

イギリスにおける社会福祉の最近の動向

——精神薄弱者のためのコミュニティ・ケアの現状——

浜 野 一 郎

はじめに

筆者の与えられたテーマ「イギリスにおける社会福祉の最近の動向」を全体の分野にわたって概観する能力はない。本稿では、テーマを精神薄弱者処遇の動向、それも社会サービス局の範囲に限定して、責任の一端をはたしたいと思っている。

イギリスにおいてコミュニティ・ケアということばがつかわれるとき、その意味は、社会福祉行政サービスが、たえずそれを志向して追求されるべき目標概念ないしは政策概念として用いられているように思われる¹⁾。すなわち、「収容施設から対象者を解放し」(その意味で施設は居住施設ではなく、治療施設としてその目的を純化しなくてはならない)「人々を出来る限り家庭で独立した生活を送ることができることを可能にする」コミュニティ・ケア・サービスを展開しなければならないというわけである²⁾。このような意味でのコミュニ

ティ・ケアを主導するのは行政である。イギリスの社会福祉行政の歴史的展開過程に即していえば、コミュニティケア即行政サービスといっても過言ではないのではなかろうか。このような行政サービスがどのようにして生じ、いかなる結果をうみ、いわゆる「コミュニティ・ケア」という状況にどのような問題を提起しているのか。精神薄弱者処遇の分野を例にとりながら、この課題を追求してみたいというのが本稿のテーマである。

精神薄弱者処遇における コミュニティ・ケアの展開

ある論者はコミュニティ・ケアに言及してその現実態としての内容を *care in the community* (地域での処遇) と *care by the community* (地域住民による処遇) とに区別して精神薄弱者サービスの展開を把握する操作概念としている³⁾。事例で説明しているだけで別段定義を与えているわけではないが、前者は対象者が家庭に放置されているだけで地域社会から何の援助も受けていない状態、後者は対象者が家族のなかで生活しながら、親族や友人によってサポートされている状態を意味しているようである。論者は後者をも決して肯定的に述べているわけではなく、コミュニティ・ケアという概念を、このような状態を前提にして公的なサービスが進展しはじめる過程として、歴史叙述をはじめている。

1959 年精神衛生法以前

本稿でイギリスにおける精神薄弱者処遇の歴史をたどることは、それが必要である限りの範囲内

1) 換言すれば社会福祉立法の理念ともいえるものであって、代表例をあげれば Children and Young Person's Act 1963. Mental Health Act. 1959. Children and Young Person's Act 1969. Chronically Sick and Disabled Person's Act 1970 などがそれぞれの対象を地域で処遇すべき地方当局の義務を定めている。

2) 「施設処遇から地域での処遇へ」という合言葉はイギリスではわれわれの想像以上に、ある種の情熱をもって語られているように思われる。施設処遇の原型が前世紀に端を発する workhouse, assylum, prison にあることはいうまでもないが、当時それらが、トーリーの革命への恐怖、ウィッグの貧民処遇へのある種の情熱によってささえられ、その反動が今日客観性を欠くほどの「ホスピタル」憎悪となってあらわれており、そのようななかで「施設」の正しい位置付けが必要であることを指摘するものとして、Kathleen Jones "The Development of Institutional Care" (E. Butterworth, R. Holman ed., "Social welfare in Modern Britain", 1975 所収) を参照。

3) Michael Bayley, "Mental Handicap and Community Care", 1973. pp. 1-2.

に最少限度にとどめなくてはならない。ただコミュニティ・ケア概念のイギリスでの意味あいを明確にするために以下簡単に触れておこう。児童関係立法と同様、精神衛生関係立法においてもコミュニティ・ケア施策は度重なる法改正によって具体化されて来ているからである。

精神薄弱者が精神障害者 (lunacy) から分離されてはじめて処遇の対象とされたのは 1886 年の The Idiots Act である。その後 1890 年 The Lunacy Act には対象として idiot, imbecile もカテゴリーとして含まれていたのが 1886 年法が分離処遇に大きな影響をもったとはいえないが、1913 年 The Mental Deficiency Act にいたって分離がはたされた(この法律は対象を idiots, imbecile, feeble-minded person, moral defectives とした)。処遇の方法に関しては、この法律は収容施設を中心として、その他「安全な場所」での処遇が骨子であり、社会からの隔離が、背景にある思想となっていたといわれる。しかしそれにつづく十数年の間に考え方の転換がなされた。まず特殊教育の側面で 1914 年, Elementary Education (Defective and Epileptic children) Act., 1921 年 Education Act, が制定され、「教育可能な」精神薄弱児に対する教育への道が開かれた。1927 年の Mental Deficiency Act では収容施設への隔離の反省が見られ、施設に限らず対象者に必要なサービスの展開、彼の将

