

高齢者のQOL確保とリスクマネジメントに関する研究

A Study about QOL of Elderly People and Risk Management

鈴木 温子
SUZUKI atsuko

I. はじめに

日本の高齢化率（全人口に占める65歳以上の年代の割合）は、1980年には9.1%だったものが2000年には17.3%にも跳ね上がった。さらに2020年の推計値が27.8%にもものぼることは周知の通りである。2005年には高齢者介護保険制度の大改革が行われ、2008年には後期高齢者医療保険の創設が予定されている。この一連の保険制度の大改革の背景には、人口構成の高齢化に伴う保険制度の財政的破綻を回避しようとする狙いがあることは言うまでもない。

65歳になった人の平均余命は、2003年で女性23歳、男性18歳である。20年前後続く高齢者の生活には、「人生60年」の時代には存在しなかったさまざまなリスクが出現しつつある。これらのリスクをマネジメントして高齢者の生活の質を維持・向上させるためには、高齢者本人・家族や行政とともに、サービス提供者にも環境変化に対応した創意工夫が求められると考えられる。本研究ではこのような視点に立ち、以下の項目に沿って考察する。

II. 高齢化に伴うリスク

1. 罹患リスク

「65歳以上の高齢者の主な原因別死亡率（人口10万人あたりの死亡者数）」を高い順に挙げると、悪性新生物（がん）（970）、心疾患（565）、脳血管疾患（478）、肺炎（375）である。ちなみに老衰の原因別死亡率は97である（2003年）。

「要介護者等の介護が必要になった主な原因」は、脳血管疾患（28%）、高齢による衰弱（16%）、骨折・転倒（12%）、認知症（11%）、関節疾患（10%）、心疾患（3%）の順（2001年）となっている。また、男性と女性を比較してみると、脳血管疾患については、男性の原因百分比は43%であるが、女性のそれは20%であり、また、骨折・転倒については、女性の原因百分比は15%であるが、男性のそれは6%であり、大きな男女差がある。

2. 認知症リスク

認知症ケアは身体ケアと比べて取り組みが遅れているが、要介護高齢者のほぼ半数、介護施設入所者の約8割が、何らかの認知症の介護・支援を必要とするとのデータがある。認知症の発症の主たる原因は、アルツハイマー病と脳血管疾患であり、合わせると認知症の原因の約8割を占める。

認知症は、機能的疾患である中核症状、それと環境との軋轢により引き起こされる周辺症状によ

り構成されるが、とくに問題となる周辺症状はグループホーム等におけるユニットケアによる適切な介護により、その進行が抑制されることが分かっている。

3. 寝たきりリスク

住居での高齢者の不慮の事故死は4,430人（2001年）であるが、住居での事故は、例え死に至らずとも「重度障害・寝たきり」に繋がることもあり、また、ちょっとした注意で防げることが多く、注意しなければならない。

寝たきりの原因としては、脳卒中や骨折・転倒等の身体的要因だけでなく、依存心・屈辱感・刺激喪失等の心理や環境も要因となる場合があり、自立心を失わせる介護が寝たきりを招くこともある。

4. 老々介護および独居リスク

超高齢化社会では、世話する側が高齢者である場合（老々介護）が多くなる。その場合、介護する側の問題が深刻になる場合もある。要介護者の生活リズムに合わせての切れ目なく続く気苦労、要介護者の体の移動を伴う介助による体力の消耗、感染症の予防等、老々介護はいづれ行き詰まる場合が多い。

独居高齢者の高齢者人口に占める割合は、2000年では女性17.9%・男性8.0%であるが、2020年では女性21.8%・男性13.7%になることが予想されている（2002年推計）。とくに、核家族化が進行している大都市周辺の住宅地において、独居高齢者への介護が大きな社会問題となることが予想される。

