

## 経済的視座からみた高齢者介護のあり方 ——WHO 報告書——（上）

小 原 亜 生

誰もが経験したことのない高齢社会の入口にさしかかって、福祉社会をどのように支えていくかは、いまや全世界的な課題となっている。

こうした折、本誌編集部から、WHO 報告書「経済的視座からみた高齢者介護のあり方（“Economic Aspects of Strategies for Health Care of the Elderly” 1986 K. G. Wright）」を紹介するよう依頼を受けた。

本報告書は、1982年5月ロンドンで開催されたWHOの企画会議で次の項目について調査研究することについて合意され、それを契機にまとめられることとなったものである。

- (1) それぞれの国における病院、ナーシングホーム、老人ホーム、在宅等における介護の類型について考証すること。
- (2) 上記のような諸施設と保健及び関連する社会的介護に関する選択的諸施策との間の構成の違いによる問題点及び利点について検証すること。
- (3) さまざまな介護施策の費用と効果について評価する方式を研究すること。
- (4) 介護の構成の違いによる費用対効果、特に相互に有益な先駆的な選択的施策についての各国における調査研究を促進するこ

と。

- (5) 参加各国における介護の構成に影響を及ぼす選択的施策を評価しようとする事により得られた資源やデータを蓄積すること。

以上の調査研究目的を達成するため、参加各国には、関係省庁や、高齢者をめぐる経済学・社会学・社会サービス・保健計画及び医療等の分野の代表的な実務家からなる国内調査研究班の発足が求められ、それぞれに、高齢者介護計画策定のための背景づくりとするため、文書や資料の再調査が行われた。

各国における調査研究は、新たな課題を設定して調査研究を行うということではなく、高齢者介護に関する諸政策に費用対効果分析法を適用するという方法で行われた。従って本報告書には、参加各国の高齢者介護施策に対する費用対効果分析の適用への取り組み段階の違いが反映され、特に第二部「カントリーレポート」では、基礎資料や調査研究計画の提出にとどまっている国々もある。

本報告書は、こうした参加各国における国内調査研究を集約し、参加各国すべてから問題や事例をひき出し、可能な限り全体像を示すよう、

また、高齢者介護の構成のあり方に関して意思決定を支援する費用対効果分析法の有効性を示すものとして、ヨーク大学保健経済センターの K. G. Wright 氏によりとりまとめられた。

本報告書は、序の部分を除いて、費用対効果分析法による介護類型の考察とそれに基づく政策提言にかかわる本文部分（第一部）と本報告書とりまとめに参加協力した11か国において実施された個別の費用対効果研究の要約集部分（第二部）の二つの主要部分からなる総ページ数174ページの大作である。

以下に、次号にわたり、二回に分けて、本報告書の概要を紹介する。

## 経済的視座からみた高齢者介護のあり方

### 目次

#### 序

- 1 調査研究の目的
- 2 手法
- 3 報告書の構成

## 第一部 方法論

### I 高齢者介護の選択的方式に対する費用対効果

#### 分析への関心の高まり

- 1 人口統計学上の傾向
- 2 社会的・経済的要因
  - (1) 経済的圧力
  - (2) 人口動態と社会的隔離
  - (3) 家庭生活における動向
- 3 資源配分の非効率性
- 4 政策目標

### II 費用対効果の考察

- 1 費用対効果分析

- 2 費用対効果の一般モデル
- 3 選択的方式についての考察
- 4 費用
  - (1) 費用見積りの基礎
  - (2) 費用の内容
  - (3) 諸費用のとらえ方
  - (4) 費用の配分
  - (5) 費用と依存性
  - (6) それぞれ異なる介護方式における費用と依存性
- 5 身体的依存性
  - (1) 身体障害
  - (2) 精神障害
  - (3) 心身重複障害
  - (4) 障害の度合測定法の選択
- 6 効果の測定
  - (1) 一般的検討事項
  - (2) 政策的側面
  - (3) 多元的測定

