

総説

コミュニティケア政策の展開過程 (3)
—— イギリスの要介護老人のケアをめぐって ——

小 田 憲 三

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成 8 年 5 月 22 日受理)

The Developmental Process of Community Care Policy (3)
—— Considering the Care of Frail Elderly People in Britain ——

Kenzo ODA

*Department of Medical Social Work
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Accepted May 22, 1996)*

Key words : community care, care management, frail elderly people,
care assessment, social work

Abstract

The structure and procedure of Community Care Policy for frail elderly people in Britain have developed care management system. In care management care assessment has very important roles. It gives accuracy of care and cost benefit effects. Care plan after the care assessment needs good team work for many professionals, for example general practitioner, social worker, district nurse and care worker. At the same time recent Policy needs the problem of cost of community care. Therefore, many social security schemes support this Policy, even though they are not complete.

要 約

イギリスの要介護老人のためのコミュニティケア政策の構造と手続は、ケアマネジメントのシステムを発展させてきた。ケアマネジメントにおいては、ケアアセスメントが非常に重要な役割を担っている。アセスメントによって、ケアの的確性と費用効果が促進されるからである。アセスメントにつづいて策定されるケアプランは、一般医、ソーシャルワーカー、

地区看護婦、ケアワーカーなどのチームワークを必須としている。同時に、コミュニティケア政策は費用問題を浮かび上がらせている。したがって、多くの社会保障制度がそれを十分とはいえないにしても、支えているという実態である。

I コミュニティケアのマネジメント

1 コミュニティケア政策の策定とケアマネジメント

コミュニティケアの行政体制と責任の構造としては、政策の策定とマネジメントに関して、中央レベルと地方レベルで異なる当局間において分裂している。社会保障は、任意支払いのための小規模基金を除いて、イギリス全体にまたがる中央集権的に形成された唯一の分野である。保健サービスは中央集権的な財源を有しているが、それは地域レベルで執行される。政府の役割は、一般的指針と支出限度を定めるところにあるが、地域レベルの柔軟性の重要性と必然性を認めるという「戦術的」なものである。保健ケア制度については、地域的に相違があり、それは主に変化を嫌う歴史的遺産ともいえよう。しかし、この地域による相違は、ケアサービス提供の最先端の地区レベルで表面化する。たとえば、相違の結果、ある地区では他の地区よりも要介護老人用のベッド数がより多くなっている。

地方自治体は、対人福祉サービス（スコットランドではソーシャルワーク・サービス）と住宅サービスに責任を有している。ただ、地方自治体の政治的、社会的、歴史的要因によって、非常に大きな多様性が示されている¹⁾。その明白な一例がホームヘルプ・サービスである。イングランドでは、1984/85年に75歳以上の1,000人に対し、ホームヘルパーが7人以下の自治体から44人という自治体まで、実にさまざまであった²⁾。

コミュニティケア政策を正しく実行するためには、このような多様なサービスメニュー同士のマネジメントが必要である。とくに1960年代以降、高齢者の介護において、そのニーズが社会的、医療的な他の集団と同様に、保健サービスと対人福祉サービス、ソーシャルワーク・サービス間の協働と調整が必須であることが認め

られてきている。イングランドとウェールズでは、1974年に国民保健サービスの再編が、マネジメント方法によってニーズを充足させるという主張によって行なわれたところである³⁾。また、そのための合同諮問委員会が設立された。保健当局と地方自治体間の合同計画が法制化され、そして1976年には、合同財政が活用されるようになった。スコットランドでは、1986年までは合同計画は任意性を基調としていた。

イングランドとウェールズにおける対人福祉サービスの合同財政支出は、1979/80年の48百万ポンドから1988/89年には78.5百万ポンドに上昇した。しかし、これはちょうど4,000百万ポンドにのぼる対人福祉サービスの総額や18,000百万ポンド以上という総額のほんのささいな一部にすぎない⁴⁾。すなわち、新しい展開を生み出しはするものの、合同財政と合同計画のメカニズムは、保健ケアと福祉的ケアをまたにかけた資源の長期的移動を促進しなかったのである⁵⁾。

