

Health and Welfare Department

岩屋孝彦 (Takahiko Iwaya)

水戸部英貴 (Hideki Mitobe)

## アメリカの高齢者介護（その１）

日本では介護保険制度が昨年４月に施行され、高齢者介護について、従来以上の高い関心が寄せられている。一方、高齢化率が日本に比較し低いこともあり、一般的にアメリカでは高齢者介護に関する認識が少ないような印象があるが、実際は、アメリカにおいても、高齢者及び心身障害者に対する介護は、近年大きな課題となっている。このような状況を踏まえ、アメリカレポートでは、今後数回にわたり、アメリカにおける介護の現状と課題について報告することとしたい。第１回目の今回は、アメリカにおける高齢者介護の概観についてレポートする。

### １．要介護者 - 誰が介護を必要としているのか? -

介護というと、高齢者介護というイメージが強いが、要介護者はあらゆる年齢層に見られる。1995年のデータによると、アメリカ全国で1,280万人が介護を必要としている。要介護の定義を直接生活介護（ADL:排泄、入浴、歩行などの日常生活において基本的な動作）あるいは間接生活介護（IADL:洗濯、清掃、金銭管理、買い物等）において何らかの援助が必要なものとした場合、57%は65才以上の高齢者であるが、残りの実に43%は若年層である<sup>1</sup>。（図表１）

特に近年ではエイズ患者や犯罪にまきこまれて障害者になった若年層要介護者もかなりみられ、また先天性の障害を持つ者の寿命も伸びており、様々な人口層が様々な形での介護を必要としている、と言えるであろう。

とはいっても、年を取れば取るほど介護が必要になる確率が高くなることは明確である。例えば1995年現在、65才未満の人口のうち0.1%のみが施設入居し、また2%が在宅

<sup>1</sup> Stone, R.I (2000) "Long-term care for the elderly with disabilities."

での介護（直接あるいは間接介護）を必要としている。これが 65 才以上になると、5% がナースィングホームに入居しており、12% が在宅介護の必要者となる。また 85 才以上の人口層になると、要介護率はさらに高くなり、ナースィングホーム入居率は 21%、在宅介護必要率は 49% となる。<sup>2</sup>（図表 2）総務庁(1999)のデータによると、日本における 85 才以上の要介護率は 44.5% であるから、これと比較するとアメリカでの高齢者要介護率は、特に 85 才以上のグループにおいてかなり高いと言える。

また、痴呆症患者の割合も、年齢とともに高くなっていることが報告されている。1996 年のデータでは、65 才から 69 才までの人口層では 2%、70 代前半では 4%、70 代後半では 8%、また 85 才以上では 16% が中度及び重度の痴呆症にかかっている、とされている<sup>1</sup>。痴呆症患者は、他の要介護者のように、直接及び間接生活介護の觀念があてはまらない場合もあり、例えば、身体的には健常者であっても行動に問題のある痴呆症患者の介護ニーズの判定は日本と同様、アメリカでも課題となっている。

## 2．要介護者の住居 - 要介護者はどこで介護を受けているのか -

上述したように、施設入居者の割合と在宅での要介護者の割合を比較した場合、いずれの年齢層においても在宅で介護を受けている割合の方が多く、この意味で要介護者の大半は在宅で、地域社会に在住している、というデータが出ている。しかしながら実際は、近年、施設と在宅介護の境界線を引くことが極めて困難となっている。これは日本でも同様であるが、とくに要介護高齢者に対する住居の選択幅がかなり広がったことと関連する。

まず自宅での介護に始まり、シニア用アパート（これは主に健常者用で、介護サービスは特に供給されない）、アシステッドリビングホーム（介護提供）、ナースィングホーム（介護及び看護提供）などに加え、これらの住居をすべて備えた Continuing Care Retirement Community (CCRC) も存在する。またアシステッドリビングホーム等も州によって規定が様々で、例えばニューヨーク州の「アシステッドリビングプログラム」と呼ばれるものは、従来であれば、ナースィングホームに入居すべき要介護状態の高齢者を対象としている。施設サービスの多様化で、どこまでが在宅介護でどこから施設介護とすべきか、という判断は今後さらに困難になると考えられる。

ただ、これまでにはっきりとしているのは、ナースィングホーム入居者の様相が、この数年で変化してきている、ということである。在宅介護に比べ、ナースィングホームの伸び率はゆるやかで、現に、高齢者のナースィングホーム入居率は 1985 年と 1995 年を比較すると減少している<sup>3</sup>。これは、ホームケアの急増や高齢者の要介護率の低下、またアシステッドリビング等の住居選択の幅が広がったことが理由であるだろうと報告されている。また、これまでナースィングホームに入居していた軽度の要介護者が在宅や他の住居を利用しだしたことも含め、ナースィングホームの入居者は、従来より高齢でさらに重度

<sup>2</sup> Komisar, H.L (1996) "Long-term care for the elderly: Chart book." 及び前出 Stone.