来の福祉の配慮が目標とされるようになった。

1930 年代を通じて、いわゆるコミュニティ・ケア・サービスが実施に移されていく。たとえば、1934 年に 9 つのホステル、191 の職業訓練センターが実施に移されたとされる。しかし、このコミュニティ・ケアの思想が、よりシステムティックに展開されるのは、1946 年の National Health Service Act による行政再編成を経たのち、1954～7 年の「精神病者及び精神欠陥者に関する王立委員会」(The Royal Commission on Mental Illness and Mental Deficiency) の報告においてであった。この報告にもとづいて 1959 年 Mental Health Act が制定され、コミュニティ・ケアが法上の理念として明確に位置付けられるのである。

1959 年精神衛生法とそれ以後

1959 年精神衛生法はその対象を「精神障害」(Mental Disorder) とし、①精神病②精神発達の遅滞、または不完全な状態③精神病質④その他の精神の障害または不完全、としている。精神薄弱は②に該当し、それらはさらに、(1)重度精神薄弱 (severe subnormality) (2)精神薄弱者 (subnormality) にわけられる⁴⁾。

中央所轄官庁は保健大臣 (The Ministry of Health) とされ、これまでの監督委員会 (Board of Control) は廃止された。地方では地方保健当局

4) ここで重度 (severe) というのは通例の範囲とは異なるカテゴリーである。イギリスでもことばの概念が混乱しているので、参考までに下記の整理を参照されたい。

General terms	Categories	IQ equivalent.
	High grade Subnormal	50—70
	Feeble-minded	
	Mentally Handicapped	
	Moron	
	Debile	
	Midly retarded	
Mentally Handicapped	Educationally Subnormal	25—49
Mentally Retarded		
Mentally defective		
Mentally subnormal	Medium grade Retarded	
	Imbecile	0—24
Severely subnormal	Trainable	
	Low grade	
Severely mentally handicapped.	Severely retarded	
	Idiot	
	Untrainable	

M. Bone, B. Spain, F.M. Martin "Plans and Provisions for the Mentally Handicapped" 1972 p. 32.

(local health authorities) がひきつづき責任をもつこととされ、1946年国民保健法のもとでのある種のサービスを提供する権限が与えられた。かつ精神障害者のためのサービス（収容ホーム、職業訓練センターなど）をつくることを要請された。さらに地方当局は精神衛生福祉官 (Mental Welfare Officer) を置くものとされた。

精神衛生法が制定された1959年に J. Tizard 教授及び J. Grad 博士による一つの調査がなされた。ロンドンの250名の重度精神薄弱者を対象とした調査で、100名の精神薄弱者が家庭処遇に放置されており、特に経済的に深刻な問題をかかえ、住宅事情も悪く、病院に入院させた家族にくらべて社会的接触が制限されていることが明らかにされた⁵⁾。このような地域での実態はその理念に比して地域での実態の貧困さを露わに示し、精神薄弱者処遇の面でさらにコミュニティ・ケアへの志向をつよめていくのであるが、この意味での実験調査の一つに1960年代の初頭に行われた Wessex の調査がある。この調査は人口100,000人の単位を基礎に地域収容ホームを建設することを、有効な地域サービスとして勧告した⁶⁾。

1968年のシーボーム報告についてはここではふれない。ただ精神薄弱者のコミュニティ・ケアの視点から次のような鋭い批判のあることに注目しておこう。「シーボーム報告は、効果的な家族サービス施策における地域社会の役割を強調したがためではなく、そのことがどういう過程ないし方法で実現されるかについての適切な手順を示していないことが問題である」⁷⁾。周知のようにこの勧告にもとづき、1970年 Local Authority Social Services Act が制定され、精神薄弱者処遇についても、従来保健当局を中心として児童局・福祉局

もその一端の責任を担っていた行政事務が社会サービス局 (Social Service Departments) に移管されることとなった。この改革は精神薄弱者処遇の面でも大きな影響をもったもので、改めて後述する。

1969年という年はイギリス精神薄弱者処遇史にとっても画期的な年であったといえそうである。いわゆる「ホスピタル」の実態が、政府サイドからも、また研究サイドからも、明るみに出され、世論の注目を浴びることとなった⁸⁾。これらの指摘していることは、現任訓練を殆ど受けることのない無資格職員、現状改革に無関心な職員の態度、放置されろくなケアもうけられない長期入院病棟での児童処遇の実態、病院にうけ入れられることのない両親等の状態を次々に明らかにしていった。この動きはとどまることなく最近までつづいている。

近年の精神薄弱者処遇にかかわる行政上の改革を略述しておこう。まず障害児全員に学籍をあたえるための教育改革である。1970年教育(障害児)法, Education (Handicapped children) Act が制定され、障害児の「学校教育に不適當」という分類が廃止された。自治体保健当局のこれら児童処遇に対する権限は停止され、関連職員は、ホスピタル委員会の職員とともに、教育当局に移行された。具体的にはそれまで保健当局によって運営されていた junior training center (児童訓練センター) は特殊学校 (special school) として教育当局の管轄とされた。

第二に国民保険サービス(再編制)法 National Health Service Reorganisation Act が1973年に制

8) 政府文書としては、Report of the Committee of Inquiry into Allegations of Ill-Treatment of Patients and other irregularities at the Ely Hospital, Cardiff Cmnd. 3975. London H. M. S.O. 1969 他多数出されている。

それらを概観したものとして、Maureen Oswin "Handicapped children" and the "Hospital Scandal Reports" を訳出しておいた。(「コミュニティ・ケア研究会・中間報告論文集」横須賀基督教社会館。1976)

研究書としては Michael Bayley ならびに M. Bone, B. Spain & F. M. Martin 前掲書の他に次のようなものがある。

Pauline Morris, "Put Away, a Sociological Study of Institutions for the Mentally Retarded" 1969.

