

# 社会 保障 研究

第3卷  
第3号  
2018年

---

保健医療分野におけるICT活用の  
可能性

..... 森田 朗

---

特集：社会保障における個人情報

人民の，人民による，人民のための情報：個人情報の  
自由と範囲

..... 大屋 雄裕

英国 NHS 制度における IT 化及びデータの活用方策に  
ついて

—供給サイドに対する政策との関連から—

..... 泉田 信行

社会保障・医療分野における ICT およびビッグデータの  
活用

..... 森田 朗

---

# 社会保障研究 第3巻第3号 (2018年) 目次

## 巻頭言

保健医療分野におけるICT活用の可能性 森田 朗 350

## 特集：社会保障における個人情報

人民の、人民による、人民のための情報：個人情報の自由と範囲 大屋 雄裕 352

英国NHS制度におけるIT化及びデータの活用方策について—供給サイドに対する  
政策との関連から— 泉田 信行 365

社会保障・医療分野におけるICTおよびビッグデータの活用 森田 朗 378

## 社会保障と法

(社会保障と法政策) 社会保障における行政の情報提供と年金給付の教示義務 川久保 寛 392

(社会保障判例研究) 遺族厚生年金に関する教示の誤りと国家賠償請求 川久保 寛 395

## 投稿：論文

機械学習による都道府県別医療費の分析 須田 茂夫 403

## 動向

平成28年度社会保障費用統計—概要と解説—  
国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト 416

## 情報

国連人口開発委員会 林 玲子 429

『図表で見るOECDの年金』 山本 克也 433

医療ICTの進歩・普及の逆説：エストニア、スペイン（カタルーニャ州）、米国非  
営利組織の事例から 真野 俊樹 436

新地域推計にみる将来の自然増減率と社会増減率の分布 小池 司朗 439

日本社会保障資料V（2001～2016年） 小島 克久 442

## 書評

飯島祥彦著『医療における公的決定—ガイドラインという制度の条件と可能性』  
(信山社・2016年) 佐藤 智晶 444

## 新刊紹介

濱島淑恵著『家族介護者の生活保障 実態分析と政策的アプローチ』  
(旬報社、2018年9月) 菊池 潤 448

## 巻頭言

### 保健医療分野におけるICT活用の可能性

近年における医療の世界の変化は激しい。第一に、高齢化が進み、多数の人が若くして病気で死ぬ可能性は減少したが、他方において、長期にわたって治療を継続する状態が生まれた。当然、医療提供のあり方も変化し、入院治療は短期間に行い、あとは在宅で治療しつつ生活を送るケースが増加する。高齢者の場合、多くは複数の病気の治療を要するため、介護を含む在宅での包括的なケアが重要になる。

第二に、このような医療の変化をもたらした要因の第一は、医療技術の進歩にある。新しい治療法の開発に加えて、新薬や医療機器の発達が大きな効果を生み出した。ただし、それらの新技術は多額の開発費がかかり、医療費の膨張を招いている。

第三に、そのような医療費の膨張によって、これまでわが国において医療を支えてきた医療保険財政が、持続可能性を欠く状態に陥っている。

このような状況下で求められているのは、必要とする人に対して医療の質と供給を維持しつつ、保健医療システムの持続可能性を回復することである。それには、保険料の引き上げ等によって国民負担を増やすことも避けられないであろうが、それにも限界がある。

実質的な医療サービスの削減は、医療の質の低下を招くことになりかねないため、選択肢としてとりえない。したがって、まずなすべきは医療の効率化であり、ムダを削るとともに、必要な部分に必要な資源を的確に配分することである。

医療の質の低下を避けつつ医療費の膨張を抑制することは、わが国に限らず先進諸国に共通した課題である。特に北欧諸国をはじめとして多くの国では、このような医療の効率化——質の維持・向上、資源利用の適正化、医療財政の健全化等——のための試みを実施されており、そのために行われているのが、医療分野へのICTの導入・活用である。

医療分野でのICTの活用といっても、診療現場でのタブレットの利用から、遠隔診療、介護ロボットの開発等さまざまな側面があるが、最も重要なものが医療データの活用である。膨大な量に及ぶ患者の診療データを蓄積し、それらを解析することによって、病気の原因の究明、医薬品や治療法

の有効性の測定、そして限られた医療資源——医師等の医療従事者、高機能病院等の施設、そして限られた医療保険財源——の効率的な配分使用のあり方を探求することである。

さらにこれらのデータを特定健診等の日常的な健康状態について蓄積されたデータと連結することにより、病気の発生原因の解明やリスク、さらには予防にも資することになる。また、創薬や新しい医療技術の開発というイノベーションにも結びつくであろう。

これらのビッグデータの解析から得られる情報は、まず何よりも各患者に対して最も適した治療方法を提供してくれるであろう。「個別化医療」の実現であり、それは従来と比べて各患者に提供される医療の質を高めるとともに、これまで黙認されてきた不必要な資源の使用を減らすことになる。こうしたビッグデータの解析は、これまでの方法では発見できなかった病気の原因や医薬品等の有効性、副作用、そして治療法の発見をもたらす可能性があるのである。

こうした認識から、わが国でも最近急速に保健医療分野でのデータ活用、ICT導入の動きが出てきた。わが国の場合、すでに膨大な量のレセプトデータが蓄積されており、そのほかにもDPC、がん登録そのほかのデータベースが整備されている。したがって、課題は、それらをどのように結合できるようにし、活用していくかということである。

課題としては、第一に、データベース間の結合を可能にするためにはデータ形式の標準化が必要であるが、技術的な理由から、必ずしも容易ではないことである。第二に、データの結合を行うには、国民各自に固有のIDを付け、それを鍵として結合しなければならないが、そうしたIDの付与に対しては、個人情報漏洩への不安から国民の間に懸念があり、慎重な対応が求められることである。

個人情報保護の問題は、他人に知られたくない病歴等の情報の活用が前提となるため、十分な議論を経て保護の範囲と活用の条件を定める必要がある。技術的にリスクを最少化するセキュリティの確保と、個人情報に対する国民の意識という心理的な要素を勘案したうえで、データ活用によって得られるメリットと比較考量して保護の方法と範囲を決定すべきであろう。

本号の特集は、全体像についての姿が明確とはいいがたい社会保険、医療分野におけるICTおよびビッグデータ活用のあり方について、多角的に検討することをめざして編まれたものである。より包括的、体系的な考察が展開されることを期待したい。

森 田 朗

(もりた・あきら 津田塾大学総合政策学部教授)

---

**特集：社会保障における個人情報**

---

# 人民の，人民による，人民のための情報：個人情報の自由と範囲

大屋 雄裕\*

---

## 抄 録

個人情報の保護が自己所有権にその基礎を置いてきたことを踏まえ、身体の外部にそれが延長される際に他者との重なり合いが生じ、調整が必要となることを指摘したうえで、その際の手がかりとして自己の情報・自己による情報・自己に対する情報という三つの「相」の概念を導入する。さらに、GDPRに導入された「忘れられる権利」という考え方はこのような差異と、情報それ自体とアノテーションとの区別を踏まえておらず、個人情報をめぐる摩擦の解決として不適切であると指摘する。共和主義者により主張された非支配としての自由という概念を参照し、個人情報保護の目的として他者による恣意的な支配に服さないことの保障を導いたうえで、それと両立可能な個人情報の利活用手法として集計と匿名化を理解することができるかと主張する。

キーワード：プライバシー，自己所有権，忘れられる権利，アノテーション，非支配

社会保障研究 2018, vol.3, no.3, pp.352-364.

---

## I はじめに

例えば自然災害や大規模事故における死者・病院への搬送者の氏名や年齢・性別といった情報は、公益性を重視してただちに公開され、あるいは報道機関等に提供されるべきなのだろうか。個人情報保護法などが定める個人情報にあたる以上は本人（ないし遺族）の同意なく公開できないと考えるべきなのだろうか。この問題をめぐって、最近の北海道地震においても複数の自治体の判断が分かれ、議論の対象となっていたことは、多くの人の記憶にも新しいだろう。

公益性だけではない。情報がビジネスにおける

重要な資源となる時代において、利活用の基礎となる情報の（いわば）囲い込み競争が発生しており、ビッグデータやAIによる分析に立脚した産業開発競争に遅れを取らないため、個人情報の積極的な活用を可能とする制度への要求が産業界からは高まっている。いわゆる情報銀行構想が「日本再興戦略2016—第4次産業革命に向けて」で提言され、2015年の個人情報保護法改正に盛り込まれた背景にも、巨大IT企業によるデータ活用に対抗する意図があったと指摘することは許されるだろう。

もちろんこのような個人情報の利活用に対しては、自己情報に対する個人のコントロール権を空洞化させるとか、プロファイリングを通じた確率

---

\* 慶應義塾大学法学部 教授

的な処理が強まることによって個人の人格的な尊厳、権利を危機にさらすことになるとの批判も強い。個人情報保護の境界、あるいはそれを導く基礎となるべき保護の正当性は、どこに求められるのだろうか。またそれをもとにして社会保障領域における個人情報のあり方について、我々はどう考えるべきなのだろうか。

## II プライバシーと自己所有権

まず、個人情報保護に関連する制度としてプライバシー権をとらえた場合、それが自己所有権との密接な関係のもとに誕生したことを我々は踏まえておくべきだろう。周知の通りプライバシーと自己情報をめぐる問題系を切り開いたのは、サミュエル・ウォレンとルイス・ブランダイスの共著によって1890年に発表された論文“The Rights to Privacy”であった〔Warren and Brandeis (1890)〕。ここで重要なのは、スナップショットが可能になったカメラの発明という技術状況の変化に対応し、私生活の平穩への期待を守るものとして主張されたプライバシーが、その正当性を身体と財産に対するコモンロー上の権利に求めていることだろう——「個人がその身体 (person) と財産 (property) において完全な保護を受けるとするのは、コモンローと同じくらい古い原理である」〔Warren and Brandeis (1890), p.193〕。身体に対する現実の傷害である殴打 (battery) の禁止が傷害を生じさせる危険からの保護である暴行 (assault) の規制へと展開していったように、物理的な侵害に始まった保護が不安からの自由へと拡大していったにせよ、その基礎はあくまでも身体と財産という自己所有の対象物の保護であり、かつその根拠もそれらの内在的な性質に——著者たちはその言葉を用いていないが自然本性とそこに由来する自然権のようなものに——求められていると考えることができるだろう。本来必要とされる保護を実現するためにプライバシー権は、「その正確な本質が何であれ、契約や特別の信認

(trust) によって生じるものではなく、対世的なもの」と結論しなくてはならない」と、そこでは論じられているからである〔Warren and Brandeis (1890), p.213〕。人格権が、まさに我々が個人として尊重されるべき人格であるという内在的性質によって保護されるべきものとされ、したがって当事者間の先行的な契約や同意を必要としないのと同様の理解が、ここでは前提されているということになる。

もちろんその後、ここで誕生した概念に含まれる領域がさまざまな判例を通じて拡大し、少なくともアメリカ法においてはもはや統一的な理解が難しいものに変化していることについては、周知の通りである。この問題について常に参照されるウィリアム・プロッサーの古典的な分類〔Prosser (1960)〕はそれを、(a) 分断された私生活への侵入、(b) 知られたくないような私的事実の公表、(c) 人々に事実と異なる印象を持たせるような公表、(d) 氏名そのほかの盗用と位置付けており、特に (c) のように身体と財産に対する自己所有とはかなり色合いの異なる要素がすでに混入しているように思われる。また近年ダニエル・ソローヴが提唱した分類〔Solove (2008)〕は、プライバシー権をめぐる多様な実践の全体が共通かつ統一的な本質に裏付けられているという理解を断念し、それを情報の収集—処理—公表という一連の過程と、そのプロセスに対する他者の干渉という障害へと整理したうえで、それに関連する一連の諸権利の集合と考えることを目指している<sup>1)</sup>。このような変化を自己所有の保護から自己決定へと要約することも、あるいは可能であるかもしれない。

しかし同時にそれが、常に他者とのせめぎ合いを抱えたものだという点に、ここでは注意しておくべきだろう。ウォレン・ブランダイスの段階においても、例えば公共の関心によってプライバシー権が制約されるべきであるとか〔Warren and Brandeis (1890), pp.214-216〕、他者の発話による場合には（文章表現とは異なり）想定される損害

<sup>1)</sup> なお同書におけるウィトゲンシュタインの「家族的類似性」概念 (Familienähnlichkeit; family resemblance) の誤用ないし濫用についてはすでに指摘したので繰り返さない〔大屋 (2016), pp.241-242〕。

が小さく表現の自由がより尊重されるべきだといった議論が展開されている〔Warren and Brandeis (1890), p.217〕。どこまでが自己のものであり、どこからが他人のもの・社会のものなのか、そのあいだにある境界線はどこかという問題意識を、ここにも見て取ることができるだろう。アメリカにおけるプライバシー法理の一つの中心的な問題系となってきた墮胎 (abortion) においても、この境界線問題が焦点となってきたと考えることができる。

すなわち、受精卵から着床した胚、胎児から出生を経て幼児へと成長していく連続的な過程のどこかに境界線——それないし彼が独立した人間となり、生存権を認められる時点——が存在することを前提として、それはいつかと問う視点である。この場合、その境界線の手前であればそれは物ないし母体の一部として完全に自由な処分の対象であり、それを過ぎた時点で完全な人となるので母体のコントロールを外れるということになるだろう。

墮胎の道徳的正当性の問題に関して、おそらく最も多くの人々が支持していると思われるのは、受精後胎児が一定の発達段階に達するまでは墮胎が許されるが、それ以後は許されないとする立場である。(中略) この種の立場が主たる関心を向ける問題は、いうまでもなく、「どこに線を引くか」である。〔井上 (1996a), p.8〕。

しかし、このように自他の関係を境界線において明確に二分割し、絶対的な支配の領域とそれ以外とを卒然と区別することは適切なのだろうか。この問題に対し、女性の自己決定権と胎児の生命権とがともに「一応の権利」(prima facie right)、すなわちそれ自体としては保護に値するものであり、ただほかの権利との調整によって制限され得るものであるという理解のもとで、両者の道徳的葛藤——「両者がともに妥当するにもかかわらず、我々の生が置かれている偶発的諸条件のゆえに両者をともに充足することが(論理的にはなく事実上)不可能な場合」〔井上 (1996b), p.83〕として論じるべきだとしたのが、井上達夫であっ

た。

そこでは、それぞれそれ自体としては正当な二つの権利のせめぎ合いが生じることにより、「女性の自己決定権が胎児の生命権によって限界づけられる可能性だけでなく、胎児の生命権が女性の自己決定権によって限界づけられる可能性も承認」されることになるだろう〔井上 (1996b), p.85〕。例えば女性の頭髪や爪のように完全な自分のもの、ほかの誰かの身体のように完全な他者のものの中に、自身の肉体から発生しその内部にあるものとして母体に属するという側面と、それが独立した他者の生命へと発展しつつあるために他者性を帯びていくという側面が重なり合い共存しているような状態があるはずだというのが、井上の問題提起であった。そこで問題となるような両者の調整については——その典型が墮胎にほかならないのだが——、権利の有無というクリアカットな解決ではなく、双方の権利性を承認したうえで行なわれる比較衡量に委ねるしかないということになるはずなのだ。

### Ⅲ 自己情報の三つの相

そして我々は同様に、自己情報についてもその境界線ないし独立性がそれほどは自明でないことを意識すべきだろう。つまり我々は、次のような三つの異なる相を、それについて想定することができる。

#### (a) 自己の情報 (information of oneself)

例えば私自身の身長や体重、年齢性別や生年月日といった属性の多くは私自身の選択の結果ではなく(あるいは少なくともそれに直結するものではなく)、私自身が直接に意識することのできるものですらないかもしれない。血圧や血糖値のような検査データを考えてみればそれは、間違いなく私に関する情報だが私の意図的な行為に基づくものでもないし、第三者の判断に帰属させることもできない。典型的にはこのように私に関する物理的な観測データを私の情報としてとらえることができるだろう。

## (b) 自己による情報 (information by oneself)

これに対し、私がいつどこに行ったのか、そこで何を買ったのか・言ったのかといった私の行為に基づく情報を、私による情報として理解することができるだろう。もちろんそのすべてが事前の意図に基づく行為の結果であるとは限らず、例えば無意識に叫んでいたとか、駅に直接行こうとしていたのにいつもの習慣で手前のコンビニに寄ってしまったというような場合も考えられる。しかしそれでも多くの場合にその行為は私によって説明可能である——たとえ事後的な正当化に過ぎないとしても——という点で、これらは私の情報と異なると言えるだろうし、意図的な選択を行なうとは想定されていない存在（例えばプラナリア）にも自己の情報（あるいはそれ自体の情報）があるのに対して自己による情報はないと考えられることも、この区別に意味があることを示しているのではないだろうか。

## (c) 自己に対する情報 (information for oneself)

そしてさらに我々は、どちらかと言えばこの私の側に主体性があった前二者とは異なり、それらに対する他者の評価としての情報を想定することができるだろう。私の体重についてどう考え、それを人事評価の一環としてどのように扱うか、私の発言からその人格をどのように評価し、どのような関係を取り結ぼうとするか。あるいは私の一定の行為があったとして（例えば酔っ払って深夜の真っ暗な山道に寝転んでいた黒服の人物に気付かず車に通過し、当該人物を死なせてしまった）、それをどう表現しどう考えるか（「人殺し」と呼ぶのか、むしろ不幸な事故の被害者だと位置付けるのか）等々が、この領域に属するだろう。

もちろんここでこれらの違いを「相」(Aspekt; aspect)と呼んだのは、それがときに分かちがたく結び付き、一つの情報の異なる見方として併存することを想定したためである。よく知られた錯視図形である「うさぎあひる」——見方によって

ウサギにもアヒルにも見える一つの同じ図形——を題材として、ウィトゲンシュタインや野矢茂樹が「アスペクト知覚」について論じたことを想起しよう〔野矢(1999), esp. pp.159-164〕。

私は或る顔を観察していて、突然、その或る別の顔との類似性に気づく。私は、それ〔自体〕が変化していないということを見ていたが；しかし〔今や〕私は、それを〔以前とは〕別様に見ているのである。この経験を私は、「アスペクトの認知」と名づける。〔Wittgenstein (1968), Teil II, xi)<sup>2)</sup>

例えば毎朝コンビニに寄ってあんパンと牛乳を買う習慣が私にあるとしよう。そこで蓄積される購買履歴という情報は、一方で私の選択の結果として私による情報であり、他方では店舗側の対応を形作る情報、私に対する情報としての性質を持っていると考えることができるだろう（あんパンと牛乳には常に一定の需要があるので必ず入荷するようにしよう）。もちろんそれは同時に、「それだけの商品を売った」という意味においては店舗側の私による情報、行為の実績であるに違いない。

あるいは「黒人だ」という私の情報が「だから信用できない」という私に対する情報へと緊密に結び付いているような状況も想定できるだろう。その正当性は別の問題として、これらは一つの事態ないし行為が異なった主体において持つ意味、異なる相において描かれた一つの事態だと考えることができる。それは、道ばたで近づいてくる車に向けて手を挙げるという行為が身体的な動作として描写可能であると同時に「彼はタクシーを止めた」という意味を持つ動作としても描写され得ると同様、同じことの複数の側面、異なる視点からの描写として整理されるべきなのである。

ところで自己をめぐる情報というカテゴリーの内部に存在し得るこのような差異は、自己情報のコントロールをめぐるこれまでの議論においてど

<sup>2)</sup> 引用は黒崎訳（第2部42頁）に拠った（強調・補足は原文ママ）。

のように理解されてきたのだろうか。そこにおいて例えば、自己と他者の関連のなかで生起する自己による情報・自己に対する情報という類型と自分自身のあり方それ自体である自己の情報とのあいだにある落差については、十分に意識されてきたのだろうか。すでに確認したアメリカにおけるプライバシー法の整理——プロッサーのものであれソローヴのものであれ——がこのような個人情報における質的な差異を想定していないことには、注意しておくべきだろう。そこにあるのは常に自己決定という自己の問題であり、他者はそこに干渉してくる存在・不当な利用を試みる存在であってそれ以上ではない。