5. 経済的リスク

核家族化の進行とともに、高齢者介護については、子が親を介護する時代から高齢者本人の責任と選択で行われる時代に移りつつある。そして、介護保険の施行がこの「高齢者本人の責任と選択」を制度面から支えている。このことは、高齢者の生活の質を確保するためには経済的裏づけが必要であり、経済的リスクの自己責任でのコントロールがより重要になったことを意味している。

Ⅲ. 介護保険および医療保険制度の改革

1. 改正介護保険制度のポイント

「介護保険法等の一部を改正する法律」は2005年6月に国会を通過し、2006年4月（一部は2005年10月）から施行された。改正の趣旨については、下記の3つのポイントが重要と考える。

第一に、介護サービスの予想を超える増大に伴う財政支出の制御および制度の持続可能性を図る視点である。この具体的な施策としては、予防重視型システムへの転換と介護保険3施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床）の居住費・食費を支給対象から外し、介護保険3施設の給付基準を在宅と同じ基準に引き下げた（例外規定あり）ことが挙げられる。

第二には、介護が必要になっても高齢者が地域に住み続けることを可能にするインフラの整備をはかる視点である。具体的施策としては、地域包括支援センターと地域密着型サービスの創設が挙げられる。「地域包括支援センター」創設の狙いは、地域（市町村単位）の窓口業務を一元化することでサービス機能を強化することにある。「地域密着型サービス」創設の狙いは、在宅での介護サポートをより徹底するとともに、その限界を補完するための施設での介護を地域コミュニティ単位で整備し、高齢者の地域内での生活の継続性を確保することである。

第三には、利用者の介護サービス選択の環境を整え、介護サービス提供者の質の向上を図る視点

である。この具体的な施策としては、利用者の介護サービス選択を容易にするために、介護サービス事業者の情報開示を制度化し、その波及効果として介護サービス事業者の切磋琢磨を促し、介護サービスの質の向上を目指している（2006年4月からインターネットで情報開示）。なお、介護サービスの質の向上に関しては、介護サービス事業者の事後規制のルールの策定、ケアマネジャー教育および市町村の保険者機能強化等もはかられている。

2. 高齢者医療保険の見直しについて

2005年11月30日、政府・与党は2008年度施行の医療改革大綱を決定した。その柱の一つが医療費抑制のための高齢者医療の見直しである。

その第一は、75歳以上の高齢者が加入する「後期高齢者医療保険制度の新設」である。財源は、高齢者保険料（10%）、国保・被保険者保険（約40%）、公費（約50%）からなる。運営主体は都道府県内の市町村の広域連合とし、地域の医療費の増加が市町村広域連合の負担に跳ね返り医療費抑制を促す仕組みとなる。また、70～74歳の保険の本人負担は、現行の10%が20%となる。なお、70歳以上の「現役並み所得者」の保険の本人負担は、69歳以下と同じ30%となる。

第二は、地域医療の連携体制の構築である。患者が地域において切れ目のない医療を受けられるように、地域医療を見直す。医療計画において、脳卒中・がん等の事業別の医療連携対策を構築する。また、終末期医療患者に対する在宅医療を充実することもうたわれているが、それを具体的に担保する施策については明示されていない。

IV. 在宅において高齢者のQOLを確保するための要件

1. メンタルケア

高齢者の一人ひとりの個性と人生は多種多様であり、個性は尊重されなければならない。また、高齢者本人にとっても高齢化に伴う障害は初めての経験である。身体とコミュニケーションにおいて不自由な人の心のあり様を理解するのは、健常者には難しいものがある。家族でも何を望み何を訴えているかの的確な把握は容易ではない。認知症ともなれば問題はさらに複雑である。認知症患者は、過去の自分が輝いていた時期のことは脳裏に深く刻まれており、プライドは健在である。高齢者本人が老化による衰えを受け入れるのは簡単ではない。

