

社会 保障 研究

第1巻
第1号
2016年

機関誌の統合に寄せて

..... 森田 朗

特集：ケアの社会政策

ケアの社会政策のために

..... 高橋 紘士

ケアの倫理と公共政策

..... 広井 良典

ケアの社会政策への理論的前提

..... 猪飼 周平

ケアサイクル論—21世紀の予防・医療・介護統合ケアの
基礎理論—

..... 長谷川 敏彦

人口高齢化の諸相とケアを要する人々

..... 金子 隆一

ケアの財源調達に関する考察

..... 尾形 裕也

ケア提供論—多職種連携に焦点を当てて—

..... 川越 雅弘

ケアの質評価：国際的な到達点と日本の今後

..... 筒井 孝子

ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆

..... 小野 太一

鼎談：ケア政策の行方を考える

..... 高橋 紘士・宮島 俊彦・宮本 太郎・森田 朗

社会保障研究 第1巻第1号 (2016年) 目次

巻頭言

機関誌の統合に寄せて	森田 朗	2
------------	------	---

特集：ケアの社会政策

ケアの社会政策のために	高橋 紘士	4
ケアの倫理と公共政策	広井 良典	22
ケアの社会政策への理論的前提	猪飼 周平	38
ケアサイクル論—21世紀の予防・医療・介護統合ケアの基礎理論—	長谷川 敏彦	57
人口高齢化の諸相とケアを要する人々	金子 隆一	76
ケアの財源調達に関する考察	尾形 裕也	98
ケア提供論—多職種連携に焦点を当てて—	川越 雅弘	114
ケアの質評価：国際的な到達点と日本の今後	筒井 孝子	129
ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆	小野 太一	148
鼎談：ケア政策の行方を考える 高橋 紘士・宮島 俊彦・宮本 太郎・司会	森田 朗	163

投稿（研究ノート）

単身要介護高齢者に対するケアマネージャーによる在宅継続支援の実態と課題	中島 民恵子・沢村 香苗・山岡 淳	183
公的年金財政検証における財政均衡方式の評価	吉田 周平・木村 真	192
健康状態の変化と賃金の関係	佐藤 一磨	209

情報

国際機関・各国の社会保障情報へのアクセス	小島 克久	222
OECDのSystem of Health Accountに準拠した日本の総保健医療支出の速報値	満武 巨裕・山岡 淳	225
EU域内の社会保障給付	山本 克也	230
韓国の社会保障（第1回）韓国の人口・経済の状況と社会保障制度の概要	小島 克久	232
研究プロジェクト報告『産業連関表を用いた介護労働の分析』	山本 克也	236

社会保障と法

（社会保障と法政策）最高裁平成28年3月1日判決の政策的意義	岩村 正彦	238
（社会保障判例研究）責任能力を欠く認知症高齢者による加害行為とその監督業務者の不法行為責任	岩村 正彦	240

書評

「厚生経済学の基礎と潜在能力アプローチ」（A. セン著，鈴木興太郎訳，『福祉の経済学』（1988年）書評）	後藤 玲子	251
吉川徹 著『現代日本の「社会の心」』（有斐閣，2011年）	直井 道子	256

新刊紹介

岩田正美 著『社会福祉のトボス』（有斐閣，2016年）	渡辺 久里子	261
アンソニー・B・アトキンソン 著『21世紀の不平等』（東洋経済新報社，2015年）	安藤 道人	262

巻頭言

機関誌の統合に寄せて

これまで当研究所の機関誌であった『季刊社会保障研究』・『海外社会保障研究』は発展的に統合され、今号から装いを新たに『社会保障研究』として刊行される。両誌は社会保障について研究者のみならず多方面の関係者の関心を高め、研究水準の向上を図ることを通じて学界を牽引してきたと自負している。

社会保障制度には喫緊のものから長期的に対応すべきものまで課題が山積している。本誌は国立社会保障・人口問題研究所の機関誌として、引き続き社会保障の研究に関わる諸学問分野の研究の発展と、それによる制度の機能の向上に貢献すると確信している。

機関誌の発展的統合という機会を捉え、本誌の基本的なコンセプトないしは機能を次のとおり定めた。学術性、学際性、国際性、政策指向性、そして研究機関としての情報発信機能である。研究者の基本的な使命は、真理を探究し、成果を学術論文として公表することである。この学術性を発揮していくために、社会保障にかかる学術研究発表の場を本誌は引き続き提供していく所存である。

研究対象としての社会保障分野は多くの学問分野からのアプローチが可能であり、なおかつ必要である。このことは、本誌に掲載される論文が学際的であることを意味する。学際的であるためには、分野横断的に読者が内容を理解できることが要件となろう。他の学問分野の研究者の知的探究心を高めることも期待したい。

学際性を追求するために本誌では幾つかの試みを行っている。ひとつは、判例研究の前に「社会保障と法政策」という論説を掲載する点である。「社会保障と法政策」により他分野の読者に過去の事例を権利の観点から考察した判例研究の意義を伝える趣旨である。二つめは、日本語・英語の要旨、キーワードが掲載されることである。これらは他分野の読者に「さらに容易に」論文の内容を理解する手段となるであろう。

ところで、当研究所は国の試験研究機関として迅速に研究成果を発信することにより政策論議の基礎となるエビデンスを着実に提供することも使命としている。この情報発信機能を本誌に持たせ

るために、「情報」というコーナーを新設した。このコーナーにおいて所内の社会保障分野の成果のみならず、人口部門の研究成果についても掲載する予定である。

さらに、諸外国・国際機関の動向についても「情報」コーナーの中で取り上げていく。諸外国の制度改正や政策動向、また、各国の政策に対して強い影響を与えるOECDやWHOを始めとする国際機関の動向も把握し、報告する。海外社会保障研究の伝統を受け継ぎ、諸外国の社会保障制度にかかる論文も掲載し、従前よりも国際性を強化したい。

これらの試みにより本誌の政策指向性の性質が強まると考えている。学術性と学際性を兼ね備えた研究論文が、国際性を持った本誌の誌面を通じて蓄積されていくことで政策論議が活発化され、国民の福祉を向上する施策立案に資することを期待している。

森 田 朗

(もりた・あきら 国立社会保障・人口問題研究所所長)

特集：ケアの社会政策

ケアの社会政策のために

高橋 紘士*

抄 録

これまで、日本の高齢者の長期ケアニーズは病院の長期入院によって対応してきた。これはケアに対応する福祉サービスが低所得者向けだったからだ。普遍的に拡がったケアニーズは医療保険制度によって対応することを余儀なくされた。後期高齢人口の急増と状態像の変化により新しい対応が必要になった。これが介護保険制度の導入であった。この論文では、そのような検討を行ううえで必要な検討をおこなった。ケア概念の再検討、ニーズ概念の再検討、生活の質を考慮したケアのあり方、などである。今後ケアの社会政策の再構築が必要である。

キーワード：長期ケアニーズ、ケアとニーズ概念の再検討、地域包括ケア、ケアの社会政策

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp. 4-21.

I はじめに

社会保障制度改革国民会議が、「男性労働者の正規雇用・終身雇用と専業主婦を前提とした「1970年代モデル」では、社会保障は専ら「年金」、「医療」、「介護」が中心となっていたが、「21世紀（2025年）日本モデル」では、年金、医療、介護の前提となる、現役世代の「雇用」や「子育て支援」、さらには、「低所得者・格差の問題」や「住まい」の問題なども社会保障として大きな課題とってくる。」と述べたように、社会経済の変化の中で社会保障の焦点移動と視野の拡大が課題とされている。また、とりわけ「地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て」の重要性を強調し、「地域内には、制度としての医療・介護保険サービス

だけでなく、住民主体のサービスやボランティア活動など数多くの資源が存在する。こうした家族・親族、地域の人々等の間のインフォーマルな助け合いを「互助」と位置づけ、人生と生活の質を豊かにする「互助」の重要性を確認し、これらの取組を積極的に進めるべきである。さらに、今後、比較的低所得の単身高齢者の大幅な増加が予測されており、都市部を中心に、独居高齢者等に対する地域での支え合いが課題となっている。地域の「互助」や、社会福祉法人、NPO等が連携し、支援ネットワークを構築して、こうした高齢者が安心して生活できる環境整備に取り組むことも重要である。このような地域包括ケアシステム等の構築は、地域の持つ生活支援機能を高めるという意味において「21世紀型のコミュニティの再生」といえる。」¹⁾

* 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長

¹⁾ 社会保障制度改革国民会議報告書（平成25年8月）7頁以降参照。

このような政策論からの指摘は、実は、本特集のテーマである「ケアの社会政策」にとって大きな制度変革の課題を提起しつつある。しかしながら、制度は制度が運用される現場実践の成熟、制度のステイクホルダーの性格に大きく規定される。もし、2025年モデルへの転換が既存制度の枠組みを超えるものであるとすれば、既存制度を維持してきたステイクホルダーと大きな軋轢を生み出すに違いない。それは言い直せば、1970年モデルとまさに現在発現しつつある2025年モデルとの相克のなかで、どのような転換が必要となるかが問題となるということの意味する。

このような議論が成立するためには、2025年モデルが備えるべき諸要件を分析的に検討していく作業が不可欠である。

その前提となるのが、1970年代モデルの完成期における諸課題の解析と、1970年代での2025年モデルを必要とさせる予兆についてのその後、その予兆について政策的に対処してきたのか、という議論が必要となる。このような検討を行う場合、その前提としてケアの内実がどのようなものであったかという再検討が求められているように思う。

例えば長期ケアの概念は第一に我が国では長期ケアを医療に委ねてきたという事情がある。これは精神疾患と高齢者ケアの双方の長期入院患者問題として、今日まで克服できていない。長期ケアを医療に委ねてきた原因はいうまでもなく、本来ケアを担うはずの「社会福祉」制度がその対象を要援護者という、低所得者への選別的制度であり続けていたこと、イギリスのコミュニティケアが1960年代から70年代にかけて、精神病院入院者を地域精神医療によって居宅で対応することから始まり、その後低所得者向けの福祉サービスからパーソナルソーシャルサービスへと普遍的なサービス提供の枠組へと転換したことと対蹠的であった。

さらに、社会的入院を拡大させてきたのは、1973年に導入された、老人医療の無料化政策で

あったことはいうまでもない。長期ケア需要に対応するためであるはずの特別養護老人ホームをはじめとする社会福祉施設は予算措置で制約される公費制度が財源であったから需要に追従できるような拡大は難しかった。また、在宅福祉サービスは後に述べるように所得制限の撤廃は遅く、しかも、応能負担制度により、結局事実上の低所得者向きの制度が温存され続けた。しかも補助金による開設のコントロール、社会福祉法人の特別養護老人ホーム開設の独占化、などによって、社会福祉法人の需要拡大への事業拡大の誘因は乏しかった。

一方、医療法人が開設する病床は、医療計画によって病床の開設規制が行われるまでは、事実上医療法人の自由裁量で病床拡大が可能であった。すなわち、高度経済成長に伴う医療保険財源のオートマチックな拡大と、バラマキ型政策としての医療費自己負担に無料化にともなう需要の解放が老人病院をはじめとする、医療機関における長期ケアに対応する病床の拡大を生み出し、そのことが私有制原理〔猪飼(2010)〕²⁾による医療法人の収益拡大の温存と拡大という行動様式につながっていった。これが急性期医療から、療養病床そして、関連法人としての社会福祉法人を取り込んだ医療福祉複合体(二木立)を作り出し、社会保障財政の悪化にともなう制度改革への桎梏と化していったように思われる。

介護保険制度は長期ケアを固有の制度によって、医療から相対化することを目的として導入されたといえる。そして、福祉の措置によって提供されてきた福祉サービスを普遍化し、「必要な保健医療サービス及び福祉サービス」に関わる給付を提供することとして社会保険に原則によって政策化された。

確かに日本における介護保険制度の導入は大きなイノベーションであったことは間違いないが、その展開のなかで、課題に直面しながら、現在の地域包括ケアシステムへと連なっていく。地域包括ケアの思想は医療介護。これらの道筋のなか

²⁾ 猪飼周平(2010)「病院の世紀の理論」有斐閣。

で、ケアがどのように、政策課題として取り扱われてきたか。

これらの介護保険制度および介護保険制度に収斂しきれない部分をふまえて、ケア政策の再定義が必要と考えられる。これは、さまざまな政策範疇と実践範疇の組み替え作業を不可避とさせるに違いない。

以上のような問題意識で検討を進めてみたい。もとより、限られて紙幅のなかで、スケッチのような記述たらざるを得ないが、制度史というよりは、ケアの概念形成史もふくめて、今後の検討課題の提示として、本特集の序論としての責をふさぐことができればと思う。

II 依存性のマネジメントとケア概念の成立

1 依存性のマネジメント

あらゆる社会はその構成員が依存状態にあるとき、何らかの「ケア」によってその構成員の生存を維持する機能を内包している。

依存状態とは、なんらかの心身能力および社会関係遂行能力の欠如によって、自からの能力を駆使して生存の維持が困難なために、文字どおり、「他に依って存る」ことを余儀なくされる状態と定義できよう。

その種類は多様なものが想定されるが、まずは、自己の身の回りの自己による処理が困難であること、自己の力で生活継続に必要な資源の入手活用が困難な状態、自己の判断能力の低下による生存維持のための自己決定能力の喪失した状態などと定義できる。

ヒトの場合、幼少期から成人期に至る過程は一般的にすべての個体がこのような依存期を経験する、成人後、自立を獲得することが困難で、依存状態が継続することも少数の個体が経験するがこれは相対的に少数である。また、自立した時期から加齢に伴って依存リスクが増大することが、いわゆる高齢化問題の要因である。したがって、人口学的には、依存状態にある人口は、幼少人口と高齢人口の双方の合計である従属人口指数で表現される。これらの従属人口をその社会はどのよう

に管理し、その社会の存続を図るかが課題であり、その様相が変遷を辿ってきたことはいうまでもない。

ケアとは後述するように、このような依存状態にある個体への配慮および援助のことをいうが、これが社会存続にとっての不可欠な機能であることはいうまでもなく、そのケアの様式の変遷を辿ることがケアとは何かを考え、その一環として、社会が一定のステージに達すると、ケアの社会制度を組織化してきた。それは社会にとって重要な配慮すべき課題となっていく、これはケアの政策化の背景ということになる。

2 依存・自立サイクルと「ケア」の発生

ヒトの個体は、出生後、依存状態の時期を経て、成人＝自立を達成する、やがて、加齢とともに死に至る経過を辿ってヒトの人生が完結するが、この間、何らかの事情で依存状態に陥っても一時的で自立に復帰すれば「問題」は解決する。長い間、ヒトは依存→自立→短期間の依存状態→死というのが標準であった。

ヒトの文明化のなかで、依存状態が長期化すると、そのヒトの生存持続の危機が発生するようになる。このような長期の依存状態にどのようにヒトの社会は対処してきたのだろうか。人類史を通して、この長期の依存状態への対応の成否がその文明の持続可能性と大きく関わってきたといえる。

今日の豊かな社会のもとで、依存状態にある個体の生存可能性が拡大している。まさに、生殖可能期間を超えて生存する可能性が一般化していく、標準的な依存自立サイクルが、依存→自立→長期的依存→死という経過を辿ることになる。

依存状態に対応する手法として、ヒトは血縁関係に基づく家族集団による対応を発展させてきた。出生から成人にいたる依存期間が家族によって養育されるようになってきた。しかしながら、これが様々な条件で不可能になったときの対処は、神話や説話に示唆されるように子捨てであった。自然に依拠することが大きかった時代には自然の変調による食料の不足のときに、依存状態に

ある個体を遺棄する習慣がみられた。生産能力を失った個体は子捨てであろうが、棄老であろうが、われわれの人類史の記憶の中に埋め込まれてきたとってよい。

わが国でいえば、「古事記」における蛭子伝説も依存状態にある者への対処についての象徴的神話であろう。日本の各所に蛭子神社があるが、とりわけ鹿児島県旧隼人町の村社である蛭子神社（大隅之國二宮とあるが、神社本庁の神社リストからは何故か除外されている）には葦の舟に流された蛭子の後日談が伝承されている。〔戸谷（2014）、p.136以降〕³⁾この説話によると、蛭子をまつた社の周辺の原生林が「奈木の杜」と言い慣わされ、ヒルコを生んだ親神の心情を表現したと伝えられている。言うまでもなくこれは「嘆き」という意味で、後に述べるCareの原義と通底する意味であることに留意しておきたい。

戸谷によると、ヒルコは大和朝廷に滅ぼされた王朝の暗喩であると述べ、興味深い推論を展開し、また、恵比須信仰と結びついていくという議論をしているが、ここでは育たなかったコドモが棄てられるという子捨て伝説のひとつという理解に留めておこう。ただヒルコ伝説を障害をもったヒトの取り扱いのエピソードとして議論する見解〔花田（1987）〕⁴⁾も障害を持った者についてのエピソードとして興味深い。

まさに、ヒルコに見られる子捨ては、家族形成が未成熟な時代の記憶でもあるといえよう。農業や漁労の成立によって、家族というシステムこの点については、広井論文で、河合雅雄の論考を引用しつつ論じられている。生業と生活の単位として、依存性対処の一次的（プライマリー）な集団という機能を持つようになる。さらにこれらの土地への定住によって、血縁組織だけではなく、地縁による集落形成が行われ、その構成員の相互依存関係に依拠する地域共同体が形成されると、家

族・親族による対処が不可能となったときに地域共同体が対処するということが見られる。家族親族と地縁社会が重なりあいながら依存性対処の社会集団としての役割を担う。民俗学の教えるところによると、コドモの発達過程でオヤによるサポートから、年齢階梯組織の形成のなかで、自立への発達の過程で地域共同体が大きな役割を果たすことは言うまでもないし、コドモになにかあった場合、それは家族の問題のみならず、地域の問題として受け止められたということ宮本常一は「忘れられた日本人」のなかで1960年代の周防大島の村落の描写をしている〔宮本（1984）、p.100以降〕⁵⁾。また、農業集落でしばしば、高齢者は隠居の場を設定して、死に備える習慣も見られた。

伝統的家族と地域共同体はその意味で農業や漁業の生産単位であるとともに、依存性に対処する単位でもあった。

3 「ケア」の原義

長い歴史の流れのなかから、依存性に対応するための行為としての「ケア」が成立してきた。「ケア」とはPhillips(2007)によれば、「家族の文脈のなかで愛情とか義務とか、よき生活とか、責務とか、相互性といったような多義的な文脈で使われてきた。そして触ること、行為、情愛、身体表現などによって表現されてきた。一方で、ケアは社会関係や相互作用のなかでわれわれのアイデンティティの基礎でもあった。しかも、また、家族の外部におけるヘルスケアやソーシャルケアにおける関係性の基盤をなすものでもある。」〔Phillips(2007)〕⁶⁾

大きな文脈でいうと、ケアに関わる社会制度が家族や地域共同体からどのようにして、固有の社会制度として、政策対象として発展してきたかは、長い歴史的経過を辿ることになるが、なかでも、産業資本主義および近代市民社会の形成過程

³⁾ 戸谷学（2014）増補新版「ヒルコ～棄てられた謎の神」河出書房新社 136頁以降。

⁴⁾ 花田春兆（1987）「日本の障害者の歴史」『リハビリテーション研究 第54号』日本障害者リハビリテーション協会刊。

⁵⁾ 宮本常一（1984）「忘れられた日本人」子供をさがす 岩波文庫版100頁以降。

⁶⁾ Phillips, Judith (2007) :Care , Polity Press.

と深く関わる。

しかしながら、ケアそのものは人類発生の時まで遡ることができることから、神話のなかにケアの成立の痕跡を留める記述が散見できる。ケア論の哲学的基礎を探るときに、必ず引用されるのが、ハイデッガーがその主著「存在と時間」の第42節で引用した〔ハイデッガー（1927）、p.406以下〕⁷⁾クーラの神話である。本誌の読者はその原文に接する機会が少ないと思われるので、敢えて長文であるが、その全文を引用しておこう。

「ある川を渡っているとき、クーラ（ラテン語で配慮という意味）は粘土状の泥を見つけ、思いに耽りつつそれを取り上げ、こねて人間を作り始めた。自分は一体何を作ったのかと彼女が考えていると、ユピテル（ローマ神話の主神、ギリシャ神話でゼウス）が現れた。像に生命を与えるよう、クーラが願うと、ユピテルはすぐにその願いを叶えた。

クーラが自分の名前をそれに与えようとする、ユピテルはこれを禁じ、自分の名前がその像に与えられるべきであるといった。名前のごとでクーラとユピテルが言い争っていると、テルルス（大地の女神）が立ち上がり、自分が体を提供したのであるから、自分の名前がつけられるべきだといった。

彼らはサートゥルヌス（ギリシャ神話のクロノス、時間の神）を審判にした。サートゥルヌスは彼らを公正に裁いたように見える。「汝ユピテルは生命を与えたのだから、このものが死んだとき命を受け取るように、テルルスはこのものが死んだときに体を受け取るように。クーラは初めて彼を作ったのだから、彼が活着している間は彼を所有するように。しかし彼の名前をめぐる論争があるのであるから、彼をホモ（人間、homo）と呼べばよい。なんとすれば彼は（土、humus）から作られたと思われるからである。」〔ヒュギーヌスp.277以降〕⁸⁾

この神話はハイデッガーの訳書では、クーラに

「気遣い」という日本語があてられている。原語はドイツ語のSorgeである。ハイデッガーの議論では人間の本来の存在形態としての「現存在」（＝人間）が「現存在」たらしめている根源的営みが「気遣い」（Sorgeは英語のCare）であるということをも例証するためにこの寓話を引用したという。「『気遣い』をしなくなった時、『現存在』はもはや存在しない。」〔仲正（2015）、p.127〕⁹⁾

4 ケアの語源学 (etymology)

Oxford English Dictionary (On-line版)によればCareの語源は、古英語や古ドイツ語のCaruあるいはCaeru古ドイツ語のCharaなどに由来する。Cureと同義に使われる。日本語にすると、心配、心配事、悲嘆などという原義が、他者との関わりをあらわす関心、配慮、心遣い、などの意味で16世紀半ば以降使われるようになり、これが、世話、などという意味として使われるようになっていく、1930年代にProtectionと併用されて法律等で使われるようになった。また、医師などが患者に行なう行為としてのCareという言葉は17世紀半ばから用例がみられる。Care assistantあるいはCaregiverという用語は1960年代以降からみられる。Care workerは1980年代以降の用語である。

Careと語源を一にするCureはCareと同義の精神的負荷といった意味から転じて14世紀から15世紀以降疾病の治療という意味が加わって、Careの語義から分岐していったようだ。

このように、日常語としての意義に専門用語が被さって、今日使われるような専門用語としての意味で使われるようになっていく。

すなわち心配、悲嘆などという気分・情緒を表す層と世話、配慮などの対象とに関係を表す層と、そして様々に分化した専門用語化していった層の重層性を留意しながら、Careについての考察を進める必要がある。

わが国では、Careが互いに脈絡のない、気遣い、心配ごと、手入れ、そして、専門用語としてのメ

⁷⁾ ハイデッガー 熊野澄彦訳（原著1927 訳書2013）「存在と時間」（二）岩波文庫版 406頁以下。

⁸⁾ ヒュギーヌス著 松田治・青山照夫訳 「ギリシャ神話集」 講談社学術文庫 「クーラの神話」（277頁以降）。

⁹⁾ 仲正昌樹（2015）「ハイデッガー哲学入門―「存在と時間」を読む」 講談社現代新書127頁。

ディカルケア（医療）、ナーシングケア（看護）、介護、などに使い分けられて相互の脈絡が断ち切られてしまうことが、ケアの理解にある歪みを生じさせているのかもしれない。

おおまかにいうと家族の固有機能と見なされるケアの範囲と、家族の機能とみなされないケアの範囲とは何か。家族の変貌のなかで、その機能論とともに、家族から外部化されて、社会によって提供されるケアがどのように制度化されてきたのか。

この問題は、ケアを必要とするニーズ論の検討からケア組織論への展開として議論する必要がある。その場合考慮されなければならないのは、一時的なケアの必要と、長期的なケアの必要を識別しながら、とりわけ長期ケアの問題を念頭におく必要がある。

Ⅲ ケア論あるいは支援論の展開

わが国のケアに関わる今日の制度は、すでに述べたように、選別主義的な社会福祉制度の存在のために、普遍化が遅れ、そのことが、拡大する長期ケアニーズを医療がとりこみ、長期入院が一般化した。しかしながら、療養環境の劣悪さ、コスト高などの理由からこれを政策課題として認識するにいたった。これが社会的入院問題である。2000年の介護保険導入は医療制度に依存していた長期ケアニーズの財源を医療保険から新しい介護保険に移行させるという政策的な意図があったことはいままでもない。

まずは、普遍化が遅れた高齢者を中心とした社会福祉の動向について検討する。その上でニーズ論とケア論を交錯させつつ新しい支援論としてのケア論の姿を探ることにしたい。

1 社会福祉の転換とニーズ論

社会福祉制度は1970年代に、欧米とりわけイギリスの制度改革の影響を受けながら、社会福祉の

転換をはかる動きが顕在化していく。

その嚆矢となったのが、1976年から3年間の期間を経て1979年に「在宅福祉サービスの戦略」と題された報告として公刊された¹⁰⁾。なお、本報告書の本論文で引用する部分の執筆者は三浦文夫である。この報告書は、当時、イギリスのシーボーム報告の影響を受けつつ論議されたコミュニティケアの概念をわが国に制度として定着させようとするをねらいとしていた。当時、社会福祉事業は要援護層への対策として、文字通り選別的なサービス性格が維持され続けていた。そのために多くのニーズが排除され、またそのことが社会福祉の内実を狭隘なものにしていた。これを当時イギリスで使われるようになった「パーソナルソーシャルサービス」¹¹⁾として転換を図ることが、必要と考えられた。

この報告書の中心メンバーが三浦文夫で、後にこの報告書をベースに彼の社会福祉政策論が展開された。

社会福祉の転換を導くために、ニーズ論、サービス論の組み替えが行われた。この文脈で「ニーズが一定の基準から見て乖離に状態にある」ものを依存状態あるいは広義のニーズと呼び、この依存状態の「回復、改善などをおこなう必要があると社会的に認められたもの」を要援護性あるいは狭義のニーズと呼んだ。（前掲書 20頁）

さらに、重要な点は以下のとおりである。第一に在宅福祉サービスを社会福祉の処遇理念としての「居宅処遇原則」の確立にかかるものとして、プライバシーや自由の確保を旨とし、施設の隔離性と閉鎖性を克服した在宅での福祉サービスの展開を構想したこと。

第二に、貨幣的ニーズ、非貨幣的ニーズという概念が提示された。金銭給付で対応できるニーズと具体的なサービス（リアルサービス）で対応すべきニーズが識別された。前者は市場を通じるニーズ充足として現金給付施策で対応できる。しかしながら、非貨幣的ニーズはニーズの内容が多

¹⁰⁾ 在宅福祉サービスのあり方に関する研究委員会報告書 全国社会福祉協議会。（1979）「在宅福祉サービスの戦略」として公刊。

¹¹⁾ イギリスではこの用語は使われなくなり、Social careに置き換えられた。

様で、それぞれのニーズに対応して、現物あるいは人的役務サービスによって充足される。また、貨幣的ニーズと異なり、ニーズ充足の程度と範囲を容易に定めにくい性格を持つ。したがって、ミニマムの設置があいまいにならざるを得ない。また、ニーズの発生のもととニーズ資源が可能な限りアクセシビリティが問題とされる。

第三に、非貨幣的ニーズのうち、家族をはじめとするニーズ充足が何らかの事情で不可能、不十分な場合に社会的にニーズ充足が必要とされる場合。代替的補完的ニーズ (residual need)、および、本来的に家族などの私的な方法ではニーズ充足が困難で当初から社会的ニーズ充足が求められるニーズを「即自的」(an sich) ニーズに二つが識別されている。私的ニーズ充足メカニズムとしての家族機能の脆弱化に着目した「代替・補完的ニーズ」、「即自的ニーズ」共に拡大と多様化が見られるとしている。

これらのニーズ概念の概念整理のうえに、在宅福祉サービスを即自的ニーズに対応する専門的ケア・サービス、代替補完的ニーズに対応する在宅ケア・サービスと呼び、このケア・サービスの提供の他に予防あるいは福祉増進サービスの四種類を提起した。

なお、三浦によれば、ケアというのは「我が国の社会福祉では、児童に対する保護・養育(保育)、療育、用語あるいは障害者に対する更生療護、老人に対する養護、介護やその他の保護などの名称で呼ばれてきたものの総称であるが、その機能は日常生活維持をはかるための援助、もしくは身辺の介助を通して、対象者の能力の維持、回復、発達を図る援助を意味する。」〔全国社会福祉協議会(1979), p.49〕¹²⁾ これらの用語を見れば、Careのみならず、Protectionという保護の視点が入っていた。まさに、福祉の措置の時代のパターンリズムを抜けきれない表現であった。

ケアを論じる視点からこの報告書の狙いはケア・サービスの政策的再編へのアプローチであったといえる。このような視点から、三浦の議論は

サービス供給システム論に展開されていくことになる。すなわち、公共的福祉供給システムと非公共的福祉供給システム、さらに、前者は行政型供給システムと認可型供給システムに、後者は市場的供給システムと参加型供給システムに類別される。

このような立論は拡大するニーズをふまえて、ケアを中心とするニーズに対応するためのサービス供給の拡大を狙いとして、従来の措置制度による公共的福祉供給システムに加えて非公共的福祉供給システムを明示的に取り上げ、これまでの福祉の措置によるサービス供給の狭隘さを克服しようとする狙いがあったことはいうまでもない。

2 住民参加型在宅福祉サービスの勃興

なお、1970年代の半ば頃から、主に大都市近郊地域に、後に住民参加型在宅福祉サービスとよばれる支援の仕組みがあらわれた。これらの特徴づけるのは、小規模の住民グループが居宅で家事援助や日常生活の手伝い、身の回りの世話といった活動を会員組織で提供していた。利用者は当時所得制限によって行政サービスが利用できないサラリーマン出自の人々を中心であった。あるいは生協活動がサークル活動としてまた、ワーカーズコレクティブといった組織形態で、会員制度、利用時の低廉な謝礼の支払い、担い手と利用者をマッチングするコーディネート機能などを持つことがこれらの団体の特徴であった。まさに、福祉の措置の対象にならない階層で、在宅での生活継続のための支援活動をコミュニティレベルで展開し始めた。住民互助型活動はその後の介護保険制度の導入で、居宅サービスに吸収されてしまったが、相互扶助原理にもとづく活動の意義は大きかった〔山口、高橋(1993), p.177以降〕¹³⁾。これらの活動の特徴はサービスの利用者と提供者が互酬的システムで対等な関係で支援が行われるという特徴を有する。

¹²⁾ 前掲報告書 49頁。

¹³⁾ 山口昇、高橋紘士編(1993)「市民参加と高齢者ケア」第一法規出版 177頁以降。

absolute (絶対的)	relative (相対的)
objective (客観的な)	subjective (主観的)
basic (基本的)	higher (高次)
material (物質的)	non-material (非物質的)
positive (積極的な)	negative (消極的な)
non-instrumental (非手段的)	instrumental (手段的)
non-derivative (非派生的)	derivative (派生的)
physical/ somatic (物質的・身体的)	mental/ spiritual (精神的・霊的)
physiological (生理的)	cultural (文化的)
viscerogenic (身体起源の)	sociogenic (社会起源の)
intrinsic (固有の)	procedural (手続き上の)
natural (自然の)	artificial (人工的)
true (真実の)	false (虚偽の)
inherent (内在的)	interpreted (外在的)
constitutional (本質的)	circumstantial (状況的)
thin (表層の)	thick (深層の)
hedonic (快楽的)	eudaimonic (幸福な)

Dean, Hartley (2010) "Understanding Human Need" The Policy Press P2

図1 対概念による多様なニーズ概念

3 介護保険制度の導入と準市場

その後、各種のサービスが行政サービスとして予算措置によって導入されるとともに、自治体での取組も拡大していったが、結局、公費財源の制約のなかで、限界に直面したといえる。また、利用にあたって応能負担制度が導入されたため、必ずしも使いやすいサービスではなかった、そのため、高齢者領域では、1989年の消費税の導入とセットで導入された高齢者保健福祉十カ年戦略などによって、サービスの充実が図られることとなったが、この間拡大する高齢者関係の需要に対応するためには公費財源に依存することが難しいという政策判断があったため、介護保険制度の導入が準備されることとなった。

わが国の社会福祉制度によるケアニーズへの対応は、量的拡大をはかるために、結局財源調達力のある社会保険制度を導入して普遍的なニーズへの対応を行うという政策導入によって実現することになったといえる。

1997年に法律が成立し、2000年から施行された介護保険制度は高齢者介護保険として、65歳以上の高齢者全てを対象とする普遍主義の原則によるものであった。

介護サービスは契約によって提供され、介護施設として規定された施設介護以外は準市場によっ

て、営利企業をはじめ特定非営利法人などに解放された。サービス利用契約を補完するために、成年後見制度も同時に改正されるほか、介護支援専門員の設置、介護サービス情報公表制度などで契約の補完措置も導入された。

しかしながら、準市場の導入によって、介護サービスの質の担保について準市場の導入に対応するしくみがうまく機能しているとはいえない。

また、高齢化の亢進による介護需要の拡大はあらためて介護保険制度の持続可能性問題が深刻化し、また、医療介護の連携による費用調整と財政の維持などが大きな問題となりつつある。

このような問題へのソリューションが地域包括ケアの導入であることはいうまでもない。

4 ニーズ論の再検討

この間の議論のなかで、あらためてニード論の再定義を行う必要があるかもしれない。Dean (2010) は、ニードは社会政策の中心概念であるが、あまりに多様な概念が使われてきたと述べ、これまで議論されたニーズの概念を巻頭に29種類列挙している [Dean, Hartley (2010)]¹⁴⁾。これらを対概念として整理した図1がある。これらのニーズ概念のなかで、彼が強調しているのは、ニーズそのものを、人間の存在と関わらせた内在

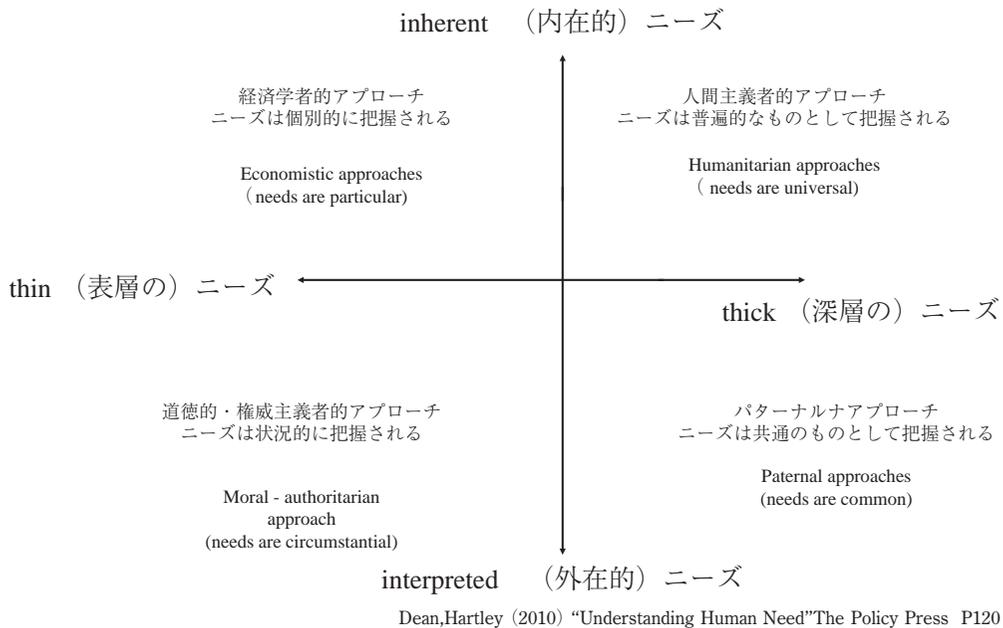


図2 ニーズベース・アプローチの分類

的あるいは固有の“inherent needs”と外在的に解釈された“interpreted needs”と、表層的かつ“instrumental needs”に関わる“thin needs”とその深層に関わる分厚い“thick needs”の二つの軸を設定して、needs把握の接近方法を分類している(図2)。この議論を参照すると、ニーズを充足するためのサービス論に還元できないニーズ概念について検討する必要があるということを示唆するものであるといえよう。

今日のニーズの状況をおおまかに整理すると、生活問題の複雑化と自立依存の連続体化ともいえる現象で特徴づけられるかもしれない。従来ニーズとサービスは一對一対応で整理されることが多かったが、複合的で、かつケア行為論では収斂できないようなタイプのニーズが拡大してきているといえる。後で述べるような「寄り添い」「見守り」などのニーズの重要性が認識されるようになってきたため、ニーズをあらためて包括的にと

らえて再定義する必要がでてきたともいえる。

このような視点からみると次の生活機能の規定要因をあらわす図3は示唆的である〔備酒(2013), p.159〕¹⁵⁾。この図式のポイントは生活機能に改善にあたって、環境的要因としての、社会関係、物理的環境が阻害要因として生活機能改善の妨げになること。身体機能とケアと意欲が掛け算で関係していることから、身体機能が同等でも、ケアの質と本人の意欲のレベル次第で生活機能の改善、悪化が左右されているということを説明している。

注目すべきは、意欲が生活機能改善・悪化の決定的要因であること、関係資源を含む環境的要因が生活機能と大きく関わっていること。ケアの質の重要性は言うまでも無いが、他の要因との関連で生活機能を考える必要があることなどである。

この図式の原典は、老年医学のアメリカで版を重ねたテキストブック〔Kane(2009)〕¹⁶⁾であるが、

¹⁴⁾ Dean, Hartley (2010) "Understanding Human Need" The Policy Press.

¹⁵⁾ 備酒伸彦(2013)「介護予防とリハビリテーション」国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム』159頁慶應大学出版会刊。

¹⁶⁾ Kane, R, & others (2009) "Essentials of Clinical Geriatrics sixth edition" Mc Graw Hill.

身体機能×適切なケア×意欲

生活機能 =

社会的・身体的環境阻害因子

備酒伸彦 (2013) 「介護予防とリハビリテーション」国立社会保障人口問題研究所編『地域包括ケアシステム』159頁慶應大学出版会刊

(physical capabilities x medical management x motivation)

Function =

(social, psychological, and physical environment)

Kane, R., & others (2009) "Essentials of Clinical Geriatrics sixth edition" Mc Graw Hill p58

図3 生活機能を規定する諸要因

引用元の記述でも医療の役割を相対化し、生活機能を目的変数として各要因の関連をあらわそうとしているところが老年医学の考え方として示唆的である。

「意欲」にどのようにアプローチするかは、支援論を考える場合重要な要因である。これと関連して、地域包括ケアシステムの検討では包括的支援のなかに単なるサービス提供に限定しないで支援を考えるという視点がみられるようになってきた。

そもそも地域包括ケアシステムの考え方をはじめて提起した2003年の「高齢者介護研究会」の報告では、「個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核とした様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み」を地域包括ケアシステムとして定義した。そして、継続的な支援の提供として、高齢者の状態に対応したサービス提供、ターミナルまで在宅で支えること、介護保険外の様々な社会支援を必要とするケースへの包括的支援、住民参加と多職種協働などが地域包

括ケアシステムの構成要素とされた。

その後、地域包括ケアシステムの検討のなかで、専門的サービスの組み合わせだけでなく、自助・互助・共助・公助という「助」の複合化が提起された。当初この自助・互助・共助・公助は補完性の原理として、支援の順序をあらわすものと解されてきたが、今日ではこれらの「助」の複合化として理解されるようになってきた。〔高橋(2003), p.97以下〕¹⁷⁾

さらに地域包括ケアシステム概念を図示した、いわゆる鉢植えの図では、住まいを基盤に医療介護予防等の専門的なケア・サービスが機能するためには、生活援助と福祉サービスが必要であるという比喩が行われている。

なお、平成27年度の地域包括ケア研究会の報告では福祉が専門サービスとして位置づけられ介護予防と生活支援が地域での支え合いの中で展開されることとしている(図4)。

このことはケアというものの内実をフォーマルサービスとだけでは表せないということを示すも

¹⁷⁾ 高橋紘士 (2003) 「地域包括ケアシステムにおける自助・互助・共助・公助の関係」, 社会保障人口問題研究所編前掲書 97頁以下。



三菱UFJリサーチ&コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」

(地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業)、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年。

図4 地域包括ケアシステムの概念図
平成24年度版と平成27年度版の比較

のである。

事実、イギリスのコミュニティソーシャルワークでもインフォーマル部門の役割が強調されるようになってきている〔平岡(2003), p.148以降〕¹⁸⁾。平岡公一によると、「家族親族や近隣住民・友人などが個人として、特別な社会活動に参加している意識もなしに、日常生活に組み込まれた形で種々の援助活動を行うことを指している」とされ、これらを活性化させるための「近隣ケア事業」を紹介している。これは従来のヴォランティアな活動と区別され「相互扶助」が強調される。

いわば、ニーズをサービスに分解していくアプローチに対比して、ニーズをその主体に即して理解する統合的アプローチが必要になっており、その意味でもインフォーマル=非定型的な支援を視野におくことが求められるようになっているのではないか。

IV 制度外で展開した新しいケア・支援手法の展開

ケア論を考える上で、この点に関わって示唆的な実践がわが国でも展開している。この幾つかを紹介しながらサービスとの対応で考えられてきたケア論からの新しい展開を考えてみたい。

1 宅老所と小規模多機能居宅介護におけるケア論

2005年の介護保険改革で、地域密着型サービスが導入された。その主力になったのが小規模多機能居宅介護で、通い、泊まり、訪問の三種のサービスを提供するというもので、介護保険のサービスとして制度化されていくことになるが、これ以前にこの小規模多機能居宅介護の創始者の一人である熊本で小規模施設の試みを始めた川原秀夫は「寄り添い支援」という概念の創唱者であった。

¹⁸⁾ 平岡公一(2003)「イギリスの社会福祉と政策研究」148頁以降。

また、1991年ごろから始まった福岡の宅老所「よりあい」の活動なども含め、当時の特養やデイサービスを中心とする、食事、排泄、入浴を中心とした、三大介護と呼ばれる、脳卒中後遺症の入所者の生存のために介護行為がもたらす管理的処遇のあり方では、当時増大する在宅で生活する認知症の高齢者への対応が困難であることに着目して、創始された活動である。その趣旨は管理的ケアの対極にあるケアの理念をあらわすので、長文であるが引用したい。

「当時、ぼけ（認知症）を抱えたお年寄りたちに「行き場」と呼べる場所はありませんでした。既存のデイサービスでは対応できないことを理由に、利用を断られることが多かったのです。そのため、当事者が孤立することはもちろん、その家族も、24時間365日、認知症の親を抱え込み、孤立しながら介護せざるを得ない状況にありました。「宅老所よりあい」は、そういった社会のありようを背景に、いつのころからか、ぼけを抱えたお年寄りたちの居場所となり、家族や地域の人々の拠点ともなっていました。」また、「理念と呼べるものがあるとするれば、食べ物はおいしく食べたい。病院食のような管理された食べ物ではなく、普通の家庭料理を普通に食べたい。それもひとりぼっちで食べるのではなく、みんなで一緒にわいわい食べたい。おむつに垂れ流しは嫌だ。おしっこ、うんこはトイレですっきり自分でしたい。たのみもしないりハビリなんかしたくない。誰かが作った勝手な時間割で、自分の生活リズムを乱されたくない。それより昼寝を楽しみたい。お茶菓手に手を伸ばし、ほおばっていたい。昔話にも花を咲かせたいし、天気の良い日はふらりと外に出て、流れる季節を感じたい。

そして、できることなら。住み慣れた街で最後まで自分らしく暮らしたい。見知らぬ場所で寂しく死ぬより、顔見知りの人々がたくさんいる落ち着いた場所で、穏やかに寿命を迎えたい。もし「宅老所よりあい」に理念と呼べるものがあると

すれば、そんな当たり前の願いや生活を「できるだけ支援する」ということだけです。

高齢者をたらい回しにしない。隔離しない。縛らない。薬漬けにしない。老いの時間とリズムに付き合い、孤立しやすいぼけを抱えたお年寄り、その家族に付き合う。そんな支援に努めています。」¹⁹⁾

おそらく、このようなケアの考え方はケア論へのあらたな視点をあらわすものと考えられる。

2 ホームホスピスのケア論

ターミナルケアに焦点化し、従来型の病院や施設でのターミナルケアへのカウンターモデルとして位置づけられる宮崎市で高齢者のターミナルケアの場として創始された「ホームホスピス」運動がある。

この運動について筆者は、幾つの特徴を下記に整理して述べる。〔高橋（2014）、p.154以下〕²⁰⁾

第1に、ホームホスピスのケアは個別ケアの徹底である。そもそも、ホームホスピスの居住者の方々は多様な経路を辿って、ホームホスピスで暮らすようになった。共通点をあげるとすれば、従来型の医療施設や介護施設では十分対応できなかった方々である。身体状況が極めて多様である。また、共同生活の人数をおおむね5人程度の少人数であるなどの理由から、ホームホスピスのケアが究極の個別ケアともいえるようなものになる。訪問診療や訪問看護、介護を利用しつつ、生活の場でのケアをいわゆる重度の方々に提供するとすれば個別ケアが徹底するということは自明である。

第2に、病院や施設で余儀なくされてきた生活の中断からのそれまでの生活の継続のなかで生活を取り戻すということがホームホスピスの特徴である。生活の継続性のなかで、意欲を取り戻すという効果がホームホスピスのケアにはある。

第3に、「とも暮らし」である。もともと単身世帯の「ひとり暮らし」の増大のなかで、単身の

¹⁹⁾ 宅老所よりあいの理念 HPより引用。

²⁰⁾ 高橋紘士（2014）「ホームホスピスの未来」市原美穂著『ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方〈2〉～暮らしの中で逝く』木星舎刊 154頁以下を縮約した。

人々が共同居住する新しい暮らしかたが、いろいろなところで始まっている。コレクティブハウス、シェアハウスなど、いずれも個人が孤人ではなくなるための新しい暮らし方といえる。

共同生活の「共」、本人の主体性を尊重した支援を伴走的支援というようになりましたが、その「伴」、共同居住のなかで、友人の関係がふかまっていく「友」、の読み方を重ねて、「とも暮らし」という言葉を考えてみた。これは、豊かな関係資本ということにも通じます。関係資本が豊かなところでは、自立的かつ平穏な生活の条件が可能になるということです。人々に囲まれた療養環境の象徴としての「とも暮らし」の空間としての、ホームホスピスといえる。

第4に、ホームホスピスでは制度的サービスとインフォーマルサポートが豊かな形で相乗効果を発揮している。在宅医療、訪問歯科診療、訪問看護などの、医療サービスと訪問介護等の介護サービスが医療保険及び介護保険の制度サービスとして、必要に応じて外付けで提供されると共に、ホームホスピスのスタッフにより、家族代替的あるいは疑似家族的なサポートが日常生活の営みを支援するものとして提供される。

第5に、さらに、近隣の住民が折に触れて声をかけたり、様々なバックアップをしている。地域に支持され、支えられる関係とは文字通り、関係的資源を開発してきたことが見て取れる。よく使われ始めた概念を使えば社会関係資本が豊かに開発されてきたということの意味する。

第6に、また、在宅でのターミナルケアは家族に様々な過度の負担を強制する。病院入院や施設入所の場合は家族関係が切り離され、人工的な関係になっていく。家族関係の日常性が喪われざるをえないといえる。ホームホスピスでは、家族の親密性が回復し、日常性のなかで、ご本人との関わりが回復していく。

第7に、地域とのかかわりのなかにホームホスピスが存在していることこそがホームホスピスがある意味で地域包括ケアシステムの一つの具体的

な実現形態であるともいえる。

3 認知症ケアのパラダイム転換～ユマニチュードの場合

最近、認知症ケアにおいてユマニチュード〔本田、ロゼット、イヴ (2014)〕²¹⁾という手法が注目されている。この技法が認知症の人の状態を劇的に改善するという一方で、多くの人々に感銘を与え、認知症との合併症で悩んでいる看護や介護の現場に普及しつつある。

このユマニチュードという言葉はフランス語の造語で、「人間らしく在る状態」という意味だが、「見る、話す、触れる、話す」という基本的動作を徹底させることによって、認知症の人へ関わり方を一群の技法としたものである。紹介者の本田医師によれば、「人とは何か」「ケアをする人とは何か」を問う哲学と、それにもとづく150を超える実践技術から成り立っている。ユマニチュードの開発者であるジネストとマレスコッティによれば「生きている者は動く、動くものは生きる」「人間は死ぬまでたって生きることができる」というシンプルではあるが基本的な思想をベースに、ケアの普遍的な技法を誰でもが実践できる技法として体系化したために、認知症の人が平穏になり、意思疎通が可能となる。おそらくおよそ人ならば兼ね備えている他者との関わり方の特性をふまえた技法となっていることが、「人間である状態」としての「ユマニチュード」による支援論の真骨頂なのであろう。

4 ふるさとの会の支援論

ふるさとの会はホームレス、精神の障害、認知症、経済的困窮など様々な生きづらさを抱えている人々を支援するNPOとして、山谷でのホームレス支援からはじまり、今日では、台東区、墨田区、荒川区などの地域と新宿区や豊島区そして世田谷区などに活動拠点を置きながら、シェルターや支援付き住宅を中心に居場所づくりも含めた多様な事業を展開している。約1200人の人々を支援して

²¹⁾ 本田 美和子 (著), ロゼット マレスコッティ (著), イヴ ジネスト (著) (2014)「ユマニチュード入門」医学書院刊。

いる。

これらの事業は住居の確保のための「居住支援」地域で暮らし続けていくための「生活支援」仲間づくり、役割を得るための「互助づくり」、時先生の最後まで、孤立せず生きることを支える「在宅看取り」さらに最近重要となり始めた若年者の就労支援などの柱からなっている。

この会の援助論〔的場（2014）〕²²⁾はこれらの柱のすべてに係わるもので、これらの実践の積み重ねをとりまとめたものである。なによりもふるさとの会の職員数は270名、職員がすべて専門職資格をもっているわけではない。とすれば、かれらの実践経験を踏まえて支援職員が困ったときの指針として自らの支援の意味を考えるため多くの実戦経験を援助論が「機能障害を生活障害にしないための生活支援」という考え方に集約されている。

基本的信頼関係を構築するための対人援助論としての、問題行動を抑制せず、馴染むまで待つ「風景化」共同作業への「物語の共有」と「共同作業」、パニックへの対応としての「抱き合い喧嘩」安心するまでそばに居る「寄り添い支援」などがこの支援論のキーワードである。

生活づくりの主体になるための互助関係づくりとしての対人援助として「共依存」としての二者関係のなかに「第三項」を構築する。「トラブルミーティング」と「ルールづくり」「互助関係のなかで生きていく支援」「役割分担」と「合意形成」などによって対人支援論として展開されている。

ホームレスとは端的にいえば、自助と互助を失った存在といえよう。かれらへの支援論は普遍的な支援論ともいべきものを開拓してきたように思う。ふるさとの会の支援論の中核をなす日常生活支援を精神医学者の栗田圭一は「情動的、

情動的、手段的ソーシャルサポートを統合的・連続的・一体的に提供しているということになり、確かにこれは家族的支援に相当するものではなからうかということである。〕〔栗田（2012）、p.127-141〕²³⁾として、ふるさとの会の日常生活支援の特性を総括している。

5 ケアモデルの転換 支援の主体化（人間化）モデルと客体化（物象化）モデル

これらの由来の異なる支援論と技法をみると通底するものがあるようである。これらの介護論が徹底したケア対象者を人間として、主体的存在としてとらえているところに特徴がある。

一方従来型も介護論の多くは、対象者を、文字どおり客体としてとらえ、介護報酬や診療報酬を運んでくる「モノ」として物象化されてとらえられているように思われる。介護保険の準市場化のなかで、営利企業の参入がこのような傾向に拍車をかけてしまったといえるかもしれない。

これを別な表現で言い換えると医療モデルから生活モデルへの転換ということであり、ケア行為に収斂した、ケア行為論のみならず、そのニーズを持つ者を生活の主体として尊重する「伴走型支援」〔奥田（2014）〕²⁴⁾ともいえる。

かつて、ピーター・タウンゼントは1950年代の広範から60年代にかけて当時のイングランドの高齢者施設の詳細な調査によって、施設入所者は役割喪失、家族友人、コミュニティとの関係の喪失、入所者同士の間関係の隔離、孤独〔Peter（1962）〕²⁵⁾と不安、プライバシーと自立の喪失を通じて次第に自己決定能力が奪われているということをも明らかにしたと述べた〔松岡（2011）、p.20〕²⁶⁾。

また、同じ時期にゴフマン〔Erving（1961）〕²⁷⁾

²²⁾ 的場由木編著 佐藤幹夫監修（2014）「生きづらさを支える本」言視社刊。

²³⁾ 栗田圭一（2012）「生活困窮者の心の健康問題と日常生活支援」『重層的な生活課題を抱える人の地域生活を支える「居場所」と「互助機能」の研究報告書』（平成23年度厚生労働省セーフティネット支援対策事業費補助金）ふるさとの会 2012年3月 pp.127-141。

²⁴⁾ 奥田知志他（2014）「生活困窮者への伴走的支援」明石書店。

²⁵⁾ Peter Townsend(1962) The Last Refuge:A Survey of Residential Institution and Home for the Aged in England and Wales. なお、Johnson他（2012）は50年後にTownsend調査したホームを再調査し、この間のホームのあり方の展開について興味深い調査を行っている。

は、ワシントンにある連邦政府経営の精神病院の参与的観察を通じて、被收容者が被るさまざまな施設からの制約の状態を活写し、全制的施設 (Total Institution) の全貌をあきらかにした。

V ケアの社会政策のために

1 福祉社会論の転換

かつて、社会保障研究所の所長を務めた馬場啓之助がその著作で福祉社会の構図と論じた部分で、「福祉社会は複合社会たらざるを得ない。経済社会形態は議会制民主主義のもとで、その経済は経営者資本主義と公共経済の混合経済の形態をとり、公共経済の構成要素としては、社会保障と福祉サービスからなる福祉複合体が重視されるようになってきている。しかし、経営者資本主義は業績主義の倫理に貫かれているのに対し、福祉複合体は連帯主義の倫理にたっており、(中略)この二つの倫理はもともと相反関係にたっているのだが、その間に補完関係を作り出していかなければ、複合社会はその統合をうまく維持していかなぬ。社会の秩序は二つの倫理の「相反と補完の二重の関係」にささえられているからである。」と述べ、さらに「産業社会は社会の構成員すべてが、「共通の生活 (common life) に参加しうる条件を保証されるようになれば、産業社会は福祉社会の相貌を帯びてくる」[馬場 (1980), p.53以降]²⁶⁾と述べたことがあった。

現実には産業社会が、情報化、あるいは金融資本主義化、そしてグローバル化の結果、このような構図とは異なった相貌を今日の経済社会がもつようになった。わが国では、馬場が想定した一国の議会制民主主義を媒介として成立するはずの補完関係が十分機能せず、グローバリズムによって国内外の格差の拡大が起こっている。

かつて、貧困研究がイギリスにおいてチャールズ・ブースやシーボーム・ロウントリなどの、

キャプテンオブインダストリーと呼ばれる産業資本家によって担われた時代は、貧困問題の発生が労働力の毀損によってその人的資本の消耗をもたらした、資本主義社会そのものの再生産の構造をゆるがすという認識によるものであった。その後長い歴史的過程を経て福祉制度の整備が進展し、福祉国家体制が形作られた。おそらくわが国の渋澤栄一や大原孫三郎が社会事業にコミットしたのも同様であった。わが国では社会事業から分岐して、社会保障制度とこれを補完するレデュアルな社会福祉制度が整備されていった。

産業資本主義と福祉との関連についてその後「労働力の保全」(大河内一男)あるいは福祉の経済業績達成モデル(リチャードティトマス)さらにいえば、冒頭に述べた、わが国の1970年代モデルにまでこのような関係への認識を基礎に経済と福祉の関係性が展開してきた。とりわけ、わが国では社会保険制度が普遍的制度として機能し、レデュアルな選別的制度としての福祉という相互関係であったが、ヨーロッパ諸国では、ニーズの普遍化に対応するために負担拡大を前提として、制度改革を進めてきた。

ところが、新自由主義が優勢になり、さらにグローバルな金融資本主義化はこのような経済と福祉との関係が断ち切れ、経済成長の重荷としての福祉国家批判へとつながっていく。福祉複合体を支える公共経済の削減志向が1980年代以降の福祉国家批判の論調であり、とりわけわが国では経済成長維持政策としての、赤字国債による財政支出の累積による債務拡大と福祉複合体の財政基盤をなす、消費税増税の遅れは、議会制民主主義の機能不全とあいまって、社会保障及び福祉への削減圧力となっている。一方で、所得税の累進課税の縮小、資産課税の縮小などがあるあいまって、福祉複合体をまかなうべき財政基盤がいよいよ、脆弱化している。さらに人口減少下の高齢化の昂進は、従来型の水平的配分の力を弱めていく。この

²⁶⁾ 松岡洋子 (2011) 「エイジングインプレイスと高齢者住宅」新評論社 20頁による。

²⁷⁾ Erving Goffman (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* 訳書 石黒毅訳 (1984) 「アサイラム：施設被收容者の日常世界」誠信書房刊。

²⁸⁾ 馬場啓之助 (1980) 「福祉社会の日本的形態」東洋経済新報社53頁以降。

ような状況で、経済と社会保障・福祉との関係が馬場が想定したような関係性が断ち切れつつあるのではないか。

一方、豊かな社会の意図せざる結果として、依存人口の急増と普遍的なコモライフへのコミットメント要求との矛盾も抜き差しならぬ状況になり、いわゆる「格差」の拡大と固定化の状況が現実化しつつある。実はこれを推進したのが、個別期企業の合理化の結果としての、雇用の非正規化の拡大であり、これが子供の貧困から子育て環境の悪化などを随伴しながら、人口減少社会の趨勢に輪をかけている。これは将来の社会的コストの増大を意味するが、市場主義経済学は将来にわたる社会的費用の問題には目をつぶっているようである。これは、まさに、経済と福祉の相互関係が断ち切られている象徴である。

2 地域包括ケア政策としてのケアの社会政策

おそらく、このような事態へのケア政策におけるソリューションの模索が当初、介護保険制度改革の主導概念であった「地域包括ケアシステム」から社会保障全般の政策の嚮導概念になり、先頃の経済財政諮問会議での厚労大臣発言における社会保障制度のタテワリ構造から「まるごと」への地域包括ケアシステムの包括化の政策提言へとつながっているように思われる。²⁹⁾この視点は少なくとも医療介護福祉を所管する厚労省当局者からのメッセージである。

3 ケアの社会政策のために

本特集は「ケアの社会政策」という殆どこれまで論究されなかったテーマを扱っている。社会保障の領域では、分野横断的、かつ私的な領域と公的な領域にまたがり、わが国を経験する「未踏の高齢化・少子化段階」が人口減少の過程と並進す

るなかで、ケアの再定義と新たな政策的アプローチが行われつつあるからに他ならない。

先述したPhillipsは「Careには幾つかの次元がある。ひとつは義務と責任という枠組で遂行される労働としてのCare、コストを伴った活動としてのCare、さらに多部門間の政治活動として展開するマクロレベルと主として女性のWorkを通じて経験される個別の福祉の経験というミクロレベル識別できる。また、公と私の領域に架橋を架ける特性を持つところからCareの政策はフロンティアとなっている。Careは福祉国家の性格の変化のなかで、政策的にはCareを中心とする政策関心への変動が生じている。〔Phillips (2007), p.34〕³⁰⁾と述べている。その上で、Careの政策的な動因として、第1にCareの人口学的変容、罹病と死亡の変容(女性労働と働く場の変容価値意識の変化、Careにおける価値と規範の変容、Careの提供について長期ケアとホームケアについての論争、ケアの混合経済のあり方、家族と国家の役割についての政策論争、インフォーマルかフォーマルか、あるいは、対価を支払うか否か。そして財政問題、すなわち長期ケアの財政的持続可能性問題。ケア当事者へのダイレクトペイメント問題。ケアラーのコスト問題などをあげ、ケアの社会政策の問題群を提示している。〔Phillips (2007)〕³¹⁾

これらの課題群に加えて、いまや政策としてのケアは、依存人口の急増のなかで、社会の持続性問題の根幹になりつつある。ましてや、新自由主義がケア政策と敵対する関係にあるとすれば、ケア政策は社会倫理の問題と関連し合いながら、技術的政策論ではない、新たな批判的政策論を必要とするのかもしれない。³²⁾このような視点は、社会政策を市民社会の構成原理の中に改めて埋め込む作業が必要とされることを示唆しているのではないか。³³⁾

²⁹⁾ 経済財政諮問会議 5月11日厚生労働大臣発言資料 地域包括ケアの深化にむけた新たな施策展開。http://www5.cao.go.jp/keizaisimon/kaigi/minutes/2016/0511/shiryo_06.pdf

³⁰⁾ Phillips (2007) 前掲書 34頁以降。

³¹⁾ Phillips (2007) 前掲書 3 The Social Policy of Care.

³²⁾ ファビエンヌ・ブルジュール 原山哲他訳 (訳書2014。原著2013)「ケアの倫理-ネオリベラリズムへの反論」白水社刊

³³⁾ Spicker, P (2006)

参考文献

- 馬場啓之助 (1980) 『福祉社会の日本的形態』 東洋経済新報社。
- 備酒伸彦 (2013) 「介護予防とリハビリテーション」 国立社会保障・人口問題研究所編 『地域包括ケアシステム』 慶應大学出版会, pp149-161。
- Brugère, F. (2011) *L' éthique du « care »*, Presses Universitaires de France [= 原山智・山下りえ子訳 (2014) 『ケアの倫理——ネオリベラリズムへの反論』 白水社。]
- Dean, Hartley (2010) *Understanding Human Need*, Policy Press.
- Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* [= 石黒毅訳 (1984) 『アサイラム：施設被収容者の日常生活世界』 誠信書房刊。]
- 花田春兆 (1987) 「日本の障害者の歴史」 『リハビリテーション研究』 第54号, pp. 2-8。
- Heidegger, M. (1927) *Sein und Zeit*, Max Niemeyer. [= 熊野澄彦訳 (2013) 『存在と時間 (二)』 岩波書店]。
- 平岡公一 (2003) 『イギリスの社会福祉と政策研究』 ミネルヴァ書房。
- 本田美和子・ロゼット・マレスコッティ・イヴ・ジネスト (2014) 『ユマニチュード入門』 医学書院。
- Hyginus, G, I., (1695) *Fabulae* [= 松田治・青山照夫訳 (2005) 『ギリシャ神話集』 講談社。]
- 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』 有斐閣。
- Johnson, J, Rolph, S, Smith, R, (2012) *Residential Care Transformed Revisiting 'The Last Refuge'*, Palgrave Macmillan.
- Kane, R., J. Ouslander, I. Abrass, B. Resnick, (2009) *Essentials of Clinical Geriatrics (sixth edition)*, Mc Graw Hill.
- 経済財政諮問会議 「地域包括ケアの深化にむけた新たな施策展開」 (5月11日厚生労働大臣発言資料)。
http://www5.cao.go.jp/keizaishimon/kaigi/minutes/2016/0511/shiryō_06.pdf。(2016年6月12日最終確認)
- 栗田主一 (2012) 「生活困窮者の心の健康問題と日常生活支援」 『重層的な生活課題を抱える人の地域生活を支える「居場所」と「互助機能」の研究報告書』 (平成23年度厚生労働省セーフティネット支援対策事業日補助金) ふるさとの会 2012年3月 pp127-141。
- の場由木編著・佐藤幹夫監修 (2014) 『生きづらさを支える本』 言視社刊。
- 松岡洋子 (2011) 『エイジングインブレイスと高齢者住宅』 新評論社。
- 宮本常一 (1984) 『忘れられた日本人』 岩波書店。
- 仲正昌樹 (2015) 『ハイデガー哲学入門——「存在と時間」を読む』 講談社。
- 奥田知志・稲月正・垣田裕介・堤圭史郎 (2014) 『生活困窮者への伴走的支援』 明石書店。
- Peter Townsend (1962) *The Last Refuge: A Survey of Residential Institution and Home for the Aged in England and Wales*, Routledge.
- Phillips, J. (2007) *Key Concepts of Care*, Polity Press.
- 社会保障制度改革国民会議 「社会保障制度改革国民会議報告書——確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」 (平成25年8月)。
- Spicker, P (2006) *Liberty, Equality, Fraternity*, Policy Press
- 高橋紘士 (2013) 「地域包括ケアシステムにおける自助・互助・共助・公助の関係」, 社会保障・人口問題研究所編 『地域包括ケアシステム』 慶應大学出版会, pp.97-111。
- 高橋紘士 (2014) 「ホームホスピスの未来」 市原美穂著 『ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方〈2〉～暮らしの中で逝く』 木星舎刊, pp. 137-160。
- 宅老所よりあいホームページ, <http://yoraiinomori.com/> (2016年6月12日最終確認)
- 戸谷学 (2014) 『ヒルコ～棄てられた謎の神 (増補新版)』 河出書房新社。
- 山口昇・高橋紘士編 (1993) 『市民参加と高齢者ケア』 第一法規出版。
- 全国社会福祉協議会 (1979) 『在宅福祉サービスの戦略』。

(たかはし・ひろし)

Towards Social Policy of Care

Hiroshi TAKAHASHI*

Abstract

Until now, long-term care needs of the elderly in Japan has been addressed by long-term hospitalization of the hospital. This is because welfare services corresponding to the care was the low-income elderly. Care needs that has spread to the universal has been forced to respond by the medical insurance system. Changes in the surge and the state image of the late elderly population is intense correspondence is required. This was the introduction of long-term care insurance system, In this paper, was Tsu carried out the necessary investigation in performing such a study. Care concept, re-examination of the needs concept, the way of care, taking into consideration the quality of life, and the like. To rebuild the social policy of care future is required.

Keywords : long-term care needs, care & needs the social policy of care, community based integrated care

* President, Foundation for Senior Citizens' Housing

ケアの倫理と公共政策

広井 良典*

抄 録

「ケア」は広義から狭義まで多義的な意味をもつコンセプトである。本稿では、まず「ケア」という問題設定をめぐる議論が近年の日本においてどのように行われてきたかを概観した上で、ケアの倫理について考える視点を、特に日本社会における「社会的孤立」の高さやそこでの関係性の特質にそくしながら示す。続いて「ケアの倫理」をめぐるギリガンの議論などに言及しつつ、ケアについての二つの異なった理解（リベラリズム的な理解とコミュニタリアニズム的な理解）に関する概念整理を行い、その根底にある人間における「関係の二重性」という把握を提起する。さらにこうした原理的考察を踏まえ、「ケアの経済的評価」という視点から、市場経済とケアのかかわりや「生産性」概念の見直しとケアなどを含め、ケア・コミュニティ・自然の関係性の新たな把握に依拠した公共政策のあり方を論じる。

キーワード：ケアの倫理，社会的孤立，政治哲学，ケアの経済的評価，コミュニティ・自然

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.22-37.

I 「ケア」という問題設定”をめぐるここ20年前後の変化

本稿では、「ケアの倫理と公共政策」というテーマについて、一方では社会保障制度や「ケアの経済評価」といった制度・政策的側面を視野に入れつつ、他方では「そもそも人間にとってケアとは何か」といった、ケアに関する原理的ないし思想的次元を重視しながら、幅広い観点から考察を行ってみたい。

内容的な議論に入る前に、「ケア」というテーマをめぐる議論それ自体の状況についてのここ20年前後の変化について、若干の個人的述懐を含むも

のであるが、記すことをお許しいただきたい。

ほかのところでも述べたことがあるが〔広井（2013b）〕、筆者がケアを主題とする最初の本（『ケアを問いなおす』，1997年）を出した当時、介護や看護といった、ケアの個別領域に関する本や論文は一定以上見られたものの、より一般的ないし普遍的な意味で「ケア」そのものについて論じた文献はきわめて限られていた。¹⁾また、2000年に出した『ケア学』という本の末尾に、ケアに関する幅広い視点での文献案内を添えたが、その時点でも「ケア」そのものの意味を正面から主題化した本はなお少なく、一定の領域横断性を意識した10ページほどの文献案内を作成するのに苦心したことを覚えている。

* 京都大学こころの未来研究センター 教授

¹⁾ そうした例外的なものとして、例えば柏木（1978）、メイヤロフ（1987）、川本（1993）など。

ところが、とりわけ2000年代に入り、「ケア」というコンセプトはさまざまな学問分野で活発な議論や探求の対象となり、それに関する文献や研究は飛躍的に増大していった。²⁾

科学史的な視点から見れば、「ケア」というテーマ設定が研究者コミュニティの中で重要かつ有望なものとして認知され、それについて研究を行うことが当該学問分野での業績になるという状況が生まれたと言うこともできる。トマス・クーンのパラダイム論風に言えば、各々の学問分野における、「ケア」を主題とする「通常科学（ノーマル・サイエンス）」の生成である。

一方、先ほど「とりわけ2000年代に入り」という点に言及したが、介護保険法が成立し(1997年)施行されたのが2000年であり、また高齢者介護をめぐる議論自体はいわゆるゴールドプラン（高齢者保健福祉10カ年戦略、1989年策定）前後の時期あるいは1980年代後半から次第に高まりを見せていたので、以上述べたような「ケア」をめぐる研究ないし言説状況は、日本の場合、高齢者介護をめぐる政策展開あるいは社会的現実の変化にかなり“遅れて”進んでいったという点は否定できない。³⁾同時にまた、日本における高齢化のスピードが国際的に見ても非常に急速だったこともあり、「ケア」をめぐる議論が、良くも悪くもいわば“高齢者介護主導”で展開していったことも確かである。

本稿の議論は、以上のようなここ20～30年前後の日本における、「ケア」という問題設定をめぐる状況の変化を視野に収めながら行っていきたいと思う。

ところで以上の議論ともかかわるものとして、ここで簡潔に本稿での「ケア」の意味ないし定義について確認しておこう。「ケア」という言葉ないし概念は、①最も狭義では「介護」ないし「看

護」といった（医療・福祉などの領域に特化した）意味として使われ、②中間的な意味として「世話」、③広義では「配慮、気遣い」という意味がある。⁴⁾そして本稿の以下の議論とも関係するが、さらに広義の用法として、近年では（人と人との、あるいは自然等との）「関係性」とほぼ重なるような意味で「ケア」が使われることも多くなっている〔広井（2005）〕。

ちなみにケアの語源とされるラテン語のcuraは、もともと「憂い、心配、気がかりなこと」といった否定的なニュアンスの言葉であった。そうであるがゆえに「保障」を意味する「security」という英語は、ラテン語のse cura（＝英語ではwithout care）つまり「ケアがないこと＝憂いや心配がないこと」という趣旨に由来しているという興味深い事実がある。そして、そうした否定的なニュアンスであった「ケア」という言葉が、ある時期からよりポジティブな他者とのかかわりを意味するようになったという歴史的経緯自体がさまざまな示唆を含んでいる〔これらにつき広井（1999）、同（2000）〕。

本稿では、個々の文脈に応じて「ケア」を以上のような多様な意味で用いることになるが、基本的なスタンスとして、ケアを当初から狭い意味に限定せず、できるだけその意味の広がりを重視しながら議論を展開していきたい。

II ケアの倫理を考える視点

1 日本社会と「社会的孤立」

「ケアの倫理」というテーマを考える手がかりとして、日本社会における「社会的孤立」という話題をまず考えてみたい。

次のような興味深い資料がある。それはミシガン大学で行われている「世界価値観調査（world

²⁾ 一般向けのシリーズとしてまとまった図書としては、医学書院の「ケアをひらく」シリーズ（2000年～）、岩波書店の『ケア その思想と実践』（全5巻、2008年）などが挙げられる。

³⁾ なお高齢者介護に関しては、北欧における高齢者福祉の充実を論じた一連の印象深い著作がアカデミズムの外部で90年代初頭に出され〔岡本（1990）、大熊（1990）、山井（1991）〕、「介護の社会化」に関する社会的認知や世論に影響を与えた。

⁴⁾ ちなみにハイデガーの『存在と時間』における鍵概念の一つである「Sorge（気遣い）」は英訳ではいみじくも「care」となっている〔広井（1997）〕。

values survey)」という比較的よく知られた国際比較調査のうちの、「社会的孤立度の国際比較」に関するものだ(図1)。

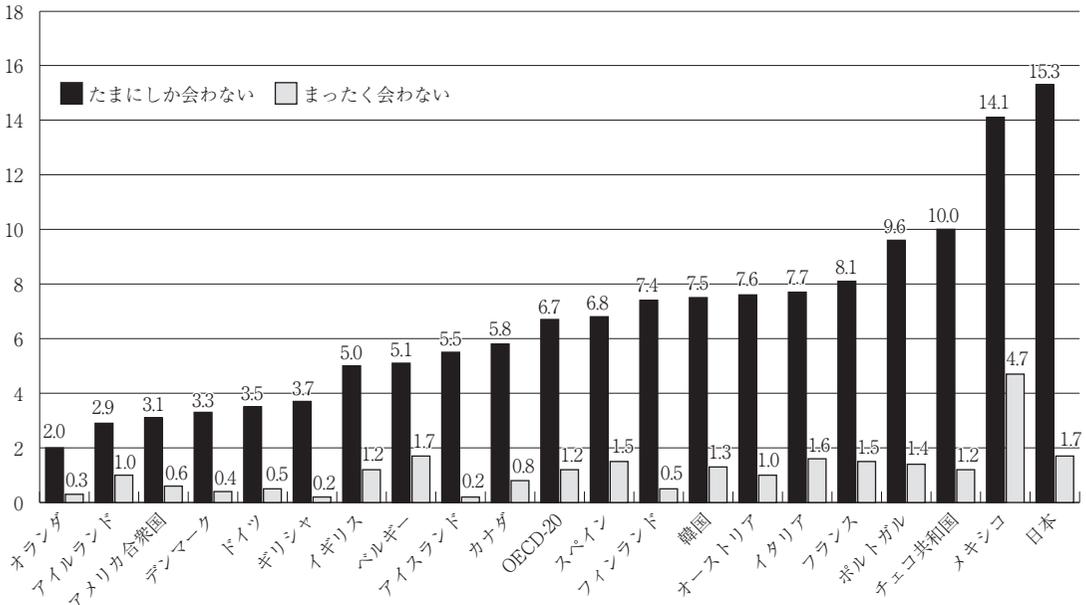
ここでいう「社会的孤立」とは、「家族以外」の他者とどれくらい交流や付き合いがあるかに関するもので、結果を見ると、先進諸国の中で日本が最も「社会的孤立度」が高い国になっている。

こうした主観的な領域に関する国際比較はそれ自体きわめて微妙な性格のものなので、この結果を額面通り受け止めることには慎重であるべきだが、日本が最も社会的孤立度が高い国ないし社会であるというのは、海外との比較に関する私自身の経験からしても十分にうなずけるものである。

例えば、東京など日本の大都市では(あるいは地方都市でも)、見知らぬ者同士が声をかけあったり、ちょっとしたコミュニケーションをとったりすることが本当に少ない。「無言社会」とも呼べる状況が支配的であり、このことは、日本で過ごしているとそれが当たり前になって気にとめることもなくなるのだが、海外の都市に比べてこれはかなり特異な状況と感じられる。

こうした点に関し、ここで注目してみたいのはこの調査結果での“国の並び”方である。つまり、ここで挙げられている国々を概観すると、ごく大づかみな把握として、“いわゆる個人主義的と呼ばれる傾向の強い国のほうが、概して社会的孤立度が低く、逆に家族主義的な傾向が強いとされる国のほうが、概して社会的孤立度が高い”という結果が示されているという点だ(前者の例としてオランダ、アメリカ、デンマーク等。後者の例としてメキシコ、ポルトガル、イタリア等)。

これは一見逆説的な現象のようにも見えるが、考えてみれば当然とも言える結果でもある。つまり「家族主義的」な傾向の強い国ないし社会——日本はその典型の一つだろう——においては、まさにそうであるがゆえに、家族あるいは集団の「ウチとソト」の境界が強くなり、したがって“家族や集団(の境界)を越えたつながり”が希薄になりがちなわけである。逆に「個人主義的」な傾向の強い国ないし社会のほうが、むしろ独立した個人と個人が集団を越えて(ゆるやかに)つながることが自然になされ、それが社会的孤立度の低



注:「たまにしか会わない」は、友人、同僚、知人と「たまにしか会わない」あるいは「まったく会わない」と回答した者の割合。「まったく会わない」は、友人、同僚、知人と「まったく会わない」と回答した者の割合。(出所) OECD(2005)

図1 先進諸国における社会的孤立の状況

さという結果として現れることになる。言い換えると、これまでもさまざまな形で論じられてきた点でもあるが、日本の場合、“身内（ウチ）”に対する関係と“他人（ソト）”に対する関係のあり方の「落差」が際立っているのだ。つまり日本における人と人との関係のあり方の特徴として、「“身内”あるいは同じ集団に属する者の間では、過剰なほどの気遣いや同調性が強く支配するが、集団の『外』にいる人間に対しては、無視か、潜在的な敵対関係が一般的となる」ということが指摘できる（この点と「ケア」がどうかかわるかは後ほど論じる）。

この種の話題は各種の「日本人論」などの中で以前から論じられてきたテーマでもあり、例えば文化人類学者の中根千枝が、高度成長期にベストセラーとなった著書『タテ社会の人間関係』の中で、日本社会の特徴を「集団の孤立性」という点に集約させた議論が思い出される〔中根（1967）〕。現在の日本社会にもそのまま当てはまるような記述なので、中根の文章の一節を引用してみよう。

『ウチ』『ヨソ』の意識が強く、この感覚が先鋭化してくると、まるで『ウチ』の者以外は人間ではなくなってしまうと思われるほどの極端な人間関係のコントラストが、同じ社会にみられるようになる。知らない人だったら、つきとばして席を獲得したその同じ人が、親しい知人（特に職場で自分より上の）に対しては、自分がどんなに疲れていても席を譲るといったような滑稽な姿がみられるのである。実際、日本人は仲間といっしょにグループでいるとき、ほかの

人々に対して実に冷たい態度をとる〕〔中根（1967）〕。

このような点と、先ほど見た世界価値観調査に示される「社会的孤立」は、表裏のことと言えるだろう。

中根は「集団の孤立性」という表現を使っているが、（それと実質的には変わらないものだが）筆者自身は“集団が内側に向かって閉じる”という表現をコミュニティ論の文脈で使ってきた〔広井（2005, 2009）〕。この“集団が内側に向かって閉じる”というあり方（関係性）こそが、ある意味で日本社会の最大の特徴であり、ケア論とのかかわりにおいても克服すべき課題であると私は考えている。さらに言えば、近年の日本において「生きづらい」（社会）という言い方がされることがあるが、この「生きづらさ」のかなりの部分は、ルーツをたどればこのことに淵源していると思われる。

2 農村型コミュニティと都市型コミュニティ——関係性またはケアの進化

以上のような話題を少し大きな視点でとらえ返すと、それは「農村型コミュニティ」と「都市型コミュニティ」の対比として把握することも可能だろう〔広井（2009）〕。

ここで「農村型コミュニティ」とは、いわば“集団の中に個人が溶け込み、同質的な個人が情緒的な次元でつながるような関係性”であり、「都市型コミュニティ」とは“集団からある程度

表1 コミュニティの形成原理の二つのタイプ

	(A) 農村型コミュニティ	(B) 都市型コミュニティ
特質	“同心円を広げてつながる”	“独立した個人としてつながる”
内容	「共同体的な一体意識」	「個人をベースとする公共意識」
性格	情緒的（&非言語的）	規範的（&言語的）
関連事項	文化	文明
	「共同性」	「公共性」
	母性原理	父性原理
ソーシャル・キャピタル（注）	結合型（bonding） （集団の内部における同質的な結びつき）	橋渡し型（bridging） （異なる集団間の異質な人の結びつき）

（注）ここでの「結合型」と「橋渡し型」はソーシャル・キャピタル（社会関係資本）の基本的な二類型である（パットナム（2006））。

独立した個人が、規範的な公共意識をベースにつながるような関係性”と呼べるものだ(表1参照)。

ここで注意したいのは、農村型コミュニティと都市型コミュニティはそれぞれ長所・短所をもち、いずれか一方が正しいといった性格のものではなく、重要なのは両者のバランスであるという点である(なぜそう言えるかについては後段で論じる)。そして先ほどからの議論の流れで言うと、日本の場合、人と人との関係性は概して前者の「農村型コミュニティ」に傾斜しがちであり、それが「ウチとソトの落差」や社会的孤立度の高さといった点につながっているとと言えるだろう。

さらにもう一つ重要な点として、筆者はこれを“日本人の国民性”といった、不変の属性のようなものとして理解するのは間違っていると考えている。以前「関係性の進化」という言葉で論じたことだが〔広井(2006)等〕、「ウチとソトを強く区別する」「集団が内側に向かって閉じる」といった日本社会にありがちな行動パターンや関係性は、比喩的に言えば“稲作の遺伝子”と呼ぶべき背景、つまり2000年に及ぶ灌漑稲作社会の歴史において、比較的小規模の集団が、一定以上の強い同調性が求められる生産構造ないし社会構造において生産と生活を営む中で、それに「適応的」な行動様式として浸透してきたものとして把握できるだろう。⁵⁾

言い換えれば、人と人との関係性や行動パターン——最広義の「ケア」のあり方——というものは、固定的な「国民性」といったものがあるのではなく、その社会の風土的・環境的条件や歴史的状況に適応するように“進化”するのであり、現在の日本について言えば、そのような中で醸成されてきた人々の行動様式が、急速な都市化といった社会構造の変化にまだ追いついていないというだけのことなのである。

つまり戦後の日本社会は農村から都市への人口大移動の中で、都市の中に「カイシャ」,「核家族」という“都市の中のムラ社会(農村型コミュニ

ティ)を作り、ある時期まではそれが高い経済成長とも一体となって一定の好循環を生んできた。しかし近年ではそれが経済の成熟化やカイシャ、家族の流動化の中で機能不全に陥っており、それが上記のような「社会的孤立」や“無縁社会”といった状況として現れているのだ。

それは関係性ないし最広義の「ケア」にかかわる時代の大きな過渡期であるとともに、多くの人々が従来の関係性ではまずいということを感じ始め、いわゆるソーシャル・ビジネスやNPO等をめぐる動きなどを含めて、新たなつながりの形に向けての行動を起こし始めている時期と言える。こうした意味で、現在そしてこれからの数年～数十年の日本社会は、ゆるやかな、しかし巨大な「関係性の組みかえ」の時代でもあるだろう。

こうした点に関し、若干の希望をこめて記せば、ゼミの学生などを含めて近年の若い世代の行動様式を見るにつけ、先ほどから述べているような“見知らぬ他者とのコミュニケーション”や“集団のソトの者への配慮”といった点において、「都市型コミュニティ」的な関係性が——「カイシャ」「核家族」の求心性が(経済成長への上昇気流の中で)強固になった団塊世代などの人々の行動パターンに比べ——日本社会の中で徐々に芽を出し始めているのを筆者は感じてきた。

しかしながら他方で、ラインなどをめぐってのいじめやトラブルが深刻化していることにも示されているように、日本社会のもちやすいムラ社会性(農村型コミュニティ的性格)が、ネット上でむしろ増幅して現われ、“ネット・ムラ社会”とも呼ぶべき関係性や状況が生まれているのも確かなことである。

いま指摘した点は、近年の日本社会における「都市型コミュニティ」的な関係性の生成という方向と、ネットを舞台としてのムラ社会性ないし「農村型コミュニティ」的な関係性の増幅化という、関係性をめぐる二つの異なるベクトルということになるが、これらは今後どのように展開し、全体としていかなる像を結んでいくのだろうか。

⁵⁾ この点に関し村上(1998)参照。

そこで一つの焦点となってくるのが「ケアの倫理」を含む、関係性にかかわる倫理のありようである。

Ⅲ 2つのケア理解 ——個人からの出発／コミュニティからの出発

1 「ケアの倫理」とリベラリズム／コミュニティリアニズム

さて、「ケアの倫理」というテーマに関して広く知られているのは、アメリカの心理学者キャロル・ギリガンの「ケアの倫理」と「公正の倫理」の対比に関する議論である。

ギリガンは、近代ヨーロッパでの倫理をめぐる議論の文脈では「公正の倫理ethics of justice」とも呼ぶべき倫理観が基調をなし、そこでは正義、公正、原理・原則、普遍性といったことに基本的な価値が置かれたが、実は人間社会においては同時に「ケアの倫理ethics of care」と呼ぶべき倫理が本質的な意味をもち、それはむしろ個別の場面における他者への（状況依存的な）配慮や気遣い、共感といったことを中心とするもので、そうした“もうひとつの”倫理のあり方に注目することが重要との議論を展開したのである〔Gilligan (1982)〕。⁶⁾

本稿のここまでの議論を読まれた方にとっては、ここでギリガンが「ケアの倫理」と呼ぶものが、先の「農村型コミュニティ」と「都市型コミュニティ」との対比との関連で見れば、概して前者の関係性に呼応し、あるいはそれに親和的であることに気づかれるだろう（同様に「公正の倫理」

は「都市型コミュニティ」に呼応）。そしてまた、「個別の場面ごとの他者への配慮や気遣い」といった（ケアの倫理の）あり方は、これも先ほどの議論とのかかわりで見れば、ある意味でまさに“日本的”な関係性に親和的なものであるだろう。それは個別の「場の空気」に応じた状況倫理ないし関係性のあり方とも言えるものである。

しかしながら、筆者自身は「ケア（の倫理）」というものを単純に「公正（の倫理）」と対立的にとらえる、あるいは「農村型コミュニティ」にのみ対応するものとして狭くとらえる見方には、次のような意味で疑問をもっている。

それは、「ケア」という言葉ないし概念の定義の問題でもあるのだが、「ケア（の倫理）」には、「農村型コミュニティ」のみならず「都市型コミュニティ」につながる側面もあり、またその限りでは、むしろ「公正（の倫理）」を包含するような性格ももっていると考えられるからである。そしてこの論点は、別の文脈から言えば、いわゆる「リベラリズム」と「コミュニティリアニズム」の対比ないし対立ともつながっているととらえることができる。⁷⁾

議論が錯綜してきたので、こうした点を「リベラリズム的な『ケア』観」と「コミュニティリアニズム的な『ケア』観」の対比として整理してみよう。それを示したのが表2である。⁸⁾

表2は異なる位相の概念をいささか単純化して対比したものであり、また大きくは先の表1の「農村型コミュニティ」と「都市型コミュニティ」の対比に実質的に重なるものである。

そしてここで確認したいのは、先ほど少し指摘

⁶⁾ ギリガンの議論は、子どもの規範意識ないし道徳意識の発達に関する、よく知られたコールバーグの理論を意識したもので、そこでの西欧近代のあるいは男性主義的なバイアスを批判するという性格をもつものだった。ただし逆にまた、そうした男性－女性という対比それ自体が、倫理のありよう（ひいてはケアをめぐる役割分担）を性差によって固定的に区分してしまうという批判を受けうる内容となっている。こうした話題を幅広い視点から考察した論考として小林（2013）を参照。

⁷⁾ ここでの「リベラリズム」「コミュニティリアニズム」はアメリカを中心とする政治哲学ないし公共哲学の用語法によるもので、リベラリズムは個人の自由による基本的な価値を置き、またローレンスの理解ではそうした自由が各人に平等に保障されるための対応までも含意する（＝これによっていわゆるリバタリアニズムとは袂を分かつ）ものとなる一方、徳や善といった個人の内的な価値のあり方については立ち入らないものとする。これに対してコミュニティリアニズムは、個人よりも（あるいは個人と同等に）コミュニティ（ないし共同体）に一次的な価値を置くとともに、徳や善といった個人の内的な価値について積極的に語ることを肯定的にとらえる。こうしたテーマについて主題的に論じることが本稿の課題ではないが、これらの話題に関して菊地・小林編（2013）参照。

表2 二つの「ケア」理解——コミュニタリアニズム的な「ケア」観とリベラリズム的な「ケア」観

	コミュニタリアニズム的な「ケア」観	リベラリズム的な「ケア」観
基本的な出発点	コミュニティ	個人
重視する価値	関係性や利他性	個人の自由
ケアの性格	「善 (good)」としてのケア	「権利 (right)」としてのケア
時代性とのかかわり	伝統的な価値も重視 (含 伝統的家族、世代間継承性)	近代的価値
ケアに関するギリガンの議論との関係	ケアの倫理 (ethics of care)	公正の倫理 (ethics of justice)
コミュニティの性格	農村型コミュニティ	都市型コミュニティ
共同性／公共性	共同性	公共性

(注) ここでの「結合型」と「橋渡し型」はソーシャル・キャピタル (社会関係資本) の基本的な二類型である (パットナム (2006))。

したように、「ケアの倫理」は「公正の倫理」と単に対立するものとして位置づけられるべきではなく、むしろ表2の右側の系列、つまりリベラリズムや個人の自由、都市型コミュニティ、公共性等々といった理念をも含む、より包括的な概念としてとらえることが重要であるという点である。

その理由は以下のような点にある。第一に、先ほどの日本社会における「社会的孤立」の話ともつながるが、表2における左の系列のケア観のみでは、「ケア」の及ぶ領域は一步間違えれば家族ないし特定の集団の“内部”にのみとどまることになり、現在のような都市化された社会においては、それは結果として個々の家族や集団の“孤立”を招くことになりうるからである。

また第二に、介護保険などの社会的制度としての「ケア」においては、表2の右の系列のケア理解 (= 権利としてのケア) が重要になる。さらに第三に、介護や医療などの個別のケアの場面にそくして見ても、左の系列のケア理解のみでは、場合によってそれは、その“場の空気”に依存し、ある種の「上下 (ないし権力) 関係」が支配するような、抑圧的ないし閉鎖的な関係性に至るおそれもあるからである。

誤解のないよう急いで記すと、かといって私は表1におけるリベラリズム的なケア観のみが重要と考えているのではない。ケアについては表2の左側の系列の理解 (コミュニタリアニズム的な「ケア」観) も同時にまた本質的な意味をもつのであり、両者は補完的なものと考えべきで、二者択一ではない。実はこれは先ほど表1にそくして「農村型コミュニティ」と「都市型コミュニティ」の両者が人間にとっていずれも本質的であると論じたことと重なることである。

2 人間における「関係の二重性」

ではそもそもなぜ両者は補完的と言えるのか。あるいは人間にとって両者 (コミュニタリアニズム的なケア理解とリベラリズム的なケア理解、農村型コミュニティと都市型コミュニティ) がいずれも重要と言えるのか。

この話題は以前の拙著で主題的に論じた点であるので簡潔に記すにとどめたいが〔広井 (2009) 参照〕、それは以下のような意味での、人間という存在にとっての「関係の二重性」に行き着くものと私は考えている。

ここで手がかりとしてみたいなのは、生態学者の

⁸⁾ 先の注でも指摘したように、ここでの「リベラリズム」の用語法はアメリカ特有の文脈のもので、ヨーロッパの政治哲学 (あるいはエスピノサ＝アンデルセンなどのいわゆる比較福祉国家論) ではその含意は大きく異なることに留意する必要がある。すなわち、ヨーロッパ的な文脈での「自由主義liberalism」は、いわば本来の意味の自由主義であり、政府の介入をミニマムなものとしてできる限り市場に委ねるという考え方で、アメリカでのリベラリズムにむしろ近い (逆にアメリカでのリベラリズムは、ヨーロッパにおける社会民主主義の発想に近いものとなる)。これらの結果、アメリカ的な用語法での「リベラリズム＝コミュニタリアニズム＝リバタリアニズム」はヨーロッパの政治哲学ないし比較福祉国家論での「社会民主主義－保守主義－自由主義」という区分とそれぞれおおむね対応する関係にあることになる。この話題については広井 (2003) 参照。

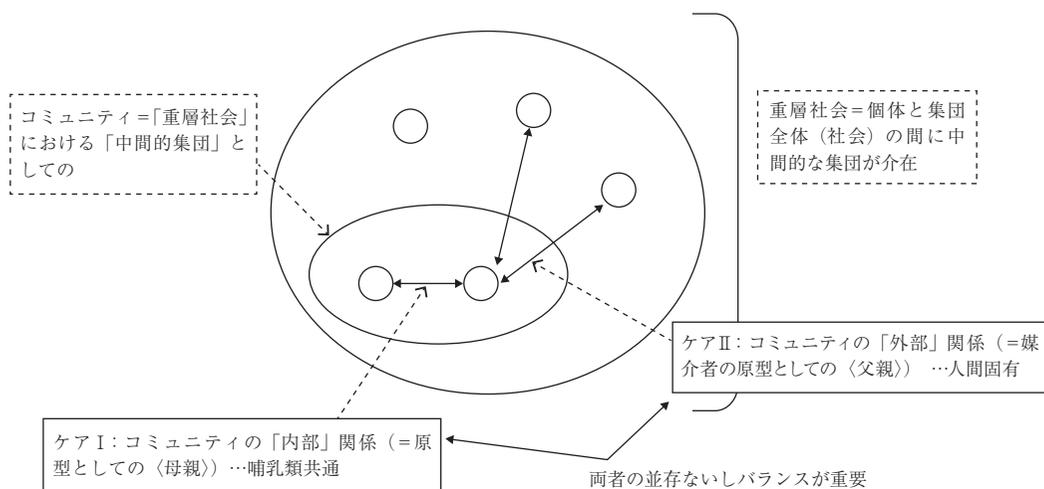


図2 ケア／コミュニティをめぐる構造

河合雅雄が行っている次のような議論である〔河合（1990）〕。

すなわち河合は一方で、①「家族という社会的単位の創出」こそが、サルからヒトへの進化の決定的な要素であるという議論を展開する。河合はこの点に関して、「サル社会には、父親は存在しない。父親というのは、家族という社会的単位ができる、つまり、ヒトが誕生したと同時に生成した社会的存在である」と述べている。つまり母親が子どもの世話をするという関係は、既に哺乳類一般において成立しているが、それにとどまらず、父親が子育てにかかわるという点、ないしその意味での「家族」という“社会的”単位の成立が、人間にとって本質的であったという議論である。

他方で河合は、②人間という生き物の特徴は「重層社会」をつくることにある、という興味深い議論を行っている。ここでは「重層」という点がポイントで、それは人が家族組織の上にさらに村を作るように「重層」の構造をもった社会をいう。つまり、個人ないし個体がダイレクトに集団全体

（あるいは社会）につながるのではなく、その間にもう一つ中間的な集団が存在するという点であり、こうした重層社会は人間において初めて成立する。

以上、河合が行っている議論（①家族という社会的単位の創出、②重層社会）を確認したが、この①と②は、同じ構造を別の表現で表しているものだろう。

すなわち先ほど確認したように、人間の社会は最初から個体ないし個人が「社会（集団全体）」に結びつくのではなく、その間に中間的な集団をもつ。したがって、個体の側から見れば、それはその中間的な集団「内部」の関係と、「外部」の社会との関係という、二つの異なる関係性をもつ（＝関係の二重性）。⁹⁾

個体ないし個人と社会との間に存在する、ここでの“中間的な集団”は、先ほども述べたように原型的には家族という存在であるが、より一般的には「コミュニティ」というものと重なっているだろう。こうした点を単純化して示したのが図2

⁹⁾ おそらく前者（＝内部関係）の原型が〈母親〉との関係であり（これは哺乳類に共通する）、後者（＝外部関係）の原型、言い換えれば個体を「外」の社会に「つなぐ」存在の原型が〈父親〉であるだろう（ここで〈母親〉〈父親〉という括弧付きの表現をしたのは、いわばこれは原型のないし象徴的な意味であり、現実の社会においては、それは通常の意味での父親や母親に必ずしも限定されず、さまざまな存在がその役割を担うことがありうるからである）。

である。

そして以上の「関係の二重性」という点は、ほかでもなく人間にとっての「ケア」の二重性を示していると言い換えられるだろう。

つまり、一般的にはケアという概念やそのイメージに近いのは、前者（母子関係をひとつの原型とする、コミュニティの内部関係）であろう。しかしながら、これは最終的には「ケア」の定義の問題だが、先ほど「ケアの倫理」を「公正の倫理」との対立物として狭くとらえることに疑義を呈したように、人間にとってのケアはそうした関係性にとどまるものではなく、後者（コミュニティの外部関係、あるいは集団の外へ個としてつながっていく関係性）もまた人間にとって固有の「ケア」のあり方なのである。

人間にとってはこの（互いに異質な）二つの関係性ないし「ケア」がいずれも本質的と考えられるのであり、この点が、先ほど論じた「農村型コミュニティと都市型コミュニティ」、「コミュニティリアニズム的なケア理解とリベラリズム的なケア理解」の相互補完性の原理的な根拠になるのではないだろうか。

3 「ケアの科学」の可能性——近年の諸科学における「関係性」への注目

先ほどから、「農村型コミュニティと都市型コミュニティ」、「コミュニティリアニズム的なケア理解とリベラリズム的なケア理解」の相互補完性ということ述べているが、このことは、近年の科学の諸領域における以下のような変容とも関係している。

すなわちそれは、「個人」あるいは個体というもの単に独立した存在としてとらえず、他者との相互作用を含む社会的な関係性の中でとらえたり、あるいは他者との協調行動や共感、利他的行動といったものに焦点をあてるような研究が、近年、文・理を含むさまざまな学問分野で「百花繚乱」のように生成し発展しているという点である。

あらためて確認すると、17世紀のいわゆる「科学革命」を契機に生成・発展した近代科学（ない

し西欧近代科学）の基本的な枠組みでは、人間の個体あるいは個人は、それぞれが自己完結的に存在するような独立した存在と了解された。また、かりにそうした個体ないし個人が相互に交渉したりかかわりをもったりする場合でも、あくまで一次的に存在するのはそのような独立した個体であると前提されてきたのである。

ところが上記のように、近年に至り、そうした「個体／個人」中心の近代科学的なパラダイムに根本的な疑義を投げかける議論がさまざまな学問分野において“同時多発的”に生じている。

例えば、人間の健康や病気というものを基本的に「個体」に完結したものとみなし、身体内部の物理化学的因果関係によって病気のメカニズムが説明されると考えるのが近代科学ないし近代医学の枠組みだった。これに対し、「健康の社会的決定要因（social determinants of health）」に注目し、他者とのかかわり、コミュニティとのつながり、経済格差といった（個体を超えた）要因が、人間の健康あるいはさまざまな病気の生成において決定的な影響を与えていることを実証的に明らかにする「社会疫学（social epidemiology）」と呼ばれる分野が発展している〔ウィルキンソン（2009）、近藤（2005）等〕。これは、上記のような近代科学・医学の枠組みに基本的な修正を要請するものであり、個人と個人の「関係性」あるいは「ケア」関係を、人間にとっての本質的な要素としてとらえる内容となっている。

また、こうした社会疫学の展開以外でも、例えば、

(a) 他者との相互作用や社会的な関係性が進化の過程における人間の脳の形成にとって本質的な意味をもったとする「ソーシャル・ブレイン」と呼ばれる把握〔藤井（2009）〕や、「ミラーニューロン」（他者の痛みを自己の痛みとして認識するような機構）にかかわるニューロン等に関する研究）などに見られるような脳研究の展開

(b) 人と人との信頼やコミュニティないし関係性の質に関するいわゆる「ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）」論

(c) 人間の利他的行動や協調行動に関する進化生物学的研究

(d) 経済学と心理学ないし脳研究が結びついたいわゆる行動経済学ないし神経経済学の一部（この中には、愛情に関する脳内化学物質とされるオキシトシンについての神経経済学者ポール・ザックの研究なども含まれる）

(e) 経済発展との関係を含む、人間の幸福感やその規定要因に関する「幸福研究」

等々の展開が見られる〔これらにつきドウ・ヴァール (2010)、ガザニガ (2010)、パトナム (2006)、内田 (2007)、友野 (2006)、Bowles and Gintis (2011) 参照〕。

これらはいずれも、個人ないし個体間の「関係性」や協調行動、利他性等に注目する内容のものであり、そのまま「ケア」にかかわると同時に、上記のように近代科学のパラダイムないし近代的な人間理解とは異質な要素を含む、科学の新たな方向性を示すものととらえることもできるだろう。¹⁰⁾

つまりあくまで「個人」ないし「個体」中心のモデルから出発してきた近代科学が、その発展の極において、むしろそれとは異質のベクトルである「関係性」という基本概念に至ろうとしているわけで、それはいわば近代的なパラダイム内部からのある種の“反転”であり、そのことは結果として、先の表1および表2における左と右の境界を連続的なものにするようになる。

言い換えればそれは、先に論じたような「コミュニタリアニズム的なケア理解とリベラリズム的なケア理解」ないし「農村型コミュニティと都市型コミュニティ」の相互補完性という点とつながり、あるいはそこでの二者択一的な対立を乗り越えるような方向をもつものと考えられる。

IV ケアの経済的評価——ケア・時間・市場経済

1 「市場の失敗」とケア

「ケアの倫理」をめぐって若干の原理的な考察を行ってきたが、以上の議論も踏まえつつ、ここで視点をやや現実的な場面に移し、「ケアの経済的評価」というテーマを少し新しい角度から考えてみたい。

既にさまざまに論じられているように、介護職などケアに関する仕事の多くは他分野に比べて賃金が概して低く、またそのこともあって離職率が相対的に高いという事実がある。ここで課題となるのは「ケアの経済的評価」というテーマだが、これについて私は次のような新たな把握が重要ではないかと考えている。

それはまず「市場の失敗」という概念にかかわるものである。あらためて確認すると、経済学に「市場の失敗」という基本コンセプトがあり、それは効率性（ないし効率的な資源配分）は「市場」においてこそ実現できるが、しかし市場が十全に機能するためには一定の条件が必要であり、そうした条件が満たされない場合には市場は効率性を実現できない、すなわち「失敗」という考え方である。

こうした市場の失敗に関して、実は市場というものは「情報の完全性」というものを前提としており、しかし実際にはこの条件は満たされないことが多いので（情報の不完全性ないし非対称性）、情報をめぐっての「市場の失敗」がさまざまな形で生じているという議論を提起したのがアカロフやスティグリッツといった経済学者であった（彼らはそうした“情報の経済学”に関する貢献で2001年のノーベル経済学賞を受賞している）。

以上を別の観点から言えば、「情報」というコンセプトを経済学に導入することによって、いわば「市場の失敗」の範囲が広がったのであり、言い換えれば“市場が万全でないこと”が従来考えられてきたよりも広いことが認識されるようになった

¹⁰⁾ そもそもなぜこうした「関係性」への注目が異なる科学の領域において生成、展開しているかという点については広井 (2015) 参照。

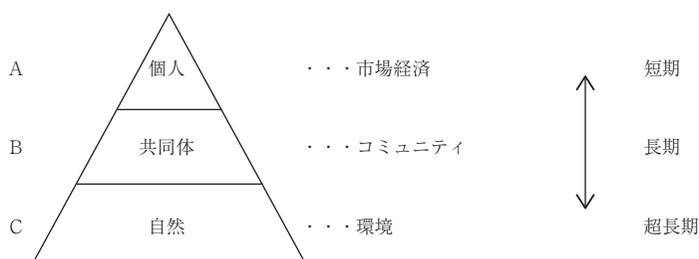


図3 市場経済－コミュニティ－環境（自然）の関係

ことになる。

情報をめぐる市場の失敗について述べたが、ここで私が論じたい点はその先にある。

それは端的に言えば、「情報」というコンセプトの先に、「時間」という概念を市場というものの理解に導入すべきであり、言い換えれば、市場経済においては、いわば“時間をめぐる「市場の失敗」”がさまざまな形で生じているという把握が重要ではないかということだ。

これは取り立てて難しいことを言っているのではなく、内容はごくシンプルである。すなわち市場というものは、きわめて“短期”の時間軸で物事を評価するので——金融市場などはその典型である——、より長い時間軸で評価されるべき財やサービスは、十分にその価値が評価されず低い価格づけとなったり、消し尽されたりすることである。

いま「より長い時間軸で評価されるべき財やサービス」といったのは、例えば農林水産物や森林など自然環境の価値に関するものであり、そしてまた、次に述べるような理由で介護など「ケア」のサービスもそれに該当すると考えられる。

こうした点を、少し整理して示すと図3のようになる。

2 ケア・農業・文化

図3は「個人－共同体－自然」の関係を示したもので、それを「市場経済－コミュニティ－環境」と対応させた内容となっている。

この中で、ピラミッドの上層の「市場経済」においては上記のように時間軸の射程が短く、比

的に言えば時間が最も“速く流れる”。しかし個人と市場経済の土台にある共同体ないしコミュニティの次元では、世代間の継承性ということを含めて時間軸の射程はもっと長く、さらに自然の次元ではそれはさらに長くなる。そこでは時間は“ゆっくりと流れる”。

例えば介護について見ると、もともと介護という営みは、親の介護を子が行い、その子が年をとったらまたその子が介護を行い・・・という具合に、世代間の継承性の中でのコミュニティ（相互扶助）的な営みとして行われていた（図のピラミッドの中層に該当）。しかしそれが市場において「介護サービス」という商品になると、そうした要素は捨象され、個々の行為を短い時間軸の中で、いわば断片化する形で評価することになるので、その「価格」はそれだけ低くなってしまわないだろうか。

先ほど言及した、介護などのケア労働が市場においては十分に高く評価されず、離職者も多いという事実は、根本的にはこうした構造に由来すると考えられるのではないか。

そして、そうであるがゆえにこれらの領域においては公的な枠組み（公的介護保険など）においてその価格を市場より高めに（本来の価値が評価されるよう）設定し、つまり公的なプライシング（価格づけ）を通じて“時間をめぐる市場の失敗”を是正する必要があるのではないか。

さらにこのような発想で考えていくと、一見何のつながりもないような、農業などの分野と介護ないしケア関連分野の意外な共通性が見えてくる。

つまり農業などの分野でも、相当な労働を行って作った農産物が低い価格でしか評価されず、十分な収入が得られないという理由で離農したりする者が（若い世代を含めて）後を絶たない。これは先ほどのピラミッドでは、最も土台にある「自然」の領域にかかわるもので、やはりその価値は市場経済においては十分されず、従事者が減少していくわけだが、その構造は先ほどの介護などと共通している。

興味深いことに、実は「介護（ないしケア）」と「農業」とは語源的にも同様のルーツをもっている。つまり「農業」は英語でagricultureで、これはcultivate（耕す）と関連しているが、この語源もまたラテン語の動詞のコレール（colere）である〔伊東（1985）参照〕。その原義は「世話をする」であり、本稿の初めでふれたように、奇しくも「ケア」という言葉もこのコレールに由来している。つまり“自然の世話をする”のが農業，“人の世話をする”のがケアあるいは介護ということになる（さらにもう一つこれらに関連しているのが「文化」である）。¹¹⁾

議論をもとに戻すと、このようにコミュニティや自然にかかわる領域において、“時間をめぐる「市場の失敗」”が生じているのであり、上記のように、それらは公共政策を通じて是正される必要がある（公的プライシング、各種補助金等）。

介護以外の例では、2012年から自然エネルギーに関する固定価格買取制度という制度が（ドイツ等にならって）日本でも導入されたが、こうした制度は、「自然」に関する価値が低く評価されがちであることを、公的な価格づけを通じて是正し、それによって自然エネルギーの普及を促す仕組みとして把握することができるだろう。ヨーロッパにおいて広く農業に関する公的支援策が行われているのも同様の視点で理解することができるし、文化の支援のための公的な「文化政策」が活発

に進められていることも同様である。

3 「生産性」概念の見直しとケア

以上の議論とも関連するテーマとして、現代社会あるいは経済の成熟化の時代における「ケア」のもつ意味に関して、環境政策などの分野で議論される「労働生産性から環境効率性へのシフト」という話題とケアとのかかわりについて述べておきたい。

「労働生産性から環境効率性へのシフト」とは次のような趣旨である。かつての時代、とりわけ高度成長期を中心とする経済の拡大・成長の時代においては「人手（労働力）が不足し、自然資源は十分にある」という状況だったので、“できる限り少ない労働力で多くの生産を上げる”こと、つまり「労働生産性」が何より重要とされた。

しかし現在では状況は大きく変わり、日本を含む先進諸国において高い失業率が慢性化しているように、むしろ「労働力が余り、自然資源が足りない」という（従来とは）逆の事態となっている。こうした時代には、むしろ「人」を多く活用し、逆に自然資源を節約することが課題となり、したがって生産性の概念を「労働生産性」から「環境効率性（ないし資源生産性）」へシフトしていくこと（＝人はむしろ積極的に活用しつつ、できる限り少ない自然資源や環境負荷で生産を行うこと）が本質的な重要性をもつ。

いわば“生産性のモノサシを変える”ということであり、そうなると、これまで“生産性が低い”ことの典型とされてきた介護や福祉、教育などの分野、つまり「ケア」にかかわる分野に全く新しい意義が生まれることになる。つまり、ケアという「労働集約的」な分野に資源配分をしていくことこそが、（雇用創出ないし失業率改善といった意味で）「経済」にとってもプラスになるという理解である。「ケア」分野に積極的な投資あるいは

¹¹⁾ 文化cultureという言葉は先ほどの農業の「アグリカルチャー」と関係している。つまりどちらも“耕す”あるいは上記の「世話をする」ということと重なっているのであり、このように、興味深いことに「農業」「ケア」「文化」はいずれも“世話をする”ないし“耕す”という同じ語源から由来している。以上をまとめると、「自然の世話をする→農業」、「人の世話をする→ケアまたは介護」、「心の世話をする（“心を耕す”）→文化」ということになるだろう。

資源配分を行っている北欧などの国が、経済においても一定以上の良好なパフォーマンスを示しているのはこうした点とも関連があると思われる。

4 「環境福祉税」の可能性——ケア・労働・自然

いま「労働生産性から環境効率性へ」という方向について指摘したが、しかし放っておくだけではそうした転換はなかなか進まないの、経済的なインセンティブとともにそのような方向に企業の行動を誘導していくことがポイントとなる。そのための政策として、90年代頃からヨーロッパにおいて「労働への課税から資源消費・環境負荷への課税へ」という政策が採られるようになった。

この象徴的な例が、ドイツで1999年に行われた「エコロジー税制改革」と呼ばれる改革である。具体的には、環境税を導入するとともにその税収を年金にあて、そのぶん社会保険料を引き下げるといった内容の改革である。その根底にある理念は、上記の「労働への課税から資源消費・環境負荷への課税へ」というものであり、それを通じて“人を積極的に使い、資源消費・環境負荷を抑える”という方向への企業行動の転換ひいては生産性概念の転換を促進するというのがねらいであった。こうした発想を踏まえて、日本ではあまり知られていないが、環境税を導入しているヨーロッパの国々の多くは、意外にも環境税の税収の相当部分を社会保障に使っているのである〔広井(2001)〕。

先ほどの「ケア労働の経済評価」の話題ともつながるが、こうした発想の延長で、筆者としては「環境福祉税」とも呼ぶべき政策を提案したい。具体的には、環境税（ガソリン税の再編を含む）を導入するとともにその税収の一部を介護の財源にあて、環境負荷の抑制と介護サービスの充実を統合的に実現するという政策である。これにより、先ほど議論したように介護（ケア）労働の価値が市場においては十分に評価されにくいのを公的な価格設定で是正し、その適正な評価を図ることになる。同時にそれは、ここで論じている「労働への課税から資源消費・環境負荷への課税へ」

のシフトとしての意味をもち、これを通じて「労働生産性から環境効率性へ」という方向を誘導することになる。

上記のドイツのエコロジー税制改革の場合は環境税収を年金に充当しているが、介護に充てるといった例はまだ存在しない。このような政策は、高齢化のフロントランナーでありかつ人口減少社会に最も早く移行した日本が、世界に発信しうるといったような政策展開になりうるとと思われる。

5 「ケアの6次産業化」とコミュニティ経済

以上のような議論や考察から浮かび上がってくるのは、図3の内容とも関連するが、「ケア」という営みを、「ケアする者－ケアされる者」といった1対1の関係性の中に完結させず、あるいは一部の専門職のみが関与する閉じた領域としてとらえず、それをコミュニティや自然とのかかわりを含めた大きな視座の中でとらえていくという方向である。なおこの場合の「コミュニティ」には、介護などのケアがそこに含まれていたような、世代間の承継性や相互扶助が本質的なものとして含まれている。

こうしたあり方に関連する最近の興味深い事例の一つとして、千葉県香取市の「恋する豚研究所」の試みを紹介してみたい。

「恋する豚研究所」とは、養豚場で豚を飼育するとともに、その加工や流通、販売なども一括して行い、かつその加工などの作業を知的障害者が行うという福祉的な機能ももった事業を行っているところで、“福祉（ケア）と農業とアート”を組み合わせた試みと呼べるものである（ちなみに奇しくもこの3者は、先ほど述べたようにいずれも語源的に「ケア」とつながっている）。「アート」という点は、流通や販売にあたってクリエイターの人々が積極的に参加し、デザイン性ないし付加価値の高い商品を手がけていることを指している。また、福祉的な性格をもっていることは商品の流通や販売においては前面に出しておらず、あくまでその質とおいしさで勝負している。

興味深いのは、この事業を中心になって進めている飯田大輔さん（36歳）が、この事業の全体を

「ケアの6次産業化」というコンセプトで把握しているという点だ。農業の6次産業化ということはよく言われるわけだが、この事業の場合、「ケア」——本稿の初めで述べたように、介護という意味のみならず広く“世話をする”といった意味を含む——を軸にして、生産・加工・流通・販売をつなぎ、それを事業化しているわけである。しかも養豚のみならず、ハムなどを作る時に使う塩なども地元産にこだわっており（ちなみに千葉県は豚の飼養頭数が全国3位）、経済の地域内循環ということを意識した事業にもなっている。

こうした例に示されるように、「ケア」という営みをそれだけで孤立させてとらえるのではなく、それを土台にある「コミュニティ」そして「自然」（ないし環境）にいわば“埋め込み”返しつつ、そのことを通じて地域におけるヒト・モノ・カネの経済循環の中に「ケア」を位置づけ、相互の活性化を図っていくという方向が、今後の大きな課題ではないだろうか。

さらにそれは、先ほどの“時間をめぐる「市場の失敗」”の是正というテーマとも合わせて考えると、「ケアを含むローカルな経済の地域内循環から出発しつつ、ローカル→ナショナル→グローバルという積み上げ——グローバルから出発するのではなく——の中で重層的な再分配のシステムを織り込み、『持続可能な福祉社会』と呼ぶべき社会を構築していく」といった、新たな社会構想につながっていくことになる。¹²⁾

そうした包括的な視野の中で「ケア」をとらえていく試みがいま何より求められているのではないだろうか。

参考文献

- リーアン・アイスラー（中小路訳、2009）『ゼロから考える経済学』、英治出版。
 伊東俊太郎（1985）『比較文明』、東京大学出版会。
 リチャード・G・ウィルキンソン（池本他訳）（2009）『格差社会の衝撃』、書籍工房早山。

- 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也編（2008）『ケア その思想と実践』（全5巻）、岩波書店。
 内田亮子（2007）『人類はどのように進化したか』、勁草書房。
 大熊由紀子（1990）『「寝たきり老人」のいる国はない国』、ぶどう社。
 岡本祐三（1990）『デンマークに学ぶ豊かな老後』、朝日新聞社。
 マイケル・S・ガザニガ（柴田訳、2010）『人間らしさとは何か？』、インターシフト。
 柏木哲夫（1978）『死にゆく人々のケア』、医学書院。
 河合雅雄（1990）『子どもと自然』、岩波新書。
 菊地理夫・小林正弥編（2013）『コミュニティアニズムの世界』、勁草書房。
 川本隆史（1993）「介護・世話・配慮」、『現代思想』11月号、pp.152-162。
 小林正弥（2013）「「ケアと正義」の公共哲学」、広井良典編著『ケアとは何だろうか』（講座ケア 新たな人間—社会像に向けて 1）』、ミネルヴァ書房、pp.52-80。
 近藤克則（2006）『健康格差社会』医学書院。
 フランス・ドゥ・ヴァール（柴田訳、2010）『共感の時代へ』、紀伊国屋書店。
 友野典男（2006）『行動経済学』、光文社新書。
 中根千枝（1967）『タテ社会の人間関係』、講談社現代新書。
 テツオ・ナジタ（五十嵐監訳、2015）『相互扶助の経済』、みすず書房。
 ロバート・パットナム（柴内訳）（2006）『孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生』、柏書房。
 広井良典（1997）『ケアを問いなおす——〈深層の時間〉と高齢化社会』、ちくま新書。
 ———（1999）『日本の社会保障』、岩波新書。
 ———（2000）『ケア学』医学書院。
 ———（2003）『生命の政治学——福祉国家・エコロジー・生命倫理』、岩波書店。
 ———（2005）『ケアのゆくえ 科学のゆくえ』、岩波書店。
 ———（2006）『持続可能な福祉社会』、ちくま新書。
 ———（2009）『コミュニティを問いなおす』、ちくま新書。
 ———（2011）『創造的福祉社会——「成長」後の社会構想と人間・地域・価値』、ちくま新書。
 ———（2013a）『人口減少社会という希望——コミュニティ経済の展開と地球倫理』、朝日選書。
 ———（2013b）「序章 いまケアを考えることの意味」、広井編『ケアとは何だろうか（講座ケア 新たな

¹²⁾「相互扶助」と経済とのかかわり、あるいは相互扶助を内部に組み込みそれと融合するような経済のあり方というテーマを、日本を素材として考察した示唆に富む著作として、ナジタ（2015）参照。ケアとの関連で言えば、この「相互扶助の経済」というコンセプトはアイスラーのいう「ケア経済caring economy」にもつながるだろう（アイスラー（2009））。また「コミュニティ経済」について広井（2013a）、同（2015）参照。

- な人間－社会像に向けて 1)』, ミネルヴァ書房, pp.1-30。
- (2015) 『ポスト資本主義 科学・人間・社会の未来』, 岩波新書。
- 藤井直敬 (2009) 『つながる脳』 NTT出版。
- 村上泰亮 (1998) 『文明の多系史観』, 中央公論新社。
- メイヤロフ (田村・向野訳) (1987) 『ケアの本質』, ゆみる出版。
- 山野和則 (1991) 『体験ルポ 世界の高齢者福祉』, 岩波新書。
- OECD (2005) 『世界の社会政策の動向』, 明石書店。
- Bowles, Samuel and Gintis, Herbert (2011), *A Cooperative Species*, Princeton University Press.
- Carol Gilligan (1982), *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Harvard University Press.

