HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	イギリスにおけるコミュニティ・ケアの展開と職員の専門性
Author(s)	宮崎, 隆志
Citation	社会教育研究, 18, 1-13
Issue Date	1999-03
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/28522
Type	departmental bulletin paper
File Information	18_P1-13.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

イギリスにおけるコミュニティ・ケアの展開と職員の専門性

宮　崎　隆　志

はじめに

本誌前号では，対人社会サービスとしての地域関連労働の形態や水準を規定する要因を，大衆社会統合の担い手としての福祉国家の諸類型とその再編過程に即して検討した。そこで得られた結論は，一方では現代帝国主義の下で進行する消費者市民化に対応して，地域関連労働の内容や形態も変化していること，他方では，そのこと自体が市民社会と国家の間に新たな矛盾を引き起こし，市民社会内部で必然的に生じる協同・協働によって，逆に地域関連労働のありかたが規定される可能性もあることであった。

以上の検討を前提にして，小論ではイギリスのコミュニティ・ケアを対象としながら，地域関連労働の再編が引き起こした矛盾とその解決形態について検討したい。以下では，新自由主義的なコミュニティ・ケアの再編がどのように進んだのかを確認した後に，福祉領域における「混合経済」化の提起する論点，およびそれとかかわって展開する職員の専門性の見直しと今後の展望について若干の検討を行なう。

かかる対象を設定するのは，一つにはそれが左右からの福祉国家批判が展開された具体的な対象であり，サッチャー政権の下で理念のみならず実践過程にまで批判と再編が及んだことがある。また，以下で見るように，そこでは対人社会サービスの内容および供給体制をめぐって，既にさまざまな提案がなされており，前号等で提起している地域関連労働の新たな発展の可能性を見出だす上で，学ぶべき点が多いように思われることも，対象設定の理由である。

なお，この課題はアルスター大学マギー校との共同研究として遂行されている北アイルランドと北海道の社会教育実践に関する比較研究の一環として取り組んでいるものであるが，調査・分析はまだ途上であり，本稿は北アイルランドの実践との比較検討を行なうための，言わば前段的な作業に留まることを予めお断わりしておかねばならない。したがって，ここではむしろ，比較研究によって解明すべき具体的な問題を析出することが主要な課題とならざるを得ず，北アイルランドの状況についても補足的に述べるに留まっている。

1　コミュニティ・ケア政策の論理

(1)　コミュニティ・ケア政策の論理構造

コミュニティ・ケアを施設収容主義に対する批判として理解するならば(1)，そうした方向性はイギリスでは1940年代末から追求されてきたと言われており(2)，その後1960年代に入るといくつかの法制化も進展している。しかし，その政策目標の曖昧さや戦略プランの欠如のために，一方では家族，特に女性親族に代表されるインフォーマルな介護者にかかる負担が増大し，他方では地方自治体の財政的な制約が顕著になったのが実態であるという(3)。

サッチャー政権によるコミュニティ・ケアの改革はこうした中で遂行されたが，それは「コミュニティにおけるケア」から「コミュニティによるケア」への改革と象徴的に語られるように，従来のコミュニティ・ケア概念の大きな変更を迫るものであった。その詳細は先の注記文献に委ねることとし，ここでは1989年に刊行されたコミュニティ・ケア白書『人々のためのケア』，および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」の論理構造のみを確認しておこう。

第一に，福祉領域における「混合経済」の制度化がある。その意味は言うまでもなく，公的な財政運営と民間部門の経済（営利）活動を一体化することにあるが，そこでは民間部門にはサービス供給者として，公的部門（具体的には自治体）にはサービス購入者としての位置づけが各々与えられる。端的に言えば民営化であるが，自治体の役割を「混合経済」全体の管理者として位置づけることによって，民営化に伴う責任放棄という批判を回避することが図られている。具体的には，「混合経済」の運営原則を定める計画策定，規模を確定するためのアセスメント，サービス供給の質を保障するための契約モニタリング，不服申し立て制度や監査指導（対象は居住型福祉施設およびナーシング・ホーム）による利用者の権利擁護等が自治体の責任とされている。