また、介護する側のメンタルケアも忘れてはならない。正規職員・パート従業員・ボランティアを問わず、個人個人のプライバシーにまで入り込みながら家族の要求をも満たし、介護に走り回る職場は重労働である。要介護者の心を土足で踏みつけることなく、適切なケアを行いながら高齢者の生活の質を向上させるためのサポートは並大抵のことではない。

2. 食生活

食生活は、高齢者にとっては健康維持と楽しみの両面があり、高齢者の生活の質を確保する上で重要な要素である。しかし、老々介護や独居介護においては、自宅で食を賄うことが困難になり、外部からの食の提供が必要になってくる。

在宅の治療・介護のために、近年は「栄養サポートチーム」による食の提供が行われるようになってきた。また、コンビニの普及や冷凍・冷蔵・レトルト技術の発達により在宅での食の外部からの調達も容易になってきた。しかし、それらは価格的にも質的にも高齢者が日常的に利用できるレベルからは程遠い。

在宅介護を生活面で支えるためには、地域単位で外部からの食の提供システムを確立することが

重要であり、それを可能にするサービス提供者のビジネスモデルの確立が期待される。その際、治療食の知識の習得や衛生レベル確保のための教育も重要である。「医食同源」の名の通り、食という生命にかかわるものの取扱いは、医療・介護と同様の専門性を必要とするものである。

3. 住居

高齢者の生活の質を確保するためには、身体への負担が少なく安全であり、かつ在宅での介護が容易な住居が望ましい。高齢者が要介護状態になる原因として、「転倒・骨折（12%）」が3番目に挙げられている。住居においては高齢者の生活状態や身長にあわせた玄関・台所・浴室・トイレ等、バリアフリーであることが望ましいが、同居している家族の細かな気遣いも危険防止のための大きな要素となる。「転倒・骨折」については、電気製品のコード・カーペット・雑誌・靴下等、通常は危険物ではないものが原因であることが多いのである。また、立ちくらみやつまずいた時等、とっさに支えられる手すりなどの対策も大切である。

高齢者のための住居は、要介護者本人と介護する人に配慮した設計がなされることが必要で、車椅子での生活が可能な安全で無駄・無理のない動線が望ましい。また、独居高齢者についてはセンサー等による「見守り機能」が不可欠になる。高齢者用住宅は「バリアフリー」を一步進めて、要介護者も健常者も快適に暮らせる「ユニバーサルデザイン」の考え方を基本にすべきと考える。

4. 社会参加

高齢者の心、行動パターン、日常生活、人間関係、健康状態、経済基盤などの変化に対して、高齢者本人も家族もよく認識し慣れることが肝要である。高齢者が自分の心に閉じこもらず仲間を作り交流をし、新たな夢や希望を見つけてそれに向けて再び挑戦することができるような環境を作れば、高齢者に適した社会参加の形が形成されるのではないと思われる。

また、高齢者は地域に密着して生活をする機会が多くなるが、現在、生活の場である地域は核家族化や少子高齢化により様々な問題が起こりつつある。高齢者は高齢者相互で支え合うと共に、その経験を糧として子育て・教育活動を支援するなど、新たな社会参加を果たす方法もあると思われる。

5. 財政基盤

「平成18年高齢者白書」（内閣府発行）によれば、高齢者の勤労者世帯の1ヶ月の可処分所得は309千円で消費支出は294千円であり、無職世帯の可処分所得は169千円で消費支出は204千円である（2004年）。勤労高齢者世帯の大部分は遠からず無職世帯になることを考えると、1ヶ月約4万円余りの不足する可処分所得をどうするかが問題であり、医療・介護によりこの不足額が大幅に増加する場合は大きな問題となる。

この生活費不足分への対応方法は、「生活費を節約して間に合わせる（35%）」「貯蓄を取り崩してまかなう（27%）」「子供と同居して子供に助けてもらう（26%）」の順（2001年）となっている。また、生活費不足分への対応として「自宅などの不動産を処分したり、担保にして借りたりする」は2%に過ぎない（2001年）。ちなみに1995年においては、「子供と同居して子供に助けてもらう」がトップで37%になっている。高齢者にとって経済的に子供に頼ることができない状況は、社会通念として定着しつつあると言える。