(ひろい・よしのり)

Ethics of Care and Public Policy

Yoshinori HIROI*

Abstract

The Concept of “Care” has wide-ranging meanings. In this article, how this concept has been discussed in the last decades in Japan is broadly reviewed first. Then a perspective is presented regarding the ethics of care, paying attention to the situation of ‘social isolation’ in the current Japanese society and the characteristics of its human relationship. And the two contrasting views about the meaning of care are examined drawing on the discussion by Carol Gilligan and the different political philosophies of liberalism and communitarianism. Lastly, based upon these arguments and from the viewpoint of ‘economic evaluations of care,’ the relationship between care and market economy and the reexamination of the concept of productivity are discussed, and the relevant public policy is presented having the comprehensive understandings of care, community and nature in perspective.

Keywords : ethics of care, social isolation, political philosophy, economic evaluation of care, community and nature

* Professor, Kyoto University

ケアの社会政策への理論的前提

猪飼 周平*

抄 録

1970年代以降、生活問題の複雑性を前提とする支援の必要が主張されるようになったが、社会政策は、これに対応する支援形式である生活モデルの支援やその基礎となるケア／ケアリングの重要性を取り込めていない。その背景には、生活モデルの社会政策における意義を理論的に位置づける作業が欠けていることがある。そこで、本稿では、社会政策領域における支援を生活モデル・社会保障モデル・医学モデルとして類型化した上で、生活モデルが社会保障モデルに対して効率の観点からみて徐々に優位性を増してゆくメカニズムを、理論モデルを構築して仮説的に説明した。その上で、生活モデルを組み込んだ「ケアの社会政策」が取り組むべき課題として、ナショナルミニマム概念の再検討・公平性概念の再構築・社会に遍在するケア資源の活用などがあることを例示しながら、ケアの社会政策がこれからの社会政策のフロンティアに値する学術的・実践的意義があることを主張した。

キーワード：生活モデル，ケアリング，生活支援，社会政策，ナショナルミニマム

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.38-56.

I ケアの社会政策の必要性¹⁾

1970年代。社会政策はこの時代をどのように総括すればよいだろうか。そこに、オイルショックを境に福祉国家・社会保障は危機の時代を迎え、やがて新自由主義が台頭してゆく物語をみるのが一般的ではあろう。だが、このような人目につく騒々しい社会変動と平行して、1970年代には、日本を含む各国で生活支援に関する認識方法を改めることを提案する運動が始まっていた。このこと

についてはどのように評価すべきだろうか。

いくつか挙げてみよう。社会的排除概念 (social exclusion) は、1970年代のフランスに端を発し、欧州を中心に先進諸国の社会政策の中心概念の一つとなっていたものである²⁾。これは今日では幅広い内容を含む概念となっているが、当初より一貫して生活支援のためには、個々人の生活困難の複雑な様相に目を向けなければならないという主張を含意してきた。

ソーシャルワーク領域では、生活支援に際して、個人の状況をエコシステム (生態系) のよう

* 一橋大学社会学部 教授

¹⁾ 本稿は、猪飼 (2010)、猪飼 (2011)、猪飼 (2015) を踏まえて生活モデルに関する理論的考察を進めたものである。

²⁾ Byrne (1999)、岩田 (2008)、福原 (2007) など参照。

な複雑性に対応したシステムとして理解すべきであることを主張に含む「生活モデル」(life model)、「エコロジカルソーシャルワーク」(ecological social work)、「ジェネラリストソーシャルワーク」(generalist social work)などの諸概念が1970年代に叢生したことが知られている³⁾。

また、障害者福祉・リハビリテーションの領域では、障害からの回復とは、単にADL(日常生活動作)の意味で回復することではなく、人間的な生活(人生)を取り戻すことこそが目的とされるべきで、そのためには障害の複雑な諸相を理解しなければならないという主張が、1970年代に高まった。WHOが1980年に発表した国際障害分類(ICIDH)は、それを定式化したものにほかならない⁴⁾。

日本の社会福祉学の領域においても、1970年代には「救貧型福祉」から「普遍型福祉」への「転形」論が展開されるようになった。議論の中心にあった三浦文夫は、従来の「救貧型福祉」において支援とは「カネ」の問題(「貨幣的ニード」)であったのに対し、これからは、あらゆる階層を対象として多様な生活困難のあり方に対応すること(「非貨幣的ニード」)が必要であると主張した⁵⁾。

これらの諸潮流は、それぞれの分野の課題やバイアスなどに影響を受けながらも、共通の主張を含んでいたということが出来る。すなわち、私たちが支援すべき生活や人生が、従来思われていたよりもはるかに複雑な様相を帯びているものと認識すべきである、というものである。

これらの一連の潮流で興味深いのは、第1に、生活問題が複雑性を帯びた現象であるという認識は、オイルショックに端を発する財政危機としての福祉国家や社会保障の危機論としては論理的に出てこないものである、という意味において別の潮流に属していたということである⁶⁾。そして、

第2に、これらの諸潮流は、互いに系譜的に独立していたにもかかわらず、同時期に日本を含む先進諸国において、一斉に芽吹いたということである。このことは、上記のような認識は誰かの発案や運動が発端になったというよりも、先進諸国に共通する生活支援に関する条件の幅広い変化がまずあって、それに対して各国の各領域がそれに呼応したということを示唆している。

とするなら、1970年代の社会政策領域における従来の総括は、経済ショックやその影響のような目立つ部分に目を奪われすぎており、同時に、生活問題をより複雑性を帯びた事象として捉え直すよう促す社会的構造の変化が起きていたことを軽視してきた可能性があるということになる。

人びとの生活上の困難をより複雑性を帯びたものとみなさなければならないとすれば、1970年代以降の先進社会において中核となる支援のあり方として、ソーシャルワークを社会政策の中に位置づけなければならない。というのも、それは生活困難の複雑性を正面から取り扱う支援形態だからである。そして、そのことは、ソーシャルワークの基盤を構成する社会的態度・行為を意味するケア(care)／ケアリング(caring)も同様に、社会政策の中心的課題の一つにならなければならないということでもある。だが、社会政策においては、今日まで一貫してソーシャルワークやケア／ケアリングへの顧慮が欠落してきたようにみえる。

もちろん、今日の社会政策学者で、社会的排除が重要でないなどと主張する者はないであろうし、すでに社会的排除的観点を梃子とした研究成果の蓄積もある。だが、それらはまだ社会政策の体系に対していかなる変容を要請するのかを明らかにするまでには至っておらず、他方マクロ政策に関心をもつ研究者には、社会的排除概念が内包

³⁾ 白澤(1975)、小松(1993)、太田・秋山(2005)など参照。

⁴⁾ 上田(1983)、上田(1984)、国際障害分類(ICIDH)は2001年に国際生活機能分類(ICF)に改訂されている。

⁵⁾ 三浦(1985)。

⁶⁾ 本稿が議論している生活問題の複雑性の認識は、Robson(1976)の意味での福祉社会論や、福祉多元主義(河野[1998]が手際のよい整理をしている)なども密接にかかわっており、全体として1つの緩やかな潮流を作っていると理解することもできる。いずれも、福祉国家・社会保障の内容・質に関心を向けているからである。ただし、本稿ではこの全体については取り扱わない。

するいろいろな側面のうち、生活問題の複雑性に正面から向き合わない傾向があるように見える。たとえば宮本（2013）は、社会的排除を、社会への参加や社会における自立を促進する制度整備をすべき問題として捉えている。だが、これは、個々人の生活問題の複雑性が、不特定多数に向けられた支援制度によっては解きほぐせないという観点を欠落させているといえよう。この種のバイアスについては、宮本に限らず諸外国の論者を含めて抱えている問題であるといえるかもしれない。というのも、管見の限り、諸外国においても、生活問題の複雑性を正面からとらえた社会政策理論が登場していないように見えるからである。そして、この状況は1970年代における福祉国家の危機の一般的な捉え方と表裏一体の関係にあるといえよう。

ともあれ、生活問題の複雑性を前提とするとき、社会政策は、その複雑性に対抗し得る支援方法であるソーシャルワークやケア／ケアリングを最大限活用することを目指すものでなければならない。そのような社会政策をここで、「ケアの社会政策」と呼ぶとすれば、これまでそのような社会政策が真面目に検討されてこなかったといえるのではないか。

もう少し正確に言おう。生活問題の複雑な諸相に分け入って研究する研究者はすでに少なくない。また、生活問題の複雑さに対抗する狙いをもった法整備も始まっている。とすればケアの社会政策への取り組みが特に遅れているのは、社会政策理論の領域であるといえる。何より必要なことは、この理論的要請に理論研究が応答することである。

本稿が試みるのは、ひとまずこの理論に対する要請に対して、端緒的ではあれ応答することである。上記の状況を踏まえていえば、ケアの社会政策理論には、次の3点を説明することが求められるといえよう。第1に、1970年代の社会政策において生活問題の複雑性への認識が高まったのはなぜかを説明することである。第2に、社会政策領域で行われている生活支援方法にはさまざまあるが、これらを、ソーシャルワークを含めどのよう

に組み合わせ、バランスさせてゆくべきであるかを説明することである。第3に、求められる生活支援のあり方に対応して、ミクロレベルからマクロレベルにいたるまでの政策体系、行政組織にどのような変化が求められるのかを説明することである。

もっとも、本稿は端緒的な論考にすぎないものであり、この小論でケアの社会政策の理論を十全に展開することは叶わぬことである。おそらくは、本稿に接した研究者は、理論としての不完全さを各所に見つけるであろうし、実践家は、理論が予定しない事例、反例、境界事例などを想起するだろう。

にもかかわらず、そのような端緒的な水準であれ理論のアウトラインを提示することに意味があるとすれば、ケアの社会政策が、筆者を含む社会政策学者、ケアの領域を守備範囲としてきた社会福祉学者、なにより現場でケアに関わってきた実践家との間の応答の中で練り上げられるべきものだからである。

読者には、本稿に見いだされるであろうさまざまな難点を超えて、ケアの社会政策が必要とされているということを了解し、本稿を叩き台の1つとしていただければ幸いである。

II ニード／QOLの不可知性

ケアの社会政策の理論化に際しては、次のような方針で議論を進めたい。すなわち、第1に、生活問題の複雑さに対応する支援モデルと、伝統的な福祉国家・社会保障が得意としてきた支援モデルを類型差として抽出する（第2-4節）。その上で、第2に、前者に比して、後者の優位性が歴史的期間の中で低下してゆく仮説的論理を構築する（第6節）。

この方針にしたがって本節と次節においては、支援モデルの類型差を抽出する物差しとなる生活・生活問題の特徴について論ずることとした。

社会政策学、社会福祉学はもとより生活支援の現場において、広く使われている2つの概念に

ニード (need) とQOLがある。生活支援はニード = 必要性に基いて行われることを原則とするという価値基準が「ニード原理」とよばれるものである。また、QOL (quality of life) は、ニードが充足される程度が高まるほどQOLが高いという意味だと理解すれば、ニードとQOLは表裏一体の関係にあるといえる。以下、この2つの概念について基本的に同内容の概念として区別しないで用いる。

さて、ニードについては、Maslow (1943), Henderson (1960), Walton (1969), Forder (1974) やDoyalとGough (1991), Gough (2000) などによってその多様な性格が整理され、日本においても、これらを参照しつつ、岡村 (1956), 武川 (1991, 2001) や岩田 (1991, 2000, 2015) などによって、社会政策、社会福祉の基礎概念として位置づけることが目指されてきた。だが、総じていえばあれこれと論じられている割には、期待されていたような「使える」概念には鍛え上がらず、知見は停滞しているようにみえる⁷⁾。

そもそも、ニード/QOLは、生活支援に関わる者の願望を表現した概念という性格をもっている。というのも、ニードあるいはQOLが客観的に示されれば、何をすれば支援が成立するかが演繹的に導けるからである。ところが、後述のように、ある個人にとって、必要な支援とは一体何であるかについて客観性が確保できるのは限定された条件下においてだけである。いいかえれば、生活支援の現場が欲するような概念としてニード概念やQOL概念を定式化することはできない。ニード論やQOL論が発展を阻まれている理由は、道無き道を押し渡ろうとするところにあるように思われる。

本節で確認しておきたいのは、ニード/QOLに

客観性を与えることができないこと = 不可知性の構造についてである。そのために、まずニード/QOLと幸福とがいかに区別され得るかについて考えておくことが有用だろう。

ニード/QOLと、幸福との間には、死の取り扱いについて根本的な違いがある。幸福は、メーテルリンクの比喩のとおり「青い鳥」の如きものであり、それが何であるかについて、客観的評価基準が全くないものである⁸⁾。この点は功利主義哲学のアポリアの1つだが、結果として、死ぬことすらも不幸であると断定することはできない。言い換えると、幸福とは、死ぬ幸福というものを排除できない概念である。これに対して、ニードやQOLは、その通常の用法では、生存に対する肯定的評価を前提としている。あるいは、そのように解釈することでニードやQOLの通常の用法に近い意味を概念に持たせることができる、と言った方が適切かもしれない。ともあれ、ニードやQOLは、ひとまず生への肯定付きの幸福概念として理解できる⁹⁾。

このような概念としてニード/QOLを規定すると、それらは幸福とは全く異なる階層的な構造をもつ概念として理解できるようになる (図1)。

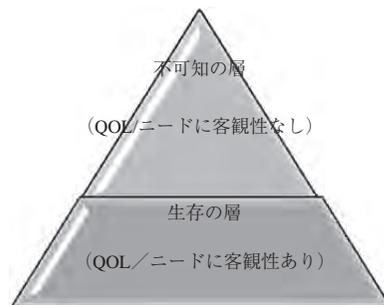


図1

⁷⁾ 基本的にニードの分析は、おおまかにいえば①ニードのリスト化の方向と、②ニードの分類の方向で行われてきたといえるが、どちらもうまくいっていないといえる。①については、それをポジティヴリストとして提示する限り、必然的にアドホックな性格を帯びざるを得なかった。②については、次のようにいえる。ニードの判定とは結局のところ、目標や手段を規定する価値基準をどのように決めるか、という問題に帰着する。ニードの分類とは、結局従来社会的に是認されてきた価値基準を列挙することになる。実用主義的には、これでよいともいえるかもしれないが、この価値基準の根拠を問うとき、この価値基準のリスト自体がアドホックな性格をもっていることは否定できない。

⁸⁾ この点についての解説については、児玉 (2012) 第6章などを参照されたい。

すなわち、生存が脅かされる状況においては、この生への肯定が価値基準となって、支援に客観的な裏付けが与えられるのである。他の生の価値が、生存が確保された上で付加的に実現されるべきものであるとすれば、生存の条件から離れてゆくにしたがって、QOLは幸福の「青い鳥」に近づいてゆく。なんとすれば、自身にとって最適なQOLとは何かを想像してみるとよい。それが客観的にも主観的にも手がかりがないことが直ちに理解されるだろう¹⁰⁾。

とするなら、ニード/QOLのように広大な不可知の領域を含む概念を、生活支援と結びつけることはいかにして可能なのであろうか。以下私たちの社会にみられる3種類の方法について考えてみよう。

第1に、QOLの最適状態を、「自己実現」「自立」「尊厳」「ウェルビーイング」などの概念に言い換えてみる方法である。この言い換えの過程で、もし意味内容に客観性のある概念を発見することができれば、そこから芋づる式にQOLについても客観的な指示内容を導くことができる。だが、この試みはうまく行っておらず、客観的根拠をもたない概念同士で同義反復する結果となっている。お

そらく、これはQOL/ニードを生活支援と結びつける試みとしては、最も見込みのない方法であるといえよう。

第2に、これは医学などによくみられる方法だが、QOL指標を作成し、その解釈については支援者（医師など）に委ねるというやり方である。医療の世界では、体温計、血圧計、心電計など、この種の指標を生み出す工夫はお馴染みのものである。これらの指標は、直接健康を測定しているのではなく、医療者がその値から患者の健康の度合いを解釈するための手がかりとなるものである¹²⁾。QOL指標の部分に客観性を持たせて、QOLそれ自体の不可知性については支援者の解釈の領域に「逃がす」ところがこの方法の工夫である。

ただし、そもそも医学においてQOLへの顧慮が求められるのは、従来の治療医学の基本戦略である健康を医学的な正常/異常によって判定するという方法では、支援の判断基準として狭すぎるといふ認識が前提としてあるからである。そして、従来の医学的に正常/異常を判定する領域が、概ね生存の層に一致するとすれば、QOL指標が担わなければならない部分は、まさに不可知の領域になる。つまり、指標としての信頼性とQOL指標へ

⁹⁾ ターミナルケアなどにおいて比較的好く現れる問題として、余命を縮める一方で、残りの人生の質によい影響を与える可能性がある支援の選択肢をいかに評価すべきか、という問題がある。筆者の理解では、これはQOLによって評価されるべき問題ではない。というのも、QOLは生を前提としているために、余命が短くなることの不利益と生の利益とを比較衡量することができないからである。その意味では、この問題はQOLにおける問題ではなく、QOLを適用すべきかどうかに関する問題である。これに対して、QOLとは、「死ぬまでいかに生きるか」に関わる価値基準であるということが出来る。

¹⁰⁾ Maslow (1943) や Henderson (1960) などは、ニードを階層的な概念として提示しているが、これは本文で述べたように、生に対する肯定的評価を組み込んでいるためであり、本稿における議論との類似はここに由来している。ただし、従来のニードの階層論は、その「最上層」に至るまでニードの内容を提示しようとしている点に明確な難点を抱えてきた。すなわち、その層には「尊厳」(esteem) や「自己実現」(self-actualization) のような内容を明示できない概念を組み込まざるを得なかった。これに対し本稿では、この部分のニードが不可知であるということ正面から認めることで、この難点を回避している。

また、必ずしも階層的ではなくとも、ニードをポジティヴリストとして列挙しようとしても、不可知の領域について恣意的なニード内容を指示するという階層論と同様の問題が生ずる。岡村重夫の「社会生活の基本的要求」概念はそのような難点を抱える概念の典型の一つである〔岡村 (1956, 1983)〕。

¹¹⁾ ニード/QOLのこの構造は、幻想を与えやすい姿をしているように思われる。生存の層において可能である客観的な根拠をもったニードのイメージのまま、それを不可知の層へと拡張するという一種のごまかしが起きやすいからである。ここで詳述することは割愛するが、現在の福祉国家・社会保障の根幹を構成している生存権をナショナルミニマムとして解釈するやり方は、その典型の一つであると思われる。この点は猪飼 (2011) で端的な水準ではあるが議論しておいたので興味ある方は参照されたい。

¹²⁾ WHO憲章の健康の定義の包括性をみてもわかるように、広義の「健康」はほぼQOLと同様の意味をもち、それゆえにQOLと同様の不可知性の問題を抱えている。

の期待は基本的に両立できないのである。その意味では、医学とQOLは基本的に相性が悪いということになる（第4節参照）。

第3に、ソーシャルワークおよびその基盤となるケア／ケアリングにおいて広く用いられている方法で、人びとの生活や人生を一種の探索過程とみて、その探索過程そのものを支援するというものである。

まず、不可知の層において、最適なQOLの状態、ニードが充足された状態がどのようなものであるか客観的にも主観的にも知ることができない、ということ、私たちが人間は、実はよく知っているともいうことができる。というのも、そのような状態がどんな状態であるかイメージすらできないことは知っているからである。幸福は「青い鳥」だと言われても、そういうものだと自然に了解できるのはそのためである。とするなら、最適QOLに辿りつけないということを知っている者として人間は何をするだろうか。何をしても評価する方法がないのだから同じだ、と考えて自暴自棄な意思決定やランダムな振る舞いを行ったりするようになるだろうか。ならないだろう。私たちは、最適なQOLが何であるかわからなくとも、日々少しでも暮らしがよくなることを期待して、さまざまなことを考慮し、意思決定を行うことをやめたりはしない。このことは、そもそも人間とは、生存する以上のものを希求する存在であることを意味している。むしろ、そのような存在であるからこそ、到達することが不可能であるとわかっていながら、幸福や最適なQOLのような概念を案出したりするといった方が正しいかもしれないのである。

ソーシャルワークにもさまざまな流派があり、単純化して述べることには語弊があることを承知の上でいえば、ソーシャルワークが重視してきた伴走／寄り添い型の支援とは、まさに、この生活

の中で繰り返される探索的な意思決定の過程に介入し、意思決定自体の困難やそこに生ずる不合理を取り除いたりして、意思決定の継続性を支え、当事者の「生きる」力を強めてゆくものであるといえよう（この点については、第5節で再説する）。

この方法の重要なところは、そもそも知ることができる見込みのないQOLから支援手段を導きだそうとするのではなく、それが不可知であるということ正面から認めた上で、QOLの認知の可否とは独立に存在する生への意欲＝QOL増進の探索に着目して支援しようとする点にあるといえよう¹³⁾。

Ⅲ 生活問題の複雑性

QOLやニードの不可知性に加えて、生活支援の類型を抽出する物差しとして、もうひとつ考慮しておかなければならない点がある。それが、生活問題の複雑性である。

私たちの生活については、それを安定的に成り立たせている共通の条件がいくつもある。栄養、住居、衣服、良好な人間関係、それらを生活に統合する本人のスキルや知識など様々である。その一方で、その共通性をはるかに超えて個人の生活は、個人ごとに複雑な内容を持ち、またそれぞれ他者の生活とは異なっている。このため、個人の生活問題が生じたとき、それは往々にして、①他者の生活問題とは異なる要因が作用していたり（個別性）、②他者の生活問題とは異なる要因の組み合わせとなっていたり（複合性）、③他者と同じ要因の組み合わせであっても、組み合わせ方が異なっていたり（構造的）する。このことは、個人の生活や生活問題を、できる限り正確に認識するには、生活問題を生態系のような要素間の相互作用の網目の中に表現される状態として認識する、エコシステムの認識が適しているということ

¹³⁾ この論理が、現代の基本的な人権の根幹の1つである「幸福追求権」と似ているということについては、指摘しておく価値があるように思われる。幸福追求権は、幸福については不可知であるために、それ自体を国家が保障できないということを知った上で、それを探索することについては、自由権として保障するものである。これは、本稿における生の意味の解釈と基本的に重なるものであるといえる。相違点は、本稿がその探索を権利として保障することを論じているのではなく、探索を具体的に支える行為について論じている点である。

を意味している。

では、生活問題に対して支援をする場合、エコシステムの認識に基いて支援することがいつでも現実的か、といえは必ずしもそのような単純な話にはならない。というのは、このような支援は一般に手間のかかるものであるため、他の簡明で効率的な手段があれば、そちらが優先され得るからである¹⁴⁾。

この点を考えるために、まず考慮しなければならないのは、生活にみられる柔軟な性質である。私たちの日常生活は、絶えず様々な変動やショックに晒されている。なんとなれば、一日一日、似てはいても異なった条件下で営まれているのである。私たちは通常、それらの変動やショックを、代替的な手段を用いたり、ときに自身の生活のスタイルを変化させたりして吸収し、生活の安定を維持している。そしてそのような安定性の根柢には、個人にそのような様々な問題に対処するためのスキルが膨大に蓄積されているということがある。私たちは生活に必要な膨大なスキルを幼少のころから一つ一つ身につけ、そのほとんどを列挙できないものとして暗黙知の領域において保持している¹⁵⁾。

このスキルが損なわれていない＝生活の安定を回復する能力が当事者の中に保全されているのであれば、これに委ねることで、生活支援に際して、大きな介入をすることなく支援を完結させることができるであろう。言い換えれば、これは生活問題の複雑性を当事者の側で吸収させることができる場合にあたる。行政サービスなど多くの制度的支援は、特定の生活問題に該当する当事者に対して求めに応じて現金やサービスを給付する形をとっているが、それは、生活問題に対する当事者

の対処能力を前提としている（当事者解決的方法）。

当事者の対処能力を十分に期待できない場合でも、エコシステム的な介入をせずに済ます別の方法があり得る。それが当事者の生活の困難に大きな影響を与えている因子や、生活の安定を回復するのに効果の大きな特定の手段を、何らかの方法で見出すことができれば、エコシステム的に生活問題を認識しないで済むかもしれない。特定の手段を講じさえすればよいのであれば、支援者を必要とする場合にも、特定の手段に当事者を合わせる「フィッター」役を担わせれば済むのであまり手間がかからないといえよう。

今日の疫学や多くの統計的な手法を使って行われる因子や手段の抽出作業は、まさにこのようなアプローチに適合している。もっとも、このような方法によって抽出された因子や手段は、統計的な効果が期待されるものであり、目前の生活困難当事者にとって意味のある情報であるかどうかは定かではない。それでも、集団としての効果がみられさえすれば、功利主義的な観点からみて正当化されるために、行政サービスにおいては、常套的方法の1つとなっている（抽出的方法）。

このように、生活問題に対しては、それがもっている本来の複雑な様相に対して、エコシステム的方法、当事者解決的方法、抽出的方法が、効率を巡って競合的な関係にある。

この他に効率性とは異なる観点から、エコシステムの介入ではない方法をとるやり方がある。これが医学的方法である。その基本的考え方は、生活問題をエコシステム的に把握する代わりに、医学的に取り扱える範囲の因子のみに関心を集中させるというものである。そのような介入方法の意

¹⁴⁾ たとえば、児童虐待においては、親と子の間に複雑で根深い問題が見いだされるのが一般的であるが、その複雑な状況を解きほぐすのではなく、たとえば単純に被虐待児を親から引き離して児童福祉施設に収容することが、もし支援として許容されるとすれば、いちいち複雑な親子のエコシステムに分け入るよりも効率的であることは明らかである。

¹⁵⁾ 読者の多くは引越を経験したことがあるだろう。試みになぜ自分が引越してきたのかを考察してみるとよい。実のところ、引越には手続きや新しい環境への順応などに関する多くのスキルを必要とするが、その一つ一つが長い訓練の時間を経て獲得されたスキルである。なんとなれば、5才児に引越すように命じてもできないし、スキルの一部を失った認知症高齢者を仮に引越させても、多くの場合新しい環境に順応することは困難である。これに対し、健全な大人の多くは、特にスキルを意識化することなく、引越しに対応できる。

義については、次節でまとめて検討する。

Ⅳ 生活支援の3類型

さて、第2節および第3節において、生活支援に際しては、生存条件を超えるとQOLが不可知になること、および生活問題が複雑性を有する事象であるということを考慮しなければならないということを述べておいた。本節では、これらに対応する支援モデルについて議論する。

社会政策領域において実施される生活支援は、従来よりQOLの不可知性、生活問題の複雑性への態度に関して、戦略を異にする3つのモデルが存在してきたといえる。第1に、生活モデルである。これは現在のソーシャルワークの主流となっている支援方法に由来している。第2に、社会保障モデルである。これはその名の通り戦後の社会保障に典型的にみられる支援方法を抽象化したものである。そして、第3に、医学モデルである。これは、20世紀の医療において卓越した治療医学に基づく支援方法に由来する。

以下、これら3つの生活支援モデルの特徴をQOLの不可知性、生活問題の複雑性への態度を準拠点として使いながら典型的に考察しよう。

1 生活モデル

「生活モデル」(life model) という用語それ自体は、上で述べたようにソーシャルワークの領域で使用され、今日のソーシャルワークの主流とみなされてきたものである。それは、概念史的には、1970年代ごろから徐々に使われるようになる。GermainとGitterman (1980) によって体系化されたというのが通説的理解である。ただし、GermainとGitterman (1980) にしても、著者たちが考えるよいソーシャルワークのパッケージを経験則に基いて推奨する内容で、理論的検討に堪えるものとはいえないところがある。そこで、ここ

では、生活モデルを、QOLの不可知性、生活のエコシステムの複雑性への態度および、対象を個人とするか集団とするかという観点から、①伴走／寄り添い型の支援、②エコシステムの状況把握、③個人への支援を準拠点とする、と規定し直すことにする。

まず、生活モデルは、QOLの不可知性に対しては、人びとの生活が探索過程的性格をもっている点を活用する(第2節参照)。人間は、QOLが何であるか究極的には知り得なくとも、その改善を探索し続ける存在であるということが出来る。生活モデルが照準を当てるのは、この過程であり、この探索過程(=生きること)に伴走者／寄り添いとして参加することで、当事者の探索を補強するのである。またこれは過程の支援になるので、単発的な対応ではなく、継続性を前提とすることになる。

また、生活モデル的支援は、伴走／寄り添いに際して、当事者が直面する生活問題がエコシステムの複雑性を有しているという前提で支援を行う(エコシステム的方法)。そして、支援の目的が不可知かつ状況が複雑な当事者の支援を行う以上、生活モデル的支援においては、エコシステムとして把握することが可能と考えられる単位=通常は個人になる。言い換えれば、臨床的支援が基本となる¹⁶⁾。

戦後日本のソーシャルワーカーの草分けの1人窪田暁子は生前筆者に、「ソーシャルワークとは問題を解決することではなく、本人を取り巻いている状況に本人の力で立ち向かえるようになるように、一緒に状況の複雑さを小さくすることである」と話してくれたことがあるが、まさにQOLの不可知、伴走／寄り添い、エコシステム的方法という生活モデルの中核的要素を簡潔に言い表したものといえよう。

この生活モデルが、他のモデルとの間で際立った違いを見せるのは、それが、効率や効果を指向

¹⁶⁾ もっとも、個人が支援対象の単位となるのは絶対の条件ではない。個人が支援対象の単位になるのは、生活困難の複雑性の単位を個人とみなれば複雑性が大きくなりすぎて支援を実行できないことが多いからである。たとえば、虐待問題に往々にみられるように、虐待する側とされる側の関係に困難があるような場合、両者の関係や家族をエコシステムの核とみた方が良い場合もあり得る。

していないためである。生活モデルとは、そもそも結果から評価することのできない生活支援の世界にあって、いかにして支援がそもそも成り立ちうるかという観点から行われる支援モデルである。

当事者の探索過程は、QOLの改善を指向する意思決定の連なりであるが、その度ごとに一時的な価値基準が作られ、その観点から選択肢の評価が行われる。支援者は、当事者の生成する一時的な価値基準を尊重しながらも、当事者と相談しながらそこでの意思決定によって生活が破綻の方向に向かわないための見通しや修正を加えてゆくことになる。だが、ここで重要なことは、そこで介入に使用された価値基準やそれに基づく意思決定には、往々にして絶対的な正しさが存在する理由がないということを支援者が理解しているということである。言い換えれば、良い意思決定を当事者に導いたことをもって支援成立の根拠としないということである。むしろ、支援の成立の根拠とは、根本的には、正しいかどうかかわからない意思決定のために、当事者に伴走しながら一緒に悩んだことそれ自体に求められるのである¹⁷⁾。

2 社会保障モデル

生活モデルが、生活および生活問題の様相に可能なかぎり分け入って支援をしようとする支援モデルであるとすれば、その対極に位置するのが社

会保障モデルである。

社会保障は、先行する社会保険制度や公的扶助制度をパッケージにして、貧困を中心とする大衆現象としての生活問題に対抗しようとする国家プロジェクトを原型的イメージとしてもっている。それは、①明確で客観性のある代理目標を立て、②生活問題に影響する要因や手段を可能なかぎり簡明な形でとりだすことによって、③可能なかぎり多くの人びとを支援することを目指すところに戦略上の特徴があるといえよう。

まず社会保障モデルの原則の一つは、目標を明確にすることである。これはいうまでもなくQOLの不可知性と衝突する考え方であるが、この点については、社会的にある程度広く是認される目標であれば、代理目標となり得るとみなすのである。ベヴァリッジ報告における「5大悪」(five giants) は、その典型であるといえよう。

社会保障モデルが、目標に関して割りきった考え方をするのは、基本的には単純で客観性のある目標を用いることで、支援をできる限り効率よく達成するためである。あるいは、効率の観点から手段を評価できるように目標に単純で客観性のあるものを見出すといった方が正しいかもしれない。その上で、その手段もできるだけ単純かつ多くの人びとに届くものを見出したい。このために、生活問題に大きな影響を与える単純な原因や手段を抽出することが目指される(要素還元的)。

¹⁷⁾ 伴走/寄り添いが生活モデルにおいてなぜ必須となるのかについて、QOLの不可知性からそれが必然であるということを第2節で述べておいたところだが、生活問題の複雑性の側からも伴走/寄り添いが必要になる側面もあるので、ここでひとまずまとめておきたい。

伴走/寄り添い支援の意味には2つの要素がある。1つは、当事者の意思決定・行動に対して協働することであり、もう1つはそれを継続的に行うということである。つまり伴走/寄り添いとは、単に一回限りで当事者と協働することでもなく、単に支援を継続的に行うことでもないということである。以上を踏まえて、伴走/寄り添いが支援に際して必要な根拠においても、協働と継続性の2つを区別して考える必要があるように思われる。

まず、QOL不可知の層に関する支援が、伴走/寄り添いになるということは第2節で議論したとおりである。では、生存の層についてはどうか。生存の層についての協働の根拠は、第1に、生活問題が複雑である場合には、問題解決の手段は試行錯誤的、探索的にしか発見できない、このために、不可知の層における支援同様に伴走的にならざるをえないことがある点に求められる。第2に、生存の層、不可知の層という二分法はそもそも概念的な区分である。このため、生活困難状況が両方の層に関わる場合があるのみならず、原理的には区別できる場合でも、現実の支援現場においては、状況を構成する諸要素について、どちらの層に属するかを、いちいち区別するための情報が支援者には十分に与えられていないし、それを区別するために労力を消費することは支援にとって現実的でない。この点も、生存の層においても伴走/寄り添いが必要となる根拠となる。

他方継続性については、生存の層については、生活問題が複雑であるために探索に時間を要するという理由から、不可知の層については、支援そのものが探索過程の支援であるという理由から説明される。

第3節で示した類型に即して言えば、社会保障モデルが主に利用するのは、当事者解決的方法と抽出的方法である。いずれにせよ、当事者たちの訴えや単純化された手段を抽出できる方法で、生活問題への介入のあり方を決定するのである。

社会保障モデルの特徴の一つは、それが功利主義的性格を強くもっているということである。戦後日本においてみられた一般的な貧困状況を例にとって考えてみよう。戦後の社会保障は、代理指標として貧困からの脱出を掲げ、また貧困を、単純に所得の欠乏とみなし、所得や仕事を与える施策を積み上げていった。このとき、実際に所得や仕事が保障されれば自力で貧困から脱出できる人びとが大勢いたのであり、そのエネルギーが、戦後日本の経済発展をもたらしたことは確かなことである。その一方で、これらの施策は、社会資源として所得や仕事を提示されただけではそれに届かない人びとを置き去りにしがちであったことも事実であろう。たとえば、飲酒などが要因に含まれて貧困状態に置かれている人に、現金を給付しても飲酒が増えるだけで貧困からの脱出には寄与しなかったであろう。そして、なにより複雑性の中で貧困に喘いでいた人びとにとっては、制度的に与えられた支援に繋がること自体が難しかったであろう。

このような置き去りになる生活困窮者が出る施策が正当化されたのは、多少置き去りにされる人がでたとしても、より多くの人びとを効率的に貧困から脱出させることに成功したからにはかならない。集団としての生活が改善するならば、個人が置き去りになっても仕方がないという割り切りは、まさに古典的な功利主義的そのものであるといえる（社会保障モデルによる生存権の取り扱いについては第7節参照）。

3 医学モデル

医学モデルは、代理目標を用い、要素還元主義的な状況把握を行う点では、社会保障モデルに似ているといえる。ただし、社会保障モデルとは本

質的に違う点がある。それは、医学モデルが効率よりも効果を指向している点である。

まず、医学モデルにおいては、代理目標を病からの救出という、生存の層に近いレベルのニードに置くことによって、価値が比較的安定的に維持できるものに目標を固定することを可能としている。そして、さらに、病いを医学的な意味での「異常」を意味するものとして定義し直すことによって、手段を客観的に評価できるようにしている。

実際には、病人を病から救出する方法には、医学的な方法以外にもさまざまな代替的方法があるということは医療社会学・医療人類学などが夙に指摘してきたことである。だが、近代医学は、科学的な検証ができない認識方法や治療手段をむしろ可能な限り排除しようとすることで、科学の進歩のルールに医学を乗せることに成功した。つまり、20世紀における近代医学の大成功は、病からの救出という目的を、科学的な認識方法・治療手段で達成するという割り切りによって、人体に対する知識の急速な進歩、有効な治療手段開発への資源の集中的投下を可能としたことによりかなりの程度依拠している¹⁸⁾。

社会保障モデルと生活モデルが競合するとき、社会保障モデルが生活モデルよりも優位性をもつとすればその根拠は、効率性にある。これに対して、医学モデルと生活モデルが競合する場合、それはどちらの支援の方がその効果の点で優れているかが主な問題となるのである。病人の生存を支える介入に限定すれば、医学モデルはその明確な効果によって優位性を確保しているといえる。

ただ、医学モデルは、代理目標を不可知の領域に引き上げてゆくに従って競争力を失う。医学の領域において、QOLの指標づくりが活発に行われていることを前述したが、これは、不可知の領域において何らかの安定的な基準を設けることで、支援手段に客観的な評価の可能性を与えようとするものである。だが、これは、現状ではバベルの塔を築こうとする努力によく似た企てであると言

¹⁸⁾ この点については猪飼（2010）を参照されたいが、医療史・医学史の常識的見解でもあるといえよう。

表1 生活支援モデルの3類型

	生活モデル	医学モデル	社会保障モデル
目標	QOL不可知	代理目標	代理目標
生活問題把握	エコシステムの	要素還元的	要素還元的
対象	臨床	臨床	主に集団
指向性	伴走／寄り添い	効果	効率

わざるをえないだろう。設定された代理目標は、いつでもその恣意性のために不安定なものとならざるをえないからである。そして、このことが、医学によって人びとの生活に介入し得る可能性＝医療化の可能性を限界づける大きな要因であるといえることができるだろう。

以上で検討した3つの生活支援モデルを比較したものが表1である¹⁹⁾。

いうまでもなく、社会政策領域における生活支援モデルの類型を構築することの意義は、相互に比較するためである。

筆者が2010年に拙著『病院の世紀の理論』を上梓した際、特に大きな反響を得たのは、筆者が病院の世紀とよぶ、ほぼ20世紀に対応する、医療における医学モデルの卓越性の時代が、20-21世紀の転換期を境として終焉し、医療においても医学モデルを生活モデルが凌駕する時代に入りつつあるという主張の部分であった²⁰⁾。また、本稿の冒頭で述べたように、1970年代において、生活問題をより複雑な現象として認識すること＝生活モデルをより活用することを申し立てる一連の運動は、社会政策領域において、社会保障モデルから生活モデルへの支援モデルへ、歴史的な時間の中で、重心の移動が進行する先駆けの事象であったようにみえる（図2）。

つまり、歴史的な時間の中で、日本を含む先進諸国において、医学モデルおよび社会保障モデルから生活モデルに向かって、重点の移動が進行しているといえる。おそらく最終的には、これを包括

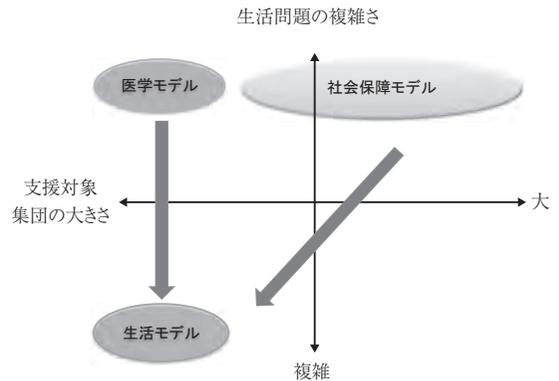


図2

的に説明できる社会理論が必要になるだろう。

ただし、残念ながら、本稿の時点では、そこまでの包括的説明を与える理論の提出の準備がない。代わりに第6節においては、本稿のテーマにとって最も重要な論点である社会保障モデルから生活モデルへの重点の歴史的移行に関する仮説的理論の構築を行う。

V 生活モデルとその土台としてのケアリング

ここで、生活モデルとケアリングの関係について議論しておきたい。上ですでに、生活モデル的支援の基盤にケア／ケアリングがあることに言及しているが、そもそも両者はどのような関係にあると考えればよいだろうか。

ケア／ケアリングは、日常語でもあり、世話をしたり、気にかけてたりすることを意味する元來幅

¹⁹⁾ 表1から明らかなように、生活支援のモデルについては、目的、状況把握に関して単純に2値の選択があるとして、論理的には4種類のモデルを考えることができ、支援対象による区別を考慮に加えれば8種類となる。その意味では、上の議論は、決して生活支援モデルの可能性全体についてのものではないのであり、引き続き拡張の可能性が検討される必要があるかもしれない。ただし、本稿の議論の範囲ではこれ以上の拡張の必要はない。

²⁰⁾ 猪飼（2010）第6章参照。

広い言葉である。これを分析的に使用するために、以下では、M. メイヤロフのアイデアに沿って、「ケアリング」を「支援」(support)から区別することにしたい。区別のポイントは、結果に対する評価に関する態度である。ケアリングについては、その成立は結果に左右されないという意味で帰結主義的でない概念とし、支援については、結果によって支援が成立したかどうかが決まるという意味において帰結主義的概念として把握するのである。

Mayeroff (1971) のよく知られたケアリングの定義は次の通りである。すなわち、「他者をケアするとは、最も深い意味で、その人の成長と自己実現を助けることである。」²¹⁾ もっとも、メイヤロフ自身、「自己実現」(self-actualization)の内容を規定していないので、これだけではあまり意味のある定義にならない。

むしろ、メイヤロフのケアリング概念の特徴は、議論の中で次のようなことがいわれている点であるといえよう。すなわち、第1に、ケアの対象の成長や自己実現といった目的を、ケアする側は自分自身の目的と同一化したものと感じているということである。第2に、ケアの対象に対して、ケアする側は自分の方針を押し付けるのではなく、継続的な関係の中で「応答する」(respond)ということである。第3に、ケアリングに際して、知識の重要性は指摘されているものの、それが能力的な要件としては規定されていない。第4に、ケアの対象は、人間に限定されず、成長や自己実現を必要とするとケアする側が感じるようなものであれば、芸術作品や概念のようなものであっても構わないということである。

第1、第2の特徴からは、第2節で示したニード/QOLの不可知性に対応する第3のアプローチと基本的に同質的な内容をケアの条件として主張していることがわかる。これに対して、第3、第4の特

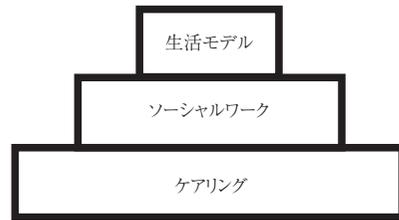


図3

徴は、ケアはケアする側の主観的条件を充足していれば良いのであって、支援として意味のある結果が出ることも、ケアされる側がケアされていると了解している必要もない。つまり、帰結主義的な概念ではないということを主張しているといえよう。

次に生活モデルにゆくまえに、生活モデルを含めソーシャルワークの諸流派が共通の基盤的な技法とみなしているものにバISTECKの「ケースワークの7原則」がある。この内容については、バISTECK自身が明確に述べているだけでなく、多くの論者が解説をしているので、そちらに譲ることとしたい²²⁾。ただ、読者に是非確認して頂きたいのは、この7原則が、いずれもケアリングが支援としての結果をもたらすために必要なスキルについての言及として理解できるということである。

そして、生活モデルは、ケアリングを前提しつつ、またソーシャルワーク全体に共有された技法としてのバISTECKの7原則を踏まえながら、エコシステムの支援を強調する方向にアレンジしたソーシャルワークの一種であるといえる。

上の議論を図で示すと、図3のようになるだろう。一見なんでもないような図だが、これに関して、以下2点述べておきたい。

第1に、生活モデル的支援とは、本来的に特別なものでも新しいものでもないということである。たしかにソーシャルワーク史的にみれば、1970年

²¹⁾ Mayeroff(1971,p. 1)。

²²⁾ Biestek (1957)。確認されたいのは、バISTECKの叙述から、メイヤロフの言うケア/ケアリングと、当事者個人との繋がりやなかった他者が一定期間のうちに支援としての結果を出せるようにケア/ケアリングに工夫を凝らした部分を除去したときに、意味のある内容がほとんど残っていないということである。本稿とは問題意識を異にするが、解説としてたとえば結城(2013)第3章はわかりやすい。

代ごころから喧伝されるようになった方法であるとはいえるのだが、当時から、ソーシャルワーク業界においても、何が新しいのかわからないという「批判」が散見されてきた。実際のところ、生活モデルが強調していたエコロジカルな認識方法にしても、実際にやっていることといえば、結局のところ当事者の話をよく聴いて、状況の複雑な様相を理解するということであって、熟達したソーシャルワーカーであれば、「生活モデル」という名称が与えられる以前からやっていたことにすぎないともいえる。その意味では、生活モデルは、ソーシャルワークの専門領域の1つというよりは、ソーシャルワークの普遍的な部分を中核とする中庸的支援技法であるといえてよい²³⁾。

第2に、この図3の構図こそ、生活モデルと効率性とを両立させる最大の鍵ではないか、ということである。元来生活モデル的支援は、当事者の生活問題をエコシステム的に把握し、さまざまな社会資源を結び合わせるということをし、寄り添いの中で継続的に行っていくものであり、他に簡便な方法がある場合には、相対的に効率の悪い方法であることは確かである。その一方で、私たちの社会は、実のところケアリングで溢れている。私たちは、いつでも他者のことを気遣っているのではない。時には自分自身の利益だけを考えるし、他者をそのために利用しもある。だが、同時に誰かの指令を受けなくとも、他者を気遣い、他者のために何かをしようとする態度が、あちらこちらにいつも現れてくる。

その多くは、スキル化されておらず、生活問題を抱えている人にとって効果をもたないのが普通である。だが、もしこれをスキル化することがで

きれば、自発的な活動によって、生活問題を抱える人びとに広く生活モデル的支援を行き渡らせることができるかもしれないのである。この点については、本稿の最後で再説しよう。

Ⅵ 社会保障モデルの限界支援効率逓減理論

前節までの議論を踏まえて、1970年代以降、社会保障モデル的支援の行き詰まりおよび生活モデルへの支援の重点の以降が主張されなければならなかったのか、について簡単な理論モデルを考えよう。

さて、最初に検討しておかなければならないのは、生活モデルと社会保障モデルとの間で効率性に関する比較がいかんして可能であるか、という点である²⁴⁾。生活モデルの場合、QOLの探索過程支援が基本的な方針であるが、これを評価するためのQOL尺度を見つけることが原理的にできないことは言うまでもない。社会保障モデルについても、目標はあくまで代理指標なので、その目標が達成されたことがQOLという観点からどのような意味をもつのかを評価する方法はない。つまり厳密な意味ではいずれもQOLに関するアウトカムで評価することができない。

そこで、ここでは、結果はどうあれ支援の届いた人数を支援のために投入された費用で除したものを支援効率と考えよう²⁵⁾。これは1人あたりの支援コストの逆数である。また、追加的に支援を受ける人数が1人増えたときの支援コストの逆数を限界支援効率と呼んでおこう。

ここで社会保障モデルに基づく生活支援を実施する政府があるとして、この政府は、最も効率的

²³⁾ にもかかわらずこの「中庸」を、ことさらに強調し直す必要があったのは、小松(1993)などで詳述されているように、特にソーシャルワーク理論の先端地であったアメリカにおいて、心理学・精神医学の応用を意識した医学モデル寄りのソーシャルワークが流行していたからであるといえよう。

²⁴⁾ 岡村(1956, 1981)は、「社会関係の2重構造」概念を用いて、「社会制度」による支援とソーシャルワークによる支援を性質を異にする支援形態として区別しており、これは本稿における生活モデルと社会保障モデルに類似している面がある。ただし、岡村の議論の問題は、現実の生活問題に対して、その優劣・成否はともかくも、「社会制度」とソーシャルワークのいずれからアプローチされる場合があるということを見過している。詳細については、猪飼(2015)を参照されたい。

²⁵⁾ 不特定多数向けの社会サービスについては、実際にそのサービスを利用した人数をカウントすることにしよう。

に支援が行われるようにさまざまな施策を実施するでしょう（功利主義的政府）。このとき、政府は、合理的に行為する限り、もちろん予算の範囲内で政策効率が高い順番に施策を実施することになる。

このとき、以下の2つのことが起きることになるだろう。第1に、社会における生活問題自体に著しい変動がない限り、社会保障モデルによる支援が進むにつれ、多くの人びとに共有された生活問題が消失してゆき、残る問題はより小さな集団や個人の抱える生活問題へと移行してゆく。それにしたがって、生活課題別の支援アプローチをとる社会保障モデルの支援効率は減少してゆくことになる。

第2に、支援効率の高い順に介入することを前提とすると、当初は生活問題の当事者の生活の安定を回復するスキルが担保されている生活課題が優先的に支援されることになるであろう（当事者解決的方法）。だが、支援が進むにつれ、抽出的方法による支援に重点が移ってゆくことになる。いうまでもなく、当事者解決的方法に比して抽出的方法で介入する方が手間がかかるので、これも支援効率を下げてゆく要因となろう。さらにエコシステムの支援以外に難しい困難ケースに対しても、社会保障モデルによる支援を適用しようとするれば、限界支援効率は著しく小さくなってしまふであろう。

つまり、社会保障モデルの場合、支援が進むにつれ、施策の対象となる集団は小さくなり、また、生活問題の性格も手間のかかる扱いにくいものとなってゆくのである。

さらに、社会保障モデルは、元来複雑な性格をもつ生活問題に対して、効率性を優先して、強引な単純化をすることで成立している支援モデルなので、当事者のエコシステムに照らしてみると、的はずれな支援をする可能性が大きい。このた

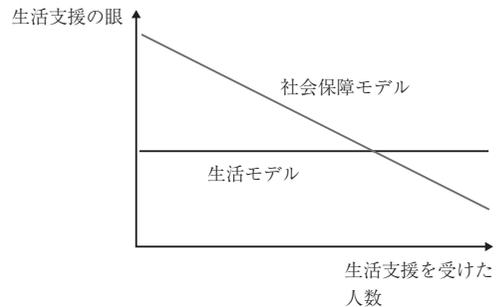


図4

め、とりあえず支援が当事者に届いて、支援が狙い撃ちにしてしている生活課題が解決しても、生活の安定の回復にはいたらず、あらたに支援を必要とする人の列に並び直す可能性が相対的に大きい。この点を考慮に入れて支援効率を調整すると、おそらく限界支援効率は下方にシフトすることになる²⁶⁾。

これに対し、生活モデルによる支援はどうか。生活モデルの場合、一人ひとりの生活問題のエコシステムに立ち入ってゆく個別支援（ケースワーク）が基本である。そして個別支援の限りでは、基本的に支援者が増えていっても手間は同じなので、その限りでは限界支援効率は一定である。

図4は、生活モデルによる限界支援効率を一定と仮定してグラフにしたものである。社会保障政策が開始された当初は、マスに働きかけることができる手間のかからない施策が効果を発揮するので、社会保障モデルの支援効率は生活モデルよりも高い。ただし、施策が進行するにしたがって、次第に歩留まりが悪くなるように支援効率は逓減してゆく。そして、いずれは生活モデルとの間での優位が逆転する閾値に到達するということがわかる。

加えて、生活モデルの場合、実は、当事者同士を集団化することで支援の効果や効率を高めたり

²⁶⁾ 社会変動が大きい社会の場合、人びとの生活問題の内容が常に再構成されるので、結果として、社会保障モデルで手当すべき大型で単純な施策のチャンスが回復する可能性がある。そのような場合、社会保障モデルの限界支援効率のカーブはなだらかになるといえよう。Taylor-Gooby (2004) や宮本 (2013) は、「新しいリスク」としてこのような社会変動があり、これに対する対応が社会政策に求められるものであると解している。筆者自身は、このような解釈に懐疑的であるが、いずれにせよ本稿の理論の成否に関わる論点であることはたしかである。

するグループワークや、さらに支援に際して共通して利用する社会的資源や制度を整備する（コミュニティオーガニゼーション、ソーシャルアクション）のような方法で、支援対象者を増やしてゆくことで、より効率的な支援を実現することができる。つまり、生活モデルの場合は、基本的に限界支援効率は上昇してゆくと考えられる。この過程が早い段階で進行しているほど、閾値は左にシフトすることになる。

本節の理論モデルは、ある意味では当たり前のことを主張しているといえよう。効率のよい手段から順に手を付けてゆけば、やればやるほど限界的な効率性が下がってゆくというのは、品質改善などにも共通するありふれた事象にすぎない。問題は、工場などで行われるような品質改善の場合、ほどほどのコストでかなり満足のゆく品質に到達することができるのに対し、生活支援に関しては同様の結果、生活問題自体が重要な意味を持たなくなる状態に到達することはできないということである。その背後には、人びとの生活の複雑性が大きいことがあるといえる。

仮説的に言えば、1970年代に日本を含む先進各国で生活モデル的支援の必要性が事実上主張されたのは、次のような事態が起きていたからではないか。すなわち、戦後先進国において一斉に始められた大規模な社会保障が、目標が明瞭で単純な手段で効果が上がる政策から順次実施していった結果として、1970年代には、そのようなわかりやすい生活問題が枯渇してきていた、と。これを図4でいえば、社会保障モデルは戦後徐々に限界資源効率を下げてゆき、1970年代に生活モデルの閾値に到達したのではないかと、ということである²⁷⁾。

本稿の理論はごく単純な理論モデルにすぎない。だが、単純であるがゆえに、私たちの生活問題が複雑であるということ前提としさえすれば、必然的に作動する論理であることも確かであるよ

うに思われる。いずれにせよ、この論理が、現実の社会においてどの程度効いているのかについては、今後の実証を俟たねばならない。

Ⅶ 功利主義的な社会における生活モデル

前節の理論モデルが、社会保障モデルから生活モデルへ重点を移行することを説明するモデルとなるということの意味について一点述べておくべきことがある。それは、社会保障モデルと生活モデルのいずれかが選択されたり、組み合わせられたりするの、判断基準に効率性が使われるのはなぜかという問題と関わっている。

そもそも、人びとに対して文字通りの生存権保障を可能なかぎり厳密に遂行しようとする国家があるとすれば、効率の観点から生活モデルと社会保障モデルとを取捨選択するということは起こりえない。というのも、生存権を厳密に実施するとは、社会のすべての成員に対して「生存」を保障することを意味するので、そもそも社会保障モデルのように、効率性の観点から、支援対象を選択することを許容しないからである。このような社会における生活支援は、基本的に社会の成員に普遍的に生活モデル的支援の網をかけた上で、可能な範囲で社会保障モデルを組み合わせることで効率化を図るという構造になるはずである。

相対的にこのような社会に近いのは北欧諸国であるように思われる。たとえば「ノーマライゼーション」(normalization)は、北欧諸国では生存権を含む基本的人権が普遍主義的に充足されることと解されているといえる。このような概念が社会目標として合意される社会では、生活モデル的支援については効率を考えるまでもなく、基軸的支援として活用されることになる。

対して、日本を含む大部分の先進諸国は、生活支援を功利主義的な観点から実施する福祉国家で

²⁷⁾ Esping-Andersen (1990)などが指摘していたある「逆説」について言及しておきたい。すなわち、福祉国家の発達史の過程で、福祉国家の「黄金期」といわれた1960年代において、それ以降の危機の時代と比して先進諸国では福祉国家の規模ははるかに小さかったという逆説的な状況がみられたことについてである。本稿の理論によれば、前者が黄金期で、後者は危機の時代とみなされた大きな理由の一つは、後者に比べて前者の方が効率が高く、社会保障の正統性が担保されやすかったという点にあると説明できるだろう。

あるといえよう。これらの国々が、なぜ生存権保障を真面目に追求しようとしなないのかといえ、生存権保障についてはほどほどで済ませて、節約した資源を別の有効な用途に使った方が、社会にとってよいという功利主義的な判断をしているからにはかならない。日本についてもこの傾向は明らかであろう。日本国憲法第25条の解釈として、最高裁は一貫して、それがプログラム規定的な条文であり、具体的に特定個人に生存権が保障されるかは事情による、という立場を取り続けてきたし、生活保護制度の捕捉率の低さなどに典型的に表れているように、実際の政策としても功利主義的な性格が随所にみられるといえる。

本稿の理論モデルが主張しているのは、功利主義的な社会においても、功利主義的な価値基準に照らして、生活モデルをより活用した社会政策が合理的であるような社会が到来しつつあるということである。言いかえれば、日本のような人びとの福祉に対して相対的に冷淡な社会においても、北欧型の福祉社会に類似した、一人ひとりに寄り添う支援を行う社会が実現可能なものとなる歴史的な条件が整ってきているということである。

Ⅷ 結語：ケアの社会政策への展望

従来の社会政策学や社会保障論は、ケアやソーシャルワークを研究対象から除外するか、除外しなくとも、政策によって提供された諸制度にうまく取まらない人びとに対して、サービスを微調整する「フィッター」的な、従属変数的な存在とみなしてきた。これに対し、ソーシャルワークを主要な研究領域としてもつ社会福祉学も、こちらはこちらで、「社会福祉の固有性」のような概念にしがみついて、領域を守ろうとする傾向が強く、生活モデル的支援の重要性の増大に見合った社会政策における位置づけを要求してこなかった。

これに対して、本稿が論じてきたのは、上のような社会政策学も、社会福祉学も、そのままではまとめて時代遅れのものになる、そういう状況にあるのではないかということである。

本稿を閉じるにあたって、先進国の生活支援が

生活モデル的支援にその重心を移してゆこうとしているとすれば、それは社会政策にとってどのような意味をもつのか、そのとき社会政策はどのような対応を要請されるのか、その展望について例示的に論じておこう。

第1に、従来の社会保障の基軸的概念の1つであるナショナルミニマム概念は、生活モデル的でないということである。生活モデルの基本的な支援は伴走／寄り添いであり、事前にゴールを定めることも、投入されるべき社会資源を決めておくこともできない。要するに支援のあり方は、当事者ごとにまちまちになるのが自然である。それは直ちに生活にとっての主に物質的な最低条件を定めることを否定するものではないが、少なくとも保障される生活の最低限までしか支援しないという考え方は決して相容れない。つまりベヴァリッジ報告の伝統を汲む戦後福祉国家が認定した、ナショナルミニマムを境にそれより下は生存権の領域、上は自由権の領域という階層構造と、生活モデルは相容れないのである。

第2に、これに対応して、生活モデル的支援を基軸とする社会においては、公平性の意味も変化せざるをえない。すなわち、従来、私たちの社会では、社会資源が同じ条件で利用できることこそが公平性の意味であるとされる傾向にあったといえる。とりわけ行政組織においてはその傾向が強かったといえるだろう。だがこのような意味での公平性は、生活モデル的ではない。むしろ生活モデル的公平性とは、支援を必要とする人が誰も置き去りにされないことである。

第3に、このような生活モデル的公平性を、いかに功利主義的な社会において現実のものとするかに、ケアの社会政策は真剣に取り組まなければならないということである。本稿の理論が示すように、社会保障モデルに比して生活モデルが効率の点で優位に立つとしても、自動的に誰も置き去りにされない社会が現出するわけではない。

生活モデルそのものは丁寧で手間のかかる支援であることは変わらないので、たとえば職業ソーシャルワーカーに全てを担わせようとすると、一定の財源が必要になることは確か、これを調達

できなければ、功利主義的な観点から一定の生活困難当事者を置き去りにすることを許容する社会でありつづけることになってしまうかもしれない²⁸⁾。その結果として、私たちの社会は、「真に支援を必要とする」生活困難者を選別するということが求められる社会（選別主義的社会）になってしまい、井手（2015）や井手・古市・宮崎（2016）の主張に沿っていえば、そのような選別する社会は、税負担についての合意を取り付けることをさらに難しくし、結局生活モデルの支援に必要な財源を見つけることがもっと難しくなる、という悪循環に入ることになるかもしれない。

このような悪循環を回避する方法はあるだろうか。筆者は、第5節で述べたケア／ケアリングの遍在性にその鍵があるのではないかと考えている。実のところ、私たちの社会には、スキル化することで生活モデルの支援に転換できる潜在的な資源が膨大に存在している。その意味で、私たちの社会は本質的に「ケアする社会」なのである。とするなら、支援を必要とする全ての人がこの「ケアする社会」と接続できるようにすること、およびケアに関わる可能性のある全ての人＝この社会の成員全員が、ケアを支援として成立させるスキルを習得できる社会を構想することができれば、生活モデル的支援に関する需要の多くを、「ケアする社会」が引き受けることができるだろう²⁹⁾。このような「ケアする社会」の力を最大限活用することは、ケアの社会政策にとって理論的にも実践的にも重要な領域となるのではないかと筆者は想像している。そして、それによって井手らの意味での悪循環から、私たちは脱出できるかもしれない³⁰⁾。

最後に、「ケアする社会」についてもう1つだけ付言しておきたいことがある。それは、ケアの倫理学の成果が示すように、ケアの現場が、それ自

体功利主義に対抗力をもつ正義の立ち上がる場でもあるということである³¹⁾。とするなら、ケアの現場に生起する正義が社会に幅広く行き渡ることは、社会全体の功利主義的な性質自体を変える力を持ちうる可能性があるといえる。

いずれにせよ、上に挙げたようなことはあくまで例示すぎないだろう。というのも、本稿の理論が主張するように、生活モデル的支援の重要性が、私たちの社会において増大する構造的な要因があるとするなら、社会政策が対応しなければならぬ論点は、もとより筆者が想像できるよりも遥かに広範で多岐にわたっているはずだからである。ともあれ、筆者としては、社会政策学者にはケアと生活モデルの重要性を、社会福祉学者には、自らが関わってきた領域が社会政策のフロンティアになりつつあることを、そして実践家には、自らの実践の意味を言葉にすることの意義を、本稿を1つの触媒として理解していただければと思う。

参考文献

- 猪飼周平（2010）『病院の世紀の理論』有斐閣。
 猪飼周平（2011）「地域包括ケアの社会理論への課題 - 健康概念の転換期におけるヘルスケア政策-」『社会政策』第2巻第3号，pp. 21-38。
 猪飼周平（2015）「[制度の狭間]から社会福祉学の焦点へ -岡村理論の再検討を突破口として-」『社会福祉研究』第122号，pp. 29-38。
 井手英策（2015）『経済の時代の終焉』岩波書店。
 井手英策・古市将人・宮崎雅人（2016）『分断社会を終わらせる 「だれもが受益者」という財政戦略』ちくま選書。
 岩田正美（1991）「ニードと資源」（大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政』法律文化社，第3章）。
 岩田正美（2000）「社会福祉とニード -ニード論再考」（右田紀久恵・秋山智久・中村永司編『21世紀への架け橋～社会福祉の目指すもの 第1巻 社会福祉の理論と政策』中央法規出版，第3章）。
 岩田正美（2008）『社会的排除』有斐閣。
 岩田正美（2015）『社会福祉のトポス 社会福祉の新た

²⁸⁾ 行政サービスは予算制約が強ければ強いほど功利主義的に行われやすいことは自明であろう。

²⁹⁾ これが旧来の共同体にみられる互酬性の論理とは異なることには注意が必要であろう。というのもケアは本来的に自発的で報酬を求めない態度・行為の類型に属しているからである。

³⁰⁾ 社会資源としてのケアは、社会関係それ自体ではない。それは、たとえば社会関係資本（social capital）概念と同一ではなく、むしろある種の社会関係資本の源泉をなすものであるといえるだろう。

³¹⁾ Gilligan(1982)。また邦語での解説としては品川（2007）参照。

- な解釈を求めて』有斐閣。
- 上田敏 (1983) 『リハビリテーションを考える -障害者の全人的復権-』 青木書店。
- 上田敏 (1984) 「ADLからQOLへ リハビリテーションにおける目標の転換」『総合リハビリテーション』医学書院12巻4号, pp. 261-266。
- 太田義弘・秋山薊二編 (2005) 『ジェネラル・ソーシャルワーク』 光生館。
- 岡村重夫 (1983) 『社会福祉原論』 全国社会福祉協議会。
- 三浦文夫 (1985) 『社会福祉政策研究』 全国社会福祉協議会。
- 児玉聡 (2012) 『功利主義入門』 ちくま新書, 第6章。
- 小松源助 (1993) 『ソーシャルワーク理論の歴史と展開 先駆者に辿るその発達し』 川島書店。
- 品川哲彦 (2007) 『正義と境を接するもの 責任という原理とケアの倫理』 ナカニシヤ出版。
- 白澤政和 (1975) 「アメリカにおけるソーシャル・ケースワークの新しい動向」『大阪市立大学生活科学部紀要』 第23巻, pp. 41-51。
- 武川正吾 (1991) 「社会政策・社会行政論の基礎概念」(大山博・武川正吾編『社会政策と社会行政』 法律文化社, 第2章)。
- 福原宏幸 (2007) 「社会的排除／包摂論の現在と展望 パラダイム・「言説」をめぐる議論を中心に」(福原宏幸編『社会的排除／包摂と社会政策』 法律文化社, 第1章)。
- Biestek, F. (1957), *The Casework Relationship*, Chicago, Loyola University Press.
- Byrne, D. (2005), *Social Exclusion*, New York: Open University Press.
- Doyal, L. and Gough, I. (1991), *A Theory of Human Need*, New York: Guilford Press.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, N.J. : Princeton University Press.
- Forder, A. (1974), *Concepts in Social Administration: a Framework for Analysis*, London ; Boston : Routledge & K. Paul.
- Germain, C. B. and Gitterman, A. (1980), *The Life Model of Social Work Practice*, New York : Columbia University Press.
- Gilligan, C. (1982), *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
- Gough, I. (2000), *Global Capital, Human Needs, and Social Policies : Selected Essays, 1994-99*, New York : St. Martin's Press.
- Henderson, V. (1960), *Basic Principles of Nursing Care*, International Council of Nurses.
- Maslow, A. H. (1943), 'A Theory of Human Motivation', *Psychological Review*, 50, pp. 370-396.
- Mayeroff, M. (1971), *On Caring*, New York, Harper & Row.
- Robson, A. W. (1976), *Welfare State and Welfare Society: Illusion and Reality*, London : Allen and Unwin.
- Taylor-Gooby, P. (2004), *New Risks, New Welfare: the Transformation of the European Welfare State*, Oxford ; New York : Oxford University Press.

(い・か・い・し・ゆ・う・へい)

Theoretical Foundation of Social Policy for Caring

Shuheï IKAI*

Abstract

Since the 1970s, building a social support system for the people with difficulties that incorporates the complexity of their daily life problems has been long considered urgent. Social policy, however, has not yet succeeded in adapting itself to the above complexity. It is partly because the significance of the social support based on the life model has not yet been theorized properly in social policy. By examining the three support models in social policy (the life model, the social security model, and the medical model), this article explains the mechanisms that the life model was gradually taking over the two other models in terms of efficiency after the 1970s. It also discusses what kind of problems this life model-based social policy should tackle.

Keywords : the life model, caring, social support, social policy, national minimum

* Professor, Hitotsubashi University

ケアサイクル論

——21世紀の予防・医療・介護統合ケアの基礎理論——

長谷川 敏彦*

抄 録

高齢者ケアの実態に即し、古典的ケア過程論、ケアの5段階論を批判的に吟味し、「ケアサイクル論」として新たに提案した。その背景となる日本の社会、人生、家族、疾病、障害、死亡の転換について述べ、ケアサイクルの目的、定義、疫学、評価とそのための図示法「ケアサイクログラム」を提案した。次いでケアサイクル理論の臨床レベルでの応用としてケアの意思決定の場合や、システムレベルでのマネジメントへの応用として行政や事業の場合について述べた。更にケアサイクルを発展応用した新しい予防概念、「5つの予防」を提案し、それに基づくと公衆衛生学、医学、社会福祉学が統合された理論や方法論としてとらえることが出来ることを示した。まとめると、ケアサイクルの考え方は、現在進行中の地域包括ケアシステムの構築と実践に有用である。

キーワード：ケアサイクル、人口遷移、ケアサイクログラム、地域包括ケアシステム、5つの予防、進化生態医学

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp.57-75.

I はじめに

日本の医療、介護、そして福祉の現場では、今、大地殻変動が起きている。「人口構成の高齢化」、「疾病構造の転換」、「社会の変動」、更に、「ケアの技術革新」が一挙に押し寄せて、ケアのあり方が大きく変化しつつあるからである。その結果、医療ケアにおいても介護ケアにおいても、その「目的」、それぞれのケアどうしの「関係」、ケアの「場所」、そしてケアを担う「人材」が、大きく転換している。

今日のケアは、医療においても福祉において

も、又、保健においても、19世紀にその起源を持つ。当時、平均寿命が50歳以下で、「若年期の単一疾患・単一エピソード」や「疾患後の固定された障害」に対応するために開発され、発展してきたケアの体系である。今日の地殻変動とそれに伴う混乱は、変化した需要や価値観に、従来のケアの枠組みを当てはめることによるズレから生じている。制度を設計・運営する行政官も、システムをマネジメントする経営者も、ケアを提供する専門家も、そして、それを利用する利用者も、無意識に形づくられてきたこれまでの価値観や考え方に捉われて、現実に対する認識を誤り、不要な混乱・摩擦を招いているのではなからうか。

* 一般社団法人未来医療研究機構 代表理事

本論文では、今日の地盤変動の背後にある「人口の構造」や「人生の過程」、「家族の形態」などの変動、そして、「疾病や障害や死亡の転換」など、その背景を解説する。それに基づき、古典的ケアの概念と現状から必要とされる新たなケアとの相違を明らかにし、現状と未来に対応した新しい枠組みを提案したい。その上で、その理論が、それぞれの関係者やシステム、そして制度にどの様に应用され得るのか、そのインパクトについて述べたい。最後に、今日、政府が提案し、地域でも活発に推進されつつある「地域包括ケア」への应用について、言及する。

これらの考察を通して、21世紀の人類未踏の高齢社会に必要とされる、新しい公衆衛生学、医学、社会福祉学の体系の創出に、ケアサイクル論が基本的枠組みとして必要であることを示したい。もはや、この3つの学問体系は、ケアの提供を通して統合されなければならないと考えるからである。

II 背景

1 人口

日本は、人口構成から見ると、50年後の2060年には、全く別の国になる。歴史的な生殖・生産年齢の上限、そして、長年の平均寿命の50歳を分岐点にし、日本の人口構成割合の歴史的変動を、1868年明治維新から社会保障・人口問題研究所の将来推計終点2110年までの約240年間の変化を分析すると、1970年代まで50歳以下が殆ど、即ち、80～85%で一定あったものが、2060年頃には約3分の1強、即ち40.1%にまで減少して定常化する〔国立社会保障・人口問題研究所（2007）〕。19世紀型から21世紀型人口構成にいわゆる人口遷移（Demographic Drift）を起こすのである。つい40年くらい前までは、子育てや労働を担う若年者中心の人口構成が数世紀に亘って継続していた。それが、ピーター・ラスレットらが言う社会や家族の義務から解放された50プラス、“第3の人生”を中心とする人口に遷移するのである（図1）〔Laslett（1991）〕。

現在の多くの混乱は、現状の課題を19世紀の価

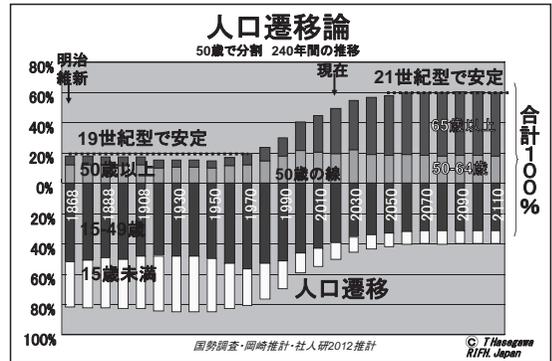


図1 日本の人口遷移

値観の延長上で捉えていることによるものと考えられる。第3の人生は、社会に縛られず、自らの人生の目標を自己実現できる素晴らしい人生で、自分がやりたいことを自由に自己実現することが可能である一方、最後に障害を抱えてケアを必要とし、死に至るという負の側面を併せ持つ。

日本が最初に突入するこの様な21世紀型の社会は、人類史上かつてなかったどころか、何億年にも亘る動物の進化の歴史においてもあり得なかった。自然界では、動物は生殖を終えると死亡するからである。日本は、人類がこの自然の大原則に抗し、動物界で初めての新しい社会を創造することの歴史的役割を負っている。

2 人生

日本の女性の平均寿命は、第2次世界大戦前1936年に49.6歳であったものが、2013年には90.2歳となり、80年間で倍増した。こんな短期間で伸延は、人類史上、例を見ない。

これまでの人生は、勤労者の場合、55歳で定年退職し、間もなく疾病で死亡するという、人生の第1と第2ステージが中心であった。近年では、平均余命は急速に伸延し、65歳平均余命は、男19.3年・女24.2年となり、更に伸び続けている。20歳から65歳までの1日労働時間を9時間とすると総労働時間は約10万時間となり、65歳以上で余命20年とすると非睡眠時間もやはり約10万時間となる。人生の重点は、次第に高齢に移動してきている。

集団の寿命ではなく個人の生存率で捉えるに

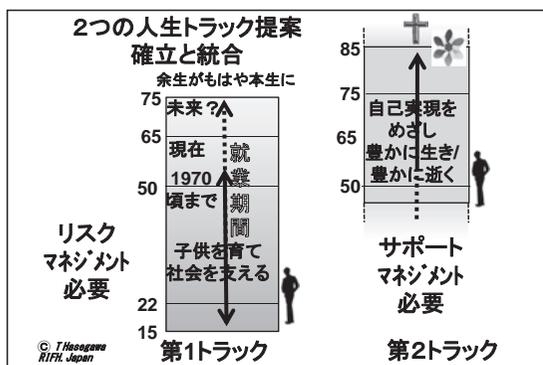


図2

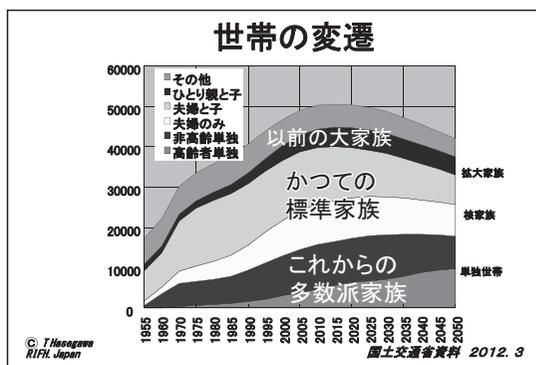


図3

は、世代別のコホート生命表分析が必要となる〔国立社会保障・人口問題研究所（2007）〕。国立社会保障人口問題研究所の2012年将来推計に用いられた生命表を用いてコホート生存率を分析すると、1960年生まれ、現在55歳の世代の100歳での生存率が17.5%、1950年生まれ、団塊の世代の現在65歳の生存率でも16.1%と、現在、生きている全ての日本女性の5～6人に1人は100歳まで生きることとなる。おそらく、社会の方でも個人においても、その様な可能性についての心の準備、資産の準備は、まだできていないのではなかろうか。100歳まで生きるとすると、65歳以降の非睡眠時間は、17万時間に上る。

今後のライフコースを考えると、定年が延長され、かつての55歳が60歳、最近では65歳となり、更に70歳や75歳までの延長、そして、生涯現役といった議論がなされている。定年を延長することは、従来の“第2の人生”を延長する意味では、新しい高齢社会にはふさわしくない。何故ならば、議論の背景には、定年以降は余生なのだという考えがあるからである。もはや、その余生が本生なのである。むしろ、社会的な役割りを果たし終えるまでの人生第1・第2ステージをまとめて人生の第1トラックとし、それ以降の人生を定年より少し早目に始め、死で終わる人生の第2のトラックと捉える必要があるのではなかろうか。

21世紀は、人生第2トラックの価値観や活動を中心とする社会へと遷移する（図2）。

3 家族

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2030年頃、日本の男性の生涯未婚率は29.5%に、女性は22.6%まで増えると予測されている。しかも、近年、離婚数は上昇し、年間結婚数の34.5%に上る。大雑把に言えば、2030年以降の社会では、3分の1程度が未婚、コホートでの値ではないが、3分の1程度が離婚の可能性、そして、残りは添い遂げてもその半分は単身・おひとり様で終わることとなる。

事実、世帯の形態の変遷を見ると、かつては、4～5人の標準世帯が中心であったものが、今後は単独世帯、とりわけ、高齢者の単独世帯が増加し、2015年現在、560万から2050年には980万と倍増すると予測されている（図3）〔国土審議会政策部会長期展望委員会（2011）〕。

家族形態も、高度経済成長を支えた核家族から、今後は極めて多種多様となり、ケアの担い手の中心も、もはや家族を想定できない。地域全体・社会全体が家族として機能することが必要となる。

4 疾病

若年者では、疾病は、外傷や感染症など外的な原因を中心に、単一の疾病が単一エピソードで発症する場合が多かった。中年期には、高血圧・糖尿病・高脂血症など、いわゆる生活習慣病が発症し、長期継続すると、脳卒中や心臓病などの血管系の重篤な合併症を発生させてきた。又、細胞の

再生異常であるがんも増加し、併せてかつては3大成人病と呼ばれてきた。これらは老化に伴う病変で、早期退行性病変 (early degenerative disease) と呼ばれる。これらが管理されると、高年期には、認知症やパーキンソン病などの神経系の疾患が発症し、運動器の障害により歩行障害、いわゆるロコモティブシンドロームが増加する。そして、老弱化に伴い様々な機能の障害が発生し、いわゆる寝たきりに移行する。これらは晩期退行性病変 (late degenerative disease) と呼ばれる。「疾病構造」は老化に伴い、早期退行性病変から晩期退行性病変へと変化するのである (図4) [Omran (1971); Olshansky (1986); Santosa et al. (2014)]。

「疾病数」も、若年期から中年期にかけて、「単一疾患」が繰り返される様態から「複数疾患」が継続する病態へと変化する [Caughey (2008); Van

Oostrom et al. (2012)]。

更に、「疾病の過程」の自然史も、「別々に切り離されたエピソード」から「継続する慢性疾患の増悪化が繰り返されて死亡する」という形態に変化する (図5)。

日本の医療需要も、人口の高齢化に伴い、疾病の種類・数・経過において、高齢者を中心とするものへと、ここ数十年間で大きく変貌した。今後は、その高齢者の医療需要が中心になると想定される。

5 障害

障害も人口の高齢化と共に変化している。高齢者では要介護状態は、男女共に75歳以上 (後期高齢者) から増加を始め、男性では95歳で、女性は少し早く90歳で、ほぼ全員が要介護・要支援の状態となる。認知症もほぼ同様の有病率の経過をたどり、軽度認知症 (MCI) を含めると、85歳 (最後期高齢者) でほぼ100%となる。その他、難聴や白内障などの感覚器並びに歯の喪失による咀嚼障害が頻発する (図6) [厚生労働省 (2010, 2012); 朝田ほか (2013); 内田ほか (2012)]。

障害の過程も、若年者では、重篤な疾患の後に障害が残ってもその「容態が固定する」のに比して、高齢者の場合は、重篤な疾患の後、疾患のみならず障害を伴うことが多く、又、そのエピソードが繰り返される毎に「障害の重度が増す」といった経路をたどることが多く、最期は「全ての機能を失う」死亡に終わる。

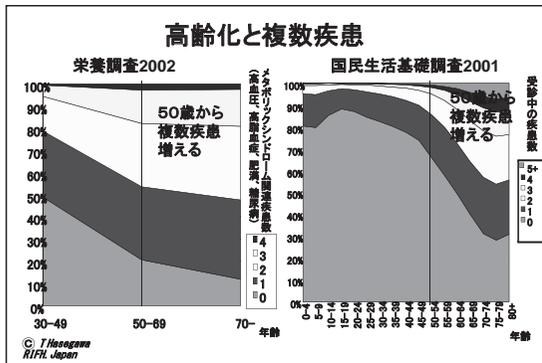


図4

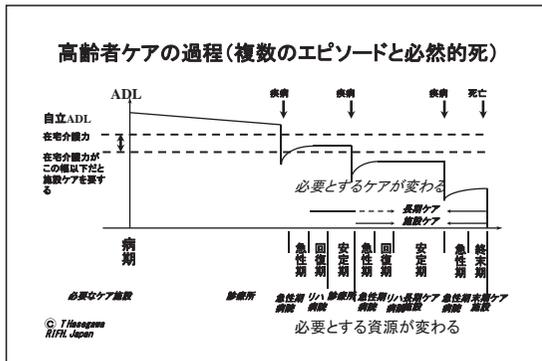


図5

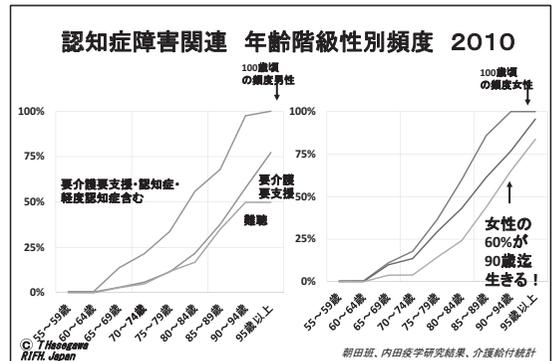


図6

6 死亡

死亡年齢を見ると、1950年代には、50歳以下が約半数を占めていたのが、1970年頃には約20%に低下し、次第に75歳以上が増加を始めて、2014年には80%を占めるに至っている。国立社会保障・人口問題研究所の2012年推計によると、2030年以降、殆ど、つまり90%が75歳以上になると予測されている(図7)〔国立社会保障・人口問題研究所(2007);厚生労働省(2011)〕。

前述の人生・疾病・障害と、この死亡年齢の変化を併せて死亡の過程を分析する。第二次世界大戦以前は、若年期に突然、外傷や感染症などで急死する例が多かったのに比して、第二次世界大戦後は、退職後や子育て終了後の早期に脳卒中などの生活習慣病の重篤な合併症で突然に死亡する例が多かったと言えよう。その後、寿命の延長と共に、重篤な合併症は次第に高齢期に移行し、近年では、75歳以上、要介護状態で疾病の重篤化を繰り返しながら死亡するケースが増加している。かつての、若年者の「不慮の死」、中年及び初老期の「ピンピンコロリの死亡」から、近年では、死と向き合いながら医療と障害が「長期に続いた過程」を経て死に至る形へと転換していると言えよう。

突然の死は、本人にとっては恐怖であるのと同時に、周りの家族には大きな悲しみをもたらす。しかし、長期の療養とケアの果てに高齢で不可避な死を迎えることは、かつては大往生と祝福されてきた。統計的にみると、ピンピンコロリは難しいばかりでなく、それを願望とすることは、本人

にとっては幸せでも、周りにとっては大きな迷惑である。この様に、50年間に大きく変わってきた死の形を踏まえて、もう一度、死の意味を問い直す段階に来ていると言えよう。

2016年の1月、全国5大紙や主要雑誌を2面抜きで飾った凶は、多くの人々に衝撃を与えた。疾病を患う女優、樹木希林氏が、水面に横たわり死に行くオフェリアを演じて、「死ぬときぐらい好きにさせてよ」とコメントされていたのである。つまり、死に行く人に本人の好む死の形を選んでもらい、それを支えることが、医療の大きな目的となったことを象徴している。

2010年の死亡者数は119万人であったものが、2040年には170万となり、1.5倍に増加すると予測されている。2010年の医師数が29.5万であると考えれば、1人の医師が平均で年に4人の死亡診断書を書くといった頻度から、医師数が同じ数と仮定して6人、つまり2ヶ月に1度が変わっていくと想定される。死の看取りが医師の業務として量的にも増加する〔国立社会保障・人口問題研究所(2007)〕。1950年代には殆どが、つまり82.5%の人が自宅で死亡していたものが、1980年には病院が半分を越し、2010年には77.9%、福祉施設での死亡を加えれば85.1%が施設で死亡している。これからは、病院と自宅以外の場所を含めて、どこで死ぬかも選択すべき時代になっているのではなかろうか〔厚生労働省(2011)〕。

考えてみると、無理矢理に不慮の事故で殺される、あるいは、突然死亡するといった人生から、

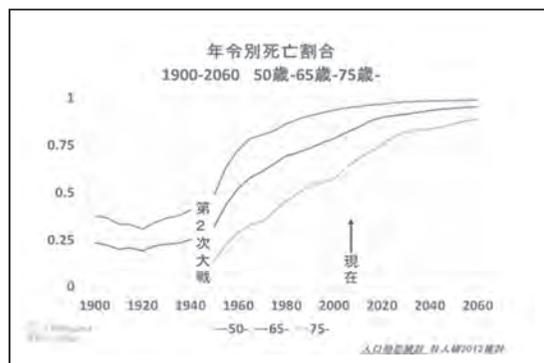


図7

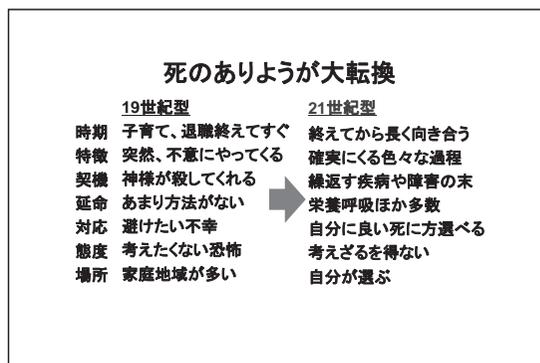


図8

自分で死の過程を選択できようになった21世紀は、素晴らしい時代と言えよう。でなければ、病院のICUであらゆる穴に管を突っ込まれて死亡する、いわゆるスパゲティ症候群は必至である（図8）。

Ⅲ 理論

これまで、ケアの現場で混乱を招いてきた原因は、高齢者ケアのあり方として考えられてきた古典的なケア過程概念が間違っており、足を引っ張ってきたからではないかと考えられる。

そして、行政官が、制度設計するに際しての混乱は、この古典的なケアのプロセスのみならず、長期的なケアの未来展望を欠いていることにもある。

そこで、古典的ケア過程の概念の問題点を指摘し、ケア量がどの様に変化するか、未来予測とケアの目的について論じたい。

1 ケアの種類

教科書で提示された高齢者のケアの種類や過程は、若年者が急性期ケアの単一もしくは回復期ケア、つまり1種類もしくは最大2種類であるのに比して、慢性期ケア（Chronic Care）、急性期ケア（Acute Care）、回復期ケア（Rehabilitative Care）、長期ケア（Long-Term Care）、末期ケア（Terminal Care）の5種類とされ、その順番に発生するとされてきた（図9）〔長谷川編（2002）〕。

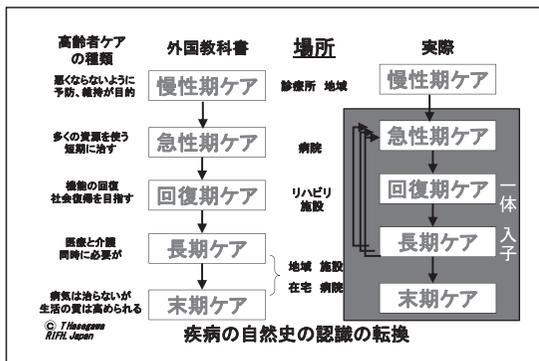


図9

「慢性期ケア」は、高血圧・糖尿病などの慢性疾患を対象とし、重篤な疾患でない場合、診療所や病院の外来でケアできるとされてきた。「急性期ケア」は、資源を要する医療ケアで、通常、病院で行うものとされてきた。急性期ケアを要する疾病は、必ずしも急性期疾患とは限らず、がんのような慢性疾患も含まれ、多様で複雑な資源を要し、通常、短期で解決するケアのことを指している。したがって、主な場である急性期病院は、人員の配置も厚く、種々の医療機器を備え、平均在院日数が短い病院を指す。「回復期ケア」は、高齢者の場合、障害を伴う疾患が多いのみならず、急性期ケアの過程で長期間ベッドに横たわることにより、廃用症候群（Disuse-Syndrome）が発生することが多く、従ってリハビリを必要とする場合が多い。回復期ケアは、急性期病院の内部や付属した施設で提供されることもあり、独立したリハビリの専門病院で提供されることもある。「長期ケア」は、「疾病と障害を抱え、したがって、医療と介護を必要し、通常、死ぬまで続く」と定義されている。疾病も回復期を経て安定しており、医療ケアに関していえば、通常、病院は必要とせず、慢性疾患のケアで、在宅もしくは介護施設でのケアで充分である。最後に、「末期ケア」は、医療的には治癒不可能な疾病で、死に至る過程で疾病を治すのではなく、苦痛や負担を軽減して、QOLを高め、より良き生/死を受け入れることを支援するケアを指す。かつては、急性期疾患が発生し、急性期ケアを行った病院でそのまま看取することも多かったが、近年では、病院内に緩和病棟が設けられたり、在宅での緩和ケアが進められている。

教科書的には、これらの5つのケアは独立して定義されており、患者のケアはこの順に移行していく様に描かれ、したがって、ケアの過程で必要とされる施設に順次移されて行くとして理解されてきた。それぞれのケアが独立して切り離され、それぞれの施設が計画され整備されてきた。

しかし、実際のケアの過程はそうはなっていない。急性期ケア・回復期ケア・長期ケアに突入した後、実は、慢性疾患の急性増悪や別の重篤な疾病の発見などが理由で、再び、急性期ケアを要す

る場合が発生する。すると、急性期ケア・回復期ケア・長期ケアの新たな過程が発生する。それに続き次の3過程が発生するといった繰り返しのサイクルを形成する場合が多いのである。そして、最後に、重篤な疾病を発症するか、障害や機能が衰退して死に至る。いわゆる末期ケアの状態に入る。

従来の古典的なケア過程論は、2つの観点から不十分である。1つは、前述の如くケアがサイクルをなすという実態であり、もう1つは末期ケアの捉え方である。末期ケアは、当初、がんを想定し、全身転移の内に死亡する最期の数ヶ月のケアがモデルとなっていた。しかし、近年、がんのみならず、エイズや脳卒中後遺症など、長期のケアを要する患者が増加した結果、長期ケアと末期ケアがある時点を介して明確に転換するモデルは間違いであるとし、1980年代のランド・コーポレーションの研究により、医療ケアと緩和ケアが次第に併存し、次第に後者に重点が置かれる、順次移行型のモデルが提案されている(図10) [Lunney et al. (2003)]。実は、筆者は、2006年にミュンヘン大学の緩和ケア・ユニットを訪れ、示唆に富む考えを学ぶことができた。当時の病院内のセンター長、ジャン・ボラジオ氏によると、ミュンヘン大学の緩和ケアは、平均在院日数が28日の急性期緩和ケアで、最期まで看取る長期緩和ケアの施設はケルン市に別に存在しているというのである。つまり、がんで末期の状態に入ってもできるだけ家庭や地域での暮らしを重視し、生活の中で

急変が生じた場合、短期間入院し、状態が落ち着いて、必要に応じては回復期ケアを受けて退院し、家で診療を続け、いよいよ最期に看取りの治療を受けることが、当時の南ドイツで一般化しつつあったのである。つまり、末期ケアの中に次第に医療ケアが少なくなるのではなく、ケアサイクルが存在していることとなる。

ひるがえって、長期ケアの定義を見直してみると、「通常死ぬまで続く」とされており、その定義そのものの中に、すでに末期ケアの要素が含まれている。5つのケアの内、障害が発生し、介護が必要な状態においては、実は、それは長期ケアであると同時に末期ケアであり、その中に急性期・回復期・長期・末期のケアが入り子状態でサイクルとして連なって、死に至る構造をなしているのである。

ケアの実態の即して考えれば今までになかった医療や介護の在り方が浮かび上がる。人類は、未だ経験したことのない社会での日本の医療・介護界の体験から、これまでのケア過程理論を捉え直す必要が生じていると言えよう。

2 3つの視点

利用者・提供者・施設の3つの視点からケアのサイクルを捉えてみよう。

「ケア提供者」の視点からこのサイクルを捉えると、慢性期ケアの過程で急性増悪が発症すると、急性期ケアを必要とし、通常、病院で提供された後、回復期ケアが必要となり、それが完了すると長期ケアの段階に入る。地域に在宅の医療や介護の支援が存在すれば、地域で追跡され、次のエピソードが発症すると同じ「サイクル」を繰り返すこととなり、いよいよ重篤となると末期ケアを経て死に至る(図11) [長谷川 (2013)]。

これを、「個人/利用者」の立場やその個人を支援する家族や友人の立場から見れば、ケアサイクルは次第に減衰する「スパイラル」として認められ、急性増悪エピソードにはADLは急激に低下し、急性期ケアと回復期ケアの完了によってADLは改善し、又、次のエピソードを待つ。その様なADLのスパイラルをなし最後には死に至る(図

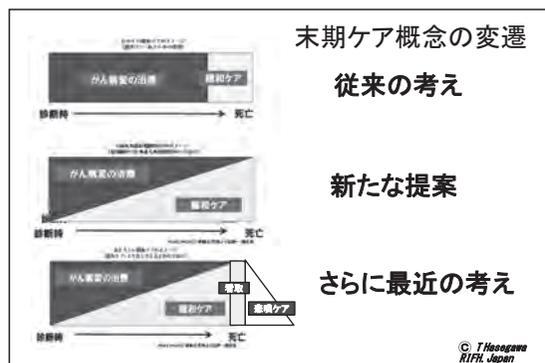


図10

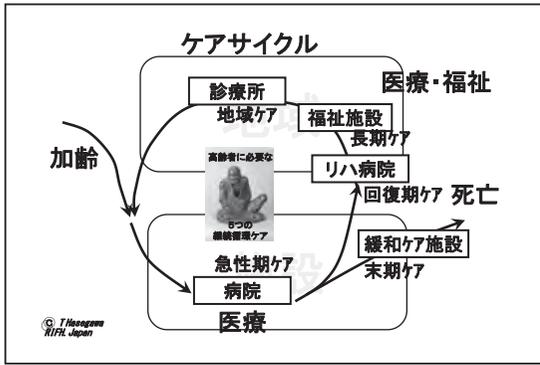


図11

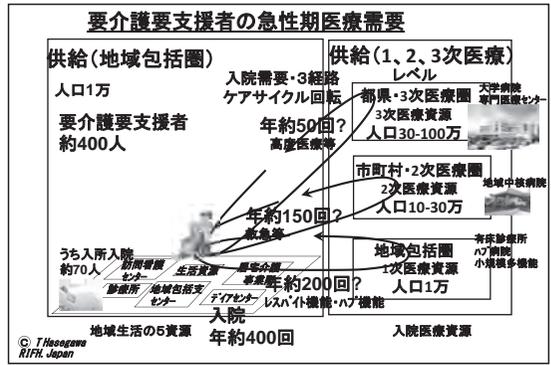


図13

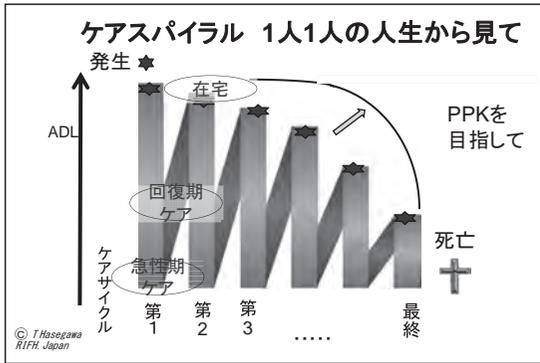


図12

ケアのサイクルは、とらえる視点により、サイクル、スパイラル、サークルとしてみることができる(図13)〔長谷川(2011a, 2012)〕。

3 定義

ケアサイクル論とは、古典的ケア過程論を、実態を踏まえて捉え直し、ケア過程の様態を論じたものである。言い換えると、「長期ケアに入った人に想定されるケアの動的・循環的過程の様態」を指す。

もちろん、長期ケアに入った人の中には、ケアサイクルを経ず亡くなる場合も存在する。特に、地域でのケアが発展し、状態が上手くコントロールされると、その割合は増えると考えられる。逆に、急速な経過をたどって死に至る場合もある。又、まれに、疾病が治癒したり、障害が消失することもあり得る。しかし、大半は動的・循環的過程を経て死に至る。予め、その過程を想定しない限り、ケアを提供するにしてもシステムを構築するにしても、ケアの選択を誤る可能性がある。

ケアサイクル論は、高齢者の分析から出発している。しかし、精神疾患、例えば、統合失調症などは若年に発症し、類似の過程をたどる。死亡まで長い年月を経て、場合によっては中年期に寛解する人もいるので、ケアサイクル論を応用することも可能であろう。又、難病も同様のケア過程を持つ。更には、がんも障害の程度は少なく、介護ケアより医療ケアの必要が多いとはいえ、再発すると同様のケア過程を経て死に至る。

12)。

これを、「施設、とりわけ病院」の立場から見ると、地域の生活を基本とした要介護・要支援者は、急性増悪の発生と共に、急性期ケアが要する場合があります。通常、病院でそのケアが提供される。しかし、病院/入院施設は、元来、資源の程度によって1次・2次・3次に分けられ、有床診療所や一部の長期療養施設は1次医療、地域中核的な集積病院は2次医療や救急ケアなど2次ケアを提供し、資源や技術を必要とするケースではいわゆる3次病院でケアが提供される。つまり、ケアのサイクルは、急性期においてはケアの必要度に応じて1次・2次・3次と回るサイクルのレベルが異なっており、その順番に従って提供施設の数は少なくアクセスも遠くなる。ケアサイクルは、いわば3つの輪ケア「サークル」として認められる。

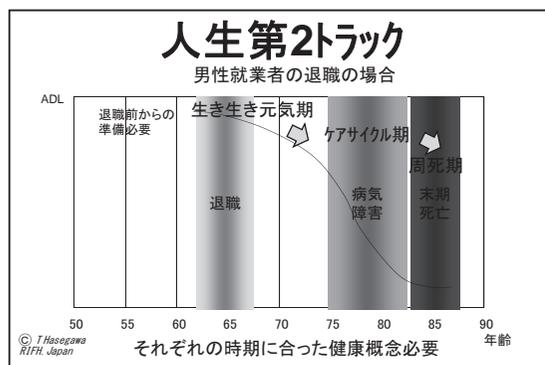


図14

したがって、ケアサイクル論の対象者は大雑把に言って、要介護・要支援の認定者ということになる。その中には、2号認定者、晩期退行性病変並びに1号認定者：難病が含まれるからである（図14）。

4 疫学

では、ケアサイクルの対象者は日本に何人存在するのであろうか。要介護・要支援の認定者とすれば、2015年現在で620万人となる。前述のごとく、これらの中には将来循環的ケアの過程を経ず亡くなる場合もある。しかし、循環性を想定することにより、ケアのスムーズな移行が保証されねばならず、全体を対象と考えるべきである。

若年の精神疾患、例えば、統合失調症の過程も類似ケアサイクルと捉えると約80万人、更に、介護申請を行わない多くの末期がんの方もおそらく数十万単位で存在すると考えられる。一過性虚血性心疾患（TIA）や脳卒中で一時的に脳血管障害を起こしても、ほぼ完全に治癒し、障害を残さず介護を必要としないグループが存在する。毎年約30万人の脳卒中発症があり、その内、40%は殆ど障害を残さないとされており、それらが毎年積み重なって数十万人のグループを形成する。これらは、いわば前ケアサイクル（pre-care cycle）状態として、特に、注意を必要とするグループである。

ケアサイクル論が提唱されて歴史が浅いので、全国の疫学調査は行われていない。今後、類似並びに前ケアサイクル状態を含めた全国的疫学調査

が必要と考えられる。

さて、ケアサイクル状態は、平均でどれくらい持続するのだろうか。そして、どれくらいの頻度でこの循環が回るのか。これも全国的調査はない。疫学の公式：罹病率×罹病期間＝有病者数を用い、罹患に死亡を置き換えて、2010年の認定者数・死亡数を75歳に限り、殆どがケアサイクル状態に入っていたと想定すれば、男性で4年、女性で6年となる。どの様な頻度で循環するかは、更にデータがない。或る市町村の医療・介護・保健データを統合したデータベースからは、ほぼ1年に1度回転するとされ、現場の在宅支援医師や訪問看護師などの経験談によっても、裏付けられている。

どれくらいの割合の高齢者がケアサイクルを経て死に至るかは重要な問いであるが、これも全国平均の答えはない。1990年代の末期医療の調査データでは、約4割の人が死亡前に半年以上寝たきりとなっている。一方、或る市のデータによると、介護保険を使わずに介護保険で認定されずに死に至った高齢者は、10～20%に過ぎない。長さに差はあるとはいえ、大半の高齢者が最終末期には何らかの医療と介護を経て死に至ると考えるのが、一般的である。

ケアサイクル対象者の未来を予測しよう。要介護・要支援者は、2010年は500万人であったものが、2015年に600万人、有病率が同じとすれば、2030年に900万人となって2040年に1100万人に横ばいとなり、2050年頃から減少を始める。その前提に患者の頻度の未来予測を行うと、入院患者、退院患者と同等とみなす点は、2025年まで増加して横ばいとなり、2040年頃から減少を始める。入院全体としては、各20%増加すると予測される。その年齢構成を見ると、1980年には75歳以上が10%であったのが、2015年現在で40%、2030年に50%となり、2060年には60%に至ると推測される（図15）。

全国調査はないが、75歳以上でケアサイクルに入った状態で入院する人が多くいると見て、75歳以上の入院はケアサイクルからの入院とほぼ関連する。外来患者の未来予測を行うと、2015年を

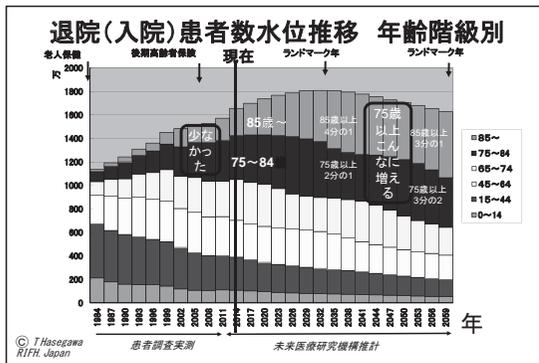


図15

ピークに全体としては減少する。外来患者に有病者の数を当てると、4,200万人の内の20%、1千万人が75歳以上で、75歳以上は増加し、一方、75歳以下は急速に低下をして、2040年頃にはほぼ同数となる。2040年には要介護・要支援者の75歳以上が1千万人になることから、大半の有病者はケアサイクルに入った状態だと想定される。

5 目的

改めて、ケアサイクルにおけるケアの目的を考察する。

まず、医療ケアの目的を、これまでの医療と対比して分析する。思い出されるのは、30年前の外科医の時代の体験である。当時、若年者の手術では、手術を終えると治療は完了し、達成感があった。しかし、高齢者を手術すると、がんの場合、疾病を再発したり、退院後のフォローアップで他の疾患を発症して死亡したりして結局最後は死に至る。死からながめ直すと、1個1個の医療ケアは、「一体、医療であったのか。病気を治すこと、命を救うことができたのだろうか?」と、しばしば自問自答した。治療というより、人生のコースを変えたに過ぎないとの実感が残った。当時は、前者のケースが大半であったものが、近年、後者が増えつつある。おそらく、これから10年後には後者が半数以上を越すのではなかろうか。

目的の転換をまとめると、かつて若年者の診療においては、疾患は単一でエピソードも単一、治療は疾病の治癒もしくは救命を目指すもので、主

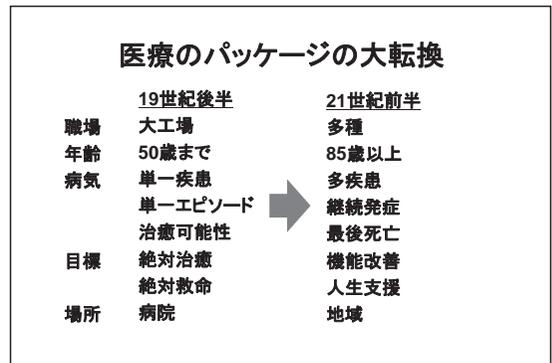


図16

な治療の場所は病院であった。一方、ケアサイクルにおいては、疾病は継続・増悪を繰り返す、目的は生活の支援、機能の改善、ケアの主な場所は地域にシフトする。高齢者においては、ケアの目標は、疾病の治癒や救命を望むことが不可能で、むしろ、本人の求める生活の質もしくは機能に向けて、それを改善する様支援していくことが主な目標となる(図16)。

医療ケアも介護ケアも同じ目標を追求することとなり、その意味で、医療と介護のケアは統合される必要があると言えよう。一方、ケアサイクル論に従えば、全般的に医療は「治す医療」から「支える医療」に転換する一方、急性エピソード毎にはその特定の状態を改善すること、終わらせることも医療の目的と言えよう。

そして、前述の死のあり方の変化からすると、「自分の好きな死/自分らしい死/良い死の過程」を支援することが、ケアサイクルの目的と言えよう。

6 評価

近年、ケアの評価が重視されるに至っている。特に、医療ケアは1990年代後半の医療事故の課題や2000年初頭の医療制度改革の中で、病院の活動や個々の医師のケアの評価が実際に始まってきた。

従来の医療ケアの評価は、入院の退院時に、その入院の満足度や入院医療によって改善した身体状況を測定することにより、1回1回評価可能で

あった。しかし、ケアサイクルでは、ケアが継続しており、しかも循環することから、1つ1つのケアの過程の評価のみならずそれらを積分することが必要となる。最期に死を迎え、いかに看取ったかの評価が大きなウェイトを占める。

死の評価は、近年、死の質 (Quality of Death) の評価法の開発と共に進みつつあり、「自分の好きな死、より良い死、自分らしい死」といった表現で議論されつつある。死の質は究極には本人の評価を聞くことは不可能で、ケアの提供者・家族・友人等、周りからの評価と本人が言い残し書き残したこととの差を、評価することになる。今後、このようなケアの評価・手法の開発が待たれる〔エコノミスト誌 (2015); Curtis et al. (2002)〕。

循環するケアの評価は、介護保険申請書などに記入された寝たきりADLや認知度、更にはその他のADL等を、認定時毎に個人で追っていくデータベースが必要で、それと以下に示すケアサイクログラムを組み合わせた評価が、現実では有効である。今後は、更に、ケアの時点で、それぞれ本人や家族の満足度を測定しデータベース化していくことが必要ではなかろうか。

7 図示

ケアサイクルは、実際にその過程で使われた資源や様態、更には、必要とされる介護レベルの変化によって図示することが可能である。医療保険と介護保険の給付データを個人レベルで統合し、月毎に追跡すると、これら3つの要素の変化を捉えることができる〔長谷川 (2012)〕。「医療介護費」が各種ケアの経済的資源の投入量を表し、「診療日数」が診療経過あるいは闘病期間を表し、最期に「介護レベル」が当該者の介護必要性の変化を示す。典型的パターンは、疾病エピソードによって入院が必要となり、急性期並びに回復ケアが終了し、在宅に帰って医療と介護のケアを継続する場合と、他の病院あるいは福祉施設に移動して医療と介護のケアを継続する。続いて、急性期の医療費のピークが示され、幾度かそのサイクルを繰り返して死に至るパターンである。これら3要素の3点セットを「ケアサイクログラム」(Care

Cyclogram) と呼び、ケアサイクルのパターンや問題点・課題を分析するに有効な方法である (図17, 18, 19)。

以下の図は、65歳男性脳卒中で全経過が58ヶ月、5回の入院を繰り返して最後は自宅で入院外

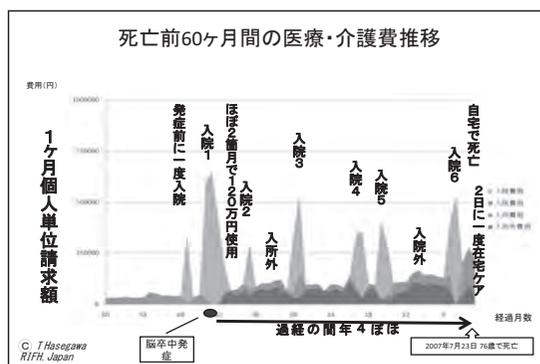


図17

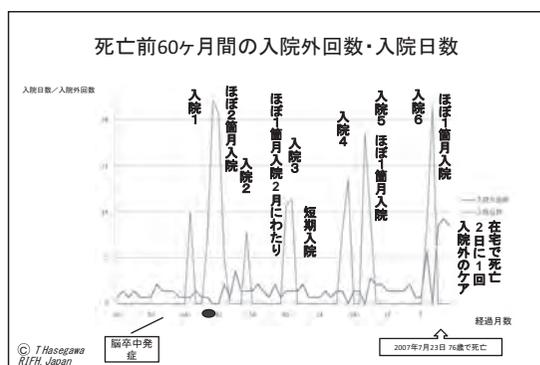


図18

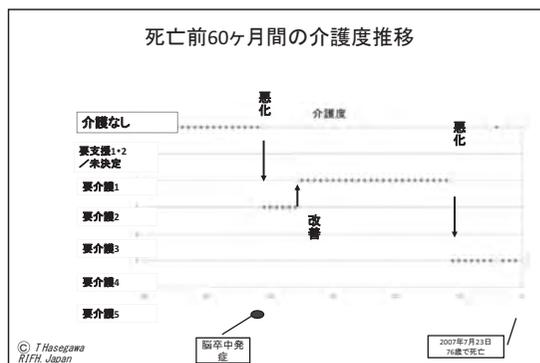


図19

の医療行為を受け、死亡したと考えられるケースである。

この様に、今後は、医療保険と介護保険を結合し、ケアサイクルを追うことにより、契機となった疾病や、結果としての介護資源・医療資源の使われ方を判断することにより、必要な資源の推計やケアの評価に用いることができる。

IV 応用

理論で述べてきたケアサイクルの応用は、ケアサイクルに関わる様々な人によってそれぞれ異なる。ケアを利用する本人や家族、ケアを提供する専門家、それらを調整するケア・マネージャー、ケアの人材を派遣する事業所や医療施設、保険給付を管理する保険者、システムを設計・充実させる基礎自治体や都道府県、制度を構築・管理する中央政府によって、それらの異なった観点からの異なった応用があり得よう。

ここでは、まずケアサイクルを臨床現場での応用、即ち、ケアにおける共同意思決定（Shared Decision Making）に応用した場合を想定してみたい。次いで、システム構築に関して、地域の暮らしをベースとした在宅ケアの上にケアサイクルを想定する、2020年の医療ビジョンへの応用を考えてみたい。更には、基礎自治体での保健者機能への応用を論じてみたい。最後に、これまで19世紀にその理論的起源を持つ公衆衛生・医学・社会福祉学を、高齢社会における21世紀の新たな学問体系にするための試みを論じてみたい。

1 ケアの意志決定

ケアサイクルにおける意思決定は、これまでの若年者の医療ケアの意思決定と、いくつかの側面で大きく異なっている。従来の医療ケアでは、何らかの悩みが利用者側から医療者に問題提起され、その課題を診断して問題を抽出し解決方法を提示し、利用者と共に意思決定をする（Shared Decision Making）パターンが一般的である。しかし、ケアサイクル状態においては、生活の中で、ケア需要が変化するかもしれないイベントが発生

し、それを本人・家族・ケア提供者を含めた関係者が認知し、ケアの変更が必要かどうかを意思決定するという、ケアの継続の中での問題提起となる。つまり第1に、問題提起の過程が異なる。第2に、ケアニーズは、医療と介護が複雑に入れ込んでおり、医療の専門家が問題を受け止めるだけでは済まない特性がある。第3に、意思決定は、基本的には利用者本人が行うべきものではあるが、本人の認知能力に問題がある場合も多く、家族・友人がいないケースが今後増え、ケアの提供者が本人の価値を斟酌せざるを得ない場合が増える想定される。第4に、意思決定には、問題解決のための必要な資源が重要な要素で、ケアを提供する場所の移管が問題となることが多い。もちろん、日常生活の中でのケアの変更で済むことも多いが、急性・重篤なエピソードが発生した場合に、地域から病院に搬送すべきかの意思決定、逆に、病院から地域に帰るに際して、どの様なケア体勢を組むかの意思決定が、大きな課題となる。実際、その様な大きな意思決定は、少ないかもしれないが実際の場所の移管にいたる背後にはつねに効果対資源の吟味が必要である。

この様な設定でケアサイクルを応用することの意義は、死までの過程の次々と異なるケアの先を見通した意思決定が可能となることにある。つまり、長期的に見て、本当に病院に搬送すべきかどうか、あるいは搬送した場合、地域・生活に戻すにはどうしたら良いかといったことを、予め想定することが可能となるからである（図20）。

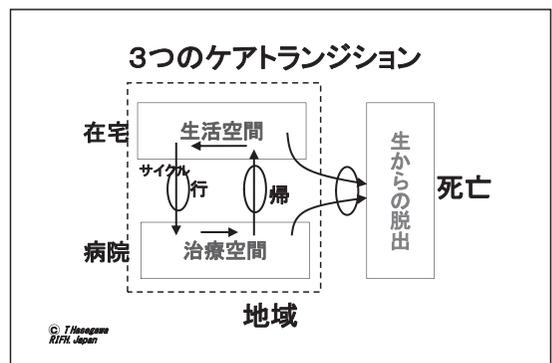


図20

ケア・マネージャーは、仕事の性質上も経験上も、ケアサイクルを実践していると考えられるが、ケアの場として、地域と病院との移行に悩むことが多い。それには、在宅支援医と病院医が利用者のケア過程、即ち、ケアサイクルを理解し共有することが必須なのではなかろうか。施設の管理者は、無意識には理解しているのだろうが、利害の関係上、ケアサイクルの考えには賛同をしないことも多いかもしれない。本当に必要なケアを想定した上で、関係者全員がそれを提供するためのケアサイクルの医療ケアへの応用を考えていく必要があると考えられる〔長谷川 (2010, 2011b)〕。

2 システムマネジメント

以上述べた個々の臨床ケアの意思決定は、その地域全体の資源とそれをマネジメントするシステムで支えられる。そのシステムは、行政が指導する「制度的マネジメント」と提供側の施設や事業所が指導する「事業的マネジメント」に二分され、効率よく良質なケアの提供には両者の建設的緊張関係が必須である。それこそが地域包括ケアの基本構造である。以下二つのシステムについて述べる (図21)。

(1) 制度的マネジメント

基礎自治体、市区町村は国民健康保険や介護保険の担当者である故に「保険者」として同時に、「システム全体の管理者」である。そのためのシ

ステムが適正に構築される様、資源を確保し、法律等に基づく不正を監査する機能を併せ持っている。後期高齢者やその他の医療の機能については、「県レベル」で医療計画を立て、又、医療機関の監査を行うことになっている〔長谷川 (2016)〕。

介護の計画は、3年毎に、福祉 (高齢者) の要介護・要支援の需要を把握し、3年間にどの様にそれが変化するかを予測し、又、3年後にそれを評価するという、マネジメントサイクルを回している。一方、地域包括ケアシステムを運営する資金については、保険料を設定し収集・プールし、それを用いて被保険者に代わって、ケアを購入する立場にある。

そのために地域にどの様な資源が必要か、又、どの様に成長していくかも、個々のケアサイクルのニーズを積み上げる形で明らかになると考えられる (図22)。

基礎自治体、市町村のもう1つの機能、保険者機能については、個々の両者のレベルで、介護の申請データ、給付データ、そして医療の給付データを結合することにより、個人レベルで、どの様な状態がどの様な介入によってどう変化したかを把握することが可能である。その際に、図示したケアサイクログラムが有用で、医療でデータの分析評価にケアサイクルの概念が必須となる。ただその分析評価には以下で述べる新しい公衆衛生の手法も併せて用いる必要がある。

(2) 事業的マネジメント

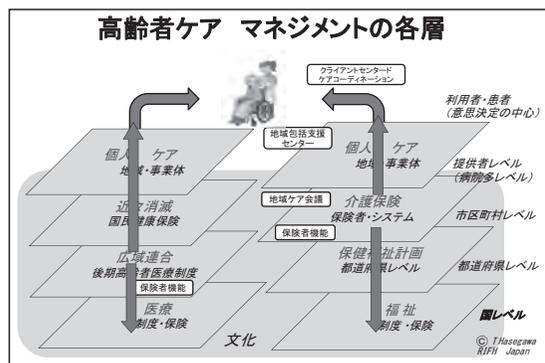


図21

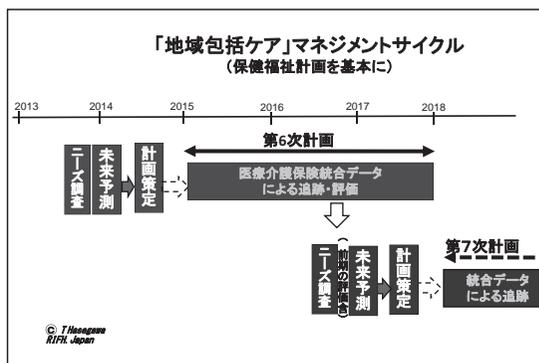


図22

臨床レベルではなく組織レベルでのマネジメントは在宅ケアの場合、病院等の施設内のケアに比して極めて複雑である。

病院の場合はフロントライン即ち外来や病棟や手術部門とバックヤード即ち、事務部門や薬局、検査室など機能は明確に分かれ施設内で完結している。それを支える人的資源も医療界で、財政的資源も医療保険で、なによりも全体の文化が医療界の言語で統一されている。しかし在宅ケアではフロントラインがそれぞれの在宅にまで広がっており、提供する医療施設、事業所もひとつが複数の在宅をかかえることが多い。距離的に離れているだけでなく、ケアのなかみも医療と介護ではそれぞれことなった伝統を引きずっている。

財政的には、介護保険と医療保険のことになった財源から支えられている。在宅の個々の利用者は、日々その需要が変化しており、患者の容態を中心に介護と医療が統合されたケアとして提供されねばならない。まさしくそのためには個々の提供者のみならず、施設や事業者がそれぞれの利用者の容態をケアサイクルとして捉えることが必須である。今日この提供側のシステムのガバナンスが問われており、明確なシステムの統合法が示されていない。概念的な規範的統合 (Normative Integration) という理念的な概念が提案されているが、ケアサイクル論を応用すれば操作化しうるのではなかろうか (図23) [筒井 (2014)]。

3 21世紀の新たな公衆衛生, 医学, 社会福祉

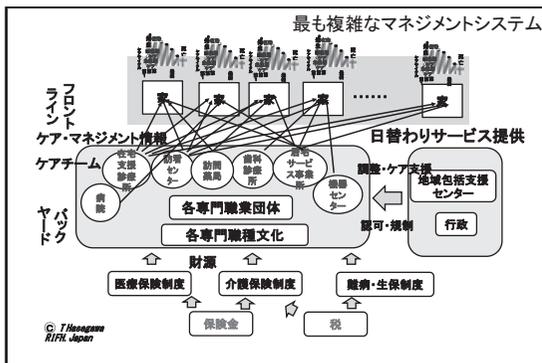


図23

(1) 新たな予防概念の提案

かつての感染症の時代には病原 (agent), 宿主 (host), 環境 (environment) の「三角構造」が、生活習慣病の時代には社会, 生活習慣, 医療などの多数の病因が「網の目構造」で影響する (web of causation) が病因論として提案された (図24)。感染症の時代には予防と治療は分けられて考えられていた。結核などの慢性感染症の時代をへて、生活習慣病と慢性疾患の時代には疾病の自然史にそった新しい予防の考え方が提案された [Leavell and Clark (1953)]。クラーク&レヴェルによる予防のレベルである。予防の3レベルである。原因を元から絶つ一次予防 (Primary prevention), 早期に発見, 治療し進行を予防する二次予防 (secondary prevention), そして障害を予防し社会復帰を目指す三次予防 (tertiary prevention) の考えである。これらはその後三つを更に分解し、6

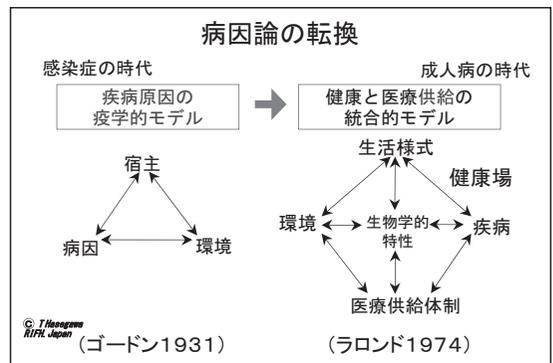


図24



図25

つのレベルや4から6のレベルに分解する考えも提案されて来た(図25)。しかし、いずれにせよこれらは平均寿命の短かった時代に、疾病を予防する、もしくは早世 (premature death) を予防することに主眼が置かれて来た。21世紀の要介護要支援状態からの予防はこれらとは全く新たな概念が必要とされる。ケアサイクル論を応用すれば以下の「5つの段階の予防」が想定される。

5つの予防

1. 介護予防

方法：コミュニティビジネス，社会参加社会貢献，老人サロン，支え合い

指標：高齢者就労率，高齢者サロン参加率，NPO，

2. 重症化予防

方法：運動，閉じこもり予防，見守り

指標：介護予防体操参加率，見守りカバー率

3. 施設化予防

方法：自宅での介護医療環境を整える

指標：施設入所入院者割合

4. 不要入院予防

方法：総合診療医，医療介護情報共有化，地域施設インターフェイス

指標：在宅医数，訪問看護回数

5. 自分らしくない死の予防

方法：死の準備，看取り

指標：在宅死亡割合，看取り率。死後準備達成率

まず第一段の介護予防は，従来の予防の延長線上にあるが，それ以降は要介護状態におけるケアの目的を前提とした予防となる。じつはこれらの予防は医療的に，要介護・要支援状態の中に発生した疾病エピソードを治療する医療ケア，介護ケアそしてそれをささえる介護ケアも本質的には予防ケアを目指す，すなわち医療と介護と予防が統合された概念となっている(図26)。このように統合的予防概念の理解にはケアサイクル理論がその礎となる。

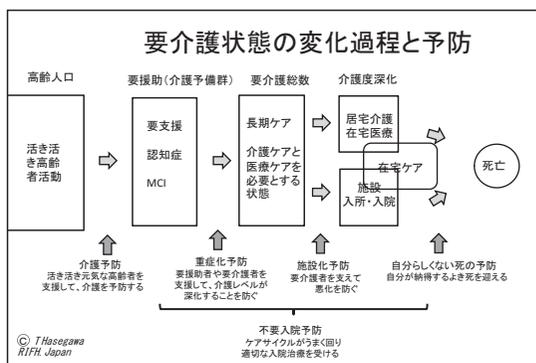


図26

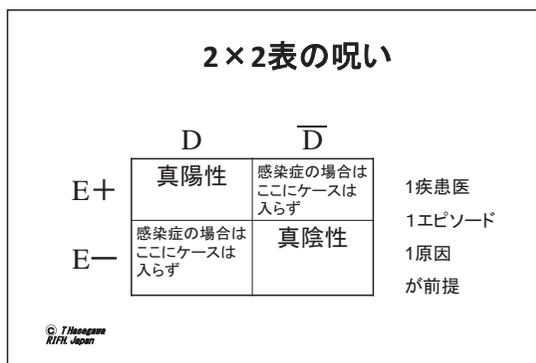


図27

(2) 理論と方法

「公衆衛生学」は従来，その方法論としての疫学では，疾病の原因を追究するのに，1つの原因と1つの結果を証明する方法で発展してきた。当初，19世紀のコレラが出発点で，その後，複数の原因を持つ生活習慣病が対象となったが，それを無理矢理1つの原因に押し込める2x2表を使用し，真陽性と真陰性以外の，ケースのオッズから原因を特定する手法が中心に使われてきた。(図27)しかし，これからはライフコースの中で，複数の疾病を様々な介入により結果を導き出し，評価することが必要である。英国では，1980年代にブリストル大学のバーカー教授等により，幼児期の影響が中年期の生活習慣病に影響するとの分析から，生涯疫学 (Lifecourse Approach) という新たな疫学が開発されてきた。しかし，これからは中年期から，更には高年期になってからの様々な介入

が、高齢者のライフコースにどの様に影響するかを分析する必要がある〔Kuh et al (2004)〕。

感染症や生活習慣病時代に用い垂れた2×2表の呪縛を越えて、1人の人間を追うには、種々の新たな分析情報が必要となる。まずは、1人の人間の経緯を集団で追う生命表のアプローチ。マルコフチェーンなどの状態遷移の手法。更には、マイクロシミュレーションの様な、複数の変数を持った個体を長期に追うことをシミュレーションするといった様な手法である〔Willekens (2014)〕。

従来の子防では15-50歳の世界で、平均的人間像が時間的変化とは切り離され独立して扱われるモデルを想定して分析された。しかしこれからは個々の個人が、時間軸をもち、増悪寛解を繰り返しながら死に至る、まさしくケアサイクルの理論を基本としなければならない(図28)。

必要は発明の母、これらの新しい公衆衛生の理

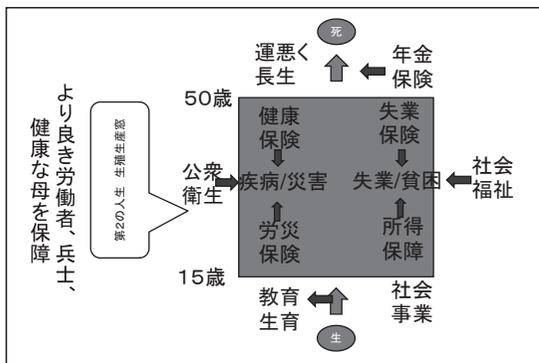


図28

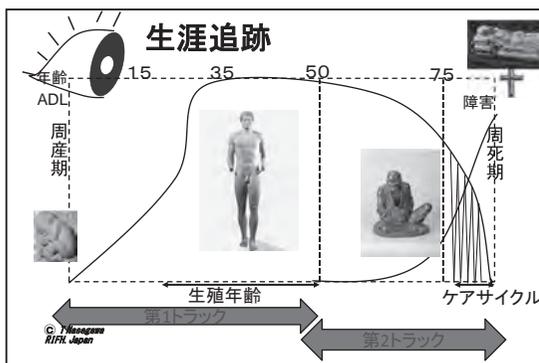


図29

論と方法論の体系は、日本から生まれる。前述の日本での介護保険・医療保険のデータベースが、それを可能にすると確信する。

「社会福祉」は、19世紀の後半にドイツを中心に、ビスマルク等が15~50歳の勤労者のリスク、即ち、疾病や失業、そしてそれ以上長生きするリスクを、医療保険、失業保険、そして年金保険として発達させてきた。高齢化と共に生涯が延長し、ほとんどの人がリスクを持ち、リスクをプールすることが困難となり、最期には最大のリスクである死が訪れる。まさしく、人生の最終局面で現れるのが、ケアサイクルに他ならない。したがって、人生の第2トラックを豊かで生き生きと生き、より良き死を迎えることを支援する新しい社会福祉制度は、ケアサイクル理論なしには考えられない(図29)。

「医学」の転換については目的のところ前述した。21世紀の新たな医学を支える基礎理論として、「進化生態医学」が注目されている。進化という時間の補助線を引くことにより新しい世界観、人間観、疾病観そして健康概念の構築をめざすものである〔長谷川 (2009, 2014)〕。

V おわりに

最初に、日本の人口や人生・家族など、社会の変化を、そして、疾病や障害や死亡など、ケア需要が大きく転換することについて述べ、その課題を解決するには、新しいケア過程のモデルとしてケアサイクル理論を提案した。これらは、これからの21世紀の新しい子防・医療・介護を実現する地域のシステム、即ち、地域包括ケアシステムの理論とほぼ同義である〔山口 (2012); 長谷川編著 (2016)〕。

地域包括ケアについては、「住み慣れた地域で自立して豊かに生き、自分らしく死ぬ」という目的は示されている。更に、そのために必要な、医療・保健・福祉・住宅・生活などの5つの資源を確保する必要性も提案された。しかし、それらを繋いで個人に提供するケアのプロセスについては述べられていない。地域包括ケアシステムを、目的

論や資源論から一步踏み込んで、ケアの実践論を推し進めるには、ケアサイクル論が必要なのではなかろうか。

これまでの分析からケアにかかわる人には、その立場ゆえの誤解も見受けられる。例えば、ケアの提供者はどうしてもそれぞれのケアの範囲の中で問題を捉える傾向にある。施設のオーナーは、直感的にはケアサイクルの考え方の重要性を理解しつつも、無意識にあるいは意図的に、自らの利害の故に無視しようとする傾向にあるのではなかろうか。行政担当者は、自らの所管する制度がばらばらであり、ケア提供施設の許認可がそれぞれ別の権限からなされること、ケアの自然史を理解しようとしないうち無視する傾向にあるのではなかろうか。これらの異なった立場をこえた共通の理解にはケアサイクル論が必須となる。

参考文献

朝田ほか (2013) 「厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応：平成23年度～平成24年度：朝田班総合研究報告書」。

Caughey G.E., A. I. Vitry, A. L. Gilbert, and E. E. Roughead (2008), "Prevalence of comorbidity of chronic diseases in Australia." *BMC Public Health*, Vol. 8, p.221.

