

イギリスのコミュニティ・ケア

——オックスフォードを中心にして——

真 屋 尚 生

1. イギリスの社会保障と社会サービス

1. イギリスの社会保障制度の発展過程

イギリスにおける今日的な意味での本格的な福祉国家政策の展開は、第2次世界大戦後のことになる。1946年に国民保険法が、1948年に国民扶助法が、それぞれ制定され、1948年には、生活保障なканずく所得保障に関わる制度の中心になる社会保障制度が、その効力を発揮するようになった。と同時に1948年には、包括的な医療保障制度である国民保健サービス(NHS)も開始された。社会保険としての国民保険は、均一拠出を条件に、退職年金、疾病、失業、出産、および寡婦給付に対する権利を付与するものであった。また国民扶助法の制定によって、およそ350年の歴史を有する救貧法が廃止されたが、国民扶助は資力調査を伴う最低生活に対する安全網であり、国民扶助を申請し受給することには、依然として社会的な汚名つまりスティグマ(stigma)がつきまとった。その後も国民扶助とスティグマをめぐる問題が解消せず、1966年には、国民扶助が補足給付に切り換えられ、給付に対する個人の権利の見直しが行われた。これらの諸制度を土台にして、戦後のイギリスは、すべての国民を対象にした「揺り籠から墓場まで」の保障を目指す福祉国家の建設に

本格的に取りかかった。

1950年代から60年代の半ばごろまでは、経済成長と生活水準の向上を背景にして、イギリスの社会保障制度は発展を遂げていった。しかし1950年代後半から60年代前半にかけて、貧困の再発見が種々の社会調査を通じて明らかにされた。しかも1970年代半ばには、世界的な景気後退が、国際競争力が劣り、相対的に労働コストが高い産業を多く抱えるイギリス経済に深刻な影響を及ぼしたが、積極的な公共支出抑制策がとられなかったため、大量の失業者の発生とインフレーションの昂進を避けることができなかった。こうして1979年に政権の座についた保守党は、マーガレット・サッチャー(Margaret Thatcher)主導のもとに、経済政策と社会保障政策の抜本的な見直しに着手することになる。経済政策面では民営化が促進され、社会保障については、その給付費増大への対応、費用負担方法のあり方、制度運営の効率化、ニードの優先順位の設定などに、重大な関心が寄せられるようになる。一方における増加を続ける後期高齢者に対する給付費と、他方における減少を続ける出生率は、今後、より少数の労働年齢人口によって税金と社会保険料の負担がなされなければならない、ということを示していた。また第2次世界大戦後、ウィリアム・ベバリジ(William Beveridge)の考えていた計画とは

乖離した形で実施され、制度全体の統一性と制度間の円滑な連携を欠いていた社会保障制度と関連諸制度は、度重なる制度の改正によって、制度自体が管理不能に陥り、行政担当者には運営が、申請者には理解が、それぞれ困難な状況に陥っていた。こうして1980年代のイギリスは、社会保障を中心にした生活保障体系の抜本的な見直しを避けては通れなくなっていた。

1980年代に入ると、『社会保険および関連サービス』(W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, 1942) いわゆる『ベバリジ報告』(Beveridge Report) に基礎をおいた諸制度の変更が次々に進められた。その中には、次のようなものが含まれていた。(1)補足給付に対する権利がさらに標準化され、さまざまな付加給付が伴うことになり、個々の手当金が裁量的な給付から、法定の給付になった。(2)住宅手当が、1983年に導入され、さまざまな住宅関連手当を統一し代替する方法として採用された。(3)費用を節約するためにスライド制の給付率を物価のみに連動させ、賃金には連動させないことになった。(4)失業給付には課税されることになった。(5)法定疾病給付金が導入され、政府と雇用主との疾病に対する準備をめぐる新しい提携関係が創設された。(6)給付規定が公表され、不服申し立ての権利に法的根拠が与えられた。

そして1985年には、当時の社会サービス担当国務大臣ノーマン・ファウラー(Norman Fowler)が、「ベバリジ以来の福祉国家の最も根本的な見直し」を録書『社会保障の改革』(*Reform of Social Security*)で行い、過去の制度の根本的な欠陥として、次の5点を指摘した。(1)社会保障制度は過度に複雑になっており、およそ30の関連のない、しばしば矛盾する受給権に関する規定があり、管理上の間違いが生じ

るに至っている。(2)社会保障制度は、効果的な支援を、最大のニードを有する者、なかんずく低所得就労者の家族に対して与えられないでいた。(3)社会保障制度は、あまりにも多数の人々を貧困の罅に捕えられるままに、あるいは失業に陥ったままに放置しており、中には就労すると失業するよりも暮らし向きが悪くなる者もいた。(4)個々人で個人通算年金を選択することはできなかった。(5)将来拠出者になる世代にとっての巨額の財政負担が増してきている。

こうして1986年の社会保障法では、資力調査と退職年金の全面的な改革による上記の欠陥の是正が、次のような方法で図られることになった。(1)所得補助が非就業者に対する所得補足にとって代わり、さらに寛大な家族所得援助が低稼得家族に対する家族所得補足にとって代わった。(2)これらの諸給付と住宅手当についての諸規則を調整して、変則的な事態の発生防止と労働意欲の向上を図った。(3)個々の手当金は、それまで例外的なニーズに対して支払われていたが、これに社会基金がとって代わり、ほとんどの手当金が所得援助の形態を取るようになった。(4)追加的な国家稼得比例年金制度が再建され、年金額が、1978年法以来実施されていた「最善の20年の25パーセント」に代えて、生涯稼得の20パーセントに削減された。(5)財政的な誘因が導入され、個人個人が自らの退職後に備えての準備をすることが奨励された。以来、500万人が個人年金を購入している、という。

まさにイギリスにとっての1980年代は、社会保障の抜本的な見直しを伴う新しい自助努力重視の風潮が政策的に醸成され、イギリスにおける生活保障のあり方に大きな変化が生じた時期であった。さらに1990年代になると、障害者生活手当と障害者就労手当が導入され、若干の労

働は可能であるが、稼得能力が限られている人々を支援することになった。また児童福祉法によって、すべての離別した親のために、所得補助の受給のいかんにかかわらず、児童養育費を支給することになった。

2. イギリスの社会サービス制度の発展過程

イギリスにおける生活保障体系にあって注目すべきは、国民保健サービスと並んで、高齢化社会における健康と福祉に関わるニーズの充足に社会サービスななくコミュニティ・ケアが果たしている役割である。イギリスでコミュニティ・ケア概念が誕生したのは1950年代ごろのことであり、健康に関わるニーズと社会生活に関わるニーズを有する人々でも、可能な限り、通常の生活を営むことができるようにすることが、その理論的かつ実践的な課題とされてきた。可能であれば、誰もが自分の家庭で生活できるようにすべきであるというのが、その理念である。さらに補足するならば、次のようにいえよう。正当な理由があって、自分の家庭で生活できない人々が施設に入って生活せざるをえない場合であっても、地域社会に近接した環境の中で生活できるようにすべきである。病院は、治療と一時的かつ集中的な看護を提供する施設であり、人々は、病院で生活すべきではない。公的介護施設においても、私的介護施設においても、入所者が最大限に通常の生活を送ることができるようにすべきであり、人々の独立、地域社会との交流、選択の自由を確保すべきである。

