

# 「国民保健サービスおよびコミュニティケア法」後の障害者福祉

## ー イギリスにおけるコミュニティケア改革にみる ー

Social Services for People with Disabilities after the National Health Service and Community Care Act: The British Reform of Community Care

田端 光美

### はじめに

イギリスにおけるコミュニティケアの展開過程を研究の1つのテーマとしてきた私は、1993年秋に「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, 1990ー以下、コミュニティケア法と省略)施行後の状況について、自治体での調査をしたいと早くから考えていた。そしてこれまでのイギリス調査では、イギリスのコミュニティケアは精神障害者福祉に始まったといわれるながら、1980年代はとりわけ政策の焦点が高齢者にあったことも関係して、主として高齢者を中心としてきたので、今回の調査計画は当初より高齢者に限らず、同法のもつ意義を総体的に自治体でヒアリングしたいと考えていた。この計画の調整中に、総合リハビリテーション研究大会実行委員会から今年度大会プログラムの1つである国際レポートに、イギリスの報告をするよう依頼を受け、これまで障害者分野への関わりが少なかった私としては自分の任を越えるものと辞退したが、結局「障害をもつ高齢者」という範囲に限って引き受けざるをえなくなった。

その気持ちの中には、小島蓉子教授が長年関係されてきたリハビリテーション研究大会という思いと、「障害者」問題は今日、障害をもつ高齢者の問題でもあり、リハビリテーションの意義をあらためて具体的なサービスに実現することの必要

性を痛感していたことなどがある。しかし、その後の資料整理もいまだ不十分な今、この小稿ではリハビリテーション研究大会での報告をもとに、「コミュニティケア法」の制定が1990年代における障害者のコミュニティケアをどのように改革しようとしているかについて、若干の紹介と検討を試み、小島教授への追悼の意としたい。

### 1. 「コミュニティケア法」の制定から施行へ

1960年代から提唱されたイギリスのコミュニティケアは、シーボーム報告(Seeborn Committee, *Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services*, 1968)に続く地方自治体社会サービス法(Local Authority Social Services Act, 1970)の制定により推進されたが、その後の状況についてはわが国でも多くの研究が報告されているとおりである。こうした過程で1986年の政府監査委員会報告(Audit Commission, *Making a Reality of Community Care*)は、現実のコミュニティケア政策が必ずしも望ましい展開をしていないことを指摘し、注目された。いいかえれば、サービスの量的増大に対応して、十分な効果を実現していないということである。問題の背景にはサービスの増加によって節減されたはずの医療費(主として入院)が地域ケアの充実に充たされない財政構造の問題や、公共サービスの民営化政策による私営のレジデンシャルホームの急増など、サービス民営化の影響のあることも

指摘されている。事実、政府資料によると1979/80年度にコミュニティケアの支出は病院支出とほぼ同額であったのが、その後のコミュニティケアへの支出が次第に増加し、1989/90年度には40%を上回る支出となっている。<sup>1</sup>

そこで、政府はより効果的コミュニティケアのための公的資金支出に関する検討をグリフィス委員会(Griffiths Committee)に要請した。2年間の検討を終えて、1988年2月に提出されたグリフィス報告(A Report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffiths, *Community Care: Agenda for Action*)は、サッチャー政権のもとで1年以上にわたって棚上げされ、関係者や国民の強い批判によってようやく翌1989年6月に受け入れられるという曲折の後、同年11月に政府白書「人々のケア」(*Caring for People—Community Care in the Next Decade and Beyond*)が発表された。

この中に示された政策の主要な点は次のようにみることができる。

- ① 地方自治体は個人のニーズを査定(Assesment)し、一連のケア(Package of Care)を計画、供給し、そのためにケア・マネジャーを任命する。
- ② 地方自治体は人々の必要とするケアを直接供給するだけでなく、民間セクターの供給するケアの購入者となる。
- ③ 民間入所施設利用者の費用負担システムを改正し、一般の社会保障給付額を超える部分は地方自治体が負担する。
- ④ 入所施設(公営・民営・私営)のチェック機関を設立する。