Curtis, J. R. , D. L. Patrick, R.A. Engelberg, K. Norris, C.Asp, and I.Byock (2002), "A measure of the quality of dying and death: Initial validation using after-death interviews with family members." *J Pain Symptom Manage.*, Vol.24, No.1, pp.17-31.

エコノミスト誌 (2015) 「QOD (Quality of Death 死の質) 指数」。

長谷川敏彦 (2009) 「進化医学と疾病構造変化」, 『成人病と生活習慣病』 Vol.39, No.12, pp. 1275-1281。

長谷川敏彦 (2010) 「(分担執筆)：地域医療連携-医療と公衆衛生のパラダイム・シフト」, 丸井英二編『衛生・公衆衛生の展望 新簡明衛生公衆衛生改訂6版』, 南山堂, pp231-237。

長谷川敏彦 (2011a) 「ガバナンスオーナーシップ再考——医療福祉システムの『仕組みと仕掛け』を『老人仕様』に」, 『病院』, Vol.70, No.8, pp.620-623。

長谷川敏彦 (2011b) 「構造転換する連携——施設間の連携からケアの連携へ」, 『病院』, Vol.70, No.7, pp.542-546。

長谷川敏彦 (2012) 「(分担執筆) 老いる都市と医療を再生する——まちなか集積医療の実現策の提示」,

『NIRA研究報告書』, 総合研究開発機構。

長谷川敏彦 (2013) 「地域連携の理論と基盤 (地域連携の基礎理論としてのケアサイクル論)」, 高橋紘士・武藤 正樹編集) 『地域連携論——医療・看護・介護・福祉の協働と包括的支援』, pp.2-25。

長谷川敏彦 (2014) 「(対談)：人間進化における水と塩から考える哲学」, 『成人病と生活習慣病』, Vol.44, No.10, pp.1125-1140。

長谷川敏彦 (2016) 「未踏の高齢社会に向け、現在の医療介護統計を査定する」『在宅新療 2016年2月号』, pp.116-121。

長谷川敏彦編 (2002) 『病院経営戦略』, 医学書院。

長谷川敏彦編著・大島伸一監修 (2016) 『長生きを喜べるまちへ「愛知への提言」』公益財団法人杉浦記念財団。

国立社会保障・人口問題研究所 (2007) 「日本の将来推計平成18年12月推計」, 厚生統計協会。

国土審議会政策部会長期展望委員会 (2011) 「『国土の長期展望』中間とりまとめ」。

厚生労働省 (2010) 「介護給付費実態調査」。

厚生労働省 (2011) 「人口動態統計 1900-2010」。

厚生労働省 (2012) 「歯科疾患実態調査」。

Kuh, D., and Y. Ben-Shlomo (2004), *Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology (2nd ed)*, Oxford University Press.

Laslett, P. (1991), *A Fresh Map of Life: The Emergence of the Third Age*, Harvard University Press.

Leavell, H.R., and E. G. Clark (1953), *Textbook of Preventive Medicine*, McGraw-Hill Co.

Lunney J.R. , J.Lynn, D.J.Foley, S.Lipson, and J.M.Guralnik (2003), "Patterns of functional decline at the end of life." *JAMA*, Vol.289, No.18, pp.2387-2392.

Olshansky S.J.and A. B. Ault (1986), "The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases." *Milbank Q*, Vol. 64, pp.355-391.

Omran A.R., (1971), "The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change." *Milbank Mem Fund Q*, Vol.49, pp.509-538.

Santosa, A., S.Wall, E.Fottrell, U.Högberg, and P.Byass (2014), "The development and experience of epidemiological transition theory over four decades: a systematic review." *Global Health Action*, Vol.7, pp.56-71.

筒井孝子 (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略——integrated careの理論とその応用』, 中央法規出版。

内田育恵ほか (2012) 「全国高齢者難聴者数推計と10年後の年齢別難聴発症率——老化に関する長期縦断疫学研究 (NIS-LSA) より」, 『日老医誌』, Vol. 49, pp.222-227。

van Oostrom et al. (2012), "Multimorbidity and

- comorbidity in the Dutch population: data from general practices." *BMC Public Health*, Vol.12, p.715.
- Willekens, F., *Multistate Analysis of Life Histories with R*, Springer.
- 山口昇 (2012) 「地域包括ケアシステム——地域包括ケアシステムが体系的にわかる」, オーム社。
- (はせがわ・としひこ)

Carecycle Theory: basic concept to integrate preventive, curative and welfare care

Toshihiko HASEGAWA *

Abstract

“Carecycle Theory” is proposed based on the characteristics of elderly care after the critical review of classical 5 steps care theory.

Based on the analysis of Japanese current drastic transition of population, family, disease, disability structure and death and dying process, the definition, goal, epidemiology, evaluation of “carecycle” is proposed. Application of carecycle theory is described for clinical level to support shared decision making and community level to support for management of system. Newly proposed 5 steps of prevention for elderly care is described and applied to integrate the field of public health, medicine and social welfare. Carecycle theory is very useful to operationalize the new policy “integrated community care”.

Keywords : Carecycle, Demographic Transition, Carecyclogram, Integrated Community Care, 5 Steps of Prevention, Eco-evolutionary Medicine

* Director, General Research Institute on Future Health

特集：ケアの社会政策

人口高齢化の諸相とケアを要する人々

金子 隆一*

抄 録

わが国はすでに恒常的人口減少と世界一の人口高齢化に直面しており、これまで世代間の支え合いを柱としてきた社会保障体系は持続可能性が問われている。支援の提供体制の整備、あるいは制度の再構築に取り組むにあたっては、高齢化の進展とともに変動する支援対象の人口を量的、質的に詳細に把握することが前提となる。しかし人口高齢化は多様な側面を備えており、社会保障との関係においてはこれまで必ずしもそうした諸相を総合的に勘案して検討することは行われて来なかった。本稿では、社会保障・社会福祉によるケアを必要とする人々の今後の人口規模やサービスの需要を推計し、検討する際に把握しておくべき人口高齢化の諸相についてあらためて紹介するとともに、それらを体系的に観察することによって、我々が今後向き合う新しい人口・経済社会レジームについて理解を深めることを試みた。高齢人口の高齢化、高齢化ペースの時期的違い、男女別の様相、高齢世帯構成の変化、地域別の様相、多死化と終末期ケア、高齢人口の健康度の構成変化と高齢期の再定義、認知症高齢者数の将来推計などを取り上げて検討を行った。

キーワード：人口高齢化、将来推計人口、医療・介護サービス、余命等価年齢

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.76-97.

I はじめに

現在わが国は未曾有の人口変動期に入りつつある。明治期以降の近代化にともなう急速な人口増加は終焉を迎え、すでに緩やかな人口減少に転じている。今後、人口はしだいに加速しながら、終局の見えない恒常的減少フェーズへと移行して行く。この人口減少は2040年代に至るまでは、もっ

ぱら65歳未満の若い世代のみに生ずるものであり、65歳以上の高齢人口は当面かなりの勢いで増大が続く。すなわち、わが国では人口減少にともなう、著しい人口高齢化が進行中であり¹⁾、増大する高齢世代と急減する若年世代の不均衡が日々拡大しつつある。

こうした事態の中、これまで世代間の支え合いを柱としてきた社会保障・社会福祉の在り方が根本から問われており、人口高齢化にともなう社会

* 国立社会保障・人口問題研究所 副所長

¹⁾ 平成27(2015)年10月1日現在、日本の高齢化率(65歳以上人口割合)は26.7%で世界第1位であり、2位イタリアとの差は4.3%ポイント、3位ドイツとは5.3%ポイントの差がある(日本は平成27年国勢調査人口速報集計を基準とする確定値、イタリア、ドイツは2015年国連推計による)。

保障サービスの需要拡大と、これを財源と人材の両面から支える若い労働力の縮退という困難なレジームを前提としながらも、近年の多様な分野における技術革新を切り所として、より持続可能性の高いシステムの再構築を実現することに取り組まなくてはならない。

その際にまず前提となるのは、現状ならびに今後の人口高齢化に対するできるだけ正確な理解である。一般に高齢人口の絶対的、相対的な増大として理解されている人口高齢化であるが、実はそこにはきわめて多様な変化の側面があり、一般に知られていないことも多い。そこで本稿では、社会保障の中心的な課題であるケアとそれを要する人口変化を軸として、関連する人口高齢化の諸相について再検討することとした。ケアを要する人口の変化は、量的な増大もさることながら、人口構造の変化にもなっており、たとえば疾病構造や障害の構造の変化、健康寿命の改善、ライフスタイル変化、さらには医療技術、健康産業における革新など、多様な要因との関係でその質も変容が進んでおり、従来からの単純な方式による需要予測等の有効性については、限定的なものとならざるを得ないと考えられるところである。

本稿では、今後の医療・介護サービスの需要やケアの提供体制を考える上で、最も基礎的な前提となる人口高齢化の諸相について一歩踏み込んだ検討を行いたい。その際、国立社会保障・人口問題研究所（以下、社人研）による将来推計人口をベースに²⁾、人口統計学の指標、手法を活用することで、わが国が直面する「超高齢社会」の実相に迫りたい。

II 人口高齢化の諸相

人口高齢化とは、単に高齢人口（たとえば65歳

以上人口）が絶対的、あるいは相対的に増えるということだけではない。たとえば高齢人口の中でも前期高齢、後期高齢など、年齢層によって変化のペースや時期は大きく異なるし、それは男女でも異なる。また高齢化は年次的に一様に進むものではなく、進展が急な時期があれば緩やかな時期もある。このように人口高齢化は多様な側面を有し、行政的、政策的な対応においては諸相を必要に応じて把握することが求められる。またそうした多様な側面を同時に把握することによってのみ、世界が未だ見たことのない超高齢社会の現実的な姿を理解することが可能になるとと思われる。本節では人口高齢化の諸相について、基礎から一般にはあまり論じられない側面にまでわたっての展望を試みる。

1 人口高齢化の進展—基礎的な人口統計指標による概観

表1に人口動向、とりわけ人口高齢化に関する一般的な人口統計指標の推移を示した。同表左には、総人口および年齢階層別人口を示してある。わが国総人口のピークは、年次としては平成20(2008)年(10月1日)128,083,960人であり、月次としては同年12月(1日)128,099,049人である³⁾。この時期を境として日本の人口は恒常的な減少へと歴史的転換を経験した。したがって、2008年の前後には、わが国は歴史上最大の人口規模を経験したことになるが、このことにとりたてて実感はなかったのは、すでに生産年齢人口など若年の人口は10年以上先行して減少を始めていたからであろう⁴⁾。

表2では、年齢階層別にみた人口変化を、2010年人口を100とする指数によって示したが、表1、2から明らかなことは、年少人口(0-14歳人口)は戦後ほとんどの期間において減少傾向にあったこ

²⁾ 国立社会保障・人口問題研究所は、国勢調査の実施に合わせ5年毎に「日本の将来推計人口」(全国の性・年齢別将来推計人口)、「日本の地域別将来推計人口」(都道府県、市区町村ごとの性・年齢(5歳階級)別将来推計人口)ならびに「日本の世帯数の将来推計」(全国、都道府県ごとの家族類型別世帯数の将来推計)を作成し、公表している。本稿執筆時点の最新の推計はいずれも平成22(2010)年国勢調査の結果を元としたものである。

³⁾ 総務省統計局推計「推計人口および遡及補間補正」による。

⁴⁾ 年少(0-14歳)人口の(直近の)ピークは1978年27,708,472人、生産年齢(15-64歳)人口のピークは1995年87,259,860人、65歳未満の人口ピークは1988年108,998,374人であった。

表1 人口高齢化に関する基礎指標の推移（1950～2100年）

年次	総人口 (万人)	年齢階層別 人口 (万人)				老年人口割合 (%)			平均 年齢 (歳)	中位数 年齢 (歳)	従属人口指数 (%)			潜在扶養 指 数 (人)
		0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上	65歳以上	75歳以上	75歳以上			年少従属 人口指数	老年従属 人口指数		
実 績	1950	8,320	2,943	4,966	411	106	4.9	1.3	26.6	22.3	67.5	59.3	8.3	12.1
	1975	11,194	2,723	7,584	887	284	7.9	2.5	32.5	30.6	47.6	35.9	11.7	8.6
	2000	12,693	1,851	8,638	2,204	901	17.4	7.1	41.4	41.5	46.9	21.4	25.5	3.9
	2010	12,806	1,684	8,173	2,948	1,419	23.0	11.1	45.0	45.0	56.7	20.6	36.1	2.8
将 来 推 計	2020	12,410	1,457	7,341	3,612	1,879	29.1	15.1	48.0	48.9	69.1	19.8	49.2	2.0
	2030	11,662	1,204	6,773	3,685	2,278	31.6	19.5	50.4	52.7	72.2	17.8	54.4	1.8
	2040	10,728	1,073	5,787	3,868	2,223	36.1	20.7	52.1	54.9	85.4	18.5	66.8	1.5
	2050	9,708	939	5,001	3,768	2,385	38.8	24.6	53.4	56.0	94.1	18.8	75.3	1.3
	2060	8,674	791	4,418	3,464	2,336	39.9	26.9	54.6	57.3	96.3	17.9	78.4	1.3
	2100	4,959	447	2,473	2,039	1,362	41.1	27.5	55.3	58.2	100.5	18.1	82.4	1.2

注：年次に関する各種人口統計指標は当該年10月1日人口について。以後、同様。

資料：1950～2010年：総務省統計局「国勢調査」、2020～2100年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計。

表2 年齢階層別にみた人口推移（1950～2100年）：
2010年人口=100とした指数

年次	総人口 (2010年 人口 =100)	年齢階層別 人口 (2010年人口=100)				
		0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上	
実 績	1950	65	175	61	14	7
	1975	87	162	93	30	20
	2000	99	110	106	75	63
	2010	100	100	100	100	100
将 来 推 計	2020	97	87	90	123	132
	2030	91	71	83	125	161
	2040	84	64	71	131	157
	2050	76	56	61	128	168
	2060	68	47	54	117	165
	2100	39	27	30	69	96

資料：表1と同じ。

と、生産年齢人口（15-64歳人口）は比較的近年（90年代半ば）まで増大したが、その後減少に転じたこと、そして高齢人口は65歳以上、75歳以上いずれもきわめて急速な増大を示してきたことである。この傾向は当面続くことになるが、将来的には2040代以降に65歳以上人口、2050代以降には75歳以上人口も減少に転ずると見込まれる⁵⁾。

年齢層ごとに人口増減を観察すれば、以上のようになめぐるしい変動に直面することになるが、これらはすべて大小の出生コーホート（同じ時期

に生まれた集団、「世代」とほぼ同義）が、各年齢層を順次通過して行くことから生ずるものである。これらの大きな背景について見れば、近代化にともなう若年死亡の根絶と少産化（前近代的な高出生率が人口置換水準付近へと低下する過程）による人口高齢化、ならびに脱近代化にともなう高齢期の余命延伸と少子化（出生率の人口置換水準下への低下と低迷）による超高齢社会の進展という大きな歴史潮流が横たわっている。さらにわが国の場合には、終戦直後の1947-49年ベビーブームに端を発する「団塊世代」および「団塊ジュニア世代」の存在が大きな攪乱要因となって複雑な年齢構成変化を生み出している。

前者の潮流は、欧米の経済先進諸国が概ね経験し、今後発展途上国も同様の経験をするのが見込まれる普遍的な過程である。ただし、それらを経験する時期やペース、さらに変動幅はきわめて多様であり、各国に個別の特徴をもたらしている。なかでもわが国は、先進国中で変動の開始時期が遅いが、変化ペースはきわめて早く、また変化の幅は最大の部類に入ることから、きわめて急速に高水準に向かう人口高齢化を経験しつつある。

表1の中ほどの列には老年人口割合（高齢化率⁶⁾の推移を示したが、1950～75年の時期では、

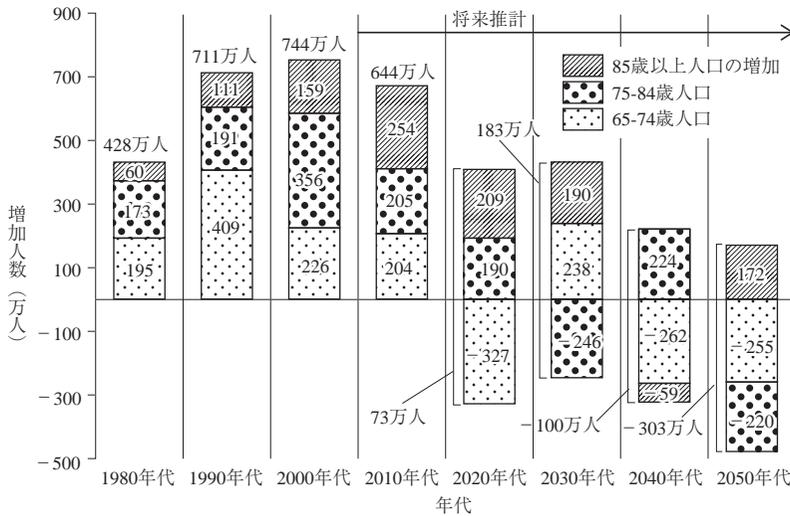
⁵⁾ 社人研将来推計、出生中位・死亡中位推計によれば、65歳以上人口のピークは2042年38,782,264人、一方75歳以上人口のピークは2053年24,078,961人である。

65歳以上、75歳以上ともに一桁のパーセンテージであり、人口における高齢層の存在感は大きなものではなかった（表2の2010年人口との比較も参照）。表1の中位数年齢からは、この頃まで人口の半数を20歳代以下の層が占めていたことがわかる。さらに同表の老年従属人口指数によって生産年齢人口との比率をみれば、2010年時点の1/3に及ばないこともわかる。この期間はわが国の社会保障制度の基礎が築かれた時期と重なるが、世代間の支え合い等の理念を含め、多くの基本設計がこうした時代に形成されたということには留意しておく必要がある。

その後の各指標の推移をみれば、上述のとおりわが国の人口高齢化がいかに性急であるかがわかるであろう。世界で1980年43位、1990年22位だった日本の高齢化率は、2005年頃から以降は世界第

1位となっているが、今後21世紀前半を通して他国からは飛び抜けた状況が続く（国連2015）。たとえば、表1によれば2020年わが国の高齢化率は29.1%が見込まれるが、これは同時期世界第2位のイタリアより4ポイント、3位ドイツより6ポイントも高い水準となっている。社人研の推計に従えば、日本は21世紀全般を通して高齢化率トップの国として、この新しい社会レジームに対処していかなくてはならない。

このようにわが国の人口高齢化は後戻りすることはないとみられるが、それは必ずしも高齢人口の実数が増え続けることを意味していない。人口高齢化は、高齢人口が増えずとも、若年人口が減れば進行する。事実、わが国の65歳以上人口は2040年代以降減少することが見込まれており、その後の高齢化は若年人口の高齢人口を上回る減少



注：10年間の年代ごとにみた高齢人口の増加（各10年間の純増）を示した。年齢階層による内訳を模様の違いで表している。グラフ上の数値はすべて万人単位。

資料：1980年代～2000年代までは総務省統計局「国勢調査」による実績値。2010年代以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計による将来推計値。

図1 年代ごとにみた高齢人口の増分（1980年代～2050年代）

9) 人口統計では通常65歳以上を老年、75歳以上を後期老年と呼び、65歳以上人口割合を老年人口割合、75歳以上人口割合を後期老年人口割合と呼ぶ。ただし、65歳以上人口割合は高齢化の指標として広く用いられることから、一般には「高齢化率」と呼ばれることが多い。さらに75歳以上人口割合を「75歳以上高齢化率」などと呼ぶこともある。本稿では、これらの用語をいずれも文脈に応じて使い分けて用いることとする。

によって維持される。実は、これまでも高齢人口実数の増加は一様に起きてきたわけではなく、時期による変動が大きい。図1は、10年期ごとの65歳以上人口の増減を比較したものである。

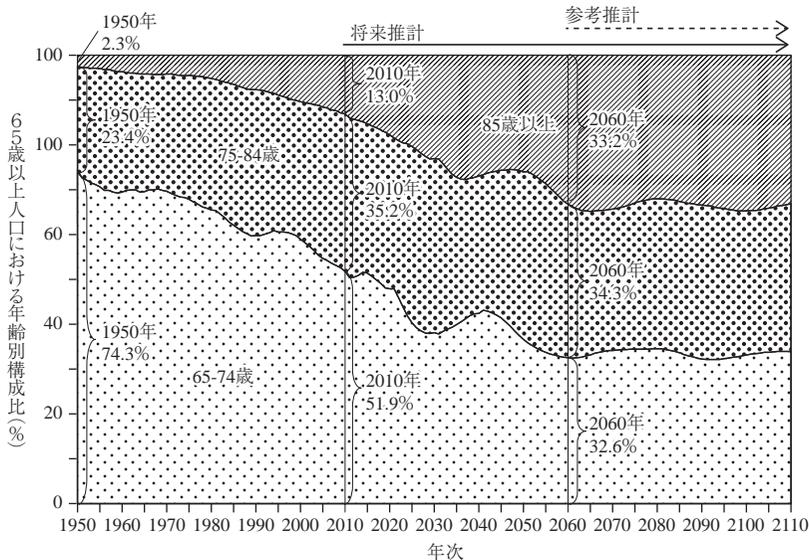
最も高齢人口の増加が多かったのは、2000年代の10年間で744万人（実績）であるが、前後の1990年代、2010年代がそれぞれ711万人（実績）、664万人（推計）でほぼ比肩する。この1990年代からの30年間で、65歳以上高齢人口は約2千2百万人（21,195,868人）の純増となる。これは2010年人口の実に16.6%に相当し、都道府県人口1位、2位の東京都と神奈川県を合わせた人口（22,207,719人）に近い。同時期のオーストラリア一国の人口（22,163,863人、国連2015）とも遜色のない規模の人口が、65歳以上に付け加わったのであるから、この間のわが国社会に対する影響は甚大であっておかしくない。「失われた20年」あるいは「30年」と呼ばれる時代の基底には、このような人口変動があったことになる。

しかし、2020年代以降はこうした大規模な高齢人口の増大は一段落する。20年代は前期高齢層（65～74歳）が327万人減少するため、高齢人口全

体はわずか73万人の増加に止まる。続く30年代は団塊ジュニア世代の高齢人口への参入で183万の増加が見込まれるが、40年代以降になると高齢人口は減少に転ずる。高齢人口のピークは2042年3千9百万人弱（38,782,264人）と見込まれている。なお、前述の通り高齢化率（65歳以上人口割合）は40年代以降も傾向として低下することはなく、今世紀半ば以降は概ね40%前後で推移する。

2 高齢人口の高齢化

一般に人口高齢化においては、より高齢な人口ほどその相対的な増加速度が速く、変化が著しいという側面が存在する。いわば高齢人口もその内部で高齢化する。図2は、これを示すために65歳以上人口に限って、その内部構成変化を示したものである。過去の変化も含め、今世紀の中頃までは、高齢人口の中でもより高い年齢層の人口シェアが加速的に増大して行くことがわかる。より高齢な層ほど健康の程度が低下し、身体機能の制約が拡大すると考えられることから、高齢人口の高齢化はケアを必要とする人々の実数やこれに要する費用を見かけ以上に増大させる効果を持つ。人



資料：1950～2010年：総務省統計局「国勢調査」「人口推計」、2020～2110年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計。

図2 高齢（65歳以上）人口における年齢構成変化（1950～2110年）

口高齢化の指標として最も普及し、広く用いられている高齢化率（65歳以上人口割合）は、その内部での高齢化を一切反映していないので、実はこうした人口高齢化の実相を著しく過小評価している側面がある。高齢化に対する政策的対応を考えるときには、高齢人口を一括りとせず、できるだけ詳細な年齢構成による人口変化と、その年齢区分に対応したケアの強度（あるいは費用等）の双方を把握し、それらの積和として需要を評価しなくてはならない。したがって、ケアの現場においては、次にみる性別構成も含め、性・年齢別の有病率、障害率や要介護度、費用等に関するデータを蓄積することが、事業をより良く継続する上できわめて重要な作業となる。

3 男女別にみた高齢化

男女には出生数の違いや死亡格差が存在するため、ひとつの社会においても、男女を別々の人口としてみると異なる年齢構成を持っている。男女人口のそれぞれについて高齢化率を算出した結果を表3に示した。出生数は男性の方が5%ほど女性よりも多く、また平均寿命は女性の方が長いことから、男性人口に比べて女性人口の方が高齢化が進んでいる。たとえば、2010年総人口の高齢化率が23.0%であるのに対して、男性人口では20.2%、女性人口では25.7%となっている。また2020年では、男性では4人に1人が65歳以上高齢者であるの

に対して、女性では概ね3人に1人が高齢者となっている。

高齢人口における性比（女性100人に対する男性数）は大きく100を下回り、女性人口が多くなっているが、この傾向は高齢になるほど極端になり、これまで85歳以上では男性は女性の半数以下であった。しかし、平均寿命の伸長とともに、男性も非常に高い年齢まで生存する確率が高まっていることから、高齢層における男性比率は徐々に高まる傾向にある。

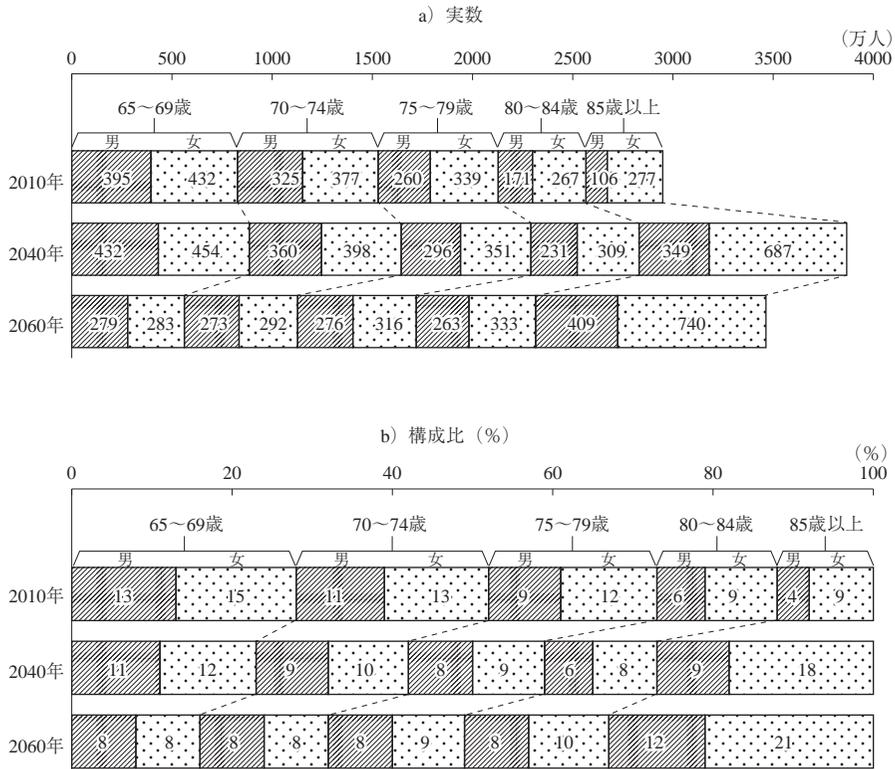
図3には、高齢人口における男女の構成を年齢層との関係で示した。今後は高齢層においても、その中の比較的若い年齢層ではしだいに男女の比率が均衡して行き、男女人口の不均衡となる年齢はしだいに高まって行く。

一般に男女には体格差をはじめとする身体特性の違い、行動特性の違い、さらには疾病構造の違いが存在し、ケアに対する需要にも性差がある。そうしたなかで、上述の通り高齢者の男女構成も一定しているわけではなく、また変化のしかたは年齢層によっても異なるから、サービス提供体制の検討にあたっては、こうした高齢人口の男女構成の細かな変化について把握しておくことが必要である。

表3 男女別にみた高齢化の様相（1950～2100年）

年次	男性高齢化率（%）			女性高齢化率（%）			性比（男性／女性100人）			
	65歳以上	75歳以上		65歳以上	75歳以上		65歳以上	75歳以上		
		85歳以上	85歳以上		85歳以上	85歳以上				
実績	1950	4.2	1.0	0.1	5.6	1.6	0.2	72.6	59.0	43.1
	1980	7.8	2.5	0.3	10.3	3.7	0.6	73.2	64.8	48.1
	2000	14.9	5.2	1.1	19.7	9.0	2.4	72.2	55.1	41.4
	2010	20.2	8.6	1.7	25.7	13.4	4.2	74.3	60.7	38.1
将来推計	2020	25.9	12.2	3.3	32.1	17.9	6.8	75.9	64.3	45.9
	2030	28.0	16.1	5.0	34.9	22.7	9.4	74.9	66.0	49.2
	2040	32.3	17.0	6.8	39.5	24.2	12.3	75.8	65.0	50.8
	2050	35.1	20.7	7.1	42.3	28.1	12.8	76.8	68.2	51.6
	2060	36.1	22.8	9.8	43.5	30.7	16.4	76.4	68.2	55.3
	2100	37.3	23.4	10.7	44.6	31.2	17.5	77.2	69.0	56.1

資料：1950～2010年：総務省統計局「国勢調査」、2020～2100年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計。



資料：2010年：総務省統計局「国勢調査」、2040年、2060年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計。

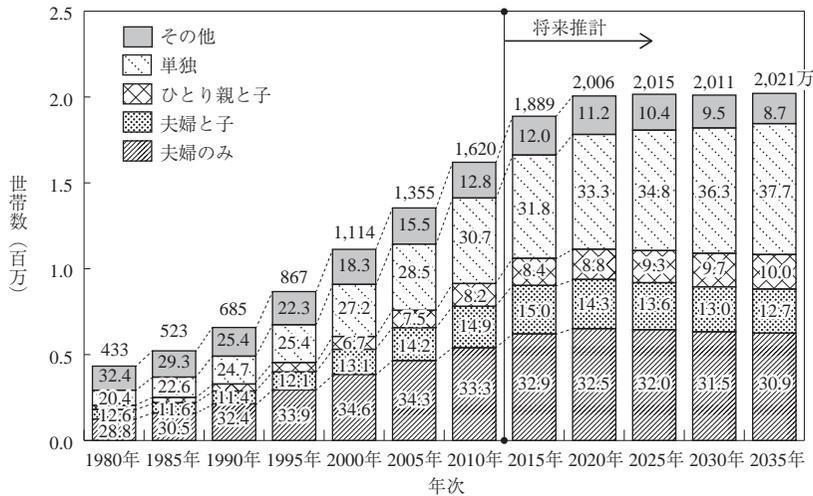
図3 高齢人口の性・年齢構成変化

4 世帯からみた高齢化—独居高齢者／無家族高齢者の増加

図4に高齢世帯数の推移と、その家族類型別構成の推移を示した。これまで、人口高齢化と平均世帯規模縮小の趨勢を反映して、65歳以上の高齢者を世帯主とする世帯は急速に増加を見せてきた。今後も2020年までは増加の継続が見込まれる。しかし、それ以降においては、高齢世帯の増加は頭打ちとなり、およそ2千万世帯の規模で横ばいとなる見通しである（社人研2013年）。

同図で、高齢者世帯の家族類型別構成の変化をみると、今後、最も増加が見込まれるのは「単独」世帯であり、2010年498万世帯（高齢者世帯の30.7%）から2035年には762万世帯（同37.7%）へと実数にして264万世帯増え、倍率で1.53倍となる見込みである。また、「夫婦のみ」の高齢世帯も

同時期に約85万件増加するので、単独世帯と合わせて高齢者だけで居住する世帯が1,038万世帯から1,388万世帯へと349万世帯増加する。現在、地域医療構想を中心に、医療・介護の在宅へのシフトが推進されようとしているが、こうした高齢者のみ世帯とりわけ単身世帯において疾病・傷害を抱えた高齢者を在宅ケアしようとするれば、医療・介護サービスに加え、家事や住居の維持管理等の日常生活支援が必要となる。これまでそうした高齢者の多くは同居する若い世代の家族によって支えられ、従来の在宅医療もこれを前提とするものであったが、高齢者の世帯構造の変化によって、公的にも総合的なケアが必要となってきた。地域包括ケアシステムはこうした状況に対応して構想されているものであるが、具体的な課題の解決にはさまざまな困難がともなうと考えられる。



注：高齢者世帯とは世帯主が65歳以上の世帯。グラフ上側の数値は世帯数（単位は万）、グラフ内の数値は構成比を表すパーセンテージ。

資料：総務省統計局「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）平成25年1月推計」

図4 高齢者世帯数および家族類型別構成の推移（1980～2035年）

近年における「孤立死」、 「孤独死」の増加は、このような背景から生じている者と考えられ、後述するように多死社会（死亡数の増加）の到来を目前とするなか、人口高齢化に沿った世帯構造変化の動向の影響は大きいものと考えられる。

5 地域別にみた高齢化

ここまで、全国の人口高齢化の諸相を概観してきたが、それらを地域別に見ると変化のペースや進展度合いは大きく異なっている。したがって、社会保障・福祉サービス提供の在り方についてはそうした地域ごとの特性や課題を把握した対処が求められることはいうまでもない。現在、都道府県では「地域医療構想」策定の作業が進められており⁷⁾、そこでは2025年に向けて地域の実情に応じた医療提供体制を実現して行くために、2次医療圏ごとの医療需要と病床の必要量を推計することが求められているが、その際にはここまで本稿で見て来た人口高齢化の諸相について、圏域や地

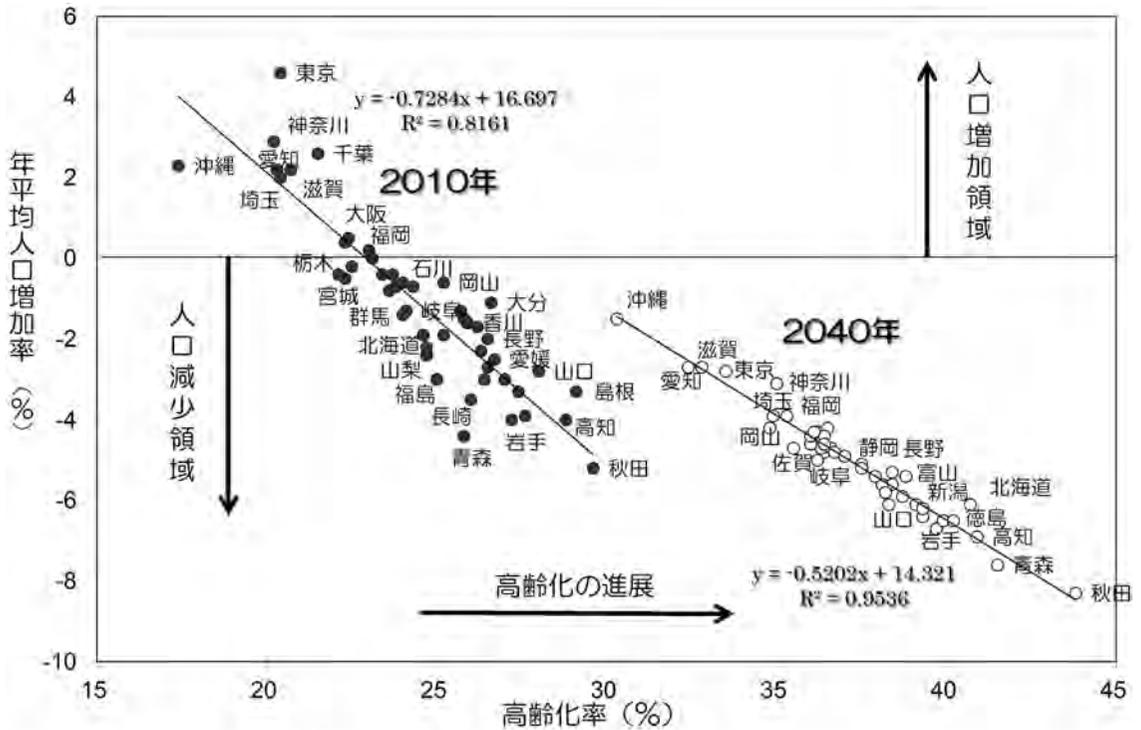
域ごとに全国や周辺地域の傾向との違いを比較して認識しておくことが必要である。

ここでは個々の地域について言及することは行わず、都道府県別にみられるパターンや傾向について検討しよう。

図5は、都道府県の人口高齢化と人口減少との関係を見るために、高齢化率（65歳以上人口割合）と年平均人口増加率についての散布図を描いたものである。2010年と2040年の2時点について示されているが、両年次とも高齢化率、人口増加率の双方はかなりの幅に広がっており、どちらの指標も都道府県による格差は維持されることがわかる。また、人口高齢化の進んだ都道府県ほど人口増加率が低い傾向が明瞭であり、この傾向も時代を越えて保たれることがわかる。しかし、2010年と2040年では、分布領域がまったく重ならないほど大きく異動しており、高齢化も人口減少ペースもその水準は全体として大きく変化する。

まず横軸方向の人口高齢化についてみると、

⁷⁾ 平成26年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」ならびにこれにともなう医療法の改正に基づき、都道府県は平成27年4月より「地域医療構想」策定の作業を行うものとされている。



注：図中の都道府県名は一部を省略している。

資料：2010年：総務省統計局「国勢調査」「人口推計」、2040年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」。

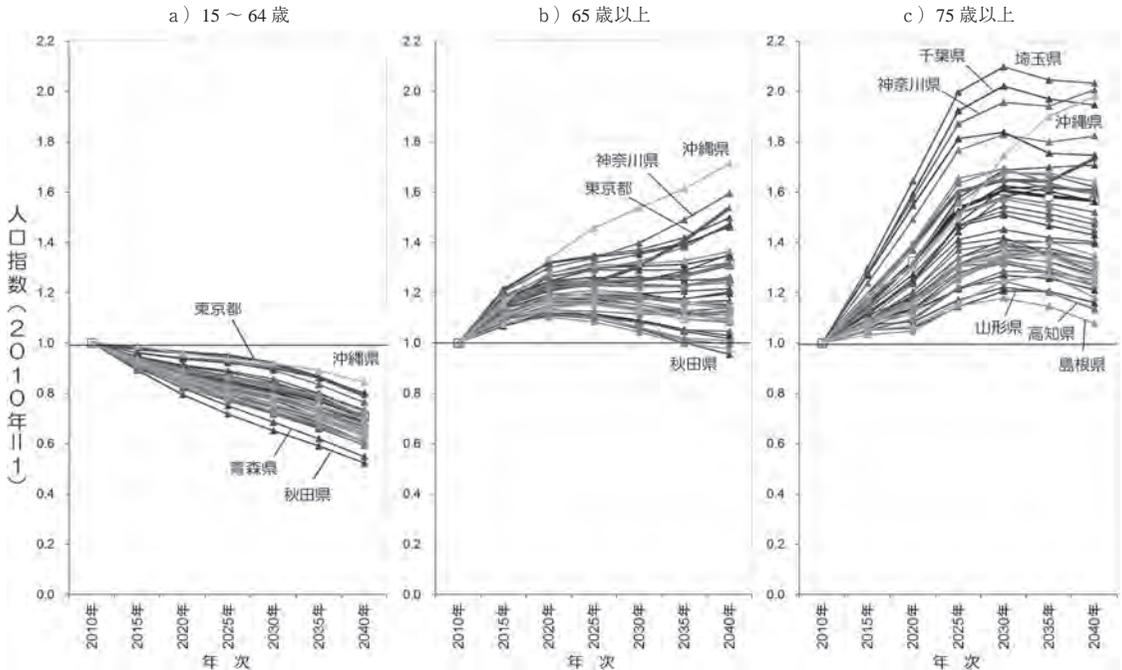
図5 都道府県別にみた高齢化率と年平均人口増加率の散布図（2010，2040年）

2040年で最も若い沖縄県が、2010年時点で最も高齢化が進んでいる秋田県より右に位置しており、2040年にはすべての都道府県が、現在の秋田県より高齢化が進んだ状況になることを示している。また、2010年時点では、東京都、神奈川県、愛知県など大都市圏の都県と沖縄県で人口増加率がプラスであり、人口は増加していた。しかし、2040年に至るとすべての都道府県が人口増加率マイナス領域、すなわち人口減少領域に移動しており、すべての都道府県で人口減少が進行していることになる。

これらからいえることは、現時点で高齢化が進んでいる地域は、少子化と人口流出によって若年人口を失いやすい地域であり、そのことが人口減少とさらなる高齢化を引き起こして行くということである。すなわち現在の高齢化地域の今後の課

題は、高齢化のさらなる進展もさることながら、若い層を中心とした著しい人口減少であるといえよう。こうした地域においては、現在全国で進められている地方創生事業において、若年層の人口確保のため、若者の都市への流出と少子化を解消することが強く求められている所以である。

しかし一方で、現在比較的若い地域、すなわち大都市圏については、異なる課題が存在している。図6には、都道府県別にみた年齢層別人口の推移を2010年人口=100とした指数によって示した。a)15～64歳の生産年齢層では、すべての都道府県において人口減少が進展することがわかる。なかでも秋田県、青森県など高齢化地域において減少の程度が大きいことがあらためて確認できる。一方で、b)65歳以上、c)75歳以上の高齢層における増加は現在若い地域において目立ってい



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」

図6 都道府県別にみた年齢層別人口の推移（2010～2040年）：2010年人口＝100とした指数

る。とりわけ75歳以上の後期高齢層では地域間の違いがますます顕著であり、埼玉県、千葉県、神奈川県という東京都を取り巻く地域における増加が著しいことがわかる。

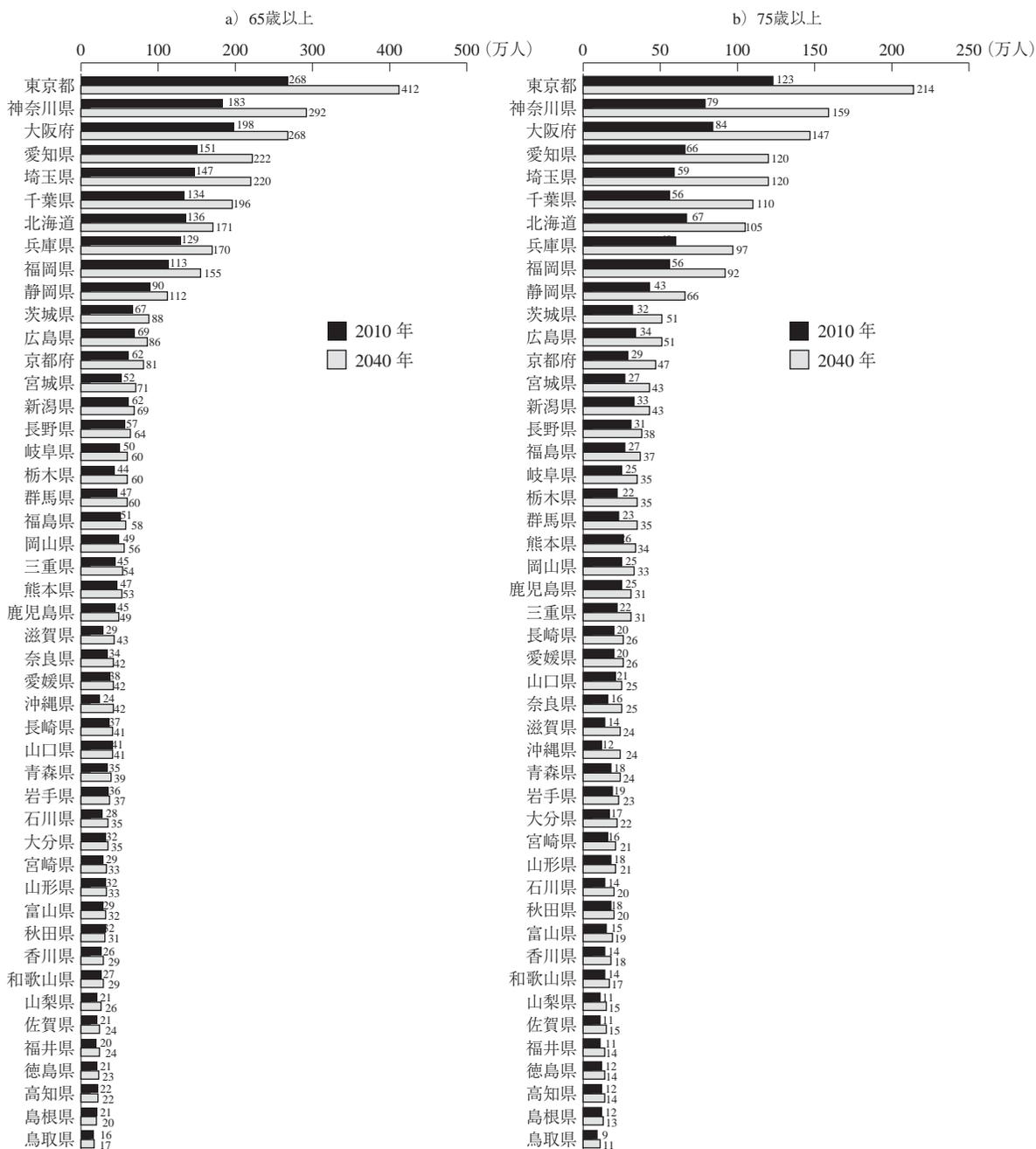
図7は都道府県別に2010年、2040年の高齢人口（実数）を比較したものである。首都圏を中心に、大都市における高齢人口の増大が著しいことがわかる。現在高齢化率の高い県は、おおむね人口規模も小さく、今後の高齢人口（実数）の増加は限られていて、秋田県、島根県、高知県などでは、むしろ高齢人口も減少を始めている。（都道府県別にみた年齢層別人口ならびに2010年～40年の変化は参考表1を参照）。2010年～40年の65歳以上人口の増加数は、全国で919万人であるが、そのうち半数の467万人を東京都、神奈川県、埼玉県、愛知県、大阪府の上位5都府県が占める。75歳以上人口の増加は804万人であるが、上記5都府県に千葉県を加えた上位6都府県が増加数の半数402万人を占める。

Ⅲ ケアを要する高齢者について

前節では、人口高齢化の諸相として、高齢者人口や高齢世帯等の変化についてみてきたが、本節では高齢人口の中でも、いくつかの観点から実際にケアを要する人々をより狭く特定してその人口変化について検討することしよう。

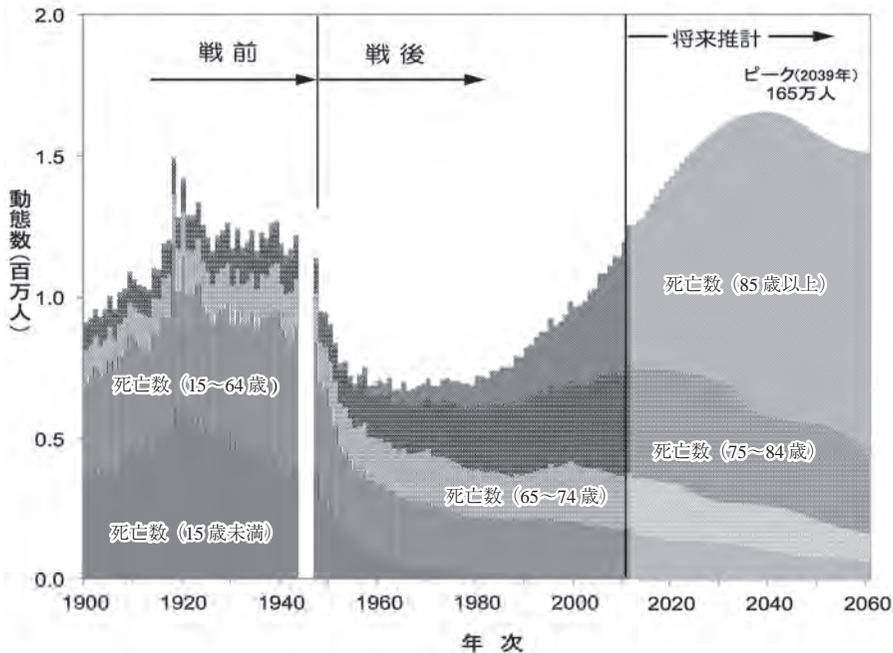
1 死亡数の増大と終末期ケア

図8には、1900年から2060年にわたるわが国の年間死亡数の推移を死亡年齢による内訳とともに示した。わが国の死亡数は1980年代より増加傾向となって以来、現在も急増が続いている。2003年に100万人を超え、2010年約120万人（1,197,012人）、2020年に143万人となった後も増加は継続し、2039年に165万人でピークを迎える。死亡数が最も少なく70万人を下回っていた1960～70年代と比べれば、現在でもほぼ2倍、2030年代の最多時



資料：総務省統計局「平成22年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」。

図7 都道府県別にみた高齢人口の変化（2010年，2040年）



注：1899～2013年のデータは、厚生労働省「人口動態統計」（日本において発生した日本人の事件を客体とする）による実績値。2014～2110年のデータは、国立社会保障・人口問題研究所が「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計の将来推計値をもとに日本における日本人に対する件数を推計したもの。

資料：1900～2014年：厚生労働省、「人口動態統計」、2015～2060年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計。

図8 死亡数と死亡年齢による内訳の推移（1900～2060年）

には約2.5倍となる。

この1980年代からの増加分は、将来も含めてほぼすべてが85歳以上の最高年齢層での死亡の増加分に相当する。それより若い年齢すなわち85歳未満の死亡数は、高齢人口の増大にもかかわらず、80年代以降もほとんど変わっていない。従来なら若年齢期で起きていた死亡が、しだいに最高年齢期にまで延期されるようになった結果である。

こうした死亡数の増加は、今後終末期ケア⁸⁾の需要がさらに急増することを意味し、しかも死亡

が最高年齢層に集積することは、この年代での集中的で集約的な介護需要が急増することを示している。こうした状況に対応する終末期医療・介護のあり方、とりわけ費用負担のあり方については、終末を迎えようとする高齢者の尊厳と同時に、高齢者医療・介護サービス全体の持続可能性維持の観点から国民的な議論がなされる必要があり、関連する領域においては、そのための方向性に関する専門的検討が急がれる⁹⁾。

⁸⁾ 厚生労働省では、2015年3月以降、「終末期医療」を「人生の最終段階における医療」と表記することとしている。本稿においては、「終末期医療」を用いるものとする。

⁹⁾ 厚生労働省では、終末期の患者や家族と医療従事者の間で、医療やケアに関する合意を形成する過程を手引きするものとして、「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定し、普及を図っている。「ガイドライン」および解説等詳細は、下記のウェブサイトを参照されたい。http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html

表4 残り生存年数別高齢人口（2010年，2030年）

（千人）

年次 対象人口	総数	残り生存年数（死亡までの年数）								
		1年未満	2-4年	5-9年	10-14年	15-19年	20-24年	25-29年	30-39年	40年以上
2010年										
65歳以上	29,484	1,042	3,074	5,336	5,374	5,023	4,219	3,004	2,264	148
男性	12,565	519	1,521	2,577	2,489	2,181	1,658	1,017	579	22
女性	16,919	523	1,553	2,759	2,884	2,842	2,561	1,987	1,685	126
75歳以上	14,194	822	2,355	3,764	3,221	2,284	1,219	433	96	0
男性	5,362	374	1,052	1,583	1,213	732	312	83	13	0
女性	8,831	447	1,303	2,181	2,007	1,552	907	350	83	0
85歳以上	3,825	426	1,103	1,336	686	228	42	4	0	0
男性	1,056	146	355	368	147	36	5	0	0	0
女性	2,769	280	748	969	539	193	37	3	0	0
2030年										
65歳以上	36,849	1,451	4,358	7,162	6,769	5,974	4,790	3,371	2,755	219
男性	15,776	717	2,130	3,410	3,081	2,558	1,893	1,189	763	36
女性	21,074	734	2,228	3,752	3,688	3,416	2,898	2,182	1,992	183
75歳以上	22,784	1,293	3,813	5,950	5,042	3,651	2,048	788	199	1
男性	9,060	610	1,766	2,623	2,020	1,264	577	170	31	0
女性	13,724	683	2,047	3,327	3,022	2,387	1,471	618	168	1
85歳以上	8,462	857	2,331	2,917	1,609	604	131	14	1	0
男性	2,790	342	886	980	437	124	20	2	0	0
女性	5,672	515	1,445	1,936	1,172	480	111	12	1	0

注：たとえば、2010年65歳以上人口中で、5年以内に亡くなる人口は、4,116千人（1,042千人+3,074千人）である。2030年では5,809千人（1,451千人+4,358千人）。

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計の年齢別死亡数より算出。

2 高齢人口の期待生存年数による構成の推定

死亡数の動向をみることによって、終末期にある高齢人口をおおよそ推定することができた。しかし、終末期以外のケアを要する人口や医療・介護サービスの需要を推計するためには、ケアの直接の対象となる健康状態等の属性別に人口を推計する必要がある。要介護度別の人口などは、その例である。

より一般的な視点からは、健康度の別に分類した人口などを推計できるとよいであろう。その場合には、健康寿命を応用することが考えられる。ただし、本来「健康」の定義は一義ではなく、国際的に用いられる健康寿命についても複数の指標があり、それぞれ独自の調査項目と計算方法を持ち、異なる目的を有している。国際比較などに際

しては、比較可能性を担保するために新たな調査を要するなど、指標算出のためのインフラ整備が必要となるが、いずれの指標もまだ完備しているとはいえない¹⁰⁾。その際、生命表など各国で整備が進んでいる人口統計を利用することが考えられる。ここではまず、将来推計人口における死亡数データを活用して、高齢人口の生存年数による構成を試算してみよう。

将来推計人口では将来各年次における年齢階層別死亡数が算出されており、各年次の出生コーホート別死亡数が得られるから、これを用いれば特定の年次の特定の年齢層（年齢コーホート）の将来の生存期間別死亡数分布が得られる。これはその年齢層の人口の生存期間別人口構成に他ならない¹¹⁾。表4は、このようにして2010年、2030年に

¹⁰⁾ 日本ではこれまで内閣府「日本21世紀ビジョン」や厚生労働省「健康日本21（第二次）」において健康寿命が評価指標として取り上げられている。後者は、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義されており、「国民生活基礎調査」大規模調査のデータが用いられている。

における高齢人口（65歳以上、75歳以上、85歳以上）について、残り生存年数別の人口構成を算出した結果である。

高齢者のその後の生存期間（死亡までの年数）は、彼らの健康度に相関しているに違いない。したがって残り生存期間別人口構成は、対象とする高齢人口の健康度別の人口構成と見なすことができよう。とりわけ残り生存年数の短い高齢者は健康に問題を抱えている傾向が強く、集約的なケアを要する集団と考えられる。たとえば、同表によれば、2010年65歳以上の高齢人口中で、5年未満に亡くなる人数は、411.6万人（104.2万人+ 307.4万人）とみられ、当該人口の14.0%にあたる。また、85歳以上に限定すれば、152.9万人（42.6万人+ 110.3万人）であるから、5年未満に亡くなる高齢者の内、85歳以上の者が37.1%を占める。同様に、2030年では5年未満に亡くなる人数は580.9万人（145.1万人+ 435.8万人）、65歳以上人口の15.8%であり、そのうち85歳以上の者は318.8万人で54.9%と2010年からかなり（17.7%ポイント）増えている。

このように表4に紹介した高齢人口の各年齢層における生存年数別構成は、実数で示されているので、各生存年数に対応するケアの強度や医療費、介護費などとの関係性が明らかとなれば、比較的簡単にサービス需要の推計、あるいは医療・介護費用推計を与えるものとなる。

3 高齢人口の健康度増進と高齢定義

本稿ではここまで「高齢者」を暦年齢によって定義し（たとえば65歳以上）、その人口変化について検討を行ってきたが、実は同じ65歳以上を定義に用いたとしても、たとえば50年前の高齢者と最近の高齢者とはかなり性質が違ってきていると思われる。同じ暦年齢で比較した場合、最近にな

るほど老化の進行度合いは遅く、健康度が増進しているように見える。事実、疫学的なコーホート調査（たとえば「老化に関する長期縦断調査」（旧東京都老人総合研究所））によって、高齢者の生理的、機能的な若返りが観察されている（鈴木2012）。したがって、人口高齢化は単に暦年齢を用いた定義による高齢人口の変化を検討するだけでは不十分であり、その実相を把握するためには、集団の健康度の増進など質的側面をも考慮に入れて観察する必要がある。

これを行うには、健康寿命の概念と指標を用いることが考えられる。しかし前述のとおり、健康の定義や測定の違いによって、現在この指標については精密な国際比較や長期推移の検討などを行うことは容易ではない。一方人口統計学においては、これに代わるものとして平均余命等価年齢という概念がある（Sanderson and Scherbov 2005）。

前項では、高齢者の死亡までの生存年数を時間で計った死亡からの隔たりと見なして、いわば死亡からの距離別の人口を推計した。これと同様の考え方であるが、実は生命表によって与えられる各年齢での平均余命は、その年齢集団に属す個人の高齢者までの年数を平均した数値にほかならないから¹¹⁾、その集団の死亡までの距離、すなわちある種の健康度を測定していることになる。したがって、異なる時代や年次でも、平均余命が同水準の集団どうしは同じ程度の健康度を有していることが期待される。特定の基準年における特定の年齢と平均余命が同じとなる別の年次の年齢を平均余命等価年齢と呼び、これら二つの年齢集団では、健康度に関して同等になると考えることができる。たとえば、基準年の高齢期開始年齢（たとえば65歳）と平均余命が同値となる他の年次の年齢を高齢期開始年齢と定義すれば、基準年高齢者

¹¹⁾ この方法によれば、特定年次の特定年齢層の人口とそのコーホートから生ずる全死亡数の間には、人口移動による純移動数（国籍異動も含む）だけ差が生ずるが、死亡と移動が独立事象であるという仮定の下に、生存時間別死亡数分布の構成だけを元人口に掛け合わせることで、移動現象も加味した人口構成を得ることができる。

¹²⁾ ただし、生命表は死亡現象のみの効果を純化して反映したモデルであるから、将来死亡数を用いる方法とは異なり、人口移動等の効果は含まれない。

表5 65歳時平均余命、余命等価年齢、および高齢期猶予年数(1960~2060年)

年次	男性			女性		
	65歳時 平均余命	1960年基準 65歳時余命 等価年齢	65歳時 高齢期 猶予年数	65歳時 平均余命	1960年基準 65歳時余命 等価年齢	65歳時 高齢期 猶予年数
1960年	11.6	65.0	0.0	14.1	65.0	0.0
1980年	14.6	69.3	4.3	17.6	69.5	4.5
2010年	18.7	74.8	9.8	23.8	76.5	11.5
2030年	20.6	77.2	12.2	25.8	78.8	13.8
2060年	22.3	79.3	14.3	27.7	81.0	16.0

注：「65歳時平均余命」とは、生命表における65歳時の平均余命（65歳以降の平均生存年数）。「65歳時余命等価年齢」とは、対象年の生命表において、基準年の65歳時平均余命と同じ平均余命値を与える年齢。長寿化（平均余命の延長）による健康度の改善を考慮した高齢期開始の定義年齢を与える。「65歳時高齢期猶予年数」とは、余命等価年齢を高齢期開始の定義年齢としたとき、65歳から当該年齢までの年数。長寿化によって、この年数だけ高齢期の開始が猶予されると考えられる。

資料：厚生労働省「完全生命表」、および国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」出生中位・死亡中位推計より筆者算出。

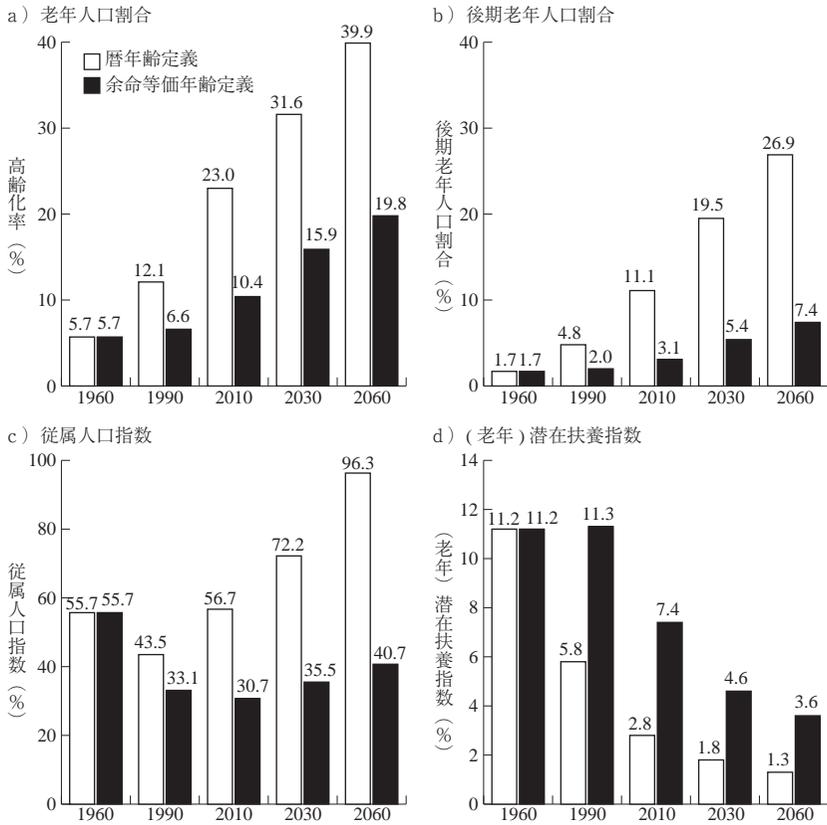
と健康度が一致する他の年次での高齢人口を捉えることができる。

表5には、いくつかの年次の65歳時平均余命の推移を示すとともに、1960年65歳の平均余命を基準とし、各年次で平均余命がこれと同じ値となる年齢（平均余命等価年齢）を示した。これにより各年次における健康度が同程度となるような高齢期開始年齢を得ることができる。同表によれば、2010年ではその年齢は男女とも75歳前後となり、1960年に比べて高齢期に入るのが10年ほど猶予される状況にあることがわかる。同じことを将来年次について見ると、2060年では1960年基準の65歳時平均余命等価年齢が男女ともに80歳前後となっており、健康度を考慮に入れた場合、今世紀半ば頃には80歳を高齢期開始年齢とすることが合理的であることがわかる。

これらの1960年基準65歳時余命等価年齢を新たな高齢の定義とした場合の各種人口高齢化指標を算出し、従来の指標値と比較したものが、図9である。まず高齢化率、すなわちa) 老年人口割合をみると、従来の暦年齢による定義では2060年に

39.9%となるのに対し、余命等価年齢による新たな定義で計算すると、わずか19.8%とほぼ半分となっている。また、b) 後期老年人口割合では、従来定義による26.9%に対して、新定義では7.4%とおよそ1/3となる。さらに、c) 従属人口指数、およびd) (老年) 潜在扶養指数では¹³⁾、高齢期開始年齢の定義による違いはより顕著であり、2060年では前者96.3%対40.3%、後者は1.3人対3.6人と、いずれも健康度を考慮に入れた高齢期の定義を用いた場合には、人口高齢化にともなう社会負担はずっと軽いものとなる。このように、より実相に近いと考えられる人口統計指標をもちいることで、人口高齢化の将来像は、まったく違ったものとなり得る。ケアを要する人口や、医療介護サービスの需要について考える場合においても、こうした高齢人口における健康度増進といった質の変化について考慮することは必須であると考えられるが、これまでそうした推計の例はほとんど知られていない。そのような推計手法は対象によって異なるであろうが、今後人口の質の変化に対応する手法の考案が望まれる。

¹³⁾ 従属人口指数とは、年少人口と老年人口の和を生産年齢人口によって除した比によって定義される人口統計指標であり、通常100を乗ずることによって生産年齢人口100人に対する従属人口（年少人口と老年人口）の人数を表し、社会における扶養負担の規模を表現したものである。また、(老年) 潜在扶養指数とは、生産年齢人口を老年人口で除した比であり、社会において高齢者（老年）一人を何人の働き盛り（生産年齢者）で支えることになるかを表現した指標である。



注：高齢期の定義として、従来の暦年定義（高齢期65歳，後期高齢期75歳）を採用した場合と，1960年基準の65歳平均余命等価年齢（後期高齢期は75歳平均余命等価年齢）を採用した場合の人口高齢化指標の比較。

資料：表5と同じ。

図9 65歳時平均余命，余命等価年齢

4 人口高齢化と有病率－認知症

社会において特定の疾病に罹患した人口やその予備群を推計することは，ケアを要する人口を把握する上で直接的であり，政策の施行現場においては必須の作業である。ここでは例として認知症に注目し，将来の有病者数の推計について検討してみたい。

有病者数の将来推計に最低限必要なデータは，対象とする社会や地域の性・年齢別将来推計人口と，対象疾患（ここでは認知症）の性・年齢別有病率である。すなわち，将来に対して想定される性，年齢別有病率を，これに対応する性，年齢別将来人口に乗じて有病者数を求め，これを総和す

ることによって有病者総数が求められる。このようにして求められた将来の認知症高齢者数と男女別の有病率を表6に示した。同表において将来人口に中位推計を用いた推計値は，厚生労働科学研究によって求められたものである（二宮2015）。ここで性・年齢別認知症有病率は，九州大学（大学院医学研究院久山町研究室）久山町研究より推計された。

こうした得られた認知症高齢者数等の推計値は，計算に用いた有病率と将来推計人口の両方に起因する不確実性を含んでいる。有病率の不確実性について，上述の厚生労働科学研究では，性・年齢別認知症有病率が将来において変化する場合

表6 65歳以上認知症高齢者数、有病率の推計

年次	65歳以上認知症 有病者数(万人)			65歳以上人口認知症 有病率(%)			総人口における認知症 有病率(%)			
	総数	男性	女性	総数	男性	女性	総数	男性	女性	
実績 2012年	460	141	319	14.9	10.7	18.1	3.6	2.3	4.9	
中位 推計	2025年	675	217	458	18.5	13.8	22.0	5.6	3.7	7.4
	2040年	802	257	544	20.7	15.4	24.7	7.5	5.0	9.8
	2060年	850	283	567	24.5	18.9	28.9	9.8	6.8	12.5
高位 推計	2025年	703	227	476	18.8	14.1	22.4	5.9	3.9	7.7
	2040年	847	275	573	21.3	16.0	25.4	8.1	5.5	10.5
	2060年	906	305	601	25.2	19.5	29.6	11.1	7.9	14.1
低位 推計	2025年	648	207	441	18.1	13.5	21.5	5.3	3.5	7.0
	2040年	757	241	516	20.1	14.9	24.1	6.9	4.5	9.0
	2060年	794	262	533	23.8	18.2	28.1	8.5	5.8	11.0

注：九州大学（大学院医学研究院環境医学分野久山町研究室）久山町研究より推計された認知症有病率と、社人研「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」を用いて算出。ただし、2012年の人口は、実績値（総務省統計局「人口推計」）を使用。総人口における有病率ならびに高位推計結果、低位推計結果は筆者による試算。有病者数総人口における有病率には、65歳未満の認知症患者数は含まない。「高位推計」とは、将来推計人口に「出生低位・死亡低位推計」を用いたもので、認知症高齢者数、有病率が最も高くなる推計であるため高位推計とした。「低位推計」とはこれとは逆に「出生高位・死亡高位推計」を用いたもの。

資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 二宮利治九州大学教授）「平成26年度 総括・分担研究報告書」（二宮2015）。

（認知症有病率が基準年2012年以降も上昇すると仮定した場合）の推計結果を提示することによって、有り得る変動幅を示唆している（本稿では割愛）。一方で、将来推計人口については出生3仮定、死亡3仮定の組合せにより9推計が設けられており、表6では認知症高齢者数・有病率に対する高位推計、低位推計として、それぞれ「出生低位・死亡低位推計」「出生高位・死亡高位推計」を用いた試算結果が示されている。このように、有病率、将来推計人口の双方に異なる想定に基づく推計値を提示することで、不確実性の幅を示すことができる。

なお、参考表2、ならびに参考図1には、同様の方法で都道府県別に試算した認知症高齢者数の将来推計（2015年、2040年）を示した。高齢者実数の増大が著しい大都市およびその周辺県において認知症高齢者の実数の増大が著しい。

Ⅳ おわりに

本稿では、今後の人口高齢化の進展にともなって社会保障・社会福祉によるケアの対象人口が量的、質的にどのように変化するかという問題意識

の下に、関連する高齢化の諸相についてできるだけ体系的に検討を行った。人口高齢化とは、単に社会における高齢者の人口が増大するというだけでなく、我々のライフコースや生き方に一大変革が生ずることを意味しており、この未曾有の事態を世界の先頭に立って経験して行くわが国にとって、平面的理解は致命的である。

人口高齢化の最も一般的な指標である高齢化率（65歳以上人口割合）は、高齢人口自体の高齢化をまったく反映していない点で、この変化を著しく過小評価している。高齢期の年齢にともなう疾病構造変化や心身機能低下の加速的傾向を勘案すればなおさらである。また現在、日本で死亡数が急増していることは、平均寿命が世界一を競いながらさらに延伸を続けている事実と感覚的には相容れない。戦後「死」から遠ざかって来たこの社会にとって死亡数が2.5倍となる多死社会に対応することは容易ではないだろう。人生の最終段階に対するケア、看取りの在り方は、社会保障の在り方を象徴するものとなるのではないだろうか。

一方で、高齢人口は質的にも急速な変化をみせており、現在の高齢者は過去の高齢者と同じではない。第一に同じ年齢で比較した場合、平均余命

などで計った健康度は急速に改善しており、活動性や社会性の向上にも寄与していると考えられる。高齢期の平均余命の改善を「若返り」に換算すれば、現在は50年前と比べて10年ほど若返っており、今後もさらに5年程度の若返りが期待される。高齢人口のその他の質の変化、たとえば教育程度の改善や知識、経験の蓄積、教養文化的志向なども勘案すれば、高齢人口はわが国にとって他国にない資産といえる。

ただしこの資産は脆弱であり、多くの侵蝕に晒される。認知症はその代表格である。認知症高齢者数は現在約500万人と推定されるが、性・年齢別有病率が現在のままであれば、2025年に約50%増の675万人（703万～648万人）、2040年には約75%増の802万人（847万～757万人）になると推計された（二宮2015、ただし括弧内は今回推計した将来人口推計の幅に起因する患者数範囲）。2040年には65歳以上高齢者の5人に一人、75歳以上の3人に一人が認知症となる計算である。人口高齢化のもたらす課題を軽減し、資産を活用するためには、こうした侵蝕を全力で撲滅して行くほかない。

近代化を経験した社会で、人口高齢化とその課

題を免れる社会はない。乗り越えることしか選択肢がない以上、その実相と全貌を正しく理解し、備えることが現社会の使命であろう。

引用文献

- 社人研（国立社会保障・人口問題研究所）、2012年『日本の将来推計人口（平成24年1月推計）－平成23（2011）年～平成72（2060）年－』人口問題研究資料第326号。
- 社人研（国立社会保障・人口問題研究所）、2012年『日本の地域別将来推計人口－平成22（2010）～52（2040）年－（平成25年3月推計）』人口問題研究資料第330号。
- 社人研（国立社会保障・人口問題研究所）、2013年『日本の世帯数の将来推計（全国推計）平成25年1月推計』人口問題研究資料第330号。
- 鈴木隆雄、2012年『超高齢社会の基礎知識』講談社現代新書。
- Sanderson, Warren C. and Sergei Scherbov (2005) "Average Remaining Lifetimes Can Increase as Human Populations Age." *Nature*, Vol.435, No.7043, pp.811-13.
- 二宮利治、2015年『日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究』（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業）平成26年度 総括・分担研究報告書。

（かねこ・りゅういち）

参考表1 都道府県別にみた年齢層別人口と変化（2010年，2040年）

都道府県	年 齢 層 別 人 口 (万人)						2010～2040年の変化					
	15～64歳		65歳以上		75歳以上		人 口 実 数 (万人)			2010年人口に対する変化率 (%)		
	2010年	2040年	2010年	2040年	2010年	2040年	15～64歳	65歳以上	75歳以上	15～64歳	65歳以上	75歳以上
全 国	8,173.5	5,786.6	2,948.4	3,867.8	1,419.4	2,223.0	-2,386.9	919.4	803.6	-29.2	31.2	56.6
北海道	348.9	212.9	136.0	170.7	67.1	105.0	-135.9	34.7	37.9	-39.0	25.5	56.4
青森県	84.7	46.5	35.4	38.7	18.0	24.0	-38.2	3.3	6.0	-45.1	9.3	33.0
岩手県	79.9	47.6	36.2	37.3	19.3	23.4	-32.3	1.1	4.1	-40.5	3.0	21.2
宮城県	151.5	106.5	52.4	71.5	26.7	42.9	-45.0	19.1	16.3	-29.7	36.3	61.0
秋田県	64.1	33.5	32.1	30.6	17.5	19.9	-30.6	-1.5	2.4	-47.7	-4.5	13.6
山形県	69.6	42.4	32.3	32.9	18.1	21.0	-27.2	0.6	2.9	-39.1	1.8	16.0
福島県	124.5	75.5	50.8	58.4	27.5	36.5	-49.0	7.6	9.1	-39.3	14.9	33.0
茨城県	190.2	129.7	66.8	88.2	31.7	51.3	-60.4	21.4	19.7	-31.8	32.0	62.1
栃木県	129.4	87.8	44.3	59.6	21.8	34.7	-41.7	15.4	12.9	-32.2	34.7	59.1
群馬県	125.9	86.4	47.4	59.6	23.4	34.5	-39.5	12.3	11.1	-31.4	26.0	47.3
埼玉県	476.9	347.6	147.0	220.2	58.9	119.8	-129.4	73.1	60.9	-27.1	49.7	103.3
千葉県	407.1	287.8	133.9	195.6	56.3	109.5	-119.3	61.7	53.3	-29.3	46.1	94.7
東京都	899.4	712.9	267.9	411.8	123.4	213.9	-186.5	143.8	90.5	-20.7	53.7	73.3
神奈川県	602.8	460.7	183.0	291.9	79.4	159.2	-142.1	108.9	79.9	-23.6	59.5	100.7
新潟県	144.9	92.5	62.4	69.4	33.5	42.6	-52.4	7.0	9.1	-36.2	11.1	27.1
富山県	66.5	43.5	28.6	32.3	14.8	19.0	-23.0	3.7	4.2	-34.6	12.9	28.4
石川県	73.3	52.1	27.8	35.1	14.1	20.5	-21.2	7.4	6.3	-29.0	26.5	44.8
福井県	49.1	32.7	20.3	23.8	10.9	14.5	-16.3	3.4	3.6	-33.3	16.9	33.1
山梨県	53.5	34.3	21.3	25.9	11.1	15.5	-19.2	4.6	4.4	-36.0	21.5	39.5
長野県	128.6	85.3	57.1	64.1	30.5	38.2	-43.3	7.0	7.7	-33.7	12.3	25.1
岐阜県	128.9	88.3	50.2	60.0	24.5	35.0	-40.6	9.8	10.5	-31.5	19.6	42.9
静岡県	235.6	159.4	89.7	112.3	43.2	65.7	-76.2	22.6	22.5	-32.3	25.2	52.0
愛知県	483.9	386.1	150.6	221.9	66.0	120.3	-97.9	71.3	54.3	-20.2	47.4	82.3
三重県	115.1	80.7	45.0	54.2	22.3	31.2	-34.4	9.2	9.0	-29.9	20.4	40.2
滋賀県	90.8	72.8	29.2	42.9	14.2	24.2	-18.0	13.7	10.0	-19.8	47.0	70.8
京都府	168.4	119.9	61.7	80.9	29.2	46.7	-48.4	19.2	17.5	-28.8	31.2	59.9
大阪府	570.8	404.8	198.5	268.5	84.3	147.2	-166.0	70.0	62.9	-29.1	35.3	74.6
兵庫県	353.7	250.1	129.0	170.0	60.4	96.8	-103.5	41.0	36.4	-29.3	31.8	60.1
奈良県	88.0	57.2	33.6	41.7	15.5	24.7	-30.8	8.1	9.1	-35.0	24.0	58.9
和歌山県	60.0	36.5	27.4	28.7	14.1	17.3	-23.5	1.3	3.2	-39.1	4.6	23.1
鳥取県	35.5	22.6	15.5	16.8	8.6	10.6	-12.9	1.3	2.0	-36.3	8.6	22.8
島根県	41.7	26.2	20.9	20.4	11.9	12.9	-15.4	-0.5	0.9	-37.0	-2.4	7.8
岡山県	119.1	87.4	48.9	56.0	25.3	32.8	-31.7	7.1	7.6	-26.6	14.5	30.0
広島県	178.8	127.1	68.6	86.4	34.1	50.8	-51.6	17.8	16.7	-28.9	26.0	49.0
山口県	86.1	55.1	40.6	41.0	21.2	25.0	-31.0	0.3	3.8	-36.0	0.8	18.1
徳島県	47.6	28.9	21.2	23.0	11.5	14.3	-18.8	1.7	2.7	-39.4	8.2	23.5
香川県	60.6	40.0	25.8	29.3	13.7	17.5	-20.6	3.6	3.8	-34.0	13.8	28.0
愛媛県	86.5	55.1	38.2	41.6	20.2	25.5	-31.3	3.4	5.3	-36.2	9.0	26.1
高知県	45.1	26.7	22.0	22.0	12.2	13.8	-18.4	-0.1	1.6	-40.7	-0.3	13.3
福岡県	325.4	236.9	113.2	154.6	55.8	91.6	-88.5	41.3	35.8	-27.2	36.5	64.2
佐賀県	51.7	36.0	20.9	24.2	11.4	15.1	-15.7	3.3	3.7	-30.4	15.6	32.7
長崎県	86.2	52.8	37.1	41.2	20.0	26.0	-33.4	4.0	6.0	-38.8	10.9	30.2
熊本県	110.1	76.8	46.7	53.4	25.6	33.6	-33.2	6.7	8.0	-30.2	14.3	31.4
大分県	72.2	50.4	31.9	35.1	17.0	21.7	-21.8	3.2	4.7	-30.2	10.0	27.7
宮崎県	68.4	46.5	29.3	33.4	15.7	21.3	-21.9	4.1	5.5	-32.0	13.9	34.9
鹿児島県	102.1	67.4	45.2	49.3	25.4	31.4	-34.6	4.1	6.0	-33.9	9.0	23.8
沖縄県	90.4	76.3	24.3	41.5	12.1	24.0	-14.0	17.3	11.9	-15.5	71.3	98.0

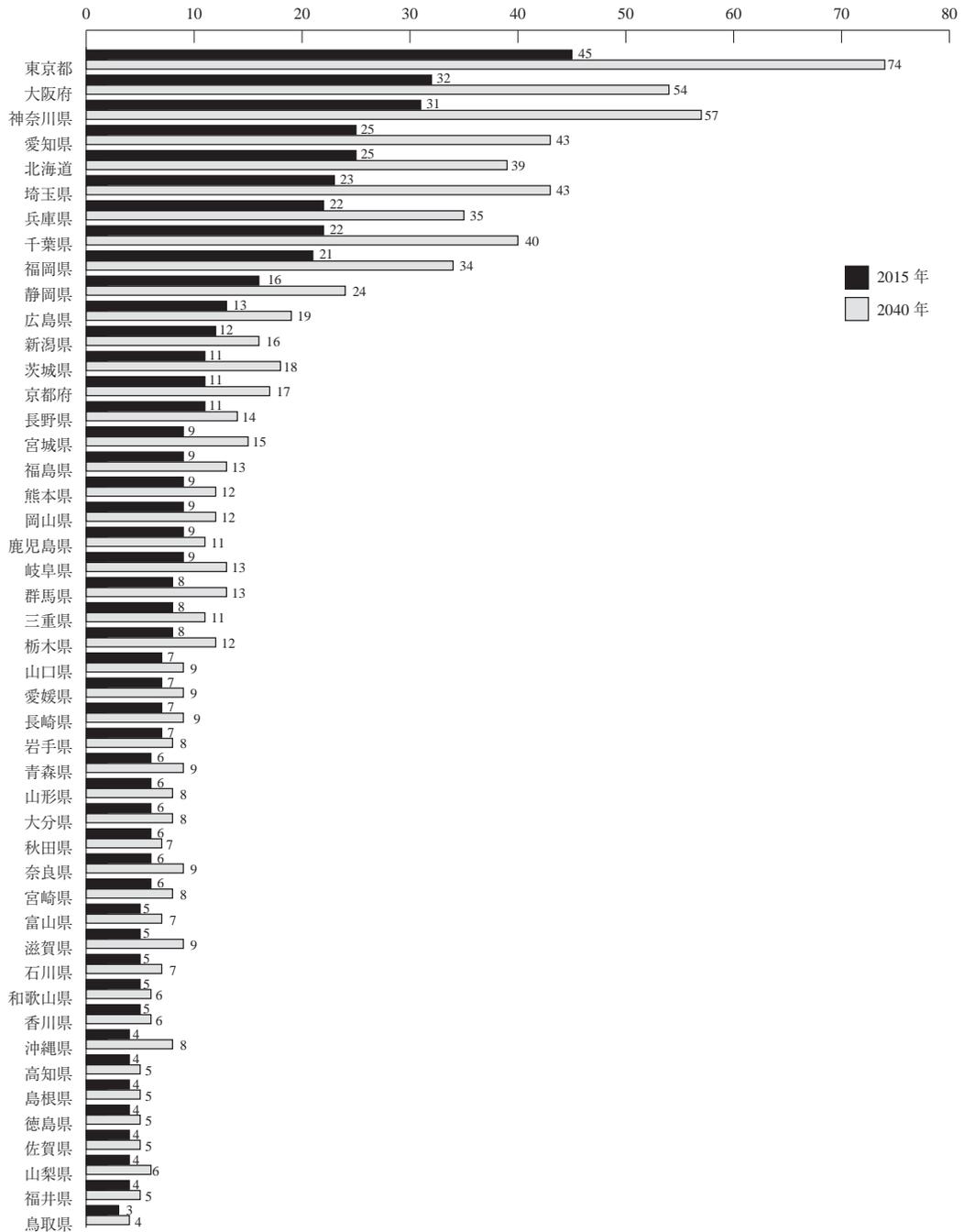
資料：総務省統計局「平成22年国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」。

参考表2 都道府県別にみた認知症高齢者数、有病率の将来推計（試算2015年、2040年）

都道府県	2015年					2040年				
	65歳以上認知症 有病者数（万人）			65歳以上 人口認知症 有病率 （%）	総人口にお ける認知症 有病率 （%）	65歳以上認知症 有病者数（万人）			65歳以上 人口認知症 有病率 （%）	総人口にお ける認知症 有病率 （%）
	総数	男性	女性			総数	男性	女性		
全 国	517	161	356	15.2	4.1	802	257	544	20.7	7.5
北海道	24.7	7.7	17.0	15.7	4.6	38.8	11.8	26.9	22.7	9.2
青森県	6.2	1.8	4.4	15.8	4.8	8.6	2.6	6.0	22.1	9.2
岩手県	6.6	2.0	4.7	17.1	5.2	8.4	2.7	5.7	22.5	8.9
宮城県	9.5	2.9	6.6	16.0	4.1	15.5	5.0	10.4	21.6	7.8
秋田県	6.0	1.7	4.2	17.3	5.8	7.2	2.2	5.0	23.5	10.3
山形県	6.2	1.8	4.3	17.9	5.5	7.5	2.4	5.1	22.9	9.0
福島県	9.3	2.8	6.5	16.9	4.9	13.0	4.3	8.7	22.2	8.7
茨城県	11.5	3.7	7.8	14.8	3.9	18.4	6.1	12.3	20.9	7.6
栃木県	7.8	2.4	5.4	15.1	3.9	12.4	4.1	8.3	20.8	7.6
群馬県	8.4	2.7	5.7	15.5	4.3	12.5	4.1	8.4	21.0	7.7
埼玉県	22.7	7.7	15.0	12.7	3.2	43.0	14.1	28.9	19.5	6.8
千葉県	21.6	7.2	14.4	13.3	3.5	39.6	13.2	26.5	20.3	7.4
東京都	44.8	14.3	30.6	14.6	3.4	74.2	24.9	49.4	18.0	6.0
神奈川県	31.0	10.3	20.7	14.1	3.4	57.1	18.9	38.2	19.6	6.8
新潟県	11.8	3.5	8.2	17.1	5.1	15.5	5.0	10.5	22.4	8.7
富山県	5.2	1.6	3.7	16.1	4.9	7.0	2.2	4.8	21.7	8.3
石川県	5.1	1.5	3.6	15.8	4.4	7.5	2.4	5.1	21.3	7.7
福井県	3.8	1.2	2.7	16.9	4.9	5.2	1.7	3.6	22.0	8.3
山梨県	3.9	1.2	2.7	16.7	4.7	5.5	1.8	3.7	21.4	8.3
長野県	10.8	3.4	7.3	17.2	5.2	13.8	4.6	9.2	21.5	8.3
岐阜県	8.8	2.8	5.9	15.3	4.3	12.6	4.0	8.6	21.0	7.6
静岡県	15.6	5.0	10.6	15.2	4.2	23.6	7.8	15.8	21.0	7.8
愛知県	24.9	8.1	16.7	13.9	3.3	42.8	13.9	28.8	19.3	6.2
三重県	7.9	2.5	5.3	15.5	4.3	11.1	3.6	7.5	20.4	7.3
滋賀県	5.2	1.7	3.5	15.1	3.7	8.6	2.9	5.8	20.1	6.6
京都府	11.0	3.4	7.6	15.0	4.2	17.2	5.3	11.9	21.3	7.7
大阪府	32.2	10.2	22.0	13.7	3.7	53.6	16.6	37.0	20.0	7.2
兵庫県	22.3	7.0	15.3	14.8	4.0	35.0	10.9	24.1	20.6	7.5
奈良県	5.8	1.8	3.9	14.7	4.2	9.0	2.8	6.3	21.7	8.2
和歌山県	4.9	1.5	3.4	16.3	5.1	6.3	1.9	4.4	21.8	8.7
鳥取県	3.0	0.9	2.1	17.7	5.3	3.9	1.2	2.6	22.9	8.7
島根県	4.1	1.2	2.9	18.3	6.0	4.8	1.5	3.2	23.4	9.1
岡山県	9.0	2.7	6.2	16.3	4.7	12.0	3.8	8.3	21.5	7.5
広島県	12.6	3.8	8.8	15.9	4.5	18.8	5.9	12.9	21.8	7.9
山口県	7.4	2.2	5.2	16.5	5.3	9.4	2.8	6.5	22.9	8.8
徳島県	4.0	1.2	2.8	17.0	5.3	5.2	1.7	3.6	22.7	9.2
香川県	4.8	1.5	3.3	16.4	4.9	6.4	2.1	4.3	21.9	8.3
愛媛県	7.1	2.1	5.0	16.8	5.1	9.4	2.9	6.5	22.5	8.7
高知県	4.3	1.2	3.0	17.7	5.8	5.1	1.6	3.6	23.3	9.5
福岡県	20.7	6.0	14.7	15.6	4.1	33.6	10.3	23.3	21.8	7.7
佐賀県	4.0	1.2	2.8	17.3	4.8	5.5	1.7	3.7	22.6	8.0
長崎県	7.0	2.0	5.0	17.1	5.1	9.5	2.9	6.6	23.0	9.0
熊本県	9.0	2.6	6.4	17.6	5.1	12.2	3.8	8.4	22.8	8.3
大分県	6.0	1.8	4.2	16.9	5.1	8.0	2.5	5.5	22.8	8.4
宮崎県	5.6	1.7	3.9	17.1	5.0	7.8	2.4	5.3	23.2	8.6
鹿児島県	8.8	2.5	6.2	18.0	5.3	11.3	3.6	7.7	22.8	8.6
沖縄県	4.5	1.4	3.1	16.1	3.2	8.4	2.8	5.5	20.2	6.1

注：九州大学（大学院医学研究院環境医学分野久山町研究室）久山町研究より推計された認知症有病率と、社人研「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」を用いて算出。総人口における有病率には、65歳未満の認知症患者数は含まない。認知症有病者数の男女「総数」と男女合計は四捨五入による計算のため、必ずしも一致しない。

資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 二宮利治九州大学教授）「平成26年度 総括・分担研究報告書」（二宮2015）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」。



注：2015年推計値は本文表6と同様の有病率を2015年実績人口に適用したもの。2040年は都道府県別将来推計人口に適用したもの。
 資料：「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 二宮利治九州大学教授）「平成26年度 総括・分担研究報告書」（二宮2015）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）」。

参考図1 都道府県別にみた認知症高齢者数の将来推計（試算2015年，2040年）

Various aspects of population aging and care needs

Ryuichi KANEKO*

Abstract

Japan is already facing a steady population decline and unprecedented aging with the world highest proportion of elderly. The social security system, whose basic principle has been the mutual support between generations, is being questioned about its sustainability. Since population under care is ever inconstant with population aging, carefully figuring out them both quantitatively and qualitatively is a prerequisite for reforming care provision system, or tackling the reconstruction of the whole system. Population aging, however, is equipped with a wide variety of aspects, and a comprehensive examination with all those aspects being taken into account has not been conducted in the context of the social security sustainability.

In this paper, I illustrated anew the various aspects of population aging in more detail for projecting and examining amount and demand of people who need care from the social security and welfare system. The systematic observation of aging, at the same time, well provides us some deep understanding of a new demographic socioeconomic regime and its challenges the society face. The aspects examined include an aging of the elderly population itself, fluctuation of aging pace in period, sex disparities, regional differential, massive increase of death and terminal care, aging of taking remarkable improvement in health into account, and projection of dementia elderly.

Keywords : population aging, population projection, Medical and nursing care services, life expectancy equivalent age.

* Deputy director, National Institute of Population and Social Security Research

特集：ケアの社会政策

ケアの財源調達に関する考察

尾形 裕也*

抄 録

本稿では、わが国の「ケア」の大きな部分を占める医療・介護の財源調達の問題を中心に考察する。両者の財源は、保険料、公費、自己負担に大別されるが、医療費については、そのシェアは時代とともに大きく変動している。これに比べ、介護費用の負担は給付と連動しており、こうした変動はない。いわゆる「2025年ビジョン」において、将来の医療・介護提供体制と費用負担のあり方が同時に提示された。選択と集中、機能分化と連携を図る「改革シナリオ」は「現状投影シナリオ」に比べ費用がかかるが、費用増大分については、消費税増税で対応することが想定されている。これを制度化した地域医療構想においてもほぼ同じ考え方が踏襲され、地域医療構想実現のために都道府県に新たな基金が設置されているが、その運用についてはいくつかの課題がある。また、医療・介護の財源問題には、このほか、保険者機能、保険給付範囲、民間保険の活用等の諸問題がある。

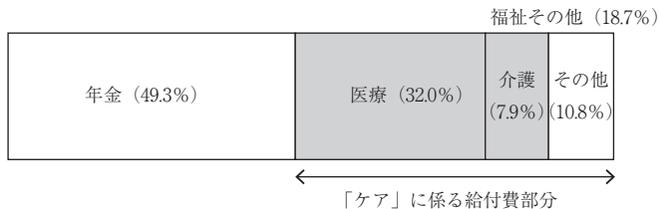
キーワード：国民医療費，2025年ビジョン，地域医療構想，コストシフティング，地域医療介護総合確保基金

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp.98-113.

