

経済的視座からみた高齢者介護のあり方

—WHO 報告書— (下)

小原 亜生

5 身体的依存性

費用対効果モデルにおいて、高齢者が社会的機能を正常に発揮していくために他の人々に依存することになる要因である身体的・精神的障害、社会的孤独、住宅事情、所得について順次検討する。これらは、図1においてOPの位置に影響を及ぼす要素でもある。

(1) 身体障害

費用対効果分析に関して、身体障害の捉え方には多様な方法があるが、いずれも、日常生活動作に基づいている。このほとんどのものは序数方式によるスケールであり、計量的スケールが用いられる場合は、序数スケールによった場合に妥当性や価値体系に疑問が持たれる場合である。

ア 単純序数スケール

単純序数方式による障害の重さの測定は、専門的あるいは直観的な視点によるものであり、移動能力と日常生活動作の遂行能力に基づいている。

移動能力は、ごく単純に順序付けられる。すなわち、屋外での移動、屋内での移動、車イスのみ、あるいはねたきりといった具合である。

他方、日常生活動作はそのような素朴な方法

で順序付けるわけにはいかない。家事、洗面、入浴、被服、食事といったものが重要な動作であるが、これらの能力の喪失に直観的な順序を見出すことは困難である。ごく一般的に、より多くの動作を遂行できなくなるならば、より障害が重いということぐらいである。

イ 実証序数スケール

高齢者の介護の構成に関する費用対効果の調査研究に用いられてきたこの型の序数方式には2つのよく知られた方法がある。カッツの日常生活動作に関する能力指数と障害についてのガットマンスケールである。

・日常生活動作に関するカッツの指数

1963年に、アメリカでカッツ等により開発された日常生活動作に関する指標で、慢性疾病の経過の目標指針として、また老化の経過を研究する材料として、さらにまたリハビリテーション指導の補助としてこの指標が用いられている。障害のある患者の指標機能の回復の順序は、子供の一次機能の発達の順序に類似しているという観察が理論的に興味をひく。

これによれば、次のように、8つの能力段階に区分される。

- ① 食事、失禁、移動、トイレ習慣、被服、入浴における自立

- ② 上記のいずれか1つの機能を除いて自立
- ③ 入浴及びその他のいずれか1つの機能を除いて自立
- ④ 入浴及び被服並びにその他のいずれか1つの機能を除いて自立
- ⑤ 入浴, 被服, トイレの習慣及びその他のいずれか一つの機能を除いて自立
- ⑥ 食事又は失禁のいずれかのみ自立
- ⑦ 全項目依存
- ⑧ その他, 少なくとも2つの機能において依存しているが, ①~⑦に分類されないもの。

・ガットマンの障害に関するスケール

ガットマンスケールの基本的な考え方は、一連の項目が累積的な一次元スケールをなしているという仮説を検証することにある。

一例として、困難度が一層増大していく、

①ベッドからの起床, ②被服, ③入浴といった一連の動作について考察してみるならば、最も容易な①をできない人達は、②や③を自力ではできないと予想される。同様に、ベッドから起き上がれるが他人の介助なしには服を着られない人は、自力で入浴することはできないと予想される。

実際には、これら3項目に関しては、表2のように、8とおりの回答がありうる。

表2 3項目に関し予想しうる回答パターン

動作	動作への援助の要(○)・不要(×)							
	段階的回答				“誤”回答			
	1	2	3	4	1	2	3	4
① ベッドからの起床	×	×	×	○	×	○	○	○
② 被服	×	×	○	○	○	○	×	×
③ 入浴	×	○	○	○	×	×	×	○

表2の最初の4つの回答は段階型として知られており、一次元的な累積的スケールという仮

説に一致する。表2の右側の4つの回答は、非段階的であり、ある項目に対する回答と次の段階の項目に対する回答とが一致しない。

どのような経験的データであっても必ずしもすべての例が段階型になるとは限らない。そこで、非段階型をどのようにうまく扱うかが問題となってくる。

例えば、老人性痴呆の患者の場合、戸外を動きまわることにはできても、被服といった身の回りの動作能力を失いがちであるといった理由で非段階的回答の大きな構成割合を占めているといったことがありうる。

