

英国における社会福祉

(財) 自治体国際化協会 CLAIR REPORT NUMBER 036 (OCT.17,1991)

1. はじめに
2. N H S (国民医療保健制度)
3. 個人福祉サービス
4. ボランティアの福祉サービス
5. 社会保障

目 次

1. はじめに	1
2. NHS（国民医療保健制度）	2
(1) 行政	3
(2) NHSの財政	4
(3) 基本的健康管理	6
(4) 病院医療	8
(5) 私費医療	11
(6) その他の医療サービス	12
(7) 環境衛生	14
(8) 研究	14
(9) 医療従事者の養成	15
3. 個人福祉サービス	17
(1) 高齢者に対する個人福祉サービス	18
(2) 身体障害者に対する個人福祉サービス	19
(3) 精神障害者に対する個人福祉サービス	19
(4) 精神病患者に対する個人福祉サービス	20
(5) 家族に対する援助	20
(6) 子供に対するケア	21
(7) ソーシャル・ワーカー	24
4. ボランティアの福祉サービス	25
(1) ボランティア団体	25
(2) ボランティア団体の種類	27
・ 主要ボランティア団体一覧	28
5. 社会保障	30
(1) 社会保障制度	30
(2) 国民保険	31
(3) 退職年金	32
(4) 出産給付及び児童給付	33
(5) 寡婦給付	34
(6) 傷病・障害給付	34
(7) 失業手当	36
(8) 所得援助	38
(9) 住宅手当	38
(10) コミュニティ・チャージ手当	38
(11) 家族手当	39
(12) 社会基金	39
(13) 戦争年金	40
(14) 税制	41
(15) 社会保障以外の援助	41
・ 社会保障制度による給付項目一覧	42

1. はじめに

英国における社会福祉は、大きく分けて次の3つにより成り立っている。すなわち、「NHS」(National Health Service: 国民医療保健制度)、「個人福祉サービス」(personal social services)、「社会保障」(social security)である。NHSは広範な医療行為を提供しており、すべての住民に対して無料で行われる。地方自治体の個人福祉サービスは、社会的弱者である高齢者、心身障害者、児童等、特別な配慮を必要とする人々に対して直接的・間接的な援助と助言を提供している。社会保障制度は、財政的援助を必要とする人々に対して、多様な給付金制度により住民の基本的な生活水準を保障することが目的である。

NHS及び社会保障に関しては中央政府が直接の責任を有し、個人福祉サービスに関しては地方自治体が責任を負っている。こうした社会福祉全般に関する予算や計画に関して、サービスの重複を避け、地域サービスの発展を促進するために、中央政府と地方自治体の協力と調整が重要となる。

近年、社会福祉に関する支出は大幅に増えており、1990年度(会計年度、4月6日から翌年4月5日まで)における社会福祉に関する予算上の支出は、NHSに約280億ポンド(10パーセント)、個人福祉サービスに約44億ポンド(2パーセント)、また社会保障手当に約556億ポンド(26パーセント)である。

イギリスの社会福祉はその歴史が長く、16世紀の救貧法を起源としている。数々の救貧法の集大成と考えられる1601年のエリザベス救貧法では、救済に値する貧民や貧困児童の就労に重点がおかれた。基本的にこれらの救貧行政は、教区を中心とした地方団体が、レイト(地方税)によって費用を負担しつつ行っていた。産業革命を経て、こうした救貧行政は、次第に社会福祉の形態として整備され、18世紀初頭から救貧のための社会保険制度が形成され、社会的ニーズに対応する体制へと変化してきた。第1次大戦後の大量失業問題から失業保険等の扶助制度が改善され、加えて児童手当、家族手当等のニーズが生まれてきた。第2次大戦前の1942年、ベヴァリッジ報告により、児童手当・国民保健サービス・完全雇用という3つの前提が打ち立てられ、包括的社会保障制度の概念が確立された。この頃から、これまでの自治体主導の福祉から中央政府へと集権化が進んでいった。とりわけ救貧、公衆衛生等の分野での中央統制が強化され、最終的にはそれらの多くが国有化され、イギリスは「福祉国家」として、その地位を築いたのである。他方、「小さな政府」をめざすサッチャー政権の方針により、社会保障も中央主導の体制から地方あるいは民間との共同による社会保障へと変化しつつある。しかしながら、社会福祉の経費増大に対応した政府の支出抑制政策によって、多くの問題が生じてきたと指摘されている。また、入院待ち患者の増大、医師数の不足、コミュニティ・ケアに従事している家族の負担、失業者の増大等々、これからのイギリスにおける社会福祉が抱える問題は大きい。

2. NHS (国民医療保健制度)

NHSの基本原則は、個々の国民の健康維持、及び適切な医療と看護を提供することである。NHSの財源は約80パーセントが一般財源から支出されており、すべての納税者がNHSの費用を分担することになる。

NHSで提供するサービスは3つの分野から成り立っており、それらは第1に「基本的健康管理」、第2に「病院医療」、第3に「コミュニティ医療」である。第1の基本的健康管理は、主に家庭医による治療であり、住民は誰でも家庭医に登録することができ、基本的な治療や専門医の紹介を無料で受けられる。第2の病院医療は、後述の保健担当局の運営する病院において無料で行われ、NHSの財政の3分の2がこれに当てられている。第3のコミュニティ医療は、地域における保健教育、予防医療、及び地方団体との協力による個人保健サービスがあり、これらを通じて、小児まひ・結核等、伝染病の予防対策を実施してきた。最近では、心臓病、がん、脳出血等の疾病の予防が重要な課題となっている。これらの疾病が個々の生活習慣や社会習慣に密接な関連があることから、とりわけ保健教育に重点を置き、人々が健康的な生活習慣を身につけられるよう様々なキャンペーンが行われている。この一つとして、心臓病の危険に関するキャンペーンが、1987年から380万ポンドを投じて開始された。このような総合的医療の提供に際しては、限られた財源の中でバランスよく、地域や時代のニーズへ対応し、患者に対して最善の治療を尽くすことが重要となる。

NHSの実質的支出が1980年以降増大している理由として、高齢者数の増大、医学の発展に伴う高価な治療技術の利用(腎臓透析等)、高齢者・精神病患者・障害者への適切なケアの必要性、アルコール・麻薬の誤用による健康障害の増大、医療の地域格差問題への対応、といった点があげられる。現在、政府の支出抑制政策の一環として、NHSの能率向上のための多様な施策が展開されている。

●1990年の「NHS及びコミュニティ・ケア法」(National Health Service and Community Care Act 1990)

