

イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界

東京都立大学人文学部教授 星野 信也

はじめに

1971年のシーボム改革が、イギリス地方自治体の児童部と福祉部を統合して社会サービス部を設置し、それまでのカテゴリー別サービスに代えて個別福祉サービス (Personal Social Services) の概念を導入したことは周知の通りである。それはイギリスにおけるゼネリシズム志向を表現するもので、それによって改革前から必ずしも明確に分離されていた障害者福祉と老人福祉は、いっそう区分し難くなった。諸統計とくに施設に関する統計が老人福祉と障害者福祉を分離しない場合が多いからである。1948年国民扶助法に基づいて行われていた障害者の登録制度も、1980年以降3年おきにしか公表されなくなった。

社会福祉が制度体系である以上、イギリスの社会福祉を紹介するには、第1に、そのゼネリシズム志向、そしてそれを表現する行政用語、行政分類に従って紹介すべきであり、第2に、わが国への提言も、①制度体系レベル、②制度体系の背景にある理念あるいは理論レベル、のいずれかについて参考にすべき点を論ずるにとどまるべきであろう。

そこで、以下、イギリスの障害者福祉理念として再び強調されつつあるコミュニティ・ケアに焦点を当て、そのなかで歴史的に中心的役割を担った精神障害者中心に、イギリスで障害者、高齢者

を含めていうプライオリティ・グループあるいは通称シンデレラ・グループを対象に、そしてコミュニティ・ケアを支える社会保障を視野に加えて論じたい。

1 グリフィス・レポート

1987年秋に予想されていたグリフィス・レポート (Griffiths Report) が、1988年2月12日に報告された。それは「コミュニティ・ケア：行動綱領 (Community Care: Agenda for Action)」と題されている。前文8頁、本文28頁という薄いもので、資料、関係者の提出意見等は一切省略されている。グリフィスが入院中であったという特殊事情にもよるが、保健社会保障省 (Department of Health and Social Security) における記者発表は行われず、サッチャー政権のレポートに対する冷淡さを見せつけた。

1988年8月現在、イギリス政府はレポートの扱いについて一切コメントしていないが、関係者はほぼ一致して次のような見方をとっている。

①イギリスでは個別福祉サービスが地方自治体の事業、国営保健サービスが国の直営事業と「横割り」になっており、コミュニティ・ケアに必要な保健医療と個別福祉サービスの連携に重大な障害となっている。グリフィスはコミュニティ・ケアにおけるリード・エイジェンシー (中心となってサービスを主導する機関) を、明示

は避けたが、かなり公然と地方自治体の社会サービス部 (Social Services Department) に期待している。

- ② サッチャー政権は、かねて政府の直接コントロールの及ばない地方公共団体 (例えば労働党系の地方公共団体) に行財政責任を委ねることにきわめて消極的であり、その点で政府の意向と相反するグリフィス・レポートは、おそらく棚上げされるであろう。

2 精神病院閉鎖：その背景

(1) 隔離主義から治療へ：第2次大戦前

最近、ウェブスター (Charles Webster) が「大戦後の保健サービス第1巻：保健ケアの諸問題—1957年前の国営保健サービス (The Health Services Since the War, Vol 1: Problems of Health Care: The National Health Services before 1957)」を公刊した。そこで1957年を区切りとしたのは、それがコミュニティ・ケアの転機であったからだという。当然のことながら1958年精神保健法 (The Mental Health Act) を指している。

イギリスの精神病患者は19世紀半ばまでは、まったく政策対象とされず、もっぱら個人の屋根裏か地下室に閉じ込められていたといわれる。それでも精神病院の歴史は、1247年のベスレム病院に遡るといえる。

17世紀頃から浮浪者の取締りが強化されるなかで、むしろ民間の精神病院が作られ始める。その一部の悲惨な状況を改善するため1774年には「精神病施設法 (The Madhouses Act)」が施行された。そこでは、入院に医師の診断書が義務付けられる。他方、貧困な精神病患者のための公立精神病院への要請が高まり、1808年には治安判事に公立精神病院設立に必要な課税を認める法律が施行される。

1842年までに17の隔離精神病院 (Asylum=アサイラム) が作られている。しかし、地域経済事情からイングランド中西部、北部には作られなかった。そこで、1845年精神病患者法 (The Lunatics Act) および公立アサイラム法 (The County Asylums Act) が、公立アサイラム設立を義務付けた。1834年新救貧法が貧困者をワークハウスに、1835年刑務所法が犯罪者を監獄にそれぞれ隔離主義を強調したのに続くものであった。勤労して社会に貢献できない者は、家族の生計維持のためにも隔離すべきだというのが、基本的考え方であった。かくて、1845年から1890年にかけて、民間アサイラムは101%、公立アサイラムは364%増加した。総人口が78%の増加であったのに比べ、アサイラム人口はほぼ4倍増したことになる。その間アサイラムの規模も拡大し、1827年には平均116人であったものが、1850年には297人、1890年には802人へと大規模化した。

それでも、ワークハウスとアサイラムの関係は不安定であった。1876年当時、54,407人の貧困精神病患者がいたが、そのうち33,719人が公立アサイラムに、15,509人がワークハウスに、6,526人がアウトドア (院外) 給付をそれぞれ受けていたという。