第二に，市場原理に基づく管理運営である。これは，以上の論理的な前提とも言えるが，例えば上述の自治体の責任とされるものは，換言すれば消費者行政における消費者保護責任と同一である。アセスメント等の自治体の責任は，一見すると，サービス利用者の社会的権利を保障する義務に基づくもののようであるが，ここに見られる対処の方法は利用者を消費者に置換し，その市民的権利を保障するというものでしかない。公正な市場運営を管理する責任という点では，金融市場であろうと福祉市場であろうと共通の論理が貫徹するといったほうが事態ははるかに明瞭になる。

第三には，これも内容的には既述されているが，以上の供給体制および権利義務関係の正当性を支える消費者主義である。利用者は消費者として以上のシステムに参画することになるが，その限りで「自由な選択」や「柔軟な対応」を享受しうるとされる。前者は消費者の自己決定権を尊重するものであるし，後者は画一化された制度に個人を当てはめるのではなく，個人中心にサービスが編成されることを保障するものである，ということになろう。もちろん，全体計画にも消費者の声

は反映されることが必要であるから，その限りで「参加」も強調される。「消費者のエンパワメント」を図るものといっても，あながち間違いとは言えない。

消費者主義が消費者の主権の尊重を主張するとすれば，それは以上の「混合経済」の論理およびそれに基づく実際のシステムが「民主的」であるか否かを判断する有力な尺度になり，またその限りでそれを正当化する根拠になると言えよう。

(2) 北アイルランドにおける展開

イギリス全体では以上の改革が進展しているが，北アイルランドでは多少事情が異なっている。今回の改革がもつインプリケーションの検討に移る前に，その点を補足的に確認しておきたい。

1989年白書および1990年国民健康保健法は，北アイルランドを対象としていない。国民健康保健については，北アイルランド国民健康保健法が1948年に制定されており，イギリス本土とは若干異なった制度環境下にある。とはいえ，実態としてはサッチャー政権による改革の波は確実に押し寄せている。現在の段階で確認できている点および検討課題を以下に列挙しておこう(4)。

北アイルランドの国民保健サービスの担い手は，地方自治体ではなく4地区の保健・社会サービス部（Health and Social Board）である。これはプロテスタントとカソリックの対立に関わる政治的バイアスを回避するためでもあるが，同時に「規模の経済」の創出をめざした合理化である点も無視できない。また，1990年の改革以前から，保健・社会サービス部はサービス機関の専門化や統合等のコスト削減を進めており，この点からすればコミュニティ・ケアも含めた保健・福祉サービスに対する財政的側面からの圧力はイギリス本土よりも相対的に低かったと言える。

にもかかわらず，結局は北アイルランドにおいても，本土同様の合理化，すなわち国民健康保健法の見直し，それに基づく民営化が貫徹させられている。その過程では民営化に対する労働組合の反対やそれに支えられた保健・社会サービス部レベルの抵抗もあったが，それらは民営化の速度を遅らせたにすぎず，むしろ中央政府や保健・社会サービス局（DHSS: Department of Health and Social Services）を通じた集権的コントロールが決定的な影響を及ぼした(5)。

このような状況を前提にすると，北アイルランドの実践の評価に関しては，いくつかの留意すべき点があるように思われる。第一に基礎自治体の権限の弱さが及ぼす影響をどう評価すべきかという問題がある。例えば，「混合経済」の管理者は4つの保健・社会サービス部になるが，その改組の過程では地区委員会連盟（Association of District Commitees）が廃止されている。このような合理化が進展する一因に基礎自治体の制度的な位置づけの低さがあるようにも思われるが，コミュニティ・ケアとの関連では政策（計画）決定における住民参加が十分に保障されていないことも危惧される。その実態については，本土との比較が必要であろう。

その一方で，北アイルランドではコミュニティに基礎を置く各種プロジェクトが盛んであることも事実である(6)。この点からすると，政策実施過程への住民参加はむしろ進んでいることも予想され

る。しかし，プロジェクトはそもそも短期的であり，その後の組織化は必ずしも安定的とは言えない。特にEUからの資金が途絶える1999年以後は，プロジェクトの重要な担い手であるコミュニティ・オーガニゼーションの存続自体が危ぶまれる状況にある。そうなると，住民参加といっても実質的な意味は消滅してしまいかねない。また，プロジェクト依存，つまり補助金依存のコミュニティ・オーガニゼーションの運営は，コミュニティ・ケアの対象を補助対象，具体的には女性・高齢者・児童虐待等に分断し特定することにつながる点も危惧される。包括性をもったサービスを提供するためには，地域に対する包括的な責任を有する自治体の何らかの関与が不可欠であろう(7)。