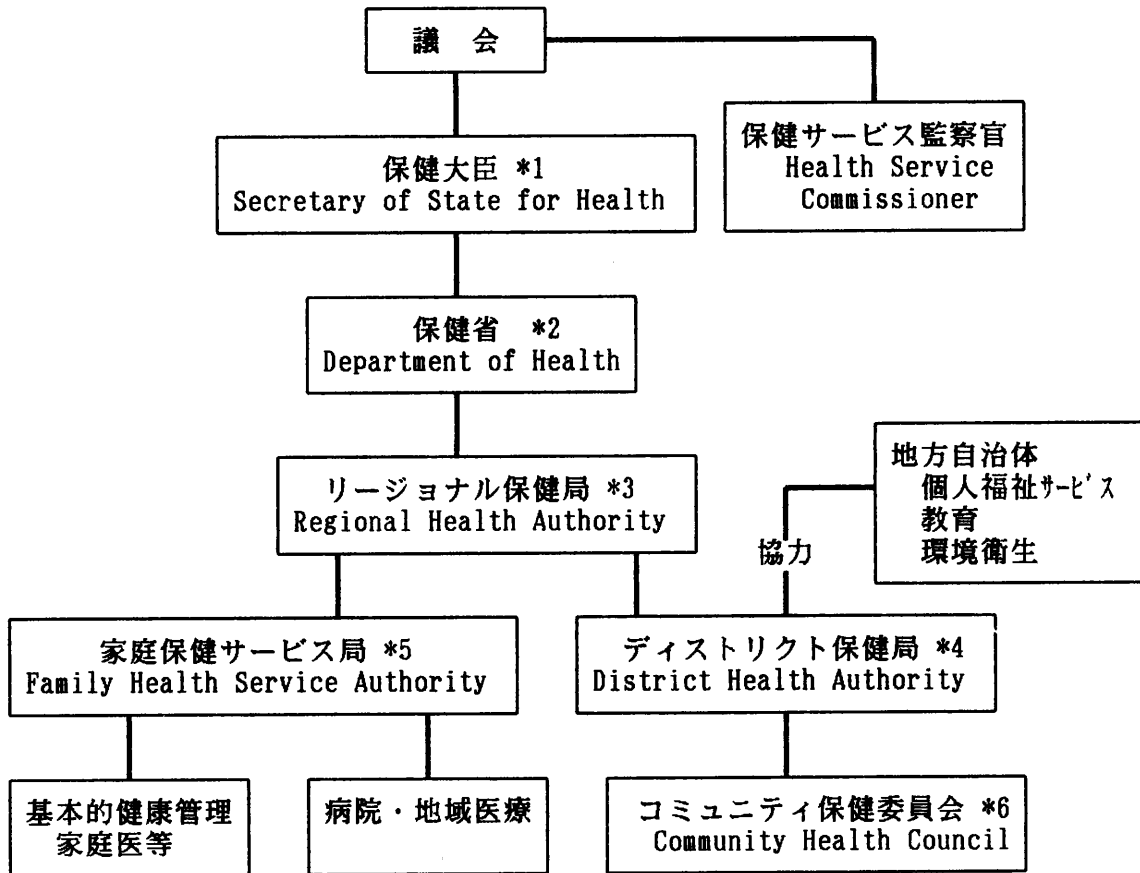
この法は、NHSの運営・管理・治療、及び個人福祉サービスに関する改革の基本である。このうちNHSに関する規定は、1989年に発行された白書に基づいており、ここでの目標として、NHSの能率向上、患者に対するより良いサービスの提供、患者の選択肢の拡大、患者のニーズに応える治療の提供、NHS機関の責任の拡大などが規定されている。

こうした改革の例として、NHSの管理機構の改革、家庭医の活動に関する改革、病院に対する権限の拡大、病院理事会の設置、管理責任者の任命、医者・看護婦等の医療従事者数の増大があげられる。さらに、費用を抑えつつ現在の医療を提供するための広範なプログラムが導入されている。他方、民間との協力が促進されており、病院の清掃・給食・洗濯等に競争入札制を導入するなどの方策が規定された。また、効果が同じであれば廉価な医薬品を投与するよう、医薬品に関する経済性も規定された。こうした政府のNHSに関する経済上の改革は、賛否の分かれる問題であり、政府の財政削減によって生じた医療上の問題も少なくない。処方薬や歯科検査料金など、個人負担も一部あるが、収入にかか

わらず全ての人々に提供し、その財源は一般財源から賄う、という基本原則は維持されている。

1) 行政

イングランドにおけるNHSの行政構造は以下のようになっている。



地域別の保健担当大臣・機関

	イングランド	ウェールズ	北アイルランド	スコットランド
*1	保健大臣	ウェールズ'大臣	北アイルランド'大臣	スコットランド'大臣
*2	保健省	ウェールズ'省	保健社会福祉省	スコットランド'省
*3	リージョナル保健局	-	-	-
*4	ディストリクト保健局	同左	保健社会福祉局	保健委員会
*5	家庭保健サービス局	同左	同上	保健委員会
*6	コミュニティ保健委員会	同左	ディストリクト委員会	地域保健委員会

保健サービス全般に対して責任を有するのは保健担当大臣で、全国的な長期計画に関しては保健省が責任を有している。イングランドにはリージョナル保健局が14箇所に設置

されており、地域のニーズに基づいた計画・財源配分・主要な建築工事・専門病院医療に責任を負っている。ディストリクト保健局は、地域における保健サービス全般に関する計画と管理を行っている。これらの保健局・保健委員会は、地方自治体の実施する個人福祉サービスのソーシャル・ワーク、環境衛生、教育等のサービスと密接に協力する責任を有している。

家庭保健サービス局は、家庭医療従事者（後述）によるサービスの提供に関する調整を行う。コミュニティ保健委員会は、NHSに関する地域の意見をまとめる役割を持つ。

●地方保健行政の改革

1990年法に基づく改革として、リージョナル保健局とディストリクト保健局（スコットランドでの保健委員会）はその規模が縮小され、前者は1990年7月から、後者は9月から新体制に移行した。また、これらの職員に関する地方自治体による任命制度は廃止された。さらに、これまでの家庭医療委員会はその名称を「家庭保健サービス局」と変更され、同時に規模が縮小された。また、家庭医療委員会は保健担当大臣の直轄であったが、今後はリージョナル保健局に対して責任を負うことになり、地域ニーズへの対応の改善が目的とされている。

これまで病院は、ディストリクト保健局の全面的な管理下に置かれていたが、1990年法によって、一部の治療行為に対しては直接政府からの財源を受けることになった。すなわち、これまで家庭医が専門病院を患者に紹介する場合に、NHSの補助金の関係で地域指定の病院を選択しなければならなかったが、今後は、患者が受けた治療に対して、NHSからの費用が病院に支給されるため、医療技術やベッドの空きを重視した選択ができるようになった。このことにより、家庭医及び患者の選択肢の拡大が意図されている。また、救急患者の治療に対しては、治療を行った病院に対して別途補助金が支出されることになり、病院選択に関する柔軟性の拡大がその目的とされている。

●保健サービス監察官

イングランド・スコットランド・ウェールズに、各1名の保健サービス監察官（Health Service Commissioner）が任命されており、保健サービスに関する苦情を処理する。この監察官は、議会コミッショナー（オンブズマン：Parliamentary Commissioner）が兼任しており、保健当局や家庭保健サービス局が法定の義務を怠った場合、サービスの提供を怠った場合、あるいは行政の過誤・不公平から問題が生じた場合、調査・是正の権限を行使する。しかしながら臨床に関する判断を下すことや家庭医療従事者の活動については、監察官の権限外とされており、これらに関しては苦情申立の手段が別に規定されている。監察官は、大臣に年次報告書を提出し、大臣はそれを議会に提出する。また監察官は必要に応じて随時報告書を提出できる。北アイルランドでは、苦情監察官（Commissioner for Complaints）が同様の役割を持つ。

（2）NHSの財政

●財源

英国の保健サービス費の約81パーセントが一般税から支出されており、その他に国民

保険 (National Insurance) と同時に支払われる NHS 拠出金、家庭医が処方する投薬料・歯科治療・検眼料等の個人負担金といった財源で運営されている。また、保健当局が一般から寄付を募ることもあり、病院によっては治療費や入院費を自己負担する私費医療の患者を受け付けることもできる。1988年の「保健・医療法」(Health and Medicine)では、こうしたその他の収入を促進するため、保健当局がその設備やサービスを外部機関に対して貸し出して収益をあげることが認められた。

NHS の財源と患者負担金の内訳 (イギリス: 1989.3.31現在、単位百万ポンド)

財源		患者負担金	
歳入基金 (一般財源)	£ 15,336 (79.4%)	病院	£ 107
NHS 拠出金	£ 2,914 (15.1%)	薬剤	£ 203
患者負担金等	£ 601 (3.1%)	歯科	£ 291
雑収入	£ 322 (1.7%)	合計	£ 601
合計	£ 19,317 (100%)		

(Department of Health, Health & Personal Social Services Statistics for England 1990, p.16より作成)

処方薬料金は、以下の患者に対して無料となり、約75%がこれに当てはまる。

- ・ 16才以下の子供 (19才以下のフル・タイムの学生を含む)
- ・ 妊婦及び産婦 (出産から12カ月間)
- ・ 退職年齢以上の者 (女子60才、男子65才以上)
- ・ 指定疾病の患者
- ・ 戦傷による身障者 (その傷病治療に対して)
- ・ 所得援助及び家族手当受給者 (5. 社会保障の章参照)
- ・ 低所得所帯の家族