以上に加えて、サービスの運営に関し利用者および介護者の参加、選択の増加、ニーズに対する柔軟な対応、複雑なニーズへの対応、保健と福祉の連携など実施体制の改革について示された。し

かし、これらの運営を可能にする補助金の導入は行わないという方針や、民間サービスの購入という政策をめぐって多くの論議があり、1990年6月ようやく「コミュニティケア法」が制定されるに到っている。

このような経過もあって、法の実施に至るまでにはNHSの機構を改善し、新たに家庭保健サービス局(Family Health Services Authorities, FHSA)を設置した。さらに、民間サービスの購入を含めた供給システムを運用するために、コミッショナー制度が導入されることになったが、地方自治体が新しいコミュニティケアを実施するために、次のような年次の実施計画が示された。

1991年4月—

- ・苦情処理手続きの整備
- ・公私入所施設のチェック機関設置
- ・精神障害者及び薬物、アルコール誤用者のコミュニティケア活動に対する特別補助金の支出(注：addictionではなくmisuseが用いられているので誤用とした)

1992年4月—

- ・地方自治体は第一次コミュニティケアプランを保健部門とともに、または、その承認のもとで公表

1993年4月—

- ・社会保障財源を地方自治体へ委譲(地方自治体にコミュニティケアの財源を一元化)
- ・すべての要援護者(高齢者、身体及び感覚障害者、知的障害者、精神障害者、薬物/アルコール依存者、HIV/エイズ)に対する新しいアセスメント手続きの整備
- ・コミッショナー制度の確立

これにしたがって各地方自治体が具体的な整備をしつつ、新しい運営を実践する段階に入ったの

が1993年である。

## 2. コミュニティケア改革の理念と方式

以上の準備段階を経て実施する新たなコミュニティケアは、従来の考え方とどのような相違があるのだろうか。ここではまずその理念を明らかにするとともに、改革の中核におかれた地方自治体のケアマネジメント<sup>2</sup>のシステムとサービス供給方式について、主に政府の政策指針等<sup>3</sup>からその具体的内容を見ることにしよう。

1992年の政府監査委員会の資料によると、これからのコミュニティケアは「個人としての利用者へのサービス」に力点がかけられると説明されている。

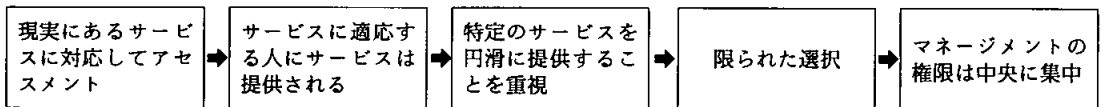
〈図1〉のように、従前の力点は現実にあるサービスを効果的に展開することにおかれ、したがってアセスメントは現実のサービスに対して行われる。すなわち、そのサービスに適應する人にサービスが提供されてきたということである。それに対して、今、改革しようとしているコミュニティケアは、一人一人としてのサービスを優先するこ

とに力点がかけられる。すなわち、これからのアセスメントは一人一人に個人として行うものであり、そのニーズに適應するサービスを調整しなければならないと考えている。いいかえれば、個人のケアプランが重視されるということである。このような考え方による運営を比較すると、従来は利用者の選択は限られたものであったが、これからは選択の幅が広がり、サービスの柔軟性が拡大することが特徴である。とりわけ強調されるのは、ニーズの多様化と長期化に対応する社会資源の増大が、行政、民間、市場など多元化された今日の状況のもとで、いかに利用者にとって“継ぎ目のないサービス(Seamless Services)”を供給するかということが「コミュニティケア法」の基本的な意義であるとされている。

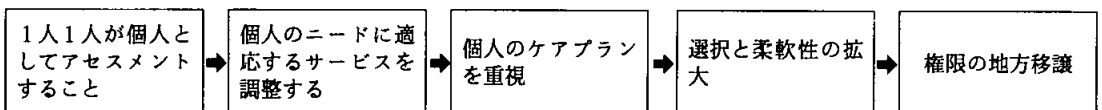
そこで重要な意味をもつのがケアマネジメントのシステムである。政府の関係資料には随所に新しいコミュニティケアの“Heart”，あるいは“Key”であると強調されているが、それは〈図2〉のように7つのステージで構成される<sup>4</sup>。