<sup>3</sup> 前出 Stone 参照。

の介護を必要としている、というデータも出ている。さらにこの数年で、長期介護というよりは、急性疾患の回復期にある患者がナーシングホームにしばらく入居するケースも増えている。

### 3．介護提供者 - 誰が介護を提供しているのか -

介護提供者は、インフォーマルな提供者（家族や親類など、いわゆる無償でのケア提供者）とフォーマルな提供者（施設やホームケア提供団体からのケア提供者）に分類することができる。一般に、日本に比べ、アメリカ人は家族の介護よりもフォーマルケアに頼りがち、と思われているが、実はアメリカにおいても、家族や親類は高齢者介護の柱となっている。最近のデータによると、在宅の要介護者の 95%はなんらかの形で親類からのケアを受け、また 65%はフォーマルケアを一切受けず、家族および親類ケアのみを受けている<sup>4</sup>。（図表 3）

親族介護の重要性は、ナーシングホーム入居者の家族類型からも明らかである。要介護高齢者で親族介護者がいる者のうちナーシングホームに入居している者は 7%であるのに対し、家族のいない者の半数がナーシングホームに入居している、というデータもある。

では日本と比較して、アメリカにおける親族介護者はどのように異なっているであろうか。日本では寝たきり高齢者の主な介護者の約 85%が女性といわれているのに対し、アメリカでの親族介護者は、約 72-75%が女性といわれている。日本までとは言わなくても、アメリカでもやはり女性が介護を担っていることがうかがえる。

また、日本での主な介護者は配偶者（特に妻）となっているが、アメリカでは、配偶者が主な介護者となっているケースは、全体の 5%にすぎない。また、アメリカでは実の親を子供（特に娘）が介護するケースが全体の 40%を占め、これは日本と大きく違っている点である。日本で実の子供が親を介護するケースは全体の 25%程である。一方、日本では長男の妻が主な介護者となるケースがかなりみられるが、アメリカでは全体の 12%となっている。（図表 4）今後、日米両国で家族形態が変化するにつれ（例えば日本の核家族化、日米両国での離婚率増加等）家族介護の様相が変わっていくことも考えられるが、それらの変化に伴って、アメリカでも介護者の変化に対応できる社会的なシステムを構築する必要が出てくるであろう。

インフォーマルケアの提供者に加え、ナーシングホームやホームケア提供団体などのフォーマルケアスタッフも、介護の重要な役割を果たしている。介護サービスには、アメリカでも様々な職種のスタッフ（例えば医師、看護婦、理学・作業療法士、ソーシャルワーカー等）が関わっているが、中でも肝心なのは直接ケアに携わるスタッフである

---

<sup>4</sup> Assistant Secretary of Planning and Evaluation and Administration on Aging (1998)

う。アメリカで、このようなケアスタッフの呼び名はいくつか挙げられるが、一般的には、施設でのケアスタッフはナースエイド、ホームケアでの介護スタッフはホームヘルスエイド又はパーソナルケアエイドと呼ばれている。近年のホームケアの急速な伸びに伴って、ホームケアスタッフの需要は急速に増加することが見込まれており、米労働省の統計では、この先 10 年間で、ホームケア介護スタッフは、特に著しい伸びを見せるという予測がたてられている。ホームケアの伸びの背景として、コスト削減や消費者の嗜好、また近年の技術の進歩で自宅治療が可能になったケースが増加していることなどが指摘されている。

最近では、これらのフォーマルな介護従事者が極端に不足しており、患者の受入数を削ったりしている団体もかなりみられる。これは低賃金、福利厚生未整備、職業イメージなど様々な要素が関わっているが、これらの要素は日本での介護従事者のアンケート調査結果ともかなり通じるところがあり<sup>5</sup>、両国とも今後向き合わなければならない問題であろう。