高齢者は一般的には所得は少ないが、金融資産と住宅・宅地資産の額は大きい。高齢者夫婦世帯の住宅・宅地資産は平均3,588万円であり、一般世帯平均の2,785万円を大きく上回っている（2004

年)。この高齢者の高額な住宅・宅地資産を有効に活用し、流動化（換金）する道を開くことは、高齢者の生活の質を確保するために重要と考える。

6. 医療と介護

自宅で最期を迎えたいと希望している人は62%に上る（2006年）。しかし、統計値によれば最期を迎えた場所は自宅が13%、医療施設が89%である（2003年）。人生最期の場所についてはこのように個人の希望と現実が大きく乖離している。また、介護を受けたい場所についても自宅が45%、介護施設が42%となっている（2003年）。

上記の統計値は、本人と家族の事情、および医療・介護の現行制度を前提に、前記の「在宅で高齢者の生活の質を確保するための要件（メンタル、食、住、社会参加、財政基盤等）」と「高齢化に伴うリスク（罹患、認知症、寝たきり、老々介護・独居、経済等）」の組み合わせでの選択結果と思われる。この組み合わせは、本人と家族の固有の事情により多種多様なものがあると推測される。

在宅介護か施設介護かの選択については、たとえ同じ身体的・精神的障害を抱えた高齢者であっても、本人と家族の固有の事情により決まってくる場合が多い。しかし、認知症の場合は、施設（グループホーム等）に入所しユニットケアを受けることがその進行をできる限り抑制し、本人の生活の質を確保することに繋がると考えられているため、施設介護の選択が優先される場合が多い。本人と家族がより良い生活の質を確保するためには、在宅での医療・介護に限界がある場合が多いが、これについては後述する。

V. 高齢化に伴うリスクの課題解決のために

1. 在宅介護の限界と施設介護の役割

高齢者の介護と医療において、在宅介護および入院日数削減が費用抑制の見地からも国の施策となっている。これは個人の在宅願望と総論においては同じ方向であるが、しかしながら、介護・医療の効率効果、家族負担、現実的可能性などの観点からは、介護・医療施設には不可欠の役割があり、その適切な供給がはからなければならない。例えば、病院の「入院日数削減」も退院後の受け皿を無視する場合は、生活の質の向上には繋がらない。

戦後の高度成長期に形成された核家族が高齢化しつつある。とくに核家族化が進行した大都市周辺での高齢者が2015年に向けて急激に増加する。都道府県の高齢者の増加率（2015年／2002年）と独居高齢者の増加率（2015年／2005年）のベスト4は同一で埼玉県、千葉県、神奈川県、愛知県の順になる。高齢者介護の2015年問題は、東京を始めとした大都市周辺における「老々介護リスク」と「独居介護リスク」において最も大きな問題として現れると考える。

在宅介護は、家族という絆で介護され見守られてこそ始めて他で代替できない機能を発揮する。「老々介護」「独居介護」等に象徴されるように、家族の絆が希薄化したり活用することができない事情がある場合、在宅介護では本人の生活の質を確保できない場合が生じる。老々介護や独居介護を余儀なくされる状況下に重度の身体的障害や認知症を発症する場合はなお深刻である。このような場合においては、在宅介護を継続することには限界がある。在宅介護を継続するためには、家族関係の他にユニバーサルデザイン仕様や見守り機能等を備えた高齢者用住宅の普及も必要である。また、在宅での生活と介護を支える地域の支援体制も重要である。

