

イギリスにおけるコミュニティ・ケアの動向

—とくにホームヘルプを中心に—

田 端 光 美

1. はじめに
2. シーボーム報告以降
3. ホームヘルプの需要と供給
4. 当面する課題とその対応

1. はじめに

イギリスの社会福祉については、これまで多くの優れた研究が公にされ、後学の関心を高めてきたが、とりわけ、第二次大戦後の包括的社会福祉サービスの展開と、その後の動向は、経済政策上からも一層注目されてきたことは、あらためていうまでもない。

しかし、多くの植民地を失なったイギリス経済は、悪化の一途をたどり、世界経済市場での相対的地位を低下するとともに、1960年代の「貧困の再発見」は、今日では膨大な貧困問題に苦悩する現実である。それはしばしば、福祉国家の実現が生み出した貧困と捉えられがちであるが、今世紀初頭すでに、王座を失なったイギリス資本主義の所産であり、その後の経済悪化が戦後福祉政策下でなお、問題を増幅させたとはいえる。

イギリスにおける戦後の社会福祉行政は、時の政権による多少の波はあったにせよ、社会保障を中心に確実に上昇を続けてきた。しかし、イギリス経済の慢性的ともいえる不況の中で、1979年、サッチャー政権が成立すると、チープガバメントの実現による経済再建をはかることをねらい、厳しい公共支出の抑制をその政策方針としたことは、すでに知られるとおりである。

そして、それはわが国にもいち早く伝えられ、「福祉見直し」格好の材料として、今日のイギリス経済の衰退原因をその福祉政策のみに帰因させ、「福祉栄えて、国亡ぶ」のごとく、自助のみ強調する傾向さえみられ

る。そこでは、わが国とイギリスとの社会福祉発展の歴史における相違、そして、今日までに到達した質的レベルの差が、しばしば無視されていることが多い。

本稿では1980年代の福祉政策の動向が、具体的にどのような影響として現われ、また、どのような問題を生じているかを、とりわけ、福祉抑制に転換する時点でのレベル差をふまえ、明らかにすることをねらいとした。従来のイギリスに関する研究は、制度、政策に焦点をおいたものが多く、住民レベルでサービスの質まで比較することは必ずしも容易ではなかった。したがって、ここではホームヘルプを中心に課題の検討を試みるものである。

2. シーボーム報告以降

社会福祉サービスに関する新しい動向として、コミュニティ・ケアが、1960年代末からわが国にも移入、紹介されてきたが、イギリスでは、老人に対するコミュニティ・ケアについて、実はさらにさかのぼって考えることができる。

民間によるホームヘルプや給食は、戦前にもその例をみることができるが、戦後は、人口高齢化に対応する政策の中で、老人にとって最良の場所は、彼ら自身の家であるとの認識にたち、それを支持するための必要な社会的ケアとして、ホームヘルプや給食サービスをそれぞれの自治体で実施しはじめた。そして1963年、保健省の「保健と福祉に関するレポート」では、老人のニーズについて次のように記述している。

「在宅の老人が、身体的衰退に対処することを可能にし、また、社会から孤立することを防ぐためには、特別な援助を必要とするであろう。彼らの日常生活

能力が次第に衰退してゆくとき、彼らはしばしば、ホームヘルプ、ランドリーサービス、給食、足まめ治療などのサービスを要求することであろう。また、可動性の喪失は、友愛訪問、ソーシャルクラブや職業センターへの移動、また、休日のアレンジメントなどのニーズを生ずる。病気が他の老令による障害に重なった時には、彼らはさらに、ホームナーシング、夜間介助、より手厚い日常の援助を必要とする。病気の末期には、老人は限られた期間に、いろいろな家事サービスをかなり必要とするようになるであろう。

これは、老人がコミュニティにおいて必要とするサービスの種類を、きわめてよく表現したものであると今なおいわれている。⁽⁴⁾

このようにコミュニティ・ケアについての考え方は、とりわけ、老人に対して早くから形成されてきたのである。したがって、老人を対象として具体的に考えられたサービスは、戦後いち早く民間機関との協力関係のもとに、給食サービス、訪問サービス、あるいは、ホームヘルプサービスとして実現されてきた。

しかし、それぞれの地方自治体が、地域におけるケアの実現をめざして、そのサービスを増加してきたのは、国民保健サービス法（National Health Service Act, 1946）、国家扶助法（National Assistance Act, 1948）に加えて、1968年の公衆衛生法（Health Services & Public Health Act, 1968）、また、1970年の慢性疾患と障害者に関する法（Chronically Sick & Disabled Persons Act, 1970）が成立した結果である。

しかし、すでに紹介されているようにコミュニティ・ケアの枠組が完成するのは、シーボーム報告の勧告により、1970年に地方自治体社会サービス法（Local Authority Social Services Act, 1970）が成立して以降である。すなわち、それによって、従来、児童部局で所管されていた福祉事業、国家扶助法にもとづく各種の福祉サービス、保健部局の所管であったホームヘルプサービス、精神衛生福祉事業などの重要な機