1988年の「保健・医療法」で導入された歯科検査に関する料金、及び歯科治療全般にわたる参考料金のシステムの例外として、以下の患者は引き続き料金が免除される。

- ・ 妊婦及び産婦 (出産から1年間)
- ・ 18才以下の子供 (19才でもフル・タイムの学生はこれに含まれる)
- ・ 所得援助及び家族手当の受給者

同様の規定が、視力検査に関しても導入されたが、子供・低所得者等に対しては無料の検査が認められている。また、眼鏡の調整や交換に関しては、特定の人々に対して援助が与えられる。

●支出

NHSの支出(イギリス:1989.3.31)(単位百万ポンド)

中央管理費		£ 144	0.7%	
保健局支出	経常費(*1)	£ 12,757	66.0%	72.2%
	資本支出(*2)	£ 1,088	5.6%	
	管理費等	£ 109	0.6%	
家庭医サービス	家庭医	£ 1,402	7.3%	27.7%
	薬剤等	£ 2,279	11.8%	
	歯科	£ 950	4.9%	
	眼鏡	£ 170	0.9%	
	管理費等	£ 109	0.6%	
	その他	£ 418	2.2%	

 合計 £ 19,317

*1: 経常費は、病院サービス及びコミュニティ保健サービスである。

また、借入金による支出は除く

*2: 資本支出は、主に病院及びコミュニティ保健サービスの建設・設備費である。

(Department of Health, Health & Personal Social Service Statistics for England 1990, p.15より作成)

●医療従事者の報酬

病院の医師・看護婦(士)等の職員は給与を受け、フル・タイムあるいはパート・タイムで保健当局に雇用される。ただし、病院医師はプライベートの患者を扱ってもよいことになっている。

他方、家庭医療従事者は、いわゆる「自営」となる。家庭医に対する俸給あるいは手当は、その責任・患者数・診療経費に対応したシステムに基づいて報酬が支払われる。同様に、開業している歯科医には、規定の俸給が支払われる。独自の施設で営業している薬剤師は、患者に提供した医薬品の実費に専門手当を加えた金額が支払われる。一般眼科医療に従事する眼鏡商あるいは視力検定医には、行われた視力検査に対して定額の手当が支払われる。

(3) 基本的健康管理

基本的健康管理を提供するのは、第1に、医療サービスのなかで独立した活動をする医師・歯科医・眼鏡商・薬剤師といった家庭医療従事者(ファミリー・プラクティショナー)、第2に、地方自治体の職員としての訪問保健相談員(health visitor)・地域看護婦(士)・助産婦である。そのほか広範なサービスが、学校保健・手足治療等を通して提供されている。また、専門医療である物理療法、作業療法、言語療法は、基本的健康管理の一部として重要性を増してきている。

基本的健康管理の優先事項として、インナー・シティ地域でのサービス向上がある。都市域における特に少数民族に対する保健サービスの改善のため特別基金が設けられ、基本

的健康管理の改善が図られている。また、中国人コミュニティに対する新たな保健プロジェクトを初めとして、少数民族の多様な言語による保健情報に関する補助金が増額されている。

近年、基本的健康管理に携わる職員数は増加しているものの、家庭医の治療を受けるためのウェイティング・リストの患者数は増大している状況である。都市部においてこの傾向が顕著であり、改善の余地が残っている。

イギリスの家庭医療従事者数とその医療

年度	1961	1971	1981	1985	1987	1989
家庭医数 (千人)	23.6	24.0	27.5	29.7	30.7	31.5
医師一人あたり患者数 (千人)	2.25	2.39	2.15	2.01	1.97	1.91
処方薬料金 (百万£)	233.2	304.5	370.0	393.1	413.6	435.8
1回あたりの処方薬料金 (£)	0.41	0.77	3.46	4.77	5.47	6.26
患者一人あたり処方箋回数 (回)	4.7	5.6	6.6	7.0	7.3	7.5
患者一人あたり処方薬料金 (£)	1.9	4.3	23.0	33.4	40.0	47.2
歯科医数 (千人)	11.9	12.5	15.2	17.0	17.6	18.4
歯科医一人あたり患者数 (千人)	1.4	2.0	2.2	2.2	2.2	2.1

(Central Statistical Office, Social Trends 21, p.129より作成)

●家庭医療従事者

家庭医療従事者 (family practitioner) は、前出の通り医師・歯科医・眼鏡商・薬剤師を指し、国民は独自に選択したファミリー・プラクティショナーから医療サービスを受ける。家庭医は、一般にはGP (General Practitioner) として知られており、一般開業医を意味している。この家庭医は、病気に関する最初の診断を下し、必要があれば専門医療 (物理療法等) を紹介し、あるいは専門病院による診察を推薦する。眼鏡商や視力検定医は視力検査のみを行い、その他の眼科的な医療行為は病院の眼科において行われる。眼鏡は、主に登録された眼鏡商あるいは視力検定医により提供される。子供・低所得者・特殊なレンズを必要とする人には、証明書 (バウチャー) が給付され、眼鏡と交換できることになっている。また、好みのフレームを私費で購入することもできる。

●家庭医のグループ診療とヘルス・センター

家庭医の約5分の4が、診療活動に関して複数の家庭医が協力するグループ診療を行っている。例えば、お互いの診療に関する意見の交換、夜間・休暇時の交代制診療、施設・設備の共同利用といった方式である。こうしたグループ診療の場として、ヘルス・センターの整備が行われており、北アイルランドでは約半数、その他の地域では約4分の1の家庭医が設備の整ったヘルス・センターにおいて医療行為に従事しており、訪問保健相談員、地域看護婦 (士)、助産婦、ソーシャル・ワーカーの協力を受けている。こうしたヘル

ス・センターは、保健教育・家族計画・言語療法・手足治療・聴力検査・物理療法・運動治療等のための施設も備えている。さらに、歯科、薬剤・眼鏡のサービス、外来患者等の医療行為も提供している。

●最近の改革

1990年4月からNHSと家庭医との新しい契約が導入され、患者に対するサービスの幅を広げ、家庭医が個々の患者のニーズに応える責任と技術水準を高めることを目標としている。この例として、患者本位の治療を重視し、診察が必要な時にすぐに受けられるような体制づくり、予防医療の奨励、登録家庭医の変更を容易にする、といった改革が導入された。家庭医が貧困地域の住民の登録を受け付けたり、医学生の研修・指導を行ったり、夜間往診を行った場合等には、特別報酬が与えられることになった。また、診療所の設備の改装等には特別資金が提供される。

他方、規定以上（Central Office of Information, Britain 1991によると9000人以上）の登録患者を有する家庭医には「基本固定報酬」（fund-holding）資格が与えられることが規定された。こうした財源は、主に薬剤費と緊急以外の専門病院の紹介といった費用に当てられるが、これにより各家庭医にはその財源の枠内でNHS診療を行う経済的責任が与えられた。この基本固定報酬資格を取得しない家庭医は、規定の医療報酬と処方箋料などが年度ごとに支払われる。

同様に、歯科医に対する新しい契約が1990年10月から導入された。患者は定期的な検査を受けるよう奨励され、特に子供に対して歯科医は予防治療を積極的に行うよう奨励されている。さらに、歯科医が継続した治療技術の訓練を受けるよう提案されている。

・医療監査

各保健担当部局は、1991年4月までに家庭医の医療行為の質に関する監査を行うことを目的とした医療監査制度（medical audit system）を設けるよう規定された。政府はこの制度の設置のために1990年度に3100万ポンドを充当している。

●訪問保健相談員、地域看護婦(士)、助産婦

訪問保健相談員は、家庭医や地域看護婦(士)等と密接に協力しつつ、幼児のいる家庭を中心とした全家庭に対して予防医療及び保健教育を提供している。地域看護婦(士)は、病院以外の場所（自宅等）において専門的看護を行っており、予防医療及び保健教育に関しても重要な役割を果たしている。近年、病院で出産するケースがほとんどであるが、助産婦は家庭医との協力により地域における出産前後の指導や援助を行っている。また、自宅での出産に際しては、その補助も行う。さらに助産婦は、幼児を持つ母親への教育と援助に関して責任を有している。