それには、2つの主要な理由がある。まず第1に、合同財源制度下では、地方自治体は当初は7年後、後には13年後に、合同財源をすべてまかなわなければならなかったからである。それは、中央が決めた一般補助金の過剰支出に罰金を科する制度に反するものであった。第2に、保健サービスと対人福祉サービス（スコットランドではソーシャルワーク・サービス）間には、財政の方法、イングランドの複雑な地理的区画、両サービスのもつ文化性について大きな相違が存在することである。合同諮問制度と合同計画制度は、その後、政府によって見直しが行なわれている。

その見直しを要約すれば、中央レベルでは、コミュニティケア政策の策定に単一の部局のみが責任をもつこともなかったし、またある特定の目的にしばられた公的支出も、ほとんどといっていいほどなかった。監査委員会によれば、適切なコミュニティケア政策は、多くの場合、次の内容を含んでいる事実を見出した⁶⁾。

- (1) 強力で、熱心な地域の改革の「第一人者」
- (2) 官僚的な仕組みにではなく、行動への注目
- (3) 機関の壁を超えた地域的に統合化されたサービス
- (4) 地域における近隣への注目
- (5) 多種の専門職からなるチームアプローチ
- (6) 公的組織と民間組織との間のパートナーシップ

コミュニティケア政策の実施に当って、保健当局と地方自治体の協力が基本的に重要であることは、保健省の公式文書においても、次のように表現されている。つまり、「効果的な協働は、コミュニティケアを実現可能にさせる重要な秘訣である」⁷⁾とされている。

政府は、保健サービスと対人福祉サービスあるいはソーシャルワーク・サービスとの連携による供給体制の改編が、より一層の協働に向けての必然的な刺激になることを望んでいる。国民保健サービスと1990年コミュニティケア法(第46条)は、地方自治体にコミュニティケア計画の策定を求めている。政策指針は、その困難性を認めつつも、これらが保健当局とのパートナーシップを向上させることを示唆している⁸⁾。したがって、地方自治体は、コミュニティケア計画の策定時に住宅当局、住宅協会、民間団体と協議するように、法律的に義務づけられている。保健当局もまた、関連する地方自治体と協働で、あるいは自治体と協議して、コミュニティケア計画を提出するように求められている。

1987年には、スコットランドの地方自治体とソーシャルワーク・サービスグループは、コミュニティケア計画策定の基礎を提供する合同諮問グループを設立した。スコットランドの保健サービス重点政策に関する報告書では⁹⁾、予算支出の一本化において部局の共同をはかることと、全国レベルで保健政策とソーシャルワーク政策の合同をはかることを提案した。しかし実際には、政府はイングランドとウェールズの場合と同様、スコットランドにおける地方自治体主導の方法を選択した。北アイルランドは、すでに戦術的な計画を準備している統合化された保健・社会サービス委員会の恩恵を享受している。これらは次第に、イギリス全土の地方自治体と同

様に、ケアサービス提供における委員会の新しい役割を考慮に入れるような方向で、調整されていくであろう¹⁰⁾。

2 サービスや給付の供給において、高齢者のサービスや給付に対するニーズアセスメントの性格は何か。入所施設ケアの入所アセスメントに含まれる要素は何か。家庭をもつ高齢者に対するサービスと金銭給付の配分を決定する基準は何か。

3 医療上、福祉上、行政上、いかなる人物が個々のアセスメントを行なうのか。彼らは、請求に対し付加給付や別の制度を提供できるか。

病院ケアのニーズ、在宅での家事援助や食事のニーズといったサービスアセスメントが、共通する様式となってきた。これらは保健医療的、福祉的なものが主になっている。それは、一般にもっとも適切なサービスを生み出すためのニーズ利用ではなく、利用者のニーズを利用できるサービスに適合させるものである。

在宅高齢者の大部分は、まず最初に一般医によって調査される。1990年4月以降、75歳以上の高齢者に年1回の健康チェックの実施が義務づけられた。その責任は一般医が負うが、アセスメントは看護婦や他の専門職に任せることができる。対人福祉サービスのアセスメントは、可能な場合、患者の担当医との協力のもとにソーシャルワーカーやホームケア・オーガナイザーによって行なわれる。患者が病院入院中の場合には、医師や医療ソーシャルワーカーなどの病院スタッフによって行なわれる。調査によれば、コミュニティサービスへの紹介という観点からみると、これらのアセスメントは有効に機能しているとはいえない¹¹⁾。

