

1980年代のコミュニティ・ケア

—イギリスと日本の老人福祉—

星 野 信 也

はじめに

1980年代は英米の社会福祉にとって一つの重大な転機として受けとめられている。その方向はなお必ずしも明らかでないが、たとえば、スペクト(H. Specht)は、①地域主義(localism)、②私的責任化(privatisim)、そして、③民間主義(voluntarism)をあげている。②は再私的責任化(re-privatization)ともいわれている¹⁾。これらは、別の角度からいえば、中央政府の福祉予算削減の方向と一致している。だが、イギリスでもアメリカでも、失業率の高まりがかえって全体として福祉予算増を結果していることは周知のとおりである(表1参照)。1970年代後半には、統合化(integration)、ノーマリゼーション(normalization)が脱施設化、さらには社会福祉のフロンティアで脱福祉化を迫ったことは別の機会に述べたので繰り返さない。

筆者は、これら一連の動きをもう一度積極的にコミュニティ・ケアの理念で捉え直してみたいと考えるものである。筆者は「コミュニティ・ケア」という用語を1960年代末に東京都知事の東京都社会福祉審議会への諮問文に用いたことがある。ただ、わが国にはこの用語はいささか時期尚早であったようで、その後いくつかわが国に独得の解釈が生み出されて、ほとんどそのオリジナルな意義を果たさないまま、紙上の議論に終わってしまったように思われてならない。幸いイギリスで1980年代に入ってもう一度コミュニティ・ケアが見直されるに至ったのを機会に、再度、その今日的意義を問いたいと考えるものである。

表 1 イギリス保守党政権の予算削減計画と実績その他

	計 画 5年間の実 質増減 %	実 績 1978/9~81/2 %	
社 会 保 障	+ 7.3	+27	
教 育	- 9.3	- 7	
住 宅	-47.0	-41	
国営保健サービス	+ 5.4	+ 3	
個別ソーシャル・サービス	+ 1.9	+ 3	
雇用と訓練	-18.7	+46	
社会支出計	- 4.1	+ 9	
公共支出計	- 1.0	+ 7	
	1978/9	1981/2	
地方自治体歳出	100	88	
中央政府歳出	100	112	
一 般 会 計	100	118	
資 本 形 成	100	66	
	1975	1978	1982
鉱工業生産高	100	105	90
国内総生産	100	110	105
公共支出総計/GDP	46	41	45

資料：政府歳出計画(1982.3)から作成。

1. コミュニティ・ケアの意義

(1) コミュニティ・ケアの広がり

わが国のコミュニティ・ケアの論議は、ある意味では本末を転倒して、社会福祉施設中心の社会福祉を補強することにさえなった。それはわが国の社会福祉がサービスの機能本位に理解されてきたからで、施設の機能である機能回復、身辺介護、訓練、治療、住居保護、労働保護(院内授産)を、中間施設や訪問サービスに委譲するのでなければ、コミュニティ・ケアは成立しえないと考えられた。それは社会福祉施設に居宅では果たしえない機能

を認識する考え方である。

イギリスの場合、初め精神障害、精神薄弱の分野でいわれたコミュニティ・ケアが、第2次大戦後、児童福祉や老人福祉など個別ソーシャル・サービス (personal social services) に広がってから発展を、一般に3段階に分けている。第1期が1960年代前半までで、いわばコミュニティにおける(in)ケアの提供が重視され、ソーシャル・ワークによる施設ケアの予防のほか、比較的小規模な地域性をもった収容施設の重要性が強調された。里親、ファミリー・グループ・ホームなどが推奨され、老人ホームも旧来の大規模施設に代わって定員30~50人規模の小さな地域施設やホステルが増強された。つまり、この段階では社会福祉施設が、それまでの大規模で、人間味を欠いた、地理的にも孤立した施設から、その規模と立地の面で大幅な改革を求められたのである。

第2期は1960年代後半から1970年代前半にかけてで、コミュニティによる(by)ケアの考えが支配的となった。そして、デイ・ケア・センター、ホームヘルプなどの家事サービス、さらに日常生活用具の援助や住居の改造などが拡充された。老人を含む障害者とその家族の生活条件を改善することが指向されたといえる。

第3期はその後現在に至る時期で、市民参加とボランティアの活用が唱導された。また、家族、本人、隣人による支援(support)という「インフォーマルなケアのネットワーク」の重要性が強調されている。そこでは、むしろコミュニティとともに(by and with)という発想がみられる²⁾。

(2) コミュニティ・ケアの目的

イギリスとの対比でわが国のコミュニティ・ケア論議に最も欠けていたのは、その目的概念としての認識であったろう。そのことがイギリスで第1期にみられた社会福祉施設の小規模化、地域施設化を経験しないまま、施設機能の地域への拡充だけが進められてきた要因のように思われる。もっとも、明確な目標認識はある程度までイギリスのコミュニティ・ケアにも欠けていたというべきかもしれない³⁾。

イギリス民間団体協議会 (National Council of

Voluntary Organizations=NCVO, 1976年まで National Council of Social Services であった) の政策分析班の A. パーキム (Andrew Purkis) と P. ホドソン (Paul Hodson) は、コミュニティ・ケアのための住宅と支援サービスの要件として次の六つの規準を挙げている⁴⁾。

(a) 主要目的は個人の自主性の尊重にある——その点で住宅の種類とその供給方式は、個人の生活の自主性を高める方向で考えるべきである。たとえば、老人や障害者の住居の設計や内装は、可能な限り他人に依存しないで生活できるようにすべきである。「何人も自身の生活を送る住居がないために、家族と同居を余儀なくされることがあってはならない」。住居の整理や装飾は自由に個性の表現を認めらるべきである。老人や障害者の支援やケアは自主性を助長すべきで、依存性を強めたり、施設にみられるお決まりの日課や自立心を損うような規則は決して好ましいものではない。自主性の原理はまた選択の概念を含んでいる。したがって、もしサービスが多様で選択がきくものでないとしたら、また、万一にも対象者の十分な納得ぬきで施設入所先を決めてしまうようなことも、自主性を無視するものというべきであろう。

(b) 老人や障害者のニーズは同質だとか特別だとか想定してはならない——これらの人たちもできるだけノーマルな生活を送ることが望ましい以上、カテゴリー別に特別なニーズをもっていると想定すべきではない。さもないと、ある種の人びとに最も重要なことは障害、高齢などだというステレオタイプに陥って、必要でもない特別な処遇にバイアスがかかるおそれがある。このこととの関連でいえば、わが国のようなカテゴリー別の福祉六法体制は世界的にみてもユニークであって、その体制自体まさにステレオタイプ化の危険をはらんでいることを知るべきである。

(c) 住宅ニーズは物理的設備以上のものである——第1に住居は人の生活にとって感情的、心理的中心である。それは、仕事や娯楽で戸外に出る時間の少ない老人や障害者にはいっそう重要である。第2に住居は社会の一員として生活する手段であって、それ自体が目的ではない。したがっ

て、もし居住者が住宅立地のゆえに仕事や社会生活の維持やショッピングができないとしたら、その人の最も重要なニーズが満たされないこととなる。第3に多くの老人や障害者が、住居に住み続けるうえで多様な援助を必要とする。そのニーズはいわば物理的設備と個別的支援との組合せに対するものである。にもかかわらず、多くの住宅供給が、一般住宅とシェルター住宅(sheltered housing: 老人専用住宅として20~30戸をまとめたもの)とを問わず、狭義の物理的ニーズにのみ向けられている。

(d) 住宅供給と個別的支援の弾力性と多様性の必要は、個人の自主性と住宅ニーズの複雑さとを重視すれば、けだし当然のことである——それは、広範囲のニーズにもっばら規格化された解決法を適用する、たとえば、精神薄弱者にホステルを提供する、などの施策とは、基本的に異なる発想でなければならない。