I はじめに

本稿においては、わが国における「ケアの財源

調達」に係る諸問題を考察する。その際、主として、医療および介護サービスの提供に関する財源問題を中心に検討する。その理由としては、まず第1に、わが国の「ケア」における医療・介護サー



出典：国立社会保障・人口問題研究所『平成25年度社会保障費用統計』より作成

図1 部門別社会保障給付費 (2013年度)

* 東京大学政策ビジョン研究センター 特任教授

ビスのウェイトの大きさが挙げられる。図1に示したように、社会保障給付費総額110兆6,566億円(2013年度)のうち、現金給付である年金(49.3%)を除いた、主として人的サービス提供(ケア)に係る給付費は全体の5割強となっている。そのうち、医療・介護の占める割合は、78.7%を占めている。また、医療・介護給付のうち、傷病手当金のような所得保障的な部分のウェイトは相対的に小さく、そのほとんどは現物サー

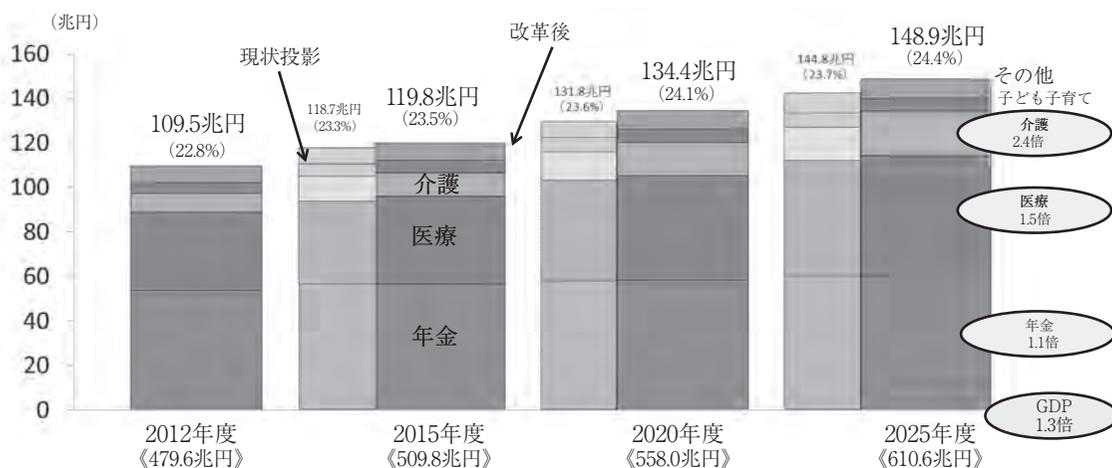
ビス提供に係る費用充当分、まさに「ケアの財源」分であると考えられる¹⁾。

第2に、今後の社会保障費用の動向については、いわゆる「マクロ経済スライド」が導入され、費用の伸びが一定程度コントロールされることが予測される年金に比べ、そうした「キャップ」が欠けている医療・介護費用の伸びはきわめて大きいことが想定される。図2に厚生労働省による社会保障給付費の将来予測を示した。これを見ると、

社会保障に係る費用の将来推計について



- 給付費は、2012年度の109.5兆円 (GDP比22.8%) から2025年度の148.9兆円 (GDP比24.4%) へ増加
- 2025年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



※平成 24 年3月に厚生労働省において作成したもの

注1: 「社会保障改革の具体策、工程および費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「II 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「III 年金」の効果は、反映していない。)

注2: 上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養護、妊婦健診等を含めた計数である。

注3: ()内は対 GDP 比である。《 》内は GDP 額である。

出典: 厚生労働省「社会保障制度改革の全体像」

図2 社会保障に係る費用の将来推計

¹⁾ 現物 (in kind), 現金 (in cash) というのは、社会保障に関する給付についての伝統的な二分法である。医療保険においては、前者は「療養の給付」、後者は「療養費」として法令上も区分されてきた。しかしながら、こうした制度の基本的設計とは別に、制度上は「療養費」でありながら、給付の実際としては、「現物給付化」されている場合も多い。例えば、被用者保険における家族療養費や介護保険における介護給付等は、現物給付化されている(法研(1999) P1314-P1315)。ただし、あくまでも「療養費」という構成をとっていることから、第5節で考察するように、介護保険制度は、いわゆる「混合介護」を基本的に容認する制度設計であるといえる。

2012年度に比べ、2025年度における給付費の伸び率は、(いわゆる「改革シナリオ」の場合)年金が1.1倍なのに対し、医療は1.5倍、介護は2.4倍と、相対的に高い伸びが予測されている。この間のGDPの伸び率が1.3倍と見込まれていることを併せて考えると、医療・介護費用の伸びは経済成長率を上回っていることがわかる。いずれにせよ、高い経済成長が望めない中で、医療・介護費用をどのようにまかなっていくかということは、今後の社会保障財源問題における中心的なテーマであると考えられる。

第3に、財源問題を検討するに当たって、基本的に公費が中心である各種の福祉サービスの場合に比べ、医療や介護については、保険料と公費の組合せ、さらには保険給付の設計のあり方等考察すべき問題が多い。前者が基本的に国と地方(都道府県、市町村)の間の権限と負担配分の問題であるのに対し、後者は社会保障費用の財源調達に係る、より一般的、基本的な問題に関わっている。同じ「ケアの財源調達」問題と言っても、複雑さの程度は相当異なるものと考えられる。本稿において医療・介護サービスの提供に関する財源問題を中心に検討するゆえんである。

II 医療・介護費用の財源構造

こうした「ケアの財源構造」を考察するために、まず、医療費のマクロ的な財源構造の推移を見てみよう。表1および図3は、国民医療費の年次推移を、1955(昭和30)年度から10年おきに見たものである。国民医療費は、公的な保険診療の対象となる傷病の治療に要した費用を推計したものであり、予防的な費用や保険外診療に係る費用は含まれていないが、わが国における通常の医療費の大部分をカバーしている統計である。これを見ると、公費、保険料、患者負担という3つの大きな財源の構成が、時代とともに変化してきていることがわかる。国民皆保険体制成立以前の1955(昭和30)年度から60年弱にわたる期間の医療費の財源

構成は、大きく次の4つの時期に分けて考えることができる。

まず、第1は、昭和30年代の患者負担割合がきわめて高い時期である。例えば、1955(昭和30)年度で見ると、患者負担は国民医療費の4割近くを占めており、公費も含めた保険の給付割合は6割強に留まっていたことがわかる²⁾。『経済白書』が「もはや戦後ではない」と記述したのは、1956(昭和31)年のことであったが、ミクロ的には、一家で一人大病を患う人が出ると、家計が破綻してしまうということが十分現実のものであった時代であり、この時期における公的な医療保険の保障機能はまだ弱かったといえる。

次いで、第2期は、1961(昭和36)年の国民皆保険体制の成立、さらには、1973(昭和48)年のいわゆる「福祉元年」による大幅な給付改善等によって、患者負担の大幅な引下げが行われた時期である。特に、高額療養費制度の導入(1973年)の影響は大きく、患者負担は12%程度の水準まで引き下げられた。この間、公費負担、中でも国庫負担割合が大幅に引き上げられていることが注目される。全体として、経済の高度成長の果実が税投入の拡充という形で医療保障に還元された時期であったといえる。

そして、第3期は、第一次石油危機(たまたま「福祉元年」と同年の1973(昭和48)年であった)を契機とする経済の高度成長の終焉、安定成長への移行に伴い、「福祉元年」の「行き過ぎ」(例えば、老人医療費の無料化措置等)が是正された時期である。1982(昭和57)年の老人保健法の成立、さらには1987(昭和62)年の見直し(老人保健拠出金加入者按分率の100%への引上げ)等により、国庫負担の構成割合が引き下げられた。国庫負担の割合は、1983(昭和58)年度の30.6%をピークとして、1993(平成5)年度の23.7%まで、10年間で7%近くの低下を示している。これに替って増大したのが保険料および地方負担である。保険料の構成割合は1983(昭和58)年度の52.5%から1992(平成4)年度の57.6%まで5%強増大してい

²⁾ 国際的に見て、患者の自己負担(private out-of-pocket)比率が1955年当時の日本の水準に近い国としては、韓国(経常医療費の37%)が挙げられる(OECD(2015))。

る。また、地方負担も1981（昭和56）年度の5.1%から1993（平成5）年度の7.0%まで2%近い上昇を示している。全体として、この時期は、国の財政の厳しい状況を反映して、医療保険制度に関する諸改革を通じ、国庫負担から保険料および地方政府負担へのcost shiftingが行われた時期であったといえる。

第4期は、その後、今日に至る20年ほどの期間である。この時期は、第3期の揺り戻しとして、保険料負担割合の軽減を公費の投入増によって実現してきた時期である。保険料と国庫負担について、第3期とはちょうど逆のcost shiftingが行われた時期であるといえる。保険料の構成割合は、前述した1992（平成4）年度の57.6%をピークとして漸減し、2004（平成16）年度には5割を切った。そして、その後一度も5割を回復することなく、2013

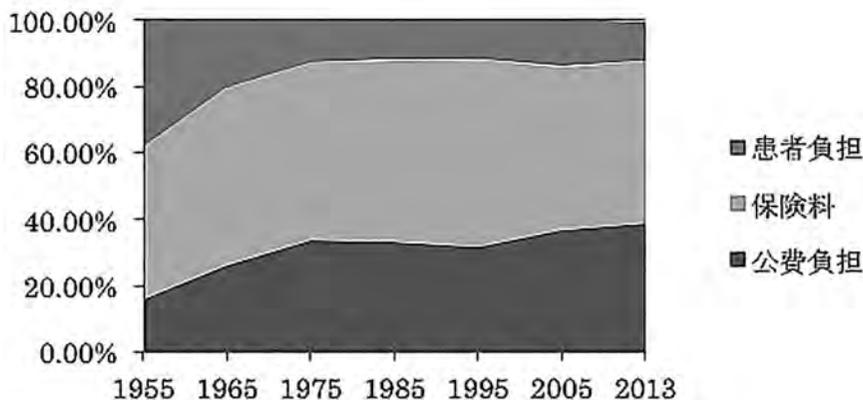
（平成25）年度には48.7%と、1992年度に比べ9%近く低下した水準になっている。これに対して、国庫負担は1993（平成5）年度の23.7%を底として漸増し、2013（平成25）年度には25.9%と、20年間で2%以上の増加を示している。その一方、地方負担については、2000（平成12）年度の8.5%を底として一貫して増大し続け、2013（平成25）年度には12.9%にまで増加している。こうした地方負担の増大の背景には、2005（平成17）年の国民健康保険への都道府県財政調整交付金制度の導入およびその後の拡大等の制度改正があるものと考えられる。

なお、第4期における保険料と国庫負担の間のcost shiftingについては、大きな法制度改正によるというよりは、わが国の公的医療保険制度における加入者構成の変化の結果と考えることができ

表1 国民医療費の財源構造の推移（%）

年 度	公 費			保険料	患者負担	備 考
	国庫	地方	小計			
1955（昭和30）	11.6%	4.2%	15.9%	45.5%	38.7%	1961年皆保険
1965（昭和40）	22.1	3.9	25.9	53.5	20.6	1973年福祉元年
1975（昭和50）	28.9	4.6	33.5	53.5	12.9	1982年老人保健法
1985（昭和60）	26.6	6.8	33.4	54.3	12.0	
1995（平成7）	24.2	7.5	31.7	56.4	11.8	2000年介護保険法
2005（平成17）	25.2	11.4	36.6	49.0	14.4	
2013（平成25）	25.9	12.9	38.8	48.7	11.8	2012年消費税法改正

出典：厚生労働省「平成25年度国民医療費の概況」等から作成



出典：厚生労働省「平成25年度国民医療費の概況」等から作成

図3 国民医療費の財源構造の推移（%）

る。表2に、最近20年間の国民医療費の制度区分別構成割合の推移を5年ごとのデータとして示した。これを見ると、国庫負担がほとんど投入されていない健康保険組合や共済組合がその組合数および加入者数の減少の結果、国民医療費に占めるシェアを下げているのに対し、国庫負担の投入割合の高い国民健康保険や老人保健（後期高齢者医療制度）のシェアが上昇していることがわかる。また、全額を公費でまかなっている生活保護（医療扶助）等の公費負担医療についても、受給者数の増加等の結果、シェアが急増している。全体として、保険料負担割合の高い制度が縮小し、逆に

国庫負担投入割合の高い制度が拡大している結果、保険料と国庫負担との間のcost shiftingが起

表2 国民医療費の制度区分別構成割合の推移（年度、％）

制度／年度	1993	1998	2003	2008	2013
健康保険組合	11.7%	9.9%	8.6%	8.8%	8.3%
政管健保*	16.2	13.2	11.0	11.4	11.2
共済組合	4.5	3.2	3.0	2.8	2.6
国民健康保険	20.2	19.0	21.2	24.9	24.0
老人保健**	29.5	34.4	33.8	30.0	32.7
公費負担医療	4.9	5.0	5.8	6.7	7.4

*2008年度以降は協会けんぽのデータ

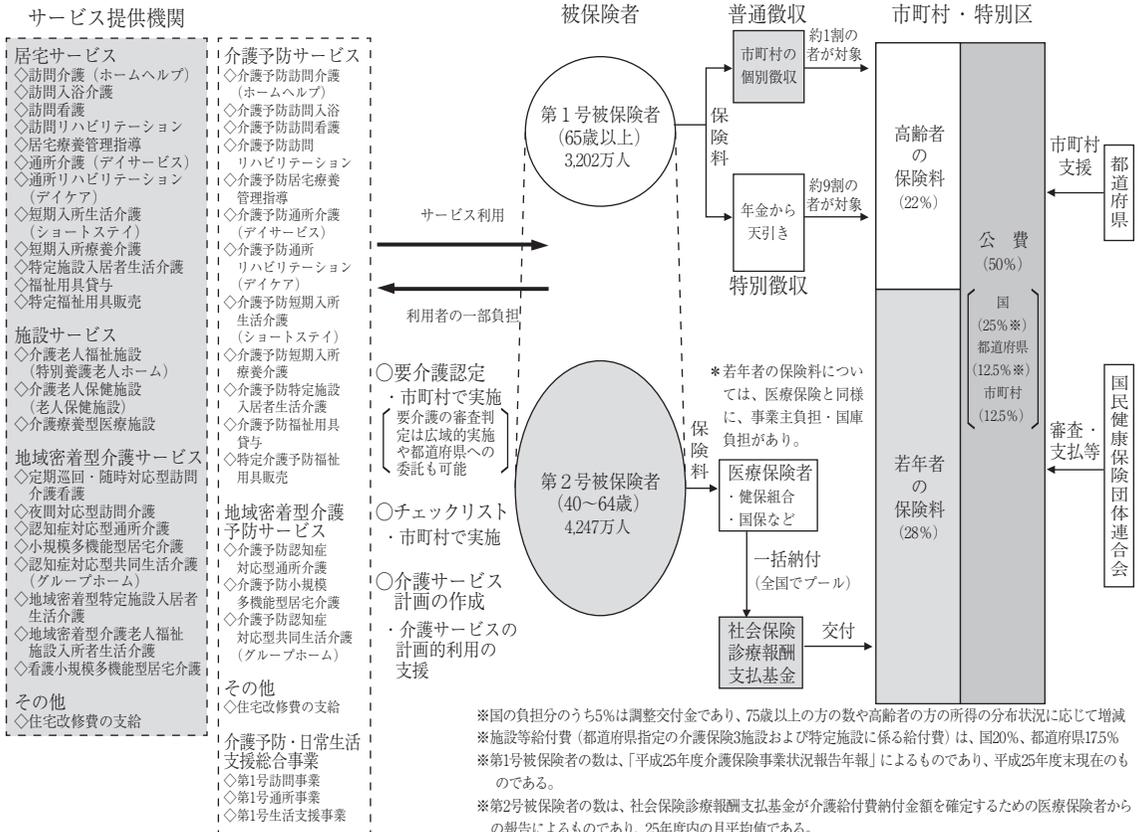
**2008年度以降は後期高齢者医療制度のデータ

出典：厚生労働省「平成25年度国民医療費の概況」等から作成

介護保険制度の概要

概 要

介護保険制度の体系図



出典：厚生労働省『平成27年版厚生労働白書』資料編より転載

図4 介護保険制度の財源構造

こっているものと考えられる。

次に、介護費用の財源構造を見てみよう。介護保険については、図4に示したように、医療の場合とは異なり、制度が分立しておらず、一本化されていることに加えて、基本的に給付と負担がリンクしており、介護給付に要する経費は税財源と保険料財源に折半されている。支出である給付費が膨らめば、財源である税と保険料も等しく増大するという仕組みである。こうした仕組みの下では、医療保険の場合のような制度分立に伴う費用負担のアンバランスの問題は生じず、もっぱら給付費の増大に保険料および公費負担が追いついていけないかということが基本的な問題になる。図2に示したように、介護給付費は今後経済成長率を上回る急速な増大が見込まれている。特に、市町村が保険者である介護保険においては、その保険料引上げは大きな課題であり、制度の持続可能性が常に問われる結果となっている³⁾。

Ⅲ 医療・介護提供体制の将来像と財源問題

今後の医療・介護費用をめぐるのは、近年、消費税増税（「社会保障と税の一体改革」）問題をめぐって、医療・介護提供体制の将来像（「2025年ビジョン」）が示されている。こうした「ビジョン」においては、費用負担、財源調達の問題と、サービス提供体制の問題の両方が同時に提示されていることが注目される。まず、2006年のいわゆる「医療制度構造改革」（小泉構造改革）の後、将来の医療・介護提供体制のあり方について議論が行われ、2008年には、社会保障国民会議の最終報告において、「医療・介護費用の将来推計」（シミュレーション）が公表された。さらに、図5に示したように、2011年6月には、民主党政権の下でこれを見直した「医療・介護に係る長期推計」が公表されている。これらは、いずれもいわゆる「団塊の世代」が皆後期高齢者となる2025（平成37）年度を目標年次として、医療・介護提供体制について

「選択と集中」、「機能分化と連携」を進めた場合の「改革シナリオ」と、現状のまま推移した場合の「現状投影シナリオ」を対比して示している。その場合、「改革シナリオ」は、一般病床の機能分化による急性期医療の確立と、「居住系サービス」を中心とする在宅ケアの拡充を「楯の両面」として注目がされる。そして、「改革シナリオ」は「現状投影シナリオ」に比べ、提供されるサービスの質は高いが、同時に医療・介護に係る費用も増大するとされており（図2を参照）、こうした費用増大分については、消費税増税（および保険料引上げ）によって対応することが想定されている。

それでは、なぜ、「選択と集中」や「機能分化と連携」を進めた「改革シナリオ」の方が、それをしない「現状投影シナリオ」よりも費用がかかることになるのだろうか。そこには大きく分けて2つの要因が考えられる。まず、第1に、急性期医療の確立である。例えば、図5に示されているように、「改革シナリオ」では、一般急性期の平均在院日数は9日程度と、一般病床の在院日数（長期ビジョン策定当時は18日程度）をほぼ半減した姿となっている。こうした短い在院日数を達成するためには、現在よりも短期間に集中した医療資源の投入を行う必要があり、入院1日当たりの診療単価は相当高いものとなることが予想される。つまり、在院日数は短くなっても、1日当たりのコスト（診療単価）が上昇するので、医療費が減ることにはならないということが第1点である⁴⁾。また、在院日数の短縮に伴い、これまで入院していた患者の多くが早期に地域社会へ復帰することになる。その場合、こうした患者は、引き続き一定の医療・介護ニーズを有しつつ、地域に帰っていくことになると考えられるので、こうした新たなニーズに対応する医療・介護サービスの提供（在宅医療や施設・在宅ケア）が必要になる。このことは、追加的な費用増をもたらすであろう。こうした2つの要因によって、「改革シナリオ」は「現状投影

³⁾ 例えば、平成27年版厚生労働白書においては、「介護費用の増大に伴い、介護保険制度創設時に全国平均3,000円程度であった介護保険料は、現在約5,000円になっており、2025年には約8,200円になると見込まれている」として、介護保険制度の持続可能性の確保が大きな課題であるとしている（厚生労働省（2015）P413）。

シナリオ」よりも費用がかかるとされているのである。

この間、政治的には、2009年に民主党政権への政権交代があり、さらに2012年には再び自公政権への復帰という大きな変動があったが、こうした医療・介護提供体制の長期ビジョンについては、その基本的な考え方は大きく変わっていない。長

期ビジョンの基本的な発想は（少なくとも政治的には）安定したものであると考えることができる。その後、消費税は2段階での引上げが決められ、2014年4月には5%から8%へと引き上げられた（2段階目の10%への引上げは当初予定の2015年10月から1年半延期し、2017年4月実施とされている）。そして、消費税による税収は、すべて、医

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025) 年度			
		現状投影シナリオ	改革シナリオ		
			各ニーズの単純な病床換算		地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 70%程度 15~16日程度 30万人/月	【高度急性期】 18万床 70%程度 15~16日程度 25万人/月	
一般急性期	退院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 高度急性 19-20日程度 一般急性 13-14日程度 亜急性期等 75日程度 亜急性期等 57-58日程度 長期=ス' 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 70%程度 9日程度 109万人/月	【一般急性期】 35万床 70%程度 9日程度 82万人/月	
亜急性期・回復期リハ等	152万人/月		【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 16万人/月	【亜急性期等】 26万床 90%程度 60日程度 12万人/月	
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度		
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度		
（入院小計）	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度	
介護施設 特養 老健（老健+介護療養）	92万人分 48万人分 44万人分	161万人分 86万人分 75万人分	131万人分 72万人分 59万人分		
居住系 特定施設 グループホーム	31万人分 15万人分 16万人分	52万人分 25万人分 27万人分	61万人分 24万人分 37万人分		

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。
 (注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期および亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。
 ここでは、地域一般病床は、おおむね人口5~7万人未満の自治体に暮らす者（今後2000~3000万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

出典：内閣官房作成資料（2011年6月）から転載

図5 医療・介護に係る長期推計：2011年6月（主にサービス提供体制改革に係る改革について）

4) このことは、従来喧伝されてきた「在院日数の短縮によって医療費を削減する」という主張ないしは考え方の大きな転換である。こうした主張は、経済学でいう *ceteris paribus*（ほかの条件を一定とする）の誤用に基づくものであったと考えられる。在院日数を短縮したときに、ほかの条件が変わらなければ、確かに医療費は比例的に低下するであろう。しかしながら、実際にはそういうことはなく（現在の急性期医療に大きなムダがあるのであれば格別）、同じ医療資源投入量の下で在院日数を短縮しようとすれば、医療の質が低下することになる（きちんと治療していないのに患者を退院させてしまう等）。在院日数を短縮すれば、1日当たりの診療単価が上昇するという「ほかの条件の変化」が起こる可能性が高いわけである。ちなみに、短い在院日数の下で医療費が高くなることは、例えばアメリカ等の事例を見れば明らかであろう。

療・介護を含む社会保障の経費に充当されることとなった⁵⁾。

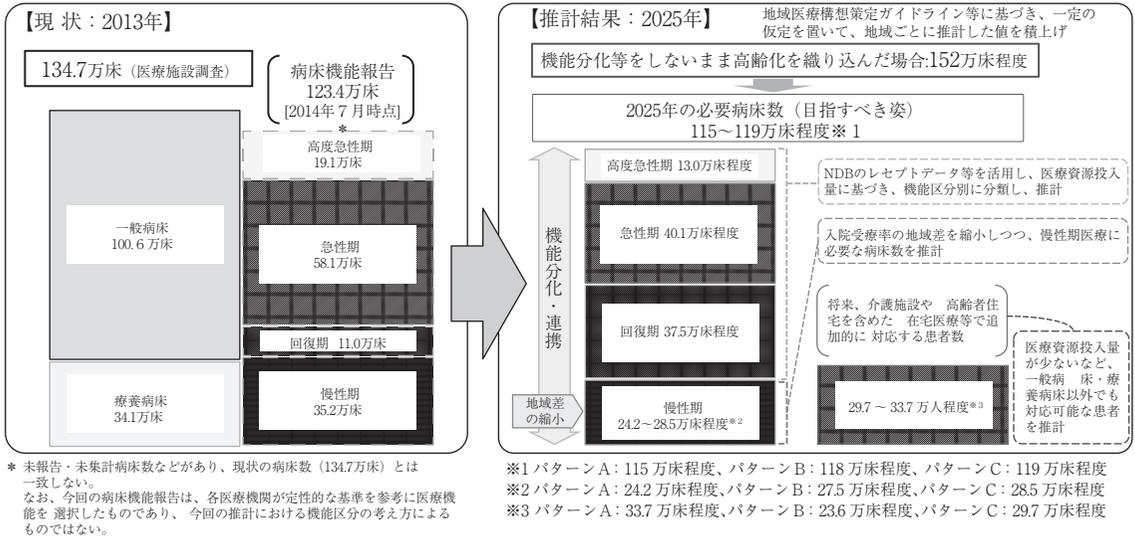
一方で、図5に示した「2025年ビジョン」は、あくまでも日本全体の姿であることに留意する必要がある。医療・介護については、さまざまな要因によって、大きな地域差が存在し、それを全く無視することは現実的ではない。こうした日本全体のビジョンだけではなく、地域ごとの特性や差異をある程度踏まえた「地域医療のビジョン」を構築する必要がある。こうして、次の段階として、「地域医療構想」の策定が大きな政策課題となっ

てきた。

地域医療構想については、本稿の主題ではないので、詳細な説明は省略する。地域医療構想は、上述した「2025年ビジョン」の基本的な発想を継承しつつ、その精緻化を図ったものと考えられることができる。特に病床機能の区分については、医療資源投入量に基づく必要病床数の推計という新たなアプローチがとられることとなった。「2025年ビジョン」のように、急性期病床における在院日数の短縮を前面に出すのではなく、現在の入院後経過日数別の（可変的な）医療資源投入量の推移

2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、**患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられること**を目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、**切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。**
(→「病院完結型」の医療から、**地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環**)
- **地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。**
- ⇒ **地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、すべての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。**



出典：医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第5回会合資料（平成27年6月）

図6 2025年における必要病床数推計結果と現状の比較

⁵⁾ 消費税法第1条第2項では「消費税の収入については、地方交付税法（昭和二十五年法律第二百一十一号）に定めるところによるほか、毎年度、制度として確立された年金、医療および介護の社会保障給付ならびに少子化に対処するための施策に要する経費に充てるものとする」（下線は引用者）と規定されている。

を踏まえた病床の機能区分を図っていかうとするものである。この部分については、現時点では(急性期、回復期といった名称区分は格別)基本的に「現状追認」となっており、その費用の動向については、今後、病床機能区分別の診療報酬がどのように設定されるかに係っているといえる。

一方、慢性期病床(療養病床)については、その大きな地域差の存在⁶⁾を前提として考えることは適当でないことから、一定の地域差縮小措置がとられることとなった⁷⁾。その結果、療養病床自体は2025年度に向け、相当数の削減が見込まれている。その一方で、それと併せて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数が相当数増大することが見込まれていることに留意する必要がある(図6)。

こうした慢性期医療および在宅ケアの部分について、新規参入を除いた既存のサービスの転換に関しては、概念的には、①医療保険から介護保険へのcost shifting、②介護保険内部でのcost shifting、③医療・介護保険制度外サービスに転換することによる負担構造の変化、という3つの類型を考えることができる。まず、①については、医療療養病床の一部、さらには場合によっては一般病床まで含めた病床の介護施設への転換のケースが想定される。その場合、医療保険からの支出が減少し、介護保険からの支出が増大するという制度間のcost shiftingが起こることとなる。次に、②については、例えば、介護療養病床が現行介護保険法上は2018年3月末で廃止される扱いとなっていることを踏まえ、ほかの介護施設等へ転換する場合である。この場合、転換後の施設・サービス類型によって負担のあり方は変わってくる。例

えば老健施設等への転換であれば、費用総額は変化するが、介護保険としての負担の分担関係は変わらない。一方、特定施設(介護付き有料老人ホーム)への転換であれば、「居住系サービス」として、介護保険からの給付のほか、利用者負担部分が増大するであろう。いずれにしても、これらは介護保険内部での負担の変化ということになる。一方、③については、例えば、(特定施設認定外の)サービス付き高齢者向け住宅等、医療・介護保険制度の対象外のサービスに転換する場合である。この場合には、基本的に「住まい」として、居住に伴う経費は全額自己負担となったうえで、医療・介護サービスは必要に応じ「外付け」で提供されることになり、その部分については医療保険、介護保険が適用されることになる。

なお、こうした在宅ケアの拡充に関し、従来の施設・サービス類型に加え、より「住まい」の機能の強化を図った新たな選択肢として、①医療内包型、②医療外付型の2つの類型が厚生労働省の検討会から提案されている⁸⁾。その具体的な制度設計については、今後、社会保障審議会等の場での検討、さらにはそれを踏まえた法制度改正を待たなければならない。しかしながら、基本的に看取りまで行う医療提供施設でありながら、病院ではない、「住まい」の機能を重視した新たな選択肢の創設は、上述した「2025年ビジョン」の基本的な考え方に沿ったものであると考えられる。

IV 保険財源と税財源：地域医療介護総合確保基金をめぐる

本節では、「ケアの財源調達」における保険財源

⁶⁾ 療養病床の性・年齢階級調整後の都道府県別入院受療率(人口10万対)を見ると、1位の高知県(614)は47位の長野県(122)の5.03倍となっている(平成23年データ)。

⁷⁾ 療養病床に関する地域差縮小措置の具体的な姿については、厚生労働省(2015)を参照。なお、地域医療構想において、このように療養病床について、一般病床の医療資源投入量に基づく病床機能分化と異なったアプローチがとられている一因としては、当初、この議論が一般病床の切り分け論(「急性期病床群」の設定等)から始まり、途中から療養病床を加えることとなった経緯を反映している面がある。その一方で、もう1つの重要な病床である精神病床については地域医療構想の対象外としていることは、別の意味で問題であると思われる。

⁸⁾ 厚生労働省・療養病床の在り方等に関する検討会「療養病床・慢性期医療の在り方の検討に向けて：サービス提供体制の新たな選択肢の整理案について」(2016年1月)。同報告においては、医療内包型をさらに2つの類型に分けているので、細かく見れば、3つの類型が示されている。

と税財源のあり方の問題について、地域医療構想において新たに位置付けられた地域医療介護総合確保基金（以下、「基金」という）を取り上げて検討する。2014年に成立した「地域における医療および介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（地域医療介護総合確保推進法）の重要な柱の1つとして、消費税増収分を活用した新たな基金が都道府県に設けられ、医療と介護の連携を強化していくこととなった。地域医療構想を実際に推進していくに当たっては、（二次医療圏を基本とする）「構想区域」ごとに設けられる「地域医療構想調整会議」の場において具体的な協議や調整が行われていくことになるが、その際、基金を政策推進上の重要なツールとして活用していくことが期待されている。こうした基金の創設については、社会保障制度改革国民会議報告書（2013年8月）による、次のような提案が1つの契機となっている。

同報告書によれば、「地域ごとのさまざまな実情に応じた医療・介護サービスの提供体制を再構築するという改革の趣旨に即するためには、全国一律に設定される診療報酬・介護報酬とは別の財政支援の手法が不可欠であり、診療報酬・介護報酬と適切に組み合わせつつ改革の実現を期していくことが必要と考えられる。・・・その場合の手法としては、基金方式も検討に値しよう」とされ、さらに「この財政支援については、病院等の施設や設備の整備に限らず、地域における医療従事者の確保や病床の機能分化および連携等に伴う介護サービスの充実なども対象とした柔軟なものとする必要がある」と、財政支援の使途についても言及されている（下線は引用者）。そして、ほぼ、この提言に沿った形で、地域医療介護総合確保推進法の中で基金が制度化されたわけである。同法上、基金の使途としては、①地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設および設備の整備に関する事業、②公的介護施設等の整備に関する事業、③医療従事者の確保に関する事業、④介護従事者

の確保に関する事業、⑤居宅等における医療の提供に関する事業、の5つが掲げられているが、基本的に上記提言を踏まえた内容になっているといえる。なお、基金の財源については、2/3は国、1/3は都道府県が負担することとなっている。

基金については、平成26年度は医療関係事業のみについて、また、平成27年度以降は介護も含めたすべての事業を対象として予算が計上されている。平成26年度における総額904億円の事業の内訳としては、病床の機能分化・連携に関する事業174億円、在宅医療の推進に関する事業206億円、医療従事者の確保・養成に関する事業524億円となっている。また、平成27、28年度においては、医療分904億円に介護分724億円を加えた総額1,628億円が各年度計上されている。

こうした基金のあり方については、まず第1に、保険財源と税財源の関係をどう考えるかという基本的な問題がある⁹⁾。一般に、医療機関（介護事業）の運営に係る経費は、経常的経費と投資的経費に分けて考えることができる。宇沢（2000）によれば、前者が静学的資金配分、後者が動学的資金配分ということになる。伝統的には、診療報酬（介護報酬）は、経常的経費および投資的経費を含め、すべての医療機関（介護事業）の運営に係る経費をカバーするという「建て前」とされてきた¹⁰⁾。しかしながら、実際には、その評価内容が不明確であるとともに、近年におけるマイナス改定の潮流の中で、投資的経費の評価は必ずしも十分ではなく、種々の一般税財源による補填が行われてきた。公立病院の建て替えや施設・設備整備に対する地方政府一般会計からの補助金や、国の「医療施設近代化施設整備費補助金」等はそうした補填の例である。今回の基金についても、上記①から④の事業については、地域医療構想や地域包括ケアの推進という枠組みの中での、税財源による（物的および人的資本に係る）投資的経費の補填ととらえることができる。地域医療の確保に対する都道府県の責務と役割を重視する立場（地

⁹⁾ 以下の記述については、尾形（2003）を参照。

¹⁰⁾ 例えば、厚生省（1998）によれば、「現行診療報酬体系は、投資的経費、維持管理経費の評価については、個々の診療行為に係る各点数の中で薄く広く評価するという仕組みである」とされている（下線は引用者）。

域医療構想は正にそうした発想に立っている)からは、こうした基金の創設は当然の施策ということになろう。しかしながら、一方で、地域医療構想推進における重要な担い手として位置付けられている医療保険の保険者の立場¹¹⁾に立てば、問題はそれほど単純ではない。投資的経費を税財源でまかない、経常的経費を保険財源でまかなうということが本格化すれば、ドイツにおいてかつて議論のあった「二重予算」の問題が生ずる可能性がある。つまり、税財源によって建設された医療・介護施設において発生する経常的経費を保険財源で負担するということになると、保険者には、事後的に、こうした投資に伴って生ずる「ツケ」だけが回ってくるということになりかねないという問題がある。いわゆる「保険者機能」を重視する観点からは、税財源ではなく、むしろ保険財源の拡充、診療報酬等における投資的経費の明確化こそが「王道」であるということになろう¹²⁾。

第2に、基金の対象事業の問題である。少なくとも上記①から④の事業については、診療報酬や介護報酬では不十分な投資的経費の補填という実際上の意義があることは(その評価は格別)否定できない面がある。一方、⑤の「居宅等における医療の提供に関する事業」については、そのままでは既存の在宅医療に関する診療報酬(介護報酬)と重複する可能性がある。既存の診療報酬(介護報酬)による評価と適切な役割分担を図りつつ、機能が重複することのないよう、十分配慮する必要がある。

第3に、この財源措置が、単年度の予算ではなく、複数年度にわたって繰越可能な「基金」という構成になっていることについては、十分留意する必要がある。上記社会保障制度改革国民会議報告書においても、「医療機能の分化・連携には医療法体系の手直しが必要であり、また、病院の機能

転換や病床の統廃合など計画から実行まで一定の期間が必要なものも含まれる」ことから、基金という手法を提唱しているわけである(下線部は引用者)。今後、地域医療構想が本格的に動き出し、地域における病床の機能転換や他施設・サービスへの転換、統廃合等が現実のものとなり、多くの資金ニーズが発生するときに備えて、当面、基金の運用については慎重に取り扱う必要がある。

(補論) 保険財源と税財源の間のcost shifting：高齢者医療をめぐる考察

ここで、第Ⅱ節で概観した医療費の負担をめぐる保険財源と税財源の間のcost shiftingの問題について、高齢者医療制度の設計という観点から簡潔に検討してみよう¹³⁾。一般に、高齢者は、それ以外の者に比べ、平均医療費支出が高い一方で、所得水準が低く、その医療費に見合った保険料の負担を求めることが困難な場合が多い。こうした(保険財政から見れば「ハイリスク・グループ」である)高齢者の増加に対応するためには、(長期保険的な積立型保険制度を採用していれば格別)いずれにせよ高齢者以外の者からの負担を求めざるをえない。介護保険制度のように、予め保険料(給付費の50%に設定)を、人口比で高齢者とそれ以外の者に按分するというのは一法であるが、わが国の分立した医療保険制度においては、これまでそういった統一的な方式はとられてこなかった。その代りに、当初は国庫負担を制度間に傾斜配分することによって、制度間の高齢者比率のアンバランスの調整が図られてきた。

それが、老人医療費無料化の影響等もあり、次第に困難になってきた1980年代に入って、老人保健制度における拠出金による調整制度が導入された。これは、各医療保険制度による「共同事業」として構築された、基本的に高齢者に限定した日

¹¹⁾ 地域医療構想全体を通じて、保険者の役割については一定の配慮がなされていることに留意する必要がある。例えば、医療法改正により、地域医療構想の策定に関しては、必ず「保険者協議会」に対する意見聴取を行うこととされた(医療法第30条の4第14項)。また、地域医療構想調整会議の構成メンバーとして、「医療保険者」が明記されている(医療法第30条の14第1項)。

¹²⁾ 筆者の立場は、こうした保険者機能強化論である。具体的な改革提案等については、尾形(2003)を参照されたい。

¹³⁾ 以下の記述は、基本的に尾形(2005)に基づく。

本型制度間年齢リスク構造調整措置であったと考えられる。この拠出金制度によって、大幅に被用者保険の負担が増大し、市町村国保の負担が軽減された。その結果、国庫負担から保険料負担へのcost shiftingが起こったことは、第Ⅱ節で記した通りである。

さらに、1984年には、定年退職から老人保健制度（当時は原則70歳以上の高齢者を対象としていた）適用までの間を埋める措置として退職者医療制度が導入された。退職者医療制度は、制度論的には、老人保健制度と比べ、問題が多い制度であると考えられる。本来、（欧州大陸諸国のような「突き抜け方式」であれば）被用者保険でカバーすべき被用者OBを市町村国保に「預かってもらっている」代償として、被用者保険全体として被用者OBの医療費を負担しようという発想であるが、すでに制度の被保険者でない者の医療費を負担するという論理にはいささかムリがある。老人保健制度は、その点、各医療保険制度には「老人」が（被保険者であれ被扶養者であれ）依然として加入しており、その加入比率の制度間の相違を調整するという論理（年齢リスク構造調整）が一応通っているわけである。しかしながら、いずれにしても、退職者医療制度も、国保における退職被保険者の医療費を被用者保険が負担することを通じて、国庫負担から保険料負担へのcost shiftingを凶ったものであることは間違いない（国庫負担を削減しすぎた結果、退職者医療の「見込み違い」問題すら引き起こしている）。

こうした老人保健制度と退職者医療制度という2本立ての対応がしばらく続いた後、いわゆる「小泉構造改革」によって、現行の（前期・後期）高齢者医療制度が2008年度から導入された。その中では、特に、いわゆる「独立方式」を採用した後期高齢者医療制度には、制度論的な問題がある。現行制度の下では、原則75歳以上の高齢者は各医療保険制度から外れて、独立した後期高齢者医療制度の被保険者となる。その費用（給付費）については、公費（50%相当）、高齢者自身が払う保険料（10%相当）のほか、各医療保険制度からの「支援金」が40%相当投入されている。しかしなが

ら、退職者医療制度の場合と同様に、すでに被保険者でもない人の医療費をなぜ負担しなければならないのかは必ずしも明らかではない。また、退職者医療制度の場合は、それでもまだ対象が被用者OBであるという限定があったが、後期高齢者医療制度についてはそれもないため、文字通り「見ず知らずの」高齢者の医療費を各医療保険制度が負担させられていることになる。これは、社会保険の基礎である「加入者の連帯」という基本理念を大幅に逸脱しており、支援金の基本的な性格は、もはや保険料ではなく、税であると言わざるをえないであろう。同じく国庫負担から保険料負担へのcost shiftingのための調整措置であるとはいっても、こうした社会保険の論理からすれば、老人保健制度→退職者医療制度→後期高齢者医療制度の順に逸脱の度合いが大きく、制度設計上の問題があるといえる。

V 考察

以上を踏まえて、最後に、「ケアの財源調達」に関するいくつかの追加的な論点について考察してみよう。

第1に、そもそも「ケア」については、formal careとinformal careがあるが、本稿においては、基本的にformal careに焦点を絞った検討を行ってきた。これは、もっぱら、利用可能なデータの制約によるものであるが、ケア論としては不十分であることは否めない。特に、介護や福祉サービスにおけるケアにおいては、informal careのウェイトは依然として大きく、これを無視することは適当ではない。また、医療においても、例えば在宅医療をめぐる、表面的な「在宅医療費」のほか、さまざまなinformal careに伴う「機会費用」が発生していることを考慮する必要がある。本稿においてこうした問題が扱われていないのは、問題の小ささのためではなく、筆者の能力の限界のためであることをお断りしておきたい。逆に言えば、本格的な「ケアの財源調達」論の展開のためには、informal careを組み入れることが不可欠であり、そのための前提となる基礎データの整備等を含

め、今後の課題としたい。

第2に、本稿においては、「ケアの財源」として、公費（税）、保険料、自己負担の3つを軸に検討してきたが、いずれの形態をとるにせよ、最終的には「国民負担」であることには変わらない。その場合、わが国の医療・介護については、基本的に「社会保険方式」がとられてきたとされている。確かに、わが国の医療においては、英国のようにもっぱら税財源によるNHS方式でも、また、民間保険の役割が大きいアメリカのような方式でもない、基本的にヨーロッパ大陸型の「社会保険方式」がとられてきたことは間違いない事実である。こうした「社会保険方式」への傾斜は、2000年の介護保険制度の導入においても貫かれている。その一方で、第Ⅱ節において示したように、保険料のウェイトは給付費の1/2弱の水準に留まっております、「社会保険方式」といいながら、きわめて、公費（税財源）の投入割合の高い制度となっている。逆に言えば、こうした多額の公費の投入によって、曲がりなりにも（介護を含めた）皆保険体制が維持されてきているといえる。近年における消費税増税問題がもっぱら「社会保障と税の一体改革」として取り上げられてきているゆえである。これらの結果、医療や介護制度に対する政府の関与はきわめて大きく、逆に保険者の存在感が希薄になっている面があるのは否めない。例えば、通常2年に1回実施されている診療報酬改定は、本来、診療側と支払側（保険者）という両当事者間の交渉の場である中央社会保険医療協議会（中医協）において決定されるはずのものである

が、改定の基本方針は中医協ではなく社会保障審議会において、また、改定率については政府において（年末の予算編成過程を通じて）決定されており、中医協は具体的な診療報酬点数の配分を決定する場であるとされている¹⁴⁾。しかしながら、「社会保険方式」を強調するのであれば、本来、これらはすべて中医協での当事者間交渉を通じて決定すべきものであろう¹⁵⁾。保険者の当事者意識が薄く、いわゆる「保険者機能」が常に問われる背景には、こうした政府の関与の大きさがあるものと思われる。

第3に、保険財源である公費・保険料と自己負担との関係、換言すれば保険給付の範囲に関しては、いわゆるde-listing（保険給付からの給付除外）の問題と、いわゆる混合診療（介護）の問題がある¹⁶⁾。このうち、前者については、伝統的に給付範囲を広く取りつつ（少なくとも定率の負担率については）国際的に見てもかなり高い患者負担率（現在3割）を課してきた医療と、現時点では利用者負担率を原則1割に留めている介護とでは多少事情が異なる。医療の場合は、高齢者の患者負担率に引上げの余地があることを除けば、これ以上の一般的な患者負担率の引上げは困難であろう。その場合、保険給付範囲の見直し（と、後述する高額療養費制度の見直し）が課題となってくる。これに対して、介護の場合は、保険給付範囲の見直しと、利用者負担率の引上げの双方が課題であると考えられる¹⁷⁾。また、いわゆる混合診療（介護）については、情報の非対称性の程度の相違の観点から、医療と介護では扱いが異なっているこ

¹⁴⁾ 現在の仕組みが明確化されたのは、中医協の一部委員の贈収賄問題を契機として開催された「中医協の在り方に関する有識者会議」の報告（2005年7月）に基づいて実施された2006年度施行の社会保険医療協議会法の一部改正等による。しかしながら、同報告の認識および提言には首肯しがたい部分が多い。改定の基本方針が交渉当事者の外部から与えられるということや、改定率が、医療費の1/4を負担しているにすぎない国によって決定されるということについて必ずしも説得的な論拠は示されていないように思われる。

¹⁵⁾ 「中医協の在り方に関する有識者会議」（2005）では「診療報酬改定の改定率は、医療費に係る予算編成の際の算定根拠となる計数であり、その決定は内閣の権限である」とア・プリオリに規定しているが、改定率が「予算編成の際の算定根拠となる計数」となっているのは、単に、現在の国庫負担が医療給付費の定率負担という形で設定されているからに過ぎない。わが国においても、かつては、国庫負担は定額負担方式であったし、また、現在のような定率負担方式については、国の裁量的な予算編成力を狭めているという観点から、給付に連動した公費を廃止すべきであるという意見もある（例えば、田近（2009））。その当否はさておき、国庫負担が定率負担でない形態をとった場合には、改定率と予算編成との連動は断ち切られることになる。

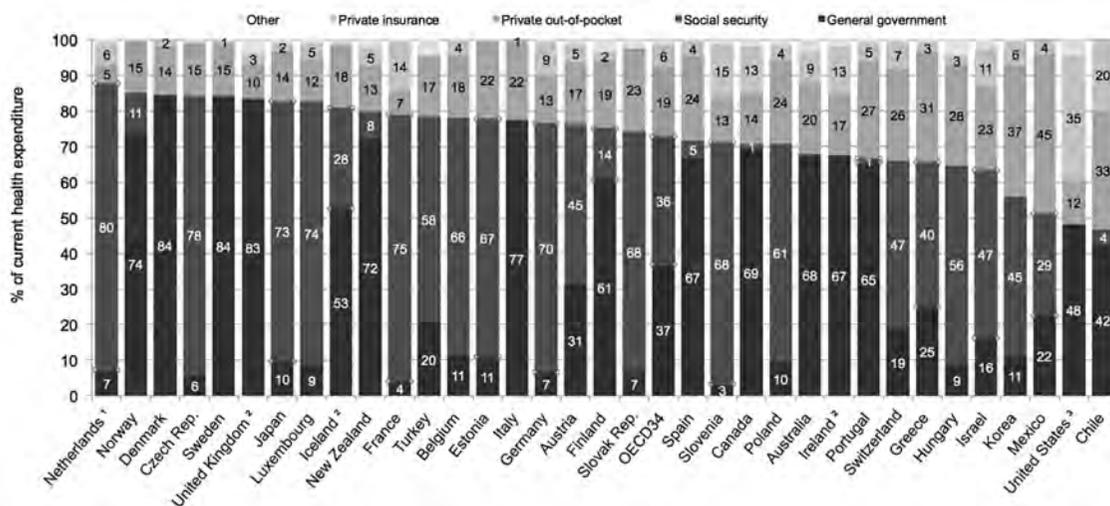
¹⁶⁾ くわしくは、尾形（2009）を参照。

とに留意する必要がある。情報の非対称性が大きい医療については、混合診療が原則禁止（一部「保険外併用療養費」として例外的に解禁）となっているのに対し、情報の非対称性が比較的小さい介護については、現金給付（給付限度額）という制度設計の下で、混合介護が容認されている。医療については、従来の「選定療養」と「評価療養」に加えて、最近の法改正で新たに「患者申出療養」という類型が加えられたが、混合診療原則禁止という基本的な政策には変更はない。これに対し、もともと混合介護を制度的に容認してきた介護保険において、実際には必ずしも「混合」が進展していない最大の要因は、やはり公的介護保険の給付範囲の広さにある。介護保険におけるde-listingは、今後の大きな政策課題であると考えられる。

第4に、自己負担に関しては、医療、介護を通じ、高額療養費制度および高額医療・高額介護合算療養費制度の存在が重要である。前者については、1973年（福祉元年）に制度化され、わが国における高率な患者負担率の下で、実質的な患者負担の軽減をもたらしてきた。また、後者について

は、2008年から導入され、高齢者世帯の医療・介護負担の軽減に寄与している。こうした制度については、一定の限度額を超える患者・利用者負担額を保険から給付するものであり、患者・利用者負担によるコスト意識の維持と組み合わせることによって、モラルハザードをコントロールしつつ、保険のリスクヘッジ機能を担保することを狙っているものと考えられる。高額療養費制度は制度発足当初はシンプルなものであったが、その後の累次の改正により、現在ではかなり複雑な制度となっている。なかでも、被保険者の所得水準と組み合わせたことにより、近年、純粋な「保険」の仕組みというよりは、再分配的な要素が強まっている。そのことの当否は格別、本来の保険（再保険）的な部分と再分配的な部分とを分け、前者については保険財源で、後者については公費で対応する、といった機能に応じた財源区分を検討することも考えられよう。

第5に、自己負担に関しては、自費（out-of-pocket）と民間保険（private insurance）を区分することができる。図7はOECD諸国における経常



出典：OECD Health at a Glance 2015より転載

図7 OECD諸国における経常医療費の財源別割合（2013年）

17) 例えば、第55回社会保障審議会介護保険部会（2016年2月17日）に提出された「主な検討事項（案）」には、「介護保険制度の持続可能性の確保」として、給付のあり方と負担のあり方（利用者負担）の双方が示されている。

医療費の財源別負担割合を示したものである。これを見ると、日本は、自費14%に対し、民間保険2%となっており、OECD34か国平均（それぞれ19%、6%）を下回っていることがわかる。民間保険については、特にフランス（14%）、ドイツ（9%）、オランダ（6%）といった社会保険方式をとっている各国と比べても、日本の比率は低い。OECDの統計では、実損填補を行わない所得保障的な日本の民間医療保険は private health insurance とはみなされないため、低くなっている面もあるが、上述した de-listing の拡大の可能性と合わせて考えると、今後、民間保険の活用余地は一定程度あるものと思われる。なお、民間保険の役割については、患者・利用者の一部負担をカバーする補完的 (complementary) 機能と、公的保険のパッケージ外の給付をカバーする補足的 (supplementary) 機能を分けることができる (Francesca Colombo and Nichole Tapay (2004))。その場合、前者については、民間保険との併用による医療費の増大という、「二重保険」に伴うモラルハザードの悪化の問題があることには留意する必要がある¹⁸⁾。

参考文献

- 法研 (1999) 『健康保険法の解釈と運用：第10版』法研。
 OECD (2015) *Health at a Glance 2015*, OECD, Paris。
 厚生労働省 (2015) 「地域医療構想策定ガイドライン」厚生労働省HP。(2016年5月31日最終確認)
 尾形裕也 (2003) 「「勤学的な保険者機能」の充実による医療供給の改革」山崎泰彦・尾形裕也編著『医療制度改革と保険者機能』第3章 東洋経済新報社。
 宇沢弘文 (2000) 『社会的共通資本』岩波書店。
 厚生省 (1998) 『診療報酬体系見直し作業委員会報告書』。
 尾形裕也 (2005) 「保険者機能と世代間利害調整」田近栄治・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差』第11章 東洋経済新報社。
 中医協の在り方に関する有識者会議 (2005) 『中央社会保険医療協議会の新たな出発のために』。
 田近栄治 (2009) 「医療保険制度改革」田近栄治・尾形裕也編著『次世代型医療制度改革』第1章 ミネルヴァ書房。
 尾形裕也 (2009) 「医療サービス提供のあり方の改革」田近栄治・尾形裕也編著『次世代型医療制度改革』第2章 ミネルヴァ書房。
 Francesca Colombo and Nichole Tapay (2004) “Private Health Insurance in OECD Countries : The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems”, *OECD Health Working Papers 15*, OECD, Paris。
 Sherman Folland, Allen C. Goodman and Miron Stano (2013) *The Economics of Health and Health Care*, seventh edition, Pearson。

(おがた・ひろや)

¹⁸⁾ Folland et al. (2013) 第8章の説明を参照。

A Study of Financing of Care in Japan

Hiroya OGATA*

Abstract

In this article, issues related to financing of medical and long-term care services in Japan are studied. Three sources of revenue for them, social insurance premiums, public expenditures and copayments are examined. The share of them in medical care has dramatically changed with the times, while it has remained stable in long-term care due to the fact that the financing of long-term care is strictly linked with the benefits. In the “Vision of Medical and Long-term Care in 2025”, both delivery system and financing of medical and long-term care in the future are presented. The reform scenario which envisages differentiation and cooperation among medical and long-term care providers is costly in comparison with the status quo scenario and the increased costs are to be financed by the increased consumption tax. The Regional Medical Vision has institutionalized the basic ideas of the “Vision of Medical and Long-term Care in 2025”. New regional funds for promoting the Regional Medical Vision have been established at 47 prefectures, with implementation problems to be solved. There are additional issues to be further studied in the financing of medical and long-term care in Japan, including the role of public insurers, coverage of public insurance and the role of private insurance.

Keywords : National Medical Care Expenditures, Vision of Medical and Long-term Care in 2025, Regional Medical Vision, Cost Shifting, Regional Funds for Promoting Medical and Long-term Care

* Project Professor, University of Tokyo

ケア提供論—多職種連携に焦点を当てて—

川越 雅弘*

抄 録

団塊の世代が90代に入る2040年にかけて、85歳以上人口が急増する。85歳以上の高齢者は、約7割が通院し、約半数が介護保険サービスを利用するなど、医療と介護に対する包括的なニーズが高い。そのため、多職種連携が非常に重要となるが、機能面からみた実態は明らかとは言えない。

そこで、本稿では、多職種連携が必要となる背景、多職種連携の推進に向けた国の施策動向を整理するとともに、退院時連携とケアマネジメントに焦点を当てた上で、多職種連携上の課題の整理と対応策の検討を行った。

その結果、課題に応じた多職種チームが構成できていない、各職種のアセスメントが統合できていない、生活機能と影響因子を含む利用者の全体像が俯瞰できていないなどの課題がわかった。

大分県では、地域ケア個別会議を全市町村で展開し、自立支援につながる方法論を多職種で検討し、要介護認定率の低減を果たしている。今後、実践ならびに教育レベルでの多職種連携強化策を展開し、専門職間の相互理解と課題解決能力の向上を図っていく必要がある。

キーワード：多職種連携、生活機能、ケアマネジメント、退院支援、地域ケア会議

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.114-128.

I はじめに

国立社会保障・人口問題研究所（以下、社人研）の推計によると、団塊の世代が90代、団塊ジュニア世代が高齢期に入る2040年にかけて、85歳以上の高齢者が急増し、総人口の約1割に達すると見込まれている〔国立社会保障・人口問題研究所（2012）〕。

85歳以上は、他の年齢層に比べ、医療や介護、生活支援に対するニーズが高い〔川越（2014）〕。

また、入院や死亡に対するリスクも高い。さまざまな環境の変化の影響も受けやすく、状態変化も来しやすい。生活上の課題も多領域にわたるため、1つの職種だけでは課題が解決できないことも多い。こうした特性、特徴を有する超高齢者が、住み慣れた地域で、安全かつ安心な生活を送るためには、医療・介護・生活支援サービスの包括的提供体制の構築（包括ケアの推進）と多職種間の連携強化が必要となる。

本稿では、①多職種連携の推進に向けて、国はどのような施策を展開しているのか（構造面）、②

* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部長

多職種連携はどの程度機能し、どのような課題を有しているのか（機能面）に焦点を当てた上で、先進的な取り組みも参考に、連携強化に向けた対応策に関する私見を述べるが、①の制度改正の意図と流れを理解するためには、その背景要因を理解しておく必要がある。

そこで、まず、多職種連携が求められる背景について、人口構造の変化、高齢者特性の特徴、高齢者特性に応じたサービスモデルの変化（医学モデルから生活機能モデルへの転換）の視点から整理を行う。次に、さまざまな連携の中から、退院時連携、ケアマネジメントに着目した上で、これら連携の推進に向けた医療・介護施策の展開について解説する。次に、筆者らが行ってきた各種調査結果をもとに、多職種連携上の課題の整理を行う。最後に、先進的な取り組みも参考にしながら、多職種連携の推進に向けた対応策について私見を述べる。

ところで、「連携」という用語に関しては、さまざまな定義や範囲、類似概念が存在する¹⁾ [前田(1990), Leutz(1999), 野中(2007), 筒井(2013)]。『大辞林』によると、連携とは、「連絡を密に取り合って、一つの目的のために一緒に物事をする事」、協働とは、「同じ目的のために、協力して働くこと」となっている。本稿では、「連携」と「協働」が持つ意味を含めて、「医療職とケア職が共通の目的や目標を持った上で、連絡を密に取り合いながら、目的や目標の達成に向けて、一緒に協力しあう行為や活動のこと」と定義した上で、多職種連携という用語を用いることとする。

II 多職種連携が求められる背景

本節では、多職種連携が求められる背景を、人口構造の変化、高齢者特性、サービスモデルの変化の視点から整理する。

1 人口構造の変化の視点から

日本の総人口は、戦後一貫して増加し続けてきたが、1970年代の後半以降、少子高齢化の影響によりその伸び率は鈍化し、2008年をピークに人口減少局面に入っている。社人研の推計（出生中位、死亡中位）によると、今後さらに人口減少は続き、2010年の1億2,806万人が2025年には1億2,066万人、2060年には8,674万人にまで減少すると見込まれている。

これを年齢階級別にみる（表1、図1）。

まず、0～14歳人口をみると、2010年現在の1,684万人（総人口の13.1%）が年々減少し、2025年には1,324万人（11.0%）、2060年には791万人（9.1%）にまで、また、15～64歳人口も、2010年現在の8,173万人（63.8%）が年々減少し、2025年には7,084万人（58.7%）、2060年には4,418万人（50.9%）にまで減少すると見込まれている。

次に、65～74歳人口をみると、2010年現在の1,529万人（11.9%）が表に記載していないが2015年に1,749万人（13.8%）まで増加した後減少局面に入り、2025年には1,479万人（12.3%）、2060年には1,128万人（13.0%）になると見込まれている。

次に、75～84歳人口をみると、2010年現在の1,037万人（8.1%）が2025年には1,442万人（12.0%）にまで達するがその後減少局面に入り、2060年には1,187万人（13.7%）になると見込まれている。

最後に、85歳以上人口をみると、2010年現在の383万人（3.0%）が2025年には736万人（6.1%）、2040年には1,037万人（9.7%）にまで達した後、やや減少するものの、2050年から再び増加に転じ、2060年には1,149万人（13.2%）に達すると見込まれている。

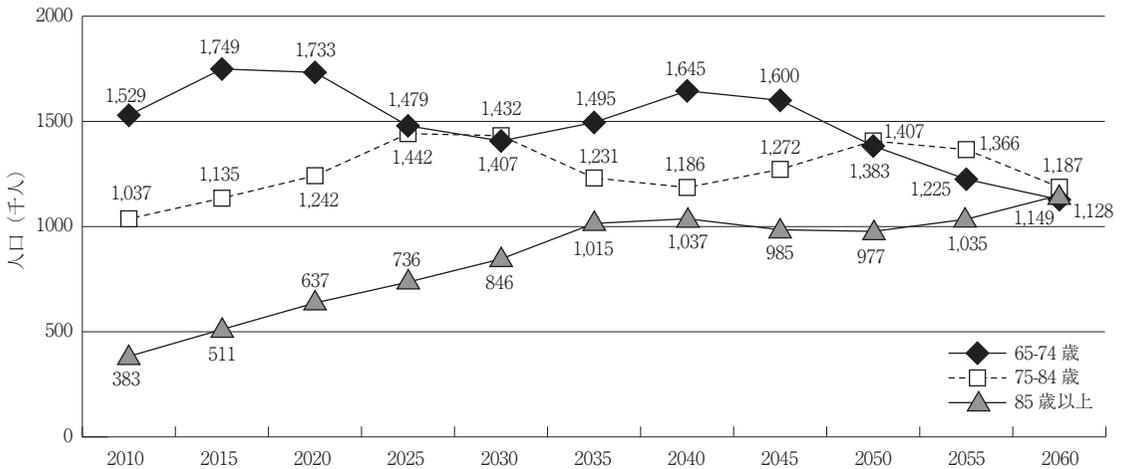
85歳以上人口は、2010年に比べ、2025年には1.9倍（354万人増）、2040年には2.7倍（654万人増）、2060年には3.0倍（767万人増）になる。2010～2025年間で、65歳以上人口は709万人、

¹⁾ 連携の定義に関し、前田は「連携とは、異なる分野が1つの目的に向かって一緒に仕事をする事」[前田(1990)]、筒井らは「連携とは、異なる専門職や機関が、よりよい課題解決のために、共通の目的をもち、情報の共有を図り、協力し合い活動すること」[筒井(2013)]と定義している。本稿では、筒井らの定義と同じ意味で、連携という用語を用いることとする。

表1 年齢階級別にみた人口構造の変化

	2010		2025		2040		2060	
	(万人)	(%)	(万人)	(%)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
総数	12,806	100.0	12,066	100.0	10,728	100.0	8,674	100.0
0～14歳	1,684	13.1	1,324	11.0	1,073	10.0	791	9.1
15～64歳	8,173	63.8	7,084	58.7	5,787	53.9	4,418	50.9
65～74歳	1,529	11.9	1,479	12.3	1,645	15.3	1,128	13.0
75～84歳	1,037	8.1	1,442	12.0	1,186	11.1	1,187	13.7
85歳以上	383	3.0	736	6.1	1,037	9.7	1,149	13.2

出所) 国立社会保障・人口問題研究所 (2012)「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」より筆者作成



出所) 国立社会保障・人口問題研究所 (2012)「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」より筆者作成

図1 高齢者人口の推移

表2 高齢者の年齢階級による医療・介護ニーズの差異

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳以上
通院者率 (%)	62.4	68.4	73.6	75.0	71.4
医科外来受療率 (%)	6.6	8.8	10.6	11.1	9.5
入院受療率 (%)	1.4	1.8	2.6	3.9	6.6
介護サービス受給率 (%)	2.2	4.7	10.5	23.3	51.4

出所) 厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」, 「平成26年患者調査」, 「介護給付費実態調査月報 (平成27年4月審査分)」, 総務省「推計人口 (平成27年4月確定値)」より筆者作成

2010～2040年間で919万人増加するが、85歳以上人口の増加量はそのうちの49.9%、71.1%を占める。この85歳以上人口の急増が、医療・介護サービス提供体制に大きく影響を及ぼすこととなる。

ここで、年齢階級別にみた高齢者の医療・介護ニーズの差異を整理する(表2)。

まず、通院者の割合(通院者率²⁾)をみると、

「80～84歳」が75.0%と最も高く、次いで「75～79歳」73.6%、「85歳以上」71.4%の順であった。「65～69歳」が62.4%と最も低かったものの、すべての年齢階級において通院者率は6割を超えていた[厚生労働省(2014a)]。

次に、医科外来受療率³⁾(1日調査)をみると、「80～84歳」が11.1%と最も高く、次いで「75～79

歳」10.6%、「85歳以上」9.5%の順で、「65～69歳」が6.6%と最も低かった〔厚生労働省（2015a）〕。

次に、入院受療率⁴⁾（1日調査）をみると、「85歳以上」が6.6%と最も高く、次いで「80～84歳」3.9%、「75～79歳」2.6%の順で、「65～69歳」が1.4%と最も低かった〔厚生労働省（2015a）〕。

最後に、介護サービス受給率⁵⁾をみると、「85歳以上」が51.4%と最も高く、次いで「80～84歳」23.3%、「75～79歳」10.5%の順で、「65～69歳」が2.2%と最も低かった〔厚生労働省（2015b）〕。

85歳以上は、他の年齢階級に比べて、入院受療率、介護サービス受給率が高い。通院者率も7割を超えている。約7割が通院し、約7%が調査日に入院し、約5割が介護サービスを受給している。医療と介護に対するサービスニーズが高い85歳以上が急増するため、医療と介護が包括的に提供できる仕組みの構築と多職種連携が必要となるのである。

2 高齢者特性の視点から

青壮年者にはみられないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことを老年症候群という。これは、加齢に伴う諸器官の生理的機能低下に、体動の減少に伴う廃用症候群⁶⁾が重なって生じるもので、多くの臓器が関与した症状・疾患である。

鳥羽は、数ある老年症候群を、①主に急性疾患に付随する症候で、若い人と同じくらいの頻度で発生するが、若い人とは違った対処方法が必要な症候群（めまい、息切れなど）、②主に慢性疾患に付随する症候で、65歳の前期高齢者から徐々に増加する症候群（認知症、脱水など）、③75歳以上の後期高齢者に急増する症候で、日常生活活動（activities of daily living：ADL）の低下と密接な関連を持ち、介護が重要な一連の症候群（骨粗鬆症、尿失禁など）の3つに分類している（図2）。

老年症候群は、様々な原因が関係する上に、高齢者の生き方、精神機能、社会環境にも大きく影響される。そのため、高齢者の全体像の評価（総合的な機能評価）と、多領域、多項目にわたる老年症候群への対応として多職種連携が必要となる。

3 サービスモデルの変化の視点から

世界保健機関（WHO）は、WHO憲章の中で、「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病または病弱の存在しないことではない（昭和26年官報掲載の翻訳）」と定義している。したがって、高齢者の医療・介護においては、単に、病気や症状がないだけでなく、「生活機能」が高い水準にあることが重要となる〔大川（2009）〕。

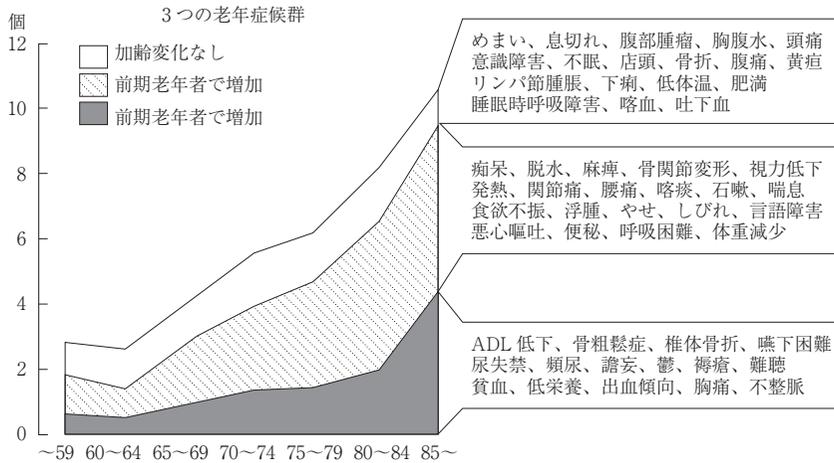
²⁾「通院者」とは、世帯員（入院者を除く。）のうち、病気やけがで病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っている者のこと。国民生活基礎調査では、人口千人当たりの通院者数を通院者率と定義しているが、本稿では、人口当たりの割合としてパーセント表示している。なお、分母となる世帯員数には入院者を含むが、分子となる通院者には、入院者は含んでいない。

³⁾ 外来受療率（医科）とは、調査時点の年齢階級別人口に占める調査日の病院・診療所（歯科除く）への外来通院患者の割合のこと。患者調査では人口10万対の数字を出しているが、本稿では、人口当たりの割合としてパーセント表示している。患者調査は1日調査であるため、調査日に、各年齢階級の何%が外来通院していたかという数字となる。一方、国民生活基礎調査の通院者率は、調査票記入日に通院しているかどうかではなく、記入時点に外来に通院をしているかどうかを聞いているため、両者の数字の扱いには注意が必要である。

⁴⁾ 入院受療率とは、調査時点の年齢階級別人口に占める調査日の病院・有床診療所への入院患者の割合のこと。患者調査では人口10万対の数字を出しているが、本稿では、人口当たりの割合としてパーセント表示している。患者調査は1日調査であるため、調査日に、各年齢階級の何%が入院していたかという数字となる。

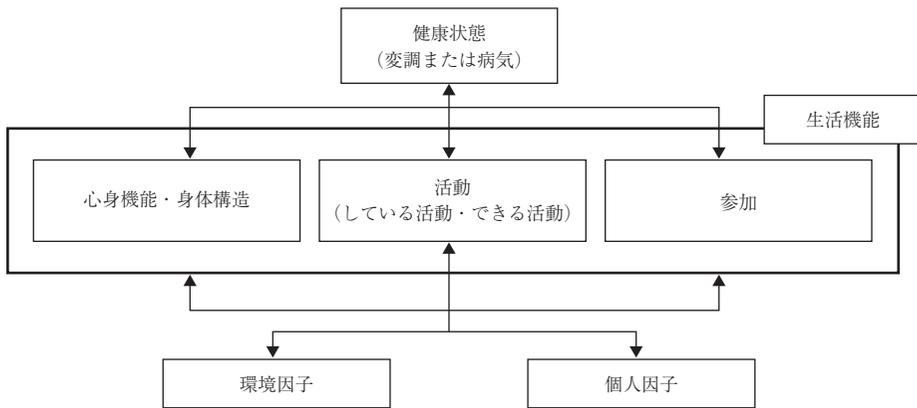
⁵⁾ ここでの介護サービス受給率とは、2015年4月審査分の年齢階級別介護サービス受給者数を、2015年4月確定値の年齢階級別人口で割ったものこと。

⁶⁾ 廃用症候群とは、生活不活発（不動、低運動、臥床など）によって生じる全身の機能低下のこと。その症候は、筋骨格系（筋力低下、筋萎縮、関節拘縮など）、循環・呼吸系（運動耐用力低下、起立性低血圧など）、内分泌・代謝系（分泌能低下など）、精神神経系（うつ、せん妄、睡眠覚醒リズム障害など）など、各臓器の症状として多岐に現れ、結果としてADLの低下などを引き起こす。



出所) 鳥羽研二 (2009) : 老年症候群と総合機能評価, 日本内科学会雑誌, 98巻3号, p.102より引用

図2 3つの老年症候群



(出所) WHO:国際生活機能分類-国際障害分類改訂版-, 中央法規 (2003) p.17を一部改変

図3 ICFの生活機能モデル

ここで、高齢者の障害の分類法の変遷を整理する。

高齢者の障害に関する分類法に関しては、1970年代よりWHOにて検討が開始され、1980年、①機能障害 (impairment) ②能力障害 (disability) ③社会的不利 (handicap) の3レベルに分けて障害を総合的に捉えるという基本的視点に立ったWHO国際障害分類 (International Classification of Impairment, Disability, and Handicaps : ICIHD) が発表された。この分類法は、当時、障害分野の問題への正しい理解を普及する上で大きな役割を果

たしたが、①生活・人生の問題点を疾病 (病気) の結果としてしか捉えていない、②「障害」というマイナス面だけに注目した分類となっている、③機能障害→能力障害→社会的不利という一方向的關係で捉えている、④障害に影響を及ぼす背景因子が考慮されていないなどの批判が高まり、1993年から改訂作業が正式に開始され、これら改訂作業を経て、2001年5月のWHO総会にて採択された新しい分類法が、国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health : 以下、ICF) である。

この分類の中心概念が、「心身機能・構造」,「活動」,「参加」の3つのレベルをすべて含んだ包括概念である「生活機能」である。ただし、「生活機能」には、「健康状態」,「環境因子」,「個人因子」が大きく関係することから、「生活機能」とこれら因子を含め、障害者を包括的に捉える視点の重要性を示したのが、ICFの生活機能モデルである(図3)。

大川は、ICFの生活機能モデルを、「医学モデル」と「社会モデル」のどちらにも偏らず、それらを高い次元で統合した「統合モデル」であると述べている[大川(2007)]。介護保険においても、ICFの考えが導入され、生活機能の維持・向上が、介護保険サービスやマネジメントの目標となっている。

Ⅲ 多職種連携の推進に向けた制度改正の動向

本節では、様々な連携の中から、退院時連携、ケアマネジメントに着目した上で、これら連携の推進に向けた医療・介護施策の展開について解説する。

1 退院時連携の機能強化

現在、入院患者の約半数を75歳以上が、約1/4を85歳以上が占めている。

超高齢者の退院に関しては、病院側、利用者・家族側、地域の受け皿、病院と在宅ケア関係者をつなぐシステムなどの複数要因が絡むため、在宅への移行が円滑に進まない場合も多い。こうした状況の下、円滑な退院と退院後の必要サービスの継続性を確保するための支援、いわゆる「退院支援」の重要性が高まっている。

一方、入院医療費の適正化、医療提供体制の効率化の観点から、入院期間の短縮化が推進されて

いる。超高齢者の入院の増加、家族機能の低下が進むなか、入院期間を短縮しながら円滑な退院を実現しようというのが、制度見直しの基本的な方向性となっている。

これを実現するためには、医療機関間、病院と在宅ケア関係者間の密な連携が必須となる。厚生労働省はまず、急性期治療を担う病院とその後の回復期治療等を担う病院間の連携を強化するため、2006年に“地域連携診療計画管理料”や“地域連携診療計画退院時指導料”などの診療報酬を新設した。

2010年の診療報酬改定では、病院と在宅ケア関係者間の連携強化を図るため、入院中の病院のスタッフが介護支援専門員に対して退院後の必要サービスを指導する行為を評価する“介護支援連携指導料”、診療所や200床未満の病院が退院後の診療情報を計画管理病院に提供する行為を評価する“地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)”、急性期病棟における高齢者の自宅退院支援を評価する“急性期病棟等退院調整加算”を新設した。

2016年の診療報酬改定では、2012年に新設した“退院調整加算⁷⁾”を廃止し、入院早期からの取り組みや連携する医療機関や介護施設の職員との顔の見える関係づくりを評価するため、名称も“退院支援加算⁸⁾”として再整理した(表3)。

介護報酬改定においても、介護支援専門員の退院支援への関与を促すために、2009年に“退院・退所加算Ⅰ(400単位)”“退院・退所加算Ⅱ(600単位)”を新設、2012年には両点数を“退院・退所加算(300単位)”に一本化した上で、入院中3回(最大900単位)まで算定可能とした。

こうして、急性期入院から自宅退院までの退院時連携の機能強化を目的とした報酬設定がほぼ完成したのである。今後問われるのは“病院と在宅ケア関係者間の連携の質”となる。

⁷⁾ 一般病床の場合、入院期間が14日以内は340点、15日以上30日以内の場合は150点、31日以上の場合は50点となっていたため、早期退院を促すインセンティブになっていた。

⁸⁾ 退院支援加算には、これまでの退院調整加算の要件を厳格化し、高い点数(一般病棟入院基本料等の場合600点、療養病棟基本料等の場合1,200点)を設定した“退院支援加算1”、これまでの退院調整加算と原則同じ要件である“退院支援加算2(一般病棟入院基本料等の場合190点、療養病棟基本料等の場合635点)”, 新生児特定集中治療室に入院した患者に対する退院支援を評価する“退院支援加算3(1,200点)の3種類がある。

表3 退院支援加算1の算定要件・施設基準

項目	算定要件・施設基準
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20か所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回／年以上）
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績

出所) 厚生労働省 (2016) : 平成28年度診療報酬改定説明会 (平成28年3月4日) より筆者作成

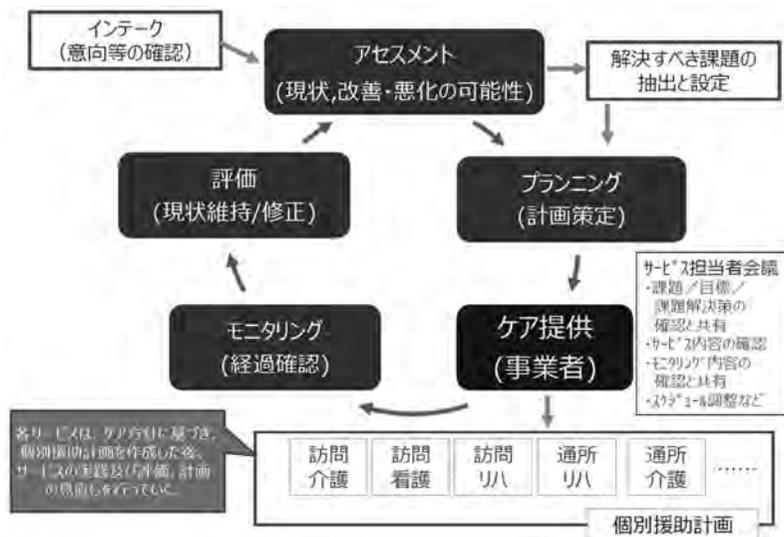


図4 ケアマネジメントプロセスの概念図

2 ケアマネジメントプロセス全体の機能強化

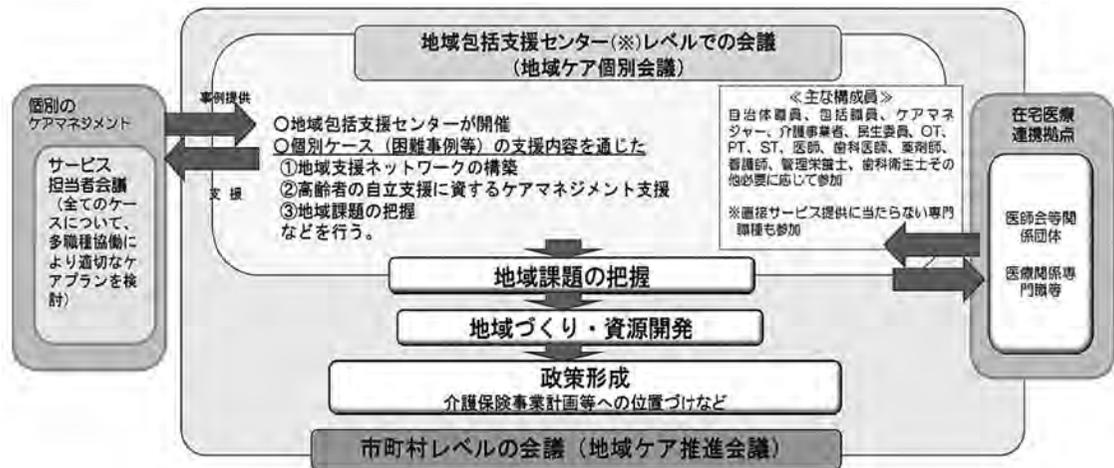
地域包括ケアシステムを実現するためには、「必要なサービスを量的・質的に確保すること」が重要であるが、それと併せて、利用者特性や置かれた状況に応じて、これらサービスや支援を適切に配分する「ケアマネジメント」が重要となる。

しかしながら、現行のケアマネジメントに対しては、①自立支援の考え方が十分共有されていない、②アセスメントに基づく課題認識が十分でない、③サービス担当者会議における多職種連携が十分には機能していないなど、さまざまな問題点が指摘されており、その機能強化を如何に図るかが課題となっている【介護支援専門員（ケアマネ

ジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会（2013）、川越（2015）】。

さて、ケアマネジメントは、おおむね、①本人・家族の意向の確認（インテーク）、②アセスメント（課題抽出）、③ケアプラン（全体計画）の作成、④個別援助計画に沿ったサービス事業者によるケアの提供、⑤モニタリング、⑥評価 といったプロセスから成り立つ（図4）。

同プロセスを通じて、チームとして「自立支援」を目指す訳であるが、その実効性を高めるためには、①全体計画を策定する介護支援専門員のマネジメント力の強化（サービス事業者との連携強化を含む）、②実際に介入を行うサービス事業者間の連携強化、③個別援助計画を策定するサービス



出所) 厚生労働省：「地域包括ケアシステムの構築に向けて」, 第46回介護保険部会（平成25年8月28日）資料3より引用

図5 地域ケア会議の概念図

事業者のマネジメント力の強化が必要となる。

(1) 介護支援専門員のマネジメント力の強化策の推進：地域ケア個別会議の導入

ケアマネジメントの資質向上策に関しては、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会」の中で検討されたが、その主たる論点は「マネジメントプロセスの機能強化」である。これは、アセスメントに基づく日常生活上の課題の抽出～解決すべき課題の絞り込み～課題分析～課題解決に向けた対策の検討～サービス提供～モニタリング～評価～対策の再検討といった一連のマネジメントプロセスの徹底を図ろうというものである。

この一連のプロセスの中で、特に重要となるのが、「課題認識」と「課題分析」である。さまざまな領域に課題を抱える高齢者の場合、多面的なアセスメントとそれに基づく課題認識が必要とされるが、これは介護支援専門員単独で実施し得るものではない。関係職種によるアセスメント情報を集約した上で、解決すべき課題を設定することが介護支援専門員には求められる。また、解決すべき課題を改善・解決するためには、それら生活課題を引き起こした根本原因を同定し、対策を検討する必要があるが、これを実現するためには、各

専門職が有する知識や観察ポイント、観察結果の判断方法を学ぶ場が必要となる。

本来、事業所ベースで、多職種による事例検討会を開催し、課題認識や課題分析、課題解決策に対する専門職からの指導・助言を受ける機会があればマネジメントスキルは向上すると思われるが、小規模の事業所、医療職が不在の事業所も多く、現実にはこうした事例検討はほとんど実施されていない。そこで導入されたのが「地域ケア会議」である（図5）。

地域ケア会議は、個別ケースの支援内容の検討とそれに基づく地域課題の抽出を目的とした「地域ケア個別会議」と、地域資源の開発や地域作り、ならびに政策を立案・提言していく「地域ケア推進会議」に大別される。前者が、介護支援専門員のマネジメント力強化に関係する。

(2) サービス事業所間の連携強化

① 訪問介護と訪問リハビリテーション（以下、リハ）の連携強化

自立支援型の訪問介護サービスを提供するためには、訪問介護員とリハ職の連携が重要となる。

そこで、訪問介護サービス提供責任者が、訪問リハ事業所のリハ職と利用者宅を同行訪問し、リハ職と共同で行ったアセスメント結果に基づき訪

問介護計画の作成を行う行為を評価する点数として、“生活機能向上連携加算⁹⁾”が2012年改定で新設された。

② 訪問介護と訪問看護の連携強化

2012年4月1日より、一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下にたんの吸引等の行為を実施できることとされたが、介護職員によるこうした行為は、医師の指示のもと、看護師との情報共有や適切な役割分担の下で行われる必要がある。

そこで、たんの吸引等を行う訪問介護員に対して、業務が円滑に実施できるよう、たんの吸引等に係る計画書の作成、緊急時等の対応についての助言を行うとともに、訪問介護員に同行し、自宅における業務実施状況を確認する行為を評価するための点数として、“看護・介護職員連携強化加算”が2012年改定で新設された。

(3) 居宅サービスのマネジメント力強化（リハマネジメントの強化）

生活機能の維持・向上を図るためには、アセスメントに基づく個別援助計画の立案～計画に基づくサービス提供～計画の評価および見直しといったマネジメントサイクルの徹底を図る必要がある[厚生労働省2014b]。

こうした考えに基づき、2015年の介護報酬改定において、訪問・通所リハにおけるリハマネジメントプロセス（ニーズ把握・アセスメント～計画策定と多職種間での目標の共有～リハの実施～モニタリング～計画の見直し）の運用見直しが行われた。具体的な変更点は、①利用者ニーズ把握票（興味・関心チェックシート）の導入、②目標や役割分担を関係者間で共有するためのリハ会議の導入などである。

また、より適切なりハマネジメントを評価する観点から、ADLや手段的ADL（Instrumental ADL：IADL）の向上を達成した後、社会参加が維持できる他のサービス等に移行する（通所リハ終了後、地域の通いの場に移行する）など、質の高い取り

組みを実践している事業所を評価する点数（社会参加支援加算）が新設された。

IV 多職種連携の現状・課題と対策－退院時連携とケアマネジメントに焦点を当てて－

1 退院時連携の現状・課題と対策

A県にて実施した、自宅退院要介護者への退院支援プロセス調査結果の中から、①退院前訪問指導、②退院前合同ケアカンファレンス（退院前CC）の実施状況をみる[川越（2012）]。

(1) 退院時連携の現状

① 退院前訪問指導の実施状況

退院前訪問指導の実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」13.1%、「回復期リハ病床」46.9%、「療養病床」34.5%であった。ここで、退院前訪問指導への専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」75.0%、「介護支援専門員」56.3%、「理学療法士（PT）」32.0%の順、回復期リハ病床では「PT」87.0%、「介護支援専門員」73.4%、「作業療法士（OT）」60.9%の順であった。

② 退院前CCの実施状況

介護支援専門員が参加した退院前CCの実施率を病床種類別にみると、「急性期病床」58.8%、「回復期リハ病床」73.6%、「療養病床」75.9%であった。

ここで、退院前CCへの病院専門職の参加率を病床種類別にみると、急性期病床では「看護師」93.4%、「医療ソーシャルワーカー（MSW）」55.1%、「医師」39.6%の順、回復期リハ病床では「看護師」81.1%、「PT」78.5%、「MSW」62.3%の順、療養病床では「看護師」90.9%、「MSW」52.3%、「PT」45.5%の順であった。

次に、在宅ケア関係者の参加率をみると、急性期病床では「訪問看護師」29.1%、「介護職」22.2%の順、回復期リハ病床では「介護職」16.6%、療養病床では「訪問看護師」36.4%、「介

⁹⁾ 1回300単位、3ヶ月に1回算定可能である。

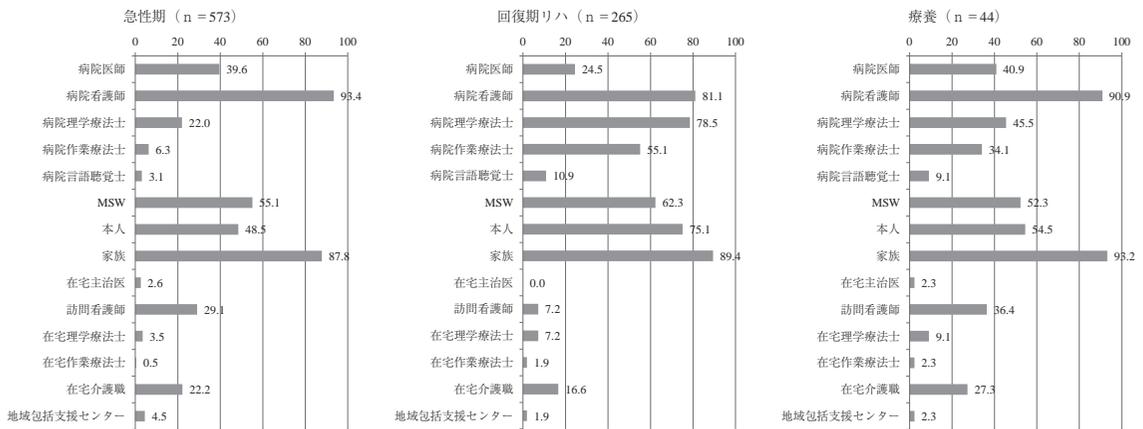


図6 病床種類別にみた退院前CCへの職種別参加率

「介護職」27.3%の順で、在宅サービスに従事するリハ職やかかりつけ医の参加率は低位であった（図6）。

(2) 退院時連携上の課題

急性期病床退院患者に対する連携の主な実態を整理すると、

- ① 急性期病床退院患者への退院前訪問指導は約1割しか実施されていない
- ② 急性期病床からの退院患者の約3割に、退院前CCが実施されていない
- ③ 退院前CCに、訪問看護師は約3割参加しているのに対し、在宅主治医やリハ職はほとんど参加できていない
- ④ 肺炎入院患者への退院前CCに、食べる機能の評価、食事に対する指導・助言ができる職種がほとんど参加できていないなどとなる。

これらの事実から、①病院スタッフによる自宅環境把握や自宅環境下での日常生活行為の確認はほとんどできていない、②退院後の生活上の課題に対する適切な検討メンバーが選定されていない、③会議招集者（主に看護師）の関心領域によって、会議のメンバーが選定されている可能性があるなどの課題が抽出された。

(3) 退院時連携の強化に向けた対策

① 退院前CCの意義を共通理解する

急性期病床との退院前CCを積極的に実施している尾道市医師会の片山らは、「退院前CCは、患者本位の医療を実現するために必要な転換手法であるとともに、患者さんや家族からの医療評価につながる重要プロセスでもある」と指摘するとともに、その効果の一つとして、連携病院である尾道市立市民病院の退院前CC数が増加するとともに、平均在院日数は短縮し、かつ、紹介率は著明に上昇していると報告している [片山 (2009)]。また、治療環境の異なる他の病院や在宅に移行することは、患者・家族にとって最も不安な場面といえるので、適切な情報提供と利用者側との合議は、説明責任の上からも重要であり、在宅主治医の参加は不可欠であると述べている [片山 (2005)]。

こうした退院前CCの意義を、まず、病院と在宅の関係者が共通理解する必要がある。その上で、患者・家族の不安軽減を図るため、退院前CCに在宅関係者が参加しやすい環境や体制づくりを病院側と在宅側で検討・構築することが重要となる¹⁰⁾。

② 退院前CCへの多職種参加を必須とする

ADLが低下している要介護高齢者の場合、複数の老年症候群を有している可能性が高い [鳥羽

¹⁰⁾ 具体的には、地域支援事業に位置づけられた「在宅医療・介護連携推進事業」などを活用し、病院関係者と在宅関係者間で方法論を議論するなどの手段が考えられる。

(2009)]。また、調理、買い物といった、生活を送る上で重要となるIADLも障害を受けている。したがって、退院前CCに多職種が参加し、退院後の生活に対する適切な指導・助言を行う必要がある。

しかしながら、退院前CCに参加する職種は、会議を実質ハンドリングする担当者（看護師、MSW）の判断に委ねられているため、退院患者が有する様々な課題に適切に対応できるメンバー選定になっていない場合がある。

この問題は、担当者への教育・研修等を通じた意識改革を行うことと併せて、退院前CCには多職種が必ず参加するといった仕組みを、診療報酬改定や算定要件の見直し等で構築する必要がある（会議への参加を促す報酬の設定など）。

③ 在宅関係者が参加しやすい環境を作る

訪問看護ステーションの場合、管理者がいて、昼間の時間帯に開催される会議に出席可能な状況にあるが、訪問・通所リハ事業所のリハ職にはそのような自由度はない。そのため、昼間の時間帯の会議には参加しにくい環境にある。

介護予防の見直しの中で、地域リハビリテーション活動支援事業が新設されたが、こうした仕組みも活用しながら、在宅のリハ職が自由度を持って、その能力を様々な場面で展開できるような支援体制の構築も必要となる。

2 ケアマネジメントの現状・課題と対応策

筆者が助言者や司会者として参加した地域ケア個別会議等で取り扱った事例の中から、脳卒中退院事例を取り上げ、そこから見えてきたケアマネジメントの現状と課題を整理する。

(1) 脳卒中退院事例に対するケアマネジメントの現状：解決すべき課題と対策の設定状況

脳卒中退院事例に対する「解決すべき課題」をみると、「課題1：自宅で入浴ができない」、「課題2：再発に対する不安が強い」など、また、対策としては、課題1に対しては「清潔保持を行うために通所サービスで入浴を行う」、課題2に対しては

「通院状況、服薬状況の確認を行う」などの記載が多く見られる。

また、ケアプランをみる限り、入浴ができない原因に関する記載がないものもあれば、同じような原因（例：下肢筋力の低下）が記載されているものも多い。

(2) 課題と対応策

① 「課題1：自宅で入浴ができない」に対して

入浴動作は、立位保持、移乗（乗り移り）、座位保持、浴槽をまたぐといった複数の動作で構成される。「入浴ができない」という課題を解決しようとすれば、これら各動作を直接アセスメントするか、あるいは、リハ職の評価を情報収集した上で、本来、対策を検討することとなる。

課題1に対する問題点は、ア)「入浴に関連する一連の動作のどこができないのか」という視点でのアセスメントができていない、イ)課題解決がマネジメントの目的であるという意識が弱い、ウ)何の種類のサービスを導入するか（対処療法的アプローチ）の意識が強いなどである。

このうち、ア)に関しては、リハ職が最も得意とする領域である。したがって、例えば、リハ職も参加したサービス担当者会議を利用者宅で行い、動作の観察や評価を共同で行うことで、リハ職の観察や評価のポイントを学ぶことができる。このような仕事の仕方を身につければ、多くの職種と仕事をする介護支援専門員のスキルは自ずと高まるのである。利用者宅でのサービス担当者会議の開催と、その場でのADL等の動作の共同での確認、課題を生じさせている原因に対するリハ職の見立ての確認などを業務として標準化することで、ケアマネジメントの質、多職種連携の質を高めることができる考える。

② 「課題2：再発に対する不安が強い」に対して

九州大学医学部が行っている久山町研究によると、病型別にみた初発脳卒中後の再発率は、脳梗塞で「1年以内」10%、「5年以内」34%、「10年以内」50%、脳出血で「1年以内」26%、「5年以内」35%、「10年以内」56%、くも膜下出血で「1年以内」33%、「5年以内」55%、「10年以内」70%と報

告されている [Hata et al. (2015)]。

このように、脳卒中患者の再発リスクは高く、再発を予防するためには、ア) 再発の原因となる病気の管理、イ) 生活習慣の改善、ウ) 抗血栓薬の服用が重要とされている。

ところが、介護支援専門員が挙げる「脳卒中の再発予防」に対する対策をみると、通院状況および服薬状況の確認という記載が多い。脳梗塞の退院事例検討会の場で、脳梗塞の病型を質問したことがあるが、病型を答えられた介護支援専門員は少なかった。

「脳梗塞の再発予防のためには、脳梗塞を最初に引き起こした原因を把握した上で、服薬や生活習慣上の留意点をおさえておく必要がある」という意識が介護支援専門員にあれば脳梗塞の病型の把握は必須となるが、通院や服薬管理を行うだけでは、発症の原因に関わる脳梗塞の病型を知っておく必要性は低い。そのため、脳梗塞の病型まで把握している介護支援専門員は少ないのではないかと推察される。

課題2に対する問題点は、ア) 初発脳卒中の発症原因やリスク要因を把握していない、イ) 病気の管理、生活習慣の管理などは医療職の仕事と考えている（介護支援専門員としての役割が整理されていない）、ウ) 主治医の関心領域がどこにあるかわかっていないなどである。

これらの問題点を解決するためには、アセスメントすべき項目や医療職との役割分担の具体化などを図ることが必要と考える [ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班 (2013)]。

V おわりに

本稿では、多職種連携が必要となる背景、多職種連携の推進に向けた国の施策動向を整理するとともに、退院時連携とケアマネジメントに焦点を当てた上で、多職種連携上の課題の整理と対応策の検討を行った。

その結果、①課題に応じた多職種チームが構成できていない、②各職種のアセスメントが統合できていない、③生活機能と影響因子を含む利用者

の全体像が俯瞰できていないなどの課題がわかった。

これらに共通した課題は、ICFの概念や方法論が現場レベルで実践できていないことにある。ICFの生活機能モデルは、本人の生活機能3要素（心身機能・身体構造、活動、参加）と関連3因子（健康状態、個人因子、環境因子）の6つのパートで成り立っているが、医師や看護師は主に健康状態や心身機能・身体構造に、リハ職は主に心身機能・身体構造や活動に、ケア職は主に個人因子や環境因子、参加に関心を払っている印象を強く受ける。

医療は標準化の世界であり、本人への直接的介入が中心となるため、個人因子や環境因子に対する意識は弱い。逆に、ケアは個性の世界であり、心身機能・身体構造や健康状態と生活機能の関連性を科学的に分析しながら介入する、ケアの方法論を標準化するというアプローチが弱い。こうした異なる関心領域や方法論を持つ専門職が、ICFの6つの要素を俯瞰しながら、本人の生活機能を高めるための介入方法（直接的アプローチ、間接的アプローチ）を検討し、課題解決に向けてそれぞれ得意とする力を発揮する（チームとして機能する）ことが今求められているのである。こうした多職種のアセスメント情報を集約し、高齢者の全体像をとらえるための手段として、高齢者総合機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment：CGA）なども開発されてきたと理解すべきである [岡本 (1998)]。こうしたツールを活用しながら、多面的な視点で高齢者を捉えることを実践レベルで繰り返し展開する（ルーチン化する）ことが非常に重要と考える。

こうした取り組みは、多職種が配置されている病院などの組織では展開しやすいが、多職種が地域に分散し、かつ、各専門職の所属法人も異なる「在宅」の世界で、介護支援専門員を中心に展開することは容易ではない。

ところで、ケアマネジメントの目的は、要介護高齢者が抱える日常生活上の「課題」を解決することである。ここでの課題とは、「今後のあるべき姿／本人が実現したいこと」と「現状」の

ギャップであり、介護支援専門員はこの両者を評価した上で課題を正しく認識する必要がある。

そのためには、本人や家族の意向・意欲を十分にヒアリングした上で、改善・悪化の可能性をイメージする必要があるが、福祉系を中心とした現在の介護支援専門員ではそのイメージ化は実質困難である。したがって、リハ職がADLの、看護師が症状・病状の予後予測を行い、介護支援専門員の課題認識を側面支援した上で、より自立につながるケアプラン策定への支援を行っていく必要がある。アセスメント、課題認識、課題分析、課題解決策に対する指導・助言を含め、他の職種（特に、医療職）がケアマネジメントプロセスに積極的に関与していく必要がある。

この具現化の一方法として提案されているのが、2015年から全市町村で実施している「地域ケア個別会議」である。これは、医療職を含めた第三者の専門職が参加し、介護支援専門員が提出した事例に対し、アセスメント内容を共有化した上で、多角的な課題分析とケア方針の策定方法への指導・助言を行うというものである。

介護支援専門員はこれまで、ケアマネジメントプロセスに関する同一職種からのピアレビューを受ける機会がほとんどなかったため、事例を積み重ねているにも関わらず、マネジメントスキルがなかなか向上しないといった構造的問題を抱えていた。ロールモデルとなる主任介護支援専門員を地域で養成し、地域ケア個別会議の場で、その者の考え方、多職種をハンドリングする手法を多くの介護支援専門員に提示すること、その方法論を学んだ介護支援専門員が、多職種が参集したサービス担当者会議の場で、学んだマネジメント技術を展開するといった良循環を作ることが、介護支援専門員のマネジメントスキルを高める効果的な方法であると考えられる。

大分県では、地域ケア個別会議を県内の全市町村で展開し、自立支援につながる方法論を多職種で検討し、要介護認定率の低減を果たしている[田井(2014)]。今後、こうした実践レベルでの取り組みの強化に加えて、多職種連携を促進するための教育レベルでの方法論の開発が行われること

によって、専門職間の相互理解と連携の推進、チームとしての課題解決能力の向上が図られていくものと期待する。

付記

本稿は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」(H22-政策一般-026 研究代表者 川越雅弘)の成果の一部である。

参考文献

- 猪飼周平(2013)「地域包括ケアシステムの展望へ」、高橋紘士・武藤正樹編『地域連携論』, pp.205-215, オーム社。
- 大川弥生(2007)「生活機能とは何か:ICF:国際生活機能分類の理解と活用」, 東京大学出版会。
- 大川弥生(2009)「ICFから高齢者医療・介護を考える - 生活機能学の立場から -」, 『老年看護学』, Vol.13, No.2, pp.18-27。
- 岡本祐三(1998)「MDS-RAPsと「高齢者総合評価」CGA:医療と副詞の共通言語を目指して」, 『高齢者医療福祉の新しい方法論:疾病診断から総合評価へ』, 医学書院, pp.1-33。
- 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会(2013)「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf> (2016年5月24日最終確認)
- 片山 壽(2005)「患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療」, 『治療』, Vol.87, pp.1693-1701。
- 片山 壽(2009)「父の背中の中地医療「尾道方式」の神髄—カンファレンスがつくる地域包括ケアシステム—」, 社会保険研究所。
- 川越雅弘(2012)「要介護高齢者に対する自宅退院支援の現状と課題」, 『静岡県医師会報』, pp.6-9。
- 川越雅弘(2014)「地域包括ケアにおけるリハビリテーション」, 『総合リハビリテーション』, Vol.42, No.7, pp.609-614。
- 川越雅弘(2015)「ケアマネジメントの課題と改善策」, 先見創意の会編『医療百論2015』, pp.25-35。
- ケアマネジメントの資質向上のためのテキスト作成班(2013)「疾患の観察ポイントと医療連携—脳卒中—」。
- 厚生労働省(2014a)「平成25年国民生活基礎調査の概況」。

- 厚生労働省 (2014b) 「平成27年度介護報酬改定について (通所系サービス, 訪問系サービス等)」, 第106回社会保障審議会介護給付費分科会資料1 (平成26年8月27日)。
- 厚生労働省 (2015a) 「平成26年 (2014) 患者調査の概況」。
- 厚生労働省 (2015b) 「介護給付費実態調査月報 (平成27年4月審査分)」。
- <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2015/04.html> (2016年5月24日最終確認)
- 厚生労働省 (2015c) 「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」。
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2012) 「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」。
- 鷹野和美 (2008) 「チームケア論—医療と福祉の統合サービスを目指して—」, ぱる出版。
- 地域包括ケア研究会 (2009) 「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」。
- http://www.murc.jp/sp/1509/houkatsu/houkatsu_01_pdf01.pdf (2016年5月24日最終確認)
- 筒井孝子 (2012) 「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」, 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』, pp.38-56, オーム社。
- 筒井孝子 (2013) 「地域連携方法論の開発と展望」, 高橋紘士・武藤正樹編『地域連携論』, pp.26-38, オーム社。
- 田井祐二 (2014) 「大分県における地域ケア会議普及にかかる市町村支援」, 厚生労働省地域ケア会議推進に係る全国担当者会議 (平成26年10月8日開催), 資料3。
- <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/oita.pdf> (2016年5月24日最終確認)
- 鳥羽研二 (2009) 「老年症候群と総合的機能評価」, 『日本内科学会雑誌』, Vol.98, No.3, pp.101-106。
- 野中猛 (2007) 「図説ケアチーム」, 中央法規出版。
- 広井良典 (2000) 「ケア学—越境するケアへ」, 医学書院。
- 前田信雄 (1990) 「保健医療福祉の統合」, 勁草書房。
- 松岡千代 (2011) 「「健康転換」概念からみた高齢者ケアにおける多職種連携の必要性」, 『老年社会科学』, Vol.33, No.1, pp.93-99。
- 老人保健福祉法制研究会 (2003) 「高齢者の尊厳を支える介護」, 法研。
- Leutz WN (1999): Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Quarterly*, Vol.77, No.1, pp.77-110.
- WHO (2003) 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」, 中央法規出版。
- Leichsenring K (2004): Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, Vol.4: e10, pp.1-15.
- Hata J, Tanizaki Y, Kiyohara Y. et al. (2015): Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: the Hisayama study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, Vol.76, No.3, pp.368-72.

(かわごえ・まさひろ)

Methodology of care: focus on multi-disciplinary collaboration

Masahiro KAWAGOE*

Abstract

Population aged 85 and over increases rapidly over 2040 when baby boomers will go into 90 years old. This age group-70% of them go to hospital regularly and a half uses long-term care services -has the great needs for comprehensive service.

Therefore, multi-disciplinary becomes very important, but the actual condition seen from the functional side is not clear.

In this article, we explain the trend of the national policy as well as the background which multi-disciplinary is needed, and furthermore, after focusing on discharge support and care management, we arranged of the subject on multi-disciplinary and examined their performance.

As a result, it turned out that the multi-disciplinary team according to a subject cannot be composed, each specialist's assessment cannot be unified, and it cannot be looking down at the global image of the user containing a function and an influence factor.

In Oita Prefecture, the community care conference was developed in all the cities, towns and villages, many occupational descriptions examined the methodology which leads to independence support, and it has achieved reduction of the rate of a care needs assessment. It is necessary to strengthen the measure in a practice level and an education level, and to aim at the mutual understanding between professionals, and improvement in problem solution capability.

Keywords : multi-disciplinary, function, care management, discharge support, community care conference

* Director, Department of Theoretical Social Security Research, National Institute of Population and Social Security Research

ケアの質評価：国際的な到達点と日本の今後

筒井 孝子*

抄 録

近年、高齢者のロングタームケアサービス（LTC）は、医療や福祉と同様に社会保障の領域であるという認識が確立しつつある。このため、多くの国々でLTCに関する新たな社会保障体系（system）が導入されつつあり、その際、LTCの質をいかに考えるべきかが課題とされている。

本稿では、国際的な視点から、LTCの質の定義や特徴を確認し、質評価のレベルや視点に関する研究動向を概括した。そして、現時点のLTCの質評価の取り組みの到達点を把握することで、今後の日本への示唆を得ることを目的とした。

研究の結果、先進諸国における高齢化の問題に伴い、LTCの提供の在り方は、医療と介護、福祉のintegrationの進展の下で行うべきという認識が高まってきているものの、その方法論としてのケアの調整あるいはintegrationの質についての評価方法は未だ途上であることがわかった。

さらに、先進諸国のケアの質評価においては、利用者の価値や積極性が重要との指摘がなされていたが、この評価については先行研究が少なく、多くの国でも課題となっていることが改めて明らかになった。

キーワード：質評価と保証，LTC，統合，質評価のアプローチ，質評価のレベル

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp. 129-147.