在宅介護を支えその限界を補完する地域の支援体制としては、今回の介護保険改正で創設された

地域密着型サービス・施設群（小規模多機能型居宅介護、認知症対応型デイサービス、夜間対応型訪問介護、認知症高齢者グループホーム、小規模特養・有料老人ホーム等）の充実が期待される。「地域密着型サービス・施設群」は、市町村単位で整備し、在宅介護を徹底してサポートしながらその限界に対して施設介護も併せて提供することにより、地域での生活の継続性を確保しようとするものである。

また、在宅介護の限界を補完する施設介護ニーズについては、介護保険3施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床）の供給が財政事情等により困難になってきており、民間企業などによるマーケットメカニズムを活用した多様な施設サービスの供給が期待される。

2. 民間企業の役割

国と地方の債務を合わせると800兆円近くになり、隠れ債務を合わせると公的債務は1,000兆円にもなると言われている。また、年間の政府予算の歳出超過分（国債発行分等）が30兆円を大きく超えており（2005年度）、年間の歳出と歳入のバランスを図ることが急務である。このような状況下においては、今後予測される高齢者へのサービス・施設の需要急増に対応して、マーケットメカニズムによる供給の割合が増加することは不可避であると思われる。

今回の介護保険の改正においても、民間の有料老人ホーム（介護保険サービスとしては「特定施設入所者生活介護」）の普及に向けての見直しが行われ、提供サービス要件や人的要件の緩和がはかられている。

また、介護保険3施設において、住宅費と食費が介護保険の給付対象から原則的に外されたが、これにより介護保険3施設と介護型有料老人ホーム等との棲み分けが不明確になった。このことは、介護型有料老人ホーム等にとってはマーケットの拡大であり、新たなチャンスの到来とも言えるだろう。従来、ターミナルケアや認知症ケア等の重度障害の分野は、「介護保険3施設」が対応するものとみなされていたが、今後は有料老人ホームや民間グループホームもこの分野に積極的に参加し、付加価値やブランド価値を競うことが予測される。

3. 「介護サービス情報公表」について

介護保険制度の基本理念である「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択（自己決定）」を支えるインフラとして、「介護サービス情報の公表」が制度化され、2006年4月1日に施行された。

民間企業によるマーケットを活用したサービスの供給が期待されるが、その公正な供給を担保するインフラとして「介護サービス情報の公表」が制度化されたわけである。これにより、利用者の介護サービスの選択・活用が容易になり、それを通じて事業者のサービスの質の向上がはかれることが期待される。ただしこの制度は、当該事業所の評価・格付け・画一化等を目的とするものではなく、公表された様々な情報に対する評価は利用者自身に委ねられることになっている。

公表情報の責任主体は介護サービス事業所とされているが、調査は都道府県が実施している。また、公表情報には公表前に当該情報の根拠となる事実を客観的に確認することが適当である情報（調査情報項目）があるため、第三者（調査員）による調査を行う仕組みが組み込まれており、結果的に介護サービス事業所がサービスの質の改善への道筋を見出す効果が期待されている。この調査業務を都道府県が外部化する体制についても柔軟な対応がなされている。医療機関の情報開示が一向に進まないことを考えると、後発の介護サービス事業者の情報開示が制度化されたことは大き

