

アメリカにおける老人ケアと日本の課題

——在宅ケアと施設ケアの質の向上について——

高木 安雄

はじめに

クリントン政権の登場によって、アメリカにおいてもようやく全国民を対象とする公的医療保険制度が築かれようとしている。老人の Long-term Care についても、何らかの改革が予定されている。ひとつはメディケアの給付を強化することであり、処方薬についての費用保障が予定されている。ふたつめは、在宅でのホームケアと障害を持った老人に対するコミュニティ・ベースの外来ケアの費用保障で、1996年から実施される計画となっている。

これは、アメリカの政治にあって強力な圧力団体である AARP (American Association of Retired Persons) とクリントン政権の間の了解事項とされており、今回の改革を機に長期老人ケアの改革にも足を踏み入れる見通しとなっている。

さて、わが国の老人医療は、1973年以降の医療費無料化によって爆発的な老人の医療需要の増加が起き、今日でも、検査漬け・薬漬けに象徴される過剰診療のほか、老人患者の長期入院における医療サービスの質と財政負担が大きな課題になっている。

こうした老人医療の問題は先進国共通の政策課題であり、1992年12月の OECD 先進国社会保

障大臣会議でも、「高齢者の介護」が討議項目に加えられるなど、高齢者ケアは社会保障の中において大きな比重を占めようとしている。

とくにわが国では、高齢化の進展が急速であるために、特別養護老人ホームをはじめ、老人病院や老人保健施設・老人訪問看護ステーションなど老人ケアに関わる施設とサービスの創設・整備が矢継ぎ早に行われた結果、各施設・サービス間の連携・統合が不十分であり、サービスの質の確保と老人による選択の条件はほとんど用意されていない。

本稿では、アメリカにおける高齢者ケアの現状について概観するとともに、在宅ケアやケアサービスの質の評価・確保について、日本の問題点について考察する。いずれも高齢化社会の大きな課題であり、とくにアメリカではクリントン政権の医療保険改革のなかでどう変化していくのか、それを見通すためにも今日の高齢者ケアを把握する必要がある。

老人の生活形態と障害老人の介護

アメリカの老人には、ひとり暮らしが多いことはつとに有名である。表1に示すように65歳以上の老人約3,100万人のうち、31%はひとり暮らしであり、夫婦のみの44%と合わせてアメリカの老人の4分の3は老人のみの生活を過ごし

表1 65歳以上人口と障害（要介護）老人の居住形態（1990年）

(%)

	65歳以上人口		障害のある老人*	
	米国	日本	米国	日本
居住形態**				
ひとり暮らし	31	11	33	12
夫婦のみ	44	26	32	35
子と同居等	23	63	31	39
その他	2	0	4	14

資料：米国は“AGING AMERICA”. AAPR (American Association of Retired Persons), 1991. より引用・作成。

日本は厚生省統計情報部『国民生活基礎調査』平成元年。

注：* 日本は要介護者のいる世帯数のうち、世帯主の年齢階級が70歳以上。

** 米国の区分は、①ひとり暮らし ②配偶者と同居 ③配偶者・その他と同居 ④親族と同居 ⑤親族以外と同居 となっており、③と④を「子と同居等」、⑤を「その他」とした。日本は「その他」に「その他の世帯」「非親族と同居」を分類した。

ていることになる。しかし、長寿化とともに介護を必要とする老人の増加は避けられず、長期ケアを必要とする老人は、今日の690万人から2000年には900万人、2040年にはベビーブーム世代の高齢化によって1,800万人に急増する見通しである。

アメリカで使われる障害とは、5つのADLである食事・入浴・着替え・移動・排泄のうち少なくとも1つ以上に困難がある状態をさしているが、それによると約440万人の老人が障害を持っており、在宅の老人の14.6%にのぼっている。わが国の要介護者（在宅）もほぼ同様の定義がなされているが、厚生省の『国民生活基礎調査』平成元年によると、65歳以上の要介護の老人は63万人おり、在宅老人の4.4%にすぎな