Kathleen Jones "Opening the Door: a study of new policies for the Mentally Handicapped" 1975.

5) Tizard J. "Community services for the Mentally Handicapped", 1964. に収録。

6) Kushlick, A. and Cox, G.R. "Revision of Future Accommodation for the Mentally Subnormal" Wessex Regional Hospital Board なお筆者自身はこの原資料にはあたるできなかった。

7) Michael Bayley, op. cit., p.9. なおシーボーム報告の觀念性については、Peter Townsend "Sociology and Social Policy" 1975. 収録の "The Objectives of the New Social Service" をはじめとするその他の関連論文。M.H. Cooper ed., "Social Policy" 1973 pp. 21-5等を参照。

定され、1974年4月1日から施行された。それは病院及び専門家サービス、地域保健サービス(primary health care services)(以前自治体行政管轄下にあった personal health services ならびに general practitioner 家庭医サービスを含む)、さらに以前教育当局によって運営され、現在は包括的な児童保健サービスの一部をなしている学校保健サービスを含むすべての保健ケア・サービスについて、限定された地域で責任をもつ、中央政府直轄の保健当局の設置を骨子としている。

イングランドでは計画と統制(control)のため三段階(three-tier)組織を採用している。一つは全国的な計画策定にあたる社会サービス大臣、二つは地方(region)計画<以下にのべる地域保健当局に対するサービスの提供と資源の配分、病院の建設等を含む>に責任をもつ地方保健当局(14 Regional Health Authorities)、三つめは地域保健医療に実施責任をもつ地域保健当局(90 Area Health Authorities)である。RHAの管轄範囲はこれまでのNHS病院の範囲と平等であり、AHAsの場合は新しい自治体法による non-metropolitan counties と metropolitan districts の範囲に一般的には一致させられている。これらの councils は社会サービスの責任をもっているので、保健と社会サービスの管轄範囲はおおむね一致することになる。なおロンドンでは4つの AHAs の場合個々の London borough と一致し、他は2~4の boroughs をその管轄内に包含している。なお AHAs は保健地区(health districts)を設け地区毎に保健医療サービスを提供している。

1971年精神薄弱者白書

政府は1971年6月、精神薄弱者白書 Better Services for the Mentally Handicapped を公表した。1969年以後高まったホスピタル批判をうけ、コミュニティケア施策への政府の姿勢と1971/72から1974/75にいたる4年計画を提示したものである。この白書は、現在の病院及び自治体のサービスを点検した上で、今後病院及び自治体サービスが到達すべき目標を設定し、その評価公準を示すこととなった。白書刊行時における精神薄弱者の

ニードとそれに対応するサービスの状況は次に掲げる表に示されている(表1)。この対応されていないニードを達成するため、白書が示した達成目標は次の通りである。現在の建物の不足分は定員で、成人訓練センター45,600、児童ホーム2,800、成人用ホステル24,100、これをむこう20年間で達成する。政府資金としてはとりあえず1974/75までの4年間£40m(自治体と病院当局へ。建設費、運営費を含む)に rate support grant (地方税援助金)を加えた分を投入する(なお次の計画が示されている。政府はむこう4年間グレートブリテン全体の保健福祉サービスに£110m追加資金を出すことにしている。このうち£40mはイングランドとウェールズの病院と自治体の精神薄弱者サービスの改善のために用いられねばならない。この£40mを含めて£100mは精神薄弱者のために費やされることが期待される)。

精神薄弱者処遇の現実

(1) 処遇の傾向

現在 IQ 50 以下の重度精神薄弱者の数は、110,000 人(イングランド)と推定されている。1972 年病院や病院付設ユニットに入院している患者数は52,950 名、地方当局のホームやホステルに居住するもの5,265 人、両者あわせて58,215 人である⁹⁾。この年度での児童及び成人毎の在宅、収容比は明らかではないが、1971 年精神薄弱者白書によれば、病院に入院している者の比率は、児童の場合20%、成人で60%とされる。なお入院しているものの障害の傾向は表2によって、障害が重く全く自立不可能な場合か、行動上の問題があるなどで家庭でのケアが困難である場合が大きな比率を占めていることが知られる。年々の入院患者数は新規・再来を含めて年毎に増加しているにもかかわらず、入院患者数が減少しているのは、いわゆる短期入院ケースが増大していることによるものであるが、1972 年で在院3ヵ月未満の患者が58.8%を示すのも¹⁰⁾ここ7~8年間、この傾向が年毎に強まって来たことの結果である。ただ