このような基本的理念の延長線上において、1960年代以降のイギリスでは、ホーム・ヘルプ、配食サービス、訪問看護などの在宅サービス、ならびに老人ホーム、レジデンシャル・ホーム、シェルタード・ハウスなどの整備を中心にした

地方政府主導による社会サービスを中心にすえたコミュニティ・ケアが、高齢者福祉の分野において展開されていった。しかし急激な人口の高齢化によってもたらされる、一方におけるニーズの多様化を伴う増大と、他方における費用負担の増大が、1980年代になると、社会サービスとコミュニティ・ケアのあり方の再検討を、中央政府と地方政府に迫ることになり、1989年には議会に白書『人々の介護』(Caring for People)が提出されて、コミュニティ・ケアの主要な目的として、適正な介護を提供し、人々の生活に影響を及ぼす各種の決定を行うに際しては、従来以上に人々に発言権を与えつつ、人々が「可能な限り、通常の生活を、その家庭または地域社会にある家庭的な環境の中で営む」ことができるようにすることが、一段と明確にされることになった。

そして保守党政府は、従来からの社会事業の主流を形成する2つの考え方、つまり(1)個人およびその介護者のニーズを柔軟かつ敏感に把握し、サービスを提供をすること、(2)サービスの提供に際して個人の独立を妨げることがないようにすることを継承するとともに、2つの新しい発想を導入して、(3)提供するサービスに対する一定の範囲での選択の余地を消費者に認めること、(4)最大のニーズを有する人々に対して集中的にサービスを提供することとし、『人々の介護』では、サービスの提供をめぐる、次の6項目を主要目標として設定した。(1)在宅サービス、デイ・サービス、介護者の休息期間中のサービスを推進し、可能かつ適切な場合には、常に人々が家庭で生活できるようにする。(2)サービスの提供者・提供機関は、必ず介護者を実質的に支援することに高い優先順位を与える。(3)ニーズを適正に評価し、個々の事例に適切に対

処して、質の高い介護を提供するための基礎とする。(4)活況を呈している民間部門を、良質な公的サービスと並行して発展させる。(5)公的機関の責任を明確にし、公的機関に、その業務の成果に関する報告を、いっそう簡潔な形で行うようにさせる。(6)確実に納税者にとっての貨幣計算上の価値が高まるように、社会的介護のための新しい財政制度を導入する。

さらに『人々の介護』では、コミュニティ・ケアの展開において、地方当局が担うべき役割を非常に重視し、次の5項目を指摘している。(1)地方当局は、利用可能な資源の範囲内で、ニーズの評価、計画立案、介護の手配、確実な介護の提供についての責任を負わなくてはならない。(2)地方当局は、公的なコミュニティ・ケア計画を策定しなければならない。(3)地方当局は、私的部門およびボランティア部門を発展させ、いっそうの有効利用を図らなければならない。(4)地方当局は、独立した調査・登録機構を設立し、地方当局が所有する老人ホーム、ボランティア団体が運営する老人ホーム、民間（営利目的）の老人ホームの基準の確保についての点検を行わなければならない。(5)地方当局は、痴呆性老人を含む精神障害者が社会的介護を受けられるようにするための手続を定め、これを公表しなければならない。

こうして1990年に国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法が制定されて以来、イギリスでは新たな医療と福祉が一体化したサービスが展開されることになったが、1990年以降におけるコミュニティ・ケアの新展開の核心部分を理解するためには、少なくとも1980年代におけるコミュニティ・ケアの実態について、ある程度の知識を持つておく必要がある。そこで次に、若干の問題提起を試みつつ、筆者(真屋)が1983

年から調査を断続的に続けている、従来より問題を内包しながらも比較的充実したコミュニティ・ケアを実施してきているオックスフォードの事例を紹介することにする。

II. イギリスのコミュニティ・ケアの実態 —1980年代のオックスフォード—

1. イギリスの在宅介護と訪問看護婦

イギリスにおける高齢者福祉サービスは、中央政府・地方政府からなる公的部門とボランティア団体・非営利団体・営利団体などからなる私的部門とが、時には協力・提携し、また時には反発・対立し合いながら、発展を遂げてきた。オックスフォードでは、深刻の度合を増してきた地域社会における高齢化関連問題に対処するため、コミュニティ・ケアの発想を本格的に導入して、1980年に NHS とオックスフォード市社会サービス局が協力し、地方税と中央政府からの援助による高齢者在宅介護計画（Home Care Project for the Elderly）を試験的に発足させた。この計画の目指すところは、高齢者の病院・老人ホームなどの施設への入院・入所を少なく、あるいはその時期を遅くし、高齢者の自立を助長して、家族・近親などによる自宅での介護を最大限可能にすることにあつた。この計画では、近親者とは別居している単身世帯または高齢者夫婦だけの世帯を対象にし、利用者の経済力と提供するサービスの質と量とを結びつけないことにした。この計画が策定された背景には、老年人口の増加があり、一方における福祉関連施設の拡充による高齢者対策に関わる選択肢の増加と、他方における財政的な圧迫、および入院・入所よりも自宅での老後生活を希望する多数の高齢者の存在、さらには医学・医

療なかんずく老人医療の観点からする在宅介護の有効性の再評価があった。

この計画に基づいて具体的に活動をするのは、地域社会で老人精神医療を専門に担当するコミュニティ看護婦 (community psychogeriatric nurse), 地域社会での看護活動全般を担当する看護婦すなわち訪問看護婦 (district nursing sister/district nurse), 地域社会の住民が直面している社会問題および生計費と住宅に関連する問題を扱うソーシャル・ワーカー, ならびにこれらの専門職の意見を検討したうえで, 多面的な活動を調整し, 統一のとれた方向へと導いていく福祉関連問題についての専門的な知識と経験を有するチーム・リーダーと呼ばれる責任者であった。むろん, これらの計画実行者は, 高齢者の家族・近親, 知人・友人・隣人, 家庭医, NHS などとも連絡を密接に取りつつ活動することになっていた。この計画は, いわば総合的な在宅介護サービスの実施を目指すものであり, 主として訪問看護婦が, 自分が所有する自動車で定期的に高齢者の自宅を訪れ一ガソリン代についてのみ一部公費負担がある一, 高齢者の健康状態を調べ, その場で必要な処置・介護を行うと同時に, 高齢者または家族・近親などとの通常30分から1時間程度の会話を通じて生活上の問題点を探り, 老人精神医療専門のコミュニティ看護婦とソーシャル・ワーカーと協力し合いながら, 最善の方法で問題を解決していこう, とするものであった。これら専門職のもとには在宅介護助手 (home care assistant) がいて, 高齢者の生活状況に応じて, 高齢者が家庭生活を営んでいくうえで不可欠な基本的ニーズに関わる一般的な介護および衛生上の問題から, 炊事, 洗濯, 室内の掃除, さらに衣服の着脱にいたる, 妥当な水準のサービスを