個人情報と密接に結び付いたEU的なプライバシーにおいても、例えば2018年5月に施行されたEU一般データ保護規則 (the General Data Protection Regulation (EU) 2016/679; GDPR) の4条1号が個人情報の定義を「特定され、または特定可能な自然人（データ主体）に関連するあらゆる情報」としているように、特定可能な個人に結び付く限りにおいてさまざまな種類の情報が一括して——その相を問わずに——扱われていると考えることができる。だからこそ、近年注目を集めている「忘れられる権利」(the Rights to be Forgotten)<sup>3)</sup>においても、典型的には自分の過去の犯罪行為に関する記述という他者による・自己に対する情報に対する削除請求の可否がその確立に先立つ時期において問題になっていたのではないだろうか<sup>4)</sup>。

#### IV 忘れられる権利

もちろんこの「忘れられる権利」がGDPRの一

部(17条)としてすでに実現しており、EU圏内において法規範としての性質を備えていることは事実であるし、同規則が個人情報保護において同一の水準を満たさない第三国へのデータ移転を禁じていること(44条・45条)<sup>5)</sup>などを通じて域外へも実質的にその影響を拡大しようとする意図を持っていること、現にわが国もこの十分性認定をめぐる協議を行なっており、報道によれば合意に近づいているとされていることから、我々としてもその一定の有効性をすでに認めなくてはならない状況にあることは間違いないだろう。しかし、当の欧州においても「忘れられる権利」への賛否をめぐって激しい議論があったことは、その正当性に一定の論争的な性格がつきまわっていることを示しているのではないだろうか。例えばリベンジポルノや児童ポルノのような類型において「忘れられる権利」が主張されること、あるいは情報それ自体の消去が求められることに対して我々が強い違和感を覚えないのに対し、過去に自分が引き起こした犯罪行為に関する記述においてはそうでないとするれば、その一因は両者のあいだにある個人情報の相としての差異に求めることができるのではないだろうか。

そこに自己による情報と自己に対する情報が重なりあっていると考えることができるならば、他者による自己への評価を自己所有するという「忘れられる権利」の発想自体が矛盾に満ちたものであるように思われる。そもそも自己所有権から導かれる身体の不可侵性は、逆に言えばその外部のものに対する支配権には制約があること、他者との調整においてしか存在し得ないものであることを示しているはずだからだ——まさに自己所有権に立脚したジョン・ロックの所有権論が、自己の

<sup>3)</sup> インターネット上の検索事業者に対し、自己に関する情報を検索結果から削除することを求める権利として構想された「忘れられる権利」については、EUの立法提案の段階から注目を集めていたが、そのプロセスとは独立にEU司法裁判所の判決(2014年5月13日)によって先行的に認められたことにより、結果としてGDPRにも立法的に盛り込まれることになった。この間の展開については、例えば〔今岡(2015)〕,〔宮下(2018), pp.95-111〕を参照。

<sup>4)</sup> その一例として、ドイツで1990年に俳優ヴァルター・ゼドルマイヤー(Walter Sedlmayr)を殺害した罪で1993年に無期懲役に処され、それぞれ2007年・2008年に仮釈放された二人の男がWikipediaにおける当該事件のページから自己の氏名を削除するよう要求したケース〔Arthur(2009)〕が挙げられるだろう。

<sup>5)</sup> 適切な措置が講じられていることを個別に確認することによるデータ移転も認められている(46条)。

労働の産物に対する所有権というそこから導かれるはずの権利については有名な但し書きを置かざるを得なかったように。

この労働 (labour) は労働した人の疑いもない所有物なのだから、少なくとも共有のものが他人にも十分に、そして同じようにたっぷり (enough, and as good) 残されている場合には、ひとたび労働が付け加えられたものに対しては、彼以外の誰も権利を持つことができない。[Locke (1689), book 2, ch. 5, sec. 27]<sup>6)</sup>

しばしば「ロック的但書」(the Lockean proviso) と呼ばれる傍点部は、労働によって私的所有権を原始取得できるとしたロックの所有権論に内在する制約要因だと理解されるのが一般的である。すなわち、他者も自己と同様の所有を享受し得るといふ実質的保障が存在しない限り、人は外部の事物に対する完全な所有権を獲得することができない。ここで問われているものもまた、他者の権利との両立可能性だと考えることができるだろう。

さらに言うならば、忘却と自己責任、あるいは個人の自己決定権との関係も問題になるだろう。イスラム教徒の女性 (の一部) が着る、目の周囲以外すべての身体を覆う黒い衣服 (ブルカ・ニカブ) について、公共の場における着用が欧州の複数の国で禁止されたことを想起しよう。フランスでは「顔を隠す衣装の公共空間における着用を禁止する法律」(Loi interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public) が2011年4月から施行され、同様の規制はベルギーやイタリアへと広まっている。そしてその背景にある理念の一つは、同法の正当性をめぐるヨーロッパ人権裁判所での訴訟においてフランス政府が主張したように、人々が「共に生きる」ために必要だという点に求められている [Willsher (2014)]。そこでは自らの顔を示すこと・責任を負うことと、社会の内部において他者と共存することとが、密接な関係を持つ概念として位置付けられているのだ。あ

る意味では近代の基礎的理念とも言い得るこの自己決定的な個人の自己責任という原理と、過去の情報とそれが生み出す責任とから解放されるといふ「忘れられる権利」の関係は、どのように整理することができるのだろうか。

## V 忘却のアーキテクチャ

もちろん「忘れられる権利」が登場した背景にある問題も、それ自体としては理解することができる。かつて印刷媒体を中心にニュースが広がり社会的に共有されていた時代、その媒体としての紙という物理的な存在とともに、そこに化体していた情報もまたその存在を薄れさせ、あるいは消えゆく運命にあった。報道された翌日になれば新聞は店頭から消え去り、もはや購入することはできない。図書館まで足を伸ばせば数週間を確認することができるかもしれないが、それもやがて廃棄されてこの世から消えることになるだろう。縮刷版が刊行されることもあるだろうが、それは図書館のさらに隅にあるどこかの棚に収納され、簡単には人の目に触れないようになっていく。アクセスの可能性、それを実現するために実質的に必要になる時間と労力としてのコストという観点を加味すれば、時間の経過に伴って情報が次第に社会の表舞台から消えていくという効果を生じさせる物理的な環境——必ずしも意図的に構築されたものではないとはいえ、我々の行為選択の可能性自体を制約するものとしてのアーキテクチャが、そこにはあったといえることができるだろう<sup>7)</sup>。

ニュースの媒体がやがてラジオやテレビに移っていてもこの状況は変わらなかった、いやむしろ強まったといえることができるかもしれない。電波として発信された情報はどこにも固定されておらず、その内容はリアルタイムに移りゆき、さらには消えゆく運命にあったからだ。我々はもちろん、テレビ文化が瞬時に消えゆくことにより責任追及がきわめて難しくなるようなアーキテクチャ

<sup>6)</sup> 強調は引用者による。

<sup>7)</sup> アーキテクチャとその権力をめぐる理解については、議論を開拓した [Lessig (1999)] に加え、[大屋 (2007a)], [松尾編 (2017)] を参照。

のもとで発展してきたからこそ、その内容をすべて記録し保存するというアーカイブ計画に対してあれほどまでに強く反発しているのではないかと疑ってみることもできるだろう。情報が媒体と結び付いてのみ存在し、その媒体の性質に応じて移動・拡散・保存などに問題を抱え、しかしそれにこそある当事者にとって望ましくない・忘れ去られたい情報が実際に消えていくという状況がメディアのデジタル化以前には存在し、だからこそそれを前提として人生をやり直すことが可能になっていたということは認めるべきだろうし、それが現代の情報技術、典型的には検索エンジンによって困難に直面しているということは事実であるに違いない。

しかしそれが問題であるとして、その対応は「忘れられる権利」、すなわち時間の経過とともにその価値を減じたとされる情報の消去によるべきなのだろうか。そもそも時間の経過はある情報の現在における価値に影響する一つの要因（あるいは重要な要因）であるとしても決定的ではないということは、当の「忘れられる権利」をめぐる議論においても、あるいはわが国において検索結果の消去を求めて提起されたいくつかの訴訟においても、示されていることではないだろうか。宍戸常寿は、検索エンジンに対する削除請求を「忘れられる権利」として論じようとした最近の事件をめぐる最高裁判定（最決平成29年1月31日）が、前科について「時の経過」による保護を認めたノンフィクション『逆転』事件（最判平成6年2月8日）ではなく、公表の社会的意義を重視した長良川事件（最判平成15年3月14日）に比較衡量の準拠点を置いたことに注目している〔宍戸（2017）、p.51〕。同判決は過去の犯罪に関する事実を公表されないことによる利益と公表する理由とを個別的に比較衡量すべきことを示したものだが、その際に考慮すべき要素としては、当該行為者の公表時の年齢や社会的地位、犯罪行為の内容、情報が伝わる範囲とそれにより発生する具体的被害の程度、公表の目的や意義、その社会的状況、公表の必要性が挙げられていた。本決定はそれを前提として、考慮すべき一要素として「時の経過」的なもの（「記

事等が掲載された時の社会的状況とその後の変化」）を加えたにとどまると理解すべきではないかというわけだ。

例えばある人物が「忘れられる権利」に基づいて自分の過去の犯罪履歴が検索結果として表示されないよう求め、その時点においては無名人であるという理由でそれが認められたあとで、公職の選挙へと挑んだ場合を想定してみよう。情報の重要性が状況の変化によって流動的であり得ることを考えれば、それを当事者の自由な決定に委ねてしまうことは適切な結果を生まないのではないだろうか。

## VI 情報とアノテーション

重要なのは、ここで問題となっているのが本来は情報それ自体ではなく情報のアノテーション（annotation）だということである。ここでアノテーションとは、情報それ自体とは区別される注釈情報、その情報がどのような起源・履歴、あるいは重要性・価値を持っているかといったメタレベルの情報（情報についての情報）だと考えることができる。

例えばある男性が甘い物好きであり、特に餅の早食いで有名だったという情報があるとしよう。それが彼のごく近い人物、例えば同じ仕事に取り組んだ同僚からもたらされたものか、単なる噂話であるかによってその確実性には大きな違いがあるだろうし、我々はそのようなメタ情報に基づいて対応を変えることだろう。同様に、それがごく最近の話題なのか十年前の話なのか、さらに言えばその後その男性が糖尿病を患ったというような別の情報があれば、やはり重要性に大きな違いが生まれてくるに違いない。だからこそ我々は紙媒体におけるニュースの取扱いを、時間経過というアノテーションに応じて変化させてきたと考えることができるし、そのように機械的で均質な取扱いでは現実の情報の重要性の変化に十分追従できない可能性が意識されてきたからこそ、例えば新聞社が自社の過去記事をそのトピックに応じて分類し切り抜きを延々とファイリングし続けると

というような形で、それを乗り越えようとしてきたと考えることができるだろう。

そしてこのように時間経過というアノテーションが暗黙のうちに我々のアーキテクチャを形作ってきたと考えたとき、過去から現在への時間経過という情報をあえて利用せず、すべてをフラットに配置するという典型的な検索エンジンの整理手法の意義と限界とがともに見えてくることになるはずだ。つまりそれは一方で、我々の物理的環境が我々に強いてくる忘却という圧力に立ち向かい、すべてを保存し可視化するアーキテクチャとしての重要性を備えている。そのもとで我々は、必要な情報、必要になるだろう情報、必要になるかもしれない情報、いつの日か誰かにとって必要になる可能性がないわけでもない情報等々といったものを延々と蓄積し保存し管理するという負担から、あるいは我ら人間の記憶を媒体とする情報の保存を続けるために記憶の賦活としての儀式を——ときにはその意義も見失われているままに——繰り返し続けるという負担から、解放されることになったわけだ<sup>8)</sup>。現代の我々が記憶しなければならぬのは情報の探し方や関連性・重要性といったメタ情報であり、情報それ自体ではなくなってきた。

しかしそれは同時に、時間の経過というアノテーションをそれが適切に反映できていないということをも意味するのではないだろうか。だからこそ、検索結果にフラットに表示される十年以上前の信用情報に我々が過剰に反応し、人生をやり直す権利に影響が出てくるといった批判が登場するように思われる。しかしそれが問題の本体——あるいは少なくとも我々が正当性を認め得る本体——であるとすればその解決はmore dataとして、すなわちアノテーションに対して正当な考慮を払うか、我々の考慮を促すよう十分な表示を行なうことによって実現されるべきで、情報それ自体というアノテーションとは異なる次元での解決を志向すべきではなかったのではないだろうか。むしろそのように当初から誤った発想に基づいて解決

策を構想したことにより、元となる情報が消去されたあとの復活可能性であるとか、消去可能性に関する判断の負担といった余計な問題を導き入れることになったという評価もまた可能であるように思われる。

例えば検索結果を表示する画面の一部に関連する広告が表示されるとして、その内容が必ずしも求めた検索内容に対応していない可能性があること、あるいは誰かの利益（一般的には広告主の利益）を実現するための誘導が行なわれており、検索を行なった主体が適切に意思決定を行なうために有害でさえあり得ることは事実だろう。しかしそれに対して我々が求める対応は一般的にmore data、すなわち広告には広告であることを表示させる、広告を表示する部分と検索結果の表示を明瞭に区分するといった対応であり、広告自体を禁止し消去してしまうことではないはずだ。情報を見る側が誤認する、あるいは適切に対応できない可能性があるとしても情報自体に手を加えるのは最小限であるべきだ、それが自己決定的な個人の存在を（いまなお理念的には）基盤とする近代社会の基本原則であるべきだという建前を、「忘れられる権利」をめぐる議論においては、再度思い出す必要があるだろう。

例えば「忘れられる権利」が認められる契機となった事件（Case C-131/12 Google v. AEPD, 2014.5.13）のように、過去の信用情報が現在も変わっていないものと認識されることによって、ローンの申込みが銀行に拒絶されるという事例を考えてみよう。問題なのはそこで、不十分・不正確な情報が利用されることによって現時点では不適切な取扱いを受けること、そのように他者の決定に服さなければならないことではないだろうか。だとすればその解決は適切な情報が提供されそれに基づく銀行の意思決定が行なわれるようにすること、あるいは「誤った」意思決定を行なってしまう銀行以外から「正当な」評価を受ける可能性が確保されることを通じて、一方的に特定の他者の判断に従属するよう強制されなくなること

<sup>8)</sup> 我々が共有する物語り (narrative) を確認し維持する手段としての儀式という観点については、[大屋 (2007b)] を参照。

だろう。十分な情報と判断主体の複数性が正しい処方箋になるとすれば、利用可能な情報を削減するという「忘れられる権利」の発想は、まさにそれに逆行するものだというにはならないだろうか。

そしてこのように、我々自身の情報に対する評価とそれに基づく自己決定のために必要かつ適切な情報が与えられないことに本質的な問題の所在を求めるならば、自己所有に基づく自由な処分権とは異なる問題、すなわち他者による不当な支配から免れる自由としての側面が、自己情報の価値として現われることになるだろう。

## Ⅶ 非支配としての自由

自由 (libertyないしfreedom) という概念に、消極的 (negative) と積極的 (positive) という二つの異なる側面があることを明確な形で定位したのが、アイザイア・バーリンであった [Berlin (1969)]。そこでは、自己決定に対して他者から強制・干渉が加えられないこととしての消極的自由と、そのような干渉のあり方をもその範囲に含むだろう社会的意思決定の過程にどれだけ参加・参画し得るかという意味における積極的自由とが対比されていたと考えることができる。このように個人の自己決定が保護 (ないし放置) されることと、集団としての自己決定権とを対比させたいのでバーリン自身は、よく知られているように、後者が暴走することによって前者の領域が侵犯されることへの危惧から、消極的自由の優先性を主張したのであった。バーリンによるこの分類は、自由をめぐるそれ以降の議論が必ず踏まえるべき枠組になっているとすることができるだろう。

そのことを前提として、しかしこれら二つのいわば中間に、両者を統合し・ともに基礎付ける第三の自由が存在すると主張しているのが共和主義 (republicanism) に属する論者、具体的にはフィリップ・ペティットやクエンティン・スキナーといった人々である。彼らは第三の自由の特性を非支配 (non-domination)、他者の恣意的な支配に從属しないことに求めようとしているのだ [Pettit

(1997), esp. ch. 2]。

どういうことか。ペティットによれば、仮にいま私の自己決定に一切制約が加えられておらず、非干渉としての消極的自由が十分に保障されているとしても、私のような状態・地位にあること自体が第三者の恣意的な決定に基づいているとすれば、そこにおける自己決定を真の自己決定として認めるわけにはいかなくなる。例えばいま、気前のいい夫からふんだんに資金を提供され、家事に関するものも含めて何ら義務を負わされることもなく、自由に振る舞ってよいと言われている妻のことを考えてみよう。彼女の選択には現時点で一切の制約が加えられていないのだから、ここには干渉が存在せず、消極的自由は十分に保障されていると考えることができる。しかしその資金と時間を使って彼女がお茶を習い、生け花で部屋を飾り、ケーキを焼いてお茶を出しているあいだはにこやかにそれを見ていた夫の顔色が、「勉強して司法書士の資格に挑戦してみようかしら」と彼女が言い出した瞬間に曇ったとしたらどうだろうか、というわけだ。彼女の自由がまったく保障されたものではなく、夫の好意にのみ頼って存在している以上、その夫が好まないような選択に踏み出すことは彼女にとってきわめて困難であり、彼女としては夫の好意が失われない範囲において選択することしか、実質的には不可能なのではないだろうか。だとすればそこに存在しているはずの可能性、その存在が非干渉としての消極的自由を裏付けているはずだったものは、本当に存在しているのだろうか。

このような観点からペティットは、重要なのはこの例における夫の好意のように恣意的な存在に我々の地位が基礎付けられていないこと、最も典型的には法による保障のように、非人格的なものによって選択可能性が裏付けられていることこそが、より根元的な自由だと主張したのである。いま指摘したように、その手段として最も適切だと想定されるものが法であることから、自己の地位を保障する法の形成へと自ら参画すること——政治的参加を通じた自己実現という積極的自由もまた、非支配としての自由の一環へと結び付けられ

ることになるだろう。このようにして、非干渉と自己決定を統合するものとしての非支配を根元的自由として位置付けるのが、ペティットのプロジェクトだと評価することができる。

### Ⅷ 非支配としての情報

さて必ずしも自由概念の理解としてこれを支持するものではないのだが<sup>9)</sup>、例えば個人情報の利活用の典型であるプロファイリングをめぐって指摘されているさまざまな問題（その最も包括的なものとして山本龍彦による一連の論考〔山本(2017a), chs. 7, 8, 12〕〔山本(2017b)〕〔山本(2018)〕を挙げることができるだろう）の多くもまた、他者による支配への従属という問題系の一環として理解することができる点には注意する必要があるだろう。つまりそれは一方で、不適切な情報源や不適切な処理による不当な支配の問題であり、他方では適切な情報と処理からでも生じ得る過剰な支配の問題だからである。

例えばスマートフォンから道路に発生した問題を報告するシステムが、所得格差に起因するスマートフォン所有率の差によって低所得層の過少代表を引き起こすという問題は、不適切な情報源に由来するものと理解することができるだろう。過去の実績を忠実に再現するようなプロファイリングを実現したため、これまで人間の判断者が影響されてきた不適切なバイアス——典型的には女性差別や人種差別——の結果をも忠実に再現してしまうという問題は、不適切な処理方法によるものだと考えることができる。どちらの事例でも自動化された判断の影響を受ける個人がその不当性に苦しめられることになっており、是正する必要があることは言うまでもない。しかしそのためには情報源やその処理方法を適切に改善することが必要なのであり、不当に処理されるかもしれない