1890年精神病患者法 (The Lunacy Act) は、第1に、それまでの精神科医の専断に個人の自由保護の観点から裁判所による法的手続きの要件を加えた、第2に、民間アサイラムにおける必要限度を超えた長期入院に歯止めをかけるため、民間アサイラムはライセンスを要するものとした。これは、精神病治療に法的手続きを導入した最初の立法である。この法律では、「私的」患者と「貧困」患者を区分したが、精神病と精神薄弱の区分には至らなかった。しかし、精神薄弱者は次第に別の施設でケアを受けるようになっていく。

精神薄弱を明確に区分したのは1913年精神薄弱者法 (The Mental Deficiency Act) で、それは精神薄弱を “idiots”, “imbeciles”, “feeble-minded” をして “moral defectives” に4分類する。最後の分類は、刑事責任免責のためとされる。1927年精神薄弱者法は、地方自治体に職業訓練を義務付けるなど、対象者の福祉の処遇に道を開いた。しかし、20世紀前半にとくに精神薄弱者の隔離病院は急増し、かついっそう大規模化する。

法的手続き重視から精神科医の専門的判断重視への揺り戻しにはさほど時間を要しなかった。1930年精神科治療法 (The Mental Treatment Act) は、精神病の早期・効果的治療を図るため法的手続きを緩和するものであった。1890年法の法的手続きによる入院に加え、第1に、インフォーマルな任意入院、第2に、法的手続きを略した6カ月の短期入院命令が認められ、アフターケアが規定された。また外来診療、一般病院の精神科病棟、小規模病院が奨励された。「貧困」患者の分類は廃止され、アサイラムは「精神病院 (mental hospital)」に、それまでの「狂人 (lunatic)」が「不健全精神の者 (person of unsound mind or insane)」に置換される。

(2) 病院治療からコミュニティ・ケアへ

(a) 科学的治療への期待—法形式主義の緩和

第2次大戦後、精神安定剤の普及によって、科学的精神科診断・治療への信頼が高まり、もはや内科、外科治療と精神科治療の間に差異はないと考えられた。そのため精神病、精神薄弱者は、とかく福祉国家建設からとり残されることになったが、ようやく1959年精神保健法 (The Mental Health Act) が、隔離主義を否定することになった。

精神病、精神薄弱に新しい分類が導入される。

「精神障害 (mental disorder)」が総称として用いられ、「重度精神薄弱 (severe subnormality)」、 「精神薄弱 (subnormal or educationally subnormal)」、 「精神病 (psychopathic disorder)」に分類される。最後の分類は、必ずしも前2者を排除しない。また、いわゆる「精神病 (mental illness)」は、この法律ではとくに定義されなかった。

1948年に国営保健サービスが実施され、病院が原則としてすべて国営病院となったことも、新たな法的枠組みを要請した。国営保健制度による、スティグマを伴わない処遇、非形式的処遇、科学的治療とケアの展開が期待された。専門家の判断、裁量が重視され、法的保護は後退する。入院に伴う経済的負担が取り払われたから、法的入院と任意入院の区分が廃止されて公式入院と非公式入院に分類され、非公式入院はまったく自由となった。収容ではなく入所の形式に転換する。公式入院は、医学的に必要であるにもかかわらず入院に応じない約20%のクライアントのためにのみ残された。

他方、不必要な長期入院を予防するため、精神保健レビュー・トライビューナルが設置される。このトライビューナルが、権限を有する医務官 (medical officer)、病院管理者、近親者と並んで、早期退院の道を保障することになる。

1962年にイギリス政府は「病院計画」を公表し、物理的にも社会的にも老朽化の進んだ大規模病院を閉鎖して、精神病院ベッド数を人口1,000人当たり3.3から1.8に減らすとした。しかも、従来の隔離病院に代わって、地域病院に短期精神科ユニットおよび比較的小規模な長期入院ユニットを用意すべきだとした。精神薄弱者には、別にこれも200人を超えない小規模病院を中心として、人口1,000当たり1.3ベッドを用意するとした。

政府は、病院計画に対応して地方自治体にコミ

ユニティ・ケア推進計画の作成を求め、それを総合して公表する。しかし、1971年に福祉部と児童部の社会サービス部への統合、続いて1974年には国営保健サービスの地域組織再編成が行われる。地方自治体のカウンティと国営保健のディストリクトはほとんど一致せず、大きな課題を残すことになる。それまで病院に所属し独立の専門職であった医療および精神医療ソーシャルワーカーは、地方自治体の社会サービス部に吸収されるが、個別福祉サービスのゼネリシズム志向のなかで、児童福祉需要、高齢者福祉需要増大の前に、その得意の分野、精神病、精神薄弱問題は、ほとんど優先度を与えられない状況に置かれる。そして、政府の恒常的財政制約もあって、病院閉鎖、コミュニティ・ケア推進は遅々として進まなかった。

