

〈論 文〉

コミュニティ・ケアと協同組合 —イギリスの事例から学ぶ—

中 川 雄一郎

はじめに

本稿の目的は、高齢者や障害者の介護をはじめ雇用の創出や仕事おこし、といったコミュニティに基礎をおく「福祉事業」にもっとも適切な「組織文化」は、非営利・協同に基づく「社会的経済」セクターの「協同組織文化」であることを、イギリスにおけるコミュニティ協同組合の事例を通して検証することである。1990年代初期以来、イギリスではコミュニティ協同組合による先進的で革新的な「福祉事業」の経験と実践が目立つようになってきているが、それらの経験や実践は、現に高齢社会の只中にあるわが国において「福祉事業」に関わりかつ社会的経済セクターを構成している生活協同組合、農業協同組合、労働者協同組合、共済組合などさまざまな協同組織に大きな示唆を与えると思われる。

イギリスにおけるコミュニティ協同組合の展開と成長についての詳細は『労働者協同組合の新地平：社会的経済の現代的再生』(日本経済評論社、1996年)を参照していただくとして、ここでは、高齢者や障害者のケア協同組合、雇用や仕事おこしのコミュニティ協同組合(ケア協同組合を含む)が「福祉事業」の展開を通してコミュニティの社会的、経済的再生のイニシアティブを取っていること、またケア・サービスを供給するコミュニティ協同組合やケア協同組合が1990年代初期以来創設・成長してきた契機は、保守党政府によって提案され、1990年に成立した「コミュニ

ティ・ケア法」にあったこと、さらにこれらのコミュニティ協同組合やケア協同組合が現にコミュニティ・ケア法の弱点を埋め、利用者のためのケア・サービスを遂行していることだけを指摘しておく。

ところで、総務庁の発表によると、わが国の65歳以上の高齢者人口は、過去最高の2049万人(1998年9月)となり、総人口の16.2%を占め、また男女別では男性が851万人、女性は男性の約1.4倍の1,198万人に達している。さらにわが国の高齢化率は、2005年に19.1%、2015年に24.1%、そして2025年には25.8%に達すると予測されている。2025年にわが国は「4人に1人が65歳以上の高齢者」となる超高齢社会を迎えるのである。この予測に基づく、2025年におけるわが国の高齢化率は欧米諸国の水準を上回って(イギリス19.5%、スウェーデン20.9%、フランス21.2%、ドイツ20.5%、アメリカ18.5%)世界一となり、また高齢化のスピードも欧米諸国をはるかに上回り(欧米諸国では高齢化率が7%から14%になるのに70年~100年を要したのに、日本はわずか24年でその水準に達した)、その上、虚弱・寝たきり・痴呆症などで介護を必要とする高齢者は、1993年に約200万人であったのが、2025年には約520万人にも及ぶと予測されている。しかも、これらの数字の対極には、いわゆる「少子化」現象が予測されているのであるから、少なくとも2010年前後には、わが国の現在の社会構造は大きく変化せざるを

得ないし、それにもなって経済構造それ自体も相当大きく変化することを余儀なくされるだろう。大量生産・大量販売・大量消費・大量廃棄といった、これまでの「市場原理」を唯一の基準とする「生産と消費のシェーマ」は転換されて、コミュニティに基礎をおく「生活の原理」を重要な基準とする「福祉のシェーマ」が強調されることになるだろう。

このような迫り来る超高齢社会を前にして、自民党政府は、「保険あって介護なし」の懸念を残したまま、2000年4月から導入される「介護保険法」を成立させた。この公的介護保険は医療保険や公的年金と同じ「社会保険」制度であって、その内容は国民全体で費用を負担し、要介護者に医療サービスや福祉サービスを提供するものである。同時に公的介護保険は、家族介護の限界、女性就業率の向上、少子化傾向などのために、「社会的介護」による「介護の家族負担の軽減」（現在、介護者の50%以上が60歳以上である）、「老人福祉」と「老人医療」による介護サービスを整理して介護保険へ一本化すること（いわゆる「社会的入院」の回避）を意図しているが、他方で在宅ケア（ホームヘルプ・サービス）、訪問看護、リハビリテーション、いわゆる「かかりつけの医師」としてのファミリー・ドクターの療養指導、ケア・プラン、特別養護老人ホームへの入所等さまざまな介護サービスを利用する対象者の認定基準を厳しくしている。そしてこれらのケア・サービスの利用に際しては次のような手続きがとられる。利用する対象者は主に65歳以上の高齢者（40歳～64歳の被保険者は「初老期痴呆など老化によって起きる症状で要介護状態になった人」でないと利用できない）で、しかも、利用する際には、本人もしくは家族が保険者である市町村（または特別区）に申請し、これを受けて市町村が本人を訪問調査し、ファミリー・ドクターの意見書を付して、医師や福祉関係者で構成される認定審査会に諮り、認定

審査会は「当該者が要介護状態にあるか否か、その程度はどのくらいか」を判定し¹⁾、認定後は6段階の限度内（月額約29万円～6万円）の範囲でケア・サービスを選択する、というものである。認定の可否、ケアの程度について基準を設けるが、その「線引き」は難しく、まして本来の意味でのファミリー・ドクター制度のないわが国でファミリー・ドクターの意見書の客観性、公平性がまず問題になり、また基準の公平さをどのように保証し得るか、が問題となるだろう。

公的介護保険は、本人負担部分を除くと、残りの費用を保険料と公費（税金）で賄うことになっている。保険料は40歳以上の者が納付し、その金額は市町村によって、あるいは本人の所得によって異なるが、不公正さを避けるためにガイドラインが設けられる。厚生省の試算によると、2000年度には月額2,500円程度、2010年度には3,500円程度になる（ただし、民間サラリーマンなら事業主が、国保加入者なら国がその半分程度を負担する）。試算では、導入時の2000年度の費用総額は約4兆2000億円で、これから本人負担と公費を除いた約1兆8,300億円が保険料となる（保険料は、65歳以上で基準以上の年金を受けている高齢者はその年金から天引きされ、年金の受け取り額の低い高齢者は市町村が個別に徴収し、そして40歳～64歳の人は各人が加入している医療保険に上乘せして徴収される）。これによって、2000年度の医療保険料負担は約1兆1,600億円の減少となる、と厚生省は見込んでいるが、しかし逆に、国民の負担は約6,700億円の増加となり、2005年度には約1兆円の増加となることが見込まれている。保険料を支払えない人たちの問題も含め、このような負担増をどうするのか、十分に考えていかねばな

1) 認定されなかった場合、また判定結果に不服がある場合には、都道府県が設置する機関に再審査を請求することができる。

らない。というのは、これらの問題はわが国の社会的、経済的構造の変化とそれに対応する政策に大きく関係してくるからである。

前述のような高齢社会あるいは超高齢社会における客観的な社会状況によって生みだされたこのような公的介護保険に基づくケア・サービスは、「私的介護」から「社会的介護」へ、というケアの社会的方向をつくりだすことに寄与すると思われるが、他方で、この公的介護保険制度にはケア・サービスについていくつかの不安定要素があることをわれわれは指摘しておかねばならない。第1はホームヘルパーの充足の問題である。新ゴールドプラン（「高齢者保健福祉推進10か年戦略」の見直し、1994年12月）ではホームヘルパーの目標数は17万人とされたが、現在その数は15万人程であり、しかも、「介護保険によって本当に必要になるホームヘルパーの数は50万人という試算が出て」いることから、運営主体である市町村としては不安を拭いきれないでいる²⁾。これでは「保険あって介護なし」の懸念が一層増幅されることになるだろう。

第2は実際に介護を受けられる対象者数が「65歳以上の13%」という試算に基づいていることである。先に述べたように、「認定審査」という作業によって介護の必要性が認定されてはじめて本人は介護の対象者になり、1割の負担をした上で介護料金を支払うのであるが、対象者が13%というのは、実は、かなりの「重介護を必要とする人」しか認定されない、ということである。「保険料さえ払っておけば、健康保険のように何割か自己負担があるとしても介護を受けられる、というわけではない」³⁾のである。

第3は認定審査会による「介護認定」の公

平性の問題である。この介護保険制度は1995年4月に「在宅ケア」から開始されたドイツの介護保険制度をモデルにして作られたのであるが、介護認定についてはドイツでも問題になっている⁴⁾。公的介護保険の日本とドイツとの大きな相違は、(1) 介護家族に現金を給付する（日本は「現物支給」、すなわち、各種のケア・サービス）、(2) 介護対象者に「40歳未満の若年障害者」を含む（日本は主に65歳以上）、(3) 運営主体は日本の健康保険組合に相当する企業別、職域別、地域別の「疾病金庫」（日本は市町村）、であるが、その他の仕組みはかなり似ている。そのドイツの公的介護保険であるが、『朝日新聞』によると、「保険料収入の範囲内で介護サービスを提供する」との「財政優先の方針」が大枠としてあるために、認定が必然的に厳しくなり、サービスの低下も問題となってきて、国民の間に不満が出ている⁵⁾、とのことである。「財政優先の方針を貫くあまり、要介護と認定される人数が抑えられたり、介護サービスの質、量がともに不十分だったり、という事態が起きている」⁶⁾のである。介護認定の公平性は、ドイツのように単に厳しいければ守られる、というものではないし、ましてや「初めに財源ありき」では「何のための介護サービスか」との不満が出ざるを得ない。

さらに介護認定の公平性については、「ケア・マネジメント・システム」のあり方が大

4) ドイツにおける「申請と認定審査」は次のような手続きで行なわれる。本人または家族が保険加入先の疾病金庫に申請すると、疾病金庫は各地域にある専門審査機関に審査を依頼する。審査機関には医師や看護婦などの専門家がおり、彼等が訪問調査する。そして審査機関の調査報告を受けた疾病金庫が認定の判断を行なう。

5) 『朝日新聞』（有岡二郎編集委員）1998年9月30日（水）付け朝刊。

6) 同上。ドイツの公的介護保険は1997年末で約90億マルクの黒字であり、これは年間支出総額320億マルクのおよそ30%に相当する（同上）。

2) 一番ヶ瀬康子「公的介護保険と高齢者福祉事業の現況」（『共済と保険』第40巻8号（1998/8）所収「共済協会セミナー第10回報告」）、p.19.

3) 同上、p.19.

大きく影響する。アメリカの政治学者ジョン・キャンベル教授は、ドイツの「厳格性」とは異なる視点から、「介護認定の厳格性」を次のように指摘している。「日本ではケア・プランを作成し、サービスの内容を事後評価する『ケア・マネジャー』として活用できる専門家が少なく、ケア・マネジメント全体を、サービス提供機関である病院や民間企業、あるいは『福祉公社』のような非営利組織に依存せざるを得ないと見られている」。そのような場合「サービス提供機関はまず、お客となる利用者（要介護高齢者）をできるだけ多く見つけ出してくる。そして、サービスの受給資格を高い水準に設定し、自分のところが提供できるサービスにそったケア・プラン（特に、高い収益が上がるようなサービスに力点をおいたプラン）を立てることなどによって、より多くの収入を得ようとするに違いない。さらに、利用者をつなぎ留めるために他のサービス提供機関に切り替えることなく、サービス提供を継続するよう誘導することに強い関心を持つはずだ。…この介護保険制度をより確固たるものとするために、ケア・マネジャーをサービス提供者から切り離して独立させること、そして要介護者の認定を厳格なものにする必要性を強調したい。」⁷⁾これを要するに、介護認定の公平性を維持するためには、「本当にサービスが必要な高齢者に対して、質・量ともに適正なサービスが提供されることを保証」できるように、ケア・サービスを提供する機関や組織から独立した「ケア・マネジャー」を配置して、ケア・マネジメント・システムそれ自体に「公平の原理」を導入することが不可欠である、ということなのである。現にイギリスでは、ケア・マネジャーをケア・サービス提供者から独立させて、「利

用者の代理人」とし、「利用者をお世話し、支援するという原則」が打ち立てられている⁸⁾。そのイギリスではまた、「ケア・マネジャーの独立の原則」と同時に、コミュニティ協同組合やケア協同組合は、ケア・サービスの利用者自身あるいは利用者の代理人をケア・サービスのプラン作成過程に参加させることを「原則」として打ち立てており、ケアを必要とする人とケア・サービスを供給する人とが対等な立場でケア・サービスに対応している。何故なら、ケア・サービスは本来「その人が人間としていきいきと自立して生きるために、残されている機能を活用しながら、損なわれた機能を補いつつ、幸せで充実した日常生活を送れるように援助すること」を目的としているからである⁹⁾。このような、ケアの利用者やその代理人がケア・サービスのプラン作成過程に参加する必要性は、「ヒューマン・アソシエーション」たる協同組合に固有の「組織文化」それ自体、すなわち、ケア・サービスの真の目的を理解する協同組合の内的性格が生みだすのである。

高齢者の介護保険制度について触れてきたが、これまで見てきたように、公的介護保険制度の下でのケアサービスについてはこのような不安定要素が予測される。しかし、2000年4月にそれが開始されることから、この介

7) ジョン・キャンベル（ミシガン大学教授）「介護保険がはらむ過剰給付の恐れ」（『朝日新聞・論壇』1998年2月20日（金）付け）。

8) 同上。キャンベル教授はまた公的介護保険の下での「過剰給付の恐れ」についてこう述べている。「厚生省は、過剰給付の発生を二つの制度によって防止できると期待している。一つはアセスメントの質問項目をコンピュータによって統計的に処理・分析することであり、もう一つは、要介護の認定を保険者である市町村の『認定審査会』に委ねることである。しかし、コンピュータによる処理・分析については、都合のよい結果が出るように質問項目を操作することは簡単だし、市町村の認定審査会も要介護認定についてどこまで厳格に対処するのか疑問である。」（同上）

9) 一番ヶ瀬康子、前掲書、p.19.