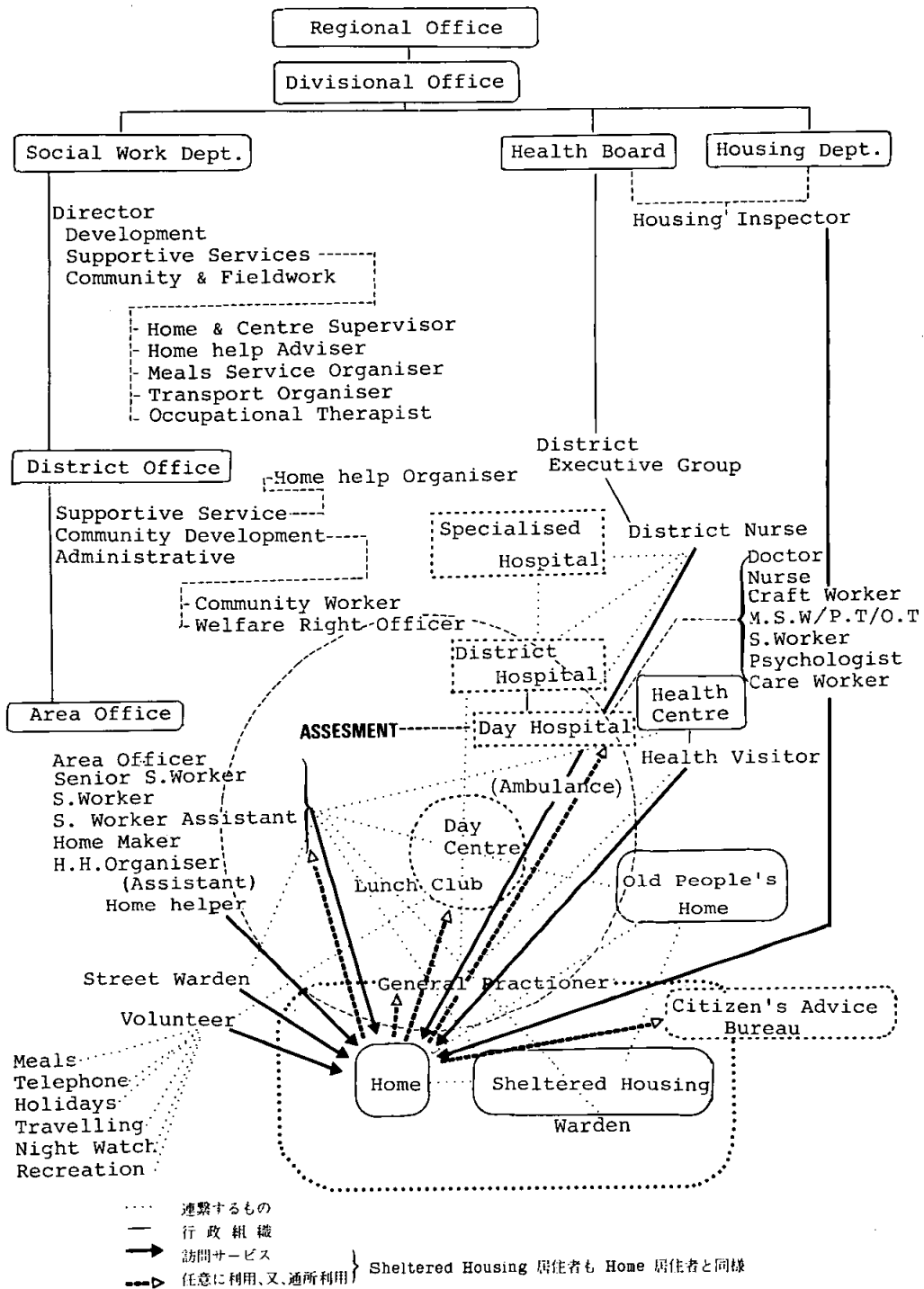
能が、新しく社会サービス部に統合されることになったのである。この改革によって地方自治体の社会福祉サービスに関する種類と範囲、また、権限がどのように編成され、展開されてきたかは、すでに右田紀久恵氏の研究に、詳細にされているのを参照されたい。⁽⁵⁾ その中で、とくにコミュニティ・ケアの実現のために注目しなければならないことは、社会福祉部のもとで提供されるいわゆる社会福祉サービスが、保健サービス、住宅サービスと緊密な連繫をとりながら、あるいは補完し、あるいは相互に強化しながら、コミュニティ・ケアが推進されてきたことといえるであろう。

そこでこれをサービスの受け手の側から、老人の場合を例として、コミュニティ・ケアがどのように展開されるかをみることにしよう。〈図1〉は、グラスゴウ市イーストハウス地区の地区チーム（Area Team）に属して調査した結果を、ストラスクライデ州の行政機構を参照しながら、図示することを試みたものである。（図1参照）

通常、在宅で生活している老人が日常生活上なんらかの障害を生じ、相談が必要となったとき、それに対応するもっとも身近な社会資源は、それが心身上の問題であれば、まず、地域で登録しているいわゆる一般医（General Practitioner）であり、その他の生活問題であれば地区の社会福祉部あるいは、いつでも、あらゆる問題の相談に応ずる市民相談所（Citizen's Advice Bureau）などであろう。

今、家族や親戚から離れて、ひとりぐらしの老人が老人性疾患になったとしよう。老人はまず一般医を訪れる。医師は病気に対する医学的治療と同時に、他の援助が必要であると考えたとき、たとえばホームヘルプサービスの必要、経済的援助の相談などの他、料理、清掃など家事指導をする Home Maker（Area Office に所属しているが、仕事の内容から家事指導員ともよぶことができるだろう）の派遣などは、社会福祉部の Area Office へ、また、健康上の問題で悩み、相談、指導が必要なときは保健訪問員（Health Visitor）

〈図1〉 老人のための在宅福祉サービス



備考: Divisional Office 及び Area Office における調査から作成

の派遣を保健センター（Health Centre）へ要請するなど、地域内の社会資源との連携をつねに重視する。それは社会福祉部のケースカンファレンスにおいて、しばしばG・P（一般医）の意見はどうか、が問題になることや、必要に応じてG・P自身が加わることも明らかである。

患者の病状によって、さらに専門的検査、あるいは入院が必要と考えられると、G・Pは地区病院に連絡し、その結果、入院することになる。また、より専門的治療、あるいは高度の治療が必要であるときは、当然、専門病院での治療を受けることになる。そして、病院での入院治療の必要がなくなると、あらためて在宅福祉サービスを受ける態勢が始まる。まず、退院できる時期、退院後の生活条件、とくに自立を支えるための援助条件などを判定するために、一定期間、リハビリテーションをかねて、デイホスピタルの生活がはじめられる。すなわち、アセスメント期間である。

デイホスピタルでは、介助者（家族ではない）がつき添い、理学療法士、作業療法士、メディカル・ソーシャルワーカー、あるいはクラフト・ワーカーなどの他、生活指導員のもとで、理学的リハビリテーションや、日常家事作業の訓練などが行われる。3週間から必要に応じて、5週間に到るアセスメント期間をへて、判定が行われる。アセスメントには医師、看護婦、O. T. P. T.、心理判定士、メディカル・ソーシャルワーカーの他に、社会福祉部のArea Teamのソーシャルワーカーも加わって、日常生活の自立度と必要な援助条件が検討される。

まず、入院前の家での独居生活が可能かどうか、それが到底困難と考えられる場合には老人ホームへの入所も検討される。しかし、より多くの老人は老人ホームではなく、従来どおりの自立した生活を希望する。したがって、もし病弱あるいは身体不自由な老人に不適当な住宅であれば、その改善、または独居老人が住むのに適切な設備とWardenを備えた老人向住宅（Sheltered Housing）への斡旋を、関係機関へ勧告