9) 10) Health and Personal Social Services Statistics for England 1974. HMSO

表 1 現在提供されているサービスに比較した精神薄弱者サービスの目標数

サ ー ビ ス の 種 類	児 童 定 員 (0~15才)			成 人 定 員 (16才以上)		
	必 要 定 員		充 足 数	必 要 定 員		充 足 数
	人 口 100,000 対 比 率	全 数 England and Wales 1969	全 数 England and Wales 1969	人 口 100,000 対 比 率	全 数 England and Wales 1969	全 数 England and Wales 1969
5才以下の児童のためのデーケアと教育 学齢児の教育	8	3,900	500*	—	—	—
地 域						
(i) 地域に居住する重度精神児	56	27,400	23,400	—	—	—
(ii) 病院から通園する児童	6	2,900		—	—	—
病 院						
(iii) 入院患者	7	3,400	4,600	—	—	—
(iv) 外来患者	6	2,900	200	—	—	—
成人の職業・訓練						
地 域						
(i) 地域に居住する成人	—	—	—	130	63,700	24,500
(ii) 病院から通園する成人	—	—	—	20	9,800	100
病 院						
(iii) 入院患者	—	—	—	35	17,200	30,000*
(iv) 外来患者	—	—	—	10	4,900	200*
地域での収容(短期収容を含む)						
(i) 公立民間の収容ホーム	10	4,900	1,800	60	29,400	4,300
(ii) 里親ロッキング等	2	1,000	100	15	7,400	550
病院治療						
(i) 入院患者	13	6,400	7,400*	55	27,000	52,100*
(ii) 外来患者	6	2,900	200	10	4,900	550*

* 推定

+ 精神薄弱者に割り当てられた NHS ベッド

(Better Services for the Mentally Handicapped. p. 42 Table 5)

表 2 在宅・入院の比率・障害の程度別

障 害 の 程 度	在 宅	入院収容
障害が重く自立困難	29%	61%
スーパービジョンを必要とする行動	28.1%	71.9%
歩行できない	50.6%	49.4%
その他何らかの介助を必要とする	55.6%	44.4%

CCETSW PAPER 5 "Social Work" p. 47 より

し、5年以上の長期入院患者が24.3%を占めることにも注意しなければならない。

(2) 地方当局のコミュニティ・ケア・サービス

「精神薄弱者白書」が公表された1971年という年は、地方当局の管理職ワーカーにとっては落ちつかない年であった。何故なら1974年という年が、すでに射程距離に入っていたからである。そして1974年は地方当局の社会サービスにとっては、それにかかわる大きな改革がいっせいに起こる、新たな行政システムが、一斉に始動しはじ

めた年だったわけである。1970年法によるシーボーム改革は、それまでに体制を整え、あらたな出発を始めねばならない。1972年の新しい地方自治体法による地方当局行政改革(ロンドンを除く)、及びNHSの再編成は、その年の4月1日より同時に施行される。彼らの地位は不安定であり、何ごととも「1974年4月待ち」の状況であった。それまでに新しい仕事に手を出すわけにはいかない! こういう雰囲気の中で、政府白書がとにもかくにも、これまでのサービスの総括をふまえて将来のあるべき姿をえがき出したところで、それが積極的な関心をもって迎えられるはずもなかった。「提案は实际的ではない」とある者は考えた。「達成は不可能だ(It may never happen)」というのが一般の雰囲気だったし、仮に達成されるにしても、10年や20年にかかるだろうといっている¹¹⁾

11) Kathleen Jones. "Opening the Door" p. 155.

(事実白書自体がそういう想定をもっていたのだ)。

何よりも財政的事情が絡んでいる。白書提案は 1971/72 年度にはじまるむこう 4 年間に地方当局及び病院当局に対し、建設費・運営費をこみにして、総額 £40 m を特別経費として支出するとしている。ところが白書が自ら掲げる今後の経費増加率をもとに地方当局だけの、しかも、ホステルやホーム等の収容施設及び成人訓練センターだけの総経費(4年間分の)はすくなくとも £100 m 以上はかかり、残りのすべては自治体支出となる(無論 £40 m は計画にかかわる特別経費であって、一般財源に対する政府支出があるが、たとえば人件費等を含む運営経費(Personal Social Services)についていえば 1973/74 £8 m にすぎない)。

このような状態では、次のような評価がなされても仕方があるまい。「1971 年指標の最大の難点の一つは、施設ケアからコミュニティ・ケアの政策基調の変更を提案すると同時に、財源について、中央政府から地方当局への転移をも提案している点である」¹²⁾。

1971 年白書以降の地方当局コミュニティ・ケア・サービスの実情は次の限られた資料によってある程度推察することができる。

1974 年 3 月 31 日現在 15~64 歳年齢人口 1,000 人に対する成人訓練センター定員比率は表 3 に示されている。「白書」の提案基準は人口 1,000 対 1.5 であるからかなり下まわっているうえ¹³⁾自治体間格差がみられることにも注意すべきである(因みに、成人訓練センターの数はイングランドで、1970 年 293, 1972 年 366, 1973 年 367——1970 年の数字は児童と成人両者を扱っているセンターが含まれていない——定員数、1970 年 21,892, 1972 年 27,882, 1973 年 29,483——1970

表 3 地方当局成人訓練センター定員、15—64 年令人口 1,000 対比率⁽¹⁾

north	1.01
Yorkshire and Humberside	1.01
East Midlands	1.20
East Anglia	1.08
South East	0.98
South West	1.24
West Midlands	1.03
North West	1.34
England	1.09
Wales	1.21
Scotland ⁽²⁾	0.83

(1) 1974 年 3 月 31 日現在

(2) 1973 年

Regional Statistics No. 11 1975 HMSO.