毎日提供する。これらは, 近親者が近くに住んでいる場合には, 彼らにもできることであるのに対し, より高度の専門的な看護・介護を, 訪問看護婦は行う。

訪問看護婦は文字どおり女性であるが, ごく少数の男性の訪問看護師もいる。在宅介護助手もほとんどが同様に女性である。これは, 通俗的な性別役割分担が固定観念としてイギリス社会に根強く残存していることによる。女性の平均寿命のほうが男性のそれよりも長く, したがって要介護者の年齢が高くなるにつれ, 女性の比率が高くなる。高齢の女性の中には, いまだに19世紀ビクトリア朝の価値観にとらわれている人々が少なからずいて, 彼女たちは, 若い男性の介護を受けて, たとえば体を拭いてもらうことを拒むなどすることが多い。こうしたことから, イギリスでも専門的な看護・介護の分野で働く男性は圧倒的に少数派である。オックスフォードでは, こうした点に関して, まったく苦情の出なかった男性の介護助手は, わずかに1名にしかすぎず, 本人が非常に有能であったことによる驚嘆に値する例外的な事例ということであった。

さらに, 現代の日本においても依然として根強く存在する社会的な差別と, ある種の共通点を有する社会保障・社会サービスをめぐるスティグマが, イギリスでは一部の高齢者に非常に深刻に受けとめられているため, これらの人々にとっては, 介護サービスを受けることに対する心理的な抵抗が少なからずある。つまり社会保障・社会サービスに依存して生活せざるをえない人々を異常で不健全な者として, 他の人々と区別するわけである。イギリスでは, 状況が改善されつつあるとはいえ, スティグマが, 人種, 宗教, 肉体, 家族, 行動, 職業など, 社会

生活に関わるほとんどあらゆる局面において観察される、とさえいえる。たとえば、白人に対する黒人・アジア人、キリスト教徒に対するユダヤ教徒、健常者に対する障害者、両親のそろった家族に対する単親家族、前科のない者に対する前科者、専門医・顧問医に対する一般医・家庭医などが、これである。社会保障・社会サービスに関連しては、その給付に対応する拠出がなされていないなかったり、給付に資力調査が伴う場合に、受給者は、周囲から一種の落伍者とみられ、受給者本人も、これを意識してスティグマを持つことになり、これが受給者には恥辱と感ぜられることになる。オックスフォードにおいても、こうした意識が社会サービスを受けの際の心理的な障害になることがある¹⁾。

1980年代の半ばに当たる1985年9月には、約80名の高齢者を対象にした在宅介護サービスが進行中であった。要介護者の大半は、1日2回の訪問介護を受けており、中には3～4回の訪問を受けている事例もあった。訪問看護婦は、原則として、1日2世帯ずつ、もっぱら午後、高齢者を訪問する。彼女たちの多くは、結婚後の家事・育児などによる制約のためにパート・タイムで勤務している。相対的に給与水準の高い彼女たちがパート・タイムで勤務していることによって、NHSにとっては人件費の節約が可能になる。

オックスフォードに限らずイギリスでは、訪問看護婦がコミュニティ・サービスの主要な担い手になっている。看護婦は、病院看護婦(hospital nurse)とコミュニティ看護婦(communitary nurse)に大別される。病院看護婦の職業としての起源は、12～13世紀にまでさかのぼる、宗教的な背景を有する医療施設で貧者・弱者の看護活動に従事していた修道士・修道女にある

が、コミュニティ看護婦は、19世紀におけるボランティア団体の発展に負うところが大きい。病院看護婦が医師の指示に従って看護活動をするのに対し、コミュニティ看護婦はボランティア団体の援助を受けて、より強い独立性を保持しつつ、地域社会で活動を続けてきた。訪問看護婦は、家庭看護婦(home nurse)と呼ばれることもあり、助産婦—イギリスでは1975年に制定された性差別禁止法によって男性も助産夫としての訓練を受けることが可能であり、また前述のように看護師(male nurse)もいるが、本稿では煩雑を避けるために看護婦とのみ表記している—、保健婦とともにコミュニティ看護婦に属する。訪問看護婦は、訓練期間の長(3年)・短(2年)による2段階の資格すなわち国家登録上級看護婦(state registered nurse)と国家登録下級看護婦(state enrolled nurse)のうち前者に属し、訪問看護に関連する特別の訓練を受けている。

訪問看護婦の職務範囲は、注射、血圧測定、足治療、健康相談から、自分では足の爪を切ることができない高齢者の足の爪切り、入浴介助にいたるまで、広範多岐にわたる。このうち足治療については、若干の説明を要するであろう。イギリス人の多くは、睡眠時間を除くと、ほとんど終日靴を履きづめのため、イギリス人の中には、しばしばウオノメやタコが足にできたり、足の爪が肉に食い込んだりして、これに苦しめられる者が多い。そのためNHSでは、60歳以上の女性、65歳以上の男性、学童、障害者、妊婦を対象にした足治療サービスを行っており、その専門家(chiroprapist)もいる。また訪問看護婦は、家庭医の処方箋に基づいての治療、高齢者の家族・同居人などに対する看護・介護の方法に関する指導を行っている。訪問看護婦が対

応する住民のおよそ半分が高齢者であるのに対して、保健婦が高齢者に関わる時間は相対的に短い。訪問看護婦は、退院直後の人々、あるいは入院は必要としないが、完全には自活できない人々を、その自宅または病院以外の施設・住居に訪ね、高度の専門的な看護サービスも提供している。

ちなみに、1983年度末に連合王国全体でNHSの業務に従事していた看護婦・助産婦は約50万人²⁾で、人口が連合王国の約2倍の日本の看護婦・保健婦・助産婦の合計が約64万人(1984年末)³⁾であったのと比較するとき、イギリスにおける看護サービスの密度の濃さが一段と鮮明になってくる。

2. イギリスの在宅介護と病院医療

イギリスでは、病院への通院に困難を感じる者とりわけ高齢者に対しては、通院患者送迎車(hospital car)または救急車が、あらかじめ連絡しておいた時刻に患者宅を回り、患者を病院へ連れていくサービスを提供している。ただし、帰宅の際は、病院まで同乗したすべての患者の診察・治療が終わるまで、たいてい1時間程度は送迎車・救急車の発車を待たなければならない。このサービスを受けるには、普通、家庭医たる一般医または通院することになる病院の外來部門の看護婦に手続を依頼する。路線バスなどの公共交通機関を利用する場合には、所得水準のいかんによって通院費の償還を受けることもできる。医療上の見地から患者の通院に付き添いが必要な場合には、付き添いの交通費も償還される。これらについての詳細は、郵便局と社会保障事務所に用意されている無料の小冊子『あなたの病院費用』(Your hospital fares)で知ることができる。