(b) ノーマライゼーションと社会手当

1970年代初頭、ニルジェとウルフエンズバーガー (Nirje & Wolfensberger) が「ノーマライゼーション (Normalization)」の原則を説き、広く受け入れられていく。そこでは、個別福祉サービス、保健サービスの対象者は、社会・文化的に容認されノーマルと考えられている生活を経験できるように、ポジティブな期待と支援的環境のもとに必要なサービスを受けるべきだとされる。この主張は、かつてボウルビー (J. Bowlby) が児童福祉にいわゆるボウルビー革命をもたらしたのに匹敵する大きな影響を、障害者・高齢者福祉にもたらすことになった。とくに大規模施設の管理体制が、入所者の生活にもたらす受け身の態度、無気

力さなどの問題点が、強く指摘された。

イギリスでは、1971年教育法 (The Education (Handicapped Children) Act) が、すべての児童に教育を受ける権利を認めた。同年公表された白書「精神薄弱者サービス改善に向けて (Better Services for the Mentally handicapped)」は、①精神薄弱者の退院を進め、入院を予防し、入院者数を減らす、②入院患者をできるだけコミュニティに移す、③地方自治体の個別福祉サービス、ディケア、トレーニングセンター、地域ホームを増強する、④100~200ベッドの小規模病院を一般病院に併設する、⑤老朽病院の改良を急ぐ、⑥国営保健と地方自治体個別福祉サービスの協同関係を確立する、の諸点を目標として掲げた。1975年の白書「精神病患者サービス改善に向けて (Better Services for the Mentally Ill)」も、ほぼ同様のことを精神病患者に対して実現させるとした。

病院の閉鎖が進む一方、地方自治体のホステル、シェルタード住宅、ホーム、精薄者トレーニングセンターなどは着実に増加する (第1-2表参照)。1977年以降養護学校は一切新設されないこととされた。1976年からは、国営保健サービスと地方自治体の社会サービス部の間で協同計画、協同予算制 (joint finance) が実現する。地方自治体のコミュニティ施設、ディケア施設に対して、国営保健制度から予算配分するというものである。イギリスでは、個別福祉サービスに対する国の特定補助金制度はなく、すべて地方税支援交付金という、わが国の地方交付税交付金に当たるものし

第1表 精神病院、精神薄弱病院ベッド数の推移 (U.K., 1961~1986)

単位：1,000人

病院種別	1961	1966	1971	1976	1981	1984	1986
精神病院	165.1	150.7	131.9	109.3	96.4	89.0	82.5
精神薄弱病院	53.3	65.2	64.9	59.2	52.2	47.7	42.5

注：入院数は年間平均。なお、1986年12月31日現在入院中の16歳未満の精神薄弱児童はイングランドでは392人に過ぎなかった。
資料：HMSO, *Social Trends* 12 & 18.

第2表 病院代替施設の民営化傾向 (England: 1976~1985)

単位：人

施設別年次	地方自治体立		ヴォランタ リー	プライベート	合計	
	職員あり	職員なし				
高齢者・障害 者ホーム	1976	110,796	32,789	26,412	169,997	
	1979	113,592	33,912	31,998	179,502	
	1984	116,430	38,242	63,072	217,744	
	1985	116,080	37,446	80,041	233,587	
精神薄弱者 ホーム	1976	8,356	347	1,933	1,137	11,773
	1979	10,453	928	2,120	1,653	15,154
	1984	12,803	1,544	3,996	2,275	20,618
	1985	13,395	1,757	3,991	3,105	22,248
	1施設平均人員	19.7	3.9	17.2	13.4	
精神病患者ホ ーム	1976	1,913	825	1,149	473	4,360
	1979	2,310	1,282	1,360	655	5,607
	1984	2,523	1,719	1,693	865	6,800
	1985	2,563	1,800	1,952	1,219	7,534
	1施設平均人員	16.4	4.6	13.2	12.0	

注：(1) ホームとホステルが、統計上分離されていない。

(2) 人員は各年3月31日現在。

資料：Radical Statistics, *Facing the Figures*, London, 1987, Chapter 4.

かないということがある。

1970年代の国民保険法改正は、コミュニティ・ケア推進に向けた社会手当を実現する。まず、1971年に①要介護障害手当 (Attendance allowance) を、ついで1976年に②歩行障害手当 (Mobility allowance)、1977年には③障害者ケア手当 (Invalid care allowance) を実施する。

①要介護障害手当は、重度の心身障害が他人の多大の介護を必要とする障害者（2歳以上65歳まで、但し75歳まで継続受給できる）本人にミーンズテストなしで給付される。介護者の有無も問わない。手当は非課税である。要介護の程度、昼夜連続か昼夜いずれかのみかで手当が2段階に分かれる。（1988年7月現在、週£32.95及び22.00）

②歩行障害手当は、身体障害（精神薄弱がもたしている場合を含む）から歩行困難な5歳以上の障害者にやはりミーンズテストなしで給付さ

れる。障害者の外出を促そうとするもので、1982年4月から非課税とされた。（週£23.05）。

③障害者ケア手当は、勤労年齢（16歳以上男性65歳、女性60歳の年金年齢まで）にある者が、要介護障害手当（もしくはそれに相当する給付）を受給する重度障害者を週35時間以上介護している場合、ミーンズテストなしでその介護者に給付される。手当は課税対象である。1987年まで要介護者の妻は対象除外されていたが、1986年社会保障法で、1984年に遡及して受給資格を認めた。（週£24.75、別に被扶養者成人14.80、児童8.40）。なお、1984年11月から従来の無拠出障害年金 (Noncontributory invalidity pension=NCIP, Housewives' noncontributory invalidity pension=HNCIP) に代えて、重度障害手当 (Severe disablement allowance) が施行されている。