する。この場合、住宅部との関係がきわめて大きいのは当然である。この快適でしかも自立した生活を営むことのできるSheltered Housingへの要望はますます高まり、老人のニーズを充足するべく、社会福祉部ではしばしば住宅部に働きかけ、また定期的な協議が行われている。

居住の場が決まると、次に、もっとも重要な事項として、日常生活の自立の程度について検討される。すなわち、まったく援助なしに日常生活が可能であるか、もし、援助が必要であれば、ホームヘルパーの派遣が必要であるか否か、そして必要な場合は、どの程度の必要があるかをアセスメントでは討議する。その結果を、ソーシャルワーカーはホームヘルプオーガナイザーに連絡するとともに、派遣要請する。申請を受けたホームヘルプオーガナイザーは、退院した老人を訪問し、アセスメントに基づき、本人の要望をも考慮して、ホームヘルプの条件を決定し、即刻、登録しているヘルパーの中から適当な人を選び派遣する。

退院後なお、専門的看護が必要であったり、包帯交換などの処置が必要な時は、保健部に連絡、地区看護婦（District Nurse）の訪問看護が行われる。

もっとも多いケースは、退院後もリハビリテーションが必要な場合である。アセスメントにしたがい、地区病院に付設されたデイホスピタル（アセスメント期間にも利用する）や、また、地域によってはデイセンターを利用して行われる。通所困難な時には移送サービスがあるが、これには保健部の管轄にある移送サービス（Ambulance）のほかに、ボランティアによるものもしばしばみられる。

デイホスピタルやデイセンターは、理学的リハビリテーションだけではなく、入浴、洗髪サービス、歯科治療、足まめ治療などの他、レクリエーション・クラブや、ランチ・クラブなどがあり、リハビリテーションを受けるために通所しながら、同時にこれらのサービスを利用することができる。

ランチクラブは、給食サービスの一つであるが、最

近ではとくに、老人の社会的孤立を防ぐ意味で積極的にすすめられている。すなわち、給食の目的は、だんに食事を提供するというだけでなく、食事をしながら、友人と交流することがより望ましいと考えられ、外出が困難な老人にも、移送サービスを提供して、できるだけランチクラブへの参加をすすめる傾向にある。

訪問サービスは、地区看護婦のほか保健訪問員も行う。病気の治療、看護が目的ではなく、保健衛生上の指導や、健康上の悩み、相談に答えるのが目的なので、必要に応じて訪問する。保健訪問員は、各地区にある保健センターに所属し、G・Pや、社会福祉部とつねに連絡をとり、ケースカンファレンスにもしばしば出席する。また、住宅部、地域によっては保健部に所属する住宅監視員が訪問し、非衛生的な住居や、不適切な居住環境の改善について、家主に勧告したり、住宅部と連絡して改善への努力をする。

この他に、さまざまな在宅福祉サービスたとえば、休日のサービス、レクリエーション、夜間ケアサービス、また、高令者の多い地域では冬期間のケアサービスなどもあるが、どのようなサービスが実施されているかは、地方自治体ごとに異なり、また、地区ごとに独自のサービスは民間団体が運営している場合も少なくない。

さらに、在宅サービスを必要とする老人の増加は、地区福祉員（Street Warden）を組織化することによっていわゆる Patch Work の強化をはかっている。（Street Warden Scheme）

以上、老人を例にした在宅福祉サービスにみられるように、1970年代におけるコミュニティ・ケアの推進、在宅福祉サービスの増強は、公的社会サービスの従事者の増加によって、確実に実施されてきたといえる。

たとえば、社会福祉部に所属するソーシャルワークのスタッフについてみると、上級ソーシャルワーカーとソーシャルワーカーはイングランドにおいて1974年に18,268人であったが、1977年には、21,000人に増加している。また、スコットランドでは、1971年には

わずか988人であったのが、1974年には1,505人、さらに1978年には2,360人へと、顕著に増加している。ディセンターその他の施設職員や、ホームヘルパーなども、同様の増加傾向がみられる。そして、財政事情の悪化が次第に厳しくなる中で、なお1970年後半には、低率ながらサービスは拡大されてきたことを、保健・社会保障省の資料は示している。

それによると、ホームヘルプを受けた65才以上老人は、1975年—76年の57万人から、1978年—79年には64万5千人に増加し、1,000人当たり85.5人から94.9人となった。また、給食サービスを受けている人数は、1975年—76年に24万3千人であったのが、1979年—80年には、27万人に増加し、1,000人当たり371食から391食へ増加している。

しかし、1979年成立したサッチャー内閣は、ただちに厳しい公共支出抑制を打ちだし、1979年末には、国家公務員第一次削減計画、続いて翌年5月には、第二次計画として、あわせて10万人の削減方針を発表し、また、教育費の削減による、教員整理を現実に実施するなど、シーボーム報告以降の社会福祉政策をまさにゆるがすような人員削減を計画したのである。

また、1980年社会保障法（Social Security Act, No.1およびNo.2）により、社会保障給付や、在宅サービス給付の条件を従前より制限し、公共支出の抑制をはかっている。その結果、在宅福祉サービスに与えた影響は当然で、前述の政府資料は、多くの自治体が1976年保健社会保障省ガイドラインに到達する前に、すでにその充実を停止せざるをえなくなったとしている。

さらに、フォークランド戦争の勝利に自信をえたサッチャー政権は、1983年中に、2万8千人のソーシャルワーカー、また、教員、国民保健サービス従事者などを、まさに“斧をふりおろす”が如き削減、また公共支出を1983—84年に9%、1984—85年に10.6%、1985—86年に12.8%カットすることの計画が一部の新聞に報道され、実現すれば老人、障害者、児童にかつてない痛撃を与えるとして、社会的関心をにわか

高め、一部の社会福祉部ではストライキさえ行われた。

しかし、このようなサッチャー政権の福祉政策が、これまで必ずしもストレートに、あるいはドラスティックに行われてきたわけではない。基本的主張に変わりはないものの、具体的政策実施においては、専門従事者をまきこんだ強い市民運動の抵抗、野党の反発のみならず、保守党内部からさえ批判を受けることによって、修正せざるをえなかったり、あらたな補強策を組み込むなど、現実的な対応をしてきたといえる。