またオックスフォードでは、市当局の援助を受けた一種のボランティア活動としてのコミュニティ輸送制度(Community Transport Scheme)が、高齢者在宅介護計画と並行して実施されている。この活動へは市民がパート・タイムで参加し、主として買い物などのための外出を希望する高齢者を、参加者の所有する自動車で目的地まで送迎する。その謝礼はバスの運賃より若干高い程度で、走行距離に応じて支払われ、ガソリン代のごく一部に対して市当局からの補助が出る。拘束時間は、しばしば2時間を超えるので、経済的な動機で参加する者はいない。それどころか失業者が社会参加の機会を求めて参加することさえ、まれではない。この制度とは別に、もっぱら高齢者の地域福祉センターや昼食クラブへの送迎を行っているボランティア団体もある。さらに市当局・ボランティア団体・地域住民が協力して運営している配食サービスもあり、料金は利用者の資力に応じて徴収される。

ところで、オックスフォードでは、高齢者在宅介護計画と、後述する在宅介護制度とともに、NHS体制のもとでの病院を核にした、健康維持に関わる自助努力の喚起と可能性の追求を目指しての、柔軟な地域戦略計画(Regional Strategic Plan 1984-94)が1984年から開始された。そこでの基本的な問題意識は、当時、計画の立案者であると同時に推進者でもあり、長期的な視点に立っての管理者・調整者・仲裁者・監督者・評価者・専門的助言者としての役割をも果たしていたNHSオックスフォード地方保健局コミュニティ医療担当医官で、オックスフォード大学グリーン・カレッジのフェローとして研究のかたわら医学生教育も担当していたグレイ(J.A. Muir Gray)によると、次のとおりで

ある⁴⁾。

加齢・高齢化は、能力減退の一因にしかすぎず、90歳くらいまでは必ずしも生活・労働能力喪失の重要な原因ではない。むしろ問題にすべきは、(1)社会的・環境的な要因によって引き起こされる疾病、(2)適応力—体力、持久力、熟練、柔軟性—の喪失、(3)退職による所得の減少や高齢者に対する過保護的な対応などの社会的な要因、であり、これらを社会的に除去する努力とともに、自助努力が必要である。社会的には、(1)限界があるとはいえ、疾病予防策を講じること、(2)生活水準の上昇と生活環境の改善だけでは疾病を克服できないが、貧困を除去すること、(3)医療保障に関連する諸制度を充実させ、その運営を民主的なものとするために、国民が健康に対して関心を持ち、政府をはじめとする公的機関と医療専門職を監視すること、が必要である。そして幸いにも現在(1980年代)および今後は、次の諸点について期待しうる。(1)これからの高齢者は、現在の高齢者と比較し、適応力がある。(2)これからの高齢者は、よりよい教育を受け、より強く自己主張ができる。(3)これからの高齢者には、企業年金を受給する退職者が増え、彼らはより豊かになっていく。(4)痴呆症・白内障・パーキンソン病など、高齢者の活動能力を低下させる疾病は減少しそうもないが、慢性閉塞気道疾患・リウマチ性および虚血性心疾患・脳卒中は、喫煙人口の減少や医療サービスの有効性の向上によって減少する可能性がある。

したがって今後、ますます健康維持に関わる自助努力の余地が広がってくる。また、たとえ高齢者が地域社会において最大限に各種のサービスを受けるにしても、おそらく1日22時間は1人で過ごすのが普通であり、この間の自助努

力は欠かすことができない。もちろん、自助努力には限界があり、自助努力は専門的な医療に代替しうるものではないので、自助努力を推進していけば、病院医療とコミュニティ・ケアに対する需要が増加することにもなり、家族・友人・ボランティア団体などによって提供される私的介護の重要性も再認識されてくることになる。高齢者の自助努力を推進していくためには、それを支援する体制の整備が不可欠である。そのためには、病院医療、コミュニティ・ケア、私的介護、自助努力の間での相対的な重要性の度合は、病気の種類と症状に応じて変化してくるが、これらが相互に有効性を発揮できるような体制を築いていかなければならない。

たとえば、穿孔性消化性潰瘍や脛骨の骨折の場合、病院医療の前段階で自助努力や私的な介護やコミュニティ・ケアが行われるにしても、大部分の患者は病院で治療を受けることになる。したがって、こうした場合には病院医療の領域が広がり、病院医療の地域社会への浸透性が高まることになる。またたとえば、糖尿病・骨関節炎・パーキンソン病・生理不順・視力障害・湿疹などの慢性疾患や身体障害の場合には、病院での治療の比重は相対的に小さくなり、病院医療の地域社会への浸透性が低くなりがちである。ところが、病院医療の地域社会への浸透性が低く、貢献度が小さくなればなるほど、病院医療、コミュニティ・ケア、私的介護、自助努力の相互の間において、機能と責任の配分に関する不均衡が生じ、コミュニティ・ケアで間に合う場合に病院医療が利用されたり、逆に病院医療が必要な場合に自助努力のみに終始するということにもなる。

このような事態の発生を避けるために、オックスフォードでは、病院を地域医療体制の中に

しっかりと組み込み、そのうえで高齢者の自立を助長する体制の確立を10年計画で目指すことになった。しかもこうした体制が確立すれば、高齢者の長期入院によって切迫の度合を深めていた病床の不足を緩和できると同時に、悪名高いウエイティング・リストに記載されている入院・手術待ちの患者数を減少させることも可能になる、と考えられた。そして、周知のように1980年代半ばのイギリスは、長期にわたる経済停滞にあえぎ、10パーセントを超え、時に15パーセントにも達する高い失業率に悩まされていたうえ、医療・福祉関連予算が大幅に削減されるなど、計画推進の障害となる要因も多く横たわっていたが、次のような高齢者福祉施策の目標が地域戦略計画では掲げられ、在宅介護と病院医療の連携による、その達成が図られてきた。(1)肉体的な能力の不必要な喪失を予防する。(2)苦痛や抑鬱状態など、予防や治療が可能な症状、あるいは貧困などの社会問題の発生による、生活の質の低下を防止する。(3)家族崩壊を防止する。(4)高齢者が可能な限り長期間にわたって自宅で生活できるようにする。(5)自宅では扶養不可能な人々を対象にした良質の看護・介護を提供するための長期の入院・入所用の施設を確保する。(6)よき生活同様によき死を高齢者が迎えることができるようにするための援助を行う。

3. イギリスの老人ホーム

オックスフォードにおけるコミュニティ・ケアでは、高齢者在宅介護計画と並んで老人ホームも重要な役割を果たしている。というのもイギリスでは、1948年制定の国民扶助法第3部第21節(1)および(2)によって、年齢・病弱など理由のいかんを問わず、看護・手当を必要とするにもかかわらず、これを受けることができない高

齢者のために、居住施設を設置することが、すべての地方自治体に義務づけられているからである。この施設を、通常、老人ホーム(old people's home)またはレジデンシャル・ホーム(residential home)といい、時に第3部宿泊施設(Part III accommodation)とも呼び、地方自治体の社会サービス局によって運営されている。この老人ホームでは、医療または特別の看護は一切行われず、看護婦さえまったく配備されていない場合もある。ソーシャル・ワーカーが入所者の世話をすることはあるが、職員の多くは特別の資格を何ら有していない。