(e) 利用者の処遇内容への発言権、影響力を高めることが、自主性を高める中心課題といえる——第1に、利用者は可能な限り処遇内容を自分で決定すべきである。第2に、専門家が対象者のニーズをその最善の利益のために判断できるという発想は否定されなければならない。もし、住宅において対象者の感情面のニーズが重要であること、住宅はさまざまな社会目的を達成する手段にすぎないことを認めるとしたら、専門家がその判断で個々人の住宅ニーズを評価できるとは考えられない。

(f) 社会資源は個々のニーズに正しく適合するように配分さるべきであり、その場合利用者自身の利益と同時に公共の利益にも即するものでなければならない——問題は単に資源が不足していることばかりではなく、多くの資源が、規格化のゆえに現実には多様なニーズに即応しえないような解決策によって浪費されていることにある。

1981年に保健社会保障省から、「ケアの現実(Care in Action)」というハンドブックが出版され、その補遺としてコミュニティ・ケア研究の要約が収録されている⁵⁾。そこではコミュニティ・ケアの概念について、そこに含まれるサービスと

社会資源とから定義する方法(たとえば、施設外で提供されるサービス)と、サービス供与の目的から定義する方法(たとえば、通常の生活を可能な限り断絶させない)との両者をあげ、対象者のカテゴリーを問わずあらゆる場合に妥当する単一の定義を提供することは、必ずしも有益でないかもしれないとしながら、その総体的な目標は対象者とその家族、友人そしてノーマルな生活との結びつきを維持すること、そのための個別のニーズに即応することにあるとする。

先に述べたとおり、これまでわが国では、コミュニティ・ケアはケアの専門機能本位に解釈されてきた嫌いがある。この際むしろその目的から全体を見直すことが今後の政策の方向を考えるうえで重要であろう。

(3) コミュニティ・ケアの論点

「ケアの現実」はいくつかの論点を整理している。

(a) 安上がり論

コミュニティ・ケアは安上がり福祉を意図するものという批判があるが、とりわけひとり暮らし老人のケアに関しては、病院や収容施設よりも安上がりで効率的とはかぎらないであろう。もともと、施設こそ専門的機能を効率的に提供するための組織であったはずだからである。

経済効率性の議論は、インフォーマルなケアの担い手の貢献を経済的に無視して進められる場合が多い。だが、実際にはそれらの人が相当大きな経済的、社会的そして感情面の負担を負っている。また、公共支出を論ずる場合も、特定のセクターのみでなく、あらゆる側面の公共負担を考慮しなければならないであろう。これらの点についてはいっそうの調査研究が必要でありながら、方法論上の難点もあって検討が進んでいないということがある。

(b) コミュニティ・ケアの境界

老人福祉では、施設ケアとコミュニティ・ケアの境界領域の老人が、病院や施設からコミュニティへとシフトすることはあまり生じなかった。ただ、ホームヘルプ、家庭給食、訪問看護などの拡充が、境界領域に至らない人びとに利益をもたら

したことは疑いない。したがって、常に長期施設ケアを必要とする老人がいることを過少評価してはならないのであって、必要な施設定数は絶えず再検討する必要がある。現実には、老人ホーム入所者の平均年齢が上がり、したがって、新入所者の依存性も高まっているという実態がある。その原因はもとより一面的ではないであろうが、その一因として、人口の高齢化とコミュニティ・ケアのそれなりの拡充とが重なって、老人ホーム入所者が、それまで直接ケアしてきた人の死亡など緊急入所を要するに至って、はじめて入所してきていることがあげられる。

その意味からも、長期施設ケアに代わるコミュニティ・サービスは、保健サービスとソーシャル・サービスそして地方自治体と民間部門との協同を必要としている。

(c) 民間部門の役割

民間部門という場合、その内容を区分して考える必要がある。すなわち、家族、友人、隣人などインフォーマルなケアの担い手に始まって、相互扶助グループ、近隣ケア・グループ、ボランティアなどがあり、さらにはフォーマルに組織された民間団体 (voluntary organizations) までを分類することができる。インフォーマルな部門はコミュニティを基礎にしたケアに不可欠であるが、その量を無限に増大できると考えることはできない。組織化された民間部門と公共部門は、そうした自然のネットワークの欠けた部分を補完することを目指すべきであろう。さらにはコミュニティを基礎にしたサービスの発展を妨げている諸要因のうち、ボランティアまたは民間団体の活動で緩和できるものを確認する必要がある。地方自治体のソーシャル・サービス部は、どのような組織で職員を展開させるのが民間団体やインフォーマル部門と最も効率的に協同することになるかを、検討しなくてはならない。

(d) 保健サービスとソーシャル・サービス

地区看護婦の職能をもっと資格の低いメンバーで代替する可能性があること、また、地区看護婦チーム、とくに看護助手のサービスとソーシャル・サービス部のホームヘルプ・サービスとが重

複する場合のあることが指摘されている。これらの問題は地区看護婦サービスとホームヘルプ・サービスとの関係調整の問題などを提起している。地域保健サービスの普及は、わが国にとっては老人保健法以後の大きな課題である。

(e) マンパワー問題

コミュニティを基礎にしたケアの発展には、財政上の制約と同程度にマンパワーの制約が重要となろう。地区看護婦、保健訪問員 (health visitors)、看護助手、ホームヘルプなどは、同じマンパワー・プールすなわち女性マンパワーに依存している。それに対して、将来予測される高齢者の増加、とくに後期高齢者の増加が、コミュニティを基礎にしたケアへの需要を著しく増大させると考えられる。

わが国の場合、区市町村は地域保健サービスをほとんどまったく新たにこれから充実しなければならないのだが、これまでどの区市町村もあまりに児童保育のマンパワーに重点を置いてきており、老人のための婦人マンパワーの確保はいっそうむずかしいといわなければならない。

2. 介護 (Tending) と女性

(1) 介護

マンパワーとの関連で、O. スティブンソン (Olive Stevenson) は次のようにいっている。「ある人をケアするという場合に二通りあり、『関心をもつ (care for)』は『世話をする (care of)』より広い意味を含んでいる。誰かのケア (care of) をしないでその人を心からケア (care for) することができる。もし care for せずに care of すれば、2人とも感情問題に悩むことになるだろう。R. パーカー (Roy Parker) は“ケア”という広範であいまいな意味の抽象語と、直接身体的な世話を意味して使う“介護 (tending)”という具体的な用語を区別している。それは“ケア”という一つの言葉に含まれる重要な脈絡を解きほぐすうえで重要である」⁶⁾。

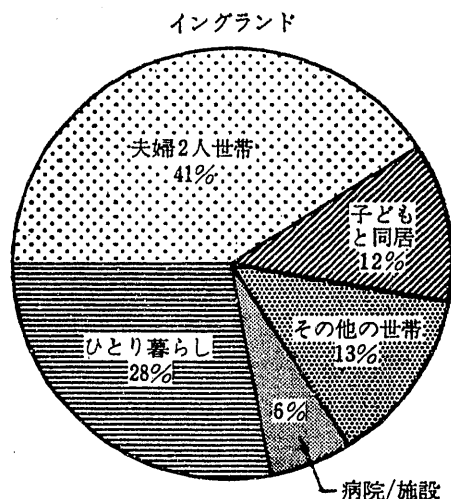
イギリスの老人の大多数—89%—が一般の住宅で生活している。5%がシェルター住宅に、6%は老人ホームもしくは病院で暮らしている。とす

れば、実際にはケアの必要な多くの老人が親族の介護を受けているに違いない。もちろん、第1には、子どもの数の減少すなわち夫婦に平均2人の子どもが定着しつつあり、第2には、ケアする人のプールであった45～59歳の女性がイギリスではすでに絶対的にも減少に向かっている。たとえば、1901年には老人100人当たり13人であったその年代の独身女性が、1978年には5人に減少している。この点をふえんしてR.パーカーはD.エバーズリィ(David Eversley)を引用しつつ次のような統計数字を示している⁷⁾。