その背景にはまた、今日のイギリスの社会問題として、330万ともいわれる失業者層—それは世界大恐慌時以上といわれている—派生して生ずる崩壊家族、アルコール中毒などの増大に加えて、単親世帯、老人の増加に対し、社会保障法の改正は、かれらの生活困窮を一層拡大させたという実態があることも確かである。実際、社会サービス費の中でも住宅費や教育費に比較すれば、社会保障費や対個人サービス費の削減はやや

緩慢に実施されている。しかし、注目しなければならないのは、国防費の支出増加である。イギリスは、第二次大戦後、一貫して相対的な国防費の低下によって、社会サービス支出の増大を続けてきたにもかかわらず、1983—84年予算では、一般公共支出の増加率を上まわ⁽⁸⁾る増加傾向となっている。

〈表1〉は、最近の一般公共費の支出動向を1981—82年デフレート価格で示したものであるが、さらに、国防費と社会サービス費について、1979—80年を100とした増減指数を〈図2〉に示すと、それぞれの費目の動向がより明確となる。すなわち、公共支出総計の増加指数に対し、社会サービス費の総計はほぼ平行するが、国防費が上昇する反面住宅費はきわめてドラスティックに減少し、教育予算も年々減少している。しかし、社会保障費はなお増加を続け、保健・対個人サービス費はかろうじて減少していないという状態である。このことは、需要の増大を考えるとすでに公的サ

〈表 1〉 一般公共費支出額（1981—2年価格）

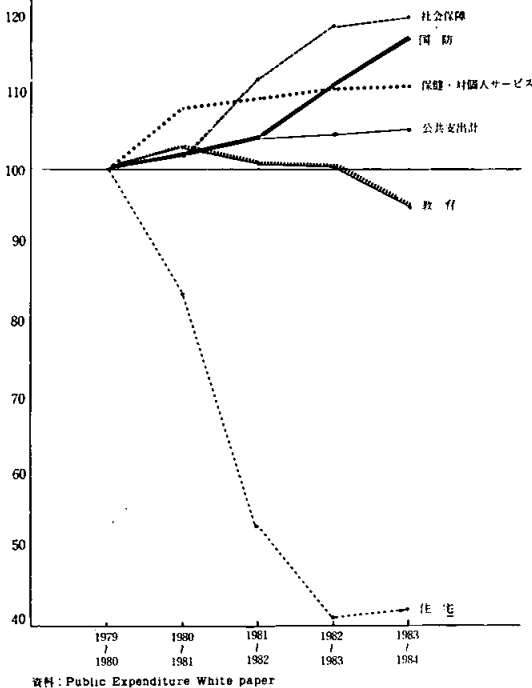
百万ポンド

	1979—80	1980—81	1981—82	1982—83	1983—84
総額	100,706	102,728	104,684	105,123	105,930
うち、					
防衛	12,077	12,374	12,606	13,406	14,163
対外援助	2,723	1,798	1,686	2,049	1,926
農林・水産・食糧	1,318	1,491	1,372	1,660	1,554
工業・エネルギー・貿易・雇用	3,771	4,439	5,319	5,446	4,981
道路交通	3,882	3,825	3,898	4,037	3,811
住宅	5,908	4,933	3,137	2,399	2,474
その他環境サービス	3,537	3,576	3,244	3,193	3,157
司法・警察	3,376	3,505	3,774	3,985	4,060
教育・科学・文化	12,238	12,593	12,348	12,286	11,626
保健・対個人サービス	11,648	12,576	12,751	12,911	12,942
社会保障	25,415	25,963	28,510	30,207	30,471
その他公共サービス	1,517	1,593	1,556	1,553	1,484
その他サービス	1,321	1,216	1,453	1,537	883

資料：The Annual Public Expenditure White Paper

ービスの実質的な量、あるいは質への影響が考えられ、そのことは、社会福祉政策の中心として推進されてきた在宅福祉サービスへの影響は必至であり、1980年代のコミュニティ・ケアは、新たな課題を担うことになるであろう。

(図2) 社会サービス費の増減(1981~82年価格)



3. ホームヘルプの需要と供給

高令化社会を迎えてわが国でもとくに課題となっているホームヘルプは、コミュニティ・ケアの中核ともいえるサービスであるが、イギリスでは、1914年、ボランティアによって開発されたという長い歴史を背景にしている。そして、第二次世界大戦の経験は、老人のソーシャルケアへの認識を高め、全英老人福祉委員会(The National Old People's Welfare Council、現在のAge Concern)や、老令問題調査委員会の議長、シーボーム・ロウントリーのもとで、現在の高令者政策センター(The Centre for Policy on Aging、略称CPA)の設立を導いたが、これらは力強く、ダ

イナミックな民間組織としてイギリスの老令人口に注目し、実践や研究、そして政策に大きな影響を与えてきた。戦後1946年の国民保健サービス法により、地方自治体はホームヘルパーを雇用し、在宅福祉サービスを供給する権限を与えられることになった。こうして制度化されたホームヘルプサービスは、その後1970年に地方自治体社会サービス法が成立して以降、社会福祉部が全面的に責任をもつサービスとして、組織的に運営されるようになったのである。

このような経過から、わが国に比較すると、制度的にもきわめて整備され、また普及しているが、しかもなお、調査研究が多く行われ、その充実に貢献している。そのことは、これが地方自治体の行う在宅福祉サービスの中でも、もっとも力点がおかれたサービスの一つであることを示しているといえよう。

わが国でも近年ようやくその必要性が認識され、整備されつつある家庭奉仕員派遣制度は、高令者世帯、障害者世帯、あるいは母子・父子世帯と、それぞれ対象別に制度化されているが、イギリスのホームヘルプは、地方自治体の社会福祉部の一部門として確立し、統一的に運営されているのが異なる点である。老人世帯、慢性病、身体障害者、精神障害者、妊娠中の人、社会的問題を担っている世帯(アルコール依存、単親家庭など)などが、共通に対象となっているが、さらに現在、病院から退院した主婦の家庭への派遣が課題となり、とくにロンドン市ではプロジェクトを組んで試行している。

すなわち、ホームヘルプサービスは、保健社会保障省の通達の中に、「ホームヘルプは個人に対するというより、むしろ家族へのサービスである」と示されているように、家族のもつさまざまなニーズに対応し、援助することによって、家庭生活を保持、強化することを目的にしている。したがって、ホームヘルプ、およびホームヘルパーという呼称より、ホームケア、ホームケア・ワーカーがより適当な用語ではないかという意見もみられるし、すでに、ロンドンのレヴィッシュム