要介護老人の病院退院に関しても、最近の調査では、次のようなことが示唆されている。すなわち、「要介護老人のニーズは、利用可能な、または多くの場合利用できない福祉制度の都合によって、ある部分は決定されてしまっている」¹²⁾と。

入所施設ケアに関するアセスメントは、部門ごとに多様である。地方自治体社会サービス部

は、入所施設への入所判定について多専門職によるアセスメントを發展させてきた。民間営利の入所施設やナーシングホームの申し込み者については、入所費用支払の援助が不要でないかぎり、そのホームが入所判定を行なうことになる。費用に対する援助がある場合、アセスメントはすべての所得補助申請者に共通するまさに経済的なものとなり、社会保障担当官によってアセスメントが行なわれる。そこでは、入所申請者の要介護性や障害程度は考慮に入れられない。共通アセスメント政策への提言¹³⁾は、国民保健サービス及びコミュニティケア法（1990年）に取り入れられた。近年まで行なわれてきたアセスメント手続きに関する次のコメントは、手続の困難性とコミュニティケア改革が意図するものをまとめている¹⁴⁾。

制定法によるサービスの配分は、専門職の手中にある。高齢者へのサービスの配分パターンを決める専門職は、同時にそのサービスを守らねばならない。専門職が利用者を他の専門職に送致する場合、彼らは立場を変えて防衛的な態度に出会いがちとなり、提供されるサービスの質に対して懐疑的になりやすい。このような統制の多様性は、高齢者へのサービス提供に関する伝統的な方法の大きな欠点である。特定条件下での統合的なケアパッケージを提供する実験は、より一層の効果を示している。

国民保健サービス及びコミュニティケア法(1990年)は、個人のケアニーズのアセスメントを新しいコミュニティケア政策の試金石にしている。適切なアセスメントは、個人が享受するサービスの質と乏しい資源の最善の利用にとって基本的なものとみなされている。ニーズアセスメントは、いまや地方自治体のとりわけ重要な義務となってきた。

保健省の公式文書においても、「各専門職は個々の利用者の効果的な処遇に責任をもつために、アセスメントを重視すべきである」¹⁵⁾と述べられているほどである。

アセスメントは「ニーズに支配されること」、

すなわちアセスメントはサービスの利用可能性ではなく利用者のニーズから出発すべきであることが、決定的に重要であるとみなされている。ケアを購入するという社会サービス部、ソーシャルワーク部（スコットランド）の新しい権限によって、それぞれの部は自ら提供するサービスと同様、民間営利部門と民間非営利部門からも利用しうる統合的なケアパッケージ化を推進していく方向性にある。その場合の重点項目のなかには、「不必要な入所施設ケアの回避」が含まれている¹⁶⁾。

アセスメントは、個人が必要とするケアにかかわるすべての機関と専門職とを含むと考えられる¹⁷⁾。また、介護者のニーズを適切に考慮し、判断することも新たに重要視されてきた。

ただし、新しいアセスメント手続の実行可能性、とくに機関と専門職との協働の仕方に関して、厳しい疑問が表明されている¹⁸⁾。個々の利用者のADLや生活状態のアセスメントは、たしかに把握しにくいし、正確さを欠く場合もみられるのである。一方、社会保障給付、とくに介護手当と障害者介護手当に関するアセスメントは、イギリス内で統一された申請書への記入を基礎にしており、明確である。

4 どの程度、高齢者はケアサービスの選択権をもつことができるか。

選択の幅は、多くの要因によって、もっとも大きくは当該地域内の利用できる選択肢の数によって、また選択肢に対する知識によっても、さまざまに限定される。調査によれば、高齢者はかならずしもつねに目前の選択肢についての十分な情報に接していない事実が示されている¹⁹⁾。また、一般に入所施設ケア、在宅ケアのいずれの選択肢についても、地域によって非常に異なっており、問題視されている²⁰⁾。人びとが利用しうる選択肢の多く、とくに住宅に属する選択肢は、もっと適した入所施設への移動といった例のように、支払能力に関係したり、肥大化した地方自治体の財政状態に依存したりしている。