護保険制度の欠陥や弱点を埋め合わせ、イギリスに見られるような「利用者参加の原則」に基づくケア協同組合やコミュニティ協同組合を設立し、成長させるために、以下でイギリスのケア協同組合やコミュニティ協同組合の事例を論究し、非営利・協同に基づく社会的経済セクターの協同組織が高齢者や障害者のケア・サービス、雇用や仕事おこしの創造にいかにか適切な組織文化を有しているかを明らかにするとともに、わが国の高齢者や障害者のケア・サービス、雇用や仕事おこしにとって、労働者協同組合がいかにか重要であるかにも論及するであろう。

もう一言付け加えると、21世紀のわが国は、高齢者福祉や障害者福祉だけでなく、高齢者や障害者、子供や成人男女がゆとりをもって、安心して暮らせる社会的、経済的、自然的環境を創り出す「福祉の総合化」を基礎とした「福祉社会」の構築を目指さなければならないだろう。コミュニティを基礎とする「地域福祉」を中核としつつ、^{インフラストラクチャー}社会的な生活基盤を整備して、われわれのコミュニティを誰もが人間的な生活を送れるような「ヒューマン・アソシエーション」にしなければならないだろう。高齢者や障害者のケア・サービス、幼児・児童保育、教育、自然環境の監視や管理、資源リサイクル、住居、地域の農業や中小企業の振興などの福祉事業は地域の安定した雇用を創出するだろう。イギリスにおける高齢者や障害者のケア協同組合、コミュニティ協同組合によるコミュニティ・ビジネスは、このような思想のなかから生まれ、成長してきたのである。それは、われわれがイギリスのケア協同組合やコミュニティ協同組合の事例を論究するもう一つの理由でもある。

福祉国家の終焉とコミュニティ・ケア

マーガレット・サッチャーの福祉国家批判

ノーマン・ジョンソンは、「福祉国家」という言葉はもともと第2次世界大戦期のイギリス社会に対して用いられた言葉であったが、大戦後の社会政策と経済政策上の変化に言及する方法として一般的に用いられるようになった、と述べて、イギリスの社会政策と経済政策上における3つの変化を挙げている。彼はまた「福祉国家の知的構成要素」が「ケインズ、ベヴァリッジおよびフェビアン社会主義者の一部」に見いだされる、と指摘しているが、3つの変化から彼の指摘を首肯することができるし、またある論者が主張したように、それらが「イギリス社会の構造転換」をもたらしたことも必ずしも否定し得ないところである。3つの変化とは次ぎのものである。

(1) 社会保障、ナショナル・ヘルス・サービス(国民健康保険制度、NHS)、教育、住宅、雇用サービス、高齢者・障害者・身寄りのない子供たちに対する福祉サービスを含む広範な社会サービスの導入とその拡大、(2) 最高の政策目標としての完全雇用の維持、(3) 国有化プログラム、である¹⁰⁾。

今日、「福祉国家」がイギリスに固有の社会

10) ノーマン・ジョンソン著(青木郁夫・山本 隆共訳)『福祉国家のゆくえ：福祉多元主義の諸問題』(法律文化社、1993年、p.1.) ノーマン・ジョンソンは、「1950年代および1960年代においては、政治的および学術的評論家のいずれもが、福祉国家はイギリス独特な制度であると仮定していたように思われる」、と述べて、次のようなT.H. マーシャルの主張を紹介している。「イギリスの福祉国家は、それが誕生した環境条件が独特のものであったが故に独特のものであった」。「1940年代のイギリス福祉国家は19世紀第4四半期に始まった長い過程の到達点であった。…それはまた、機会と歴史が第2次世界大戦期および平時への移行期におけるイギリスの独自の経験にもたらした諸力の爆発の産物である。」(同上、p.1.)

システムである、と主張する人はいないであろうが、「福祉国家」がイギリスから始まったことは確かである。もちろん、先の3つの変化は突然起こったものではなく、「進化してきた」のである。ある論者は、イギリス福祉国家の起源は19世紀の70年代後半に遡ることができる、と述べているし、キリスト教社会主義者で、19世紀の70年代から80年代にかけてイギリス協同組合運動を指導したE.V. ニールはコミュニティに基礎をおいた福祉を協同組合運動として追求した。

国家政策上の3つの変化からも解るように、イギリス福祉国家のイデオロギーは「ケインズ主義とベヴァリッジ主義とフェビアン主義」であり、またケインズ主義とベヴァリッジ主義は「完全雇用」を福祉国家が成り立つための前提とし、そして「完全雇用」は経済成長を前提としていた。しかし、1979年にマーガレット・サッチャーが首相に就任したとき、イギリスの「福祉国家」を支える国家政策の前提は崩れかかっていた。国有化プログラムはもちろん、経済成長と完全雇用の双方もその実体を喪失しつつあったのである。彼女は、したがって、1991年に首相の座から降りるまでの間、福祉国家の前提を欠いていた「福祉国家」を批判し続け、社会保障制度を変更する要求を正当化してきたのである。

サッチャーによる福祉国家批判や社会保障制度の変更要求の決定的な要因が1973~74年の石油危機を引き金とする「経済成長の終焉」であったことは明らかである。それまでは、保守党も「トーリーの温情主義」を保持していて、福祉支出の削減を声高に主張しはしなかった。しかしながら、石油危機がイギリス経済を長期にわたるリセッションに追い込み、スタグフレーションが「社会的公正」を構成する諸要素から経済的要素を切り離すことを容易にさせるようになると、政府は、福祉部門を縮小し、経済・産業部門を拡大する政策をとりはじめ、1980年代に至ってもなお

一ドイツや日本と対照的に「イギリス病」と揶揄されるほど景気の低迷を続けていたイギリス経済の建て直しをまず企図したのである。

サッチャー率いる保守党政府が「イギリス病」に「外科的手術」を施すために採った方針は、「労働組合との対決」と「企業の民営化」であった。前者は、石炭から石油へのエネルギー政策の転換と関係があったが、同時にイギリス企業に国際競争力をつけさせるべく効率化を図るためであったし、後者は国营企業やガス・電気・通信・水道といった公益事業を民営化することによって、公益部門の企業や事業に一層の効率化をもたらすためであった。サッチャーは、従来中央政府や地方自治体が責任を担ってきたさまざまな部門を含めたすべての経済、社会、産業部門において新自由主義の「市場本位主義」を実行し、ケインズ主義を否定する「小さな政府」を確立しようとしたのである。

こうして、ケインズ主義を否定したサッチャーが次ぎに採った方針はベヴァリッジ主義を否定するそれであった。サッチャーによって国有化プログラムが排除され、ケインズ主義が否定された後にイギリス福祉国家に残されたのはベヴァリッジ主義であったが、しかし、彼女は、ベヴァリッジ主義を直ちに排除したり否定したりする代わりに、それを希釈化していく戦略を採った。すなわち、彼女は、「経済問題と社会問題とに対する公的責任」というコンセプトの上に成り立ってきたイギリス福祉国家の歴史を無視することができなかったのも、完全雇用を達成する見込みのない状況の下でケインズ主義を実行することはかえって「無責任」であるし、また世界同時的なりセッションが原因である失業に対して政府は「公的責任」を負うべきなのか、失業率の上昇は果たして「政府の失敗」なのか、という論調をつくりだす「回り道」をとって、国民生活に対する国家の責任を認めるベヴァ

リッジ主義を包圍していった。そしてそうしつつ、彼女は「民営化」と「減税」を柱とする産業政策と経済政策を実行していったのである。

民営化は、新自由主義が主張する「市場本位主義」と新保守主義が主張する「小さな政府」に基づく彼女の「反福祉国家政策」の柱であり、減税は、「成り上がりの中産階級」の創出を意図した彼女の政治的スタンスであった。「減税」という彼女の政治的武器は、一方では彼女や保守党を支持することになる「成り上がりの中産階級」を急造させたが、他方では、社会保障に関わる支出を犠牲にした—老齢年金の物価スライド方式による所得体系の掘り崩し、「持ち家政策」の導入による公共住宅建設費の大幅減、医療費や教育費の削減など—270億ポンドの減税となったことから、低所得階層に打撃を与えただけでなく、貧富の差の拡大をももたらした¹¹⁾。

新自由主義と新保守主義とに基礎をおいた「市場本位主義」=「民営化」と「小さな政府」による「イギリス経済の回復」を目指そうとしたサッチャーにとって、しかしながら、どうしても越えなければならない障害があった。失業問題である。彼女がアメリカで注目され始めた「従業員株式所有計画」(ESOPs)をイギリスに導入したのも、また1980年代に起こった労働者協同組合運動の成長がもたらした「協同組合開発機関」(Co-operative

Development Agencies, CDAs) の地方自治体および中央政府における設置—中央政府のCDAは後に廃止となる—も、労働者協同組合が雇用創出に貢献する、とサッチャーと保守党政府が考えたからである—野党であった労働党がCDAの設置に賛成したのは言うまでもない。しかし、失業問題に対処する際に彼女が採った方針は、「最低生活の保障」を原則とする「雇用と生存のための福祉」というベヴァリッジ主義の社会福祉制度を大きく変えるものであった。失業手当では1992~93年に73億ポンドに達し、翌94年には100億ポンドに達すると予測されるような状況であったことから、1980年代を通して失業問題が彼女にとっていかに重要な問題であったかが解るであろう。そこで彼女は、この失業問題を社会保障制度の変更と絡めさせた社会政策を展開したのである。その結果が、年金およびその他の高齢者向け社会保障制度の規模縮小と再編の実行であったのである。

第1に、1980年に国民保険年金の引き上げ方式が給与スライド制から物価スライド制に変更された結果、社会保障支出が削減された。高齢者が社会保障費の最大の受益者であったために、「高齢者が真っ先に攻撃目標にされた」のである¹²⁾。第2に、国家所得比例年金制度(SERP)のコスト負担がやがて深刻化すると予測した保守党政府は、その規模縮小を図り、年金算定方式を変更した。すなわち、「給与の高い過去20年間の平均年収の25%から全加入期間の平均年収の20%へと、大幅な引下げが行なわれた」のである¹³⁾。第3に、SERPの規模縮小と連動した「適用除外」の奨励である。1988年にSERPから職域年金へと「抜け出す」適用除外の権利が拡張されて、

11) 例えば、エリック・ミッドウインターはこう指摘している。「公式に発表された貧困者—平均所得の半分未満で生活している人たち—の数は、同時期(彼女が首相に就任していた1979~1991年の間)にわたって、(140万人の子供を含む)500万人から(16歳未満の全人口の3分の1に当たる390万人の子供を含む)1,350万人に増加した。この貧困者数は全人口の4分の1にも達したのであり、数字の上からは「3分の2社会」あるいは「3分の1社会」を意識させるようになったのである。」(Eric Midwinter, *The Development of Social Welfare In Britain*, Open University Press, 1994, p.147.)

12) アラン・ウォーカー著(渡辺雅男・渡辺景子訳)『ヨーロッパの高齢化と福祉改革：その現状とゆえ』(ミネルヴァ書房, 1997年), p.150.

13) 同上, p.52.

個人年金にも加入することができるようになった。そして「この適用除外を選択する加入者は、2,392ポンドから18,200ポンドまでの年収に対して、5.8%の国民保険料が免除された」¹⁴⁾。これは公的年金から私的年金への切り替えであるが¹⁵⁾、この切り替えによって適用除外申請者数が政府の予測数50万人をはるかに超える400万人となり、政府の免除料率の負担総額は93億ポンド（1993年4月）に達してしまった¹⁶⁾。

このように社会保障支出を大幅に削減したサッチャーは、社会福祉に関わる民営化＝「プライベートイズム」の全面的な導入を急ぎ、まず私的セクターにおける「居住施設ケア」の拡大を手がけた。例えば、民間の居住施設ケア料金に対する社会保障助成額は、1980年には1,800万ポンドにすぎなかったが、1993年には約20億ポンドへと大幅に増加している。この大幅な増額は、1980年代に地方自治体によって運営される高齢者のための居住施設ケアが120,000から100,000に減少したのに対し、私的セクターによる居住施設ケアが30,000から90,000へと3倍も増加したためである。かくして、公的セクターと私的セクターにおける居住施設ケアおよび25,000のボランティア組織が運営する居住施設ケアなどを合計するとおよそ223,000の居住施設ケアが配置

されたのであるが、しかしそれでも、イギリス全体で居住施設ケアを必要としている65歳以上の高齢者のわずか4%しか収容できないのである。この数字は「1895年の数字と同じである」とミッドウインターは述べている¹⁷⁾。

そこでサッチャー政府は、社会福祉に対する国の負担を減じるためのプライベートイズムの路線を変えずに、居住施設ケアの流れを停止して、その代わりに「コミュニティ・ケア」を中心とした福祉事業への私的セクターのアクセスとその拡大を押し進めていくのである。そのための第1幕が『グリフィス報告』であり、そして『白書』(Caring for People: Community Care in the Next Decade and Beyond)を経て、第2の、本格的な舞台が1990年の『コミュニティ・ケア法』(The National Health Service and Community Care Act)によって用意されるのである。これら一連の社会福祉支出の削減とケアの民営化＝プライベートイズムによる社会保障制度の規模縮小と再編は、実質的にベヴァリッジ主義に基づくイギリスの社会福祉制度を否定するものであった。かくして、サッチャー政府は、上述の「3つの変化」、すなわち、フェビアン主義に起源をもつ国有化プログラム、ケインズ主義そしてベヴァリッジ主義を否定して、1940年代以来イギリス社会が保持し続けてきた「福祉国家」体制の終焉を告げたのである。

グリフィス報告からコミュニティ・ケア法へ

地方自治体の支出項目を監査する会計検査院は、1986年に保健医療や他のソーシャル・サービスを扱う機関を調査し、その結果を『コミュニティ・ケアの現実』(Making a Reality of Community Care)と題して報告し、高齢者ケアが公的資金によるナーシング・ホームなどの居住施設ケアに容易に依存するため

14) 同上, p.52.

15) E.Midwinter, *op. cit.*, p.119.

16) アラン・ウォーカー、前掲書, p.53. ウォーカーは「年金制度は社会的不平等を再生産する仕組みである」と主張する。何故なら、「年金制度により、それ以前の人生で決められた個人的な優位や不利がかなりの程度まで、それ以降の段階に持ち込まれる」からである。例えば、「職域年金には二つの不平等が存在する。一つは、職域年金および他の私的年金への加入に際して、もっぱら社会経済グループと雇用上の地位とに基づく不平等が存在することである。もう一つは、高齢者の間に、年金の加入条件や支給水準の変更から生まれる世代間の不平等が存在することである。」(同上, p.53.)