第二に，イギリス本土の政治動向との緊張関係である。第一の点にもかかわらず，北アイルランドにおけるコミュニティに基礎を置く実践は，地域社会に対する責任についての新たな価値意識を生じさせていることが予想される。後述の公共性の理解ともかかわるが，消費者市民に基礎を置く正当化論理に対する批判は，その適用が最も困難であるが故に消費者市民よりは地域社会そのものの発展を追求せざるを得ない北アイルランドから発せられる可能性がある。民営化過程に見られた北アイルランドと本土との対立は，このような内実を含むようにも思われる。

2　福祉ミックスの意味するもの

(1)　市場経済原理の虚構性

福祉領域における混合経済化については，既にいくつかの批判が提出されている。まず，それらを簡単に確認しておこう。

第一は，消費者の自由な選択なるものが，現実には実行困難である点である。ウォーカーは，さまざまな困難を抱えたサービス利用者が提供されるサービスを比較衡量する余地は限られていること，より利潤の多く期待できる対象者にはより多くの選択の機会が提供されるが，それは実際の生活上のニーズに応じたサービスの分配を歪めることなどを指摘している。あるいは，一般の市場と異なり，サービス消費者は不満であっても市場から退出することができないにもかかわらず，供給者側は経営上の理由で移動し，場合によっては退出することも可能であることも指摘している。供給者サイドでの競争が，小規模生産者を市場から排除し，消費者の選択の幅を狭めることも含めて，消費者は自由な選択を行なえる主体とはなり得ないことを，これらの指摘から確認できる(8)。

そのことは同時に，福祉ミックスにおける力の分布が不均等であり，利用者は消費者である限り，疎外された存在でしかないことを物語っている。ウォーカーは，エンパワメントの具体的な提案が欠如していると批判しているが，「消費者」を前提にしたエンパワメントは，既に福祉ミックスのシステムに含まれているのであり，この批判は「消費者」たる規定を廃棄することによってのみ徹底すると言ったほうがよい。

第二に，「混合経済」における力の不均衡は，供給者と消費者との間のみならず，全体の管理者た

る公的部門との関係においても見られることがある。実際にどのようなケアが行なわれるのか，つまり「ケア・パッケージ」の内容は，主としてケア・マネージャーを中心に決められる。もちろん，決定にあたっては事前にアセスメントが行なわれるし，提供される内容に関するモニタリングも行なわれるものの，消費者はケア・マネージャーを経由することなしに「混合経済」を享受できないという意味では，彼らの権限は強大である。ウォーカーは，ケア・マネージャーの査定と推薦のない者は施設ケアの公的資金を受けることができない点などを例示しながら，結局，このシステムは個人の選択の幅と利用者の影響力を制限する一方で，官庁の専門家の権限を強化すると批判している。

もっともケア・マネージャーは，その立場故に権限をもつと短絡することはできない。Shardlowたちは，ケア・マネジメントの方法は1970年代後半に，公的サービスに利用者を当てはめる従来の方法に対する批判として成立したことを指摘している(9)。すなわち，アクション・リサーチ・プロジェクトを通して開発されたこの方法は，ケア・マネージャーに予算管理権が付与されたことにより，ソーシャル・ワーカー（＝ケア・マネージャー）に対し，制度的な枠を超えてより利用者中心の自由なサポート・パッケージを提供することを可能にしたという。そして，1990年代の改革は，ある意味ではこの実践枠を論理的に拡張したものともみなし得るとの指摘を踏まえると，ケア・マネージャーへの力の集中は，それだけで批判されるべきものではないと言えよう。

しかし，その上で彼らが危惧するのは，民間営利産業を中心とする競争的外部市場の発展およびそれらとの契約制度に信頼が寄せられることによって，ケア・マネージメントの内容が歪められる点である。「混合経済」の中に位置づけられることによって，ケア・マネージメントはユーザー中心主義を貫徹できず，むしろ専門的管理として自立することへの危惧と言って良い。

第三に，「効率性」の向上に対する疑問が提示されている。競争に打ち勝つための継続的で積極的な投資は，「混合経済」の担い手たる民間産業にとっても不可避であるが，固定投資や広告費用も含めて，それらは必然的に過剰化する(10)。