I はじめに

多くの国々において高齢者のロングタームケアサービス（Long-term care services以下、LTCと略す。）は、もともと慈善活動やボランティア組織、障害者のための社会サービス、いわゆる「救貧法」の制定などを起源とし、いわば地方や地域の社会援助の法規制という文脈の中で行われてきた〔Means and Smith (1998), Leichsenring (2004),

Kerschen Hajdu, Igl, et al (2005)〕。

しかし、近年は、LTCは医療と福祉と同様の社会保障制度の領域であるという認識が徐々に確立しつつある。これは、LTCに着目する政策が明らかに増加しているだけでなく、LTCへのアクセスや、その保障の範囲と質の維持に関する公的予算などの整備が行われ、多くの国々で新たな保障体系が導入されつつあるからといえる。つまり、LTC政策は最適化され、その質を発展させつつある状況にある。

* 兵庫県立大学経営研究科 教授

ただし、こういった政策の施行にあたっては、これを扱う行政レベルの複雑さや提供システムのストラクチャー、さまざまな権利関係、資金提供のレベルという各国の文化的・政治的な傾向などによって、その内容は極めて多様である。このため高齢者に限定されたLTCについてでさえも、各国間または一つの国の中でも非常に多様な発展を遂げている。

先進諸国においては一般に、医療分野は、中央政府によって構築された政策領域である。一方、福祉や介護という観点から見たLTCは主に地方・地域レベルで運営されてきた〔Kerschen, Hajdu, Igl, et al (2005), Huber, Maucher, and B Sak (2008)〕。

したがって、さまざまな提供者、供給元の種類やレベルにまたがるLTCの質を定義、測定、評価するという努力については、サービス利用者やサービス提供者、これを規制監督すべき政府が共通して関心を持っている領域といえる。

そこで、本稿においては、まず、ケアの質評価の中で、特にLTCを取り上げ、その国際的な質の定義や特徴を確認した。その上で、この評価のレベル・視点に関する研究動向を概括し、現時点における取り組みの到達点を把握することで、今後の日本におけるLTCに係る質評価のあり方への示唆を得ることを目的とした。

II LTCにおける質の定義と管理

1 多様な質のとらえ方

ケアの質とは、社会におけるひとつの構成概念と考えられるものである。したがって、こういった質のとらえ方としては、その人の立場によってさまざまに異なり、一方では特定の人の価値観と認識の領域に、他方では、その人のケアやケアに関する労働の考え方に影響される。

ここでは、第一に、「質の良さ」といった場合に内在する特徴としての質とは何か、第二に、「素晴らしさ」としての質とは何を意味するのか、第三に、「規準」としての質の在り方とは何かといった3つの問題を取り上げて考える。

第一の、「良さ (good)」に内在する特徴としての質は、例えば、色や硬度や耐性といった数量としての把握が可能なものと同様に、「良さ」の特徴や様相を定義することが可能かもしれない。だが、質をそれだけで評価することは難しい。なぜなら、質が良いということは、質が満たされるという、いわば数量化が困難とされる期待値を想定し、これに照らし合わせて評価されることになるからである〔Haddad, Roberge and Pineault (1997)〕。

Donabedianは、ケアの質のパラメーターとして、有効性、効率性、最適性、受け入れ可能性、合法性、公平性を考慮することを提案した〔Donabedian (1980)〕。さらにDonabedianは、ケアは期待されていた効果を生み出すことができたときに効果的といえ、それが完璧で、ミスなく生み出されたときに効率性を測ることができるとした。

また、最先端の方法で解決策が提供されたときに最適性が示されるものだといい、こうした3つの質を基盤として、「ケアは、経済的に、持続可能で、高品質でなければならない」とした。

またDonabedianは、受け入れ可能性、合法性、公平性という3つの観点から、ケアの倫理的、政治的、哲学的な側面を強調した。つまり、ケアの質が悪い場合は、たとえ、どうにかケアが持続できていたとしても、社会の公正性の観点から認められないと考えたのである。質の良さというものは、社会的な価値観、これは政治体制に裏付けられるが、この価値観に基づくものであり、時代や時代の質に対する期待値が存在し、これを評価する際には、有効性や効率性、最適性、社会にとっての受け入れ可能性、さらには政治的な合法性や、公平性が担保されねばならないとした。

第二の、素晴らしさ (excellence) としての質は、絶対的な価値として考えられ、これは本来の目的を達成する性質にのみ着目する。一般的に、質の高いケアとは、「技術性と関係性という両方の点から見て、可能な限り高いレベルの専門的なケア」という考え方を表している。これは、質を問うにあたって、「質というものはそもそも最高

を目指すもの」であり、これは日常生活のすべての領域において質について述べられる際に、一般的に当てはまる考え方といえる。したがって、素晴らしさとしての質とは、それを達成できる機能を、購入者がどう考えるかによる。つまり価格に見合う素晴らしさがあるだろうということで、購入が決定される。

第三の規準として質とは、その「良さ」について、同じ目標を達成するために生み出された（ほかの）「良さ」と比較して評価される。一般的な製品やサービスの質というものは、同様の製品との比較がなされることで、費用効用と費用対効果の分析が行われ、これによって評価される。

一方、LTCにかかわる質は、事前に定められた医療的あるいは介護的な目標に到達できたときに達成されたということになる。つまり、これらについては同様のサービスと比較することは、ほとんど行われない。

また、ケアの質は、提供されたケアのレベルを期待値、つまり任意の規準と照合することで評価される。例えば、しばしばケアには「最適な」「十分な」「安全な」「危険な」なケア、という4つのレベルがあると考えられている〔Fichter and Meier (1981)〕。ここでは、期待されたケアレベルがどの程度の要求を持つかに関係なく、提供されたケアと期待されていたケアが一致したときに、質は良いと考えるのである。

以上のことから考えると、ケアの質のコンセプトを経営的な観点からみると、料金に関する内容を除いて市場が違いを見出し、ケアの提供者が競争し、そのパフォーマンスについて評価するという、第2の測定法の対象となる質の側面が重視されることになる。

2 ケアの性質

ケアの質の定義は、ケアの性質やそれが達成すべき目標によって左右される。しかし、ケアの性質についても機能についても合意された定義はない。先行研究においては、ケアの性質には主に2つの考え方があるとされてきた。

ひとつは、「ケアは、銀行や保険などが提供する

サービスと類似している」という考え方である。この考え方では、ケアは産業生産物としての特徴を持った商品と考えられる。生産と消費は別々に起こる2つのプロセスであり、生産者と消費者はお互いを知らない。前者は匿名の消費者による市場に商品を供給しており、これは同じ商品をより短時間で生産するための生産プロセスだと合理的に説明することができる。

しかし、もう一つの考え方では、ケアは、特別な種類のサービス、つまり「ヒューマンサービス」として定義される。この考え方においては、類似点ではなく、違いが強調される。こういったヒューマンサービスとしてのケアは以下のような特徴が含まれている〔Madörin (2007)〕。

- (a) 生産と消費のプロセスを分けることはできない。
- (b) 作業継続は作業アウトプットの不可欠な部分である。
- (c) 対人関係、相互感情が関わっており、これが経済的変化の不可欠な部分を形成している。
- (d) ケア提供者とケア消費者の間の関係はしばしば、後者の依存性から特徴づけられる。

ヒューマンサービスとして考えると、ケアは、ある人から別の人に簡単に移動される商品（モノ）とはならず、少なくとも2人の人がかかわるプロセスとなる。これを匿名的な市場に持ってくることはできず、産業生産物としての商品の性質とは異なることになる。

非対称的な関係のプロセスでは、ケアの経済は有効性、効率性、適切性にあるのではなく、むしろケア提供者とケア受容者の間の相互信頼の上にある。

なぜならこうした要素なしには、ケアの関係性は構築されないため、相互における信頼関係の構築が、ケアの公平性という点においても重要な視点になる。

3 LTCの特徴と質の定義

ケアの質は、先行研究の中でもさまざまに異

なった形で定義されてきた〔Legido-Quigley H, McKee M, Nolte E, and Glinos I. (2008)〕が、その中で影響力のある定義といえ、1990年のInstitute of Medicine (IOM) によるものといえよう。IOMはケアの質の100以上の定義とパラメーターを18種類の特徴の有無によって見直した後、ケアの質を「個人や集団に対するヘルスサービスが、どの程度、望むヘルスアウトカムの可能性を増加させ最新の専門知識と合致しているか。」と定義した〔Kohler and Wunderlich (2001)〕。

この定義は、品質保証の取り組みの対象として、疾病を抱える患者のみならず、いわゆる個人と集団の双方について述べたものといえる。さらにヘルスケアのゴールとしては、それを設定した人（政府、医師、患者など）の視点によって目標がはっきりするため、結局のところ、専門的なパフォーマンスが意味するのは、専門的なサービスが提供しうる最新の状況に依存すると指摘している。

一方で、WHOはLTCの質について、「長期において自己ケアをできない個人が、可能な限り最大限の自立、自律、参画、自己充足感と人間としての尊厳を持ち可能な限り最上のQOLを維持できるようにすること。」と定義している。

LTCは、急性期のケアとは異なり、LTCを疾病そのものを取り除くわけでないが、苦痛を和らげると共に不快感を取り除き、疾病や障害によって生じる制限を補い、人々の心身の機能を可能な限り最上なレベルに保つことを目指すとし、また、疾病を持つ患者のQOLと、患者とその家族が経験したケアの満足度というような課題にも取り組む必要があると定義した〔WHO 2003〕。

具体的には、LTCとはパーソナルケア、ヘルスケア、日常生活の管理（例：買い物、服薬管理、移動支援）、支援機器（例えば杖や歩行器などの補助機器）、先進技術（例：緊急通報システム、服薬支援機器）、そして家の改築（例：手すり）などのさまざまなサービスの組み合わせたものをいうとした。

またLTCは、急性期ケアの分野と異なり、専門化されておらず、多くの人手を要し、相対的には、

高度な技術訓練を受けていないものを含んでおり、ほとんどのLTCの活動には、さまざまなスキル（ホームヘルパー、看護補助者、インフォーマルな介護者など）を持った、専門職に準ずる者が行うことが特徴とされている。技術を持った専門職（ナース、医師、など）がかかわる割合は急性期ケアに比べると少なく、医療機器も急性期ケアで使われるものに比べると格段に簡易で安価なものである。

LTC活動の中心となる多くの活動は、基本的な機能を用いて手助けをするか、日常生活における患者の自律性を向上させることにある。そのためIOMのケアの質の定義は、LTCにもあてはまる。しかし、IOMが指摘しているように〔Institute of Medicine (2000)〕、以下の4つのLTCの特徴を考慮する必要がある。

1つ目は、LTCは、医療と介護を含む福祉の領域の双方に係わるという点である。LTCに係わる医療サービスの質についての判断は、ケアの医学的、技術的な側面に重きを置いている。そのほかのLTCの側面（介護や福祉）に対しては、このサービスを受ける本人の意見と満足度を強く反映するものとなる。

2つ目は、サービス利用者本人の役割は、LTCに欠かせない要素となるという点である。このため、求められるアウトカムは本人の積極性に深く依存する。

3つ目は、入所施設においては、設備などの物理的な環境が居住者の身体的な安全と身体的機能、QOLに影響を与えるという点である。

4つ目は、LTCには、心身の機能障害と慢性的な症状の緩和が求められるが、それがサービス提供者、家族、サービス利用者間の対人関係の形成やサービス利用者がケアを受けるための環境インフラとの物理的適合、そして、異なる専門領域のサービス提供者の調整を必要とするという点である。

OECDの品質指標に関するプロジェクトは、ヘルスケアシステムのパフォーマンスに関する概念フレームワークを提示している（表1）。このフレームワークにおけるパフォーマンスの特徴とし

表1 OECDヘルスケアの質指標プロジェクトにおける概念フレームワーク

ヘルスケアシステムのパフォーマンス					
・ヘルスケアシステムはどのように機能するか？ ・患者のケアニーズの範囲に渡るケアのレベルは？ ・パフォーマンスのコストは？					
ヘルスケアパフォーマンスの特徴					
ヘルスケアニーズ	質			アクセス	費用/支出
	有効性	安全性	反応性/患者中心	アクセスのしやすさ	
健康を保つこと					
症状を改善させること					
病気や障害を抱えて生きること					
人生の終わりに立ち向かうこと					

出所) Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. (2006)。訳語は筆者による。

て、質のほかにアクセスと費用を設定している。このうち、質保証については、有効性、安全性と反応性/患者中心の3つの要素を設定している [Arah OA, Westert GP, Hurst J, et al. (2006)]。

4 質の管理と保証

LTCの文脈では、質の管理は、ケアの保証と改善のための方法であり、これには目的の定義、目的を達成するプロセスの計画と整備、結果の評価、またその結果が元の目的に沿わない場合の修正などから構成される永続的な管理サイクルへの適応が求められている。したがって、質の管理には、提供レベルでの質保証が含まれるが、LTCサービスという固有の条件下では、運営レベルでも質保証に関してさらなる定義付けが必要となる。

これは、LTCであっても、一般的な関心を持つほかのサービスにおいても、多くの場合は公的機関が顧客や利用者の代わりに購入者や委員として行動するためである [Huber, Maucher, and B Sak (2008)]。

運営という観点から見ると、質の保証は（公的な、民間の非営利組織の、商業的な）提供者が法

律で定められた（最低限の）基準を遵守することを保証する統制機構から構成される。したがって、日本でいえば、保険者である市区町村すなわち、公的な当局は、以下のような特定の要求を提供者に課すことを定める。

- (a) 組織内の質保証と質管理を整備すること
- (b) 最低基準と規範が守られているかどうかを検査する外部の監査に際しては、データとアクセスを提供すること
- (c) 市区町村（介護や福祉、健康や社会を管轄する部署）に対して定期的に報告書を提出すること

このような質管理のコンセプトにおいては、質保証から継続的な質改善までが網羅される。質保証はこれまで、ケア提供の適切性に関する最低基準に対する最も一般的なアプローチであった。

一方で、提供者の視点から見ると、質管理の意図とは、第一に、必要とされる最低レベルの質を保証することだが、より大きな目標は継続的質改善プロセスを取り入れることで現在の質レベルを高めることである。質の「優秀さ」を目指す上で、

組織はガイドラインやプロトコル、基準、調査などのあらゆるツールを活用する。

質保証の開発という観点からは、質保証の最低基準からより高いレベルの質へと向かおうと努力する傾向があることが認められている。

また、LTCを提供する組織は、顧客に最適なケアを提供することだけでなく、一般的には固有のセールスポイントを示す必要があると感じるとされている。

LTCのマネジメントにおいては、サービスの購入者と提供者、民と公、医療ケアと福祉あるいは、介護の間のさまざまな連携や接触がある中で、課題となっているのは質改善ツールとその測定法の適用を、一つの責任母体によって運営されている個別の組織のみならず、運営のあらゆるレベルでさまざまな運営母体に属している多様な利害関係者たちにも適用しなければならないということである。

現在のところ、分野や提供者組織を横断して、質保証を統合したという事例は、ごくわずかとされている。このことは、日本で構築が目指される地域包括ケアシステムにおいて多数の利害関係者間での質保証が困難であることを示唆している。

Ⅲ 質の評価のアプローチ

1 質の評価の古典的アプローチと評価のレベル

Donabedianによる古典的なアプローチでは、LTCにおける質は、表2に示したようなストラクチャーの質、プロセスまたは資源の利用の質、患者と人々の健康状態におけるヘルスケアの効果というアウトカムの質の三つを含む多次元のコンセプトであるとされてきた〔Donabedian (1985)〕。歴史的に品質保証機関の主な重点は、ストラクチャーとプロセスに置かれてきたとされている。なぜなら、これらの指標の評価データは、収集し易いからである。

ストラクチャー指標は、特定の資源があるかないかを測るものといえる。一般に、公的機関や公共団体は通常、LTC施設に権限と認可を与えるた

めにこれらのタイプの指標を適用する。ここでの仮定は、ストラクチャーの質は患者に影響を与えるにちがいないということである。しかし、今日においてはストラクチャーとアウトカムの間の因果関係は非常に弱いことが知られている。

プロセス指標は、エラー検知のベースとなる、なぜならばエラーはワークフローの中で、そして継続的改善システムの開発のために発生するからである。このためプロセス指標は、アウトカムとより密接に結びついている。

アウトカムに基づく品質指標 (OBQI) は、患者の健康と機能状況、またはケアの経験に対する満足度を測定する。ケアの質を測定するには最も有用であるが、信頼性と妥当性という点においては、いくつかの欠点がある〔Clark (2007)〕。ヘルスケア介入の時間のずれとともにアウトカムが発生すると、ほかの決定因子がその発生に影響する。つまり、個別のケアプロセスに対する個別のアウトカムの特定が難しくなってしまう。

例えば、失禁や鬱状態の居住者の割合のようなアウトカムに基づく指標は、ケア品質の代替として、または、ケア提供に際して参考にするアセスメント情報として解釈できる。

また、LTCの患者はいくつかの問題を併せて持っている傾向があるため、特定の症状にかかわる切り離されたアウトカムがケアの効果の全体像を提供しない可能性もある。

WHOは、最も普及したOBQIは「日常生活動作 (ADLs)」と「集団の日常生活動作 (IADL)」であると報告した、これらは機能的レベルと機能的許容範囲のバリエーションを測定する。LTCにおけるそのほかのアウトカムは、痛みと不快感のレベル、認知だけでなく 社会活動、そして社会関係のレベルである〔WHO (2003)〕。

アウトカムを評価するほかの方法は、介入前に調整し、観察、予測した結果を比較することである。このような調整は患者の特徴によってなされ、アウトカムの発生に影響を与える。さもなければ比較は意味がないとされている。患者は異なる判断基準によってハイリスクとローリスクに分けられる。例えば、The Resource Utilisation

表2 ストラクチャー・プロセス・アウトカム指標の例

ストラクチャーの質	
	建物の質と安全性 住環境の設備 部屋の大きさ 人員配置率、資格
プロセスの質	
	居住者の権利を守るためのメカニズム うまく機能している移送と退院の管理 ケアの計画に使用される居住者の評価方法 居住者の機能の最も実用的なレベルを実現し維持するために必要なサービスの可能性 資格のあるスタッフがいること（24時間、週に7日） 良くバランスのとれた食事制限 品質保証委員会の維持 周辺サービスへのアクセス（例：リハビリ、薬局、感染管理） 臨床記録とケア書類のプロセス
アウトカムの質	
	床ずれのある患者数 栄養不良の患者数（脱水症を含む）、経管栄養法の妥当性 ADLやIADL 痛みの管理がされていない居住者 拘束具の使用（身体的、薬物的） 感染症をもつ居住者 抗精神病薬を使用している患者数 経管栄養を受けている患者数 転倒の数 便失禁の患者数 社会参加とプライバシー保護の状況

出所) European Commission (2008)。訳語は筆者による。

Groups (RUG) は、LTCの測定方法の一つであるが、こうしたアウトカムに基づくデータの収集と解釈には問題があった。患者自身から寄せられる介護者との経験を踏まえた質の評価や、ケアプロセス内の生活の質に関する自己報告データの使用を鑑みてのアウトカムの評価が重要であることは言うまでもない。

2 QOLによる質の評価

LTCの質は、ストラクチャー、プロセス、臨床ケアのアウトカムの観点からだけでなく、ケアへのアクセス、LTCの重要な一部である医療サービスとは異なった、パーソナルアシスタンスサービスやLTC利用者のQOLの観点からも判断されなければならない。意思決定が有用に行われるためには、品質指標というものが科学的な厳密性を

もって明確にされ、検証、モニターされなければならない。ケアのすべての側面は、健全な方法でヘルスケアの質を説明し、評価するために測られなければならない。

日本でQOLが活用されている評価例としては、診療報酬において医薬品の費用対効果評価を「QALYs」(質調整生存年: Quality Adjusted Life Years) という「生命予後」と「生活の質 (QOL)」を合わせた指標で行うというものであり、2016年から試行的に導入される。今後こうした考え方は、介護報酬や地域ごとに構築されるケアの質評価の仕組みに導入するかについての検討もはじまるものと予想される。

一方で、LTCサービスの質のばらつきは、不十分な住居や社会関係の欠如、ナーシングホームでのプライバシーの欠如、また慢性的な痛みに対す

る不十分な処置、うつ、床ずれまたは薬の不適切な使用、身体的な拘束などと関連している〔European Commission (2005)〕。

Schallockは、高齢者や障害者のQOL評価のためのフレームワークを提案している。ここでは、品質面については、第一に、患者に言及し、個人のレベルと組織のレベルの双方で厳しく価値とパフォーマンスに結び付ける方法が提案されている〔Schallock (2001)〕。ケアの質評価におけるアウトカムに基づいた評価と、結果に基づいた評価の昨今の発展は、個人と組織双方のパフォーマンスとアウトカムを同時に評価すべきであることを示唆している。

表4に示したアウトカムに基づく評価のモデルは、アウトカムのタイプ（パフォーマンスまたは価値）と参加者のタイプ（提供者となる組織または個人の患者）という2つの要素を考慮しなければならないとしている。パフォーマンスのアウトカムは個人の健康状態または組織のパフォーマンスであり、価値のアウトカムは患者の感じ方または視点についてとなる。

例えば、岡山市では、デイサービスにおける質の評価を実施している。ここでの質を評価する項目（価値）や指標は、岡山市当局がデイサービス事業所との規範的統合をすすめ、平成26年度に、市当局、事業所の代表者、学識経験者によって構成された研究委員会によって設定したものである。設定された評価指標は、職員支援、介護技術、事業所の意識向上、地域住民の意識向上の4つのカテゴリ、25項目である。これらを、デイサービスが求める質の評価指標として示している〔岡山市 (2014)〕。

2015年には、質の評価指標は、全体の協議を経て、「1外部研修への参加状況（延べ人数／職員数（常勤換算人数）」、「2岡山市主催の研修会の参加回数」、「3認知症高齢者の受け入れ人数（実人数／利用定員）」、「4機能訓練指導員の常勤換算人数（常勤換算人数／職員数（常勤換算人数）」、「5介護職員のうち、介護福祉士の常勤換算人数の下位項目」として、5つの評価項目が選定され、これらの質を評価するためのストラクチャー指標とした

〔岡山市 (2015)〕。また、2016年には、これらに加え、参加者のタイプとして、通所サービス利用者を分類し、さらに、独自のパフォーマンス指標を設定し、これを達成した通所サービス事業者を表彰するという制度につなげている〔岡山市 (2016)〕。

ここで紹介した岡山市の事例は、QOLを評価するためには、Schallockのフレームワーク〔Schallock (2004)〕にあるようなパフォーマンスのアウトカムを組織レベル・個人レベルから検討し、この監査を担当する市当局を含めて、協議によって検討していくというプロセスが重要になることを示唆している。

3 ケアの調整という観点からの質の評価-integrated careの評価の進展と課題-

LTCは本質的に多次元で異なる提供者間の調整やこれを実現するための判断・能力が必要とされる。そのためLTC提供者間の調整は、高品質なLTCのために必要不可欠である〔MISSOC (2009)〕。近年では、LTCの質を高めるにはヘルスとソーシャルサービス全体の効果的な統合に基づくかねばならないのだという認識が広がっている。そのため、多様なケア提供に関わる調整は、LTCの質評価のための重要な側面と考えられるようになってきた。

こうしたケアの調整は、「integrated care」として理解されている。また、この狙いは、サービスに生じる欠陥への対処や、より協調的かつ継続的なケアの提供を可能にすることであり、多くの場合、慢性的疾患を患う高齢者に向けたものとなっている。

これは、日本における地域包括ケアシステム（community-based integrated care system）も同様といえる。しかし、日本の地域包括ケアシステムは、現段階では、構築段階にあるため、その質の評価についての議論は未成熟な状況といえる。また、こうしたintegrated careの在り方についての理解も十分とはいえない。

しかし、国際的にはintegrated careは、これまでさまざまなかたちで表現されており、例えば、60

年代は多岐に渡る専門分野のケアの調整が課題であった。70年代はパートナーシップを考えた取組みが、そして80年代、90年代はシェアードケアとディジーズケアといったように、これまでさまざまな課題に取り組む際の際の概念としても使われてきた。

現在も、integrated careは、さまざまな取組みを含む用語であり、基本的にはサービス間の断片化に対応するものである。これらは基盤となる分野と価値観の進化によって、さらに変化していくと考えられている〔Stein and Reider (2009)〕。

しかしながら、こうした考え方を明確にするためには、integrated careの質の評価が必要であり、integrated careにおける決定を促すための根拠が乏しいという場合にも、こうした考え方の明確化がこの問題の対処に役に立つといえる。

integrated careの質の評価については、以下のことを明確にすることができる、一層の研究が必要とされている〔Shaw and Levenson (2011)〕。

- (a) integrated careの取組みによって、解決しようとしている断片化の具体的原因は何か
- (b) integrated careが及ぼす患者への影響、そしてケアプロセスの改善をもたらす影響
- (c) 統合は、いかにして提供すべきサービスの使用パターンを変化させるか（特に入院患者への急性期治療）
- (d) 費用とアウトカムにおける影響〔Ramsey and Fulop (2008)〕

上記の課題の解決は、integrated careを追求するものにとって必須となりつつある。そして、医療や介護、福祉といった多様なサービス提供モデルがどのように開発され、その影響がどのように評価され、どのように測定が行われるのかを考慮することもまた重要な課題となりつつある。

このようなintegrated careの取組みを評価する場合には、その関連するプロセスやアウトカムに的を絞って行うというような実験を行う際は必ずintegrated careが進展している背景や関連のある多種多様なケア提供の（サービス利用者、提供者

等）観点とそのレベルがいかなるものであるかを念頭におかねばならない。

しかし、ランダム比較試験などの従来の研究方法では、こういった研究を実行に移せないことにも留意が必要である。すなわち、さまざまな背景によって、提供される統合のプロセスをとらえることを失敗してしまうことは少なくないからである〔Vrijhoef (2010)〕。

英国では、新たなアプローチによるintegrated careの評価が行われている〔Ling, Bardsley, Adams, et al (2010)〕。この取り組みでは、integrated careを受ける複数の個人をワンセットとし、この集団における病院の利用状況を追っていくという試みがされている。その際、この集団に紐付けられた管理情報を用いて対象のintegrated careを受ける前後の利用状況を追っていくことになるが、これを実行するためには、しっかりとした比較するための評価ツールが不可欠となる。

このように、ケアの調整の影響や効果の評価を追求する政策担当者やサービスプロバイダーの管理者にとっては、integrated careを測定し、アセスメントするためのアプローチの開発は、近年、特に主要な課題となってきた。

このアプローチを開発していく過程で評価と測定を導くための妥当な理論的基礎、そして量的手法・質的手法の両方が必要となるとされ、このようなアプローチの開発は、統合の評価の役に立つとされている。こうしたアプローチは、例えば、健康上のアウトカムに対する影響だけでなく、ケアの質やサービスユーザーの満足度等に関係しているとされている。

今までのintegrated careの評価には、表3のような手法が用いられてきた。

こうした評価手法の重点は、多くの場合、組織的統合や運営的統合（すなわち、ストラクチャーやプロセス）に置かれ、アウトカムに対しては、ほとんど行われてこなかった。

また、実際のところintegrated careの導入と影響の両方をアセスメントする測定ツールと指標を明確に記している研究はほとんどない〔Armitage,

表3 integrated careとその影響を評価するための従来の方法

方法	評価対象となる統合	例
医療記録の監査	臨床的統合	複数の提供者に係わる環境にある患者のために提供されたケアの調整を検討。
再入院率の分析	調整と部門間の統合	調整によって入退院の状況がどのように異なるかを検討。
入院率に関する管理情報を、個人適合させた対象と比較し分析	組織的・運営的・臨床的統合	適合させた対象群と比較し、改革が患者の病院の利用率にどの程度影響を与えるかをアセスメント
管理者の自己評価用紙	サービスの調整をサポートする運営上のプロセス	現地のヘルスケアの統合の程度を評価
年度調査、公開報告、財務データの公開	運営的統合とその強さ	医療機関の構造的な臨床的統合と、患者一人の退院にかかる平均総費用との関係を調査
事務と臨床における管理者へのアンケート調査	臨床的・運営的統合	臨床的統合と運営的統合の取り組みから感じる有効性から臨床的統合と運営的統合の認識レベルを測定
医療機関の管理者における質に関する面接調査	組織的・規範的統合	どれだけ医師と病院の統合プロセスが統合的提供制度の構造と背景に密接して関わっているかを調査
インタビュー、ウェブ上の用紙、サービスの協調を行う者とのワークショップ	組織的・臨床的統合	組織・分野・サービス間、もしくはそれらの内側の統合が持つ、程度、範囲、深さを数量化し、統合に関する新たな測定方法を作成
スタッフや管理者とのアンケート、インタビュー、フォーカスグループ	規範的・組織的統合	統合的な医療・介護福祉ケアの組織にて、第一線で活動しているスタッフの体験について調査

出所) Shaw and Levenson (2011,p9)。訳語は筆者による。

Suter, Oelke et al (2009), Strandberg-Larsen and Krasnik (2009)]。適切なアセスメントツールやアプローチを開発していくには、更なる研究を要するとされ、とりわけアセスメントツールの必要性や、長期に渡り統合のプロセスを追うことができる評価手法が必要とされている。

4 現実的評価 (realistic evaluation) の登場

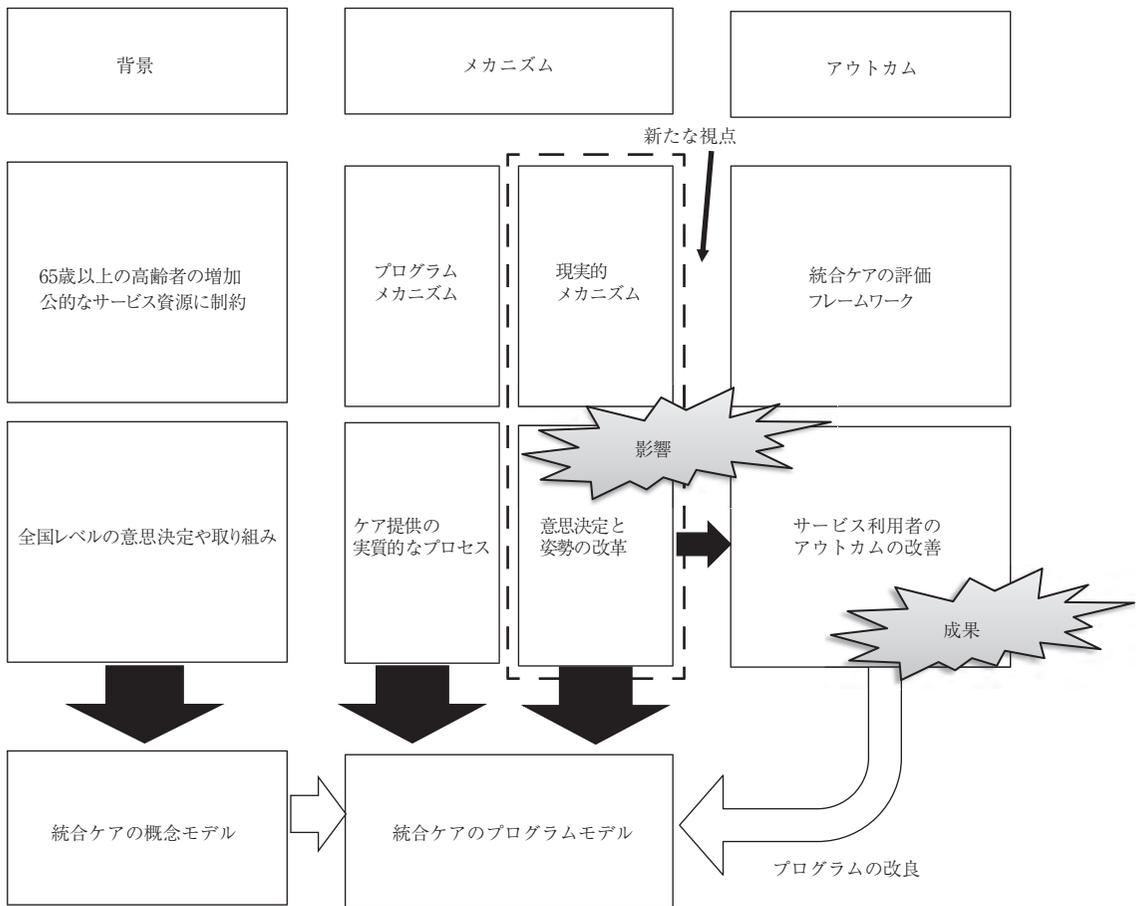
integrated careは、これらのケアを通じて、個人、家族、ネットワーク内の支援者を協動的にしようと努めている。また、多職種によるケア提供においては、ケアを受ける個人や家族がケアに関する意思決定に携わる際に、可能な限り協働による生産性の向上を目指している。つまり、ケアの焦点は「治療」モデルから、能力の促進および個人・家族にとって大切なものを重視するケア提供の促進プロセスに移っていると考えられる。

このintegrated careの評価に際して注目される

のが、現実的評価 (realistic evaluation) である。この考え方は、個々の人々が有するケアに対する考え方や思想によって、ケア提供システムをどのように形作っていくかを加味した評価であり、例えば、「ケアは治療と同等の力があり、患者のニーズを満たすものである」と考えるかどうかで、ケアの提供のあり方は異なるとする。

integrated careの提供に関連する考え方や現実的評価の狙いは、ケア対象者の依存度を抑え、自律性および幸福度を向上することにあり、こうした考え方は、プログラムモデルまたはプログラム理論として知られている。

統合的なケアの介入を行う際は、ケア提供の姿勢や考え方を变えることで、サービス利用者への資源の分配方法を改善するため、こうしたアプローチによってさまざまな種類のケアの利用可能性を拡大し、ケア提供の新たなプログラムメカニズムに適したケア環境を構築することが有効に



出所) Chichlowska (2014,p13)。訳語は筆者による。

図1 integrated careの現実的評価のイメージ

なってくる。

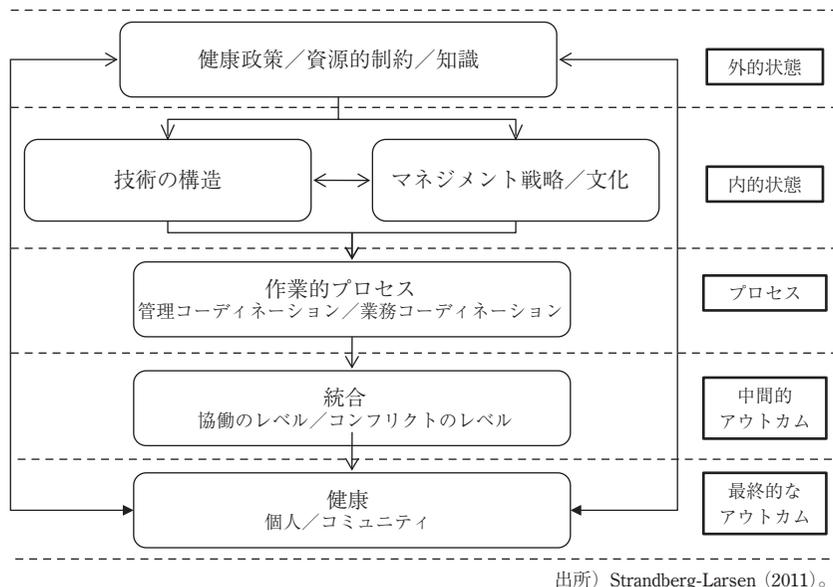
この新たな環境やメカニズムが整えば、理論的には新たなアウトカム、つまり個人のニーズを満たす個人的アウトカムも念頭に置く必要がある。

さらに、integrated careの新たなメカニズムを理解するには、それが生み出す「変化」も含んでおかねばならない。つまり、プログラム理論で用いられている現実的メカニズム概念を反映した現実的評価や、このメカニズムがアウトカムにどう影響するかを明らかにしなければならない。

一般にintegrated careを提供するメカニズムの概念モデルは、そのメカニズム自体が生み出すアウトカムという形で理解されている。integrated

careのアウトカムを判断するためには、意図したかどうかに関わらず、結果として生じたこれらの変化を評価しなくてはならない点に制約があり、integrated careにおけるアウトカム評価を困難なものにしている。

つまり、前述のintegrated careの評価の考え方は、医療・介護の新しいケア提供方法に対してサービス利用者がどう反応しているかに依存している点に着目し、変化をもたらすきっかけとなる点の評価を追加している点が新しい点であり、この評価の考え方を活用した評価のフレームワークが現在、ウエールズにおいて開発されつつある〔Chichlowska, S. C. (2014)〕。



出所) Strandberg-Larsen (2011)。訳語は筆者による。

図2 中間的ヘルスケアシステムのアウトカムとしての統合の状態の評価の概念モデル

また、現実的メカニズムと同じように、統合をヘルスケアシステムの中間的（媒介的）結果としてさらにさまざまな外的・内的要因やプロセスによって条件づけたStrandberg-Larsen, M.のモデルもある〔Strandberg-Larsen, M. (2011)〕。

ここでの外的要因とは、政策的な環境、その社会の知識レベル、資源の逼迫、つまりこれはヘルスケアサービスへの需要とそれを提供するために利用可能な資源の両方を反映している。内的要因はShortellらによると、組織規模の影響を考える上で、ヘルスケアシステムの全体的な組織的構造、情報技術、マネジメント戦略、信念・価値観・規範・行動などの文化重要な4つの要素から成り立っている〔Shortell, Gillies, Anderson, et al (1996)〕。これら4つの内的要因は、2つ以上の個人や組織が綿密な調整や共通の目標を持って行動しようとする「操作プロセス」の活動を促進させたり、妨害したりするとされている。さらに、Alter and Hageは、調整されなくてはいけないレベルとして、組織の管理運営と臨床の2つレベルがあることを指摘している〔Alter and Hage (1993)〕。

Strandberg-Larsenは、ヘルスシステムの統合を

これらの概念を用いて説明し、統合を内的と外的の二つの要因によって規定される調整プロセスの結果として説明し、中間的なアウトカムとしての統合の評価が重要であることを強調している。

日本における地域包括ケアシステムの評価を検討する際、ここで紹介したようなフレームワークは参考になると考えられる。

Ⅳ ケアの質評価のレベル

1 システムレベルの質評価

Niesらは、ケアの質が言及されるであろう4つ（システム、組織、専門家、利用者）の異なるレベルを定義した〔Nies, Leichsenring, Van der Veen, et al (2010)〕。この4つのレベルごとの質評価の仕組みについて、以下に述べていく。

第一のシステムレベル、つまり国家レベルでの取り組みを検討する際、LTCのどの質の側面が、その国において最も重要かが影響するという。例えば、Sorensonは、優先事項には2つのタイプ（基準、許容範囲、認可という観点での規制とベンチマークを通じて消費者の選択と競争の促進）があるとした〔Sorenson (2007)〕。

表4 SchallockのQOL評価のためのフレームワーク

	パフォーマンスのアウトカム	価値のアウトカム
組織レベル	有効性 効率性 健康と安全 安定性（財政的, スタッフ）	サービスへのアクセス 顧客満足度
個人レベル	身体的な幸福 物質的な幸福（雇用, 居住の状況, 教育の状況） 臨床的な状況（症状の緩和） ADL, IADLs 活動のパターン（家の中, 家の外）	感情的な幸福 個人の発展 自己決定 対人関係 社会的共生 権利

出所) Schallock (2004)。訳語は筆者による。

中央政府は、法律に基づき高齢者や障害を持つ人々に対するケアの有効性と安全性の確保に、包括的な責任を負っている。法律は高齢者が質の良いケアへアクセスし、適切なケアを受け、ケア計画の選択と管理をできる権利があると明確にしている。

このことは、サービスの質と報告などの義務や提供者から期待される最低基準を確保することもまた、提供者の役割であることを明確にしている。一般的に、中央政府には3つの主要な目標の達成が求められる。

- (a) どのようにサービスの質と安全性を改善するかについて提供者や施設の指導をする
- (b) サービス利用者とその家族がサービスから何を期待できるかについての情報を与える
- (c) ケアの供給のあらゆる側面に関する情報を与える

政府はLTCの質を規制していると同時に、多くの国々では品質管理の実施と整合性の管理のためにさまざまな非営利団体や地方政府、あるいは民間企業などにも責任を割り当てている。具体的には、OECD諸国のほぼ3分の1が、LTCの管理を州、地域、あるいは地方レベルの権限に分散し、提供者の質を管理する責任を負わせている状況にある〔Francesca, Ana, Jérôme, et al (2011)〕。いくつかのOECDとEU諸国では、国や地方政府や地域の団体にLTCの質のレベルと規制との整合性を管理するよう課している。

例えば、ドイツでは品質確保の責任は、伝統的にFederal Association of Health Insurance Fundsの医療相談サービスや、地域レベルでその活動を行う団体などの提供団体に課されている。これらの団体はLTCの利益のために申請者のニーズを評価する医師や専門看護師のトレーニングだけでなく、品質調査を実施する責任も負っている〔Leichsenring (2010)〕。

アメリカでは、連邦法がそれぞれの州にナーシングホームやほかのLTC施設でのケアの質を監視する責任を与えている〔Capitman, Leutz, Bishop, et al (2005)〕。これにより品質管理の実施と改善における州間の違いを生み出している。

一方、日本においても、権限移譲は進められているが、質の確保に係わる地域間の格差を埋めるための方策は課題といえる。地方厚生局や保健所が現在、広域調整を行っているが、これらについてはさらなる改善が求められる。

2 組織レベルの質評価

組織レベルの質評価のひとつの方策として、登録と事業の実施に際しての免許の交付や認可あるいは認証評価といったものがある。登録と免許の交付は、ケアの市場への参入のための必須要件となる。

こうした許認可と認証は、外部機関によって行われる。こういった機関はほとんどが非営利であるが、民間の場合もある。これらの機関は、一定の基準に基づいて評価を行い、サービスを改善するために外部の相互評価プロセスを実施する独立

した機関として成立している。そのため施設とケア提供者を定期的、継続的に調査し、施設内の手法の統一を促進することで、施設間でのベンチマークとなる比較を可能にしている〔Wagner, McDonald and Castle (2012)〕。こうした許認可と認証の定義は国によって異なる。

例えば、アメリカでは、Joint Commissionとのボランティアなプロセスである認証評価と、連邦資金を受け取ることのできる認可とを区別している。認可をライセンスや、業務やサービスの登録とを同じ意味で用いる国々もある。認証のプロセスは通常、ケア提供者による自主評価、認証評価機関によって設定されたある基準に対するパフォーマンスのレビュー、そして、そのような基準に対する継続的なパフォーマンスの監視を伴う。

一般的にいうと、そのプロセスは内部と外部双方のレビューを含む。内部レビュー時は、提供者と施設は疑問視されているサービスや認証評価のクライテリアのリストを通して業務内容を説明する文書を作成する。外部機関によるレビューは、通常、政府機関または品質の判断基準に対する提供者や施設の評価をする独立機関が実施する。評価者や評価者のチームが机上でのレビューを行って、実際に訪問し、いくつかの国ではLTC居住者やスタッフ、家族へのインタビューなどを含む総合的な評価を行う。

また、認証評価は、英国、アメリカ、ドイツ、フランス、スペインなど多くの国で、公的なLTCプログラムへの登録や公共発注機関との契約上の取り決めをする際などの公的資金へアクセスするための前提条件となる。これらの国では、かなりの数のLTC施設とホームケア提供者が認証または認可によって、公的資金を得ている。

一方で、そのような要件のない国々は、サービス提供者間で認証評価を実施することへの困難に直面している。一度登録をすると、提供者は調査、評価またはそれらのステータスの見直しの対象となる。つまり、基準と合致しなければ、制裁がなされ、認可された提供者という資格が取り消されることになる。

例えば、アメリカではナーシングホーム施設のみがCenters for Medicare and Medicaidによって適合という認可を与えられ、ナーシング施設としてのMedicaidへの参加、または技術を持ったナーシングホームとしてのMedicareへの参加が認可されている〔CMS (2010)〕。再認可や調査の頻度は頻繁に変更される。認証用の機関とは同じではない場合もあり、通常は年に一度または二年に一度行われている。

このような状況は、日本においても社会福祉法人の許認可の権限が一般市に移譲されたことに伴い、監査や指導監督の責務も移譲されたことを鑑みると、同様の問題が浮上することも予想される。

3 専門職レベルの質評価

専門職レベルの質の評価については、資格の付与や階層的な資格体系の整備等という問題がある。LTCに携わる人々は、慢性疾患や障害を持つ高齢者とその周囲の人々に対する実際的なケア、管理、そして精神的なサポートを提供する。LTCに係わる正式な専門職としては、看護師とパーソナルケアワーカーがいる。仕事の内容と責任は似ているが、パーソナルワーカーの呼び方は、国によってさまざまである。

LTCに従事する人々の低収入、資格の少なさ、ストレスの多さ、離職率の高さといった課題はこれまでも多数、報告されてきた〔Francesca, Ana, Jérôme, et al (2011)〕。離職率の高さと資格の不足は、LTCの質に関する課題となっている〔Castle (2008)〕。離職率を低くすること、スタッフトレーニングの改善、ワーカーに権限を与えることは、ケアの質を向上させるには良い影響を与える可能性があると言われている。

ほとんどの国で見られるケアワーカーの質を規制するための最短のアプローチは、パーソナルケアワーカーの教育と訓練の要件を設定することである〔Francesca, Ana, Jérôme, et al (2011)〕。これらの要件は、理論的で現実的な訓練の最短時間、内容、そして認可のプロセスを設定するというものとなる。教育要件、認可、そして最終的には

パーソナルケアワーカーの資格は国によって、ときには同じ国の中でも地方の管轄によって、著しく異なることがある。たとえば、同じような職務に就くために、アメリカでは75時間の経験だけが要求されるのに対し、日本では3年間が必要である。

ほとんどが施設に向けてであるが、教育要件が強化された国もある。例えば、スウェーデンは公式な資格のないLTCスタッフを対象とした4年間の教育プログラムを開始した。構想では、LTC利用者の複雑なヘルスとソーシャルケアニーズの要求にこたえるためにより専門的な訓練を提供することを目的とするという。ワーカーの力量レベルを上げることに成功した地方自治体は、訓練期間の終わりに経済的な報酬を付与されることとなっている。

アメリカでは、連邦資金を受けているナーシングホームのすべての看護助手が州に認められた訓練プログラムを完了し、看護助手としての認可を受けることを要求されている。

日本でも介護福祉士という国家資格があり、これは、訓練と再認可に関する要件を含んでおり、いわゆるLTCワーカーに対する要件システムといえる。

また2011年の介護保険制度改革以降、認可を受けた介護福祉士の役割が広げられ、痰の吸引等のいくつかの簡単な医療行為を行うことが認められた。

さらに、2012年11月に内閣府で創設された「介護プロフェッショナルキャリア段位」制度では、ケアのプロセスを標準化し、それを評価することを中核とした内容となっており、日本のLTCの質の評価の先駆的な例となっている。

キャリア段位制度は、OJTの一環として実施されることから、LTCの組織的な評価も含むため、外部評価の仕組みを内包しており、これは前述したアメリカの外部機関によるレビューに類似しており、評価者や評価者のチームが机上でのレビューを行って、実際に訪問もするという仕組みである。

さて、キャリア段位制度は2015年4月から厚生

労働省に移管され「介護職員資質向上促進事業」として実施されている。実務経験など一定の要件を満たし講習を受けた介護職員がアセッサー（評価者）となり、ほかの介護職員の介護技術の評価するものである。評価者は、被評価者がどのような利用者にどのような介護を提供したか、介護の実行状況と技術の適正さを評価して記録する。評価項目は、「適切に～できる」、「確実に～できる」といった抽象的な基準ではなく、「できる・できない」での評価が可能な客観的な項目になっている。到達度に応じてレベルが認定される仕組みとなっており、評価の適正性の確保のため定期的に外部評価審査員による外部評価が行われる。このようにキャリア段位制度は、現場のOJTや人材育成にも活用できるものとなっている。

また、このキャリア段位制度は、利用者の状態に応じ適切な介護技術が提供できたかというプロセスを測定する。

これまでに11,863人のアセッサーが養成され、1,366人のレベル認定者が存在している。評価の途中段階にあるレベル認定見込み者は4,726人いる〔シルバーサービス振興会（2016）〕。

すでに東京都はキャリア段位制度のレベル認定者がいる介護事業者に補助金を出す等、先進的な取組みを行っている〔厚生労働省（2016a）〕。

昨今では介護事業者には人材が集まらないという問題があるため、キャリア段位制度を活用しようという意識が出てきている。

さらに現在、外国人介護人材受入れについて議論されている〔厚生労働省（2016b）〕が、キャリア段位制度は外国人介護人材の評価にも利用できるものとして注目されている。介護福祉士の資格は日本語による試験が必須で難易度が高いとされるが、キャリア段位制度は現場での実践的スキルを評価でき、また「食事」「排泄」「入浴」等の介護場面ごとの評価が可能である。今後は、こうした仕組みを活用することでケアの質を評価し、標準化をすすめることで、外国人の介護人材の活躍も期待される。

こういったケアの質におけるプロセス評価という、国際的にみても、先駆的な試みを積極的に推

進することが専門職レベルの質の評価には求められている。

4 利用者レベルの質評価

利用者レベルの質の評価としては、アクセス、患者の権利、苦情を申し立てる方法についての連絡窓口の利便性を高めること、患者のケア提供者の選択肢を広げること、患者満足度に関する調査を行うこと、といった方法があるが、ここ数年、ケアの品質の向上には、患者とその家族が重要な役割を担うことが認識されるようになってきた〔MISSOC (2009)〕。

サービス利用者は、本人とその家族のケアの経験における満足度を考慮に入れるという利用者中心のアプローチを高く評価し、それはケア品質の指標として世界各国で広がり始めている。こうした意味において、患者のLTCに対する満足度のモニタリングが地域に広がっているスウェーデンはヨーロッパの中ではベンチマークとなっている。

透明性を向上させ、利用者がより良い情報を利用できるようにすることは、患者がLTCの提供者を選択する際に情報に基づいた選択を可能にし、LTCシステムへの利用者の関与を増加させるだろうと指摘されている。

日本においても、このような利用者レベルの質評価については、地域包括ケアシステム構築と、それを推進していく際に、より重要になってくると考えられる。前述したintegrated care（統合ケア）の評価において、サービス利用者の選択肢の幅や満足度を包含して、システムを推進していくことができるかが今後の課題となってくるだろう。

V おわりに

本稿では、LTCの質の評価を取り上げ、国際的な質評価のレベル・視点に関する研究動向を概括し、現時点における取り組みの到達点の把握を行った。国際的なLTCにおける質の考え方、質評価の要素に係わる研究は多いが、ここでの重要な視点はLTCそのものが先進諸国における高齢化の

問題に伴って、医療と介護、福祉のintegrationがすすめられねばならないという認識が高まり、これに必要とされるケア提供体制の変化によって、質の評価の考え方も変化してきているということであろう。

これらは、ヘルスケアシステムのパラダイムシフトにより、近年、重要視されてきているものといえる。国策として、地域包括ケアシステムを推進している日本において、この新たなLTCの質に関する分野にintegrationの評価が注目されていることは、極めて重要な視点といえ、特にケアの調整の評価は興味深い内容である。

諸外国でのintegrationに係る問題とは、特に病院と地域の間であり、欧州では、社会的ケアと、ヘルスケアの間の連続性におけるケアの調整不足が指摘されてきた。より狭義の統合であるヘルスケアの統合の例としては、水平的（例えば、アセスメントの結果がかかりつけ医から同地域の別のサービス提供者に提供される）にも垂直的（地域の診療所と医療機関の間）にもケアのプロセスがより上手く統合されることが求められる。

先進諸国が持つケアの質評価の仕組みについては、Niesの4つのレベルを援用し、諸外国の取り組みを整理したが、LTCの特徴として利用者の積極性が重要と指摘されたにもかかわらず、利用者レベルの評価は、ほとんど先行研究がなく、多くの国においても課題とされていることが改めて明らかになった。

今後は社会的サービスとヘルスケアとの統合が前提とされるようになってくるだろう。その場合は利用者に対して、実際にどの程度ケアが統合されるべきなのかという点から統合のレベルを測定することが必要となる。利用者や患者にとって大事なことは、契約の仕組みなどでなく、統合されたサービスにおける彼ら自身の経験を評価できるかという点にある。

また、古典的なケアの質評価の視点としてのDonabedianのストラクチャー・プロセス・アウトカムの評価の視点は健在であるが、直近のトピックとして、QOLの評価について多くの国で取り上げられていることも重要といえよう。

本稿では、ケアの質に関する概念を明確にしてきたが、質を評価、維持するために、ヘルスケアシステムが払わねばならないコストの評価については言及しておらず、この点についてはさらなる検証が必要であり、今後の課題といえよう。特に「規模の経済」や「独占」を促すような経営陣への動機付け等の検証による経済的モデルに関する研究が近年は取り組まれており [Laugesen and France (2014)], こういった領域の研究動向を注視し、提供者側からみた市場シェアに対する動機付けや取引コストのあり方を研究することは重要である。

質を高めるために新しい支払い制度の創設や予算の編成は、統合を促進することになる。しかし、提供者らがこうした新しい動機付けを取り入れるか否かは、彼らの取引コストを最小化する能力、また提供者組織全体への資金分配の決定に左右されるため、最終的に契約と取引コストが十分に解消されるかどうかにかかっているとみえる。今後、日本のLTCの質を考える際にはこの点にも留意すべきであろう。

いずれにしても、地域包括ケアシステムの構築が緒についたばかりとされる昨今において、利用者の経験やコストを踏まえた質の評価の方法論の開発は喫緊の課題といえ、日本の取り組みが国際的な文脈において、どの位置にいるかを冷静に見極めながら、今後も検討を続ける必要がある。

参考文献

岡山市 (2014) 「通所介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業 (平成25年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)」。

岡山市 (2015) 「通所介護サービスにおける質の評価に関する調査研究事業 (平成26年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)」。

岡山市 (2016) 「通所介護サービスにおけるアウトカム指標に関する調査研究事業 (平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業)」。

厚生労働省 (2016a) 「東京都介護職員キャリアパス導入促進事業について」, 『第4回介護プロフェッショナルキャリア段位制度の在り方に関する検討会 (2016年1月8日)。参考資料4』 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000109653.pdf> (2016年3月25日最終確認)

厚生労働省 (2016b) 「外国人介護人材受入れの在り方に関する検討会報告書」, 2016年3月8日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000115138.html>。

シルバーサービス振興会 (2016) . 「厚生労働省「介護職員資質向上促進事業」介護プロフェッショナルキャリア段位制度ホームページ」 <https://careprofessional.org/careproweb/jsp/> (2016年3月25日最終確認)

Alter, C., & Hage, J. (1993). *Organizations working together* (p.191). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst J, et al (2006) “Conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators project.” *International Journal for Quality in Health Care* 18, pp. 5-13.

Armitage, G. D., Suter, E., Oelke, N. D., & Adair, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. *International Journal of Integrated Care*, 9(2).

Capitman, J., Leutz, W., Bishop, C., and Casler, R. (2005). Long-term care quality: Historical overview and current initiatives. *Waltham, MA: Schneider Institute for Health Policy, Heller School for Social Policy and Management, Brandeis University.*

Castle, N.G. (2008) “Nursing Home Caregiver Staffing Levels and Quality of Care: A Literature Review” *Journal of Applied Gerontology*, Vol. 27, pp. 375-405.

Chichlowska, S. C. (2014) “Evaluating the impact of delivering health and social care to older people in Wales”. *International Journal of Integrated Care (IJIC)*, 14.

Clark, L.A. (2007) “Measuring Quality in Long-Term Care: A 360-Degree Approach” *Journal of Health care Quality*, Vol.29, No.6, pp. 25-32.

Francesca, C., Ana, L. N., Jérôme, M., & Frits, T. (2011). *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care* (Vol. 2011). OECD Publishing.

Donabedian, A (1980) *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, *Ann Arbor MI: Health Administration Press.*

Donabedian, A (1985) *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. *Ann Arbor, MI: Health Administration Press.*

European Commission. (2005) *Policies Review on preliminary national policy statements on health care and long-term care. Memorandum of the Social Protection Committee*, Brussels, European Commission. Accessed online on 25/ 03/ 2016.

European Commission. (2008) *Long-Term Care in the European Union.*

Fichter, V. and Meier, M. (1981) *Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis*, *Basel: Rocom.*

- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. *RUPTURES-MONTREAL*, 4, 59-78.
- Huber, M., Maucher, M., & Sak, B. (2008). "Study on social and health services of general interest in the European Union". *Vienna/Brussels, European Centre for Social Welfare Policy and Research, ISS, CIRIEC*.
- Kerschen, N., Hajdu, J., Igl, G., Joel, M., Knipscheer K and I Tomes. (2005) "Long-term care for older persons" *In Bulletin Luxembourgeois des questions sociales, 19, Luxembourg: ALOSS*.
- Kohler, P. O., and Wunderlich, G. S. (Eds.). (2001). *Improving the quality of long-term care*. National Academies Press.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. (2008) "Assuring the quality of healthcare in the European Union" World Health Organisation on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, No 12.
- Leichsenring, K. (2004) "Providing Integrated Health and Social Care for Older People - A European Overview" *In Alaszewski A. and Leichsenring K. eds., Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons - Issues, Problems and Solutions, Aldershot: Ashgate, pp. 9-52*.
- Leichsenring, K. (2010) *Achieving Quality in Long-term Care in Residential Facilities. Peer Review in Social Protection and Social inclusion*.
- Ling, T., Bardsley, M., Adams, J., Lewis, J. and Roland, M. (2010) "Evaluation of UK integrated care pilots: research protocol" *International Journal of Integrated Care, Vol.10*.
- Madörin M. (2007) "Neoliberalismus und die Reorganisation der Care-Ökonomie" *In Denknetz/Réseau de réflexion eds., Jahrbuch/Cahier 2007. Zürich: Edition 8: pp. 141-162*.
- Means, R., Smith, R. (1998) "From poor law to community care: the development of welfare services for elderly people" Bristol: The Policy Press, pp. 1939-1971.
- MISSOC. (2009) *MISSOC Analysis 2009 - Long-term Care, Brussels: MISSOC*.
- Nies, H., Leichsenring, K., Van der Veen, R., Rodrigues, R., Gobet, P., Holdsworth, L., and Hammar, T. (2010) *Quality Management and Quality Assurance in Long-Term Care. European Overview Paper*.
- Ramsey, A. and Fulop, N. (2008) *The Evidence Base for Integrated Care, London: King's Patient Safety and Service Quality Research Centre*.
- Schalock, R. L. (2001) *Outcome-Based Evaluation., New York: Kluwer Academic/Plenum Publications*.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research, 48* (3), pp.203-216.
- Shaw, S. and Levenson, R. (2011) *Towards Integrated Care in Trafford. London: Nuffield Trust*.
- Shortell, SM., Gillies, RR., Anderson DA, Erickson KM, Mitchell JB. (1996) "Remaking health care in America: building organized delivery systems". San Francisco: Jossey-Bass.
- Sorenson, C. (2007) "Quality measurement and assurance of long-term care for older people." *Euro Observer, Vol.9, No2, pp.1-8*.
- Stein, KV. and Reider A. (2009) "Integrated care at the crossroads—defining the way forward" *International Journal of Integrated Care Vol.9, pp.1-7*.
- Strandberg-Larsen, M. and Krasnik, A. (2009) "Measurement of integrated delivery: a systematic review of methods and future research directions" *International Journal of Integrated Care, vol.8, pp.1-10*.
- Strandberg-Larsen, M. (2011) "Measuring integrated care". *Dan Med Bull, 58* (2), B4245.
- Vrijhoef, B. (2010) *Measuring the Impact of Integrated Care. London, Nuffield Trust seminar, 26 March*.
- Wagner, L. M., McDonald, S. M., & Castle, N. G. (2012). Joint Commission accreditation and quality measures in US nursing homes. *Policy, Politics, & Nursing Practice, 13* (1), 8-16.
- WHO. (2003) *Lessons for LTC Policies. http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf* (2016年3月25日最終確認)

(つつい・たかこ)

Quality assessment of care: Current achievements in an international context and the future direction of Japan

Takako TSUTSUI*

Abstract

In recent years, Long Term Care (LTC) has been firmly recognized as services to be included in the field of social security along with medicine and welfare. Many countries have therefore been introducing new social security systems regarding LTC. Meanwhile, the quality of care in LTC is becoming an increasingly important issue to discuss.

In this article, we clarify the definition and characteristics of quality of LTC from an international point of view and summarize the trends of studies regarding levels and viewpoints of quality assessments. Our aim is to obtain suggestions for the future direction of Japan by understanding the current achievements of international initiatives addressing quality assessments in LTC.

We found in our investigation that many countries consider LTC function as part of an integration of medicine, care and welfare by reflecting the problems of ageing in many developed countries. At the same time, our findings show that assessment methods for care coordination and quality of integration as a systematic methodology are still not fully developed.

Although in the past it was felt that active user involvement plays an important role in the quality assessments of care in developed countries, we argue that this notion is found to be uncertain and may cause problems in many countries because of the scarcity of studies regarding this issue.

Keywords : quality assessment and assurance, LTC, integration, quality assessment approach, quality assessment level

* Professor, University of Hyogo

ラヒホイタヤの創設経緯等の日本への示唆

小野 太一*

抄 録

フィンランドの保健医療福祉共通基礎資格であるラヒホイタヤ (Lähihoitaja) の創設に関し、1990年頃の地方自治体の提案から政府試案、関係団体の意見集約へと至るプロセス、同国で当時進行していた地方分権改革との関連、及び同国政府が現在行う政策的関与としての質・量両面の将来予測の検討を行い、わが国への示唆を整理した。今後ラヒホイタヤへの関心を背景にわが国の保健医療福祉人材の在り方について議論を行う際には、業務範囲などの静態の実態に加え、保健医療福祉サービスの供給、職業教育の提供の両面に関し直接の責任を有する地方自治体が、職能を中心とした視点ではなく国全体の経済社会構造の在り方を見通して提案を行ったこと、及び当初反対の意向を示した関連職能団体を制度設計議論に巻き込み、その意見を十分取り入れて合意形成を行ったことなど、同国の両セクターの特質や歴史的経緯から導かれる教訓を活かすことが肝心である。

キーワード：ラヒホイタヤ，地方分権，保健医療福祉人材，職業教育，政策形成過程

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.148-162.

I はじめに

本稿ではフィンランドの保健医療福祉共通基礎資格であるラヒホイタヤ (Lähihoitaja) について、①創設過程、②創設提案者である地方自治体の位置づけと役割、および③フィンランド政府が行っている政策的関与としての将来予測についての検討を通じ、わが国の保健医療福祉人材に係る議論への示唆を整理することを目的とする。具体的に

は、まずラヒホイタヤの制度概要を整理した上で、制度創設議論が行われた1990年頃のフィンランド政府資料等に基づき関係者の意見集約の過程を示す。次いで先行研究に依拠しつつ80年代～90年代の地方分権改革の流れとの関連を概観し、さらに政府の質、量両面での将来予測についてまとめる。最後にわが国での議論への含意を提示する¹⁾。

* 国立社会保障・人口問題研究所 政策研究調整官

¹⁾ 本稿は厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」（課題番号H 25-政策-一般-004）の成果の一部をまとめたものである。フィンランドでのヒアリング調査（2016年1月31日～2月5日）を含めた研究の詳細な報告については小野（2016）を参照いただきたい。

II ラヒホイタヤの創設経緯等

1 ラヒホイタヤの概要²⁾

(1) 制度の概要

ラヒホイタヤは1993年に、保健医療分野と福祉(社会サービス)分野の10の資格³⁾を統合して成立した職種であり、中卒⁴⁾の職種である。義務教育終了後中等教育(高校レベル)に進学する者は普通校又は職業訓練校に進学するが、ラヒホイタヤ教育は職業訓練校で行われる⁵⁾。義務教育終了後直に入学する生徒の場合、基本的には、ラヒホイタヤ資格に共通の必修科目(50単位)⁶⁾、10の保健医療福祉系基礎資格の中から選択される1の専攻分野⁷⁾の学習単位(30単位)、ラヒホイタヤ固有の専門性を深めるユニット等から選ぶ選択部分(10単位)の計90単位からなる職業教育、および一般教養(30単位)⁸⁾を履修する(合計120単位)。通常の履修期間は3年が想定されている⁹⁾。コアカリキュラムは国家教育委員会(Finnish National Board of Education(FNBE))が定めている。

ラヒホイタヤの職能としての位置づけは名称独

占のものであり、業務独占ではない(Health Care Professional Act(No.559/1994)第2条第1項第2号、及びHealth Care Professional Decree(No.564/1994)第1条)¹⁰⁾。課程を修了した者は、氏名、国民番号等のほか、教育機関発行のディプロマのコピー等とともに保健医療福祉分野の国の行政執行事務を担う福祉保健監督庁(National Supervisory Authority for Welfare and Health)に登録することで、ラヒホイタヤとして就業することが可能になる。いわゆる身分法制は厚生省(Ministry of Social Affairs and Health)の所管であるが、教育については教育文化省(Ministry of Education and Culture)の所管であり、教育内容についてはその所管下にある前述の国家教育委員会が担当している。

(2) 基本データ¹¹⁾

2014年においてラヒホイタヤ教育課程には36,040名が所属しており、うち30,710名は女性である。教育要綱に基づく課程(カリキュラムベース、一般的な中卒者が中心)には16,895名である一方、実技ベースの課程(職業能力ベース、社会人経験者が中心)には19,185名が所属している。

²⁾ ラヒホイタヤの導入の経緯、制度概要については、笹谷(2008, 2009, 2013)、森川(2009, 2012)、ケアリング研究会(2011, 2012)、太田(2012)等の先行研究があり、本稿作成に際しても参照した。

³⁾ 保健医療分野:基礎看護師(Perushoitaja)、精神障害領域助手、歯科領域助手、小児領域助手、リハビリ領域助手、足ケア士、救急領域助手、福祉(社会サービス)分野:知的障害領域ケアワーカー、ホームヘルパー、保育助手。先行研究によりラヒホイタヤに統合された職種の訳語はさまざまだが、ここではPerushoitaja以外は太田(2012)にならいつつ、太田(2012)で名称に付せられている“”を削除した。Perushoitajaは太田(2012)では准看護師とされているが、わが国の准看護師が業務独占資格である一方、Perushoitajaは名称独占資格である等の違いがあることから、ここでは基礎看護師とした。

⁴⁾ フィンランドの中学卒業年齢は通常16歳であり、7歳から9年間の義務教育の前に1年間(6歳時)の就学前教育がある(2015年1月より義務化)ことには留意が払われるべきである。

⁵⁾ 義務教育を終えた子どもの約50%程度は職業訓練校に進学している〔FNBE他(2015)〕。

⁶⁾ 2014年に、職業訓練教育一般について、2015年8月1日より職業能力ポイント(Competence Points)を学習アウトカムの単位として導入し、学生の評価をアウトカムベースで行う法律改正が行われた(従来から成人教育ルート(社会人経験者ルート)についてはそうした評価が行われていた)。これにより、具体的な教育課程についてもラヒホイタヤの場合合計120単位とされていたのが180職業能力ポイントで表されるようになった(職業訓練校における具体的な教育課程や、アウトカムベースでの評価方法への変更に伴う課題については小野(2016)参照)。

⁷⁾ 10の専攻分野は「顧客サービス・情報管理」「救急医療」「リハビリテーション」「児童・青少年ケア及び教育」「精神保健及び薬物中毒福祉」「看護及びケア」「口腔・歯科衛生」「障害者ケア」「高齢者ケア」「足ケア」。ただし各教育機関は地域の職業現場のニーズに応じ、入学期毎に専攻分野の提供の有無を決定できる〔小野(2016)〕。

⁸⁾ ただし成人教育ルートの場合であれば省略が可能である〔森川(2012),p133〕。

⁹⁾ 特に医療分野からの専門性の低さに関する批判への対応として、1993年の制度発足時には100単位(2.5年間を想定)であったのが、1999年には専門課程を半年から1年に拡充することにより120単位(3年間を想定)に延長された〔笹谷(2013),P172-3〕。

また学生の年齢階級別分布をみると、約1/3(12,143名)は15歳～19歳となっているが、20代も全体の約3割(10,865名)、30代以上が残りの約1/3強(13,072名)となっており、社会人教育のニーズが大きいことが理解できる。学生の学歴別には、約半数が「義務教育後の学歴なし、または学歴不明」であるが、ラヒホイタヤと同等レベルの職業専門教育基礎学位取得者も27%となっている。ラヒホイタヤ教育機関は全国で77校であり、自治体連立が約半数の39校と最も多く、市立校が次いで多い(18校)。学生の専攻分野としては看護およびケア分野が最大であり、高齢者介護分野と児童および教育関連分野がそれに続いている。

ラヒホイタヤの就業状況について見ると、2013年において全国で146,572名が働いている。その過半数が社会福祉分野であり、医療分野は1/4弱となっている¹²⁾。

2 制度創設のプロセス

(1) 自治体の提案

1993年のラヒホイタヤ創設の直接の契機となったのは、1989年8月14日に市レベルの自治体組織3団体(フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合)が連名で、職業教育委員会(国家教育委員会の前身の政府組織)に対して保健医療分野と福祉分野

の垣根を取り除いた幅広い教育資格の必要性を要望した¹³⁾ことに始まる。背景としては、

- ・1984年の制度改正により保健医療福祉事業のナショナルミニマムが達成されるとともに、社会的入院の是正とオープンケア(在宅ケア)が充実したこと、

- ・その流れを受け1980年代後半以降国の補助金制度の改革を争点に自治体が自治の拡大を求めるようになったこと、

- ・同時並行的に起きたソ連崩壊に起因する経済不況ともあいまってサービスの質、効率性、経済性への要求が高まったことが挙げられる¹⁴⁾。要望書においては、高齢者数の増加、労働人口の減少、子どもの減少といった社会の変遷により保健医療福祉分野の自治体職員が異なる職務間で需要に応じ柔軟に移動できる準備性と、同時に高い専門性が求められるであろうと指摘し、職業教育委員会に対し、全ての中等教育レベルでの保健医療および福祉分野の職業教育が不可欠なのか、およびそのうちどれが統合可能かを判断し、教育の構造と内容の発展に向けた行動をとることを求めた。

(2) 職業教育委員会の原案作成

これを受けた職業教育委員会は、同年秋に教育内容の改善に関して社会福祉庁および医療庁¹⁵⁾に呼びかけ検討を開始し、翌1990年4月に3者の連名で議論のメモランダム¹⁶⁾の形で提案をまとめた。

¹⁰⁾ ちなみに保健師・助産師・看護師は業務独占資格となっている。後述のラヒホイタヤの最大労働組合フィンランド基礎看護師協会SuPer(Suomen Perushoitajaliitto)は、看護師等について業務独占とする一方でラヒホイタヤについて名称独占とした1994年のHealth Care Professional Actの改正に反対した(参照した文書はSuPer作成のものとして2016年2月の訪問時にFNBEより提供を受けたもの(作成年次不詳、以下「Super(不詳)」とする)。なお全文は小野(2016)に掲載している。

¹¹⁾ この節で紹介するデータについて、教育過程に係るものについてはFNBE、就業者に関するものについてはTHL(National Institute of Health and Welfare)より入手したもの。詳細は小野(2016)参照。

¹²⁾ この就業数でカウントされているラヒホイタヤには、1993年の統合前の資格で就労している者も含んでいる。

¹³⁾ "Kuntien keskusjärjestöjen esitys, 14.8.1989" (「自治体中央行政組織の提案 1989年8月14日」, FNBE提供。以下フィンランド語文献についてはセルボ貴子訳)による。

¹⁴⁾ 山田(2003a, pp120-2), 山田(2003b, pp66-7)及び山田(2002, pp124-5)。

¹⁵⁾ 社会福祉庁及び医療庁のいずれも今は存在しない組織であり、1991年に両者は合併し、機能は国立保健福祉研究開発機関(STAKES)(国立保健福祉院(THL)の前身)等に移管された。職業教育委員会の「委員会」と、社会福祉庁及び医療庁の「庁」はいずれもフィンランド語では"hallitus"であるが、職業教育委員会の後進組織である国家教育委員会が評議員(Board)制度により運営される委員会組織である一方、社会福祉庁及び医療庁の後進組織である国立保健福祉院(THL)はそうした組織形態をとっておらず、先行研究(山田(2003-1,-2))でも「庁」の語をあてているため、別々の語をあえて用いている。

提案においては、まず新たな教育制度の開発に関し、在宅サービスの重視やサービスの意思決定における地方分権の流れ、サービス提供に際しての協働性の原則等の保健医療福祉サービスにおける変化、利用者中心のサービス提供や人口構造の変化等に対応した教育内容の広範化の必要性等を指摘した上で、中等教育の目的を、一定の知識技能を詰め込むのではなく、さまざまな分野の現場、状況で役に立つ準備性を植え付けることにあつた。

その上で具体的な提案として、職業教育資格として1つの資格（「基礎レベル看護師」（“Perustasonhoitaja”）¹⁷⁾とするか、2つの資格（「児童・青少年ワーカー」（“Lapsija nuorisotyöntekijä”）および「成人・高齢者介護士」（“Aikuis- ja vanhustyöntekijä”）とするかの2案を提示した。1つの資格とする第1案に比べ、2つの資格とする第2案は児童・青少年又は成人・高齢者分野それぞれに特化した内容をより深く学び、分野ごとの準備性を高めることができるようになる一方で、第1案の方がより幅広い分野について広く浅く学ぶことができるため、別分野に移る際に、追加で教育を受けることで別の専門性を容易に深められるという違いがある。しかしながら、教育期間（義務教育を修了した者が受ける場合には2年半、高校卒業資格保持者については2年とし、1.5～2年が共通科目、分野ごとの教育が0.5～1年程度）や基礎教育の内容（保健医療福祉を超えたあらゆる職業に共通のもの、保健医療福祉の各分野に共通のもの両方）を含めること、テーマ毎に科目群をモジュール化すること、資格証書の性質（教育内容の証明）などの教育の基本

的な建て方は共通であつた。

その上で第1案の方が望ましいとした。その後、利用者・資格保有者自身・雇用者の視点、学生にとっての教育コースの魅力、教育定員数、上級教育課程への継続性、費用等について検討の論点が提示され、最後に1992年秋から実施可能であるが、実施するのであれば1991年はじめには意思決定がなされている必要があるとのスケジュールが示された。

(3) 調整過程 I - 意見照会

提案は同年4月10日付けで18の関係団体に対し約1ヶ月後に意見提出するよう公式に照会され¹⁸⁾、同年6月11日に当該18団体、及び33の情報提供先からの意見を集約した資料がまとめられた¹⁹⁾（表1）。

① 賛成意見

第1案に賛成意見を提出した団体等は多くが賛意を表明しつつ、自らの立場からの意見も表明していた。まずフィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合、社会保険庁および自治体雇用者組織は、保健医療福祉分野のサービス提供者として資格者を雇用する、また自治体に関しては、自らあるいは自治体連合を構成し職業教育機関を設置、運営する、あるいは社会保険庁のように公的医療保険制度財政の管理機関として診療報酬支払に責任を有するなどの立場である。これらの組織からは、中等教育だけでなく高等教育の段階での教育についても併せて見直しを行うべきであることや、制度改正に伴う教員への研修や教員の教育水準の上昇

¹⁶⁾ “Muistio_ Sosiaali- ja terevydenhuollon kouluasteen kehittäminen 1990 (SOLA-työryhmä)”（「メモランダム 福祉および保健医療分野のコウル教育（中等教育）レベル見直し 1990年（略称SOLA-ワーキンググループ）、FNBE提供）による。

¹⁷⁾ この呼称についてはメモランダム上は通称として整理されており、正式な資格名については考慮していないとされた。これがラヒホイタヤ（“Lähihoitaja”，身近な支援者の意味）と呼ばれるようになった過程については太田（2012）参照。

¹⁸⁾ “Lausuntopyyntö työryhmän (SOLA) muistiosta 10.4.1990”（「ワーキンググループ（SOLA）の議事録に関し意見書を依頼」、FNBE提供）による。

¹⁹⁾ “Neuvottelukutsu 14.6.1990 ja Yhteenveto SOLA-työryhmän muistion lausunnoista 11.6.1990”（「会議招集1990年6月14日及びSOLA-ワーキンググループのメモランダムに関する意見書まとめ 1990年6月11日」、FNBE提供）による。

表1 意見提出した関係団体とその当初の姿勢（1990年6月段階）

<意見照会された団体>

【第1案に賛成】(*)

フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランドスウェーデン語自治体連合、社会保険庁、自治体雇用者組織、フィンランドホームヘルパー協会 (SKH)、主任看護師協会、フィンランド職業学校学生中央連盟 (SAAKI) 内ソーシャルワーク及び社会科学分野部門、フィンランドヘルスケア分野学生連盟 (TERHOL)

【第2案に賛成】

ヘルスケア分野職員組合 (Tehy)

【保健医療分野、福祉分野それぞれでまず統合し、その後可能なら第1案に移行】

自治体職員連合 (KTV)、ソーシャルワーカー組合、教員組合 (OAJ)、ソーシャルワーク分野教育委員会

【否定的】

フィンランド基礎看護師協会 (SuPer)(**), 病院連合

【その他 (どちらを支持か不明確、気づきやコメントが主)】

ヘルスケア教育組織校長委員会、ヘルスケア教育委員会

(*) これらのほか、提案者である医療庁と社会福祉庁も別々に意見書を提出してきた。

(**) SuPerは2007年現在で組合員の8割弱がラヒホイタヤであり、残りは前身の資格者となっている (森川 (2009), pp.134)。

<自主的に意見を提出した団体>

【第1案に賛成】

タミサーリ町医療学校 (スウェーデン語教育組織)、フォルクハルサン小児科医療学校 (スウェーデン語教育組織)、フォルクハルサンソーシャルワーク学校 (スウェーデン語教育組織)、ケミ市ヘルスケア分野教育機関、クーサンコスキヘルスケア教育機関、ラップランド看護学教育機関、ミッケーリ市ヘルスケア分野教育機関、ラウマ市ヘルスケア分野教育機関、フィンランドキリスト教ミッション学校

【第1案に賛成だがより時間をかけた導入を希望】

オウライネン町ヘルスケア教育機関、ポリ市ソーシャルワーク教育機関、サヴォンリンナ市ヘルスケア教育機関、トゥルク市ヘルスケア教育機関

【第2案に賛成】

ラハティ市ヘルスケア教育機関

【保健医療分野、福祉分野それぞれでまず統合し、その後可能なら第1案に移行】

ケミ市ソーシャルワーク教育機関、サロ市ヘルスケア教育機関 (教育内容見直しはより小規模を提案)、ユリヴィエスカ町ソーシャルワーク教育機関、(以下は合同書面による) エスポー市ソーシャルワーク教育機関、ヘルシンキ・ミッション教育機関のソーシャルワーク分野、ヘルシンキ市ソーシャルワーク教育機関、トゥースラ市ソーシャルワーク教育機関、ヤルヴェンパー市ミッション学校

【分野内での統合支持、分野間の統合反対】

オウル市ソーシャルワーク教育機関、タンペレ市ソーシャルワーク教育機関、コトカ市ヘルスケア教育機関、エリマキ町ソーシャルワーク教育機関

【否定的】

コッコラ市ヘルスケア教育機関、ヤムサ市ヘルスケア教育機関、フィンランド足ケア士連合、フィンランド理学療法士連合、トーロ (ヘルシンキ) 小児科医療教育機関リスト・ベルコネン教授 (ヘルシンキ大学病院第三内科部長かつ糖尿病協力グループ会長)

【その他 (どちらを支持か不明確、気づきやコメントが主)】

フィンランド・足ケア教員の会、ヘルシンキ第四ヘルスケア教育機関、北カルヤラ地方ヘルスケア教育機関、パイヤット・ハメ県ソーシャルワーク教育機関

(出典: "Neuvottelukutsu 14.6.1990 ja Yhteenveto SOLA-työryhmän muistion lausunnoista 11.6.1990" (「会議招集1990年6月14日及びSOLA-ワーキンググループのメモランダムに関する意見書まとめ 1990年6月11日」, FNBE提供)

に伴う自治体負担増への懸念も示されたが、就業する本人だけではなく顧客 (利用者) や雇用者の立場からしても望ましいとしていた。

職能団体として第1案に賛成した団体のうち、フィンランドホームヘルパー (Kodinhoitajat) 協会および主任看護師²⁰⁾協会 (Ylihoitajayhdistys) はいずれも教育内容が不明確だがという留保付きで

あり、前者については教育期間のあと1年の延長 (2.5年/3年) を、後者については卒業後の職業教育との関係も含めた精査を求めている。また学生団体 (フィンランド職業学校学生中央連盟 (SAAKI) 内ソーシャルワークおよび社会科学分野部門ならびにフィンランドヘルスケア分野学生連盟 (TERHOL)) は両者とも教員の負担増や教

²⁰⁾ 現在はTAJA (Terveystieteiden Akateemiset Johtajat Ja Asiantuntijat Ry) (医療科学学術リーダー・専門家) という団体となり、この団体はAKAVA (フィンランド専門職・管理職組合連合) という、大卒レベルの管理職などの組合連合組織に加盟している。

員への教育に対する配慮が必要であるなど指摘しつつ、いずれも保健医療分野と福祉分野の教育内容の統合・共通化に賛意を示していた。

第2案に賛成としたヘルスケア分野職員組合(TEHY)はさまざまな職種が参加する労働組合組織であり、彼らの意見書には、保育助手(Lastenhoitaja)連盟、歯科助手(hammashoitaja)連盟、救急領域助手(Lääkintävahtimestarien)連盟、救急救命士(Sairaankuljettajien)組織が意見書を添付している。彼らは基本的には保健医療分野と福祉分野の中等教育が独立性を保ちつつ職掌や習得分野が維持されることを望み、計画としては第2案を基にしてはどうかという立場であった。

保健医療分野、福祉分野それぞれでまず統合し、その後可能なら第1案に移行してはどうかと提案した4団体のうち、自治体労働者の組合である自治体職員連合は、保健医療分野、福祉分野それぞれでの中等教育及び高等教育を通じた見直しを先行させるべきであるとし、ソーシャルワーカー連合²¹⁾は特に福祉分野においてそうした見直しを行うべきとした。また政府の教育訓練委員会組織²²⁾の1つである社会福祉分野教育訓練委員会は、分野ごとに内容の質自体を高められるように間を置いて教育資格の統合にかかるべきとし、同様に中等教育および高等教育を通じた見直しについても強調した。さらに職業教育分野も含む教員の労働組合である教員組合(OAJ)は、教員への研修期間不足への懸念や、教育期間自体についても

より長期のものが必要であるとした。

このように基本的に賛意を示した団体においても、素案の段階であったこともあり、さまざまな留保や条件が付された上での賛成であった。

② 否定的な意見とその調整－関係職能団体

この段階で否定的な意見であると整理されたのは、病院連合と、後にラヒホイタヤの最大の労働組合となるフィンランド基礎看護師協会(SuPer)²³⁾であった。しかしながら病院連合は、中等教育レベルでの基礎資格統合の提案が病院の需要を満たすものではないという立場での反対であり、保健医療分野と福祉分野の関連資格は廃止統合されるべきで教育改革の提案根拠は正しいとしており、明確に否定的な意見であったのは基礎看護師協会のみ²⁴⁾であった。

基礎看護師協会は提案の内容についてのみならず、作成過程に関しての問題を指摘していた²⁵⁾。内容面での意見としては、保健医療分野の(職業訓練)教育レベルの資格は基礎看護師²⁶⁾であるべきであり、名称もそのようにすべきとした。また、(これはほかの団体と同様)中等教育のみに着目している点や、既存資格者の移行措置について言及されていない点が指摘されていた。作成過程に関しては、3者の提案作成過程において意見を述べる機会が与えられなかったことを問題視するとともに、保健医療分野のみならず福祉分野においても当時制度改正が行われたばかりであり、状

²¹⁾ 現在はTalentia (Union of Professional Social Workers (英語名)) (専門的ソーシャルワーカー連合)という団体となり、この団体はTajaと同様AKAVA (フィンランド専門職・管理職組合連合)という、大卒レベルの管理職などの組合連合組織に加盟している。

²²⁾ 教育訓練委員会は中等職業訓練資格(高等職業訓練資格、専門職業訓練資格を含む)、専門大学(職業教育を行う大学レベルの教育機関(polytechnic又はAMKと呼ばれる))、大学における職業訓練教育に係る委員会であり、26の専門分野ごとに設けられている(詳細は小野(2016)参照)。なお社会福祉分野教育訓練委員会のほか、ヘルスケア分野教育訓練委員会にも意見照会がされたが、明確にどちらの案を支持すると示さなかったと記録されている。

²³⁾ SuPerは現在では正式名称をSuper Lähi - ja Pershoitajaliittoと改称し、ラヒホイタヤ中心の団体であることが明示されている。なおPershoitajaの新規養成はなされていない。

²⁴⁾ 公式に意見照会されていない団体では、数機関の医療分野の教育機関や、足ケア士、リハビリ領域助手の団体の意見も否定的なものとして分類された。

²⁵⁾ 以下のSuPerの意見の内容、およびその後の調整過程については、注18の文書に加え、SuPer(不詳)を参照した。

²⁶⁾ 原本はenrolled nurse。

況が落ち着くのを待ち、十分な経験が積まれ、改正の影響についても評価された上で次に進むべきであるとしていた。

(4) 調整過程Ⅱ－制度案作成と当事者団体の意見

上記のように関係団体等の意見が集約された後、教育省に議論は引き継がれ、1990年12月に、4月のメモランダムによる提案を基に、よりシンプルな形で新たな訓練構造と施行スケジュールをまとめるためのワーキンググループが設けられ、それに基礎看護師協会も相談役として参画した。

ワーキンググループの提案は1991年8月にまとめられた。これは第1案に基づき、福祉分野の3職種と保健医療分野の7職種を1つの幅広い職業資格として取りまとめたものであったが、基礎看護師協会は準備過程で発言をすることができたことから、注意深くではありながらも賛成の姿勢を示した。ただし教育期間に関し、全体で2.5年、うち2年間はコア科目、0.5年が専門分野とされたことについては、看護にかかる専門学習はより長期間であるべきであるという姿勢であった。

その後は1992年の秋に3校において試行教育が全国で3校開始されたが、わずか1学期後の同年12月には10職種の統合、および1993年から1995年にかけての段階的な施行が決定された。国のコアカリキュラムは1993年5月に承認され、1993年の秋から65校、2,273名の入学によりラヒホイタヤ教育が開始された。職能関係の法令（上記）は1994年7月から施行され、同年6月に「社会・保健医療基礎資格、ラヒホイタヤ」が職業資格の正式名称とされた。標準的な教育プログラムについては1995年8月に決定された。

3 政策形成過程の特徴～地方自治体の位置づけと役割

以上のような過程を経てラヒホイタヤ教育が開始され、その後数度の教育プログラムの見直しを経て今日に至っている。「現場」の提言を受けて

政府において原案を作成し、その後関係団体に対して意見照会をする流れの中で、職能の権限に係る最大の利害団体であり、当初案に反対であった基礎看護師協会の参画も得て利害調整をまとめたという過程は目新しさはないが、重要なポイントである。その上で、筆者として本稿においてより力点を置きたいのは、その提案をした「現場」が自治体組織であった点である。先に自治体組織が提案を行った理由として、「保健医療福祉事業のナショナルミニマムの達成と在宅ケアの充実」「自治の拡大の要求」「サービスの質、効率性、経済性への要求の高まり」と3点を整理したが、ここでは同じ山田（2003-1, -2）を参照して当時のフィンランドにおける保健医療福祉制度の改革の流れを敷衍して概観し、その中でラヒホイタヤへの制度改正がいかなる意味を持ったのかについて考察する。

(1) 提案の前提（VALTAVA改革とその影響）

自治体組織3団体が連名で保健医療福祉分野の基礎資格の共通化の提言を行った5年前の1984年に、同分野の国から自治体への支出金制度改革（VALTAVA改革）が実施された。この改革が行われた背景及び理由としては、

- ・当時の高齢者ケアが、高齢者福祉ではなく保健事業（国民保健事業）で実施された方が国庫負担率が高く自治体の負担が小さいといった構造的な理由、および「保健医療のほうがより良いケアを提供できるのだという、市民及び行政の考え方」²⁷⁾のため住民が求めるオープンケア（在宅ケア）が進まない状況を改善し、社会的入院を是正する必要があったこと、および、
- ・高齢者福祉の根拠法である福祉扶助法が貧困高齢者への扶助の保証であり、かつ自治体に対して施設（自治体ホームまたは老人ホーム）の供給だけを義務付け、またホームヘルプにかかわる法律が児童家庭優先であること²⁸⁾、さらに保健分野や一部福祉分野においては存在していた国庫負担金交付の前提として国が策定する全国

²⁷⁾ 山田（2003a, p.103）。

計画に従うルールが高齢者福祉には存在しないために国庫補助の手続きが複雑であったこと²⁸⁾など、当時の制度にさまざまな課題があったことが挙げられる。

この現状に対し、自治体組織3団体は国庫負担金制度の改革を求めた。在宅サービスへの転換を目指した厚生省は同時に法律で自治体にサービス提供を義務付けるとともに全国計画も導入することでその動きを促しつつ、自治体の同意を得るため国庫負担率を引き上げることを主張した。同時に財務省や自治省が企図していた、支出ベースの国庫負担金額から一定の基準に基づき計算した(計算ベース)国庫負担金額とする転換には反対した。

国会提出時には財務省の意向を汲んで国庫負担の割合を当初案から減額した法案が提出されたが、国会審議において一部割合が引き上げられるなどした。結論的には、保健医療分野と福祉分野の国庫負担率は同率とされ、また高齢者福祉分野も含む全般的な国の計画が立てられることとなった。さらには在宅サービスの提供が自治体に義務付けられ、福祉扶助法の廃止により、高齢者が社会福祉サービスの「顧客」としての地位を与えられた。この改革の成果として、老人ホーム入居者数が改革後伸びていない一方で、在宅サービスの利用者や従事職員数が増加したことから、「施設中心のケアから、オープンケア中心のサービスへの政策的な構造転換が行われ」たこと³⁰⁾が指摘されている。

(2) 93年改革とラヒホイタヤ導入への提言

上記の通りVALTAVA改革により1980年代後半に在宅サービス中心への構造転換が全国で進んだ

が、自治体が量的な増大に力を入れたこともあり、国庫負担金の支出増が課題となるとともに、サービスの質についての進展は量的な開発より遅かった。同時に全国計画制度を用いた国による自治体の統制も行われた。サービスが一通り普及すると、今度は自治体から地方ごとのニーズに対応すべく自治の拡大が求められるようになり、一方で支出の効率性に関する疑問も生じるようになった。

こうしたことから、1989年1月20日、時の内閣が歳出抑制と国家公務員の削減の方針を打ち出すとともに、財務省事務次官経験者³¹⁾に、自治体財政の健全性確保に向けた改正案の作成を委任し、同年12月、保健医療福祉事業及び教育文化事業への包括補助金の導入の提案を含む改革案が提示された。この改正案は、VALTAVA改革では成し遂げられなかった計算ベースの国庫負担金額への転換を意図したものであった。自らの権限を弱められる厚生省及び教育省は反対したが、自治体の自治権を強めるものであり、財務省、自治省、自治体の賛成を得て1990年4月にその具体化のための作業部会を設置、6月には提案をまとめ、内閣レベルでその原則決定が行われた。法案の作成に際しても省庁間、また議会サイドとの調整に時間がかかり、91年3月の国会選挙と政権交代も経て、最終的な改革案は同年8月にまとめられ、翌92年2月に法案は国会に提出された。改革は93年1月1日に施行され、これにより保健医療福祉分野に包括補助金制度³²⁾が導入されるに至った。

この改正により、90年代初頭のフィンランド経済を襲った大規模な不況の影響と相まって、VALTAVA改革以降拡張基調にあった高齢者ケアサービスの供給量が一転抑制基調となった³³⁾。またサービスの供給主体である自治体においては民

²⁸⁾ これらの論点は、1973年2月に設置された厚生省の委員会が現行の高齢者福祉の問題点としてまとめたものである。この委員会が取りまとめた高齢者福祉法案は成立しなかったが、「何が高齢者ケアの問題点となっているのかを明示し、(略) VALTAVA 改革への道を提示した」ものであった〔山田 (2003a), pp.118-20〕。

²⁹⁾ 山田 (2003a, pp.113)。

³⁰⁾ 山田 (2003b, pp.143)。

³¹⁾ ティーム・ヒルトネン氏 (Teemu Hiltunen) 〔山田 (2003b), pp.67〕。

³²⁾ 包括補助金の額は保健と社会福祉のそれぞれで計算される。額の決定に際しては、自治体の人口数、年齢構成、失業率、疾病率、人口密度、面積、財政力が決定要素となっている〔山田 (2003b), pp.83〕。

間へのアウトソーシングも可能になるなど経済性が追及されるようになり、その効率的な提供に注力することとなった。

(3) 自治体主導の改革とその発言力の源泉

VALTAVA改革から93年改革への一連の流れは、前者が社会的入院を是正し、在宅ケアを推進するとともに、高齢者にサービスの「顧客」という地位を与えるもので、わが国の公的介護保険制度の創設期にも援用された高齢者ケアの底上げ、充実に向けたロジックであり、後者は一定のサービス水準の底上げが達成された段階で、全国計画制度に伴う厚生省の統制を嫌った地方自治体が財務省、自治省のイニシアティブに乗る形で自由度の高い包括補助金への転換を図ったものであった。

本論に戻り、ここでは89年8月の自治体3団体の連名での保健医療福祉基礎資格の共通化の検討要請も、こうした流れ、すなわちVALTAVA改革が一定の成果を見て高齢者在宅サービスの普及が図られる中で、国の統制を嫌い自治、自主性の向上を目指した自治体が補助金改革を要求するのとはほぼ同時期であったことに注目したい。93年改革で民間委託も進められ始めることになるが、保健医療、福祉および教育事業は自治体の義務となっており³⁴⁾、サービス供給量の一定の底上げがなされたら、質を求める住民の要求に応えなければならなくなることは容易に想像できる。人材も含め限られた資源の中で住民の要求に応えよう³⁵⁾とする自治体には、国の統制下での画一的なサービス提供ではなく、地域の実情に合わせた形でのサービス提供が容易となる環境整備を求めるインセン

ティブが働くこととなる。その際、サービス供給の直接の雇用主でもある自治体からすれば、多くが自治体職員であるケアワーカー等の資格が細分化されていることは、柔軟性を確保する上で桎梏となりかねない。そのために、補助金改革と並行して人材についても制度改正を求めたとの構図で捉えることが可能であろう。また折からの不況に伴う財政支出抑制、サービス効率化の要請、また柔軟な労働市場への転換の必要性も、その要求の追い風となった。

また自治体3団体（フィンランド市連合、フィンランド自治体連合、フィンランド・スウェーデン語系自治体連合）も、その頃までには「都市と農村間の利害対立を乗り越えて」³⁶⁾協力関係を固めるに至っている。福祉国家の発展により1985年には地方自治体は中央政府の2倍の歳出規模となり³⁷⁾、1980年代において「重要な利益団体のすべてが選挙によって地方自治体に代表者を送り込むようになると、政治権力は国家レベルよりも地方レベルに集まるようになった」³⁸⁾と評されるほど、フィンランド政治における自治体の地位は強固なものがあつた。

しかしながら自治体からの提言が真摯に受け止められ、短期間にドラスティックな改革にまで至ったことを理解する上では、これらの前提に加え、自治体ないし自治体連合自身がケアワーカー等の雇用者というだけでなく職業教育の提供者であり、資格制度改正を行う場合に当然自らもさまざまな面での負担を負う当事者であったことも視野に入れるべきと考える。前述のように、学校数で見ても自治体連立や市立の学校が多いが、設置主体別にみた場合、62の設置主体のうち自治体

³³⁾ ホームサービス（家事援助などのホームヘルプサービスと補助サービス（デイケアサービスに付随する配食、交通、入浴、付き添い等）の総称）を受給する高齢者（家庭数）は、1985年の119,650件から1990年に124,009件に増大したが、1992年には103,778件、1994年には91,590件に減少した〔山田（2003a）, pp.141〕。

³⁴⁾ 山田（2003a）, pp.105。

³⁵⁾ 脚注33で指摘したホームサービスの受給に関し、児童（家庭数）は、1985年の65,554件から1990年の51,433件、1992年の41,670件、1994年の30,796件と、その減少割合は高齢者と比べ多くなっていったが、これに関し山田は「1992年以降は、（（筆者注）自治体は）不況のためサービス量を減らし、利用者を高齢者中心に絞るようになってきたので、幼児のいる家族の利用が減少した」（（2003-1）, pp.105）と指摘している。

³⁶⁾ 山田（2003a）, pp.123。

³⁷⁾ ハイキオ（2003）, pp.143。

³⁸⁾ ハイキオ（2003）, pp.145。

関連でないものは6つ（国立1，教会系4，障害者財団1）のみである³⁹⁾。また93年改革では、公立の職業学校について自治体に対して補助金が交付される包括補助金制度が導入された⁴⁰⁾が、こうした自治体の自主性を高める制度改正議論が行われていたときに保健医療福祉基礎教育改革の提案が行われた。さらに言えば、提案された職業教育の改正案は濃淡あるがいずれも幅広い分野について広く浅く学んだ上で選択した分野のみ深く学ぶものであり、分野間移動に際しては追加して教育を受ける構造が前提とされている。この追加教育のコスト—いわば生涯学習のコスト—も自治体が引き受けることになるが、これについて、提出された意見においては反対の主張はなく、直接的ではないが、むしろ「職業基礎教育において幅広い、複数の分野をカバーするものであるべきで、教育を受ける間これらの幅広い基礎教育を身に付け、それに加え自ら選択するより専門的な、つまりは狭まった分野の知識も学ぶ」提案を「完全に支持」する⁴¹⁾など、提案された教育構造について強く支持していた。

職業教育委員会等のメモランダムへの意見書には、教育内容の更新に伴う教員研修の費用は全額国で負担されるべきであるとの要望も行うなど、改革の影響のすべてを自ら引き受ける姿勢であったとまでは言えないが、提案に対しては教育提供者としての責任が当然伴うところであり、受け止める側も提案者の立場を重く受け止めたものと考えられる。

4 ラヒホイタヤに係る国の関与

3で述べたように、ラヒホイタヤの導入は一連の自治体の保健医療福祉および教育に係る権限を強める地方分権改革の流れの中で提案され、実行に移された。ラヒホイタヤ資格取得のための職業教育はほとんどの場合自治体立等の職業訓練校において行われ、勤務先の保健医療福祉事業者も公的な主体が中心である。

そのような中で、国は1. (1) で指摘したように、コアカリキュラムを定めることにより教育内容の質の担保と、いわゆる身分法制により資格の管理など⁴²⁾を行うことでラヒホイタヤ制度に対して必要な関与を行っている。こういった、いわば資格を国内で成立させるために当事者や教育機関が最低限遵守するルールやスタンダードを定めた統制的な関与に加え、地方分権改革が徹底された中で、それでも国の保健医療福祉や教育、あるいは雇用政策の観点からの必要な政策的な関与も行っている。国全体の人口動向や社会経済環境、保健医療福祉分野の変化を見通した将来の展望を示すことは、国の立場で行われるべき事柄の一つであると考えられる。ここではそうした取り組みの一環として行われている、政府による質、量両面の将来予測を採り上げる⁴³⁾。

(1) 質的将来予測

教育の質の確保に関し、最も重要な国の関与が前記のコアカリキュラムの作成と継続的な見直しである。一方で、国家教育委員会が2013年に行った、高齢者保健医療福祉サービス分野⁴⁴⁾人材にかかる、向こう10～15年を想定した質的な将来予測

³⁹⁾ データは2014年現在。公立には市の関連財団1件、2/3をポルヴォー市周辺自治体、1/3を企業が所有する形態のカレッジ1件を含む（詳細は小野（2016）参照）。なおラヒホイタヤ創設過程において1990年6月に意見書の集約の対象となった教育機関は34（連名のもはそれぞれ別々に数えた）あったが、そのうち明確に公立でないものは3校であった。

⁴⁰⁾ 山田（2003b, pp.83）。なお教育事業に関しては1997年に、教育機関が自治体立、自治体連合立、民間のいずれであったとしても、経営主体に対して補助金が支払われるように再度改正された〔山田（2003b）, pp.101〕。

⁴¹⁾ 脚注19で紹介した文献でのフィンランド自治体連合の意見。

⁴²⁾ この「など」には、厚生省による看護師などとラヒホイタヤの業務分担—業際問題に係る「安全な薬事ケアにかかるガイド2006」の策定〔森川（2012）〕など、身分法制に関連した取り組みも含まれる。

⁴³⁾ 以下本節（1）及び（2）の記述の詳細に関しては小野（2016）を参照いただきたい。

⁴⁴⁾ ここで紹介する質的将来予測について、保健医療福祉分野においては、高齢者分野以外には、児童デイケアおよび家庭福祉分野についてパイロットプロジェクトとして行われている。

表2 高齢者向け保健医療福祉サービスの質的将来予測モデル（VOSEモデル）の概要

1. 向こう10～15年を想定した、高齢者向けサービス分野の変化の予測（現状維持シナリオ、ポジティブシナリオ（2本）、ネガティブシナリオ）
2. シナリオの幅の範囲内で求められる職業能力と技術に係るニーズの整理（職種横断）
3. 高齢者サービスの分野ごとに（2.でまとめた）職業能力と技術を整理（職種横断）（すべての分野共通、健康増進・介護予防、社会的包摂（意思決定、サービス選択、社会参加）、在宅生活支援サービス、24時間支援サービス付高齢者住宅（又は施設介護））
4. 3.の職業能力と技術を職種の教育レベルごとに整理（中等職業訓練教育（ラヒホイタヤ等）、専門大学レベル（看護師、社会福祉士等）、大学教育レベル（医師等）、短期間教育訓練（アシスタント及び支援的役割の者））
5. 教育レベルごとの具体的な改革の方向性の提示

（参照：小野（2016）、作成に際してはTaipale-Lehto及びBergman(2015)参照）

表3 職業教育に係る量的な予測モデル（MITENNAモデル）の概要（ラヒホイタヤ関連）

1. 国全体の産業の将来予測（基本シナリオ、目標シナリオ（職業能力・輸出産業の高レベル化））
2. シナリオ毎、産業別の職業構造の変化の予測（保健医療分野・福祉分野全体）
3. 労働力の自然減（年金受給、早期退職、死亡等）の予測
4. 新たな労働力の需要（求人数）
（1～3を踏まえて求人数を算出。部門別、レベル別に教育すべき人材の数の基礎となる。）
5. 新たな労働力の必要数
（失業率を勘案して、新たな労働力の供給必要量を算出。（シナリオ毎、産業別））
6. 実務現場における教育の必要数
（5.を踏まえ、教育訓練に関するニーズの量を算出（シナリオ毎、産業別））
7. 若年者の年齢階級別人口に合わせて教育の受け入れ人数を調整
（教育を受ける機会の保障）（シナリオ／教育レベル別、シナリオ／産業別）
8. 「社会サービス、保健、スポーツ」部門における、シナリオ／教育レベルごとの教育受け入れ必要数（中等職業訓練教育（ラヒホイタヤ等）、専門大学レベル（看護師、社会福祉士等）、大学教育レベル（医師等）の別）の算出（付表として）

（参照：小野（2016）、作成に際してはFNBE(2012)参照）

も、国が行っている、ラヒホイタヤ等の教育の質に係る政策的な関与といえる（表2）。

この予測において特徴的なことは、職種ごとの将来予測ではなく、まず近未来の高齢者保健医療福祉サービスの全体像（マクロ）の変化が予測され、その未来像からサービスの局面ごとに求められる職業能力・技術が職種横断的に整理され、その後職種ごとの分担と連携を前提に教育の具体的な改革の方向性が提案されている（ミクロ）ことである。職種ありきで考えるのではなく、サービスの局面ごとに顧客である高齢者を中心に据えて必要なサービスの全体像がまず提起され、それを

いかに職種ごとに分担するか、そのためには職能ごとに教育内容を改善すべき点はどこかを特定している。ここで指摘されている方向性の多くは、既に教育カリキュラムに取り込まれているが、この将来予測は特に在宅での高齢者ケアは多職種連携の下で担われるものであり、学生に全体像の中で自ら志す職能の分担を意識させ、また教員にとっても職能の持つべき職業能力・技術がサービス提供全体の中でどういう意義と価値を有するのかを意識しながら教育することを可能にするものである。

(2) 量的将来予測

他方、ラヒホイタヤ教育に係る量的な需要予測は、労働市場全般の予測に基づく職業能力に係る将来予測の一環として行われている。国家教育委員会では国全体の職業教育に係る将来予測を1960年代から行っているが、最新のものは1990年代後半に開発されたモデルを使い、経済・雇用に係る予測は政府の経済調査センターの予測に依拠しながら行っている。ラヒホイタヤ教育の量的需要予測は、産業としては「保健医療福祉・スポーツ」分野、教育レベルとしては「中等職業訓練教育」として予測されている（表3）。

この予測においても特徴といえるのは、質的予測と同様に「マクロ→ミクロ」のアプローチ、すなわち、職種ごと、分野ごとの縦割りで予測を行うのではなく、国の経済社会構造全体に係る2つの仮定（シナリオ）ごとに、どれだけの雇用が生まれ出され、マンパワーの供給がどれだけ必要かを算出し、さらに教育を受けた者の就業率も加味して用意すべき教育機会の量の予測に落とし込んでいくプロセスである（基本シナリオに比べ目標シナリオでは保健医療福祉分野でも生産性の向上が見込まれ、より少ない労働力や教育機会の量が導出されている）。保健医療福祉分野の資格者の場合、資格による当該職分野の業務独占や、配置基準等の規制による労働市場の独占性はある程度認められているが、一方で資格者自身は他の分野への就業も可能、かつ名称独占資格職種の業務の一部は無資格者の参入も見込めるものであり、その需給は他分野における雇用情勢にも大いに影響を受ける。この将来予測は、実際に教育文化省が個々の教育機関と学生の定員数を協議する際に参考にして⁴⁵⁾ものであり、他分野の雇用情勢をも視野に入れた将来予測があることで、国の側だけでなく個々の教育機関も、職能ごとの養成数などに関しバランスのとれた検討と議論を行う事が可能になる。

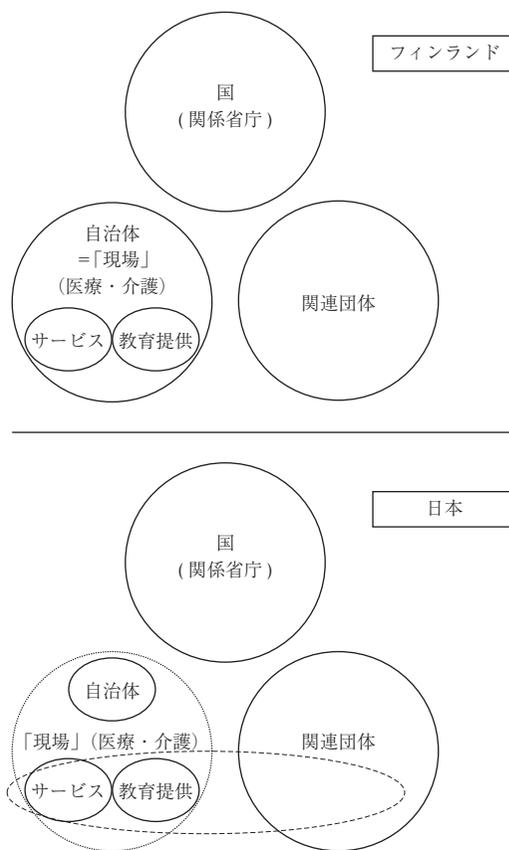


図1

III 日本への含意の検討

IIではラヒホイタヤに関し、自治体からの提案を受け政府において案を作成し、当初反対していた職能団体を巻き込みながら合意形成に至ったプロセス、背景となった制度改正と政府に改革案を作成させるに至った自治体の立場、及びサービス及び人材養成の両方に権限を有する地方自治体に対する国の政策的関与手法、の3点について整理した。

これらのフィンランドにおける政策形成・実行の過程をわが国と比較した場合、浮き彫りになるのは、フィンランドの地方自治体の立場から来る

⁴⁵⁾ 小野（2016）参照

構図のシンプルさである。

図1に保健医療福祉資格の政策形成・実行に係るごく簡単な模式図を示した。上がフィンランド、下がわが国をイメージしたものである。「国」は国の行政府であり、規模等は異なるものの、フィンランド、日本両国とも、医療・福祉、教育、財政、地方自治を扱う省庁は別個であり、上述のように省庁間の政策方針・権限をめぐる利害対立があり、政治（選挙）との関係も意識しながら政策形成が進められていく点は同じである。「関係団体」には、当該政策議論の焦点となっている職種の団体（例えばフィンランド基礎看護師協会）もあれば、意見書を提出した自治体雇用者組織や主任看護師協会のように雇用主や上司の立場の場合、あるいはわが国の医師会のようにある局面では雇用主、別の局面では教育機関を運営する立場の場合もある。

一方で、保健医療福祉資格の「教育」「サービス」の現場についてみると、本稿で繰り返し指摘しているように、フィンランドでは自治体が保健医療、福祉のサービス提供主体の中心を占めており⁴⁶⁾、職業訓練教育機関についても同様である。他方わが国では、保健医療分野と福祉分野とは主体は異なるが、サービス提供に関しては民間の医療法人や社会福祉法人、個人開業医などが中心である。また教育に関しても学校法人や官民の病院の設置主体が教育機関を設置するなどさまざまであり、関連団体と現場との二重性がフィンランドに比べ高い。こうした構図の複雑性に鑑みると、仮にフィンランドの例を参照しつつ、保健医療、福祉の各分野内、ましてや両分野を横断した専門職種基礎資格について同様の議論や調整、合意形成を行うのであれば、そのための舞台を設ける段階から相当のハードルが想定される。また、国の政策文書に個別の職業訓練校の名称が記載されるなど、現場の関係者と国の行政を中心とした

意思決定プロセスとの近接性からくる参加意識の醸成や、情報共有の容易さについても、わが国との状況の違いとして指摘されるべき点である。

IV 結論

以上の通り、わが国との相違点が多々存在するフィンランドのラヒホイタヤの創設過程ではあるが、最近のわが国のケアサービスの「質」「量」両面での問題関心から来るラヒホイタヤへの関心の高まりを踏まえ、それを参考にしてわが国の保健医療福祉人材の在り方について議論を前に進めていこうとするのであれば、現時点での静態的な実態－資格が含む職能の範囲や教育制度、カリキュラム、あるいは勤務先やそこでの業務範囲など－に加え、本稿で指摘したような、フィンランドの保健医療福祉、教育の両セクターの特質（特に地方自治体の役割と国の関与の手法）や、歴史的な経緯から導かれる教訓を活かして議論を進めることが肝心と思われる。

特に筆者としては、サービス提供及び教育の両面にわたり安定的な供給に関し利用者に対して直接の責任を有する主体－フィンランドの場合には地方自治体－がまず提唱し、職能を中心とした視点ではなく、また保健医療福祉セクターだけの視点でもない、国全体の経済社会構造を見通した将来の在り方を示して合意形成に至ったこと（現在行われている将来予測においてもマクロ的見通しをまず示すことは受け継がれていること）、および合意形成に際しては当初反対の意向を示していた関連職能団体を制度設計の議論に巻き込み、意見を十分取り入れた上で合意形成を行ったことの2点については、再度認識をした上で、議論を進めていくことが望ましいと考える。

⁴⁶⁾ 1990年当時、保健医療分野で働く職員数は144,600名であったが、そのうち公的なサービス提供主体に属する者は123,900名であった。福祉分野に関しては116,700名中102,600名であった。フィンランドにおいてはすべての自治体に対し基礎的な保健医療福祉サービスを住民が利用可能にしなければならないことが法により義務づけられており、専門的な医療に関しては自治体が全国で20（オーランド諸島を除く）の連合体を構築して医療を提供している〔MSAH(2013), pp.11-2〕。

参考文献

- 太田貞司 (2012), 「フィンランドのラヒホイタヤ－ケアワーカーの再考－」『神奈川県立保健福祉大学誌』第9巻第1号, pp.3-13。
- 小野太一 (2016), 「地域包括ケアを担う人材確保に係る先進事例 フィンランドの保健医療福祉基礎教育資格ラヒホイタヤ (Lähihoitaja) 教育の動向等」, 厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業) 「都市と地方における地域包括ケア提供体制の在り方に関する総合的研究」平成27年度総括・分担報告書。
- ケアリング研究会 (2011)(2012), 「介護人材育成講座 地域包括ケアシステムの実現に向けた諸課題4(2) 介護人材の質確保 フィンランドにおける専門介護人材の養成教育の展開 -社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤ (practical nurse) の資格教育について-」『地域ケアリング』Vol13. No.13, pp.31-36, Vol14.No.1, pp.29-39。
- 笹谷春美 (2008) 「第二章 フィンランドにおける介護者の確保育成策」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業) 「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成19年度総括・分担研究報告書, pp.43-88。
- 笹谷春美 (2009) 「第一章 フィンランドにおける介護者の確保育成策」厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業 (政策科学推進研究事業) 「介護者の確保育成策に関する国際比較研究」平成20年度総括・分担研究報告書, pp.9-52。
- 笹谷春美 (2013), 「フィンランドの高齢者ケア－介護者支援・人材養成の理念とスキル」明石書店 (2013)。
- マルッティ・ハイキオ (岡沢憲美監訳／藪長千乃訳) (2003) 「フィンランド現代政治史」, 早稲田大学出版部。
- 森川美絵 (2009) 「介護人材の確保育成策－諸外国の経験から－」『保健医療科学』58(2), pp.129-135。
- 森川美絵 (2012) 「地域包括ケアシステムに必要とされる人材の考え方－フィンランドの社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤを手がかりに」『保健医療科学』61(2), pp.130-138。
- 山田真知子 (2002) 「第7章 フィンランド」, 鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編「世界の介護事情」, 中央法規出版。
- 山田真知子 (2003a) 「フィンランド福祉国家における社会サービスと高齢者政策 (五)」『北大法学論集』53(6):97-157。
- 山田真知子 (2003b) 「フィンランド福祉国家における社会サービスと高齢者政策 (六)」『北大法学論集』54(1):55-110。
- AKAVA (フィンランド専門職・管理職組合連合) ホームページ
<http://www.akava.fi/en/affiliates> (2016年3月22日最終確認)。
- FNBE (フィンランド国家教育委員会), MOEC (教育文化省) 及びCIMO (国際移動性センター) (2015), “Finnish VET in a nutshell”。
- FNBE (フィンランド国家教育委員会) (2012), “Education, training and demand for labour in Finland by 2025”。
- MSAH (フィンランド厚生省) (2013), “Health Care in Finland”
- Taipale-Lehto, Ulla and Bergman, Timo (2015) “Competence and skills needs in services for the elderly”(FNBE)。
- THL (フィンランド国立保健福祉院) ホームページ,
<https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/services/registry-and-archives/archives> (2016年3月17日最終確認),
<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/yksityiset-sosiaali-ja-terveyspalvelut/yksityinen-palvelutuotanto-sosiaali-ja-terveyspalveluissa> (2016年4月1日最終確認)。

(おの・たいち)

Process for the establishment of Lähioitaja and its implication for Japan

Taichi ONO*

Abstract

The author considered the implication of the establishment of a health, medical and social care common basic qualification (Lähioitaja, practical nurse) in Finland for our country. The author examined the process for its establishment starting from the local government proposal around 1990, government draft based upon that, and the consensus making among the related organizations thereafter, the relationship with the decentralization reform that was in progress at that time in the country, and both the qualitative and quantitative future predictions as a means for political intervention that the Finnish government is conducting now. Upon discussing about the future of health, medical and social care human resources of our country backed by the interest to Lähioitaja, it is important to learn from the lessons drawn from both the characteristics of the Finnish health and welfare sector and the historical background for its establishment, such as the fact that the local governments who bear responsibility not only for the provision of health, medical and social care services but also the provision of vocational education proposed the reform with the view to perceive the future of socioeconomic condition of the whole country, not from the occupational group's interest, and that the consensus was made by involving the related occupational group who was negative for the proposal at the first time, and taking fully into account their opinions.