### III それぞれの調査研究の結論

- 1 費用と依存性
- 2 社会的隔離と孤独感の除去
- 3 住居条件
- 4 収入と社会階層

### IV 政策提言

- (1) 依存性の予防
- (2) 在宅介護サービスの改善
- (3) 介護概念 (care spectrum) の拡大

### V 政策実施のための計画

### VI 費用対効果分析のための提言

## 第二部 参加各国の関連報告書の要約

オーストラリア、ベルギー、英国、西独、フランス、オランダ、イスラエル、イタリア、ニュージーランド、ポルトガル、スウェーデン（11か国）

### 1 高齢者介護の選択的方式に対する費用対効果分析への関心の高まり

高齢者の介護に関する政策を企画するにあたって、費用対効果分析を用いることに関心が高まってきたことについては、主に、①高齢人口比の増大 ②低成長経済 ③高齢者介護のための資源配分の適正化 ④高齢者の在宅指向と経済的・社会的資源配分の調整といった問題意識が理由として考えられる。

#### 1 人口統計学上の傾向

世界の多くの国々で、高齢人口の増大は確実に実証されている。特にヨーロッパ諸国においては、65歳以上の高齢者の全人口に占める割合は、世界の他の国々と比較して最も高い水準にあり、西暦1980年には17%であるが、西暦2025年には25%に達すると予測されている。平均寿命や移民などの推定を変えれば、当然に予測値も変わってくるが、今後25年間、高齢者の絶対数及び人口に占める割合、ともに増大していくことは確実である。

この高齢者人口の数及び割合の増大の影響は、経済政策に関する限りは、主に次の三方面に及ぶことになる。

##### (1) 年金の増大

ほとんどの国で、現役を引退した高齢者の収入の安定とそのレベルの向上を迫られており、その管理運営形態の公私の別なく、年金基金か

ら一層の支出を余儀なくさせられる。

##### (2) 保健及び社会的介護への支出

高齢者、特に80歳以上の高齢者は、保健及び社会福祉資源を相当量消費し、各種サービスへの要求も強い。イタリアの調査研究によれば、1983年における高齢者に対する年間保健支出は、弱年齢層のその2倍以上となっている（一人当たり、702ドル対326ドル）。また、英国では、高齢人口の増大を考慮して、保健サービス予算については年1%の増加を予定している。

##### (3) インフォーマル及びボランティアな行為

高齢者に対する介護が家族など身近な人の手にゆだねられる状況がなお残るとするならば、法や制度で高齢者に提供されるサービスばかりでなく、高齢者を身のまわりに抱えている人達の手すきの時間をどうするかという問題も大きくなる。また、一層長寿になってきたため、つれあいであったり、息子・娘であったるすこれら介護者自身も高齢者という例が多くなってきている。

## 2 社会的・経済的要因

### (1) 経済的圧力

人口の高齢化がますます進んでいく中で、経済成長の鈍化という事態に直面し、高齢者の介護需要に対応していくことが一層困難となってきた。

例えば、ニュージーランドの調査研究は、次のように費用対効果分析の考え方を紹介している。

「コミュニティケアが強調されるのは、公共財政に対する考慮と無関係ではない。政府は、予算の赤字削減、あるいは少なくともそれを抱え込むという目標で経費の削減に取り組んでいる。結果として、保健サービスは、教

育や福祉などとともに3%の削減を余儀なくさせられている。ニュージーランドの全保健財政の80%は公共財政から支出されており、またそのうちの75%は施設介護に支出されている。従って、何らかの経費の削減が実施されれば、病院サービスの悪化を招きやすい。こうしたことから、コミュニティケアと施設ケアの費用の比較が重要な政策的意味合いをもった課題となっている。」

## (2) 人口動態と社会的隔離

若い世代の人々は、職を求め、あるいはより高給の職を求めて移動する動機や手段を持ちあわせているが、高齢者は、現在生活している場所にとどまる傾向がある。このため、道路や鉄道などの交通手段の改善にもかかわらず、両親と子供たちとの距離はますます離れ、行き来も少なくなり、高齢者の孤独感は一層増大している。

また、英国において顕著であるが、高齢者が退職生活を保養地など、彼ら自身理想的と考える地方に移り住む例がある。この場合、その移住の初期の年月においてはうまい具合であるとしても、つれあいの死別とか、子供たちや友人知己と遠く離れているため、毎月がたつにつれ、耐え難い孤独やさびしさにみまわれがちである。