17) E.Midwinter, *op. cit.*, p.152.

に、在宅ケアを望んでいる高齢者に対する有効なサービスの実行を妨げていること、また在宅ケアは居住施設ケアよりも費用がかからない、と主張した。サッチャー政府は、この報告を受けて、1987年3月にロイ・グリフィスにコミュニティ・ケア（特に高齢者のコミュニティ・ケア）サービスの組織と財政について検討するよう求めた。翌1988年3月にグリフィス調査委員会は『グリフィス報告：行動のための指針』(Community Care: Agenda for Action)を提出した。その翌年の11月に刊行された『白書：人びとのためのケア』はこのグリフィス報告に基づいて書かれたものである。そしてさらに、グリフィス報告は『コミュニティ・ケア法』へと連なっていくことになる。

グリフィス報告は「コミュニティ・ケア政策を推進する公的財源の用いられ方の現状に検討を加え、それらがより効果的なコミュニティ・ケアに繋がるような選択肢を勧告」し、次のように「ケアの転換」を求めた。すなわち、ケアは「できるだけ長い間自宅で、またできる限り近い環境で暮らすことができるよう援助されるべきであり、居住型福祉施設、ナーシング・ホームおよび入院治療などは、これら以外ではニーズを満たせない人びとのために用いられるべきである」¹⁸⁾、と。後で論及することになるが、「コミュニティ・ケア法」でもしばしば見られる言葉である、「コミュニティ・ケアに繋がるような選択肢」という場合の「選択肢」(choices)という言葉にわれわれは注意しておく必要がある。この「選択肢」はケア・サービスを受ける人を「消費者」と位置づけて、市場原理に基づいてケア・サービスを「購入する」ことを意味するからであ

る。『白書』と『コミュニティ・ケア法』ではこの「選択肢」は「ケアの混合経済」という言葉とも結びつけられている。

グリフィス報告はまた、地方自治体のソーシャル・サービス局(Social Services Department)が次の6項目を実行するよう勧告した¹⁹⁾。

- (1) コミュニティにおいてケアや援助を必要とする人たちを見いだす仕組みをもつ。
- (2) 人びとのニーズは、その人が置かれている状況を考慮して、評価する。
- (3) ニーズをもつ本人とインフォーマルな介護者の意見や希望を考慮しつつ、最適な「ケア・パッケージ」を決定する。ケアがSSDによって直接提供されるか、間接的に提供されるかは問わない。
- (4) 利用できる資源と他の人びとと競合するニーズに基づいて、その人に対する優先順位を決定する。
- (5) 決定されたサービスのパッケージに基づいてサービスを実施する手筈を整える。
- (6) 提供されるサービスのパッケージおよびその人のニーズとその人を取り巻く状況について継続的に評価する。

これら6項目の勧告はほぼコミュニティ・ケア法に盛り込まれることになるが、(3)の「ケアがSSDによって直接提供されるか、間接的に提供されるかは問わない」とした部分はコミュニティ・ケア法では変更され、SSDはケア・サービスを受ける人と提供する人との間の調整役とされている。ところで、これらの勧告は、一見すると、SSDの活動範囲の明確化を勧めているにすぎないように思われるかもしれないが、実際にはコミュニティ・ケアの細分化、フォーマル・ケアにおける地方自治体の「独占的役割」の抑制、インフォーマル・ケアや準フォーマル・ケアによるケアの

18) バーバラ・メレディス著 (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：利用者主体の英国福祉サービスの展開』(ミネルヴァ書房, 1997年), p.28.

19) 同上, p.29.

「安価なやり方」の奨励、「行政と運用の分権化を図る一方で、財源の管理を中央集権化する」という二重方向の政策」を採ることが意図されていたのである。これは、「国家の守備範囲を後退させると同時に国家の管理を集権化する」というニュー・ライト戦略の一つの現われ²⁰⁾、とウォーカーは主張している。

かかるグリフィス報告の意図は、『白書』に引き継がれて、①在宅被介護者へのサービス、②介護者へのサービス、③ケア提供の際のアセスメント、④各機関の責任分担の明確化、⑤公的財源の有効な活用、⑥ケアの混合経済、というケア改革の「6つの基本原則」として強調された²¹⁾。『白書』も「ニュー・ライト戦略」に基づいているのであるから、その最終的な目標が「ケアの混合経済」にあったことは明らかである。要するに、白書は、「ケアの混合経済」を大前提として、在宅ケア・サービス、すなわち、「コミュニティ・ケア」サービスを「重点的に配分」し、限られた財源を「有効に活用する」ために、コミュニティ・ケアの大部分を担う「家族・近隣住民・友人などの介護者によって提供される」インフォーマル・ケアや準フォーマル・ケアの支援を前提に「ケアの社会的承認」を得ようとしたのである。ここには、コミュニティ・ケアと家族介護、とりわけ妻・母としての女性による介護の問題が潜在しているのである。白書は次のように記している。

質の良い公的サービスと並んで、現在盛んになりつつある民間セクターの開発を進めること(中略)。SSDは、条件整備的な機関となるべきである。したがって、民間営利およびボランティアのサービス供給組織を最大限に活用することは、今後、SSDの

責務となる。²²⁾

「ケアの混合経済」とは「市場原理の導入」のことである。白書が述べているように、ケア・サービスの供給組織の多元化によってサービス利用者の「選択肢」が広がり、他方でケア・サービスの競争により「サービスの質」が向上する、と政府は考えたわけである。SSDはケア・サービスの供給主体であることを止めて、民間営利組織やボランティア組織を活用するための条件整備機関となり、ケア・サービスの領域でも競争、選択肢、消費者という言葉が多用されるようになるのである。

1990年に成立し、1993年から施行されるようになった「コミュニティ・ケア法」はグリフィス報告と白書の果実であった。サッチャーからメイジャーへと続いた保守党政府が、「イギリス福祉国家」の3つの要素—フェビアン主義・ケインズ主義・ベヴァリッジ主義—を否定しその終焉を告げるや、ケア・サービスの領域においてさえも地方自治体の役割を縮小させることに成功した背景には、現にソーシャル・サービスを受けている人たちや潜在的な受益者から福祉サービス行政とサービス内容に対するかなりの不満や批判があった。ウォーカーはそれを4点にまとめている²³⁾。

第1は、ソーシャル・サービスの官僚的組織、その複雑さ、切実なニーズへの対応の鈍感さである。これに対して、障害者や利用者のグループは世論に訴え、宣伝活動を組織して、ソーシャル・サービスの改善に影響力を及ぼそうとした。

第2は、フェミニズムからの、ケアにおける「性差別性格」に対する批判、いわゆる「ジェンダー」の視点からの批判である。イギリスは1960年代末から1970年代初期にかけてフ

20) アラン・ウォーカー、前掲書、p.63.

21) バーバラ・メレディス、前掲書、pp.32-36.

22) 同上、p.34.

23) アラン・ウォーカー、前掲書、pp.64-65.

フェミニズムの復活を見るのであるが、その復活の背景には、イギリス社会では、「有償労働への女性の参加」が顕著になってきたにもかかわらず、女性は依然として、自らを「個人」としてよりもむしろ「妻」として「母」として、すなわち、家族・血縁関係によって規定される存在と見なされる「イデオロギー的仮説」に対して強い不満と批判があった。その点はコミュニティ・ケアにも当て嵌まるのであって、フェミニストたちは、コミュニティ・ケアは、インフォーマル・ケアにせよフォーマル・ケアにせよ、実際は「女性親族によるケア」であり、「労働と愛情という2つの特質」から成り立っている、と強調することによって、「女性を搾取しないで成り立つケア」を模索していく。しかしながら、「女性を搾取しないで成り立つケア」は、グリフィス報告や白書の言うコミュニティ・ケアが「インフォーマル・ケアを提供する女性の労働が手に入ることを前提」としている限り、またソーシャル・サービスやケアの改革が「女性の無報酬または安価な報酬でのサービスに依存している」、という福祉やケアの枠組みと社会意識を変革しない限り、フェミニストの実践的課題にはなり得ても、実現の可能性はきわめて小さいと言わざるを得なかった。だが、それにもかかわらず、フェミニストの現状批判は、一方ではコミュニティ・ケア法の成立に巧みに取り込まれてしまうことになるが、他方では女性による、あるいは女性が中心の「ケア協同組合」や「コミュニティ協同組合」の設立に大きく貢献するのである。そして、ケア協同組合やコミュニティ・ケアを主要な事業とするコミュニティ協同組合の設立こそ「女性を搾取しないで成り立つケア」の実現の試みとなるのである。

第3は、フェミニズムによる批判と関連するが、「インフォーマル・ケアの提供に責任をもつ人びとが、自分たちの固有のケースを問題にする」ようになってきたことである。す

なわち、これまでの福祉・ケア政策がいかに介護者のニーズを顧慮してこなかったか、「インフォーマル・ケアの介護者の活動を支えるために、いかに国が何もしてこなかったか」という政策当局や行政に対する現状批判になっていった。

そして第4は、「エスニック・マイノリティの介護者および介護の利用者が、ソーシャル・サービスは彼らの特殊なニーズを認識できないこと、彼らの文化的背景や人種差別を受けた経験がソーシャル・サービスの提供に反映されていないこと」を批判したことである。特に、民族、母国語、文化意識を異にし、また宗教を異にする多様な人たちは、各々異なったケアへのニーズをもち、それ故、異なった対応を要求するのである。そのようなケアのあり方を求める行動も福祉行政に対する現状批判になっていった。

これら4つの現状批判は、既存のソーシャル・サービスやケア・サービスのあり方を変える大きな圧力になったのであるが、他方でそれらは「市場本位主義」に基づく「ケアの混合経済」を方向づけるための要因として保守党政府によって巧みに取り込められてしまうのである。この「ケアの混合経済」を決定づけるイニシアティブは、「イギリス福祉国家」を成り立たせていたフェビアン主義・ケインズ主義・ベヴァリッジ主義を否定したサーチャーリズムに基礎をおいた保守党政府のイデオロギーにあったことは、既に述べた通りである。しかし、「ケアの混合経済」を前提とするコミュニティ・ケアは、居住施設型ケアに変化をもたらし、家族への負担を増加させていること、それに「フォーマル・ケアの部門における分業構造」の変化を受けてケア・サービスの利用者と供給者の双方に新たな問題を投げかけることになった。そしてケア協同組合を含む、ケア・サービスを事業とするコミュニティ協同組合が設立され、労働者協同組合運動の再生に貢献するのも、この同

じ時期であった。

コミュニティ・ケアとケア協同組合

グリフィス報告と白書の果実である「コミュニティ・ケア法」の中心軸は「ケアの混合経済」である。では、「コミュニティ・ケア」とは何であり、「コミュニティ・ケア」は何故「ケアの混合経済」を中心軸としなければならないのか。「ケアの混合経済」によってコミュニティ・ケアは有効に機能するのだろうか。コミュニティ・ケア法が成立する経済的、政治的、社会的背景はグリフィス報告と白書に論及することで既に見てきた。したがって、ここでは、「ケアの混合経済」を批判的にとり上げて、ケア協同組合あるいはコミュニティ協同組合によるコミュニティ・ケアの有効性を、換言すれば、協同組合の組織文化がコミュニティ・ケアにいかに適しているかを明示することにしよう。

コミュニティ・ケアと「ケアの混合経済」

コミュニティ・ケア法は、既に見てきたように、福祉およびケア・サービスにおける「地方自治体の役割の制限」と「消費者主義」を強調している。前者は、地方自治体はケア・サービスの供給者ではなく、個々人のケア・サービスのニーズを査定し、ケアの組み合わせをデザインし、そしてサービスの供給を保証することに責任を負う機関に留まることを意味し、後者は、その結果、ケア・サービスの「供給と購入」が切り離されて、SSDに民間営利組織やボランティア組織によるケア・サービスを最大限活用させることを意味した。コミュニティ・ケア法が「選択の幅の拡大」とか「幅広い選択肢の提供」と言っているのはまさにこれらのことに外ならないのである。それでは、これによって、ケア・サービスを必要としている人たちや介護者(carer)に本当に幅広い選択肢が与えられるであろう

か。

ところで、コミュニティ・ケアのコンテキストにおいて「選択肢」とは何を意味するのであろうか。「選択」という用語は、「所与のものからあるものを選ぶ」という行為を意味するきわめて簡単明瞭な用語である。しかもそれは、一般的に促進されるべきことであっても、原則上反対されるようなことではない。しかしながら、「選択」という行為の対象となる「選択肢」という用語は必ずしも簡単明瞭なものではないのであって、コミュニティ・ケアのコンテキストにおいて「選択肢」を考える場合にはなおさらである。何故ならば、コミュニティ・ケアの「選択肢」はサービスの(利用者の代弁者や潜在的利用者としての介護者を含めた)「利用者のエンパワーメント(権限強化)」と大きく関わってくるからである。利用者のエンパワーメントは、利用者・代弁者の願望が供給者の願望よりも下位に置かれたい、ということの意味するのであるが、このエンパワーメントが合理的になり得るのは、自立と自己決定に基づくノーマライゼーションが確立している場合であり、あるいはノーマライゼーションが確立している組織においてである。では、ケア・サービスの「利用者」が単なるケア・サービスの「消費者」として位置づけられる場合はどうか。その場合に考えられる重要な問題は、消費者はケア・マネジメントなどの「意思決定過程」と無関係である、ということである。それ故、「消費者の選択肢」は、消費者の目の前に差し出された「ケア・サービス・メニュー」から、自らの判断でケア・サービスの1つあるいは2つを選択するだけのことになる。換言すれば、「ケアの混合経済」とは、理論的には、ケア・サービスの利用者・代弁者を、サービスを購買する単なる「消費者」と見なし、さまざまな段階のケアに利用者・代弁者や介護者の意思を反映させることはしない、という「ケア・サービス市場論」なのである。だが、

ケア・サービスの第1の目的は、サービスの「利用者が自らの生活をできる限り管理できるようにする」、利用者の人間的自立を援助することなのであるから、利用者・代弁者の参加を保証するシステムがケア・サービスには不可欠なのである。利用者・代弁者がケア・サービスの意思決定に参加するシステムと自己決定のシステムとが組織的に保証されることによって始めて、利用者は人間的自立を促進することが可能になるのである。