さらに、こうした人々の事例が多ければ、当然に、新たな重要なスケールを生み出すことにもなる。

このように、非段階的回答は、その事例が住民の特定の少数グループにおいて、そのスケールを検討するに十分足るだけあれば、非常に興味深いものとなる。

英国における調査研究では、男性と女性とで異なるスケールが用いられている。男性用のスケールには家事能力の項目が欠落しており、女性用のスケールでは調理以外の家事能力がまず最初に失われるとしている。

さまざまな介護形態の費用を算定するに際しては、すべての介護方式にわたって男性と女性の双方に適用できるスケールを見つけなければならない。それには、乗り物を利用する能力や調理したり家事を処理する能力といった機能など、病院に入院したり老人ホームに入所したりしている人には適用されない機能は省略されることになる。

こうしたスケールを適用した結果、データを、男性と女性、介護形態別に分析した場合、それぞれについての主な違いは、男性と女性と

では、女性は、自力で入浴する能力よりも先に戸外を歩く能力を失いがちであること、また介護形態別では、病院に入院している者は、少数とはいえ、かなり多くの者が服を着る能力よりも先に介助なしでベッドから起きる能力を失う傾向があるということであった。

ウ 単純計量スケール

単純計量スケールは、日常生活動作を遂行する能力に得点を振り付けることによって障害の程度を測定しようとするものである。

例えば、移動能力について

階段を含めて自力歩行	0
通常は自立	1
付添い歩行	2
支え歩行	3
ねたきり	4

といった具合に、その他、見当識、意思伝達能力、協調性、不定動作、被服能力、摂食能力、失禁コントロール、記憶力、入浴等について、同様に動作能力に得点を付し、障害の度合を示そうとする試みである。

このスケールにおける大きな問題は、比較における事例の同質性の意義を破壊してしまうことである。例えば、いくつかの項目の組み合わせで得点10を得た場合、全く異なった障害を持った人が実際とは違って同程度の障害として分類され、全く不適切なサービス提供の指示を受けることがありうる。こうした問題は、序数スケールにおいては滅多にない。

(2) 精神障害

精神障害の程度を測定するスケールの主なねらいは、それによる意思伝達や動作における障害とともに、高齢者の痴呆の度合を検証することである。

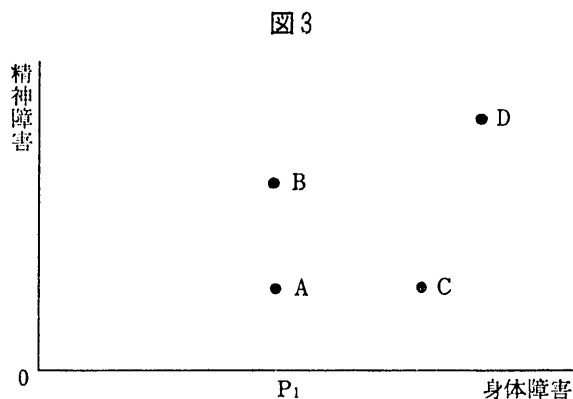
精神の障害を測定するスケールの主な特徴

は、人や場所や時間に関しての見当識のテスト、及び反社会的な行動の評価である。またそれらは、おおむね、健常、ときおり、しばしば、常時といった具合に度合を表示される。

(3) 重複障害の度合の測定

いったん異なるスケールを結合させる必要が出てくると、多面的な測定法の問題に直面する。

単純計量スケールを用いるならば、決して問題の解決とはならないが、簡便な方法として、含まれるすべての項目を数えあげることにより、容易にスケールを組み立てることができる。これを例示すれば、図3のとおりである。



どのように障害が重くなっていくか分かるように身体的及び精神的障害の双方について連続的に重度さの程度を知ることはできるけれども、障害の諸側面に目を向けるとさまざまな問題がでてくる。例えば、図3のAとBとは、身体的障害は同程度のP₁であるが精神的障害は全く異なっており、この2人に必要とされるサービスも、当然に異なったものでなければならぬ。

とはいえ、このように図示することによりDは、A、B、Cのいずれよりも重度である。CはAよりも重度である。しかしBとCに関しては、Cは身体的には重度であるが、精神的にはそうではないから明確なことは言えないなど