これらは、いずれもコミュニティ・ケアにプラ

スに作用する。入院すれば、社会手当①③は4週間後停止されるが、②は継続される。ホーム入所の場合、社会手当③は停止になり、①は収入認定されるが、②は収入認定されず継続する。

(c)科学的治療への幻滅—法形式主義の復活

1970年代終わりから、サッチャー政権は経費節減を狙って積極的に病院と大規模施設の閉鎖を進める。それは1981年の「ケア資源の再配置 (A Consultative Document on Moving Resources for Care in England)」に明らかで、Care in the community を強調する。1985年、イギリス下院社会サービス委員会「コミュニティ・ケア (Community Care with special reference to adult mentally ill and mentally handicapped people)」も、その方針を支持する。さらに、1986年、監査委員会 (The Audit Commission)は、「コミュニティ・ケアの現実化 (Making a Reality of Community Care)」を報告し、問題点を指摘する。

この間成立した1983年精神保健法は、法形式主義を復活させる。第2次大戦後の精神科治療の科学的進展への期待が過度に楽観的であったことが明らかとなり、入院予防、早期退院などの法的保護を中心とした改正が行われる。その特徴は次の通りである。

①同法は、精神障害者の定義に医学的病状に加えてその社会生活上の行動を基準に含め、それを法律上の定義として限定する。

②精神薄弱のこれまでの“(educationally) subnormal” “severely subnormal” の区分を廃止し、新しい概念の「精神機能不全 (mental impairment)」および「重度精神機能不全 (severe mental impairment)」の分類を設けた。

精神機能不全に加え、異常に攻撃的で反社会的行動を伴った時に、診断ないし安全保障のための強制入院がありうる。もっとも、医学的には「精

神発達遅滞ないし不全」が、従前通り、上記措置の十分条件である。

こうした行動要件の導入は、医学が精神障害の治療に関わるのに対し、その社会的影響については法的に対応することを明確にするものであった。もっとも入院を強制する場合、反社会的行動が法的強制の必要を正当化すると考えることは、いわば国親的介入から半刑事処分に転向するものともいえるが、それとバランスさせるものとして、入院には「治療可能性テスト」が要求されることになった。入院目的が拘束ではなくあくまで治療にあることを保障しようとするものである。

対象者の人権を保障するものとして、強制処分に関わる専門職者に「認可ソーシャルワーカー」が加わる。それは、ソーシャルワーク教育訓練委員会 (The Central Council for Education and Training in Social Work=CCETSW) の試験に合格した者を指す。また、入退院に関わる近親者が、1959年法より限定的に、最も近い近親者とされた。

同じく人権保障の強化として、入院継続の適否判定期間が1年、1年、2年から、半年、半年、1年に短縮される。トライビュールに訴える機会がそれだけ増加した。さらに、もし期間内にトライビュールに訴えなかった場合、病院管理者は自動的にケースを送付することが義務付けられた。1982年には1,329件であったケース・リビューは、それによって1984年には3,445件に急増した。また、患者と近親者にトライビュールの書類へのアクセスが認められる。それは、これまで高度に専門医療的性格を帯びていたトライビュールの性格を大幅修正するものであった。

1959年法と1983年法の画期的差異は、1983年法に第4部「治療への同意」が加わったことにある。それまでは、保健社会保障省の指導で治療に当た

っては本人および最も近い近親者の同意を求めることとされるにとどまった。1983年法は、28日間の中期入院の場合に限り、医師が明白に本人の意に反しても必要な治療を行うことを認める。しかし、治療行為にランク付けをし、①外科的精神科治療、すなわち脳組織の一部を傷つける治療その他保健担当相の指定する治療については、本人の同意および別の医師の第2意見 (Second opinion)を必要とする。非公式入院にもこの要件は妥当する。なお、別の医師の第2意見は、医師以外の2人の専門職者すなわち看護婦プラスもう1名と合議のうえ、表明されなければならない。また、本人の同意は、学際的パネルすなわち当の別の医師に医療関係者以外の2人を加えたパネルが、本人の自由な意思表示と認定することを要する。

この「治療への同意」は、これまで医師の独占分野と考えられてきた領域に対する、個人の人権保障を名目とした、明白な介入である。ランクが下がって②電気ショック療法その他の治療には、本人の同意もしくは別の医師の第2意見のいずれかが求められる。この場合、本人の同意については担当医務官または保健担当相の指定医による認定で足りるが、別の医師の第2意見には上記の要件が求められる。

なお、この①②はいずれも個々の治療行為につ

いてではなく治療計画について要請される。本人は途中で同意を取消することができるが、それが本人に著しい苦痛を伴うと判断される場合、医務官は治療を継続できる。また、治療が緊急を要する場合、その治療が「原状復帰不可能」ないし「危険を伴う」ものでないことを条件に、例外が認められている。

さらに、対象者の人権保障のために精神保健法委員会 (Mental Health Act Commission) が新設された。法の規定する上記の諸手続きをモニターし、報告し、参加することが期待されている。総勢92人におよぶこの委員会には、医師、法律家、看護婦、臨床心理家、ソーシャルワーカー、学識経験者が含まれる。公式入院患者の治療とケアをレビューし、第2意見をのべる医師を指名し、学際的パネル・メンバーを任命するなどの権能を持つ。