それとは反対に、利用者・代弁者を単なるケア・サービスの購買者としての「消費者」と見なして、彼らの意思決定を「ケア・サービス・メニュー」からの選択であるとする「ケアの混合経済」は、理論的にも実際的にも、その矛盾を、もっとも弱いところに露呈させることになる。アラン・ウォーカーは、この点について次のように強調している。すなわち、「ケアの混合経済」がもっともはっきり見られる高齢者の居住施設型ケアは、高齢者にとって、コミュニティ・ケア法の言う「選択の幅の拡大」や「幅広い選択肢の提供」といった状態にない。例えば、多くの高齢者がナーシング・ホームに入居するのは、それに代わり得るコミュニティを基盤とした頼れる場所も自分の家を購入する資金もないためである。このような高齢者は「ナーシング・ホームでの依存性の高い生活に、まだ必要のないうちから投げ込まれる」のである²⁴⁾。もし「幅広い選択肢」を活用できる高齢者がいるとすれば、彼は資金に恵まれてはいるが、頼るべきコミュニティがなく、家族も隣人も知人もいない、そういう高齢者なのである。そのような高齢者は果たして何人いるというのか。ウォーカーはこう強調している。

実際にナーシング・ホームに入居するに

あたっては、「選択」という言葉は当て嵌まらない場合がほとんどである。ナーシング・ホームへの入居の必要性は、インフォーマル部門でのケアが危機に陥ったために生じるので、(高齢者には)あれこれの選択肢を「見て回る」余裕はないのが普通である。²⁵⁾

グリフィス報告、白書それにコミュニティ・ケア法のいずれも、「ケアの混合経済」の下での福祉やケアにおける私的セクターの拡大は選択肢の幅を拡大する、という「神話」に基づいているのであって、高齢や障害のためにケアを必要とする利用者を単なる消費者としか見なさない、文字通りの「消費者主義アプローチ」(consumerist approach)ですましているのである。コミュニティ・ケア法が「ケアの外部化」を前提している限り、私的セクターが「福祉・ケア市場」に介在し、とりわけ高齢者の居住施設型ケア・サービスの「選択肢」を広げることは十分考えられるが、しかし他方で、(大規模ではないが)居住施設型ケアも含めた高齢者へのケア・サービスにはケア協同組合も介在してくるのである。そしてケア協同組合の場合には、「消費者主義アプローチ」ではなく、「利用者参加型アプローチ」(user participatory approach)がなされるのである。「利用者参加」は協同組合に固有の組織文化であり、それ故、「利用者参加型アプローチ」は、協同組合組織文化の特徴的性情格である「民主的運営」に基づくアプローチであることから、「民主主義アプローチ」と言い換えることができる。「利用者参加型アプローチ」あるいは「民主主義アプローチ」は次のことを意味する。

組織における発言権やサービスにおける

24) 同上, p.69.

25) 同上, p.69.

発言権を人びと（利用者）に与えることによって、人びと（利用者）に権限を与える。権限および権限の分類上の変更がこのモデルにとって主要なことである。このモデルは市民としての人びと（利用者）に関心を払う。民主主義アプローチは意思決定への人びと（利用者）の直接参加を高める組織機能^{スキム}ともっとも明瞭に結びついている。²⁶⁾

見られるように、このアプローチは、「消費者主義アプローチ」と異なって、高齢者・障害者のようなケア・サービスの利用者を、単に「ケア市場」に立ち現われる「消費者」としてではなく、組織とケアにおける発言権と意思決定への参加権を有する「市民」として位置づけ、かつそれらの権利の行使を組織的に保証するのであるが、ウォーカーも、協同組合組織文化には直接言及してはいないものの、同じようなアプローチと論調を示している。彼はこう述べている。コミュニティ・ケア法やそれに基づく政策指針にも「利用者参加」や「エンパワーメント（権限強化）」についての具体的な提案がまったくない。サービスの利用者は自分で「ケア・パッケージ」を決めるのではなく、短にケアを受け取るだけの「受身の存在」と見なされている。「ケア・マネジメント」—「ケア・マネジメント」自体は行政中心にも利用者中心にもなり得る—が強調されているものの、「ケアの混合経済」という市場原理に基づく経済効率性が叫ばれていることから、それは「費用抑制」のための行政手段だと考えられている。それ故、ケアの利用者の立場からすると、コミュニティ・ケア法に提示されている「利用者の参加」と

は「単純な市場分析に基づくきわめて限定された」参加にすぎないのである。コミュニティ・ケア法は「スーパーマーケット型の消費者主義」に由来しているのであるから、『『生産物』の間に幅があるとしたら、サービスの利用者は、自動的に特定の生産物を忌避したり、市場から出ていったりする力を持つ、ということ的前提に」した「利用者の参加」に触れているにすぎないのである。しかし、このことは「消費財の市場に関しては事実であっても、社会的ケアの領域では成り立たない。」事実、「高齢者の多くは障害をもっていたり、体が弱かったり、病気だったりする。彼らはあれこれの店を見て回ることはできないし、市場から出ていける見込みもないのである」²⁷⁾。言葉の真の意味で、ケア・サービスにおける「利用者の参加」とは、ノーマライゼーションが社会的、組織的に確立されていることを前提にして、ケア・マネジメントをはじめとする意思決定過程に利用者・代弁者・介護者が直接間接に参加することであって、ケアの利用者が「ケア・サービス市場」で「ケア・サービス・メニュー」からサービスを選択することではないのである。ましてや、高齢者や障害者には、本来的に「選択の幅」が限定されているのである。ウォーカーの批判は鋭い。

彼は次に「社会的ケアの消費者主義」アプローチの2つの前提、すなわち、1つは、「独占」は公的セクターにおいてのみ機能する、もう1つは、私的セクターは公的セクターの「適切な代替機関」である、と考えられていることを批判し、この2つの前提が実際的にも理論的にも誤りであることを論じる。彼の論点は、ケア協同組合を公的セクターでも私的セクターでもない、「第3セクター」として意識して展開されているのではないにも

26) Kristen Stalker, The antinomies of choice in community care, *Needs Assessment and Community Care: Clinical Practice and Policy Making* (Edited by Steve Baldwin, Butterworth-Heinemann, 1998), p.91.

27) アラン・ウォーカー、前掲書、pp.72-73.

かかわらず、第3セクターのもっとも重要な事業組織、「社会福祉を強化する基本的手段」である「社会的経済企業」のコアとなるケア協同組合がいかにケア・サービスの供給者として適切であるかを示して、大いに示唆に富んでいる。

ナーシング・ホームやケア・ホームに入居している人たちにとって、それが公営であれ民営であれ、施設提供者が「独占的な力」をもっているものであり、入居者本人には「選択の余地」などないし、また「理論的にどんなに選択の余地があったとしても」、実際に選択できないのであれば、「消費者の主権」は行使できないのである²⁸⁾。さらに、高齢者や障害者の「ソーシャル・ケア・サービス」は、それが確かに「金銭的な取引」であるからといって、サービスの購入者がサービスの供給者に対して影響力や支配権を必ずしも行使できないのであり、このことが通常のサービス市場や消費財市場と決定的に異なるのである²⁹⁾。われわれはここで社会化された「ケア・サービス」の特殊性を十分に認識しておかなければならない。ケア・サービスの領域においてはケア・サービスの購入者である利用者が、供給者である私的サービス企業から購入するサービスを自分の意思に従って自由に使用することは一般的に不可能なのである。利用者が自分の意思をケア・サービスの過程に取り入れることができるようするためにはケア・サービスにおける「利用者参加型アプローチ」を固有の組織文化としなければならないのである。

そこで—とウォーカーは言う—「力の弱いサービス利用者がサービスの供給者に影響力を発揮できる唯一の方法」は「利用者またはその代弁者がサービスの組織や経営に対する

発言権を保証されること」である。何故なら、これによってケア・サービスが実際に利用者のニーズを反映させることを保証し得るからである³⁰⁾。ケア・サービスの利用者が「組織と経営」に対する発言権をもつべきだ、というウォーカーの主張こそ、福祉サービス、ケア・サービスの領域における「スーパーマーケット型消費者主義」を克服し、実質的にコミュニティ・ケア法の欠陥と弱点を埋めて、利用者と代弁者それに介護者が協同して福祉サービスとケア・サービスを実現していく合理的かつ民主主義的な方法を明示しているのである。そしてここに、高齢者や障害者のケアとその他の福祉事業を展開しているケア協同組合やコミュニティ協同組合に重要な社会的役割が与えられている、と言わなければならない。次のウォーカーの指摘は、ケア協同組合がその固有の組織文化のなかに確固として位置づけていくべき視点を提示している。

消費者志向のモデルとは対照的に、利用者中心の考え方、または**利用者の権限を強化しよう**という考え方は、ニーズの査定だけでなく、**サービスの展開、経営、運用にも利用者を参加させる**ことを目指している。その目的は、利用者または潜在的な利用者に、自分たちのニーズとそれに応じたどんなサービスが必要かを明確にする機会を提供することにある。介護者も介護を受けている者も潜在的なサービス利用者と思なされる。必要な場合には、**精神障害をもつ高齢者の利害を代表するために独立した代弁者が立てられる**ことになるだろう。サービスは、**利用者の自己決定権、ノーマライゼーション、(人間の)尊厳を尊重**するかたちで組織化されるであろう。サービスは、自由裁量ではなく、**権利として分配**され、

28) 同上, p.73.

29) 同上, pp.73-74.

30) 同上, p.74.

独立した検査と苦情処理の手続きが保証され、民主的な監視の下で実施義務を果たすことになるだろう。³¹⁾ (太字は引用者)

ケア・サービスの本来のあり方についてのウォーカーのこの指摘に対応でき得るためには、サービスを供給する組織それ自体が、そのメンバーあるいは利用者の経営・運営への参加権、自己決定権、公正・平等な権利といった「民主主義的アプローチ」を固有な組織文化として常に展開していなければならない。その点で、民主主義的アプローチの上に構築された協同組合の組織文化に基礎をおくケア協同組合は、ウォーカーの指摘にもっとも適合的に応え得るのものである。その意味でまた、コミュニティ・ケア法の欠陥や弱点を埋めることを可能にするのも、ケア協同組合の民主主義的アプローチの組織文化であるといえよう。

ところで、コミュニティ・ケア法はいくつかの欠陥や弱点をもっているが、なかでも次の2つの欠陥は、このケア法の前提ともなっていることから、きわめて重大である。第1は、先に述べたように、ケア・サービスの利用者が、「スーパーマーケットで消費財を購入する」と同様に、あたかも自由にケア・サービスを購入することによって「消費者主権」を発揮できる、と考えたことである。この欠陥については既に批判しておいた。第2は、「介護者と介護される人たちとの間に利害の衝突があるかもしれない」ことを認識しなかったことである。ウォーカーも述べているように、実際には「高齢者と介護者、サービス提供者の間にはきわめて切実な問題が存在している」のであって、グリフィス報告、白書およびコミュニティ・ケア法のいずれもがこのジレンマに気づけなかったのは、それらが

「いかなる状況においても、家族がまず第1の介護者であるべきだ、ということ的前提にしているためである」。しかしながら、現実には「家族による介護は最良の場合もあれば最悪の場合もある」のであって、この点を看過すると介護者と被介護者の双方の関係が破綻する状態をつくりだしてしまうのである³²⁾。この欠陥は、前に触れておいたフェミニズムからの「ケアにおける性差別」批判と関係することであるが、何よりもミセス・サッチャーや保守党政府が「家族を第1の介護者」として、社会的ケアを最小限に抑えこむシステムづくりあげようとしたことに最大の要因がある。このことは、実は、サッチャーや保守党政府がコミュニティ・ケアをどのように考えたのか、というケア・サービスのあり方の根本問題に行き着くのである。そこで、「ケアにおける性差別」あるいは「ケアにおけるジェンダー問題」について少しく言及しておこう。

コミュニティ・ケアとジェンダー問題

一見すると、「コミュニティによるケア」を暗示する「コミュニティ・ケア」という表現は、ケアを実行するのは一般に女性であるという事実をカモフラージュする、との批判がフェミニストから提起されている。というのは、「コミュニティ・ケア」という用語は、実際には、「コミュニティによるケア」を意味するよりもむしろ「コミュニティにおけるケア」を意味し、また「コミュニティにおけるケア」が、新保守主義に基づくサッチャーや保守党政府の「企業の民営化」政策によって地方自治体による公的ケア・サービスの廃止と「コミュニティ・レベルでの民営化」となって、ケアの「公的責任を個人や家族に転化」し、ボランティアや慈善的なNPOやNGOにケア

31) 同上, p.74.

32) 同上, pp.79-80.