〈図1〉 コミュニティケアの新しい考え方（力点のおき方の変化）

〔従前〕 力点はサービスの効果的運用

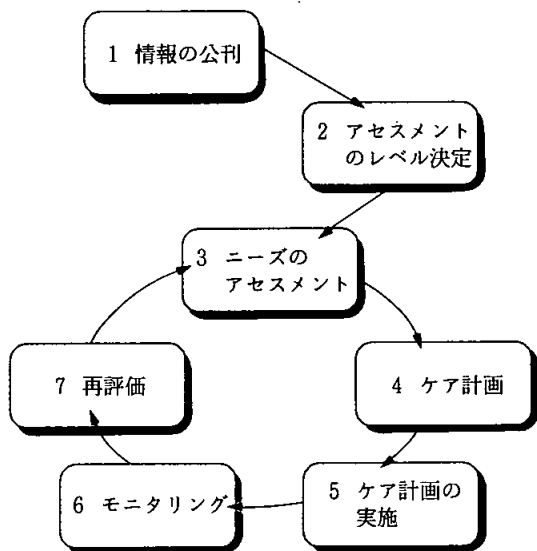


〔今後〕 力点は個人としての利用者へのサービスを優先



〈資料〉 Audit Commission, *Community Care : Managing the Cascade of Change*, 1992, HMSO

〈図2〉 ケアマネジメントの構図



資料：DoH, 政策資料

- ステージ1 情報の公刊—どんなニーズに援助が提供されるか、またそれらのニーズに対して何がなされるかなどの計画を作成し、公表する。
- ステージ2 アセスメントのレベル決定—ニーズとそれに対応する適切なアセスメントのレベルを明確にする。
- ステージ3 ニーズのアセスメント—個人や介護者のニーズを、関係する専門家や機関とともに査定する。また、望ましい成果を目標に援助方針や優先度を承認する。
- ステージ4 ケア計画—行政、民間、市場およびコミュニティの利用できる資源の中でそれぞれにもっとも適切なものを利用者が選択することを援助し、個別にケア計画を作成する。
- ステージ5 ケア計画の実施—必要な資源や財源を確保する。援助の担当者は特別な内容や質の援助については供

給者との調整をはかったり、また、予算執行部局との交渉などの責任をもつ。

- ステージ6 モニタリング—ケア計画の実施がサービスの利用者、介護者、サービス供給者にとって、計画された目的にそって適切に進められているかどうかを継続的にモニターする。
- ステージ7 再評価—特定の間隔でケア計画によるサービスが利用者、介護者、供給者にとって適切であるか、また、継続的に状況改善されているかを公式に再評価する。

ケアマネジメントを必要とするサービス利用者は長期ケアの対象であることが多く、当然ながらそれぞれの環境条件が変化することを考慮すると、再評価が必要であり、したがって、このダイアグラムは循環することを意味している。

すでに述べたように、コミュニティケア改革の改革理念の1つは、“個人-individual”に焦点がおかれているが、これはまず、ケアマネジメントの過程で具体化される。とくにケア計画の基礎となるアセスメントのもつ意味が大きい。従来のアセスメントは個別ニーズより“service-led”であったことが指摘されたが、新しい方式では、個別的に“needs-led”のアセスメントであるべきことが強調される。サービス供給に際してアセスメントを実施することは従前からの方法であったが、これまではたとえば、ホームヘルプの利用希望があれば自動的にホームケア・オーガナイザーに廻し、そこでホームヘルプ・サービスについてのアセスメントが行われるという方式であった。しかし、新しい方式はまずその人に「何が必要であるか」を全体的に評価する。すなわち、それぞれのサービスに対して別々にアセスメントを進めてきたや

