

## 80 年代におけるイギリスの老人のための コミュニティ サービス

福 知 栄 子

### 1. はじめに

イギリスにおいてコミュニティ・ケアが政策として登場して以来、既に 30 数年を経た。地域でのノーマルな生活を可能とするためのサービス提供が言われて久しいが、現実の姿としては、1981 年の政府白書「Growing Older」で明らかにされたように、財政的制約のもと、現存の資源内での可能なサービス提供に力点が置かれる一方で、民間、ボランティア・セクターへの注目、なかでもインフォーマル・ケアが強調されている。

そこで、本稿においては、1980 年以降の地域における老人のためのサポート・サービスを主に担っている人々、ホームヘルプ、インフォーマル・ケアラー、ソーシャル・ワーカーによって提供されているサービスの現状および問題点を明らかにし、どこまで地域老人のためのサポート・サービスとなりえているかについて考えてみたい。

### 2 ホームヘルプ・サービスの現状

#### (1) ホームヘルプ・サービスの供給

コミュニティ・サービスの中で人々に最も必要とされ、また利用されているのはホームヘルプ・サービスである。ホームヘルプは掃除、洗たく、買物、調理などの家事を行ない、時には身辺の世話 (personal care) も行なっている。また、仕事の内に含まれているわけではないが、話し相手になったり、心配事の相談相手になったりもする。現在、イギリスには約 13 万人のホームヘルプが約 100 万世帯に対してサービスを提供しており、その費用も年間 3 億ポンド以上と言われている。<sup>1)</sup>

これらのホームヘルプは、地域で生活をしている障害者や老人、あるいはひとり親家庭などが利用しているが、サービスの受け手の 85 % は老人である。しかし、これは初めから老人を対象として始まったサービスでなく、ロンドンのイースト・エンドで若い母親に対し

て行なった家事援助スキームに始まると言われ、公的サービスとしては 1918 年の母子福祉法 (the Maternity Child Welfare Act, 1918) により地方当局が出産時の母親に対してホームヘルプを提供したことに始まる。現在でもホームヘルプと言うと、家事が連想されるのはこの開始の事情による。その後、1944 年の保健省通達 179 号によってサービス対象が老人に拡大され、この内容は 1946 年の国民保健サービス法にもりこまれたが、職員雇用が困難なために、老人に対するサービスの発展はゆっくりとしたものであった。そして、1968 年の保健サービス・公衆衛生法 (the Health Services and Public Health Act, 1968) によって地方当局にホームヘルプ・サービス供給義務が課せられた。

次にこのホームヘルプ・サービスがどれ位の老人に利用されているのかをみてみよう。表-1 は、年齢別および性別によるホームヘルプをうけている老人の割合を示したものである。これによると、ホームヘルプを受ける割合は、加齢とともに高まり、また、年齢に関係なく男性よりも女性の方が高いことがわかるが、老人全体の中でホームヘルプ・サービスを受けている人々はまだ少数であることも明らかである。1977 年に社会保障省はガイドラインを出し、65 歳以上人口 1,000 人あたり 12 人がホームヘルプを必要とするとしているが、ホームヘルプのマンパワーから考えると、現在でも、サービスが行き届いているとは言えない。たしかに、1970 年以降についてみればサービス受給者数の増大は認められるが、しかし、逆に一人当たりの回数は減少し、サービスはより広い層に広がったものの、個々人のニーズをみたすには至っていないことが指摘されている。<sup>2)</sup> コミュニティでのケアの必要性が強調されているにもかかわらず、老人とくに 75 歳以上の老人の増大に伴う形でホームヘルプサービスは増大していない。この点に関して、Bebbington と Tong は次のように述べている。<sup>3)</sup>

表-1 ホームヘルプ・サービスを受けている老人

年 齢	65		70		75		80+	
性 別	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
割合 (%)	2	3	2	8	9	14	15	30

資料：OPCS (1982) Table 10.41

施設サービスとホームヘルプ・サービスの調整はどのようになっているのだろうか。この2つのサービスが調整されて計画されているならば、現在のコミュニティ・ケア政策は施設サービスからコミュニティ・サービスへのより多い支出という形で表れるはずである。つまり、施設サービスにおける変化とホームヘルプ・サービスにおける変化の間に相関関係がみられることになる。しかし、現実には1979-83年の間でどの地方当局にもホームヘルプの増大と施設入所者数の減少の間に何ら相関関係は認められなかった。

## (2) ホームヘルプの役割の拡大

ホームヘルプ・サービスは地域において老人のなかでも75歳以上の高齢の人々の割合が増え、また一方で医療技術等の発達により、重い障害をもった人々も地域で特別なケアが提供されれば自立した生活ができるようになってくる中で、より強力、集中的(インテンシヴ)な形でサービスが要求されるようになり、その役割が大きく変わりつつある。

一般的な家事援助を中心とした伝統的なホームヘルプ・サービスとは別に、イギリスにおいてはかなり早い時期から、個々のニーズに応えるための特別なホームヘルプ・スキームが存在していたことはよく知られている。たとえば早くも1949年には、夜間付き添いサービスや、結核患者のための特別ホームヘルプ・サービスを提供していた地方もあり、その後、1954年までには、イギリス各地で、母親が入院中の家庭の子どもに対して早朝及び夕方のホームヘルプ・サービスが行われていた。また、地域によっては、施設入所者のためのサービス、ガン患者の家族のためのサービスも提供されていた。