の援助を仰ぐことを意味するようになったからである。ケア・サービスの領域における民営化は、実際には、女性のインフォーマルな無償のケアや安価なケアそれにボランティア・ケアに依存することになるのであって、これによって女性はなん役もの役割を負わされるのである。一方で「女性的特性」(feminine traits)を自然的、生物学的なものとして社会的に構成し、他方で「男性的特性」(masculine traits)を現代的な「経済合理主義」の構成要素と見なすこの歴史的、社会的、経済的、政治的、イデオロギー的枠組みは、ミセス・サッチャーが追求した「民営化」と「小さな政府」の枠組みでもあったが、「女性によるケア」を「ケアのステロタイプ」とし、「一つの女性的特性」にまで祭り上げてしまったのである。それ故、「女性的特性」を排除して「男性的特性」を優先させる「経済合理主義」に基づく「コミュニティ・ケア法」は男性主義者の産物であって、イデオロギー的には、これは、「無償労働によって搾取される」介護者(carer)に対する「支配形態」となり得るのであり、サッチャーやニュー・ライトが殊更にコミュニティ、家族それに「母によるケア」(mother-care)を強調したのにはそのような意図があったからに外ならない、とフェミニストは主張するのである³³⁾。

一般に、ケア労働が何よりも「女性の仕事」であるとされる場合、次の2つの仕方で主張される。第1は「無償の社会的再生産」である。これは、家族世帯内とその周辺内でのケア、家事や育児のような私的領域で女性が行なう仕事を含む。第2はボランティアな福祉の仕事である。これは、家族世帯外でのボランティア・ワークやケアのような、自発的にコミュニティに参加することを含む。これら双方

のケア・ワークとも私的領域で遂行されるために、「労働」とは見なされない³⁴⁾。このように、女性が、まずケアや家事・育児といった家庭内で仕事をするこも、家庭外でボランティアな福祉活動を行なうこもともに「私的領域での無償の仕事」と見なされ、「社会的労働」と見なされないことの結果、ケアをはじめとする私的な家庭内外の仕事は女性の仕事である、との「文化的ステロタイプ」が継続されて、「最初の介護者」(primary carer)としての「母親」というステロタイプが子供たちに影響を及ぼしていく。そして子供たちが自分たちの仕事を選ぶ準備をする際に、「公・私」という二分法がこのステロタイプを再生産し、「私」よりも「公」に優先権があるものとされてしまう、とM.エドワーズは「ケアの社会的帰結」をそう論じている。他方で彼女は、「ケアの経済的帰結」を論じて、介護者として多くの時間を費やす女性は雇用の機会を減じることになるが、それは夫への依存や年金への依存となり、病気を患ったり高齢者になった時にはこの依存状態はさらに増大し、遂には介護者としてやっていくために別の人の肩にその依存状態がかかってしまい、かくして、このサイクルが永続化する、と主張している³⁵⁾。

エドワーズのこれらの主張には当然、資本主義的な労働市場の枠組み—男性の労働参加率と女性の労働参加率は大きく相違する—がその論拠とされているのであるが、それでは、女性が「ケア・ワーク」を行なう場合、その労働は社会的にどのように評価されるべきであるか、が問われることになろう。換言すれば、誰が何故ケア・サービスを供給するのか、誰が何故ケア・ワーカーになるのか、が問われなければならないのである。既に述べたように、社会は、女性の労働を私的領域に追い

33) Melanie Edwards, *Feminist Perspectives on Community Care in Australia*, *op.cit.*, pp.99-102.

34) *Ibid.*, p.103.

35) *Ibid.*, p.104.

やることによって、女性を「介護者」として家族ケアに従事させ、さもなくば安価な、または無償のボランティア・ワーカーとして利用するのであるから、女性のケア労働を、「私的労働」ではなく「社会的労働」と評価するシステムが必要とされるのである。

何故、男性ではなくて多くの女性がケア・ワーカーになり、ケア労働に従事するのか、という問題は、依然として「ジェンダー問題」の中心ではあるが、それはまた「ケアにおけるジェンダー問題」に対する「長期的戦略」に属する課題、すなわち、「性的役割分業」を前提としている現在の「男性社会の枠組み」を変革する課題である。だが、ジェンダー問題が「長期的戦略」の課題であるとはいえ、女性のケアを社会的に評価させるシステムを確立していくことは、既存の社会の枠組みを変革し、ケアにおけるジェンダー問題を解決する大きな要因になるであろう。そのためには、コミュニティ・ケアを展開するイニシアティブを女性のケア・ワーカー、ケアの供給者の手に掌握することである。イタリアの社会的協同組合CADIAI（福祉サービス協同組合）、イギリスのケア協同組合（コミュニティ協同組合）の多くは女性たちの手で組織され、女性中心の運営がなされている³⁶⁾。それらは、女性の雇用創出、女性の仕事おこしを女性自身の手で実践し、これまでインフォーマルな

労働とされ、あるいは不当に安価な労働と見なされてきたさまざまな種類の女性の労働をフォーマルな労働に、あるいは労働市場において評価される労働に高めてきた。高齢者や障害者のためのケア・サービスであれ、保育・育児のケア・サービスであれ、また女性の雇用創出のための職業訓練サービスであれ、女性自身の手による協同組合の組織化は、コミュニティを基盤とする女性労働の社会的評価を高め、女性の経済的、社会的自立を助けているし、とりわけケア協同組合は女性のケア労働を社会的に評価させるシステムを構築するのに貢献しているのである。コミュニティ・ケア法は、先に見たように、女性のケア労働がいつでも利用できることを想定しているのであるが、そのような想定は正されるべきものであることを主張すると同時に、ケア協同組合としては、自らの組織によるコミュニティ・ケアの展開と女性の介護者を援助するアレンジメントを制度的に明確にしておく必要があるであろう。

エドワーズは、フェミニズムの視点から、コミュニティ・ケアを展開するための「長期的戦略」と「短期的戦略」を明示しているので、われわれも、それらの「戦略」を「ケアにおけるジェンダー問題」に対する重要な指針として記しておきたい³⁷⁾。

短期的戦略

- (1) 公的セクターからの援助を利用すべきである一私的セクターに性差別が温存されているならば、性差別は克服されない。
- (2) 反性差別政策は、貧困に起因する病弱者や障害者を援護しなければならない。
- (3) 政府の政策の結果生じる分裂に反撃するために、介護者と被介護者のグループの間に同盟関係が創りだされなければならない。

36) イタリアのCADIAIについては、菅野正純「レーガの『社会的経済戦略』：イタリア協同組合運動の展開過程」（中川雄一郎他編著『労働者協同組合の新天地：社会的経済の現代的再生』所収、日本経済評論社、1996年）、田中夏子「イタリアにおける『社会的協同組合』の展開：エミリア・ロマーニャ調査報告」（『協同の発見』第72号所収、協同総合研究所、1998.4）を参照されたい。イギリスのコミュニティ協同組合については、トム・ウッドハウス「イギリスにおける労働者協同組合運動の展開と課題」（中川他編著、同上）および拙論「イギリスにおける労働者協同組合運動とコミュニティ協同組合：労働者協同組合の新しい波」（同上）を参照されたい。

37) M. Edwards, *op. cit.*, pp.109-110.

- (4) もう一つ別の援助を介護者に準備するために、民主的に説明し得るニーズに基づいたサービスが利用可能でなければならない。
- (5) 高齢者を能力のない者と見なすステロタイプをなくすこと。

長期的戦略

- (1) 女性が「最初の介護者」であることを望むか否かについての実質的な選択権を女性に与えること。
- (2) ケアには財政コストがかかることが受け入れられるならば、経済合理主義は、それが個々人の福祉(well-being)にまで至る場合には、無視されるべきである。
- (3) ケアの責任は、国民の要求に応えるべき地位にある政府によって引き受けられなければならない。
- (4) 「最初の介護者」に応じた労働市場の改革とそれに適った政策の改革。これは、労働時間分割(タイムシェアリング)プロジェクトと、パートタイム労働を「無価値なもの」と見なす烙印を拒否することを含む。
- (5) 家父長制的な観点からではなく、共同的、相互的援助の観点から、自立(independence)を再定義する必要がある。
- (6) ケア・サービスのプランニングと実践により多くの人たちが参加するために、人びとのコミュニティを一つの社会的集団として認識すること。

このような戦略の上に立って、ケア・サービスにおけるジェンダー問題の解決が図られていくべきであろう。何よりも、「最初の介護者」になるか否かの選択権を女性自身もつこと、そしてそれを望む女性のための「ケア労働市場」の改革と「政策」の確立を打ち出すことが肝要である。このような戦略に立ってケア・サービスを実践するケア協同組合は、言葉の真の意味で、高齢者や障害者の「自立」

と「参加」を促すに違いない。これによって協同組合のもつ固有の組織文化がさらに高められることになるだろう。

イギリスにおけるケア協同組合の展開

イギリスにおけるケア協同組合の成長は労働者協同組合運動全体の発展と連動している。というよりはむしろ、ケア協同組合が労働者協同組合運動の「第2の波」の原動力を創りだしている、と言うべきであろう。1971年に形成され、1976年に「産業共同所有法」という準拠法を得た産業共同所有運動(アイコム, Industrial Common Ownership Movement)が、1970年代末から80年代末までの大きな成長期を経験した後の、1980年代末から90年代初期に現われた後退を1993年以後から徐々に押し戻すことができるようになった要因は、明らかにコミュニティ協同組合(コミュニティ協同組合の多くは「コミュニティ・ビジネス」あるいは「コミュニティ・エンタープライズ」を名乗った)の顕著な広がりによるところが大きかったからである。加えて、1990年以降ICOMに結集してきているコミュニティ協同組合のかなりの部分が、高齢者や障害者などのケア、保育・育児それに女性の仕事おこし・職業訓練などを目的とする協同組合—ケア協同組合は一般に、程度の差はあるが、これらのことを事業として行なっている—であり、しかも女性組合員中心のケア協同組合であることは特記されるべきであろう。

それでは何故、ケア協同組合が1990年代初期から徐々に増加し、成長していったのか。それはコミュニティ・ケア法の成立と施行に関係している。既に述べたように、コミュニティ・ケア法は1990年に成立し93年から施行されることになっていた。サッチャーとメイジャーの保守党政府は、「福祉国家」制度を放棄して、「ケアの混合経済」と「家族」に基づ

く「在宅ケア」を進めるためにこの法律を成立させ、ケアの責任を公共セクターから私的セクターに移した。地方自治体のSSDはケア・サービスの供給主体から単なるコーディネーターとされ、ケア・サービスの供給は私的セクターに任されるようになった。しかしながら、私的セクターのうち営利企業は、「人間的な触れ合い」を必要とし、人件費がかかり、効率性や経済性に乏しく採算があわず、相応の利潤を得られそうもない在宅ケアにアクセスせず、ナーシング・ホームのような居住施設ケアに傾斜していった。それに対して、「人間的な触れ合い」を必要とする、しかもケア・サービスの質を低下させずに在宅ケアを事業化し、同時に女性の雇用創出やコミュニティの再生を実現していくケア協同組合が営利企業に代わってアクセスしてきたのである。ケア協同組合は明らかに1993年に施行されるコミュニティ・ケア法を睨んで登場してきたのである。そしてその結果、ケア協同組合は、コミュニティ・ケア法が本来意図していた「ケアの混合経済」やインフォーマルな

「家族によるケア」という欠陥と弱点を埋め合わせるようにして、地方自治体との協力・連携関係を強め、ケア・サービスの質の向上を目指し、フォーマルな「社会的ケア」を遂行しているのである。その意味で、コミュニティ・ケアを実践しているのは、「参加・民主主義・自治と自立・コミュニティへの関与」³⁸⁾を組織文化として内実化させているケア協同組合なのである。

そこで次ぎに、ケア協同組合の事例をいくつか紹介し、その後でケア協同組合の課題と展望について論及することにしよう。

事例 I : ケア・コープス³⁹⁾

ケア・コープスは、イギリス第1の保養地ブライトンで1991年にフルタイム組合員1人とパートタイム組合員3人で福祉事業を開始した。ケア・コープスは、精神障害や学習障害を経験している成人のためのハウジングとデイ・サービスを提供するコミュニティ・ビジネス (ICOM会員) のケア協同組合である。ケア・コープスは、障害者のために「創造的で有効な環境」を整え、人間性を尊重する方法で事業を展開しており、しかもハウジングとデイ・サービスの利用と事業の管理運営に組合員はもちろん、利用者も積極的に参加するよう促している。ケア・コープスはその目指す目標を「ケア・サービスの高度な質と卓越さ、参加、連帯の自由、教育と職業訓練、協力、持続可能性、誠実と整合性」であるとしている。

デイ・サービスのプログラムは、利用者のケア・ニーズに応じたフレキシブルなサービスを提供するよう、「利用者の参加」に基づいて作成された「個人プラン」を中心に実行されている。この個人プランは、比較的広い範

38) 国際協同組合同盟 (ICA) は、1995年にマンチェスターで開催された100周年記念大会で「協同組合のアイデンティティに関するICA声明」を提案し、次のような協同組合の「定義」と「価値」および「原則」を満場一致で決定した。すなわち、「協同組合は、共同で所有され、民主的に管理される事業体を通じて、人びとの共通した経済的、社会的および文化的ニーズと願望を満たすために、自発的に結合した人びとの自治的な協同組織 (アソシエーション) である」(定義)。「協同組合は、自助、自己責任、民主主義、平等、公正および連帯の価値に基礎をおく。協同組合の組合員は、創設者たちの伝統を受け継ぎ、誠実、公開、社会的責任および他者への配慮という倫理的価値を信条とする」(価値)。ICA原則は次の7原則である。第1原則：自発的で開かれた組合員制、第2原則：組合員による民主的管理、第3原則：組合員の経済 (財務) 的参加、第4原則：自治と自立、第5原則：教育、研修および広報、第6原則：協同組合間の協同、第7原則：コミュニティへの関与。

39) Cf. Care Co-ops, *Introduction, the Practice, Dayservices, Partnerships, Positive Action, Volunteers, Referrals, Member's Comments*.