また，そのような競争環境の下では，「最新技術」の導入が集客力を規定すると思われがちであるために(特に医療分野)，そうした傾向はますます助長されるであろう。たとえ，それが省力技術であったとしても，ここに見られるのは，利用者にとって「最適な技術」からかけ離れて展開する投資であり(11)，市場原理に即しても非効率であると同時に，利用者中心原理からしても非効率であることは避けられまい。

(2) 地域介護構造とインフォーマル・ケアの位置

以上の批判の要点は，次の2点であろう。第一に，福祉領域における「混合経済」は，自由で平等な諸主体から構成されるのではなく，むしろその内部に構造的な力の不均衡を含み，かつ再生産する性格をもつことである。その意味では消費者主義は，利用者のエンパワメントというよりは排

除の論理を含むのであるが[12]，にもかかわらずそれを「市場の論理」によって合理的に隠蔽するシステムを導く論理でもある。第二に，それはまた専門家による新たな管理システムでもあるが，その管理権限・規制力は，「混合経済」における不均衡な力関係に根拠を持っている。より具体的には，競争力のある民間営利産業の市場支配力が専門家の権力を支え，強化していると言ってもよい。

以上の2点は，同時に次のような構造問題が存在することをも提起している。福祉ミックスとは，換言すれば，家族が主として担っていた介護を様々に社会化し，その相互の関連を調整することである。社会化という場合，国家による社会化と資本による社会化，および協同的な社会化の3形態を区別せねばならないが[13]，1990年代の改革はその内の資本による社会化形態に主導的地位を与えることを意図した構造再編であった。しかし，社会化した側は社会化された側の機能をすべて代替するのではない。対人社会サービスの場合は，それは明白であろう。家族等によるインフォーマル・ケアが公的あるいは資本による社会化によって，完全に置き換えられるのではなく，むしろインフォーマル・ケアとフォーマル・ケア（民間営利産業も担い手の一つ）が有機的な関係を持つようになることが，社会化の意味することである。したがって，そこではその関係自体の評価，あるいは個別的形態と社会化諸形態との関連構造（以下では，さしあたり地域介護構造と呼ぶ）が重要な問題領域を構成する。

そのような関心から福祉ミックスを見なおすと，かかる地域介護構造を実質的に規定しているのは民間営利産業であったから，そこでは社会化形態のほうが逆に個別的形態すなわち利用者たるインフォーマルな介護者と被介護者に対する規定性を有することになる。社会的に提供されるべき「標準」サービスが確定されることによって，同時に個別的に担うべき介護機能が社会的に確定されると言い換えてもよい。福祉ミックスが意味することは，まず第一に，地域介護構造の内部に自立的な性格をもった資本がビルトインされ，そのことによって構造全体の水準や機能が規定されるようになったことである。第二に，そうした地域介護構造によって「正常な」（「標準的な」）個別的・インフォーマルな介護の形態が措定されることがある。そこから消費者主義に加えて，家族主義イデオロギーも再生産されるし，あるいは残余的な福祉国家像も普及する。そうしたイデオロギーもまた，インフォーマルな領域や実践のありかたを規定するであろう。

しかし，他方ではサービス利用者の協同的な組織化・社会化も同時に進展し，それが地域介護構造に大きな影響を及ぼす点にも注意が払われねばならない。「障害をもつ人々の（による）セルフヘルプ・グループ」はその代表例であろう。提供されるサービスへの疑問や不満，不公正さの意識化等を動機として結成された利用者自身のグループや組織は，1980年代から90年代にかけて急増している。もちろん，それ以前からも「障害をもつ人々のための組織」はあったが，組織化の主体が障害をもつ人々自身であることによって，80年代以後の動向は区別されている。これらの組織は，すでに全国的組織をもち，一部ではヨーロッパ・レベルの組織化も進展しているという[14]。そこでは，出会いの場をつくり，問題を分かち合うことから始まり，セルフ・アドボカシー（自ら意見を

主張できるような援助）や市民アドボカシー（他者による代弁）はもちろん，コミュニティ・ケアの計画立案・実行・評価への関与もなされている。

このような新たな社会化が，先の地域介護構造に与える影響は無視できない。とりわけ自治体専門職の間では，一部の反発を含みながらも，このようなグループとの連携を模索する動向が生まれている。そこでは，すでに地域介護構造の文化的･イデオロギー的側面や職員の専門性の問い直し，あるいは意志決定から排除されてきた人々の参加を可能にするような援助・エンパワメントの方法の開発が不可欠であるとされているという(15)。いわば地域介護構造の総体的な批判なしには，連携自体も成立しない局面が明らかになっているのも，現在の到達点であると言ってよいであろう。