表 4 成人訓練センターの計画数と目標達成数

地方 当局	定員 1962	目標 1972	実績 1972	計画 増 (%)	実績 増 (%)
1	25	50	60	100	140
2	—	150	60	—	—
3	—	100	75	—	—
4	56	60	80	7	43
5	35	35	50	—	42
6	260	260	350	—	34
7	30	30	30	—	—
8	200	250	330	25	65
9	126	159	170	26	35
10	125	205	220	64	76
11	717	1,141	902	50	26
T	1,547	2,440	2,327		

年については同上——である)。

より地域的な調査であるが、次の効果測定の結果も参考になろう¹⁴⁾。調査地域は、The Gateshire Regional Hospital Board の管轄地域である。この管轄地域内に 11 の地方当局を含んでいる。紙数の関係上詳しい紹介は困難であるが、成人訓練センター設置状況について明らかにされていることを要約すれば、次の通りである。(1)表 4 にみられる通り、1962 年と 1972 年の 10 年間の増加率を比較してみると、定員実績で 26~140% の幅で、それぞれ増加している。ところが内容をみると、(イ) 1962 年段階で成人訓練センターをもっておらず、0 から出発した当局が 2, (ロ) 10 年間定員増をしなかった当局 1, (ハ) 定員増は実質的には 1972 年

12) ibid., p. 13.

13) ただし、白書設定のタイムスパンに比較して中間年度であるので「この間にいたる自治体支出はおおむね目標を達成した」という評価もなりたつであろうが、1974/75 における新設のための地方償還可額が目標を 25% 下回る実績しか示さず、その多くが自治体の持ち出しに依存していることは否めない。

(Priorities for Health and Personal Social Services in England: A Consultative Document. HMSO 1976 p. 51)

14) Kathleen Jones "Opening the Door" pp. 154—162.

における達成目標を若干上まわって行われたが、そもそもその目標設定にあたって成長率0（つまり1962年実数260である当局が、1972年における目標を260と増加させていない場合）と達成意欲を欠いている場合²、などが含まれており、一率に増加させたとは断じ難い。（2）表5に見られる通り、この region にあっては、白書提案目標定員5,987に対して、1981年における目標定員として1,200人下まわる設定しか行っていない当局数が7当局に及んでいる。先述した、白書提案がどのように当局に反映しているかの状況を端的に物語っている。（3）これらの当局も、病院入院患者のためのセンターやあるいは収容ホームないしホステルを建てないで、個人の家庭に委託する boarding-out 方式には白書提案を上まわる目標をたてている状況は（前者については、保健当局の費用でまかなわれ、自治体にとっては負担がかからない。後者は経費節減）、コミュニティ施策の実情が、地方当局の財政事情、ひいては政府支出に大きく依存していることを物語るものである。

表5 成人訓練センターの1972年定員1981年目標、白書提案目標の比較

地方当局	定員1972	目標1981	白書提案目標
1	60	140	139
2	60	120	203
3	75	195	440
4	80	200	160
5	50	130	90
6	350	570	257
7	30	105	73
8	330	485	470
9	170	260	402
11	220	320	450
12	902	2,264	2,803
T	2,327	4,789	5,987

（3）社会サービス局とソーシャル・ワーカーの状況

1970年、シーボーム勧告にもとづいて、地方自治体（社会サービス）法が制定された。この法律にもとづいて、それまでの児童・衛生・福祉各部署が統合され、社会サービス局がすべての対象にかかわる業務をひきうけることとなったことは周

知の事実である。精神薄弱者処遇の分野でも、従来の衛生部管轄から社会サービス局管轄となり、これまで精神衛生法にもとづく精神衛生福祉官（Mental Welfare Officer）によって行なわれて来た仕事も、一般の（generic）social worker に移されることとなった。この改革は精神薄弱者対策の歴史の上でも、見逃すことのできない改革であったといえる。対象者を家族の一員として処遇し、家族を地域の中で処遇するという理念そのものにかかわらず、すくなくとも精神衛生分野での対象者の家族や関係者からはすこぶる評判が悪いように見える。最大の欠陥の一つは、長い伝統の中で育ち、精神薄弱者処遇に関する豊富な経験と知識をもっていた精神衛生福祉官（Mental Welfare Officer）が行政改革によって、例えば地区福祉事務所（Area teams）の長などの管理職に移行し、現場の業務から離れていったことのようなのである。あとを任せられたのは、大量のケースロードをかかえた、かつ多くの無資格ワーカーを含む generic social worker であった¹⁵⁾。筆者が滞英中に会うことの出来た、精神薄弱児親の会のソーシャル・ワーカーの1人は、以前、Mental Welfare Officer として働いていた人であるが、彼女は社会サービス局の状況を次のように語っている、かなりの長文となるが、彼女がソーシャル・ワーカーにおこなった講演要旨を以下掲載することをゆるしていただきたい。精神薄弱児処遇におけるソーシャル・ワーカーの状況を、具体的かつ客観的にいいあらわしていると思われるからである¹⁶⁾。