区ではそのように用いている。とくに積極的な取り組みをしているレヴィンシャム区の広報には、ホームケアの目標が次のように述べられている。

「このサービスは、一年中 365 日、昼も夜も、日常あるいは緊急時のニーズにあわせて、十分フレキシブルに対応する広汎なホームケアサービスであり、それは、いつでもさまざまな個々人のニーズに適応するように供給される」

しかし、現実ここに掲げられているように、365 日、いつでも必要な家事援助が供給されているといえるのであろうか。もちろん、社会的ニーズをもった人々、世帯に対する社会的サービスの力点を、コミュニ

ティ・ケアにおく以上、そのサービスが画一的、あるいは限定されたものであっては十分機能しないことはいうまでもない。とはいえ、主として財政上の理由から、必ずしも需要に対応した供給がなされるわけではなく、したがって、供給の優先順位が存在する。

今、グラスゴウ市の場合を例にすると、〈表 2〉に示したように、(1)老令、障害、疾病などの成人、(2)家族に社会的理由や、疾病、障害のある場合、(3)妊娠の三つのカテゴリーに分類して、それぞれにプライオリティが示されている。これに基づき決定は、社会福祉部のホームヘルプオーガナイザーによって行われる。

需要者、あるいはソーシャルワーカーなどからの申

〈表 2〉 ホームヘルプサービスの優先順位—グラスゴウ市の場合

カテゴリー	優先順位 1	優先順位 2	優先順位 3	優先順位 4
成人： 老人 身体障害者 精神障害者 病人	1. 対個人及び家事援助を必要とする人 2. 社会的理由で危機状況にある人 3. 緊張状態にある人	1. 家事援助を必要とする人。健康の基本的条件を確保するために (a) ひとりぐらしで援助がえられない人 (b) 同居者が協力できない場合 (c) 家族のあるひとりぐらし	1. 家事援助を必要とする人 (a) ひとりぐらしで援助がえられない人 (b) 2人以上の同居者が協力できない。また援助がえられない	1. 家事援助を必要とする人 (a) 家族のあるひとりぐらし (b) 就労している人
家族： 社会的理由 疾病 障害者	1. 家族崩壊を予防する 2. 社会的理由で危機状況にある人 3. 緊張状態にある人			
妊娠	1. (a) 産前の問題 (b) 産後の問題 (c) 産褥期	1. (a) 産後就床の婦人で他に子どもがあり、援助がえられない。		

資料：グラスゴウ市社会福祉部資料

請があると、ホームヘルプオーガナイザーが訪問し、健康状態、対象者の可動程度などのほか、親戚、友人からの援助を受けられる程度、住居の状態などを調査し、ホームヘルプの仕事の内容、回数を需要者と決めると同時に、後述する費用負担についても決定する。サービスの時間は、通常、午前または午後の2時間で、回数は週1回から、必要度が高い場合には毎日というケースもある。さらに、食事の仕度が困難で、しかも、他に援助を得られない場合には、とくに夕方1時間のサービスが行われる。合意が得られると、オーガナイザーはヘルパー登録者の中から条件にあう人を選定し、派遣することになる。その場合、フルタイムのヘルパーのほかに、パートタイムのヘルパーが多数登録していることは、多様な需要形態に対し、柔軟で効果的な対応が可能であるという一面をもっている。

このように、ホームヘルプのサービスは、さまざまな生活問題を担った人々が、家庭を基盤に地域社会の中で生活していくことを支持し、また、それが維持されつづけるように強化する役割を果している。したがって、1970年代には、積極的にヘルパーの増加が努力されてきた。しかし今日のイギリスの社会情勢は供給を上まわる需要増となり、その結果、保健社会保障省

が1972年に示した80年までのガイドラインに対し、つねに40%以上の不足率を示しつづけている。したがって優先順位にしたがい、結果として、サービスを受けている人の90%は老人である。

<表3>は、1972年から80年までのイングランドにおける目標数と、実際のホームヘルパーの数から、不足率を示したものであるが、ホームヘルパーの雇用数が増加しているにもかかわらず、不足数はなお3万6千人余り、43.7%の不足率となっている。

1967年に、ホームヘルプは、人口10万人に対し、63人(老令人口1,000人に対し5人強)であったが、1971年にはイングランドで同じく68.5人(5.5人)と増加しはじめた。しかし、人口統計調査当局では、人口構造に対応するには、ホームヘルプサービスの需要は、1967年当時の2倍から3倍に、すなわち、10万人に対して、150人、老令人口1,000人に対し、12人が必要であることを指摘した。その結果、保健社会保障省はホームヘルパー充実のガイドラインとして老令人口1,000人当、フルタイムのホームヘルパーに換算して12人(480時間)を基準に、1983年までの目標数を示したのである。

これに対し、地方行政当局は年々ヘルパーの雇用を

<表 3> D・H・S・Sガイドラインに対するホームヘルパー雇用状況—(1972—80年)

	達成目標	ホームヘルパー 雇 用 数 (人)	雇用増加率 対前年比	不足数 (人)	不足率 (%)
1972年	75,108	35,185	—	39,923	53.2
73	76,344	38,341	9.0	38,003	49.8
74	77,628	40,810	6.4	36,818	47.4
75	75,786	42,494	4.1	36,292	47.9
76	79,787	42,141	-0.8	37,646	47.2
77	80,126	43,000	2.0	37,126	46.3
78	81,982	44,693	3.9	37,289	45.5
79	82,927	44,660	-0.1	37,267	44.9
80	82,906	46,637	4.4	36,269	43.7

資料：Health and Social Services Statistics for England Yearly Series : Manpower Summaries

増加してきたが、当初の数年に比べ、1975年以降は不足率が低下しないにもかかわらず、前年対増加率の伸びは小さくなっている。さらに、アウドレイ・ハントは（Audrey Hunt）は1967年に行った調査結果から、1週1ケース当、平均4.5時間が必要であると指摘している。これを基準に計算すると、ホームヘルパーの数は1,000人当603時間、15.1人必要なことになり、不足率はより高いことになる。