とはいえ，そのような連携をめざした取り組みは簡単には進まない。Barnes は，専門職と障害をもつ人々とのコミュニケーションが困難である理由について，自らのニードを語ることに慣れていないサービス利用者と効果的に対話する技術を専門職の側がもっていないことや利用者自身によるケア・マネジメントが成り立つとすると，自らの技術的基礎が侵食されるという危惧を専門職が抱くことをあげている(16)。それらも理由たりうるであろうが，より根源的な問題は，制度化された地域介護構造においては，ケア・マネージャーとしての専門職が実践から相対的に乖離していることにあるように思われる。サービス提供は既に民間事業者に委ねられている以上，専門職と利用者の間には既に媒介者が存在するのであり，実践的な知識はむしろこの媒介者に蓄積される。Barnes の指摘するような理由は，こうした構造があるが故に生じたと言えるのではなかろうか。

この点では，もう一つの媒介者たるインフォーマルな介護者の役割に注目せねばならない。Barnes によると利用者参加をめざしたいくつかのプロジェクトは，結局，利用者本人よりもその（家族）介護者の参加に焦点を合わせているという。公的な管理者と（家族）介護者との間には信頼関係も相対的に生まれやすいとの指摘もなされているが，仮にそうした指摘が一般的に成り立つとすれば，それはインフォーマルな介護者の日常的な実践に支えられた情報や知識に，専門職の側が学ぶという関係が存在するからであるように思われる。

その意味では，インフォーマルな介護者は，地域介護構造を規定する主体(17)としての位置を占める可能性をもっているにもかかわらず，先に見たように，現実には資本による社会化形態が主導的な位置を占め，インフォーマル介護者には消費者としての副次的な位置しか与えられていない。これらの介護者の客観的な役割を正当に評価すれば，利用者のエンパワメントとともに介護者のエンパワメントが課題となるはずであり，具体的には介護者の組織化による協同的な社会化を援助することが必要となろう。この新たな社会化形態の出現によって(18)，地域の介護構造そのものの変革も見通せるように思われる。

3　地域介護構造の再編と職員の専門性

(1)　コミュニティ・ケア担当職員の専門性

コミュニティ・ケアをめぐっては，以上のような改革が進展しているが，それに応じて専門職員に求められる力量の内実も変化するはずである。この主題に関する研究成果のサーベイは，残念ながらこれからの課題とせざるを得ない。ここではコミュニティ・ケアに関連して提起されてきたいくつかの論点を確認しておこう。

第一に，制度的な位置づけとの関連では，1968年に提出されたシーボーム報告が重要である。この報告では，それまでの専門分化した対人社会サービスを統合し，新たに社会サービス部を創設することが提起された。そこに属するソーシャルワーカーは「ジェネリックなワーカー」と言われるように，包括的な専門性をもつべきであるとされた。後に社会サービス部はコミュニティ・ケアを主担することになるが，その意味ではコミュニティ・ケア改革の前提の一つはこのようなソーシャルワーカーである。

ところが，先に見たように，コミュニティ・ケア改革においてはケア・マネージャーという新たな職員が配置されるようになった。Shardlowらによると，自治体の側ではその職にソーシャルワーカーよりは「低い」資格取得者を配置している場合が多く（特に高齢者介護に関してはソーシャルワーカーはほとんど雇用されないという），またソーシャルワーカーの側でも，それは自分たちの本来の仕事ではないという意識が強く，回避志向が生ずる可能性もあるという。彼らはこの事態を憂慮し，抑圧についてあまり理解せずエンパワメントにもあまり関与しない他者に，その役割を委ねることの危険性を主張している(19)。この点については，次にみるような職場内の諸専門職の連携の実態も踏まえた評価が必要であろう。

第二に，コミュニティ・ケア改革に先行する実践として，コミュニティ・ソーシャルワークの経験をあげておかねばならない。これは「コミュニティとともにあるソーシャルワーク」と呼ばれているが，1982年のバークレイ報告では次のように特徴づけられている。「コミュニティ・ソーシャルワークとは公式的なソーシャルワークの技法であり，個人やグループに影響を与えているさまざまな問題，さらに社会サービス部や民間団体の責務と資源という点から出発し，われわれがコミュニティの基本的構成要素と考えているフォーマル，インフォーマルな地域ネットワーク，さらにはクライエント集団の重要性を開発，援助，資源化さらに強化しようとするものである」(20)。