ことを理由として情報利用を拒否する権利を個人に与えてしまえば、むしろ情報源の適切性が低下する可能性が高いだろう。問題は支配の正当性が欠けているところにあるのであって、例えば資源の配分に関する社会的な意思決定に個人が服さざるを得ないという意味においての支配それ自体ではない。

もちろん判断主体それぞれの意思決定が適切に行なわれたとしても、その結果が苛酷なものになるという危険性については、別途考える必要がある。例えば過去の犯罪履歴に関する情報や、それに基づいて当該人物が正社員としての適性を欠くという評価がさまざまな雇用者のあいだで共有されたとすれば、その人物は正規雇用を得ることができず、さらには住宅を借りることすら断られて社会の周縁——ヴァーチャル・スラムへと追いやられることになるかもしれない。だとすれば、「過去の過ちを永遠にデータ上に記憶させ、評価の基礎として使い続けることは、我が国の最高裁がいう「更生を妨げられない権利」を侵害する」〔山本(2017b), p.334〕という懸念も当然示されることになるだろう。

しかしこの点については、すでに指摘したようにアノテーションの充実というmore data的な解決が可能ではないかという点に加え、一定の場合にそのような排除は正当なものなのではないかの疑問が付きまとう。ローンの申込みの事例において、検索によって表示される信用情報が現在においても正しく、申請者の経済状態を適切に反映しているとすれば、おそらく銀行は申請を断ることになるだろう。この場合、適切な与信審査能力を備えた金融機関がすべて同様の判断をすればそれは、当該人物には融資を受ける資格が備わっていないということの雄弁な証明にほかならないのではないだろうか。複数の判断主体がそれぞれ異なるであろう観点と判断基準に基づいて意

<sup>9)</sup> その主な理由は、他者による恣意的な支配を問題とする共和主義的な自由概念が法の支配——民主政を通じて制定された一般的規則によって我々の行為可能性が制限されることは正当なもので自由への制約にならないと理解していることにある。この点は、民主政が引き起こし得る多数者の専政への対抗手段として自由をとらえる観点からはまさに本末転倒だと評価されることになるだろうが、もちろん最終的な評価は自由の意義をどこに求めるかという点に依存することになる。

思決定した結果が一致した場合にはその正当性を——少なくとも暫定的に——認めてよいというのは、民主政の基本原理でさえあるように思われる。だとすれば問題はそのような複数性・多様性が存在せず、ある特定の主体・特定の基準の支配を免れる可能性が存在しないという支配の過剰にあるのであり、やはり支配それ自体ではないのではないだろうか<sup>10)</sup>。

## IX 結論—支配とその切断

さらに言えばここからは、支配の源泉とならないような情報の利用について、この観点から問題にすることはできないという結論が導かれるだろう。その最も具体的なケースが集計化された統計情報、ないし匿名化された情報である。例えばある人物が糖尿病を悪化させ、保険医療を通じた治療を受けていると想定しよう。症状やそれを含む健康状態それ自体は、彼の自己の情報だと考えることができる。しかし同時にそれは、どのような属性を持つ糖尿病の患者がどこにどの程度いてどれだけの社会保障給付を受けているかという側面においては彼に対する情報であり、保険者にとっては自己による情報でもある。このような情報の利活用について、特定し得る個人に関する情報だという理由で当該個人の自由な決定に委ねることは、どれだけ適切なのだろうか。

ここで重要なのは、当事者にとって個人の情報が持つ価値がその固有性——山本龍彦が「余剰」と呼んだものにあると考えられるのに対し、社会の側としてはその属性に関心があるということだろう。プロファイリングとは、例えば「太っている人間は血圧が高い」というように、特定の属性を共有する対象の集団（セグメント）がほかの属性とのあいだに持つ関連性を明らかにする試みであり、そこで個人はさまざまな属性の有無や程度によって記述された「属性の束」へと還元されることになる。だが我々はそのような記述を超えた何か、他人と交換することのできない・かけが

えのないこの私ではないか、というわけだ。

無論、使用するデータ量を増やせば、セグメントはより細分化され、より個人の実態に近づくことになるが、具体的存在としての個人は、どこまで行っても属性の集合としての「セグメント」に還元されないように思われる。〔山本（2017b）、p.331〕

しかしこのことは逆に言えば、プロファイリングにおいて必要なのは匿名化され集計され数値化された属性の束のみであって、それが特定の個人、ある固有名を持った存在へと結び付けられる必要などないということの意味しているはずだ。例えば冒頭のコンビニの例において、重要なのは毎朝あんパンと牛乳を買っていく中年男性が一人存在するという事実であり、それがこの私であることではない。むしろそれが不要だからこそ、情報銀行のように匿名加工された情報によって社会的需要が満たされるという見通しが付いたということにもなるだろう。

そしてこのように、匿名化や集計を通じて情報の主体と情報との関係が切断されるとすれば、情報の分析から生じた効果が直接的に主体へと戻ることもまたなくなっているはずだ。だとすればそこに支配・被支配の関係は本質的に存在し得ないのであり、非支配としての情報の自由がそれによって危険にさらされることもないということになるのではないだろうか。個人情報保護を目的を、不当な支配・過剰な支配からの自由だと考えるならば、統計的・数量的な分析はまさにその保障の範囲外に置かれるべきなのである<sup>11)</sup>。

すでに確認したように、複数の相が重なりあう領域において我々はそこに境界線を持ち込むことによるクリアカットな解決を強制するのではなく、複数の正当性のせめぎ合いを調整することを目指すべきなのであった。社会保障に関する個人情報という局面においてはその調整が、個人にとって意味を持つ固有性と社会にとっての関心事である属性を区別することによって可能になるように思われる。だとすれば必要なのはその区別が

<sup>10)</sup> この点からは逆に、統一・一元化された判断主体によるプロファイリングの危険性が導かれることにもなるだろう。デジタル・レーニズム〔Heilmann (2016)〕との関係について、〔大屋 (forthcoming)〕を参照。

間違いなく行なわれることを可能にするような制度とそこへの信頼を獲得することだということになるだろう。個人の情報がその尊厳に深く関与し得るということを認めたとしても我々は、それと両立し得る利活用のあり方について考えるべきなのである。

#### 参考文献

- 井上達夫 (1996a) 「人間・生命・倫理」江原由美子編『生殖技術とジェンダー [フェミニズムの主張3]』勁草書房, pp.3-26。
- (1996b) 「胎児・女性・リベラリズム—生命倫理の基礎再考」江原由美子編『生殖技術とジェンダー [フェミニズムの主張3]』勁草書房, pp.81-117。
- 今岡直子 (2015) 「「忘れられる権利」をめぐる動向」国立国会図書館『調査と情報—ISSUE BRIEF』854号。
- 大屋雄裕 (2007a) 『自由とは何か—監視社会と「個人」の消滅』筑摩書房。
- (2007b) 「根元的規約主義は解釈改憲を放縦化させるのか」井上達夫他編『立憲主義の哲学的問題地平 [岩波講座憲法1]』岩波書店, pp.283-300。
- (2016) 「言語のゲームとしての法—法学におけるワイトゲンシュタイン」荒畑靖宏・山田圭一・古田徹也編『これからのワイトゲンシュタイン—刷新と応用のための14篇』リベルトス出版, pp.234-245。
- (forthcoming) 「プロファイリング・自由・人格」稲葉・大屋他編『人工知能の研究 [人間社会編]』(仮題) 勁草書房。
- 野矢茂樹 (1999) 『哲学・航海日誌』春秋社。
- 松尾陽編 (2017) 『アーキテクチャと法—法学のアーキテクチャルな転回?』弘文堂。
- 宮下紘 (2018) 『EU一般データ保護規則』勁草書房。
- 山本龍彦 (2017a) 『プライバシーの権利を考える』信山社。
- (2017b) 「AIと「個人の尊重」」福田雅樹・林秀弥・成原慧編『AIが繋げる社会—AIネットワーク時代の法・政策』弘文堂, pp.320-343。
- (2018) 「ロボット・AIは人間の尊厳を奪うか?」弥永真生・宍戸常寿編『ロボット・AIと法』有

- 斐閣, pp.79-101。
- Berlin, Isaiah (1958), “Two Concepts of Liberty”, Inaugural Lecture as Chichele Professor of Social and Political Theory, Oxford University, now in Henry Hardy ed. (2002) *Liberty*, Oxford University Press, pp.166-217. (生松敬三訳 (1971) 「二つの自由概念」小川・小池他訳『自由論』みすず書房, pp.295-390)。
- Arthur, Charles (2009), “Wikipedia sued by German killers in privacy claim”, *The Guardian*, 13 Nov. 2009, <https://www.theguardian.com/technology/2009/nov/13/wikipedia-sued-privacy-claim> (2018年10月1日最終確認)。
- Heilmann, Sebastian (2016), “Leninism Upgraded: Xi Jinping’s Authoritarian Innovations”, *China Economic Quarterly*, vol. 20, no. 4, Gavekal Dragonomics, pp.15-22.
- Lessig, Lawrence (1999), *CODE and other Laws of Cyberspace*, Basic Books. (山形浩生・柏木亮二訳 (2001) 『CODE—インターネットの合法・違法・プライバシー』翔泳社)。
- Locke, John (1689), *Two Treatises of Government*.
- Pettit, Philip (1997), *Republicanism: a Theory of Freedom and Government*, Oxford University Press.
- Prosser, William L. (1960), “Privacy”, *California Law Review*, vol. 48, no. 3, pp.383-423.
- Solove, Daniel J. (2008), *Understanding Privacy*, Harvard University Press. (大谷卓史訳 (2013) 『プライバシーの新理論—概念と法の再考』みすず書房)。
- Warren, Samuel D. and Louis D. Brandeis (1890), “The Rights to Privacy”, *Harvard Law Review*, vol. 4, no. 5, 1890, pp.193-220.
- Willsher, Kim (2014), “France’s burqa ban upheld by human rights court”, *The Guardian*, 1 Jul. 2014, <https://www.theguardian.com/world/2014/jul/01/france-burqa-ban-upheld-human-rights-court> (2018年10月1日最終確認)。
- Wittgenstein, Ludwig (1968), *Philosophische Untersuchungen*, Basil Blackwell. (黒崎宏訳・解説 (1997) 『『哲学的探究』読解』産業図書, 藤本隆志訳 (1976) 『哲学探究 [ワイトゲンシュタイン全集8]』大修館書店)。

(おおや・たけひろ)

<sup>14)</sup> 念のために言えば、情報それ自体の匿名化・集計が適切に行なわれたとしても、典型的にはごく症例の少ない病気において想定し得るように、ある属性の束に該当する個体数が限定されることを通じて対象となる個人が事実上特定されてしまう可能性には留意しておく必要があるだろう。支配からの自由を担保することが本質だとすれば、単に形式的に十分な匿名化が行なわれればよいとするのではなく、実質的な関係切断が担保されているかが基準とされるべきだということになる。個人情報の積極的な利活用と匿名加工を結び付けた「医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律」などの解釈・適用にあたっては、この点には注意される必要があるだろう。

## **Information of the People, by the People, for the People: Liberty and Scope of Personal Information**

Takehiro OHYA \*

### Abstract

Since privacy has its root in self-ownership as is shown in the original paper of Warren & Brandeis, it must be faced with the others to be coordinated when extended to the outside of one's body, as in the case of labor shown in the Lockean Proviso, or abortion in the successive cases in the United States. Introducing the notion of aspect in the philosophy of Ludwig Wittgenstein to differentiate between personal information of/ by / for oneself, the author criticized the idea of the Rights to be Forgotten, incorporated into the GDPR, to ignore the difference both between the aspects of information, and information itself with its annotation. Problems caused by inaccurate or inappropriate annotation can, and shall, be solved by more data basis. Referring to the republican liberty as non-domination, proposed as to connect both the positive and negative understanding of liberty, the author proposed to understand the objective of personal information protection as to secure liberty from arbitrary or excessive control of others. In conclusion, the author insisted that the non-domination of information can be secured by plurality of the subject of judgment or by severing the relation between the information itself and its subject, typically realized by aggregation and anonymization.

Keywords : Privacy, Self-Ownership, Right to be Forgotten, Annotation, Non-Domination

---

\* Professor, Faculty of Law, Keio University

## 特集：社会保障における個人情報

英国NHS制度におけるIT化及びデータの活用方策について  
——供給サイドに対する政策との関連から——

泉田 信行\*

## 要 旨

本稿では英国NHS制度におけるIT化とそれによる情報の利活用の方向性について、供給サイド政策の一環としてとらえ、施策の方向性に影響する要因やフィードバックされる内容や方法を検討することを通じて日本の施策への含意を得ることを目的とする。

英国では医療は国営、対人福祉（社会）サービスは地方自治体が運営する形であるが、1960年代から効率的な運営を目指して連携が模索され続けてきた。NHSデータの電子化、社会サービス部門を含めた共有化はNHSサービス及び福祉（社会）サービスの供給サイドにおける効率化・サービスの質追求施策の一環である。病院の保有するデータの複雑さ、施策の実施経過の課題によりGP一病院を含めた全国的なITネットワークの構築政策（NPfIT）に失敗したが引き続きIT化が進められており、供給サイドの政策課題として希求されてきたStrategic Transformation Partnershipやintegrated careの文脈と整合する形でLocal Health and Care Record Exemplarの方向性が模索されている。

制度の違いにより活用できるデータの種類が異なることが、日英両国で研究開発という目標は共有しつつも英国において臨床現場への活用も含めた施策に反映していることが示される。

キーワード：NHS、社会サービス、情報共有、供給サイド政策、NPfIT

社会保障研究 2018, vol.3, no.3, pp.365-377.

## I はじめに

公的な医療（保険）制度などにおいて蓄積されていく給付データは蓄積・利活用によりサービス提供の実態が明らかにできる。研究や政策への活用の観点からはより詳細な、より包括的な情報の収集・蓄積が望まれる。他方でそのような情報の充実には、個人のプライバシーの詳細な提供に依拠するものであり、個人を識別する情報を提供しな

くてもデータ利用者が実質的に特定できてしまう可能性や情報の流出があった場合に情報が蓄積される個人に不利益が増大する可能性がある。このような公的サービス利用にかかる情報の蓄積・利用はそれによる便益が費用を上回ることによって社会的に認容されると一般には考えられるであろう。

日本では、2017年5月30日に改正個人情報保護法が施行された。同法では匿名加工情報を、特定の個人を識別することができないように個人情報

\* 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部長

を加工し、当該個人情報をも復元できないようにした情報として定義した。その上で、医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律（平成29年法律第28号）が関連政省令と合わせて2018年5月11日より施行とされた。また、同年4月27日に医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する基本方針も閣議決定された。4省の担当部局から連名で発出された通知〔府医第36号平成30年5月31日〕は、制度の趣旨を「健康・医療に関する先端的研究開発及び新産業創出を促進し、もって健康長寿社会の形成に資することを目的とするもの」としている。そして、医療情報の利用状況について「全国規模で利活用が可能なデータは、診療報酬明細書、調剤報酬明細書（レセプト）等のインプットに関するデータが基本であり、診療行為の実施結果（アウトカム）に関するデータ（検査データ、各種画像データ等）の利活用は十分に進んでいません」とし、さらに「海外でも大規模な医療情報データベースの整備・活用が進展しつつある中で、わが国としても、アウトカムを含む質の高い大規模な医療情報の収集・利活用を進めていく必要がある」としている。

このような情報の活用が便益をもたらす経路は複数考えられる。データを活用した研究開発による医療技術の発展、AI活用、創薬研究が考えられる。他方で、臨床的な情報が蓄積され、活用（共有）されるならば、不必要な重複検査の排除や必要なケアの提供など臨床的な場面での便益も見込まれるであろう。

後者の観点からの便益を政策の実施に当たって念頭に置いている国として英国があげられる。英国の医療制度（NHS）は税からの支出を主体とする国営の医療制度として運営されており、社会保険制度である日本とは異なる制度である。他方で、成否はともかくとして、電子化に対して積極的な施策を行っていると考えられることや高齢化に直面して医療制度と介護（社会サービス）制度との連携を図っていることなど施策上の共通点も見られる。

本稿では英国NHS制度におけるIT化とそれによる情報の利活用の方向性について、サービス供

給政策の一環としてとらえ、施策の方向性に影響する要因について検討することを通じて日本の施策への含意を得ることを目的とする。以下においては、まず英国NHS制度における医療サービスと自治体が供給する福祉（社会）サービスの歴史的経緯について両者の連携の側面から改めて整理し、その上でNHSデータの電子化、社会サービス部門を含めた共有化の現状を整理する。英国の制度や利活用するデータの性質を踏まえつつ考察を行う。

## II 英国における国営医療と地方自治体福祉サービスの役割分担・連携の試みの変遷

英国の医療制度（National Health Service）の骨格は1942年のベヴァリッジ報告にある。同報告の中で「疾病を予防し、医療によって疾病と傷害を治療する国民保健サービスを提供すること」及び「医療と医療後の処置により雇用に向けたリハビリテーションと職業訓練のサービスを提供すること」をあげている〔Beveridge（1942）〕。政治的な議論の中で修正が行われつつも基本的な性質はベヴァリッジ報告で提起されたものと変わらずにNational Health Service Act（1946；以後、1946年NHS法と表記）は成立した〔片桐（1993）〕。

戦後の福祉サービスは1948年国家扶助法（National Assistance Act 1948）によって形成された。老人福祉、障害者福祉についてはベヴァリッジ委員会の報告に依拠し、児童・家族に対する福祉サービスはカーティス委員会報告に依拠していた〔コベントリ市社会福祉部（1986）、p.6〕。

医療と福祉の役割分担や連携を考えるためにホームヘルプを例に取ろう。第二次世界大戦前から地方自治体は母子福祉事業を実施しており、1944年に保健省がホームヘルプの提供条件を整理し、それに基づいて自治体のホームヘルプサービス事業は運営されてきた〔白瀬（2010）〕。1948年国家扶助法の第29条においてホームヘルプ（Domestic Help）は病者、妊産婦、精神疾患患者、高齢者、未就学児の必要により世帯に対してLocal Health Authorityが供給することとされた<sup>1)</sup>。

身体障害者は、1948年国家扶助法の第29条では、視覚障害、聴覚障害、言語障害もしくは傷病や先天性の障害によりそのほかの実質的かつ永続的な不利な状況にある者、大臣により指定されるそのほかの障害をもつ者とされた。身体障害者についても1946年NHS法による医療サービスを利用できたが、ホームヘルプの提供の自治体への義務付けは1968年保健医療サービス・公衆衛生法(National Health and Public Health Act 1968)による〔石田・中村(1981), p.207〕。

精神障害者については、1959年精神保健法(Mental Health Act 1959)が制定され、第8条において、自治体が各種サービスを提供することとした〔緒方(2004), p.154〕。

高齢者については、1960年代後半まで、上述の1946年NHS法による在宅援助・在宅看護、及び国家扶助法による収容保護施設の設置、給食・レクリエーション施策の実施を除いて地方自治体はサービス提供の義務を負っていなかった〔市瀬(1973), p.207〕。身体障害者と同様に、1968年保健医療サービス・公衆衛生法によって、老人福祉を促進する諸施策の実施等の権限が地方自治体に付与された〔市瀬(1973), p.207〕。

1965年に設置されたシーボーム委員会は、自治体が供給する社会福祉サービスの諸欠陥<sup>1)</sup>に対して、統合化された地方自治体社会福祉部の設置するように勧告を行い、それを受けた地方自治体社会福祉法(Local Authority Social Services Act 1970)が1970年に成立した。