このように、1983年法は、人権保障を目的に、ゼネリズム志向に反して「認可ソーシャルワーカー」を認め、かつての精神医療ソーシャルワーカーに類するものを復活させたほか、新たにコミュニティ精神医療看護婦 (Community psychiatric nurse) およびコミュニティ精神薄弱看護婦 (Community mental handicap nurse) を認め、コミュニティにおける福祉、看護体制を整備する (第3表参照)。

第3表 デイ・サービス利用者とコミュニティ職員の増加 (England: 1974~1985)

単位：人

年次	精薄者トレーニング・センター	高齢者、身障者、精神病者デイセンター	ホーム・ヘルパー	ソーシャル・ワーカー	コミュニティ・ナース
1974	31,604	26,598	42,388	17,042	26,386
1979	42,061	46,293	46,714	22,733	29,512
1984	47,464	52,175	53,145	24,292	35,845
1985	48,824	52,945	53,400	24,790	37,296

注：(1) ホームヘルパー、コミュニティ・ナースはいずれも常勤換算。

(2) コミュニティ・ナースは district nurses, health visitors, auxiliaries, community psychiatric nurses 及び community mental handicap nurses.

(3) 職員数は9月30日現在。

資料：第2表に同じ。

3 コミュニティ・ケアの進展と限界

(1) コミュニティ・ケアとプライベタイゼーションの同時進行

以上に見たような1980年代の発展は、精神科医療をデミスティファイ (Demystify) するものであった。医療が神秘的であればあるほど病院の専門的治療が重視されるが、それが神秘性を失え

ば、それだけコミュニティ・ケアは身近なものになる。

遅々として進まなかった精神病院閉鎖は、1970年代終わりから1980年代にかけて進展する。政府が、国営保健サービスに1981年からホステルなどの地域施設建設ないし病院からの転用を認めたこと、むしろホームレス対策から付加給付 (Supplementary Benefits) の「食事及び宿所手当 (Board and lodgings payments)」を1982年に引

第4表 入院中の精神病, 精神薄弱者の入院期間 (England ; 1973~1985)

単位: 人, %

分類	精神病					精神薄弱				
	1973	1975	1980	1983	1985	1973	1975	1980	1983	1985
人口10万人当たり入院者数	205	188	161	147	136	112	107	96	86	77
長期入院者比率										
1年以上入院	69.9	68.8	64.0	61.8	57.2	93.2	93.3	94.4	93.5	93.1
5年以上入院	49.7	47.9	40.7	37.1	33.8	77.9	77.3	80.6	82.3	81.5

注: 各年12月31日現在

資料: HNSO, *Health and Personal Social Services Statistics for England, 1977 & 1987.*

第5表 精神病, 精神薄弱入院退院の状況 (England : 1964~1985)

単位: 人, %

分類		1964	1971	1975	1980	1985
精神病	年間入院数	155,302	173,230	175,111	180,164	199,995
	年間退院数	156,593	175,733	177,990	181,563	201,053
	退院者入院期間別百分比					
	1月未満	41.9%	48.7%	53.4%	56.9%	59.4%
	1~3月	35.8	32.3	29.9	27.6	25.9
	3月~1年	13.8	11.3	9.9	9.4	9.3
	1~2年	2.7	2.4	2.0	2.0	1.7
	2~5年	2.3	2.2	1.9	1.8	1.7
5年以上	3.5	3.1	2.9	2.3	2.0	
精神薄弱	年間入院数	9,728	11,193	12,939	18,954	37,800
	年間退院数	9,325	11,517	13,878	20,078	39,733
	退院者入院期間別百分比					
	3月未満	54.7%	60.2%	69.9%	83.2%	89.5%
	3月~1年	10.8	8.8	6.0	2.8	1.8
	1~2年	6.2	4.9	2.9	1.5	0.8
	2~5年	8.1	6.2	3.9	2.6	1.1
5年以上	20.2	19.9	17.3	10.0	6.7	

資料: 第4表に同じ。

イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界

上げたことが、ホステル、ホーム等入所者を予想外に増加させることになった。とくに食事及び宿所手当は、ミーンズ・テストを伴うがニーズ・テストは伴わずに本人に付加給付されるから、地方自治体の高齢者、障害者ホームなどニーズ・テストを要する施設に代わって、同じ施設分野に急速

にプライベートの参入を見ることになる（第2、12表参照）。かくてコミュニティ・ケアは、個別福祉サービスのプライベート化、すなわち一面で改めて施設化するという逆の傾向とほぼ同時進行し始める。なお、ヴォランタリーおよびプライベート・ホームには、別に地方自治体がスポ

第6表 コストの比較（1986年価格：対象・ケア形態別）

単位：週当たりポンド

ケ	ア	形	態	高齢障害者	精神薄弱者
コミュニティ・ケア	家事サービス			£ 97.35	
	家事サービス+デイケア			135.35	132.50
施設	ケア	① 地方自治体			
		シェルタード住宅		151.55	
		ホーム		133.25	190.25
		② プライベート・ヴォランタリー			
		ホーム		138.55	209.55
		ナーシング・ホーム	183.55		
		国営保健サービス・病院	294.75	254.75	

資料：Audit Commission, *Making a Reality of Community Care*, HMSO, 1986.