しかし、特別スキームが著しく拡大するのは1970年代中期以降である。それは社会福祉サービス全体が伸び悩む中で、老人のますます増大するニーズに応えるためにサービスを拡大させる唯一の方法として、地方当局は、保健局と社会サービス局の共同財政(joint finance)という手法を用いたことによる。とくに、インテンシヴなホームヘルプ・サービスが提供できる

訓練を受けた職員が十分におらず、この財源の一部が教育訓練のために使用されたことが特徴としてあげられる。こうした特別スキーム導入により、地方当局は新たに職員を雇用し、それに伴って、職員の名称も、家事援助者(homeaid)、ホームケアラー(home carer)、ホームケアエイド(home care aid)、ホームケア補助者(home care assistant)、在宅ケア補助者(domiciliary care assistant)等々さまざまな呼称が生まれた時期である。

1980年に出されたケント大学の調査では、1970年代は社会サービスのなかでホームヘルプ・サービスの発達が顕著であったことが報告され、多くの地方でホームヘルプ・サービスは家事援助のみならず、身のケアを行なうようになっていくことが言及されている。

ホームヘルプ・サービスへの役割拡大への期待はその後ますます高まり、地域生活をしている老人や障害者のもつ多様なニーズをより多く満たし、さらに強力なサポートサービスとなるべく新たな試みが各地で展開されている。次に、最近のホームヘルプの動きを追ってみよう。

## (3) 多目的ワーカーの登場

1985年に開始されたダーリングトン・コミュニティ・ケア・プロジェクト(Darlington Community Care Project)では、ホームケア・アシスタントが多くの役割をひきうけ、キー・ケアラーとして働く可能性を報告している。<sup>4)</sup>このプロジェクトは、社会保障省の補助を受けた全国28のコミュニティ・ケア・スキームのひとつで、「長期入院に替わるものとしてのコミュニティ・ケアの可能性を開発することを目的とし、とくに多目的のコミュニティ・ケア・ワーカー(multi-purpose community care worker)の開発」を目的とした。コミュニティ・サービス展開の際、従来から指摘されている問題のひとつは、保健サービスと社会福祉サービスがそれぞれに果たしている役割が明確でなく、機関や人に重複がみられることである。そこで、このプロジェクトでは、慢性病の患者の地域生活を可能とするために、インテンシヴなしかも定期的な身近ケアを提供するにあたって、①だれが、そのサービスを提供するのか(who)、そして、②いかにすれば効果的にサービス調整できるか(how)を明らかにすることが目的とされた。

ホームヘルプ・サービスの機能分析については、既に1975-79年のコベントリー・ホームヘルプ・サービス・プロジェクト<sup>5)</sup>において、虚弱老人のために身

辺ケア、ソーシャル・ケアなど、家事援助にとどまらず、トータルなケアを行なっていることが報告されているし、全国的なレベルでみても、ホームヘルプがインフォーマルな形で、広範囲の身近ケアやサポートを引き受けていることも明らかにされている。<sup>6)</sup>

このプロジェクトでは、さらに進んで、ひとりひとりの患者の要求する広範囲のケアを提供するために、ホームケア・アシスタントが、地域看護婦の指導のもとに看護を行ない、作業療法士の指導のもとにセラピーを行ない、さらに本人や家族に対してソーシャルなケアを提供している。つまり、人の問題についてみれば、ホームケア・アシスタントが、中心的な役割を担うことでそれぞれのサービス提供者が自らのサービス目的を遂行するために、同じ患者を訪問して別個にサービスを行う時に生ずる混乱や重複を避けることができる。また、サービス調整については、人々に最もよく調整され、統合された形でサービスを届けることが肝要だが、そのためには三つのレベルでの調整、つまり、a. 社会福祉機関と他機関、社会福祉機関内およびチーム内での協働、b. 一人のワーカーによるケアの調整、さらにc. 一人のケアラーによる活動の統合が考慮されねばならない。このプロジェクトでは、第三のレベルの調整をホームケア・アシスタントが多目的ワーカーとして機能することにより、一人でケア・パッケージの諸要素を組み合わせることができることを示した。多目的ワーカーの導入により、サービスの受け手は、一人のケア・ワーカーからトータルに、しかも流れのあるスムーズなケアが受けられる。これは、1988年3月に公表されたコミュニティ・ケアを検討したグリフィス報告<sup>7)</sup>に言及された広範囲のケアを提供する新しいコミュニティ・ケアラー<sup>8)</sup> (community cares) に相当するものとして注目される。

#### (4) 効果的サービス提供の組織

ホームヘルプ・サービスを効果的に提供するためには、サービス提供組織のあり方が問題となる。社会サービス局内でのホームヘルプ・サービスの位置づけは地方ごとに異なるが、シーボム改革以降、地域に根づいたサービス提供を実践してきた地方のひとつであるエイヴォン州では、ホームヘルプ・サービスがコミュニティ・サービスの中で重要な役割を担っている。ホームケア・サービスと称して、ホームヘルプ・オーガナイザーのもとに、訓練を受けた、また給与も改善されたホームケア・アシスタントが配置されている。さらに、ボランティア・サービスも統合され、職員のモラルの向上や就業状況も好ましいことが報告されてい

る。<sup>9)</sup> こうしてバラ・プロフェッショナルなサービスとしてのホームヘルプ・サービスが次第に専門的力量をつけ、コミュニティ・サービスの中で重要な役割を担う傾向が認められるようになっていく。ケア専門職の伝統的序列をくつがえし、新たな地位を確立していくためには、各々の働いている場で多くの抵抗にあうことは予測される。しかし、相互に協働してチームワークのもとに働かなければ、サービスを受ける老人のケアの質を高めることは不可能である。