老人ホームに入所するためには、通常、一般医またはソーシャル・ワーカーによる、その必要性の認定を要し、入所希望者は各地方自治体の社会サービス局長に直接申し込むが、入所の決定をめぐっては、一般医が最も強い影響力を持っており⁹⁾、地方自治体も、肉体的・精神的に健康な、たとえば排泄抑制能力があり、歩行可能な高齢者でなければ、申し込みに同意しないことがある。いわゆる痴呆症や寝たきり状態で、家族が介護できないような高齢者は入所できない。一般医または顧問医は、特定の患者が老人ホームに入所できるようにするために地方自治体に働きかけることができる。これに対して老人ホーム側では、この患者がホームで提供可能な範囲を超える看護・介護を必要としている場合には、その入所を拒否することができる。また通常、一人暮らしの高齢者の入所の申し込みのほうが、申し込み時点において家族・親族の世話を受けている高齢者からの申し込みより優先される。その際、高齢者が自力でベッドに上がれるか否かが、判断基準として重視される。むろん、高齢者の世話をしている家族・親族に短期間の休息を与えるために、同居人がいる高

高齢者を一時的に老人ホームに預かることや、病院を退院直後の患者が再び自宅で生活できるようになるまでの短期間の滞在を認めることはある。

多くの地方自治体は、その住民にのみ老人ホームへの入所資格を与えており、高齢者が、親族または友人・知人の近くに住むために、従来居住していなかった地方自治体の老人ホームへの入所を希望しても、厳格な資格制限を実施している地方自治体の老人ホームは受け入れてくれない。入所費用については最低額が定められているが、最低額を上回る部分については入所者の資力に応じて徴収される。1980年代のイギリスでは、老人ホームの約3分の2が地方自治体によって運営されており、残りは宗教団体・慈善団体・ボランティア団体などによって運営されていた。

オックスフォードにも公的老人ホームがいくつかある。その中の1つ、イフリ・ハウス(Iffley House)は、市の中心地から自動車ですら15分ばかりの郊外の、緑に囲まれた日当たりのよい小高い場所にある。この老人ホームは2階建てで、医療設備はなく、建物の背後には高齢者の運動・散歩には十分すぎるほどの芝生の庭がある。玄関に入ると、すぐ目につく位置に火災報知機が設置されており、長い廊下の両側には、伝い歩きが容易にできるように、すべて手摺が取り付けられている。主要な設備としては、管理人室、会議室、調理室、洗濯室、共用の浴室などのほかに、大小2つの談話室があり、多くの入所者が、談話室で、テレビを見たり、編み物をしたり、新聞・雑誌に目を通したり、おしゃべりをして、一日の大半を過ごす。居室には、個室・2人部屋・3人部屋の3種類があり、各ベッドの枕許には非常呼び出しボタンがついている。1985年

8月時点では55名が生活しており、うち男性が14名一男性はふつう約3分の1で、夫婦も数組いた。2人部屋・3人部屋で他人同士が同室になった場合には、気難しい高齢者もいて、しばしばいさかいが生じるため、同室者の組み合わせ方には細心の注意が払われている。

入所者は、ベッドでの喫煙を禁止されていることを除くと、何ら制約を受けることなく、自由に生活を楽しむことができる。週に1度は美容師の有料出張サービスがあり、また毎週、曜日を違えてボランティア団体に所属する市民が老人ホームを訪問し、入所者との交流を図る。何かと口実を設けてはパーティが開かれたり、観劇や買い物、ピクニックなど、外出の機会も豊富にある。しかしながら、1960年代以降、減少傾向にあるとはされるが、古い救貧院の影に脅えて、このホームで生活することを恥辱と感じ、罪の意識さえ持つ高齢者が、1980年代においても少なからずいた。

イフリ・ハウスの入所者の大半は80～90歳代で、60～70歳代までは家族・親族とともに地域社会の住民が世話をするという前提のもとに、この老人ホームは運営されている。ここでは、60歳代は若くて元気のよいヒヨコ(young sprightly chicken)と呼ばれている。イフリ・ハウスへの入所申し込みを受理するにあたって考慮される重要な点は、高齢者を介護している家族・親族の緊張が精神的・肉体的な限界に達し、家族崩壊の危機が迫っているか否かである。入所者の大方には4～5人の家族・親族がいて、まったく身寄りのいない高齢者はわずかしかない。これらの家族や親族は、しばしば入所者を面会に訪れ、ホームで話をして帰ったり、お茶や食事に自宅に入所者を伴って帰ったり、週末には入所者を自宅で過ごさせたりしている。

もっとも中には、メリー・クリスマスを告げに、年に1度ホームに立ち寄るだけの家族もいるらしい。

イフリ・ハウスには、1人の管理人のもとに、16名の看護助手—看護婦はいない—、4名の夜勤要員、10名の用務員、2名の調理師がいて、その日常的な運営がなされている。管理人は、文字どおり老人ホームの管理運営全般に責任を負うだけでなく、老人医療専門医、老人精神医療専門医、訪問看護婦、老人精神医療専門訪問看護婦、老人ホームの看護人・看護助手、市当局の福祉関連サービス担当者などと、地域社会における高齢者福祉サービスと老人ホームの多角的な連携のあり方について、2週間ごとに検討会を開催する。看護助手は、応募の際に必ずしも特別な資格を有している必要はないが、採用されると、ただちに多様な訓練課程の中から1課程以上を修得し、一応の看護技術を身に付けることになっていて、週39時間勤務の者と週30時間勤務の者に大別される。女性2名、男性1名が、毎晩ホームに宿直する。用務員は、週30時間勤務の者と週20時間勤務の者に大別される。賃金水準は低く、経済的な動機で職に就いた者は長続きせず、老人ホームの職員には、何らかの事情があって高齢者や福祉に関連する問題に深い関心を寄せる者が多い、という。そのせいか、職員の入所者に対する応対ぶりには、筆者の短時間の観察に基づく印象にすぎないが、血の通った暖かさが感じられ、入所者もすっかり安心して職員に頼り切っている様子であった。一般にイギリスでは、極貧層や世間から見放された人々の世話をする者は、社会的に尊敬される立場にある人々の世話をする者より、専門的な訓練の程度が低く、賃金も安く、自らが世話をしている人々を苦しめている社会的な

スティグマの一部を分かち合っている、ともいわれる⁶⁾。

オックスフォードにおいては、通常、高齢者のニーズはソーシャル・ワーカーを通じて把握され、在宅介護制度（Home Care System）によって充足されてきた。その内容は、すでに紹介した高齢者在宅介護計画とほぼ同様で、衣服の着脱や食事の世話などを含むサービスのほか、高齢者向きに住宅を改造する費用の補助など、金銭面に関わる援助をも含む。そしてこの制度の適用を受けているうちに、自宅一持ち家でなくてよい—で介護を受けながら生活することが困難になった高齢者については、再びソーシャル・ワーカーによる状況の確認が行われ、肉体的・精神的に衰弱が著しく、自活困難、と判断されると、イフリ・ハウスなどの公的施設が受け入れを認めることになっている。ただし可能な限り高齢者が地域社会で生活できるように援助し、施設への受け入れを避けるという基本方針に沿って、施設への入所に先立って、高齢者本人およびその家族が、施設への入所について1カ月かけて十分に協議し、合意に達していることが必要とされるが、イギリスでは老人ホームの入所に際しては、ニーズの大小ではなく、近親者の声の大小がものをいい、中流階級の声が労働者階級の声をはるかにしのいでいる⁷⁾、ともいわれる。入所費は入所者の所得に応じて徴収され、銀行預金残高が3000ポンド—筆者の手許に残っている1983年9月13日の「東京銀行（東京）外国向送金計算書」によると同日の為替相場は1ポンド＝約370円で、これで換算すると111万円に相当—を超える場合に徴収される。オックスフォードにおける基本徴集金額は1週13ポンドで、他の地方自治体と比較すると、相対的に安い。しかも基本金額以下の負担