といった相互の関係を分かりやすく示すことができる。

(4) 障害の測定法の選択

高齢者の介護方式を選択する場合に、費用効果の視点から障害の測定法を選ぶについては、次の2つの要素に留意しなければならない。

- ・障害が累積的に測定されることが示されるべきである。
- ・等級分類は、同じような障害を持っている人達への費用比較の方法として機能すべきである。

ガットマンスケールは障害の累積的な段階を直接的に検証することから、第1の要素に関しては非常に有効である。第2の要素はより一層困難である。大切な事は、障害が重くなるに従い、どのように介護が増大していかなければならないか検証することである。このことは、あるスケールのうえで、同じ点の上にある人達は、他の事情が等しければ、同じ介護需要を持つべきであるということの意味する。

計量的スケールは、同じ得点を出したとしても、さまざまな動作項目の障害の複合であるからこの点に関し保障するものではない。序数スケールも同様な問題点を持ってはいるが、それほどはっきりとしたものではない。

結局、費用対効果に関する調査研究は、どこか他のところで開発されたスケールに頼らなければならない。現在あるすべてのスケールは、何らかの欠点を有している。将来に向けて最もよい方法は、手中の作業に最も適切な方法を用いるということで、その場合に、専門でない人々に誤解を与えないように、その弱点を理解し、指摘しておかなければならない。

6 効果の測定

(1) 一般的検討事項

これまで、方法論についての検討は、費用の算定及び依存性に対する関連費用に目が向いていた。しかしながら、費用効率的であるためには、最小費用の方式は、他の介護方式と少なくとも同等の効果がなければならないから、異なる介護形態について相対的な効果の測定に取り組む必要がある。

効果の測定には、それによって成功したかどうか判断することができる基準の開発が多角的にされる必要がある。

政策にはさまざまな側面があり、それら一つ一つの側面について効果を測定する必要がある。また、介護の諸方式は、それぞれの政策目標にどれだけよく適合しているか判断されなければならない。即ち、効果の測定のためには、次の2つの主要な研究を伴う。

- ・政策のさまざまな側面についての測定法を開発すること。
- ・これらのさまざまな側面が1つの総合的な効果の測定法に統合されるような方法を考案すること。

(2) 政策的側面

効果にかかわる政策的側面については、次の7項目があることが数年前(Challis, 1981)に出されている。すなわち、

- | | |
|---------|-----------|
| ア 養護 | イ 障害の代償 |
| ウ 自立 | エ 安心感 |
| オ 社会的統合 | カ 家族関係の安定 |
| キ 地域啓発 | |

効果の測定法は、これらの側面のそれぞれについて開発される必要がある。前節までは、障害の度合の測定と高齢者の自立度の評価の問題についてやや詳細に触れてきた。その他の高齢

者が生活を営むうえで大切な要素の測定法の例としては、最近の WHO 報告書 (Fillenbaum, 1984) によれば、次のとおりである。

- ・日常生活動作
- ・身体的健康
- ・経済
- ・住宅
- ・精神的健康
- ・社会性
- ・家族

これらのうち、日常生活動作及び精神的・身体的健康は、自立と障害にかかわるものである。社会性と家族は社会的統合に、そして経済と住宅は養護にかかわるものである。安心感を維持・向上させるといった目標の達成に関する他の方策もまた開発されている。

調査研究のほとんどが高齢者が今いる環境にどのようにうまく処理しているかの評価に集中してきた。これは、年齢・性別・障害といった与件をもった高齢者に対して、それぞれの介護方式がどのように役割を果たしているか検証するためである。

問題が生ずるのは、それぞれの介護方式が政策のさまざまな側面で矛盾する結果を生ずる場合である。たとえば、在宅介護は、高齢者の自立を維持させるけれども孤独の状態に置くことになる。それに対して、老人ホームへの入所は社会的孤立は減ずるけれども自立性をそこないがちである。このように、ひとたびいろいろな政策が明白な目標を達成するに際して異なる結果を生ずるならば、さまざまな側面における結果のどのような組み合わせがすぐれているか検証する必要がある。

(3) 多元的測定

異なる結果を伴った諸側面を1つのスケールの中に統合するという問題は、先の依存性の測定に際してそうであったのと同様な問題を生ずる。

これまでのところは、高齢者介護に関しての多元的測定法はなに一つない。しかしながら、一連の諸側面の一つ一つに沿ってそれぞれの介護方式を検証することに関しては相当に進歩してきている。