（４）病院医療

広範な病院医療は、地域一般病院において提供されており、これらは入院・外来・昼間患者（日中のみ入院し夜は自宅に帰る患者）を扱い、産科・伝染病科・精神科・老人病科・リハビリ施設・療養所等、専門医療全般にわたった診断・治療施設を備えている。こう

した地域病院の他、小児・神経障害・高齢者等の特殊な治療を要する疾病のための病院が数多くあり、この例として世界的に有名な「グレート・オーモンド通り小児病院」(Hospital for Sick Children)や「ブロンプトン心臓・胸部病院」(Brompton Heart and Chest Hospital)等があげられる。これらの病院は、患者を治療するだけでなく、医師の養成や研究機関としての機能を持ち合わせている。

こうしたNHSの病院の多くは19世紀に設立されたが、このなかには慈善団体により設立された歴史のある病院がいくつかあり、有名な例としては「セント・バーソロミュー病院」や「セント・トーマス病院」等である。これらの古い病院は、施設を改築・増設したか、多くは新築している。1979年以来、約475件の病院施設建築計画が開始され、それぞれの計画に100万ポンドが当てられている。このほか、総額50億ポンドを投資し、多様な計画・構想・建築による500件以上の病院計画がある。スコットランドでは1979年以来、主要な病院建設計画が64あり、これにより増大したベッド数は7300床である。また、さらに40の多様な開発計画が進められている。

イングランド及びウェールズにおける近年の政策は、地域総合病院を中心に、小規模のコミュニティ病院等がそれらに協力する体制を作ることであり、これによりバランスのとれた病院サービスの提供をめざしている。また、病院建築計画における最新の改革として、核病院(nucleus hospital)があげられる。大規模の病院を新しく作るためには、膨大な経費を必要とするが、この核病院の構想は、多様な機能をもった300床程度の核病院をまず建設し、将来予算的余裕が生じたとき800床程度の病院に拡張するというものである。1991年中旬までに61の核病院が完成する予定であり、さらに24が現在建設中である。このほかにも、新しい発想の病院計画が開発中である。

NHS病院の患者数とベッド数

	1971	1976	1981	1985	1986	1987	1988
退院患者・死亡患者(千人)	6437	6525	7179	7884	7959	8088	8114
利用できるベッド(千床/日)*1	526	484	450	421	409	392	373
使用中ベッド(千床/日)	436	394	366	341	330	317	-
1ベッドあたり患者(人)	12.3	13.6	16.0	18.7	19.4	20.6	21.8
外来患者数*2(千人)	-	565	863	1166	1288	1207	1259
新規外来患者(千人)							
事故・急患	9358	10463	11342	12492	12682	12797	13201
その他	9572	9170	9816	10604	10758	10350	10409

*1: 医師等の治療が行えるベッド数。

*2: 76年は北アイルランドを除く

(Central Statistical Office, Social Trends 21, p.128より作成)

1990年には、全国のNHS病院で約28万2900床のベットを提供しており、約5万1200人の医療・歯科・看護・助産婦等の職員が医療にあたっている。ベッド数の数値を日本と比較してみると、1988年に日本のベッド数は163万床であり、人口10万人に対して日本が1331床のところ、イギリスでは785床であった。近年さらに病院で取り扱う患者数は増大しているが、利用できるベッド数は減少しており、何らかの対策を講じる必要性が指摘されている。こうしたベッド数の不足と患者数の増加から、近年のNHSの最大の問題として病院の入院待ち患者（ウェイティング・リスト）数の増大があげられる。

NHS病院への入院待ち患者数（単位千人）

専門科	1976	1981	1986	1989	1990年
一般外科	200.5	169.1	180.3	173.0	172.5
整形外科	109.8	145.1	160.5	153.0	155.9
耳鼻咽喉科	121.7	115.4	132.2	123.2	127.5
婦人科	91.8	105.6	106.6	96.4	98.0
口腔外科	26.5	35.5	56.3	50.4	53.7
形成外科	44.7	49.2	46.1	46.8	45.3
眼科	41.2	43.4	64.6	88.9	92.7
泌尿科	22.0	29.1	42.7	47.1	47.2
その他	42.5	44.2	41.3	48.0	48.8
合計	700.8	736.6	830.6	827.0	841.6

注：数字は9月30日現在、ただし1990年は3月31日現在。

76年、81年の泌尿科には北アイルランドの数字を含まない。

(Central Statistical Office, Social Trends 21, p127より作成)

この表でみるように、1990年の3月末に84万人の患者が入院待ちの状態である。とりわけ89年9月からの6カ月間で、1万4600人の入院待ち患者が増え、口腔外科では、76年から90年でほぼ2倍になっている。しかしながら、救急患者はこうしたウェイティング・リストに加わることなく入院を許可され、リストの患者のなかには、緊急を要さない場合も多い。重要な点はこうしたリストの患者数ではなく、患者がどの程度の期間それを待たされるかである。1990年3月にイングランドにおいて約46万人の入院待ち患者を対象とした調査によると、こうした患者の69パーセントが6カ月以内に入院できており、24パーセントは1年以上待たされている（Social Trends 21）。これにともない、入院を待っている間に、快復したり、引っ越しをしてしまったり、他の病院で手術を受けたりする患者も増えている。

こうしたウェイティング・リストの患者数とその期間を短縮することを目的として、1986年半ばからの3ヶ月年計画では、1990年までに1億900万ポンドを投じた多様なプロジェクトが開始された。こうしたプロジェクトの例として、移動手術室や新規設

備の購入がある。また、精神科看護サービス、デイ・ホスピタル（昼間患者のための施設）、地方自治体のデイ・センターといったコミュニティ医療が拡大されている。すなわち、こうした設備によって、患者に対する治療や看護をできるだけコミュニティの中で提供し、病院の空きベッドに余裕を持たせ、病院での治療を必要としている患者に対応することが目標とされている。

●独立NHSトラスト

1990年法は、病院やその他の医療団体が、保健担当局の管理を離れ、NHSトラスト（self-governing NHS trust）を設立できる規定を設けた。このトラストは理事会によって運営され、独自の職員を採用した医学研究、及び医学教育・医療訓練等に対する施設の提供を行う。NHSトラストの財源は、主にNHSの契約に基づく収入によって賄われる。この他にNHSの契約によって収入を得られるのは、前述の基本固定報酬の資格を得た家庭医と保健担当部局である。また、1990年法によってNHSトラストが独自に私費医療の患者を引き受けることができるようになった。

（5）私費医療

国民の医療に対するニーズの増大に対応するため、私費医療の促進が政府によって図られている。すなわち、私費医療は限られたNHSの財源を助け、保健当局によるサービス提供に柔軟性をもたらす等、NHSにとって有益だと考えている。こうした利点の例としては、保険当局と私費医療病院とが、高価な医療設備や医療器具を共有したり、私費医療の病院で余裕がある場合、NHSの患者を治療するといったことがあげられ、NHSの長いウエイティング・リストにいくらかの貢献をしている。しかしながら、私費医療の規模はまだ小さく、全国で私費医療セクターのベット数は約9万床、またイングランドのNHS病院内で私費医療用ベットとして承認されているのは約3000床にすぎない。

私費医療のベッド数（イングランド：単位千人）

	1971	1981	1986	1987-88	1988-89 年
NHS病院の私費医療用ベッド	4.4	2.7	3.0	3.0	3.0
登録私費医療病院・医院・療養所	20.9	30.8	59.1	75.2	91.5
合計	25.3	33.5	62.1	78.2	94.5