1973年NHS再組織法(National Health Service Reorganisation Act 1973)により、在宅看護、保健師の在宅訪問、救急車サービスが自治体からNHSに移管され(同法第2条第3項)、保健当局と地方自治体がそれぞれの機能を果たす際に、住民の健康と福祉を確保・増進するために相互に協同するものとされ、両者にアドバイスを行う共同諮問委員

会(Joint Consultative Committees)が設置された(同法第10条)。

さらに1976年に、“Priorities for health and personal social services in England”が発表され医療と福祉の共同財政制度が導入された〔山本(2008)〕。共同財政制度はNHSから地方自治体に財源を移管し、障害者・高齢者の長期入院患者の退院を促進し、NHSの支出の削減につながるような自治体の対人社会サービスについて支出する制度である〔平岡(2003), pp.64-65〕。共同財政制度は対人社会サービス予算の5%程度と規模が小さいこと、経常コストを負担しないため自治体側の財政的不安を拭えないことがありながら、最終的には1998年まで継続した〔山本(2008)〕。

1979年にサッチャー保守党政権が成立し、コミュニティケアを推進しつつも、自治体歳出の抑制・削減が進められたことを背景に、1980年代には民営の施設ケアが増大した。ミーンズテストは必要であったが、ニーズアセスメント無しで低所得者に対して全額国庫負担による食事・宿所手当が支弁される制度となっており、利用者、施設運営者、自治体ともに在宅ケアを促進する要因がなくなったためである〔平岡(2003)〕。

1983年のグリフィス報告(Griffith 1983)にてNHSのマネジメントについての答申を受け、1988年に別のグリフィス報告(Griffith 1988)にてコミュニティケアについての答申を受け、National Health Service and Community Care Act 1990が成立した〔松本他(2015), p.198; 平岡(2003), p.72〕。同法により地方自治体が所管するコミュニティケアについては、コミュニティケア計画の策定、コミュニティケアの利用に際してのニーズアセスメント・ケアマネジメントの導入が行われ、国が運営するNHSにおいてはGP Fundholdingの導入によるNHS組織を医療サービスの提供者と購入者に分ける内部市場が導入された。

<sup>1)</sup> National Health Service Act, 1946のSection19. においては、local health authorityはthe council of the countyとされている。それゆえ、NHS法の規定により自治体が管轄していることになる。

<sup>2)</sup> 次の6項目①サービスの量的不十分さ、②サービスの範囲の不十分さ、③サービスの質的不十分さ、④諸サービス間の調整の欠如、⑤サービスへの接近の困難さ、⑥諸サービスの柔軟性の欠如、とされている〔コベントリー市社会福祉部(1986)〕。

保守党から労働党のブレア政権に代わり、1997年に公表された白書（The new NHS）において、GP FundholdingからGPのみならず地域看護師（community nurse）の集合体であるPrimary Care Group（PCG）の制度、そしてPrimary Care Trust（PCT）を創設する方向性が打ち出された<sup>3)</sup>。

その後、Health Act 1999によって、GP Fundholdingの廃止とPCTの創設が行われたが、この法律はNHSと自治体間の協力義務を課し、さらにpartnership arrangementsを導入するものであった。これは、①NHSと自治体の両者の協定に基づいて資金拠出し、合意したサービスに使用する共同基金（pooled fund）、②コミショニングの権限をどちらか一方が一括して行使するlead commissioning、③スタッフ、資源、行政組織を一体化したサービス提供（integrated provision）の3項目からなる〔井上（2016）〕。さらにPCTが自治体の福祉部局と組織統合し、保健医療・福祉・精神保健医療福祉について一体的に実施するCare Trustも設立された〔井上（2016）〕。

病院から在宅へのスムーズな移行を図る「中間ケア」は、医療と福祉の役割分担や連携において重要な役割を果たすと考えられる。2000年に報告された白書（The NHS Plan）では中間ケアの普及のために大規模な予算化が提案され、「高齢者全国サービス枠組み」にも組み込まれたほか、供給の拡大政策を奨励するなど中間ケアは主流の施策として展開された〔長澤（2009）〕。

この節の最後に、キャメロン政権以降の近年の連立政権による医療と福祉における役割分担・連携をまとめておく。2010年に成立したキャメロン政権は、ブラウン政権による景気対策と減税による金融危機対応がもたらした財政悪化に対して緊縮財政を以て当たることとなった。NHSへの支出は例外的に維持されることとなったが、福祉予算は削減されることとなった〔HM Treasury（2010）〕。特に、自治体への権限委譲は謳われているものの、自治体への財政移転自体は減少されることとされていたので、自治体の負担は増大す

ることとなった〔兼村（2014）〕。

予算削減の対象にはならなかったものの、2010年には白書“Equity and Excellence: liberating the NHS”が公表され、NHSについても組織の変革が行われることとなった〔DoH（2010）〕。白書の内容を受けた2012年の保健医療・社会ケア法（The Health and Social Care Act 2012）は、Strategic Health Authority及びPrimary Care Trustsの廃止、NHS Commissioning BoardとともにGPを主体とした臨床委託グループ（Clinical Commissioning Group; CCG）を設置した。同法はさらに、自治体にHealth and Wellbeing Boardを設置し、医療サービス・社会サービス・公衆衛生を統合的にサービス提供していくこととした〔BMA（2013）〕。

2014年に『5年間の展望』（Five Year Forward View）が公表された。15年間のNHSの改善をふまえた上で、NHSの方向性を示すものであった。①予防と公衆衛生を重視し、②医療サービスと社会サービスの共同予算（shared budget）を通じて自身のケアを患者がよりコントロールできること、③種類別（Primary, Hospital, social）のケア提供の間にある壁をなくして連携を実現すること、④多様性を踏まえた形でのケア提供体制を地域が選択できるようにすること、⑤効率的に財源を使用する必要性があること、などが指摘されている〔NHS（2014）〕。

2015年末に公表されたDelivering the Forward View: NHS planning guidanceでは、『5年間の展望』を実施するためにSTPs（Sustainability and Transformation Plans）の策定を要請した〔NHS（2015）〕。この計画では、地域で合意された健康福祉戦略（health and wellbeing strategy）を反映して、予防や社会サービス（に限定せず）を含んだ地方自治体サービスとのより良い統合を考慮しなければならないとされている。また、同文書のAnnex2において、6.病院外ケアの改善、6.1新しいケアモデルと一般診療、の項における2020年までの目標に、新しいケアモデルの実施地域での医療サービスと社会サービス、外来医療、救急医療

<sup>3)</sup> 1990年に内部市場の導入の方策としてGP Fundholdingが制度化されたが、予算を管理するGP Fundholderと予算を持たないGPの間で提供される医療の質に差が生じる可能性があった〔松本編（2015）, p.199〕。

(ワンストップ受診含む)の統合、ならびに電子的なhealth recordの共有についての測定可能な実質的進捗が政策目標として含まれている。さらには、6.2医療サービスと社会サービスの統合、の項において、全国各地における医療サービスと社会サービスのよりよい統合が、新しいCCG評価体系における統合指標の実質的な改善とともに、達成されることが政策目標として含まれている。その後公表されたRefreshing NHS Plans for 2018/19ではSTPからIntegrated Care System (ICs)への転換が期待されている。ICsは委託者とNHSサービス供給者がGPのネットワーク、地方自治体、ほかの関係者と密接に協働しつつ、地域住民の便益のために資源の総量を利用するかについての責任分担について合意するシステムであると定義されている〔NHS England and NHS Improvement (2018)〕。

### III 英国における統合ケアとデータ共有の試み

#### 1 患者健康情報へのアクセス

イギリスにおいては、患者は自らの保健医療記録にアクセスする慣例法上の権利は無いとされている〔西田 (1998)〕。それゆえ、患者の自身の健康情報に対するアクセスの法的根拠は、①1990年保健医療記録へのアクセス法、②1998年医療報告書へのアクセス法、③2018年データ保護法とされている〔House of Commons Library (2018)〕。

1984年データ保護法により患者は初めて権利として医療記録へのアクセスが認められ、1988年医療報告書へのアクセス法によりGPの記録、使用者・保険会社によって保持される記録に関して拡大され、1987年個人情報ファイルへのアクセス法によって地方自治体を持つ住宅・社会サービスに関する情報にも拡大された〔西田 (1998)〕。1984年データ保護法は電算化された記録へのアクセスを保障したが、当時75%の保健医療記録は手書き

であったため、同法ではアクセス不能であることなどから1990年保健医療記録へのアクセス法が制定された〔西田 (1998)〕。1995年に採択されたEUデータ保護指令 (Directive 95/46/EC) を踏まえた形で、1984年データ保護法と1987年個人情報ファイルへのアクセス法の内容は1998年データ保護法に引き継がれた。今般、EUによるGDPRをふまえて、2018年データ保護法が施行された<sup>4)</sup>。

ケア提供者がNHSにおける個人の秘匿情報を使用する法的枠組みは2006年NHS法、2012年医療と社会サービス法、データ保護と人権法などから構成されるとされている<sup>5)</sup>。個人にかかわる情報はケアを直接的に提供する者の間では共有することが許されているが、二次利用の場合は個人の秘密が守られた形での利用となるとされている。

NHSデータの二次的な利用については、顕名か匿名かによって提供の可否判断が分かれる。この点については英国医師会がわかりやすい解説を与えているので、以下これに沿って説明する〔BMA (2014)〕。まず、データ利用が二次利用か直接的な臨床利用かを判断するべきとされている。二次的利用の例として、委託や監査、研究等が挙げられている。患者が特定化され得るデータの二次的な利用については、例外的な場合を除き、データ開示に関する患者の表明された同意が必要である。患者が特定化され得るデータについては、実効的に匿名化されたデータないしは集計データによる開示となる。これらの場合、患者のデータ開示の同意は不要となる。患者が特定化され得るデータの利用請求であり、匿名化されたデータの利用で十分と考えられる場合は、法が定める場合以外の例外として、なぜ特定化されるデータが必要なのか明らかにされる必要がある。患者が特定化され得るデータについて患者の表明された同意なしで開示されるのは特定される情報の開示がNHS法 (2006年) 第251条に基づいて、National

<sup>4)</sup> EU一般データ保護規則 (General Data Protection Regulation; GDPR) は2016年4月に制定されたEUにおける個人情報保護の枠組みであり、それまでのEUデータ保護指令 (Data Protection Directives 95) に変わるものである。企業は個人データの管理者として規制事項を順守すること、EEA域内から域外への個人データの移転は原則として禁止されること、本人の基本的権利を保護すること、などが定められている。

<sup>5)</sup> NHS Englandのウェブサイト (<https://www.england.nhs.uk/ig/about/>) による。

Information Governance Board's Ethics and Confidentiality Committeeが承認した場合等となる。

GPと病院などがそれぞれ保有する複数のデータを連結し、共有する場合に重要となるのはデータを連結する「鍵」であるが、NHSではNHS Numberが用いられている。NHS Numberの起源は第二次世界大戦まで遡るが、近年用いられているのは、1995年に再導入された体系である〔Boyd et. al, (2018)〕。NHS Number自体は秘密情報ではないが、通常秘密かつセンシティブな情報とともに用いられるために秘密かつセンシティブな情報とされる。データ保護法の施行下ではデータの厳格な取扱いが求められるため、データ共有は一般には促進されない。しかしながら英国では保健大臣の諮問を受けた2013年のカルディコット報告においてカルディコットの原則の第7として「データ共有の義務は秘密を守るのと同等に重要であること」(The duty to share information can be as important as the duty to protect confidentiality.)が掲げられている〔Caldicott (2013)〕。NHS NumberのNHSサービスと社会サービスの共通番号としての使用はThe Health and Social Care (Safety and Quality) Act 2015により法制化された<sup>6)</sup>。

## 2 NHSにおけるデータ管理・共有

NHSでIT化が本格的に取り組みられたのはブレア政権期である。白書(The NHS Plan)ではすべての病院と診療所に現代的なITシステムを導入することが掲げられていた〔DoH (2000)〕。2002年には財務大臣の諮問に対するWanlessレポートが報告された。そこでは、NHSにおける雇用者一人あたりIT投資額がほかのセクターよりも低いこと、他国と比較しても医療費からITへの支出額が低いこと、また個々の病院やGPに良い事例はあ

るもののNHS全体として組織や単体の病院でも統合されているわけではないことが指摘されている。ICT投資のみに使える予算を倍増させ、インフラ的な部分、そして電子患者情報(Electronic Patient Record)、プライマリ・ケアと二次医療、さらには社会サービスにわたって統合的なICTソフトウェア、へ実質的な投資の必要性を指摘している〔Wanless (2002)〕。これらを受けて、白書(Delivering 21st Century IT Support for the NHS: National Strategic Programme)が刊行され、National Programme for IT in the NHS (NPfIT)がスタートした。

なお、NHSにおけるIT化の進捗は、GPと病院において明確な差異があった。GP診療所のIT化は1975年頃のExeterにおけるコンピュータの記録管理への活用事例から始まり、1989年には品質保証されたGP診療システムのハード・ソフト導入の費用償還を保健省が導入し、2004年に納入業者への保健省からの直接支払いへの移行によりほぼ完全に電子健康記録(Electronic Health Record)がGPに導入されることとなった〔Wachter (2016)〕。

NPfITの主たる構成要素は表1にまとめられるが、その目的は現代的な情報技術を用いてサービス提供手段を強化し、患者へのケアのプロセス面での品質を改善することであった〔Wachter (2016)〕。

しかしながら同プロジェクトは、the Spine, N3 Network, NHSmail, Choose and Book, Secondary Uses Service and Picture Archiving and Communications Serviceなどの成果もあるものの、NHSが必要とする現代的なITサービスを供給することに適していないとして政権交代後の2011年に保守・自由党政権が放棄を宣言した<sup>7)</sup>。頓挫した背景要因としてプロジェクトの進行中から臨床専門家が参画していないことや〔Hassey

<sup>6)</sup> NHS Numberを管理するNHS DigitalはHealth and Social Care Information CentreとしてNHS法(1977)の第11条を根拠にThe Health and Social Care Information Centre (Establishment and Constitution) Order 2005により2005年4月1日に設置された。サービスの効果的な供給を確保・促進するために、情報の収集・分析・使用・広報、管理用の特定番号の発行の機能を担っている。

<sup>7)</sup> プレスリリースの内容は<https://www.gov.uk/government/news/dismantling-the-nhs-national-programme-for-it>から得られる。

表1 NPfITの概要

|                       | 内容                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>全国基盤</b>           |                                                                                                                                                                                             |
| NHS全国ネットワーク           | ケアを提供するNHS部局を接続するブロードバンドネットワーク                                                                                                                                                              |
| NHSmail               | 患者データ、予約、警報、その他秘匿情報を伝達するセキュアな電子mail、テキスト、ファックスのシステム                                                                                                                                         |
| NHS Spine             | NHSケア記録サービスの基盤となる8つのアプリケーション群である。次の項目が意図されていた。<br>・NHSの全国システムと地域システムをまたがる情報交換の支援<br>・6千万市民の基本属性情報基盤<br>・イングランドの臨床家・患者と社会サービス供給者を電子処方箋サービス、ケア記録（概要）システム、e-referrals、基本属性情報基盤を含む全国サービスに接続すること |
| <b>指定アプリケーション</b>     |                                                                                                                                                                                             |
| 選択と予約                 | (現在e-referralsとして知られる) 紹介・予約システムであり、患者に初回の外来診療の場所と時間の選択を可能とする。                                                                                                                              |
| 電子処方箋サービス             | GPと診療看護師（practice nurse）等の処方者が処方箋を患者の選択する薬局などの調剤者に電子的に伝送する。                                                                                                                                 |
| ケア記録（概要）システム          | NHSケア記録サービスの一部であり、患者の診療録のうち緊急・予定外の治療に必要な医学的な情報を含む                                                                                                                                           |
| GP診療記録伝送              | GP診療所間で患者診療記録を電子的に伝送し、既存の手動の伝達手段を代替する。                                                                                                                                                      |
| <b>地域サービス</b>         |                                                                                                                                                                                             |
| ケア記録（詳細）システム          | NHSケア記録サービスの一部であり、患者の医学的記録・治療の詳細が含まれており、患者が登録するGPや自治体、病院担当者がアクセスできる。                                                                                                                        |
| 画像アーカイブ・伝達システム (PACS) | X線やほかの医学的スキャンの画像を磁氣的に保存し、モニタ画面で閲覧することを可能にする。                                                                                                                                                |

(2005)], 中央集権的なトップダウンの意思決定の不適切さに対する抵抗感があったことが指摘されている [Justina (2017)]。100億ポンドの支出に対して107億ポンドの便益があると保健省は主張するものの、その2/3は実現していないとされた [House of Commons Committee of Public Accounts (2013)]。

### 3 統合ケアとデータ共有—Buckinghamshireの事例とあわせて—

2013年にその時点の保健大臣であったJeremy HuntがNHSのペーパーレス化の方針を打ち出した [Hunt (2013)]。そこでは、「これ（情報共有の壁）を壊そうとするこれまでの試みは、航空機の組み立てとは異なるトップダウンプロジェクトであった。我々はこれらの教訓を学ぶべきであり、特に非常に複雑で集権的なアプローチの失敗は避けるべきである。」と述べており、NPfITとは異なる方法論で進められていくことが示唆されていた。

2014年に刊行された『5年間の展望』では、“exploits informational revolution”としてその考え

方を引き継いだ。そのひとつの論点として、“interoperable”な電子健康記録により診療録のペーパーレス化を図り、患者がアクセスでき、書き込みさえでき、電子的に共有される際にはオプトアウトの権利を留保できることを打ち出している。安全と効率化のために社会サービスを含めてNHS番号が用いられることも触れられている。

このような流れの中で、NHS England and the Local Government Associationは2018年3月21日にLocal Health and Care Record Exemplar (LHCRE)にかかる提案を募集した。提案が承認されると、NHS-地方政府共同組織の管轄地域において統合ケアを供給するために必要な2年間で最大7.5百万ポンドの資本支出が受けられる [NHS England and the Local Government Association (2018)]。他方で、LHCREの承認のためには申請したSTPは次の条件を満たすことを求められている。①情報ガバナンス枠組み、②オプトアウト原則、③専門職（による活用性）基準、④技術・データの相互適合性基準、⑤サイバーセキュリティ基準、⑥全国システムとの適合性、である。現時点ではLHCREとして、Greater Manchester, Wessex, One London,

表2 Local Health and Care Record Exemplarsとして承認された地域

| Exemplarの地域              | Exemplarを構成するSTP等                                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Greater Manchester       | Greater Manchester                                                               |
| Wessex                   | Dorset                                                                           |
|                          | Hampshire and the Isle of Wight                                                  |
| One London               | East London                                                                      |
|                          | North London                                                                     |
|                          | North West London                                                                |
|                          | South East London                                                                |
|                          | South West London                                                                |
| Yorkshire and the Humber | West Yorkshire and Harrogate Health and Care Partnership                         |
|                          | South Yorkshire and Bassetlaw Integrated Care System                             |
|                          | The Humber, Coast and Vale Sustainability and Transformation Partnership         |
| Thames Valley and Surrey | Surrey Heartlands Health and Care Partnership-STP and ICS (devolution deal area) |
|                          | Frimley Health & Care -STP and ICS                                               |
|                          | Buckinghamshire, Oxfordshire and Berkshire West STP                              |
|                          | Bedfordshire, Luton & Milton Keynes STP & ICS                                    |

出所：NHS England (2018) 及び各LHCREのwebサイトから著者作成。

Yorkshire and the Humber及びThames Valley and Surreyの5カ所が選ばれている〔NHS England (2018)〕。それぞれのLHCREを構成するSTPやICTは表2のとおりに整理される。