囲の援助ネットワークに参加する利用者と組合員との共同の協議によって決められ、また3ヶ月毎に資金供給機関や個々の援助ネットワークに参加しているボランティアによって再考・検討を加えられる。こうして、①ワークショップ、②コミュニティ・ファーム、③アート・プロジェクト、それに④教育プログラムを含んだ個人プランのコア・サービスが作成され、それに基づいたサービスが行なわれる。個人プランにはボランティアも参加するが、これによってボランティアは「集団コア・サービスと援助」を促進するための貴重な機会を得ることができる。

デイ・サービスの種類には「普及型サービス」・「コア・サービス」・「その他のサービス」とがある。「普及型サービス」とは、①スポーツおよびレクリエーション活動、②職業・雇用紹介、③職業訓練・教育援助である。なお③には「職業訓練(指導)資格」(NVQ)やその他の職業エリアおよびアカデミックな研究エリアへのアクセスの援助も含まれている。

「コア・サービス」とは、①アート・プロジェクト、②教育、③ドラマ、④木工製作、⑤ロウソク製造、⑥宝石細工、⑦室内装飾用編物・織物、⑧園芸、⑨保全管理、⑩写真・ビデオ技術、⑪音楽、⑫コンピュータ操作、⑬日曜大工、⑭家具リサイクル、⑮アート・ソラフィ(芸術技芸療法)である。そして「その他のサービス」とは、①身近な世話(befriending)、②ナーシング・ホーム訪問、③病院訪問、④家計管理、⑤保険アドバイス、⑥薬物療法による援助、⑦カウンセリングなどである。

ところで、先にケア・コープスは、「個人プラン」のなかに①ワークショップ、②コミュニティ・ファーム、③アート・プロジェクト、④教育プログラムを採り入れている、と記しておいたが、これらについて簡単に説明を加えておきたい。ワークショップは、デイ・サービス・プログラムのうちの「コア・サービ

ス」の一部でもあり、広くかつ多様な活動のなかで技倆を高め、また体力を保持するのに有効な機会を提供しようとするものである。

「ワークショップ」は、もともと「仕事場」や「作業部屋」や「集団実習室」を指す言葉であるが、ケア・コープスでは次のようなサービスのワークショップを用意している。①手工芸・宝石細工ワークショップ、②写真暗室、③情報処理技術ルーム、④木工・金属細工エリア、⑤家具リサイクリング・ストア、⑥アート・ルーム、⑦図書・情報ルーム、⑧ニュー・ホライズン教育である。クライアント(利用者)はこれらのワークショップで技術・技倆を習得しつつ、社会的自立と肉体的、精神的健康保持を目指すのである。こうして、ワークショップは、クライアントが健康に有効な環境の下で信頼と自尊心を高め、広く労働と仕事の経験を身につけていくユニークな機会を提供する重要な役割を果たしている。なおケア・コープスはハウジング・メンテナンスを経営しているが、この事業活動はこれらのワークショップを利用してクライアントによって企画・運営されていることも付言しておく。

コミュニティ・ファームは、クライアントがコミュニティとその住民によって価値を評価されかつ利用されるプロジェクトに自らの技倆を積極的に生かしていく機会を与えようとするものである。例えば、庭師の仕事がそれである。庭師には技倆と力強さの双方の能力が求められる。またファーム(農場)の環境に囲まれて季節を意識し、個々人に適した穏やかな労働や仕事に参加する治療的な、健康維持に役立つものも採り入れられている。後者の例では、労働・仕事の範囲は種蒔きや繁殖から農地の耕作や施肥まで多様なので、さまざまな精神的、肉体的ニーズをもつクライアントが自らの適材適所を見いだしたり、一人であるいは集団で労働する機会を見いだすことが可能となる。

アート・プロジェクトおよび教育プログラムは、サセックス大学教育学部との共同プログラムを作成し、「教育、職業および人間発達コース」を設置している。このコースでクライアントは情報処理技術の訓練とNVQの取得を目指し、また学ぶことの楽しみを知って、学校教育を正規に終了しなかったために残っている忌まわしい教育システムの記憶を克服して自尊心を高めていく。クライアントは、アート・プロジェクトも採り入れられたこのコースで多種多様な教育的経験を身につけることができるのである。

このようにケア・コープスは多様な活動を展開しているのであるが、これらの活動のためにボランティアの協力を得ている。とはいえ、ケア・コープスにとってボランティアは「組織の重要なエリアで活動し、しかも高度な水準のプロフェッショナリズムをもって活動する」ものでなければならない。ボランティアは前記のワークショップ、コミュニティ・ファーム、アート・プロジェクトおよび教育プログラム、それにハウジングのエリアで協力しているが、さらに障害者の日常生活のケアや身近な世話にも参加している。ただし、ボランティアはケア・コープスとの間で協約を結び、正式に配置され、明確な役割を示され、しかもケア・コープスの「運営上のポリシーと哲学」を十分理解しなければならない。

事例II：アカウント3⁴⁰⁾

アカウント3は、ロンドンの旧市内（インナー・シティ）の一つのエリアであるタワー・ハムレッツ自治区をベースに、女性の職業訓練・雇用創出による「女性の自立」を目指すコミュニティ・ビジネスとして1991年5月に

設立された。組合員は女性のみである。

この自治区は失業率が高く、その多くの家族は「貧困ライン」以下の生活を余儀なくされている。住民の大部分は旧植民地からの移民とその子孫であり、宗教や文化そしてそれらにともなう生活意識も多様である。例えば、この地区では英語以外に87もの言語が使用されている。このような状態にあるコミュニティで一般的に見られる光景は、女性の「家族への責任」(family responsibilities)の重要性である。彼女たちは失業している夫を支え、子供たちを育てながら日々の家庭生活を維持していかなければならない。エスニシティを抱える彼女たちは妻として母として強く生きなければならず、そのために自然に「女家長制」(matriarchy)を生みだしていく。彼女たちは「自分たち自身の家族やコミュニティ内部での生活に関する計画や意思決定過程に完全に参加していく」ことになる。しかしながら、そのような大きな責任を負う彼女たちに社会的な「有償労働」の機会はほとんど存在せず、インフォーマルな労働かあるいは不当に低い賃仕事にしか就けない。そこで彼女たちは自らのコミュニティで自らのコミュニティ協同組合を創設して、自立のための展望を切り開こうとしたのである。

〈アカウント3の目標〉

このコミュニティ協同組合の正式名称は「アカウント3・女性コンサルタンシー・サービス」(Account 3 Women's Consultancy Service Ltd.)である。この名称は、この地区で生活している女性の自立と責任を実現するための「職業訓練・雇用の相談サービス」を意味している。それ故、組合員資格は女性に限定されている。1993年にはフルタイム組合員3人、パートタイム組合員4人の7人であったが、1997年にはフルタイム組合員4人、パートタイム組合員15人の19人でサービスを実行し、年間およそ400人の主に女性の成人ク

40) Cf. Account3 Women's Consultancy, *Business Development Plan : Women's Enterprise and Development Centre*, April 1997.

ライアントと子供たちがアカウント3の事業を利用している。

アカウント3は、タワー・ハムレッツ自治区の自治体やその他の機関およびコミュニティ住民と密接にリンクして多くの情報を得、自治体もコミュニティとの協議の過程でこの連携を利用している。またコミュニティ住民と自治体はアカウント3のプロジェクトを援助するために、用地と施設の無料使用を認め、助成金を給付している。さらにアカウント3は、ICOMの会員であることから、無料の法律上のアドバイスや他の情報へのアクセス、中央政府およびEU(ヨーロッパ連合)のESF(ヨーロッパ社会基金)を得るための支援や協同組合ダイレクトリィによる無料広報、それに組合員教育に関する援助などをICOMから受けている。このようにして、アカウント3は、「失業した人たちの教育および職業訓練に責任を負うさまざまな政府基金組織とコンタクトをとって」資金調達しているが、現在のところは、①ESF、②ロンドン・タワー・ハムレッツ自治区、③教育促進基金協会(Further Education Funding Council)、④コミュニティ再生機関(Regeneration Companies)の各機関から資金援助を受けている。

アカウント3は、タワー・ハムレッツ自治区の多くの女性が有償労働に就くための職業的技能的訓練と習得を求めているにもかかわらず、彼女たちの要求に十分応えられる制度や施設や機会が欠如している状態をなんとか改善しようと考え、そこで手始めに、教育を必要としている16歳以上の男女のために政府資金によって設けられたカレッジ・コースを利用したが、その際に次のことに気づいた。女性がこのコースを利用するためには、①保育施設が極端に限定されている、②学校へ子供を送り迎えする時間帯に授業が行なわれている、③英語が日常語(first language)でない人たちのための援助システムがない、④この地区の参加者の多くが男女共学クラスに出席

したがないムスリム(イスラム教徒)の女性であるにもかかわらず、女性のみが限定されている、ということである。そこでアカウント3は、「女性の雇用機会と職業訓練の機会を拡大し、生活の質を改善する」ことを「目標」に掲げて、自らのコミュニティの状況や性格に適した戦略を立て、事業展開を計画した。

〈アカウント3の事業戦略〉

アカウント3は、この目標を実現するために、1997年に事業開発計画を立て、「女性の企業・開発センター」のプロジェクトを起こした。このプロジェクトは「コミュニティ内部における経済的分極化の過程を逆転させ…十分に統合された経済とコミュニティの再生」を企図しようとするものであった。すなわち、「5年を1期間とする、緩やかではあるが持続的な成長を促すよう構想されたこのプロジェクトは、地方の女性にとって、とりわけ長期間失業している女性や有償労働に就いたことのない女性にとって、もっとも緊要なニーズであると認められる一連のサービスと施設とを提供する」ことが戦略とされたのである。そしてここに提示された「一連のサービス」は次の4つのカテゴリーから成っているものである。

- (1) 企業イニシアティブ：自己雇用(自営)を望む女性のために、センターはその事業のための合理的な価格で仕事ができる機会を用意し、資金調達、人的資源、技術および事務などの事業上の援助を行なう。またセンターは、専門家による事業情報・財務アドバイスのサービスを実行し、クライアントを訓練する企業経営技術の包括的プログラムを示す。
- (2) 雇用およびキャリア・アドバイス：センターは、求人、利用可能な社会援助および教育助成給付などを含む全面的な雇用情報を提供する。またセンターは、履

履歴書作成や面接および職業訓練申請なども手助けする。

- (3) 職業訓練・開発プロジェクト：センターは、全国職業（指導）資格（NVQ）を通じて、英語を使えない女性のための英語教育および職業訓練対策用の「雇用アクセス前プログラム」から「監督・ビジネス経営管理プログラム」までを提供する。
- (4) コミュニティ・イニシアティブ：コミュニティ住民のために、またその住民によって運営される展示会やショー、それに実地講習会にセンターが利用される。

〈アカウント3の事業展開〉

事業開発計画はこのように意欲的で挑戦的なものであるが、それだけにこの計画はこれまでなされてきた事業展開に裏打ちされたものでなければならぬだろう。これまでアカウント3は主に次の事業活動を展開してきている。

- (1) 女性雇用アドバイス：総合的な女性の雇用、起業および職業訓練サービスの提供（アカウント3は表記速記コースの経営を認定されている）。
- (2) トランスナショナル・キャリア・カウンセリング・プロジェクト：ESFおよびタワー・ハムレッツ自治区より資金を調達し、新たな文化的環境に入ってきた人たちが経験している「社会的、職業的排除」の問題への取り組み。フランスおよびアイルランドの同じようなプロジェクトと国際的にリンクしている。
- (3) 雇用調査セミナー：近隣のコミュニティとともに毎月1回組織され、女性の求人に関わる諸問題を議論・検討し、かつては女性の仕事として考えられなかった雇用も含めて、女性がアクセスできる多様な雇用や職業訓練を説明して雇用を確保するための個人的な戦略を準備する。
- (4) バンクロフト地区ホームワーク・クラブ：

英語を十分に使いこなせない母親たちの要請で、子供たちの宿題（ホームワーク）を手助けするために、アカウント3がバンクロフト地区に組織したクラブ。2人の有資格者の教師が指導し、男女混成クラブと女子だけのクラブがあり、大変人気がある。

- (5) コミュニティ・ケア・サービス：在宅介護者（home carer）として有償（あるいは場合によっては、無償）の労働や仕事を求めている個人に職業訓練の機会や援助を与えると同時に、適切なケア・サービスにアクセスできないエスニック・マイノリティに「在宅介護」のサービスと援助を提供し、また介護者のグループに情報を提供している。後者の場合、アカウント3は、在宅介護労働や仕事を求めている人たち並びに介護教育訓練を必要としている人たちと、彼らを雇用しようとしている組織との間のリンク・エージェンシーの役割を果たしている。アカウント3によるコミュニティ・ケア・サービスは開始以来ずっと介護に関わるさまざまなサービスを彼らに提供してきている。さらにアカウント3は、タワー・ハムレッツ地区のアフリカ人コミュニティへケア・サービスを行なっているボランティア組織を設立し、そのスタッフを補充するなどの援助を続けているが、その過程で「コミュニティ・ケア教育訓練」のNVQプログラムが展開されるようになり、コミュニティ・ケア・サービスの質を向上させてきている。

アカウント3は、このように堅実な成長を見せ、意欲的かつ挑戦的な事業開発計画を打ち立てることができたが、しかし他方で、「利用可能な（人的）資源とクライアントのニーズの充足との間の重大なギャップ」に直面している。スタッフ不足、キャッシュ・フロー（資金繰り）問題、新しいコミュニティ・プ

プロジェクトの遅れ、施設不足、事務管理技術の不十分さ、それにクライアントの利益に影響を及ぼす私的セクターへのアクセス不足などの課題や問題をアカウント3は解決していかなければ、これ以上の成長を望むことができないだろう。ケア・サービス事業を含むコミュニティ協同組合の能力を高めるためにも、アカウント3のような協同組合事業の一層の展開が待たれるところである。

事例III：リーキン・ケア協同組合(WCC)⁴¹⁾

リーキン(Wrekin)はイングランド中西部のウェールズと境を接するシュロップシャーのなかのテルフォードとその周辺の地域名である。リーキン・ケア協同組合はこの地域で1991年7月に設立された。設立前後は高齢者介護のボランティア組織であるエイジ・コンサーンやシュロップシャーとテルフォード市当局から援助を得た。とりわけシュロップシャー当局による10,000ポンドの助成金は設立間もないWCCにとってきわめて有効かつ重要な援助であった。WCCは10人のケア・ワーカー組合員によって設立されたのであるが、設立をリードしたのはリーキン地区評議会に勤め、コミュニティ開発に携わっていた女性労働者のジェニィ・ロウであった。WCCはICOMの会員に登録し、ICOMからさまざまなサービスやアドバイスを受けている。

WCCは、テルフォードとその周辺の都市地域で週7日—すなわち、毎日—24時間体制でケア・サービスを供給しているが、需要に応じきれないでいる。クライアントの多くは社会保障を受けている高齢者や障害者である。

WCCは、そのケア・サービスについて宣伝をしないので、ケア・サービス事業を専らいわゆる「ロコミ」と「法定サービス機関」であるSSDからの紹介とによって行なっている。WCCは比較的大規模なコミュニティ・センターを運営しているが、その施設は低料金で市当局が賃貸してくれている。1994年にはケア・ワーカー組合員の数は51人となり、大きな成長を見せてきた。すべてのケア・ワーカーは組合員であるが、組合員資格の形式は、後で説明するように、「仲介(エージェンシー)協同組合」による「自己雇用」(self-employed)である。すなわち、WCCのケア・ワーカーは、クライアントから直接1時間あたりの定額料金受け取り、そのなかから1時間あたり1ポンドを協同組合に支払うのである。これによって、WCCに雇用されている2人のフルタイム・スタッフ—1人はマネジャーのジェニィ・ロウであり、もう1人はコーディネーターのロレインである—の所得が確保されている(ただし、ジェニィの最初の18ヶ月間の所得とロレインの12ヶ月のそれは市当局によって支払われた)。1995年のWCCの出来高総額—すなわち、組合員から協同組合に支払われた総額—は約180,000ポンドに達している。

WCCのケア・ワーカーになることを希望した人たち—全員が採用されるとは限らない—は協同組合の組合員として必要とされる事柄を習得するために数週間にわたる訓練コースに参加しなければならない。経営委員会のメンバー12名は年次総会で選出され、委員会は毎月1回開催される。またインフォーマルな会合も月1回程度は開かれていて、組合員の意見や苦情などを聞くことになっている。WCCのさまざまな決定は組合員のコンセンサスによっている。

先に述べたように、WCCはテルフォード市のSSDと密接な関係を維持しているので、ケア・サービスのエリアでの競争はあまり起こ

41) Cf. Rachel Sloan, *Co-operatives in Community Care: A Multiple Case Study*, June 1996, and Roger Spear, Aude Leonetti and Alan Thomas, *Third Sector Care: Prospects for Co-operative and Other small Care Providers*, Open University, 1994.