第7表 コストの負担（1986年価格：精神薄弱者ケア形態別）

単位：週当たりポンド

ケア形態別	自	宅	グループ	付加給付	地方自治	民間ホーム	精神薄弱
			ホーム	宿所	体ホーム		者病院
社会保障費用							
重度障害手当	£ 23.25		23.25	23.25	23.25	23.25	7.75
付加給付	14.65		11.91	57.70	15.45	133.80	—
住宅給付	19.00		14.00	—	—	—	—
国営保健費用							
入院費用	—		—	—	—	—	247.00
個別福祉サービス費用							
家事援助	28.00		8.00	4.00	—	—	—
トレーニング・センター	46.00		46.00	46.00	46.00	46.00	—
施設入所ケア	—		14.00	—	101.05	—	—
環境省費用							
地方税負担	1.60		1.60	1.60	4.50	4.50	—
機関別費用小計							
社会保障	56.90		49.16	80.95	38.70	159.05	7.75
国営保健	—		—	—	—	—	247.00
個別福祉サービス	74.00		68.00	50.00	147.05	46.00	—
環境省	1.60		1.60	1.60	4.50	4.50	—
公費合計	£ 132.50		118.76	132.55	190.25	209.55	254.75

注：民間は、プライベートとヴォランタリー。

資料：第6表に同じ。

第8表 白書のターゲットと実績

単位：人，%

ケ ア 形 態		1969	1974	1984	1991年 Target	達成率
精 神 病 (1975年白書)	病院ベッド数		104,400	78,900	47,900	45%
	施設定数(地方自治体, プライベ ート, ヴォランタリー)		3,500	6,800	11,500	41
	デイ病院		11,200	17,000	45,800	17
	デイ・センター(地方自治体, ヴ ォランタリー)		5,400	9,000	28,200	16
精 神 薄 弱 (1971年白書)	病院ベッド数	52,100		42,500	27,300	39%
	施設定数(地方自治体, プライベ ート, ヴォランタリー)	4,300		18,500	29,800	56
	地方自治体成人トレーニング・セ ンター	24,600		50,500	74,500	52

資料：第6表に同じ。

第9表 白書のターゲットと歳出実績

単位：%

ケ ア 形 態		1977	1985	1991年 Target
精 神 病 (1975年白書)	国 営 保 健	97.0%	95.5%	87.0%
	ソ ー シ ャ ル サ ー ビ ス	3.0	4.5	13.0
	施 設 ケ ア	90.7	86.2	66.2
	コ ミ ュ ニ テ ィ ・ ケ ア	9.3	13.8	33.8
精 神 薄 弱 (1971年白書)	国 営 保 健	73.8%	64.5%	44.2%
	ソ ー シ ャ ル サ ー ビ ス	26.2	35.5	55.8
	施 設 ケ ア	82.3	79.0	66.6
	コ ミ ュ ニ テ ィ ・ ケ ア	17.7	21.0	33.4

資料：第6表に同じ。

第10表 ジョイント・ファイナンス実績(1976~1985)

単位：百万ポンド(1984~5 価格)

年 次	投 資 資 金	一 般 会 計 歳 出	合 計	一 般 会 計 分 百 分 比
1976~1977	£ 6.6m	2.7	9.3	29%
1977~1978	18.1	17.4	35.5	49
1978~1979	29.0	29.2	58.2	50
1979~1980	26.0	37.1	63.1	59
1980~1981	30.6	48.7	79.3	61
1981~1982	27.7	57.8	85.5	68
1982~1983	28.9	62.1	91.0	68
1983~1984	22.2	68.9	91.1	76
1984~1985	22.4	74.2	96.6	77

資料：第6表に同じ。

イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界

ンサーとなって入所する委託入所があり、その場合は地方自治体が経費を負担する。

(2) コミュニティ・ケアの限界：国営保健と地方自治の横割り分立

1980年代に入って、コミュニティ・ケア推進のうえで制度上の限界が認識されてくる。それは、1986年12月末でなお500ベッド以上の精神病院が

39カ所もあり、国営保健サービスから地方自治体への対象者移動がほとんど生じていないことが判明するからである。

①病院代替施設増加はプライベートすなわち社会保障の支払い対象において顕著である（第2, 6, 7表参照）。②コミュニティ職員の増加は国営保健サービスのコミュニティ・ナースにおいて顕著である（第3表参照）。③精神薄弱病院の長