〈表1〉 アセスメントのレベル

アセスメント	ニーズ	サービス	機関	スタッフ	サービス例
1. 簡単なアセスメント	簡明な、確定できる、	既存の普遍的サービス	単一	レセプション 行政担当者	バス券、バッジ 障害者用
2. 限定されたアセスメント	限定された、確定できる、 リスクが小さい	既存の、明確に確定された 基準で対応できる	単一	職業上の有資格者	低度の家事援助
3. 複合されたアセスメント	限定された範囲、 リスクが低い、	複数の関係機関に存在する サービス	複数	職業上の有資格者 又は同等の者	食事の援助、カイロ ポディ、基本介護
4. 専門家のアセスメント					
a) 単純なもの	確定できる、専門的な、 リスクが低い、	既存の、専門家によるサービス	単一又は複数	専門家補助者	簡単な障害者用 住宅設備、 住宅改造、
b) 複雑なもの	確定できない、複雑な、 リスクが高い、	既存の及び/又は新たな 専門家による	単一又は複数	専門家 専門職	
5. 複雑なアセスメント	確定できない、複雑な 相互に関連した、 変化しやすい、 リスクが高い	既存の及び/又は新たに 個別的なサービスの組合 せ	単一又は複数	職業上の有資格者	スピーチセラピスト
6. 包括的なアセスメント	確定できない、複合した、 相互に関連した、 リスクが高い、高度な、	既存の及び/又は新たに 個別的なサービスの組合 せ	複数	職業上の有資格者及 び/又は専門家専門 職	家族セラピスト、ケ アの代替又は集グループ ケア、家事管理

〔注〕専門家は“Specialist”の訳であるが、たとえば医師の中でも特定の専門分野をもつものなどを指し、専門職は“Professional”で、たとえばソーシャルワーカー、OT、PTその他に用いられている。

〔資料〕DoH, *Care Management and Assessment—Manager's Guide*, 1991, HMSO

り方から、ニーズの型やレベル別に統合的かつ適切なアセスメントの実施を必要としている。

そのために地方自治体はそれぞれにアセスメントのレベルを決定することが必要とされ、1つのモデルとして示されたのが〈表1〉である。第1レベルはレセプション又は行政担当者など、非専門スタッフによってサービス決定が可能な、明確で単純なニーズである。第2以上のレベルになると、専門家や専門職によるニーズ・アセスメントであることが示されている。すなわち、関連機関の専門スタッフと連携したアセスメントが必要になり、たとえば効果的アセスメントの開拓に意欲的にとり組んできたロンドン市イズリントン区では次のような専門職をアセスメントグループとしている。

ソーシャルワーカー、ホームケア・オーガナイザー、住宅アドバイザー、シェルタードハウジング・スーパーバイザー、福祉権に関わる専門ワーカー、OT、訪問看護婦

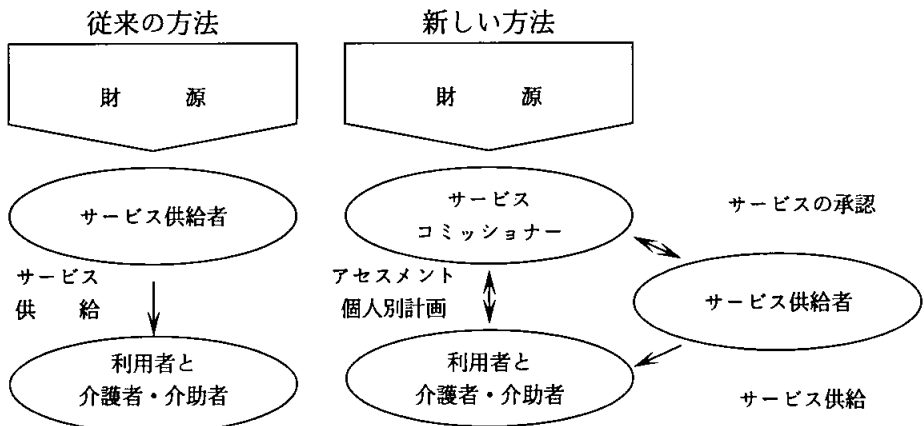
さらに必要な場合には、病院ソーシャルワーカー、家庭医、コミュニティ・チーム、老年心理チーム、HIV／エイズのコーディネイター、成人ケアチーム、