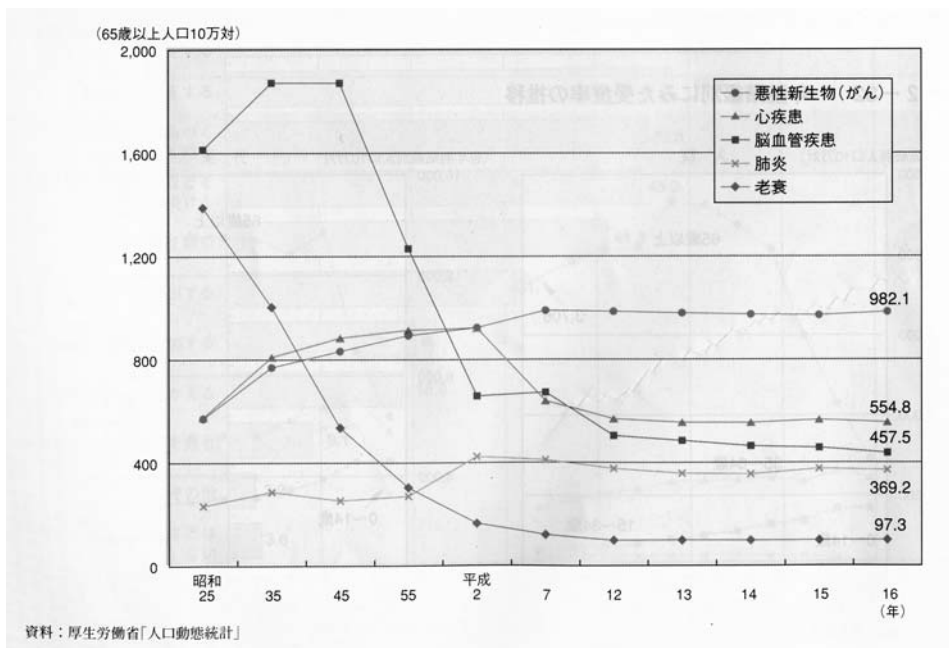
な意味があると思われる。

この「公表情報」が、利用者の選択にとって必要かつ十分なものになるのか、または、実際に活用するためには、専門機関の評価などの更なる情報の加工・追加が必要になるのか等については、今後の推移を注目しなければならないだろう。

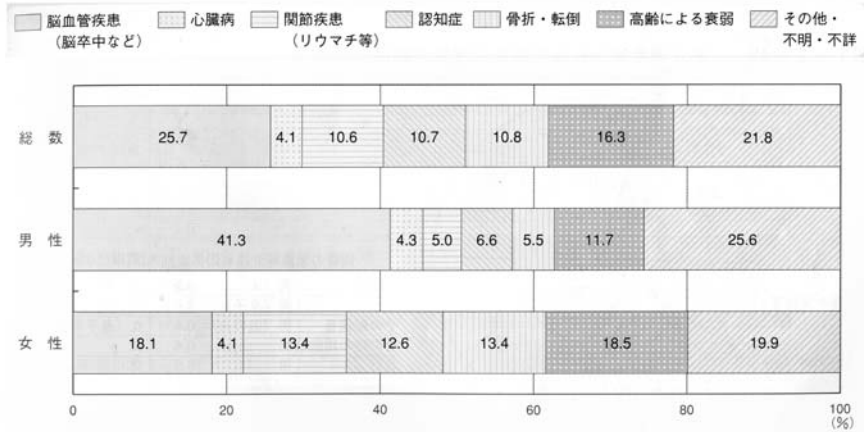
VI. おわりに

今回の介護保険の改正の狙いの一つは、「要介護高齢者が地域に住み続けることを可能にするインフラの整備をはかること」にある。また、政府・与党の医療改革大綱（2008年度施行予定）においても、「地域医療の連携体制の構築」がうたわれている。「介護も医療も地域における統合されたシステムとサービスが必要」との合意が社会的に形成されつつあるのだと思われる。

さらに、生活全般も視野に入れた在宅介護・施設介護・医療（急性期病院・リハビリ施設・診療所・在宅での治療）を繋ぐ地域における切れ目のないサービスとそれらを担保するシステムの構築が必要である。このことは「高齢者の自立」と「高齢者のQOLの向上」に寄与するために最重要課題であるとする。