上記の5つのLHCREのうち、Thames Valley and Surreyについては、そのLHCREの発足にあたって地域のIT化の現状について議論する会合が開かれ、そこで報告された構成主体ごとの情報の収拾・共有・活用の現状を示す資料がwebサイトに掲載されている<sup>8)</sup>。ひとつのLHCREを構成する地域であっても違うNHS組織、違うITベンダーがかかわる複数の情報共有ネットワークが現状利用され、構想されている。

上記のwebサイトに掲示されている“Buckinghamshire My Care Record”の資料では、共有される情報として、GPの記録、病院における記録、精神保健ケアの記録、社会サービスのサマリーが示されている。しかしながら、この資料やそのほかの資料でも社会サービスについての記述は少なく、医療にかかるデータを社会サービス担当者にも共有される、という水準と考えられる。

#### IV 考察

本稿では、英国においては1960年代からサービスの連携、組織の連携、予算の連携とフェーズを変えながら連綿と模索されてきたNHSによる医療サービスと自治体による福祉（社会）サービスの連携、NHSにおけるIT化、福祉（社会）サービスセクターとの情報共有の歴史的展開について整理した。

長澤（2009）は、ブレア政権期の政策の効果について、自治体が提供する社会サービスが原則自己負担、NHSのサービスが無料である構造が変化しなければ連携の対象となる社会サービスとNHSのサービスの境界領域にいる患者をどちらで見るべきかという問題は解決されないとしている。これは重要な指摘であり、両サービス間のデータ共有という政策についても境界領域の患者をどちらで見るかについて解決し得る本質的手段とは考えにくい。この問題による負荷をIT化・情報共有化を通じたサービスの質の改善によって軽減することを目的としているととらえるべきであろう。

<sup>8)</sup> NHS South, Central and West Commissioning Support Unitのホームページ (<https://www.scwcsu.nhs.uk/blog/launching-the-new-lhcre-in-thames-valley-and-surrey/>) を参照のこと。

NHSデータの活用は、失敗に終わったがNPfITは2000年の白書（The NHS Plan）に、その後のデータ活用施策は2014年に刊行された『5年間の展望』にもほかの供給施策とともに記載されており、NHSのサービス供給施策の一環としてとらえられる。NHSデータの活用は、当該患者の治療・ケアに用いられるだけでなく、CCGによるコミッションングやNHS Englandによる意思決定などにも用いられており、研究への活用も含めて日本におけるレセプトデータ（ナショナルデータベース；NDB）と同様にさまざまな活用がなされ得る。また、田畑（2018）が指摘するように、「日本で現在行われている地域包括ケアシステムとイギリスのSTPs、ACSs、ICSsの動向については、地域に応じた医療や介護サービスを提供するという点で共通した部分」があり、「医療と介護、さまざまな地域の支援との連携に加え、情報の共有をどう行っていくのか」について参考になる部分があると言えよう。

イギリスでは患者情報は判例法によって秘密とされている。患者自身のアクセスについてもケア・サービスの提供者がほかの直接的なケア提供者等に提供する場合においても制定法によって権利・権限が定められている。Brexitが取りざたされているが、EU指令やEU法とも調和して個人情報保護を図ってきている。個人の秘密にかかわる情報の取扱いについては、個人が特定可能な場合にはオプトアウトを認めるなど日本における次世代医療基盤法と同様である。

日本とやや異なる点として、実質的な進捗はともかくとしても、地方自治体が提供するsocial serviceとのデータ共有が目指されている点である。日本の次世代医療基盤法では現状ではレセプトデータを始めとする医療機関が保有するデータであって、介護レセプトは含まれていない<sup>9)</sup>。

NHSでの患者の受診情報は直接的なケアのデータであり検査結果等も含まれることとなる。

上で述べたカルディコットの原則の第7は、患者の利益になる場合、情報は共有しなければならない。専門職以外（ボランティアセクターのスタッフ、家族、ケア者や友人）に対しては本人同意の取得が第一義となるが、情報共有は本人の利益に還元されることが収集した情報の適切なフィードバックと考えられていることになる。

本稿で見てきたとおり、英国において1960年代からNHSによる医療サービスと地方自治体による福祉（社会）サービスの連携が希求されてきた事実も見落とすべきでない。例えば、2014年10月以降、NHSにおいて長期的なケアを利用している患者は、personal health budgetと呼ばれる特定の医療・福祉（wellbeing）ニーズ充足を支援するために患者等とCCGが計画し、合意した資金を用いることが可能となっている<sup>10)</sup>。このpersonal health budgetの提案が含まれる報告書“High Quality Care For All”にはChange-locally-led, patient-centred and clinically drivenというコピーも付与されている〔DoH（2008）〕。この点をふまえると、「患者中心」を背景として、医療サービスと福祉（社会）サービスの連携が必要とされ、長く試み続けられ、その一環として医療サービスと福祉（社会）サービスでの情報共有が求められることになったと言えよう。

患者情報の持ち主である患者の臨床的な利益の観点からフィードバックを考える場合、英国におけるNPfITの失敗は日本に対しても重要な含意を持つ。日本における現状の次世代医療基盤法を骨格とする枠組みでは、データ活用による研究開発を通じた社会への還元が主に想定されている。仮に日本において、データを共有して臨床の現場において患者の臨床的な利益の観点からフィードバックを行うためには、レセプトデータに含まれているよりも膨大かつ複雑な情報量を持つ患者診療録が必要となろう。膨大かつ複雑な情報を全国統一的に共有しようとすればシステム構築のコス

<sup>9)</sup> 医療レセプトと介護レセプトの連結についての日本での議論は、厚生労働省に「医療・介護データ等の解析基盤に関する有識者会議」が設置され、議論が進められているところである。

厚生労働省ホームページ（[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken\\_553056.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-hoken_553056.html)）参照。

<sup>10)</sup> NHSホームページ（<https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/>）参照。

トに跳ね返ることとなり、NPfITが直面した状況と本質的に同じ状況となる。もし臨床現場における患者の臨床的な利益の観点からフィードバックをも想定するのであれば、LHCREを始めとする英国で現在進められているNPfIT以後の試みは貴重な情報をもたらすであろう。

公的給付データの活用ではサービス評価も念頭に入ると考えられるが、今後検討しなければならない本質的な課題があるように思われる。例えば、高橋（2016）は高齢者介護の文脈で、ケアとニーズ論を再検討する中で「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ないが、他の要因との関連で生活機能を考える必要があること」に注目すべきと述べている。まず以て、この指摘は（高齢者の文脈で）ケアを評価する場合には、医療制度にかかるデータのみならず、介護制度などの生活にかかわる側面のデータが必要であることを示唆している。仮に、公的給付記録に記載されている以外にケアの質に実質的な影響・関連を持つ「ほかの要因」が存在する場合、公的給付記録による質評価は何をもたらすであろうか。もちろん、「ほかの要因」の影響は無視し得る場合は当然あり得るが、それを前提とすることが可能であるのか。ケアの評価について「ほかの要因」を考慮する必要があるとすれば、給付にかかわらない「ほかの要因」についての情報を給付主体が収集して記録するのか、それは社会的に許容されるのか。International Classification of Functionality (ICF) など健康を多義的にとらえる流れの中で、日本・イギリスをこえて、特定のニーズに対する給付を行う公的サービスの評価が本質的に直面する課題である。

## V 結語

英国NHSと自治体のSocial Serviceは政権与党の違いにかかわらず長期にわたりサービス提供における連携を図ってきた。NHSの給付にかかるデータ基盤整備から発展し、両サービス間のデー

タ共有も、NHSの制度に対する国民の高い信頼に依拠しながらサービス提供における両者の連携をさらに有効化することによって患者の便益を高めるという観点から進められてきた。一貫した体制整備が行われる前から医療機関に導入されていたIT機器の違いにより、データ共有の更なる改善が今後も行われる必要がある。

医療制度や介護（福祉）制度の違いが活用できるデータの違いを生み、健康関連の研究開発へのデータ活用という目的を日英両国でシェアしつつも、英国では医療サービスと社会サービスの連携した臨床現場での情報活用も、始まったばかりであるが、企図されている臨床的なデータの複雑性や全国統一的なIT化が病院部門で行われなかったことが英国でのデータ活用の制約条件となっている。

健康やQOLは多義的であり、かつ、それらに影響を与え得る、公的給付以外に私的に利用・負担されるサービス利用があり得る。この場合に、公的給付のデータ（のみ）を用いて、効率的・効果的なサービス供給のためのエビデンスを構築できるかは両国共通の今後の課題であろう。

## 謝辞

本稿の執筆にあたり科学研究費補助金（JSPS: 15H03365）の補助を受けた。

## 参考文献

- 市瀬幸平（1973）『イギリスの社会福祉—その体系と機能—』たいまつ社。
- 井上恒男（2016）『英国における高齢者ケア政策 質の高いケア・サービス確保と費用負担の課題』明石書店。
- 右田紀久恵・中村永司（1981）「英国の身体障害者福祉—地方自治体サービスを中心として—」『社会福祉学』第22巻第2号，pp.133-161。
- 緒方あゆみ（2004）「イギリスにおける精神医療法制の動向」『同志社政策科学研究』Vol.5, No.1, pp.151-161。
- 片桐由喜（1993）「イギリス国民保健制度の形成過程—国民保健サービス法（1946年）を中心として—」北海道大学大学院環境科学研究科法文紀要No.6, pp.75-128。
- 兼村高文（2014）「英国キャメロン政権の緊縮財政政策

- と地方財政—国の政策で財政危機に追い込まれた地方自治体とその対応—」『自治総研』No.434号, pp.26-45。
- コベントリ市社会福祉部 (1986) 津崎哲雄訳『現代地方自治体社会福祉の展開 英国コベントリ市社会福祉部10年間 (1971-1981年) の施策と実務』海声社。
- 白瀬由美香 (2010) 「英国におけるホームヘルプ事業の展開: 1948~74年の医療・介護の関係をめぐる検討」日本社会福祉学会第58回秋季大会報告資料。
- (2016) 「イギリスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』No.111, pp.20-26。
- 高橋紘士 (2016) 「ケアの社会政策のために」『社会保障研究』Vol.1, No.1, pp.4-21。
- 田畑雄紀 (2018) 「イギリスにおける医療費適正化政策と医療サービス提供体制」『健保連海外医療保障』No.118, pp.15-21。
- 内閣府日本医療研究開発機構・医療情報基盤担当室「府医第36号平成30年5月31日 医療分野の研究開発に資するための匿名加工医療情報に関する法律等の施行について」。
- 長澤紀美子 (2009) 「ブレア労働党政権以降のコミュニティケア改革—高齢者ケアに係わる連携・協働と疑似市場における消費者選択—」『海外社会保障研究』No.169, pp.54-70。
- 西田和弘 (1998) 「医療保障における医療情報へのアクセス権保障—イギリス1990年保健医療記録へのアクセス法とその成立過程を参考に—」『社会保障法』第13号, pp.183-197。
- 平岡公一 (2003) 『英国の社会福祉と政策研究 イギリスモデルの持続と変化』ミネルヴァ書房。
- 松本勝明編 (2015) 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。
- 山本恵子 (2008) 「イングランドにおける医療と福祉の財政的連携・統合に関する考察: 共同財政とプール予算の比較を通して」『日本医療経済学会会報』第27巻第2号, pp.30-59。
- British Medical Association (2013) “Understanding the reforms of ... The Health and Social Care Act 2012”。
- (2014) “Requests for disclosure of data for secondary purposes”。
- Beveridge W. (1942) “Social insurance and allied services”. (一圓光彌監訳『ベヴァリッジ報告 社会保険及び関連サービス』法律文化社, 2014年。)
- Boyd A, Thomas R, Cornish R, Macleod J. (2018). NHS Number and the systems used to manage them: an overview for research users. Bristol, UK: University of Bristol.
- Caldicott, F. (2013) “Information: To share or not to share? The Information Governance Review”. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/192572/2900774\\_InfoGovernance\\_accv2.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/192572/2900774_InfoGovernance_accv2.pdf)
- The Department of Health (1997) “The new NHS modern, dependable” The Stationery Office. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/266003/newnhs.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/266003/newnhs.pdf)
- (2000) “The NHS Plan: A plan for investment: A plan for reform”。
- (2008) “High Quality Care For All”. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/228836/7432.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228836/7432.pdf)
- (2010) “Equity and excellence: Liberating the NHS”. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/213823/dh\\_117794.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf)
- Griffith, R. (1983a) “NHS management inquiry,” British Medical Journal, Volume.287, pp.1391-1394.
- (1983b) “Community Care: Agenda for Action: A report to the Secretary of State for Social Services by Sir Roy Griffith, HMSO. (小田兼三訳『コミュニティ・ケア—行動のための指針』海声社, 1989年。)
- Hassey, A. (2005) “The National Programme for IT in the NHS,” British Journal of General Practice, vol.55 (510), p.58.
- House of Commons Committee of Public Accounts (2013) “The Dismantled National Programme for IT in the NHS Nineteenth Report of Session 2013-14”。
- House of Commons Library (2018) “Patient health records and confidentiality,” Briefing paper Number07103, 25 May.
- Hunt J., “Jeremy Hunt challenges NHS to go paperless by 2018”. <https://www.gov.uk/government/news/jeremy-hunt-challenges-nhs-to-go-paperless-by-2018>
- Justinia T. (2017) “The UK’s National Programme for IT: Why was it dismantled?” Health Services Management Research, vol.30, no.1, pp.2-9.
- National Audit Office (2006) “DEPARTMENT OF HEALTH The National Programme for IT in the NHS” REPORT BY THE COMPTROLLER AND AUDITOR GENERAL | HC 1173 Session 2005-2006. <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2006/06/05061173.pdf>
- NHS (2014) “NHS Five Year Forward View”. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>
- (2015) “Delivering the Forward View: NHS planning guidance 2016/ 1-2020/ 21”. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/12/planning-guid-16-17-20-21.pdf>
- NHS England (2018) News Local health and care partnerships covering 23.5 million could save lives, 27 June 2018. <https://www.england.nhs.uk/2018/06/local-health-and-care-partnerships-covering-23-5-million->

- could-save-lives/ (2018年10月8日最終アクセス)。  
NHS England and the Local Government Association (2018) Local Health and Care Record Exemplars A summary. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/05/local-health-and-care-record-exemplars-summary.pdf> (2018年10月8日最終アクセス)。  
NHS England and NHS Improvement (2018) “Refreshing NHS Plans for 2018/19”.  
HM Treasury (2010), SPENDING REVIEW 2010. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/203826/Spending\\_review\\_2010.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/203826/Spending_review_2010.pdf)  
Wachter R. M. (2016) “Making IT work: harnessing the power of health information technology to improve care in England,” Report by National Advisory Group on Health Information Technology in England.  
Wanless, D. (2002) “Securing our Future Health: Taking a Long-Term View Final Report” HM Treasury.

(いずみだ・のぶゆき)

**This Paper Focuses on the IT-Policy in the National Health Service (NHS) System with Regarding It as One of the Supply-Side Policies, Considers Related Political/ Institutional Factors and How the Fruits of Policy Fed Back and Aims to Have Implications on the IT-Policies Using the Healthcare Data in Japan**

Nobuyuki IZUMIDA\*

Abstract

This paper focuses on the IT-policy in the National Health Service (NHS) system with regarding it as one of the supply-side policies, considers related political/ institutional factors and how the fruits of policy feed backed and aims to have the implications on the IT-policies using the health care data in Japan.

In England, health services are provided through the national system, and personal social services provided through the local authority. Coordination of services in both sectors have been tried since 1960'. Development of Electronic Health Record and utilizing/ sharing it across NHS sector and social services sector is one of the policies seeking more efficient service allocation and/ or higher quality service provision. NPfIT, IT-policy in the NHS sector failed in establishing the national network of service utilization information, due to the complexity of the information in the hospital. However IT-policies in the NHS sector have been still pursued. Local Health and Care Record Exemplar is one of the policies, it is implemented, harmonizing with other supply-side policies such as Strategic Transformation Partnership, integrated care.

The utilization of the health care benefit data for the research and development is shared as the policy goal in common by England and Japan, however, England also challenges to feedback the fruits of information sharing directly to patients.

Keywords : National Health Service, Social Service, Information Sharing, Supply Side Policy, NPfIT

---

\* Director, Department of Empirical Social Security Research, National Institute of Population and Social Security Research

## 社会保障・医療分野におけるICTおよびビッグデータの活用

森田 朗\*

## 抄 録

近年、社会保障、医療分野におけるICT活用が進み始めた。しかし、わが国の場合、分野全体としてICT活用のグランドデザインがなかった。医療というサービスに関して、ビッグデータを収集しICTを活用して、これまでできなかった分析を行い、新たな治療方法等を開発するとともに、限られた医療資源の効率的な活用を図ることは時代の要請である。特に、医療保険財政の持続可能性が失われつつあるときに、医療の質の向上、資源配分の効率化、医薬品等の開発促進を図るためには、患者情報と国民の健康記録や負担能力等のほかの情報と結合できることが重要である。このようなデータ結合を可能にするシステムの整備は、先進諸国ではすでに実用されており、わが国でも2016年「保険医療分野におけるICT活用推進懇談会」から提言が出され、また、2018年によく「医療等分野情報連携基盤検討会」において、医療分野における個人番号のあり方が決定された。システムの標準化や個人情報をめぐる問題が解決されていないが、利点が大きいと、利点とリスクとの比較考量の上で推進を図るべきである。

キーワード：ICT、ビッグデータ、医療保険、個人番号、個人情報

社会保障研究 2018, vol.3, no.3, pp.378-391.