「シーボーム改革は専門ソーシャル・ワーカーの技術の廃止を提唱したという意見には賛同しがたい……。シーボームレポートはそのような意味合いは毫も含んでおらず、そのねらいは家族の一員としての個人の相互に関連した問題に対処するために家族サービスを確立することであつたというだけにすぎない」（ある政府ドキュメント）。にもかかわらずその後専門志向は全く配慮されず、ソーシャル・ワーカーはその能力の限界に何らの注意も払われないうまま、家族全体の途方もない問題領域にとり組むよう期待された。ケースロードはドラマティックに増

大し、徹夜しても追いつかないほどである。私の経験からしてもこのような状態では、膨大な数の精神病患者や精神薄弱者のケースをかかえて、一つ一つの家族と接触する、など、不可能なことであった。

誤解のないように付け加えるが、私がシーボーム以前のソーシャルワークの狭い概念に復帰するよう主張しているとうけとらないでほしい。1971年以前では、Mental Welfare Officers が精神薄弱者の処遇にあたっていた。彼らは訪問を記録するように要求されていたので、訪問回数は月に三度は行われており、すくなくとも家族はソーシャルワーカーと知り合っていた。しかしその反面、彼らは孤立しており、他の専門職

- 15) ソーシャルワーカーの現在の状況の一端を示せば下記の通りである。

表 6 イングランドにおける社会サービス局のソーシャルワーカー

	1972年 9月30日 No. (%)	1974年 9月30日 No. (%)
有資格常勤	3,537(33.9%)	4,548(33.6%)
無資格常勤	6,152(58.9%)	7,263(53.6%)
有資格パート	227(2.2%)	602(4.4%)
無資格パート	526(5.0%)	1,128(8.4%)
TOTAL	10,442 (100%)	13,541*(100%)

* 49 人の前 NHS ソーシャルワーカーは除いてある。

表 7 パートタイム初級資格 (basic grade) ソーシャルワーカー (地方-Region-別, 1974. 9. 30)

	男子 総数	パート ト	パート %	女子 総数	パート ト	パート %
ENGLAND	4,391	48	1.1	9,150	1,682	18.4
NORTHERN	338	6	1.8	481	47	9.8
YORKSHIRE	418	2	0	721	118	15.7
NORTH WESTERN	759	11	1.4	1,268	123	9.7
WEST MIDCANDS	495	5	1.0	871	135	15.5
London NORTH	287	3	1.0	474	93	24.8
London(GLC AREA)	409	5	1.2	1,163	288	18.6
SOUTHERN	889	9	1.0	2,544	474	30.1
SOUTH WESTERN	495	1	0	1,070	332	15.6
EASTMIDLANDS	301	6	2.0	558	87	19.6

DHSS. feedback statistics, June 1975.

ANTHONY AND PHOEBE HALL

"PART TIME SOCIAL Work"

"NEW SOCIETY" 30. Oct. 1975 より引用.

- 16) Paulin Thompson. "The Generic Approach: A Personal Evaluation of Social Work with the Mentally Handicapped" mimeo.

との交流もなく、われわれが他局のメンバーと会合をもったのは突如として起った行政改革の数ヵ月になってからに過ぎない。ふり返ってみて私は、正直にいうが、他局資料を利用することなどほとんどなかった。これが私がいうところの isolation の意味である。今や諸資源や法律等利用することのできる大いなる可能性が目前にあることに思いをいたすべきである。

今われわれが必要としていることは、この種の isolation に帰ることではなく、現存の社会サービス局のフレームワークの中で specialism (専門性)に復帰することである。

今の状態の中では「新しいタイプの専門性」(new kinds of specialism) ともいえる現象があるが、それは今のソーシャル・ワーカーに要求されるサービスの多様性をみてもわかる。里親・養子縁組、非行少年処遇、グループ・セラピー、コミュニティワーク…。またおしよせる法律に気を奪われ放しで、法律にもとづかない部分の多い精神薄弱処遇は優先順位の低いランクにおかれてしまう。ソーシャル・ワーカーの精神薄弱者に対する知識はおそらく貧弱で、彼らにはまた、その generic な仕事の故に、特定分野の専門家たる余裕もない。これがソーシャル・ワーカーの端的な現状である……。