（Central Statistical Office, Social Trends 21, p.128より作成）

私費医療病院やNHS病院の私費負担ベッドで緊急に治療を受ける患者の約4分の3は、私費医療のために積立てる方式の「医療保険」（provident scheme）に加入し、そこから費用を支払っている。こうした保険の加入者は、320万人を上回り、企業が雇用者のために加入しているケースが大部分である。この保険は家族にも適用されるため、全国で被保険者数は、約680万人と算定される。政府は、60才以上の者が私費医療のための保険に加入する際に税金を免除する措置を導入し、私費医療を利用する人々の拡大を図って

いる。

私費医療は、家庭医や歯科医の分野でも行われている。海外からの患者も私費医療を受けることができ、ロンドンの「ハーレー・ストリート病院」は国際的な医療機関として知られている。はり・灸、マッサージ療法、同種療法（病原因子と同じ性質を持つ物質の少量で治療する方法）といった治療は、NHS以外で行われる。

（6）その他の医療サービス

●救急車サービス

救急車による無料の患者輸送は、地方自治体が責任を負っている。救急車サービスは、急患・急な出産・事故全般に際して行なわれ、このほか外来の高齢者・障害者等を病院、診療所、デイ・ホスピタルに輸送する場合にも用いられている。また地域によっては、急患でない者のための輸送活動にボランティア組織や個人の車を利用するケースが増加している。

スコットランドでは、航空機による救急サービスによって、島部や僻地の住民の輸送にあたっている。また、イングランドの一部の地域でも、ヘリコプターによる救急輸送が行われている。

●リハビリテーション

リハビリテーションは、高齢者・青少年・心身障害者・精神病患者等がコミュニティのなかで通常の生活に復帰するための不可欠の治療である。このサービスは、病院、地域のヘルス・センター、患者の自宅において行われ、医師・看護婦(士)・物理療法・職業療法・言語療法・精神科医・栄養士・ソーシャルワーカー等の専門家が協力する。またこれらの専門家は、雇用省（北アイルランドでは経済開発部）の障害者復帰サービス、地方自治体の住宅・教育・社会福祉部局、ボランティア団体と密接な連携の下に、専門的なサービスを提供している。

障害者は、義手・義足・義眼、補聴器、車椅子、アラーム・電話等の福祉器具を、無料で受けられる。

地方自治体は、退院後の患者に必要な医療器具や福祉器具の提供、ホーム・ヘルパーによる自宅看護、職業療法士やソーシャル・ワーカー等の専門看護等、広範なサービスを提供している。ボランティア組織も類似の活動を行っている。

●ホスピス

多くのホスピスが施設において、あるいは自宅における間接的な看護等を通して終末医療にあたっている。こうした現代的なホスピスの制度は、イギリスを起源として世界に普及したが、その特徴は患者に対する症状の抑制と家族を含めた精神面での援助である。ホスピスはNHSが運営しているものの他、ボランティア団体によるものも多い。また、ボランティアのホスピスの中には公的な援助を受けているものもある。

政府は、ホスピスの活動に対して補助金を拡大する方針であり、1990年会計年度には、前年度と比較して70パーセント増の2000万ポンドを支出する予定である。

●母子の健康

妊婦と母子の健康を維持するために、無料の歯科治療、粉ミルクとビタミンの無料配布、両親に対する出産前後の保健教育、グループによる話し合いと実演指導、予防注射・免疫注射等のサービスが、NHSによって提供されている。妊婦に対する医療は、家庭医あるいは病院により行われている。また、働いている妊婦は勤務時間中に病院で診察を受ける権利を有している。

妊婦の約99パーセントが病院で出産し、退院後すぐに助産婦や訪問健康相談員、必要があれば家庭医が看護にあっている。近年、死産や新生児・乳児の死亡率が急激に低下しており、1979年には出産1000件に14.7件であったのが、1989年には、8.3件に減少した。

子供の検診サービスは、ディストリクト保健局あるいは一般開業医が小児科病院のネット・ワークを通じて提供している。また、疾病予防の広報や福祉食品（低所得世帯に無料で提供されるミルクやベビー・フードなど）も配給される。こうしたサービスを通じて、1才未満の乳児の94パーセントが診療所で診察を受け、学齢児は、学校健康サービスによって健康維持、相談、健康診断、歯科検査、必要があれば病院での治療を受けることができる。さらに子供の健康相談や精神科相談では、子供に関する精神・感情的問題の援助・助言が受けられる。

近年、コミュニティ・ベースの児童健康サービスと地方自治体の提供する児童福祉サービスとの協力を推進する動きが活発になっている。これは子供の虐待防止、子供の健康・福祉の維持といった分野において重要である。

●伝染病予防

ディストリクト保健局（スコットランドでは保健局）は、ジフテリア・はしか・風疹（妊婦と女兒）・ポリオ・破傷風・結核・百日咳等の伝染病に対する免疫プログラムに取り組み、ワクチン接種等のサービスを提供している。1990年には、予防接種の新しいプログラムが導入された。こうしたワクチンの接種は任意であるが、接種による危険性よりその効果が高いと考えられているため、政府はこうした予防接種を奨励している。こうした免疫接種に関する研究は、専門研究機関において行われており、病院等による診断・予防・伝染病コントロール等の活動も行われている。

●ガンの検診

女性に対する子宮ガン検診等の定期的な検診プログラムは、ディストリクト保健局によって提供されている。これは20才から64才までの女性に定期的に検診案内を出すシステムが、1988年以来コンピュータ化されている。また保健省は、これらの統計結果から、女性が定期検診を受けるよう勧めている。

また、政府は50才から64才までの女性に対して全国的な乳ガン検診を開始し、1988年までにイングランドの14のリージョナル保健局に、検査のためのセンターを設置した。1993～94年までには全ての女性が検査を受けられるよう計画されている。

●保健教育

保健教育は疾病に関する国民の関心を高め、情報を配布し、生活習慣に影響を与えることを目的としている。近年特に重要となっているのは、心臓病・喫煙・麻薬・エイズに関する保健教育である。イングランドにおいて、こうした公的な保健教育を推進しているのは、NHSの一機関である「保健教育局」(Health Education Authority)であり、保健教育全般と資金の分配に責任を負っている。また、全般的な保健教育に関する政府への助言、保健当局・地方自治体との協力を通じた全国的あるいは地域・コミュニティに対する保健教育プログラムの計画・実施に当たっている。具体的な例としては、保健教育に関する研究への資金援助と評価、トレーニングの援助、資料の発行と配布、保健教育情報センターの活動への援助がある。ウェールズでこうした機能を持つのは、「保健推進委員会」(Welsh Health Promothin Authority)、スコットランドでは「保健教育グループ」(Scottish Health Education Group)、北アイルランドでは「保健促進局」(Health Promotion Unit)である。しかしながら、スコットランドと北アイルランドに新しい保健教育担当の機関が設立される予定である。

保健当局の多くは、独自の保健教育サービスを行っており、保健に関する専門家・訪問健康相談員・コミュニティ団体・地域職員などが、地域のニーズに対応した保健教育プログラムにあたっている。こうした保健教育や疾病予防に対する支出は近年増加している。

(7) 環境衛生

地方自治体の環境衛生担当官(environmental health officer)は、大気汚染・騒音の管理、食品の衛生と安全、職場環境と安全、劣悪住宅への設備投資、また要求がある場合にはゴミの収集や住宅の安全、といった様々な環境衛生に責任を有している。また地方自治体は、地域医療専門の医師を雇用しており、環境衛生・伝染病・食物の汚染に関して医学的な見地からも活動を行っている。また、地方自治体の責任分野である下水道やゴミ収集に関してもこうした医師が専門的な助言を行っている。港湾及び空港における環境衛生官は、積み荷・輸入食物・検疫等に関する責任を担当している。

(8) 研究

1989～90年に、保健省は1540万ポンドを研究費として支出しており、これに加えて生物医学及び医療に関する政府の主要な機関である医療研究委員会(Medical Research Council)による支出もある。研究の優先的分野は、エイズ、基本的健康管理、コミュニティ医療と児童虐待、専門家養成、公共衛生、救急医療等である。イングランド及びウェールズにおいて、保健省の科学主任(Director of Research and Development)は、保健省が直接資金を出す研究プログラムに関する有効性について、大臣に助言を与える。科学主任は、広範な分野の多数の科学者によって補助されている。スコットランドでは、科学主任(Chief Scientist)が内務・保健局(Schottish Home and Health Department)から資金を受けて同様の研究にあたっている。