Keywords : Lähioitaja, Decentralization, Health, Medical and Welfare Personnel, Vocational Education, Policy Making Process

* Coordination Officer for Policy Studies, National Institute of Population and Social Security Research

特集：ケアの社会政策

鼎談：ケア政策の行方を考える

高橋 紘士*¹，宮島 俊彦*²，宮本 太郎*³，森田 朗*⁴

Ⅰ 政策におけるケアとその課題

森田：

本日はお忙しい中をご出席くださり、ありがとうございました。国立社会保障・人口問題研究所では、『季刊社会保障研究』と『海外社会保障研究』という2冊の雑誌を出しておりますが、来年の6月刊行号から統合して新しい雑誌として創刊いたします。創刊号の特集の一つとして、「ケア政策の行方を考える」という内容の鼎談（ていだん）を企画いたしました。

本日の鼎談につきましては、先生方にご自由にお話しいただきたいと思っております。テーマについては「ケア政策」としてしておりますが、具体的には社会保障・社会福祉制度の中で現物給付になっているものから議論を進めていただきたいと思っております。過去の政策の資料を付けさせていただきましたが、将来2025年に向けてのお話を伺えればうれしく思っております。

宮本：ちょっと確認させていただいてよろしいですか？ケア政策という言葉は大事な言葉だと思うんですけど、あまり使われないですね。そもそもケアという言葉が法律に入ったのは最近のことと考えていいと思うのですが。

森田：できればその辺から議論をしていただきたいと思っております。私自身は、今日は専ら進行役に徹

して司会をやらせていただくつもりです。

それでは最初に、早速ご発言がありました。この「ケア」というのはどういうことなのか。ここでの企画の主旨も含めて、これは言い出しっぺと言ったら失礼ですけれども、高橋先生から最初に口火を切っていただければと思います。

高橋：ケアというのはご承知のとおり極めて広範な意味があります。その中から、時代時代で制度政策に馴染む分野が切り出されて、ケアの制度となり、政策となっていった事情があります。どのようなケアを政策化していくかについては、その時の情勢によっていました。したがって、ケアをそのまま介護保険と置き換えて議論をしようというのではないというのをまず申し上げておきます。



ただ、介護保険といえどもまさに日本のケア政策のイノベーションだったわけで、介護保険がこれからのケア政策の根幹であることは確かです。

地域包括ケアの議論は当初、介護保険改革のキーワードとして登場したという事情があります。しかし、後で宮本先生から議論があるかと思いますが、地域包括ケアの包括化の議論もそうですが、ケアの対象とケアの内容をオープンエンドに議論をして、その中でケア政策の将来を考えるという

*¹ 一般財団法人高齢者住宅財団 理事長

*² 内閣官房社会保障改革担当室 室長

*³ 中央大学法学部 教授

*⁴ 国立社会保障・人口問題研究所 所長

ことかなと思いました。そういう意味では、介護保険はもちろん重要ですが、介護保険には収斂できない部分、言い換えれば、介護保険制度が導入される以前からわが国では社会福祉事業というものの中に閉じ込められてきたケアが、少しずつパンドラの箱のように開きつつある。また、医療では、長期療養の関わりでキュアとケアの識別ということが議論されるようになりました。あるいは治す医療から支える医療という言い方もあります。そうすると、「支える」というとまさにケアではないかという議論もありますし、そこも含めて、ケアというのを広い世界で考えたほうがいい。

ケア論というのはギリシャ神話のクーラの神話から始まって、この神話をハイデガーが「存在と時間」のなかで引用したように、哲学の領域からも議論がある。哲学や倫理の問題であると同時に、経済社会システムの視点からみると資本主義の行く手に、ケアを必要とする人口の増大という予期せざるごとがおこっています。特殊法人時代の社会保障研究所の所長だった馬場啓之助先生が、「資本主義の逆説」ということを仰っていました。能力主義や業績主義を基本原理とした資本主義が豊かな社会の段階に達してみたら、その中に膨大な依存人口を抱えることになる。これは「逆説」という以外の言い方はないと述べておられました。要するにディペンデントポピュレーションやその他の依存リスクに対するサポートの仕組みを制度化していくこと。実は社会経済政治の文脈のなかで、制度化しやすいものから始まって、制度化し、これを総称して、「福祉国家」というものが成立してきた。しかし経済成長の減速が象徴する資本主義の成熟化によって、これまで前提としてきた社会制度が崩れ始めて来ているので、そこから辺をどういう形で再構築するか。そんな文脈の中でもう一度議論が起こってきている。現物給付の体系が必要となると同時に複雑化し、財源投入が必要であるにもかかわらず、資源制約と財源制約がますます厳しくなるという背反する現実があって、それをどうブレイクスルーするかということが、これからのケア政策ということを考える

と争点になり続けていくのかなというふうに思いました。

もう一言だけ申し上げると、おりしも、社会保障制度国民会議で、1970年代モデルと、2025年代モデルという大変興味深いパラダイムが提供され、2025年が地域包括ケアをメインストリーム化していくという視点で議論を展開した。地域包括ケアという概念が個別政策の概念でなく、社会保障全般の政策を嚮導する概念になってきた。

一方、宮本先生のご専門である福祉政治的な働き方をすると、現在のシステムを作り出している1970年代のステークホルダーと、そういう形でいろんな地域の萌芽的なさまざまな制度はあるとしても、いまだ2025年モデルというのはメインストリームに実はなっていない。とすると、1970年代モデルと2025年代モデルの対立というかコンフリクトというか、そんなことも念頭に置きながら、少し大胆に2025年の行方を占うというのが、たぶんこの特集および、この鼎談のテーマかなと思います。

森田：ありがとうございました。企画の意図、狙いをお話しいただきましたけれども、それにつきまして、続いて宮本先生どうぞ。



宮本：「ケア」という言葉は、非常に多様に定義されていて、時間を分かち合うとか、悲しみを共有するとか、潜在力を引き出すとか、自己実現を支

えるとか、非定形的・非定量的な意味をもたされてきたと思います。行政が政策化する領域とはこれまで思われてこなかったというところがあるかもしれない。

ところがこれを家族やコミュニティにゆだねていると、社会の持続可能性そのものが維持できないような状況に追い込まれてきている。次世代を育てる、あるいは現役世代が家族のケアに手をとられて十分な力を発揮できなくなってしまうということも含めて、ここを支え直さなければいけないということが明らかになった。今、高橋先生が1970年代モデル、2025年モデルというお話をされ

ていましたが、これまでの日本の生活保障・社会保障の仕組み、つまり1970年代モデルには積極面もあったと思います。特に男性稼ぎ主が十分に働けるような状況を作ったという点では、国際比較の点からもポジティブな面があったと思います。けれども、その分、このケアの領域が私的世界に閉じ込められてしまったという部分もあって、なおのことケア政策というのが2025年モデルのポイントとして浮上してきたのかなと思うんです。

さきほど申し上げたように、ケアというのは非常に定量化・定形化が難しいサービスであります。自立とか自己実現という問題に関わっていくわけです。ここで想起しておくべきことは、1970年代モデルから2025年モデルへの変換のプロセスでケアが浮上してきた中で、基礎構造改革が代表するような「措置から契約へ」という、政治学的に言えば準市場型の改革、これが矢継ぎ早に行われてきたということだと思います。言うまでもなく97年成立の介護保険制度が嚆矢になったわけですが、基礎構造改革が2000年であって、2003年の支援費制度が2006年の障害者自立支援法になり、そして2015年の子ども子育て新制度も、準市場的な方向へと転換をしてきました。

これはなぜだったのかということ、先ほどのケアの本質ということに関わっているわけです。ケアに関わるこうしたサービスは、行政が画一的に目標を決めて達成するわけにいかない。そうなってくると、当事者が自由にサービスを選択し、供給者あるいは専門家、家族と熟議しながら、自分が必要なサービスを決めていくことができるような条件づくりが求められるわけですね。さらに、ケアというのは元気になるためのものでありますので、もともとその元気をなくしている人達が主要な対象になるということからして、そこに一般市場のような自己負担がかかってはそぐわない。ここに準市場というのが浮上してきたのだと思います。

ただ、この準市場がケアのシステムとして浮上してくる中で、いくつか2025年モデルを目指すにあたって具体化していかなければならない課題も浮上しています。

第一に、「自立とは何か？」ということですが。介護保険が高齢者の自立を掲げて以来、障害者の自立、困窮者の自立、そして女性と母親の就労という目標が掲げられてきたわけですけども、では自立についても何を目指していくかが問われています。一般的には生活自立みたいな次元で考える見方もあるし、本当に労働市場の中での自立という次元で考える場合もある。いずれにせよケアの目標設定にかかわる点です。

第二に、ネットワークをどう繋ぐかという問題です。準市場という仕組みの宿命だと思うんですけど、いろいろな供給主体がかかわっているわけです。そこで誰かがケアマネジメントみたいな形で結び合わせて、当事者と供給主体の共同作業としてケアを実現していく必要がある。ところが、ネットワークが次々に作られてきたわけです。介護の地域包括ケアシステム、障害者の自立支援協議会、困窮者支援の支援調整会議といったように、たくさんのネットワークが作られてきている。ところがこれは70年代的な縦割りのシステムがそのまま、その中でネットワークが作られて、増殖してきた。ここをどうもう一回束ね直すかという問題が出てきたのだと思います。

第三に、財源問題です。準市場という視角からして、公的な財源が基本になるべきですが、どこまで自己負担を要請するのか。ある程度の自己負担はもうやむを得ないわけですけども、それがどんどん増えていくと、市場に非常に近づいていくという面があります。準市場的な制度と市場的な制度の間を振幅するなかでどこに着地点を見出していか。

大きくこの3つくらいの課題というのが2025年モデルを展望すると、浮上してきたというように思います。

森田：ありがとうございます。それでは宮島さん。今後を含めましてお願いします。



宮島：もうお二人で問題点の提起とか今までの経緯についての話がほとんど尽くされたと思うので、私の頭の中の整理でお話しします。地域包括

ケアということが言われたわけですが、その中には二つの側面があって、一つはその考え方をみたい話です。考え方というのは、例えばデンマークの高齢者ケアの三原則でいうと、自立の支援、自己資源の活用、継続性の原則といった、ケアの在り方そのものに関する考え方というのをどうとらえたいのだろうか。このことは宮本先生もおっしゃった自立とは何かというような問いとつながっていく。ケアそのものの在り方を問うというのが一つ、今の時点での問題としてもあるのだろうなと思っています。

もう一つは、地域包括ケアシステムという、英語だとCommunity based integrated care systemで、システムということです。一つは、Community basedですから地域に根差したということを行っている。次にIntegratedということで、統合されたケアのシステムだと言っている。システムというのは、ネットワークではなくて、一つのメカニズムというほどではないですけど、システムとしての形を持っている。ネットワークですと、よく言われる地域連携とか多職種連携というもののことになる。このことをどう考えていったらいいのかと思うのです。

地域に根差したということが言われてきて、この地域性というのがケアのベースとして求められて来た。この地域の中に医療のサービスもあれば福祉のサービスも介護のサービスもあって、それらがその地域をベースにしてどういう形で提供されるのかという、「地域に根差した」という側面。「統合された」と「システム」というのは似たような話なのですが、統合の方でいうと、最近、地域医療ビジョンというものが出てきて、地域包括ケアシステムは、もともと在宅ケア中心の考え方じゃないかと言われてきたのが、最近は病院や施設も含めたものとして考えるようになってきてお

り、外縁がかなり広がって来ていると思っています。

2025年まであと10年なんで、そろそろ先の展望の整理などもしないといけないとも思っています。

森田：ありがとうございました。もう後は自由にご発言いただきたいと思います。高橋先生、二巡目をお願いします。

II ケアシステムの統合のあり方

高橋：今の議論を私なりに解釈してみると、一つは垂直的統合とでもいうんでしょうか、一つの提供主体でサービス提供を全部丸抱えする。これは施設・病院モデルがそうで、在宅もそれに近い形でやっていくのか。あるいは分散型システム、多様な地域主体を想定して、先ほどおっしゃったネットワークを組む、水平的統合とでもいうものでやっていくのかという、選択肢があるのかなというふうに思います。制度政策的にも実践的にも、厄介なケアの問題の一つは、日本ではこれまで医療というシステムが介護を丸抱えにしてきたことです。逆に言う抱え込まざるを得ない理由は、社会福祉と言われていたものがレジデュアルな性格が強く、所得制限が非常にきつい制度だったために、1970年代以降、公費に依存した社会福祉制度ではなく、経済成長からのサープラスを社会保険の仕組みを経由して投入して、そのなかで医療がケアを抱え込んで、社会的入院というものを生み出して、療養病床を中心に、さまざまな病床過剰問題が、地域的な跛行と格差を伴いながら起こった。

ここをどうするのかという議論が一つ非常に重要なポイントで、上手にやらないとコミュニティベースにはならない。日本福祉大学の二木立さんが「医療福祉コンプレックス」と呼んだような、単一事業体が全てを抱え込むようなモデル。政策のレベルとメゾの組織論のレベルで、これをどう克服するかという議論は、大きな利害対立を覚悟しなければいけない。

もう一つはまさに準市場の話で、要するに政府

の公共支出として社会保障、社会保険という仕掛け、言い換えると保険料という仕掛けによって財源調達をして、それをケア政策に使ういままでのシステムの前提条件が崩れてきているのではない。少なくとも70年代、80年代通りにこれからはいかないことだけは明らかです。しかも介護需要爆発が起こってますから。これは障害や子育ての領域あるいは、社会変動の結果としての生活困窮者の問題などを含めてだと思えます。財政、それから人的資源制約がたぶん70年代、80年代に比べて、少なくとも21世紀に入って急激にきつくなっていて、その中でどういう財源調達やシステムのインテグレーションを求めるのかという課題が深刻になっている。

そういう難問を現在、日本のケアシステムは抱えていて、それはステークホルダーの議論と共に、非常に複雑化している感じがあって、それをどう整理し考えるのか。これは政策決定の話でもあるし、一方でこれからのビジョンを考える上での研究の作業としても非常に重要なテーマになってくるのか。どうも最近気になるのは、レジデュアル（残余的、補充的）モデルへの先祖帰りがいろんなところで起こり始めていて、介護離職があるから施設に入れるという。本来は結びつかない議論ですよ、誰がどう見たって。介護離職に関しては、ワークライフバランスの問題とか、介護休業制度について非常にきめの細かな議論をしなければいけないのを、施設入所で解決すると言っている。施設はまさにレジデュアルで、まさに自立を損なうようなケアを克服できていない。逆に国民の目から見ると、施設や病院への依存から脱却が困難で、これに代わる地域居住での代替的なモデルが提示されきていない。だから施設の増設に説得性があるような形の現実があって、その問題をどういうふうに解いていくのか。そこら辺が、今気になっている所です。

宮本：今高橋先生がおっしゃったことの尻馬に乗る形で申し上げると、ケアというのは、それ自体リベラルというよりも、ある意味では保守的な面のある支え合いだと思うんですね。リベラルが悪いというわけじゃないんですけど、ケアという

のは、支援者と非支援者の一対一の関係というよりは、もっと面の関係というか支え合いの関係です。さっき宮島先生がおっしゃったように、コミュニティベースドということの意味はまさにそこにあるのかなというふうに思うんです。

さらにここで大事なのは、先ほどレジデュアルへの先祖帰りという話がありましたが、今ケアが浮上している背景というのは、これまでありがちだった支える-支えられるという二分法が成り立たなくなってきた、やっぱり支える側も何かのケアを必要としてそれで力を発揮する。他方で、支えられる側も積極的に社会参加をして、その認め、認められる支え合いの関係の中で、自己実現とか自立が可能になってくるわけなんです。そういう広がりがあるケアにおいて非常に重要になって来ている。

ここにキュアからケアへという話もかかってくるわけですね。キュアといたら病気を治すということだったのですが、今みんなどこか調子が悪くて、100パーセント元気にならない。それが家族のケアで疲れているのであれ、そのときの自分の心と体の弱まりであれ、経済的な問題であれ、何かケア的なサポートがあることで地域を支える力を発揮することができる。そうなってくると、ますます支え合いの関係の中に人々をどう招き入れていくのかというのがケアの非常に重要なテーマになってくる。

もう一つは、これは宮島先生も高橋先生も言及されたインテグレーションの話です。垂直的な統合と水平的な統合という話も出て、まず垂直的な統合、要するにおそらく介護・医療で言えば、急性期から回復期、安定期のようなつながりをどうつくっていくかということがあります。同時に、水平的な統合が非常に重要で、最初医療と介護から始まって、住宅、介護予防、生活支援と広がってきて、さらにはさきほど地域包括ケアの包括化という私の主張をご紹介いただきましたが、今度の新しい総合事業などでは、前期高齢者や生活困窮者の雇用のような仕組みもかかわってくる。

こういう水平的な統合というのは、実はもう準市場改革が始まったときから運命付けられてい

た。これまではそれぞれの縦割りの中でネットワークが打ち出されるという形で折り合ってきたんですけども、だんだん本当の連携というのを実現せざるを得なくなっています。

この垂直的・水平的統合については4つくらいの連携のパターンというのが現れているのかなというふうに思います。

一つはケア会議モデル。和光市のコミュニティケア会議では、介護・医療など多職種が一堂に会して、当事者一人ひとりに即した支援プランの検討をしています。同市では平成30年までにはこのコミュニティケア会議を、子ども部門・生活困窮者部門・障害者部門も組み込んだ本当の水平的な統合の会議にしていくという構想をもっています。これは一つの方向なのかなというふうに思うんです。

二番目が、相談窓口、ワンストップサービスをまとめ上げるかたちです。富士宮市が一つのモデルです。同市では市役所に福祉総合相談課を設置し、地域包括支援センターを軸に、ここに今度の困窮者の自立相談支援の窓口、障害者や子ども関連の窓口などもつなげていって効果を上げています。富士宮市の課長さんは、「うちは困難事例ほど職員が燃えます」と言っていました。手元に支援のツールがそろってきているということで、それが非常に大事なんだろうなと思います。

三番目は外部拠点モデル。これは多様な形があると思うんです。よくNPOの人たちと話していると「縦割りを利用する」という言い方を聞きます。要するに縦割りをメニューとしてとらえて、外部から自分たちでその縦割りの制度を連結させて、包括的なメニューにしていく。地域で元気をなくしている人に包括的に対応できる形を作っていく。よく知られてきた例という、秋田県の藤里町での「こみっと」のような形です。腕利きの民間のコーディネーターが、外から制度を束ねていくというモデルかなと思います。

四番目が、小規模多機能モデル。これは地方創生の展開にも非常に大事だと思います。地方創生がいわゆるなかで、20万、30万規模の都市にサービスを集約していく構想が示されていますが、小

さな拠点ということも併せて言われるわけですね。雲南市などが旗を振って、小規模多機能自治ネットワークができています。要するにこれは過疎化も進み人口も減っているところで、都市にぶらさがるのはなく、小さな拠点に介護、子育て、障害などいろいろなサービスを重ね合わせ、一体的に提供していく。これも一つモデルですね。

この四つくらいの連携の形が浮上してきていると思います。

宮島：今の宮本先生の議論の件に関連しているんですけど、一つは、ワンストップサービスの考え方で、対人サービスとして高齢者も障害者も子どもももうみんな同じように福祉サービスに結び付ける、高齢者、障害者、子どもとも、みんな同じ所へ来て下さい的なアプローチがあります。もう一つは、今の高齢者地域包括ケアとか、子育て総合支援センターのように、年齢層は高齢者とか子どもとか別々だけでも、そこに行けば高齢者に関しては医療も介護も生活支援も、住まいも、いろんな分野を総合的に提供できる、子育てでいえば、妊産婦の相談から始まり、出産、母子保健、小児医療、保育まで総合的に提供できる、そういう総合的な多分野の窓口になるというアプローチがあります。どっちを選択するのか。私はどちらかというと後者と思っているんですが、現実的には若干混乱もあるのかなという印象です。そこは少し議論してもらわなきゃいけない話だろうと思っています。

それから、地域性ということを考えていくと、医療法人でも社会福祉法人でも、強力な法人があって、それがあつた市のは全部行って引き受けたという展開をしているところって確かにあるのです。ただ、多くのところはそうではなくて、いろんな事業者が、たとえば介護保険の世界で言えば群雄割拠している。そういう群雄割拠みたいな状況が、多職種連携だけでサービスとして動いて行くかどうか。宮本先生のおっしゃった小規模多機能モデルというのはある意味会員制で、特定のところは小規模多機能の会員になって、そこが面倒みますよっていう形で全部覆い尽くせばいいじゃないかという、ある意味地域よりもさらに小

さい単位でカバーする論理ですよ。今、厚労省が進めているのは、地域包括支援センターごとに全国に1万ぐらいの日常生活圏域をつくって、その日常生活圏域の中で医療も介護も生活支援も、解決するシステムを作るというものです。その日常生活圏域の中で、そういういろいろなサービスが確実に提供されるように、どう各事業者を束ねていくか。あるいは企画競争入札をやってそのエリアは持ってくださいよとか、そんなようなことをやっていくのか。いろいろ地域という切り口と総合的なサービスを提供しましょうという切り口とを、どう組み合わせればいいのかという議論が、意外とあまりまだ進んでいないのではないかなという気がしています。

特に在宅医療は、ある意味の手引きを決めないと無理だと思います。日本医師会も今度、在宅専門の診療所もある一定の条件をもって認めるみたいですけど、地域と関係なく、在宅専門でぐるぐる回って、その局面だけやっていくみたいなサービスはやっぱりいいのかなと思います。「かかりつけ医とか在宅医療をやっていきましょう」と言っている以上は、「このエリアについては私たち医師会、あるいは医師会の会員である開業医の方たちが、ある役割分担の下に責任を持っていくんです」ということにならざるを得ない。

そして看護、リハビリ、もちろん介護もですけど、サービス提供の中身ごとにそういう形にしていけないと、なかなかこれからは難しくなったなと思います。今まではある意味やみくもにやっても良かった。圧倒的な需要があって高齢化も進むと分かっていたから、特養つくってもいいし、在宅サービスだってやっても別に悪いことじゃない。ただ、介護保険の供給の体制である程度もう充足されて来ましたから、今後はどういうふうサービスに需要を見合って効率的に整備していくかという時代を迎えたのだらうなと思っています。

高橋：実はその問題っていわゆる地域包括ケアのガバナンス問題なのかなと考えます。まさにこれは森田さんの専門の領域。というのは、たまたま最近短期間ですが、スウェーデンに行ってきた、

人口2万、3万ぐらいの小規模なコミューン（市）を幾つか見てきたんです。ご承知の通りあそこは専門職主義ですよ。政治家が委員長として制度運営の責任者になる、そして専門家主体の官僚機構が運用を行うという体制が確立している。結局、国は制度の枠組みを整備し、交付金などはあるとしても、自治体の自由裁量に任せる。財源は、地方所得税などで、自治体の財政自主権が保障されている。国はそのような枠組政策を形成すると共に、評価と監査を充実させながらやってきている。それと同時に、コミューンはある種の社会企業的な側面が随分あるなと思ったのですが、それと同時にもちろんレジデュアルな時代の措置とは違うけれども、コミューンが入所決定や利用決定を一元的に行う。かなり介護保険の認定に近いやり方をやっているらしい。だけど、それをやりながら継続的に資源開発もして、ネットワークも組んでいくっていう、ガバナンスの主体がはっきり自治体にある。勿論、それぞれの国々でもいろんな形があるけれども、今日本の自治体の力を考える上で、今までは縦割りの措置なり、縦割りでの一つ一つの制度運用で済んでいたからそれなりのパフォーマンスが維持できたと思うんですが、いろんなものを組み替えたり、ネットワークを組んだり、その中で評価をしたり、レビューをしたりという、今までの自治体はあまり得意でなかったような、そういう仕事もやらなければいけなくなっている。一方で国は相変わらず、地方主権といえども、重要なところでは権限を手放していない。

それから、例えば介護保険の介護サービスでいえばいろんな行動原理があって、それこそかなり収益を目指して行動する主体もあるし、そうでない、多様な行動主体もある。自由市場はそういうものが宿命なわけで、そこらへんを調整したりコントロールしたりする主体は、今の保険者としての自治体でいいのか。有名な和光市を箱庭モデルと呼ぶ人もいますが、多くの自治体、特に都市部では、サファリとか、仕切りのない荒野野みたいところで事業所がうごめいているとしたら、これらの事業体群を日常生活圏レベルで、ど

うガバナンスできるか。

それから、先ほどお二人が興味深いことをおっしゃったのは、いろんな制度を利用して、横串にする。それは地域包括ケアで言えば、障害の相談するのもそうだし、生活困窮者支援もそうだし、そういった同じような相談所機能が制度ごとにバラバラできているのを、もう1回ワンストップで組み直すとか、サービスも共用化していかないとたぶんやっていけないとか、そういうことを国が言う前に自治体がやってくれないと、たぶん制度にはなっていない。そこらへんのプロセスをどう考えるのかというのは、結構大きな争点ではないかと思うんですけど。



森田：議論がだんだん面白くなってきましたが、たぶん読者の人が読んでなかなか理解できないような争点が混じっているとしますので、伺

った限りで少し整理させていただきます。二つのファクターがあるとしたら、一つはケアとはいったいどういったものなのかという点。哲学的、理念的な自立というのが目標のイメージとしてあると思います。もう一つは、現状がどうであるかという社会経済的な実態です。高齢化も含めて実態はどうかということです。

議論になっておりますのは、理念、哲学を実現するために、現状の下でどういう仕組みがいいかという制度論、政策論だと思います。その中でも、制度の枠組みをつくる話と、運用の話と、各種取り混ぜて今までご発言があったという気がしております。私自身は、医療関係に若干かわった観点から言いますと、やはり今の制度と現状との間にミスマッチというのが起こってきて、それまではケアのあるべき姿というのは議論しなくても比較的自明だったのに、揺れ動いてきているのかなという印象があったんです。というのは、例えば人口で言いますと、1960年ぐらいまでは65歳以上の人は数パーセントだったわけですね。そのときには、例えば高齢の人をケアすると言っても、多くの場合は家庭内でやっても一人一

人の家族の負担というのはそれほど重くなかったし、そこでケアされなかった人を公的にカバーしても、社会全体としてはそれほど大きな負担ではなかったと思います。けれども、だんだん高齢化が進んできますと、なかなか家族だけでは面倒を見きれなくなってくる。そしてケアを家族の外に出さざるを得ない。

最初あったのは、措置という形で、どうしても私的なシステムの中でケアをされない人については行政がカバーしましょうという話だったと思います。けれども、そういう人たちがどんどん増えてきた。他方では少子化が進みますから、支える側も減ってきた。そこで最初は、人的に大変になってきたと言いつつ、お金のあるうちは、何とかやろうということだったと思うんです。だから、高齢者が増えてきても、かなり医療費が付けられるときは医療の中で面倒を見てきたわけですが、それが厳しくなってきた介護の話になってきた。

次の段階になると、お金も非常に厳しくなってきた。その中で、増えてくる高齢者にどういう形で限られた財源の中でサービスを供給するかが問題となる。医療ではとても高くつきます。では介護という話になるけれども、実際に中医協での議論を聞いていますと、医療と介護はなかなか線が引けないわけです。そこで地域包括ケアという話になりました。特に介護ケアの場合には人的サービスですから、一人一人違って非常にきめ細かく対人サービスをしなければいけないので、今度は財政的に非常にコストが掛かる。それをどういう形で供給するかは地域ごとに違う。そこで、地域で在り方を考えてくださいという形で、地域包括ケアというのが出てきたと思います。介護労働力といいますが、対人サービスでありながら、サービスの供給主体の人的資源が非常に厳しくなってきた、かつ財政的な資源が厳しくなってきた。その中で、どういう仕組みを考えていくのか。先ほど言っていたquasi-marketという形だったら、そこにマーケットメカニズムを入れて少し流動化しようということだと思のですが、完全なマーケットでない以上は、政策的コントロールが必要

になってくるわけです。けれども、措置のようにびしっと線を引いて「我慢しなさい」ということじゃないとしますと、そのコントロールが非常に難しくなってきた状況ではないかと思えます。そこはまさに高橋先生がおっしゃったように、やっぱりガバナンスと言いましょか、だれがコーディネーターか、コーディネーションをする仕組みがうまくないと、なかなか機能しないのではないかというのが私の感じているところですね。

先ほどからいろいろなモデルがありますけれども、宮本先生がおっしゃった4つの項目もそのコーディネーションの話に入ってきているのかと思えます。そういう整理をいたしました。

Ⅲ ケアの財源問題

宮本：これは高橋先生も前にお話しされたことなんですけれども、2005～2006年ごろ、介護保険制度を入れた方がいいがだんだんお金がなくなってきた中で地域包括ケアが打ち出されてきました。だから地域包括ケアとは安上がりなケアを求める悪しき発想だという批判もまたそこで起きてしまったわけです。

本来在宅で最後までというお金が掛かるはずなのに、ちょっとそれは違う因果関係で出てきているんじゃないかというわけです。しかし、森田先生がおっしゃったとおり、この財政的な持続可能性と、社会の持続可能性というのをどう両立させるのか。ケアの質が担保されなければ、みんな元気が出せずに税金も払えないのだけれど、財政の持続可能性なき社会の持続可能性というものもない。両者の交点に、地域包括ケアという言葉があるということだと思えますね。例えば、介護保険が実現するプロセスを見ても、1980年代の初めからしばらく増税なき財政再建路線が続く。そして80年代の終わりに限界が来る。やっぱり、きちんと消費税増税で財源を確保しなければいけないという議論になってきたときに、ただ負担増では支持が得られない。そこにケアを中心とした社会保障の強化という議論が出てきたわけですね。

具体的には、89年に消費税が入った後に、政権党が必ずしも選挙でうまくいかなくなり、当時の橋本大蔵大臣など中心に、ゴールドプランなど、きちんと消費税を使っていく道筋を示さなきゃいけないという議論になり、介護保険制度につながっていった。今回の一体改革についても、2000年代に入って構造改革路線が続いていましたが、改めて消費増税を含めて考えるべきだとなった時に、社会保障の機能強化が必要ということで、社会保障国民会議、安心社会実現会議、その後の社会保障制度改革国民会議につながる流れが生まれた。

何が言いたいかという、ケアの強化というのは財政再建と一体になっていて、非常に不思議な関係にあるんです。

高橋：不思議といえば不思議ですね。

宮本：ケアをやるよとするんだけれども、当然その大前提になっているお金が足りないという話になっている。どうしてもどこかでこの循環を完結させなきゃいけない。循環を完結させるというのはどういうことかという、やはり地域に手ごたえのあるケアを創出することです。介護でも、子育てでも、納税者が「きちんと税金が返ってきた」と、「これならば消費税率が10パーセントになっても、その先に行っても、このお金は回ってくる」という、そういう実感を持つような地域包括ケアにしていかなきゃいけない。それが、地域包括ケアと財政再建の逆説的関係というのを乗り越えていく方向なんだろうなと思うんです。

高橋先生はスウェーデンからお帰りになったばかりですけれども、まさにスウェーデンでは、税金が第二の財布でケアになって返ってくるという、そういう理解を確立しているわけです。ただ、スウェーデンは、実は60年代初めから始めて20～30年ぐらいかけてそういう合意を作ってきた。一方日本はスウェーデンが25パーセントぐらいの消費税になった90年からこれを始めたというスタートラインの遅れもある。でもそういうことを嘆いてばかりではだめなので、ケアシステムを税の循環を感じさせる形でどう構築していくかということが問われているんだと思うんです。

高橋：介護保険って考えてみたら2000年にスタートしたわけですね。そうすると、ある意味では経済が不調な時期に、3.6兆円ぐらいと2倍以上にできた。

そのことが実は地域にさまざまな介護サービスの職場を作って、これは主に女性の労働をめぐる現実問題と関係している。そういう意味では、介護保険というのは介護給付にお金が地域循環することによって、まさに雇用創出、地域づくりの非常に重要なポイントになってきている。中村秀一さんが社会・援護局長だったときに、人口1万あたりにどのくらい医療や福祉の給付が投入されているかという、推計を公表したことがあります。これに、年金給付を入れると、たぶん今は1万人あたりで50億ぐらいだったか、正確にちょっと年金をプラスするとさらに増えるはずなんです。要するに、どうやって社会保障のお金を地域循環して、そこに雇用をつくるかということ。地域で生活するということは、一緒にそこでお店屋さんとか、いろんな生業にもお金が回るというシステムを形成した。

ところが、医療保障から社会保障から全部抱え込んで吸収するような垂直的統合の仕組みですと、地域に回ったとしてもごく一部です。そこらへんの議論をもうちょっときちんとする必要がある。一橋大学にいらした藤田伍一先生が、社会保障の統合的システムと分散型システムという概念を提起されたことがある。70年代モデルというのはたぶんそういう意味での分散型で、豊かさのサープラスを社会保障に投入するという、一方向モデルだったわけです。ところがこの方は、これは福祉レジームの議論にもなっていくと思うんですが、社会保障の統合システムは社会の中にお金が循環するようなモデルです。いままでの生き残っている古いタイプの社会保障観というのは、要するに社会を活性化させないで、むしろ衰退に向かうための仕組みであったとした社会保障抑制論がある。これは1970年か80年ぐらいに日本でまことしやかに言われた議論で、それをまだ、日本の官界や財界の人たちは今日でも、信じている。新自由主義経済学がそれに輪をかけているように思いま

す。ところが現実には、先ほどから出ているようにこれだけの高齢人口を抱え、それから、資本主義の逆説ではありませんが、まさに依存性リスクというのが子育ての問題やメンタルヘルスの問題から、障害の問題まで、さまざまに拡大した。そういう意味で言えば、新自由主義の原理に忠実に社会経済を効率化すればするほどそういう問題が巨大化してきた。これは前に言及した馬場啓之助先生のあの時代の慧眼だと思うんですが、そうするとそれを受け止めつつ社会の豊かさを上手に社会サービスに環流させるあり方が必要になる。これはトリクルダウンみたいなインチキな議論ではなくて、構造的な社会保障というか、ケアシステムの制度を活用するという、そういう視点をあらためて政策論としてきちんと打ち出さないと、ちょっと追いつかないと思います。

宮島：ある意味、財政単位とケアの供給単位というのを整えていかないといけないという問題がやっぱりあるのです。今までの日本の医療保険で言えば、国保は市町村単位でした。それから、今の協会健保は全国一本です。健保組合は昔から企業単位です。そうすると、市町村単位で考える医療と、全国一本で考える医療と、企業単位で考える医療とで、保険者単位ではまちまちで保険者による供給コントロールはほとんどなされていない。医療計画は昭和60年ぐらいに導入されましたが、これは保険者とは関係なく、都道府県という行政単位で考えられました。今回地域医療ビジョンというのが出てきまして、国保も財政責任は県単位化していくとか、後期高齢者も県単位の広域連合にしてきたという形で、財政単位と供給単位を県単位で合わせていくというのを、だんだんやってきたということです。

それからもう一つのほうのケアで言えば、どちらかといえばこれは市町村を中心に介護保険も組み立てているし、障害者福祉、それから子どもの新保育制度も市町村単位です。市町村単位の財政の中で、サービスをどうやっていくのだったという話になっている。それぞれの自治体が財政のファイナンスの話と供給の話をあわせて意識化できるように、だんだん持ってきているということ

す。

日本の財政構造というものの全体を見ると、やっぱり国が再配分しているから、地方のほうで自分たちのお金でどのくらいやっていて、実は他からどのくらい交付税とか補助金でもらっているのかという点が、なかなか分かりづらい。ただ、この議論をしてしまうと、小泉内閣で三位一体改革をやったことをどう評価するのかということになります。あの時は、地方のほうに3兆円規模で財源を移すから、各自治体のほうで責任を持った供給を行う。財源を国から地方に委譲するということを行いました。しかし、日本の財政構造は東京に税源が集中していますから、三位一体のような改革をやるとどうしても地方の方にしわがよってしまう。それで、やはり交付税や補助金で地方を支える、医療や介護の制度も地方にお金が流れるようになっていくということが当たり前のようにになっている。そのへんが非常に国と地方の行政責任というのを、見えづらくしています。そこはどうやって行くのかという話です。

宮本：今おっしゃった、見えやすくするというのは非常に重要だと思っています。さっき、私は準市場の制度が介護から始まって、障害、子ども・子育て、それから部分的には困窮者に至るまで広がってきたと言ったんですけれども、実は介護とそれ以後には決定的な分岐があって、介護は社会保険になりますね。同じケアでもこれはすごく多くの人が長期にわたって取り組まざるを得ない、そういうケアだったので、社会保険化が可能だったわけです。ところが、例えば子育てというのは、やはり多くの人が直面するんだけれども、なんとか5年頑張れば山は越える。つまり、育児保険というのも議論としてはありましたけれども、現実には難しい。障害もなかなか社会保険とつながらないわけです。介護まではケアが社会保険という形でリスクをシェアできたんですけれども、やはりその後が社会保険と税という形でまた分岐してしまっている。これも宮島先生がおっしゃったことにかかわるんですが、社会保険を半分税で賄うとか、財政調整だとか、連帯の中身がとても分かりにくくなっている。まず社会保険による連

帯というのが基本で透明度が高く、それが税の連帯につながるべきだと思うんですけど、そこが見えにくい。したがってケアを支える合意というのが根づきにくいという問題があるかと思えます。

森田：財政の話をして、保険というのは要するにリスクの分散ですから、皆原則として同じリスクで、そのリスクの発現というのは非常に割合が低いということが、少ない保険料できちんとリスクをカバーできる前提になるわけです。ただ、現実にはどうかといいますと、結局保険金を受け取る人が大量になり、リスクの発現率が非常に高くなった。そうすると保険料は当然上がるわけですが、その保険料の負担がなかなか全員できなかつた。そうすると、だんだん保険が特定の人だけに限られて、保険金を払えない人は離脱してくる。日本の場合には、それを無理に保険原理でやってきたというか、事実上は税と同じような形で支えているんですけど、税と何が違うかといったら、要するにそんなに累進的な形で保険料を適用できないわけです。現実にはある程度の累進性はありますけれども。

税だと所得税にしてもかなり傾斜を付けた形で負担に変えることができますから、仮にリスクが発生したとしても、保険原資を相当増やせる可能性があります。けれども、保険原則でやっている限りは、保険料のほうにはあまり傾斜をつけることはできない。しかし保険金のほうはたくさん払わなければならなくなった、というのが現状だと思います。それを別のところから補填しているという話ですと、結局、保険といういい仕組みのメカニズムが働かなくなってしまう。それでモラルハザードが起こってしまうというのが現実ではないかと思っています。これを今どうするか。

それから、先ほどおっしゃったように地方の話をして、結局地方ごとにリスクの状況が違いますから。例えばリスク構造調整をやって、ある意味でリスクを調整し平準化する。そこまでは財政調整をやって、その上での効率化の努力と付加的なサービスというのは、それぞれの保険者が保険料を変えて行くという仕組みもあるんじゃない



かと。地方税というのは、そもそもそういう発想で賦課するというのだと思いますし、スウェーデンの場合も、大きくはありませんけれどもコミュニケーションごとに税率に差を設けることによって、経営努力を促している。要するに、保険料が高くなって、足による投票が起こったりするとまた是正効果が起こるだろうと。そういうメカニズムを入れているわけですが、特に日本国民は税金が嫌いなどころがあって、それを税でやる代わりに社会保険でやってきたというところもありますし。地方間で税率をどう変えるか。これが難しかったですね。「三位一体改革」のときも税源移譲が言われましたけれども、基本的にあれは税源を移譲してもらい以上は、それぞれの地方ごとに税率の変更をするというのが前提条件だったはずですが。けれども、そういう発想で税源よこせと言った自治体は皆無でした。税源移譲というのは何かといったら、税収移転を意味していたわけです。トータルで上がった税収を自分のところに、地方で使えるようにするというのを税源移譲という言葉で皆さん呼んでいて。私が、「税率を変えない税源移譲というのは意味がないんじゃないか」と言ったら、えらく怒られました。そのへんから、やはり完結した制度のメカニズムが、だんだん崩れてきた。今もそうです。政治学的に言えば住民を説得して税率を上げるよりも、国に陳情して補助金ないし交付税を増やしてもらったほうが、少ないコストで税収、財源を増やすことができますから。だから、「持続可能」というのは、ますま

す社会的情勢が厳しくなってくるときに、本格的に考えなければいけないところだと思います。保育所などでは、実際に待機児童の話が出てきた場合に、足による投票が起こっているようです。

Ⅳ 自助・互助・共助・公助

高橋：今気にしているのは、これからおこるであろう、地方交付税の税源の枯渇の問題です。今までは大都市部というか要するに税源をそこから地方に物理的に配分する水平的配分の巧妙な仕掛けなんだけど、実は高齢化だとかいろんな形で大都市の社会保障需要がものすごく増大して、経済成長の行方とも関係があるんですが、いままでのような再配分のメカニズムがうまくいってない。それから生産年齢人口が縮小していますから、当然所得税の税収にはねる。これもまだ、数字が具体的に出ているわけではないけれど、空き家問題というのは実は地方自治体の税源である固定資産税を直撃するはずですが。それでしかも空き家の発生原因のひとつは単身になった高齢者が施設へ入るということですから、空き家が出て、固定資産税が減って、施設を造って、整備費と介護給付費が増えるという、悪循環になっていて、そうすると、そして公共事業をこれからやっていると、それがうまくいかなかったときに、ある種の夕張市で起きたことが全国に波及するのではないかと。夕張は特殊事例だと思ってたら実はそうではないのではないかと。

ところが夕張市では興味深い話があります。最近話題になっている森田洋之さんの著書によると、夕張で高齢者に何が起こったかという、実は病院を廃止し、有床診療所に切り替えたら病院への依存が弱まり、自助と互助が復活し、他方で自然死も増えたこと、それから肺炎の予防を徹底してやったということもあって、高齢者の疾病構造がガラッと変わった。炭鉱で皆さん厚生年金があるから、経済的な生活はそれなりに心配しないでもいい高齢者なんだけど、そういうことも含めて、財政破綻があったから市民が不幸になったかという必ずしもそうではないかもしれない。似たようなことがこれから頻々といろんなところ起こるはずで。そうすると、制度的サービスが動かなくなったときに、逆に何が起こるんだろうか。これはレベッカ・ソルニットが言った、大災害の後、自助と互助が復活したという話を思いださせます。

森田：災害ユートピア？

高橋：あの災害ユートピアの理論の日本版というか、災害ももちろんリスクは大きいわけだけど、災害ではないリスクに直面して自助と互助が復活というのが。あれは宮島さんが老健局長の時に、地域包括ケアシステム研究会を組織され、そのレポートの中に、自助、互助を初めて明示したのは。宮島：あれは亡くなった池田省三さんが言っていた・・・

高橋：そうです。サブシディアリティ（補完性）の原理。『季刊社会保障研究』に池田さんが執筆した論文がありますが、その議論を地域包括ケア研究会でお話しになった。

宮島：「互助」という地域でのインフォーマルな助け合いということを出してきました。みんなが拠出する保険料でやるから、社会保険は共助だ。それから税金で強制的に徴収してきて給付する生活保護みたいなのは公助だということで、自助・互助・共助・公助の4段階を提起しました。私は結構このへんがクリアに物事を整理するきっかけになったと思っています。

高橋：先ほどの宮本先生もおっしゃった議論で言うと、支援者と非支援者を固定化するというの

は、あれは産業労働の論理ですよ。ものを作る人と消費する人を固定するっていう。ところが、宮本先生が最近生活支援労働という概念を提起されているんですが、それは一方向的な関係じゃなくて、相補的な関係であると。最近、富山和彦さんという方が企業をグローバルとローカルとビジネスと概念化し、それぞれの企業行動のロジックが異なるという課題提起をされていますが、このような雇用労働の層とは別に、僕はCと略称できるコミュニティレベルのビジネスというのがあるんじゃないかと思う。要するに、グローバルとローカルとコミュニティだと。そうすると、大手のチェーンの介護ビジネスの失敗は、ローカルで全国制覇をしようとしてひどいことを起こしたということだと理解できます。一方で、コミュニティレベルを想定して、そこには雇用労働と同時に、先ほど言った高齢者もそうだし、さまざまな生活支援労働の担い手を、年金をもらったらそういうところで働こう、それが実は非常に重要な介護予防になるというのは、近藤克則さんの調査でもはっきり分かっていますし、そういう意味では介護をそういう形での社会参加と捉える。これは自助・互助の復活と同時に生活支援の新しいタイプの働き方をコミュニティレベルで支えるということ。考えてみたら農業とか商業というのは一生働ける生業（なりわい）ですから、それを都市社会も含めて再構築するという議論も含め、これはケアの負荷を適正にしていくための一つの選択肢ではないかと思います。

宮本：そうですね。今おっしゃった、これまでの二分法、すなわち支える側・支えられる側に分けるという考え方はもう維持できない。これまでは支える側をまず優先して頑張らせる、これが保守とか自由主義の発想で、支えられる側をひたすら守ってあげる、これがリベラルだったんですね。どっちももうもたなくなっているわけです。結局、支え合いを支えるしかないんだというところに、さっきから出ている自助・互助・共助・公助という議論が出てきているんですね。ただし、自助・互助・共助・公助といったときに、棲み分け型の議論と連携型の議論があると私は言っている

んです。ここまでは純粹な自助だ、ここからここまでは共助で、ここから先は純粹な公助だ、これが棲み分け型です。私はそれは違うんじゃないかと思います。自助のための共助、公助というように、これらを連携させて、いかに支え合うかというところが問われてきている。

そこで、われわれが自助・互助・共助・公助をうまく組み合わせているなど感心するようなところはどこにあるか。これはさっきの宮島先生の議論とかかわるんですけど、実は大都市ではあまりないわけです。過疎化でかなり厳しいところに、そういうベストプラクティスというのが生まれてきている。さっきから挙がっている、藤里町だとか、雲南町だとかです。地方創生的な議論の中では、この先未来が保障されているという前提がないところで、逆にみんなががんばって、そこで今高橋先生がおっしゃったように、高齢者が逆に元気を出しちやったりしているんですね。系統的にむしろ将来持続可能などころではそれがなかなか出てこないという逆説があるんです。

森田：難しい問題ですけど、いわゆる社会の在り方として包括ケアをどのように支え合っていくか。その仕組みも重要ですけども、政策という話になりますと、やはり制度をどう変えるかによって、かなり変わってくるところがあります。いわゆる専門職の間の細かい仕分けみたいな部分がありますよね。それが流動的で柔軟な支え合いの構造に対して障害になっているような気がします。そのへんについてどうでしょうか。

例えば、在宅医療専門医を認めるというのは、前の診療報酬改定の際に議論がありましたが、あのときも、医師だからといって、診療所を持っていない者が車だけで回っているのはまずいんじゃないかという議論も出ました。それはもちろん特定の視点から出るわけですけども。ただ、ではそういう先生方が皆さん診療所を持っているかとか、在宅に頻繁に行ってくれますかということになると、なかなか今の診療報酬体系の問題や、「自分のところの診療所で外来の患者さんを持っていてそんなに在宅はできませんよ」といった話になってくる。そうすると、在宅で医療の

サービスを受けられない人が出てくるじゃないですか。その人たちには、たとえそういう診療所を持っていないにしても、お医者さんが往診に行くというサービスを、少なくとも質が低くてもサービスを供給する必要があるんじゃないかという議論になってきたんですね。例外的に条件を付けていろいろ認めましょうみたいな話になってきて。最初から本格的な在宅サービスを狙っていて、きちんとした診療所を持たないで在宅を中心にやっている方、都市部ではそういうのが出てきたわけです。それが結構患者さんのニーズにもこたえているというような声もあって、少しずつ変わってきた。

だからこの制度の在り方は、今までのあまり高齢者がいないときと言いましょか、そういうときの制度と、医療・介護の厳密な区分と、もう一つは、医療関係でいえば、医師、看護師、介護士の職能的な区分とか、その辺りがもう少し柔軟化すると地域包括ケアの選択肢も広がるんじゃないかという気がするんですけど、宮島さんのご意見はいかがでしょうか。

V ケアの質と専門性

宮島：私は老健局長をやっていたときから、基礎的医療ケアは介護福祉士もやってもいいようにすべきではないかと言っています。特別養護老人ホームでも、100人の入所者に対して、看護師が3人しかいないから、夜間は、介護職が経管栄養や痰の吸引をやらざるを得ない。それで、現場では違法行為だと思っけていても、介護職がやっている。それはもう認めざるを得ないのだから、一定の研修があったらやれるようにしてくださいという、現場からの要請で経管栄養や痰の吸引ができるようになったという話です。

外国の介護職だとインシュリン注射や軽い褥瘡（じょくそう）の処置などもやっていいようになっている。患者の家族はできるのに、介護職はできないというのでは、ケア職と言えるのかということにもなりかねない。

それから、看護師も医師の指示というのをどこ

まで厳密に考えるかということがあります。どちらかと言えば事後報告でもいいとか、ある意味自主性をもってやってもらう。それは病院という箱、あるいは施設という箱の中だったら、それはドクターがいて指示を仰ぐということですけど、在宅みたいな地域包括ケア、地域に出たフィールドになってしまうと目の前に利用者や、病気を持った人がいるということなので、そこはかなり柔軟にする必要がある。そういった点は、私は医療に関しては日本はまだかなり世界標準からずれているのじゃないかなと思っています。

森田：先ほど言ったガバナンスとマネージメントの話のとき、ケアマネジャーは置かれているわけですが、今の印象だとやはりお医者さんが一番偉いので、なかなかコーディネーターの言うことをきかないというのが問題かなと。確かに専門職としては偉いかもしれませんが、そこは役割分担だから。

高橋：日本の専門職って、やっぱり身分とつながっているから、縦系列の身分制専門職なんです。見事に1時間当たりの介護報酬単価で表現されていますね。だけど、どうもこれからの議論でいうと、たぶんコア職員というか、コア機能というのがあって、それはケアの世界では主役は従来型の医者じゃないですよ。唐澤剛さんは地域連携の要は「ふところが深く、威張らない医者」がいることと面白い表現で仰っていますが、ヨーロッパでは明らかに看護師ですよ。看護師のなかでもそういう管理看護師とか、マネージメント再教育を受けた人がやっている。

宮本：オランダのビュートゾルフ。

高橋：そうですね。そういうことを含めて。だけどもお医者さんはやっぱり近代医制以来の伝統がありますので。そして、やっぱり既得権益だと思って、自分はやらないことでも医行為だといって、規制をかけようとしていることがある。実は褥瘡（じょくそう）だってそうですね。看護師がやると言っても、看護師がやったらえらく高コストだしというので。褥瘡とかいろんな医行為といわれているものもそうだけど、どこかでこの議論は正面突破よりはゲリラ戦をやるよりしょうがない

し、現実には地域ケアのなかでは、まさに宮島さんがおっしゃったように箱ではないわけだから。たぶん、いつも宮島さんがおっしゃっているのは、医師の包括的指示を前提に現場の裁量権を拡げるというアプローチが必要になってくる。

それから、介護職員確保の問題は、施設と在宅ではたぶん構造が違うはず。それを施設の話として議論しているところがずいぶんあります。確か、現実、離職率も居宅のほうが低いはずですから。それは当たり前で、施設にいと24時間すべてのことが介護スタッフに要求として出てくる。これは感情労働論ではないけれども、最もフラストレーションがたまる。そこにコア職員がモチベーションを付けてタスクを与えてという形でやらせていかないと。ただだと世話をするモデルのところは明らかに離職率が高い。目標による管理をしたり、そういうきちんとしたテーマを与えながらという形でのマネージメント、人材管理のマネージメントとっていいんでしょうか、それはどうもうまくいっていない。

そうすると、地域の開かれた場所でのケアというのが、ある意味で言えば施設とは、何かというと釈迦に説法になりますが、1960年代、70年代、タウンゼント、あるいはゴフマン以来の施設論となる。たぶんデンマークやスウェーデンは施設を住宅化するっていう戦略で、まさにその施設の閉塞性を克服してきた。これらの国以外でもアメリカも含め多くの高齢化を経験している国々がそうなのです。日本では住宅だと思っていたら実は施設に近かったというのが最近のサービス付き高齢者向け住宅の実態のなかで指摘されている。

やっぱり地域の目というか、オープンな場で仕事ができる、先ほどの見える化というのもそうだと思うんですが、制度の見える化と同時に、仕事の見える化というのをどうしてもしないといけないなと思いつつ、少し感想を申し上げました。宮本：ある自治体で、どうやってお医者さんを変えていったのか伺ったことがあるんですけど、やっぱりコメディカル会議等に出てきてもらう。そしてコメディカルと一緒に議論してもらう。それがお医者さんにキュアから脱却してケアに移行

してもらう大きなきっかけだったということなんです。逆に、それでコメディカルがどんどん乗ってきてくれる。ただし今、このような連携はスムーズにはいきません。

例えば、今、地域包括ケアはまず地域包括支援センターからというんだけど、地域包括支援センターの多くは委託されているわけです。その委託されている人たちは、今度もまたちゃんと評価されて受託できるかということにまず気が行くわけです。ところが、介護予防は包括支援センターの一つの大事な仕事なんですけれども、住宅とか生活支援とかは、やはりセンターの公的な仕事の埒外になってしまうわけです。その部分を一生懸命やったら、何かマニュアルから外れちゃうんじゃないかという不安もものすごくある。これは高橋先生たちのグループも包括支援センターがどういうふうに地域とつながっているかについて、非常に詳細な調査をされていますけれども、意外につながりが弱いわけですよ。そうなったときに、まずは地域包括センターを出発点にというんだけど、そこからスムーズに入っていくことが意外に難しくなっている。どういうふうにそこから広がっていけばいいのか、もし可能であればお二人から何か示唆があればと思うんですけれども。

高橋：最大のポイントは保険者がきちんとどれだけ規制するか、あるいは良質なケアを励ますかも含めて、保険者がポリシーを持っていなかったらいくら予算を付けたって人員が増えたってだめだろう。

そういう意味では、やっぱりいいベストプラクティスというものをきちんと確立しなければいけない。非営利法人であろうが営利法人であろうが要するにいいケアが実現できるかどうかが問題です。ただ、収益優先になると、給与や研修費などの人件費削減につながり易いということを問題にしなければならぬ。

森田：白であろうが黒であろうが。

高橋：うん。白であろうが黒であろうが。これはケア事業者についてやっぱりきちんと評価をして、いいところをほめる。悪いところは退出させ

る。それから、やっぱり保険者がその問題の責任をとる。保険者がガバナンスを確立して、地域包括ケアというのはどういうふうに進めるんだというビジョンを、地域の事業者と地域住民にきちんと示せるかどうか。「本当かな、信用できるかな」なんて話になるけど、理想論だと言われようが、それを繰り返し繰り返し言わざるを得ない。私は地域包括ケアは理想ではなくて、現実的な唯一のソリューションだというふうに思っています。そういうことも含めたメッセージをあらためて出し続けなければいけないなというふうに思っています。

宮島：さっきから出ている和光市方式というのが、ある意味市役所主導でやっている方式で、東大が一枚かんでやっている柏市の方式というのは、どっちかと言うと医師会に乗ってもらったという感じですね。医師会主導でやってくださいという風に、市役所のほうをお願いしていったという感じです。ただ、市役所のほうも地域包括ケアの推進室みたいな専任の職員を置いて、医師会の各地区の担当の、医師会長はもちろんですけど市長と最初に在宅医療をやっていきましようというような合意をして、だんだん多職種協働のワークショップ、医師、看護師、それから地域包括ケアの職員とか、それから薬剤師とかケアマネジャーとか、そういう人たちが個別のケースのワークショップをやって、お互いに議論をする。あとはドクターに訪問に同行してもらいたいな、そんな研修をやるというのでだんだんドクターが在宅医療をやるようにして、地域の担当を主治医、副主治医を決めていきながら、その多職種協働の研修をやることによって、ほかの職種もそのエリアを担当するというか、そういう意識を持つ。その中に、地域包括支援センターの職員も入っているから、当然そういうつながりがエリアの中でできてくる。

医師会主体でやるのではなくて、和光市みたいに行政がガッチリやるよというケースもある。和光市の場合は、最初は医師会が入ってなかったはずですよ。どちらかと言うと、まずは介護予防のところで歯科衛生士と栄養士とPT、パラメ

ディカルみたいところで予防をして、どうやったら自立性ができるかというケア会議から発足した。

そういう取り組みを進めていくということで、私は今二つモデルがもう見えているのではないかと考えています。和光市方式を全県的に展開したのは大分県で、要介護2ぐらゐまで集中的に自立支援型のケアプランを作って、要介護度が進まない、あるいは要介護度が軽くなる、介護保険の適用が必要なくなるみたいな取組みが始まっているので、今回の地域支援事業の要支援の見直しの中で、どこまでそういう形ものが広まってくるかというのを、3年間ちょっと見ていく時期になっているのかなと思っています。

さっきから議論の中で、デンマークなどのヨーロッパの辺りで、なんで施設というのはネガティブな評価になってきたかというのは、やはり施設というのは支えられる側と支える側という二分法の世界だから。1つの問題は支えられる側といっても集団管理になりがちだということがある。今はあまりなくなりましたが、ご飯を一緒に食べるとか、お風呂に入る仕組みもベルトコンベア方式みたいな、昔の施設はそうでしたよね。今はそうじゃなくて、ユニットケアとかするところはかなり個別ケアが進んでいますけども。

ただ、デンマークのああいう議論の中で面白いのは、今度はそうやってじゃあ一人一人の人を大切にしましょうとか、そういうふうには施設で職員に教育してやらせると、今度は職員が召使い症候群になってしまうということ。人間関係として集団管理になるか、召使いになるかと、こういうのが閉じ込められた施設の世界だと。だから、自立支援とかそういう見方からすると、どうも施設っていうのは好ましいケアの提供ができないという本質的な議論が実はあるんですけど、日本ではそういう議論はあまりない。ユニットケアのころにはあったのです。それはどこかに消え失せているという感じがするんです。

宮本先生なんかもかかわっておられる、NPOのふるさとのお会あたりになると、生活支援ということではあるんですけど、お互い支援したり支援さ

れる関係ということで、今まで支えられる側だったという人も、ある意味自立性とか自主性を取り戻す中でケアというものが形成されてくるという在り方が、実は超高齢化社会でのケアの在りようとしては価値的にも高いし、おそらく私はエフェクティブでもあるというか、プロアクティブと言ったほうがいいのかもしいですけど、そういうことをたぶん考えているんだろうなという気はするんですけどね。

Ⅵ ケアとしての住宅政策

高橋：全くおっしゃる通りだと思うんです。確か、ピーター・タウンゼントが1960年代には最後のよりどころで描いた施設、結局あれでも日本と違って個室ですからね。タウンゼントの調査データが全部残っていて、それを再調査した本が昨年出まして。ピーター・タウンゼントはその頃から写真をたくさん撮っていて、それをみていると、明らかにもう施設が生活の場になっているわけです。それからマトロン、要するに寮母さんは制服を着なくなっているわけです。それぞれ自由。寄り添っている人という感じで。

そして、もう一つこの問題が克服できていない最大の理由は、やっぱり川上・川下問題という、病院で重度の障害を作って、それをそのまま介護施設、半分は老人福祉施設に入れてしまう。特養待ちというのはまさにそうなんだけど、そうすると、どうしても脳卒中の寝たきり老人お世話型モデルで施設の体系が組み立てられてしまう。認知症なり、生活不活発病なり、脳卒中お世話型モデルでケアが行われるということになりますから。ユニットケア批判者が分かってないのは、ユニットケアが出たにもかかわらず、相変わらず川上からそういう人たちがどんどん送られてくる。実はこれから起こり得る問題は、たぶん在院年数が短くなる。リハビリテーションがきちんとやられれば、そういう形では退院して来なくなるはずで、そうすると、在宅に戻すか、在宅が無理ならば高齢者のいろんな住まいに戻していくかという議論になる。

そうなると、住まいを確保して、居住支援と住まい方支援しながら、そこに専門的サービスを入れるというのが、例の地域包括ケアの鉢植えの図の話になってくるわけです。ベースに選択があって、鉢が住まいと住まい方があって、それで葉っぱに専門サービスがあって、土があって、そこに生活支援と福祉サービスと書いてある。専門サービスでいきいきするためにも実は生活支援をそこに入れておかないと。そして、それを支える器としての住まいを用意しておかないと。ただこれは、新しく建設する必要はほとんどないので、空き家活用でいいと思う。ホームホスピスを運営している人たちが言っているように、やっぱり、住み続けてきた普通の民家環境の力というのはとても大きいのです。そういうものを引き出すんだという議論は正当な議論だし、そこらへんの議論をやっぱりしないといけないのに、相変わらず全国老人福祉施設協議会みたいに小規模特養はやめろという提言をすることで僕らびっくりしたんですが、それは1970年代の寝たきり老人モデルですが、2025年に問題になるのは、明らかに認知症と生活習慣病とか、そういう虚弱、あるいはフレイルと最近はまだ言葉を使うんだそうですが、意味が変わり始めています。すると、生活の継続性を尊重した住まいが必要で、その環境に合わせたケア実践があり、それに合わせたケア組織論があり、そしてそれを支えるケア制度論がある。そこらへんはいろんな今ある芽を、地域包括ケアの推進の中からいろんな実践事例が出始めているので、それをやっぱり総合化するような、2025年モデルの政策論というんでしょうか、それを早急に作る必要があるなというふうに思っているんです。

宮本：今の宮島先生と高橋先生のお話を私なりに理解すると、これまで支えられる側の施設と、支える側の私的な住宅、これの二分法でやってきたわけですね。ところが、その二分法も成り立たなくなりました。でもやはり日本は支える側の持ち家を奨励するような施策でずっと動いてきた。ところが今、二分法が成り立たなくなってきたところで、施設から私的な住宅に行くんじゃないんですね。その

中間ゾーンに地域的居住とでもいうべき新しい住まい方をつくっていく。地域的居住というとか何か分からなくなるけれども、例えば互助ハウスのような新しい住まい方だとか、宮島先生もおっしゃったふるさとの会のモデルに倣って言うならば、私的な住宅、アパートに、生活支援を付けることで、大家さんにうまいこと貸し出していただいて、それで家賃もちゃんと入ってくるという形で回していく。同時に、そこに地域サロンをつくることで、地域的居住に組み替えていく。新しいケア付き自立のための地域的居住というゾーンがここに広がっていて、これはケア政策をきちんと花開かせるためにも非常に重要な展開です。ところが、やっぱり縦割り行政の中で、この部分をどこの行政が推進するかというところで、非常に複雑な綱引きがあるようです。

高橋：付け加えると、それは非常に大都市向きなんでしょうね。

森田：そうですね。

宮島：すごく単純に言ってしまうと、今の話は、国土交通省は「住宅政策はおれたちがやっているから」という。それから厚生労働省はケアは自分たちがやっているという。しかし、両方でミックスしてやるということがなかなかできないという話ですよ。外国の場合は、住宅政策は社会保障政策そのものだから、賃貸住宅市場というのはある程度あって、そこに公的なかわりがあるって、ケアをくっつけるということが、行政的にはある意味やりやすい形になっているのだろうなと思うのです。

もう一つあるのは今の都会問題で、病院から出てきたときに、借家の人が行きどころがなくなるんです。大家が面倒見きれないというから自分の持ち家に帰ってくる人もいるけど家族がいない。あるいは家族がいても当面面倒看れないということになるんです。そうすると、特養が開いてないから、サービス付き高齢者住宅の東京都内じゃ高くても無理だからといって、その近郊の遠い候補を一生懸命探さざるを得ない。退院直後のところとこのをもう少し政策的に扱う必要がある。退院直後の1カ月とか、在宅に戻ってきたら落ち着く

までは手厚くやるとか。看護とか介護を手厚く入って、それで1カ月ぐらいしてある一定のパターンができたらだんだん普通のサービスに持って行く。在宅に、持ち家に帰る人についてもう少しそれをやれば、かなり施設需要というのは減るなと思っています。退院直後集中支援ですね。

もう一つは、今言った借家の人です。借家の人というのは誰も面倒見なくなってしまうから、それこそ貧困ビジネスに行ってしまう。この話は、住宅が絡んでいて、ケアの話もあるけれども、ベースは住宅をどう確保するんだというところ。それがなければ上に乗っかっているケアが成り立たないわけですから。高齢者もそうですけど、母子家庭とか障害者とか、実は住宅のそういう問題というのは、日本の社会保障の中では意外と盲点になってきているという、そんな感じですね。子どもの貧困問題とか、いろいろな形でどうも出てきます。それから心配しているのは、やっぱり基礎年金の水準が下がったときにどうなっていくかという問題です。

高橋：今の議論は、ぜひ本誌でもとりあげて欲しいテーマです。やっぱり住宅を社会保障としてどう位置付けるかという議論は、ある意味では社会事業の創始の時代に戻ってことだと思っているんです。社会事業では不良住宅改良事業というのがありました。あったわけで、そこに住まいの場所と仕事の場所と、それからヘルスってものをどうするかという議論。そういうことを、例えば同潤会が大正大震災の復興事業で実験をしているわけで、それ以降、それこそバラバラになり、縦割りの制度になっていったのはそれなりの理由があったのですが。大正時代から大震災の後、社会保障が制度として確立する以前に同潤会を作ってチャレンジをやったわけだけど、もう一度その時代に学び直して議論をする時が来ていて、それがおそらく地域包括ケアシステムの意味なのかというふうに、あらためて思っています。

宮本：さっき申し上げたのは、確かに大都市が焦点なんですけど、地方でもやはり空間をうまく活用しているところがあります。例えば富山の「このゆびと一まれ」のいわゆる共生型福祉です。あ

るスペースに高齢者と子どもが一緒になったときに、そこに支え合いが生まれると。単にサービスが合理化されるのみならず、その支え合いでお互いが元気になる。ただ、そこにもスペースがあるんです。これは釧路なんかもそうですよね。冬月荘も行ってみると大きな空間があって、そこにいろんな人が入ったときに当たり前のように支え合いが生まれていく。都市でそういう新しい支え合いの条件をどういうふうに確保するか。そこができたときに、ともかく都市の介護・医療はお金が掛かるんだという前提もまた転換できるんでしょうね。

高橋：問題は、一番そういうことをやるのに抵抗するのは、行政ですから。さまざまケアのイノベーションをやるようにするってどういうことなのか。特区制度というのも一つの考え方だけど、従来型のシステムがどどんうまくいかないときは、シュンペーターじゃないけど、新結合というか新機軸で断続的にやらざるを得ない。準市場といっても、社会保障制度だから、ヨーロッパみたいにチャリティーが猛烈なお金が入るならまた別だけど、日本の場合はどうもそういうところも公的な財源に依存せざるを得ないという、不幸な事態。これだけ豊かだったら、ノブレス・オブリージュだったら、そういうお金はどどん出てきてもいい。要するにほろもうけしている人たちは、小指を動かせばその相当部分はチャリティーでまさにヨーロッパはそれでああいうセンターが住民で動かせるわけだけど。これは政策論ではないけども、だけどやっぱり政策のことを考えると、そういうことも含めた新しいチャレンジをどういう形で応援していくかということをやらないとイノベーションってできませんので、それも重要な視点かなと。

森田：もう大分時間が経ちましたので、そろそろまとめさせていただきたいと思います。

私自身が冒頭に問題提起をさせていただきましたけれども、やはり世の中のトレンドが、特に人口減少によって急速に変わってきていると思うんです。その制度とのミスマッチがいろんなところで出てきている。ところが、なんとなくがんばれば

ばまた元の路線に戻るんじゃないかという幻想があるという気がします。

地域包括ケアも、都市部も農村部もそうですけども、私も社人研へ来て初めて痛感したんですけども、人口減少っていうのは相当程度いろいろなところで利いてきますし、これから首都圏の高齢化も相当進んできます。かつては、首都圏の東京で働いている人たちが高い給料をもらって、地方税を払って、首都圏の自治体というのは豊かな地方自治をやっている、なおかつその人たちは国税もたくさん払って、その国税が地方交付税として地方へ回っていたという構図があると思うんですけども、そういう人たちがリタイヤし始めますと、地方の税収自体が長期的トレンドで減り始めてくる。ということは、首都圏の自治体自体も財政的に苦しくなると同時に、交付税の原資も減ってくるという話になってくるわけです。

暗い話にならざるを得ないんですけど、そのときどういうふうに対応をしていくかというときに、私自身は今の制度の枠を超えているような選択肢を考えるべきではないかと思ひますし、その際、例えばですけど、ある程度サービスのクオリティーを下げてでも量を確保するということが必要なのか。そのへんは判断が難しいところですね。

それでも自分はもう少し高いクオリティーが欲しいという人は、自己負担してもらおうという仕組みにするかどうか。これは介護では制度的に可能ですけど、医療のほうは、分かりやすく言うと混合診療のような形、そういう議論がたぶん医療保

険財政がかなり苦しくなるともっと本格的に出てくるんじゃないかと思っています。それはやはり既存の保険制度のいいところだけを取りながら変えていくということになると思ひますし、住宅の問題も、われわれの多くの国民の考え方というのは、現金は銀行に預金して、あとは不動産の資産なんですよ。それは最終的には値上がりするから、処分すればいろんな意味での財源、老後の資金になるということですけども、銀行預金のほうは銀行がたくさん国債を買ってますからどうなるか分かりませんし、不動産のほうはある地域で急速に価格が下がってきています。そのときにどうするのか。そこで出た空き家をどのようにするかというと、制度的な問題としましては、リバースモーゲージもそうですし、いろんな形の仕組みを考えていかなきゃいけない。これは法律的に言うと、基本的な所有権の考え方そのものの原則を変えなければいけないのではないかという気もしております。

住宅も含めて人材の問題、いろいろと制度面で考えるべき問題の指摘があったということで、創刊号は締めくくらせていただきたいと思います。どうもありがとうございました。

(2015年11月26日収録)

(たかはし・ひろし)
(みやじま・としひこ)
(みやもと・たろう)
(もりた・あきら)

投稿：研究ノート（『季刊社会保障研究』投稿分）

単身要介護高齢者に対するケアマネジャーによる 在宅継続支援の実態と課題

中島 民恵子*¹, 沢村 香苗*², 山岡 淳*³

要 旨

目的：本論文は、今後さらに高齢単身世帯が急増する大都市圏の1つである、東京都R区の高齢単身世帯における要介護高齢者（以下、単身要介護高齢者）が在宅生活を継続するために必要となる支援の具体的な内容および支援側であるケアマネジャーが抱える支援課題を明らかにする。

方法：本研究の対象はR区のケアマネジャー7名であり、調査はフォーカスグループ面接のための全員に対する個別ヒアリング調査とフォーカスグループ面接であった。2回にわたるフォーカスグループ面接を行い、ケアマネジャーの発言のコード化とカテゴリー化を3名の研究者で行った。

結果：単身要介護高齢者の支援の具体的な内容としては、日常生活を維持するための手続き面支援、生活面支援、医療面支援、安否・安全を確認するための見守り支援、インフォーマルな支援への目配りなどがあげられた。キーパーソン不在の単身要介護高齢者支援においてケアマネジャーが抱える課題としては、緊急入院の支援やケアマネジャーのキーパーソン化などがあげられた。また、金銭的余裕がない単身要介護高齢者の支援の困難さも示された。

考察：単身要介護高齢者への支援としては、日常生活面での細やかな支援および多面的な見守りが必要とされていた。また、単身要介護高齢者になってから得られたインフォーマルな支援には何らかの利害関係があることもあり、単身要介護高齢者がそれらの被害にあわないような「インフォーマルな支援への目配り」も必要になっていることが明らかとなった。これらについて高齢者の権利擁護の機能を持つ地域包括支援センターの関与も今後さらに重要であると考えられた。また、ケアマネジャーの業務範囲の不明確さは、単身要介護高齢者が増加していく状況においてさらなる検討が必要な課題と考えられた。

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp. 183-191.

I 研究の背景と目的

2011年現在、65歳以上の高齢者のいる世帯は2093万世帯、そのうち高齢単身世帯は23.3%であ

り、高齢単身世帯の増加は男女ともに顕著である〔内閣府（2014）〕。特に大都市圏を中心に高齢単身世帯の増加が見込まれており、東京都では今後の人口減少局面においても、2010年に62万人であった単身世帯の高齢者は2020年には80万人を超

*¹ Rutgers University Adjunct Assistant Professor

*² 株式会社日本総合研究所創発戦略センターコンサルタント

*³ 医療経済研究機構 主任研究員

えることが見込まれている〔東京都(2011)〕。

全国的な高齢単身世帯における認知症高齢者数に関する報告は見られないが、東京都におけるデータから簡易な方法で推計すると、2010年には約54,000人の認知症自立度Ⅱ以上の認知症高齢者が高齢単身世帯であったと考えられる¹⁾。また、東京都介護支援専門員研究協議会の調査では、2009年9月の請求件数のうち独居高齢者加算の請求が16.0%であり〔東京都介護支援専門員研究協議会(2011)〕、今後さらに高齢単身世帯が増加していく中で、単身要介護高齢者への支援ニーズもより高まると考えられる。

2008年版高齢社会白書では、一人暮らし高齢者の日常生活において「心配ごとがある」と回答した高齢者の割合は63.0%で、うち「頼れる人がいない」人はその半数の30.7%と示されている〔内閣府(2008)〕。また、一人暮らし高齢者が病気や一人ではできないことについて「別居の家族」を頼りにしているものの物理的に頻繁には会えない状況にあることも指摘されている〔みずほ情報総研(2012)〕。これらの状況は単身要介護高齢者の実態を示しているものではないが、これら的高齢者が要介護高齢者になる可能性がある状況において、今後の高齢単身世帯における要介護高齢者の支援では家族介護を前提にできない状況が多く起こることが予想される。

これまで高齢単身世帯に関する研究は、要介護状態ではない高齢者に関するものが主であり、自立度とその関連要因〔本田ら(2002)〕、生活・近隣環境〔室崎ら(2008)〕、閉じこもりや孤立〔斉藤ら(2006);斉藤ら(2010);田高ら(2013)〕、総合的な特徴〔久保ら(2014)〕などに焦点をあてた研究が蓄積されている。一方、単身要介護高齢者については、一人暮らしの工夫〔猪股ら(2014)〕や課題発生プロセス〔岩永ら(2014)〕に関する研究が行われている。また、国内外における単身要介

護高齢者のうち、単身認知症高齢者に関する文献レビューでは、服薬、食生活管理、小火、詐欺被害といったリスクを抱えていることが指摘されているが、単身要介護高齢者の支援の具体的な特徴や課題などについては十分に検討されていない。大都市圏における単身要介護高齢者の増加に加えて、政策的にも在宅での生活継続が推進されており、高齢単身世帯が自宅で暮らし続けるために必要となる支援内容や課題を明らかにすることは、今後の地域包括ケア体制の構築を進めていく上でも重要となる。そこで、本論文では単身要介護高齢者が在宅生活を継続するために必要となる支援の具体的な内容および支援側であるケアマネジャーが抱える支援課題を明らかにする。

Ⅱ 研究の対象と方法

1 R区の特性

R区は人口約70万人が住む特別区であり、2015年1月時点の高齢化率は21.3%、高齢単身世帯は約45,000世帯であった。区の第5期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画では、日常生活のさまざまな悩み事について身近に相談できる相手がなく、孤立してしまう懸念のある人の存在も指摘されている。本研究が協力を得たRケアマネジャー連絡会は、ケアマネジャー個人が加入する団体であり、質の高いケアマネジメントを行うための研修や勉強会、情報交換会等を行っている。R区役所もRケアマネジャー連絡会に対して運営体制の支援や研修の共催等の取り組みを行っている。

2 研究対象と方法

(1) 研究対象

本研究の対象者はRケアマネジャー連絡会の会員のうち、連絡会の会合および会報誌での本研究の実施の呼びかけに協力が得られた、単身要介護

¹⁾ 2010年における65歳以上の認知症自立度Ⅱ以上の高齢者数は232,852人、そのうち59.9% (139,478人) が自宅で暮らしていることが示されている〔東京都(2011)〕。また、同年の高齢世帯は1,678,041であり、うち高齢単身世帯は650,238であった〔東京都(2014)〕。高齢世帯のうち高齢単身世帯の割合は、38.8%と計算できる。先ほどの自宅で暮らす65歳以上の認知症自立度Ⅱ以上の高齢者数と掛け合わせると、54,117人が単身で暮らしていると推計できる。

高齢者のケアマネジメントを調査時点より1年以内に経験しているケアマネジャー7名であった。参加者への参加依頼にあたっては、個別ヒアリング調査、フォーカスグループ面接の目的、方法について説明した上で、参加は自由意思であること、参加を断っても不利益を受けないこと、結果は匿名性を確保した上で、収集したデータは研究目的以外に使用しないことを説明し、了承を得た。なお、本研究は医療経済研究機構研究倫理審査委員会で承認を得て実施した。

(2) 研究方法

本研究では、個別ヒアリング調査とフォーカスグループ面接の2つの方法を採用した。フォーカスグループ面接は、探索的研究方法の側面を持っており、実践的な課題に関係の深い参加者から、代表サンプルからは得られない具体的で多様な生の意見を引き出せる点に特徴がある〔冷水(2009)〕。本研究でフォーカスグループ面接を用いたのは、参加者が普段の利用者との関わりを語る中で、日常的な支援経験の文脈からそれることなく、参加者が互いに課題を共有し明確にしておくことが可能であると判断したためである。また、単身要介護高齢者の課題は整理するための枠組みがまだ十分整っていない現状において、参加者の自由な発言をもとに課題を浮かびあがらせることを通して、今後さらに増加する単身要介護高齢者の支援課題を明らかにすることが可能であると考えたためである。

前段での個別ヒアリング調査はケアマネジャーが実際に関わっている単身要介護高齢者の事例²⁾

をあげてもらい、支援の現状と課題を把握することによって、フォーカスグループ面接の質問内容(検討課題)の焦点化を行った。

フォーカスグループ面接中の記録は、後の結果分析を担当する研究メンバーが兼ねることが望ましいとされている〔Vaughn (1996)〕。本研究では、司会者を含む3名の研究メンバーが記録と分析の担当を兼ねた。記録は参加者から承諾を得た上で、録音したデータから起こした逐語録とともに、上記の3人の研究メンバーが面接会場に同席し、分析にとって重要と思われる発言(分析ポイント)について発言の簡単な内容と発言者を書きとめた。複数でデータ収集を行うことは、データ収集の信頼性を高めるためである。本研究の分析は、冷水(2009)が示している方法を参考に、データ単位に当たると判断した逐語録の部分に下線と印をつけ、分析者3名が個別に引き出したデータ単位にコード名を付し、これらのコードを比較して類似していると判断したものを集めて1つのカテゴリーにまとめ、カテゴリー名を付した。個別で行ったコード化、カテゴリー化の結果を3名で精査し、共通のコードとカテゴリーにまとめた³⁾。

面接は、2012年11月と2013年1月の2回実施した。1回当たりの時間は、約2時間であった。会場は、2回ともR区役所の会議室であった。

面接での質問内容(検討課題)は以下の①、②の通りであった。

- ①単身要介護高齢者ではない利用者と比較して、具体的にどのような支援が必要か? 現在それらに対して、不足している支援は何である

²⁾ フォーカスグループ面接実施前に、ケアマネジャーへ個別ヒアリング調査を実施し、可能な範囲で在宅継続事例について具体的な状況の説明を求めた。フォーカスグループ面接の参加者の発言には、これらの事例の経験から得られた内容が含まれている。フォーカスグループ面接の結果の理解をより深めるために、以下に単身要介護高齢者の具体的な状況を示す。

事例1としては、女性で要介護度2であり、夫が他界後に高齢単身世帯となった。認知症の症状と糖尿病の影響で神経麻痺と弱視である。家族は複雑な理由から疎遠となっており、頼れる親族はいない。夫の元部下と隣人が見守りを行っているが、金銭的な見返りを求めている関わりの側面があり、関わりにリスクがありうる状況にある。訪問介護、訪問看護を利用しており、金銭的なことは司法書士が関わっている。オムツを含むゴミ捨てについて、地域のルールを守れないため近所の苦情がある。

事例2としては、男性で要介護度4であり、下半身麻痺がある。身寄りがいない。近所付き合いもみられない。精神疾患とアルコール依存があり、生活保護を受給している。訪問介護(週4回の食事作り)を利用している。本人の在宅継続の意思は極めて強い。生活保護のケースワーカーとともに支援にあたっている。

か。

②キーパーソン不在の単身要介護高齢者支援において、ケアマネジャーとして抱える課題（支援の難しさ）は具体的にどのようなことか。それらの課題に対して、必要なサポートは何であるか。

なお、単身要介護高齢者において、キーパーソンがいる場合といない場合があり、いない場合はケアマネジャーの支援がさらに困難になる可能性が個別インタビューから把握された。そのため、質問内容（検討課題）②ではキーパーソン不在の単身要介護高齢者の支援の課題に焦点をあてた。

Ⅲ 結果

1 単身要介護高齢者に必要な支援

本課題に関しては表1に示す通り、①日常生活を維持するための手続き面支援、②日常生活を維持するための生活面支援、③日常生活を維持するための医療面支援、④安否・安全を確認するための見守り支援、⑤インフォーマルな支援への目配り

りの5つのカテゴリーが抽出された。

まず、単身要介護高齢者が日常生活を維持するための、①手続き面の支援、②生活面の支援、③医療面の支援の必要性について示された。①のカテゴリーに関しては、水道光熱費や家賃の支払いや銀行関係の手続き支援について特に言及された。具体的には、手続きができずライフラインが止められるような緊急的な状況で、時にはケアマネジャーが手続きを代行せざるを得ない状況が示された。また、家賃などの支払方法として銀行口座からの引き落としに高齢者自身が慣れていないことにより、それらの手続きを進めるためにケアマネジャーが苦心する場合が比較的多いことも指摘された。②のカテゴリーでは、傷んだ下着などの買い替え、ストーブ用の灯油の購入、電球の交換など介護保険サービスでは十分にカバーしきれない、しかし在宅生活を続ける上では重要なニーズがあることが示された。③のカテゴリーでは、日常的な服薬管理の支援の不足および、疾病に伴う急変への随時対応を担う支援の不足も指摘された。特に服薬管理は居宅療養管理料など介護保険

表1 単身要介護高齢者に必要な支援

カテゴリー	コード
①日常生活を維持するための手続き面支援	<ul style="list-style-type: none"> ・銀行の残高確認や入金 ・契約や水光熱費といった各種料金の支払い ・確定申告のときのちょっとした手伝い ・振込みや通帳の記帳の依頼 ・電気や電話が止められてしまい、支払いにケアマネジャーが走る ・家賃の支払いが滞り、いかに払ってもらうか
②日常生活を維持するための生活面支援	<ul style="list-style-type: none"> ・衣服の季節ごとの入れ替え、傷んだ下着などの買い替え ・ストーブ用の灯油の購入 ・電球の交換の依頼 ・ペットの世話ができなくなったときの支援 ・お風呂掃除なども難しくなり、地区区民館の入浴の利用
③日常生活を維持するための医療面支援	<ul style="list-style-type: none"> ・通院に付き添う人が誰もいないため、朝から晩まで付き合う ・服薬管理ができない ・糖尿病があると年中、低血糖や体調の急変で呼ばれ訪問回数が多くなる
④安否・安全を確認するための見守り支援	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症や火の不始末がこわいなどの人は、生活援助の中で見守りを兼ねるため訪問回数が多くなる ・毎日、何かしらのサービスを入れ、誰かが1回は訪問するプランの必要性 ・近所の人の見守りの目があると、利用者が遠くに行く前にとめてくれる ・民生委員による見守り
⑤インフォーマルな支援への目配り	<ul style="list-style-type: none"> ・家の中までのインフォーマルなサービスはある程度の利害関係がないと動いてくれない ・金銭目的で関わる人から大きな危険を被らないように見守っている ・本人が弱ってからできたインフォーマルな支援は注意が必要なおことがある

³⁾ 中島ら（2011）では、冷水を含む研究チームで行ったフォーカスグループ面接の分析におけるコード化、カテゴリー化を行うプロセスの例を示している。本論文も原則的に同じ方法を用いている。

サービスの利用でカバーすることが前提となるが、所得が低い場合には、これらのサービス利用に難色を示され、支援を求められることがあることも指摘された。

④のカテゴリーでは、安否・安全を確認するための見守り支援の必要性について示された。単身要介護高齢者の場合、自宅に一人で過ごすことが基本となるため、安否確認の意味も含めた「毎日、誰かが1回は訪問する」ことの必要性が強調された。また、近所の人による見守りの重要性も指摘された。

⑤のカテゴリーでは、インフォーマル支援への目配りの必要性について示された。④のカテゴリーで近所の人の見守りといったインフォーマルの重要性が指摘された。一方で、単身要介護高齢者になってから形成された関係や支援は、高齢者が自発的に金銭を支払ってしまうことでインフォーマルな支援の性質が変わってしまうことがあったり、支援者による何かしらの利害関係が存在していたり、関わりが金銭目的であったりすることもあるため、単身要介護高齢者が被害を受けないような支援の必要性も示された。

2 キーパーソン不在の単身要介護高齢者支援においてケアマネジャーが抱える課題（支援の難しさ）

本課題に関しては表2に示す通り、①緊急の受療・入院のための意思決定・手続き代行の困難さ、②緊急入院時の金銭的等の保証リスク、③最期に向けた本人意向の確認の困難さ、④制度理解の説明責任の重さ、⑤ケアマネジャーのキーパーソン化、⑥関係づくりの困難さ、⑦金銭的余裕のない人たちの施設等移行先確保の困難さの7つのカテゴリーが抽出された。

①、②のカテゴリーでは、緊急時の入院等に関する支援の課題が示された。救急車への同乗や入院への同意のみならず、ケアマネジャーが緊急入院時の医療処置の判断を迫られることもあり、責任範囲の課題も存在していた。また、救急車の同乗に関しては、ケアマネジャーの所属事業所の方針によっても可否が分かれていた。キーパーソン不在の単身要介護高齢者の場合、救急車に同乗すると入院もしくは帰宅となるまで同行することが必要となる場合もあり、ケアマネジャーの業務範囲を超えた支援をしなければならない状況が課題

表2 キーパーソン不在の単身要介護高齢者支援においてケアマネジャーが抱える課題（支援の難しさ）

カテゴリー案	コード
①緊急の受療・入院のための意思決定・手続き代行の困難さ	・入院の同意書を書くことが求められる ・緊急入院時の医療処置の判断を迫られる ・救急車の同乗を求められる
②緊急入院時の金銭等の保証リスク	・入院時の保証人となることが求められる ・生活保護でない独居の入院は特にケースワーカーもついておらず、お金の心配もあり困る
③最期に向けた本人意向の確認の困難さ	・ADL低下や認知症の発症後、最終的な決定をするのが誰か、最終的にどうするか分からない状況での支援の困難さ ・最期をどこでどう迎えたいか、突き詰めた話がなかなかできない ・年中、施設に移行するかどうか揺れ動く人もあり、そのつど利用者とのコミュニケーションが求められる ・利用者の判断能力低下に伴う支援の難しさ
④制度理解の説明責任の重さ	・制度が変わるたびに、ご本人1人だと、説明責任がケアマネジャーに全てかかり困難 ・介護保険の契約は家族でも混乱するぐらいで、誰もいない場合は余計に何が何だか分からない状況になりがち
⑤ケアマネジャーのキーパーソン化	・ケアマネジャーの仕事でないと思いつつ、やる人がいない時は断れない ・お金がない人の入院の洗濯や必需品の補充等のケアマネジャーの対応には、報酬は1銭も入らない ・キーパーソンがいないと、ケアマネジャーが疑似家族にさせられ、キーパーソン化していく
⑥関係づくりの困難さ	・異動がある職場の場合、キーパーソンがいないとさらに1から関係を作らなくてはならず、関係構築に苦勞する
⑦金銭的余裕のない人たちの施設等移行先確保の困難さ	・一般的には金銭的に余裕がないと、有料老人ホームには入れず、特養などの選択になる ・特養もすぐに入れないので、「老健巡り」をして待つことになる ・生活保護の人は役所の人がいっしょに関わるが、金銭的にグレーゾーンの人にはケアマネジャー任せになるため、老健めぐりやショートの利用という裏技のような支援になる ・行政に相談し、生活保護でなく年金も少ない人が区外の軽費老人ホームを泣く泣く利用することとなった

であることも示された。

③のカテゴリーでは、最期に向けた本人意向の確認の困難さに関して示された。意思を示せる段階で、最期をどこでどのように迎えたいかについて利用者に話をしようと試みても、その話題を避けられたり、怒りだしたりする利用者もあり、突き詰めた話がなかなかできないことが指摘された。また、認知症等の発症後に本人の意思が分からない状況で、ケアマネジャーがどのように支援していったらよいかの迷いもみられた。成年後見人をつける選択肢ももちろんあるが、本人が受診を嫌がる場合など、必ずしも円滑に支援ができない実情も示された。

④のカテゴリーでは、ケアマネジャーの重要な役割である制度説明に関して示された。複雑な制度自体の説明と制度変更の説明の困難さ、特に家族等のキーパーソンがいない場合、利用者それぞれを十分理解してもらい、サービスの利用を促すことは容易ではない状況が示された。

⑤のカテゴリーでは、ケアマネジャーの「キーパーソン化」について示された。支援体制の多くが、家族などのキーパーソンがいることを前提としている場合が多く、キーパーソン不在の単身要介護高齢者の支援においては、ケアマネジャーが役割を担うことになりがちであることが指摘された。

⑥のカテゴリーでは、関係づくりの困難さが示された。本カテゴリーにおけるコードは1つしか該当がなかったが、単身要介護高齢者の支援の困難さとして特に重要と考え、カテゴリーとして示した。ここでは、担当者が変わる場合において、家族などのキーパーソンがいる場合は変更状況を理解しそれらを利用者本人に説明してくれるなどの対応が期待できるが、それがないことにより関係の再構築に時間を要することが示されていた。

⑦のカテゴリーでは、金銭的余裕のない人たち(生活保護を受給している訳ではないが低所得者)の施設等移行先確保の困難さが示された。施設移行先の不安定さがあげられ、金銭的余裕がない人たちが安定した居所を得ることが難しく、老人保

健施設間の移動の繰り返し(老健めぐり)やショートステイの連続利用、お泊りデイの連続利用といった、通常想定されている施設機能とは異なる施設の利用となっている状況が課題として示された。

IV 考察

フォーカスグループ面接の分析結果から、主に以下の3点について述べる。

1 制度内外の重層的な見守り・支援者の必要性

「毎日、何かしらのサービスを入れ、誰かが1回は訪問するプランの必要性」が指摘され、何かが起きた時に、1日以内に誰かが見つけてくれる体制づくりが単身要介護高齢者では特に必要であると考えられた。誰かが1日1回は訪問する形をとることができることで、自宅内での転倒などが起きても重症化を防ぐことが可能となる。それには、介護保険サービス(フォーマルな支援)だけではなく、配食サービスやごみの個別収集(セミフォーマルな支援)や近隣住民や友人の訪問など(インフォーマルな支援)といった多様な担い手による支援が重要である。また、ケアマネジャーが多様な担い手や資源を把握し、単身要介護高齢者に対する継続的な支援体制を組むケアプラン作りおよび、これらのケアプランを作りやすくするケアマネジャーへの支援も今後さらに重要になると考えられる。

電球の交換や灯油の購入などの日常生活面での細やかな支援が必要とされており、これらの担い手として、地域のさまざまなインフォーマルな支援をさらに活用していくことが「地域包括ケア体制の構築」でも期待されている〔地域包括ケア研究会(2013)〕。諸外国においても多様な担い手の拡大、特に高齢者が高齢者を支えるための取り組みも積極的に進められており〔国際長寿センター(2014)〕、日本においてもそれらの担い手の確保は重要な課題である。一方、単身要介護高齢者の生活支援において、インフォーマルな支援の重要

性ととともに危うさが伴う可能性も示された。特に、要介護状態になってから形成された近隣や友人関係において、金銭目的や何かしらの利害関係があることもあり、単身要介護高齢者がそれらの被害にあわないような「インフォーマルな支援への目配り」も必要になっていることが示されていた。高齢者の権利擁護の機能を持つ地域包括支援センターの関与も今後さらに重要であると考えられた。

2 ケアマネジャーのキーパーソン化の課題

ジャンル・時間を問わない細やかな支援の必要性とそれに対応できる既存の支援が不足もしくは不在である点が示された。それにより、「ケアマネジャーが疑似家族にさせられ、ケアマネジャーがキーパーソン化していく傾向がある」ことが指摘された。さらにフォーカスグループ面接では、ケアマネジャーが便利屋のようになってしまうことの発言もみられ、これらの細かい支援に対する報酬やリスクへの対応が必ずしも制度的に担保される訳ではない中、どこまでケアマネジャーが担うべきかと日々悩んでいることも明らかとなった。単身要介護高齢者の支援に限定した結果ではないがケアマネジャーの援助実践における困難な側面として、「過重な役割期待と業務範囲の不明確さ」が他の調査研究でも示されており〔裴(2013);三菱総合研究所(2012);東京都介護支援専門員研究協議会調査研究委員会(2011)〕、単身要介護高齢者がさらに増加していく状況において、今後も検討する必要がある課題と考えられた。

電気、電話、家賃などのライフラインに関わる支払や契約といった金銭に関わる支援は、誰でもすぐに担える支援とは言えない。制度としては成年後見制度および日常生活支援事業が整備されている。本研究で指摘された日常生活を維持していくための細やかな支払などの支援は、日常生活自立支援事業によっておおむねカバーされると考えられるものの、福祉サービス利用援助事業が中心であり、日常的な金銭管理や書類預かりの拡充の必要性〔大藪(2008)〕や専門員の人員配置の拡充の必要性〔濱島(2010)〕が指摘されている。単身要

介護高齢者の日常生活維持のためにも、今後さらなる支援体制の充実が求められる。また、緊急時の入院が必要になる場合、入院の付き添いに留まらず、医療処置の判断や金銭的保証の役割までが求められている状況もあり、これらについては自治体の職員とも連携しケアマネジャー1人が抱え込まないでよい体制づくりを進めることがさらに重要と考えられた。

3 金銭的余裕のない人たちへの支援課題

生活保護までにはいたらない低所得者層の単身要介護高齢者の支援の難しさが指摘された。地域包括ケア研究会の報告書では「都市部では、強い『互助』を期待することが難しい。一方で、民間サービス市場が大きく『自助』によるサービス購入が可能な部分も多いと考えられ、より多様なニーズに対応することができる。」と言及されている〔地域包括ケア研究会(2013), p5〕。しかし、所得が低い場合には、居宅療養管理料の利用ですら本人が難色を示すこともあることがフォーカスグループ面接で指摘されており、金銭的余裕のない人たちには民間サービス市場で提供されるサービスを購入する余力が十分にない状況である。制度的にサービスが整備されていたとしても、制度のはざまに陥ることによって生じるサービス利用の困難さについて、フォーカスグループ面接で指摘された。制度のはざまに陥る可能性は、単身要介護高齢者に限ったことではないが、金銭的余裕がない単身要介護高齢者の場合に、特に十分な支援を受けづらい状況であることが指摘された。今後さらに、具体的にどのような支援サービスが受けづらくなっているかなどについての把握が求められる。

また、施設に移行する場合でも金銭的余裕のない人たちは安定した居所を得ることが難しく、老健めぐりやショートステイの連続利用、お泊りデイの連続利用といった、通常想定されている施設機能とは異なる施設の利用となっている状況が課題として示されていた。一方、フォーカスグループ面接で生活保護受給者の場合は区のケースワーカーの関与があるため、選択肢は少ないが特別養

護老人ホームには入りやすいことが示されたが、金銭的余裕のない単身要介護高齢者は該当しない。金銭的余裕のない単身要介護高齢者への支援のあり方も、今後の大都市圏の単身要介護高齢者の課題を検討していく上で重要であると考えられる。

本研究は1つの区のケアマネジャーを対象としたフォーカスグループ面接で得られた結果を扱っており、一般化することは一定の限界がある。今後、大都市圏の対象エリアを広げて調査を継続する必要がある。

しかし、本研究はまだ十分に明らかにされていない単身要介護高齢者の在宅継続に向けた支援課題およびケアマネジャーの抱える支援課題を明らかにしており、今後さらに大都市圏において増加が見込まれる単身要介護高齢者を支援していく上で検討すべき内容を深めていくことに貢献するものである。

謝辞

本調査にご協力いただいたケアマネジャー、区役所の方々に感謝いたします。なお、本研究は医療経済研究機構の自主研究として実施した成果の一部である。

(平成27年1月投稿受理)

(平成28年3月採用決定)

参考文献

- 地域包括ケア研究会 (2013) 『持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書』。
- 裴孝承・清水由香・岡田進一・ほか (2013) 「介護支援専門員の援助実践における困難感の構成要素」『介護福祉学』20(1)：73-82。
- 濱島淑恵・加藤蘭子・谷口真由美 (2010) 「権利擁護としての日常生活自立支援事業の現状と課題 専門員・生活支援員の支援活動と地域連携を中心に」『厚生学の指標』57(8)：7-13。
- 本田亜起子・斉藤恵美子・金川克子・ほか (2002) 「一人暮らし高齢者の自立度とそれに関連する要因の検討」『日本公衆衛生雑誌』49(8)：795-801。
- 猪股英輔・小林法一 (2014) 「要介護高齢者における一人暮らしの工夫 家事に焦点を当てて」『作業療法』33(3)：230-240。
- 岩永耕・横山奈緒枝 (2014) 「独居高齢者の課題発生プロセスにおける一考察 Q市における専門職への質的調査から」『臨床福祉ジャーナル』11：22-29。
- 国際長寿センター (2014) 『プロダクティブ・エイジング (生涯現役社会) の実現に向けた取り組みに関する国際比較研究報告書』。
- 久保温子・村田伸・上城憲司 (2014) 「独居高齢者と非独居高齢者の特徴に関する大規模調査」『厚生学の指標』61(11)：21-26。
- 松下由美子 (2012) 「一人暮らし認知症高齢者に関する文献レビュー」『日本在宅ケア学会誌』15(2)：25-34。
- 三菱総合研究所 (2012) 『居宅介護支援事業所における介護支援専門員の業務および人材育成の実態に関する調査報告書』。
- みずほ情報総研 (2012) 『一人暮らし高齢者・高齢者世帯の生活課題とその支援方策に関する調査研究事業報告書』。
- 室崎千重・重村力・山崎義人 (2008) 「一人暮らし高齢者の居住継続を支える近隣環境に関する研究 - 京都市都心部の旧富有小学校区を事例として -」『日本建築学会計画系論文集』73(631)：1907-1914。
- 中島民恵子・田嶋香苗・金圓景・ほか (2011) 「地域特性に即したインフォーマルケアの実践課題抽出の試み① - 高齢化が進む大都市近郊の春日井市S地区の調査から -」『社会福祉論集』125：103-119。
- 内閣府 (2014) 『平成26年版高齢社会白書』。
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/index.html> (2015年1月6日最終確認)
- 大藪元康・加藤 蘭子・大井 智香子・ほか (2008) 「地域福祉権利擁護事業の現状と課題A県における地域福祉権利擁護事業の実態把握を中心に」『中部学院大学・中部学院短期大学部 研究紀要』9：135-141。
- 斉藤雅茂・藤原佳典・小林江里香・ほか (2010) 「首都圏ベッドタウンにおける世帯構成別にみた孤立高齢者の発現率と特徴」『日本公衆衛生雑誌』57(9)：785-795。
- 斉藤民・李賢情・甲斐一郎 (2006) 「高齢転居者に対する社会的孤立予防プログラムの実施とその評価の試み」『日本公衆衛生雑誌』53(5)：338-346。
- 冷水豊 (2009) 「第4章1 フォーカスグループ面接、デルファイ法調査、ノミナルグループ法の基本と本研究での適用」冷水豊編著 『「地域生活の質」に基づく高齢者ケアの推進 フォーマルケアとインフォーマルケアの新たな関係をめぐって』有斐閣。
- 田高悦子・河野あゆみ・国井由生子・ほか (2013) 「大都市の一人暮らし男性高齢者の社会的孤立にかかわる課題の質的記述的研究」『日本地域看護学会誌』15(3)：4-11。
- 東京都 (2011) 「第3章 人口動向から見た「2020年の東京」」『2020年の東京』。
<http://www.metro.tokyo.jp/INET/KEIKAKU/2011/12/>

- DATA/70lcm120.pdf (2015年1月6日最終確認)。
 東京都 (2011) 「認知症高齢者自立度分布調査」。
 東京都 (2014) 「「予測結果の概要」東京都世帯数の予測」。
<http://www.toukei.metro.tokyo.jp/syosoku/sy14rf0006.pdf>
 (2015年10月26日最終確認)。
 東京都介護支援専門員研究協議会 (2011) 「平成21年度
 介護報酬改定後の各種加算の請求実態と加算要件に
 対する認識に関する調査報告」
[http://cmat.jp/assets/files/2010/100131revision_](http://cmat.jp/assets/files/2010/100131revision_prompt.pdf)
[prompt.pdf](http://cmat.jp/assets/files/2010/100131revision_prompt.pdf) (2015年10月26日最終確認)。
 東京都介護支援専門員研究協議会調査研究委員会
- (2011) 『介護支援専門員の役割に関する研究－どこ
 までの業務範囲か－報告書』
 Vaughn, S., Schumm, J.S. and Sinagub, J.M. (1996) “Focus
 Group Interview in Education and Psychology. Sage.”
 (= 1999. 井下理監訳, 田部井潤・柴原宜幸訳『グ
 ループ・インタビューの技法』慶應義塾大学出版
 会.)。
- (なかしま・たえこ)
 (さわむら・かなえ)
 (やまおか・あつし)

投稿：研究ノート（『季刊社会保障研究』投稿分）

公的年金財政検証における財政均衡方式の評価

吉田 周平*¹, 木村 真*²

要 旨

日本の公的年金制度では、政府は5年ごとに将来の給付や保険料の水準を計算して年金財政の見通し（財政検証）を示すことになっており、2004年の改正で、遠い将来にわたって年金財政が均衡するように計算する方式（永久均衡方式）から、おおむね100年の間財政が均衡するように計算する方式（有限均衡方式）に変更された。有限均衡方式は、採用された頃から財政検証のたびにマクロ経済スライドによる給付抑制の期間が延長されるのではないか、という懸念が示されてきた。しかし、いずれも定性的な指摘にとどまり、それが構造的なものなのかについての検証や、問題の程度についての定量的な分析は行われていなかった。そこで本稿では、このマクロ経済スライドによる給付抑制の期間が財政検証のたびに延長するののかという問題について、厚生労働省が2009年財政検証に用いたプログラムを利用し、定性性の検証と定量的な分析を行った。また、2004年の改正時に述べられた永久均衡方式から有限均衡方式への変更理由についても同時に検証を行った。

分析の結果、将来が仮に財政検証の見通しの通りに推移したとしても、財政検証のたびにマクロ経済スライドの適用期間を延長し、給付水準を低下させなければならないことが明らかとなった。つまり有限均衡方式では、構造的に常に楽観的な見通しが示されることを意味する。また有限均衡方式による財政検証の繰り返しは、最終的に永久均衡方式に近づくことが明らかになった。将来にわたって巨額の積立金を保有しなくてよいということが有限均衡方式への変更理由の一つとされたが、この結果はそのメリットを否定するものである。さらに、給付水準低下の影響はさほど大きくないことが分かった。したがって、給付水準の低下が計算上約束されているとあってよい有限均衡方式から、そうした問題のない永久均衡方式に戻したとしても影響は小さいということが示された。

社会保障研究 2016, vol.1, no.1, pp.192-208.

I はじめに

現在、日本の公的年金制度では、5年ごとに実施

される「財政検証」において、マクロ経済スライドによる給付抑制がいつまで続く見通しなのか示されている。この給付抑制の期間を見通す際に重要な役割を果たしているのが、財政均衡の計算

*¹ 兵庫県立大学大学院シミュレーション学研究科 博士後期課程

*² 兵庫県立大学大学院シミュレーション学研究科 准教授

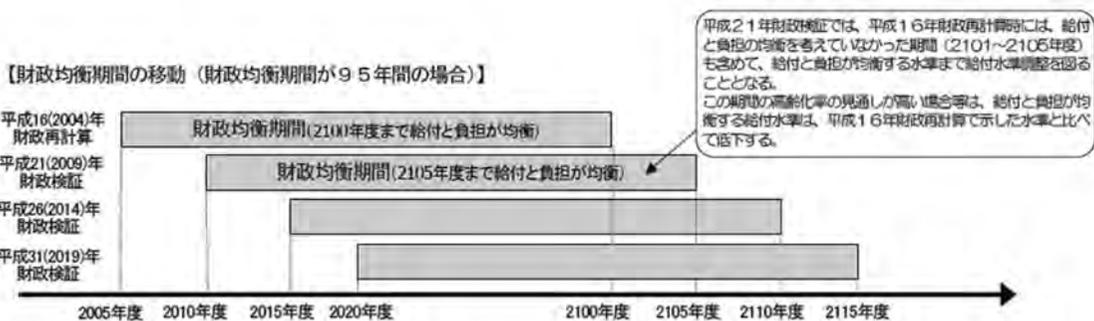
方式である。2004年の改正以前は、未来永劫にわたって年金財政の均衡を保てるよう計算する永久均衡方式が採られていたが、2004年の改正でマクロ経済スライドを導入する際に、おおむね100年の間財政の均衡を保てるよう計算する有限均衡方式へと変更された。この結果、現在は有限均衡方式のもと、財政均衡の最終年度であるおよそ100年後の目標積立年度において、積立度合（当年度の支出合計に対する前年度末積立金の比率）が1となるよう、マクロ経済スライドの適用期間が推計され、最終的な給付水準（所得代替率）の見通しが示されている。

しかしながら、この有限均衡方式には問題が指摘されている。中嶋（2004）は改革案の段階で、5年ごとに財政検証を繰り返すたびに目標積立年度が5年延長し、マクロ経済スライドの終了年度が後ろ倒しになることによって最終的な所得代替率が低下する危険性があると指摘している。さらに星野（2014）は2009年財政検証と2014年財政検証の結果を比較し、実際に給付削減の期間が延長していることに注目している。この点について原因は多様にわたるとした上で、有限均衡方式の構造上の問題が結果に影響しているのではないかと仮説を立てて、中嶋（2004）と同様の考えを述べている。その他、清水（2006）も有限均衡方式下

ではマクロ経済スライドの終了年度が延長することに懸念を示している¹⁾。

このようなマクロ経済スライドの終了年度が後ろ倒しになる可能性については、厚生労働省も説明している。図1は、厚生労働省年金局数理課（2005）で有限均衡方式の繰り返しについて説明する際に用いられているイメージ図だが、この中で、次回の財政検証で新たに財政均衡の対象となる期間における高齢化率の見通しが高い場合などは、次回の財政検証において給付水準が低下すると説明されている。しかし、この「高齢化率の見通しが高い場合」というのがどの程度の高齢化率を指すのか、また見通しが高い場合の蓋然性がいかほどなのか、有限均衡方式が抱える構造的な問題かどうかということには触れられていない。

そこで本稿は、有限均衡方式で財政検証を繰り返した場合、給付水準が低下するかどうかを定量的に調べ、低下する場合には先行研究が指摘するような有限均衡方式の構造上の問題が原因であるのか、または厚生労働省年金局数理課（2005）が言及したように将来の高齢化率の見通しが原因であるのかを検討する。給付水準の低下を定量的に分析したものには北村・中嶋（2004）があり、モンテカルロ・シミュレーションに基づく独自のモデルを用いた分析を行っている。これに対し、本



出典) 厚生労働省年金局数理課（2005）, p.19, 第1-1-10図

図1 給付水準低下についての厚生労働省の説明

¹⁾ ただし清水（2006）は財政均衡期間終了時点での積立度合は、次の財政検証までの5年間における状況の変更に より大きな影響を受けると述べ、たとえば運用実績が想定より良好な場合について影響が完全に相殺されてしま うことを示している。

稿では厚生労働省が公開している2009年財政検証のプログラム²⁾(以下、厚労省モデルと呼ぶ)を用いて、財政検証の繰り返しがマクロ経済スライドの適用期間と最終的な所得代替率に及ぼす影響について分析する。厚労省モデルを使用することのメリットは、財政検証の結果と比較できる点にあるが、研究への応用は、山本(2010)、小平(2013)など少数にとどまっている³⁾。

さらに、本稿は有限均衡方式が導入された理由の妥当性についても検証する。2004年の年金改正で永久均衡方式から有限均衡方式に切り替えられた理由については、厚生労働省年金局数理課(2010)に「予想が極めて困難な遠い将来まで考慮する必要性の是非や、また巨額の積立金を保有することとなることについて、議論があった」(p.18)と簡単にまとめられている。本稿ではさらに詳しく踏み込んで、2004年の改正にあたって大きな役割を担った経済財政諮問会議や、厚生労働省社会保障審議会の年金部会、年金数理部会における議事録、資料を丹念に追って、有限均衡方式の導入の経緯を明らかにする。そして、永久均衡方式の場合について計算を行い、永久均衡方式から有限均衡方式に切り替えられた際の理由の妥当性について検証する。

本稿の構成は以下のとおりである。Ⅱ節では、有限均衡方式が導入された経緯を振り返ることにより、有限均衡方式がどのような性質を有するものとして当時考えられていたかを確認する。Ⅲ節では、分析に使用する厚労省モデルの概要と本研究のためにプログラムに施した改良点について述

べる。Ⅳ節では本稿の分析方法について述べ、Ⅴ節で分析結果を示す。最後に、Ⅵ節では得られた結果から公的年金財政検証における財政均衡方式の在り方について考察する。

Ⅱ 有限均衡方式の導入の経緯

2004年改正で有限均衡方式を導入することになった背景には、当時、特に巨額の積立金を保有することについて議論があったことが影響している。公的年金の積立金は、2001年4月から財政投融资改革の一環で、それまでの財務省資金運用部への全額預託から厚生労働省所管の特殊法人年金資金運用基金による自主運用へと変わった。これにより金融市場に巨大なプレイヤーが誕生することとなったが、同時に、より経済リスクにさらされる、資金運用管理が難しい、金融市場(株式市場の価格形成、債券市場の流動性)を歪めるおそれがある、国民経済における資金循環の側面で公的資金の比重が高すぎる、などといった問題が指摘されるようになっていた⁴⁾。こうした問題意識を背景に、政府も「今後の経済財政運営および経済社会の構造改革に関する基本方針」(2001年6月26日、基本方針2001)で積立金の保有水準引き下げの方針を閣議決定するなど、本格的に積立金の抑制に向けて議論を開始した⁵⁾。

最初に積立金の取り崩しについて本格的に議論されたのは、2002年9月26日(第9回)および同年10月29日(第11回)の社会保障審議会年金部会である。当時、高齢化のピークにおいても積立金を

²⁾ これ以外にも幾つかの年金数理モデルが開発されているが、本稿では財政検証の結果と比較するために厚労省モデルを使った。また、2014年に財政検証が行われ、その結果とプログラム、関連データが公表されているが、本稿の作成時点では2009年財政検証のプログラムしか公開されていなかったため、こちらを用いている。

³⁾ 山本(2010)は支給開始年齢を引き上げた場合と、給付算定方式をアメリカ方式に切り替えた場合、さらにクローバック制を導入した場合についてシミュレーションを行っている。小平(2013)は2009年財政検証の経済前提は過度に楽観的であるとし、保守的に見積もった経済前提でシミュレーションを行うことにより、多くのケースで最終的な所得代替率が50%を下回ることを示している。

⁴⁾ ニッセイ基礎研究所(2001)、厚生労働省「公的年金制度の役割とこれにふさわしい財政方式及び財源等」(社会保障審議会年金部会第3回(2002年4月19日)提出資料)、社会保障審議会年金部会第9回(2002年9月26日)議事録、経済財政諮問会議(第12回、2003年6月9日)有識者議員提出資料等を参照。

⁵⁾ 「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」(2001年6月26日閣議決定)に、年金積立金のあり方について、「平成13年度から市場運用への転換が行われたことを踏まえ、少子高齢化の進展した将来において有効に活用し積立金水準を引き下げる」と明記されている。

保有することは合理的でないのではないか、といった疑問を背景に、年金積立金を将来にわたり保有する計画（永久均衡方式）を見直し、取り崩して年金給付に充てることにより、保険料の上昇を抑えるという考え方がしばしばいわれるようになっていたことから、同部会で試算を通じてその影響が検討されることとなった⁶⁾。具体的に、高齢化のピーク前後（2040年度、2060年度）に積立金を完全に取り崩す場合について試算した結果、保険料率の上昇を当面は抑えることができるものの、積立金を取り崩した直後からは完全な賦課方式に移行するため保険料率が急激に上昇し、負担の先送りとなることが示された⁷⁾。結局、年金部会ではその後も年金積立金のあり方についてたびたび議論がなされるものの、委員の意見は、見込み通りの収益を上げ続けられる保証はないとして取り崩しに賛成する意見と将来世代の保険料負担を考慮して反対する意見に最後まで分かれた⁸⁾。

代わって最終的に有限均衡方式の導入に決定的な役割を果たしたのは、経済財政諮問会議と坂口試案であった。経済財政諮問会議で本格的に年金改正の議論が開始されたのは2002年12月5日（第39回）からである。先に述べた年金部会での取り崩しの試算の後、厚生労働省が2002年12月に示した「年金改革の骨格に関する方向性と論点」を受

けてはじまった。経済財政諮問会議では、小泉内閣発足当初に示した基本方針2001の閣議決定もあり、最初から有識者議員のスタンスは積立金の水準引き下げを検討すべきというものであった。これに対し、厚生労働省の事務方は明らかに取り崩しに消極的であった⁹⁾。そのような中で坂口厚生労働大臣（当時）は、厚生労働省の立場を一方的に主張するのではなく、諮問会議を年金改革の骨格を決める場と位置づけ、決めるべき3つの論点の1つとして、どの程度の積立金を持つ必要があるか、という点を挙げた¹⁰⁾。

このような大臣の問題提起を受け2003年4月16日の経済財政諮問会議（第9回）で、有識者議員から2100年での積立度合を1とすれば十分ではないかとの考えが示され、その試算結果も示された。およそ100年後の積立度合を1とする考え方は、このときに本格的な議論のテーブルに初めて出されたと思われる。ただし、有識者議員の提案では、定期的に均衡計算を繰り返すということは言及されておらず、念頭に無かったものと思われる。

以上みてきた厚生労働省の「年金改革の骨格に関する方向性と論点」、社会保障審議会年金部会や経済財政諮問会議での議論を踏まえて2003年9月5日に坂口厚生労働大臣が公表した試案が「平成16年年金改革における給付と負担の見直しにつ

⁶⁾ 社会保障審議会年金部会第9回（2002年9月26日）議事録を参照。この考え方は、後に経済財政諮問会議で有識者議員からたびたび言及されている（2002年12月5日第39回、2003年2月20日第4回、同年4月1日第7回、同年4月16日第9回の議事録を参照）。

⁷⁾ 高齢化のピーク前後に給付費の1年分まで取り崩す場合の試算も行われたが、完全に取り崩す場合と同様に、取り崩し後に保険料率が急激に上昇する結果となった。

⁸⁾ 社会保障審議会年金部会第12回（2002年12月13日）資料「年金制度改革に係るこれまでの意見の整理」、同部会第25回（2003年9月4日）参考資料「審議整理メモ」を参照。その後、同部会が2003年9月12日に最終的にとりまとめた「年金制度改革に関する意見」では、「将来の世代の保険料負担を考えると、一定程度の積立金は必要である」としつつも、「基本方針2003」の抑制方針を踏まえて積立金の規模について十分な検討が必要とし、永久均衡方式と有限均衡方式の繰り返しについて両論併記する形となった。

⁹⁾ まず厚生労働省は「年金改革の骨格に関する方向性と論点」で、「積立金の運用収入を確保し、ピーク時の保険料水準を抑制していくことが必要である」とまとめている。また、2003年2月20日の経済財政諮問会議（第4回）で坂口厚生労働大臣（当時）が積立金の問題について、「今の厚生労働省の事務当局の説明でございますと、・・・（中略）・・・（積立金は）どうしても要るんだという説明でございますと、私も計算が弱いものですから、そう言われると、そうかなと、こう思っているわけでございます」と発言している。さらに2003年4月1日の経済財政諮問会議（第7回）にて、有識者議員提出資料の「高齢化のピークにおいて積立金を保有し続けることは合理的でないのではないか」との意見に対し、反論のような形で「厚生労働省の考え方」との副題の資料を厚生労働大臣が提出しており、そのなかで年金部会での試算結果を踏まえて「定まった水準より積立金の規模を下げれば、保険料負担の上昇や給付の抑制が必要となる」という意見を述べている。以上から明らかである。

¹⁰⁾ 2003年4月1日の経済財政諮問会議（第7回）議事録を参照。

いて(坂口試案骨子)」、いわゆる坂口試案である。坂口試案は、「年金改革の骨格に関する方向性と論点」で示されていた保険料固定方式とマクロ経済スライドによる給付調整のしくみに加え、従来の永久均衡方式に代わる新たな財政均衡期間と積立金のあり方として有限均衡方式を示したもので、最終的に2004年改正の骨格になったものである。坂口試案で提示された有限均衡方式は、関係府省の次官、有識者議員を交えた経済財政諮問会議の「検討の場」において政府部内の合意が成立し、そのまま2003年11月に厚生労働省案として公表された¹¹⁾。その後、与党合意、法案成立を経て2004年改正として結実した。

では、坂口試案で有限均衡方式はどのように説明されていたのか。坂口試案の有限均衡方式の特徴は、社会保障審議会年金部会で議論され、経済財政諮問会議の有識者議員が提案した財政均衡を図る期間を一定期間に区切って積立金を取り崩す考え方を発展させ、その均衡計算を定期的にやり直すことを盛り込んだ点にある。この新たな考え方について、坂口厚生労働大臣は記者会見(2003年9月5日)や経済財政諮問会議(第21回、2003年10月3日)で、遠い将来まで見て積立金を持つ必要はなく100年ぐらいを見通せば十分ではないかとの考えのもと、人口構成が大きく変わる次の世代のために2100年に積立金を給付費の1年分まで取り崩すとともに、将来に禍根を残さぬよう2100年以降について5年ごとに財政均衡期間を移動させ、常に100年ずつ視野に入れる方式であると説明している¹²⁾。すなわち、定期的にチェックするという新要素を盛り込みつつも、従来の永久均衡方式に比べて積立金の水準を抑えられる方式として説明されている。これは坂口試案で、永久均衡

方式を「将来にわたって均衡を考え積立金水準を維持する考え方」とし、有限均衡方式の繰り返しを「100年程度の長期の均衡を考え積立金水準を抑制する考え方」と位置づけていることから明らかである¹³⁾。よって、この説明を受けて有限均衡方式の導入に合意した当時の決定当事者たちも同様に理解していたものと考えられる。

一方、合意に至る過程で有限均衡方式を繰り返すことにより生じうる問題について議論がなされた形跡はない。坂口試案と同時に公表された事務局試算「試算結果」には、次回の財政検証において新たに対象に加わる期間の高齢化率の見通しが高い場合などは、給付水準が低下する、と説明されている¹⁴⁾。例えば、2009年財政検証の目標積立年度は2105年度だが、次の2014年財政検証の目標積立年度は5年ずれて2110年度となり、新たに2106年度から2110年度の期間が計算対象となる。この期間の高齢化率の見通しが高いと、マクロ経済スライドの適用期間を延長せざるをえず、給付水準が低下するということである。

この財政検証を繰り返した場合に給付水準低下が生じる可能性については、2004年2月4日の与党合意後ではあるものの、同年2月23日の社会保障審議会年金数理部会第9回で厚生労働省の事務局から説明がなされている。具体的には、「(新たに対象期間に加わった)5年間の高齢化の状況が現在よりも高いという状況」になれば、給付水準が低下すると説明されている。この「現在よりも高い」という表現が、「現在の目標積立年度における高齢化率の見通しよりも高い」ことを指すのか、または「現在の足元の水準よりも高い」ことを意味するのかは明らかでない。先に述べた坂口試案と同時に公表された資料には「現在より」という

¹¹⁾ 有限均衡方式の導入が事実上、経済財政諮問会議の「検討の場」で決まったことについては、2003年11月18日の経済財政諮問会議(第23回)の議事録および資料により確認できる。

¹²⁾ 坂口厚生労働大臣(当時)の2003年9月5日の記者会見(2016年2月12日最終確認) <http://www.mhlw.go.jp/kaiken/daijin/2003/09/k0905.html> および経済財政諮問会議(第21回、2003年10月3日)の議事録を参照。社会保障審議会年金部会第26回(2003年9月12日)で厚生労働省の事務局が行った坂口試案の説明でも、同様の説明がなされている。

¹³⁾ 社会保障審議会年金部会第26回(2003年9月12日)の資料2-1「平成16年年金改革における給付と負担の見直しについて(坂口試案骨子)」を参照。

¹⁴⁾ I節で引用した図1と同じ説明がなされている。

表現はなく、2003年12月24日の社会保障審議会年金数理部会第8回にて事務局が永久均衡方式を「将来の高齢化率、2100年のような高い高齢化率がずっと続いていく見通しのもと」でのものと述べていることから、高齢化率の見通しが高いというのは2100年程度の水準を指すとも考えられる。いずれにせよ、財政均衡の繰り返しによるマクロ経済スライドの後ろ倒しが構造的に生じるかについては、次の財政検証で新たに対象となる期間の高齢化率の見通しが高いことの蓋然性が関係するといえる。

Ⅲ モデル

1 厚労省モデル

本稿で使用する厚労省モデル（2009年財政検証で用いられたプログラム）の概略について述べる。このプログラムは、厚生労働省が財政検証の客観性を確保するため、関連するデータとともにホームページ上で公開している¹⁵⁾。

厚労省モデルは5つのプログラム群から構成されている。詳細な計算内容は厚生労働省年金数理課（2010）にまとめられているので、ここでは計算の概略を紹介するにとどめる。大まかな流れは、制度別に被保険者数を計算した後、国民年金、厚生年金の給付費を算出する。これらを基にマクロ経済スライドの適用期間を決定し、最後に給付水準が調整された後の給付費について計算している。

被保険者数の推計には、国立社会保障・人口問題研究所による『日本の将来推計人口（平成18年12月推計）』のデータが利用されている¹⁶⁾。配偶関係は公的年金の加入形態に影響するため、この性・年齢別の将来推計人口に有配偶割合の推計値¹⁷⁾を乗じることにより、男性、女性（有配偶）、

女性（無配偶）の年齢別将来推計人口を得ている。さらに、労働力率、就業者割合、雇用量割合を順に掛け合わせれば第2号被保険者数が求められ、ここから共済組合被保険者数¹⁸⁾を除くことによって、厚生年金被保険者数が得られる。次に女性の有配偶者数から、女性有配偶の第2号被保険者数を除くと第1号被保険者数、第3号被保険者数が得られるが、これに実績統計から作成される比率を乗じることにより、女性の第3号被保険者数が計算される。最後に、人口から第2号被保険者数、第3号被保険者数を控除することによって第1号被保険者数が求められる。

保険料については、第1号被保険者の場合は定額の保険料として算定し、厚生年金加入者の場合は収入に応じた保険料を算定する。受給者については、新規裁定の場合は支給開始年齢に到達した被保険者に対し、支給要件を満たしていれば受給者に切り替え、既裁定の場合は性・年齢別の年金失権率を用いて前年度から残存している受給者数を推計する。これらの受給者数から各制度内容に応じた年金給付額が推計される。

国民年金と厚生年金それぞれについて、マクロ経済スライドの終了年度および最終累積調整率は次のように決定される。まず、マクロ経済スライドの適用期間を1年ずつ延長する。この適用期間中は、公的年金被保険者数の減少率と平均余命の伸び（一定率）から決定されるスライド調整率によって給付が調整され、1年で約1%程度の給付が削減される。そして約100年後の目標積立年度（2009年財政検証の目標積立年度は2105年度）において、初めて積立度合が1を超えた時点でマクロ経済スライドを終了し、その年を給付削減の終了年度とする。次に、目標積立年度における積立度合がちょうど1となるように終了年度におけるスライド調整率を修正し、最終累積調整率（毎年

¹⁵⁾ 平成21年財政検証結果等について（2015年6月25日最終確認）http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/nenkin/nenkin/zaisei-kensyo/h21zaisei_kensyo.html

¹⁶⁾ 2056年から2105年については、2055年の仮定値（生残率、出生率など）を一定とした超長期参考推計である。

¹⁷⁾ ただし、2031年以降はすべて2030年の推計値を用いている。労働力率、就業者割合についても同様。

¹⁸⁾ 共済組合の被保険者数についてはプログラム内で計算されておらず、各共済組合が厚生労働省にデータを提供している。

のスライド調整率を調整終了年度まで累積した値で、所得代替率を基礎年金部分と報酬比例部分に分けたときに、それぞれのマクロ経済スライド適用前の所得代替率に対するマクロ経済スライド適用後の所得代替率の比を意味する)が決定する。このため試算の設定によっては、マクロ経済スライドの終了年度が同じであっても、最終累積調整率が異なる場合がある。

2 計算前提

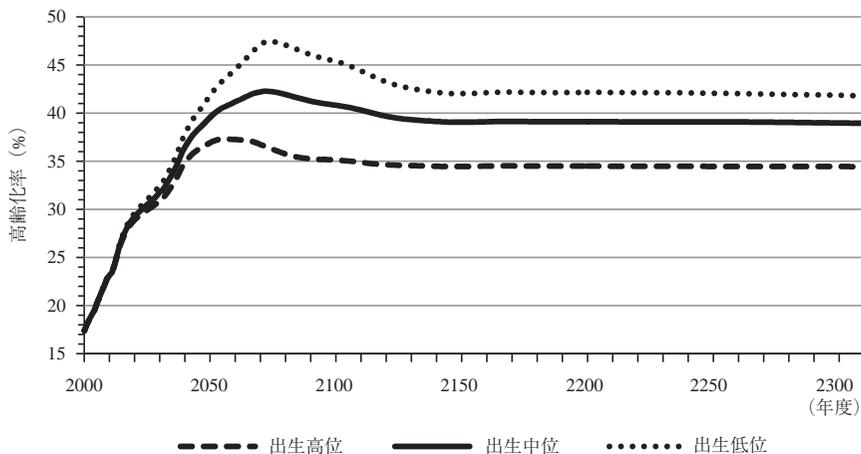
2009年財政検証では経済前提に関して、経済高位、経済中位、経済低位の3つのケースが用意され、それぞれの計算結果が示されている。長期の経済前提(2016年度以降)は、社会保障審議会年金部会経済前提専門委員会における検討結果を基に定められている。人口については、国立社会保障・人口問題研究所が出生と死亡に関して、高位、中位、低位の3つの仮定をそれぞれ設け、 $3 \times 3 = 9$ 通りの推計を行っている。財政検証ではこれらの

経済と人口の想定を組み合わせで計算している。本稿では基本的に経済、人口ともに中位の想定で計算を行っているが、永久均衡方式については中位推計のほかに、出生中位、死亡中位のもとで経済前提を変えた場合と、経済中位、死亡中位のもとで出生率を変えた場合の感度分析を行う。

3 厚労省モデルの修正¹⁹⁾

本稿では推計期間を延長し、目標積立年度、目標積立度合を変更するため、これらの部分について厚労省モデルを改良する必要がある。特に推計期間の延長には、人口推計を延長する必要があるため、ここではこの点について説明する。

2009年財政検証では2105年度までの推計が行われているが、本稿の分析は永久均衡方式も対象とするため、さらに約200年延長し、2310年度までの推計を行う。2106年度以降の将来推計人口については次の推計方法に従って計算する²⁰⁾。



注) 2106年度以降は本稿の独自推計

図2 高齢化率の見直し

¹⁹⁾ 厚生労働省は財政検証に利用する計算機環境についての情報も公開しており、これによれば、OSはSolaris9、コンパイラがSun Studio 11となっている。本稿ではより一般的な環境で厚労省モデルを実行させるための改良も行っている。

²⁰⁾ ここではコーホート変化率法を用いた。厚労省モデルでは計算上の理由で2106年の1年間だけ人口推計を延長している(この計算は厚生労働省が公開している2009年財政検証のプログラムで、被保険者推計の「setjinko.c」に記述されている)。その際に用いられているのがコーホート変化率法であるため、これに従っている。

<1歳以上の場合>

$$t\text{年の}x\text{歳男性（女性）人口} \\ = t-1\text{年の}x-1\text{歳男性（女性）人口} \\ \times \frac{t-1\text{年の}x\text{歳男性（女性）人口}}{t-2\text{年の}x-1\text{歳男性（女性）人口}}$$

<0歳の場合>

$$t\text{年の}0\text{歳男性（女性）人口} \\ = t\text{年の}18\text{歳から}42\text{歳の女性人口} \\ \times \frac{t-1\text{年の}0\text{歳男性（女性）人口}}{t-1\text{年の}18\text{歳から}42\text{歳の女性人口}}$$

このようにして得られた将来推計人口について、年金財政に影響を及ぼすと考えられる高齢化率（全人口に占める65歳以上人口の比率）の推移を図2に示す。出生率の想定を高位、中位、低位として、それぞれの場合について高齢化率の推移を示している。いずれの想定でも将来に高齢化率がピークに達し、その後、徐々に低下し、やがてほぼ一定の水準を示すようになる。

なお、共済組合の被保険者数については次のように推計を延長させる。はじめに、2105年度における総人口に占める共済被保険者数の割合（性・制度別）を計算し、この割合が2106年度以降一定であると仮定する。各年度の共済被保険者数は、先に求めておいた総人口にこの割合を乗じることによって求められる。さらに、2105年度での年齢分布を仮定することにより、性・年齢・制度別の共済被保険者数が得られる²¹⁾。

Ⅳ 分析方法

1 見通しと現実との乖離によるマクロ経済スライド適用期間への影響を取り除く方法

本稿では、先行研究でも指摘されていた「有限均衡方式のもとではマクロ経済スライドの適用期間が財政検証のたびに後ろ倒しになるのではないか」との懸念について、その妥当性を検証し、後ろ倒しの程度と最終的な給付水準への影響を明らかにする。

後ろ倒しが発生しているとして、それが有限均衡方式の繰り返しに起因するものなのか

は、財政検証の結果を単に比較するだけでは明らかにできない。例えば、2009年財政検証の結果と2014年財政検証の結果を比較して、マクロ経済スライドの終了年度の変化があったとしても、その間の人口や経済の動向が事前の想定と違っていれば影響は免れない。また仮に現実の人口や経済の動向が見通し通りに推移したとしても、被保険者一人ひとりの加入履歴など年金財政に影響する個人の行動まですべてモデルに反映されているわけではないので、見通しが示す結果は実現しない。そもそもモデル自体に改良、変更があれば当然それも影響する。したがって、マクロ経済スライドの適用期間の変化に対し、人口や経済などの見通しと現実との乖離や厚労省モデル自体の限界や変化、有限均衡方式の繰り返しの問題がそれぞれどの程度影響しているのかを要因ごとに分解するのは容易ではない。