ひるがえって、精神薄弱児の親の必要をみるに、つまるところ明確な情報 (information) を切実に要求しているのである。ソーシャル・ワーカーは法律の定める資源を知らせる義務がある。『法律に定める経済援護を知らせることなど自分の義務でない』などとうそぶいているワーカーが少くない現実は驚くべきである。またソーシャル・ワーカーは親とよく交流すべきである。私は実際に見て知っているが、ソーシャル・ワーカーは書類カバンにしがみついて机のすみにすわったままでいるだけではいけないと思う (1971 年後に訪問を停止されたほとんどの家族は、6 ヶ月ないし 1 年以内に危機にみまわれていることは考えさせられる事実である)。しかしこれは最も大切にされなければならない基礎にすぎない。第 2 に他の専門職と緊密な連絡を

とること、この必要性は大きく、かつこのことは将来に向けて大きく開かれた新社会サービス局の特徴であり、積極的に生かして用いられなくてはならない。第3に専門技術の修得が必要である。単なる同情や共感でなく経験と知識を。社会福祉教育の緊急なるゆえんである。精神薄弱児処遇にたずさわりたいと考えている学生に電話をもらったことがあるが、その学生は『精神薄弱児に関して一年間のうちで一時間半のレクチャを一度うけ、ホスピタルを一回訪問しただけ』であった。

social worker を general practitioner (家庭医) にたとえ、彼はその仕事に対して『広範な領域にひとしくアプローチする技術』を適用すべきだとされるが、GP が困難なケースを病院にまわすとき、ソーシャル・ワーカーはどこにケースを送致するのであろうか。もしも管理職ソーシャル・ワーカー (Senior Social Workers) がチームの中でコンサルタントの地位を占めようとするなら、彼はケースをもたねばなるまい。そうしている場合もあるが、多くの人は行政事務にひき込まれているように見える。

すべてのソーシャル・ワーカーは generic team の一員として、特定分野(老人・非行・精神薄弱者などの) 仕事に専念できるようにならなくてはならない。そのような特定の領域のみにたずさわるワーカーは、トレーニング・センターとか児童ホームのワーカーがそれに当るべきだとする人達があるが、それは私には、孤立した専門性、視野の狭い問題の把握などシーボーム改革以前に逆行する結果をうむと考えられる。『ソーシャル・ワーカーはチームの一員として施設職員と親の間のコミュニケーションの手段となるべきだ』というのが私の意見である。」

「地域住民によるケア」の実態

—精神薄弱児親の会の活動—

序節においてコミュニティ・ケアの概念についてふれ、(care in the community) 及び (care by the community) の状態から、いかに国による包括的なサービスが発生し、かつその限界がどのよ

うなものであるかをある程度明らかにすることができたように思う。端的に言って精神薄弱者とその家族は20年を待つことができない。ここで使った用語によれば、それゆえに care by the community の不断の努力が欠かせないことになる。残された紙数でその幾分をも触れることはできないが、「全英精神薄弱児親の会」(National Society for Mentally Handicapped Children) の活動の一端に触れておこう¹⁷⁾。

1946年11月7日、一人の精神薄弱児の母親 Judy Fryd が“the nursery world”誌に投稿した手紙に端を発し、組織された「親の会」は現在にいたるも「精神薄弱者福祉を唯一の目的とする全国で唯一つの民間組織」として、全国的に「精神薄弱者問題について国民の知識と理解を深め、そのニーズに対応するサービスを確保する」ことを目的として活動を展開している。組織に関する詳細は省くが、本部はロンドンにおかれ、全国に419の「地域親の会」(local societies)を組織して、それぞれの独自の活動を指導している。全国組織としては、もう一つの大きな民間団体 The national Association for Mental Health (全国精神衛生協会)とともに、これまで述べた政府のコミュニティ・ケア政策に大きな影響を与えてきた。とりわけ1958年、J. Tizard 博士によってはじめられたブルックランド実験“The Brooklands Experiment”を後援し、「これまで保護(custody)の問題であった事柄は、今や教育(education)の問題である」として、障害児全員入学制の実現や1971年精神薄弱者白書を一つの頂点とするコミュニティ・ケア政策に直接の影響を与えた実績は、大きく評価されてよい。

地域親の会活動の概要は次のようである。全国419のうち、「情報(information)活動」をボランティア活動として行っているところ132、「福祉訪問」(親えの訪問)200、「会館」を独自にもつところ182、「保育所」70、「ワークショップ」38、「収容ホーム」29、「青少年余暇クラブ」271、「交通サービス(通園、通学)」153、「水泳指導クラブ」85、「休日活動」133、地域親の会独自で専任ソー

17) 稿を改めて紹介する予定である。

シャル・ワーカーを雇用している場合も少なくない¹⁸⁾。

本部活動としては、精神薄弱児と親に対するカウンセリングとアドバイス。特殊学校を卒業した軽度者に対する社会的、職業訓練を提供する施設。精神薄弱者に対する休日活動施設（1966年開設、精神薄弱者処遇訓練実験施設）。3つの収容ホーム。この分野で働く職員の教育訓練コース。農村における農事訓練センター（収容）などの他、両親なきあとの精薄者を訪問することを内容とする一連のプログラム、精神薄弱者の余暇活動を推進するボランティア組織（gateway club）を全国にひろげている。