最近の動きとして、ホームヘルプがより効果的に働くためにパッチ・チーム・アプローチを開発したランベスの事例<sup>10)</sup>をみてみよう。ここではホームケア・パッチ・チームと称し、一人のオーガナイザーのもとに、20～22人のホームケア・ワーカーを配置している。さらに、この20～22人を8人～10人のパッチ・チームに分け、各々のワーカーが20～25人のクライアントを担当する。さらに、スーパービジョン、援助、フィードバック、教育訓練をキー要素として、サービス提供組織の強化改善が進められている。ホームケア・ワーカーがケース会議に参加し、意見を述べることにより、ワーカーとしての自覚が高まり、実践レベルが向上し、また、教育機会の拡大により、質の高いサービス提供が可能となったことが報告されている。ランベスで開発された実践方法は、ホームケア・パッケージを生み出し、他の地域のホームヘルプ・サービスにもよい刺激となっている。このランベスの事例をはじめとして、ホームヘルプ・サービスは組織上および実践上の工夫が積み重ねられつつある。

### 3. インフォーマル・ケアラー

#### (1) インフォーマル・ケアラーへの注目

老人のケアにおいて家族が大きな役割を果たしていることはよく知られている。シーボム委員会報告で、福祉サービスの目的のひとつは、「効果的家族サービスを確保すること」と言及されて以来、コミュニティ・ケア政策が推進される中で地域生活をする人々を支えているのは家族を中心とするインフォーマルな援助であることが認識されてきた。そして「Growing Older」においては、公的サービスの役割は、このインフォーマル・ケアラーの支援力を援助・強化することにあると述べられている。地域で老人や障害者を世話する人々「ケアラー」という言い方が頻繁に用いられるようになり、1981年には、家族でケアを引き受けている人々に情報提供したり、援助をすることを目的として「ケアラー協会」(Association of

Cares) が設立された。マスメディアにおいても、また社会福祉関係の諸会議においても、主要なトピックとして「ケアラーの問題」が取り上げられるようになってくる。

そこで、ここでは老人のケアにおいて家族が貢献していることを施設入所との関連でとらえてみよう。表-2は重い障害をもっている、地域で生活をしている老人の数が多くを示している。最も重い障害をもつ老人についてみると、施設入所をしている老人に比べて、3倍もの老人が地域で生活していることがわかる。地域のひとり暮らし老人8人に対して、施設入所老人は21人、家族などと同居して生活している老人は70人という割合である。現に、こうした老人の生活を支えているのは、家族を中心とするインフォーマル・ケアラーであり、老人の望む限り、施設に入らずに地域での生活を継続させるという、コミュニティ・ケアは、主にこうした家族など身近な人々のサポートによって成り立っていることは明らかである。

表-2 障害の程度による施設入所および地域生活老人数

障害程度	施設入所の	地域生活の老人		
	老人	一人暮らし	同居	計
0	25,100	1,774,000	3,719,000	5,943,000
1 ~ 2	73,600	427,000	519,000	446,000
3 ~ 4	22,100	110,000	176,000	286,000
5 ~ 6	26,300	19,000	81,000	100,000
7 ~ 10	23,800	9,000	78,000	87,000
計 (ベース)	161,000 (13,699)	2,339,000 (1,357)	4,572,000 (2,650)	6,911,000 (4,007)

資料：Bebbington and Tong, Table12 より作成

## (2) インフォーマル・ケアの実態

老人や障害者の世話を引き受けている人々に関しては、数々の調査<sup>11)</sup>が実施されてきた。そこで、インフォーマル・ケアの実態を、①家族による援助の実態、②ケアラー自身のニーズと援助、③家族援助の限界という3つの側面から捉えてみよう。

### ① 家族による援助の実態

これまでに家族ケアに関しては、多くの調査が行われているが、ここでは1988年に公表された「インフォーマル・ケアラー」<sup>12)</sup>の調査結果を用いて、現在のイギリスの家族ケアの実態を浮彫りにしてみよう。この調査は全国家計調査の実施の際に、病人や障害者および老人の世話をしている人々の実態を把握するための質問項目を含めて行われたものである。

これによると、イギリスでは7人に1人の割合で家

族ケアを引き受けている人がおり、世帯ごとにみれば、5世帯に1世帯の割合でケアラーがいることになる。全人口の4%が同居の家族のケアを、また人口の10%が別居の家族のケアをしている。全体で約600万人の「ケアラー」といわれる人々が存在し、そのうちの170万人が同居家族の世話をしていることになる。男女比をみると、女性が350万人、男性250万人である。

また、ケアラーの半数は75歳以上の老人(そのうちの3分の2は女性の高齢者)の世話をしており、ケアラーの年齢のピークは女性の45歳～65歳にあり、この年齢グループの女性の約4分の1の人々がインフォーマル・ケアを担当しているという結果が示されている。女性が、なかでも中高年の女性が主たる支援力となっていることが明らかである。

次に、これらのケアラーがどれ位の時間をかけて、どのようなケアをしているかについてであるが、同居の場合、45%のケアラーは1週につき少なくとも50時間世話をし、別居では、ケアラーの72%が週10時間以内となっている。

しかも長時間のケアを行っている人々の多くは、その他にも子どもの世話や有給の仕事に就いている場合が多く、ケアラー本人の健康状態が悪かったり、休息をとれないことが指摘されている。