各地で行われている調査研究が、劣悪な住宅、社会的孤独、低所得といった介護の諸側面にかかわるいろいろな問題に関して政策決定者に提供する情報は、サービスの分配や、貯蓄、生きがい等の改善に有益なものとなろう。

一部のケーススタディは、直接的効果と間接的効果の違いを見出すのに有効である。間接的効果とは、社会的な交流の促進とか暖かく安全な環境の維持とか栄養を十分にとったりなどといった特定の政策目標の達成を意味すると考えられる。一方直接的効果とは、いろいろなサービスや介護方式に対する高齢者自身の満足や態度などであると考えられる。

この場合、誰がサービスの効果を評価すべきか疑問が残る。それは政策決定者であるのか、専門家か、市民の何らかの代表か、それとも高齢者自身であるのか？

いずれにしても、効果の測定のためには、どのような価値が、そして誰の価値がという同様の問題が、どのようなアプローチがとられようとも、くり返し生ずることになる。

III さまざまな調査研究から導かれた結論

1 費用と身体的依存性

費用対効果モデルや費用と依存性との間の関係が知られてきているにもかかわらず、どの調査研究も、図1上のOPの臨界点を検証できていない。

ほとんどの調査研究において、依存性が高ま

れば、介護費用がより増大すること、そして一部の人は、老人ホームに入所している人々よりも、また場合によっては病院に入院している人々よりもより多くの費用をかけて地域社会の中で生活し続けていることが確認されている。

これは、身体的依存性は重要であるとしても、効率的な資源配分に関する考察を欠くことができないということの一例証でもある。

英国の例では、ソーシャルワーカーなどの専門職が望ましいレベルの在宅介護が提供されるかどうか確信がもてないために、より密度の濃い介護形態、すなわち老人ホームや病院への入所、入院を選択してしまっているという問題が指摘されている。結果的に、在宅介護の費用が、地域で現に生活している人々に提供されている実際のサービスから計算されている場合には、依存度の高い人々は在宅ではやっていけない。あるいは介護水準が低いため介護費用は低くなってしまっている。こうしたことからも OP という点を検証することは困難である。

最後に、費用と依存性の関係は、いくつかの重要な要因を一定と仮定して立てられていることを留意しておかなければならない。

図1において費用線を引くにあたって一定と仮定された主な変数は、生活環境及び社会的孤独、住宅水準、及び所得または資産・社会階層の3つである。

これらの諸要因は、老人ホームや病院などの入所施設における介護は、一部の対象者たちにとっては、より安全で、満足のいく生活環境、社会的孤独の解消、あるいは低所得の埋め合わせなどにより、コミュニティケアよりもより効果的であると受けとめられ、フランスやベルギーの調査研究で指摘されているように施設介護への傾斜を促進している側面がある。従って、

これらの要因やコミュニティケアの限界点を押し上げるような方法についてさらに検討される必要がある。

2 社会的孤独

社会的孤独が費用対効果に関する調査研究に意味を持ってくるのは次の2つの点においてである。

第1は、高齢者の生活環境、特に一人暮らしの影響の検証である。一人暮らしの高齢者は、不自由さが増大するにつれ、その不自由さの代償を保健や社会サービスに依存するようになる。さらに一人暮らしの高齢者は、急な病気や事故のときに助けてくれる人が近くにいないといったことから安全性にも欠けている。このため、一人暮らしの高齢者に対する介護費用は、夫婦世帯またはその他の世帯と比べて施設介護の場合の費用に最も近くなっている。

第2は、孤独な高齢者が在宅介護から施設介護へと移行する数を算定する方法である。

フランスの調査研究では、施設介護を受けている者のうち90%が独身者か未亡人であったのに対し、在宅介護を受けている者の43%は夫婦者であった。ベルギーにおいても同様の傾向が示されていた。

3 住宅事情

図1の費用線は、住宅事情が十分満足のいく状態にあることを前提としている。

しかし、実際には、劣悪な住宅事情のため費用線は下方に押し下げられている。

フランスの調査研究では、施設介護を受けている人々の73%は入所前に住んでいた家に浴室が備わっていなかった。それに対し、在宅でなんとかやっている人々の場合のそれは15%であ