1920年に結婚した典型的な夫婦は、現在80歳代になっていようが、平均的に42人の女性親族がおり、そのうち14人は職に就いていない。ところが1950年に結婚した夫婦が、21世紀初めに80歳代になったときには、11人の女性親族しかもたず、そのうち職に就いていないものは3人しかいないだろう。さらに将来、人口の移動も増大する可能性がある。したがって、イギリスでは介護の需要は増大するが、伝統的な介護の供給源は人口の変動から今後も減少すると予測される。

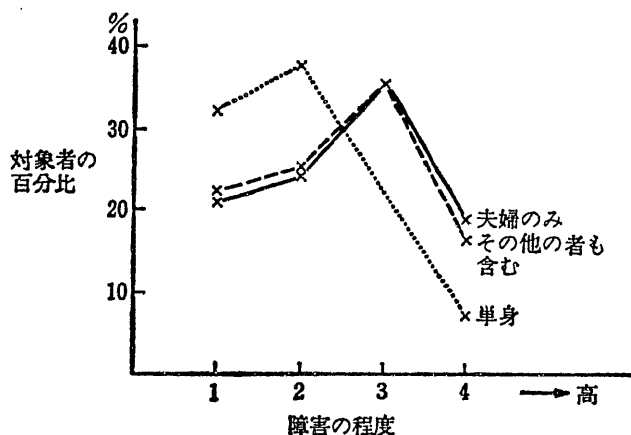
介護者をどこまで期待できるかについては意見が分かれている。1976年の人口統計調査局による調査で、老人の居住環境は図1のとおり、夫婦のみ、ひとり暮らしは実に69%、反面、子どもとの同居はわずか12%でしかない。同じ調査は老人の半数以上が何らかの身体障害を訴えており、約13%は日常生活にかなりの障害をかかえているとしている。そして4%強の老人は寝たきりもしくはそれに近い状態にあり、85歳以上に絞るとその数字はほぼ20%に達する。また、痴呆の症状をもつ老人も75歳を境に急増し、後期高齢者の呆け症状は深刻な問題を提起している。

M.エイブラムズ(M. Abrams)も75歳以上の老人の調査をもとに、30%の老人は子どもをもったことがなく、45%は1人ないし2人の子どもしかもたなかった。多くの婦人がひとり暮らしだったが、その40%はもともと子どもがなかったし、子どもをもった老人のうちにも子どもに先立たれてしまった人がおり、調査時点で、回答者の35%が子も孫ももたなかったと報告している⁸⁾。



資料: OPCS, The Elderly at Home.

図1 高齢者の世帯類型 (1976年)



資料: Nell Howell et al., *Allocating the Home Help Services*, London, Bedford Square Press, 1979, p.36.

図2 世帯類型・障害程度別ホームヘルプ対象者

やや古くなるが、1968年の障害者の調査は少し違った状況を示している。そこでは大多数の老人、障害者が施設ではなく家庭でケアを受けていたが、大部分がひとり暮らしではなく、配偶者その他の親族あるいは時としてその他の人と同居していた。そして、障害の程度が重いほど、同居率が高いことが示されている。そこでは重度の障害をもった者の場合、ひとり暮らしはわずか5%にすぎなかった。ほぼ半数弱が配偶者と、3分の1が子どもと、残りが兄弟姉妹その他の者と生活していた⁹⁾。障害が重くなるほど、同居の比率が高まる傾向は、1976～77年に行なわれた地域調査でも示されている(図2から傾向として理解できる)。

このように、イギリスでも障害者、老人のケア

の役割は、大多数の場合、家族員によって果たされている。それは常識的には図1にみるような同居のパターンと矛盾するかもしれない。しかし、イギリスとわが国とでは世帯の定義が異なることに注意する必要がある。すなわち、イギリスでは、わが国のように住居や生計を一つにするか否かという外観よりも、「一般に家族は2世代を超えては存在しない。つまり祖父母と孫は同一家族に属することはない」¹⁰⁾。そこでは、もともと核家族を基礎にして世帯を定義しているから、同居率は実際のケアとは無関係に低く現われるはずである。

(2) 女性の役割と問題点

老人の大多数が施設でよりも居宅でケアを受けているとして、そのケアする人は圧倒的に女性である。近年、介護負担が女性の職業歴に著しい不利をもたらすことが問題提起されている。職業の中断は、いうまでもなく将来の年金をも不利にする。子どもの養育で職を離れ、老人の介護でまた職を離れると、給与も労働条件もいっそう不利となり、そのことがさらにケアの主たる責任を女性に負わせることになる。このように職業を中断しがちなことが、雇用者にとって女性をあまり信頼できない職員にする。しかし、そうしたパターン自体が、むしろ社会の女性に対する期待と雇用慣行の非弾力性との原因しているといえてよい。ハント (Hunt) の1965年の調査で、老人や病人の世話をする女性は、当然のことながらそうした負担のない女性より、働いている率が低いし、働いている場合も、パートの率が高いことが示されている。障害をもった親族をかかえる女性の場合、21%しかフル・タイムで働いていなかったが、それは女性全体のフル・タイム労働力率35%と比較すべき数字で、パート雇用の24%という率も、女性全体の18%よりかなり高い数字であった。同じハントの1976年の調査では、40～59歳で退職した女性の退職理由の中で、夫以外の者の世話の必要が、健康上の理由について高い比率を占めていた¹¹⁾。先の図1をさらに年齢別にみると、85歳以上の女性の場合その41%が子どもかその他の親族と同居しており、全体の平均より著しく高い。また、ホイートリー (V. Wheatley) の調査によれば、痴呆

表2 要介護者のために使う平均時間

	妻の時間	夫の時間
特定のケア活動	3時間11分	13分
老人と同じ部屋にいる時間	4時間24分	1時間8分

資料: Nissel, M. and Bonnerjea, L., *Family care of handicapped elderly: who pays?*, London, PSI, 1982, p. 21.

性の老人の75%がコミュニティでケアを受けていたという。これらを合わせると、50～64歳の婦人実に4人に1人が、家庭で老人を含む障害者の介護に当たっているということである¹²⁾。こうした状況を裏付けるものとして R. パーカーによれば、1970年に長期収容ケアを受けていた老人の比率は、1911年の数字と比較してほぼ半数にすぎないという¹³⁾。

このような女性にのみ依存した介護の態勢が、1980年代に変化する可能性が指摘されている。現在の高い失業率が当分続くと思定すれば、男性が失業して家にとどまり、女性が外で働くという姿もありうる。そうなれば老人の介護に男性が当たることも考えられる。ただ、そのことが社会的に受け容れられるには、男性が子どもの保育の責任を分担するようになったのと同程度の社会的変容のための時間を必要とするであろう¹⁴⁾。調査によって妻と夫のケアの時間を調べたものによると表2のとおり、現状の夫のそれは妻に較べてほとんどとるに足らない。さらに事態を複雑にすると思われるのは、近年の離婚の増加およびそれに伴う再婚者の増加である。結婚が人生の一つのプロセスでしかなくなったとしたら、そこから生ずる親子関係の地位は、現在とは違ったものになるかもしれない。わが国がこうした変化と無縁であり続けられるとは考えにくい。

(3) ケアする人のケア

以上に述べたとおり、なお大多数の老人が居宅でケアを受けているとすれば、そのケアをできるだけ良好な状態で長続きさせるために、ケアする人をケアすることが考えられてよい。ところが、先にみたように、ケアに当たる女性の多くは、職業歴、したがって老後の年金権のうえで不利な立場に置かれている。イギリスでは障害ケア手当 (Invalid care allowance) という制度があり、週35

時間以上障害をもった親族ないし友人を介護するもので、その介護対象者が介護手当 (Attendance allowance or Constant attendance allowance) を受けている場合にこの障害ケア手当を受けられる。しかし、夫と同居している妻は対象から除外されている。妻たる女性は労働よりもケアに当たるのが当然という発想があるからである。障害ケア手当を受ける者は、年金保険の拠出金支払いを免除されるから、将来の不利はかなり緩和されるが、妻たる女性が職歴を中断してケアに当たる場合には、そうした配慮はない。この点はイギリスでも大きな問題として指摘されながら、なお改善されていない。そうした主張に当たって引用される制度に、スウェーデンの同様の手当があるが、そこでも女性に与えられる手当額は、ホームヘルプ・アシスタントに支払われる額と同じということである。