住宅給付担当、障害者住宅コーディネイターなどもメンバーに加えられる。

ところで、法制定の過程でもっとも論議になったのは、地方自治体が民間サービスの購入者(purchacer)になるという、サービス供給方式である。イギリスでも1980年以降のプライベタイゼーション政策のもとで、最近ではサービスのすべてが行政によるとはいえないが、しかし、それが「地方自治体の役割の中核」<sup>6</sup>におかれ、地方自治体が民間セクター、私的セクターなどのサービス供給者との契約のもとでサービスを購入し、実際のケアを供給するという新方式に少なからぬとまどいや疑問を生じたことは当然といえよう。

新しい方式の運営は〈図3〉に示したように、サービス・コミッショナーが介入することになる。ケアマネジャーは利用者や介護者の参加のもとで作成されたケア計画の費用を算定し、コミッショナーの承認をへてサービス供給者との契約により、サービスを利用者に供給する。この背景には政府監査委員会の指摘やグリフィス報告に示された投入したサービス、財源のサービス効果を高めることが目標にあり、したがって、質の高いケアの基

〈図3〉 サービス供給方式



資料：Audit Commission, *Community Care Managing the Cascade of Change*, 1992 HMSO

礎 (Corner Stone) にケアマネジメントを位置づけ、マネジャーは行政と民間、私的セクターとの間のいわばサービスのブローカー (Broker) としての役割をもつとJ. Orme 達は述べている<sup>7</sup>。このような方式の導入は、コミッショナーとマネジャーが限られた財源を有効に使用し、協働してケアの組合せを実現することを期待しているが、動き始めたばかりのコミッショナー制度について、地方自治体関係者もそれを評価するには到っていないというのが現状である。

### 3. 改革後の障害者福祉

イギリスのコミュニティケアが精神障害者福祉に始まったことはあらためていうまでもないが、その実情については種々の理由があったとはいえ、コミュニティケアの理想を実現したとはいえない

と指摘されてきた。

「コミュニティケア法」の実施が障害者福祉をどのように変化、改革するのか、地方自治体のとり組みが始まって間もない現在、その多くは国や地方自治体の政策指針にみるにとどまらざるを得ないが、関係者からの聞き取りも加えてここではとくに参加と選択、権利性の強化 (Empowerment) に焦点をおき、改革の方向を探りたい。

これまで予想以上の高齢化によって高齢者施策に優先されたともいえる障害者福祉は、国の政策指針や地方自治体のコミュニティケア・プランではあらためて施策の焦点におかれたといえる。その中で利用者 (Users あるいは Consumers と表現されている) の参加 (Participation) と選択 (Choice) の保障は、とくに障害者にとって意義ある施策である。利用者参加が当然であることは

<表2> アセスメントにおける参加の課題

必要事項	これまでの主な問題点
1 利用者、介護者への情報提供	… 情報はアセスメントの過程としてではなく、利用できるサービスの範囲についてであった。
2 利用者、介護者を巻きこむ	… 自己評価、同意を得ること、通訳 (説明者) の利用、介護者ニーズのアセスメント等が継ぎはぎ的に実施されてきた。
3 ノーマルな状態と選択	… 個別的に基準のないままアセスメントが行われていたので、ノーマルな状態についての判断リスクが大きかった。
4 アセスメントへの接近	… 一般に受けられる援助についての意見を得るのに忍耐が必要であった。
5 迅速な対応	… アセスメントについての通知やアセスメントまでの標準的期間も明確にされなかった。
6 代理人の依頼	… 代理人の必要 (とくに高齢者) を考慮しなかった。
7 記録の入手	… 利用者も介護者もアセスメント記録のコピーを与えられず、同意も求められず、他に見るべき人の有無も聞かれなかった。
8 苦情申立ての手続き	… アセスメント過程に苦情申立て手続きはとくに示されていなかった。

資料 : DoH SSI, *Assesment System and Community Care*, 1991, HMSO

すでに認識されながら、「サービス消費者」としての利用者、介護者のニーズや権利の保障が実体化されていたかといえば、これまでは形式的できわめて不十分であったことを関係資料は指摘している。