入所施設ケアに関して、どの程度選択が可能かは、明らかではない。それでも、判明しているかぎりにおいて、他に方法がないという理由で入所施設ケアにとどまる高齢者がいる²¹⁾。地域

での適切なケアパッケージがあれば、家庭にとどまれるはずの高齢者や障害者が、入所施設に入所していることがある。調査によれば、地方自治体立の入所施設の場合、申請者の親族や近隣の人びとの考え方が重視され、申請者自身が積極的な選択をすることはまれである²²⁾。不適切な入所経過に関する報告は少なくないが²³⁾、そのような高齢者がどの程度いるのかについては不明である。

一方、民間営利ホームと民間非営利ホームに関する保健省の調査によると、入所者の多数は適切に措置されていた²⁴⁾。地方自治体立と民間立の入所措置や利用者の選択権の相違は、より明確に認識され、地方自治体が改めるべきところが大きい。

また、公立、民間を問わず、入所施設ケアや病院ケアを利用して生活しなければならない可能性は、表1のごとく、85歳以上の高齢者では急激に上昇するという傾向がみられる²⁵⁾。

表1 年齢別の長期入院や入所施設ケアホーム入所の確率 — 1990年、イングランド

	65歳以下	65~74歳	75~84歳	85歳以上
入所施設ホームや病院に入っているパーセント	0.04%	1.0%	5.9%	26.2%

出典：Laing and Buisson, 1991.

政府は、一連のコミュニティケア改革をとおして、サービス利用者の選択の幅を広げ、医療福祉資源をさらに正確に利用者のケアニーズに合致させようとしている。しかし、利用しうる医療福祉資源は、たとえコミュニティケア改革による増加を見込んだとしても、サービス利用者に関するかぎり、選択権の拡大には十分につながらないことが懸念されている²⁶⁾。

II コミュニティケアの財源

1 主要サービスと金銭給付の個々の財政の方法を各サービスごとの公的支出額をまじえた内容

(A) 入所施設ケア

(1) 病院

国民保健サービスは、患者に無料で提供されるが、多くの国民保健サービス病院の私的病床でケアを有料で受けたり、病院の医師から有料で私的診療を受けることも可能である。

要介護老人が数週間にわたって入院しなければならない場合、国民保健サービスのもとで無料の食事と病院治療を受けることは可能であるが、中央政府による金銭給付は減額されたり、廃止となる。その例として、所得補助（6週間以上入院すると、それは病院手当まで減額される）と介護手当（入院4週間後に廃止となる）とがある。インフォーマルケアラーに支払われる障害介護手当と常時介護手当は、患者が12週間以上入院する場合には、廃止される。

① 財政当局

中央政府が、財政当局である。

② 公的支出

イギリスにおける病院サービスとコミュニティヘルス・サービスの運営総費用は、1989/90年現在、16,676百万ポンドである²⁷⁾。

(2) ナーシングホーム

国民保健サービスにおいて提供され、中央政府によって財源がまかなわれているナーシングホームの数は、ごくわずかである。大多数のホームが民間営利部門と民間非営利部門によって供給されている。これらのナーシングホーム入所者である高齢者のおよそ10%が、入所費用支払いのために所得補助を受けている。所得補助額は、高齢者の所得、ナーシングホーム別の所得補助の「上限」、地域と高齢者の要介護性などの諸要因によって決定される。もし、入所費用がこの所得補助の「上限」額を上回る場合、家族、親族やチャリティ団体が、それをまかなえるように支援することが可能である。

なお、1989/90年現在、イギリスにおけるナーシングホーム入所者に対する所得補助額は、446

百万ポンドに達している²⁸⁾。

(3) 入所施設ホーム

3種類の高齢者のための入所施設ケアホームのうち、地方自治体ホームは公的に提供されている。地方自治体は、入所者に入所施設ケア費用の負担を請求する。その最低限の負担額は、単身退職者年金の国家基準の80%と同額である。事実上、すべての入所者が、国家退職者年金を受給している。この入所者のうちの何割が、職業年金や貯金から所得をえているかは不明であるが、この所得は地方自治体の請求額の査定に算入されよう。地方自治体ホームにおいて、入所費用の全額が公費負担されている高齢者数は明らかではない。