イギリスの場合、1981年11月23日以降、障害ケア手当は週当たり 17.75 ポンド (≒6,500円) で、それ以前は 16.30 ポンドであった。それに対して、保護に当たる女性が職を辞したために失う給与額を平均的に計算し、同時に家事援助者なみの手当を受けるとすると表 3 のとおりである。

比較の意味で、年次はずれるが、地方自治体の老人ホームの経費と国営保健サービスの老人病棟の経費とを示すと、表 4、表 5 のとおりである。

以上にみたようなケアする人の不利益と重い負担とを考えれば、ケアする人が十分 care for の気持の強いうちに、さまざまな援助の手を差し伸べる必要がある。さもないと、児童の虐待が問題となるように、老人の心身の虐待ということも必ずしもまれなケースではないからである。それには、保健サービス、ソーシャル・ケア・サービス、所得保障、住宅、同設備改良などが、必要に応じて提供されなければならない。

3. 1980年代のコミュニティ・ケア

(1) 共同したケア

かつてコミュニティによるケア (care by the community) を説いた M. ベイリィ (Michael Bayley) は、1982年に老人の利益団体である Age Concern

表 3 ケア活動する人のコスト

A. 機会費用	週当たり ポンド	週当たり ポンド
i) 退職した妻：失った賃金 (また勤めたいと希望する人の 前職の賃金)	87.00	4,500
ii) 勤労中の妻：フルタイムより 労働時間を減らしたことで 失った賃金	37.00	1,900
B. 同種のケアの費用 家事援助や病院雑役の市場価 格で計算：1時間1ポンド80セ ントとして1日3.5~4時間で計 算	47.50	2,500

(注) New Earnings Survey 1980. により計算。

資料：Nissel, M. and Bonnerjea, L., *Family care of the handicapped elderly: who pays?*, p.55.

表 4 地方自治体の老人ホーム・ケアの平均費用
(1979~80)

	老人1人当たり	
	資本費用を除く 週当たり平均費用	週当たり資本費用
イングランドの県	59.27 ポンド	5.94 ポンド
ウェールズの県	61.81	5.47
メトロポリタン地区	62.32	6.09
ロンドン	78.84	7.88
全自治体	62.91	6.22

資料：Chartered Institute of Public Finance and Accountancy, *Personal Social Services Statistics 1979-80 Actuals*.

表 5 病院部門別患者1人週当たり費用 (一般病院
<国営> を100として指数化)

サービス種別	長期入院	慢性疾患	精神病	精神薄弱
医 療	15	11	16	6
看 護	58	57	48	41
家 事	54	53	37	37
調 理	82	78	70	70
清 掃	71	75	46	56
費 用 計	41	39	34	29
(一般病院は 週280ポンド)	133 ポンド	126 ポンド	112 ポンド	91 ポンド

資料：DHSS, *Hospital Costing Returns*. HMSO, 1981.

から出版された「コミュニティにおけるケア (Care in the Community)」の中の論文で、コミュニティによるケアは一般にコミュニティの成員によるケアを意味しがちであるとして、むしろコミュニティと共同したケア (by and with the community) でなくてはならない、と表現を改めている。そこで求められるのは、日常、家族やコミュニティで行なわれているケアと公的サービスとが織り混ぜ

られたものである。すなわち、公的な支援とインフォーマルなケアとが巧く織り混ぜられたときに最善のケアを期待できる。そのためには、きわめて重要なこととして、家族が壊われる前に早めに家族を支援することが必要である。その方向にそった家族支援の一例として、ベイリィはあるロンドン・バラ（London Borough：ロンドン特別区）の独創的な事例をあげている。そこでは、老母を近くに住む娘が世話を続けてきたのだが、心身の疲労が強まったので、バラにホームヘルプを申請した。それに対してそのバラは、老母の家ではなく、娘の家にホームヘルパーを派遣し、娘の家事負担を緩和することで、娘が老母の介護を続けられるようにしたということである¹⁵⁾。以下、ケアする人をケアするサービスの新しい展開を紹介し、わが国との比較を行なうこととしたい。

先に引用したイギリス民間団体協議会政策分析班のレポートは、「大多数の人にとって喫緊の必要事は、特別の収容施設ではなく、むしろ、①適切で、便利な普通の住宅と、②いっそう多様で弾力的な社会的支援サービスを、個人とその人をケアする家族とに提供することだといえる」¹⁶⁾と書いている。ここでは、その順に従って議論を進める。

（2）住宅施策

適切な住宅があれば、そこで人は、必要な場合支援やケアを受けて、自主的な生活を送ることができる。老人の支援やケアのニーズが即施設やホテルのような特別な環境に生活するニーズと解釈されやすいし、高齢化の進行が即通常の住居での生活を困難にすると考えられがちである。だが、これまでみたように、地域保健・医療の存在を前提すれば、大多数の人は、特別な建物でしか提供されないようなインテンシブなケアを必ずしも必要としていない。また、支援やケアは、それが必要とされるのは、通常の住宅における自主的な生活を可能にするためであって、それを別の環境の生活に置きかえるためのものではない。

そのためには、なによりも住宅自体が適切なものであって、しかも、居住者のニーズに応じて可能な限り住居設備を適合させていくのでなければ

ならない。そこまで普通の住宅における独立の生活を維持させようとするのは、施設が人の自主性（autonomy）を損うと考えるからにはほかならない。大規模な施設や病棟では、居住者は独立心を損われやすく、また、家庭におけるような情緒的満足も得にくい。そこでの生活は標準化され、規制され、人間味が乏しく、プライバシーも保障されない。しかも、相当数の老人について、住居や必要な支援サービスが地域で得られないために、施設にとどまっているという実態がみられる。そもそもある期間病院や施設で過ごした者は、家族員としての地位を失い、地域のルーツを喪失して、退所困難となる場合が少なくない。同様に、新規にホームや病院に入所する者の中にも、主として適切な住宅がないため、あるいは適当な援助や支援が得られないために、そうせざるをえなかった場合がみられる。わが国でも、家族関係の不和からくる同居困難を一つの理由として特別養護老人ホームへ入所する者、あるいは今日の養護老人ホーム入所者の大部分は、独立の住居や必要な支援、ケアを得られれば、地域にとどまれたかもしれない。もちろん、施設ケアやシェルター住宅の必要性を軽視するものではない。ただ、本当にそれが必要とする者に利用さるべきで、そうでない者が、それらのスペースを塞いでいるようなことがあってはならない。

要するに、コミュニティ・ケアの目的の一つは、一方で必要な支援環境の定員からはみ出されているのに、他方でもっと自主的な生活を送るべき人がその定員の一部を占めている、その両方の老人の福祉状況を改善することにある。

ところで、現実にはイギリスの多くの老人が住宅問題に悩んでいる。第1には、民営借家部門と持家部門の老人の中に、劣悪な住宅条件に置かれたものが多いということがある（表6）。老人の間に民営借家居住者の比率が高いのだが（表7）、別の調査で住宅所有形態によって死亡率にも差があるといわれている（表8）。1976年のイギリスの住宅実態調査によると、世帯主が65歳以上の者の世帯のうち、37%がリハビリテーションを必要とし、44%は基本的設備、①屋内トイレ、②屋内バ

表6 基礎的設備を欠く住宅比率(全世帯)

欠けた設備	持家	民営借家	公営借家	全体
屋内トイレ	4%	19%	3%	6%
バスルームのバス	3	17	1	5
洗面所	3	19	3	6
3点での給湯	4	22	3	7
上記の1点以上	5	26	6	9

資料: English House Condition Survey 1976, Part 1, Table 11.