#### 4．介護に係る財政

高齢化等に伴い、アメリカにおいても介護に必要な費用は爆発的に伸びている。米医療保険財政庁（HCFA）のデータによると、1965 年から 1998 年の間に、米国でナーシングホーム及びホームヘルスケアにかかった費用は 15.6 億ドルから 1,171.1 億ドルまで増大した。この数字には、デイサービスや配食サービスの費用、ましてや家族の無償介護の費用換算などは含まれていない。最近の研究では、親族などによる在宅介護を費用換算すると、450 億から 950 億ドルにものぼる、という結果があり<sup>6</sup>、また、ホームケアの中には、利用者が自ら介護提供者を雇い、現金支給をするケース（個人契約）もかなりあるとみられ、このようなケースは書面に残らないため、上記の費用に含まれていない可能性が高い。これらを踏まえれば、介護に要する費用は上記データよりもずっと多いと考えられる。

アメリカでは、日本の介護保険制度のような国レベルでの介護プログラムは存在しないため、様々なレベルの政府（連邦、州、地方）や利用者、また民間の保険などが費用を分け合う形となっている。

ナーシングホームケアでは、メディケイドが一番の支払い元となっており、1998 年のデータでは、4 割以上がここから支払われている。利用者負担も全体の 3 割以上を占めている。メディケアもナーシングホームの支払いをすることがあるが、もともと急性疾患のためのプログラムであるため、かなり厳しい規制（例えばホーム入所直前に 3 日間病院での入院をしていることやホーム入所日数制限等）がある。このためメディケアからの支払いは、全体の約 1 割強に過ぎない。

一方、ホームヘルスケアの主な支払い源はメディケアであり、1998 年現在費用全体の約 3 分の 1 がここから支払われている。ホームヘルスケアに関しては、メディケアはナ

<sup>5</sup> 例として、国民生活センター、日本労働研究機構、連合総研等の調査がある。

<sup>6</sup> 前出 Stone 参照。

ーシングホームほど規制を厳しくしていないが、それでも看護の必要な患者に対してのみ支払いを認める（つまり介護のみが必要な者に対する支払いは行わない）など、やはり医療プログラムとしての色が濃い。続いて利用者個人負担（約 20%）、メディケイド（約 10%）、民間の介護保険（14%）、他の政府プログラム（例えば州や地方政府独自のプログラム）が在宅ケアの支払い元となっている。

これら支払い元のばらつきは、すなわちサービス提供システム自体がパッチワーク状になっていることの現れであり、今後異なったシステム及びプログラムをどのようにコーディネートするかが課題となるであろう。

## 5．アメリカの介護プログラム - 現状の課題と新しい取組み -

上記のように、アメリカでは様々な政府及び民間プログラムが介護の供給者及び支払い者となっているため、サービス利用者にとっては混乱しやすく、また供給者及び財政の管理者にとっては効率化を妨げる、という問題点が挙げられる。このような資金とサービスの統合問題に取り組むための試験的なプログラムが、アメリカ各地で行われている。その中のいくつかを簡単に紹介する。

### 1) Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)

PACE はその名のとおり、高齢者へ医療と介護の総合的なサービスを行うモデルである。もともと 1971 年にカリフォルニア州サンフランシスコのチャイナタウンで、OnLok（漢字で安楽居と表記）という全国初の高齢者向けデイヘルスセンターが設立されたことが起源となっている。1999 年現在、PACE は 12 ヶ所で稼働しており、さらに 17 ヶ所が本格的活動にむけての準備を行っている(National PACE Association,1999)。

PACE では、一つのサービス供給者がメディケアとメディケイドから一定額を受け取り、その一定額の中で、契約した患者の医療と介護のあらゆるサービスを提供する仕組みとなっている。これまでのところ、このプログラムはかなりの成功をおさめているが、参加可能なのはメディケイド受給資格のある低所得者であり、かつ、ナーシングホーム入居が必要な心身状況にある要介護者のみに限定されている。今後、このモデルを幅広い人口層にどのように広げていくかが課題となろう。

### 2) Social HMO (SHMO)

SHMO は 1985 年より全国 4 ヶ所で試験的に開始されたプログラムである。これは一口で言えば従来の医療マネジドケアに介護サービスの一部を加えたものと言えよう。上記の PACE と違い、需給資格として、経済状態も健康状態も特に制限はない。しかし、サービス供給者（医師やソーシャルワーカー等）同士の連絡調整がうまくいかないケースが数多く見られたり、財政困難から供給者がカバーするサービスを削減したり、なども問題点が指摘されており、改善すべき点が多い。

### 3) 現金支給

日本でも介護保険導入の際検討されたが、アメリカでは州によってサービス利用者に現金またはバウチャーを支給するところがある。また、州によっては、当該費用を用いて親類や家族がサービス提供者となることを許可している。サービス利用者が一定額を受給し、サービスの提供者及び内容を自ら選択することにより、消費者の選択を促すとともに、これまでの事務経費（ケアマネジャーへの費用、ホームケア供給者の事務費等）を削減できるのではないかと、いう狙いもあるようである。