1988/89年において、イギリスの地方自治体は、高齢者用の入所施設ケアホームに対して805百万ポンドを負担しているとみなされている²⁹⁾。一方、民間営利部門と民間非営利部門の入所施設ケアホームは、公的に提供されるものではないが、入所者は個人手当や費用に関して所得補助を受給している場合がある。概算すると、民間営利と民間非営利の入所施設への入所者の約57%に対して、経済的援助がなされている。ただし、所得補助額は入所施設ケアホームの所在地と高齢者の要介護性の度合いによって限定されている。そのためもあって、多くの入所高齢者が、入所費用支払のために家族、親族、チャリティ団体に依存しなければならない現状である³⁰⁾。

① 公的支出

1989/90年において、入所施設ケアホーム入所者の所得補助として、658百万ポンドが支出されている。ただ、この場合の入所者には身体的、精神的障害が含まれている。したがって、高齢者のみの数字は不明である³¹⁾。

② 資産調査

地方自治体入所施設ケアホーム、民間営利及び民間非営利のナーシングホームと入所施設ケアホームにおける所得補助については、資産調査が必要である。所得補助制度に関しては、3,000ポンド未満の資産の保持は認められるが、3,000ポンドから8,000ポンドの資産がある場合には、支給額が減額される。資産所有が8,000ポンド以上の入所者の場合には、

所得補助は支給されない。地方自治体、民間営利、民間非営利の入所施設ケアホームやナーシングホームの入所者が、自宅を所有している場合、自宅は入所費用に充当される資産調査における財産とみなされよう。ただし、その家に近親者や配偶者が住んでいる場合には、それは適用されない。

③ 財政当局

地方自治体入所施設ケアホームは、地方自治体の財政によってまかなわれている。地方自治体は、中央政府から部分的な財政援助を受けているが、地方税、コミュニティ税（将来的にはカウンスル税と改められる予定）、サービス利用料によって、その財源をまかなっている。

(B) コミュニティの公的組織による介護

(1) 一般医、地区看護婦、地域精神科看護婦、手足治療者

一般医のサービスは、国民保健サービスのもとでは無料で受けられるが、もし患者が有料の自由診療を受けようと思えば、ほとんど全国的にそれは可能である。事実上、イギリス国民はすべて国民保健サービスの一般医に登録されている。地区看護婦、地域精神科看護婦、手足治療者も、国民保健サービスによって無料で利用できる。ただ、国民保健サービスによる手足治療者数はかぎられており、多くの人びとは自費でそのサービスを受けている。

(2) 公的支出

1989/90年には、一般医サービスに1,860百万ポンドが支出された³²⁾。また、1988/89年には、イングランドの保健サービスは、51百万ポンドを手足治療に対して支出している³³⁾。

(3) 地方自治体コミュニティ支援サービス

ホームケア、配食サービス、ソーシャルワーク・サービス、デイケアの費用は、地方自治体によってまかなわれている。自治体は、中央政府からの地方税（コミュニティ税、将来的にはカウンスル税に改められる）からと受益者からの費用負担により、その財源をまかなっている。

(4) ホームケア

1989/90年において、イギリスの地方自治体の支出額は、645百万ポンドにのぼるものと推計さ

れている³⁴⁾。約百万人の退職世帯(または16%)が、自費で家事援助を受けているとみられるが、それに関する支出額については不明である³⁵⁾。

(5) デイケア

デイケアは、地方自治体、保健当局、民間組織によって提供されている。地方自治体、民間組織に対する支出額については、資料がない。1989/90年において、イギリスの地方自治体は、およそ226百万ポンドを高齢者のデイケアに支出したとみられる³⁶⁾。