表7 年齢層別住宅所有形態

所有形態	全世帯	世帯主 65歳以上
持家(完済)	24%	42%
持家(ローン返済中)	30	4
地方自治体公営	32	37
民営借家(家具なし)	11	16
民営借家(家具付)	3	*

(注) * は1%未満

資料: SSRC, Quality of Life Survey, 1975.

表8 住宅所有形態・社会階層別死亡率
(男性 15~64歳)

社会階層	住宅所有形態		
	持家	民営借家	公営住宅
I	79	93	99
II	74	104	99
III上	79	112	121
III下	83	99	104
IV	83	100	106
V	98	126	123

資料: P. Townsend et al., *Inequalities in Health*, London, Penguin, 1982, p. 60.

表9 高齢者の移動希望

年齢	男		女		計
	ひとり暮らし	同居者あり	ひとり暮らし	同居者あり	
65~74歳	33%	36%	29%	33%	33%
75以上	16	28	21	20	22

資料: Age Concern Survey, 1977.

ス、③洗面所、④3点での給湯の一つ以上を欠いていた。その主な原因はいうまでもなく、老人の相対的貧困にある。人口センサス調査局の1976年の調査で、老人の所得水準と住宅の維持改良の状況に強い相関のあることが見出されている。

第2には、老人にとって移転がむずかしいという点である。現実には、老人の中にはさまざまな理由から転居を望んでいるものが多い(表9)。た

例えば、親族のちかくに住みたい、より良い住宅に、もっと維持管理が容易で暖房しやすい家に、もっと生活の便の良い立地の住宅に、といった理由が主なものである。だが、老人にとって移転はしばしば不可能に近い。一つには、持家居住者が同じ地域で条件の良い小規模住宅に移ろうとする場合、また、他方では、別の地方自治体の地域で公営住宅を借りたいと希望する場合などがとくに困難であるという。これらのケースではおおむね住宅は古く、修理も遅滞しているから、持家を売却しても、市場で供給の少ない小規模住宅の購入に十分なだけの資金は得にくい。また、地方自治体の公営住宅は、その地域の住民で公営住宅以外には選択の余地のない者に優先権を与えているから、その住民でない者にはほとんど可能性がない。

1960年代に入って、イギリスの住宅問題の難点の一つが、家族向け住宅の偏重、小規模住宅の不足にあることが認識され、1970年前後から小規模住宅の建設が促進されてきた。1970年以後に建設された公営住宅の約3分の1は、シェルター住宅も含めて1寝室の小規模住宅であった。民間の住宅建設でも1~2寝室のものが年間供給量全体の約4分の1を占めてきた。だが、住宅ストックはなお圧倒的に家族向け住宅で占められており、近年の小規模住宅の増設も高齢者世帯の需要増大に追いつけないでいるし、これまで小規模住宅に傾斜していた民営借家部門がそのシェアを縮小させてきたことも、不利に働いている。そこで重視されるようになったのが、既存住宅の維持、改良である。

第1に、イギリスの年間新築住宅は、わが国の場合と違ってせいぜい全住宅ストックの1%前後でしかないから、新築住宅で住宅事情の改善を図るのは百年河清を待つに等しい。第2には、老人の多くが、住み慣れた地域を離れたがらないということがある。そうだとすれば、現に居住する住宅の改良、修理がきわめて重要な施策となる。1974年以後、改良や修理に対して地方自治体から助成金が支出されるようになり、1980年住宅法はさらにその適用条件の緩和を図った。しかし、老

人が低所得であれば、それだけ住宅の状況は劣悪なまま取り残されがちである。改良や修理が遅れていればそれだけ必要な資金は大きくなるから、低所得者にとって負担は重すぎるし、そのための助成金の手続もなお過度に複雑だということがある。したがって、そうした助成策が高齢者の集中する基準以下住宅の状況をさほど大きく改善したとは認めがたい。他方、住宅の価値を担保にローンを借りて建物を改修することができる。もし借受人が所得税を支払っていれば、ローンの利子支払いについて所得控除を受けられる。もし所得税を支払っていない場合も、オプション・モーゲージという課税対象が受ける利子の所得控除に見合う補助を受けることができる。社会扶助である付加給付受給者はローンの利子相当額を扶助されるが、元本返済分は考慮されない。そこで、持家居住で現金収入にあまり恵まれない老人にとって期待できるのは、満期元本償還ローンで、そこでは居住者の死亡後住宅が売却されるまで、元本支払いを求められることがない。だが、地方自治体も住宅建築協会も、最近まで満期元本償還ローンにあまり熱心ではなかった。また、このローンの条件の厳しさや手続の複雑さが重大な障害として指摘されている。

以上の多様なプログラムが大きな可能性をもっていることは確かであり、いくつかの民間団体が老人のプログラム活用を促進するために、助言、援助の提供を始めている。

繰り返しになるが、現実には高齢者の大多数は、条件さえ許せば、住み慣れた住居に住み続けたいと願っている。それは一般の公営住宅やシェルター住宅では満たせない願望である。そこで近年、「住み慣れた住居で福祉を図る (staying put)」ということが、老人福祉、とくにコミュニティ・ケアの大きな目標として主張されるようになった。それは、住宅条件改善の要件として自由な転居を前提とした公営住宅では果たしえないことは明らかである。そこで、1960年代後半以降、全般的に老朽住宅の改修に力が入られるようになったことは先にみたとおりである。それとともに、それまで国の補助対象からはずれていた民営借家居住

者にも、①持家居住者に対する利子支払分の所得控除という所得税法上の優遇措置や、②公営住宅居住者に対する新旧住宅家賃 (原価) のプール計算および一部の低所得者に対する家賃リベートといった公的補助が与えられていることに見合う施策として、家賃手当を導入することで、住宅所有形態間の社会的公正を図ることとした (1974年)。それは適正家賃 (fair rent) を維持することで、民営借家の新築や改修にもプラスに影響することが期待された。この異なる住宅所有形態間の社会的公正は、公営住宅偏重から脱皮することで、とくに老人の居所選択の幅を広げるものとして評価されている。しかし、家賃手当 (rent allowance) は、家賃リベート (rent rebate) とともに多くの場合に社会扶助の付加給付からの住宅扶助と競合することになり、両者の調整の問題を顕在化させた。そこで、1980年住宅法は、この家賃リベート、家賃手当と付加給付の住宅扶助とを統合して、新たに社会扶助とまったく別体系の住宅給付 (housing benefits) を発足させた。制度転換の姿は図3のとおりである。これによって住宅所有形態間の社会的公正は強化されたものの、このための予算の総枠は前のプログラムの総計から増額しないという制約があったから、この改正が直ちに住宅事情の改善に大きく寄与するとは期待しがたい。なお低所得対象世帯の認定手続が保健社会保障省の手に残っているが、住宅給付を社会扶助の枠からまったく独立させたものとして、その意義を評価することができる。それは、住宅選択の幅をいっそう

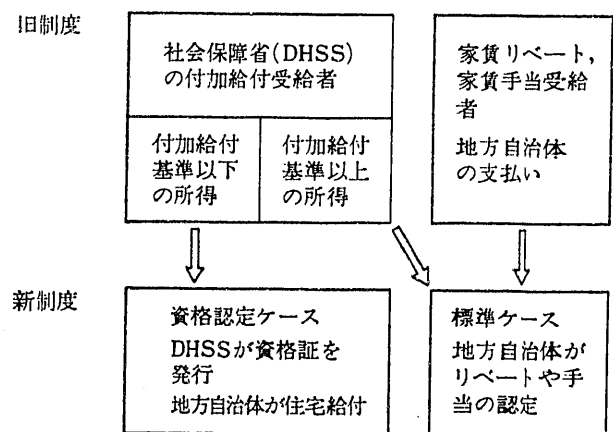


図3 住宅給付制度の成立 (イギリス)