で入所する高齢者が多い。時には、私的施設への入所が認められることもあり、その費用については、個人負担の場合と、オックスフォード市が補助する入所費に対して保健社会保障省が1週110ポンドまでの補助金を交付する場合とがある。

ちなみに、1980年代前半のオックスフォード市には約3万6000戸の住宅があり、そのうち3分の2は第2次世界大戦が勃発した1939年以前に建てられたものである。約4パーセント(1500戸)は居住に不適切とされ、これをはるかに上回る住宅が修理と改築を必要とし、中には基本的な設備とされる屋内便所、浴室またはシャワー、洗面台、台所流し台、浴室・洗面台・流し台への給水給湯設備を欠くものまであり⁹⁾、こうした住宅で暮らす高齢者も少なくない。イギリスの冬は寒さが厳しいため、暖房設備の善し悪しが生活の快適さのみならず、健康ひいては生命にまで深刻な影響を及ぼし、1986年1～3月の期間に578名—毎日6名強—が、暖房の不足による低体温症で死亡している⁹⁾。また一人暮らしの高齢者なканずく女性の住まいは押し込み強盗に狙われることもあり、事件が地方紙の紙面をにぎわすこともある。1984年の調査によると、イギリスでは75歳以上の女性のみの単身世帯が、全単身世帯のうち約56パーセントを占めている¹⁰⁾。

III. イギリスのコミュニティ・ケアの 展開—1990年代のオックスフォード—

1980年代のオックスフォードにおける複合的なコミュニティ・ケアの展開は、あたかも1990年に制定された国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法(National Health Service and

Community Care Act)を先取りしていたかのようでもあり、日本の状況と比較すると、数段先行しているようでもあるが、これに対する批判がなかったわけではない。地域社会を核にした福祉政策・医療保障政策の展開によって、その理想としたところとは裏腹に、しばしば高齢者の家族に過重な負担がかかるようになったことが、地域住民の立場からする論議の対象になった。

オックスフォードでは、他のイギリスの地方都市同様に、スーパの冷めない距離とまではいかないまでも、隣接している地域で生活している親子は、けっして珍しくない。その半面、イギリスでは日本以上に核家族化が進んでいるため、兄弟姉妹がいなかったり、いても近隣に住んでいなかったりする場合が多い。このような状況の中でのコミュニティ・ケアの展開は、不可避的に特定の子どもへの負担を増大させることになり、しばしば負担が独身の娘に集中することになる。そして老親の世話をしていたために、結婚の機会を逸し、生涯を独身で過ごす女性の存在が、社会問題化さえしている。また老親と同居している家族は多くはないが、自らの家族を持っている既婚の子どもが老親と同居している場合には、イギリス人は年齢性別を問わず日本人よりも自我が確立していて、自己主張が強いいため、家庭内における世代間の対立が深刻化したり、居住空間が狭隘化することによって、高齢者にとっては孫にあたる子どもの成長が阻害されたり、時には老親との同居が原因となって、子ども夫婦が離婚するにいたる、という状況まで生まれてくる。もっとも高齢者は、もっぱら扶養されたり、介護されるだけの存在ではなく、高齢者が孫の育児の一端を担って、労働年齢にある子どもを援助する、という拡張家族

においてみられるような役割分担が存続していることもある。

したがって、高齢者の立場から、在宅介護と施設への入所のいずれをも選択でき、途中で変更もできる余地を確保しておく必要がある、との意見が当然出てくることになった。さらに次のようなコミュニティ・ケアに対する批判もあった。(1)コミュニティ・ケアは高齢者の自助努力を最大限に引き出すことを前提にしていながら、高齢者の自立心を弱め、依存心を強める傾向がある。(2)地方自治体が担当する社会サービスとNHSの連携が必ずしも円滑にっていない。(3)高齢者に対する各種のサービスや施設などと比較するとき、若年層・壮年層を対象にした福祉関連施策は実施されているとはいえ、その未整備が目立ち、両者間の格差が大きい。

こうしてオックスフォード州では、1980年代の経験をふまえ、1989年の『人々の介護』が指摘したコミュニティ・ケアの展開において地方当局が担うべき役割に沿う形で、1993年4月1日から国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法に基づく、福祉国家イギリスにとっての最大級ともいわれる、新たなコミュニティ・ケアが実行に移されることになり、そのための確認事項として次の7項目が掲げられた。(1)地方政府が提供する社会サービスが、コミュニティ・ケアにおいて主要な役割を担う。(2)地方政府の社会サービス局は、私的老人ホームまたは公的老人ホームへの入所が必要な人々のニーズを評価し調整する。(3)ニーズの評価は、サービスの提供者・提供機関とは別の者によってなされなければならない。(4)地方政府の社会サービス局は、施設入所者のために資金を提供することができるが、自ら定めた規則に従って提供しなければならない。(5)中央政府が管掌する社会

保障からは、1993年4月1日以降、新規入所者のための費用負担は行われぬ。(6)資金は、中央政府の社会保障部門から地方政府の社会サービス部門へ移転される。(7)施設への入所が見込まれる人々には、公的施設と私的施設のいずれで生活し、介護を受けるか、についての選択権が与えられなければならない。

そしてコミュニティ・ケアを実施していくうえでの戦略的な留意事項として、次の7項目が強調された。(1)コミュニティ・ケアの提供者・提供機関相互の連携を強化する。(2)地方政府の社会サービス局が主導的な役割を果たす。(3)最も援助を必要としている人々のニーズを十分に評価する。(4)サービス提供者の立場からではなく、ニーズを有する人々の立場に立って、ニーズを評価する。(5)個人の選択権を重視する。(6)個人が自らの方法で選択し、決定したニーズを充足するためのサービスを購入するに際しての費用負担を免除する。ただし、実際には経済力に応じた負担を求めることになる。(7)公的・私的・ボランティアの、さまざまな提供者によって提供される広範なサービスを利用できるようにする。

これによってオックスフォード州では、日常生活を営むうえでの援助を必要としている人々、たとえば、高齢者、薬物中毒者、アルコール中毒者、身体障害者、精神病患者、就学困難者などを対象にした、広範なサービスと施設が提供されることになった。提供される援助の中には一定の条件付きのものも含まれているが、配食サービス、シェルタード・ハウス、家事援助、デイ・ケア、公的老人ホーム・私的老人ホーム、交通機関援助、家計・金銭に関する助言、健康管理、カウンセリング、介護者の休息期間中の介護などが、地方政府を中心に、中