(6) ソーシャルワーカーによる支援

ソーシャルワーカーは、地方自治体と多くの民間組織に雇用されている。1989/90年において、イングランドとウェールズの地方自治体はソーシャルワーカーに対して、250百万ポンドを支出した³⁷⁾。この金額のなかには、ソーシャルワークのフィールドでの実践や、ワーカーの現任訓練や運営管理上の費用なども含まれている。この場合のフィールドワークは、高齢者のみならず、あらゆる年齢や生活課題をもつ人びとを対象としている。

(7) 食事サービス

地方自治体は、自ら直接的に配食サービスを実施したり、民間機関に資金を提供して、それを行なっている場合もある。1989/90年において、英国の地方自治体は、配食サービスに74百万ポンドを支出している³⁸⁾。

(8) レスパイトケア

レスパイトケアは、病院、地方自治体入所施設ケアホーム、民間営利及び民間非営利の入所施設ケアホームやナーシングホームにおいて提供されている。また、レスパイトケアの支出は、入所施設ケアの費用のなかで算定されている。

(9) 負担

地方自治体は、ほとんどすべての主要なサービス(ソーシャルワークを除く)を高齢者に提供するにあたって、負担を求める権限を有している。その概算については、社会サービス部が受益者から、もしくは受益者のために調達した金額の77%が、高齢者のための3つの主要サービス、すなわち入所施設ケア(37%)、ホームヘルプ(6%)、配食サービス(34%)に関係するものであった³⁹⁾。

1990年現在、地方自治体サービスの受給者の負担額は、491百万ポンドに達している⁴⁰⁾。ただ、イギリスの地方自治体間には大きな地域格差があり、それぞれのサービスに対して負担金を求めない自治体と求める自治体とがあり、求める自治体においても金額が異なることはよく知られている。また、地方自治体のコミュニティサービス受給者の何人が、その費用を全額、公的資金からまかなってもらっているかは不明である。

(C) 住 宅

民間部門の保護住宅は、中央政府の出資による住宅公社から補助を受けている。公的部門の保護住宅は他の財源にくわえて、中央政府からの資金を受けた地方自治体によってまかなわれている。

住宅協会や地方自治体の保護住宅の借家人は、家賃を支払うことになる。低所得の場合には、住宅手当を受けることができる。保護住宅の建設に関する実際の資金調達は、非常に複雑である。

1990/91年において、地方自治体と住宅協会による高齢者用保護住宅への資本支出額は、およそ200百万ポンドと見込まれている⁴¹⁾。

また、1992年現在、環境省はイングランドの保全と改修制度を供給する住宅機関に対して、3.9百万ポンドを配分した。要介護老人が保全と改修資金を利用しうるのは、1992年現在、イングランドの地方自治体の4分の1程度でしかない。

(D) 金銭給付

地方自治体によって管理される住宅手当とコミュニティ税手当(それらの大部分は中央政府からの支出でまかなわれている)を除くすべての金銭給付に関する財政当局は、中央政府である。

(1) 拠出制手当

退職年金と国家所得比例制度年金は、公的保険である国民保険資金によってまかなわれている。1989/90年現在、退職年金への支出額は、20,802百万ポンドであった⁴²⁾。

(2) 所得比例無拠出手当

所得補助、社会基金や自立生活基金からの支

給、コミュニティ税手当の申請者は、すべて資産調査を受けなければならない。3,000ポンド以下の資産所有は認められるが、3,000ポンドから8,000ポンドの資産の場合は、支給額が減額される。住宅手当に関する規定は、若干異なる。資産が3,000ポンドから16,000ポンドある場合には、所得とみなされ、支給水準が低くなる。

① 所得補助

1990年現在、あらゆる年齢階層や生活課題のある人びとに対して、7,675百万ポンドが支払われた⁴³⁾。高齢者に対する所得補助の支出データはない。

② 社会基金

1989/90年現在、中央政府出資の社会基金は、145百万ポンドを支出した。高齢者に対する支出データはない。

③ 自立生活基金

1991/92年における自立生活基金の支出は、54百万ポンドと見込まれている。

④ 住宅手当

住宅手当は、中央政府よりも地方自治体によって支給される。しかし、地方自治体は、そのための資金の大部分を中央政府からの資金充当で埋め合わせている。1989/90年には4,611百万ポンドが、地方自治体によって借家人に支給されたり、家賃に充当されたりした。なお、高齢者のみの統計はない⁴⁴⁾。