第11表 ある精神薄弱病院閉鎖—退院・転院の記録

単位：人

	1978 ~79	1979 ~80	1980 ~81	1981 ~82	1982 ~83	1983 ~84	1984 ~85	1985 ~86	1986 ~87	1987 ~88	合計
死 亡	35	35	33	30	33	20	29	24	10	8	260
最 寄 り 病 院	1	1	31	24	16	4	2	3	3	4	89
そ の 他 病 院	2	3	2	1	2	—	3	1	1	8	23
地方自治体ホーム	5	2	3	3	5	2	4	—	2	4	30
プライベート・ヴォ ランタリー・ホーム	11	21	9	9	9	7	5	5	7	10	99
帰 宅	7	5	3	4	2	—	—	—	1	—	22
自 己 退 院	4	4	1	4	—	—	—	—	1	—	14
そ の 他 退 院	—	2	—	—	1	1	2	3	—	—	9
家 族 委 託	—	—	—	1	2	—	1	1	—	2	7
グループホーム（職 員有）	—	—	—	—	—	14	7	28	16	62	127
NHS ホ ス テ ル	—	—	—	20	11	5	45	22	29	21	153
NHS レジデンス ル・センター	—	—	—	—	—	—	—	58	24	92	174
合 計	65	72	82	96	81	53	96	145	100	217	1,007

注：1988年の数字は一部予定を含む。

資料：Nancy Korman, "First Steps Towards Community Care", SPA 1988 Meeting.

第12表 所得援助システムの食事及び宿所給付額上限（1988年）

単位：週当たりポンド

対 象 者 別	施設ケアホーム	ナーシングホーム
1. 精神障害（精神薄弱を除く）	£ 130	£ 185
2. 薬剤・アルコール依存症	130	185
3. 精神薄弱	160	200
4. 身体障害	190	230
5. ホスピス	—	230
6. 要重介護（or 視力障害）高齢者	155	230
7. 高齢者その他	130	185

注：グレーター・ロンドン地域は £17.50 プラス。

資料：The Disability Alliance, *Disability Rights Handbook: 13th Edition; April 1988-April 1989.*

期入院者比率はほとんど減っていない（第4表参照）。④精神病、精神薄弱を通じて短期入院およびレスピットケア（respite care）が増加しており、国営保健サービスの必要経費は減少していない（第5表参照）。⑤ジョイント・ファイナンスは目標ないし期待通りには地方自治体施設の増設に振り向けられていない（第10表参照）。したがって、⑥1970年代の2つの白書のターゲットは到底達成されそうにない（第8、9表参照）。

このようなマクロの実績を地域レベルで実証したものが、第11表である。これは、かつて2,500人以上を収容したことの ある精神薄弱児者のDarent Park 病院が、1978年から1988年にかけて1,000人を超える入院患者をどのように分散させたかを記録したものである。ここから明らかなのは、地方自治体のケアに移された者はきわめて少なく、大部分が国営保健サービス内で割り振られたか、社会保障負担に回されたことである。

このことは、地方自治体のコミュニティ・ケア推進が遅々として進んでいないことを物語っている。1960年代に既にティトマスが指摘したように精神病院の閉鎖は、対象者を何も無いところへほうり出すに等しい状況にある。現実には、今日のイギリスの最大の社会問題はホームレス問題といつてよいが、精神病院閉鎖はホームレスと刑務所の過密化に寄与しているとする主張がある。

このようないわば国・地方関係の矛盾は、それではなぜ広まったのであろうか。それは、サッチャー政権が1980年代に著しい中央集権化、すなわち、地方自治体の地方税（Rate）に各自治体ごとにキャッピング、すなわち上限設定を強行したからである。それによって、地方自治体は投資的経費つまり、将来、經常経費増を伴うであろう歳出に極度に慎重になった。しかもこの中央集権化は、1990年に行われる予定の地方税制改革、すなわち

Rate の廃止、Community Charge の導入（不動産中心の課税から人頭割り課税への転換：地方自治体の中央依存の強化）によって、さらに強まろうとしている。

4 グリフィス・レポートそのII：問題の深刻さと課題

(1) 問題の深刻さと課題

先述の1985年監査委員会報告「コミュニティ・ケアの現実化」は、この種の委員会として初めて社会保障、保健、福祉サービスを総合的に捉え、次の問題点を指摘していた。

- ①国営保健と地方自治体の予算が独立バラバラなことが、保健から福祉サービスへのシフトを妨げ、コミュニティ・ケア推進を困難にしている。
- ②施設ケアからコミュニティ・ケアへのシフトには過渡的に全体の経費増を伴うが、その経過的予算配慮が欠落している。
- ③社会保障がニーズ・テストなしでプライベート施設入所経費を本人給付しているが、それはコミュニティ・ケアより施設ケアを選好させる効果を及ぼしている。
- ④サービス提供体系が社会保障、国営保健サービス、福祉サービスの3体系にバラバラに分断されていることが、サービスを複雑化し、時間を要するものになっている。
- ⑤職員の人事、養成体系がバラバラで、施設ケアからコミュニティ・ケアへの職員の移行を困難にしている。

「グリフィス・レポート」は、これらを踏まえ、まず次の政策目標を掲げる。すなわち、第1に、社会資源を効率的にターゲットに到達させるよう、最もサービスを必要とする人に適切なサービスを提供する、第2に、もっと広くサービス消費者の

意見を受け入れ、消費者がより多様なサービスから選択消費できるようにする、第3に、消費者ができる限り自宅にとどまれるようにする。そのため次のアプローチを勧告する。

①中央政府にコミュニティ・ケア担当大臣を置く。

大臣は、コミュニティ・ケアの価値、目的、基準を示し、地方自治体がそれに沿って総合的、相互補完的な地域計画を作成するよう指導監督し、必要に応じ絶えず国の政策にフィードバックさせる。