そこで本稿では、厚労省モデル自体には問題がなく、改良などの変化もないものとして財政検証プログラムをそのまま用い、遠い将来については推計期間を延長することで対応する。さらに将来の人口や経済の動向が事前の想定通りに今後推移するものと仮定することで、次回以降の財政検証で示されるマクロ経済スライド適用期間の変動から見通しと現実との乖離による影響を取り除く。

以上の前提に従えば、将来の年金財政は現時点の財政検証で示されている将来見通しと完全に一致することになる。これは、将来の財政検証の結果を、現時点の財政検証で目標積立年度を将来に延長することで確かめられることを意味する。ただし、将来の財政検証も現在と同じ計算前提に従うものとする。例として、次回（5年後）の財政検証の場合を考える。先の前提に従えば、5年後の年金財政は、現時点での財政検証による5年後の見通しと一致することから、結局、次回の財政検証の結果は現時点において目標積立年度を5年延長し、105年後の積立度合を1とすることで計算できる。このとき、もしマクロ経済スライドの終了年度に変化があれば、それはもっぱら有限均衡方

²¹⁾ 2105年以降は、共済被保険者数の合計に対する年齢別の共済被保険者数の比率を一定としている。

式の繰り返しによって生じた問題であると判断できる。ほかの要因については現実との乖離がないものとし、マクロ経済スライドの終了年度の変化に影響しないとして計算されたものだからである。

2 分析の手順

将来が見通し通りに推移すると仮定した場合、将来の財政検証は推計期間および目標積立年度を延長することによって確かめることができる。そこで、本稿では2009年財政検証の計算期間を延長して分析する。なお、計算途中で所得代替率が50%を下回ることも考えられる。現行の制度では、5年後までに所得代替率が50%を下回ることが見込まれる場合には所要の措置²²⁾を講ずることとなっているが、本稿では目標積立度合を達成するまで機械的に給付削減を続けることとする。具体的には、次の(1)(2)(3)(4)の順に、まず2009年財政検証の基本ケース(中位推計)で(1)から(3)までの分析を進め、(4)で出生率や経済の前提を変えた場合の分析を行う。

(1) マクロ経済スライド終了年度の後ろ倒し問題の検証

まず確認しなければならないのは、そもそも推計期間を100年より先に延長した場合に積立度合が1を下回るのかという点である。1を下回らなければ、財政検証のたびに有限均衡方式で繰り返し計算することによるマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒し問題は起こらない。

そこで、最初の分析では延長推計した期間の積立度合を見て、マクロ経済スライド適用期間の延長、給付水準の調整が生じるか確認する。具体的には、はじめに2009年財政検証の基本ケース(中位推計)について目標積立年度を2105年度のまま

期間を延長して計算を継続する。目標積立年度より後の期間で積立度合が1を下回らなければ追加的な給付削減は不要であるが、1を下回れば次回の2014年財政検証で目標積立年度(2110年度)の積立度合が1となるようマクロ経済スライド適用期間を延長し、給付水準を低下させる必要がある²³⁾。

次回以降の財政検証についても同様に考える。すでに述べたように目標積立年度を延長することによって将来の財政検証の見通しを示すことができる。それぞれの目標積立年度以降の積立度合の推移を見ることによって、さらに給付削減が必要になるかどうかを定性的に確認する。

なお、すでに述べたように厚生労働省年金局数理課(2005)では、次回以降の財政検証で給付水準が低下する可能性について、新たに計算期間に加わる5年間に注目し、この期間の高齢化率が高い場合を想定した説明がされている。マクロ経済スライドの終了年度が後ろ倒しになる可能性について定性的に確認するとともに、この説明の妥当性についても検討する。

(2) 有限均衡方式の繰り返し及ぼす影響の定量分析

ここでは、目標積立年度の延長によって将来の財政検証の見通しを示し、マクロ経済スライドの終了年度と最終的な所得代替率にどの程度の変化が生じるのか、定量的に明らかにする。具体的には、(1)の分析で行うように目標積立年度を5年(2110年度)、10年(2115年度)・・・と順に延長することによって、次回(5年後)、次々回(10年後)の財政検証の見通しを示し、マクロ経済スライドの適用期間や最終的な所得代替率の変化を調べる。将来が見通し通りに推移すると本稿の前提に従えば、例えば目標積立年度を5年ずらした

²²⁾ 所要の措置の具体的な内容は定められていないが、川瀬ほか(2007)は考えられる所要の措置について分析し、「2004年改革の公約を守るためには、国庫負担割合を約6割まで引き上げるか支給開始年齢を66~67歳まで引き上げることで対応するしかなく、もしくは、2004年改革の公約を反故にして、さらなる給付の引き下げが保険料の引き上げを行う必要がある。」(p.119)とまとめている。

²³⁾ ただし、マクロ経済スライドの適用期間自体に変化はなく、最終年度におけるスライド調整率が変わることによって給付水準が低下する、ということもある。

場合の結果は次回の財政検証が示す結果であり、そこでマクロ経済スライドの終了年度や所得代替率に変化があれば、それは有限均衡方式の繰り返しによる影響と考えることができる。

(3) 永久均衡方式との比較分析

ここでは、遠い将来にわたって年金財政が安定する積立度合とマクロ経済スライドの終了年度を調べるため、永久均衡方式について分析する。永久均衡方式は、現時点で将来にわたるすべての期間を考慮に入れて財政の均衡を考える方式で、1999年財政再計算まで用いられてきた方式である。計算に際しては、人口推計の推計期間を超える遠い将来については、本稿と同様に一定の前提が未来永劫続くものとして、時間的に無限の将来まで考慮して年金財政が均衡するように計算を行う。

本稿では、2105年度における積立度合を設定し直し、2310年度までの非常に遠い将来にわたって積立度合が安定的に推移するように調整する²⁴⁾。このとき、積立度合が安定的に推移するかどうかは、グラフと値の収束具合で判断する。よって、本稿の計算期間外である2311年度以降も財政が均衡しているかを調べることはできず、このことから2105年度における積立度合の設定は、およそ小数点以下3～4桁が限界となる。

まず2009年財政検証の基本ケース（中位推計）について計算をし、有限均衡方式との関係および定量的な影響の違いを分析する。永久均衡方式は、遠い将来にわたって財政が均衡することを条件としているので、将来が想定通りに推移する前提のもとではマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しの問題は起こらない。したがって、永久均衡方式の結果で示されたマクロ経済スライドの終了年度は、有限均衡方式を繰り返しても超えない上限を意味する。また、最終的な所得代替率も同様に下限であることを示す。

次に、永久均衡方式と有限均衡方式の積立度合に関する分析を通じ、有限均衡方式に変更された

理由の妥当性について検討する。すでに述べたように、2004年の年金改正では、非常に遠い将来まで考慮することの必要性和巨額の積立金を保有しながらの給付調整の問題を理由として、永久均衡方式から有限均衡方式に変更された。とりわけ、導入の決定当事者の間では、Ⅱ節で述べたとおり、有限均衡方式は繰り返しを前提としながら、永久均衡方式よりも積立金の水準を抑え、取り崩した分を給付に充てることことができる、と認識されていたと思われる。そこで、このような有限均衡方式の認識が妥当なものかを評価する。

(4) 感度分析

最後に、出生率と経済前提をそれぞれ低位、高位にした場合の永久均衡方式について計算し、有限均衡方式（2105年度に積立度合を1とする場合）の結果と比較する。計算期間の長い永久均衡方式を採用した場合にマクロ経済スライドの終了年度や最終的な所得代替率の結果が大きく振れるようだと、扱いの難しさなどから有限均衡方式を採用する別の理由となりうる。また、この感度分析により、人口や経済の前提が変わった場合でもマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しの問題が生じるかどうかを確認する。

V 分析結果

1 マクロ経済スライド終了年度の後ろ倒し問題の検証

はじめに、延長推計した場合の積立度合の推移を見てみよう。図3と図4は、それぞれ延長推計による国民年金と厚生年金の積立度合の推移を示したものである。2009年財政検証について2105年度の積立度合を1としたまま計算を継続した場合のほか、目標積立年度を2009年財政検証の2105年度から、5年後（2110年度）、10年後（2115年度）・・・、というように延長した場合、永久均衡方式の場合を示してある。

まず2009年財政検証について注目すると、2105

²⁴⁾ 本稿では2106年度以降、人口を独自に延長推計しているが、2310年度には人口成長率と各年齢の人口割合が一定の安定人口に達している。

年度の積立度合を1としたまま計算を継続した場合、積立度合は2105年度以降も単調に減少して1を上回ることはなく、次の2014年財政検証で目標積立年度となる2110年度において国民年金は0.65、厚生年金は0.13と1を下回る。この結果から、将来の人口や経済の動向が2009年財政検証の想定通りであれば、2014年財政検証ではさらに給付水準を低下させない限り、目標積立年度において積立度合が1にはならないことがわかる。

さらに図3と図4には、目標積立年度を5年後(2110年度)、10年後(2115年度)・・・、というように延長した場合、すなわち財政検証による見通しがすべて現実のものとなった場合に将来(次回(5年後)、次々回(10年後)・・・)の財政検証で示される積立度合も示してある。いずれも目標積立年度以降は積立度合が1を下回ることが確認できる。これは、目標積立年度の積立度合が1になるようにマクロ経済スライドの適用期間を延長し

ても、次の財政検証でさらに延長する必要が生じることを意味する。

このような給付水準の低下は、厚生労働省が説明したように目標積立年度以降の期間(次回の財政検証で新たに計算に加わる期間)の高齢化率の水準に関係すると考えられる。なぜなら、保険料水準の固定、マクロ経済スライドによる給付削減を定めた現行制度のもとでの有限均衡方式では、目標積立年度以降の期間で調整できる政策変数を持たないためである²⁵⁾。

しかしながら、次回以降の財政検証で計算に加わる期間に、高齢化率が積立度合で1を下回らないような水準にまで急に低下するという想定も不自然である。厚生労働省の説明にある高い水準がどの程度かは明らかでないが、非公式ながら財政検証プログラムに含まれる方法で自然に延長推計した本稿の将来推計人口では、図2に示したように(次回以降の財政検証で新たに計算に加わる)

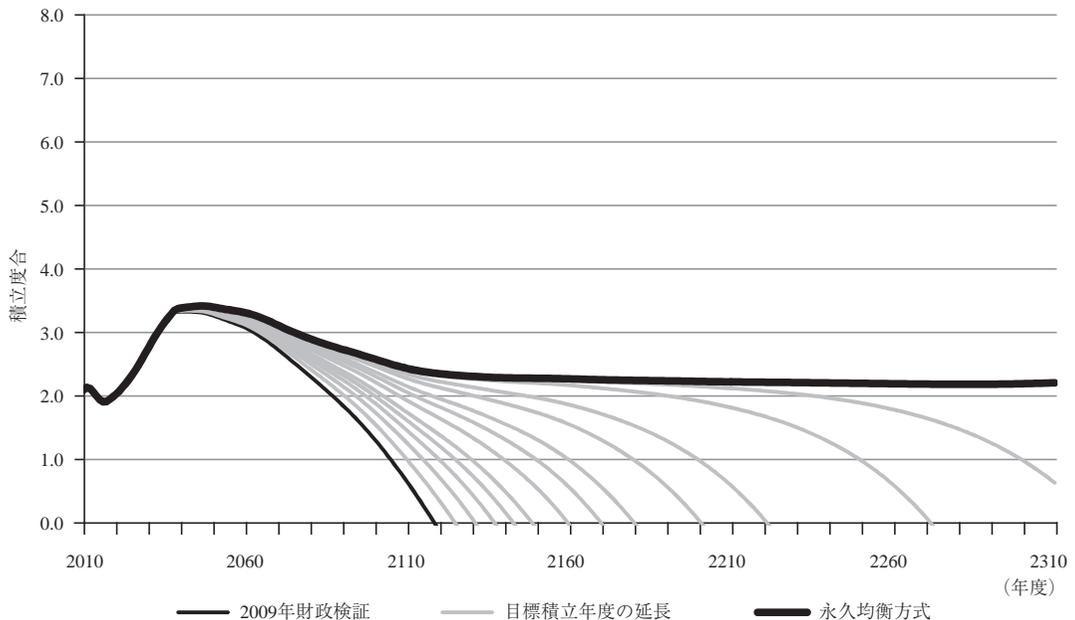


図3 積立度合の推移(国民年金)

²⁵⁾ これに対し、II節でも述べたとおり、有限均衡方式に関する初期の段階での議論では、有限の期間で積立金をすべて取り崩して完全な賦課方式に移行、もしくは積立度合が1となるまで取り崩し、以降は積立度合が1となるように、目標積立年度以降に保険料率を急激に上昇させるなどの調整が可能であった。

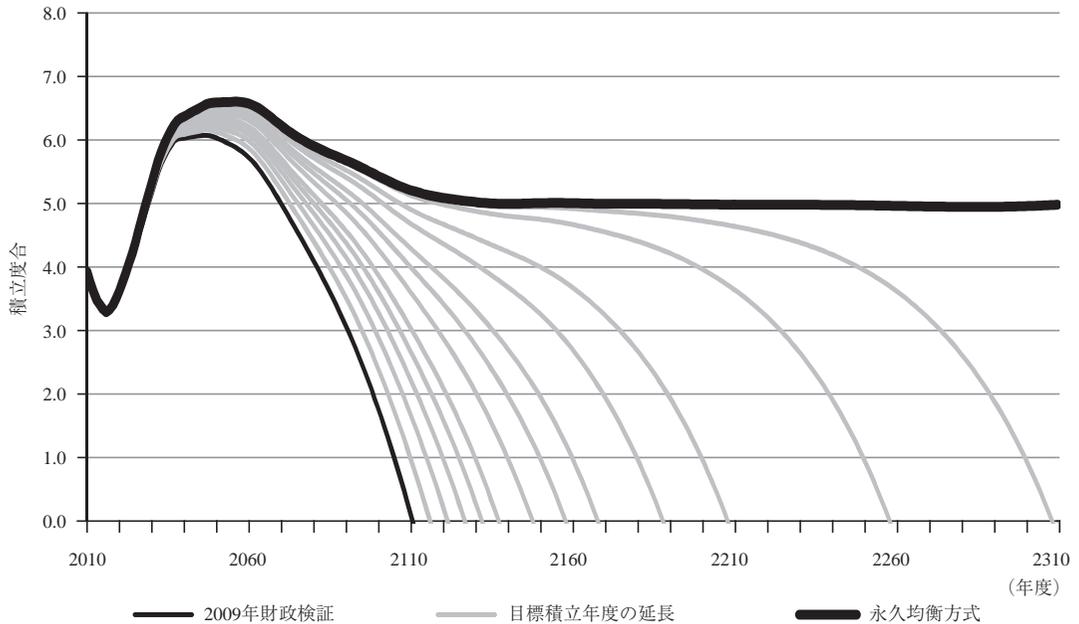


図4 積立度合の推移（厚生年金）

2106年度以降の高齢化率は若干ではあるものの低下している。にもかかわらず給付水準が低下したことを考慮すると、積立度合が1を下回らないためには高齢化率が急激に低下しなければならないと考えられる。しかし、そのようなある年度から急に高齢者の死亡率が高くなるような想定 of 将来推計人口は不自然である。したがって、基本ケース（中位推計）では有限均衡方式の繰り返しによって給付水準が低下する蓋然性が極めて高いといえる。

では、「次回以降の財政検証で新たに計算に加わる期間」にこだわらず、将来の高齢化率の見通しが低くなればマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しの問題が生じないのか。この点については、4の感度分析で明らかにする。

2 有限均衡方式の繰り返しが及ぼす影響の定量分析

次に、将来の財政検証でマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しや給付水準の低下がどの程度生じるか定量的に確認する。表1は、目標積立年度を変更した場合のマクロ経済スライドの終了年度

や最終的な所得代替率などの変化をまとめたものである。

目標積立年度を2105年度から2110年度に変更した場合を見ると、国民年金ではマクロ経済スライドの終了年度に変化はないが、厚生年金では2019年度から2020年度へと1年延長する。このときの最終累積調整率を見ると、国民年金は0.7306から0.7279に約0.4%の減少、厚生年金は0.9116から0.9087に約0.3%の減少となっている。これは最終的な所得代替率の基礎年金部分と報酬比例部分がそれぞれ約0.4%、0.3%低下することを意味する。結局、最終的な所得代替率（基礎年金部分+報酬比例部分）は、50.1%から49.9%に低下し、50%を下回る。

さらに目標積立年度を延長すると、マクロ経済スライドの適用期間が延び、最終累積調整率は低下する。最終累積調整率は、目標積立年度を延長することに低下の割合が緩やかになり、ある一定の値（これが永久均衡方式の場合の値である）に収束するような推移となることもわかる。これに伴い、最終的な所得代替率はさらに低下する。つまり、1で定性的に確認したように、財政検証を繰

表1 目標積立年度の延長と永久均衡方式による結果

目標積立年度 (積立度合 = 1)		2105	2110	2115	2120	2125	2130	2140	2150	2160	2180	2200	2250	2300	永久均衡
国民年金	積立度合 (2105年度)	1.0000	1.2967	1.5210	1.6919	1.8258	1.9340	2.0952	2.2051	2.2859	2.3914	2.4497	2.5073	2.5215	2.5263
	マクロ経済スライド 終了年度	2038	2038	2038	2038	2038	2038	2039	2039	2039	2039	2039	2039	2039	2039
	最終累積調整率	0.7306	0.7279	0.7258	0.7243	0.7231	0.7221	0.7207	0.7197	0.7189	0.7180	0.7174	0.7169	0.7168	0.7167
厚生年金	積立度合 (2105年度)	1.0000	1.7394	2.3236	2.7885	3.1657	3.4777	3.9550	4.2899	4.5382	4.8687	5.0567	5.2472	5.2954	5.3120
	マクロ経済スライド 終了年度	2019	2020	2020	2020	2020	2021	2021	2021	2021	2021	2021	2022	2022	2022
	最終累積調整率	0.9116	0.9087	0.9064	0.9046	0.9031	0.9018	0.8998	0.8984	0.8974	0.8960	0.8953	0.8945	0.8943	0.8942
所得代替率 ^注 (%)		50.1	49.9	49.8	49.7	49.6	49.6	49.5	49.4	49.3	49.3	49.2	49.2	49.2	49.2

注) マクロ経済スライドによる調整終了後の最終的な所得代替率である。

り返すたびに給付水準が低下することになる。

マクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しと給付水準の低下は、程度としては結果を見る限り決して大きくはない。しかし、基本ケースの見通し通りに将来が推移しても、次回(2014年度)の財政検証では最終的な所得代替率の見通しがさらに低下し、所得代替率が50%を切ることがはじめからほぼ明らかということに国民の理解が得られるかは疑問である。

3 永久均衡方式との比較分析

表1に示したとおり、永久均衡方式でのマクロ経済スライドの終了年度は、国民年金が2039年度、厚生年金が2022年度で、最終的な所得代替率は49.2%である²⁶⁾。IV節で述べたとおり、永久均衡方式の結果で示されたマクロ経済スライドの終了年度と最終的な所得代替率は、有限均衡方式を繰り返しても超えない限界を意味する。図5は所得代替率の推移である²⁷⁾。有限均衡方式での所得代替率の推移(実線)は、繰り返すたびに永久均衡方式の推移(点線)に近づくことになる。永久均衡方式の場合は最終的な所得代替率が50%を下

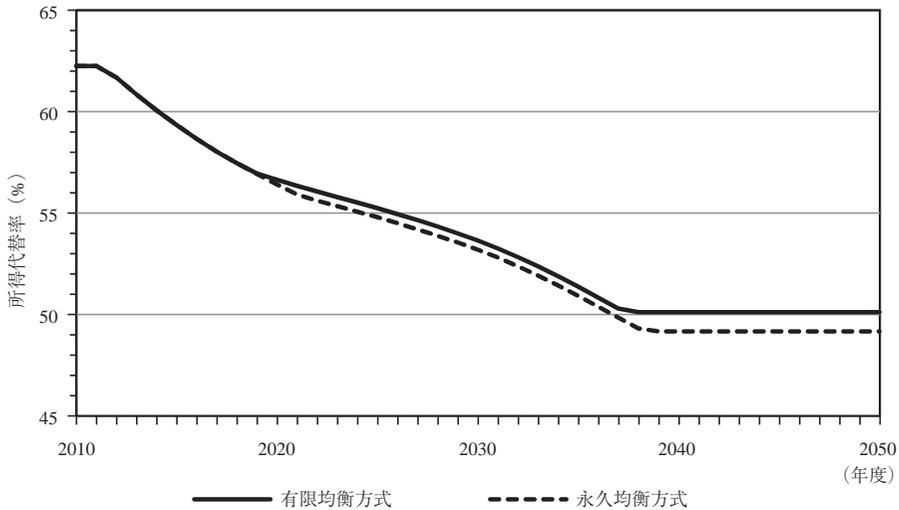
回ることが示されたが、現行制度では5年後までに所得代替率が50%を下回る見通しであれば所要の措置が必要になるとされている。ただし、有限均衡方式を繰り返した場合と永久均衡方式の場合とはどちらも所得代替率が50%に近づくのは2037年度頃である。つまり、所要の措置が必要になる時期は財政均衡方式に依らない。

有限均衡方式の2009年財政検証の結果と比べ、マクロ経済スライド終了年度は国民年金で1年、厚生年金で3年の後ろ倒しになり、最終的な所得代替率は0.9ポイント低下する。所得代替率の低下幅については人によって評価が異なるだろうが、後ろ倒しの年数は小幅で、永久均衡方式にして計算期間を大幅に延ばしても影響はさほど大きくないといえよう。一方、表1に示したとおり、2105年度における積立度合は国民年金で2.5263、厚生年金で5.3120と、有限均衡方式よりも大幅に上昇する。

すでに述べたように、2004年の年金改正では、非常に遠い将来まで考慮することの必要性和巨額の積立金を保有しながらの給付調整の問題を理由として、永久均衡方式から有限均衡方式に変更さ

²⁶⁾ 2004年財政再計算では永久均衡方式による試算も行われた。厚生労働省年金局数理課(2005)によると、給付水準調整終了年度は2029年度、最終的な所得代替率は48.3%、2100年度での積立度合については、6.0(厚生年金)、4.7(国民年金)となっている。

²⁷⁾ 2019年度から所得代替率が異なっているのは、有限均衡方式(目標積立年度:2105年度)での厚生年金の給付水準調整が先に終了するためである。



注1) 有限均衡方式は2105年度に積立度合を1とした結果

注2) いずれの方式でも、マクロ経済スライド終了後は一定の水準（最終的な所得代替率）となる。

図5 所得代替率の推移

れた。非常に遠い将来まで考慮する必要性については、計算期間を大幅に延長しても影響がさほど大きくないという点で、必要がないことの根拠として成り立ちうる。しかし、影響が小さいということは、逆に永久均衡方式の支持理由にもなりうる。

では、巨額の積立金を保有しながらの給付調整の問題はどうだろうか。2105年度の永久均衡方式の積立度合が有限均衡方式に比べて高いことから、一見、永久均衡方式の方がより巨額の積立金を運用することになるように見える。しかし、図3と図4を見ると、有限均衡方式を繰り返せば永久均衡方式に近づくことがわかる。言い換えれば、永久均衡方式の結果は有限均衡方式を将来繰り返した場合に必要な積立金の水準を示しているに過ぎず、年金給付を充実させるために積立金を取り崩し、永久均衡方式より低い積立度合を目指すということは、とりもなおさず将来のある時点で有限均衡方式の繰り返しをやめるということにはかならない。したがって、有限均衡方式の導入の根拠となった永久均衡方式と比べての積立金の抑制と将来を慮っての均衡計算の繰り返しは両立せず、根拠たり得ないといえる。

4 感度分析

ここでは、永久均衡方式にして計算期間を大幅に延ばした場合、有限均衡方式に比べ、人口や経済の前提の違いに結果が大きく影響されるかを確認する。

表2と表3は、それぞれ出生率と経済前提を変えた場合の結果である。出生率に関し、中位推計と低位推計、高位推計との間の最終的な所得代替率の差は、有限均衡方式が3.2%ポイント（低位）と3.8%ポイント（高位）で、永久均衡方式が3.2%ポイント（低位）と4.0%ポイント（高位）である。また、経済前提に関して同様に中位推計との差を見ると、有限均衡方式が3.0%ポイント（低位）と0.6%ポイント（高位）で、永久均衡方式が2.8%ポイント（低位）と0.4%ポイント（高位）である。以上の結果を見る限り、計算期間を大幅に延ばしても前提の違いによる影響差は両方式で大きな違いはないといえる。

次に、人口や経済の見通しが変わってもマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しが生じるかを確認する。すでに述べたように厚生労働省年金局数理課（2005）は「この期間（新たに計算期間に加わる5年間）の高齢化率の見通しが高い場合」に給

表2 出生率を変更した場合の計算結果

出生		積立度合 (2105年度)	マクロ経済スライド 終了年度	最終累積調整率	所得代替率(%)
低位	国年	2.4988	2042 (2041)	0.6551 (0.6672)	46.0 (46.9)
	厚年	5.7925	2026 (2024)	0.8582 (0.8765)	
中位	国年	2.5263	2039 (2038)	0.7167 (0.7306)	49.2 (50.1)
	厚年	5.3120	2022 (2019)	0.8942 (0.9116)	
高位	国年	2.017	2034 (2033)	0.7941 (0.8042)	53.2 (53.9)
	厚年	3.7216	2016 (2015)	0.9424 (0.9545)	

注) ()内は2105年度に積立度合を1とする有限均衡方式の結果

表3 経済前提を変更した場合の計算結果

経済		積立度合 (2105年度)	マクロ経済スライド 終了年度	最終累積調整率	所得代替率(%)
低位	国年	1.8258	2044 (2043)	0.6667 (0.6745)	46.4 (47.1)
	厚年	4.6346	2030 (2028)	0.8558 (0.8727)	
中位	国年	2.5263	2039 (2038)	0.7167 (0.7306)	49.2 (50.1)
	厚年	5.3120	2022 (2019)	0.8942 (0.9116)	
高位	国年	2.669	2038 (2037)	0.7217 (0.7383)	49.6 (50.7)
	厚年	5.5483	2020 (2018)	0.9040 (0.9250)	

注) ()内は2105年度に積立度合を1とする有限均衡方式の結果

付水準が低下すると説明をしている。これに対して1では、新たに計算に加わる5年間の高齢化率がそれまで見通されていた水準から不自然に低下することを想定しない限り、有限均衡方式の繰り返しによって給付水準が低下することを基本ケース(中位推計)で確認した。しかし、厚生労働省の説明は、新たに計算に加わる期間だけでなく、全体的に高齢化率が低くなる場合等には給付水準が低下しないことを意味しているとも考えられる。確かに、表2と表3をみると、出生高位や経済高位の場合に給付水準は改善し、逆に出生低位や経済低位では悪化する。しかし、それは有限均衡方式でも永久均衡方式でも同じである。他方、ケース毎に有限均衡方式と永久均衡方式のマクロ経済スライド終了年度や所得代替率をみると、永久均衡方式の方がマクロ経済スライドの終了年度は遅く、給付水準も低い。これは、将来がいずれかの見通しの通りに推移した場合、有限均衡方式の繰り返しにより最終的な所得代替率が低下することを意味する。厚生労働省の想定のうち高齢化率が低い見通しでも給付水準の低下が生じるということは、有限均衡方式の繰り返しによるマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しが構造的なものである

ことを示している。

VI むすび

本稿では、有限均衡方式で財政検証を繰り返すことによってマクロ経済スライドの終了年度が後ろ倒しになるかを調べ、後ろ倒しになる場合は、厚生労働省が指摘するような高齢化率の見通しが高いことが原因であるのか、または有限均衡方式自体に原因があるのかということについて、財政検証に用いられているプログラムを利用して分析を行った。さらに、永久均衡方式から有限均衡方式に変更した理由の妥当性についても検討を行った。得られた結果は次の三つにまとめることができる。

第一に、現時点での財政検証において100年後の積立度合が1となることが示されていたとしても、5年後の財政検証では、人口や経済の動向が想定通り推移すれば目標積立年度(現時点から105年後)の積立度合が1を下回るため、給付水準を低下させなければならない。同様のことは、さらに財政検証を繰り返した場合にも確認できた。このような給付水準の低下は、厚生労働省が説明した

ように新たに計算に加わる期間の高齢化率の水準に関係すると考えられる。しかし、今回の財政検証で新たに計算に加わる期間の高齢化率の見通しがそれまでに比べて急に低下するのは不自然である。また、高齢化率の見通しが全体的に低い想定でも財政検証を繰り返すたびに給付水準が低下することから、有限均衡方式の繰り返しによるマクロ経済スライド終了年度の後ろ倒しは構造的な問題であると考えられる。

第二に、有限均衡方式で財政検証を繰り返した場合、最終的に永久均衡方式での積立度合の推移に近づくことが確認できた。マクロ経済スライドの終了年度、最終的な所得代替率についてもどちらも同じ結果に近づくことが明らかとなった。つまり、永久均衡方式は有限均衡方式よりも多くの積立金を保有しなければならないというのは誤りで、実際にはどちらも将来的には同じ積立度合の推移を示すことになる。

第三に、基本ケース（中位推計）において永久均衡方式で計算した場合、（繰り返しは考慮せず、計算が行われた時点での）有限均衡方式に比べてマクロ経済スライドの適用期間は国民年金で1年、厚生年金で3年延長し、最終的な所得代替率は49.2%となった。有限均衡方式の場合が50.1%であることを考えると、どちらも結果は大きく変わらないといえる。このことは経済や出生率の前提を変えた場合でも確認できた。また、永久均衡方式では最終的な所得代替率が給付水準の下限である50%を下回っているが、その時期は2037年度頃である。これは有限均衡方式を繰り返した場合も同じである。したがって永久均衡方式に切り替えたとしても、所要の措置が必要になる時期が早まるわけではない。

本稿では2310年度という非常に遠い将来まで計算を行っているため、その結果にどの程度の信頼性があるかということが問題となりうる。実際に、2310年度には2009年度時点で生存している人口は全く含まれないため、現実的なシミュレーションになっているかは判断が難しい。しかしそれは財政検証のような2105年度までの計算においても同じく問題となるはずである。財政検証で用

いられる人口推計では2105年度において、2009年度時点で生存していた人口が総人口に占める割合は3%にも満たない。2009年財政検証の計算期間が2105年度までとなっているのは、すでに生まれている世代が年金の受給を終えるまでのおおよその期間と考えられるからであって、統計的に何らかの信頼性が確認されて計算期間が定まっているわけではない。そもそも財政検証の結果の位置づけについて、厚生労働省年金局数理課（2010）では、「人口や経済を含めた将来の状況の予測（forecast）というよりも、人口や経済等に関して現時点で得られるデータの将来の年金財政への投影（projection）という性格のものであることに留意が必要である」（p.14）としている。厚労省モデルは将来の年金財政を正確に「予測」するものではなく、現時点で得られるデータを用いた将来の年金財政の「見通し」に過ぎない。したがってその意味では2105年度までの計算と同様に、本稿が示した2310年度までの計算も将来の年金財政を考えるうえで十分参考になるはずである。

以上の結果より、現行制度のもとでの年金財政の見通しには有限均衡方式よりも永久均衡方式が適していると考えられる。永久均衡方式は、予想が極めて困難な遠い将来まで考慮しなければならないことと、巨額の積立金を保有することが問題とされていた。これに対し有限均衡方式は、概ね100年という有限の期間だけを考慮し、積立金を取り崩すことによって給付を充実させることができると考えられてきたが、実際には第二の結果として述べたように有限均衡方式の繰り返しと永久均衡方式に本質的な違いはない。どちらも将来的に同じ積立度合の推移を示すことになるため、有限均衡方式の導入によって積立金を活用し、給付を充実させることはできず、結局、巨額の積立金を保有することの問題は解消されない。また、計算期間を概ね100年という有限の期間にすることは、単に予想が極めて困難な遠い将来を考慮することを先送りにするだけであり、第三の結果として述べたように、現時点で遠い将来まで考慮したとしても結果は大きく変わらない。このことから有限均衡方式を積極的に支持する理由はないと考

えられる。それどころか、有限均衡方式は計算が行われた時点での楽観的な見通しを示しているに過ぎず、財政検証を繰り返すたびに最終的な給付水準が低下するという問題を抱えている。もっとも影響はさほど大きくなく、実際には経済や人口の想定が現実と乖離する影響の方が大きい可能性が高い。しかしながら、経済や人口の動向が見通し通りに推移しても、次回には必ず最終的な給付水準の見通しが下方修正されるような計算方法であるということにどれだけ国民の理解が得られるかは疑問である。

なお、財政検証には永久均衡方式の方が適しているとする本稿の結論は、有限均衡方式を繰り返すという現行制度を前提にしている。例えば、一定期間で積立金をすべて取り崩すような、繰り返しを前提としない有限均衡方式も考えられる。これは永久均衡方式とは本質的に異なるものであり、積立金を活用し、給付を一時的に充実させることが可能となる。本稿は積立金を永続的に保有することを正当化するものではないため、このような条件のもとで財政均衡方式を評価するためには別の議論が必要である。

最後に今後の課題について述べる。本稿の分析で示したように、経済や人口が計算の想定と同じように推移すれば5年後の財政検証ではさらなる給付削減が見込まれる。しかし、たとえ5年間でも経済状況や人口動態が見通し通りに推移するとは考えられない。したがって、これらの状況が好転すれば、次回の財政検証において追加的な給付の削減が不要になることも考えられる。このような、経済成長や出生率の上昇が給付水準に及ぼす影響についての定量的な分析は今後の課題としたい。

謝辞

本稿の作成にあたって、2名の本誌匿名レフェ

リーからは大変貴重なコメントをいただいた。また、兵庫県立大学大学院シミュレーション学研究科の先生方からは様々な助言、技術的な支援をいただいた。さらに本稿の基礎となった研究に関して、木村は兵庫県立大学特別研究助成金（若手研究者支援）の助成を受けた。ここに深く感謝したい、なお、本稿における誤りはすべて筆者に帰するものである。

（平成27年7月投稿受理）

（平成28年3月採用決定）

参考文献

- 川瀬晃弘・北浦義朗・木村真・前川聡子（2007）「2004年年金改革のシミュレーション分析」、『日本経済研究』、第56号、pp.92-121。
- 北村智紀・中嶋邦夫（2004）「2004年厚生年金改革案のリスク分析」、『ニッセイ基礎研究所報』、vol.32。
- 厚生労働省年金局数理課（2005）『厚生年金・国民年金平成16年財政再計算結果』。
- 厚生労働省年金局数理課（2010）『平成21年財政検証結果レポート』。
- 小平裕（2013）「平成21（2009）年財政検証の概要と評価」、『成城大学経済研究』、第200号、pp.123-166。
- 清水信広（2006）「公的年金のソルベンシー基準と「最適」な積立基準に関する考察」、『リスクと保険』、vol.2、pp.41-64。
- 中嶋邦夫（2004）「改革論議の死角—有限均衡方式が示す「安心」の賞味期限」、『年金ストラテジー』、vol.91、pp.2-3。
- ニッセイ基礎研究所（2001）「公的年金積立金の自主運用について」、『年金ストラテジー』、2001年7月、pp.4-5。
- 星野卓也（2014）「年金の「100年安心」は「100年までの安心」？」、Economic Trends、第一生命経済研究所、2014年6月9日発表、pp.1-3。
- 山本克也（2010）「厚労省財政検証プログラムを用いた公的年金改革案の提示」、『季刊家計経済研究』、No.85、pp.56-63。

（よしだ・しゅうへい）

（きむら・しん）

投稿：研究ノート（『季刊社会保障研究』投稿分）

健康状態の変化と賃金の関係

佐藤 一磨*

要 旨

本稿の目的は、『慶應義塾家計パネルデータ (KHPS)』を用い、主観的健康度が賃金に及ぼす影響を再度検証することである。健康が賃金に及ぼす影響を検証する場合、健康指標の測定誤差や賃金が健康に影響を及ぼす逆相関が推計上の課題として先行研究で指摘されてきた。これら以外にも、観察できない個人属性が健康と賃金の両方に影響を及ぼすと考えられるものの、この点を考慮した研究は国内ではまだない。そこで、本稿では睡眠時間、運動習慣を操作変数としたIV-FE OLSを用いることでこれらの課題に対処し、健康が賃金に及ぼす影響を分析した。分析の結果、次の2点が明らかになった。

1点目は、男性の場合、内生性や観察できない個人属性をIV-FE OLSで考慮しても、主観的健康度の悪化が賃金を低下させていた。これは健康状態が悪化するほど、労働生産性が低下するためだと考えられる。なお、観察できない個人属性を考慮すると、健康の賃金に及ぼす影響が小さくなっていった。

2点目は、女性の場合、内生性や観察できない個人属性を考慮すると、主観的健康度の悪化が賃金に影響を及ぼしていなかった。

社会保障研究 2016, vol. 1, no. 1, pp. 209-221.

I 問題意識

わが国では少子高齢化社会によって将来的に労働力人口の不足が危惧されている。これに対処していくためには、高齢者や女性といった就業率が従来低かった労働力の有効活用が必要不可欠となる。また、これに加えて労働者1人1人の生産性を向上させ、少ない労働力でも高い成果を得られるようにすることも重要となる。今後、持続的な経済成長を達成し、競争力を高めていくために、各労働者の労働生産性の向上は重要な課題だと言える。これを達成するためにも、労働生産性を上昇

させる要因を明らかにすることの研究意義は大きい。

Becker (1964) の人的資本理論の観点から、労働生産性を向上させるためには教育や職業訓練による人的資本の蓄積が重要となる。また、これ以外の要因としてGrossman (1972) が指摘するように、健康資本の蓄積も重要となる。健康資本とは健康を維持・向上するための投資（予防行動や医療需要）によって形成され、賃金や労働供給に影響を及ぼすと考えられている¹⁾。海外では数多くの研究があり、これらの研究成果から健康の悪化は賃金を低下させることが明らかになっている（Currie and Madrian 1999）。これに対して国内の

* 拓殖大学政経学部 准教授

¹⁾ Weil (2007) の分析の結果、健康は所得だけでなく、GDPにも影響を及ぼすことが明らかになっている。

研究を見ると、湯田(2010)やHamaaki and Noguchi(2013)の分析によって、健康状態の悪化が賃金を抑制することを明らかにした。これらの研究はわが国における健康と賃金の関係をマイクロデータによって検証した重要な研究であるものの、いずれの研究でも観察できない個人属性を十分に考慮したとは言い難い。もし、もともとの体の丈夫さ(ひ弱さ)といった観察できない個人属性が健康変数だけでなく、賃金にも正(負)の影響を及ぼしていた場合、推計結果にバイアスをもたらすことになる。湯田(2010)やHamaaki and Noguchi(2013)は、操作変数法(IV)を使用することで健康変数の内生性に対処しているものの、観察できない個人属性が健康変数や賃金に及ぼす影響については考慮できていない。しかし、Contoyannis and Rice(2001)、Gambin(2005)、Jäckle and Himmler(2010)の分析結果から、観察できない個人属性が推計結果にバイアスをもたらす恐れがある。このため、適切に健康と賃金の関係を検証するには観察できない個人属性に対処することが重要となる。

そこで、本稿では『慶應義塾家計パネルデータ(以下、KHPS)』を用い、先行研究の課題を考慮したうえで、健康が賃金に及ぼす影響を再検証する。本稿の特徴は、Instrumental Variables(IV)-Fixed Effect(FE) OLSを用い、健康と賃金の内生性だけでなく、観察できない個人属性が及ぼす影響も考慮している点にある。本稿の分析を通じて、健康状態の良し悪しが賃金にどの程度影響を及ぼすのかを明らかにする。

本稿の分析によって得られた結果を予め要約すると、次の2点となる。1点目は、男性の場合、内生性や観察できない個人属性をIV-FE OLSで考慮しても、健康状態の悪化は賃金を低下させることがわかった。2点目は、女性の場合、内生性や観察できない個人属性を考慮すると、健康状態の悪化が賃金に影響を及ぼしていないことがわかった。

本稿の構成は次のとおりである。第Ⅱ節では先行研究を概観し、本稿の位置づけを確認する。第Ⅲ節ではデータについて述べ、第Ⅳ節では推計手法を説明する。第Ⅴ節で推計結果について述べて

いく。最後の第Ⅶ節では本稿の結論及び今後の研究課題について言及する。

Ⅱ 先行研究

Grossman(1972)の研究を嚆矢として、これまで健康と賃金の関係を検証する数多くの分析が行われてきた。この理論的背景には、健康資本の蓄積が労働生産性を向上させ、その結果、賃金が上昇するといった考えがある。この健康と賃金の関係を分析する場合、実証分析上の2つの課題がこれまで指摘されてきた。1つ目の課題は、健康指標の妥当性についてである。先行研究の分析の結果、どのような指標で健康を測定するかによって賃金に及ぼす影響が異なっているだけでなく、真の健康状態を本当に把握できているのかといった問題点が指摘されてきた(Currie and Madrian 1999)。後者の問題は特に主観的な健康指標を用いる場合の測定誤差として認識され、IVによる解決方法が提案されてきた。2つ目の課題は、賃金が健康状態に影響を及ぼす逆相関についてである。Grossman(1972)は健康を内生変数として定義しており、賃金が高くなるほど正常財である健康資本への需要が増加すると指摘している。このように健康と賃金の間には双方向の因果関係があるため、通常のOLSでは推計結果にバイアスが生じてしまう。この点について、先行研究ではIVによる解決法が多く使用されている。なお、近年ではこれら2つ以外でも、観察できない個人属性によるバイアスが課題として指摘されている(Gambin 2005; Jäckle and Himmler 2010)。観察できない個人属性が健康と賃金の両方に影響を及ぼす可能性があり、この点についてはパネル推計の使用によって対処されている。

以上から明らかなおとおり、健康と賃金の関係を分析する場合、実証分析上の課題は多い。しかし、近年ではこれらの課題を考慮しつつ、さまざまな分析が行われている。表1は近年の先行研究をまとめた内容となっており、この表の海外の研究を見ると、ほとんどの場合、健康(不健康)であるほど賃金が増加(低下)することを明らかに

している。また、健康と賃金の内生性を考慮する を考慮すると賃金に及ぼす影響が小さくなる傾向と賃金に及ぼす影響がより大きくなり (Cai 2007; にあった (Contoyannis and Rice 2001; Gambin Jäckle and Himmler 2010), 観察できない個人属性 2005)。また、男女別に分析した研究を見ると、男

表1 健康と賃金に関する近年の先行研究のまとめ

No.	論文名	使用データ	推計手法	被説明変数	健康変数	操作変数	主要分析結果
1	Contoyannis and Rice (2001)	British Household Panel Survey (BHPS)	OLS, FE-OLS, Hausman and Taylor (1981) の GLS	対数時間当たり賃金率	主観的健康度、General Health Questionnaire (GHQ)	-	精神的に不健康であるほど、男性の賃金が低下。主観的健康度が高いほど、女性の賃金が上昇。
2	Gambin (2005)	European Community Household Panel (ECHP)	OLS, FE-OLS, RE-OLS	対数時間当たり賃金率	主観的健康度、慢性的な肉体的・精神的疾患の有無	-	固定効果を考慮すると、各健康度が賃金に影響を及ぼさない場合が多くなった。
3	Cai (2007)	Household, Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA)	OLS, 2SLS, FIML	対数時間当たり賃金率	主観的健康度	個別の病気の有無、飲酒、喫煙、運動習慣の有無	健康であるほど、賃金が上昇。
4	Jäckle and Himmler (2010)	German Socio Economic Panel (GSOEP)	OLS, FE, 2SLS, FE-2SLS 等	対数時間当たり賃金率	主観的健康度 (ただし対数変換し使用)	3ヶ月以内の医者への訪問回数	健康であるほど男性の賃金は上昇。しかし、女性の賃金は影響をなし。
5	岩本 (2000)	国民生活基礎調査	2SLS	所得、就業確率	健康意識、仕事への影響の有無、傷病の有無、自覚症状の有無	回答者以外の者の各健康指標の平均値、回答者が「日頃実行している事柄」	不健康であるほど、所得が低下。
6	大石 (2000)	高齢者就業実態調査	2SLS	所得、就業確率	ふだんの健康状態、肉体的な面からみた就業可能性	都道府県別の男性平均余命とその二乗項	健康であるほど、就業確率は上昇。健康であるほど、賃金は上昇。内生性を考慮すると、健康の係数は増加。
7	清家・山田 (2004)	高齢者就業実態調査	Probit, OLS	所得、就業確率	普段の健康状態	-	不健康であるほど、就業確率は低下。健康度は賃金に影響を及ぼしていなかった。
8	Hamaaki and Noguchi (2009)	健康と引退に関する調査	Probit, IV Probit, Bivariate Probit	退職確率	健康意識、生活や仕事への支障の有無、調査時点で罹患している疾病の数、病気の罹患状況から作成された健康状態のスコア	回答者の居住地から最寄りの病院までの直線距離、回答者が属する二次医療圏の診療所の密度、回答者の30歳時点のBMI	健康であるほど、退職確率は低下。操作変数を用いても係数は小さくならなかった。
9	湯田 (2010)	日本版総合的社会調査	OLS, IV, Treatment Effect Model	対数時間当たり賃金率	主観的健康度	健康増進法ダミー、運動習慣ダミー、スポーツクラブ使用ダミー	不健康であるほど、男性の賃金が低下。操作変数は弱相関の疑いあり。
10	濱秋・野口 (2010)	健康と引退に関する調査	OLS, Probit, 2SLS, IV-Probit, GLS-2SLS, Bivariate Probit, Tobit, IV-Tobit	無職確率、労働時間	癌・悪性新生物、心臓病、脳卒中・脳血管疾患の罹患歴	回答者の30歳時点のBMI、両親の既往歴	健康状態の悪化は無職確率を有意に上昇させる効果と労働時間を減少させる効果があり。
11	Hamaaki and Noguchi (2013)	健康と引退に関する調査	OLS, Tobit, 2SLS	所得	病気の数、生活習慣病の有無、癌等の重大な病気の経験	回答者の30歳時点のBMI、両親の既往歴、身長	内生性を考慮すると、不健康は個人の賃金を低下させる。不健康は世帯所得に影響を及ぼしていない。

注1：ここでは主に2000年以降の先行研究を中心に整理している。

注2：筆者作成

性の方が女性よりも健康から影響を強く受けることを指摘した研究が多い (Gambin 2005; Jäckle and Himmler 2010)。

これに対して国内の研究を見ると、海外と同様に健康 (不健康) であるほど賃金が上昇 (低下) することを指摘している (表1)。特に近年では、健康変数を内生変数とみなし、IVを使用した研究が多い。これまでに使用された操作変数には、①回答者以外の家族の各健康指標の平均値や回答者が日頃実行している事柄 (岩本2000)、②都道府県別の男性平均余命とその二乗項 (大石2000)、③回答者の居住地から最寄りの病院までの直線距離、回答者が属する二次医療圏の診療所の密度、回答者の30歳時点のBMI (Hamaaki and Noguchi 2009)、④健康増進法ダミー、運動習慣ダミー、スポーツクラブ使用ダミー (湯田2010)、⑤回答者の30歳時点のBMI、両親の既往歴、身長 (濱秋・野口 2010; Hamaaki and Noguchi 2013) がある。なお、これらの操作変数に関して、濱秋・野口 (2010) で指摘されるように、弱相関等の問題が指摘されることが多い。

先行研究で使用されたデータの種類について注目すると、ほとんどの場合、クロスセクションデータであり、パネルデータを使用した濱秋・野口 (2010) と Hamaaki and Noguchi (2009, 2013) だけとなっている。これらの研究のうち、Hamaaki and Noguchi (2013) は45~79歳までの中高齢者の男性の健康と賃金の関係を分析している。Hamaaki and Noguchi (2013) は、先行研究で指摘されてきた測定誤差の問題を病気の数、生活習慣病の有無、癌等の重大な病気の経験といった客観的健康指標を用いることで回避し、内生性の問題をIVによって対処している。Hamaaki and Noguchi (2013) で使用された過去のBMIや両親の既往歴は良好な結果を示す場合が多く、高齢者を対象とした分析では有効な操作変数として機能すると言える。実際の分析の結果、病気の数等で計測した健康状態の悪化によって賃金が低下すること、そして、その影響は60歳以上で顕著になるこ

とが明らかになった。これに対してクロスセクションデータを使用し、健康と賃金の関係を分析した研究に湯田 (2010) がある。湯田 (2010) は本稿と問題意識が近く、59歳以下の男女を分析対象としている。主観的健康指標を用いたIVや Treatment Effect Modelによる分析の結果、男性では健康の悪化によって賃金が低下する傾向が見られるが、女性ではその傾向は確認できなかった。なお、湯田 (2010) では操作変数として健康増進法ダミー、運動習慣ダミー、スポーツクラブ使用ダミーを使用しているが、弱相関の問題が指摘されている。

以上、簡単に先行研究を概観したが、国内でも操作変数を使用し、健康の内生性に対処した研究が増加してきた。しかし、クロスセクションデータを使用する研究が多いため、観察できない個人属性によるバイアスが存在している可能性がある。海外ではこの点を明示的に考慮した研究が多く、本稿ではそのギャップを埋めるよう分析を行っていく。

III データ

使用データは慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センターのKHPSである。この調査は、層化2段無作為抽出法によって調査対象者を抽出しており、第1回目の2004年1月31日時点において満20歳~69歳の男女4005名を調査対象としている。本稿では最新調査年度の2013年までのデータを分析に利用する²⁾。以下では2004年から2013年までのデータをKHPS2004-KHPS2013と呼ぶ。なお、KHPS2007およびKHPS2012では同一の調査方法および年齢層で新規サンプルが追加されている。

分析対象は雇用就業で働く59歳以下の男性、女性である。自営業者は雇用就業者と賃金決定の方法が異なると考えられるため、分析対象外とした。また、定年退職を経験すると賃金水準が大きく変化するため、59歳以下に分析対象を限定した³⁾。これまでの研究を見ると、健康と賃金、労働

²⁾ 第IV節で説明するように、今回の分析では使用する説明変数の都合上、KHPS2005、KHPS2006、KHPS2008~KHPS2013のデータを使用している。

供給に関する主な分析対象は、高齢者である場合が多かった。しかし、平成24年7月10日厚生労働大臣告示の『国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針』では「ライフステージに応じて、健やかで心豊かに生活できる活力ある社会を実現」することが重要だと指摘されており、高齢層に限らず、健康の維持・向上が社会的に必要なと考えられる。この点に関連して、健康と賃金の関係が明確になれば、多くの労働者にとって健康の維持・向上に努める強いインセンティブとなる。このため、高齢者に限らず、多くの年齢層における健康と賃金の関係を検証することの研究意義は大きいと言える。

IV 推計手法

健康が賃金に及ぼす影響を検証するために、本稿では次式をIV-FE OLSで推計する。

$$\ln w_{it} = X'_{it}\beta + H_{it}\delta + \mu_i + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

$$H_{it} = X'_{it}\alpha + Z'_{it}\gamma + \theta_i + v_{it} \quad (2)$$

ただし、 i は個人、 t は期間を示す。(1)の $\ln w_{it}$ は消費者物価指数で実質化した対数時間当たり賃金率⁴⁾であり、 X_{it} は個人属性、 H_{it} は健康指標、 μ_i は観察できない個人属性、 ε_{it} は誤差項を示す。 X_{it} の個人属性には学歴ダミー、雇用形態ダミー、

勤続年数とその2乗項、労働市場における総経験年数とその2乗項⁵⁾、業種ダミー、職種ダミー、企業規模ダミー、都道府県別失業率、年次ダミーを使用している。(2)の X_{it} は(1)の X_{it} と同じ個人属性の変数を使用し、 Z_{it} には操作変数として睡眠時間と運動習慣に関する変数を使用する。 θ_i は観察できない個人属性、 v_{it} は誤差項を示す。

本稿の分析で最も注目するのは、 H_{it} の健康指標である。今回の分析では主観的健康度を使用しており、この変数は、KHPSの「ふだんのあなたの健康状態はどうか。」といった質問項目とその回答の「1 よい」、「2 まあよい」、「3 ふつう」、「4 あまりよくない」、「5 よくない」から作成している。分析ではこの変数を連続変数として扱い、5に近いほど健康状態が悪く、1に近いほど健康状態が良好であることを示す。今回の分析では H_{it} の係数の δ が示す符号について注目している。健康状態の悪化が賃金を低下させると考えられるため、 δ は負の値を示すと予想される。なお、主観的健康度を使用する場合、主観的健康度が良い(悪い)場合を1、それ以外を0とするダミー変数を用いて推計結果を解釈しやすいようにする方法があるが、この場合だと連続変数となっている主観的健康度の変化を十分に活用できなくなるといった欠点がある。本稿ではこの点を考慮し、主観的健康度を連続変数として扱っていく。なお、主観的健康度から作成した健康に関するダミー変数を用いた推計も行ったが、その詳細は脚

³⁾ 今回の分析では、非就業となったサンプルを分析対象から除外したunbalanced panelとなっている。この中でも健康状態が悪い者ほど労働市場から退出する恐れがある。この場合、健康状態の比較的良好なサンプルが分析対象として残るため、健康が賃金に及ぼす影響を過小に評価する可能性がある。この脱落サンプルへの対処は、十分に行えておらず、本稿の研究課題だと言える。

⁴⁾ 今回使用するKHPSでは、賃金の支払い形態が①時給、②日給、③月給、④年俸の4種類のうちどれかどうかを識別できる。①の場合、その値を時間当たり賃金率として使用する。②の場合、時間当たり賃金率=(日給×5+賞与÷48)÷(週平均労働時間+週平均残業時間×1.25)と計算する。③の場合、時間当たり賃金率=(月給+賞与÷12)÷(週平均労働時間×4+週平均残業時間×1.25×4)と計算する。④の場合、時間当たり賃金率=(年俸÷12+賞与÷12)÷(週平均労働時間×4+週平均残業時間×1.25×4)と計算する。さらに、時間当たり賃金率がその平均値+(-)標準偏差×3よりも大きい(小さい)場合を分析対象から除外している。

⁵⁾ 今回使用する労働市場における総経験年数は、KHPSの就業履歴表を使用して作成したものであり、実際に労働市場で何年間就業していたのかを示す変数となっている。このため、卒業後同一の会社で継続就業している場合、労働市場における総経験年数と勤続年数は同一の値となっている。この場合、勤続年数と労働市場における総経験年数の多重共線性が問題となるものの、勤続年数と労働市場における総経験年数が一致するのは男性で約22%、女性では約9%であるため、推計結果には深刻な影響をもたらさないと考えられる。

注15を参照されたい。

この主観的健康度はIdler and Benyamini (1997) やFranks et al. (2003) の研究によって死亡率の予測に有効な指標であると指摘されており、個人の健康状態を正確に反映する可能性がある。しかし、この変数を使用する場合、(1) 真の健康状態との測定誤差、(2) 賃金との逆相関、(3) 観察で

きない個人属性との相関といった3つの課題に注意する必要がある。本稿では(1)と(2)の課題に対して、IVによって対処する。使用する操作変数は、睡眠時間と運動習慣である。睡眠時間には1日の平均睡眠時間を使用している。運動習慣には1週間における仕事以外での汗をかくほどの運動量を使用しており、0(1週間のうちまったく運

表2 基本統計量

変数	男性				女性			
	雇用就業者全体		正規雇用のみ		雇用就業者全体		正規雇用のみ	
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差
時間当たり賃金率の対数値	7.652	0.594	7.715	0.570	7.056	0.542	7.395	0.560
主観的健康度	2.380	0.929	2.368	0.927	2.399	0.932	2.354	0.936
学歴ダミー：中高卒	0.462	0.499	0.457	0.498	0.480	0.500	0.381	0.486
学歴ダミー：専門・短大卒	0.075	0.264	0.076	0.266	0.267	0.442	0.278	0.448
学歴ダミー：大卒	0.418	0.493	0.423	0.494	0.174	0.379	0.242	0.428
雇用形態ダミー：正規雇用	0.908	0.289	1	0	0.361	0.480	1	0
雇用形態ダミー：非正規雇用	0.092	0.289	0	0	0.639	0.480	0	0
勤続年数	14.223	10.891	15.225	10.811	7.463	8.029	10.953	9.819
勤続年数の2乗	320.901	402.955	348.649	409.849	120.157	338.345	216.330	415.629
労働市場における総経年数	22.704	10.672	23.048	10.232	17.498	9.362	18.021	10.186
労働市場における総経年数の2乗	629.370	486.735	635.874	475.515	393.809	379.418	428.468	412.749
業種ダミー：農業・漁業・鉱業	0.005	0.072	0.005	0.074	0.007	0.085	0.007	0.081
業種ダミー：建設業	0.111	0.314	0.114	0.318	0.021	0.143	0.033	0.179
業種ダミー：製造業	0.250	0.433	0.258	0.438	0.140	0.348	0.164	0.370
業種ダミー：卸売・小売・飲食・宿泊業	0.133	0.339	0.120	0.325	0.278	0.448	0.110	0.312
業種ダミー：金融・不動産業	0.047	0.211	0.050	0.217	0.075	0.263	0.111	0.315
業種ダミー：運輸・情報サービス・調査業・電気・ガス	0.178	0.382	0.175	0.380	0.044	0.206	0.028	0.166
業種ダミー：医療・福祉・教育・学習支援	0.170	0.376	0.166	0.372	0.364	0.481	0.450	0.498
業種ダミー：公務	0.106	0.308	0.112	0.316	0.070	0.256	0.097	0.296
職種ダミー：農林漁業・採掘業	0.004	0.060	0.004	0.062	0.003	0.054	0.002	0.040
職種ダミー：販売・サービス業	0.181	0.385	0.162	0.368	0.365	0.482	0.190	0.393
職種ダミー：管理職	0.103	0.304	0.113	0.317	0.004	0.066	0.009	0.096
職種ダミー：事務職	0.135	0.341	0.140	0.347	0.298	0.457	0.379	0.485
職種ダミー：運輸・通信職	0.085	0.278	0.079	0.270	0.009	0.094	0.008	0.090
職種ダミー：製造・建築・保守・運搬職	0.241	0.428	0.239	0.427	0.096	0.295	0.073	0.259
職種ダミー：専門的・技術的職	0.186	0.389	0.195	0.396	0.170	0.375	0.263	0.440
職種ダミー：保安職およびその他	0.066	0.249	0.067	0.251	0.055	0.228	0.076	0.266
企業規模ダミー：100人以下	0.363	0.481	0.352	0.478	0.455	0.498	0.474	0.499
企業規模ダミー：100-500人	0.225	0.418	0.227	0.419	0.229	0.420	0.207	0.405
企業規模ダミー：1000人以上	0.326	0.469	0.328	0.470	0.259	0.438	0.225	0.417
企業規模ダミー：官公庁	0.086	0.281	0.093	0.290	0.058	0.233	0.094	0.292
都道府県別失業率	4.391	0.872	4.385	0.871	4.415	0.907	4.355	0.954
操作変数：睡眠時間	6.350	1.016	6.337	0.993	6.231	1.013	6.275	0.981
操作変数：運動習慣	1.776	1.437	1.773	1.428	1.511	1.234	1.461	1.124
サンプルサイズ	6021		5468		5083		1834	

注1：分析対象は59歳以下の雇用就業で働く男女である。

注2：表中の雇用就業者全体とは正規雇用就業者と非正規雇用就業者の合計を指している。

出所：KHPS2004-KHPS2013を用い、筆者算出。

動を行っていない)から8(7日運動を行っている)の値をとる連続変数である。これらの睡眠時間と運動量が多いほど、健康資本が蓄積されるため、より健康になると考えられる。実際、土井(2012)は、睡眠障害が罹病リスクを高め、短時間睡眠が死亡を高めると指摘しているため、睡眠時間の改善が健康を促進すると言える。また、運動量は湯田(2010)でも操作変数として使用されており、主観的健康度の改善に寄与していた。これらの先行研究から、睡眠時間と運動量は主観的健康度に影響を及ぼす操作変数として妥当だと考えられる。なお、操作変数の条件として、(1)の誤差項と睡眠時間、運動量に相関がない必要がある。睡眠時間、運動量と賃金水準の関係を見た場合、相関が存在する恐れがあるものの⁶⁾、今回はIV-FE OLSを使用し、各変数の変化の關係に注目している。この場合、睡眠時間や運動量の変化は(1)の賃金関数の誤差項と相関をもたないと考えられるため、操作変数としての条件を満たすと考えられる⁷⁾。なお、睡眠時間と運動量はKHPS2005、KHPS2006、KHPS2008～KHPS2013でしか質問項目が存在していないため、分析期間もこれらの期間に限定する。次に、(3)の課題については観察できない個人属性を考慮したIV-FE OLSを使用することで対処する⁸⁾。

以上の変数を用い、本稿では健康が賃金に及ぼす影響を検証する。分析ではIV-FE OLSと結果を比較するためにも、通常のOLSと操作変数を使用したOLS(IV)も併せて推計する。また、今回の分析ではサンプルを男女別、雇用形態別(雇用就業者全体、正規雇用のみ)に分割し、推計を行う。男女別に分割するのは、濱秋・野口(2010)や湯田(2010)の国内の分析結果だけでなく、Gambin(2005)やJäckle and Himmler(2010)といった海外の分析結果から明らかなおお、健康の及ぼす影響が男女間で異なっているためである。

健康が賃金に及ぼす影響を適切に検証するためには、男女別にサンプルを分割する方が望ましいと考えられる⁹⁾。また、雇用形態別に分割するのは、健康状態の及ぼす影響が雇用形態によって異なる可能性があると考えられるためである¹⁰⁾。なお、推計に使用した変数の基本統計量は表2に掲載してある。

V 推計結果

1 主観的健康度が賃金に及ぼす影響に関する分析

表3は男性の推計結果を示している。表中の(A1)から(A3)は雇用就業者全体を示し、(A4)

⁶⁾ 大竹・佐々木(2009)では運動習慣と昇進の關係が指摘され、運動習慣が直接賃金を高めている懸念もあったが、過剰識別制約検定の結果では問題はなかった。

⁷⁾ 睡眠時間と運動量を操作変数として使用する場合、主観的健康度から影響を受けている恐れがある。具体的には、主観的健康度が悪い場合、その状況を改善するために睡眠時間や運動量を増加させる可能性が考えられる。しかし、今回の分析ではIV-FE OLSを使用することで、(2)の式も主観的健康度の変化や睡眠時間、運動量の変化の關係を分析しているため、逆相関に関してもコントロールされていると考えられる。

⁸⁾ 今回の分析ではIV-FE OLSを使用することによって分析期間中に一定の観察されない個人属性については考慮できている。しかし、今回の分析でコントロールした説明変数以外で分析期間中に変化する要因が推計結果に影響を及ぼす可能性があり、この点については注意が必要となる。

⁹⁾ 今回の女性の分析対象サンプルについて見ると、34歳以下では独身者割合が高く、35歳以上だと有配偶割合及び非正規雇用割合が高くなる傾向があった。この結果から、女性は30代前半まで独身者が多く、30代後半以降で結婚後の非正規雇用で働く割合が多いと言える。

¹⁰⁾ 今回の分析では正規雇用者のみに限定した分析も行っているが、この場合、分析期間中に正規雇用についていた者を分析対象としている。このため、分析期間の途中から正規雇用となったサンプルの場合、正規雇用となった時点以降を分析対象としており、逆に分析期間の途中に正規雇用から非正規雇用へ移動した場合、移動前年までを分析対象としている。このように正規雇用者のみに限定した場合、相対的に能力や就業意欲が高い労働者が残りやすいといったサンプルセレクションバイアスが発生する恐れがある。しかし、今回の分析ではIV-FE OLSを使用することによって、観察できない個人属性を考慮しているため、サンプルセレクションバイアスもある程度コントロールできていると考えられる。

から (A6) は正規雇用就業者のみを示す。

推計結果の解釈に移る前に、(A2) と (A5) の主観的健康度の内生性検定の結果を見ると、いずれの場合も主観的健康度が内生変数であることを示していた。また、(A3) と (A6) の固定効果の有無の検定結果を見ると、いずれの場合も観察できない個人属性の影響は個人間で同一ではないことを示しているため、固定効果を考慮した推計の方が望ましいという結果になった。これらの結果から、主観的健康度の内生性と観察できない個人属性を考慮したIV-FE OLSの推計結果が最も望まし

いと言える。

以上の結果を踏まえたうえで、(A1) から (A3) の雇用就業者全体の結果から見ていく。(A1) から (A3) の推計結果のうち、主観的健康度の係数を見ると、いずれの場合も有意に負の値を示していた。この結果は、主観的健康度が悪化するほど、時間当たり賃金率が低下することを意味する。また、係数の大きさに注目すると、(A1) のOLSよりも (A2) のIVの係数の方が絶対値で大きくなっていった。この結果は、国内 (湯田2010; Hamaaki and Noguchi 2013) や海外の研究 (Cai

表3 健康状態が賃金に及ぼす影響 (男性)

被説明変数: 対数時間当たり賃金率 説明変数	雇用就業者全体			正規雇用のみ		
	(A1)	(A2)	(A3)	(A4)	(A5)	(A6)
第2段階目の推計						
主観的健康度	-0.035*** (0.007)	-0.250*** (0.042)	-0.240** (0.107)	-0.035*** (0.007)	-0.260*** (0.044)	-0.256*** (0.096)
学歴ダミー						
短大・高专卒	0.075*** (0.025)	0.049* (0.027)		0.085*** (0.026)	0.056** (0.029)	
ref:中高卒						
大卒・大学院卒	0.171*** (0.015)	0.165*** (0.016)		0.187*** (0.016)	0.179*** (0.017)	
雇用形態ダミー						
非正規雇用	-0.355*** (0.023)	-0.323*** (0.026)	-0.235*** (0.040)			
ref: 正規雇用						
勤続年数	0.016*** (0.002)	0.015*** (0.002)	0.016*** (0.005)	0.014*** (0.002)	0.013*** (0.003)	0.012** (0.006)
勤続年数の2乗	-0.000** (0.000)	-0.000* (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000* (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.000)
労働市場における総経験年数	0.030*** (0.003)	0.034*** (0.003)	0.124*** (0.039)	0.035*** (0.003)	0.039*** (0.003)	0.156*** (0.048)
労働市場における総経験年数の2乗	-0.000*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001*** (0.000)
業種ダミー	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
職種ダミー	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
企業規模ダミー	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
都道府県別失業率	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
年次ダミー	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
定数項	7.176*** (0.054)	7.568*** (0.096)		7.079*** (0.058)	7.504*** (0.104)	
第1段階目の推計						
睡眠時間		-0.073*** (0.012)	-0.053*** (0.015)		-0.081*** (0.013)	-0.072*** (0.017)
運動習慣		-0.095*** (0.008)	-0.045*** (0.010)		-0.095*** (0.009)	-0.049*** (0.010)
推計手法	OLS	IV	IV-FE	OLS	IV	IV-FE
修正済み決定係数	0.373			0.315		
健康度のWu-Hausmanの内生性検定 (F統計量)		30.989***			31.409***	
固定効果の有無に関する検定 (F統計量)			3.01***			3.19***
操作変数の弱相関検定 (F統計量)		89.842***	17.283***		83.534***	21.366***
操作変数の過剰識別制約検定 (p値)		0.311	0.314		0.393	0.439
サンプルサイズ	6021	6021	6021	5468	5468	5468

注1: ***, **, *はそれぞれ推定された係数が1%、5%、10%水準で有意であるのかを示す。

注2: ()内の値は標準誤差を示す。

注3: 第1段階目の推定には第2段階目に使用した主観的健康度以外の説明変数も使用している。

注4: KHPS2004-KHPS2013から筆者推計。

2007; Jäckle and Himmler 2010)と同じ傾向であり、IVによって内生性によるバイアスが解消されたことが背景にあると考えられる。次に(A3)のIV-FE OLSを見ると、若干ではあるが主観的健康度の係数が(A2)のIVよりも絶対値で小さくなっていた。この結果は、観察できない個人属性が主観的健康度や賃金の双方に正の影響を及ぼしていたことを示唆しており、そのバイアスを除去することで係数に変化が見られたと考えられる。なお、(A2)と(A3)の操作変数について見ると、睡眠時間、運動習慣とも負に有意な値を示していた。この結果は、睡眠時間が長く、運動する傾向がある労働者ほど、主観的健康状態が良好になることを示しており、仮説と整合的な結果となっている。また、操作変数の弱相関検定を見ると、いずれもF値が10以上となっており、弱相関の問題はないと考えられる。過剰識別制約検定を見ると、棄却されているため、操作変数と賃金関数の誤差項に相関が発生していないと考えられる。

次に(A4)から(A6)の正規雇用就業者のみの結果を見ると、主観的健康度の係数は雇用就業者全体とほぼ同じ傾向を示していた。具体的には、いずれの推計方法でも主観的健康度の係数が負に有意であり、IVによって内生性を考慮すると係数の絶対値が大きくなり、IV-FE OLSによって観察できない個人属性を考慮すると係数の絶対値が若干小さくなっていた。また、雇用就業者全体と係数の大きさを比較すると、正規雇用のみの方が若干絶対値で大きくなっていた。この結果は、正規雇用就業者ほど健康悪化による賃金低下が大きいことを意味しており、高い生産性を求められる雇用形態ほど健康の及ぼす影響が大きいと考えられる。なお、操作変数について見ると、各操作変数の有意水準、弱相関検定、過剰識別制約検定の結果とも問題は見られなかった。

以上の結果をまとめると、次の2点が明らかになった。1点目は、内生性や観察できない個人属性をIV-FE OLSで考慮しても、主観的健康度の悪化は賃金を低下させていた。これは健康状態が悪

化するほど、労働生産性が低下するためだと考えられる。なお、観察できない個人属性を考慮すると、健康の賃金に及ぼす影響が小さくなっていたため、観察できない個人属性は上方バイアスをもたらしていたと考えられる。2点目は、操作変数として使用した睡眠時間、運動習慣の両方とも、弱相関検定、過剰識別制約検定の結果で問題はなかった。

次に表4の女性の推計結果を見ていく。表中の(B1)から(B3)は雇用就業者全体を示し、(B4)から(B6)は正規雇用就業者のみを示す。

推計結果に移る前に、(B2)と(B5)の主観的健康度の内生性検定の結果を見ると、いずれの場合も主観的健康度が内生変数ではないという結果になっていた。男性の場合とは違い、女性ではそもそも主観的健康度と賃金の間に逆相関の関係が存在しない可能性がある。また、(B3)と(B6)の固定効果の有無の検定結果を見ると、いずれの場合も固定効果を考慮した推計の方が望ましいという結果になった。これらの結果から、少なくとも観察できない個人属性を考慮した推計を行う方が望ましいと言える。

以上の結果を踏まえたうえで、(B1)から(B3)の雇用就業者全体の結果を見ると、(B1)の主観的健康度のみが有意に負の値を示しており、操作変数を用いた(B2)と(B3)は有意な値となっていなかった。女性の場合、主観的健康状態の悪化は賃金の低下に影響を及ぼしていないと考えられる。次に(B4)から(B6)の正規雇用就業者のみの結果を見ると、いずれの場合も主観的健康度は有意な値を示していなかった。以上の結果から明らかなおおろ、女性の場合、健康状態と賃金の間に明確な関係は見られなかった¹¹⁾。このような結果は国内(湯田2010)や海外(Jäckle and Himmler 2010)でも確認されているため、今回使用したKHPSのみで観察される結果ではないと言える。おそらく、女性の労働生産性の決定には健康以外の今回の説明変数では考慮されてない要因が影響を及ぼしていると考えられる¹²⁾。

¹¹⁾ 操作変数を使用しないFixed Effect OLSとRandom Effect OLSでも推計したが、いずれの主観的健康度も有意な値を示していなかった。

表4 健康状態が賃金に及ぼす影響（女性）

被説明変数：対数時間当たり賃金率		雇用就業者全体			正規雇用のみ	
説明変数	(B1)	(B2)	(B3)	(B4)	(B5)	(B6)
第2段階目の推計						
主観的健康度	-0.011* (0.007)	0.061 (0.060)	-0.042 (0.438)	-0.003 (0.013)	0.017 (0.113)	-0.477 (0.554)
学歴ダミー	短大・高専卒	0.098*** (0.015)	0.104*** (0.016)		0.089*** (0.030)	0.090*** (0.030)
ref:中高卒	大卒・大学院卒	0.158*** (0.019)	0.171*** (0.022)		0.158*** (0.033)	0.162*** (0.041)
雇用形態ダミー	非正規雇用	-0.359*** (0.015)	-0.362*** (0.015)	-0.157*** (0.029)		
ref:正規雇用						
勤続年数		0.020*** (0.002)	0.020*** (0.002)	0.022** (0.010)	0.029*** (0.003)	0.029*** (0.003)
勤続年数の2乗		-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000 (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000*** (0.000)
労働市場における総経験年数		0.006** (0.003)	0.006** (0.003)	0.022 (0.025)	0.007 (0.005)	0.008 (0.006)
労働市場における総経験年数の2乗		-0.000** (0.000)	-0.000*** (0.000)	-0.000 (0.001)	-0.000 (0.000)	-0.000 (0.001)
業種ダミー		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
職種ダミー		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
企業規模ダミー		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
都道府県別失業率		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
年次ダミー		Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
定数項		6.957*** (0.052)	6.802*** (0.138)		6.801*** (0.094)	6.749*** (0.307)
第1段階目の推計						
睡眠時間			-0.065*** (0.013)	-0.013 (0.017)		-0.057** (0.022)
運動習慣			-0.066*** (0.010)	-0.011 (0.011)		-0.080*** (0.019)
推計手法	OLS	IV	IV-FE	OLS	IV	IV-FE
修正済み決定係数	0.345			0.210		
健康度のWu-Hausmanの内生性検定(F統計量)		1.491			0.032	
固定効果の有無に関する検定(F統計量)			3.61***			1.84***
操作変数の弱相関検定(F統計量)		33.237***	0.739		11.520***	1.015
操作変数の過剰識別制約検定(p値)		0.162	0.673		0.025	0.668
サンプルサイズ	5083	5083	5083	1834	1834	1834

注1：***、**、*はそれぞれ推定された係数が1%、5%、10%水準で有意であるのかを示す。

注2：()内の値は標準誤差を示す。

注3：第1段階目の推定には第2段階目に使用した主観的健康度以外の説明変数も使用している。

注4：KHPS2004-KHPS2013から筆者推計。

次に操作変数について注目すると、(B2)の操作変数の有意水準、弱相関検定、過剰識別制約検定の結果とも問題は見られなかった。しかし、(B5)の過剰識別制約検定の結果、操作変数と賃金関数の誤差項が相関している恐れがあった。また、(B3)と(B6)のIV-FE OLSでは睡眠時間、運動習慣の両方とも有意な値を示していなかった。

さらに、(B3)と(B6)の弱相関検定のF値が10未満となっており、弱相関の問題が発生していると考えられる。これらの結果から、女性では睡眠時間や運動習慣といった操作変数の妥当性に留意が必要となる。なお、男女間で健康指標に対する操作変数の及ぼす影響が異なるという傾向は濱秋・野口(2010)でも指摘されているため、今後、男

¹²⁾ 結婚や出産といった要因は女性の就業の意思決定や賃金だけでなく、睡眠時間や運動習慣にも影響を及ぼしていると考えられるため、これらの変数も考慮した推計を実施した。しかし、いずれの推計手法でも推計結果に大きな変化はなく、主観的健康度はほとんどの場合において有意な値を示さなかった。また、操作変数の運動習慣や睡眠時間についてもほぼ変化は見られなかった。

女間で違った操作変数を使用することを検討する必要がある。

以上の結果をまとめると、次の2点が明らかになった。1点目は、内生性や観察できない個人属性を考慮すると、女性では主観的健康度の悪化が賃金に影響を及ぼしていなかった。2点目は、女性では観察できない個人属性を考慮すると、睡眠時間、運動習慣の両方とも、有効な操作変数として機能していなかった。

VI 結論

本稿の目的は、KHPSを用い、健康が賃金に及ぼす影響を再検証することであった。健康が賃金に及ぼす影響を検証する場合、健康指標の測定誤差や賃金健康に影響を及ぼす逆相関が推計上の課題として先行研究で指摘されてきた。これら以外にも、観察できない個人属性が健康と賃金の両方に影響を及ぼしていると考えられるものの、こ

の点を考慮した研究は国内ではまだない。そこで、本稿では睡眠時間と運動習慣を操作変数としたIV-FE OLSを用いることでこれらの課題に対処し、健康が賃金に及ぼす影響を分析した。分析の結果、次の2点が明らかになった。

1点目は、男性の場合、内生性や観察できない個人属性をIV-FE OLSで考慮しても、主観的健康度の悪化は賃金を低下させていた。これは健康状態が悪化するほど、労働生産性が低下するためだと考えられる。なお、観察できない個人属性を考慮すると、健康の賃金に及ぼす影響が小さくなっていった。

2点目は、女性の場合、内生性や観察できない個人属性を考慮すると、主観的健康度の悪化が賃金に影響を及ぼしていなかった。

以上の結果から、健康状態の変化は主に男性の賃金に影響を及ぼしており、女性の賃金には影響を及ぼしていないと言える^{13),14),15),16),17)}。健康状態の悪化は、労働者個人に対する賃金の低下といっ

¹³⁾ 年齢層によって健康が賃金に及ぼす影響が異なっている可能性がある。この点を検証するために、男女両方において35歳以上と35歳未満でサンプルを分割し、主観的健康度の係数に違いが見られるかどうかといった点を検証した。なお、サンプルサイズを確保するために雇用就業者全体で分析を行った。この分析の結果、男性の場合、35歳前後にサンプルを分割しても健康状態の悪化が賃金を低下させていた。また、係数の大きさを見ると、若干ではあるが、35歳未満の方が大きかった。これに対して女性の場合、IVやIV-FE OLSを使用したいずれの場合でも、主観的健康度は有意な値とならなかった。なお、45歳前後でも同様の分析を行った結果、男性では健康状態の悪化が賃金を低下させており、45歳以上の係数の方が45歳未満よりも大きかった。また、女性の場合、いずれの推計でも主観的健康度は有意な値とならなかった。

¹⁴⁾ 今回使用した都道府県別失業率は試算値であり、その使用には注意が必要となる。そこで、推計結果の頑健性を確認するためにも、都道府県別有効求人倍率を使用した推計も行った。なお、分析対象は雇用就業者全体である。分析の結果、男女とも都道府県別有効求人倍率は正の符号を示す場合が多かった。この結果は、都道府県別有効求人倍率が高く、労働市場の需給状況が良好であるほど、賃金が高くなることを示している。また、主観的健康度、弱相関検定、そして、過剰識別制約検定の結果を見ると、男女とも都道府県別失業率を使用した場合とほぼ同じ傾向を示していた。

¹⁵⁾ 今回の分析では主観的健康度を連続変数として使用しているが、この場合、係数の解釈が難しい点がある。そこで、推計結果の解釈を補完するためにも、「あまりよくない」と「よくない」の場合に1、それ以外で0となる不健康ダミーを作成し、追加の推計を行った。分析対象は雇用就業者全体である。分析の結果、男性の場合、いずれの推計手法でも不健康ダミーは負に有意な値を示すことがわかった。この結果は、不健康であるほど賃金率が低くなることを意味している。また、係数の絶対値の大きさを見ると、すべての推計手法において、連続変数の主観的健康度を使用した場合よりも大きくなっていった。さらに、弱相関検定の結果を見ると、IVではF値が10以上であったが、IV-FE OLSでは10以下となっており、弱相関の問題が存在する恐れがあった。IV-FE OLSで弱相関の問題が発生する背景には、おそらく、不健康ダミーでは十分な変化がないため、固定効果推計時に操作変数の及ぼす影響が弱まるためではないかと考えられる。なお、連続変数の主観的健康度の場合、十分な変動があるため、IV-FE OLSでも弱相関の問題がないという利点がある。過剰識別制約検定についてはIV、IV-FE OLSとも棄却されていた。次に、女性の推計結果を見ると、いずれの場合も有意な値となっていなかった。この結果は、女性の場合、不健康であることが賃金に影響を及ぼさないことを意味している。この女性の推計結果は、湯田(2010)と整合的である。

た問題に留まるだけでなく、企業の生産性低下による業績悪化にまでつながる恐れがあるため（山本・黒田2014）、今後さらなる対策が求められる。この点に関して、梶谷・小原（2010）で指摘されるようなセルフケアの実施が重要となるが、企業からのさまざまな支援も必要不可欠となる。また、政策的な観点からは、企業及び労働者に健康を維持、促進するよう法整備等を行うことが必要だと言える。この点について、2015年12月に施行された改正労働安全衛生法によってストレスチェック制度が義務化されるのは、望ましい方針だと言える。

最後に本稿に残された課題について述べておきたい。今回の分析の結果、女性の健康と賃金の間には明確な関係が見られなかったが、これには今回の分析で考慮されていない要因が影響を及ぼしている可能性がある。観察できない個人属性は考慮しているため、期間中に変動する要因が影響を及ぼしていると考えられるが、この点をさらに検討する必要があるだろう。また、今回は主に主観的健康状態について分析したが、近年ではメンタルヘルスの悪化が大きな注目を浴びている。メンタルヘルスの悪化が賃金にどのような影響を及ぼすのかといった点はまだ国内では研究が少ないも

の、今後この点をより検証する必要があるだろう。

付記

本稿の作成にあたり慶應義塾大学パネルデータ設計・解析センターによる『慶應義塾家計パネル調査』の個票データの提供を受けた。また、2名の本誌レフェリー、山本勲教授（慶応大学）、黒田祥子教授（早稲田大学）からは本稿を改善する上で非常に有益なコメントを頂いた。ここに記して感謝する次第である。

（平成27年9月投稿受理）

（平成28年3月採用決定）

参考文献

- Becker G. S. (1964) Human Capital, Columbia University Press.
- Cai L. (2009) "Effects of Health on Wages of Australian Men," *The Economic Record*, Vol.85-270, pp.290-306.
- Contoyannis P. and Rice N. (2001) "The Impact of Health on Wages: Evidence from the British Household Panel Survey," *Empirical Economics*, Vol.26, pp.599-622.
- Currie J. and Madrian B. C. (1999) "Health, Health Insurance and the Labor Market," in Orley C. Ashenfelter and David Card eds., *Handbook of Labor Economics*, Vol.3C, pp.3309-3416, North-Holland.

¹⁶⁾ 今回の分析では、操作変数の運動習慣を連続変数として扱っているが、男女ともその約7割が1週間に運動していないといった結果になっていた。この点を考慮に入れ、連続変数の運動習慣の推計結果を補完するためにも、運動を「まったくしない」の場合に1、それ以外で0となる非運動ダミーを作成し、推計を行った。また、運動習慣と主観的健康度の同時決定バイアスの可能性に対処するためにも、1期前の非運動ダミーを使用した推計も行った。分析対象は雇用就業者全体である。分析の結果、男性の場合、IV、IV-FE OLSとも操作変数の非運動ダミーは有意に正の符号を示していた。この結果は、運動していないほど主観的健康度が悪化することを意味している。また、主観的健康度の係数は、運動習慣の連続変数を使用した場合とほぼ同じ傾向を示していた。さらに、弱相関検定については、いずれもF値が10以上となっており、過剰識別制約検定についても棄却されていた。次に1期前の非運動ダミーについて見ると、IVでは正に有意な値を示していたが、IV-FE OLSでは有意となっていなかった。主観的健康度についてはいずれの推計手法でも負に有意となっていたが、IV-FE OLSの場合、弱相関検定のF値が10未満となっており、弱相関の問題があると考えられる。次に女性の推計結果について見ると、IVの場合、非運動ダミー及び1期前の非運動ダミーとも正に有意となっていたが、IV-FE OLSの場合、いずれも有意となっていなかった。また、主観的健康度はいずれの場合も有意となっていなかった。

¹⁷⁾ 今回の分析では、本人以外の家族に関する諸変数を使用していなかった。しかし、これらの要因は健康に影響を及ぼす可能性があるため、コントロールする必要がある。そこで、家族に関する諸変数を追加したうえで再度分析を行った。具体的に追加した変数は、新規に結婚ダミー、新規に出産ダミー、両親と新規に同居ダミー、貯蓄額(万円)/100、新規に結婚ダミー×貯蓄額(万円)/100、新規に出産ダミー×貯蓄額(万円)/100、そして、両親と新規に同居ダミー×貯蓄額(万円)/100である。貯蓄額との各交差項は、家族の変化が貯蓄に及ぼす影響を考慮するために使用している。なお、分析対象は雇用就業者全体である。推計結果を見ると、男女とも家族に関する諸変数を追加しても、主観的健康度の係数に大きな変化は見られなかった。この結果から、表3及び表4の推計結果は、家族に関する諸変数を考慮しても変化せず、頑健だと言える。

- Fischer J. A. V. and Sousa-Poza A. (2009) "Does Job Satisfaction Improve the Health of Workers? New Evidence Using Panel Data and Objective Measures of Health," *Health Economics*, Vol.18-1, pp.71-89.
- Franks P. Gold M.R. and Fiscella K. (2003) "Sociodemographics, Self-Rated Health, and Mortality in the US," *Social Science and Medicine*, Vol.56, pp.2505-2514.
- Gambin L. M. (2005) "The Impact of Health on Wages in Europe-Does Gender Matter?" HEDG Working Paper 05/03.
- Grossman, M (1972) "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health," *Journal of Political Economy*, Vol.80, pp.223-255.
- Hamaaki J. and Noguchi H. (2009) "Does Health Status Matter to People's Retirement Decision in Japan?: An Evaluation of 'Justification Hypothesis' and Measurement Errors in Subjective Health", mimeo, presented at iHEA 7th World Congress on Health Economics.
- Hamaaki J. and Noguchi H. (2013) "The Impact of Health Problems on Income of the Elderly in Japan," 一橋大学機関リポジトリ HERMES-IR (<http://hdl.handle.net/10086/25586>).
- Idler, E. L. and Benyamini Y. (1997) "Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty -Seven Community Studies," *Journal of Health and Social Behavior*, Vol.38, pp.21-37.
- Jäckle R. and Himmler O. (2010) "Health and Wages- Panel Data Estimates Considering Selection and Endogeneity," *Journal of Human Resources*, Vol.45-2, pp.364-406.
- Weil D. N. (2007) "Accounting for the Effect of Health on Economic Growth," *The Quarterly Journal of Economics*, Vol.122, No.3, pp.1265-1306.
- 岩本康志 (2000) 「健康と所得」国立社会保障・人口問題研究所 (編) 『家族・世帯の変容と生活保障機能』 pp.95-117, 東京大学出版会。
- 大石亜希子 (2000) 「高齢者の就業決定における健康要因の影響」『日本労働研究雑誌』第481号, pp.51-62。
- 大竹文雄・佐々木勝 (2009) 「スポーツ活動と昇進」『日本労働研究雑誌』第587号, pp.62-89。
- 梶谷真也・小原美紀 (2010) 「予防行動と健康状態」『医療経済研究』第22号第1巻, pp.47-62。
- 清家篤・山田篤弘 (2004) 『高齢者就業の経済学』日本経済新聞社。
- 土井由利子 (2012) 「日本における睡眠障害の頻度と健康影響」『保健医療科学』第61号第1巻, pp.3-10。
- 濱秋純哉・野口晴子 (2010) 「中高齢者の健康状態と労働参加」『日本労働研究雑誌』第601号, pp.5-24。
- 山本勲・黒田祥子 (2014) 『労働時間の経済分析 超高齢社会の働き方を展望する』日本経済新聞出版社。
- 湯田道生 (2010) 「健康状態と労働生産性」『日本労働研究雑誌』第601号, pp.25-36。

(さとう・かずま)

情報（国際機関動向）

国際機関・各国の社会保障情報へのアクセス

小島 克久*

I はじめに

わが国では、少子・高齢化、経済格差の拡大などを背景に、社会保障政策の重要性が高まり、医療、年金、介護をはじめさまざまな分野での社会保障の研究が盛んになっている。こうした研究はわが国を対象とするものだけでなく、わが国と諸外国との比較、諸外国を対象とした研究もある。これらは単に国際比較研究、外国の研究にとどまるだけでなく、わが国の今後の社会保障政策のあり方に示唆を与える知見を示しうるものも多い。

諸外国の社会保障制度を研究するには、その制度の仕組みや基礎的な統計の把握が不可欠である。現在、こうした情報は印刷物（日本語、外国語を問わず）だけでなく、国際機関、各国政府や当局がインターネットを通じて直接公開している。政策当局が公表する情報に接することは、諸外国の社会保障制度研究にとって、重要な一次資料にアクセスすることを意味する。本稿では、諸外国の社会保障情報にアクセスするために、どのような情報源があるかについて、まとめることにする。なお、ここで紹介するwebサイトのアドレスは2016年4月に確認したものである。

II 国際機関によるもの

1 経済協力開発機構（OECD）

パリに本部がある経済協力開発機構（OECD）

では、加盟国の経済に限らず、社会保障、教育、労働などの問題を幅広く取り上げ、各種の報告書を公開している。同機構のwebサイトのトップページにある”Topics”のタブから、関心のあるテーマを選んでアクセスすることが出来る。特に社会保障に関するテーマとして、”Social and welfare issues”（社会福祉、格差・貧困など）、”Health”（医療、介護）、”Migration”（移民と関係する政策）等がある。加盟国間の比較が可能な形で整備された統計は”OECD.Stat”にアクセスすることで入手できる。ここでも関心のあるテーマを選択することで、必要なデータをブラウザ上で表示できる。また、表示されたデータのうち、データが必要な国や項目（人数、金額（米ドル表示、各国通貨表示）、割合など）が選択できる。つまり、OECDが公表している膨大なデータベースの中から必要なデータだけを選択できる。そして、Excel形式などでのダウンロードが可能である。

OECD関係webサイト

トップページ <http://www.oecd.org/>

Social and welfare issues

<http://www.oecd.org/social/>

Health <http://www.oecd.org/health/>

Migration <http://www.oecd.org/migration/>

OECD.Stat <http://stats.oecd.org/>

2 ヨーロッパ連合（EU）

ヨーロッパ連合（EU）の統計データベースとして、”Eurostat”がよく知られている。人口・経済・

* 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部第2室長

社会保障などの統計データ、刊行物などを検索でき、ダウンロードも可能である。これとは別にEUは、加盟国の社会保障制度に関するデータベースを構築している。これは、"The EU's Mutual Information System on Social Protection (MISSOC)" と呼ばれている。EU加盟国の社会保障政策のうち、12のトピックス（財源確保・保健・疾病・出産・障害・高齢・遺族・労働災害・家族・失業・最低生活保障・介護）について、法制度、対象者、給付の条件、給付内容等の300以上のカテゴリーについて情報を整備している。データの検索は以下のリンク先（MISSOCデータベース）で、Step1としての国の選択、Step2としてのトピックスの選択を行い、最後にhtml形式での表示、Excel形式でのダウンロードなどを選択することで、ブラウザでの表示やデータのダウンロードが出来る。なお、このデータベースは定期的に内容が更新されている他（過去のデータも利用できる）、英語の他、ドイツ語、フランス語での利用が可能である。

EU関係webサイト

Eurostat <http://ec.europa.eu/eurostat/>
 Social protection systems - MISSOC（紹介）
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en>
 MISSOCデータベース
<http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/COMPARATIVETABLES/MISSOCDATABASE/comparativeTableSearch.jsp>

Ⅲ 各国政府・地域当局によるもの

1 アメリカ合衆国

アメリカ合衆国連邦政府の組織である社会保障局（Social Security Administration）では、世界各国・地域の社会保障制度について情報を定期的にまとめ、これを"Social Security Programs Throughout the World"として同局のwebサイトで公表している。最新年次は地域（アフリカ、ヨーロッパ等）で若干異なるが、webサイトでは地域別に刊行年が並んでおり、これをクリックすると

当該年次現在の各国・地域の社会保障制度についてまとめたPDFファイル、webサイトへのアクセスが可能になる。制度は、「高齢・障害・遺族」、「疾病・出産」、「労働災害」、「失業」、「家族」別にまとめられている。

Social Security Programs Throughout the World
 (U.S. Social Security Administration)

<https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/>

2 その他の国・地域によるもの

欧米の社会保障制度の情報は上記のデータベース等から得ることができる。近年研究が盛んになっている東アジアの場合、その情報を上記のデータベース等からだけで得ることは難しい。そこで、各国、地域の社会保障担当部局のwebサイトに直接アクセスする必要がある。その主なアクセス先をまとめると次のとおりである（いずれも各国現地語のもの。英語、日本語ページがある場合もある）。

【韓国】

保健福祉部 <http://www.mohw.go.kr>
 雇用労働部 <http://www.moel.go.kr>
 女性家族部 <http://www.mogef.go.kr>
 国民健康保険公団（医療保険と介護保険の保険者） <http://www.nhis.or.kr>
 韓国統計庁（統計ポータルサイト）
<http://kostat.go.kr>

【中国】

人力資源和社会保障部（社会保険を担当）
<http://www.mohrss.gov.cn>
 国家衛生和計画生育委員会（医療および人口政策を担当） <http://www.nhfp.gov.cn>
 民政部（社会福祉等を担当）
<http://www.mca.gov.cn>
 中国国家统计局 <http://www.stats.gov.cn>

【台湾】

衛生福利部（医療・介護・社会保障を担当）
<http://www.mohw.gov.tw>

中央健康保険署（医療保険の保険者）

<http://www.nhi.gov.tw>

労働部（労働政策を担当）

<http://www.mol.gov.tw>

内政部（人口政策等を担当）

<http://www.moi.gov.tw>

戸政司（戸籍・人口政策を担当）

<http://www.ris.gov.tw>

統計処（内政部の統計担当）

<http://www.moi.gov.tw/stat>

主計総処（予算、統計を担当）

<http://www.dgbas.gov.tw>

統計

<http://www.dgbas.gov.tw/np.asp?ctNode=6281>

国家發展委員会（政策全般、人口推計を担当）

<http://www.ndc.gov.tw>

（こじま・かつひさ）

情報（国際機関動向）

OECDのSystem of Health Accountに準拠した
日本の総保健医療支出の速報値

満武 巨裕*1, 山岡 淳*2

I はじめに

日本の総医療費は、2012年に対GDP比でOECD加盟国34中10位となった。この総医療費は、厚生労働省大臣官房統計情報部が公表している国民医療費とは異なり、OECD（経済協力開発機構）が2000年に公表した国民保健計算（National Health Accounts）のガイドラインであるSHA（A System of Health Accounts）に準じて推計した総保健医療支出のことである。

日本の総保健医療支出の推計には、国民医療費や介護給付実態調査をはじめとする51種類のデータソースを利用している（表1）。総保健医療支出の主要データソースの一つである国民医療費は、使用するさまざまな統計資料が確定した後に作成されるため公表が約2年度遅れとなり公表時期が10月頃であるため、また、OECDが総保健医療支出を公表する時点が年度をまたぐため、3年前（以降、“t-3”と表記）となる。

近年OECDは、SHAデータを各国の政策担当者のニーズにさらに合ったものにするために速報値データ（Preliminary Data）の提出を求めている。我が国においても、「公的統計の整備に関する基本的な計画」（2014年3月閣議決定）において、社会保障費用統計の公表について一層の早期化の指摘がなされ、国立社会保障・人口問題研究所が早期化の検討を進めている。

ただし、各年（年度）の推計対象期間は、国お

よびデータソースによって異なる会計年度（Fiscal Year）等に影響を受ける。例えば、日本の公共機関の会計年度は4月～3月制をとっており、OECD加盟国の英国・カナダ・デンマーク・オーストラリアも同様である。これに対し、米国は10月～9月制、フランス・ドイツ・オランダ・ベルギー・スイス・韓国は1月～12月制である。したがって、OECDの求めるデータ提出期限（例年3月末）に対してOECD加盟国間で対象年の推計時期にばらつきがある。

そこで本研究では、SHAガイドラインに基づく日本の速報値（Preliminary Data）として2年前（以降、“t-2”と表記）および一年前（以降、“t-1”と表記）の推計方法と結果について報告する。具体的には、OECDが求めている総額に加え、財源（HF）分類のHF.1.1（社会保障基金を除く一般政府：公費）、HF.1.2（社会保障基金：公的保険の給付）、HF.2（民間部門）の3区分の推計を行う。

II 方法

はじめに、確報値（t-3）と同じデータソースから速報値（t-2およびt-1）のデータ取得を検討し、これができない場合は新しいデータソースも探索する。適切なデータソースが無い場合は、過去3年間の値の増減を加味した推計を行う。過去3年間としたのは、OECDから推計方法に変更を加える場合は、過去3年間のデータの再提出が求められているからである。

*1 医療経済研究機構 研究副部長

*2 医療経済研究機構 主任研究員

表1 総保健医療支出の推計に利用しているデータソース一覧

	資料名	発行機関
1	国民医療費	厚生労働省（統計情報部）
2	介護保険事業状況報告	厚生労働省（老健局介護保険計画課）
3	医療施設調査	厚生労働省（統計情報部）
4	病院報告	厚生労働省（統計情報部）
5	介護サービス施設・事業所調査	厚生労働省（統計情報部）
6	社会医療診療行為別調査	厚生労働省（統計情報部）
7	介護給付費実態調査	厚生労働省（統計情報部）
8	医療保険に関する基礎資料	厚生労働省（保険局調査課）
9	国民健康保険診療施設年報	厚生労働省（保険局調査課）
10	健康保険・船員保険事業状況報告	厚生労働省（保険局）
11	特定健康診査・特定保健指導の実施状況	厚生労働省（保険局）
12	老人医療事業報告	厚生労働省（保険局）
13	患者調査	厚生労働省（統計情報部）
14	わが国の母子保健	母子衛生研究会
15	国民健康保険事業年報	厚生労働省（保険局調査課）
16	社会福祉行政業務報告	厚生労働省（統計情報部）
17	後期高齢者医療事業年報	厚生労働省（保険局調査課）
18	薬事工業生産動態統計	厚生労働省（医政局経済課）
19	人口動態統計	厚生労働省（統計情報部）
20	労働者災害補償保険事業年報	厚生労働省（労働基準局労災保険業務課）
21	就労条件総合調査	厚生労働省（統計情報部）
22	社会保障統計年報	国立社会保障・人口問題研究所
23	医療経済実態調査	中央社会保険医療協議会
24	先進医療専門家会議 資料	先進医療専門家会議
25	国民健康保険の実態	国民健康保険中央会
26	事業年報（全国健康保険協会）	全国健康保険協会
27	船員保険事業年報	全国健康保険協会
28	全国健康保険協会 財務諸表	全国健康保険協会
29	全国健康保険協会 決算報告書	全国健康保険協会
30	健康保険組合事業年報	健康保険組合連合会
31	生命保険事業概況	生命保険協会
32	特別会計歳入歳出決算書	財務省（主計局）
33	一般会計歳入歳出決算書	財務省（主計局）
34	国家公務員共済組合事業統計年報	財務省（主計局）
35	学校基本調査	文部科学省
36	中小企業実態基本調査	中小企業庁
37	中小企業の原価指標	中小企業庁
38	国民経済計算年報	内閣府経済社会総合研究所編
39	経済センサス	総務省統計局
40	住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査	総務省
41	地方公営企業年鑑	総務省自治財政局
42	地方財政白書 資料編	総務省
43	基金年報	社会保険診療報酬支払基金
44	国立病院機構 財務諸表等	独立行政法人 国立病院機構
45	健康保険法施行令第36条	政令
46	補助金総覧	日本電算企画
47	地方交付税制度解説	地方財務協会
48	地方公務員共済組合等事業年報	地方公務員共済組合協議会
49	私学共済制度事業統計	日本私立学校振興・共済事業団
50	病院経営実態調査報告	全国公私病院連盟
51	日本私立学校振興・共済事業団決算報告書	日本私立学校振興・共済事業団

総保健医療支出の速報値（2012年度）は、国民医療費部分（A）が約81.2%、介護保険部分（B）（医療系サービスのみ）が約4.8%、保健医療物品（C）が約4.4%を占める。そこで、総保健医療支出の大部分（90%以上）を占める3費目（A～C）とその他（D）に分けて推計方法を検討する。

【A】国民医療費部分

国民医療費の代替としては、厚生労働省が医療費の速報値として公表しているMEDIAS (Medical Information Analysis System) を利用する。MEDIASは、厚生労働省が医療費の動向を迅速に把握するために、医療機関からの診療報酬請求に基づいて、医療保険・公費負担医療分の医療費を集計し、「最近の医療費の動向」として年次（t-2）および月次データを公表している。t-2には、この年次データを利用する。t-1には、公表されている最新の月次データ（上半期）を利用し、t-2における上半期の医療費が年間に占める割合からt-1の年間値を推計する。また、MEDIASには、労災医療費・全額自費の医療費・療養費（柔道整復師等）・移送費が含まれない分、国民医療費よりも少ない額となる特徴がある。そこで、t-2および推計されたt-1の年間値については、前々年度（t-3）の国民医療費とMEDIASとの乖離率を求めて補正する。

MEDIASの財源別データは「公費」と「公費以外」の区分データが存在するが、「公費」には公的医療保険との併用分が含まれず、「公費以外」を公的保険による給付と民間部門とに区分するデータも存在しないため、財源分類の推計ができない。そこで、HF分類については、速報値の財源分類別の構成割合の過去3年間の増減率を加重平均して利用することとした。

【B】介護保険部分

介護給付費実態調査はt-2のデータが既に公表されている。t-1は、介護給付費実態調査（月報）による5～12月審査分の速報値を、前年度（t-2）における同月審査分の費用額が年間に占める割合から年間値に変換する。財源分類の方法は、t-2は確

報値と同様であり、t-1は医療費部分と同様に、過去3年間の増減率を加重平均する。

【C】保健医療物品等部分

一般薬、衛生用品、眼鏡、補聴器などの各種の保健医療物品に対する保険制度対象外の支出の速報値は、薬事工業生産動態統計による国内向けの出荷額に、中小企業実態基本調査に基づいて作成した卸売マージンおよび小売マージンを上乘せする方法で推計している。

薬事工業生産動態統計は、t-2のデータが取得可能である。しかしt-1については、t-2よりも適切なデータソースが存在しないため、過去3年分の増加率を幾何平均して推計した。

卸売マージンおよび小売マージンについては、中小企業実態基本調査の代わりとなるデータソースがないために、過去3年間の幾何平均値を利用する。

速報値では、保健医療物品等の費用の大部分は自己負担（HF.2）への計上分である。一方、補装具費支給制度による眼鏡や補聴器等の購入・修理額のうち公費負担分は、社会福祉行政業務報告によって金額を把握し、公費（HF.1.1）に計上している。社会福祉行政業務報告はt-2のデータが公表されているために利用した。

【D】その他

その他は、正常分娩、病院補助金、母子保健、保険者の事務経費、資本形成等で全体の8.9%を占める。このうち、最大要素である「病院への補助金」は6916億円（1.5%）、次ぐ資本形成部分は3971億円（0.8%）と、その他の項目は、少額である要素を積み上げている。そのため、全てを過去3年間の増加率（幾何平均）から推計することとした。

III 結果

総保健医療支出のt-1（2014年度）の速報値は、49兆8652億円となった（表2）。その内訳は、国民医療費部分が40兆6193億円、介護保険部分が2兆

表2 総保健医療支出の確報値と速報値 (t-1およびt-2)

項目		2012	2013(t-2)	2014(t-1)
[A]	国民医療費部分	392,117	400,776	406,193
[B]	介護保険部分	23,222	23,597	23,993
[C]	保健医療物品 (一般薬、衛生用品、眼鏡など)	21,043	20,497	20,805
[D]	その他：正常分娩、病院補助金、 母子保健、保険者の事務経費等	42,824	43,416	43,997
[D]	その他：資本形成	3,971	3,719	3,664

表3 財源別総保健医療支出の確報値と速報値 (t-1およびt-2)

年度	2012	2013(t-2)	2014(t-1)
総保健医療支出	483,178	492,005	498,652
HF.1.1 (公費)	50,221	51,660	53,101
HF.1.2 (公的保険)	349,343	357,803	363,716
HF.2 (民間)	83,614	82,542	81,835

3994億円、保健医療物品が2兆805億円、その他は2014年度が4兆7661億円となった。t-2(2013年度)の速報値は、表2に示した。また、t-1(2014年度)の速報値の財源分類別のデータ(t-1)は、公費が約10.6%、公的保険の給付が72.9%、民間部門が16.4%であった(表3)。

IV 考察

総保健医療支出の速報値推計は、翌年以降に公表される確報値との間の乖離を最小限にすると同時に迅速性も考慮しなければならない。データソースには、介護給付費等実態調査のように公表時期が早いものもあれば、国民医療費のように2年後のものもある。そのため速報値の推計には、確報値とは異なる代替データソースおよび独自の推計を組み合わる必要がある。また、51種類のデータソースには、係数としてのみ利用しているものも存在するが、特に国民医療費や介護給付費のように総保健医療支出の積み上げに用いる場合は、1年あるいは2年後に公表される公表値との乖離が少ないように代替データソースおよび方法を

採用しなければならない。例えば、最近公表された2013年度分の国民医療費と我々がMEDIASから推計した値の乖離率は1%以下であった。保健医療物品およびその他についても今後の検証が必要である。また、その他の中の資本形成は、SHAのガイドラインの変更に伴い総保健医療支出の計上範囲から除外されるために、今後、検討する必要性は低下する。

財源分類別の保健医療支出の推計は、過去3年分の増減率を幾何平均した値を基にした推計をしているため、自己負担比率の変更や後期高齢者医療制度創設のような医療制度改革が行われた年度に適用することができないという課題を有する。一方で、速報値を作成することにより、諸外国比較をする際の年度をあわせることができるという利点も有する。

総保健医療支出は、国際比較が可能な推計値であり、1995年から約20年の歴史を持つが、速報値を含む総保健医療支出は、今後も推計方法改善等の検討を行い、OECDにデータを提出していく予定である。

参考文献

- 厚生労働省(2012)「OECD加盟国の医療費の状況」, http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryohoken/iryohoken11/ (2016年3月31最終確認)。
- A System of Health Accounts, <http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf> (2016年3月31最終確認)。
- 我が国の医療費の現状、経済のプリズム, http://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/keizai_prism/backnumber/h24pdf/201210502.pdf (2016年3月31最終確認)。

満武巨裕 (2014) 「第15回OECDヘルスアカウント専門家会合の報告」, 『厚生指標』, Vol61, No3, pp.36-39。

国立社会保障・人口問題研究所 (2016) 「社会保障費用の国際比較」, 『海外社会保障研究』, No.193, pp.77-80。

満武巨裕 (2014) 「日本の国民保健計算の歩み」『慶應

経営論集』 第31巻第1号 : pp.167-186。

(みつたけ・なおひろ)

(やまおか・あつし)

EU域内の社会保障給付

山本 克也*

I Sample Story 域内での就労は、必ず社会保障給付に反映される

ポーランド出身のアニアは自国で6年間働いたあと、ドイツに渡って2年間働いていた。不運にも彼女は交通事故に遭い、歩行困難になったので障害年金を受給しようと、ポーランドとドイツに申請を行った。

当初、ドイツの年金事務所は彼女の申請を受け入れなかった。ドイツの法律では障害年金の受給のための最低加入期間は5年であるが、アニアのドイツでの就労期間は2年であるということが理由であった。ドイツの年金事務所はアニアのポーランドでの6年間の就労期間を考慮に入れていなかった。ポーランドとドイツでの就労を通算して8年間の就労となれば、ドイツの障害年金受給のための最低加入期間5年間という条件をクリア出来る。結局、アニアは障害年金をポーランドに加えてドイツからも受給できることになった。費用はポーランドとドイツが、アニアの就労期間に応じて負担することになる〔EUのwebサイト¹⁾〕。

昨今、シリア難民の流入や相次ぐテロにより多

文化共生の考え方に揺らぎが生じているEU（ヨーロッパ連合）であるが、EU加盟国は主権の一部を他の機構に譲るという、世界で他に類を見ない仕組みに基づく共同体を作成した。わが国にとっても、TPPやFTAの推進等、モノ・ヒトの交換が容易になるにつれて、諸国との各制度の統合の必要性は容易に想像できる（実際、年金に関しては各国との社会保障協定が進んでいる）。その場合には、先行する制度としてのEU統合のあり方が参考にされるであろう。

EUのweb上にはSample Storyと呼ばれる、EU市民の権利の広報活動を実施している（注1に示したのは、この連載で取り上げる社会保障関連のサイトである）。今回取り上げた事例は、自分の国と受け入れ国で就労（我が国で言うところの正規雇用者）を実施した後、（労災ではなく）障害を負ってしまった場合に障害年金はどの国から受給出来るのかということを知らしめるものである。

どうして、アニアは自国のポーランドだけではなくドイツにも障害年金の請求を行えたのか。それは、ポーランドが2004年5月1日にEUに加盟後、2007年12月21日に国境審査が完全に撤廃されるシェンゲン協定²⁾に加盟したことによる。EU市民による域内労働移動については基本条約により保証され、雇用機会及び賃金その他の労働条件に係る国籍差別³⁾は、域内移動の自由の阻害要因とし

* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長

¹⁾ この障害年金の受給に関する Sample Story は http://europa.eu/youreurope/citizens/work/unemployment-and-benefits/country-coverage/index_en.htmにある（2016年4月6日最終確認）。

²⁾ これは、域内国境を段階的に撤廃することの合意である「シェンゲン協定（The Schengen Agreement）」に由来する。詳しくは <http://eumag.jp/question/f0412/>を参照のこと（2015年7月30日最終確認）。

て禁止されているからである。

アニアのユーロで支給されるドイツからの障害年金額は、相当な金額になる。ドイツの障害年金の平均受給月額738ユーロ（10万円程度）は、ポーランドの通貨では3,058ズロチになる。ポーランドの最低生計費（ひとり世帯）、477ズロチ⁴⁾（約114ユーロ、約1万6千円）を考えた場合、加入期間や障害の程度による減額があっても、ドイツからの給付は相当に大きくなる可能性がある。

このようにEU各国の経済格差が大きいいため、域内の移動においても域外（途上国からの移民）からの移民と同様な問題が生じている。特に2004年と2007年に合わせて12の新規加盟国が加入してから、上述したシェンゲン協定に制限を加えようという動きがある。いわゆる、“社会保障ツーリズム”と呼ばれる現象がその原因である。社会保障ツーリズムとは、他国のより整った社会保障給付や医療などの制度を目当てとした移民の横行を指す言葉で、具体的には旧東側諸国の新規EU加盟国の市民が、イギリスやドイツといった伝統的に社会保障制度を整えてきた国々に移動する現象のことである。

社会保障ツーリズム等の問題を契機とした移民制限の動きとしては、特にイギリスのものが注目される。キャメロン首相は選挙勝利後の2015年5月18日の演説で、新たな移民関連法案に言及した。その柱は、

1. 不法滞在者に支払われた賃金を没収する権限

を警察に与える

2. 一部の外国人犯罪者にのみ適用されていた、“まず国外退去させ、弁明の機会は後で”の原則を、全ての不法滞在者に適用する
- というものである。その他にも、“イギリスを不法滞在者にとってより魅力的でない場所に”というスローガンの元に、銀行に全ての不法滞在者の口座のチェックを命じる、国外退去になった外国人犯罪者にGPS発信機をつけるといった人権問題に発展しそうな法案から、外国人労働者の労働ビザの期限切れ情報を内務省から雇用主に素早く伝え、不法滞在者を雇用し続けられないようにする、就労仲介業者の海外でのみの移民募集を禁止する、新たな政府機関を設立し、住宅供給の見返りとして賃金の減額が行われている実態に対処する、といった移民の“不法受け入れ”自体を消滅させる意図をもった法案も準備されている⁵⁾。当然、こうした移民制限法案は、EU法と国内法の優劣問題を再燃させるだろう。

また、イギリスの移民問題の動向は、労働力の不足が懸念されている我が国に対して示唆を与え得る。我が国の社会保障制度は社会保険制度が主体であるが、税の投入が進んで来ているので、イギリスやドイツのように、外国人に“ただ乗り”されてしまう可能性も孕んでいる。社会保障制度の国家間統合には注意すべき問題がある。

（やまもと・かつや）

³⁾ EUの機能に関する条約第45条。なお、同条は公務について適用除外されており、公務について国籍要件を設けることは認められている。例えば<http://eu-info.jp/r/4pers1.html>を参照のこと（2015年7月30日最終確認）。このページには、後述されるEU法と各国の国内法の優劣についての言及もある。

⁴⁾ 雇用・社会政策省<https://www.mpips.gov.pl/en/social-assistance/>（2015年7月30日最終確認）。

⁵⁾ キャメロン首相の2015年5月18日の演説に関してはデイリーメールの<http://www.dailymail.co.uk/news/article-3090684/Immigration-figures-released-Cameron-promises-crackdown.html>を参照のこと（2015年7月30日最終確認）。

情報 (各国の動向)

韓国 の 社会 保 障 (第1回)
韓国 の 人口 ・ 経 済 の 状 況 と 社会 保 障 制 度 の 概 要

小 島 克 久 *

I はじめに

韓国は、アジアの中でも経済が最も発展した国のひとつであり、経済協力開発機構(OECD)加盟国でもある。その韓国でも少子・高齢化が進んでおり、これに対応するための社会保障制度の構築が急務である。本稿では、5回にわたって韓国の社会保障制度について概観する。第1回は、韓国の人口や経済の他、社会保障支出、韓国の社会保障制度等について概観する。第2回以降は、「医療保険」、「介護保険」、「年金制度」、「公的扶助」を取り上げる。

II 人口の状況

1 2030年頃から迎える人口減少

まず、韓国の人口は2014年現在で約5,042万人(推計値)である。1970年の約3,144万人からみて約1.6倍、年平均1.1%で人口は増加してきた。2010年から2014年の間も年平均1.2%で増加している。しかし、2031年から人口減少に転じると見通されており、2030年の5,216万人をピークに、年平均0.6%で人口が減少し、2060年には4,396万人にまで減少する見通しである(表1)。

2 人口構造の変化

韓国の人口構造(年齢構成)は、1980年頃までは年少人口(15歳未満の者)が非常に多く、高齢

者が少ない、という特徴があった。例えば1980年の高齢化率(65歳以上の者の割合)は3.9%、年少人口割合は33.8%であった。その後は、高齢化率の上昇と年少人口割合の低下が続き、2014年には、高齢化率は12.7%に上昇し、年少人口割合は14.3%にまで低下している。一方で生産年齢人口(15~64歳)の割合は上昇傾向にあり、1970年の54.6%から2014年の73.1%へと推移している。このように、韓国では高齢化が進んだとはいえ、生産年齢人口も多くなっているため、高齢者等を支える現役世代は多かった。しかし今後は高齢化の進展、年少人口割合の低下とともに、生産年齢人口の割合の低下も見通されている。2060年には高齢化率が40.1%へと大きく上昇する見通しの一方で、年少人口、生産年齢人口の割合はそれぞれ10.2%、49.7%へと低下する見通しである。