った。同様に温水整備については50%と8%、電話については70%と11%であった。

ベルギーの調査でも、高齢者が住んでいる全住宅のおよそ4分の1は、設備的に不適切であるとしている。

住宅は、高齢者が自分の家にとどまり、生きがいのある生活を維持していくために重要な役割をもっている。また、住宅事情の改善への支出は、図1の費用線を上方に押し上げることになる。

4 所得及び社会階層

所得の高い人々は、良好な住宅事情のもとに住み、社会的交流の機会にも恵まれているが、低所得の人々は、施設での方が、自宅で生活しているよりも、食事とか暖かさとか介護とかを低い費用負担で、より高い水準で受けることができるため、施設介護を利用する傾向がある。

IV 政策提言

各国の調査研究から出された政策への提言は、次のとおりである。

- ① 在宅介護施策の充実強化
- ② 高齢者が現に住んでいる住宅の改善・改修
- ③ 市街地での高齢者向け住宅の建設・提供
- ④ 家族水いらずの生活の奨励
- ⑤ 病院病床の削減及び老人ホームでのより虚弱な老人の受け入れの促進
- ⑥ 高齢者の経済的立場の改善
- ⑦ 高齢者介護の方向への政策の拡大

以上の提言について、次の表題のもとに検討されている。

- ・ 依存の予防
- ・ 在宅介護サービスの改善
- ・ 介護施策の開発

(1) 依存の予防

広い意味で、高齢者の依存度の増大を予防する方法としていくつかの指針がある。すなわち、経済的状態の改善、適切な住宅の確保、及び高齢者の社会的統合の促進である。

ア 経済的状態の改善

退職年金に関する政策は、費用対効果分析の範囲外であるが、生きがいある人生のためには重要な役割を持っている。しかし、必ずしもすべての政策がより高額の退職年金を想定しているわけではない。例えば、サービスという形態で援助を提供することと相互にトレードオフの関係がありうる。

この場合、さまざまなサービスの中から、最も効用を最大とするにはどのような選択をしたらよいか、そしてその資金をどうしたらよいかの問題となる。

イ 住宅事情

高齢者の住宅事情を改善するためには、2つの方法がある。1つは、高齢者向け住宅を供給し、そこへの移転をすすめることである。2つには、現在住んでいる住宅を改善することである。

高齢者向け住宅への移転は、地域社会との絆の崩壊、同年齢層の者ばかりの中での生活など、社会的統合という政策目標の実現を妨げる、相対的に経費が高くつくなどの問題が指摘されている。

高齢者が現に住んでいる住宅の改修、修繕、維持管理は、費用対効果的な答えとなっている。

英国で試行的に実施されたステイキング・プット計画（在宅促進計画）は、その解決がどのようにして達成されるかを示している。

資産としての住宅はあるが所得は低いという

高齢者に、住宅の保全を基本としつつ、ローンを組むことにより、この資産の一部を流動化させ資金を融通し、やむを得ず移転しなくても快適に過ごしていけるよう、住宅の改修、修繕のために用いるというものである。

こうした資産の活用は、おそらく、年金タイプの計画により、消費一般の増大に用いられ、所得の提供に広まっていくと考えられる。

ウ 社会的統合の促進

現在のところ、交流と昼食を目的としたクラブやデイセンターや友愛訪問といった孤独を解消することをねらいとした特定のサービスはあるが、地域社会の活動全般へのより一層の参加の促進をねらいとした計画はない。

孤独は、単に社会的交流を増してもいやされない。それは、会いたいと思ひ、関係を持ちたいと思う人と会うことであって、いろいろな人と出会う施設の提供は十分な解決ではない。今後、さらに費用対効果分析の評価のため、一層の試みを必要とする分野である。

(2) 在宅介護サービスの改善

費用対効果の調査研究から浮かび上がってきた在宅介護サービスにかかわる改善の方向は、①家族介護者を援助すること。②既存の諸サービスの拡大充実。③新たなサービスの開発の三点である。具体的には、

- ・看護補助者やホームヘルパーの派遣援助やショートステイサービスの提供
- ・簡易な住宅の修繕や庭の手入れなど
- ・緊急警報装置や友愛訪問、その他既存のサービスでは対応できない夜間などのサービス提供