社会福祉における権利保障とは具体的にどのようなことを意味するかについては、河野正輝の「コミュニティケア法」制定後の人権論に関するイギリスの研究紹介<sup>9</sup>にくわしいが、参加の前提である情報提供にはその範囲や質の問題があり、また、アセスメントやケア計画の作成では、とりわけ障害者の自己決定を尊重する参加の保障に多くの課題があることが明らかにされている。このような課題について、たとえばアセスメントへの参加はとくに重視され、成人要援助者の場合には、〈表2〉のような課題が明らかにされている。

この点についていえば、最近わが国でも利用者不在の処遇決定のあり方が問われている。とりわけ、障害者のなかには必ずしも決定された処遇に納得できないとする例もあることを考えると、参加を実質的に保障することにはまだ多くの課題があるようである。J. OrmeとB. Glastonbury はとくにサービスの供給多元化という状況に対して、ケアマネジメント過程への参加に次のように提案している。<sup>10</sup>

- ① 利用できるサービスのすべてについて、詳細な情報を提供する。費用やサービスの質なども含むもの。
- ② 最大限の選択を可能にする。利用者がサービスを換えることもできるように、クーポンやバウチャーによる方法を検討する。
- ③ 公式の記録に利用者（あるいは代理人）の意見を記載する。
- ④ 計画過程に利用者委員会の参加を認める
- ⑤ 個人のボランティア、利用者自身のボランティアの考え方を増進、支援する。

- ⑥ 利用者が援助者、いいかえれば代弁者をきめる。

とりわけ、知的障害者の参加が、意識的にも無意識的にも軽視されてきたことも否定できない。改革の理念を具体化するために、CCETSWが初めて作成を試みた知的障害者向けの情報は、その表紙に当事者の言葉として“*Why not listen to Me*”と描かれているが、これも障害者の参加、権利への視点を象徴させた1例といえるであろう。

障害者が参加と選択により、ノーマルな生活を地域で実現するためにはとくに作業療法士（OT）によるサービスを重視している。わが国ではOTの職場の大半が病院や施設であるのに比較して、イギリスでは従来から社会サービス部のチームに所属し、在宅高齢者のリハビリテーションに従事していたが、改革では障害者の自立を支援するリハビリテーション・サービスをさらにきめ細かく必要としている。障害者のコミュニティケアにリハビリテーションはいかなる意義を持つかについて、ロンドン市イズリントン区保健局S. Pilling（心理専門）は、障害者の市民としての権利を認識し、彼ら自身の最大限の自立を可能にし、ノーマルな生活を推進するための社会的役割であり、そのサービスは利用しやすさ、平等、普遍性、費用効果などの観点から継続的に評価されなければならないとし、さらにそれは施設内の援助に限らず、通常の生活を維持するなかでの機能であることを強調する。<sup>11</sup>

目標は、障害者のコミュニティケアの原則、①あらゆるコミュニティの存在（学校、就労の場、買物、レクリエーション、教会など）、②コミュニティへの参加、③選択、④コンペテンス、⑤尊厳、⑥パートナーシップ（保健省社会サービス部監査部）をどう具体的に支援し、実現するかにあるが、地方自治体における実践はこれからといえよう。イングランド南西部の Hampshire 州では



〈表3〉 ヘルスケアとソーシャルケアの役割

課 題	ヘルスケア	両 者	ソーシャルケア
家庭管理			○
通常の洗濯 失禁者の洗濯 失禁への対応	○	○	○
機能障害者への補装用具 住宅用機器		○	○
食事の準備 摂食のリハビリテーション	○		○
洗面, 着脱衣 入浴介助 リフティング: ベッドから室内便器へ 浴槽へ/浴槽から		○ ○ ○ ○	
移動介助 移動のリハビリテーション		○	○
医療の管理: 受診 注射 傷の手当て カウンセリング: 健康管理 社会的機能 親族と死別	○ ○ ○	○   ○	○
知的障害: 診断 行動のマネジメント ケアと支援	○	○	○
精神保健: 改善 治療 リハビリテーション 社会的支援	○	○ ○	○
薬物/アルコール誤用 (misuse) カウンセリング		○	
HIV/AIDS: 治療 リハビリテーション 社会的支援	○	○	○

資料: DoH Social services Inspectorate, *Care Management and Assessment—manager's Guide*, 1991, HMSO