少子・高齢化の要因として、出生力の低下や平均余命の伸びがある。韓国の合計特殊出生率は、1970年には4.53であったが、2014年には1.21にまで低下している。また、平均余命は、1970年は男性58.67年、女性65.57年であったが、2014年は、男性78.99年、女性85.48年にまで伸びている(表1)。

3 人口のソウル一極集中

韓国ではわが国同様に人口の一極集中が見られるが、その程度はわが国を上回る。韓国の首都圏(ソウル特別市・仁川広域市・京畿道)の人口は、2014年で約2,503万人であり、総人口の49.6%を占めている(表1)。

* 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部第2室長

Ⅲ 経済の状況

1 大きく伸びてきた国内総生産

韓国の国内総生産は、1970年代以降大きく成長してきた。国内総生産（GDP）は、1970年の約2兆

8千億ウォンから、1990年の約197兆7千億ウォンへと約71倍の規模になった。その後もGDPは増加し続け、2014年には1,485兆ウォンと、1970年の約531倍に達している。一人当たりGDPで見ても、1970年の約9万ウォンから2014年の約2,945万ウォンへと、約339倍になっている（表1）。

表1 韓国の人口・経済・社会保障支出

		1970年	1980年	1990年	2000年	2010年	2014年 (社会保障支出は2013年)	2030年	2060年
人口(千人)		31,435	37,407	43,390	45,985	47,991	50,424	52,160	43,959
年齢構造 (%)	15歳未満	42.1%	33.8%	25.7%	21.0%	16.2%	14.3%	12.6%	10.2%
	15～64歳	54.6%	62.3%	69.4%	71.7%	72.5%	73.1%	63.1%	49.7%
	65歳以上	3.3%	3.9%	5.0%	7.3%	11.3%	12.7%	24.3%	40.1%
一般世帯数(千世帯)		-	7,969	11,355	14,312	17,339	-	-	-
平均世帯人員(人)		-	4.62	3.77	3.12	2.69	-	-	-
首都圏(ソウル・仁川および京畿道)の人口	人口(千人)	8,879	13,281	18,574	21,258	23,460	25,030	26,182	-
	総人口に占める割合	28.2%	35.5%	42.8%	46.2%	48.9%	49.6%	50.2%	-
合計特殊出生率		4.53	2.82	1.57	1.47	1.23	1.21	-	-
平均余命 (年)	男性	58.67	61.78	67.29	72.25	77.20	78.99	-	-
	女性	65.57	70.04	75.51	79.60	84.07	85.48	-	-
国民経済計算 (名目値)	GDP(10億ウォン)	2,795	39,471	197,712	635,185	1,265,308	1,485,078	-	-
	(億ドル)	82	649	2,793	5,618	10,943	14,100	-	-
	一人当たり(万ウォン)	9	104	461	1,351	2,561	2,945	-	-
	GDP(米ドル)	253	1,703	6,514	11,951	22,147	27,964	-	-
労働	労働力率(男性)	77.9%	76.4%	74.0%	74.2%	72.8%	73.7%	-	-
	労働力率(女性)	39.3%	42.8%	47.0%	48.6%	49.2%	51.1%	-	-
	失業率(男性)	-	6.2%	2.9%	4.7%	3.7%	3.2%	-	-
	失業率(女性)	-	3.5%	1.8%	3.3%	2.9%	3.0%	-	-
産業構造 (就業者)	就業者数(千人)	9,617	13,683	18,085	21,156	23,829	25,599	-	-
	農林水産業	50.4%	34.0%	17.9%	10.6%	6.6%	5.7%	-	-
	鉱工業	14.3%	22.5%	27.6%	20.4%	17.0%	17.0%	-	-
	サービス業	35.3%	43.5%	54.5%	69.0%	76.4%	77.4%	-	-
所得格差・貧困	ジニ係数(可処分所得)	-	-	-	-	0.310	0.302	-	-
	貧困率(可処分所得)	-	-	-	-	14.9%	14.4%	-	-
社会保障支出	金額(10億ウォン)	-	-	5,893	33,967	112,828	143,983	-	-
	(一人当たり・万ウォン)	-	-	14	74	235	286	-	-
	対GDP比(%)	-	-	3.0%	5.4%	8.9%	10.1%	-	-
(政策分野別 構成比)	老齢	-	-	25.9%	32.5%	25.8%	27.0%	-	-
	遺族	-	-	5.1%	3.1%	2.7%	2.3%	-	-
	障害、業務災害、傷病	-	-	12.0%	8.5%	7.4%	7.2%	-	-
	保健	-	-	49.5%	40.4%	43.1%	38.9%	-	-
	家族	-	-	1.0%	2.6%	8.1%	11.7%	-	-
	積極的労働市場政策	-	-	0.9%	6.8%	3.6%	4.6%	-	-
	失業	-	-	-	1.4%	3.3%	2.7%	-	-
	住居	-	-	-	-	-	-	-	-
その他	-	-	5.7%	4.8%	6.2%	5.7%	-	-	

出所：韓国統計庁資料より筆者作成

2 労働・所得格差

韓国の労働力率は2014年で男性73.7%、女性51.1%である。女性の労働力率の上昇が大きく、1970年の39.3%からおよそ12%ポイントの上昇となっている。産業構造を就業者ベースで見ると、2014年ではサービス業が77.4%、鉱工業が17.0%、農林水産業が5.7%となっている。1970年は農林水産業が50.4%、鉱工業は14.3%であった。1990年には鉱工業が27.6%に上昇し、農林水産業は17.9%に低下するなど、韓国の産業構造は大きく変化している。

韓国でも「格差」が深刻な問題である。(OECD基準による可処分所得ベースの)ジニ係数は、2014年で0.302、貧困率は14.4%となっている(表1)。

Ⅳ 社会保障支出の状況

1 社会保障支出の規模

韓国でも社会保障制度の整備、少子・高齢化の動きを背景に、社会保障支出も増加しつつある。その規模は、統計をさかのぼることの出来る1990年で約5兆9千億ウォン(一人当たり約14万ウォン)と、対GDP比では3.0%にとどまっていた。しかし、2000年には約33兆9千億ウォン、2010年には約112兆8千億ウォンへと増加し、2014年には約144兆ウォン(一人当たり約286万ウォン)、対GDP比で10.1%にまで増加した(表1)。

2 社会保障支出の政策分野別内容

韓国の社会保障支出の内容を政策分野別に見ると、最も支出が多いのは「保健」(医療保険など)であり、1990年で49.5%と社会保障支出の約半分を占めており、2014年でも38.9%を占めている。次に多いのは、「老齢」(年金や高齢者介護など)であり、1990年で25.9%、2014年で27.0%を占め、社会保障支出の4分の1程度を占めている。支出割合が大きく上昇しているものとして、「家族」(保育などの家族政策)と「積極的労働市場政策」(失業を防ぐための雇用政策)がある。前者は1990年の1.0%から2014年の11.7%へと約12倍に達している。後者は1990年の0.9%から2014年の4.6%へと約5倍に達している(表1)。

V 韓国の社会保障制度

韓国の社会保障制度整備の歴史はわが国よりも浅い。例えば、韓国では社会保険制度の導入は1960年代からはじまり、医療保険の実施は1976年からで、しかも雇用者が多い事業所が対象であった。年金制度が国民全体をカバーするのは1988年の「国民年金」の実施からであった。現在の公的扶助制度は2000年実施の「国民基礎生活保障法」による制度であり、介護保険も2008年実施である。

このように歴史は浅いながらも韓国でも社会保障制度が整備されてきた。図1は現在の韓国の主

社会保険	<ul style="list-style-type: none"> ○医療保険 国民健康保険(全国民をカバー) ○年金保険 国民年金(民間被用者、自営業者) 特殊職域年金(公務員、軍人、私立学校教職員) ○介護保険 老人長期療養保険(国民健康保険の加入者が被保険者) ○雇用保険 雇用保険 ○労働災害 産災保険
社会福祉	<ul style="list-style-type: none"> ○公的扶助 国民基礎生活保障(生活保護)、医療給与(医療扶助) ○老人福祉 老人長期療養保険以外の老人福祉サービス ○児童福祉 児童福祉法、乳幼児保育法等に基づく保育サービス、養育手当の支給等 (親の働き方) 男女雇用平等法等による出産休暇・育児休暇・配偶者出産休暇等 ○障害者福祉 障害者福祉法等に基づくケアサービス、手当の支給等

出所：増田雅暢・金貞任『アジアの社会保障』、高安雄一『韓国の社会保障』をもとに筆者作成

図1 韓国の主な社会保障制度

な社会保障制度を簡単にまとめたものである。まず社会保険制度として、医療保険（「国民健康保険」が全国民をカバー）があり、年金保険は民間被用者や自営業者が加入する「国民年金」と公務員、軍人などの職域別の「特殊職域年金」がある。介護保険として、「老人長期療養保険」（全国民が加入）がある。次に社会福祉制度として、公的扶助（国民基礎生活保障）、老人長期療養保険以外の老人福祉、保育サービスや養育手当（保育サービスを利用していない乳幼児のいる世帯が対象）などの児童福祉、「男女雇用平等法」などに基づく育児休暇などの制度、障害者福祉制度がある（図1）。

韓国の社会保障制度を所管する省庁として、保健福祉部、労働部、女性家族部がある。保健福祉部は医療、年金、介護などの社会保障政策を所管し、労働部は労働政策を所管する。女性家族部は女性政策（女性の権利保護など）の他、青少年育成施策などを所管する。

韓国の少子・高齢化に対応する政府の基本計画として、「少子・高齢社会基本計画」がある。この計画は少子化、高齢化、青少年育成等の社会保障

等の政策の基本方針を定めたものである。最初の計画は2005年策定のものであったが、現在は第3次計画が2015年に策定された。この第3次計画は、2020年以降の韓国社会をつなぐ「ブリッジプラン2020」（브릿지 플랜2020）と呼ばれ、「子どもとともに幸せな社会」、「生産的で活気に満ちる高齢社会」という大きな目標の下、政策分野別の2020年の目標として、「合計特殊出生率を1.5に上昇（2014年は1.21）」、「高齢者の相対的貧困率を39%に改善（2014年は49%）」等が掲げられている。

参考文献

- 広井良典・駒村康平（編著）『アジアの社会保障』、東京大学出版会、2003年。
高安雄一『韓国の社会保障』、学文社、2014年。
増田雅暢・金貞任（編著）『アジアの社会保障』、法律文化社、2015年。
韓国政府『2016-2020第3次少子・高齢社会基本計画』（原題：2016-2020 제3차 저출산·고령사회기본계획）、2015年。

（こじま・かつひさ）

情報（所内研究報告：社会保障）

研究プロジェクト報告
『産業連関表を用いた介護労働の分析』

山本 克也*

I 目的

産業として介護（医療）を見た場合、労働市場としての効果、産業の波及効果、自治体への影響が考えられるが、主に労働市場としての効果を、産業連関表を利用して分析を試みた。

II 方法¹⁾

分析として、産業としての医療・介護の影響力係数（最終需要の増加があった場合に産業全体に与える生産波及の相対的な大きさを示す指標）と感応度係数（他産業から受ける影響の相対的な大きさを示す指標）を算出し（将来試算の方法については経済産業省が実施する延長産業連関表の方法を準拠）、100万円の生産をあげるのに直接効果分として必要な従業員数を示している従業者係数、必要な有給役員・雇用者を示している雇用者係数を算出する。

III 結果の概要

介護費と医療の分布を見ると、1. 介護費も高く医療費も高い地域、2. 医療費は高い地域、3. 介護費も医療費も高くない地域に分けられる。例えば高知は1で感応度係数・影響力度がともに高く、反対に感応度係数・影響力度は小さい。また、埼玉、千葉、神奈川といった都市部でも、感応度係数・影響力度が低い（図1）。これは、介護産業に対する当該地域の依存度に起因する。また、図2には、従業員係数・雇用者係数を挙げている。感応度係数・影響力度の低い地域は従業員係数・雇用者係数も低く、感応度係数・影響力度が高い地域は従業員係数・雇用者係数も高い。

IV 考察

地域版の作業連関表における介護（医療）の重要度が低かったため、図2のように欠損値が多く、

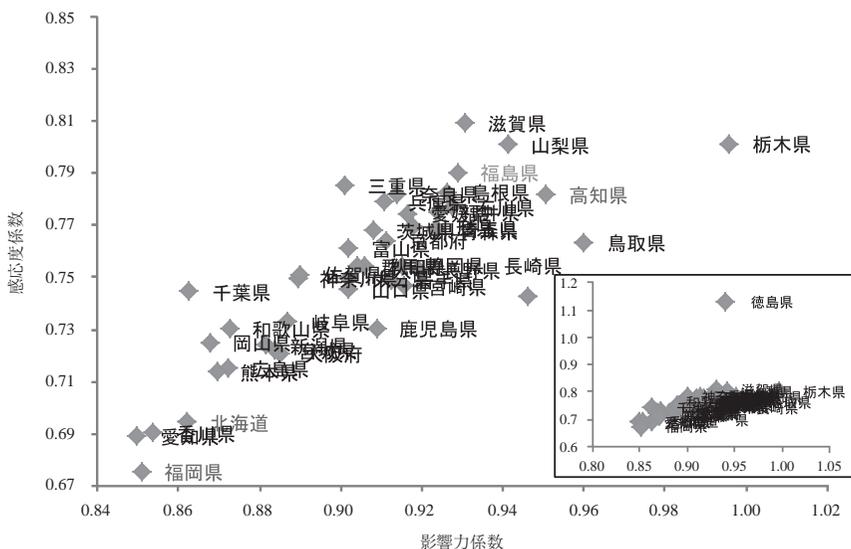
* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長

¹⁾ わが国に於ける医療・介護の産業連関分析の嚆矢は、（故）宮沢健一一橋大学名誉教授で、現在は医療経済研究機構（以下、機構）で引き継がれている。機構では2000年代に入ってから、医療・保健項目の細目も分析対象にするため、国公立、公益法人等、医療法人等の病院、診療所のデータを原典に戻って再集計するという作業を実施している（介護についても、居宅系：訪問通所サービス、居宅介護支援と施設系：介護老人福祉施設、介護老人保健施設に分けて再集計したデータで分析を実施している）。本研究と機構の研究の差違は、機構のように細目の検討までは実施できていないことである。また、「日本医師会総合政策研究機構；日医総研」では、2005年の産業連関表を用いて、医療・介護の経済波及効果と雇用創出効果を公共事業との比較に力点を置き、効用事業よりも医療・介護の方の雇用誘発数が高いことを示し、税の使途として医療・介護を軸とした雇用拡大政策を訴えている。ちなみに、2005年の産業連関表からは、医療のGDPは36.2兆円、介護は6.2兆円であり、雇用表を見ると、医療が「342.7万人（うち、個人立の診療所等が40.1万人）」、介護が「123.8万人（個人事業主はなし）」であった。そして、ある産業で1単位の需要増が合った場合の最終的な生産波及の大きさは、医療は1.7483、介護は1.4515であった。こうした体系のもと1兆円の需要増があったとき雇用誘発数は、医療51.8万人、介護62.9万人と計算されている。

今後、拡充していく必要がある。分析の観点から言えば、当該産業の従業員係数・雇用者係数が高い地域はその産業の生産性が低い地域であると言えるが、労働集約的な介護産業の場合、それが直接に当てはまるかは今後の検討が必要である。仮

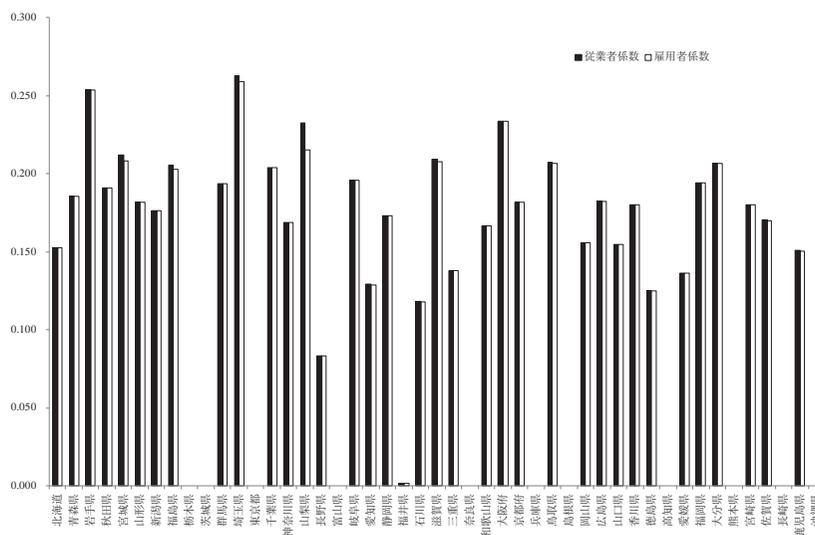
に生産性に違いがないとすると、従業員係数・雇用者係数が高い地域は、人数を掛けた、より手厚い介護を実施していることになる。

(やまもと・かつや)



資料) 総務省「平成17年度産業連関表」

図1 「産業連関表 影響力係数・感応度係数」



資料) 総務省「平成17年度産業連関表」

図2 「産業連関表 従業員係数・雇用者係数」

最高裁平成28年3月1日判決の政策的意義

岩村 正彦*

最高裁第三小法廷平成28年3月1日判決（裁判所時報1647号1頁）は、精神上の障害による成人の責任無能力者の不法行為について、民法714条が定める法定の監督義務者およびそれに準ずべき者の損害賠償責任を論じ、一般論を提示した初めての最高裁判決である。本判決で最高裁は、第1に、一般論として、本件事故が発生した2007年当時の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法という）の保護者と成年後見人、さらに同居の配偶者が法定の監督義務者に該当しないと判示し、第2に、精神障害者に関して、ある者がその法定の監督義務者に準ずべき者に該当するかを判断する際の考慮要素と検討の視点についての一般論を示している。

本判決が、精神障害による成人の責任無能力者の配偶者および成年後見人は、民法714条1項の法定の監督義務者に該当しないとした点は、1999年の精神保健福祉法改正による保護者の自傷他害防止監督義務の撤廃に沿った解釈であり、2013年の同法改正による保護者制度の廃止とも整合的である。この限りで、最高裁は、精神保健福祉政策の展開を追認したといる。

ところが、最高裁は、「法定の監督義務者に該当しない者であっても、責任無能力者との身分関係や日常生活における接触状況に照らし、第三者に対する加害行為の防止に向けてその者が当該責任無能力者の監督を現に行いその態様が単なる事実上の監督を超えているなどその監督義務を引き受けたとみるべき特段の事情が認められる場合には、衡平の見地から法定の監督義務を負う者と同視してその者に対し民法714条にもとづく損害賠

償責任を問うことができる」ということを本判決で初めて判示した。本判決によれば、特段の事情の存在という例外的場合であるとはいえ、認知症の高齢者や精神障害者を在宅で世話をする配偶者や親族等が第三者に対して損害賠償責任を負うことがあることとなり、上述の精神保健福祉政策の進展とは相容れないところが大きい。本判決を受けて、精神障害者の親族等の義務を精神保健福祉政策の枠の中でどう考えるかについて改めて議論をする必要が生じたといえよう。

また、本判決によれば、介護保険・医療保険や障害者総合支援制度による地域包括ケア等のシステムによって、配偶者や同居の親族（または近隣に住居のある親族）が各種介護等のサービスを利用しつつ、認知症高齢者等を世話していると、責任能力のない本人の加害行為について、法定の監督義務者に準ずべき者として監督責任を追及されかねない。つまり、家族・親族としての責任を自覚し、本人のためを思って地域包括ケア等のシステムによる介護・看護・医療サービスを活用して居宅で世話をしていると、本人が第三者に加害行為を行ったときには民法714条1項の責任を問われる事態に直面する可能性があるのである。これでは、地域包括ケア等のサービスは利用しない方が利口であるということになりかねない。この点で本判決は高齢者の介護・医療政策、障害者の地域支援政策にマイナスの影響を与える恐れがある。

もちろん、最高裁が採用しうる地域包括ケア等と整合する解釈を模索することは必要である。他方で、一つには、責任能力のない成人が第三者に対する問題行動によって損害を引き起こさないよ

* 東京大学大学院法学政治学研究所 教授

うするケア手法の開発・工夫とその普及が求められよう。今ひとつには、責任能力のない成人の加害行為によって第三者に対する損害が生じてしまった場合に、どのような制度が介在して被害者の損害の填補を行っているかの全体的体系を確認

し、その結果として、制度の隙間の存在が判明すれば、それを埋める仕組みの設計と導入を行うことが必要である。

(いわむら・まさひこ)

責任能力を欠く認知症高齢者による加害行為と その監督義務者の不法行為責任

（最高裁判所第三小法廷平成28年3月1日判決
平26（受）1434号・平26（受）1435号，損害賠償請求事件）
裁判所時報1647号1頁

岩村 正彦*

I 事実

1 亡A(後述の本件事故当時91歳)には，法定相続人であるY₁(Aの妻。被告・控訴人・上告人兼被上告人(Y₂～Y₅も同じ))，Y₂(Aの長男)，Y₃(Aの二男)，Y₄(Aの二女) およびY₅(Aの三女) がいた。

Y₂，Y₅らはAが2000年12月頃に認知症を発症していることに気づいた。2002年3月頃，Y₁，Y₂，Y₅ およびB(Y₂の妻)はA宅で顔を合わせた折などに触れて，今後のAの介護をどうするかを話し合い(以下，この時期における家族の話し合いを全体として「家族会議Ⅰ」という)，Aと同居しているY₁は，既に80歳(当時)で1人でAの介護をすることが困難になっているとの共通の認識にもとづき，ホームヘルパー2級の研修を受講し，介護施設で働くなど介護の実務に精通しているY₅の意見を踏まえ，Bが単身で横浜市からA宅が所在する乙市に転居し，Y₁と2人でAの介護をすることを決定した。

その後は，Bは乙市の自宅(Y₂が将来の両親の介護等のためにA所有の土地上にY₁との共有名義で建築したもの)に住みながらA宅に毎日通って介護をし，A宅に泊まることもあった。Y₂は家族会議Ⅰの後は1か月に1，2回くらい乙市で過ごすようになり，本件事故の直前頃は1か月に3回くらい週末にA宅を訪ね，BからAの状況について頻繁

に報告を受けていた。

なお，Y₄は丙市で生活しており，多くて月1回程度，AやY₁を自宅に招いて食事会をすることはあったが，家族会議Ⅰや後掲の家族会議Ⅱには関与しておらず，Y₃も家族会議Ⅰ・Ⅱには参加せず，両者ともにAの介護には関与していなかった。

2 家族会議Ⅰの後，介護保険を利用すべきとのY₅の意見を受けて，Bらは要介護認定申請を行い，2002年8月にAは要介護Ⅰの認定を受けた。同年10月には，Aを診察したC病院の戊医師はアルツハイマー型の認知症を発症していると診断している。その後Aの認知症は徐々に進行し，本件事故当時は福祉施設に日曜日を除く週6日通所するようになっていた。同年11月には，Aの要介護状態区分は2に変更された。2003年頃からは，Aは人物の見当識障害も見られるようになり，さらに外出したがるようになった。

同年3月には，病院でAの診療をしていた戊医師は，同年1月までの診察結果にもとづき，Aが中程度の認知症であると診断する旨の主治医意見書を作成し，翌2004年2月にも，ほぼ同内容の主治医意見書を作成し，Aの認知症については，とくに場所および人物に関する見当識障害や記憶障害が認められ，概ね中程度から重度に進んでいる旨の診断をしている。

Aは，2005年8月には早朝に外出して行方がわからなくなったり，2006年12月には，深夜に一人で外出してタクシーに乗車するなどの行動をとるよ

* 東京大学大学院法学政治学研究科 教授

うになった（以下「本件各徘徊」という）。そのため、Bは、家族が気づかないうちにAが外出した場合に備えて、警察に予め連絡先等を伝えるとともに、警察からの指導にもとづき、Aの名前やBの携帯電話番号等を記載した布を、Aの上着、帽子および靴に縫いつけた。他方、Y₁は、同年1月に左右下肢の麻痺拘縮等のために要介護1の認定を受けている。

3 A宅は、勝手と事務所が廊下でつながった構造になっており、出口は事務所出入口と自宅玄関の2箇所があった。Y₂は、本件各徘徊の後、自宅玄関付近に玄関センサーを設置し、Aがその付近を通るとY₁が就寝中であってもAが玄関に近づいたことを把握できるようにした。他方、事務所出入口については、夜間は施錠されシャッターが下ろされていたが、日中は解放されており、かつて本件事務所でたばこ等を販売していた頃に来客を知らせるために設置した事務所センサーはあったものの、本件各徘徊の後も、本件事故当日までその電源は切られたままであった。Aは、本件事務所にいるときには、Bらに何も告げずに事務所出入口から外に出て、公道を経て自宅玄関前の駐車スペースに入り、そこの排水溝に排尿することがしばしばあり、近くの公道で街路樹の水やり、ごみ拾い、草取り等をするこももあった。

4 Aは2007年2月、要介護4の認定を受けた。この認定に先立つ第1次判定結果では、認知症高齢者自立度Ⅳとされ、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする、常に目を離すことができない状態であると判定された。また、認定調査結果では、Aは意思の伝達は時々できるものの、毎日の日課の理解、生年月日を言うこと、短期記憶、今の季節や場所の理解がいずれもできず、問題行動として、幻視幻聴、同じ話をする、落ち着きなし、収集癖、ひどい物忘れがあり、昼夜逆転も時々あるとされ、日常の意思決定は日常的に困難で、金銭の管理は全介助が、排尿、排便についても一部介助が必要であるなどとされた。

Y₁、Y₂、Y₅およびBは、Aが上記のように要介護4の認定を受けたことを踏まえ、A宅で顔を合わせ

た際など折に触れ、Aの介護のあり様について相談し（以下、この時期のこのような話し合いを「家族会議Ⅱ」という）、Aを特養に入所させることも検討したが、Y₅が、特養に入れればAの混乱はさらに悪化する、Aは家族の見守りの下で自宅で過ごす能力を十分に有している、特養は入居希望者が非常に多いため入居に少なくとも2、3年にかかるなどの意見を述べたこもあって、Aを引き続き在宅で介護することに決め、ホームヘルパーの依頼を検討することなどにもとくにしなかった。

Aは、認知症の進行に伴って金銭に興味を示さなくなり、本件事故当時、財布や金銭を身に付けていなかった。本件事故当時、Aの生活に必要な日常の買物は専らY₁とBが行い、また、預金管理等のAの財産管理全般は専らY₁が行っていた。

5 本件事故があった2007年12月当時、Bは、午前7時頃にA宅に行き、Aを起こして着替えと食事をさせた後、本件福祉施設に通わせ、Aが本件福祉施設からA宅に戻った後に20分程度Aの話を聞いた後、Aが居眠りを始めると、Aのいる部屋から離れて台所で家事をすることを日課としていた。Aは、居眠りをした後は、Bの声かけによって3日に1回くらい散歩し、その後、夕食をとり入浴をして就寝するという生活を送っており、Bは、Aが眠ったことを確認してから帰るようにしていた。

Aは、本件事故の日である同月7日の午後4時半頃、福祉施設の送迎車で帰宅し、その後、本件事務所のいすに腰掛け、BおよびY₁と一緒にミカンを食べたり、お茶を飲んだりしていた。その後、Bは自宅玄関先でAが排尿した段ボール箱を片付けていたため、AとY₁が本件事務所に二人きりになっていたが、Bが本件事務所に戻った午後5時頃までの間に、Y₁がまどろんで目をつむっている間に、Aは本件事務所の外へ出て行った。

Aがいなくなったことを知ったBとY₁は、Aがよく散歩していた場所を探すなどしたが、Aは見つからなかった。なお、BとY₁は、甲駅の構内へAを探しに行くことはなかった。

同日午後5時47分頃、X(旅客運送等を目的とする株式会社。被告・被控訴人・上告人兼被上告人)が運行する東海道本線甲駅構内で、下り列車が同

駅構内を通過する際、Aが線路内に立ち入ったため、同列車とAとが衝突し、Aは死亡した（以下、この衝突事故を「本件事故」という）。

その後、Aの衣服にBの携帯電話の電話番号が縫いつけてあったため、警察からBの携帯電話に連絡があり、Aが甲駅のホームで本件事故に遭ったことが判明した。

Y₁らは、2008年10月、Aの遺産の分割協議を成立させたが、その内容は、Y₁はもっぱら不動産を、Y₂は主として不動産を、Y₃はもっぱら金融資産を取得し、Y₄およびY₅は金融資産と不動産を取得するというものであり、不動産を除く預貯金等の金融資産の額面だけでも5000万円を優に超えるものであった。

6 Xは、Aが正当な理由なく線路内に立ち入ったため本件事故が発生したとして、Y₁～Y₅に対して、Aが本件事故により列車に遅れが生じるなどして損害を被ったと主張して、一方で、Aに責任能力がなかった場合について、Y₁らの監督義務違反等を理由に民法709条または714条にもとづき、他方で、Aに責任能力があった場合について、同人の不法行為による損害賠償義務をY₁らが相続したことを理由に同709条にもとづき損害賠償等を請求した。なお、1審判決および本判決ともにAの責任能力を否定したので、以下では後者の論点については省略する。

1審（名古屋地判平成25・8・9判時2202号68頁）がY₂について民法714条により、Y₁について民法709条により、損害賠償責任を肯定して、Xの請求を認容したので（Y₃～Y₅については請求を棄却）、Y₁・Y₂が控訴した。原審（名古屋高判平成26・4・24判時2223号）25頁は、控訴を一部認容して、原判決を変更し、Y₁については民法714条による損害賠償責任を肯定して、Xの請求を一部認容し（賠償額を減額）、Y₂については損害賠償責任を否定してXの請求を棄却した。そこでXおよびY₁の双方がそれぞれの敗訴部分について上告受理申立てを行ったところ最高裁がこれを受理した（Xの上告受理申立て理由の一部は排除された）。

II 判旨

Y₁の上告を認容して、原審判決中Y₁敗訴部分を破棄し、同部分につき1審判決を取り消した上でXの請求を棄却。Xの上告（排除されなかった部分）を棄却。

1 (1) 「民法714条1項の規定は、責任無能力者が他人に損害を加えた場合にはその責任無能力者を監督する法定の義務を負う者が損害賠償責任を負うべきものとしているところ、このうち精神上の障害による責任無能力者について監督義務が法定されていたものとしては、平成11年法律第65号による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律22条1項により精神障害者に対する自傷他害防止監督義務が定められていた保護者や、平成11年法律第149号による改正前の民法858条1項により禁治産者に対する療養看護義務が定められていた後見人が挙げられる。しかし、保護者の精神障害者に対する自傷他害防止監督義務は、上記平成11年法律第65号により廃止された（なお、保護者制度そのものが平成25年法律第47号により廃止された。）。また、後見人の禁治産者に対する療養看護義務は、上記平成11年法律第149号による改正後の民法858条において成年後見人がその事務を行うに当たっては成年被後見人の心身の状態及び生活の状況に配慮しなければならない旨のいわゆる身上配慮義務に改められた。この身上配慮義務は、成年後見人の権限等に照らすと、成年後見人が契約等の法律行為を行う際に成年被後見人の身上について配慮すべきことを求めるものであって、成年後見人に対し事実行為として成年被後見人の現実の介護を行うことや成年被後見人の行動を監督することを求めるものと解することはできない。そうすると、平成19年当時において、保護者や成年後見人であることだけでは直ちに法定の監督義務者に該当するということはいえない。」

(2) 「民法752条は、夫婦の同居、協力及び扶助の義務について規定しているが、これらは夫婦間において相互に相手方に対して負う義務であっ

て、第三者との関係で夫婦の一方に何らかの作為義務を課するものではなく、しかも、同居の義務についてはその性質上履行を強制することができないものであり、協力の義務についてはそれ自体抽象的なものである。また、扶助の義務はこれを相手方の生活を自分自身の生活として保障する義務であると解したとしても、そのことから直ちに第三者との関係で相手方を監督する義務を基礎付けることはできない。そうすると、同条の規定をもって同法714条1項にいう責任無能力者を監督する義務を定めたものということとはできず、他に夫婦の一方が相手方の法定の監督義務者であるとする実定法上の根拠は見当たらない。

したがって、精神障害者と同居する配偶者であるからといって、その者が民法714条1項にいう「責任無能力者を監督する法定の義務を負う者」に当たるとすることはできないというべきである。」

2 「法定の監督義務者に該当しない者であっても、責任無能力者との身分関係や日常生活における接触状況に照らし、第三者に対する加害行為の防止に向けてその者が当該責任無能力者の監督を現に行いその態様が単なる事実上の監督を超えているなどその監督義務を引き受けたとみるべき特段の事情が認められる場合には、衡平の見地から法定の監督義務を負う者と同視してその者に対し民法714条に基づく損害賠償責任を問うことができるとするのが相当であり、このような者については、法定の監督義務者に準ずべき者として、同条1項が類推適用されると解すべきである（最高裁昭和56年（オ）第1154号同58年2月24日第一小法廷判決・裁判集民事138号217頁参照）。その上で、ある者が、精神障害者に関し、このような法定の監督義務者に準ずべき者に当たるか否かは、その者自身の生活状況や心身の状況などとともに、精神障害者との親族関係の有無・濃淡、同居の有無その他の日常的な接触の程度、精神障害者の財産管理への関与の状況などその者と精神障害者との関わりの実情、精神障害者の心身の状況や日常生活における問題行動の有無・内容、これらに対応して行われている監護や介護の実態など諸般の事

情を総合考慮して、その者が精神障害者を現に監督しているかあるいは監督することが可能かつ容易であるなど衡平の見地からその者に対し精神障害者の行為に係る責任を問うのが相当といえる客観的状況が認められるか否かという観点から判断すべきである。」（木内裁判官の補足意見、岡部裁判官、大谷裁判官の各意見がある）

Ⅲ 解説

判旨1には賛成するが、判旨2については疑問もある。

1 本判決の意義

(1) 本判決は、精神上の障害により責任能力を欠く成人の不法行為について、民法714条の法定の監督義務者およびそれに準ずべき者の損害賠償責任を論じ、一般論を提示した初めての最高裁判決であり、判例として重要な意味を有する。具体的には、第1に、一般論として、本件事故が発生した2007年当時の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法という）の保護者と成年後見人、さらに配偶者が法定の監督義務者に該当しないと判示した点、第2に、精神障害者に関して、ある者がその法定の監督義務者に準ずべき者に該当するかを判断する際の考慮要素と検討の視点についての一般論を示した点が重要である。また、判旨2の一般論にもとづく本件の具体的結論として、加害者の同居する配偶者（Y₁）および相続人の1人（Y₂）が法定の監督義務者に準ずべき者に該当しないと判断した点でも、事例判断として重要な意義を持っている。

(2) 民法714条の責任無能力者の監督者責任が問題となった事例の圧倒的多数は、未成年子の親権者等に関するものであり、精神障害によって責任能力のない成人に関する事例は少数にとどまる。後者の事例で問題となったのは、主として統合失調症等の患者であり、認知症の高齢者の事例は、雑誌やデータベース上で公刊されたものとしては、おそらく本件が初めてである。また、統合失調症等の患者の事案も、多くが1999年の精神保

健福祉法22条1項改正による保護者（判旨1が言及するように、この制度自体も2013年の同法改正により廃止）の自傷他害防止監督義務の廃止前のものである上、保護者ではない、つまり法定の監督義務者ではない父母について、法定の監督義務者に準ずべき者としての責任の有無が問題となったものである。そして、父母の責任を否定するものが多数である。最高裁判決としては、最一小判昭和58・2・24判時1076号58頁があるが、この事案も上記の類型に属する。責任を認めた例としては、法定の監督義務者に関するもの（仙台地判平成10・11・30判時1674号106頁（審判によって保護者として選任された父の監督者責任を認めた）、福岡地判昭和57・3・12判時1061号85頁（父が代理監督者とする））と、それに準ずる者に該当するとしたもの（高知地判昭和47・10・13下民集23巻9～12号551頁（父）。1999年の精神保健福祉法改正後のものとして福岡高判平成18・10・19判タ1241号131頁（父）がある）が見られるにとどまる。

学説も、本件1審判決を契機として、この問題を本格的に論じるようになったといつてよく、議論の蓄積はそれほどない状況であった。

(3) このように、精神障害によって責任能力のない成人の民法714条による民事責任の事例は数が少なく、かつ、認知症の高齢者の事案に関する公表裁判例がない状況のもとで、最高裁がこの問題について踏み込んだ一般論（しかも認知症に限らず、精神障害によって責任能力を欠く者全般に及ぶ一般論）を展開する本判決を下したことは、最高裁が、認知症の高齢者にかかる問題の持つ将来に向けての重要性を重く見たことの現れと見ることもできよう。すなわち、高齢化の急速な進展とともに今後認知症の高齢者の増加が見込まれており、データにもとづく推計等はないものの、これに伴って、今後、責任能力のない認知症高齢者による不法行為をめぐる紛争が増加する可能性は少なくないと考えられる。同様に、統合失調症等の精神障害者も、自己決定を尊重し、地域の中で支援を受けつつ自立した生活をめざす政策が進められている。したがって、責任無能力の認知症高齢者（および精神障害者）による不法行為

に関する民法714条の監督者の民事責任に関するルールを、現在の時点で明確化しておく必要があると最高裁が判断したということは十分に考えられよう。

2 配偶者・成年後見人と法定の監督義務者

(1) 1999年改正前の精神保健福祉法20条1項は「精神障害者については、その後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者が保護者となる。」と定め、同2項は「保護者が数人ある場合において、その義務を行うべき順位は、次のとおりとする。」として、第1順位に後見人または保佐人を、第2順位に配偶者を掲げていた。そして、同改正前の同法22条1項は、「保護者は、精神障害者（中略）に治療を受けさせるとともに、精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督し、かつ、精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない。」と規定して、上述の自傷他害防止監督義務を保護者に課していた。したがって、本件と同様の事故が責任能力のない認知症高齢者によって引き起こされた場合には、（後見人等がない場合は）その保護者たる配偶者は民法714条の法定の監督義務者に該当し（2013年改正前につき我妻他（2010）、p.1359）、被害者に対して損害賠償責任を負うこととなっていたのである。

しかし、この保護者の自傷他害防止監督義務に対しては、厚生省公衆衛生審議会精神保健福祉部会精神保健福祉法に関する専門委員会の報告書（1998年9月）で、「精神障害者の自己決定を尊重していく中で、保護者の義務について検討する必要がある。その中でも、自傷他害防止監督義務については、保護者としては、病状が悪化した場合に医療を受けさせることしかできず、実質上は医療を受けさせる義務と同一である。この条項を維持することによりかえって保護者に過度の負担をかけるおそれがあるため廃止するべきである。」との指摘がなされ¹⁾、これをうけて1999年1月にとりまとめられた同審議会の意見書「今後の精神保健福祉政策について」で、保護者の自傷他害防止監督義務の廃止が提案された。そして、既に述べた

ように、1999年の精神保健福祉法改正によって、22条1項が改正され、自傷他害防止監督義務にかかる部分が削除されるに至る。それゆえ、本件事事故当時は、Y₁は精神保健福祉法上の保護者ではあるが、自傷他害防止監督義務を負わない立場にあった。

(2) 1審判決は、Y₁が法定の監督義務者に当たるという主張をXがしなかったためか（それに準じる者に該当するという主張のみを行っていた）、同人が法定の監督義務者に当たるかについての判断はしていない。これに対して原審は、XがY₁について1審と同様の主張をしていたにもかかわらず、Y₁が法定の監督義務者に当たると結論づける。この結論を原審は、①本件事件当時の精神保健福祉法20条1項が配偶者を保護者とし、1999年改正後の同法22条1項が配偶者たる保護者に同項所定の義務（治療を受けさせ、財産上の利益を保護する義務）を課すのは、民法752条が定める夫婦間の同居義務および協力扶助義務の一環として、精神障害者の生活全般に配慮し、介護し監督する義務を履行することにより履行される関係にあるとの趣旨による、②したがって、精神障害者の他方配偶者で同居している者は、特段の事情がない限り、民法752条の同居・協力・扶助義務にもとづき、精神障害者たる配偶者に対する監督義務を負う、という論理で導いている。

上記の原審の論理はわかりにくい。おそらく、自傷他害防止監督義務が削除された結果、精神保健福祉法改正22条1項の義務だけでは配偶者を民法714条の法定監督義務者とするのは困難であることから、民法752条の同居・協力・扶助義務と配偶者たる保護者の精神保健福祉法22条1項の義務とを連結させることによって、保護者が法定監督義務者となるという帰結に到達しようと考えたの

であろう。

しかし、原審のこの解釈は、既に述べた1999年の精神保健福祉法改正による自傷他害防止監督義務の廃止の趣旨とは相容れないものである。同義務の廃止は、上記のとおり、実際には病状が悪化した場合には精神障害者に医療を受けさせることしかできないため、保護者に同義務が過大な負担となるおそれがあるという理由による。原審のような解釈を採用すると、保護者は民法714条の法定の監督義務者として精神障害者の他者への加害を防止する義務を負わざるをえない（同条1項但書により、監督義務を怠らなかつたことを証明しない限り責任を負うため）。これでは1999年改正で自傷他害防止監督義務を廃止した実益がなくなる。原判決に対する批判はこの点に向けられた（清水（2014），p.92-95）²⁾。

(3) 判旨1は、まず(1)で、1999年の精神保健福祉法改正による保護者の自傷他害防止監督義務の廃止を指摘し、そこから、保護者であることだけで直ちに民法714条の法定の監督義務者に当たるとはしないと述べる。この判示は、上述した保護者の自傷他害防止監督義務の廃止の理由に鑑みると妥当といえよう。問題は、原審の解釈がいうように、夫婦間の同居・協力・扶助義務との連結によって、保護者たる配偶者が法定の監督義務者に当たることになるかである。

夫婦間の同居・協力・扶助義務は、同居して、家庭における協議・相談や物質的・金銭的援助を夫婦相互が互いに行うという趣旨のものであり、平たく言えば苦楽を共にするというものである（大村（2010），p.58-59，青山・有地（1989），p.363-365（黒木三郎））。この意味で、夫婦間の同居・協力・扶助義務は、夫婦相互の間での関係を規律するものと考えられ、上記で引用した学説もそのこ

¹⁾ http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9809/s0907-2_9.html（最終閲覧2016年5月15日）。この報告書のURLは、横浜国立大学リサーチャーの西森利樹氏からご教示を得た。

²⁾ ただ、留意すべきは、原審は、①Y₁が法定の監督義務者に準ずる者には当たらないとしつつも、民法709条にもとづき過酷な注意義務を課した1審判決の当該部分を取り消していること、②Y₁が法定の監督義務者に当たるとしつつも、Y₁が過大な責任を負わないように、衡平の理念にもとづく損害賠償額の調整を行っていることである。原審は、Y₁の法定監督義務者としての責任を認めながらも、当該事案における損害のバランスのとれた負担のあり方を探求したともいえよう。法解釈としては問題はあるものの、それはそれでバランスのとれた解決策と評価することもできるかもしれない。

とを前提としているように思われる。原審の解釈が成り立つためには、夫婦相互の間での関係を規律する協力・扶助義務が、対第三者との関係でも法的に意味があるという考え方を採用する必要がある。

判旨1(2)はこの点を検討し、夫婦間の同居・協力・扶助義務は配偶者が他方配偶者の法定の監督義務者となる根拠とはならないと結論づける。その理由として、まず、これらの義務の性格を論じ、これらが夫婦相互間でのものであって、第三者との関係で一方配偶者に他方配偶者に対する作為義務を課すものではないことを挙げる。上記のように、学説のこれらの義務に関する議論はこれらが夫婦相互間のものであることを想定したと解されるから、それに照らしてもこの判示は妥当といえよう。

(4) さらに、判旨は各義務の性格にも言及している。同居義務については、履行強制ができないことを挙げる。同居義務の履行強制ができないことは学説も認めるところであり(大村(2010), p.43, 青山・有地(1989), p.360-361(黒木三郎。ただし、不履行についての損害賠償は認める)), 判旨はこれに沿ったものといえる。かりに同居義務が第三者との関係での作為義務を含むとすると、被害を受けた第三者は同居義務に違反した配偶者に対して民法714条にもとづく損害賠償を請求できることになる。しかし、それは、相手方配偶者からは履行強制ができないにもかかわらず、第三者からは同居していなかったことについて問責されるという結果を導く。これは、相手方配偶者からさえも履行強制されないという同居義務の性格とは相容れないというべきであろう。

つぎに協力義務に関しては、判旨はこの抽象性を指摘する。しかし、義務の抽象性は当該義務が第三者に対する作為義務を構成するかとは直接には結びつかないように思われる。第三者に義務内容を特定する責任を負わせればよいはずだからである(安全配慮義務につき、最二小判昭56・2・16民集35巻1号56頁)。むしろ、協力義務は、上述のように、家庭の様々な営みを夫婦が協議・相談して進めるというところに主眼があり、したがって

第三者とは関わりのない義務であると整理する方が良かったように思われる。

最後の扶助義務は、経済的な扶助義務として捉える立場もあるが(大村(2010, p.59), より強い義務として考える見解が有力のようである(青山・有地(1989), p.364-365(黒木三郎)は、共同生活に必要な衣食住の資を供与し合うことであり、相手の生活を自分の生活と同一の内容・程度のものとして保障するもの(生活保持義務)という)。判旨の表現(「解したとしても」)は微妙であるが、前者の見解からは第三者に対する作為義務は導けないことを前提としつつ、かりに後者のような義務を措定したとしても、そうした義務はやはり第三者との関係での監督義務の根拠とはならないことを述べたものと解されよう。後者のように扶助義務を相手方配偶者の生活保持義務と性格づけても、その本質は配偶者相互間の義務であり、第三者に対する作為義務は含まないと解さざるをえない。

以上のとおり、民法752条の義務を個別に検討しても、それらの義務から第三者との関係での配偶者の相手方配偶者に対する監督義務を導くことはできないといえよう。したがって、配偶者に関する判旨は妥当と考えられる。

(5) 本件では争点となっていないが、精神障害によって責任能力のない成人者の成年後見人についても民法714条との関係が問題となる。判旨1(1)が指摘するように、1999年改正前の民法858条1項は、(当時の)禁治産者の後見人に、当該禁治産者の資力に応じて、その療養看護に努める義務を負わせていた。また既に見たように、1999年改正前の精神保健福祉法は精神障害者の後見人を保護者と定めた上で、自傷他害防止監督義務を課していた。したがって、後見人は民法714条の法定の監督義務者であると解されていた(2013年改正前につき我妻他(2010), p.1359)。しかし、介護保険法の制定(1997年)とその本格施行(2000年)に足並みを揃えて行われた1999年民法改正による成年後見制度では、判旨1(1)も言及しているが、療養看護との関係での成年後見人の義務は、療養看護に関する事務を行うにあたっての身上配慮義

務に改められた。改正前後の条文の文言の比較からもわかるように、改正後の民法858条は、改正前のように成年後見人自らに介護・看護を行う義務を課すのではなく、介護・看護に関する事務を行う際に被後見人の心身の状態及び生活の状況を配慮する義務を負わせるにとどめたのである（大村（2010）、p.266-268参照。ただし大谷裁判官の意見は改正後の民法858条を根拠に成年後見人は法定の監督義務者となるとする）。この改正の背景には、介護保険制度の下で契約によって介護サービスが提供されることがあったことに注意する必要がある。実際、介護保険についての社会の理解の深まりと認知症高齢者の増加を背景として、親族以外の者（弁護士等）が成年後見人に選任されることは増えてきており（さらに、専門的後見人の育成も進められ、厚労省は市民後見といった施策も展開している）、こうした成年後見人に監督者責任を負わせることには無理がある（統合失調症等の精神障害者、知的障害者についても障害者総合支援法の下で契約によるサービス提供が行われるようになり、同様の状況がある）。判旨1(1)は、成年後見人の民法858条上の義務の範囲を最高裁が初めて明らかにした点で重要であり、かつ、上述したところに照らすと、その判示は妥当である。

3 法定の監督義務者に準ずべき者

(1) 判旨2は、民法714条1項の法定の監督義務者には該当しないが、特段の事情があるためにそれに準ずべき者には同項が類推適用され、その者が責任能力を欠く成人の不法行為について損害賠償責任を負うと判示し、かつ準ずべき者に当たるかの判断に当たって考慮すべき要素を明らかにしている。

最高裁は、判旨も引用する前掲・最一小判昭和58・2・24で、法定の監督義務者に準ずべき者が責任能力のない成人の精神障害者の不法行為につき損害賠償責任を負うことがあることを前提とした判断をしている（具体的事案の判断としては、加害者の父母は、法定の監督義務者にも、それに準ずべき者にも該当しないとした原審判断を相当と

して是認している）。ただ、同判決は、事例判断である上、原審判断を相当として是認することとどまっており、最高裁自身の判断も一般論も判示していないので、既に述べたように、判旨2は先例としての価値が高い。

学説では、戦前の我妻説（したがって旧民法親族編の下で学説である）は、民法714条2項の代理監督者には、事実上監督をする者も含むと解し、一家の家長（世帯主）や事務管理者もこれに該当するとしていた（我妻（1937）、p.160）。加藤説も、社会的に法定の監督者または契約上の監督者と同視しうるような監督義務を負うと考えられる者（事実上の監督者）は同項の代理監督者に当たると解している（たまたま後見人選任の手続を怠っていた者が責任を免れるのは不当という理由を挙げる。加藤（1974）、p.162。同旨、山口（1997）、p.89、大谷（1996）、p.211）。四宮説は、法律や契約上の根拠がない場合、たとえば成人の精神障害者に対する近親者については、監督義務者に準ずる取扱いをすべきという（四宮（1987）、p.679。ただし、前記近親者については慎重であるべきとする）。

上記の学説と比べると、判旨2は、これまで事実上の監督者として論じられてきたものについて、民法714条1項を類推適用すると明言した点に新しさがあるといえよう。ただ、法律構成は違うものの、上記の学説も同条2項の適用を論じてきており（四宮説は明言はしていない）、法定の監督義務者でない者も民法714条の責任を負うことがあるという判旨2の結論に独自性があるわけではない。

(2) 判旨2は、法定の監督義務者に準ずべき者に該当する特段の事情を「責任無能力者との身分関係や日常生活における接触状況に照らし、第三者に対する加害行為の防止に向けてその者が当該責任無能力者の監督を現に行いその態様が単なる事実上の監督を超えているなどその監督義務を引き受けたとみるべき」事情とする。

この一般論の要点は、単なる事実上の監督ではなく、第三者に対する加害行為の防止に向けて監督義務を引き受けたとみるべきか否かを評価する、ということにあると思われる。そこで、判

旨は、一方では、「責任無能力者との身分関係や日常生活における接触状況に照らし」と述べて、当該責任無能力者とその事実上の監督を行っている者と間の関係性を考慮するとともに（これは、その者に損害賠償責任を帰責させることの相当性と関連する要素ということができよう）、他方では、責任無能力者が加害行為を行おうる状況にあることを前提に、その防止に向けて監督義務を引き受けたとみるべきかを判断するという枠組みを採用している。後者についていえば、少なくとも一方では、当該責任無能力者の心身および日常生活の様子から第三者に対する加害行為を行おうる状況にあるか（判旨後段にいう「問題行動の有無」）を見極める必要があるし、さらには「みるべき」という表現となっていることからみて、当該事実上の監督をしている者の内心の意思ではなく、客観的な外的事実から「引き受けた」と評価できるかを問うていると解される（判旨後段も「客観的状況が認められるか否かという観点から判断」と述べている）。

(3) 判旨2の後半は、「引き受けた」と評価できるかを検討するための客観的な外的事実を列挙している。そこで掲げられている要素には、既に上述したもののほか、①監督責任を問われている者自身の「生活状況や心身の状況」、②「精神障害者の財産管理への関与の状況などその者と精神障害者との関わりの実情」、③問題行動等に「対応して行われている監護や介護の実態」がある。また、判旨の列挙は限定列挙ではなく、最終的にはその他の関連する事情があればそれらも含めて「諸般の事情を総合考慮」して判断するという枠組みである。そして、その判断にあたっての視点は、④「監督責任を問われている者が精神障害者を現に監督しているかあるいは監督することが可能かつ容易であるなど衡平の見地からその者に対し精神障害者の行為に係る責任を問うのが相当といえる」というものである。

上記の要素のうち、①は④の判断に関わるもの（監督することの現実的可能性の有無）ということができようし、②はおそらく一般的には介護・看護費用の負担に関わるものと解されよう。③

は、たとえば本件のように、徘徊という問題行動に対して取られている介護面での対応がいかなるものであったか（原審が問題としたような出入り口のセンサーの設置状況や稼働状況も入るであろう。この点については、岡部裁判官の意見参照）を考慮する趣旨と考えられる。

本件の具体的判断と照らし合わせてみると、判旨では引用しなかったが、Y₁については、その心身の状況（要介護状態1の認定を受けており、単独でAの介護はできない状態であった）が決定的となって、監督の現実的可能性がないと判断されている（この点では、前掲・最1小判昭和58・2・24の判断と共通するところがある）。またY₂に関しても、本件事故まで20年以上もAと同居しておらず、本件事故直前の時期においても1か月に3回程度週末にA宅を訪ねていたにすぎないことが決め手となって、やはり監督は可能な状況ではないとの判断になっている。しかし、岡部裁判官および大谷裁判官はY₂は法定の監督義務者に準ずべき者に当たるとする意見であり、そこでは、同居等よりも、介護・監督の体制を構築する主導権をY₂が有していた点を決め手としている（ただし、この点は明示的には法廷意見が示す考慮要素には含まれていないように思われる。なお、岡部裁判官はY₂がAの介護について自覚していたという点も重視する（この考え方の問題点は後述））。Y₁についての判示はともかく、Y₂のような立場の親族の場合、本判決からだけでは、一般論で掲げられた諸要素のどれを重視するのか、あるいは諸要素の相互関係をどのように総合考慮において検討するかといったことを読み取るのは困難である³⁾。

(4) 判旨が、特段の事情があるとして法定の監督義務者に準ずべき者と判断された者について民法714条1項を類推適用するという解釈を採用した背景には、判旨1で精神障害によって責任能力を欠く者の配偶者と成年後見人は法定の監督義務者ではないと判示したことが存在すると推測される。というのは、配偶者と成年後見人を排除した結果、（代理監督者がいる場合を除けば）精神無能力者の不法行為については、その損害は被害者の負担となるからである。本件のXのように大企業

が被害者の場合はともかく、個人が被害者となった場合（極端な場合としては、精神無能力者の加害行為により被害者が死亡したケース）には、他に損害填補の仕組みがないときには、被害者に酷な結果となる。そこで、判旨は、法定の監督義務者に準ずべき者には民法714条1項の類推適用を認めることで、被害者の救済を図ろうと考えたのであろう。

しかし、判旨1で配偶者と成年後見人を民法714条1項の法定の監督義務者に含めないこととした結果、同項の類推適用によって成人の精神無能力者の不法行為に対して監督責任を問われるのは、代理監督者がいる場合以外は、実際上は当該精神無能力者と同居し、またはその近隣に居住し、在宅でその介護・看護をする親族ということになる。

(5) こうした判旨2の帰結は、大きな問題を孕む。第1は、精神保健福祉法の1999年改正による保護者の自傷他害防止監督義務の廃止や、さらには2013年改正による保護者制度の廃止と逆行しかねないことである。既に述べたように、本人の自己決定の尊重、保護者の過重な負担（それには民法714条の監督責任も含む）の解消を目的としてこれらの改正は行われた。しかし、判旨2によれば、配偶者や成年後見人は、特段の事情があるときにはという留保はあるものの、法定の監督義務者に準ずべき者として監督責任を負うことになり、その限りにおいて、旧・保護者の過重な負担は解消されないことになる。

第2は、介護保険・医療保険で進められている地域包括ケアや精神障害者を含む障害者福祉において進められている地域ケアに水を差す危険があることである。認知症の高齢者を含む要介護高齢者を可能な限り住み慣れた地域の中で在宅で介護・看護し、また医療サービスを提供するのが地域包

括ケアであり、今後、75歳以上の高齢者が急増することを視野に、そのシステムの構築が急がれている。また障害者についても、地域の中で自立した生活を営むことを支援するために、障害者総合支援法（および精神保健福祉法）にもとづいて地域生活支援事業を行うなど地域でのケアの体制整備を進めている。要するに、この地域包括ケア等は、居宅での介護・看護・医療サービス等を様々な手法で行うことによって、高齢者等の自立した生活を支えていこうというものである。

しかし、判旨2の解釈では、地域包括ケア等のシステムを利用して、配偶者や同居の親族（または近隣に住居のある親族）が各種介護等のサービスを利用しつつ、認知症高齢者等を世話していると、特段の事情があるという留保はあるにしても、法定の監督義務者に準ずべき者として監督責任を追及されかねない。つまり、家族や親族が、責任を自覚し、本人のためを思って地域包括ケア等のシステムによる介護・看護・医療サービスを手配して居宅で世話をしていると、本人が第三者に加害行為を行ったときには民法714条1項の責任を問われる事態に直面する可能性がある（同旨、窪田（2016）、p.67）。このことは、地域包括ケア等のサービスは利用せず、施設に入所させる方が良いというインセンティブを配偶者や同居の親族等に持たせかねず、地域包括ケア等の施策を進める上での大きな障害となることが懸念される（同旨、米村（2015）、p.121）。

(6) 判旨2は、以上のような問題を惹起する恐れがある。したがって、少なくとも、法定の監督義務者に準ずべき者に該当する要件である特段の事情の存否の判断は慎重に行うべきであるし、より踏み込んでいえば、介護保険・医療保険の地域包括ケアや障害者総合支援等の地域ケアの推進にブレーキをかけることのないように見直す必要が

³⁾ 本件では問題とならなかったが、かりにBが法定の監督義務者に準ずべき者として被告となっていた場合、判旨2の解釈ではいかなる結論になったであろうか。傍系1親等の親族という事情は、責任無能力者との身分関係としては直系1親等よりは弱いものとして考慮されそうであるが、日常的な接触関係の面では非常に強かったし、Y₁の行動が制約される中、実際上の介護を担っていたといえ、そうすると判旨の枠組みでは監督を現実に行っていたと評価される可能性はあるかもしれない。しかし、それはBには非常に酷であろう（BはAの財産の管理にはタッチしていなかった（Y₁が行っていた）ので、そこを捉えて監督を引き受けたとみることはできないという評価をすることは考える）。

あると考える。また、判旨2の解釈にしたがって、法定の監督義務者に準ずべき者に該当するとされた場合でも、民法714条1項の免責事由の存否の審査があるが、ここまで述べてきたことが示すように、認知症高齢者等の介護・看護等をする同居の親族等に過酷な結果とならないよう、免責事由の範囲は緩和する方向で解釈すべきと考える（岡部裁判官・大谷裁判官の各意見がこれを指摘する）。ただ、そのことは、被害者の救済をどうするかという上述した問題も惹起する。これについては、現行の被害者の損害填補制度を精査した上で、必要であれば立法的な手当を行うということも含めて検討されるべきであろう。

4 本判決の射程

本判決の射程について、既に関係箇所而言及したところもあるが、触れておきたい。本件は、2013年の精神保健福祉法改正による保護者制度廃止前の事案であるが、1999年の同法改正による保護者の自傷他害防止監督義務の廃止後は保護者たる配偶者や成年後見人は民法714条の法定の監督義務者に当たらないと判示しているの、保護者制度が廃止されてしまった現行制度の下でも判旨の一般論は適用があると解される。また、判旨1(1)では、同居する配偶者であるからといって法定の監督義務者に当たることにはならないという判示であるので、別居している配偶者も法定の監督義務者に当たることにならないという含意と解される。他方で、本件では、Y₁もY₂も法定の監督義務者に準ずべき者に該当しないと判断されたため、該当した場合の免責事由については本判決は判断しておらず、岡部裁判官・大谷裁判官の各意見が言及するにとどまる。したがって、この問題は本判決の射程外であり、今後の裁判例の蓄積が待たれる。最後に、法定の監督義務者に準ずべき者に当たらないとされた場合に、その者が自らの過失について民法709条の不法行為責任を負うか、負うとするとその注意義務の程度はどのようなものかという問題は、やはり本判決の射程外と

いえよう。

参考文献

- 青山道夫・有地亨（1989）『新版注釈民法（21）親族（1）』有斐閣（青山・有地（1989）で引用）。
 大村敦志（2010）『家族法〔第3版〕』有斐閣。
 大谷實（1996）『精神保健福祉法講義』成文堂。
 加藤一郎（1974）『不法行為〔増補版〕』有斐閣。
 窪田充見（2016）「最判平成28年3月1日—JR東海事件上告審判決が投げかけるわが国の制度の問題」ジュリスト1491号、p.62。
 古笛恵子（2015）「認知症患者による事故と監督者の責任—認知症徘徊事故を契機として—」法律のひろば2015年2月号、p.13。
 四宮和夫（1987）『不法行為（現代法律学全集10）』青林書院。
 清水恵介（2014）「認知症者の人身事故における親族の監督責任一名古屋地裁平成25年8月9日判決を踏まえて—」実践成年後見No.49、p.79。
 清水恵介（2014）「認知症者の鉄道事故につき妻の監督責任を認めて半額の損害賠償を認めた事例～認知症鉄道事故訴訟控訴審判決～」実践成年後見No.53、p.87。
 西島良尚（2014）「特集 成年後見人等の義務と責任を考える 2 成年後見人等の義務と責任の具体的検討（3）成年後見人の第三者に対する責任」実践成年後見No.51、p.31。
 前田陽一（2016）「認知症高齢者による鉄道事故と近親者の責任（JR東海事件）」論究ジュリスト16号、p.17。
 宮下修一（2014）「認知症高齢者の列車事故と不法行為責任・成年後見制度のあり方—JR東海列車事故第一審判決がもたらすもの—」法政研究18巻3・4号、p.576。
 山口純夫「責任能力」（1997）『新・現代損害賠償法講座第1巻 総論』日本評論社。
 米村滋人（2015）「認知症高齢者の行為につき、配偶者に民法714条の監督義務者責任を認めた事例」判例評論677号、p.2。
 米村滋人（2016）「法律判断の『作法』と法律家の役割—認知症鉄道事故の最高裁判決に寄せて—」法律時報88巻5号、p.1。
 我妻栄・有泉亨・清水誠・田山輝明（2010）『我妻・有泉コンメンタール民法—総則・物権・債権—』日本評論社（我妻他（2010）で引用）。
 我妻栄（1937）『事務管理・不当利得・不法行為』日本評論社。

（いわむら・まさひこ）

書評

「厚生経済学の基礎と潜在能力アプローチ」
(A. セン著, 鈴木興太郎訳, 『福祉の経済学』(1988年) 書評)

後藤 玲子*

I はじめに

「この小さな本の主な目的は、厚生経済学の基礎、とりわけ個人の福祉と好機の評価に関して、相互に関連した一群の命題を提出することにある。私は(「実質所得」の評価におけるように)富裕に焦点をあわせたり、(伝統的な「厚生経済学的」定式におけるように)効用に関心を集中したりする従来の標準的アプローチを批判し、ひとが機能する潜在能力、すなわちひとはなにをなするか、あるいはひとはどのような存在であり得るかという点にこそ関心を寄せるべきだと主張したい」(“Preface”)。

書評を書く作業は同時代史をつづる作業と似ている。1985年に刊行された100ページに満たない、けれども測り知れない価値をもつ本書を、いかに位置づけ、評するべきか。これはきわめて難問ではあるものの、おそらくセンであれば、いろいろな評があってよいと言い、実際に、いろいろな角度からなされた評の多様性を楽しもうとするだろう。この——いささか身勝手な——憶測をもとに、以下では、もっぱら経済学の視角から、経済学に向けて、本書を読み解きたい。関心は上述の引用文にある。

「潜在能力(capability)」は、通常、財(富裕・資源)と効用の間であって、両者を媒介する概念として理解されている。効用に先立ち、財に後続す

ると。それ自体は正しいとして、経済学の文脈でより重要であるのは、それは単に、財あるいは効用いずれかの拡張ではなく、固有の意味内容をもつ点である。だが、センはいかなる理由で、財でもなく効用でもない新たな概念の提出に踏み切ったのだろうか(踏み切る必要があったのだろうか)。はたして、それは厚生経済学の基礎にいささかなりとも何か、新しいものを付加したといえるのだろうか(応用の1つだとは容易に言えるとしても)。

これらの——いささか挑戦的な、ありうべき批判を内包した——問いかけは、与えられた書評の字数で到底こたえ切れる類のものではない。だが、「潜在能力アプローチ」に関する古典ともいえる本書を読み解くことが、その重要な準備作業となることは間違いない。以下では、その準備作業の準備を試みたい。

解説に先立って1点、注記する。本書は、刊行後まもなく、センの親しい友人であり、厚生経済学と社会的選択理論の専門家でもある鈴木興太郎氏によって翻訳された。同訳書は、(内容の正確さを越えて)専門家同士の議論を内包する点できわめて興味深い。同訳書に寄せられた異例の長さを誇る「日本語版へのてびき」は、センによる議論へのリプライとして読めないこともない。そもそも「潜在能力アプローチ」の語は原書にはなく(原書に「機能アプローチ」は登場するが)、「日本語版へのてびき」で初めて登場する。なお、以下の記述にあたっては、主要概念は同訳書に依拠し

* 一橋大学経済研究所 教授

つつも、引用文はかならずしもそうではないことをお断りしておく。

II 本書の基礎概念

第1章「利益、福祉、好機」では、既存の厚生経済学との接続が図られる。それは次の印象的な言葉で始まる。「経済学は主として財とひととの関係に関心を寄せる。・・・ひとは財を用いてなにをなすか。ひとは財からなにを得るのか・・・この問題は経済分析の永遠の課題である」。にもかかわらず、これまでの経済理論は、ひとの利益の評価と判断に十分な関心を払ってはこなかった。本来、論脈に応じてきわめて多様であるはずの、ひとの利益を評価し判断する方法は、一元的な「効用」概念に吸収し尽くされてしまった感がある。

このような問題関心のもとに、本書の目的は、ひとの利益の評価と判断の方法を、多様性に向かって開くこと、多様な評価と判断を許容するアプローチを提出することに置かれる。それが、「機能 (functioning)」と「潜在能力 (capability)」をかぎとするアプローチにはかならない。ただし、ここでいう機能とは、ひとが実際に達成した福祉 (well-being) に、潜在能力とは、ひとがもつ現実の機会——他人との比較を内包する好機 (advantage) ——に対応する概念である¹⁾。第二章「財とその利用」では、両者の関係は次のように定式化される。

いま、個人 i が所有する財のベクトルを x_i 、財ベクトルをその特性ベクトルに変換する関数を $c(\cdot)$ 、個人 i の「利用関数」を f_i とすると、ひとがある利用関数とある財ベクトルのもとで達成する機能は $b_i=f_i(c(x_i))$ というベクトル b_i で与えられる。

そのとき個人が享受する幸福 u_i は、関数 h_i を使うと、 $u_i=h_i(f_i(c(x_i)))$ と示される。一方、個人 i の評価関数を v_i とすると、機能ベクトル b_i の価

値は、 $v_i=v_i(f_i(c(x_i)))$ で与えられる。

さらに、個人 i が選択可能な利用関数の集合、財ベクトルの集合をそれぞれ F_i, X_i とすると、潜在能力は $Q_i(X_i)=\{b_i|\text{ある } f(\cdot)_i \in F_i \text{ とある } x_i \in X_i \text{ に対して } b_i=f_i(c(x_i))\}$ で与えられる。 $Q_i(X_i)$ は、達成しうる機能のさまざまな組み合わせを反映するという意味で、「潜在能力」と呼ばれる。

以上の定式化の後に、家計を「小さな工場」と見なすゲーリー・ベッカーの議論とのアナロジーを牽制するコメントが付される。ベッカーの議論によれば、機能を家計によって生産される財とみなすことになるが、「機能とは人の生存状況の諸側面なのであって」、「たまたま「生産」したり「所有」したりする外在的な対象ではない」というのがその主要な理由である。例えば「機能を1単位生産する時間」という表現に関して、あるいは、生産関数をもつばら家庭内の技術に還元する見方に関して、疑問が投げかけられる。

III 本書の基本的命題

第3章「効用、欲望、幸福」では、福祉へのアプローチとしてより適切なものは何かという関心のもと、効用アプローチが批判的に検討される。センはまず、既存の効用アプローチを2種類に分ける。1つは選択 (顕示選好) アプローチであり、他の1つは倫理的アプローチである。選択アプローチにおいては、「効用」は個々人の内的整合的で完備的な選好を表す指標であって特定の記述的内容をもたない。それは、主観的であり個人間比較不可能である一方で、個々人のあらゆる選択を——背後にある異なる動機、理由を捨象して——制約条件付き効用最大化と見なすことを正当化する。

それに対して、倫理的アプローチは、「効用」を、「欲望」あるいは「幸福」という固有の意味内容でとらえる。ただし、それもまた、もつばら個人の主観に着目し、人の生活の現実的な (物理的・精神的) 条件や、ひとの (現実的ないし反実

¹⁾ 別の文献で「福祉的自由」という語で表した点が注記される。

仮想的な状況における) 評価活動をかならずしも正しく反映しないという難点を、選択アプローチと共通にもつ。例えば、「極貧から施しを求める境遇におちたもの」、「昼夜暇なく働き詰めで過労の召使い」、「抑圧と隷従に馴れその役割と運命に妥協している妻」などの窮状は、「平穩無事に生延びるために必要な忍耐力によって抑制され覆い隠されて」、効用のものさしには姿をあらわさないという。

IV 機能アプローチの特徴と評価の性質

第4章「機能と福祉」では、機能アプローチの詳細が述べられる。個人 i の在りようや行い(being/doing)を表す機能ベクトルは、財の特性を利用関数で変換することによって達成される。個人 i が自己の潜在能力の中のどの機能を実際に達成するかは、本人が選ぶことのできる利用関数の集合と財ベクトルの集合から、どの利用関数とどの財ベクトルを選択するかに依存して決まる。

本章では、はじめに、この財の特性を機能の実現へと変換する利用関数は、実にさまざまな個人的な、また、社会的な諸要因に依存する点、したがって、合理的な資源配分のためには、個人にとって真に選択可能な要因を、(見かけ上は選択可能に見えていて)実際には選択不可能な要因から区別して特定することの重要性が主張される。さらに、個々人が権原をもつことのできる財の集合の拡大、ならびに、個々人が実現可能な利用関数の集合の拡大が、政策決定の要となる点が指摘される。

つづいて、ひとの福祉の評価の問題が検討される。機能アプローチは2つの側面から福祉の評価に接近するという。1つは、機能の達成状態に関する詳しい記述であり、他の1つは、機能の達成に関する人びとの評価である。

まず、前者に関して、利用関数を規定する個人的・社会的要因を豊かにとらえ、真に選択可能な要因をより分けながら、個人が実際に達成している機能と潜在能力を特定する作業は、「分析視角の早まった固定化を避ける」うえでこのほか重

要であるという。例えば、豊かな財をもちながらそれを交換する脳と心に障害があったり、激しい暴力にさらされながらも不満を表明しないとしたり、富裕アプローチあるいは効用アプローチは、本人の福祉に関して誤った診断を、断定的に下してしまうおそれがあるからである。

機能アプローチは、個々人の機能の達成状態を詳しく記述することにより、分析視角の早まった固定化を回避できる。個々人の機能の達成状態を詳しく記述することは、さらに、福祉の評価に関する個人間差異を尊重しながら、同時に、異なる立ち位置からなされた評価間の一致を促すかぎとなることが示唆される。

機能の達成に関する評価 v_i は、形式的には、機能ベクトルの集合上に下されるランキングとして表される。そのランキングは評価者(添え字の i)の立ち位置によって異なったものとなる可能性がある。そうだとしたら、次の問いが生まれる。はたして、機能アプローチは、単一の完備的な福祉ランキングの存在を保証し得るのか。保証しえないとしたら機能アプローチに基づく福祉の評価は客観的な評価だと言えるのか。

この難問に対しては、はじめに、「評価がかならずしも完備順序を生まないからといって、そのような評価が内容空虚であるわけではない」こと、むしろ、「完備性の要求」が猛威を振るうことにより、実質所得の指数化などの経済計測において、悲惨な結果が生まれてきた点が指摘される。そして、「経済的・社会的な関係の多くは、本来的に部分的かつ不完全なものだ」という点を認識すること」の重要性が指摘される。これらの指摘は、それまでの厚生経済学の常識をくつがえすものであったに違いない。

つづく第5章「評価と序列」では、客観性概念をめぐるセン自身の哲学的考察を下敷きとして、客観性の要請は、個人間差異の可能性を排除するものではないと主張される。より厳密には、「立ち位置に依存した客観性という考え方がまったく否定され、かつ、福祉評価ランキングに対して完備性の要請が課された場合にのみ、客観性の要請は、異なる複数の評価の共存を不可能とする」と

いう命題が提出される。

本章ではまた、複数の部分順序または完備順序の共通部分をもとに、整合的ではあるものの、かならずしも完備的ではない部分順序を形成する共通部分アプローチを提示する。それは、ある無差別曲線の上方共通部分に位置する機能ベクトルは、その無差別曲線上の機能ベクトルに比べて優位にあるといった判断を可能とする。

V 機能評価のデータと実証

第6章「情報と解釈」では、上述のゲーリー・ベッカーの業績を含む消費者理論の実証的展開に関する批判と代替案が紹介される。福祉の評価に際して想定される3つのタイプのデータ、すなわち、市場的観察情報、質問票調査、非市場的観察方法が、富裕・効用・機能という3つのアプローチとの関係で検討される。

はじめに、市場購入データを用いて効用を測定するという、伝統的な経済学の方法に批判が加えられる。要点は端的に、市場購入データでは、大きな個人間差異を含む機能、友人をもてなす能力、会いたいと思うひとの近くに居る能力、コミュニティ生活において役割を果たす能力、自分の衣服を恥じることなく生きる能力、文学的・文化的・知性的探求、休暇を楽しむこと、旅行することなどの機能がとらえられない点にある。

市場購入データのもう一つの問題点は、人びとが現に置かれた状況を所与とする行動、評価しか扱うことができない点にある。それは、自分が違った境遇に置かれていたら、どんな判断を下し、何を選ぶかという仮想的な考察を扱うことができない。付記すれば、市場購入データは代表的個人に着目するために、例えば家庭内の分配的正義の問題を扱えない、という限界ももつ。

機能評価に対する情報は、主に、非市場的な直接的観察と質問票調査によって捕捉されるという。ただし、直接観察することが困難な場合には、それにかわる間接的方法が考えられなければならない。その場合には、電気・暖房・交通・電話などの使用に関する市場購入データの活用が、有

効な接近方法として検討されることになる。

ただし、たとえ実践的には次善策をとらざるを得ないとしても、理論的に確かな解法を正確に認識しておくことが、まずもって重要であると注記される。「経験的研究における野心の過剰と、狙いの狂った理論とは、われわれの福祉研究を前後から脅かす脅威なのである」というウィットに富んだ警句で本章はしめくられる。

VI 潜在能力集合の評価

個々人の財の支配権をもって即、個々人の福祉を判断する富裕アプローチと機能アプローチとの違いは定式上でも明らかである。だが、その一方で、効用アプローチとの定式上の相違はさほど明確ではない。第7章「好機と福祉」では、この問題が考察されるとともに、個人が選択しうる機能ベクトルの集合（潜在能力）の検討に移る。

機能ベクトル上に定義される幸福関数 h_i ならびに評価関数 v_i は、互いに類似した形式をもつ。財の特性関数 c と利用関数 f_i 、そして h_i あるいは v_i を合成関数とみなすとしたら、両者はいずれも、財ベクトル x_i を変換する伝統的な効用関数に還元される。機能アプローチは効用アプローチの亜種にすぎないのではないだろうか。

予想されるこのような批判に関してセンは、まず、機能評価関数は、各機能ベクトルの価値を映すものである点を指摘する。効用関数であれば、同一の機能ベクトルが添え字の i に応じて異なる効用をもたらす可能性があるが、機能評価関数の場合は、その可能性は否定される。ただし、ベクトル優越関係にない2つの機能ベクトルに関しては、添え字の i に応じて異なる評価がもたらされる可能性がある。この相違は、機能ベクトル間の代替性を表す無差別曲線の違いとして表現される。

そのうえで、異なる個々人の選好に依拠して社会的選好を導出するアロー型社会的選択の枠組みとの相違が指摘される。福祉に関する共通の評価基準を得ることは、「あるひとにはひとつの評価関数を用い、別のひとには別の評価関数を用いたうえで、二人の個人の相対的福祉の評価関数間比

較を行う」作業とは異なるものなのだ。その理由に関する詳細な説明はないものの、留意すべき重要なポイントである。

つづいて潜在能力集合それ自体の測定について検討される。いま、単一最大値のみを残して、他の機能ベクトルが実現不可能になった(権原集合あるいは利用関数集合の低下を通して)としよう。達成としての福祉は変わらないが、達成機会、すなわち本人が自由に選ぶことのできる選択肢の範囲は変わる。はたして、それはいかに評価されるか。本書で提案される方法は次の4つである。いずれにおいても、機能ベクトル上に定義される選好には反射性と推移性のみが仮定される。

- (1) 他の集合のいずれの要素よりも優れた要素をもつ方をより好機とする。
- (2) 他の集合の要素に優越できない要素数がより少ない方が有利、同じなら同程度とする。これは完備性をみだが、推移性を一般的にはみたさない。
- (3) 要素数の異なる2つの集合(大と小)があると、小と同じ要素数をもつ大の部分集合と、小との間で要素間対応関係をつけた場合に、前者が後者に劣らない要素をもつとしたら、大きい方の集合をより好機とする。
- (4) 最大値と要素数の双方において優越する方の集合をより好機とする。

潜在能力集合の評価は今後の研究に開かれていることが注記されて本書は締めくくられる。

Ⅶ 経済学における本書の意義

以上で本書の読解を終え、はじめの問いに戻る

う。センはいかなる理由で、財でもなく効用でもない新たな概念の提出に踏み切ったのだろうか。異なる状態間、異なる個人間の差異を尊重しながら、共通の評価を形成する作業はきわめて困難である。ありうべき恣意性を免れるために、個人間比較可能性を一切放棄して、本人の主観的な評価を社会的にも追認する選択アプローチが受容された理由もここにあった。

だが、センは、効用と財の間であって、個人間で比較不可能な差異をもちながらも、少なくとも社会・経済政策をワークさせる程度には、人びとの間で共通認識が得られるようななかがあることに気がついた。それは、ひとは財をもちいてなにをなし、なにを得るか、ひとはなにをなしえて、どのように在り得るかという、まさに経済分析が課題とすべき事柄にほかならない。これらの課題に、機能と潜在能力という2つの概念で新たな光を当てた点に潜在能力アプローチの革新性がある。

はたして、このアプローチは、「実質所得」評価や伝統的な「厚生経済学的」定式、ベッカーの人的資本理論や家計消費理論、アロー型社会的選択理論など、効用をベースとする伝統的な厚生経済学の展開とどのような重なりとずれをもつのか。これに関する本格的な検討は今後の課題としたい。

(ごとう・れいこ)

書評

吉川徹 著
『現代日本の「社会の心」』
(有斐閣, 2011年)

直井 道子*

I 全体の構成

本書は、戦後日本の社会意識の推移をデータに基づいてたどり、それに依拠して、現在から将来の社会意識の動向を「大きな物語」として組み立ててみようという極めて野心的な1冊である。

本書の構成を示すと、第1部ではこの課題に取り組むための理論と方法が示される。これまでの社会意識論において明快なストーリー化が可能だったのは、近代社会が持っていた階層(上一下)と(伝統一近代)という二つの補助線を利用していたからだとして、その変化をたどることを本書の課題とする。そこで、第2部は1985年を起点としてその後の階層帰属意識がどう変化したか、データを追う。第3部では主として(伝統一近代)に関する意識の変化を分析し、(伝統一近代)の階層帰属意識への効果が減少してきたことを確認した上で、解釈を交えながら未来の方向を見据える、という構成である。以下の書評は、著書の最初から順にあらすじを追うが、小見出しIからVIIまでは私が主張したいコメントである。なお、「著者」とは本の著者吉川徹を指し、評者のことは「私」と表現する。

II 「社会の心」という表現は適切か

第1部は2つの章からなり、1章はいわば理論編、2章は計量社会学編である。これらは3章以降のた

めの準備のための型どおりの作業かと思いきや、理論編は社会意識論を社会科学の中に位置づけようとした力作である。最初に社会心理学と社会意識論の違いは次のように説明される。両者は個人のデータを集めて態度や意見の全体像を把握する点では同じだが、社会心理学は人間行動の一般命題を求め、社会意識論は社会の実像を把握する方向に関心がある。そして、社会意識論は社会学の個別の領域(家族社会学、労働社会学などの)で研究されている各領域の意識(家族意識、労働意識など)に作用している社会意識を把握して、それを社会的要因で説明しようとする。その場合には、特定の理論のエートス、アイデンティティ、イデオロギーなどの概念が用いられることもあるが、社会意識とはその上位概念であるという。そして、実証研究においては、操作概念として〇〇意識、〇〇感、〇〇的態度などが特定の文脈にとらわれずに使われているとする。この見解は、現状の社会学の混沌を明快に表現してうまく整理したものと評価できる。

ただし、一つだけ1章で私が抵抗感を持ったのは「社会の心」という表現である。「社会の心」という用語からは、デュルケームの集合意識、すなわち、外在性と拘束性をもって、個人にプレッシャーとなる「社会的事実」が連想される。そのために、著者が目指す「方法論的個人主義によって計量社会的に測られ集積された個人意識の全体像」とは違ったイメージを与えてしまうのではないだろうか? そのためもあって、この書評では

* 桜美林大学大学院老年学研究科 特任教授

「社会の心」は使わずに、一貫して社会意識論という用語で通したいと思う。

なお、第2章は「計量社会意識論の作法」と題しているが、計量社会意識論の一般論というよりは、むしろ、本書の計量社会学的部分をこのように遂行するという著者の宣言である。宣言されているのは、社会構造（個々人の社会的属性）を独立変数として社会意識（従属変数）を説明すること、主に現代日本社会を対象とすること、縦糸としての時代性、横糸としての階層性が織りなす地平を論じるということなどである。なお、記述統計にとどめず、「計量的モノグラフ」を目指すことも宣言されている。より具体的には、複数の社会的属性を独立変数とし、社会意識を従属変数としたOLS（最小二乗法、以下この部分を省略）回帰分析を主に用いるとしている。著者は社会学的分析の場合、一般的にその説明力（決定係数 R^2 ）はせいぜい20%ほどで、これは社会学の場合には完全理論化を目指すというよりは、因果的な説明が及ばない部分がどうしても混入するからだとしている。決定係数がこのくらい小さくてもいいのだ、というこの宣言に、これを気にしてきた多くの社会学者は（私も含めて）よくいってくれたと思うのではないだろうか。

III 85年以前のデータ分析がほしかった

第2部は、本書が対象とする2つの焦点、階層（上—下）と伝統—近代についての社会意識が、1985年から2010年までどう変化したか、時点ごとの比較によって論じている。著者は現在の日本を再帰的近代に位置づけ、いわば「第一の近代」から再帰的近代への移行という枠組みの中でこの変化をとらえている。

第3章では、なぜ1985年を起点としたか、1985年はどういう時代であったか、について詳しく論じられている。1985年の日本はまだ色濃く戦前・戦中世代の影響下にあり、西欧を近代をモデルとしていた時代から日本人の独自性を肯定的にみる「日本人論」に移っていった「第一の近代主義」に埋め込まれていた最後の時代と位置付けられてい

る。

第4章では、この枠組みを念頭に置きつつ、データ分析に入る。過去（1955-2010年）のSSM調査をみると、階層帰属意識の分布は1955年、65年、75年の間ではっきりした上昇を見せたが、75年から2010年までほとんど変化が見られない。そこで、問題は1) 1955年から75年までの変化「中への集中」をどう説明するか、2) 75年から85年以降分布にほとんど変化が見られないことをどう説明するか、という2点となる。

私の不満は、この二つの問題に対してかなり異なったアプローチがとられていることだ。75年までの「中への集中」の説明は、「回答選択肢の変更による偽装」と「日本の特殊性論に見られた国民的自画像」の二点に求められている。前者は提示カードが縦書きから横書きに変わったとか、選択肢に55年だけ注が付いており、その影響ではないかなどという主張である。後者は、自分たちが豊かに経済発展してきた姿に学術的認証を受けたい気持ちという意味で、日本の特殊性論と一億総中流論は共に「国民的自画像」であり、個々人は自分たちの階層的位置づけが曖昧なまま、世間一般を準拠集団としてそれに同一化していったという説明である。

この二つの説明についてはそれぞれ疑問がある。提示カードの変化についての指摘は確かに目新しいが、その結論として「中意識は偽装だった」とまでいえるのだろうか？ 私はまったく一般論としてだが、自分の想定と調査結果が異なった場合についてのみ、調査方法の影響を論じて解釈することには非常に違和感がある。それなら、自分の想定と結果が一致している場合にも、調査方法の影響を検討すべきではないか？ それをしないのなら、調査の結果は結果としてそのまま受け止めるべきではないだろうか。もちろん、同じ設問で調査をしながら、なぜ10年後に選択肢を変更し、またその形式を変えたのか、この点は猛省されなければならない。

また、国民的自画像説については、実感レベルと先行研究レビューについてと二つの違和感がある。実感レベルでは、（私はその時代に社会学研

究をスタートしたので鮮明な記憶がある) 多くの人々は階層帰属意識などにあまり関心を持っていなかったと思う。マスコミは大きく取り上げたが、このテーマに本気で関心を寄せた人々の反応は、むしろ岸本の「中流の幻想」に近く、幻想だとするものが多かったように思う。また、先行研究のレビューについては、これまでの階層帰属意識に関する議論が十分に踏襲されていないことに不満がある。とくに「中」と中流意識はちがう、ということは〔岸本(1978), 原(1989)ほか〕レビューで一応引用されているものの、それをふまえてはおらず、「総中流現象」などという言葉が安易に使われている。

このような不満の根底には、著者が75年までの階層変数の効果については統計的な分析をせず、「自分たちの階層的位置づけはあいまいなままに世間一般に同一化した」と結論付けたことがある。先行研究をたどれば、75年までは学歴や所得の構成変動の効果はなかったものの、耐久消費財の保有による暮らし向きの変化の効果はあった、とする私の初歩的な分析〔直井道子(1975)〕や、高学歴化が階層帰属意識の上昇効果を持ったとか〔数土(2011)〕、所得階層によって中への集中度合いが違うという結果もあり〔盛山(1990)〕、必ずしも「階層的位置づけがあいまいだった」とはいえない。この時代の「中への集中」について、著者は「昭和のキーワードが役割を終えた」と述べており、それゆえ詳細なデータ分析には関心を持ってなかったのかもしれないが、せめて75年からのデータ分析に入れてもよかったのではないか。そうすれば、4章の解釈はもっと説得力を持ち、また5章では85年以降との比較が興味深かったのではないかと感じた。

Ⅳ 階層リテラシーとは何か？

5章では、主に85年以降、客観的階層変数と主観的な階層帰属意識の関連がどう変化したのかに焦点を当てた分析が行われる。具体的には、社会的属性を独立変数、階層帰属意識を従属変数とした回帰分析によって、どの変数の効果が大きいのか

を見ていく。そして、1985年には、階層帰属意識に対して世帯年収、学歴、職業、性別などの効果が認められるが、2010年は、学歴、職業の効果が上昇していて、客観的階層変数の決定係数が2.5倍になっている、とまとめている。そして、これを著者は「階層リテラシーの増大」のためだとしている。すなわち、階層帰属意識の分布の変化は少ないが、その「決まり方が変化した」という解釈である。

この指摘は刺激的なものであるが、私の不満は「階層リテラシー」とは何かということが具体的にデータ分析によってはあまり論じられていないことである。一般論としては、階層の全体像を知り、階層を位置づける基準を明確にして、自己の所属階層を位置づけるという3段階の能力を意味するのだと思う。だが、これまでの研究〔高坂ほか(1990)〕はこれらが矛盾に満ちていることを示している。むしろ、ふだん交流がある、自分に近い階層の人々を基準にして主観的な全体像を描いている場合が多いのではないとも考えられる。

この点に関して私が著者の慧眼に感心したのは、「豊かさが劇的に拡大していた時代には自分の相対的地位は重要ではなかったが、社会の変化がなくなると地位アイデンティティが見えやすくなった (p.134)」という指摘である。これと、階層基準はしばしば過去のイメージにあるという指摘〔盛山(1990)〕や、1975年までと85年以降で階層基準が変化したという指摘〔神林(2011)〕を合わせて考えると、「中」への集中も安定もかなり説明がつく。このように階層基準について詳しく分析すれば、階層リテラシーの内容がかなりあきらかになったのではないだろうか。本書とほぼ同時に出版された本の内容まで持ち出している注文になったのは一種のルール違反ともいえるが、階層リテラシーという用語が魅力的であるだけに残念に思い、あえて欲張りな注文を書いた。

Ⅴ 伝統—近代主義の退役を測る適切な項目についてもっと議論を

6章では伝統—近代という軸が社会意識につい

ての説明力を失ってきたことが分析される。社会意識の伝統性を測る尺度として著者は権威主義的尺度に注目し、その関連要因が1985年から2005年までどのように変化したのかを分析した。男性に関しては、1985年には年齢、学歴、職業と権威主義の間に強い関連が認められたが、2010年には決定係数は4分の1になり、学歴の効果が若干残っているのみになる。1985年頃には、高学歴化によって生年世代効果と学歴効果が相乗的であったことも特記されている。女性もほぼ同様な傾向がみられるが、2000年代には、むしろ若い女性の方が権威主義的でさえあるという。

次に伝統性を測る尺度として、性別役割分業意識が登場し、これについても、著者の分析では学歴、年齢、職業などが効果を持っているが、しだいにその効果は減少してきている事が示された。しかも、若いほど「内外」の分業に賛成である傾向さえ読みとれる。これらを著者は「伝統-近代意識の静かな退役」と称している。

ふだん高齢者のデータを主にみている私はこのような変化には気づいていなかったもので、この「発見」には大変感心した。ただし、社会意識の中にある伝統-近代をどの尺度で測るのが適切なのか、もっと議論があってもよかったと感じた。権威主義的尺度については全世界で共通に用いられている尺度だと説明され、これは納得できる。しかし、性別役割分業意識については近代家族の存立基盤であり、近代社会に不可欠の要素として取り込まれたという説明で、わずか2項目の尺度である。私は性別役割分業意識は当事者の利害によって賛否が左右される（例、フルタイム既婚女性は分業に反対）論点であり、社会意識を説明するための伝統-近代の軸にすえるのはやや不適切ではないかと思う。伝統-近代の軸と相関性はあるが、それなら、老親との同別居、高齢者扶養、墓参り、などやや類似した論点が他にもありうるのに、性別役割分業2項目に絞った理由は何だろうか？ データの制約といえばそれまでだが、それならあえて触れなくてもよかったのではないか？

VI 主義なき時代？

さて、7章からあとの著者の執筆態度はそれまでと少し違う。ここまでは社会意識に対する階層の規定力の増大と伝統-近代の効果の減少という二つの傾向を丁寧なデータ分析で示してきたが、7章以降は、これからの社会意識はどういう方向に行くのか、大きなストーリーを描こうという態度に傾いている。この大きなストーリーをここで論じるには紙数も足りないので、以下ではそれを簡単に紹介し、私の感想は括弧の中で述べるにとどめたい。

まず、7章では、階層規定力の増大と伝統-近代の効果の劣化という二つの動向の両方を同時に説明する変数を求めて、(ややアットランダムに)不公平感、格差観、「向社会的」などのデータを検討している。結果としてどれも説明力不足であるとして退けられ、著者は現在は「主義なき時代」に入ったのではないかと問いかける。ここで、著者は(やや飛躍がある感じもするが)「心理学に起源をもつ態度尺度とは異なる様式で」、すなわちブルデュー流の文化的活動の頻度に着目する。ここでは壮年大卒層と若年非大卒層の間に大きな開きがみられるが、著者はこれを、「〇〇主義」を介していない自己目的的な、すなわちコンサマトリーな選択である、としている。

8章では日本社会の「第一の近代」が終わり次の段階の到来が市民レベルで実感された1990年代初頭から最近までの変化をQOLという視点から見たいこうとする。QOL志向とは「便利さや快適さよりも環境保護を優先させる」とか「時間やコストをかけても健康を維持する」などの態度だとする。(このテーマは重要で興味深いだが、しかし、なぜここでこのテーマに移行したのか、著者はこれまでのような明晰な説明はしていないように思う。)

さて、これらの意識とその関連要因は18年後どのように変化したか？ 環境意識、健康維持意識について共通に言えることは1992年には権威主義が持っていた負の効果が2010年には消え、かわって生活満足度が効果を持つようになったことであ

る。どうやら1992年には伝統—近代という軸の影響を受けて権威主義が健康維持や環境保護に影響していたのに、この枠組みが崩れ、生活満足度が高い人がより質の高い生活を追い求めるといった形に変化したと解釈されている。これを著者は「再帰的近代における個人化」という枠でとらえ、大きなストーリーを締めくくろうとする。

結論として(終章)、著者は、本書の成果として地位アイデンティの明晰化、伝統—近代主義の無効化、社会的オリエンテーションのコンサマトリー化の三つをあげている。

私には、結論の三つの成果は、とりあえずは二つの成果と一つの将来見通しに見える。しかし、これまでの社会意識論がともすれば調査結果の提示、関連要因の分析にとどまっていたところから、果敢に将来見通しに踏み切ったこと、それもややアドホックながらデータ分析を伴っていることは、高く評価してよいだろう。

Ⅶ 最後に

このように、本書はち密なデータ分析と、将来についての大きなストーリーとを含む、なかなか魅力的な本である。しかも、著者の文章はなかなか「読ませる」ところがあり、読んでいて引きこまれていく。それと表裏一体なのか、ときどきは首をひねるような表現(例、億千万の胸騒ぎとし

ての総中流、社会のどこのネジをどのくらい巻けば「社会の心」が変わるのかなど)もあるのだが、その刺激とひっかかりがまた読者の探究心を誘うだろう。著者が前書きで述べた、「面白いだけの社会意識についての印象論にとどめを刺し、面白さと確かさのバランスをとる」という目標は、かなり成功したといえる。私も、これまでこんなに熱心にまた興味深く思いながら書評をしたことはない、ということをお告白しておこう。

参考文献

- 原純輔(1990)「序論—階層意識研究の課題」, 原純輔編『現代日本の階層構造② 階層意識の動態』, 東京大学出版会, pp.1-21。
- 神林博史(2011)「中流意識と日本社会」, 盛山和夫ほか編『日本の社会階層とそのメカニズム』, 白桃書房, pp.151-184。
- 岸本重陳(1978)『中流の幻想』, 講談社。
- 直井道子(1979)「階層意識と階級意識」, 富永健一編『日本の階層構造』, 東京大学出版会, pp.365-388。
- 盛山和夫(1990)「中意識の意味」, 『理論と方法』, Vol.5, No.2, pp.51-71。
- 数土直紀(2011)「高学歴化と階層意識の変容」, 斎藤友里子・三隅一人編, 『現代の階層社会③ 流動化の中の社会意識』, 東京大学出版会, pp.17-45。
- 高坂健次・宮野勝(1990)「階層イメージ」, 原純輔編, 前掲書, pp.47-70。
- 吉川徹(1999)「中意識の静かな変容」, 『社会学評論』, Vol.50(2), pp.216-230。

(なおい・みちこ)

新刊紹介

岩田正美 著
『社会福祉のトポス』
(有斐閣, 2016年)

渡辺 久里子*

本書は、戦後からの社会福祉の変遷と分業の歴史を、「厚生（労働）白書」、「失業対策年鑑」、「犯罪白書」、「教育白書」を資料として、「一般性」と「特殊性」という概念から解説したものである。本書の構成は次の通りである。

第1章から第3章では、社会福祉理論・社会福祉学を紹介しているが、社会福祉の価値や規範を事実と切り離して探求する研究を批判し、様々な矛盾を孕んだ社会福祉の全体像を捉える必要があることを強調する。そして社会福祉ニードを、理論的な枠組みから定義するのではなく、充足する手段や主体、さらにはこれをめぐる政治的論争まで含めて考える必要があると訴える。

第4章から第6章では、分析に用いた資料・手法の紹介と、社会福祉の集合名称、位置づけ、序列がどのように変遷していったか、時期を区切った分析が提示されている。第5章では1956年から1972年までが取り上げられており、細部の組み替えはあったものの、国民皆保険・皆年金を契機とし、ベバリッジ報告に基づいた、「所得保障事業集合（年金保険・公的扶助・児童手当）」、「社会福祉事業集合」、「健康の増進と疾病予防」、「援護事業」が安定的に継続していたことが示されている。

第6章では、1973年から2010年までが分析されており、安定的に展開されていた事業集合が、「老人保健福祉」事業集合の出現によって崩壊し、1995年以降の本格的な社会保障の構造改革によっ

て「社会福祉」の事業集合が消え、「地域福祉」に取って代わられた過程を描いている。

第7章では社会福祉を、一般的な労働・生活様式を安定的に維持することを目的とした「一般化」形式と、一般からこぼれた問題を引き受ける「特殊化」形式とに区分し、考察している。そして、「社会の利益」のため「社会の脅威（=犯罪、感染症、貧困、障害等）」に対処する「特殊化」形式は、社会の周縁にしか位置づけられていないことを示す。

終章では、一連の社会保障構造改革と財政制約のもと、公的保障をセーフティーネットのレベルに見直す方向で取り組まれているが、その際に問題となるのはミニマムの設定であり、税を含めた全ての所得再分配制度において、統一された最低限の水準が明確にされる必要があると、提言している。

本書は、戦後の日本社会の中で社会福祉がどのように展開してきたのか、著者の深い学識と長いリサーチ経験に基づいて、その歴史が描かれている。社会福祉を法制度の枠組みに準じて狭い範囲から捉えるのではなく、犯罪・教育まで広げて事業レベルから全体像をみせている。自身の専門研究がどこの位置にあるのか俯瞰するにも最適であり、広く読まれるべき好著である。

(わたなべ・くりこ)

新刊紹介

アンソニー・B・アトキンソン 著

『21世紀の不平等』

(東洋経済新報社, 2015年)

安藤 道人*

本書は、不平等研究の世界的大家であるアトキンソンによって書かれた啓蒙書である。本書の元となった論文の1つである“After Piketty?” (*The British Journal of Sociology*, Vol.65, Issue.4, 2014) のタイトルが示す通り、この本はトマ・ピケティのベストセラー『21世紀の資本』(みすず書房, 2014)を意識しながら書かれた本である。しかし、この本はただのピケティ・ブームの便乗本ではない。ピケティの師匠筋であり共同研究者でもある著者が、彼の半世紀に及ぶ膨大な不平等研究や政策研究をベースに書き上げた、集大成ともいふべき本である。

本書の構成はシンプルな三部構成である。第I部の「診断」では、戦前から戦後にかけて一度は縮小した不平等が再度拡大しているメカニズムが考察される。まず世界の不平等の動態がデータに基づいて議論され(第1章)、そしてヨーロッパを中心に、なぜ戦後直後の数十年で不平等が縮小し、その後再び拡大したのかが検証され(第2章)、そしてその不平等の再拡大の背景にあるメカニズムが、経済理論や実証分析に基づいて考察される(第3章)。次いで第II部の「行動のための提案」では、第I部の考察を踏まえて、再拡大する不平等に対する対応策が提示される。すなわち、技術変化への対応(第4章)、雇用・賃金政策(第5章)、公的な資本・資産政策(第6章)、累進課税(第7章)、そして社会保障(第8章)について、15の提案が提示される。そして第III部の「できるのだろうか?」では、第II部での15の提案に対して想定さ

れる批判に対する応答が展開される。具体的には、経済成長とのトレードオフ(第9章)、グローバル化による制約(第10章)、そして財源の制約(第11章)という観点から、想定される反論に対して応答を試みている。

本書の持ち味は、著者のアトキンソンが、市場経済が生み出す不平等や貧困に対して極めて批判的な視点を持ちつつも、市場経済の働きやそれに対する公的介入の帰結について深い理論的・実証的知見を持つ一流の経済学者であるということだ。その結果、不平等の「診断」やそれに対する「提案」、そして想定される批判に対する「応答」全てにおいて、常に市場経済や公共政策の働きや、それらについての最新の研究に注意深く目を配った稀有な本となっている。そしてそうであるがゆえに、本書は、一般の読者、社会保障研究者、そして経済学や不平等研究の専門家全てにとって有益な一冊となっている。

まず、研究者でない多くの一般の読者は、「この本は経済と政策に興味を持つ一般読者向けに書いた」(p.6)という著者の言い分は受け入れ難いだろう。確かに本書には難しい数式や統計分析の話はほとんどでてこないし、文章は非常に平易に書かれている。一方で、記述の厳密性を担保するための著者の努力によって、一読しただけでは理解が難しい箇所も散見される。しかし、そのような箇所を読み飛ばしてでも読み通す価値が本書にはある。市場経済という、思い通りにもならず、たいしてよくわかってもらえない「なまもの」に真摯

* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部研究員

に向き合い、その中に再分配制度や社会保障制度という楔を再度打ち込み直そうとする一人の知識人の強い意気込みや、今後のあるべき財政・社会保障改革の方向性について多くのヒントを得られるはずだ。

次に、社会保障制度の歴史、制度、あるいは実務に精通している社会保障研究者や政策担当者にとっては、本書は逆に物足りないと思う部分もあるかもしれない。なぜなら、本書の第Ⅱ部で提示される15の提案は、どれもアイデア段階の大雑把なものであり、実行可能性や細部の設計は今後の議論にゆだねられているからだ。しかも、ときに大胆な提案も含まれており、これは現実的な政策論者や実務家からは拒否反応もでるだろう。また第Ⅲ部では、税と社会保障給付に関する提案についてマイクロシミュレーションに基づいたさらなる検討がなされているが、それらはイギリスの制度に基づいた検討であり、日本には容易に当てはめられない。しかし、著者がこの本全体で目指しているのは、社会的文脈や科学技術の変化によって刻一刻と変容する不平等のメカニズムを理解し、それに立ち向かうための政策の方向性の大局観を示すことである。従って、制度や政策の細部

についての知識や知恵を競い合う形で本書を批判するのは生産的ではないだろう。再分配や社会保障という領域は、市場経済に対して「受け身」に回りがちで、かつ市場経済から切り離して考えられる傾向が強い。しかし著者は、市場経済と不可分なものとして、それでいながらも決して脇役ではない存在として、再分配制度や社会保障制度のあり方を考えている。このような著者の積極的姿勢から学べるものは多い。

最後に、経済学や不平等研究の専門家にとっても、本書は学びの宝庫である。著者アトキンソンが本書で取り上げているテーマのどれか1つについてでも最先端の研究をフォローしたことがある研究者ならば、著者が各方面で成し遂げてきた研究成果の大きさに圧倒されるだろう。膨大な脚注には、経済学の古典から未刊行の最新ワーキングペーパーまで縦横無尽に参照されている。この本を丁寧に読むことで、この研究領域で、今、何が問題とされ、どのような研究がなされているのかがよく分かる。日本の不平等研究の活性化への貢献も大きいだろう。

(あんどう・みちひと)

『社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の書式

原稿はA4版用紙に横書き（40字×36行）とし、各ページに通し番号をふってください。

2. 原稿の分量

原稿の分量は、本文・図表・注釈・参考文献を含めて、それぞれ以下を上限とします。なお、図表1つにつき200字に換算するものとします。

- | | |
|-------------------|----------------------|
| (1) 論文：20,000字 | (4) 社会保障判例研究：12,000字 |
| (2) 動向・資料：12,000字 | (5) 書評：6,000字 |
| (3) 情報：3,000字 | |

3. 原稿の構成

1) 表題

和文表題とともに英文表題を記載してください。

2) 見出し等

本文は、必要に応じて節、小見出しなどに分けてください。その場合、ⅠⅡⅢ…→123…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c)または・などを使用してください。

3) 抄録・キーワード

「論文」、「動向・資料」については、和文400字程度、英文250語程度で抄録を作成してください。また、和文、英文各5語以内でキーワードを設定してください。

4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所の上付きで1) 2) …の注釈番号を挿入してください。注釈番号は論文末までの通し番号としてください。

5) 参考文献

参考文献は、論文の末尾に列挙してください。表記の方法は下記を参考にしてください。

金子能宏・川越雅弘・西村周三（2013）「地域包括ケアの将来展望」、西村周三監修、国立社会保障・人口問題研究所編『地域包括ケアシステム—「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして』、慶應義塾大学出版会、pp.311-318。

泉田信行・黒田有志弥（2014）「壮年期から高齢期の個人の健康診断受診に影響を与える要因について—生活と支え合いに関する調査を用いて—」、『季刊社会保障研究』、Vol.49, No.4, pp.408-420。

森田 朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』、慈学社出版。

Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-Term Care Insurance Market, Term Care Insurance Market." *American Economic Review*, Vol. 96, No. 4, pp. 938-958.

Poterba, James M., Steven F. Venti, and David A. Wise (2014) "The Nexus of Social Security Benefits, Health, and Wealth at Death," In David A. Wise ed., *Discoveries in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Le Grand, Julian (2003), *Motivation, Agency, and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*, Oxford University Press.

インターネットのサイトを引用する場合は、そのページのタイトル、URL、および最終確認日を明記してください。
United Nations Development Programme (2010) Human Development Report 2010, <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2010/>（2010年10月5日最終確認）

4. 引用方法

本文または注釈において、ほかの文献の記述を引用する、または、参照する場合は、その出典を以下のように引用文の末尾に亀甲括弧で明記してください。この場合、当該引用文献を論文末尾に参考文献として必ず挙げてください。

(例1) …〔森田（2014），p.45〕 …〔Le Grand（2003），p.3〕
…〔森田（2014），pp.45-46〕 …〔Le Grand（2003），pp.3-4〕

(例2) 著者が2人の場合
…〔泉田・黒田（2014），p.408〕 …〔Finkelstein and McGarry（2006），p.938〕

(例3) 著者が3人以上の場合
…〔金子他（2013），p.311〕 …〔Poterba et al.（2014），p.159〕

ただし、本文中における、ほかの文献の引用または参照について、その出典を注釈で示す場合は、亀甲括弧は必要ありません。

(例) 1) 森田（2014），p.45

また、注釈などで、参考文献として列挙しない文献を挙げる場合は、上記の参考文献の表記に準じてその著者名、著書・論文名、頁などを記載してください。

(例) 1) 森田朗（2014）『会議の政治学Ⅱ』慈学社出版，p.45。

5. 表記

1) 年号

原則として西暦を用いてください。元号が必要な場合は西暦の後に括弧書きで挿入してください。ただし、元号を用いることが慣例となっている場合はその限りではありません。

2) 敬称

敬称は略してください。

(例) 西村周三教授は→西村は 京極氏は→京極は

6. 図表

図表にはそれぞれ通し番号および表題を付け（例参照）、出所がある場合は必ず明記してください。図表を別ファイルで作成した場合などは、論文中に各図表の挿入箇所を指定してください。

（例）〈表1〉受給者数の変化 〈図1〉社会保障支出の変化

7. 倫理的配慮

原稿に利用したデータや事例等について、研究倫理上必要な手続きを経ていることを本文または注に明記してください。また、記述においてプライバシー侵害がなされないように細心の注意をはらってください。

8. 利益相反

利益相反の可能性がある場合は書面で報告して下さい。なお、利益相反に関しては厚生労働省指針（「厚生労働科学 研究における利益相反の管理に関する指針」）を参照してください。

9. 原稿の提出方法など

1) 原稿の提出方法

投稿論文を除き、本誌掲載用の原稿は原則としてデータファイルを電子メールに添付する方法で提出してください。ファイル容量などの理由により、電子メールに添付する方法での提出が困難な場合は、CD-Rなどの媒体に記録の上、郵送で提出してください。また、当方で受信したファイルの読み込みができない、あるいは、特殊文字の認識ができないなどの場合には、紙媒体による原稿の提出をお願いすることがありますので、その際にはご協力ください。原稿のデータファイルが存在しない場合は、紙媒体の原稿を郵送にて提出してください。

2) 図表について

図表を別ファイルで作成している場合は、当該図表ファイルも提出してください。提出方法は、原稿の提出方法と同様です。データファイルが無い場合は、図表を記載した紙媒体の資料を郵送してください。

3) 投稿論文の提出方法

投稿論文の提出については、『社会保障研究』投稿規程に従って下さい。審査を経て採用が決定した場合には、前2項に従って当該論文のデータファイルを提出していただくことになります。

『社会保障研究』投稿規程

- 本誌は、国内外の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、国内外の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。
- 投稿は、「論文」、「動向・資料」および「社会保障判例研究」の3種類とし、いずれかを選択して下さい。なお、「論文」、「動向・資料」はおおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創的かつ政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文
「動向・資料」：政策的有用性に優れた社会保障に関する研究論文、資料（独創性は問わない）であり、おおむね以下のようなものとします。
 - 1) 独創性や政策的有用性は「論文」に及ばないが、今後の発展が期待できる研究論文
 - 2) 政策的有用性に優れた社会保障に関する調査・分析に関する報告
 - 3) 国内外における社会保障の政策動向に関する考察
 投稿者の学問分野は問いませんが、本誌に投稿する論文等は、いずれも未投稿・未発表のものに限ります。
- 投稿者は、投稿申込書とともに審査用原稿（PDFファイル）を電子メールにて送付して下さい。投稿申込書は研究所ウェブサイトよりダウンロードし、各欄に必要な事項を記入してください。なお、投稿論文の審査は執筆者名を伏せて行いますので、審査用原稿には執筆者が特定できる情報を記入しないでください。電子メールによる送付が難しい場合には、投稿申込書1部、審査用原稿4部を、郵送して下さい。
- 採否については、編集委員会が指名したレフェリーの意見に基づき、編集委員会において決定します。ただし、研究テーマが本誌の趣旨に合致しない、あるいは学術論文としての体裁が整っていない場合など、審査の対象外とする場合もあります。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。また、本誌において一度不採用とされた論文等の再投稿は受理しません。再投稿に当たるかどうかの判断は編集委員会が行います。
- 原稿執筆の様式は『社会保障研究』執筆要領に従って下さい。
- 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受ける必要があります。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
- 原稿の送り先・連絡先
電子メールによる提出：e-mail: kikanshi@ipss.go.jp
郵送による提出：〒100-0011
東京都千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816

編集長

森 田 朗 (国立社会保障・人口問題研究所)

編集委員

大 石 亜希子 (千葉大学 法政経学部教授)
 尾 形 裕 也 (東京大学 政策ビジョン研究センター特任教授)
 駒 村 康 平 (慶應義塾大学 経済学部教授)
 高 橋 紘 士 (一般財団法人高齢者住宅財団 理事長)
 武 川 正 吾 (東京大学大学院 人文社会系研究科教授)
 田 辺 国 昭 (東京大学大学院 法学政治学研究科教授)
 金 子 隆 一 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)
 小 野 太 一 (同研究所 政策研究調整官)
 金 子 能 宏 (同研究所 政策研究連携担当参与)
 新 俊 彦 (同研究所 企画部長)
 林 玲 子 (同研究所 国際関係部長)
 勝 又 幸 子 (同研究所 情報調査分析部長)
 川 越 雅 弘 (同研究所 社会保障基礎理論研究部長)
 泉 田 信 行 (同研究所 社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

竹 沢 純 子 (同研究所 企画部第3室長)
 渡 辺 久里子 (同研究所 企画部研究員)
 小 島 克 久 (同研究所 国際関係部第2室長)
 佐 藤 格 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第1室長)
 菊 池 潤 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第3室長)
 山 本 克 也 (同研究所 社会保障基礎理論研究部第4室長)
 安 藤 道 人 (同研究所 社会保障基礎理論研究部研究員)
 西 村 幸 満 (同研究所 社会保障応用分析研究部第2室長)
 黒 田 有志弥 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)
 暮 石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)
 藤 間 公 太 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)
 大 津 唯 (同研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

 社会保障研究 Vol.1, No.1 (通巻1号)

平成28年6月25日 発行

編 集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

電話 03-3595-2984

<http://www.ipss.go.jp>

印 刷

日本印刷株式会社

〒170-0013 東京都豊島区東池袋4-41-24

Tel: 03-5911-8660

JOURNAL OF SOCIAL SECURITY RESEARCH (SHAKAI HOSHO KENKYU)

Vol.1 No.1

2016

Foreword

New Journal Announcement..... Akira MORITA 2

Special Issue: Social Policy of Care

Towards Social Policy of Care Hiroshi TAKAHASHI 4

Ethics of Care and Public Policy Yoshinori HIROI 22

Theoretical Foundation of Social Policy for Caring Shuhei IKAI 38

Carecycle Theory: basic concept to integrate preventive,
curative and welfare care Toshihiko HASEGAWA 57

Various aspects of population aging and care needs Ryuichi KANEKO 76

A Study of Financing of Care in Japan Hiroya OGATA 98

Methodology of care: focus on multi-disciplinary collaboration Masahiro KAWAGOE 114

Quality assessment of care: Current achievements in an international context
and the future direction of Japan Takako TSUTSUI 129

Process for the establishment of Lähihoitaja and its implication for Japan Taichi ONO 148

Round Table Discussion: Future of Social Policy of Care
... Hiroshi TAKAHASHI, Toshihiko MIYAJIMA, Taro MIYAMOTO, Akira MORITA 163

Research Note

Challenges facing long-term care managers of the elderly
living alone enabling them to continue aging in place
..... Taeko NAKASHIMA, Kanae SAWAMURA, Atsushi YAMAOKA 183

An Evaluation of Approaches to Balancing Pension Finances in Japan from
a Long-Term Perspective: The Closed Period Balancing Method
or the Whole Future Balancing Method Shuhei YOSHIDA, Shin KIMURA 192

The Relationship between Subjective-Rated Health and Wage Kazuma SATO 209

Report and Statistics

Social Security in Korea(1) Outline of Korea: Demography,
Economy and Social Security System Katsuhisa KOJIMA 222

The preliminary estimates of Japan's total health expenditure based
on the System of Health Accounts ... Naohiro MITSUTAKE, Atsushi YAMAOKA 225

Social security cover abroad on EU Katsuya YAMAMOTO 230

Access to Information of Social Security System
by International Organizations, Governments Katsuhisa KOJIMA 232

Input-output analysis on Long-Term Care by Prefecture Katsuya YAMAMOTO 236

Social Security and Law

Policy Implication of the Judgment by the Supreme Court of Japan
(Saibanshojiho No. 1647, at 1) dated March 1, 2016 Masahiko IWAMURA 238

Liability of Persons Obligated to Supervise Dementia Elderly
without Capacity who acted in Tort Masahiko IWAMURA 240

Book Review

Foundation of Welfare Economics and the Capability Approach
(Review of *Commodities and Capabilities* written by Amartya SEN)... Reiko GOTOH 251

Toru KIKKAWA, *Sociological Social Psychology in Contemporary Japan*
Literacy, Consummatory and Reflection Michiko NAOI 256

Masami IWATA, *Topos of Social Welfare* Kuriko WATANABE 261

Anthony B. ATKINSON, *Inequality: What Can Be Done?* Michihito ANDO 262

Edited by
National Institute of Population and Social Security Research
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)