このような提起は，社会サービス部にソーシャルワーカーが統合されたにもかかわらず，依然としてクライエント個人との関係においてのみ進められる実践が多かったことへの批判としてなされている。したがって個人よりもコミュニティ，自助よりは相互扶助を価値的に重視することが強調され，組織的には社会サービス部以外の個人や機関も含めた協働体制が強調されている。そのチームは地域によりさまざまな編成をとっているが，いずれにおいても非ソーシャルワーク的技術の価

値（例えばホームヘルパー）も承認しながら各々のメンバーははチームの一員として自分の仕事を見定めている。

そこで重視される専門性は，まずグループワーク，コミュニティワークの技術であるが，それにとどまらず協働を組織する力量が専門性として理解されていることが特徴的である。第一はチーム内の協働を組織する力量で，コア専門性と呼ばれている。第二は対象地域で展開するネットワークを基盤にした専門性で，ネットワーク専門性と呼ばれている。これはインフォーマルな（介護）実践に着目し，そのネットワークを発展させる力量をも含んでいると見てよい。第三は他の専門職チームとの媒介機能であり，これによって専門職に対し，クライエントを全人格的に把握させることが期待されている。

コミュニティ・ソーシャルワークは，必ずしも制度化され広範に普及しているとは言えない。むしろ，自治体との緊張・対立がある場合も珍しくない。しかし，住民のエンパワメントを可能にするための職員組織のあり方，職員の専門的力量の内実という点からみて，今日でも注目すべき実践であろう。北アイルランドでは，このタイプの実践は見出だせていないが，イギリス本土で展開したいくつかの地域に即して，そこではコミュニティ・ケア改革がどのように解釈され，実践されているのかを確認しながら，北アイルランドの実践を比較分析することが必要であろう。

第三に，コミュニティワークの専門性についても注意を払う必要がある。コミュニティ・ソーシャルワークのチームにはコミュニティワーカーが含まれている場合もあるが，コミュニティワークとソーシャルワークの区別と関連は，極めて論争的なテーマであった。既に 25 年以上前の議論になるが，ボイル・グループの報告書では両者の関連について，コミュニティワークは成人教育の一側面であり，ソーシャルワークとは無関係とする意見から，前者は行政過程に含まれるとする見解，すべての専門職の実践の中にコミュニティの要素は含まれるのであり，それをあえて自立させると逆に新たなエリート的官僚構造を生み出す等々の理解を併記している(21)。また 1975 年の中央ソーシャルワーク教育研究協議会の報告においても，ソーシャルワークにとってコミュニティワークは不可欠の技法とする理解と，後者は教育や計画づくりにおいて見られるのであり治療的性格をもたないが故に，ソーシャルワークとは無関係とする主張が共に紹介されている。1990 年代のコミュニティ・ケア改革の展開の下で，これらの対立する理解（実はそれは実践の方法・内容の対立でもあるが）が統一されているのか否かも，今後検証すべき課題である。おそらくそこではコミュニティ・ケアにおけるエンパワメントの内容と方法をめぐる理解（消費者のエンパワメントか利用者のエンパワメントか，あるいは介護者のそれか）の差異が，コミュニティワークの評価にも反映しているように思われる。

(2) 地域介護構造の再編と職員の力量形成の課題

消費者主義に彩られた福祉ミックスを前提にすれば，管理担当職員に求められるのは「混合経済」

の管理能力，すなわち市場の番人としての力量であろう。しかし，既述のように，地域介護構造はインフォーマルな介護者や利用者本人による協同的な社会化形態が登場したことによって，その内部に緊張をはらみ構造変化への胎動が再び始まっている。こうした局面として現状を理解すれば，そこで求められる職員の力量は以下のようになろう。

第一に，現実的な焦点を形成していたインフォーマル部門とフォーマル部門の協力関係の構築を担う力量が必要であろう。民間営利産業に媒介されずに，インフォーマルな介護者の実践を直接に評価し包摂することが具体的には求められる。そのためには，インフォーマルな介護実践過程そのものを理解することが不可欠である。単なる介護ニーズアセスメントではなく，実践内容にまで踏み込んだ評価を行なう力量が必要となる。例えば，先の Barnes は，インフォーマルな介護者と介護を受ける人との関係においては，互恵性や相互依存性が見られることを指摘しているが，そのようなアイデンティティ形成の側面も実践評価の射程に入れるべきであろう。