保健省は国際的研究や開発にも参加しており、とりわけECの医療・公共衛生プログラムにかかわっている。

(9) 医療従事者の養成

●医師・歯科医

NHSで医療に従事する医師・歯科医の養成は、大学の医学部あるいは歯学部が担当している。また、病院の医療施設が養成のために利用されている。医師になるためには、5～6年制の大学医学部卒業後、1年間病院での経験を積み、一般医学審議会（General Medical Council）に登録する。歯科医は、大学歯学部で4年以上在学し、卒業後に一般歯科医審議会（General Dental Council）に登録する。

●看護婦(士)

看護婦(士)は正看護婦(士)（first level nurse）と准看護婦(士)（second level or enrolled nurse）に分かれる。正看護婦(士)として一般医療あるいは精神科の看護にあたるには、通常3年制看護学校の卒業資格が必要である。准看護婦(士)は、2年制の看護学校卒業後に登録される。助産婦としての訓練は、正看護婦の場合には18カ月、学生の場合には3年間である。訪問保健相談員は、助産婦の資格を持つ正看護婦か、あるいは1年間の訪問保健コースを修了し、産婦人科の経験を持つ看護婦(士)に対して資格が与えられる。地域看護婦(士)になるためには、正看護婦(士)が6カ月の実地訓練を経なければならない。

イングランドにおける看護婦(士)全般の資格認定機関は、全国看護婦(士)・助産婦・訪問保健相談員委員会（National Boards for Nursing, Midwifery and Health Visiting）で、その他の地域にも設置されている。また、こうした職業に関連する法律や規則に責任を有するのは、英国看護婦(士)・助産婦・訪問相談員中央審議会（United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting）である。

●薬剤師

病院あるいは開業している薬剤師は「英国薬剤師会」（Pharmaceutical Society）に登録しなければならない。同会により承認された3年間の学位コースを修了し、さらに1年間の訓練後に薬剤師として登録できる。

●眼鏡士

一般視力検定士審議会（General Optical Council）は、眼科眼鏡士と処方眼鏡士の登録を行っている。視力検査は、眼科眼鏡士と眼科医師のみが行える。眼科眼鏡士は4年制の眼鏡士学校卒業後、1年間の実地研修、処方眼鏡士は2年間のフルタイム・コース修了後1年間の実地研修、あるいは眼鏡商に勤務しながらパートタイム・コースで学習すると資格が得られる。

●その他の医療従事者

手足治療士（chiropractitioner）、栄養士（dietitian）、医学研究所研究員（medical laboratory scientific officer）、職業療法士（occupational therapist）、視能訓練士（orthoptist）、物理療法士（physiotherapist）、レントゲン技師（radiographer）にも国家資格が授与される。これらを統括する団体は、それぞれの職業毎に7つあり、医療関係専門技師委員会（Council for Professions Supplementary to Medicine）の監督

下に置かれている。こうした専門職のための訓練期間は、1年～4年間で、国家資格を有する者のみがNHS、あるいはその他の医療サービスに従事することができる。それぞれ2年間と1年間の訓練コースを受講中の歯科治療士と歯科衛生士は、資格を持った歯科医の指導の下で、簡単な歯科治療行為を行うことができる。

1990年の中旬から、NHSの医療従事者として新しい職種が生まれた。それは保健ケア・アシスタント (health care assistant) で、専門家の補助的存在であり、病院やコミュニティでその活動を開始している。

3. 個人福祉サービス (Personal Social Service)

個人福祉サービスとは、高齢者・児童・青少年・障害者・青少年犯罪者等の社会的弱者に対し、政府あるいは地方自治体が提供する多様な形態のサービスである。このサービスは、様々な施設ケア、デイ・ケア、在宅サービスを含み、それらの提供に直接の責任を有しているのは、地方自治体の社会福祉部局 (social service department) である。これらのサービスは、当該部局によって主にその職員であるソーシャル・ワーカーの活動を通じて行われる。ソーシャル・ワーカーは、専門機関において訓練を受け、資格を取得した専門職であり、これらの人々の活動は個人福祉サービスにおいて極めて重要な役割を担っている。

個人福祉サービスに関する支出は、地方自治体によって決定される。ただし、各地方自治体の総支出額は、政府によって制限されている。個人福祉サービスは、政府の優先事項として位置づけられ、この実質的支出は1970年代の終わりから増え続けている。

個人福祉サービスに対する需要は、高齢者・障害者・慢性的疾病患者等の増大に伴い、増え続けることが予想される。とりわけ高齢者数の増大は著しく、2001年までに75才以上の高齢者は450万人、90才以上は50万人になると予想される。こうしたことから政府は、「コミュニティのなかでのケア」(Care in the Community) というプログラムを立案し、病院での治療が必須でない限り、患者はできるだけコミュニティのなかで治療するという方針を打ち出した。こうした政策の遂行には、個人福祉サービスが不可欠の要素となり、かつ社会福祉部局と保健部局との協力関係が重要である。すなわち、高齢者・障害者等が、病院ではなくコミュニティのなかで通常の生活を営むために、社会福祉部局からの適切な援助と設備の提供が必要となる。他方、こうした在宅ケアの問題点も指摘されている。

社会福祉部局支出 (イギリス) : 1987年度 (単位百万ポンド)

	児童/ 少年	高齢者	身障者	精神 障害者	精神病 患者	その他	合計
福祉サービス	993	1354	172	378	74	21	2993 (50.0%)
施設ケア	300	494	33	142	20	-	988 (16.5%)
在宅ケア	329	528	66	137	24	11	1093 (18.3%)
その他サービス	365	332	74	100	30	10	911 (15.2%)
合計	1987	2708	345	757	148	42	5985
(%)	(33.2%)	(45.2%)	(5.8%)	(12.6%)	(2.5%)	(0.7%)	(100%)

(Department of Health: Health & Personal Social Services Statistics for England 1990 edition, p.27 より作成)

社会福祉部局の職員数（イギリス：1988年9月）

	人数	(%)
管理職等	5,846	2.5
フィールド・ソーシャル・ワーカー	27,867	11.8
在宅ケア担当	59,968	25.4
成人教育担当	10,604	4.5
デイ・センター担当（精神病・高齢者・身障者用）	7,877	3.3
託児所・児童関連担当	9,526	4.0
施設担当（高齢者・高齢精神障害者・身障者用）	59,796	25.4
施設担当（精神障害・精神病患者用）	12,247	5.2
保護施設担当（児童・少年）	15,259	6.5
その他	26,816	11.4
合計	235,804	100.0

(Department of Health: Health & Personal Social Services Statistics for England 1990 edition, p.74 より作成)

●最近の改革

1990年の「NHS及びコミュニティ・ケア法」(National Health Service and Community Care Act)は、今後のコミュニティ・ケアに関して、その組織と運営に関する政府の方針を明らかにし、1991年4月から実施される予定である。この法律は地方自治体の責任として「個人のニーズの審査及びそれに対するケア計画の調整と実施を行うこと」と規定している、その一環として、施設ケアあるいは在宅ケアを受けている人々のための援助に関する新しい制度が導入される予定である。すなわち、民間及びボランティア団体の施設で療養している人々に対する財政援助と社会保障の資格審査が自治体の責任となり、その財源の管理が地方自治体に移行されることになる。他方、社会福祉部局の運営と提供しているサービスに関する調査を行う社会福祉監察官(Social Services Inspectorate)の権限が拡大される。