## (3) 家庭生活における動向

家族による高齢者介護の面で、家庭生活上、近年における離婚及び再婚の増加傾向が、次のような問題をひき起こしている。

第一に、退職年齢に近づいた人々の離婚や別居の増大化傾向があり、それはそのような人々の社会的な孤立を増大させる要因となる。

第二に、継母や継父の年老いてからの世話を子供たちがみるとはほとんど考えられない。

第三に、妻が退職金のために夫に依存してい

ることは、女性を経済的に困難な立場に追いやることになる。

## 3 資源配分の非効率性

資源配分の非効率性という点で最も危惧される点は、個々の障害や依存の程度に応じて本来必要である以上に濃密な介護の提供がされているのではないかということである。

介護サービスの構成に関する報告のほとんどが、こうした点で不適切な介護を受けている人達が、特に施設介護を受けている人達を中心にかなりいることを示している。

ポルトガルの調査研究では、急性短期病院入院中の高齢者の52%は、他の形態の介護が妥当としている。

英国の調査研究では、施設介護を利用している人々のうち50%はごく軽度の障害をもっているにすぎないとしている。

スウェーデンの調査研究でも、施設介護を受けている人々のうち多くの者がそのまま在宅介護に移行できるとしている。

また、ベルギーの調査研究では、施設介護を受けている人々のうち9%の人々しか、そうした生き方に満足していないとしている。

このように、資源配分の誤りの証拠は、多々示されるが、次のような理由から、その結果を解釈するには慎重でなければならない。

- (1) 利用承認の根拠が不明確であること。また、人は、好き勝手に放って置かれるよりも常時介護を受けている場合の方がより改善すること。
- (2) 例に挙げた人々のうち一部は、“放免”されることを待ち望んでいること。
- (3) “不適正”な配置から“適正”な配置に置き換えることとは、高齢者の場合、容易で

はないこと。

- (4) 施設介護から在宅介護への移行は、地域ケアサービスが質量ともに有効なものとして用意されていなければ達成し得ないこと。

#### 4 政策目標

高齢者介護に関する政策目標は、1970年代の初めに英国のDHSSの職員が述べた次の言葉の中によく示されている。

「諸サービスの一般的な目標は、高齢者に自立と自尊心とを維持していくことを可能とするようにすることである。すなわち、その意思のある限り、普通の範囲の地域社会の生活に参加し、貢献することができるようにすること。希望し、また無理なくできる限り彼ら自身の家で生活できるようにすること。友人や家族の援助を得ながらも、自分自身では対処し得ない必須の需要をやりくりすること。慢性的な障害のある人達に適正な処遇と介護サービスを提供すること。病気や障害からできる限り健康な状態に回復させることなどである。

このような一般的なレベルの目標であってさえ、個々に矛盾を生じさせる可能性がある。慢性病のお年寄りには、施設や病院の方がより良い介護を、より経済的に受けられるような場合でも、自分の家にとどまっていたいと望むであろう。また、政策目標設定に際しては、お年寄りの家族の福祉についても考慮する必要があるが、このことがお年寄り自身にとって最善、あるいは望ましいということと矛盾することもありうる。」

これらの政策目標とその達成の債務は、なほ今でもあてはまる。

以下の各節では、費用対効果分析が、高齢者

介護の諸方式への資源配分に関して政策決定者に情報提供のためにどのように役立ってきたかを示す。

## II 費用対効果の考察

### 1 費用対効果分析

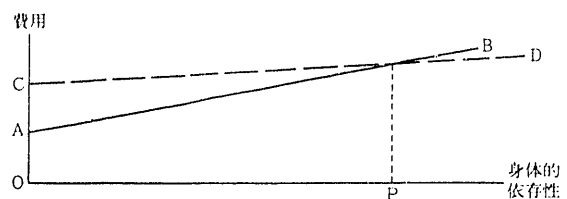
費用対効果分析法は、目標を達成するためのさまざまな方法の費用と効果の測定に関するものである。費用は、金銭で測られる。しかし、効果については、健康の維持とか居住環境の整備とか介護者の負担軽減とか、金銭による評価が困難、あるいは本来的に金銭的評価になじまない目標ということもあり、測定そのものが困難な制約のもとにある。