## I はじめに

近年、社会保障、医療分野におけるICTの活用が急速に進み始めた。とはいえ、本格的な活用ではなく、それに向けてシステムや制度構築の動きがみられるようになってきたというのが正確なところであろう。

こうした動きの背景には、医療分野におけるデータ活用の世界的なトレンドや、急速に進む高齢化への対応の必要、さらには行政分野における

マイナンバー制度の施行等がある。

ただし、医療分野のICT化という場合、電子カルテやがん登録等のデータベースの構築、医療や介護の現場における診療機器や介護ロボット等の支援機器の開発、さらにはビッグデータの活用、データの標準化等、多様な論点がある。

また、行政の効率化、利便性の向上を目的として導入されたマイナンバー制度は、個人情報の漏洩に対する国民の危惧等から活用されておらず、さらに医療分野に関してはマイナンバーの利用への消極的な意見もあり、今後シンプルで汎用性が

\* 津田塾大学総合政策学部 教授

高くかつ信頼できるシステムが構築できるまでの道のりは決して短くないと思われる。

このように、これまでの議論ではICT化といってもその全体像が明らかではなく、そうした個々の要素がどのように関連づけられ、位置付けられるかについて明確ではない。要するに、グランドデザインがないといえよう。端末の機器の開発は進んでも、それがネットワークとつながっていないかはその力を発揮できないし、データもほかのデータと統合できなくては、その利点は小さい。

筆者のみるところでは、グランドデザインがないがゆえに、ICTへの楽観的な期待と、それが作り出す世界が不透明であることによる不安とが共存したまま、個別的な論点についてさまざまな議論が展開されているように思われる。

そもそもICTがもたらす効果には、第1に、これまで私たちが行ってきた情報処理作業の効率化がある。われわれは、歴史上長い間、人間が観察測定し、紙媒体にその結果を記録し、それを伝達、複写、保存することによって、情報処理を行ってきた。医療においても同様である。必要な情報は紙媒体に人が記録し、それを共有することによって、多数の患者に対する診療行為を行ってきた。

だが、紙という媒体の性質から、大量の情報の記録、伝達、共有等には、費用的、時間的、物理的制約があり、それが利用できる情報の総量と利用方法を制約してきたといえる。

ICTは、情報処理において、まずそのような制約から開放した。結果として、大量情報を迅速に、しかも正確に記録、伝達、保存、共有することが可能になり、これまでは物理的制約から断念せざるを得なかった大量情報の処理、活用を非常に効率的に行うことが可能になった。

第2に、このようなICTは、従来は、複雑すぎて要素間の関係性や変化のプロセスが解明できなかった事象についても解析することを可能にし、さらには人間には不可能な課題の解決方法の発見や提言を行うことができる。こうしたAIがもたらす可能性については、リスクも含め議論が活発に行われているところである。自動車の自動運転技術などととも、医療分野においても診断支援シ

ステム等が話題に上っている。このようなICTによって初めて利用可能になった能力は、医学研究はもちろん、創薬など医療分野におけるイノベーションの推進においても大きな成果を挙げることが期待されている。

本稿では、特に医療の分野におけるICTの導入とはどのようなことか、それはどのような効果をわれわれの社会にもたらすか、について、俯瞰的に考察することにした。

なお、本論に入る前に一言断っておくと、筆者は、医療の専門家でも情報科学の専門家でもない。したがって、本稿は、そうした専門的な観点から、特に技術的な可能性や限界について論じるものではない。むしろ筆者の専門とする社会科学の観点から、医療分野における財政的な側面にも着目して、政策ないし制度設計におけるICTの有効性、必要性に焦点を当てて論じることにしたい。

また、本稿は、過去の事実、すなわち客観的に把握できるデータに基づいて、分析、検証を行い一定の客観的普遍的な命題を抽出するという意味での科学的な論稿ではない。一定の価値判断を前提として、現状についての筆者自身の認識から、これからのあるべき世界を論理的に導出した一種の提言である。

## II 医療の特質とICTの活用

### 1 医療分野の特質

医療という非常に複雑で規模の大きな事象の特質を簡潔に整理することは容易ではないが、あえてそれを行うならば、次のような4つの側面に分けることができよう。

#### (1) 診療

その第1は、何といても、病気で苦しむ患者に対して治療を行うことである。これこそが医療の目的であり、全国の多数の医療機関の臨床現場で行われている行為である。多数の患者に対して、医師、看護師等の医療従事者が治療行為を行い、症状の悪化を避け、健康の回復を図ることは何よりも優先されるべき事項である。

ただし、こうした臨床現場における治療行為がより有効であるためには、先端的な医薬品や医療技術に関する情報が、その現場に供給されることが必要である。また、診療という医療サービスには、ほかの一般の財やサービスと比べて多額の費用がかかるが、そうした費用の支払いが確実に行われることも必要である。

## (2) 研究・開発

病気の治療のために、その病気の原因を突きとめ、より優れた治療方法を発見したり、有効な医薬品等を開発するためには、病気や治療方法に関する研究が重要である。こうした研究には、基礎的な研究に加えて、臨床現場からの情報に基づく経験的な研究が不可欠である。

## (3) 財政

医療は、高額な費用を要する行為であるが、多くの国民にとってその費用は自ら負担できる限度を超えている。そのため、多数の国で多くの国民が治療を受けることができるように、社会保険の制度等が導入されている。わが国では、1961年以來皆保険制度によって、国民全員が保険によってカバーされている。

しかし、医療技術の高度化や高齢化による医療費総額の増加は、現行の保険システムの持続を困難にしている。持続可能で十分な医療保険制度を維持していくためには、医療費の抑制、医療サービスの提供における格段の効率化が不可避である。だが、現状の医療サービスの質の低下を招くことなく、それを実現することは、技術的にも、政治的にも決して容易ではない。

## (4) 政策

このような医療サービスの質を高め、かつ限られた財源や人的資源を効率的に組み合わせて、国民の健康の水準を維持・向上させていくためには、提供される医療の質や資源量を考慮して、最も確に医療サービスが提供されるように、制度を作り、運用していかなくてはならない。

これが、医療政策の課題であるが、現在では、

医療といえども、患者に対して提供される狭義の医療だけではなく、病気の発症を抑止する、あるいは発症を遅らせるための予防的な健康管理や高齢者に対する医療や介護のケアも、医療政策の射程に含まれてきている。

特に、上述のように、医療保険財政が厳しくなるにつれて、国民の健康を管理するための総合的、体系的な政策が、今ほど必要とされているときはない。

## 2 医療分野の複雑性

今述べてきたような側面をもつ医療は、非常に複雑な内容をもった事象であり、しかも規模も大きく、それを包括的に把握して、全体としての最適解を見出すことは、その複雑さと規模の大きさのために、これまでは不可能であった。

第1に、まず医療行為の対象となる人間の身体の構造そのものが、非常に複雑である。しかも、一人ひとりその状態は異なり、経年によって変化する。そうした人間が、わが国だけでも1億人以上いるのであり、個々の国民の健康状態や病状を正確に把握して、最適の医療を提供することは非常に難しい。

むろん、人体は基本的に類似した構造、性質を有しており、それが再生産されている。したがって、そうした共通要素の存在を前提として医学が形成され、それに基づき診療が行われているわけだが、医薬品の効果にせよ、最適の治療方法にせよ、個体によって当然に異なる。

このような複雑な人体を対象とする医療には、それに従事する専門職も多い。医師、看護師、薬剤師そのほかの専門職が協力して診療を行っているが、医師においても専門分化が進み、そこでの連携協働が必要になってきている。さらに、医薬品、医療機器の数も非常に多く、それらの生産に従事する産業も多数に及び、それらが一体となって、総体としての医療を支えているといえよう。

こうした多数の要素から構成されている医療は、前述のように、非常に費用がかかる。にもかかわらず、人命の救済、健康の回復が優先され、特に安全性が重視されることから、これまで費用

対効果の評価は必ずしも重視されていなかった。効率という視点は、どうしても後回しにされがちであった。

以上のように、これまでは、膨大で複雑な国の医療システム全体を把握して、提供するサービスの質や量、資源配分の全体的最適化を図ることは困難であった。国全体としての最適化が理想であったとしても、それを行うためには膨大な量の情報が必要であり、現実にはそれを処理して最適解を導き出すことは不可能であったのである。

そのため、医療に関しては、全体をカバーした包括的なマネジメントが欠如していたといえる。人命に関わる行為であることから、資源利用の効率性よりも、現場における部分的最適化が重視されてきた。これまでは、それ以外に選択の余地がなかったといえよう。

だが、今日、新薬の開発をはじめ医学の研究開発を進め、個々の患者に応じた最適の医療を提供して医療の質を高めていくには、多様性への対応が必要になってきた。さらにいえば、ますます進む医療の複雑化、高度化に対し限られた資源を効率的に配分していくためには、国全体の将来を見通したグランドデザインとその実現能力が必要となる。それには、いうまでもなく、全体最適を実現するための包括的なマネジメントと、それを可能にする十分なデータとその解析能力の存在が前提となる。

このような事情から明らかなように、ICTの活用によるデータに基づいた医療、医療政策の導入は時代の要請なのである。

### 3 医療分野におけるICT活用の可能性

ある疾病について、それが患者のどのような身体的特性と結びついているのか。その原因を明らかにするには、多数の要素とそれらの複雑な結合を解明しなければならない。それを多数の臨床データから究明していくのが医学の研究方法である。多くの身体要素は数値データで示されるが、これまでは、それを収集し多数の要素間の関係を明らかにすることは、人間の計算能力の限界内ではかできなかった。それでも、長い間の経験知の

蓄積によって、現在の医学の知識は形成されてきたといえる。

だが、膨大な量の情報の処理には、莫大なコストと時間がかかる。ICTは、そうした作業を迅速かつ効率的に行うことを可能にするがゆえに、ICTの活用によって、新たな知見を創出することが期待されているのである。

もちろん、こうした効果は、ビジネスや多くの分野で表れているが、特に医療や介護等の分野においては大きい。狭義の医療だけではなく、介護や日常の健康管理、医療保険制度、さらには所得や生活状況などの国民の属性等を結びつけた総合的なシステムを形成し、そこに蓄積される情報を適切に管理し、価値ある情報を作り出すことによって、すべての国民に対して、質の高い適切な医療の提供が可能になるとともに、限られた資源の効率的な利用も実現すると考えられる。

具体的には、次のような面でICT化が有効と考えられる。

#### ① 個々の患者に対する医療の質の向上

患者の病状に関する情報を多数集積し解析することによって、その患者がいかなる病気か、どのような治療法が有効であるか、予後の可能性はどうか等が明らかになってくる。それは新たに有効な治療法の発見、開発をもたらすであろう。これまで原因が特定できなかった病気に関して、多数の症例の解析により究明できる可能性も高まる。

こうした知見の蓄積が医療の質の向上に結びつくことは明らかである。さらにいえば、まだ発症していない患者等について、それまでの健康状態等からリスクを見出し、それに基づいて予防的な治療を行うことも可能になる。

こうした治療法の追求は、いわゆる個別化医療をめざすものであり、個人の健康記録PHR(Personal Health Record)の蓄積が実現して初めて可能になる。当然のことながら、これは国民各自についての過去からの健康情報の蓄積であって、多数の医療機関や団体によって収集され保存されている健康情報を結合してはじめて可能になる。そのためには、多様な健康情報を個人について結びつけるための個人番号の存在が前提とな

る。

## ② 医学研究とイノベーション

個々の患者に対してベストの治療を行うためには、何が最善の治療法か、どのような医薬品が有効かという情報が利用できなくてはならない。そのような情報は、基礎研究に加えて、多数の症例データの解析から得られる。そうしたデータの収集、解析のツールとなりうるのがICTである。

従来の方では、十分な数の症例を集めるにはコストも時間もかかったが、ICTの活用によって、例えば電子カルテと連結させて大量の症例情報を収集し、はるかに精度の高い解析を行うことが可能になり、それから多くの有効な知見を迅速に得ることができる。

特に治療前との比較において、どの程度症状の改善が見られたか、健康状態が回復したかという医療行為の結果、すなわちアウトカムのデータに基づいて治療の効果を測定できるならば、より一層医学の知見は向上し、最善の治療方法の発見にも結びつく。さらに、個人番号制度によってすべての国民の長期にわたる経年データの利用が可能になれば、データの精度はさらに高まる。

後述するように、一部の先進諸国では、こうしたシステムがすでに実用化されている。それが医学における治療法の開発を促進するのみならず、医薬品の開発における治験の効率化にも貢献し、創薬や新たな機器の開発に資することはいうまでもない<sup>1)</sup>。

現在、わが国では、医療保険の請求書であるレセプト情報のデータベースや、DPC、そのほかがんや外科手術といった特定の目的のためのデータベースはすでに構築されており、相当数のデータが蓄積されている。また、多数の病院では電子カルテが導入されている。しかし、それらは、相互に結合することはできず、そのため、多くの優れたデータが存在しながらも、それがもつ潜在的な価値を実現しえていない。

こうしたデータを結合し、より質の高い情報の生産に向かうとともに、創出された情報を一般的な医学的知見として蓄積するのみならず、必要とされる個々の患者に適切な情報の提供がなされてこそ、個別化医療が実現するといえよう。

## ③ 医療資源の最適配分の実現

医療は、個々の患者に対して、多数の医師、看護師、薬剤師等の医療従事者が協力し合って提供されるサービスである。それは多数の医薬品、医療機器を必要とし、医療が実施される場所も病院、診療所等特別の施設である。また、医師を例に挙げるまでもなく、医療従事者は高度の能力をもった限られた人的資源であり、実際の医療の提供において、どのように医師を配置するか、看護師の役割をどのように規定するかは、医療のあり方に直ちに影響する。

治療方法の適否、個々の治療に用いられる資源の最適な配分、配置、そして治療を行った医療機関や医療従事者ごとの評価は、上述したような診療情報の蓄積によって可能になる。

今日、医療費の増加が著しく、その抑制のために、医療の効率化が求められている。特に患者数が減少に向かい、大幅な診療報酬の引き上げによる収入の確保を期待できない地域では、医療機関の経営改善は避けられない。そこでは、限られた資源を効率的に用い治療効果を最大化するために医療システムの改革のための客観的な根拠が必要であり、治療の効果を示すアウトカムデータの収集は、医療機関の経営効率化へのインセンティブを提供することになる。さらにいえば、医療従事者の役割分担や協働のあり方の見直しによって、民間企業等と比べて遅れている医療従事者の働き方改革にも資することになる。

ところで、同様の資源利用の最適化は、個々の医療機関を超えてより広域的な地域における医療機関や専門医の適正な配置にも当てはまる。近年、多くの地域で、人口減少によって病床数の過

<sup>1)</sup> こうして作り出された医学的知見は、個々の患者に還元されることによって、それらの患者の治療効果を高め、また将来の発症の予防に役立つこともまちがいない。ただし、そのような情報利用は、個人情報保護の観点からは課題もある。現在は、匿名化し個人に還元できないように加工して研究のために利用することは認められているが、個々の患者への得られた知見の還元まで認めるか否かについては、これからの議論に委ねられている。

剰が生じつつあり、病床数の調整は避けがたい。

今日では、急性期から安定期、そして在宅を中心とした地域包括ケアというごとく、患者が受けるケアの内容に応じて、受診する医療機関が異なっている。その結果、地域における医療資源の配分を考える場合にも、個々の医療機関ごとの最適化だけではなく、地域全体での最適化を考えなければならない。

特に地域包括ケアに関しては、複数の医療機関や訪問看護、薬剤師等の多職種連携と協力が必要であり、最適の連携体制を形成するには、患者情報やほかの医療機関での診療記録の共有が不可欠である。それを紙ベースで行うことは不可能に近い。タブレット等を活用したネットワークによる情報蓄積、共有が有効であり、担当者の分担の調整など、効率的な情報共有があって初めて可能になるといえる。

在宅医療の場合のように、医療従事者の移動を伴う場合には、入院治療の場合と異なり、時間という稀少資源の有効利用も重要である。専門医と総合医、それに看護師、薬剤師、介護士等の役割分担と連携をうまく行い、限られた人的資源と時間的資源を最大限有効に活用しなければ、これから特に都市部に訪れる大規模な高齢化に対応することはできない。従来と同様の方法では、ニーズに応じて専門職を増員していくことは困難であるし、サービスの質の低下は免れないのである。

このような資源利用に関するマネジメントを適切に行うには、何よりも十分な情報の収集と共有が必要である。患者の健康状態についての情報とともに、こうした医療従事者等の資源情報も合わせて最適化を図っていくべきであろう。

#### ④ 医療保険財政の改革

既述のように、近年、医療費は増加の一途をたどり、その総額は40兆円に達している。増加の原因は高齢化による患者増とともに、新薬や新たな治療法など高額な医療技術の導入がもたらしたものである。このような医療費総額の増加傾向の結果、保険財政の持続可能性は失われつつある。

このような保険支出の増加の一方で、保険収入は生産年齢人口の減少等により増加が見込めない。保険料の引き上げにも限界があり、現在では、必要な医療費を維持するために、その約3分の1が公費によって補填されている。

このような状態にあることから、医療保険財政の総額の抑制、医療ニーズの抑制等の改革がまずすすめられるべきであり、すでにそうした改革が進められつつある<sup>2)</sup>。

第1に、これまで厳格に行われていなかった被保険者の資格確認を、マイナンバーを用いて厳格に行うことになった。第2に、これまで視認によって行っていたレセプトの審査を、コンピュータを使った機械審査に転換していくことになった。

レセプト審査は、医療機関の行った診療行為が、保険のルールに従った適切なものであるか否かを審査する高度に専門的な判断であり、これまで専門家である医師によって都道府県ごとに行われてきたが、地域によって審査基準が異なること、非効率であること等の理由から、一部困難なケースを除いて、機械による審査が導入されることになった<sup>3)</sup>。

このような保険適用の基準の客観化、標準化において、これまでに述べてきたデータが役に立つことはいうまでもない。ビッグデータの解析を通じて、有効な治療方法や最適の処方の方を示

<sup>2)</sup> 医療保険財政の持続可能性を回復するためには、医療保険制度のあり方それ自体の改革が必要である。それには、国民健康保険、健康保険組合、協会けんぽ、後期高齢者医療制度等、多数存在している保険者の統合を図るべきである。特に後期高齢者医療制度への拠出がほかの保険者の経営を圧迫していることから、高齢者の医療費の負担をも含めて保険者の再編が検討されるべきである。

<sup>3)</sup> 2017年1月に提出された「データヘルズ時代の質の高い医療の実現に向けた有識者検討会報告書」を踏まえて、同年7月に出た「支払基金業務効率化・高度化計画 工程表」において、支払基金におけるレセプト審査のコンピュータチェックの高度化計画が公表された。これは、二つある審査機関のうちの支払基金に関するものであるが、今後、システムの更新期において国保連合会における審査の電子化も推進されるであろう。将来的には統一されることが望ましい。

すガイドラインを作成し、そのガイドラインに基づいて審査を行うことが、治療の効果の点においても、また治療における無駄をなくし、保険財政の健全化を図る上でも有効である。要するに、最も有効で最も廉価な治療方法を保険が推奨し、それと異なる治療方法に関しては、保険適用に当たってその合理性の証明を求めるというものである。

しかし、このような改革を実現しても、保険財政を持続可能にすることは困難である。現状では、皆保険制度といわれる、わが国の医療保険制度の基本的な原則の見直しを含む大胆な改革は避けられない。

<図1>に示したように、医療保険制度は、保険の対象となる人的範囲、保険支出の対象となるサービスの範囲、そして患者自身の自己負担の範囲という3つの次元から考察することができる。

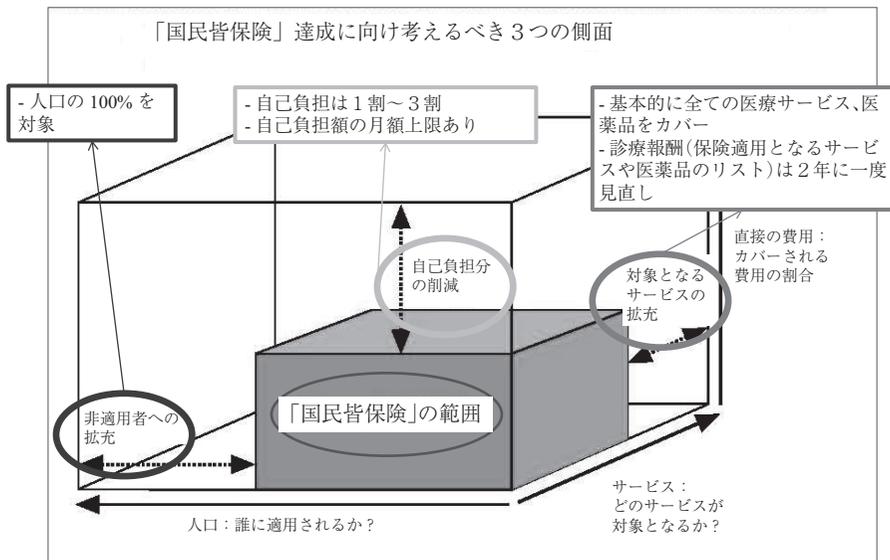
人的範囲に関しては、皆保険制度の下で、わが国ではすべての国民が対象とされている。サービスの範囲に関しては、これまでは医療に用いられる技術、医薬品等に関しては、原則として薬事承認されたものはすべて保険の対象とされてきた。そして、自己負担の範囲に関しては、勤労世代は

30%、例外はあるものの75歳以上の高齢者は10%負担とされている。だが、医療費の近年の増加は、こうした形での保険適用、自己負担率の維持を困難にしている。

人的対象に関しては、特定の人たちを合理的な理由なく保険の対象から外すべきではなく、従来と同様、全員をカバーすべきである。

しかし、保険適用するサービスの範囲に関しては、従来の原則を変更し、薬事承認されたものであっても、費用対効果の観点から保険適用の可否および償還する金額の範囲について制限を設ける方向で制度改革が進んでいる。これは、「費用対効果評価」、あるいはHTA (Health Technology Assessment) と呼ばれているが、類似薬等と比較して、その効果を測定し、適正な上限価格を設定するか、あるいは保険償還の対象から外すという評価を行おうとするものである。