らないだろう、と楽観視している。他方でジェニィは、ケア・サービスの質を維持し、向上させるためにはWCCをあまり大規模にしない方が良い、と考えている。その上彼女は、コミュニティ・ケア法はWCCにさほどインパクトを与えなかった、とも考えている。市当局とSSDは初めから個々のクライアントを基礎とした「ケア・パッケージ」のための機関に契約を発注してきたからである。WCCはそのもっとも重要な機関であったのである。今後WCCは、シュロップシャーにある3～4のケア協同組合とソーシャル・ケアのNVQを視野に入れた協力関係を築いていくことになるであろう。

事例Ⅳ：ウォールソール・ホーム・ケア協同組合 (WHCC) ⁴²⁾

WHCCはバーミンガムのメトロポリタン地域に位置しており、主にその地域の高齢者にケア・サービスを提供している。ICOMの会員である。WHCCは、前記の3つの事例の協同組合よりは比較的早く、1989年—すなわち、コミュニティ・ケア法が成立する1年前—に組織された。それまで無償の、あるいはインフォーマルなケア・サービスを提供してきた28人の女性たちがフォーマルで有償の労働と仕事を創出するためにWHCCを設立したのである。その設立を支援したのはブラック・カントリーの協同組合開発機関(CDA)であり、また市のSSDケア担当職員からの援助もあった。市当局は1,000ポンドの助成金を供与してくれた。現在、最初の28人のうちWHCCに残っているのは4人になってしまった。その内の1人である指導者のエヴェリン・ニールは事業の財務関係を扱い、WHCCの代表として活動している。

初期の発展には目覚ましいものがあつた。

1991年にはケア・ワーカー組合員の数は120人にも増加し、1993年の中葉には250人を数え、WHCCの出来高総額は約750,000ポンドに達した。WHCCは、この時期に地方自治体が行なっていたホーム・ケア・サービスを引き継いで、競争する組織もなく協同組合—WHCCも「自己雇用」のケア・ワーカー組合員から構成される「仲介(エージェンシー)協同組合」である—を経営することができた。しかし、その後ケア・サービスの市場は拡大してきたのにWHCCの出来高総額は増加せず、ケア・ワーカー組合員の数も増えていない。この原因の一つは組織内部にあると思われる。事務処理能力の低さとニールの高齢による彼女自身の仕事量の減少などが考えられる。このためWHCCは電算化を行ない、簿記および組合員名簿・給料の一層効率的なシステムを確立しつつある。他方、外部のそれとしては、地方の経済的理由からキャッシュ・フロー問題が考えられる。

WHCCは、主に高齢者のための在宅ケア・サービスを提供しているが、ボランティア組織とも協力して精神障害者や肉体的障害をもつ人、それに子供のケア・サービスも行なっている。部屋のクリーニング、洗濯、食器洗い、着衣や食事の手助け、ベッドから起きる・ベッドで眠るなどの家庭内ケア・サービスがそれである(ナーシング・ケアは行なわない)。WHCCではケア・サービスの質が厳しくチェックされ、モニタリングが行なわれている。

ケア・ワーカーは、クライアントが支払ったサービス料金のうち17.5%の手数料を協同組合に支払う。この数字はケア・ワーカーと協同組合との協定による。経営委員会は8名で構成され、そのうち5名がケア・ワーカーである。委員会は月に1回開催され、重要な問題については特別な会合がもたれる。管理業務は5人の事務担当スタッフと1人のパートタイムのケア・ワーカーとで行なわれている。WHCCは医療保健局やSSDとリンクして

42) Cf. Roger Spear, Aude Leonetti and Alan Thomas, *ibid.*

おり、またエイジ・コンサーンとも協力関係を保持している。今後WHCCは、これらの組織や団体からケア・サービスの拡大だけでなく、地方の雇用創出への貢献を期待されるような力量を身につけなければならないだろう。

ケア協同組合の現状と課題

上記のケア協同組合およびケア事業を営むコミュニティ協同組合の事例からも推測できることであるが、ケア協同組合およびケア事業を営むコミュニティ協同組合の多くは、コミュニティ・ケア法が成立する前後の年に設立され、地方自治体のSSDやボランティア組織やその他の団体と緊密な連携と協力関係を維持しながら、高齢者や障害者の在宅介護を中心とするコミュニティ・ケアを担ってきている。これらの協同組合はまた、コミュニティ・ケア法の欠陥を埋め合わせ、コミュニティの経済的、社会的再生をも視野に入れた運動を展開して、民主的運営、参加、自治・自立に基づいた協同組合の組織文化の優位性を明示してくれている。

このようなケア協同組合やコミュニティ協同組合のために資金を調達し、情報を提供するだけでなく、運動全体を指導してきたICOMは、1998年6月に『ケアの協同：イギリス協同組合協議会のためのケア協同組合に関する研究』(Co-operating in Care: A Study of Care Co-operatives for The UK Co-operative Council)を発表して、ケア協同組合の現状と課題を明らかにした。そこでここでは、『ケアの協同』に依拠してイギリスにおけるケア協同組合の「現状と課題」を多少詳しく見ることによって、上記4つのケア協同組合の事例を補完することにしたい。

ノーマン・ジョンソンは『福祉国家のゆくえ』のなかでコミュニティ・ケアについて次のように主張した。

コミュニティ・ケアの人気の理由の一つは、施設とコストの配慮への圧力であった。コミュニティ・ケアはしばしば有給の専門ワーカーによるコミュニティにおけるケアとして理解されている。しかしそれは、ほとんどあるいはまったくと言っていいほど専門職による援助を受けないなかでの、家族によるケアをしばしば意味する。コミュニティ・ケアをコミュニティによるケアと定義することは福祉多元主義の思想に一層合致している。このような脈絡で有効な定義となるのはエイブラムズによって提示されたものである。エイブラムズは、コミュニティ・ケアを、「日常の家庭と職場において活動している社会の普通の人びとによる他者に対する援助、支援、保護の提供」と定義している。⁴³⁾

コミュニティ・ケアは、「コミュニティにおけるケア」よりもむしろ「コミュニティによるケア」であるべきだ、とノーマン・ジョンソンは言っているのであるが、われわれもまた、彼に倣って、「ケア協同組合はコミュニティ・ケアの主要な担い手になり得る」と強調したい。何故なら、ケア協同組合が担う「コミュニティによるケア」は、「家族によるケア」を意味するのではなく、文字通り「社会の普通の人びと」が「他者」に対して行なうことのできる「援助、支援、保護の提供」を意味し、加えて、ケア・ワーカーの専門的援助によるケア・サービスを供給し提供することができるからである。ICOMの『ケアの協同』もそのことを良く示している。

〈調査結果の概要〉

『ケアの協同』はイングランドとウェール

43) ノーマン・ジョンソン、前掲書、p.66.

ズで運動を展開している49のケア協同組合についての調査報告書である。それは、アンケート調査、面接、電話インタビューによる比較的正確なケア協同組合の実態をわれわれに知らせてくれる。しばしば述べたように、ケア協同組合の多くは、コミュニティ・ケア法が成立した1990年前後に設立され、比較的早い速度で成長してきた。調査対象ではないが、事例IVのWHCCは、設立時に28人のケア・ワーカー組合員で出発し、1991年には120人、1993年中葉には250人を数え、大きな成長を示した。ところが、1997年にはWHCCの組合員は140人へと大幅に減少してしている。減少の要因が何であるかは不明であるが、WHCCの指導者の高齢化とケア・サービスの質の維持および向上のためには大規模化を避けた方が良いとの判断があったことが考えられる（事例IIIのWCCを参照）。他方、ラフバラのシェフシード・ケア協同組合は、わずか2人で出発したのに、3年後の現在では97人のケア・ワーカー組合員を擁するまでに成長している。小規模なケア協同組合のサンプルには「年平均成長率が22%から265%までの幅があった」と調査報告書は記している⁴⁴⁾。49のケア協同組合の90%は主に高齢者のクライアントにケア・サービスを供給しており、約46%のケア協同組合は成人および児童の障害者にサービスを供給している。

調査のサンプルとなった22のケア協同組合のケア・ワーカー数を見ると、4人～70人のばらつきがあるが、平均すると33人である。また20のサンプルの週当たりサービス時間数は、最少が35時間、最多が1,400時間で、平均620時間である。さらに15のサンプルの年間取引高は21,000ポンド～300,000ポンドで、平均は100,000ポンドである。調査対象となっ

ているケア協同組合の約半数の年間取引高は100,000ポンドを超えていない。

ケア・サービス料金については次のようである。昼間のケア・サービス料金は、1時間当たり3.3ポンド～7.5ポンドの幅があるが、大多数のケア協同組合では1時間当たり5～6ポンドとなっている。夜間の料金も同じく、5.50～8.50ポンドと幅があるが、平均すると6.11ポンドとなり、週末の料金は平均6.55ポンドと多少高めとなる。また一般公休日(bank holiday)の料金は8.59ポンドである。ケア・ワーカー組合員に支払われる賃金は、昼間が1時間当たり4ポンド～7ポンド、夜間、週末、公休日にはそれ以上になる。大部分のケア・ワーカー組合員はパートタイムでサービスを供給しており、フルタイムの組合員は最大で50%、23のサンプルのケア協同組合で見ると、718人のケア・ワーカー組合員の20%がフルタイム、80%がパートタイムである。「このパターンは、しばしば、家族への責任とこの種の労働とを組み合わせる必要のあるケア・ワーカー（その大多数は女性である）の特別なニーズを満たしているのもあって、あるケア・ワーカーは夜間に、あるいは昼間の特定の時間に、さらにはまた週末に働けるような機会を歓迎している。」⁴⁵⁾

ところで、先に簡単に触れておいたが、ケア協同組合には2つの基本的な組織構造がある。それらは、付加価値税(VAT, 消費税)、所得税および国民保険料と関連するのであるが、「仲介(エージェンシー)協同組合」モデルと「労働者協同組合」モデル(あるいは「プリンシパル協同組合」=組合員主体の協同組合モデル)である。前者は、ケア・ワーカー組合員は「自己雇用」の形式を取り、管理運営と選定業務のような、サービスを集中するための手数料を協同組合に支払うシステム

44) ICOM, *Co-operating in Care: A Study of Care Co-operatives for The UK Co-operative Council*, June 1998, p.15.

45) *Ibid.*, p.18.

になっている。後者は、協同組合自体がケア・サービスの供給事業を行い、サービスを提供する組合員を雇用する、という形式を取ることで、ケア・ワーカー組合員は協同組合の従業員となる⁴⁶⁾。前者の場合、「自己雇用」のケア・ワーカーは国税局に年度末に所得税を申告し、税制年度において3,260ポンド以上の所得がある場合には週当たり5.75ポンドの均一税率を支払う。後者の場合は、ケア・ワーカーは労働者協同組合の「従業員」と見なされるので、彼らの所得税は協同組合によって「賃金」から控除され、したがって、「雇用主」たる協同組合が彼らの控除された所得税を国税庁に毎月支払うことになる。

ケア・ワーカーは、「仲介(エージェンシー)協同組合」モデルか、それとも「労働者協同組合(プリンシパル協同組合)」モデルを選択するのであるが⁴⁷⁾、多くのケア・ワーカーは前者を選択しており、後者は「少数派」(35%)である。アンケート調査結果によると、後者の「組合員主体」の労働者協同組合を選んだ理由として、ケア・ワークにおける「より良い保障と条件」がある、と回答している。確かに、後者は、「自己雇用」のケア・ワークよりも費用がかかるが、しかし、「長期的にはあ

らゆる人たちに利益をもたらす」と回答者は強調している。SSDもケア・サービスの契約は前者ではなく、後者と行なうとしており、また地方の「協同組合開発機関」も、後者が常に求められるようにケア・ワークにおける「より良い条件」を提示したい、と主張している。しかしながら、これらのことが逆に「プリンシパル・モデル」の労働者協同組合に「マイナス」になっている。というのは、SSDの財政が減少してきていることから、SSDとの契約に頼ることは協同組合の経営を悪化させることに繋がるからである。ケア協同組合は総じて個人的なクライアントとの契約の比率を高めなければならなくなっているのである。

〈ケア協同組合の課題と展望〉

これまで述べてきたICOMの調査結果から、大まかではあるが、われわれはケア協同組合の現状をある程度捉えることができた。そこで次ぎに、これらのケア協同組合の重要ないくつかの課題と展望について簡潔に論及することにしよう。

ケア協同組合のもっとも重要な課題は、「ケア・サービスの質」を持続的に向上させることである。既に見たように、コミュニティ・ケア法は、「ケアの混合経済」を押し進めるために、それまでSSDによって供給されていたケア・ワークを外部化=民営化させた。そのためにSSDはケアの供給主体からコーディネーターへとその役割を変えることになったが、この変化によりケア協同組合は「ケア・サービスの質」に関わるいくつかの問題に直面することになった。第1に、特にシュロップシャーのWCC(事例III)のようなケア協同組合からすると、地方自治体はケア・ワークの「購買者・提供者・規制者」という「三重の性質」を抱えているのであって、この性質のためにケア協同組合はコストをかけたケアができないでいることである。この状況は、

46) *Ibid.*, Appendix 3, p.55.