ある政策が、他の政策よりもより効果的であるというためには、明白な政策目標を達成するに際して、同等もしくはより以上の効果をもたらし、かつ、他の政策よりも安価であることを示さなければならない。もし、ある政策が、他の政策よりも、より以上に経費がかさむけれども、効果はそれ以上にあるというためには、ある政策によって創出される効果の増大が、経費の増大に価するかどうかについて、政策的・専門的な判断が必要である。

### 2 費用対効果の一般モデル

高齢者介護に関する選択的方式についての一般的にもちいられている費用対効果分析のモデルは、図1のとおりである。

図1



基本的な仮説は、どのような介護方式であっても、介護費用は、依存性が増大するのに応じて増大するということである。この場合、依存性とは、社会的機能を正常に発揮していくために他の人々への身体的な依存性といった意味合いである。

図において、ABは、在宅介護の費用を表わしている。CDは、施設介護の費用を表わしている。OPまでは、在宅介護の費用は施設介護のそれよりも低い。しかし、OPを超えると、施設介護の費用の方が在宅介護の費用よりも低くなる。資源の効率的な配分からは、この双方の介護方式の効果が等しくなる点Pを仮定し、依存性がOPまでの人々には在宅介護を、そして、より依存性の高い人々には施設介護を用意するということになる。

このモデルで注意しなければならないことは、複雑な現実生活の場面を捨象している点である。一つには、介護の選択的な方式は多々あるということである。在宅といっても、ひとり暮らし、夫婦、あるいは子供と、そして住宅事情もさまざまである。また施設といっても、老人ホーム、ナーシングホーム、病院と多様である。第二に、介護方式の変化は、老人にとって、不安を伴い、健康状態の悪化をもたらす恐れがあることである。そして第三に、老人の側の介護の効果、あるいは妥当性についての見方は、専門家の視点とは全く異なるということである。

こうした個々の状況に応じて、図上に、個々にABやCDと同様に線を引けば、複雑な現実を図上に示すこともできよう。

この分析方法のすぐれている点は、

- (1) 現状でのさまざまなサービスや施設の供給やそれらを利用している人々の特質についての図示。

- (2) 費用及び効果という観点で現状における資源配分についての評価。

- (3) 各種介護方式についての費用及び効果に関する評価結果に沿った資源の配分あるいは再配分についての分析など、各種の介護方式に資源の配分を決定するに際しての重要な段取りを示していることである。

このモデルは、極めて概念的であり、調査研究は、次の四つの課題に分け、実施された。

- (1) 人々が、ある介護方式から別の介護方式へと移動していく要因を検証すること。
- (2) 公私を問わず、各種の方式の介護を受けている人々に提供されているサービスのすべての費用を算定すること。
- (3) (1)において検証された要因に沿って費用を配分し、P点を確認すること。
- (4) 各種の介護方式間において効果が一定であるという仮定を検証すること。

### 3 選択的方式についての考察

各国における施設の規定のしかたは異なるけれども、概して施設の区分は、おおよそ類似している。施設の区分は、次のとおりである。

- (1) 病院
- (2) ナーシングホーム
- (3) 老人ホーム
- (4) 高齢者向けの特別仕様のほどこされた住宅での在宅介護
- (5) 一般住宅における在宅介護

### 4 費用

- (1) 費用算定の基礎

費用対効果は、資源の所有者が誰であるにかかわらず、すべての資源の最有効活用を問うものであるから、その分析には機会費用（ある

方式を採った場合に、放棄される他の方式から得られたであろう利得の最大のもの)が用いられるべきである。しかしながら、各国における調査研究の多くは機会費用によりも公共部分の費用に集中してしまっていた。ボランティア活動や家族や友人知己による援助など算定困難なものもあり、完全な機会費用分析をつらぬくことは困難な問題でもある。