⑤ コミュニティ税手当

コミュニティ税手当は存在しているが、支出額については利用できる資料がない。

(3) 所得無比例無拠出手当

① 軍事年金

軍事年金は、中央政府によって支給される。1989/90年現在、軍事年金の総支出額は641百万ポンドであった⁴⁵⁾。

② 介護手当

介護手当は、中央政府によって支給される。1989/90年現在、総支出額は1,157百万ポンドであった⁴⁶⁾。介護手当は障害者にも適用されており、高齢者のみに関する統計資料はない。

③ 無拠出高齢者年金

無拠出高齢者年金は中央政府によって支給され、1989/90年においては、37百万ポンドが

支給された⁴⁷⁾。

2 介護費用を支えるための私的保険、住宅所有、他の私有財産制度の利用状況

イギリスにおいて、高齢者のためのもっとも重要な私的保険制度は、職業年金である。この職業年金は発足以来、かなり急激に成長してきた。1953年には、百万人を少し切る程度の高齢者が職業年金を受給していたにすぎなかったが、1973年には、その人数はおよそ3.25百万人に達した。退職者人口に対する比率は、1953年の7%から1973年には25%に、1983年には50%に、1987年には60%近くに達した⁴⁸⁾。

介護費用を支えるための職業年金の利用を考える場合には、次の2つの問題がとくに重要である。つまり、年金額と実際の受給者との2点である。職業年金の平均支給額は、国民保険単身者退職年金のおよそ90%である⁴⁹⁾。

公的部門での就労者は、私的部門の就労者よりも多くの職業年金を受け取ることができる。すなわち、コミュニティケアに要する費用として、公的部門の就労者はその職業年金から余分に支給を受けられる。1987年現在、公的部門の常勤男性の92%、常勤女性の89%が、それぞれ職業年金の対象者であった。一方、私的部門においては常勤男性の51%、常勤女性の32%であった⁵⁰⁾。このような公的部門、私的部門の就労者間の相違は、退職後の所得格差を生み出す原因となっている。

年金生活者の所得と支出を調べた1982年家計支出調査の分析によると、わが身を貧困線以下におかず個別ケア費用を一部負担する人は、その金額がほとんどのケースで週20ポンド以下(1982年)の少額であっても、75歳以上の10人につき1人程度にすぎないとみられる⁵¹⁾。

土地家屋を所有している高齢者がその財産を処分して、その代金を必要なケアの費用に充当するという仕方は、非常に注目されてきた。オールドマン(Oldman)は、近年のイギリスにおいて利用されている土地家屋処分制度を3つに分類している。それは満期ローン、住宅復帰制度、利子貯蓄ローンの3つである⁵²⁾。オールドマンは、これら3つの制度はすべて比較的富裕で、何世代にもつづく財産で生活する高齢者に利益

をもたらすだけであり、社会保障制度が財産の価値を損なうことなく相続させるよう、効果的に機能するためには、いくらその財産の価値が高くとも、低所得者にとっては財産を処分して所得を高める刺激にはならないと主張している。

3 私的保険や他の私的ケア資金を支えるための減税の有無

被雇用者が職業年金と私的年金に支出してい

る場合、減税の対象とはなるが、限界はある。また、減税は、60歳以上の高齢者が加入している私的医療保険にも適用される。

小稿は平成6年度、7年度にわたる文部省科学研究費補助金の対象となった「保健福祉推進のためのコミュニティケアに関する実験的研究」(課題番号06451042)に基づく研究成果の一部である。