中央政府の出先機関、各種のボランティア団体、民間企業を通じて、提供されることになった。これらの事業に要する費用は、中央政府からの補助金と地方税によって調達される。また地方政府は、一定のサービスの提供に対応して徴収する費用に関する規則を設けているが、受益者からの費用の徴収は、日常生活を営むうえでの援助を必要としている人々には多大な影響を及ぼすため、非常に所得の低い人々に対しては、受益者が負担すべき費用の一部を中央政府の社会保障省と地方政府の社会サービス局が補助することになっている。

イギリスで現在進行中の新しいコミュニティ・ケア政策が、果たして文字通りに新しい発想に基づくものと断言できるか否か、はともかくも、イギリスのコミュニティ・ケアには、その整備拡充が今しきりに要請されている日本のコミュニティ・ケアには、残念ながら欠けている奥行きと広がりが見られることだけは、否定しがたい。またニーズの充足を重視し、確実かつ継続的にサービスの質の向上を図るために、コミュニティ・ケアに消費者主権的な発想を導入し、サービス利用者とサービス提供者を対等の立場に立たせている点は、今後の日本のコミュニティ・ケアのあり方を考えていくうえで、十分に参考にしうると考えられるので、以下では、この点に焦点を合わせてイギリスのコミュニティ・ケアの新展開の方向を紹介する。

まず、新しいコミュニティ・ケア政策では、個人のニーズに合致したサービスを提供する過程を7段階に分け、全過程を介護管理(care management)と呼ぶ概念で統括している。その概要は次のとおりである。

(介護管理の過程)

第1段階：広報＝扶助の対象になるニーズと、こ

れらのニーズを充足するための手順と資源を公表する。

第2段階：評価の水準の決定＝当初のニーズを確認し、当該ニーズに対し適正な水準の評価を下す。

第3段階：ニーズの評価＝個々のニーズを理解し、ニーズと関係機関の方針および優先順位との関係を検討して、関与する目的についての合意を形成する。

第4段階：介護計画＝ニーズを評価することによって確認された目的を達成するために最適な方法について協議し、最適な方法を個々の介護計画の中に組み入れる。

第5段階：介護計画の実行＝必要なサービス資源を確保する。

第6段階：観察＝継続的に介護計画の実施状況を支援し統制する。

第7段階：再検討＝一定の間隔で介護計画の見直しを図るために、ニーズとサービスの結果を再評価する。

(介護管理に期待しうる効果)

- 1) 評価および資源の利用がニーズ中心に行われ、各種のサービスを個々の要求に合致させることができる。
- 2) 個々の介護計画に参加し、好ましい結果を引き出すことができる。
- 3) 評価・介護管理についての責任とサービスの提供についての責任を明確に区分し、サービス利用者とサービス提供者の利害関係を分断することができる。
- 4) ニーズの評価とサービスの購入を結びつけることによって、結果的に、より敏感にサービスをニーズに対応させることができる。
- 5) 公的部門と私的部門の双方から、より広範

なサービスを選択することができる。

- 6) サービス利用者と介護者が、自分たちが受けるサービスを決定するに際し、専門家とともに、より能動的な役割を演じることができる。
- 7) 代弁・弁護の機会を活用することができる。
- 8) 恵まれない状況におかれている個々人のニーズを、より効率的に充足する方法となることができる。
- 9) 介護の継続性をいっそう増すことができ、サービス利用者と介護者に対する説明義務をいっそう強めることができる。
- 10) 関係機関内部および関係機関相互でのサービスの改善と統合を図ることができる。

(ニーズ評価の指標)

- 1) 感覚と意思の疎通 (それぞれ3段階で評価) = 聴覚。視覚。話す能力。触覚。他者との意思の疎通。自分の意思を表示する能力。他者を理解する能力。読み・書きの能力。
- 2) 学習・労働・レジャー (それぞれ4段階で評価) = 現在の教育・学習に対する満足度。現在の労働に対する満足度。現在のレジャー活動に対する満足度。
- 3) 他者との関係および交流 (それぞれ3段階で評価) = 家族との関係。介護者との関係。他人との関係。顔を時々合わせる人々、たとえば、牛乳配達人・美容師などとの関係。最近の生活上の変化、たとえば、近親者との死別・転職・住所変更など (あり/なし)。
- 4) 肉体的な健康状態 (それぞれ3~4段階で評価) = 一般的な健康状態。過去6カ月以内に転倒したことがあるか。薬物療法をしているか。アルコールを飲用または処方箋なしの薬剤・興奮剤を服用している場合、それが、どのような影響を生活に及ぼしているか。疲労を

感じるか。苦痛または不快を感じるか。診断：どのような薬物療法をしているか：症状はどうか。

- 5) 情緒的な健康状態 (それぞれ4段階で評価) = 日常の気分はどうか。気分が対人関係に影響するか。1日のうちで気分が変わるか。どのように時間的には気分が変わるか。睡眠。通常、どのように自分について考えているか。どのように未来を見ているか。一般的な記憶力。時間・場所・人物についての記憶力。
- 6) 住居 (それぞれ5段階で評価) = どこに住んでいるか。誰と住んでいるか。住居の種類。住居なかんずく浴室と台所の状態。自分の居住場所として適しているか。自分専用の部屋を持っているか (はい/いいえ)。給湯設備があるか (はい/いいえ)。孤独を感じるか (はい/いいえ)。商店街から離れた場所に住んでいるか (はい/いいえ)。自宅からの交通手段は何か。
- 7) 自活能力 (それぞれ4段階で評価) = 洗面・歯磨き・ひげ剃り。入浴・シャワー。衣服の着脱。飲食の質と量・食欲。飲食の準備。爪と皮膚の手入れ。身ごしらえ。排尿。排便。
- 8) 家事 (それぞれ4段階で評価) = 家事全般。炊事。洗濯。金銭と請求書の支払い。暖房。
- 9) 移動 (それぞれ4段階で評価) = どのようにして屋内では移動しているか。どのようにしてベッドに上がり、ベッドから下りているか。どのようにして椅子に座り、椅子から立っているか。どのようにして段差のある場所や階段を移動しているか。どのようにして屋外では移動しているか。どのようにして交通機関を利用しているか。
- 10) 介護および介護者 (それぞれ4段階で評価) = 主たる介護者は誰か。いつか介護を必要とするか。現在行っている介護を続けていく

とすれば、どのようにそれを受けとめるか。健康状態。社会生活。どの程度の頻度で外部からの援助を受けているか。要介護者を一人にしておくことができるか。どのような影響を介護が家族の他の構成員に与えているか。