現金支給に関し、サービスの質の問題や介護関係の支出増加（従来介護をしていた親族が現金支給を要請することによって、介護提供量が増加せずに介護費用のみが増え続けるのではないかと、いう懸念）などが心配されていたが、少なくともこれまでのアメリカの研究ではそのような問題を浮彫りにしたものは見当たらない。むしろ、サービス利用者にとって気心の知れる人間が介護にあたることにより、利用者の供給者に対する評価は予想されたよりも高い<sup>7</sup>。

しかし、現金支給モデルでは、サービス提供者のほとんどが従来のモデルよりも低い賃金で働き、健康保険や休日などもほとんどないなど、労働者の権利がおびやかされつつある、というデータがある<sup>8</sup>。ただでさえ良い労働条件とはいえない介護労働市場であるが、現金支給はさらにそれを下回る状況を作り出す可能性が高く、この点は、今後、現金支給を進めていく上で取り組まなければならない課題となっている。

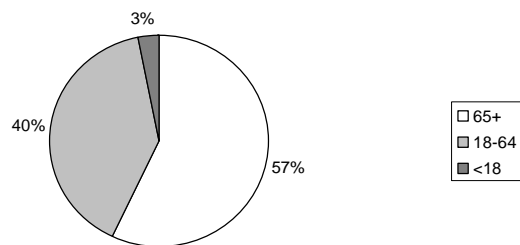
## 6 . まとめ

以上、アメリカにおける介護の状況を簡単に述べてきたが、アメリカも今後ますます社会が高齢化する中で、すでに日本が超えてきたいいくつかの課題に答えを出す必要がある。たとえば、1)介護は誰が責任を負って供給すべきか（家族、政府、地域社会等）、2)誰が介護費用を支払うべきか、などについて、日本では少なくとも介護保険開始に当たり、社会全体が保険という形をとって介護問題に取り組む、という姿勢が比較的はっきり示されたが、アメリカではまだ答えがはっきりとしていない。医療保険もほぼ民間でまかなわれているアメリカでは、日本やヨーロッパと同様に社会全体で高齢者介護に取り組む、という可能性はかなり低いと思われるが、アメリカが他国の介護システムから学び、改善すべき点は数多くありそうである。

<sup>7</sup> Doty, P.J. Benjamin 他 “In-Home supportive services for the elderly and disabled. UCLA

<sup>8</sup> 前出 Doty 他参照。

図表 1:要介護者年齢層別内訳 (1995 年現在)



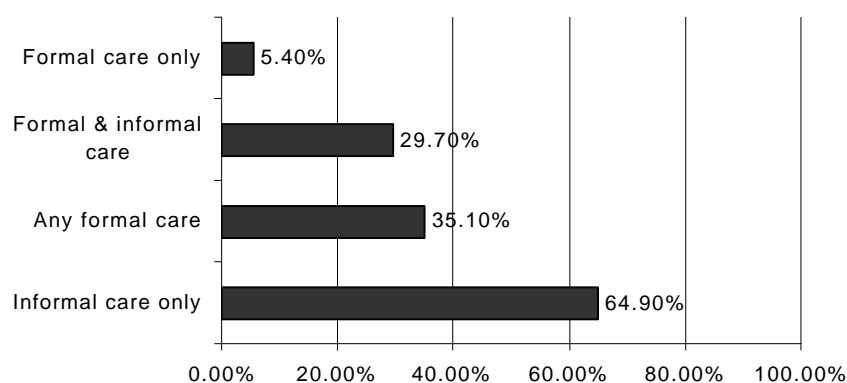
出典:Stone (2000).

図表 2:年齢別要介護率 (1995 年現在)

	65 才未満	65 才以上	85 才以上
健常者	98%	82%	30%
在宅要介護者	2%	12%	49%
施設要介護者	0.1%	5%	21%

出典: Commissar 他,1996;Stone,2000.

図表 3:在宅要介護高齢者のおもな介護者



出 典 : Assistant Secretary of Planning and Evaluation and Administration on Aging (1998).

図表 4:在宅要介護高齢者のおもなインフォーマル介護者

	アメリカ	日本
	1997 年現在	1995 年現在
実子	40%	25.6%
孫	15%	N/A
実子の配偶者	12%	27.9%
配偶者	5%	36.6%
他の親族	9%	9.3%
親族以外	15%	N/A

出典:Wagner (1997); 総務庁(1999).