身体障害者を対象に自己管理型のパーソナル・ケア (Self Managed Personal Care) を、国の「自立生活基金」と地方自治体独自の財源によって運営している。改革の理念を具体化する1つの試みといえよう。<sup>12</sup>

在宅の障害者にとっては保健・医療サービスが福祉サービスとインテグレートされることはとくに重要である。イギリスでも福祉と保健・医療の連携が課題になってからすでに久しいが、問題は少なくないといわれてきた。しかし、しばしば伝えられる国営医療としてのイギリス国民保健サービスの是非は別として、少なくとも家庭医制度や、在宅の虚弱、障害高齢者に対する訪問看護、デイケア・サービスなどが老年科医療との協働で実施できるシステムを維持してきたことは、開業医制の医師会に協力を求めるわが国の実情に比べ、やはり在宅ケアへの関わりはより大きかったといえるであろう。とはいえ、決して問題がなかったわけではない。とりわけ、保健・医療機構の改善が必要であったことは1974年、1982年の改革によって地域保健体制の強化を企図し、さらに1990年法の実施に際して家庭保健サービス局 (FHSAA) を設置したことからも推察される。

コミュニティケア改革では関連機関間の連携がとくに強調されているが、今後の保健部局と福祉部局の役割、協働のあり方はコミュニティケアの成否にも大きく関わる点である。〈表3〉はイングランド中西部地域のコミュニティケア開発グループによるその実施モデルである。サービスの多くは両者いずれも担当できるとしており、地域資源の実情によってサービス体制が組めることは、利用者にとって実質的なサービスを円滑に利用できる方策であるかも知れない。さらに、第一次的保健サービスから地域ケア、セラピーサービス、介護ホームへのアセスメント、介護ホームへの緊急入所 (医療の必要)、病院への入院、病院からの

退院などが円滑に行われる関係の整備が重要とされているものの、これに関しては現行医療サービス削減の傾向からみて、その方向がもっとも不透明に見える部分でもある。

#### 4. 障害者福祉にみる改革の意義と課題

コミュニティケアが社会福祉政策に登場して以来、初期の“fact or idea”の論争<sup>13</sup>やラディカルソーシャルワーク、あるいはフェミニズムの立場からの批判<sup>14</sup>が注目されながら、確実に世界的潮流となった今、とくに80年代において増大した矛盾や問題の改革を迫られたイギリスの状況は、わが国にも学ぶべきことが多いように思われる。すでに述べたように、その成果を問うのは今後に待たなければならないが、少なくともこれまで医療政策との狭間で高齢者施策に優先されてきた障害者にとって、参加と選択による福祉権を保障し、福祉と医療の統合的サービスをめざす改革は、コミュニティケアの実質化をめざす方策であることは確かであるといえよう。

しかし、これからの課題の少なくないことは、法の制定や実施に至る過程における論議にも示されたとおりであり、それは、今後の課題でもある。とくに運営と実践からみて、次のような課題があると考えられる。

第1は改革を具体化する行政機構や財源の問題である。国の社会保障費による負担財源の一部を地方自治体に委譲し、施設ケアと在宅ケアを地方自治体が一元的に運営する財政基盤とする方策は、従来の国と地方自治体の財源負担方式から生ずる矛盾の解決をどこまでかはかることが可能であるか、他の諸条件との関連もあり、今後の地方自治体の運営課題になるであろう。

第2には、行政が民間セクターのサービスを購入してサービスを供給するというシステムである。すでに法の制定過程で多く論議されたように、サッ

チャー政権下に増幅された民営化を福祉サービスに導入し、さらに、供給におけるシステム化をはかるものであって、関係者がもっとも注目している点である。この点に関してとくに付言するのは、グリフィス報告、および政府白書に相当の影響を与えたとされるケント大学チームの研究<sup>15</sup>では、これからのコミュニティケアは民間サービスやインフォーマル・サービスを含めたケア・パッケージが必要であるとし、その効果性を検討しているが、行政が民間サービスの購入者(Purchaser)になるという方式はグリフィス委員会の提言である。この実施に際して施設の監査機関のチェック機能を強化し、契約によるサービス供給を決定する、いわば媒介機関ともいえるコミッショナー制度を創設したが、とくに後者が今後どのように機能するかについては第3の課題を生じることも考えられる。