(1) 高齢者に対する個人福祉サービス

高齢者に対する個人福祉サービスは、公共セクターとボランティア団体との協力により、自宅でのケア(在宅ケア)を基本として提供されている(老人ホームでケアされている65才以上の老人数は約5パーセントにすぎない)。こうしたサービスは、ソーシャル・ワーカーによる助言と補助、家事援助、自宅への食事配達サービス、看護介護者・夜間看護人の派遣、洗濯サービス、デイ・センターやリクレーション施設の提供といった広範なサービス等を含んでいる。

在宅ケアの問題点として、高齢者の個人的ニーズが多様であること、介護する家族の負担が大きいこと等があげられる。こうした問題を解決あるいは援助することが地方自治体の重要な責任となる。病院や施設でのケアが必要ない高齢者も、自宅の設備に専門的機能

が伴わず生活に不自由がある場合には、住宅の改造補助や多様な福祉器具（緊急時の警報機、補聴器等）の配給等が行われている。また、地方自治体は公営住宅に関する責任の一端として、特別に設計された高齢者用住宅を提供している。住宅組合（housing association）や民間の建設業者による高齢者用住宅もある。

この他、独居老人への援助として地方自治体やボランティア団体の協力による「良き隣人サービス」（'good neighbour'）や訪問サービス等のコミュニティ・ケアを提供している地域もあり、また多くの地方自治体は、高齢者のための交通費補助を行っている。また、地方自治体の社会保障部局は老人ホーム等の施設ケアを提供しており、ボランティア団体や民間の施設に対してはその登録と監査業務を実施している。

（２）身体障害者に対する個人福祉サービス

全国で約600万人の成人の障害者があり、そのうち40万人（7パーセント）が何らかの施設で暮らしている。地方自治体の社会福祉部局は、障害者に対する社会復帰のための援助や治療といった個人福祉サービスを提供しており、地域の障害者数の把握、提供しているサービスに関する広報といった責任を有している。

社会福祉部局は、運営しているデイ・センターにおける個人的・社会的問題へのカウンセリング、職業・教育・社交・レクリエーション施設の紹介といったサービスから、住宅の改造（車椅子のためのスロープや1階のトイレ等）、日常生活の補助、食料の配達、家事援助・看護介護者の派遣等の広範なサービスを提供しており、また必要ならば、福祉電話等の福祉器具を提供することもある。重度の障害者には地方自治体あるいはボランティア団体による施設ケア、在宅の障害者を介護している家族へは一時的な休養をとるためのケア（respite care）、自活できる障害者には特別に設計された住宅が提供される場合もある。また、いくつかの地方自治体は、障害者が無料で公共交通手段を利用できる便宜を図っている。政府は、公共施設に車椅子用のスロープや盲人のための標識等の特別な設備を整えるよう奨励しており、新たな建物の建築の際には、こうした障害者用設備に関する特別な規定が定められた。

1988年の6月には「自活基金」（Independent Living Fund）が設置され、自宅で生活する重度の障害者に対して財政援助を与え、こうした障害者が有料の家事援助を受けるための補助を行っている。この基金は5年間にわたり運営される予定で、1988年には政府から500万ポンド、1990年には、2000万ポンドの資金が充当された。

1988年から89年に全国の心身障害者に関する極めて包括的な調査が行われ、その結果が発表された。この調査は、子供から成人までの幅広い年齢層で、自宅あるいは地方自治体の施設に生活する精神障害を含むすべての種類の障害者を対象に行われた。調査結果に基づいて、1990年1月に発行された白書では、障害者に対する社会保障手当の改革が提案された。

（３）精神障害者に対する個人福祉サービス

精神障害を持つ人々とその家族に対して社会福祉部局が提供するサービスは、短期的施設ケア、自宅療養者の家族に対する補助、住宅の設備の提供、その他のデイ・ケアであり、社会福祉部局は、保健省やボランティア団体と協力してそれを遂行する。その基本的な目

的は、精神障害者が可能な限りコミュニティのなかで通常の生活を送れるよう援助することであり、健康状態に支障がない限り病院への入院は奨励していない。

しかしながら、社会福祉部局が提供する専門施設によるケアの役割は重要性を増しており、こうしたコミュニティに密着し比較的小規模な専門施設では、特別なニーズを必要とする人々に対して専門家による援助が提供されている。

政府の政策に基づき、精神障害を持つ子供に関して、施設におけるケアから通常の生活を送りながらの自宅でのケアへの移行が進められている。

(4) 精神病患者に対する個人福祉サービス

社会福祉部局は、コミュニティにおいて、あるいはデイ・センター等の施設において、精神病の予防と病後のケアに関するサービスを提供している。ソーシャル・ワーカーは、病気によって生じる社会的・個人的問題に関して、患者とその家族を補助し、状況によっては精神病患者に対する強制的入院許可を申請し患者を病院に収容させることができる。強制的入院患者の権利は1983年の法律によって改正され、イングランド及びウェールズに「精神病関連法委員会」(Mental Health Act Commission)が患者の保護のために設立された。また、スコットランドでは1984年、北アイルランドでは1986年に同様の規定が設けられた。

1989年に政府は、精神病患者に対するサービス改善のための多くの施策を発表した。この施策は、各ディストリクト保健局(スコットランドでは保健局)に対して、退院した全ての患者に対する独自の特別ケア・プログラムを立案するよう求めた。また地方自治体が患者のニーズに対応するための新しい特別補助金計画、病院の強制的入院患者の収容や治療に関する規則、精神病患者のケアにかかわるボランティア団体への補助金に関する見直し、といった新しい施策が示された。

(5) 家庭に対する援助

社会福祉部局は、そのソーシャル・ワーカー等の活動を通じて、様々な問題を抱える家庭に対して多様な援助を行っている。この例として、怪我や放置のおそれがあり家族から離す必要がある子供、独居老人、未婚の母といった人々に対する援助、また高齢者などを抱え在宅ケアにあたっている家族に一時的な休息を与えるための援助があげられる。また、地方自治体やボランティア団体が運営している保護施設では、劣悪な住宅に住む家族、特に母子家庭に対して一時的な住居を提供している。こうした保護施設は、原則として短期間の住居を提供するものであり、施設に滞在中に問題を取り除く努力がなされる。さらに、ボランティア団体による家庭相談等の活動に対して、地方自治体はその費用を負担している。

家庭は社会を構成する最小の単位であり、円滑な社会生活のためには1つ1つの家庭の幸福が重要な要素と考えられている。1983年に家庭政策研究センター(Family Policy Studies Centre)が設置され、問題を抱える家庭に対する個人福祉サービス政策の効果と研究を行っている。また、1989年9月から、3カ年計画が開始され、5才以下の子供を持ち問題や障害を抱える家庭に対するボランティア・セクターの活動に対する援助が行われている。この計画に基づき、200万ポンドの補助金がボランティア団体に

提供され、主として一時的保護施設に生活している母子家庭等を対象としたデイ・ケア活動の研究と調査を行っている。

(6) 子供に対するケア

地方自治体による子供に対する個人福祉サービスは、(a)5才未満の幼児に対するデイ・ケア(託児所等)、(b)初期的段階でのケア(予防)、(c)保護者のいない子供に対するケア、(d)強制的保護を必要とする子供への対応、(e)養子縁組みの調整である。また、上記のサービスにかかわるボランティア団体への援助と管理も行っている。

(a) 幼児に対するデイ・ケア

5才未満の幼児に対するデイ・ケアは、働く母親の増加に伴い近年重要性を増しており、地方自治体、ボランティア団体、民間団体がそれぞれの持つデイ・ナースリー(託児所)等により提供している。自治体のデイ・ナースリーは、特別な社会的・保健的ニーズを持つ子供を優先的に受け入れている。また自治体は、地域の子守(ベビー・シッター)、民間の託児所(チャイルド・マインダー)、プレイグループ(主に母親等により運営されている託児所に相当する組織)などの登録や援助・助言も行っている。

(b) 初期的段階でのケア(予防)

社会福祉部局の重要な任務の一つとして、子供達が保護されたり、裁判に持ち込まれるような状況に追い込まれる前に適切な援助を与えることがある。このため、子供の放置、虐待、非行といった問題を抱える家庭に対して助言・指導・援助を行う責任を有している。