い。老人の「障害」や「要介護」の判定・定義の困難さを示す結果といえる。

将来の老人ケアを考えた場合、それら障害を持つ老人がどのような生活環境の中に過ごしているかであり、アメリカにおいては障害を持ちながらも約3分の1の老人がひとり暮らしを続けている。このひとり暮らしの障害を持つ老人が施設を指向する傾向が強いことを考えると、アメリカにおいてはわが国以上に施設に対するニーズは存在するといっていよう。

配偶者と同居は32%と、日本の35%と同レベルであるが、老人全体の44%と比べると12ポイントの減少をみせる。他方、子との同居などは23%から31%に増えて、自立自助を重んずるアメリカにおいても、高齢化とともに老人の機能が低下し、障害を抱えるようになると、家族による介護が始まって、子などと同居する老人世帯が増えてくるのがわかる。

日本の場合をみると、63万人の要介護老人の居住形態のデータはなく、表1では世帯主が70歳以上である要介護者のいる世帯について調べている（要介護老人63万人の介護者の12%は別居であり、ひとり暮らしの12%とほぼ同じ数値となっている）。

それによると、12%は単独世帯のひとり暮らしの障害老人であり、アメリカと比べるとその割合は3分の1程度にとどまる。施設入所のニーズはそれだけ弱いといえる。夫婦のみ世帯は35%とアメリカと同程度であるが、老人全体の26%より上昇しており、高齢化で障害を持つ老人世帯が取り残されている可能性が大きい。しかし、要介護者のいる世帯については、非親族など「その他の世帯」が14%と大きくなっており、施設に変わるサービス・支援が家族・親族などによって行われている。

こうした障害を持つ老人の介護とその介護者の関係が次の課題となるが、表2ではその日米比較を試みている。アメリカにおいては、妻が23%、娘が29%、その他女性が20%という状況にあり、在宅における介護の72%が女性によって提供されている。わが国も妻4%、娘24%、その他女性45%と合計73%であり、要介護老人の介護サービスはいずれの国においても女性の仕事とされていることに注目したい。

しかし、わが国ではその他女性の割合が大きく、配偶者の嫁に過重な負担となっていることは明らかである。子との同居が多く、夫婦のみ世帯が少ない分だけ妻の負担が軽減されているのが、わが国の在宅介護の特徴といえる。

男性については、アメリカでは夫が13%と大きいのに対して、日本は息子が22%とかなりの介護を負担している。これも子との同居が多いことから生まれているが、旧弊の家長意識によるのか、介護に対する夫の役割が小さい分だけ、息子とその嫁に過大な負担を課す結果となって

表2 高齢者と介護提供者との関係

	妻	夫	娘	息子	その他の女性	その他の男性
米国	23	13	29	8	20	7
日本(1)	4	2	24	22	45	3
日本(2)	25	8	14	5	44 (嫁)* 29	5

資料：米国は“Exploding the Myths: Caregiving in America”, 1987. “AGING AMERICA”, AARP (American Association of Retired Persons), 1991. より引用・作成。

日本(1)は、郵政省簡易保険局『福祉サービスの選好に関する調査』昭和60年による介護経験者の『介護対象者』から再集計している。

日本(2)は、厚生省統計情報部『国民生活基礎調査』平成元年。

注：*は、その他の女性のうち、子の配偶者=嫁の割合を再掲。

いる。アメリカでの息子の介護が8%であることと対照的であり、男女平等の国アメリカにおいても両親の介護については、娘である女性にシフトさせられている現実には注目に値する。

日本については、『国民生活基礎調査』平成元年にデータも示してあり、この調査結果では、妻が25%と大きくなり（前述の調査では妻・夫合わせて6%にすぎない）、娘が14%と小さくなる。妻の比率が大きくなる分、息子による介護が5%と低下し、息子の嫁などその他の女性の介護負担はほぼ同レベルの結果となる。いずれにせよ、在宅ケアの推進には、在宅での介護が誰によってどのように提供されているのか、より正確な把握が必要になってこよう。

インフォーマル・ケアと施設入所の問題

こうした要介護の障害を持つ老人に対して、介護者はどのようなサービスを提供しているのか、アメリカと日本の状況を表3に示した。アメリカでは、家族などのインフォーマルな介護者の86%が買い物と運転、81%が家事援助のサービスを行っており、わが国でいう生活・家事援助部分のサポートが最も多く、障害の軽い程度からインフォーマルなケアが始まっていることが明らかとなる。