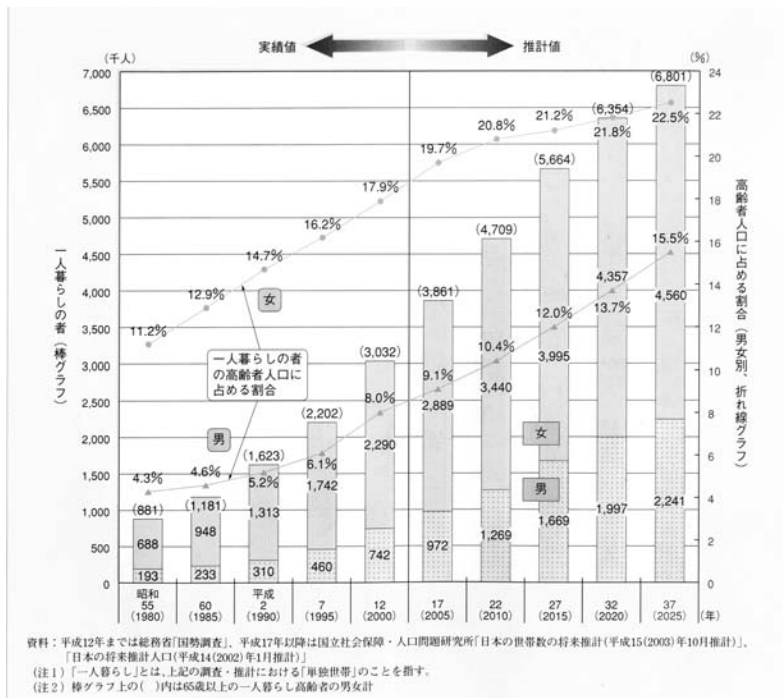


(図1) 65歳以上の高齢者の主な死因別死亡率の推移



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」(平成16年)

(図2) 要介護者等の性別に見た介護が必要となった主な原因



資料：平成12年までは総務省「国勢調査」、平成17年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(平成15(2003)年10月推計)」、「日本の将来推計人口(平成14(2002)年1月推計)」
 (注1) 「一人暮らし」とは、上記の調査・推計における「単独世帯」のことを指す。
 (注2) 棒グラフ上の()内は65歳以上の一人暮らし高齢者の男女計

(図3) 一人暮らしの高齢者の動向

(表1) 世帯主の年齢が65歳以上の世帯の収入と消費

(単位:円)

区 分	勤労者世帯		無職世帯	
	全 体	世帯主の年 齢が65歳以 上の世帯	全 体	世帯主の年 齢が65歳以 上の世帯
実収入	473,260	349,374	178,608	189,145
うち勤め先収入の占める割合 (%)	(94.2)	(62.4)	(6.8)	(4.8)
社会保障給付の占める割合 (%)	(3.1)	(32.6)	(85.8)	(88.7)
実支出	371,194	334,094	230,369	224,108
消費支出	296,790	294,385	209,434	204,270
非消費支出 (税、社会保険料など)	74,404	39,708	20,935	19,838
可処分所得 (実収入－非消費支出)	398,856	309,666	157,673	169,307
黒字 (実収入－実支出＝可処分所得－消費支出)	102,066	15,280	△ 51,761	△ 34,963
平均消費性向 (%) (可処分所得に対する消費支出の割合)	74.4	95.1	132.8	120.7

資料：総務省「家計調査(総世帯)」(平成17年)
(注)年平均の1か月間の金額

引用・参考文献

- 1) 厚生労働白書 平成18年版, 厚生労働省, ぎょうせい
- 2) 高齢社会白書 平成18年版, 内閣府, ぎょうせい
- 3) 介護白書 平成17年版, 全国老人保健施設協会, ぎょうせい
- 4) 図説高齢者白書 2005年度版, 三浦文夫, 全国社会福祉協議会
- 5) これからの高齢者医療 団塊の世代が老いるとき これだけは知っておきたい, 大久保一郎ほか, 同友館, 2005
- 6) 痴呆性高齢者の理解とケア, 石東嘉和・山中克夫 編, 学習研究社, 2004
- 7) 全国介護保険・高齢者保健福祉福祉担当課長会議資料 (平成18年3月13日)「介護サービス情報の公表」制度の施行について, 厚生労働省「行政資料」

(2006年11月10日受理)