また，そのような力量は，コミュニティ・ソーシャルワークにおいて指摘されたネットワーク専門性が形成される中で獲得されるように思われる。ウォーカーも，社会的ケアに携わる職員の訓練のポイントは「自律的な専門知識や個人的な判断から，利用者との連携の中で働いたり，コミュニティの参加を促したりする技能へと変化していく」と指摘しているが[22]，おそらくそのような専門性に支えれられないと上のような実践評価は困難であろう。

また，ネットワーク専門性の中には，インフォーマル介護者を準専門職あるいは協働のパートナーとして形成する教育的力量が含まれるであろう。インフォーマル介護者の協同組織の形成を援助することは，同時に介護者の集団的アイデンティティの形成を促すことでもある。その働き掛けが自覚的に行なわれる場合には，教育的組織化がなされているとみなしてもよい。

第二に，以上のような組織化や関係編成の力量は，その前提として地域介護構造に対する批判的認識を要請している。それはまた，現代の福祉国家再編の本質に対する理解と切り離せないはずであるから，地域の問題と現代の市民社会と国家の対立・統一に関する問題を統一的に把握する力量が不可欠であろう。

他方，インフォーマル介護者との協同によって，地域介護構造を変革していくという実践を考えると，現実に地域において資本・民間営利産業を規制し，管理する能力を獲得せねばならない。いわば「社会的経済としての福祉ミックス」を実現する政策力量であり，それは消費者主義とは異なる公共性の論理に基づかねばならないが，その内実は，地域介護構造を根底において規定する利用者・介護者が，問題解決の主体となることに求められる。すなわち，そのような当事者が矛盾を解決する力量を獲得することは，協同的社会化を組織していく過程において可能であったが，かかる協同性あるいはこの場合であれば協同的社会化形態を地域介護構造にビルトインすることによって，資本の振る舞いは消費者主義とは異なる新たな基準や価値の下に規制されるであろうからである。

さらに，協同的社会化の過程は，介護者や利用者の集団的アイデンティティの形成過程であるとも言えるが，より厳密には自己教育の主体の形成過程でもある。そのことが自覚された時に，教育的価値は自立化すると同時に地域介護構造を再編する原理になると思われる。その意味では，協同的＝教育的な公共性こそが，地域介護構造の変革を可能にする新たな公共性であろう。かかる公共性の形成を保障することに「公務」労働者としての自治体職員・専門職の専門性も存すると言ってよい(23)。

おわりに

以上はまだラフなスケッチにすぎないが，コミュニティ・ケアの論理構造の骨格とその下で再編される職員の専門性を検討する際の基本的な視点は析出しえたように思われる。仮説的に提起した地域介護構造が，北アイルランドと本土との制度・政治経済・文化環境の相違の下で，あるいは各地域ごとの実践の蓄積の差異に応じて，具体的にどのように現れているのか，さらにそこで生じている矛盾の特質と，その解決過程の特徴を把握すること，およびそれを前提にして地域関連労働としての対人社会サービスの現代的な可能性・専門性を検討することは，いずれも今後の課題となる。しかし，その作業を通して，社会的経済と協同的公共性の論理的関連，地域に基礎を置く社会教育実践の新たな展望が見通せることは明らかになったように思われる。

注

(1) 次の定義を参照。「一般に，コミュニティ・ケアは，施設ケアに優先して，家庭生活を選択することを意味する。コミュニティから離れた所（多分，大規模な長期療養病棟）ではなく，むしろ人々を地域社会に『統合される』ように援助するという意味を持っている」。バーバラ・メレディス，杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳『コミュニティ・ケアハンドブック』，ミネルヴァ書房，1997年。

(2) アラン・ウォーカー，渡辺雅男・渡辺景子訳『ヨーロッパの高齢化と福祉改革』，58～59頁，ミネルヴァ書房，1997年。

(3) 同上

(4) この項は次の文献に依拠している。Frank Gaffikin and Mike Morrissey, *"NORTHERN IRELAND: THE THATCHER YEARS"*, Zed Books Ltd., 1990. pp187～198. なお，以下の本文で明らかなように，彼らの叙述は保健・医療分野が中心であり，福祉領域には直接に言及していない。したがってこの項でのコミュニティ・ケアに関する推論は厳密さを欠いており，今後の資料・情報収集によって早急に補足・修正を行なう予定である。