さらに上記1)~10)の各評価項目には、(1)当該時点での支援状況、(2)ニーズの概要、(3)注釈が、それぞれ記入され、ニーズに対する総合的な評価が下される。

IV. イギリスの新コミュニティ・ケア政策の成果と課題

イギリスの新しいコミュニティ・ケア政策は、いまだ揺籃期にあり、その現場では試行錯誤が繰り返されている、といっても過言ではないが、従来のコミュニティ・ケアのあり方に着実に変化をもたらしつつあることだけは間違いない。たとえば、オックスフォードでは、すでに次のような変化が観察されている。(1)サービスの評価重視から、ニーズの評価重視への変化。(2)大部分のクライアントに対する非系統的な評価から、中枢機関としての地方当局による系統的な評価への変化。(3)社会保障による公的介護施設および私的介護施設における介護費用の負担から、地方当局による公的介護施設および私的介護施設における新規要介護者のための介護の購入への変化。(4)退院時における退院計画の策定から、入院時または入院前における退院計画の策定への変化。(5)公的介護施設および私的介護施設の自由な利用から、ニーズの評価と予算上の制約を基礎にした利用への変化。(6)施設介護の重視から、在宅介護、デイ・ケア、介護者の休息期間中の介護の重視への変化。(7)少数の独立した提供者による在宅介護とデイ・ケアの提供

から、広範囲にわたるコミュニティ・ケアの提供者による介護の提供への変化。(8)断片的なサービスの提供から、介護管理者(care manager)を通じての系統的なサービスの提供への変化。

もちろん今後解決を図っていかなければならない問題も少なくない。たとえば早急に対処すべき課題として、(1)各種の専門的サービス担当者の過重労働・労働強化の解消、(2)専門的な知識と経験を有する中間管理職の養成、(3)医療専門職と福祉専門職の間にみられる職務権限をめぐるセクショナリズムの解消、(4)制約された予算内での老朽化した施設の整備、(5)ニーズの充足をめぐる公平性の確保、などが挙げられる。いずれにしても、コミュニティ・ケアがイギリス社会を基盤にして成り立っている限り、イギリス社会そのものに内在するさまざまな矛盾が、その上に反映されたり、そこで再生産されたりする可能性を有していることは、否めない。イギリス社会に内在する矛盾の克服・解消が、コミュニティ・ケアそのものの改革と同時に期待されるところである。

注

- 1) Alan Deacon & Jonathan Bradshaw, *Reserved for the Poor: The Means Test in British Social Policy*, Basil Blackwell & Martin Robertson, 1983, p. 135.
- 2) Central Statistical Office, *Social Trends*, No. 16, HMSO, 1986, p. 130.
- 3) 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑』1986年版, 東洋経済新報社, 1986年, 220ページ。
- 4) J.A. Muir Gray には, *Man Against Disease*, OUP, 1979他, 多くの著作があるが, 1980年代のコミュニティ・ケアと病院の関係については, "Four Box Health Care: Development in a Time of Zero Growth", *The Lancet*, November 19, 1983, pp. 1185-1186 が, 非常に簡潔で分かりやすい。

- 5) Neil McKeganey, "Rules of Admission", *New Society*, 28 March 1986, pp. 542-543.
- 6) David Donnison, *The Politics of Poverty*, Martin Robertson, 1982, pp. 106-107.
- 7) McKeganey, *op. cit.*, p. 543.
- 8) Oxford City Council, *Annual Report and Financial Statement 1983-84*, p. 19.
- 9) Jeremy Laurance, "Frozen to Death", *New Society*, 16 January 1987, p. 18.
- 10) Central Statistical Office, *op. cit.*, p. 34.

参考文献

- Bernard, Keith and Lee, Kenneth (eds.) 1977 *Conflicts in the National Health Service*, Croom Helm.
- Central Office of Information 1994 *Britain 1995 : An Official Handbook*, HMSO.
- Gatherer, Alex 1992 *The Health of Oxfordshire : Report of Director of Public Health 1992-93*, Oxfordshire Department of Public Health.
- Guillemard, Anne-Marie 1983 *Old Age and the Welfare State*, Sage.
- Glennerster, Howard *et al.* 1983 *Planning for Priority Groups*, Martin Robertson.
- Glennerster, Howard 1995 *British Social Policy since 1945*, Blackwell.
- Griffiths, Sir Roy 1988 *Community Care : Agenda for Action*, HMSO.
- Ham, Christopher 1992 *Health Policy in Britain : The Politics and Organisation of the National Health Service*, 3rd ed., Macmillan.
- Hessayon, Angelina (ed.) 1983 *A Patient's Guide to the National Health Service*, Consumer's Association and Hodder & Stoughton.
- Levitt, Ruth and Wall, Andrew, 1984 *The Reorganised National Health Service*, 3rd ed., Croom Helm.
- National Association of Health Authorities 1989 *NHS Handbook*, 4th ed., Macmillan.
- Oppenheim, Carey 1993 *Poverty : The Facts*, CPAG.
- Oxford City Council 1993 *Policy & Services 1993-94*, Oxford City Council.
- Oxford Regional Health Authority 1992 *Health for Elderly People in the Oxford Region : Summary*, Oxford Regional Health Authority.
- Oxford Regional Health Authority 1992 *A year of achievement : The health service in the Oxford Region 1991-92*, Oxford Regional Health Authority.
- Oxford Regional Health Authority 1994 ? Trainer's Resource Pack : "Caring for People" : Workig for health, Oxford Regional Health Authority.
- Oxfordshire County Council 1989 *Caring for an Elderly or Physically Disabled Person*, Oxfordshire County Council.
- Oxfordshire County Council 1994 ? Core Assessment Guide.
- Oxfordshire Health Authority 1984 Annual Programme 1985/86-1986/87.
- Payne, Malcolm 1995 *Social Work and Community Care*, Macmillan.
- Philo, Chris (ed.) 1995 *Off the map : the social geography of poverty in the UK*, CPAG.
- Secretaries of State 1989 *Caring for People : Community Care in the Next Decade and Beyond*, HMSO.
- Secretary of State for Social Services 1985 *Reform of Social Security*, Vols. 1-3, HMSO.
- Tinker, Anthea 1984 *The Elderly in Modern Society*, 2nd ed., Longman.
- Toplis, Eda 1982 *Social Responses to Handicap*, Longman.
- Townsend, Peter and Davidson, Nick (eds.) 1982 *Inequalities in Health : The Black Report*, Penguin Books.
- 真屋尚生 1986 「現代イギリスの新しい貧困—人種的偏見と差別—」『週刊社会保障』40巻1368号。
- 真屋尚生 1986 「現代イギリスの福祉と貧困」『共済と保険』28巻6号。
- 真屋尚生 1987 「イギリスの老人福祉—オック

- スフォードでの調査をもとにして一」『保険研究』39集。
- 真屋尚生 1988 「医療保障に発想の転換を」『週刊社会保障』42巻1497号。
- 真屋尚生 1991 『保険理論と自由平等』東洋経済新報社。
- 真屋尚生 1993 「自助と互助の社会経済学」『三田商学研究』36巻1号。
- 真屋尚生 1993 「国際比較 社会保障の新課題一『ベバリジ報告』の再評価をめぐって一」『商学集志』63巻2号。
- 真屋尚生 1994 「コミュニティ・ケアの新潮流一イギリス・オックスフォード州における介護管理」『週刊社会保障』48巻1786号。
- 真屋尚生 1984 「ベバリジ計画一過去からの自然の成り行きとしての発展一」『保険研究』46集。
- 真屋尚生 1994 「イギリスにおける生活保障と簡易生命保険一英国国際比較的観点からみた諸問題」『生活経済学研究』10巻。
(まや・よしお 日本大学教授)