さらに、実際ニーズがあるにもかかわらず、サービスを受けていない実態に注目しなければならない。それについての調査は、1962年、および1963年にピーター・タウンゼント（Peter Townsend）達が行ったもの、また、その後の主なものとしては、1968年のアメリア・ハリス（Amelia Harris）、続いて前述のアウドレイ・ハントによるものがある。続いてアンドルウ・ベビントン（Andrew Bebbington）は、1960年代以降の顕著な人口構造の変化、それに加えて、受けることのできるインフォーマルな援助の減少、そして何よりも、自立困難な人々の増加に焦点をおいて調査を行った。

ベビントンは、ホームヘルプへのニーズを「Moderate Need」「Considerable Need」「Severe Need」の三段階に分類し、ニーズの程度別にサービスを受けているか、否かについて調査している。それ

によると、全調査者の91%がサービスを受けていなかったが、そのうち88%は、「Moderate Need」以下の人、いいかえれば、ホームヘルプなしにも生活可能と考えられる人である。一方、ニーズがあるにもかかわらず、「Severe」レベルの54%「Considerable」レベルの64%、「Moderate」レベルの67%がサービスを受けていないことを明らかにされている。（表4参照）

<註>

Moderate Need 一ひとりぐらし（または、援助不能の人と同居）で日常家事が困難な人、または家の中だけでは何とか歩けるが、介助なしに外出は困難な人、また85才以上の人 Sheltered Housing 居住者も含まれる。

Considerable Need 一ひとりぐらしで、日常生活の自立困難な人、または、介助なしには家の中を動くことも困難な人、また、社会的に孤立している人。

Severe Need 一上記のような問題をおもむね持っている人、加えて、劣悪な住居に住む人、寝たきりの人、自分で食事ができない人、いろいろな身辺処理ができない人、そして介助してくれる人が全くない、または十分でない人。

<表 4> ニーズの程度別、ホームヘルプサービス受給者の割合

	受 け て い る		受 け て い る		非 受 給 率 (%)
	人 数 (人)	割 合 (%)	人 数 (人)	割 合 (%)	
「Severe」なニーズ	37	11.1	44	1.2	54.3
「Considerable」なニーズ	74	22.2	131	3.7	63.9
「Moderate」なニーズ	121	36.3	245	6.9	66.9
小 計	232	69.7	420	11.8	64.4
「Moderate」なニーズ以下	101	30.3	3,116	88.1	96.9
計	303	100.0	3,536	100.0	91.4

資料：The elderly at home survey：University of Kent, 1978

次にサービスを受けている人は、それぞれの必要に対し、十分供給されているか否かの問題がある。それを検討するため、グラスゴウ市の受給者の状況を、少しくわしくみることにする。

グラスゴウ市は、イギリスの中でも、もっとも高令者人口率の高い所であり、ホームヘルプサービスの90%強は、老人が対象になっている。1週間にサービスを受ける回数は、2回の人が43.7%でもっとも多く次いで3回が37.3%、両者で81%を占めている。その他に5日、すなわち月曜から金曜までの人が13.7%である。地域別にとくに大きな差異はみられないが、週5回を受けている人については、やや、その差が大きいとみられる。(表5参照) これら5日のサービスを受けている人達は、あるいは5日でなく7日必要なのかもしれないと考えられるのであるが、それが10%以上であるところは、高令者人口率が他地区よりやや高い傾向にある。また、南東部では、その割合が23.1%できわ立って高率を示しているが高令者率は必ずしも他地区より高いわけではなく、市の平均以下である。しかし、社会問題の多い地域を含むことが一因となって、より公的サービスの需要を高めていることが考えられる。全体の中で15ケースが1回から7回にわたるイブニングサービスを受けている。

グラスゴウ市のホームヘルパー数は、1982年9月現在、フルタイムが819人、パートタイムが2,681人で、これらをフルタイムに換算すると2,681人で、これをフルタイムに換算すると2,029人になり、65才以上人口1,000人に対し、8.6人、サービス時間では435時間となる。これは、前述のガイドラインの基準に対して、71.7%、必要時間にして72%の充足率にとどまっている。さらに、1ケース当平均時間は、南東部がもっとも高く、5.25時間であるが、市平均では5.0時間で、これは1回2時間の基準からすると、平均1週2.5回ということになる。

以上のようなホームヘルプの状況について、州社会福祉部は、次のように問題を認めている。すなわち

1976年から81年の5年間に、ホームヘルパーをフルタイム計算で16%増加したにもかかわらず、同期間の需要者が31%と2倍近いテンポで増加したため、1976年には、1週1ケース当6.5時間であったサービス時間が、1981年には5.1時間に減少せざるをえなくなり、結果的にサービスが低下したとしている。

以上、若干の資料にもとづき明らかにしたように、ホームヘルプはコミュニティ・ケアの中核に位置づけられ、全国的に増強されてきたが、今なお政府のガイドラインに達成していない状況にある。そのことは、1980年代におけるコミュニティ・ケア推進にも新たな話題を生じている。

4. 当面する課題とその対応

1970年代におけるコミュニティ・ケアの推進は、マンパワーを確保することにより、確実に効果をあげてきた。さらに増加を続ける老令人口、また、失業により多様な生活問題をかかえる貧困層などのほか、精神病院の閉鎖から、地域でのケアが必要な精神障害者の数も増加すると見込まれ、ホームヘルプはますます需要が高まるだろうといわれている。

それにもかかわらず、ホームヘルプサービスは、財源上からきわめて厳しい事態におかれていることを明らかにしてきた。その結果どのような課題に直面しているかについて、若干整理をしてみよう。

まず第一に、イギリスのホームヘルプは、フルタイムとパートタイム労働の組合せによって供給されてきた。そこには、もちろん経済的効率性も理由にあったと考えられるが、ホームヘルプのような需要者の条件が多様で、しかも、一定することのない需要に、つねに柔軟に、かつ、フレキシブルな供給を必要とする場合には、登録制によるパートタイマーの雇用にむしろ積極的意味をおくことができる。そのような視点からみると、1980年代になって、フルタイムのヘルパーが増加している一方、パートタイマーが減少し、パートタイム労働の割合が低下する傾向は、明らかに供給上に

<表 6> 常勤・非常勤別ホームヘルパー数

	フルタイムの ヘルパー数 (人)	パートタイム		計 ()内はパート タイムの場合 (%)	その他の在宅サ ービススタッフ (人)
		実人員 (人)	フルタイムに 換算 (人)		
1978-79	3,457	86,779	41,236	44,693 (92.3)	1,766.3
1979-80	3,931	86,264	40,729	44,660 (91.2)	1,851.0
1980-81	4,373	86,213	42,264	46,637 (90.6)	1,777.2