(5) 北アイルランドの保健・対人サービスの発展戦略の方向性は，DHSSによって1996年に提起さ

れている。それに関わってCarolyn Masonは，北アイルランドの保健・社会サービスにおける少数民族集団への関心の低さを批判しているが，その紹介によると，北アイルランドでは〝Making Belfast Work〟に見られるように，地方レベルのコミュニティに基礎を置くプロジェクトに重点が置かれているという。Carolyn Mason, Health Issues and Ethnic Minorities in Northern Ireland, Paul Hainsworth (ed.) *"DIVIDED SOCIETY"*, Plato Press, pp90～94.

(6) 紛争地帯であったために，民間営利企業の参入が見られなかったとすると，「混合経済」の担い手もイギリス本土とは異なり，むしろNPOや住民の協同組織が主要な担当者となったとも考えられる。この点についても実態に即した把握が必要である。

(7) もっとも本土においても，改革の主要な狙いは自治体の権限の縮小にあるとすれば，北アイルランドの事例は政策サイドから見れば先進的であることになる。

(8) ウォーカー，前掲書，68～75頁。同様の指摘は，ノーマン・ジョンソンも行なっている。福祉市場を完全市場と仮定することの非現実性等については，ノーマン・ジョンソン，青木郁夫・山本隆訳『福祉国家のゆくえ』，法律文化社，1993年，136～141頁を参照。

(9) Steven Shardlow, Tim Robinson, Jo Thompson and Jane Thoburn, "Social Work in the United Kingdom", Steven Shardlow and Malcolm Payne (eds.), *Contemporary Issues in Social Work: Western Europe*, arena, 1998

(10) ノーマン・ジョンソン，前掲書，138頁・152頁。

(11) この点については，拙稿「酪農近代化と農民意識」，山田定市編著『地域づくりと生涯学習の計画化』，北海道大学図書刊行会，1997年も参照されたい。

(12) Marian Barnes, *Care, Communities and citizens*, LONGMAN, 1997, p35.

(13) この区別と論理的な関連については，拙稿「地域関連労働の形成論理」，山田定市・鈴木敏正編著『社会教育労働と住民自治』，筑波書房，1992年を参照されたい。

(14) Marian Barnes，前掲書，46～71頁。

(15) 同上，98～99頁。

(16) 同上，122～123頁。利用者が直接に現金支給を受けて，自らケア・プランを策定し，サービスを購入することは，現在は認められていない。利用者団体は，そうした方向に向けた改善を要求しているが，ここにあるように専門職の側からは批判の声が出されている。Shardlow他，前掲書，138頁参照。

(17) 念のために述べておけば，このように規定することと，インフォーマルな介護こそがコミュニティ・ケアの主要な形態であるべきと主張することは同じではない。インフォーマルな介護が現実に果たしている役割が正当に評価され，その評価に見合った援助がなされるべきであるというのが，ここでの含意である。

(18) すでに〝Carers' Impact〟という全国組織が発足し，介護者のエンパワメントのための各種地

域プロジェクトを展開している。また介護者センターもいくつか地域（シェフィールドやヨークシャーなど）で設立されており，介護者に対する情報・サービス提供を開始いている。Barnes，前掲書，120頁。

(19) Shardlow他，前掲書，138頁。

(20) ハドレイ・R.，クーパー・M.，デール・P，ステイシー・G.，小田兼三・清水隆則監訳『コミュニティ・ソーシャルワーク』，川島書店，1993年，7～8頁。

(21) E. L. ヤングハズバンド，本出祐之監訳『英国ソーシャルワーク史』下巻，1986年，289～307頁。

(22) ウォーカー，前掲書，112～113頁。

(23) 北アイルランドのデリー市にあるリソースセンターは，独自にコミュニティ・エンタープライズを創設し，高齢者や障害者の雇用を創出していたが，このような例をみると「コミュニティに対する責任」として現代の公共性を理解することも可能であろう。ここでも，その「責任」は単に雇用の場を確保することのみにあるのではなく，住民の協同的社会化による問題解決の主体形成を保障することに対する責任であることが強調されるべきであろう。