介護・衛生は67%と約3分の2の介護者が提供しているが、日本も入浴76%、着替え58%などを考えると、ほぼ同程度のサービス提供の内容であることがうかがえる。介護・移動は46%と少なく、約半数の介護者が提供するにとどまる。日本では屋内移動43%、屋外歩行68%となっており、当然ながら屋外での歩行に対する介助が多くなるのがわかる。

表3 介護者が行う活動

(%)

項目	米国	日本	項目	米国	日本
介護・衛生*	67		買い物と運転	86	—
食事		42	家事***	81	—
入浴		76			
着替え		58	投薬	53	—
排泄		47			
介護・移動**	46		経済的管理	49	—
屋内移動		43			
屋外歩行		68			

資料：米国は表2に同じ。

日本は表1に同じ。

注：*米国は食事・入浴・着替え・排泄のうち1つ以上。

**米国はベッドの出入り、屋外歩行のうち1つ以上。

***米国は食事の準備・家の掃除・洗濯のうち1つ以上。

しかし、アメリカの数値はわが国と比較して低すぎる結果となっており、住宅や市街地が障害を持つ老人にとって歩きやすくなっているために、介助の程度が少なく済む状態と考えられる。これが、障害者のためのバリア・フリー

の家・町づくりの効果だとすると、わが国においてもインフォーマル・ケアの展開のためには、こうした環境整備を進める必要がある。

アメリカにおいてはこの他、投薬が53%、経済的管理が49%とさまざまな介護を提供している。すなわち、介護者の64%は介護を開始してから1年以上も経過している状況にあり、80%が毎日介護活動を行っているという。こうなると、これらのインフォーマル・ケアもフォーマル・ケアを補完する随時的な介護というレベル以上のものであり、そのために介護者は労働時間の短縮・無給休暇・勤務スケジュールの変更などを余儀なくされている。「高齢者の介護」が、日米共通の政策課題であることが理解できる。

その結果、こうした老人ケアも最終の段階においてはナーシング・ホームや特別養護老人ホームなどの施設入所に移行せざるを得ない。表4はアメリカのナーシング・ホームと長期ケア病院の入所者の推移を示しており、1990年においてナーシング・ホームに155万人の老人が入所している。65歳以上の老人に対する割合は5.5%

表4 日米における老人ケアの入院・入所者の推移(1970~1990年)

		入院・入所者数(千人)			対65歳以上人口比率(%)		
		1970年	1980年	1990年	1970年	1980年	1990年
米 国	ナーシング・ホーム	1,076	1,396	1,553	5.3	5.4	5.5
	長期ケア病院*	54	39	30	0.3	0.2	0.1
	計	1,130	1,435	1,583	5.6	5.6	5.6
日 本	病 院	141	375	649	1.9	3.5	4.4
	診 療 所	18	57	45	0.2	0.5	0.3
	老人保健施設	—	—	27	—	—	0.2
	老人福祉施設	76	159	242	1.0	1.5	1.6
	計	235	591	963	3.2	5.5	6.5

資料：米国は、“Statistical Abstract of the United States 1992”より作成。1990年はデータの制約により1986年の数値。

日本は厚生省統計情報部『患者調査』『社会福祉行政業務報告』『老人保健施設実態調査』各年。

注：*長期ケア病院は、Long-term general and special Hospital.

となっており、1970年の108万人と比べて44%の伸びを示しているが、老人人口に対する割合は5.3%、5.4%とわずかな上昇にとどまり、アメリカにおいて老人の施設収容は大きな拡大をみせていないことがわかる。これは、メディ・ケアが長期ケアを給付対象としていないなど、老人の長期ケアが公的サービスでなされていないことが大きく影響している。唯一、メディケイドが長期ケアを利用するごく一部の老人を対象として支払われており、メディケイドの支出の約3分の2をナーシングホームが占めるなど、長期ケアの財政負担はアメリカにおいても、大きな政策課題となっている。