この制度は試行から本格導入に向かおうとしている段階にあるが、こうした評価を厳格、客観的に実施しようとするならば、評価に必要な膨大なデータの入手が課題となる。評価のためのデータ収集のコストを下げるためには、より一般的な医療データシステムを整備し、そこで収集された



出典：“Health Systems Financing - the path to universal coverage” World Health Report 2010を参考に、筆者作成。

図1 「国民皆保険」の構造

データを活用することが望ましい。

自己負担の比率に関しては、今後保険財政が悪化し、これまでの自己負担率では財政を維持できないことから、見直しは不可避であろう。現在はほぼ一律の自己負担率になっているが、保険料に関しては所得による調整がなされているとともに、月額自己負担額には上限が設けられている。だが、今後は、自己負担率に所得および資産の額に応じたより強い傾斜を付け、負担能力に応じた自己負担の仕組みを導入することも検討されるべきであろう。

ただし、このような仕組みを導入するためには、国民の所得のみならず、資産についての情報を反映できなければならない。そのためには、マイナンバーを用いて国民の所得、資産情報と医療情報とを結びつけることが必要である。

さらに、今後、保険償還の範囲を限定せざるをえなくなってくると、保険適用と保険外の費用負担の併用も認めざるをえなくなってくる。現在の先進医療および患者申し出療養制度をさらに拡大して、いわゆる「混合診療」的な要素を導入・拡大していくことも検討されるようになる。その際、適正な医療サービスが確実に提供されるようにするためには、提供された医療サービスの内容とその効果および費用負担との関係を正確に捕捉し、調整できなくてはならない。制度の濫用を防ぐためにも、こうしたデータに基づく正確で客観的な制度運用の仕組みの整備は喫緊の課題である。

以上、医療分野におけるICTの活用可能性について述べてきたが、医療におけるICT化、データの整備とその活用の仕組みは、患者の治療や医学研究という狭義の医療分野にとどまるものではない。医療が、医療保険によって支えられ、医療保険の運営のあり方によって提供される医療の内容が変わる以上、医療におけるデータと、医療保険のみならず、国民の所得や生活に関する情報とが結びつけられ、相互に利用できる仕組みが形成されなくてはならない。

このような狭義の医療の範囲を超えたデータの活用は、社会全体のICT化にほかならない。わが国もそれを目指し、医療のICT化もその一環として位置付けられるべきものと考えが、具体的にそのようなICT社会とはどのようなものか。次に、先進諸国の例を紹介して、日本での可能性について論じることにはしたい。

### Ⅲ 海外の事例とわが国の現状

#### (1) 海外の事例——エストニア

北欧諸国やバルト3国の一つエストニアでは、すでに個人番号制度が定着し、個人番号を介して社会のさまざまな分野における合理化、効率化が進められている。そこで、ここでは、21世紀に入って以来、ICTによる立国を目指し、大胆な改革を進めてきたエストニアの状況について述べ、わが国も向かうべきと思われる社会像を示すことにしたい<sup>4)</sup>。

エストニアは、人口130万人ほどの小さな国であり、1991年にソ連邦の崩壊後独立した。それ以後、社会のICT化に力を入れ、近年になって世界も注目する改革を進めている。この国が、このような方向での発展をめざすようになった背景には、隣接するロシアとの歴史的関係がある。それについては略すが、この国がICT活用によって社会の合理化を図ろうとする背景には、そうした歴史的事情があることは指摘しておきたい。

この国では、国民各自が固有の個人番号をもち、わが国のマイナンバーカードと類似したIDカードによって、行政機関のみならず、社会のさまざまな場面で本人認証や電子署名を行う。国民の社会生活に関するさまざまなデータは、国や民間機関のデータベースに保存されており、それらのデータへのアクセスに個人番号が使われている<sup>5)</sup>。

そして、それらのデータベースは、X-roadと呼ばれるネットワークを介して結合できる仕組みになっている。X-roadに繋がっているデータ

<sup>4)</sup> エストニアのICT化e-estoniaに関しては、<https://e-estonia.com/>を、特にe-Healthに関しては<https://e-estonia.com/solutions/healthcare/>を参照されたい。

ベースには、住民登録や税等の行政情報はもちろん、銀行口座、電気等のエネルギー、電気通信、自動車登録、そして医療保険、健康情報(eHealth)等がある。それらを紐付けてデータを参照する場合には、厳重なセキュリティチェックが設けられていて、特定の資格のある者しかアクセスできない。

X-roadの仕組みの詳細については、筆者の説明能力を超えるので省くが、ここで強調しておきたいのは、こうした社会を形成した背後にある考え方である。この国では、国民に関する情報は、その国民に所有権があり、それをコントロールする権利も承認されている。

政府は、国民個人に関するさまざまな情報を収集し保有しているが、国民は、政府が保有し管理している自分の情報に対して、だれが何のためにいつアクセスしたか、を知る権利が認められている。したがって、自分の情報へのアクセス・ログを見て、不審なアクセスがあったときには、アクセスした者にその理由を問い糾し、納得できないときは刑事告発することができる。

同国の説明書によれば、政府は国民のさまざまな情報を収集し保有する権限があるが、国民も自分のどのような情報を政府が保有し、どのように使っているかを知る権利がある。この権利の行使を現実的に可能にする最適の方法がICTによる情報の管理であり、民主主義の実現において非常に有効な方法である、という。わが国では馴染みのない考え方であるが、医療分野を含め、この国のICT化の基底にはこうした考え方が貫かれている。

医療の分野では、eHealthという名称の下、国民の健康データがクラウドのデータベースに保管されており、国民は病気等で医療機関に行くと、IDカードを示して診療を受けることができる。診察する医師は、その個人番号を介して、その患者のこれまでのカルテそのほかの健康データにアクセスすることができ、診察後その結果を入力すると、それがその患者のデータに書き加えられ、

それはアクセスする資格をもった国内の医師ならばみることができる<sup>6)</sup>。

eHealthの考え方は、個々の患者に対する診療の質を高めるだけでなく、匿名化された上で、ビッグデータとして医学研究や医療政策の策定に用いられることである。同国がめざすeHealthの目標はdata-driven and personalized health careであり、その説明フレーズを使えば、“Every encounter creates data…Every individual (patient) is a potential research subject” というまさに個別の診療行為が自動的に研究のためのデータとなり、研究成果がまた各患者の診療に反映されるという状態である。

エストニアのeHealthの具体的な構成については<図2>を参照されたい。この図からわかるように、これらの情報は、狭義の医療の分野だけではなく、医薬品の処方やほかの行政、民間企業情報とも結合されている。

エストニアではどのように費用負担と結合されているかはわからないが、そのような結合の例として、筆者自身が知っているのが、スペインの事例である。スペインのアンダルシア地方では、処方薬は、IDカードを示すことでこの調剤薬局でも購入することができるが、その場合の自己負担額は、前年度の年収によって異なっており、それは薬局での支払の際に自動的に調整される。

つまり処方に関する医療情報と所得情報(ないし課税情報)とが結合されているのであり、例えば年金生活者は、薬局で支払う段階で10%の自己負担額が請求され、高額所得者は、より高い比率の自己負担を請求されるのである。それが自動的に調整される仕組みになっており、特に高齢者の受診に関する負担の軽減に寄与しているといえよう。

このように、ICTの先進諸国では、医療に伴う負担について、所得と結びつけてきめ細かく調整することにより、医療や福祉サービスの質を維持しつつ、給付と負担の調整を行っている。わが国

<sup>5)</sup> 近年では、IDカード以外にも、スマートフォンや携帯電話のSIMカードも、IDカードと同等の本人認証や電子署名のツールとして使われるようになってきている。

<sup>6)</sup> 本人が希望するならば、過去の特定の診療情報へのアクセスを認めないオプトアウトも認められている。

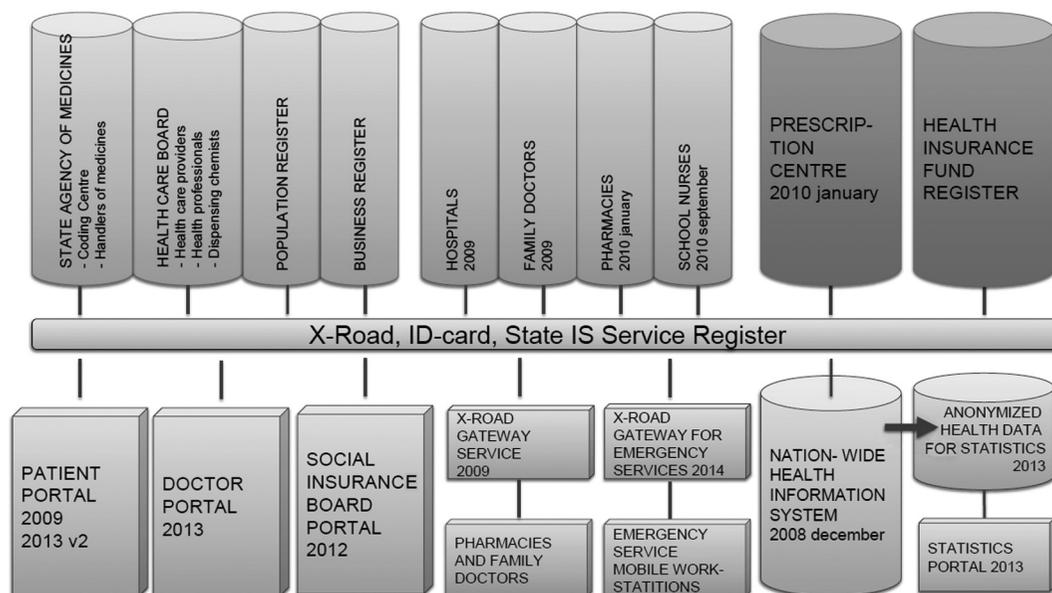


図2 Estonian eHealth architecture

も、これからの医療保険財政の状態を考慮して、こうした仕組みの導入を図るべきと思うが、現状はどうなのか。

(2) わが国の現状

第1に、先に述べたように、わが国では医療のICT化に関してグランドデザインといえるような包括的な構想がなかった。個別の分野や特定の目的のために作られたデータベースは多く、それぞれは貴重なデータである。また優れた医療機器も開発されている。だが、すでに述べたように、またエストニアの例で紹介したような、国全体としてICTのシステムをどのように構築していこうとするのか、国民に対する医療の質の維持・向上を図り、保険システムを持続可能な状態にするために、ICTを社会全体としてどのように活用しようとしているのか。そうした観点に立ったグランドデザインはこれまでなかったといえよう。

医療分野に限っても、データの標準化や結合が進んでおらず、個別の医療機器等の開発にはすばらしいものがあるが、総体としての位置づけや開発に合理的な資源配分がされているかという点、

そうとはいいたくない。

特に、前述のように、各種のデータベースを結合する番号制度が存在していないため、ライフストーリーとして健康状態を記録し、それを日常的な健康管理や治療に活用することができない。

2015年こうした状況を改善するために、厚労大臣の下に保健医療分野におけるICT活用推進懇談会が設置され、翌年これからの医療分野におけるICTのあるべき姿について提言を行った。それについては次節で述べる。

第2に指摘したいのは、日本に独特の個人情報保護のあり方である。個人情報重要であることは言うを俟たず、国民の権利として、他人に知られたくない情報は保護されなくてはならないが、過度に個人情報を保護することは、上述してきたようなデータの収集、連携を困難にし、それが医療の質の向上や医学研究の進展、さらには医療財政の効率化の障害となる可能性は否定できない。

2017年5月に施行された個人情報保護法の改正法では、一方でビッグデータの活用を促すとともに、他方では保護対象としての個人情報の範囲を拡大した。その結果、病歴も、本人の同意を要す

る要配慮保護情報とされたが、現実の問題として、在宅医療が推奨され、認知症の単身ないし夫婦のみの世帯の増加が予想される時、この同意の必要を厳格に解釈するならば、在宅医療も地域包括ケアも大きな制約を受けることになりかねない。

運用上、十分な配慮がなされるべきと考えるが、医療の現場において判断を明確に行えるようにするためにも、医療介護等の分野に関しては立法上の解決を図るべきであろう。特にわが国の場合、実質的に保護すべき情報の内容に基づいてアクセスや医療を制限するのではなく、それに結びついた外形的な個人情報規制の対象にしているため、本来守るべき範囲を超えて利用が制限されているように思われる<sup>7)</sup>。

### (3) 保健医療分野におけるICT活用推進懇談会提言

上述のように、2015年11月に厚生労働大臣の下に設置された「保健医療分野におけるICT活用推進懇談会」では、長期的な展望の下に、精力的にこれからのICT活用のあり方について議論し、2016年10月に提言をまとめた<sup>8)</sup>。

この提言は、既述のようなグランドデザインが存在しないことを踏まえて、わが国の医療がめざすべき基本的な価値を明らかにし、その価値を実現するための手段としての価値軸、さらにそれを実現するための方法について述べている。

この提言では、2016年度からの工程表も付けられているが、基本的な中長期の将来像を描くことをめざしている。ICTの分野の技術革新等は著しく、具体的に詳細な技術論を展開することは、提言が時代遅れとなる可能性があるからである。

この提言では、その前に発表された「保健医療2035」のビジョンを踏まえて、ICTを活用した「次世代型保健医療システム」を提言した。具体的には、基本的な価値として、国民のWell-beingの実

現、すなわち「人々の様々な生き方に対応し、国民が健やかに暮らし、病気、ケガの際には最適な医療を受けられ、いきいきと活躍し続けることができる状態・社会」を置き、それを実現するために、次のような4つの価値軸を設定した。

①患者本位の最適な保健医療サービス Value for patient

②国民全員の主体的な健康維持 Value for people

③持続可能な保健医療提供システムの実現

Value for community

④医療技術開発と産業の振興 Value for service

それぞれ、個々人の状況に応じて最も適切な保健医療サービスを受けられる状態、すなわち個別医療の実現、生涯にわたって健康に生活することができる状態の実現、持続可能な保健医療提供システムの実現、そしてICTを活用した医療技術開発と産業振興の実現をめざした価値軸であり、上述した医療分野におけるICT活用の諸側面とほぼ重なるものである。

そして第2に、こうした価値を実現するために、「つくる」、「つなぐ」、「ひらく」という三つのキーワードで示された「次世代型保健医療システム」の構築へ向けたパラダイムシフトを提案している。すなわち、国民の健康状態に関するデータを一元的なデータベースに蓄積するのではなく、それぞれの目的に応じたデータベースとして作成することを推奨する。ただし、それらのデータベースを必要ときに連結統合できるような、保健医療情報をどこでも活用できるオープンな情報基盤を整備する。そして、その情報基盤を使って、行政、研究機関や企業等が必要なデータにアクセスし、医学研究やイノベーションのために活用できるようにする。

このうち、最も重要なのが、2番目の「つなぐ」機能をもった情報基盤であって、これを英語で表現しPerson centered Open Platform for well-beingを略してPeOPLEと呼ぶことにしている。これ

<sup>7)</sup> この論点に関しては、[特別座談会]「情報法制の現在と未来」宍戸常寿他（『論究ジュリスト』有斐閣、2017年冬号、No.20、170-194頁）を参照されたい。

<sup>8)</sup> 同懇談会については、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-jyouhouseisaku.html?tid=312619>を、提言に関しては、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000140201.html>を参照されたい。

は、先述したエストニアのX-roadに類似したシステムとすることができる。

この提言では、こうした次世代型保健医療システムを将来的に構築することの重要性を強調し、そのために、現在の技術的な課題等への対応策の詳細については具体的には触れず、例えば複数の様式が存在している電子カルテ等については、標準化の推奨に留めている。

今後は、この提言に基づいて関係行政機関で具体的な事項の推進を図り、これをグランドデザインとして、そのパーツの実現を図っていくべきである。その意味でも、冒頭に述べたように、わが国の医療分野におけるICT化は、本格的な活用の段階ではなく、それに向けてシステムや制度構築の動きが見られるようになったという段階でしかないということをしっかりと認識しておかなければならない。

#### Ⅳ 今後の課題と可能性

最後に、以上に述べてきたような保健医療分野におけるICT活用を進めていく上で、重要と思われる論点に触れておくことにしたい。

##### (1) 個人番号

その第1は、個人番号の重要性である。上述したように、国民全体の健康管理と医療の質の向上を図るには、個人の健康状態や病歴、治療の結果等を記録しておき、それを治療に際して参照し、また医学研究におけるデータとして利用できなくてはならない。要するに、PHRのシステムを構築することが必要である。

現在では、医療機関ごとにカルテが保存され、またそのほかの疾病や健康状態に関するデータベースが多数存在している。しかしながらそれらを特定の個人について統合し、PHRとして参照することはできない。理由は、存在しているデータベースを統合する際に必要となる結合のための鍵ともいべき個人番号が存在していないからである。

先述した懇談会の提言でも、こうした役割を果

たす個人番号の重要性が指摘されている。また、2014年に設置され、2015年に報告書をまとめた「医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会」において、医療等IDと称して、全国民に番号を付すことについては関係者間で合意が得られている。

この研究会では、医療等IDの具体的なあり方や付番の方法についてはのちの議論に委ねられていたが、それらの点については、2018年に設置された「医療等分野情報連携基盤検討会」において一応の結論が得られた。すなわち、現在世帯単位で付番されている被保険者番号を個人単位化し、それを医療等の分野における番号（「識別子」と呼ぶ）とするというものである。

この被保険者番号の仕組みは、マイナンバーを介してそれまでの被保険者番号と結合でき、医療機関が診療上、研究上必要とする場合には、厳格な情報管理の能力を有する「履歴管理提供主体」を通して、過去の治療歴等の情報を受けることができるようにするというものである。

現在、身分証明として広く利用されている保険証に示された被保険者番号を利用する点で、国民の理解も得やすく、かつ普及も容易であると考えられるが、「みえる番号」であることから、不適切な利用の可能性も否定できず、その利用に関しては一定の措置が講じられる必要があるとされた。

このように、医療等分野における番号制度の具体的な姿が示されたが、この種の番号の機能には、単に種々の医療情報を参照し統合するだけではなく、前述のように、今後は特に負担と給付の調整のために、所得情報やそのほかの生活状態や健康状態に関する情報とを結合する鍵として使用される可能性がある。また、緊急時、特に大規模災害時等、通信や電源が遮断された状況で、しかも多数の患者に対して治療を行わなければならない場合にも、機能するシステムであることが求められる。

そのような多様な場面における利用を考慮したとき、国民全員に付番されているマイナンバーおよびマイナンバーカードは汎用性が高いといえよう。だが、他面、汎用性が高く、各方面での利用

が可能であるがゆえに、個人情報保護の観点からは望ましくないとの意見もある。いずれにせよ、過度に複雑な仕組みは利便性を損ねることになりかねない。信頼できて、将来の可能性を拓く簡潔なシステムの構築をめざすべきである。

## (2) 個人情報保護

第2は、医療情報システムと個人情報保護との関係である。上述のように、データはほかのデータと結合することによって、その利用価値は高まる。医療分野に関していえば、医療の質の向上と医学の発展につながる。しかし、データの結合、連携は、それだけ個人を特定できる可能性が高まり、漏洩等による権利侵害のリスクが高まる。

このジレンマが、現在、医療分野におけるICT化の最大の問題の一つであるといっても過言ではない。ただ、あえていえば現在の個人情報をめぐる議論は、過度に権利保護に関する法律論に傾斜しており、本稿で述べてきた医療情報を活用することによって得られるメリットとの比較の視点が充分に取り入れられているとは思えない。

個人情報の保護は重要であるが、その本質は個人情報を特定することによってアクセスされる可能性のある「人に知られたいくない情報」の秘匿にある。現在の議論は、そのような実質的な権利の保護よりも、形式的な個人情報を過度に広範に保護する傾向があると思われるが、その点はともかく、仮にデータの結合範囲を拡大した場合、権利

侵害のリスクは高まるにしても、リスクの発現は必然ではない。

それゆえ、この議論は、可能な限りの制度的、技術的担保手段を講じた上でのリスクと、得られるメリットとの比較考量によって判断されるべきであろう。実際には、メリットについての評価との比較考量の試みがあまりにも少ない。もちろん、民間企業等による個人情報の濫用の危険等は防がなくてはならないが、その上で、どこまで保護し、どこから利用を認容するかは、広く十分な議論の上、政策的判断に委ねられるべきである。

こうした新たな制度の導入に際しては、費用対効果の評価をきちんと行うべきであって、“ゼロ”リスクを追及することは、大きなメリットを失う一方で、別のリスクを高める可能性がある。あえていえば、最小限のリスクは認容し、それが発現したときの救済方法を制度化した上で、メリットの最大化を図ることを検討すべきであろう。

以上、本稿では、医療分野におけるICT活用のあり方について論じてきたが、最後に、筆者の主張を述べておくならば、医療分野のICT化も社会全体のICT化の一環に過ぎない。医療分野を超えたグランドデザインを描き、それを踏まえた議論を展開することが重要ということである。

(2017年8月提出, 2018年10月加筆修正)

(もりた・あきら)

## Utilization of ICT and Big Data in Healthcare and Social Security

Akira MORITA\*

### Abstract

In recent years, utilization of Information and Communication Technology (ICT) in health care and social security has begun to progress. However, in the case of Japan, there is no grand design for ICT utilization in the whole of that field. With regard to the service of health care, it is important to gather big data, utilize ICT, and thereby analyze which we could not do so far, develop new treatment methods, etc. and then to make effective use of limited medical resources. In particular, when the sustainability of medical insurance finance is losing, in order to improve the quality of health care, to increase the efficiency of resource allocation, and to promote the development of medicines, etc., it is important to be able to combine patient information with other information such as citizens' health records and their financial capability. The system that enables such data coupling has already been in practical use in developed countries, and in Japan, the recommendations of the "Conference on Promotion of the Utilization of ICT in Insurance Medical Field" was presented in 2016. Although system standardization and problems concerning personal information have not been solved, to develop the system should be promoted based on comparative consideration of benefits and risks because of its large advantages.