②地方自治体の社会サービス部 (SSD) は、第1

に、地域のニーズと社会資源を総合的に把握し、第2に、適切な福祉サービスのパッケージを計画、設定し、第3に、自治体直接のサービス提供は一部に抑え、できるだけ他のさまざまな主体のサービス提供を促進、支援する。すなわち、SSD はケース・マネジメント (case management) の役割を遂行し、福祉の混合経済 (Mixed economy of welfare) を振興、実現する使命 (facilitative & enabling role) を果たす。

③地方自治体 SSD, 国営保健サービスのディストリクト (district health authorities), 家庭医委員会 (family practitioner committee) は、責任を明確に分担し合い、民間を含めたコミュニティ・ケアのための地域協同関係を樹立する。リード機関を地域レベルで合意することはいえようが、このレポートで機関を特定することはしない。

④財政的に地方自治体のコミュニティ・ケア施策を推進するため、総合的特定交付金 (a general specific grant) を設け、自治体に一定水準の財源を確保するほか、特別目的特定交付金 (targeted specific grants) を作り、長期入院病院の閉鎖など随時地域の必要に充当する。

⑤施設ケアは、ミーンズテストのみに基づく社会

保障給付による入所と地方自治体のニーズ・テストによる入所に分立してきたが、コミュニティ・ケアの総合的推進に向けて施設ケアの扱いを一本化する。その場合、コミュニティ居住者に給付される住宅給付と所得援助 (1988年4月から付加給付に代替した income support) の合算額相当の「施設手当 (a residential allowance)」を新設し、不足分は自治体が補完する。ミーンズのある者には自己負担を求める。通常のホームとナーシング・ホームの区分は廃止する。

⑥将来の人口高齢化に備え、福祉の多元化 (new welfare pluralism) の検討が喫緊の必要事である。社会ケア/保健維持組織 (Social/Health Maintenance Organisations) あるいは社会ケア保険の可能性を探ると共に、イノベーションを奨励し、成果を積極的に取り入れる。

⑦勧告の実現と予算の有効利用に向けて、社会保障および国営保健サービスからコミュニティ・ケア財源を地方自治体に委譲する。

⑦については、1988年4月の社会保障改革が新設したソーシャル・ファンド (Social Fund) が、コミュニティ・ケア・グラント (CCG's) を設け、それを引き続き社会保障事務所の所管としていることが注目される。ソーシャル・ファンドのマニュアルは、「CCG's は、保健、個別福祉サービスに代替するものではなく、それらの補完を目的とする。」とし、「人々ができるだけ独立の生活を送ることを援助しコミュニティ・ケアを推進するため」①施設ケアからコミュニティへの復帰を支援する、②施設入所を予防する、③ストレスに苦しむ家族のプレッシャーを緩和する、④家族の国内旅行の必要を援助する、などを挙げている。ファンドからの援助の多くが実際は返済を要するローンであるのに、CCG's は所得援助に対する加算

であることを特徴とする。

最初に紹介した通り、グリフィス・リポートの将来はなお定かでない。しかし、1980年代は、イギリスにおけるコミュニティ・ケア実現の困難さ、とくに国と地方の横割りの弊害を改めて露呈することになった。

(2) わが国に示唆するもの

イギリスの社会保障、国営保健サービスと地方自治体の個別福祉サービスの3者分立は、わが国では、社会保障、医療保険、生活保護、個別福祉サービスの4者分立といってよい。しかもわが国の障害者福祉、老人福祉は生活保護ないし社会保障から独立のカテゴリカルな福祉サービスとなるようあくなき追及を続けてきた。分立の谷間はかえって深いというべきである。地方自治体の保健センターが増加しているが、そこにはもうひとつ医療と保健の壁があって、イギリスのように地域看護を体系化するには至っていない。

社会保障、医療保険、生活保護、個別福祉サービス、地域保健医療サービスの間を結ぶ価値、目的、基準の確立を急がねばならない。

最後に、グリフィスの前文の1節を引用して結びとしたい。「コミュニティ・ケアが意義を持つ

とすれば、それは実施責任ができるだけ個人とそのケアラーの近くに置かれることである。」

参考文献

- 1) Audit Commission, *Making A Reality of Community Care*, London, HMSO, 1986.
- 2) Roy Griffiths, *Community Care: Agenda for Action*, London, HMSO, 1988.
- 3) DHSS. *The Way Forward: Priorities in the Health and Social Services*, London, HMSO, 1977.
- 4) National Institute for Social Work, *Residential Care: A Positive Choice, (Wagner Report)*, London, HMSO, 1988.
- 5) Ian Sinclair (ed.), *Residential Care: The Research Reviewed*, London, HMSO, 1988.
- 6) David J. Hunter & Gerald Wistow, *Community Care in Britain: Variations on a Theme*, London, King's Fund, 1987.
- 7) David J. Hunter & Ken Judge, *Griffiths and Community Care: Meeting the Challenge*, London, King's Fund, 1988.
- 8) Mark Rowland, *Rights Guide to Non-means-tested Social Security Benefits*, London, Child Poverty Action Group, 1988.
- 9) Clive Unsworth, *The Politics of Mental Health Legislation*, Oxford, Clarendon Press, 1987.

(ほしの しんや)