資料：D・H・S・S「Local Authority Social Services Statistics」

影響を及ぼしている。(表6参照)

このことは、一見、ホームヘルプサービスがフルタイムのヘルパーによって供給されるという、より安定した方向であるかのように考えられるが、必ずしもそう受けとめられないところに問題がある。すなわちフルタイマーの増加が需要の増大に相応するものでなく、実際、受給者一人当りのサービス時間が減少していることはすでに示したとおりである。パートタイム従事者は、それぞれの自治体で組合との労働契約を締結し、たとえば、グラスゴウ市では週20時間の労働を保障しているのでサービスの需要が増大しても、パートタイマーを増員しないという形で、供給が制限されている。結局パートタイマーは、財源上の理由による雇用調整役を担わせられ、望ましい供給体制を編成するという、積極的意義を失なったようである。

したがって、パートタイム減少の影響は、すでに述べた週当たりサービス時間の減少のほか、次のような問題を生じている。食事の準備の困難な対象者には、夕方1時間のイブニングサービスがあるが、この賃金は通常の午前・午後の賃金より高い。(グラスゴウ市の1時間当り賃金は1983年1月当時、月～土曜通常時間は2ポンド、夕方3ポンド、日曜は4ポンドである)そのため、ホームヘルプオーガナイザーは、できるだけ賃金の高い夕方、日曜は、近隣に住む親戚や友人の援助を期待し、それが得られない場合には、最近次のよ

うな試みをしている例がみられる。平常、就労している同じヘルパーに、たとえば夕方の1時間をボランティアとして、その対象者の援助を依頼するのである。すなわち、雇用契約をしているヘルパーに、プラスαの無償労働を、公的立場で要望していることになる。

これについて、ホームヘルプオーガナイザーは、援助を必要としている人を放置できない、やむをえない対処であることは確かであるがしかしそれだけが理由ではなく、予測しえない必要が起る可能性のある、ひとりぐらし老人などは、たんに行政サービスとしてのヘルパーとサービスの受け手という関係以上に、隣人関係をもつことが望ましく、その推進に役立つという積極的意義を認めようとしている。そして、ホームヘルプオーガナイザーはこの試みが比較的、抵抗なく行われていると受けとめているが、その一つの理由には市民の中にボランティア精神が深く根づいているからだといわれている。

第二に費用問題がある。イギリスではホームヘルプサービスは原則として、ヘルパーに支払われる賃金分を負担することになっている。ただし、補足給付受給者と年金受給者は、費用負担責任を除外される。賃金は各自治体ごとに決められるが、すでに示したグラスゴウ市の場合、全国の都市とはほぼ同額であり、地方ではやや低くなっている。

費用負担者は、社会保障の受給者を除外するので

<表5-1> ホームヘルプサービスの供給状況—その1. 受給者数 グラスゴウ市 1982年9月末

	計	受給者の内訳 (人)					
		老人		慢性病 身体障害	妊娠	精神 障害	その他 社会的 理由
		74才以上	74未満				
西部	2,042 (100.0)	1,351 (66.2)	542 (26.5)	133 (6.5)	— (—)	2 (0.1)	14 (0.7)
中央部	1,618 (100.0)	1,028 (63.5)	441 (27.3)	142 (8.8)	— (—)	2 (0.1)	5 (0.3)
東部	1,671 (100.0)	1,004 (60.1)	510 (30.5)	141 (8.4)	8 (0.5)	5 (0.3)	3 (0.2)
南東部	2,280 (100.0)	1,661 (72.9)	468 (20.5)	118 (5.2)	1 (0.0)	4 (0.2)	28 (1.2)
南西部	3,146 (3,134 = 100)	1,935 (61.7)	937 (29.9)	209 (6.7)	4 (0.1)	18 (0.6)	43 (1.4)
北部	1,930 (100.0)	1,143 (59.2)	704 (36.5)	56 (2.9)	— (—)	20 (1.0)	7 (0.4)
計	12,687 (12,675 = 100)	8,122 (64.0)	3,602 (28.4)	799 (6.3)	13 (0.1)	50 (0.4)	100 (0.8)

<表5-2> ホームヘルプサービスの供給状況—その2. 回数別受給者数 グラスゴウ市

	週当り回数別受給者 (人)							1ケース当 平均時間 / 週
	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	
西部	8 (0.4)	1,015 (49.7)	857 (42.0)	26 (1.3)	132 (6.5)	3 (0.1)	1 (0.0)	4.94
中央部	44 (2.7)	657 (40.6)	638 (39.4)	15 (0.9)	214 (13.2)	26 (1.6)	24 (1.5)	4.84
東部	54 (3.2)	760 (45.5)	623 (37.3)	10 (0.6)	182 (10.9)	28 (1.7)	14 (0.8)	4.87
南東部	28 (1.2)	868 (38.1)	799 (34.2)	26 (1.1)	527 (23.1)	20 (0.9)	32 (1.4)	5.25
南西部	103 (3.3)	1,301 (41.5)	1,100 (35.1)	6 (0.2)	540 (17.2)	22 (0.7)	62 (2.0)	4.60
北部	88 (4.6)	937 (48.5)	734 (38.0)	3 (0.2)	137 (7.1)	23 (1.2)	8 (0.4)	4.60
計	325 (2.6)	5,538 (43.7)	4,731 (37.3)	86 (0.7)	1,732 (13.7)	122 (1.0)	141 (1.1)	※ <5.0>

資料: Strathclyde Regional Office 及び Glasgow Divisional office 資料より作成

<表 7> ホームヘルプの費用負担—グラスゴウ市

	計	費用免除者			費用負担者
		補足給付受給者	年金受給者	小計	
西 部	2,042	981 (48.0)	642 (31.4)	1,623 (79.4)	419 (20.5)
中 央 部	1,618	1,022 (63.2)	483 (29.9)	1,505 (93.0)	113 (7.0)
東 部	1,671	1,067 (63.9)	377 (22.6)	1,444 (86.4)	227 (13.6)
南 東 部	2,280	1,217 (53.4)	736 (32.3)	1,953 (85.7)	327 (14.3)
南 西 部	3,146 (3,134 = 100)	1,830 (58.4)	877 (28.0)	2,707 (86.4)	427 (13.6)
北 部	1,930	1,234 (63.9)	477 (24.7)	1,711 (88.7)	219 (11.3)
計	12,687 (12,675 = 100)	7,351 (58.0)	3,592 (28.3)	10,942 (86.3)	1,732 (13.7)