(2) 費用の内容

選択的な介護類型に関するほとんどの調査研究に含まれている主要な費用内容は次のとおりである。

表 1

病院及び老人ホーム	コミュニティケア
資本費用	住居費用 (独居者)
介護サービス費用	介護サービス費用
一般サービス費用	個人生活支出
個人消費	インフォーマル援助

以上の分類は、機会費用に基づくものであり、もし、ある個人が、ある介護方式で介護されないとしたならば、その人は別の方式で介護されるだろうという想定に基づいている。

(3) 諸費用のとりえ方

ア 資本費用

病院や老人ホームにおける介護費用の主たるものは、土地、建物等の固定資産である。概念的には、これらの建物を高齢者以外の患者達に、あるいは保健及び人的社会サービス以外への活用に対して、高齢者介護への使用を先行させる場合の利益に基づくべきである。しかしながら、通常とられている方法は、現在使用中の資産を取り替える際の将来の時価としての取替原価で資本を評価する方法である。そして、ほとんどの国の調査研究ではこの方法がとられていた。このことは、資本が非常に一般的なレベ

ルで扱われていることを示している。

資本にとって問題となるのは、高齢者介護や保健及び人的社会サービス部門が縮小する場合である。そうした場合、資本が潤沢であっても、価値はスクラップ化してしまう。しかし、人口統計学上の動向からは、介護需要は増えこそすれ、減ることは考えられない。

イ 住居費用

住居も、資本と同様に取替原価に基づく。住居は、地域社会の中で多くの使用機会を有しており、需要に対して相対的に供給不足であるから、より明確である。ただし、高齢者が、平均家賃以下の旧く、狭あいな住居に住む傾向があれば、住居を過大評価しがちとなる。

ウ 介護サービス費用

介護サービス費用が双方に含まれている主たる理由は、障害の度合が増すに伴い、資源の活用のしかたが変化していくことを検証する必要があるからである。病院やナーシングホームでは、それぞれの障害の種類毎に費された看護時間の検証が求められる。看護の確立していない老人ホームにおいては、通常、さまざまな人的サービスに責任をもつスタッフをかかえている。また、在宅サービスでは、あらゆる直接的介護を提供している。

エ 一般サービス費用

どのような形態であっても、施設介護の中には、暖房、まかない、洗濯、掃除といったいわゆるホテル的費用を含んでいる。

オ 個人消費

個人的な利用への資源の消費で、通常、その収入のすべてを自由に消費している在宅者についても、どれだけ消費され、貯えられたか検証されなければならない。

カ インフォーマル援助

機会費用を基礎としている調査研究の場合、家族や友人知己、ボランティアにより提供される費用を含んでいる。問題は、それにかかわる努力をどのように測定し、評価するかということである。

一部には、自分の両親を介護するのは、家族としての義務からであって、費用の議論は一切無関係であると論ずる人達がいる。確かに政府支出基礎を用いれば、公的サービス費用は、ほとんど、あるいは全くかかわらない。しかしながら、機会費用による分析の手法は、介護方式が違えば、主たる介護者の資源の利用の機会を変えるであろうということにある。もし介護されている人が、病院や老人ホームなどでの24時間介護を受けられるようになれば、主たる介護者は、自分の時間を使用するについて、別の機会を提供されることになる。

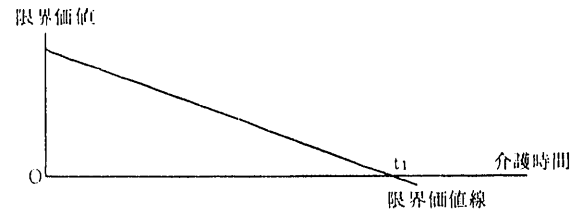
端的な例として、わずかな時間しか介護にかかわっていない場合、すなわち、掃除とか食事の用意とか、洗濯買物といった家事程度の場合、この介護者が介護を離れても、もともと家事に要する時間の量に大きな違いはない。この場合の機会費用は低いといえる。

一方、介護のために収入の得られる職に就けない、あるいは趣味としてのレジャー活動ができないといった場合には機会費用は高いものとなる。さらに、介護により介護者の健康がそこなわれたり、家族の不和がもたらされるような場合には、インフォーマル介護の費用は高いものとなる。