また、アメリカにおいては長期ケアの病院も1970年以降、減少を続けており、1990年で3万人、老人人口の0.1%にとどまっている。ナーシング・ホームと合わせた施設に入所している老人人口は5.6%であり、ナーシング・ホームは微増しているものの、長期ケア病院の減少によって相殺されて、施設入所の老人人口比率はこの20年間ほぼ同レベルで推移している。アメリカで在宅ケアが叫ばれるのも、こうした施設入所のきびしい状況が背景として存在している。

これに対して、日本の状況をみると1990年において病院に65万人、診療所に5万人、老人保健施設に3万人が入所しており、医療関連施設に入院・入所する老人は老人人口の4.9%にのぼっている。これは、1973年の老人医療費無料化制度の発足によって医療偏重の老人ケアが展開された結果であり、それに対する反省から生まれた老人保健施設もすでに3万人を超えて、順調な整備が続くなど、老人保健制度による老人の長期ケアの患者負担が低い水準にあるために、なお医療偏重のサービス体系となっている。

他方、特別養護老人ホームや養護老人ホーム、

軽費老人ホームなどの老人福祉施設の入所者は1990年で24万人であり、老人人口の1.6%にとどまっている。この20年間の伸びも1.0%、1.5%とわずかなものであり、財政的な制約の下で十分な施設の整備がなされてこなかったことが明らかとなる。老人病院など医療施設がその補完をしてきたことになり、日本の課題はこうした医療施設における老人ケアの質をどう改善・向上させていくかであろう。

老人ケアのアセスメントと質の向上

老人ケアについては、医師による診療ばかりでなく、看護・介護のほかホームヘルプなどの生活援助など、さまざまなサービスが複合的に提供されることが重要になっている。いわゆるケース・マネジメントの手法であり、わが国でも老人訪問看護サービスとホーム・ヘルパーサービスの連携など、在宅ケアの拡大の中でその展開が始まろうとしている。

たとえば、ミシガン大学のターナー老人医療クリニックでは、医師・看護婦などの医療スタッフのほか、ソーシャルワーカー、老人とその家族、ボランティアがチームを構成して、在宅や施設において必要なサービスの提供を行っている。住宅問題はソーシャルワーカーが、糖尿病の管理は看護婦が、視力が弱い老人にはボランティアがそれぞれフォローアップするなど、チームとしてのサービス提供が基本とされている。

その場合、医師がチームの核となるのはアメリカも同じである。老人患者や家族はソーシャルワーカーよりも医師の言葉に耳を傾けるものであり、医師がチームの代表として患者・家族にサービスの内容などを説明して、家族の協力

を求めていくケースが多いという。医療はうまくいっても、ひとり暮らしによることで問題が生じる可能性も大きい。アメリカにおいて老人の鬱病の多くは住宅に関する事、具体的には家をきれいにできない、除雪ができない、芝生をきれいに刈れない、家賃の支払いなど住宅の問題のために鬱になることが多いとされており、医療サービスのみでは老人ケアの充実は図れない。

それゆえに、老人ケアは総合的なアセスメントが重要になり、ミシガン大学では老年医学のアセスメントとして、①身体面の健康度 ②精神面の健康度 ③社会経済的な状態 ④機能面の状態 ⑤環境面の状態の5項目について、それぞれの専門家がアセスメントを行っている。医師は①と②の一部、看護婦は④、ソーシャルワーカーは③と⑤を行い、それに加えて精神面での健康度についてもアセスメントを援助することになっている。こうした手法のもとで最終的なケア・プランが作成されて、サービスが展開されていくが、アセスメントとそのフォローアップ・マネジメントの中で家族の役割が大きく、そのプロセスに家族を参加させていく必要性が強調されている。

こうした老人ケアのアセスメントは施設入所の老人に対してもなされており、ナーシング・ホームにおける質の確保と向上の観点から個々の入所者の状況を的確に把握、評価するアセスメントがアメリカのナーシング・ホームでは義務づけられている。

これまで日本においても質の確保は施設の構造や人員の基準で対応してきたが、個々の入所者のアセスメントとそれにもとづくケアの成果の評価に転換する必要がある、定額支払いの老人病院の創設など新しい政策展開の中でその必