ケアの内容については、「家事援助」(82%)「いつも目を離さないでいる」(72%)ことであり、老人をケアしている場合は、64%の人々は洗顔、着衣など身辺的ケアを行なっており、特にこの面での女性のケアラーの役割が

大きい。

また、家族内での他の成員による援助の有無についてみると、4分の1は本人のみがケアを担当し、とくにこの割合は配偶者を世話している場合に高くなる。同居の家族を世話している場合についてみれば、3分の2のケアラーは他の家族員の協力を得ている。別居では、半数のケアラーに協力者がある。

しかし一方で、社会的な援助についてみると事情は厳しい。家族ケアラーの半数のみが保健サービス、ソーシャルワーク・サービスあるいはボランティア・サービスによる定期的訪問を受けているだけであり、しかもこの割合はケアラーが同居の人々の世話をしている場合には3分の1に減少する。家族が同居している場合に必要な公的サービスが得られにくいという指摘は、他の調査からも明らかにされているところである。<sup>13)</sup>

ただ、ケアラーと言っても、その属性は様々であることから一概に論ずるには問題が残る。ケアラーの役割期待については一様でないからである。つまり、ケアラーと老人とのこれまでの人間関係の質や、接触の程度や同居期間の長さなどがケアの性質に影響を与えるからである。この点に関しては、「在宅痴呆性老人の援助者」<sup>14)</sup>の調査結果を引用してみよう。この調査は痴呆性老人を世話している家族のニーズ調査を目的としてNISW (National Institute of Social Work) が社会保障省の委託を受けて1979 - 1983年に実施した。このなかでケアラーの特性と援助提供の関連が明らかにされている。それによると、調査対象者の16%のみが同居年数が10年以内であり、多くは長年生活を共にしてきた配偶者あるいは長期間同居している娘や息子がケアラーであった。痴呆性老人のケアをしようという意欲は、従来共に生活してきたという生活パターンの中から生まれているものであり、さらには愛情と義務の絆で強化されていることが指摘されている。

また、Allen<sup>15)</sup>によると、ケアの内容によってはケアラーが娘や息子の場合には当惑を覚える仕事もあり、そのようなケアはむしろ専門家が行なう方が合理的であることなども言及している。

### ② ケアラー自身のニーズと援助

ケアラーの実態が明らかにされてくる中で、ケアラーに大きな負担やストレスがかかっており、ケアラー自身のニーズと援助に関心が払われるようになった。「クロスロード・ケア・アテンダント・スキーム」などのケアラーに休息を与えるための援助サービスが各地で行なわれるようになってきた。また一方で自助グループの活動も活発となり、そこでは同じ問題をもつケアラーが出会い、悩みを話し合いお互いに学び合う場ともなっている。

1984年に社会保障省は、インフォーマル・ケアラーの援助を目的として実施されている全国50のスキームを調査している。<sup>16)</sup>ノーフォークでは、フルタイムで世話している人が休息をとれるように、赤十字が中心となって、その間老人を世話する人々の登録システムを開発し、また、カルダーディルでは、保健局と社会サービス局合同で老人のフォースター・ケアを始めたことが紹介されている。こうした各地での実践例から、ケアラー自身がニーズをもち、かつ権利をもつことを認め、ケアラーの6つの権利と称している。その権利とは、a. ケアラー自身のための休息の時間をもつ権利、b. サービスを優先的に受ける権利、c. 政策決定に関して意見を求められかつ参加する権利、

d. ケアに関する訓練を受ける権利、e. カウンセリングを受ける権利、f. 本人および家族に最も適したサービス・モデルを選択する権利、である。さらに、保健ワーカーやソーシャルワーカーは地域でケアしているインフォーマル・ケアラーを発見し、援助を受けることのできる関係諸機関や団体にその存在を知らせる役割を果たすべきことが勧告されている。

こうしてケアラー自身のニーズへの関心の高まりとケアラー自身の権利の確認がなされるにつれて、ケアラーを対象とした出版物や老人の世話に関する出版物の量も増大し、しかも緊急かつ現実的な問題を抱えているケアラーが多いだけに、その内容への要求度も高まっている状況にある。

### ③ 家族援助の限界

老人のケアにおいて家族が重要な役割を果たしていることは確かであるが、しかし、家族の規模が小さくなるにつれて家族の介護能力は減少してきており、今後ともそうした傾向が続くことは否めない。David Eversley はこの点に関して次のような試算をしている。<sup>17)</sup>1980年現在で85歳と80歳の老夫婦についてみれば、彼らには平均で42人の女性の家族および親族が存在し、そのうちの14人は有給の仕事に就いていない。しかし、1980年現在で55歳の夫婦が2005年に80歳になった時を想定すれば、彼らには11人の女性の家族および親族があるが、そのうちの3人だけが有給の仕事に就いていないのみである。ますます家族介護にあたる人々の数が減少することが予測されている。

さらに、1984年のFPSC調査によれば、75歳以上の老人の数と彼らを介護する50 - 59歳の人口の割合をみると、1901年には1:2.77であったのが、1976年には1:1.18、1986年には1:0.86と介護する人が一人以下になってしまうことが示されている。すでに現実の問題として家族ケアを継続する困難さが明らかにされている。

こうした家族構造一般の変化に注目しておかねばならないことに加えて、イギリスにおいては人々の家族に対する考え方の変化の中で家族生活がより複雑化してきていることが介護問題を厳しいものとさせる。つまり、離婚が増え、一方で再婚も増えるという傾向にあって、新しい家族関係が生まれ、複雑かつ多様な関わりが生じてくる。こうした入り組んだ関係では、どの子どもが、どの親を世話するのかという問題にも対応しなくてはならないのである。

