としての保健・福祉教育の強化という方向で言及し、コミュニティ・ケアの対象となるべきものは、63年と同じように、短期的あるいは慢性的障害・疾患を有するものとし、これらの人々の社会的適応を促進するために、コミュニティの理解と協力が不可欠であるとしているのである。したがってコミュニティ・ケアに直ちに予防活動を含めるというよりは、考え方としては63年と同じく、予防活動をコミュニティ・ケアの前提とし、そしてそれとの関連で、コミュニティ・ケアを可能にする条件の1つとして、コミュニティにおける保健・福祉教育を強化し、人々の態度と意識の変化を期待するということ考えていると解することができるのである。

ただここで指摘しておきたいことは、予防活動をコミュニティ・ケアに含めるかどうかで、今後の課題とするにしても、少なくともコミュニティ・ケアの前提として、この予防活動は不可欠の条件となっていることである。その意味でも、わが国のコミュニティ・ケアの発展を図るために、これら予防活動が、保健・福祉分野で十分に展開されていなければならないことを知ることができるのである。

む す び

以上、コミュニティ・ケアの展開とその概念を簡単にみてきたが、とくにここで強調しておきたいことは、コミュニティ・ケアの概念と内容である。すなわち、私見としてはコミュニティ・ケア

をインスティテューショナル・ケアに対置する概念として、限定することについては、必ずしも賛成できないが、さりとてコミュニティ・サービスあるいは地域福祉活動に拡大し、解消することについても、また同意するわけにはいかないように思う。つまりコミュニティ・ケアは、社会福祉にとっては、専門的ソーシャル・ワークの発展として位置づけながらも、その内容としては、施設(収容)、中間施設、居宅におけるケアを含むより高次なものとして考える一方、このコミュニティ・ケアを成立させる前提ないし必要条件として、予防的活動あるいは地域組織化事業を捉える必要があるように思われる。

もちろん、コミュニティ・ケアは、この面で先進国とされるイギリスにおいても、理念としてはその重要性は認めながら、その現実の展開ということでは、今なおそれは「フィクションか事実か」(R・ティトマス)とか、あるいはP・ウィルモットによると「あらゆるところで、コミュニティ・ケアは、現在、実際的な現実態というよりは、人間の理想に近いものである」¹⁹⁾等といわれるように、試験的、試行錯誤的域を脱するまでにはいたっていないのである。

その意味で新たにコミュニティ・ケアの発想に基づく社会福祉は、わが国において必要とされていることは疑いえないにしても、その現実的展開には、今なお数多くの究明すべき問題が残されているのである。したがってその概念についても、私見をまじえた仮の規定にすぎない。しかし、今後のコミュニティ・ケアの現実化のためのプランニングのために、このような仮説的枠組は欠くことのできないものとなろう。

そしてその上に立って、コミュニティ・ケアの施設体系、サービス、そして人的配置の体系を考えることが可能になるものと思われる。これらの具体的問題については、紙幅の関係で割愛し、別の機会に検討したいと思う。

19) P. Willmott: *Consumer's Guide to the British Social Services* (Penguin, 1967)