資料：Strathclyde Regional office 資料

<表 8> ホームヘルプサービスに対する支出—イングランド (1,000 ポンド)

	1977 - 8	1978 - 79	1979 - 80	1980 - 81
総 支 出	190,406	200,995	203,030	205,158
費 用 収 入	9,303	10,165	11,024	15,617
実 支 出	181,103	190,835	192,006	189,541
費用収入の割合 対・総支出(%)	4.9	5.1	5.4	7.6

資料：Centered Institute Public and Financial Accountancy

1980年11月現在

然少なく、グラスゴウ市の場合<表7>に示したとおり、平均13.7%、もっとも低い中央部ではわずか7.0%である。また、明確な統計は得られなかったが、保健社会保障省のホームヘルプ部では、全国平均では10%程度と推定している。

この費用負担について、イングランドにおける総支出に占める収入の比率をみると、年々わずかながら上昇傾向を示し、とくに1980-81年は7.6%となり、それ以前の増加率より大きいことが注目される。(表8参

照)

これをどのようにみるべきであろうか、理由づける資料をもちあわせないが、一つには費用負担可能な人でも公的ホームヘルプサービスを必要とする、すなわち、ホームヘルプは普遍的需要であることを示しているともいえるし、あるいは、自治体によって費用負担に対する社会福祉部の姿勢が厳しさを増した結果、徴収率が高まったという見方もできるであろう。いずれにしても、費用負担は今後さらに課題になると考えら

れるが、ある自治体では徴収できる費用負担額に比較し、負担能力の調査費の方が高くつくとして、全員免除にふみきろうとしていることが注目される。

第三には、すでに述べたことと関連し、増大するホームヘルプの需要に対し、ホームヘルプはどのように供給されるべきかが、今後の課題となっている。すなわち、多数の、広汎な対象者にサービスを提供しなければならないと同時に、シビアな需要をもつ対象者に、どうサービスを集中するか、そしてこの両者を全体計画の中でどう編成するかという問題である。また、ヘルパーの労働内容について規定されているが、結局、日常生活の身辺処理にすべてかかわっているのが現状であり、これについて公的サービスとしての範囲があるのか否かも、今後の課題とされている。

このような問題にホームヘルプが当面している今日、コミュニティ・ケアの推進は、地域のボランティアとの関係が問題になってくる。

シーボーム報告以降、全国的に「Good Neighbour Scheme」(または「Street Warden Scheme」)が展開され、「Good Neighbor」すなわち、ボランティアの組織化が行われてきた。しかし、労働者階級の多い地域では、ボランティア志願者は少なく、周囲の中流地域からの活用も試みられたが、それには反発もあり、結局、ボランティア教育をして、一部報酬を与えることが行われたのである。現在では、前述の Street Warden にも、一部報酬を受けている人と、電話代など、いわゆる実費のみで無償の人の二つのタイプがある。

この問題については紙幅の関係もあり別にゆずるが、二つの問題が提起されていることに注目したい。第一⁴³点は、公的責任なしに、Neighbourhood Scheme が老人のケアをすることはできないし、実際このスキーム実施上の主な問題点として、「ヘルパーの不足」をあげる人がもっとも多く、成功の要素は「ヘルパーの増員」であることを指摘していることである。第二に、ボランティアの確保が困難であるからといって、一部

報酬を支払う矛盾であり、それによって、本来のボランティア活動が育たないことが却ってコミュニティ・ケアの推進に問題を生ずるからである。報酬を受ける Street Warden については、Area Office とのコミュニケーションルートの役割を果すならば、老人や障害者に親しみやすいという点で、積極的に認めている。

結局、ボランティア活動を育てるためにも、コミュニティ・ケアにおける公的責任が確実に遂行されることが必要で、その中心としてもホームヘルプの重要性が確認されている。わが国では、コミュニティ・ケアという用語がしばしば曖昧に使われる傾向があるが、本来は決して隣人やボランティアによるケア、すなわち、Care by the Community のみを表わすものではなく、地域社会における生活が維持されるための社会的ケアが、公的責任により制度的にも保障される、Care in the Community が重要なのである。したがって、公的責任でなされるべきことが、ボランティアのみに依存することはもちろん、安易に「有償ボランティア」というボランティアを容認することは、住民福祉の視点からコミュニティ・ケアを推進していく上で、やはり問題ではないだろうかと考える。

- (1) M. Brown & N. Madge : Depite the Welfare State, 1982年, 他
- (2) 福島勝彦 : 「イギリスの社会保障政策一戦後の展開」同文館, 1982年
- (3) 中村永司 : 「英国の社会福祉の現況」(仏教大学学会「社会学部論叢15号」1981年), 及び小田兼三「イギリスにおける社会福祉政策の動向」(日本社会福祉学会「社会福祉学」第23号, 1982年)など
- (4) E. M. Goldberg & N. Connolly : The Effectiveness of Social Care for the Elderly, 1982
- (5) 右田紀久恵 : 「シーボーム報告以降の英国地方自治体社会福祉行財政」(大阪社会事業短期大学「社会問題研究」Vol. 25, 1975年)「在宅福祉サービスと行財政」(日本生命済生会『地域福祉研究』No.10, 1982年) 他。

- (6) D・H・S・S : Priorities for Health and Personal Social Services 1980」
- (7) D・H・S・S : 同上
- (8) 福島勝彦 : (2)と同じ
- (9) E. M. Goldberg & N. Connelly : (4)と同じ
- (10) R. Hedley & A. Nurman : Home help : Key Issues in Service Provision Centre for Policy on Aging, 1982
- (11) A. Hunt : The Elderly at Home—A story of people aged sixty five and over living in the Community in England, HMSO, 1976
- (12) A. Bebbington : The Elderly at Home Survey : university of Kent, 1978
- (13) P. Abramo, S. Abramo, R. Humphrey, R. Snaith : Action for Care, The Volunteer Centre, 1981
- 付記、本報告は、1981年度日本女子大学海外研修員としてグラスゴウ大学社会科学部において研究中収集した資料により、まとめたものである。