さらに、ケアラーが世話を続けたいという気持ちが

たとえあったとしても、その継続ができなくなるいくつかの問題も出てきている。世話している老人が攻撃的になったり、夜間徘徊してケアラーが睡眠をとれなくなったり、またその他の問題行動などの理由による。結局家族では世話できなくなって、施設への入所ということになる。老人が施設を利用する場合の理由として、ある調査<sup>18)</sup>では入所者の3分の2はケアラーが疲れてしまったり、また家事等他の仕事の負担が大きくなり、老人の世話ができなくなった結果入所したことが示されている。老人のケアにあたっては、家族と一緒に住み慣れた場所で生活を続ける権利を老人が有することと同時に、また、もう一方の世代も同様に権利をもつこと、つまり、ケアラー自身の健康を守ること、また自らの子どもへの様々な影響を無視してまでも老人の世話を続けるべきかという問題が存在する。現在、老人の世話については負担が女性にかかりすぎているゆえに、その役割を男性が分け持つようになることが望ましいが、しかし、今後もやはり、中高年の女性がその役割を担っていくと考えた方がより現実の姿に近いと思われる。

さらに、家族ケアの限界という問題に関連しては憂慮すべき事態が報告されている。家族が老人を世話することに関わっては、家計収入の減少、自由の減少、ストレスの増大、夫婦関係への影響、子どもの世話に費やす時間の減少、さらには同居の場合には公的援助サービスが受けにくいこと等々、家族の負担の大きさは指摘したとおりだが、こうした負担があまりに大きくなりすぎて、ある場合には老人は家族の中で無視されたり、さらには虐待されているケースも知られるようになった。ジャーナリスティックな表現ではあるが、「granny bashing」や「granny battering」と言われ、老人への様々な身体的虐待を表わす言葉として用いられている。老人の虐待は、老人を援助してきたソーシャルワーカーのMarryn Eastman<sup>19)</sup>によってその問題の存在が知らされたが、まだ十分な調査が行われているわけではない。しかし、あるソーシャルワーカーは「今度は老人のマリア・コウエルが必要なのか」<sup>20)</sup>と題して、1960年代初期からなかばにかけて児童の身に起こったことと同じ状況が、1980年代の老人に起こっているとし、家族内で虐待されている弱い立場の老人を緊急に保護すべきであるとしている。老人の救済はホームヘルプや地域看護婦など家族に最も近い場にいる人々が訪問して早期発見することに加えて、問題を未然に防ぐための介入のシステムづくりと、現に虐待されている老人の救済の方法に関わる法的手

続の確立が早急になされるべきと主張されている。

現在、家族ケアラーへの援助サービスとしては、ホームヘルプ・サービス以外にも、老人本人や家族に対するソーシャルワーカーの援助、老人のデイ・ケア、夜間や週末などの休息ケア (respite care) が存在するものの、ケアラーはより多くのサービスを必要とし、また利用にあたっては、より柔軟な形でサービスが利用できることを望んでいる。

「国家があまりに家族に負担をかけすぎると、家族は負担の重さに耐えきれなくなり、結局は豊かであるはずのケアラーとしての資源を侵食してしまうことになる」<sup>21)</sup>として、家族ケアに頼りすぎることへの批判がなされている。家族のケアの可能性と限界の見きわめなくしては、インフォーマル、ケアは機能しない。グリフィス報告では、再び家族、友人、隣人の重要性が強調され、公的サービスとしての第一の仕事はケアラーのネットワークの支援と強化にあることが明確にされていることから、実践のレベルの具体的展開が問われている。

### 3. ソーシャルワーク・サポート

地域生活をしている老人に対してソーシャルワーカーは重要な役割が果たせるはずであるが、現実問題としては、これまで老人に対するソーシャルワークにワーカー自身はあまり積極的であったとは言えず、彼らの仕事の中でも低いプライオリティしかおかれていない場合が多くみられた。1982年にソーシャルワーカーの役割および任務に関して検討を加えたパークレイ報告でも、老人が直面する諸問題のうちでソーシャルワークの援助が必要な問題について論じた後に、「老人が上述した諸問題にぶつかった時には、児童がソーシャルワークの援助を必要とするのと同様に老人もやはりソーシャルワークの援助を必要としているのである。ゆえに我々は、年齢によってソーシャルワークの援助に差があってはならないと考える。」<sup>22)</sup>として、その必要性を強調している。ソーシャルワーカーが老人のケアにおいてより貢献するにはワーカーの役割や働き方に变化が求められる。そこで次に、そうした要求の中でソーシャルワーカーが老人の援助において専門職として役割をどのように果たそうとしているのかについて最近の状況を追ってみることにしよう。

#### (1) 老人への援助

老人が福祉サービスを利用する時には、一般医、地域看護婦、訪問保健婦などの保健医療関係者を介してレファールされる場合が多く、本人からの申し出は少な

いと言われている。一般に老人は他の福祉サービス利用者グループと比べて、福祉サービスへの期待度そのものが低いとされていることがその一因かもしれない。また、Crosbie<sup>23)</sup>の指摘するように、自覚しているニード (felt need) と表出されるニード (expressed need) の間にギャップがみられることにも注意すべきである。ニードが表出されるためには、4つの段階があり、それは、a. 何かおかしいと感じる段階、b. その状況を改善するために何かしなければならないと判断する段階、c. 改善のために必要な知識を入手しようとする段階、d. 何らかの行動をとる決心をする段階である。しかし、老人の場合にはb→cに至る段階でつまづいてしまうことが問題として指摘されている。