・児童虐待

親による児童虐待は、近年大きな社会問題になっており、その予防や対応は、自治体・政府の機関・専門家等が関心を有する共通の問題である。地域の調査委員会(review committee)では、こうした児童虐待に関する議論の場を提供し、政策・手続きの立案を検討している。1986年には、児童虐待の予防に関する職業訓練イニシアティブが開始され、この一環として訪問保健相談員・学校看護人・地方自治体社会福祉職員等に対する職業訓練が行われた。他方、1988年の刑法(Criminal Justice Act)、1989年の北アイルランド警察・証言規則(Police and Criminal Evidence(Northern Ireland) Order)に基づき、14才以下の子供が児童虐待のケースに該当する場合、テレビ中継を通じた証言が認められるようになり、公開裁判に比べ証言する子供の権利を尊重する形式になった。

(c) 保護者のいない子供等に対するケア

地方自治体は、孤児、捨て子、または両親が何らかの理由で養育不可能の場合、17才未満の子供に対し保護を与えなければならない。保護は、それがその子供の利益になると見なされ、かつ両親・親戚等が子供の養育責任を負えない限り18才まで続けられる。しかしながら地方自治体の判断で、両親あるいは親のいずれかに、子供を養育する義務を負わせることもある。親が自治体の判断に納得できない場合、裁判に訴えることができる。

このような判断を地方自治体が下す場合、子供の安全と児童福祉の向上を第一に考慮しなければならない。他方、子供が地方自治体の保護下にある場合は、子供が家庭に戻るよう家族の更正や問題の除去といった努力がなされる。

(d) 強制的保護を必要とする子供への対応

・イングランド及びウェールズ

地方自治体は、上記の(b)あるいは(c)のケアを提供する義務があるが、イングランド及びウェールズの地方自治体は、そうしたケアが及ばず子供が危険な状態にある場合、「少年裁判所」(juvenile court)に強制的な保護命令を申し立てることができる。その際、地方自治体は、その子供が強制的保護を必要とする理由あるいは事実(親による放置・虐待、道徳的危険性、両親・保護者の監督・統制が及ばない、学校の長期無断欠席、殺人以外の犯罪に関わった、などの事実)を裁判所に提示しなければならない。次に、裁判所による保護命令以外には、その子供に必要なケアや保護を提供できないことを証明する必要がある。地方自治体は、こうした証明をソーシャル・ワーカーを通じて、また両親・学校・警察と相談しながら行う。裁判所は、地方自治体の申し立てた条件と証明に基づいて子供のために必要と思われる「保護命令」あるいは「監督命令」を下す。保護命令は、子供の保護や教育等に関する権利を親に代わって自治体に委託し、子供を親から強制的に引き離すことを法的に可能にする。

地方自治体は、強制的な保護命令を受けた子供に対しても通常の家庭生活を送っている子供と同等のケアを与えなければならない。地方自治体は、状況に応じて保護下の子供を里親に委託することもある。里親の選択は厳格な基準に基づいた調査により決定され、また里親は養育費用に関する補助金を受けることもある。里親に預けることが適当でない場合、子供は施設で保護されることになる。こうした子供のケアのためのコミュニティ・ホームは、地方自治体やボランティア団体の運営する施設があるが、教育施設を伴った施設もあり、長期的なケアの必要な問題児を扱っている。

他方、監督命令は3年間を限度とし、子供は家庭で生活しながら地方自治体の監督下に置かれる。地方自治体は、ソーシャル・ワーカーや保護監察官を通じて、子供に対する適切なケアを与える。

1989年の「少年法」(Children Act)に基づき、イングランド及びウェールズでの子供に対するケアと家庭サービスに関する規定が改正され、1991年10月から施行される予定である。この法律によって、地方自治体の責任が一層明確化され、児童虐待や放置から子供を保護するための裁判所の権限が強化され、さらに両親と子供との間により対等な権利が与えられた。

少年犯罪者に対しては刑事手続きが適用されるが、「少年犯罪者も家庭の崩壊等に伴う犠牲者である」という考えから、刑事手続きと保護命令との中間といえる中間的措置(intermediate treatment)の有効性が見直されている。この処置は、少年犯罪者に自宅での生活を認めたまま、保護監察下でのコミュニティ活動・グループ作業、個人的カウンセリングを行うことを基本としている。しかしながら、しばしば施設での保護が短期間要求されることもある。また、こうした中間的措置プログラムに参加させる場合には、裁判所による監督命令が加えられることもある。

・スコットランド

問題を起こした子供あるいは保護の必要な子供に関して「少年聴聞会」(children's hearing)が開かれる。この聴聞会により強制的手段が必要と認められた子供に対しては、保護監察が命令される。この命令を受けた子供は、ソーシャル・ワーカーの監督の下で通常自宅での生活が認められるが、里親家庭や施設でのケアを要求されることもある。こうした保護命令を受けた子供のケアに関しては、地方自治体が責任を有しており、里親の選択や、施設・寮制学校の運営を行っている。

保護監察命令の期間中少なくとも年1度、各ケースに対する再審理が少年聴聞会あるいはスコットランド相によって行われる。スコットランドにおける少年福祉法については、現在見直しが進められている。

・北アイルランド

強制的保護を必要とする北アイルランドの子供は、裁判所の決定により感化院(training school)に送られるか、あるいは保護監察命令が下される。少年の犯罪者は、保護監察センター(attendance centre)において身体の鍛錬と実際的な学科の指導を受けるか、あるいは少年院に収容される。保健社会福祉局が、こうしたケアに責任を有している。

現在、北アイルランドにおいてイングランドにおける中間的処置に相当する規定はないが、新しい児童福祉に関する法律が制定される予定である。これによりイングランドやウェールズで行われたような改革が導入されることになる。

(e) 養子縁組み

地方自治体は児童福祉サービスの一環として子供の養子縁組みの調整を直接あるいはボランティア団体を通して行っている。養子縁組みは、障害児童を含む多様な年齢層の児童を対象としており、社会福祉部局は、必要のある場合は養親家庭に財政的援助を提供することができる。養子縁組み制度は法により厳しく規制されており、養子縁組み協会は社会保障相の承認を受けなければならない。戸籍本署長官(Registrars-General)は、養子縁組みの子供達の登録原簿を秘密書類として保管し、養子となった子供が18才になった時に、家族と本人に対して出生証明書とその他の詳細を明らかにする。また、こうした養子縁組みの状況について理解を促すための個人的カウンセリングが地方自治体によって行われている。

●保護者命令(Custodianship order)

里親・義父母・親類等が一定期間子供を養育する場合には、裁判所に保護者命令を申請し、子供の養育に関して法的に認められなければならない。この命令が下されると、その保護者には両親の持つ権利や義務が与えられ、日常の養育・教育等に関する事項を、実の両親の場合と同様に決定することができる。養子縁組み命令とは異なり、保護者命令は状況に応じて無効にされる場合もある。ただし、北アイルランドでは、こうした命令は規定されていない。

(7) ソーシャル・ワーカー

福祉サービスの能率的運営のためには、ソーシャル・ワーカーの活動が極めて重要である。ソーシャル・ワーカーは、大学・ポリテクニク・継続教育カレッジにおいて訓練を受け資格を取得する。訓練期間は資格の種類やそれまでの経験により異なるが、1～4年間である。法定のソーシャル・ワーク中央教育訓練委員会（Central Council for Education and Training in Social Work）が、ソーシャル・ワーカーの育成と志望者へのアドバイスを行っている。また同委員会はソーシャル・ワーカーの教育訓練制度に関する改革を提案している。

NHSに従事しているワーカーも含めて、専門職業としてのソーシャル・ワーカーは、主として地方自治体の社会福祉部局で雇用されているが、この他に保護監察サービス、福祉教育サービス、あるいはボランティア機関で活動している。こうしたソーシャル・ワーカーの広範な活動は、福祉サービス及びNHSの活動のあらゆる分野にわたっており、イギリスの福祉を考察する上で、非常に重要な専門職といえよう。