地域親の会の事例の一つとして、ノッティンガム（人口30万強）の場合をとりあげよう。1950年全国組織に参加。全員525名（全国最大の地域組織）。会の目的；（1）福祉アドバイスサービスを通じて援助を必要としている親を支援する、（2）親が直面している問題について一般の人々の知識と理解を深める、（3）社会的活動、レクリエーション活動のための施設の提供、（4）精神薄弱の予防・処遇・治療を推進するための活動、（5）両親と、子どもの友人やその他すべての、子どもの福祉にかかわる人々の間の相互援助と相互協力。

会の活動：市民病院の一角を「親の会」のために提供をうけてレクリエーション会館をもっている。主として成人精薄者の活動に供せられているが、無論その他のグループ活動にも用いられる。青少年クラブ、1962年に結成されたボランティア組織。火曜日・水曜日の夜開催。120～150人の親が出席する。絵画、木工、裁縫、ゲーム、ダンス、スポーツなどがその内容。出席のため特別バスを出している。1966年全国組織として本部が“GATE WAY”全国連合を発足させたことにと

もない、1969年に登録加盟した。その他社会活動として、海浜キャンプ場の常設、クリスマス・パーティーダンスの集い、年間を通じて毎週金曜日夜に水泳教室、ホリデイ・プログラムなど開催する。福祉活動として次のようなプログラムを行っている。家庭訪問活動。親に依頼してこの「親の会」では12人。訪問活動がそれほど活発に行われないうのが悩みで、全国本部では組織担当官が全国の地域親の会の福祉訪問員（Welfare Visitors）に講習会を行ない、活動に刺激を与える中心的なプログラムとしている。週1回の昼間保育（8歳以下の重度児、毎週土曜日）、専任保母をたのみ、日頃休みをとれない母親のためにも機能する。言語治療教室、スピーチ・セラピストによって1970年以来続けられている。ダウン症児グループ。月1回。母子参加。学齢前幼児。毎回医師、教育心理学者、OT、PT、スピーチセラピスト教員等による講演と相談がある。それ以外の精薄幼児のための同様のグループもある。

おわりに——「保障」としてのコミュニティ・ケア

以上精神薄弱者処遇という限られた分野、その中でも社会サービス局の行政サービスに限定して、イギリスにおけるコミュニティ・ケアの現状を概観した。処遇にかかわる個々の方法についても学ぶべきことは多くあるように思えるが、本稿における考察の視点はそこにあるのではない。むしろ、地域での精神薄弱者処遇という意味でのコミュニティ・ケアを、行政サービスとしておし進めた結果、現実として何がもたらされたかを知ることが目標であった。冒頭において、イギリスにおけるコミュニティ・ケアは、歴史的にも care by the community を克服するものとしての行政サービスの展開であるように思えるとのべたが、これまでのところでは、きわめて不完全なまま地域での民間活動（care by the community）に底ざさえされているという現実があるように思える。くりかえしていえば、コミュニティ・ケアというのは、イギリスでは、行政が、対象者が家庭と地域で生活することを保障することであるので、そのことは、経済給付、家庭訪問、地域訓練センター、居

18) 地域親の会活動としてその他、家庭学習活動、ホームヘルプサービス、理学療法サービス、スピーチセラピー、シッター・イン（sitter-in）サービス、母親-乳児クラブ、自閉症児のための特別サービス、幼児のプレイグループ昼間保育などがある。場所によっては、会員に対する経済援助を行っているところもある。休暇をとった場合の金銭補助、母親が子どもを病院にたずねたときの交通費援助、保母に対する支払い、病院にいる子どもへの贈り物、成人精薄者の里親サービス、なども行なわれている（NSMHC guide to Regional and Local Society Service）。

住ホーム、レクリエーション活動、昼間保育、障害児グループ等総じて対象者が地域で生活するにあたって必要とするあらゆることを「保障」という前提の上になり立っている。むしろその過程で本稿で簡単な拙写を試みたような民間活動が重要な意味をもってくるが、そのことをもって、この前提となる原則が民間活動への転嫁によって立ち消えとなってしまうものではなく、現に「親の会」活動も、行政サービスの貧困を克服する運動を（組織内部でも「地域親の会」のレベルでとくに）強力に展開しているのである。ある論者は「これまでどのような援助をうけたにせよ、われわれはたたかわなくてはならない」という親のこ

とばにつづけて、「公的援護が貧しければ貧しいほど親は困難に陥入り、それだけ闘争的 (fight minded) になる。その結果、行政当局は疑いぶかく、防衛的になり、これらの親たちは、得るところ少なく、ますます孤立していく¹⁹⁾」と指摘する。このようにならないためにも、コミュニティ・ケアを政策目標とする行政サービスを「保障」にまで高め持続させていくかは、「親の会」等の, care by the community の広がりとかケア理念を「運動」によって支える視点であろう。

19) Charles Hannam "Parents and Mentally Handicapped Children" 1975. p. 98.