介護者が介護により得ている満足と機会費用の関係を図示すれば、図2のように示される。

限界価値線は、介護者が介護に費す単位追加時間毎の価値を表わしている。0 $t_1$ までの時間に関しては限界価値はプラスである。すなわち、

図2



$t_1$ 時間までは、介護することで一層満足する。しかし、 $t_1$ を超えれば満足は減少していく。もし、介護者が $t_1$ 時間を超えて介護しないで済むように諸サービスが組織されているならば、介護者は介護に要した時間を費用としてよりも利得として受けとめるだろう。

限界価値線の傾斜と位置は、一人ひとりによって異なるし、またそれ故に、介護者を取りまくいろいろな事情を適切に評価することが求められる。これは、介護者の負担を軽減し、それでいて、介護を放り出して、なにもかも公的サービスに依存させてしまうのではない介護のあり方を確立していくうえで重要な考え方である。

#### (4) 費用の配分

費用対効果は、費用の配分よりも、関連するすべての費用の捕捉により関係深いところであるが、予算の増額などの場合に費用配分が問題となってくる。

#### (5) 費用と依存性

費用対効果モデルの主要な課題の一つは、依存的な人々に対する費用について述べることである。選択的介護形態という点からは、一層依存的な人々に介護を提供するための費用の効果を観察することである。病院とコミュニティケアの場合は、それぞれ全く異なる理由からではあるが、この課題はかなり明確である。

病人の場合は、すでに、長期滞在病棟に、非常に依存的な人々を高い割合で収容している。この割合が変化することはありそうもない。従



って、費用が変わることもありそうもない。

コミュニティケアの場合は、ますます増大する依存性を、一層サービスを提供していくことによって克服していくことが期待されている。この費用の増大化傾向は、調査研究の中で現行の資源配分から検証されるべきである。ほとんどの調査研究が抱えている問題は、在宅介護を受けている人々に配分されているいろいろなサービスを検証することである。ある調査研究では、コミュニティケアは、サービス水準が低いが故に安あがりであると記している。こうしたことは、困難ではあるが典型的なサービスの組み合わせを考案することにより避けることができると考えられる。

老人ホームにおける介護は、他の二つの介護方式の間であって、ほとんどの国の調査研究で主要な問題となっている。コミュニティケアが、相当に依存度の高い人々を在宅のままうまくやっていけるようにし、他方、病院が、医療あるいは熟練した看護を要しなくなった人々の退院を促進していくならば、老人ホームの入所者は、ますます依存度の高い部分となっていくことになろう。

老人ホームにおける介護費用についてのこうした依存度の変化の影響を評価するという問題に対しては、それぞれ異なった依存度のグループによる資源の使われ方の現状を把握し、それにより、依存的な入所者の大多数に対する介護の効果を予測すべく取り組まれるべきである。

具体的に、複数の入所者に、同時に援助と指導とを提供する場合、どのように時間という費用を振り分けるべきかが問題となる。

また、こうした援助や指導は、単に依存性を補うためでなく、依存度の増大を防ぐよう提供されなければならない。介護スタッフは、自立度の高い所有者には、何かをしてあげるといふよりも、彼ら自身でやりとげるよう勇気づけることにより多く時間を配分し、自立をそこなうことがないようにつとめるべきである。

#### (6) それぞれ異なる介護方式における費用と依存性

ベルギーの調査研究では、大雑把に「健康」と「虚弱」の二つのカテゴリーに分け、それぞれの介護費用を、病院、老人ホーム、老人住宅、在宅の間で比較している。それによれば、在宅での「虚弱」グループに対する介護費用は、「健康」グループに対するそれよりも88%多い。老人ホームの場合では、40%多くなっている。老人病院の場合は同等となっている。

オーストラリアの調査研究では、それぞれ異なる依存度のグループに属する患者に対して提供される介護時間を調べることにより、ナースングにおける費用を明らかにしている。

(おはら あせい すみだ福祉保健センター管理課長)

#### (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。

(次号につづく)