第3は、改革の中核にあるケアマネジメントの実施体制の中で、ソーシャルワーク実践からみた課題である。まず、それを担う相当数の専門職が必要であるのはいうまでもないが、財源をとまうだけにその供給動向が注目される。教育・養成に関しては、とくに従来からのソーシャルワーク教育に加えケアマネジメントについて、特別コースを設置した大学もあり、中央ソーシャルワーク教育・訓練協会(Central Council for Education and Training in Social Work)もプログラムを作成している。

しかし、参加と選択の方法を明確にしたケアマネジメントが期待されるように実施されたとしても、利用者にとっては実際にサービスが供給され、生活の質が保障されなければ改革の意味はない。その過程でソーシャルワーカーやケアマネージャーは、財源や費用効果により関心をもつかも知れないコミッショナーとの間で、サービス決定をめぐるディレンマに悩むことがないといえるのである

うか。利用者の苦情申立て制度が確立しても、社会的に弱い立場にある利用者の代弁者として、ソーシャルワーカーは現実的に問題解決に対処しなければならないからである。

第4は、すでに述べたように高齢者に比較して障害者のコミュニティケアは、これからあるといってもよい状況である。それだけに、複雑、多様なニーズに対応しなければならないことも多く、ソーシャルワーカーはこれまで以上に高度な専門性を必要とされるであろう。わが国とは比較にならない数のソーシャルワーカーが在宅ケアに配置されているのは確かであるが<sup>16</sup>、それでも充分とはいえない状況で、障害者へのサービスが仮にもソーシャルワーカーの心に重荷となるようなことのないよう、専門職の充実が必要である。とりわけ知的障害、薬物依存、エイズなど、複雑な問題をもつ人びとへの支援はソーシャルワーカーの大きな実践課題である。

〔註〕

1. Audit Commission, *Community Care : Managing the Cascade of Change*, 1992, HMSO
2. 当初は“Case Management”が用いられたが、1991年の政府資料から“Care Management”に統一された。その理由として“Case”は“Individual”の意を誤認するおそれがあると説明している。
3. 政府の政策指針のほか、Barbara Meredith による *The Community Care Handbook: The New System Explained*. 1993, Age Concern England が簡明な参考資料である。
4. DoH & SSI, *Care Management and Assessment Manager's Guide*, 1991, HMSO, ほか
5. DoH & SSI, *Assessment Systems and*

*Community Care*, 1991, HMSO

6. J. Orme & B. Glastonbury, *Care Management*, 1993, The Macmillan Press Ltd.
7. J. Orme は “Broker” はマネジメント・チームと別の立場で、権利擁護の役割をもち、組合せられたケアに対応するサービス資源を確認し、新たな資源を開発する人として説明している。
8. 星野信也「イギリスの障害者福祉：コミュニティ・ケアの限界」社会保障研究所編『海外社会福祉情報』（Autumn 1988, No.84）など。
9. 河野正輝「社会福祉における人権論の課題 イギリスにおける研究動向の紹介」鉄道弘済会『社会福祉研究』第57号，1993年 7月
10. J. Orme & B. Glastonbury, 前掲書
11. S. Pilling, *Rehabilitation and Community Care*, 1991, Routledge
12. Hampshire County Council, *Partnerships in Action – Planning Disability Services*, August 1993, Hampshire SSD 資料
13. R. Titmuss, *Commitment to Welfare*, 1969  
日本語訳は三浦文夫訳「社会福祉と社会保障」PP.128～135, 東大出版会
14. A. Walker ed, *Community Care*, 1982, Basil Blackwell Martin Robertson などにみられる
15. D. Challis B. Davies, *Case Management in Community Care*, 1986, Gower, 日本語訳は窪田・谷口・田端共訳「地域ケアにおけるケースマネジメント」1991, 光生館
16. 筆者の調査では、イングランド中部のコベントリー市と東京都中野区を比較した結果を「在宅福祉政策とソーシャルワーカー」（『国際化時代の福祉課題と展望』一粒社，1992年所収）に示している。