ゆえに、明らかに援助を必要としているのに表出されないニードをいかに掘りおこすかが老人を援助する際に重要となってくる。現在行われている訪問保健婦らの日常的接触のなかからの問題発見の他にも、さらにTVなどのメディアや郵便物などを利用して、一般の老人にサービスの存在を広く知らせることも必要となってくる。しかし、これらの方法も、地域で孤独に暮らしている老人がこうした非人間的メッセージを受け入れるか否かで効果は異なる。

そこで、ここに全く新しい、従来とは異なる方法でのニード発見アプローチが各地で導入されている。24時間警報システムは、ハイランド・ヘルプコール (Highland Helpcall) を始めとして、サンダーランドなど各地で、主として住宅局のサービスとして既に実践段階に入っている。このシステム利用により、老人が病気やケガをした時、また緊急時にボタンひとつ押すだけでほんの数分のうちに援助者が駆けつけてくるので、安心して日々の生活ができる。新たな技術を導入することで、これまでとは全く別のアプローチにより、老人のもつニードにリーチすることができる。これまで、ややもすれば老人のサービス利用意欲を阻害していたレファラルの方法、デューティ・システム、評価の方法やケース会議など、伝統的ソーシャルワークの援助のあり方そのものへの問い直しの契機ともなっている。時代は、利用者の主体性のもとに必要な時に福祉サービスを利用するという、いわゆる、client - needs - services あるいは client - gets - services, という新たな段階に移ってきていると言える。

次に、老人のもつニードが発見された後に、このニードをいかに適切に評価し、かつ望ましいサービスを

提供するかが問題となる。多くの調査から、初期の評価が老人の受けるサービスを決定づけることが示されている。<sup>23)</sup>この評価は通常、ソーシャルワーカー、ホームヘルプ・オーガナイザー、作業療法士らが担当しているが、このうちで誰れが評価をするかに関する決定は、誰れがレファラーを受けたか、そして、レファラルを扱う組織構造によって異なる。すなわち、地域看護婦や一般医が治療的援助が必要だと判断すれば、作業療法士へ、また、ホームヘルプが必要な場合はホームヘルプ・オーガナイザーへ、そして施設入所やディ・ケアが必要な場合は、ソーシャルワーカーのもとへ送られてくる。しかもレファラーしてくる当人が社会サービス局がどれほどのサービスを用意しているかについて有している個人的知識にかなり左右されており、このレファラーする人の知識そのものの信頼性お及び適確性にも個人差があることが問題となる。

以上のように、ニード評価における問題点は必要な情報が十分ないままに評価されるゆえにその質が低いことに加えて、評価を行う個人の専門性によって老人の受けるサービスが決定される場合が多い点である。つまり、ホームヘルプ・オーガナイザーが評価すれば、老人にそのサービスが必要か否かにかかわらず、ホームヘルプ・サービスを提供する傾向がみられることが指摘されている。<sup>24)</sup>さらに、専門職ごとの評価についてみれば、ホームヘルプ・オーガナイザーや作業療法士が評価した場合に比べて、ソーシャルワーカーが評価した場合は個人差が大きく、ソーシャルワーカーの評価を一般化して論じる困難性も指摘されている。<sup>25)</sup>このような同じ専門職内での評価のバラツキおよび、専門職間の連携の困難性が適切なサービスを届ける障害となってきたのである。

しかし、各地での実践のなかではより適切なサービスを届けるための工夫がなされつつある。ゲイツヘッド・コミュニティ・ヘルスケア・スキームは<sup>26)</sup>、地域での生活を望む虚弱老人を対象としたサービス提供にあたって、ひとりひとりの老人のニーズを明らかにし、それに応えることを目的として開始された。ホームヘルプを何時間受ける資格があるとか、給食サービスが何食受けられるかを計算することだけが問題ではない。専門家が判断して最も必要だと考えることからよりも、むしろ老人自身が何を欲しているかという本人の選択を重視して援助を開始することの特徴としていた。こうして本人の希望する援助から始めて、インフォーマル・ケアラーの貢献を十分に生かしつつ、キ・ワーカーが6～8週間かけてケア・パッケージを修正し、個

々人に適した援助サービスをつくりあげていく手法を用いた。

このケア・パッケージを届けることを目的としたケース・マネジメントがイギリスで初めて用いられたのは、このゲイツヘッドとケントのコミュニティ・ケア・スキーム<sup>27)</sup>と言われる。キー・ワーカーであるケース・マネジャーは、a. ニーズ評価を行い、b. 機関の境界を越えて適切なサービスの利用を確保する。しかも予算使用できるので、通常のサービスでは生じてくるギャップを埋めるためのエキストラ・サービスの購入が可能である。とりわけ、予算執行を個々のソーシャルワーカーレベルに降したことにより、担当ワーカーがサービス費用について考慮し、コストダウンを図ることに成功したことが報告されている。さらに老人本人にとっても、施設入所を少なくし、地域での生活を楽しみ、不安も少なくなったこと、ケアラーの負担も軽減されたこと等が報告されている。このソーシャルワーカーのサービス購入に必要なマネジメント・スキルに関しては、グリフィス報告のなかでも今後のワーカーの実践において重要な技術とされているが、ソーシャルワーカーの役割の変化については現在活発な議論が続けられており、今後の展開に注目する必要がある。