などである。

(3) 介護の連続性の拡大

介護の連続性とは、選択を意味している。

一連の介護施策が用意されていることにより、在宅で介護を受けることが困難となった高齢者が、必要なサービスの提供を受けることができるようになる。

こうした考え方から、依存度の高い高齢者に対する施設における介護水準の改善の必要が各国の調査研究の中で指摘されている。また、さまざまなコミュニティケアの試行や民間有料施設の発展も高齢者の選択の幅を拡げている。

V 政策実施上の問題

政策実施上の問題は、高齢者の介護にかかわる諸サービスが、財政構造が異なり、政策目標において競合するさまざまな機関によって執行されることから生ずる。このため、いずれの調査研究をみても、諸サービスの調整、企画の改善、及び政策決定者が費用対効果の観点から介護の資金繰りをするシステムの必要性の指摘に枚挙のいとまがない。

例えば、カナダの例を一つの典型として示すと、老人ホームとナーシングホームの財源と所管省が異なっているとか、コミュニティセンターやレクリエーション施設の場合は、文化レクリエーション省とコミュニティ社会サービス省の双方から財源の手当を受けているとか、あるいは、住宅省の所管である住宅計画は、密接な関連のある保健社会省の計画とは全く無関係に立案されている。また、ナーシングホームが民間の営利目的の運営であるのに対して、老人ホームは自治体及び非営利団体による運営であるなどが指摘されている。

ここで、大きな問題は、在宅福祉の拡大は、確実に財政支出を増大させるということである。しかし、それは老人ホームや病院の場合に生じるであろう支出ほどは大きくはない。いっ

たん施設介護の代わりに在宅介護にふり向けられると、施設介護にかかる費用のことが忘れられてしまい、在宅介護を拡大するために必要な費用が容認困難なものとして受けとめられがちである。このことは、特に、老人ホームや病院のサービスが在宅介護サービスとは別の機関により供給されている場合にそうである。従って、例えば、保健サービス資源の利用の減少した分を在宅介護実施機関にふり向けるといった財政のシステムが機能することが望ましい。

典型的な意味合いで、これらの問題は、消費者の選択理論になぞらえられる。高齢者も、適正な所得を得て、さまざまなサービスを最大限に満足できるだけ購入するであろう。ただ、残念ながら、保健や社会サービスについて自分達自身の福祉を最大限にするような選択をするしかたについては、あまり慣れていない。痴呆などの場合にはそうした選択をすることができないということもある。

しかしながら、近年における調査研究によれば、サービスを選択する能力は、多く言われているようには欠けてはいない。英国において民間部門の老人ホームやナーシングホームが増大していることは、それを裏付けていると考えられる。

もし、高齢者自身でさまざまなサービスや介護方式の中から選択できないとした場合には、第2の方法としては、一人の責任者が一つの特定の地域の高齢者の介護に関して責任を持つという計画予算といった手法がある。この責任者は、予算を持ち、必要なサービスを購入し、高齢者の福祉を最大にするよう活動する。もちろん、この方法は、必ずしもうまく適用できていないことはよく知られているところである。しかしながら、こうした考え方は、高齢者介護に

かかわる諸施策を調整するためにより実際的な方法のための指針となる。英国のケントで試行されたコミュニティケア計画は、こうした考え方を適用し、成果を挙げている一例である。

VI 介護資源利用の増大と資金の調達

人口に占める高齢者数の増大により、ほとんどのヨーロッパ諸国において、高齢者介護のための資源利用の増大が見込まれる。厳しい経済的状况のもとで、いずれの国においても、サービスの増大を財政支出によるべきか、それとも他の方法によるべきか大きなジレンマに直面している。こうした中から示されている財政支出に対する代替策は、次のとおりである。

- ・サービスの受け手からサービスの提供にかかった費用を徴収する。
- ・ボランティアな援助を増やす。週労働時間の短縮などにより自由時間が増大すればボランティアな近隣介護システムを開発も期待できよう。

これらの介護に要する資金の調達方法は、いずれもメリット、ディメリットをあわせもっている。

財政支出による場合のディメリットは、所得の中に占める税の割合が増大することである。そして、一般的に言われている生産意欲の阻害といった問題や、資源利用の非効率化につながる官僚主義の膨張といった問題である。

ボランティアな援助の増大は、援助を受けたかと思っている人に、ボランティアが金銭なり労力なりで援助を与えるという点で有益である。しかしながら、善意の少数者によって提供され、他の人々は何もしないにもかかわらず介護の必要な人々が介護を受けているという点で“ただのり”といった問題がある。