広めることになるであろう。

この点は、わが国の生活保護が、住宅扶助についてシーリングを設けていて、住宅保障としてきわめて不完全であることと対照してみることができる。また、わが国の場合、住宅所有形態間に大きな社会的公正があることも事実である。持家居住者は購入後3年間税額控除を受けられるし、地方自治体建設の公営住宅の家賃計算に当たっては、相当額の補助金を除外して計算している。

「住み慣れた住居で福祉を図る」というコミュニティ・ケア本来の考えは、上記のような住宅所有形態間の社会的公正の追求と、住宅選択の幅の拡大とを前提として、はじめて強い主張として現われたというべきであろう。もっとも、イギリスの住宅問題の核心は、依然として「今日の住宅問題のはらむ基本的な矛盾は、個人所得の分配における大きな不平等を受け容れながら、一方では、住宅の配分における同様な不平等を、われわれが拒否することから起こっている」¹⁷⁾。そのことは次の表10を一見しただけでも明らかであろう。

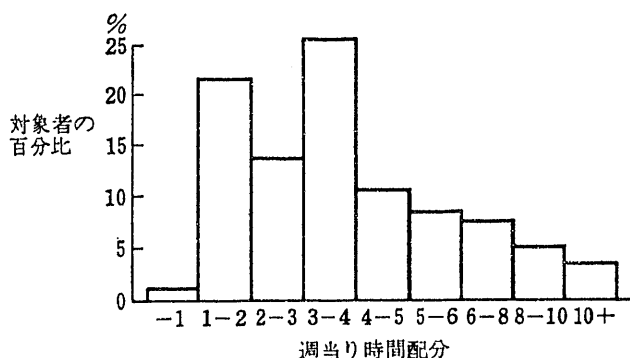
(2) ケアとサポート

高齢者の中でも、身体的、精神的機能の面で介護を要するものはそれほど多数ではない。ある地域の調査で、75歳以上の老人の17%が常時介護を要するということがあった。しかし、この比率は後期高齢者の増大とともに増加すると考えられる。また、高齢者は心身の機能の衰えからばかりでなく、孤独を慰めるためや実際の問題についての助言や援助を求めて、さまざまな支援を必要としている。いずれの場合も、一般に高齢者は通常の住宅に住み続けたいと望んでおり、これまで、老人の身内の者が実際の援助や長期・短期のケアに当たってきた。それは、基本的には現在も変りがないのだが、人口の高齢化と家族の質的变化の影響が現われつつある。子どもの出生が減ったばかりでなく、子どもが親と離れて移動する機会も増大した。老親のケアの担い手である娘たちの多くは外へ働きに出るようになった。そこで、R. パーカーが「介護の潜在的危機」と呼ぶ状況、すなわち、心身の衰えた老人の介護のための社会資源が大きく不足する事態が生じている。それは、ケア

表 10 社会階層・世帯類型別高齢者の住宅所有形態

	社会階層				夫婦	独身	死別
	A B	C 1	C 2	D E			
持家	85%	65%	44%	30%	51%	51%	45%
公営住宅	6	17	39	48	35	22	36
民営借家	9	18	16	22	14	26	19

資料：Age Concern Survey, 1974.



資料：図2に同じ。p. 54.

図 4 ホームヘルプの週当たり時間別ケース比率

する家族に援助を与え、老人のさまざまなレベルのケアや支援に対するニーズに答える重い責任を、公共および民間の機関に負わせることになった。

現に最も体系化された老人福祉サービスはホームヘルプと給食であるが、1980年に65万9,600人がホームヘルプを受け、合計4,173万9,000食が家庭やデイ・ケア・センターで給食された。給食の実人員は、1978年のある週で19万6,000人であったと報告されている。別に1981年に141万7,700人の老人が訪問看護を受けたということであり、サービスとしては、ホームヘルプよりもいっそう広範なものとなっている。

イギリスで注目されるのは、ホームヘルプ・サービスが画一的でなく、対象者のニーズに応じてサービスが配分されている点である(図4参照)。わが国でも、1982年の制度改正によって、ホームヘルプの有料化が図られるとともに、1日4時間、1週18時間を最高限度とするサービスの弾力化が図られたが、それが専門技術的行政裁量に不慣れた地方自治体に直ちに浸透するとは考えがたい。また、わが国のホームヘルプは、相談・助言という役割も期待されているが、イギリスでは、ヘルパーの時間配分でみる限り、それらは主要業務と

表 11 家事種別・ホームヘルプ・家族別援助の程度

家事種別	ホームヘルプ	家族の援助
主要家事		
清掃	97%	14%
ショッピング	55	53
洗濯	57	33
調理	25	35
その他の仕事		
窓ふき	88%	48%
ベッド作り	59	
火起こし	34	
家屋修理	20	
ミシンかけ	27	
個別ケア		
便器洗浄	9%	27%
着衣	4	
ベッドを離れる	2	
ベッドに入る	1	
髪洗い	5	
洗面	2	
トイレまで歩行	2	
脱衣	1	

資料：図2に同じ。

しては理解されていない。いわば家事援助に徹底しているといえる（表11参照）。

他方、ボランティアを活用して家族や友人のケアを補完しつつ、ある程度恒常的にインフォーマルなケアのネットワークに依存しようとするさまざまな体系化が試みられている。公共機関を中心としたボランティア活動の場合も、民間団体を核としたボランティア活動の場合もあるが、そのかわり方にも、個人のケアに深く踏み込んだものから、孤独を慰さめ多少の家事援助をする程度のもので多様である。なお、自治体によっては巡回管理人（peripatetic wardens）制度を導入して補完しているところもある。

だが、全般的な状況としては、大多数のニーズをもった老人が、きわめて標準化された公的サービス（午前中にホームヘルプ、昼食に給食、時々地域ナース）と家族や隣人からの自発的な援助しか受けていない。既存の公私のサービスは、介護の潜在的危機に対処するには、その広がりや弾力性の点において不十分というほかはなく、結局、親族に心身ともに限界を越すほどの負担を強いる

ことになっている。したがって、今日なお多くの老人が、不安のうちに物心両面で著しく低い生活水準に暮らしており、なかには地域に必要なサービスを得られないために、施設の生活を余儀なくされるケースも少なくない。

（4）特別な居住環境

収容施設に代わるものとして、特別に設計された住宅が発展してきた。イングランド・ウエールズで1978年までに約41万戸が地方自治体によって建てられたが、その約半数はいわゆるシェルター住宅であった。また、全国の住宅協会（housing associations：一種の民間団体）が建設した特別設計住宅4万7,000戸の大部分も、やはりシェルター住宅であった。それらは20～30戸が集まっていて、各戸に非常通報装置があり、管理人（a warden）が置かれている。管理人は非常通報に答え、老人の状況を監視し、必要に応じて一定限度の援助を与える。また、居住者の社会活動への参加を積極的に促進する。

若干の地方自治体や住宅協会では、居住者の総体的な高齢化の進行に即して、「高度シェルター住宅」制度をとっているところがある。そこでは、管理人が増員されて、ある程度のケアや緊急の場合への対応ができるようになっている。

シェルター住宅は賃貸が原則であるが、近年、住宅協会で共同所有のリース（長期賃借権）制度を導入したから、持家居住者でシェルター住宅に移りたいものはリースを補助付きで購入できるようになった。居住者の死亡もしくは移転の場合、リースは協会に戻る。

P.タウンゼント（Peter Townsend）が、1962年の著書『最後の拠り所（The Last Refuge）』でそれを奨励して以来、シェルター住宅は、施設に代わるケア付住宅を提供する最善の方法として、広く認められてきた。長い待機者リストの存在が、そのニーズの強さを示している。しかし、その相当部分は、むしろ適切な通常の住宅と弾力的なケアや支援を得ることが困難なためといって過言でなからう。

施設についていえば、1981年3月で11万6,898人がイングランドの地方自治体の老人ホームで、

表 12 年齢階層別老人ホーム在所有者 (イギリスは若年障害者を含む)

(実数; %)

		65歳未満	65～74	75～84	85歳以上	計
イングランド・ウェールズ						
1966年		11,300 (11.9)	19,800 (19.2)	43,300 (41.9)	28,900 (30.0)	103,300 (100.0)
1975年		10,300 (8.6)	20,800 (17.3)	47,300 (39.4)	41,600 (34.7)	120,000 (100.0)
インナー・ロンドン		711 (7.0)	2,013 (19.7)	4,101 (40.2)	3,388 (33.2)	10,213 (100.0)
アウター・ロンドン		746 (5.2)	1,932 (13.5)	5,587 (39.1)	6,027 (42.2)	14,292 (100.0)
グレーター・ロンドン		1,457 (5.9)	3,945 (16.1)	9,688 (39.5)	9,415 (38.4)	24,505 (100.0)
特別養護 老人ホーム	東京(1982.4)	(3.8)	(24.2)	(45.1)	(26.9)	(100.0)
	全国 (1976)	(8.7)	(34.0)	(41.6)	(15.8)	(100.0)

資料: 1) 東京は都福祉局資料から作成, 全国は全社協資料。

2) イングランドは Profiles of the Elderly 8 (1981), p.25.