要性はますます高まってきている。

最後にこうした問題をふまえて、アメリカのナーシング・ホームと日本の特別養護老人ホームの入所者の介護必要度を比較したのが表5である。それによると、介護の必要度はややアメリカの方が高いものの、ほぼ日米とも同じレベルにあるとみてよい。介護必要度において日本が高いのは移動のみであり、日本69%、アメリカ63%と日米の家屋構造の相違が影響していることが考えられる。ただ、昭和60年(1985年)で比較すると、圧倒的にアメリカの介護必要度が高くなっており、わが国も高齢化の進展と施設における後期高齢者の長期入所が進む中で、介護を必要とする老人が増加していることが明らかとなる。

年齢階級別にみた介護必要度では、日本の方が高いケースもみられる。たとえば、65~74歳の老人入所者では、入浴・着替え・排泄・移動

表5 日米のナーシング・ホーム/特別養護老人ホーム入所者の介助必要度

(%)

	65~74歳		75~84歳		85歳~		計	
	日本	米国	日本	米国	日本	米国	日本*	米国
入浴	88	85	88	90	89	94	88(82)	91
着替え	72	70	73	76	74	82	73(71)	78
排泄	60	57	63	60	66	68	63(60)	63
移動**	68	52	68	60	72	68	69(61)	63
食事	30	33	33	39	34	44	33(32)	40

資料：日本は厚生省統計情報部『社会福祉施設調査報告』平成2年。

米国は“1985 National Nursing Home Survey”, “AGING AMERICA”, AARP (American Association of Retired Persons), 1991. より引用・作成。

注：* 日本の介助は一部介助・全部介助の計で、カッコ内は昭和60年で年齢階級別の数値は未集計。

** 日本の「移動」は、屋内歩行。

ほとんどの項目についてアメリカを上回っており、75～84歳でも排泄・移動の項目でアメリカよりも介護必要度は高くなっている。85歳以上の老人入所者については、いずれの項目でもアメリカの介護必要度が日本を上回っており、重介護の老人の滞留が予想される。

日本において特別養護老人ホームへの入所は、「措置」という行政判断にもとづいて行われており、それが65～74歳の前期高齢者の介護必要度の高さとなってあらわれているとも考えられるが、高齢者の増加の中でどのような基準でもって施設入所を認めていくのか、財政問題も加わって重要な課題となるのである。

おわりに—日本への教訓

こうして老人ケアについての日米比較を行ってみると、今後のわが国の老人ケアについていくつかの教訓を見出すことができる。

1つは家族の潜在的な介護力への期待であり、その活用である。4分の3の老人がひとり暮らしや夫婦のみの生活をつづけるアメリカと異なり、わが国では3分の2の老人が3世代世帯など家族とともに過ごしている。しかし、そのことが日本において、息子の嫁など女性に過重な介護を強いていることは明らかであり、家族の介護を支援する在宅サービスの充実が求められよう。息子による介護などはむしろ、アメ

リカ以上の割合を示しており、同居にもとづくこうした家族介護に対する支援策が緊急の課題である。

2つ目は、老人ケアの関わる施設体系の見直しであり、病院・診療所・老人保健施設という医療関連施設に加えて、特別養護老人ホームや養護老人ホーム、軽費老人ホームなどの老人福祉施設の連携と有機的な機能分化である。とくに日本の老人病院は老人人口に対する割合などをみても、ほぼアメリカのナーシング・ホームに相当するものといえ、医療偏重のサービスからケア重視にどう転換させていくか、サービスの質の改善・向上が要求されよう。

最後は、老人ケアのアセスメントの導入と適切なサービスの供給である。日本の老人福祉施設では、「措置」という入所体系にもとづき一定の要介護度や家族・住宅の社会経済的状態に関するアセスメントはなされているが、医療施設に関しては医師の入院の必要性という判断のみで入院が決められており、老人ケア全体についてのアセスメントはなされていない。こうした状況においては、各施設本来の機能を発揮することはできず、重度・軽度の老人ケアが連携なく供給されることになる。高齢者の介護の財源問題がきびしくなる今日、こうしたアセスメントにもとづく適正な施設入所とサービスの供給こそが最重要の課題といえよう。

(たかぎ・やすお 社会保障研究所調査部長)