## (2) ケアリング・ネットワーク形成の援助

次にソーシャルワーカーに求められている役割は、地域でケアリング・ネットワークを形成し、維持させていく上での専門的援助者としての役割にある。とりわけ、インフォーマル・ケアラーに対して、強力に支援することへの期待がますます高まっている。

前述の「在宅痴呆性老人の援助者」調査結果から引き出されたガイドラインのなかに、ソーシャルワーカーが老人本人や家族が利用できるサービスに関して適切な情報を提供することが示されている。情報提供そのものは、初歩的サービスではあるが、家族は援助サービスそのものの存在すら知らない場合が多いことが調査から明らかにされている。また、ケアラーは老人の世話をしている事実を表出する機会を求めており、そのケアラーの貢献を認め、何か問題が生じた時には助言をするという役割をソーシャルワーカーが果たすることができる。また、ケアラーは同じ問題に対応している他の家族と出会い、話のできる場を設けることも調整役としてのワーカーに期待されている。家族同士を結びつけ、相互に有効な情報を交換し、悩みを分かち合い、介護方法を比較し学び合う場ともなりうる。

既に、個々の老人への援助において公私のケアと援

助の計画・実践ではネットワーク・ミーティング<sup>28)</sup>が導入されつつある。老人を援助する有給および無給の人々―地域看護婦、ホームヘルプ、作業療法士、ソーシャル・ワーカー、老人の家族や隣人、ケア・テイカー（ボランティア）、そして老人本人が定期的に老人の家でミーティングを開いて、老人に最も適したケア・プランを計画し、その後3ヶ月ごとに検討するものである。この時、ケースワーカーがキー・パーソンとして会を進行させ、公私それぞれのケアラーの可能性と限界性を明らかにしつつ、ケアの仕事を専門職―非専門職間で分担する。この場ではケアに関わる人々間のコミュニケーション・バリアがとり除かれ、よりスムーズなケアが期待される。また、同時に、ネットワーク・ミーティングには、ケアを受ける老人本人も同席し、考えを述べられることから、老人の選択の権利が確保される。自らの生活をコントロールすることに重点がおかれ、ひとりひとりの個別的ニーズにみあう柔軟なサービスの提供が目的とされている。

## (3) 自立した生活への支援

老人のためのソーシャルケアに関わる専門職として、最も重要なのはソーシャルワーカー自身が老人の地域での自立した生活を可能とすることを目的として、サービス提供するという自覚にある。と言うのは、老人は、とくに高齢になるにつれて福祉サービスを利用する人々の中でも不利な立場におかれ、経済的にも環境的にも、また人間関係的にも貧しい場合が多く、老人が表出するニーズは基礎的ニーズに集中し、食物、住宅、衛生、そして安全などの物質的ニーズをみたすことや、身体的機能の衰えに対するサービスを提供することが優先されがちである。その時、老人を尊厳をもつ一人の自立した個人として尊重することが忘れられがちとなる。しかし、必要なサービスを決定するに際しては、たとえば給食サービスひとつをとっても本人が食事づくりがどれ位できるか、あるいはしたいと思っているかを考慮したり、また、ホームヘルプについても、本人がどれ程度家事ができるかについて考慮する必要がある。

さらに、痴呆がみられる老人についても、本人が地域での生活を望む限り、その意志を尊重しつつ、サービス提供者は選択の幅を広く用意し、いかにすれば、可能な限り自立した生活のための専門的援助ができるかが問われるようになってきている。痴呆性老人に対するソーシャルワークは社会的問題、倫理的問題、さらには法的問題が複雑に絡み合い、最もソーシャルワーカーの援助を必要としている領域であるにもかかわらず

わらず、まだまだこの仕事への評価は十分とは言えないが、ようやく、地域に生活する痴呆性老人の高齢化が進み、これらの老人へのソーシャルワーク援助が欠かせぬものとなりつつある現在、専門家の関心も高まってきた。

1987年のイギリス・ソーシャルワーカー協会の老人問題会議<sup>29)</sup>においても、深刻化する痴呆性老人の問題がとりあげられ、法的側面からの検討が加えられた。そこでは、いかにすれば老人の福祉の権利が守れるのが、また危機的状況に陥った時にはいかにすれば専門家としての保護が提供できるのかが議論の中心となった。さらに、老人の消費者側からの意見として、エイジ・コンサーン〔Age Concern (National Old people's Welfare Council)〕は以下の点を強調している。つまり、痴呆性老人の多くは障害をもちつつも、ある程度の精神的判断ができる人々が大多数を占め、こうした人々が医療を受けることを拒否することが認められるのと同じ様に、ソーシャルワーカーの介入を拒否する権利をもつことを主張している。それは、老人は確かにリスクをもちつつ生活しているが、しかし自らの生活のあり様を決定する時に選択する権利をもち、また自らが選びとったリスクの結果についても責任を引き受ける一人の成人として対応されるべきであり、これに対して、ソーシャルワーカーは適切な時期の援助および保護の提供と、一方で老人の市民としての権利の侵害についてのバランスを考慮すべきであるからである。<sup>30)</sup>

このような状況のもとで、最も援助の困難な痴呆性老人のためのソーシャルワーク・ガイドライン<sup>31)</sup>が必要とされていたが、つい最近、イギリス・ソーシャルワーカー協会から出版された。この中で、老人は個人として尊重され、自らの生活をコントロールする権利をもつこと、さらにケアラーの貢献を認めること、ケアラーの自由を確保することの重要性が言及され、老