3) ロンドンは Annual Abstract of Statistics, 1978 & 79 から作成。

表 13 機能障害別・施設種別ケア対象者 (サンプル調査)

施設種別	障害程度		低		中		高		重	
	い		間		い		い		い	
	人	%	人	%	人	%	人	%	人	%
在宅	65	54.2	25	20.8	15	12.5	15	12.5		
公営老人ホーム	120	50.0	64	26.7	23	9.5	33	13.8		
民間老人ホーム	65	61.9	20	19.0	6	5.7	14	13.3		
私営老人ホーム	37	38.5	20	20.8	25	26.0	14	14.6		
病院	13	10.9	15	12.6	31	26.1	60	50.4		
私営ナーシング・ホーム	18	15.8	22	19.3	19	16.7	55	48.2		

資料: Dependency with Dignity, p.65.

1万8,308人が同じ地方自治体の委託で民間と私営の老人ホームに、別に民間独自に2万5,992人、私営に3万1,842人がそれぞれの老人ホームでケアを受けていた。近年のコミュニティ・ケアの拡充によって、かつては施設入所の平均年齢が60歳代であったものが、今日では82歳に近づいている。これは、保健・医療系列のいわゆるナーシング・ホームではなく、通常の老人ホームであることを念のために強調しておきたい。この老人ホーム在所有者(障害者を含む)の年齢構成と、わが国の特別養護老人ホームを比較すると表12のとおり、イギリスの通常の老人ホームの方が高齢化が著しい。

イギリスの病院入院患者のうち、老人の実数を確認することは統計上困難である。1980年の年間入院患者数総計445万2,000人のうち、65歳以上の老人は123万4,300人でその比率は27.7%である。だが、老人病院、病棟(1980年で平均5万2,000人)のベッド回転率が低いことを考慮しなければならない。しかし、一般的にいて、国営保健サービスの病院ベッド(1980年で平均28万9,000人が入

院)のほぼ半数を老人が占めているといわれる。また、別に私立や民間立の病院やナーシング・ホーム約3万ベッドの大半が老人にあてられているという。ただ、多くの場合に長期入院の老人は、老朽化した設計の悪い病棟にあって、しかも、職員の充足も十分でない状態に置かれているから、必ずしも適切なケアを受けているとはいえない。それらは普通病棟に比較して著しく整備が遅れているからである。

再三述べたとおり、実際には適切な住宅と支援さえあればコミュニティで独立の生活を送れるはずの高齢者の多くが、施設や病院で生活しているといわれる。そのことは、在宅、公私老人ホーム、病院、ナーシング・ホームのそれぞれの老人についてケアの必要度を調査した結果をみても明らかであろう(表13)。同じ調査でたとえば長期入院患者の4%は家庭で、18.4%は老人ホームで、10.9%はナーシング・ホームでそれぞれ生活する方が適当ということであった。八つのロンドン・バラーの調査で、ソーシャルワーカーたちは、施設待

機者の約3分の1がシェルター住宅で十分であると報告している。また、ケント州のコミュニティ・ケア・プロジェクトでも、年間の老人ホーム入所者を3分の1に減らすことができたということである。この場合、施設利用はショート・スティ（短期収容）の活用が促進されている¹⁸⁾。

先に引用した調査報告は、次の4点を指摘している。①地方自治体の老人ホーム入所者と国営保健の老人病棟の長期入院患者との間に、看護ケアへの依存度の点で相当大きな重複がある。②病院と老人ホームの間、とりわけ老人ホームから病棟への対象者の移送が困難である、そこには「不必要に占有されたベッド」の問題がある。③病院の環境は長期ケアを必要とする老人の生活ニーズを満たすには不適當である。④老人ホームの職員構成においてとくに看護スタッフが不十分で、多くの老人たちの看護ケア・ニーズに即応できず、監視役に追われている状況がある¹⁹⁾。

4. まとめとわが国の問題点

(1) イギリスのコミュニティ・ケアの現状

以上みてきたイギリスの老人をめぐるコミュニティ・ケアの問題点は、大きく3点に要約される。

1) 現行のケアのための社会資源に対するプレッシャーが強く、そのため、「病院ベッドの不必要な占有」とか、危機状況に陥ってはじめて施設入所してくるといった問題が顕在化している。

2) 異なったケア部門の間に老人の自助能力の面で大幅な重複がみられる。

3) コミュニティでなお満たされないニーズが顕著である。

これらの問題を緩和する方策は、いろいろ提案されているが、今や発想の転換が求められているとする立場から論じられているのは、二つの選択についてである。すなわち、第1の選択として普通病院、リハビリテーション病院、老人病棟、ナーシング・ホーム、老人ホーム、ホステル、シェルター住宅といったケア形態の区分に合わせて、対象者を次々と移動させるという方策がある。そして、第2の選択としては、逆に地域の社会資源を弾力的に使って、そこで対象者のあらゆるレベ

ルの依存性に対応しようとする方策がありうる。

ところが、この二つの選択の問題は、現実には、第1の方策が行き詰ったときに、それまでの施策がすでに第2の方策の形をとり始めているということである。第1の施策体系が閉塞状態に陥ったとしたら、それは必然的にその体系の各部門に広範なレベルの依存性をもたらす。そうなれば、資源配分と施策の運用をきわめて弾力的に行なうのでなければ、老人のニーズに即したケアを提供することはできない。そして、諸々の調査結果は、イギリスではすでにこの状態が顕在化しているということである。「住み慣れた住宅で福祉を図る」という考えは、第2の選択を前面に掲げたものといえるが、実際には、第1の選択の行き詰りから生まれたものというべきかもしれない。

(2) わが国の問題点

わが国の施策体系は、イギリスより以上に多岐にわたっている。一つには、わが国の体系はケアの必要度による区分のほかに、経済階層区分が残っているからである。有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特別養護老人ホームは、養護と特養に費用負担制が導入されるまで、要介護性と経済階層区分とで分類されていた。同じことは、1982年に有料化されるまで、ホームヘルプと家事援助者その他の地方単独事業の間にもみられた。それらは、いずれも現在でもその名残を残している。もともと老人福祉法自体が生活保護法から分離するという経済階層意識のうえに成立したということがある。

また、わが国の施設は、イギリスの施設と異なって年金プラス公的扶助によって、対象者の主体的選択によって利用するものではない。むしろ施設にとって利用者は、措置委託者すなわち地方自治体ひいては国という形になっているから、施設の側は上記の区分以外に、相対的に重い要介護性の対象者をさらに細分して、加算や別種の施設を作り出させてきた。痴呆性老人のための特別介護棟や、養護老人ホームの病弱者加算などがその例である。こうした施設種別の細分化は、施設規模について措置委託の観点から望ましい最小規模が設定されていることと合わせて、わが国の施設の