文 献

- 1) Davies BP (1971) *Social Needs and Local Authority Resources*, Michael Joseph.
- 2) Audit Commission (1986) *Making a Reality of Community Care*, HMSO, London.
- 3) Department of Health and Social Security (1974) *National Health Service Reorganisation*, Cm 5055, HMSO, London.
- 4) House of Commons Health Committee (1991) *Public Expenditure on Health Matters*, HMSO, London.
- 5) Department of Health (1989) *Caring for People : Community Care in the Next Decade and Beyond*, HMSO, London, 小田兼三監訳『英国コミュニティケア白書』, 中央法規出版, 1991年.
- 6) 注2) と同じ文献.
- 7) 注5) と同じ文献.
- 8) 注5) と同じ文献.
- 9) Scottish Home and Health Department (1988) *Scottish Home Authorities' Review of Priorities for Eighties and Nineties*, HMSO, Edinburgh.
- 10) Department of Health, Social Services Inspectorate (1991) *Care Management and Assessment : Summary of Practice Guidance*, HMSO, London.
- 11) Sinclair I, Parker R, Leat D & Williams J (1990) *The Kaleidoscope of Care : A Review of Research on Welfare Provision for Elderly People*, HMSO, London.
- 12) Chadwick R & Russell J (1989) 'Hospital Discharge', *Ageing and Society*, September 1989.
- 13) Department of Health and Social Security (1987) *Public Support for Residential Care : Report of a Joint Central and Local Government Working Party*, HMSO, London.
- 14) 注11) と同じ文献.
- 15) 注5) と同じ文献.
- 16) 注5) と同じ文献.
- 17) 注5) と同じ文献.
- 18) Allen I (1990) *Assessment and Care Management*, Policy Studies Institute, London.
- 19) Tinker A (1984) *Staying at Home : Helping Elderly People*, HMSO, London.
- 20) 注2) と同じ文献.
- 21) National Institute of Social Work (1988) *The Wagner Report : Report of the Independent Review of Residential Care, Vol. 1—A Positive Choice*, HMSO, London.
- 22) Sinclair I (ed) (1988) *The Research Reviewed (Vol. 2 of the Wagner Report)*, HMSO, London.
- 23) Neill J, Sinclair I, Gorbach P & Williams J (1988) *A Need for Care ? Elderly Applicants for Local Authority Homes*, Gower, London.
- 24) Bradshaw J (1988) 'Going into Institutional Care' in Baldwin S, Pamker G & Walker P *Social*

Security and Community Care, Gower, London.

- 25) Laing W & Buisson A (1990) *Care of Elderly People : The Market for Residential and Nursing Homes*, Gower, London.
- 26) Allen I (1990) *Purchasing and Contracting*, Policy Studies Institute, London.
- 27) Central Statistical Office (1991) *Annual Abstract of Statistics 1991*, HMSO, London.
- 28) 注4) と同じ文献.
- 29) 注4) と同じ文献.
- 30) House of Commons Social Security Committee (1991) *The Financing of Private Residential and Nursing Home Fees*, HMSO, London.
- 31) 注4) と同じ文献.
- 32) 注27) と同じ文献.
- 33) 注4) と同じ文献.
- 34) HM Treasury (1991) *The Government's Expenditure Plans 1992/93 to 1994/1995*, HMSO, London.
- 35) Parker L (1990) 'The Role of the Private Sector in the Care of the Elderly', in Morton J (ed) *Packages of Care for Elderly People : How can the Private Sector Contribute ?*, Age Concern Institute of Gerontology & King's College, London.
- 36) 注34) と同じ文献.
- 37) 注34) と同じ文献.
- 38) 注34) と同じ文献.
- 39) 注11) と同じ文献.
- 40) Department of Health (1991) *Health and Personal Social Services Statistics 1991 for England*, HMSO, London.
- 41) 注34) と同じ文献.
- 42) 注27) と同じ文献.
- 43) Department of Social Security (1992) *Social Security Statistics 1991*, HMSO, London.
- 44) 注27) と同じ文献.
- 45) 注43) と同じ文献.
- 46) 注43) と同じ文献.
- 47) 注27) と同じ文献.
- 48) Government Actuary (1988) *Occupational Pension Schemes in 1987 : Seventh Survey*, HMSO, London.
- 49) 注35) と同じ文献.
- 50) Office of Population Censuses and Surveys (1991) *General Household Survey 1989*, HMSO, London.
- 51) Walker A (1990) 'Poverty and Inequality in Old Age' in Bond J & Coleman P, *Ageing in Society*, Sage, London.
- 52) Oldman C (1991) *Paying for Care*, Joseph Rowntree Foundation, London.