こうした問題に対しての明解な解決方法は今のところ何もない。多くの国々においては、高齢者の介護は、その家族によって担われるべきであるという責任に関するレトリックによって避けられているのが実情である。その中で、スウェーデンにおける最近の調査研究は、近年の雇用と労働時間における変化が介護者をより増大させるために利用されうることを指摘しており、示唆的である。

VII 費用対効果分析のための提言

現在までの高齢者の介護形態にかかわる費用対効果分析は、それぞれの介護形態の効率性について多くの問題を提起し、また既存の諸サービスの及ばないすき間のあることを指摘して、コミュニティケアの限界に対してさまざまな指針を提供し、有意義であった。

今後の分析は、それぞれの介護形態内での改善の評価に一層向けられることとなろう。これまでに遂行されてきた研究から検証されうる残された課題は次のとおりである。

- ・多くの国々で、“ただ”とみなされている家族等の介護を費用算定すること。
- ・在宅介護及び施設介護における改善を評価すること。
- ・例えば、住宅の所有権など活用されていない資産を流動化するなど、高齢者の所得を増大させる手法について評価すること。
- ・高齢者の社会的統合を促進し、孤独を解消させる方法について評価すること。
- ・サービス配分の調整のあり方を改善するような予算システムや組織改正や情報の流れなどについて評価すること。
- ・高齢者が受けるいろいろなサービスに関して、より一層の選択の余地を与えるシステ

ムについて評価すること。

- ・研究の成果の実施に際しては研究者と政策立案者の協力体制を発展させること。
- ・サービス供給の増大及び改善がサービスの需要に及ぼす影響を調査研究すること。
- ・高齢者の介護に関する費用対効果分析を一般的な経済学の方法論や保健サービスにおける経済的評価に結びつけること。

以上

年を取り、身体が不自由になったとしても、可能な限り住みなれた自分の家で、地域社会との絆を保ちながらすごせるようにという意味で、高齢者の介護のあり方については、施設から在宅へとその重心を移しつつある。

低成長経済の傾向が定着し、なお高齢者人口の増大、あわせて特に介護の必要度の高まる後期高齢者人口の一層の増大の予測されるこの時期に際して、いよいよ増大する介護費用をどのように調達するか、また、経済的視点も含めて、どのような介護形態の組み合わせが合理的か、そしてそれらの調整をどのように進めていくかが大きな問題となってくる。

これは、WHOのこの調査研究に参加した11カ国だけのものではなく、特に高齢化のテンポが早く、施設整備そのものも決して十分でないわが国においてはより切実である。こうした問題意識でこのWHOの報告書を日本の現状と比較しながら読み進むと、この報告書に提示された課題や悩みは、そのままわが国の高齢者福祉の課題であり、悩みであると言ってもさしつかえないのではないと思われる。

とはいえ、在宅介護の基本となる住宅問題に関しては、諸外国とは比較にならないくらい深刻な悩みである。在宅介護は、一般的に安上が

りであると考えられている。しかし、住宅の確保から始めなければならないわが国においては、この一つをとっていても簡単に安上がりというわけにはいかないのではなからうか。

他方、在宅介護サービスの試行のレベルでは、近年、各種の民間のボランティアな団体や、地方自治体などにより、活発に新たな在宅福祉サービス供給の試みを実施されていること、また、営利を目的としたシルバーサービスも多分野で事業を展開するようになってきていることなど、先進各国に比肩しうる成果を挙げている側面もある。

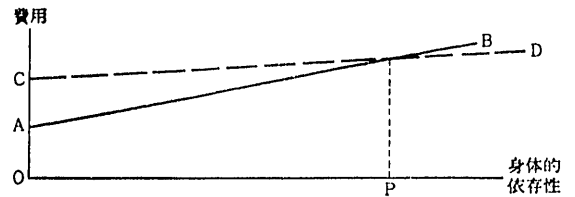
ここに紹介したWHOの報告書の取り組んだ

課題は、こうしたわが国の現状を重ね合わせてみると、今まさに私達が取り組まなければならない課題であると思わずにはいられない。

(おはら・つぐお 東京都中野清掃事務所副所長)

参考 (90号掲載)

図1



編集部注

本報告書の紹介にあたっては、発行元のWHOヨーロッパ委員会の承諾を得た。