地域性を失わせている。地域の老人がその地域の施設に入所するという本来の地域性は、現在の施設配置ではほとんど成立しようがない。

1982年の老人保健法は、70歳以上（寝たきり65歳以上）の保険医療を一本化した。生活保護の被保護老人は法の適用外に置かれた。老人保健法によって病院は、一般病院、老人専用病院、特例許可老人病院、そして特例許可外老人病院に区分された。だが、この区分は、医師、看護婦等の人的基準による区分であって、決して対象者のニーズに基づく区分ではない。また、老人保健法は保健サービスを地方自治体に団体委任したが、ごく一部を除いておよそ未発達で、訪問看護はほとんど普及していない。自由開業制、そして出来高払い制による現行の医療が、地域保健医療として展開される可能性はきわめて乏しい。

コミュニティ・ケアの場合も、介護性や経済階層による区分以外に、家族形態区分が加わっている。すなわちホームヘルプはひとり暮らしか、寝たきりで介護するものがないことを原則としている。その場合、娘の外勤を政策的にどう把握するかについてまだ定見がない。イギリスと違って、はじめから同一世帯のことが多く、必ずしも高齢化が進んでから老人と娘の自主的な選択で同居や隣居するに至るのではないから、幼児保育と同じように老人保育の要求が高まることがあっても不思議ではない。

さらにコミュニティ・ケア全般の問題として、その供給体制を支えるべき民間の自主的な活動があまり広まっていないということがある。そのため給食サービスなどはまったく部分的にしか育っていない。わが国でこの分野に民間の活動が育たなかったのは、公けが施設を偏重し、実質私営施設をも形式的に社会福祉法人化して、民間社会福祉事業として組織化してきたからである。

要するに、イギリスと比較して、わが国の老人のケアは、面としての広がりや欠いて、せいぜい点と線でつながったネットワークでしかない。それは、①子ども家族との同居が多いということに安住して、老人世帯のための住宅施策を本格的に展開していない、②サービスとしての地域保健医

療体制が未発達である、という隣接領域の問題もあるが、社会福祉サービスの領域でも、③サービスが細分化されていて、きわめて画一的、非弾力的であり、かつ、少しも地域的に展開されていない、からである。その好例はホームヘルプで、ヘルパーが原則として自分の住む地域の老人をヘルプするという方式はわが国ではむしろ珍しい。現実には、なぜか短くて1ヵ月、長くても6ヵ月で担当地区を交替するシステムが一般的である。給食サービスや入浴サービスも、地域性の乏しい施設を拠点とする限り、大幅に普及するとは考えられない。およそ線でしか結びつきようがないからである。また、訪問看護が制度化されていないところで、限られた人数の入浴サービスのために看護婦を雇用するとすれば、それは優先順位を誤るものというべきではなかろうか。

(3) 示唆される点

以下に、比較をとおしてわが国の老人をめぐるコミュニティ・ケアについていくつか考えつく点を列挙してみたい。

1) コミュニティ・ケアを機能としてよりもその目標の面から再確認し、インフォーマル・ケア、すなわち家族、親族、隣人のケアをも視野に含めるべきである。

2) 施設を中心に置いたケア体制の発想を転換し、インフォーマルなケアの担い手をも福祉対象として考え、要介護老人に対する手当（たとえば東京都の老人福祉手当）に見合って、介護者にも家庭内福祉労働手当を支給することが望ましい。

3) 現在の施設体系に住宅保障部分と生活援助部分が入り混じっているのを分離し、また生活保護の住宅保障も切り離して、老人に対する住宅保障を確立する。手法としては現物給付よりも住宅手当を支給し、対象者の自主的な選択の幅を拡大することが望ましい。心ならずも家族と同居するような例がなくなると期待される。そこでは、有料老人ホームも私営シュルター住宅として選択されていくであろう。

4) 施設の種別や加算を撤廃し、小規模多目的施設を地域に展開する方向を確立する。区市町村がかつてまったく名目的な国庫補助金の下でなお

保育所や児童館作りに示した積極性を、老人福祉でも再現できないはずはないであろう。

5) 画一的な社会福祉事業法の運営組織規定を改正し、私営といえども事業本位に福祉事業として位置づけ、同時に措置費を直接対象者に支払う方式に改める。それは、さらに対象者の選択の幅を拡大することになろう。また、現在の特別養護老人ホームの措置費水準をもってすれば、この改正は施設増設を促進すると期待できる。

6) 公私の老人福祉事業者に施設運営内容の公開を義務づけることで、地域住民による事業監視体制を強化する。それを前提に、別途、施設に対する助成交付金の方式を考えることができよう。

7) 5)の改正と合わせて、無意味になるほど雑多なものを取り込んだ現行の社会福祉法人を整理し、民間の意義を純化することで、ボランティア活動の昂揚をも期待する。

8) 老人福祉事業はきわめて地域性をもった事業であることを前提に、現行の機関委任事務を区市町村への団体委任事務に改める。それによってサービスの地域性、弾力性を向上できるであろう。地方への財源配分が必要なことはいうまでもない。

おわりに

イギリスの場合、施設・サービスが需要に追いつけぬまま、分化した施設・サービスの機能に対象者を適合させて処遇する方式が行き詰り、実態として、対象者のニーズに施設・サービスを即応させる方向への転換を迫られている。そこでは、住み慣れた住居で福祉を図ることが志向されている。わが国は、むしろはじめから後者の選択、すなわち、コミュニティ・ケアを志向すべきだと考えるものである。

その場合、社会福祉におけるインフォーマルなケアの位置づけ、そしてインフォーマルなケアにおける家庭内福祉労働の社会的評価について、積極的な情報公開を行ないながら市民的合意の形成を図ることが必要である。それは日本的でもアジ

ア的でもない、国際的な社会福祉の共通課題というべきであろう。

(注)

- 1) Harry Specht の都立大学での講演 (1983.6) から。
- 2) Equal Opportunities Commission, *Caring for the Elderly and Handicapped*, London, EPC, 1982, p. 1.
- 3) Alan Walker, "The Meaning and Social Division of Community Care", Alan Walker (ed.), *Community Care: The Family, the State and Social Policy*, London, Basil Blackwell, chapter 1 を参照されたい。
- 4) Andrew Purkis *et al.*, *Housing and Community Care*, London, Bedford Square Press, 1982, p. 1.
- 5) DHSS, *Care in Action*, London, HMSO, 1981.
- 6) Olive Stevenson, "Social Trends in Care for the Elderly", F. Glendenning (ed.), *Care in the Community: Recent Research and Current Projects*, Stoke-on-Trust, Beth Johnson Foundation, 1982, p. 11.
- 7) Roy Parker, "Tending and Social Policy", E. M. Goldberg (ed.), *A New Look at the Personal Social Services*, London, PSI, 1981, p. 19.
- 8) Equal Opportunities Commission, *Who Cares for the Carers*, London, EPC, 1982, p. 3.
- 9) Equal Opportunities Commission, *op.cit.*, p.vi.
- 10) Office of Population, Censuses and Surveys, *General Household Survey*, London, HMSO, 1973, p. 135.
- 11) Equal Opportunities Commission, *op.cit.*, p. 21.
- 12) Sally Greengross, *Caring for the Carers*, F. Glendenning (ed.), *op.cit.*, p. 20.
- 13) Roy Parker *et al.*, "Family Policy in the United Kingdom", A. Kahn and S. Kamerman (eds.), *Family Policy: Government and Families in Fourteen Countries*, New York, Columbia University Press, 1978, p. 364.
- 14) Olive Stevenson, *op. cit.*, p. 14.
- 15) Michael Bayley, "Community Care and the Elderly", F. Glendenning (ed.), *op. cit.*, chapter 3.
- 16) Andrew Purkis *et al.*, *op. cit.*, p. vi.
- 17) D. V. Donnison, *The Government of Housing*, London, Penguin, 1967, p. 180.
- 18) Andrew Purkis *et al.*, *op. cit.*, p. 6.
- 19) Barbara Wade *et al.*, *Dependency with Dignity*, London, Bedford Square Press, 1983, p. 222.

(ほしの・しんや 東京都立大学教授)