人およびケアラーに対するソーシャルワーク援助技術について考察が加えられた。法律問題および経済的問題についてはさらなる考察が必要とされるが、ソーシャルワーカーが地域で自立した生活を望む老人のためのサービス提供者として、鋭い感性をもってニーズを受けとめ、より効果的な実践を積み上げていくなから、ソーシャルワーカー固有の果たすべき役割がさらに明確にされていくものと思われる。

#### 4. 統合的ケアの達成へむけて

以上、老人の地域での生活を支えるための公私のサポート・サービスに関して、ホームヘルプ・サービス、家族を中心とするインフォーマル・ケア、さらにソーシャルワーク援助に関して最近の動きを明らかにした。従来のイギリスでの議論の展開は、それぞれの援助機能について個々バラバラに扱われることが多くみられ、現在でも、現場においては、ソーシャルワーカーとホームヘルプ・オーガナイザーは相互補完的役割を果たしていても、すべての場で相方の緊密な対話が十分なされているとは言えず、不安定な関係にあると言えよう。また、社会福祉サービス機関と他の関係諸機関の専門職間の関係においても、同様のことが指摘されうる。

地域での老人の生活の質を高めることが第一の目的とされるならば、それぞれのサービス提供者は、いかにすればそのことが可能かを各自の確固たる専門性の上にたった実践のなかで追求し、さらに相互の協力のもとにケアリング・ネットワークを形成し機能させる責任を負っている。さらに、地域において家族を中心とするインフォーマル・ケアを強化し、公私のサポートのネットワークづくりに関しては、専門職間の協働以上に困難な問題を含んでいるが、今後もイギリス各地で多様な実践がみられるものと思われる。統合的なケア達成へむけての今後の展開に注目したい。

#### 引用文献

- 1) Hey, A. (1988), The organisation of service delivery (2), Brunel University, (unpublished).
- 2) Hedley, R. and Norman, A., (1982), Home Help: key issues in service provision, CPA, p. 11.
- 3) Bebbington, A. and Tong, M. (1986), 'Trends and changes in old people's home provision over twenty years', in Judge, K. and Sinclair, I.A.C. (eds), Residential care for elderly people: research contributions to policy and practice, HMSO.
- 4) 'Multi-skilled cares in the community'; 4. August 1988. *Social work today*, pp13-15
- 5) Lotto, S. (1982), The Coventry home help project, Coventry Social Services Department.
- 6) Goldberg, E.M. and Connelly, N. (1982), The effectiveness of social care for the elderly, Heinemann, London.
- 7) Community care: Agenda for action, (1988), HMSO.

- 8) *ibid*, para. 8. 4.
- 9) Dexter, M. and Herbert, W. 'Home is where the help is needed', 21 May 1984, *Social work today*, pp. 13-15.
- 10) 'Patch meeting solves home care problems', 4 August 1988, *Social work today*, p. 12.
- 11) Tinker, A. (1986), *The elderly in modern society*, Longman, p. 130
- 12) *Informal carers*, (1988), HMSO.
- 13) Neil, J. E. Sinclair, I. A. C. Goabach, P. and Williams, J. (1988), *A need for care: a study of elderly applications for local authority residential care*, Gower.
- 14) Levin, E. Sinclair, I. and Borbach, P. (1983), *The supporters of confused elderly persons at home*, National Institute for Social Work Reserch Unit.
- 15) *Elderly people in the community*, op. cit., paper by Allen, I. DHSS.
- 16) *Fifty styles of caring*, (1984), DHSS.
- 17) Eversley, D. (1982), 'Some new aspects of ageing in Britain', in Hareven, T. K. and Adams, K. J. (eds.) *Ageing and life course transitions: an interdisciplinaty perspective*, Gildford Press, pp. 255 - 7.
- 18) Mitchell, S. J. F. and Eawicker, J. (1982), *Getting people placed*, London Borough of Hammersmith and Fulham.
- 19) Eastman, M. (1984), *Old age abuse*, Age Concern.
- 20) Roberts, P. 'An elderly Maria Cowell needed', 12 October 1987, *Social work today*.
- 21) Rapoport, R. and Rapoport, R., (1982), *Families in Britain*, Routlege and Kagan Paul, P. 491.
- 22) National Institute for Social Work, (1982), *Socail workers: their roles and tasks*, (Barklay Report), Bedford Square Press, p. 47.
- 23) Crosbie, D. 'A role for anyone? A description of social work with elderly in two ares offices', *British Journal of Social Work*, 13, 2 April 1983, pp. 123 - 147.
- 24) Grampian Social Work Department, (1980), *A study of the refferal of elderly clients in Aberdeen city*, Aberdeen city, Aberdeen Social Work Department.
- 25) DHSS Social Service Teams, (1978), *The practioners view*.
- 26) 'Care scheme that fits individual client's need', 9 June 1986, *Social work today*.
- 27) Davies, B. and Challis, D. (1986), *Matching resources to needs in community care*, Gower.
- 28) 'Rasing standards with network meetings', 17 March 1988, *Social Work today*.
- 29) 'Ageism rife in social seivices claims director', 14 December 1987, *Social work today*, p. 10.
- 30) 'Ethical problems of caring for frail elderly people', 14 December 1987, *Social work today*. p. 10.
- 31) Marshall, M. (1988), *Guidlines for socail workers working with people with dementia and their carers*, BASW.

昭和 63 年 11 月 30 日受付  
平成元年 3 月 16 日受理