47) しかし、ケア・ワーカーがケア協同組合の「従業員」であるか、「自己雇用者」であるかは個人的な選択の問題ではない。最終的には、国税局と保険局、あるいはそれらのいずれかによって決定される。とはいえ、「従業員」であるか、「自己雇用者」であるかの法的な明確なガイドラインは存在しない。それでも、「自己雇用者」には次のような「定義」が当て嵌まる。①自分のケア・ワークに対してかなりの程度のコントロールができる(何時、どのように行なうか)、②定期的なケア・ワークを保証されない、③休日や(自分が)病気の時には所得がない、④自分の行なうケア・ワークのリスクと過失を負う、⑤自分自身の装備や用具を利用する、⑥ケア・ワークを行なうために他の人を派遣する権利をもつ、などである (*Ibid.*, p.55)。

SSDから援助を受ける一方で、ケア協同組合がSSDと「競合関係」にあることを明示している。というのは、SSDは高率の報酬とより良い条件を提示することができるのに、事実上コストのかかるケア・ワークをさせないでいるからである。この状況は、ケア協同組合がしばしば直面するキャッシュ・フロー問題の要因になっている⁴⁸⁾。さまざまな地方で設立されているケア協同組合の多くはSSDとの関係が比較的強いので、この「競合関係」はケア協同組合をして私的、個人的クライアントとの契約を重視させることになり、結果的に、低所得のコミュニティ住民に「ケアの不公平」をもたらすことになるし、間接的に「ケア・サービスの質」にも影響を及ぼすことになる。ケア・ワークの「質」は、協同組合のケア・ワーカーが言っているように、「人びとを公平に扱っている」「地方の人びとのために優れた質の仕事(ケア)を提供したい」という感情とモチベーションにまず基礎をおくからである⁴⁹⁾。

第2に、ケア・ワークの補充と継続の問題がある。ケア・ワークは非常にハードであり、しばしば早朝、夜間、週末あるいは公休日に行なわれる。またケア・サービスを受ける高齢者もしばしば知覚障害や身体障害、それに痴呆性をもっている場合がある。ケア・ワークには汚れやすく、不快な仕事をともなうことが多く、ストレスが蓄積される。このようなケア・ワークを行なうケア・ワーカーを協同組合に補充し、その経験と技倆を保持していくことは、ある意味で、ケア協同組合の最大の関心事である。ケア・ワーカーの補充にはジョブ・センター(公共職業安定所)が利用されたり、またいわゆる「口コミ」で求人するのであるが、質の高いケア・ワーカーをスタ

ッフにしていくためには、「賃金」の高さが一つの重要な要因となる。調査対象であるケア協同組合の1時間当たり賃金は4～5ポンドで、民間営利セクターのケア・ワークよりも高いが、SSDのケア・ワークよりは低いし、また需要が少なく、ストレスも少ないサービス部門の労働よりも良くないことも確かである。ケア・ワークがより高い賃金を形成するようになれば、ケア・ワークの労働市場に男性がアクセスし、その結果、女性が次第に市場から排除されていく可能性は十分考えられるが、現在のところそのような状態はつくられそうにもない。そうであるならば、ケア・ワークを社会的に担うのは依然として女性であろう—ジェンダー問題が強調される所以でもある—が、2004年まで若い女性の数が減少し続けることから、ケア・ワークの労働市場にアクセスするのは相対的に中年以上の女性であると考えられるので、ケア・ワークの補充と継続に疑問が投げかけられるのである。それでは、どうすればよいのか。一つの回答はケア・セクター全体においてケア・サービス時間を保証し、賃金と労働条件を改善することであろう。この点で、(1999年から実施される)最低賃金制は一定の効果をもつであろうし、またケア協同組合のスタッフに良好な条件を確実に準備することを妨げるようなSSDとの契約関係を再考することが必要である。後者のことについては「SSDとの適切な契約はケア協同組合を健全な状態にするのに決定的に重要である」との協同組合銀行の見解が参考になる。「地方自治体の総収入はケア・セクターにとってもっとも重要なのであるから、これを確実にすることは長期的な存続可能性のために決定的である。SSDは経営リストを減らし、契約を縮小しているが、これはケア・セクターへの信頼と最終的には中

48) *Ibid.*, p.29.

49) *Ibid.*, p.21.

50) *Ibid.*, p.31.

長期的計画化への信頼とに強い影響を及ぼすのである」⁵⁰⁾。

協同組合銀行は、もちろん、このような状況は公的なケア・サービスの外部化=民営化の一部であることを認識しており、それ故、ケア協同組合とSSDとの契約関係を従来に増して「長年の成熟した契約関係」にし直していくことを主張しているのである。そうすることによって、ケア・ワークの質は保持・改善され、賃金と労働条件はこのサービス部門の平均を上回ることができるのである。これを要するに、ケア・ワーカーの補充と継続の問題は実質的には完全に解決されないであろうが、ケア協同組合がケア・サービスを外部化せざるを得ないSSDとの「成熟した契約関係」を打ち立てて、ケア・サービスの質の向上、賃金と労働条件の改善を図っていくことが肝要である、と言っているのである。

第3の問題は財務とマネジメントのそれである。既に見たように、多くのケア協同組合は地方自治体の援助を得て設立されただけではない。それらの初期のケア事業もSSDの援助と協力によって遂行された。したがって、ケア協同組合には多かれ少なかれ現在もなおその影響が見られる。典型的には、それは「資金繰り問題」としてケア協同組合の「財務」に反映している。地方自治体から自立して、資本を確保することの困難なケア協同組合がかなりある。ケア協同組合における資本調達の問題性は、主に「事業の計画化」と「資金調達技術」の「貧困さ」にあると思われる。例えば、協同組合銀行は、ケア協同組合の社会的に重要な役割を十分理解して「コマーシャル・ローン」の便宜を供与してきたが、それ以上の援助を実行するとなれば、適切な事業計画と財務マネジメントが提示されなければならない、と強調している。ICOMの調査結果もケア協同組合のこのような欠点を指摘している。

事業マネジメント^{スキルズ}技術と財務マネジメント^{スキルズ}技術とは関連しているのであって、後者は、ケア協同組合の大部分が長期貸付けを必要とする領域に成長し、多様化することから利益を得ることができる技術と見なされている。ケアすることの意味を理解しているケア・ワーカーあるいはケア・マネジャーは、時として、適切な事業的慧眼を欠落させている。この問題は、とりわけ、地方自治体からケア協同組合に仕事を移した人たちに極端に現われる。SSDの文化と事業経営環境の文化は、実際のところ、非常に異なっているのであるから、必要な事業^{スキルズ}技術を教えるだけでなく、思考様式を変え、企業的心構えを繰り返し教え込むための研修と援助が求められるのである。⁵¹⁾

現在のところ、ケア協同組合は、「自己雇用と付加価値税の問題」を含めて、このような問題に直面し、かつ対処しているのであるが、それでは、ケア協同組合の展望はどのようなものだろうか。まず言い得ることは、高齢者人口の増加とともにケア・ワークあるいはケア・サービスの市場は拡大していく、ということである。またケア・セクターにおける営利企業は「居住施設型ケア」に次第に特化していくだろうこと (OECDはケア施設で生活している高齢者が増加している、と報告している)、他方、対人サービス型在宅ケアの需要が増大することも十分予測される。おそらく、ケア協同組合の事業活動領域はこの「対人サービス型在宅ケア」に特化していくことであろう。というのは、資本調達においていくつかの障壁を飛び越さなければならないケア協同組合が居住施設型ケアを事業化することは決して不可能ではないにしても、多くの困難を伴うのであるから、それよりもむしろ、前

51) *Ibid.*, pp.32-33.

述したような協同組合の組織文化を十分に生かせるケア・サービスを実践した方が現実的であるし、社会的に有益である。個人の自立・自律を維持するために、可能な場合にはいつでも在宅ケアを行なうことが最良である、との認識は大方のところ一致している。その意味では、在宅ケア・サービスの需要は増大するであろう。多くの人びとは自分の家で高齢期を送ることを望んでいるのであるから、ケア協同組合がこの希望を可能にする「費用効果」方法、例えば、「ケアの予防的アプローチ」・「リハビリテーション・アプローチ」・「複合的ニーズ・アプローチ」を開発するべきである。

在宅ケア・サービスの需要の増大が見込まれるとするならば、ケア協同組合はどのようにして、それに対応するべきであろうか。おそらく、あるケア協同組合は「スケール・メリット」を重視して、規模の拡大を目指すかもしれない。他のケア協同組合は、「コミュニティによるケア」と「ケア・サービスの質」を重視することから、単なる規模ではなく、連合組織の形成によるネットワークに基づくケア編成を目指すかもしれない。いずれの場合も可能であるが、将来的には後者を選択するケア協同組合が主流になると思われる。その兆候は既にイタリアに現われており、コミュニティを基礎とするイタリアのおよそ60の社会的協同組合は「コンソーシアム」（第二次協同組合組織）を形成して、個々のケア協同組合の規模は小さいが、各ケア協同組合がネットワークを編成することで小規模であることをカバーし、その上にコンソーシアムがケア技術の研修を組織し、財務マネジメント、事業マネジメント、経理、法律上のアドヴァイス、社会保障制度などを指導しているのである。イギリスでもSSDのコーディネーターやCDAのプロジェクト・ワーカーは各コミュニティを基盤とするケア協同組合間のネットワークに基づくケア・サービスを志向してい

る。事例IIIのWCC(リーキン・ケア協同組合)が「ケア・サービスの質」を保証するメカニズムとして掲げている「主要な職務と責任」は、イギリスにおけるケア協同組合の志向を暗示している。いくつか示しておく⁵²⁾。

- (1) クライアントに直接的なサービスを供給する。
- (2) 各クライアントに敏速で、信頼でき、質の高いサービスを供給する。
- (3) 適切にクライアントの自立・自律を励まし、支える。
- (4) クライアントに対し支えの役割と介護の役割とを果たす際には、家族の成員とともにそれを行なう。
- (5) クライアントの立場に立つことのできるSSDのメンバーとパートナーシップを組む。
- (6) クライアントと家族あるいはそのいずれかについてのどんな心配事もマネジャーあるいはコーディネーターに報告する。
- (7) 高い倫理的規範および専門的水準を維持する。
- (8) 協同組合のマネジャーが決めた研修および管理運営会議に出席する。

むすび

イギリスにおけるケア協同組合は、いわば「コミュニティ・ケア法」の副産物であった。ミセス・サッチャーと保守党政府はベヴァリッジ主義に基づいたイギリスの福祉国家の終焉を宣告して、ソーシャル・サービスやその他の福祉行政を縮小したが、皮肉にも、高齢者介護や障害者介護に対しては1990年前後から組織されたケア協同組合やコミュニティ協同組合がこれに対応した。これらの協同組合は、確かに、女性の雇用創出や仕事おこし、

52) *Ibid.*, Appendix 4, p.56.

経済的、社会的自立という意識をその背後に抱えていたが、しかし、決してそれだけの意識ではなく、そこにはもっと広い、もっと人間的なコミュニティ生活の感情が横たわっていた。本論で取り上げた4つの事例はそのことをよく物語ってくれている。コミュニティにおける人びとの生活は、協同組合の組織文化を正当化するのに十分なほど相互扶助的要素を残していたし、「福祉」は、単なる行政上、政治上の要素ではなく、人びとのコミュニティ生活に密接に結びついている生活上の要素であることをケア協同組合やコミュニティ協同組合は知らせているのである。

ところで、われわれは、イギリスでのケア協同組合やコミュニティ協同組合の展開が独りイギリス固有の仕方ではなされた、と考えてはならないだろう。それは、ICOMが主張しているように、1970年代末から始まった西ヨーロッパ規模での現象であり、イギリスでの現象は文字通り西ヨーロッパにおける一環である、と位置づけられるべきだろう。時期に多少の相違はあるが、西ヨーロッパ諸国では社会的ケアの供給制度の変更や福祉財政の変更がなされた際に、国家の選択と共同のサービスを求める要求とのギャップを協同組合の組織文化が埋めていったのである。イタリア、スペイン、スウェーデンなどでの取り組みはそのことを証明している⁵³⁾。とりわけイタリアでは1994年に約2,000もの社会的協同組合が設立され、規模は小さいけれども、確実にコミュニティに根を張った存在になっていった。イギリスにおけるケア協同組合やコミュニティ協同組合の展開もまた、国家行政とコミュニティ住民の要求とのギャップを埋めているのである。その点については何度か言及しておいた。

翻って、日本の「福祉」の状況を眺めてみ

るとき、国家行政とコミュニティ住民の要求とのギャップは、西ヨーロッパのどの国よりも大きい、と言わざるを得ないであろう。公的介護保険制度は決してこのギャップを埋めることはできないし、現在のままで推移するならば、むしろギャップは広がっていく、と懸念されるのである。そこで、生協や農協による高齢者介護の役割が注視されることになるが、イギリスでの事例は生協や農協にも十分参考になるし、学ぶところも大きいであろう。しかし同時に、イギリスでの事例からより多くを学び得るのは労働者協同組合なのである。イギリスのケア協同組合もコミュニティ協同組合も、基本的には労働者協同組合であり、それらの組織文化は日本の労働者協同組合と寸分もたがわないのである。21世紀におけるわが国の社会は、これまでのような大量生産・大量販売・大量消費・大量廃棄という経済システムを文字通り「廃棄」しなければ前進しなくなる、「福祉社会」となるであろう。それは、単に人口統計学的な変化が引き起こす現象ではなく、コミュニティを基盤とする人びとの生活に不可欠なインフラストラクチャーを整備し、かつ自然的環境を保全することで、農林漁業の地域産業とコミュニティ経済を活性化させ、人びとが「コミュニティの質の向上」と「内容豊かな生活」(well-being)を感じ取れる、そういう社会システムをもつ社会なのである。「福祉国家」亡き後にやって来るのは、「市場原理主義社会」ではなく、「福祉社会」なのである。

53) Cf. *ibid.*, p.13.