Keywords : ICT, Big Data, Health Care Insurance, National ID, Personal Data

---

\* Professor, Department of Policy Studies, Tsuda University

## 社会保障における行政の情報提供と年金給付の教示義務

川久保 寛\*

### I 社会保障における行政の情報提供とその分類

社会保障における行政の情報提供は重要である。社会保障給付の多くが申請主義を採用するところ、行政の情報提供は受給に不可欠な対象者の申請行為の前提条件だからである。申請行為では、対象者が給付を受けられる地位にあることを認識し、受給のために必要な手続きを理解している必要がある。一方で、社会保障制度は複雑であり、何らの情報提供もなしに対象者が認識し必要な手続きを行えるかは疑問である。行政が情報提供を適切に行われなければ、対象者が権利行使する機会が失われかねない。

社会保障における行政の情報提供はいわゆる永井訴訟を受けて本格的な検討が始まった<sup>1)</sup>。永井訴訟第一審は憲法25条および社会保障制度の目的から「周知義務」を行政に課したうえで、義務違反を理由に損害賠償を認めた裁判例として著名である。一方で、控訴審が周知義務も損害賠償も否定したため、行政の情報提供をどのように義務づけるか議論が始まった。そこでは①対象者を限定せずに情報提供を行う「広報義務」(周知義務)、②個別具体的な対象者とやり取りを交わす「教示義務」に大別したうえで、「教示義務」の具体化に重点が置かれた。近年では、社会保障制度を受給するための申請行為に着目し、情報提供義務を申請前・申請時・受給権発生後に分けて詳細に検討する論考がある〔山下(2015) p.8〕。むろん、教示

義務では給付の種類や給付に必要な法律行為、行政との関わりといった法律関係の評価が重要であり、その解釈によって具体的な教示義務が導かれる。そのため、裁判例によって教示義務が明らかになる傾向にあり、統一的な基準があるとは言い難い〔山下(2015)、大原(2016)〕。

とはいえ、対象者が適時に申請を行えずに社会保障給付の受給が遅れたとしても、すべてが裁判になるわけではない。給付の起算点が申請時とは限らず、一定期間遡って給付を受けとることが可能であるためである。したがって、たとえ公務員が教示義務を適切に果たさずに申請が遅れたとしても、経済上の損害は生じないことがあり得る(むろん教示義務違反を理由に損害賠償を提起できる)。しかしながら、時効によって給付が限定される場合はそうではない。

### II 年金給付と時効

例えば永井訴訟で問題となった児童扶養手当は2年の時効である(児扶手法22条)。このため、申請が遅れた場合、申請した月を含んで遡及した2年分の給付にとどまる。この時効は社会保障給付によって異なるが、とりわけ対象者が多い年金給付において問題となり裁判例の蓄積がある<sup>2)</sup>。

年金給付を受ける権利は5年の時効である(厚年法92条)<sup>3)</sup>。年金受給権は基本権と支分権に分けられており、年金給付を受ける権利である基本権は「支給事由が生じた日」が起算点である。一方、

\* 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 専任講師

<sup>1)</sup> 永井訴訟の事実関係やその後の裁判例の展開など、詳細は後掲の拙稿「遺族年金に関する教示の誤りと国家賠償請求」を参照。

<sup>2)</sup> 詳細は堀(2017) pp.342-356参照。以下の記述では一時金等を除く。

各支払期に各月分の支給を受ける権利である支分権は各月に生じ、支払期日の翌日から起算される<sup>4)</sup>。つまり、基本権にかかる時効の起算点は申請の有無に関わらず不変であり、時効が進行する。そのため、申請を経て裁定を受けなければ年金受給に至らない制度上、申請が遅れば時効によって受給できない年金給付が生じる可能性がある。そこで、申請を適時に行えなかった年金給付の受給権者は、まず裁定を受けて時効にかからない給付を遡って受けたいと、時効によって受けられなかった年金給付を何らかの方法で得ようとしてきた。

なお、2007年から施行されている年金時効特例法は、年金の保険者が支分権の時効を援用しないこと、また時効利益を放棄できることを明文で認めている。年金時効特例法は年金記録問題を受けた立法であって、この規定は年金記録の修正によって受給額が変更された場合に時効によって給付の一部が受けられない事態を避ける目的である。したがって、支分権に時効を設けた目的から考えても、申請および裁定の遅れのために受給できない年金給付を持つ対象者には当てはまらない〔堀（2017）p.355〕。また、裁判例の中には再度裁定を受けることによって支給事由の発生日が変わり、遡及して受けられる給付が得られた事例があるが、障害年金の「障害認定日」の変更であり、解決方法としてはきわめて限定的であろう。

### Ⅲ 教示義務違反と国賠請求

こうしたことから、時効によって受けられなかった年金給付を持つ受給権者には給付相当額を国家賠償訴訟によって得る途が残される。国賠訴訟では、①公務員の教示義務違反によって申請が遅れたと認められ、②その公務員の教示義務違反

が国賠法上も違法であるとされれば、損害賠償を受けられる。

しかし、超えるべきハードルは多い。まず、立証と事実認定の問題がある。受給権者が申請に至っていない現在の状況があったとしても、それがかつての教示によるのか、受給権者の理解力不足や勘違いといったほかの理由によるのかは、窓口への訪問や公務員との実際のやり取りなどの事実認定にもとづいて判断される。国賠請求が認容された裁判例では実際のやり取りや時間などが認定されており、書証や人証といった立証が重要となる。なお、教示の不存在と教示の誤りは理論上異なるが、裁判例においては差異をもたらしてはいない。

また、社会保障給付の種類も問題となる。例えば、遺族厚生年金は法律婚ではない配偶者にも支給されるが、生計維持要件として充たすべき要件が複数ある〔黒田（2017）p.108〕。そのため、窓口でのやり取りは詳細なものになり、窓口を複数回訪問することや必要な書類を対象者が作成・提出することもありえよう<sup>5)</sup>。一般に、複雑な社会保障給付であるほど対象者が理解して適切に行動するためには公務員の教示が懇切丁寧であることが求められるが、対象者もまた情報を提供する立場にある。その場合、教示義務として公務員に課される義務は、社会保障給付の種類やそれにもとづく情報提供のあり方によって異なる可能性がある。

さらに、教示義務違反と国賠法上の評価も問題となる。教示の誤り・不存在はそれ自体問題であるものの、それが国賠法上の違法となるかは別個の問題である。とはいえ、管見の限り、裁判例では教示義務違反を認めつつ国賠法上の違法性を否定した裁判例はない。むしろ、近年の裁判例を見る限りでは、判示部分において国賠法上の違法性

<sup>3)</sup>2017年の民法改正で時効も改正されたが、個別の社会保障法の適用がある社会保障給付には影響がないと思われる。

<sup>4)</sup>裁判例は分かれる〔菊池（2018）p.177〕。

<sup>5)</sup>実務上、申請行為ではなく相談の課程で書類の作成や提出を行い、受給の可否について検討されることも多い。事前に受給を判断して申請手続きを教示しなかったことが問題となった裁判例として名古屋高裁金沢支判平成17年7月13日（判タ1233号188頁）参照。

を詳細に検討するものではなく、個別の社会保障法における教示義務違反をもって比較的容易に認められるようになってきたと思われる。

#### 参考文献

- 大原利夫 (2016) 「社会保障法における個別の情報提供義務について」『法学志林 [法政大学]』113巻3号, pp.115-152。  
菊池馨実 (2018) 『社会保障法 [第2版]』有斐閣。  
木下秀雄 (2008) 「社会保障法における行政の助言・教

- 示義務」『賃金と社会保障』1457・1458号, pp.25-34。  
黒田有志弥 (2017) 「遺族年金の法的論点と法政策」『社会保障研究』Vol.2, No.1, pp.107-109。  
堀勝 洋 (2004) 『社会保障法総論 [第2版]』東京大学出版会。  
—— (2017) 『年金保険法 [第4版]』法律文化社。  
山下慎一 (2015) 「社会保障法における情報提供義務に関する一考察」『福岡大学法学論叢』60巻2号, pp.235-263。

(かわくぼ・ひろし)

## 遺族厚生年金に関する教示の誤りと国家賠償請求

（東京地裁平成28年9月30日判決  
平成26年（ワ）10943号，損害賠償請求事件  
判例時報2328号77頁）

川久保 寛\*

## I 事実の概要

X（原告）は複数回にわたって社会保険事務所ないし年金事務所に遺族厚生年金の相談ないし申請に訪れた者であり，Y（被告）は国である。Xは昭和39年にAと婚姻をして2人に子どもを授かったが離婚し，Aは昭和62年に死亡している。

昭和58年，XはAの債権者から逃れるために離婚した。一方で，Xは毎日のようにAの住居を訪問して看病を行い，Aの年金とXの給料で生活費・医療費などを賄っていた。昭和62年8月にAは死亡し，XがAの同居者として届出をした。

平成4年6月，Xは長男とともに品川社会保険事務所を訪問し，60歳からの年金受給について質問した。あわせてAとの離婚について説明したうえで，生活が苦しいこと・形だけ離婚したこと・看病していたこと・医療費などを負担したこと・看取ったこと・結婚生活が20年に及ぶことを説明した。職員は離婚により遺族厚生年金をもらえないと回答したのみで，受給可能性について説明しなかった。なお，Aの死亡直後の昭和62年8月，平成2年5月，平成8年8月にも品川社会保険事務所を訪問し同様のやり取りを交わしていたが，遺族厚生年金の受給には至っていない。

平成11年10月，Xは長男とともに練馬社会保険事務所を訪問して上記と同様に説明したものの，職員はもらえないと回答し受給可能性についても

説明しなかった。

平成22年8月，X長男は練馬区役所の年金相談でXの状況を相談した。担当した社会保険労務士は，離婚していても同居していた証拠を集めれば遺族厚生年金を受給できる可能性があるかと回答した。そこでX長男は大田年金事務所を訪問したところ，職員から事実上の婚姻関係にある場合，遺族年金を受給できる可能性があるとの説明を受けた。

平成22年10月，XはAについての遺族厚生年金を請求した。厚生労働大臣は同年11月付で遺族厚生年金支給の裁定（受給権取得は昭和62年8月。平成17年7月分以前の年金は消滅時効が完成しているとして支払わない。）を行った。

Xは，複数の社会保険事務所の職員による誤った回答によって年金給付の請求ができず，のちに遺族厚生年金の支給裁定を受けたものの，年金の一部が消滅時効によって支給されず損害を被ったとして，国家賠償法1条1項にもとづき受給できなかった年金総額約2113万円および遅延損害金の支払いを求める訴えを起こした。

## II 判旨 請求一部認容（約1433万円分の請求を認める）

## 1 年金制度と教示義務について

「…社会保険事務所等で行われている年金相談は，被保険者の権利行使の要件となるものでも，

\* 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部 専任講師

被保険者の権利の内容に影響を与えるものでもなく、また、相談時に確認すべき内容が法令上定められているものでもない。

もともと、年金制度については、厚年法、国民年金法その他の関係法令に年金の支給要件、受給に必要な手続、受給額等の様々な事項が定められているが、その制度は複雑で一般人がこれを正確に理解することは困難なものであるから、社会保険事務所等で行われている年金相談は、被保険者の権利行使を容易にするための情報を提供する行政サービスとして、その役割は重要である。

これを踏まえると、年金についての相談を受けた社会保険事務所の相談担当職員は、年金相談の回答に当たって、関係法令、関係通知、被保険者の記録のほか、相談から聴取した情報に基づき、相談内容に応じた適切な説明をする必要があるというべきであり、少なくとも、相談者に対し、相談時点で聴取した情報に基づき、誤った説明や回答をしてはならないという職務上の法的義務を負うと解するのが相当である。』

## 2 XおよびX長男による説明内容と職員の教示

(遅くとも平成4年6月の相談においてXおよびX長男が説明した内容からすると)

「生計維持要件を充足することがありうると直ちに考えることができたか否かは不明であるが、配偶者要件充足の可能性を認識すべき状況にあった以上、もしそれに加えて配偶者としての生計同一要件が認められる可能性があるならば、XがAの遺族厚生年金を受給できる可能性がないわけではないと考えることも容易なことであったといえる。」

「実際…Xが平成22年10月15日に遺族厚生年金の支給を請求したところ、厚生労働大臣は支給要件を充足するとして遺族厚生年金を支給する旨裁定している…平成4年6月15日の年金相談時においても、配偶者要件充足の可能性を前提に、住所が住民票上同一であったか、同一でなければそれに止むを得ない事情があったかどうかなどについて本件担当職員が尋ねたとするならば、X及びX長男からは、生計維持要件(配偶者としての生計維

持要件)に何らかの関係のある事実関係について説明があった可能性がある。」

「このような事情の下では、平成4年6月15日の年金相談を担当した本件担当職員はXおよびX長男からの説明内容を踏まえ、配偶者要件充足の可能性を認識した上で、XがAの死亡時に離婚していた場合、原則としてAの遺族厚生年金を受給することはできないが、もし、配偶者要件及び生計維持要件を充足する事実関係が認められたとするならば、XがAの遺族厚生年金を受給することができる可能性もある旨説明すべきであったというべきである。しかし、本件担当職員は、このような説明をすることなく、また、配偶者要件や生計維持要件の充足に関する事情を聴取することもないまま、死亡時に離婚していたので遺族厚生年金はもらえない、遺族厚生年金を受け取る方法はない旨誤った説明、回答を断定的にしたものといえ、これは、職務上の法的義務に違反する国家賠償法1条1項の違法な行為に該当すると解するのが相当である。」

## 3 損害額について

「…Xが、平成4年6月15日の年金相談の後、速やかに遺族厚生年金の支給を請求すれば…平成22年の裁定では消滅時効が完成したために支給されなかった昭和62年9月分から平成17年7月分までの遺族厚生年金をも受給することができたこと認めるのが相当であり、時効消滅した昭和62年9月分から平成17年7月分の合計額が…違法な行為と相当因果関係にある損害といえる。合計額は…1772万8515円と認められる。」

「Xは…平成8年9月分から平成17年7月分までX自身の老齢厚生年金合計338万8646円を受給していると認められる。しかし、これは、仮に平成4年6月頃に、Aにかかる遺族厚生年金支給の裁定が行われていれば受給することがなかったものであり、これを…控除した1433万9869円が、本件でXがYに請求することが可能な損害額であると認めべきである。」

### Ⅲ 検討 判旨・結論ともに賛成

#### 1 はじめに

本件は、遺族厚生年金の受給をめぐる社会保険事務所職員による回答ないし説明（以下、「教示」という）に誤りがあったために請求が遅れ、消滅時効によって支払われなかった期間の給付相当額の国家賠償請求が認められた裁判例である。この裁判例を理解するにあたって、大きく2つの論点があると思われる。

1つは行政による教示の誤りとその責任である。これまで、社会保障における教示は国民全体が関係する一方で制度が複雑であることなどから重要とされ、主に裁判例を通じて義務づけの法的根拠や教示の程度が検討されてきた<sup>1)</sup>。しかし、教示や教示義務といった用語、裁判例の分類などに違いがあり、最高裁判例も存在せず、統一した見解があるわけではない<sup>2)</sup>。本件は、教示の誤りを職務上の注意義務違反としたうえで相当高額の賠償責任が認容された裁判例であり、これまでの学説および裁判例との関係を踏まえた検討をする必要がある。もう1つは年金における教示の誤りとその責任である。保険料の納付から給付までの期間が長期にわたる年金では、保険者である行政に対して被保険者は法的地位を有する<sup>3)</sup>。本件では被保険者は亡くなった元夫Aであり、Xは遺族厚生年金の受給権者にすぎないが、むろん裁定を請求する立場にある。また年金における教示をめぐる裁判例には一定の蓄積があり、検討しなければならない。

以下では、裁判例および学説を中心に検討し、これら2つの論点における本判決の評価を試みる。なお、本稿では公務員の発言について①対象を絞

らずに行われる情報の提供を「広報」、②市民に対する説明や問い合わせに対する回答を「教示」とし、主に②について検討する<sup>4)</sup>。

#### 2 行政による広報・教示と国家賠償請求

本判決は、平成4年2月の社会保険事務所職員の教示の誤りを認定し、その誤りがなければ直後に年金の請求ができたと推認している。

そもそも、回答や説明といった教示それ自体は非権力的な事実行為であり、抗告訴訟では争いにくい。そこで適法性を担保しつつ教示を行わせるために、職員に法律上の義務があることから適法に教示をすべきとすることや、法律上義務づけられていない場合であっても解釈論上義務づけられることが論じられてきた〔宇賀（1997）p.147〕。こうした考え方の先例として挙げられる裁判例が永井訴訟と障害者の割引をめぐる裁判例である。

##### (1) 永井訴訟と広報義務

永井訴訟は、児童扶養手当の受給をめぐる公務員の教示による請求の遅れが問題となった裁判例である。第一審（京都地判平成3年2月5日・判時1387号43頁）が憲法25条および社会保障の目的から（教示義務を含む）広報義務を法的義務と解して賠償請求を一部認めたことで著名である。第一審は、児童扶養手当が受給権者の請求がなければ認定されず給付されない認定給付主義を採っていることから行政庁による情報提供や相談が必要であり、憲法25条および児童扶養手当法を理由に「周知義務」という法的義務が課される、と判示した。一方、控訴審（大阪高判平成5年10月5日・判自124号50頁）は、広報・周知徹底を国の「責務」と認めつつも法的な義務ではないとして、賠償請求を認めなかった<sup>5)</sup>。

<sup>1)</sup> 近年の論考として大原（2016）、山下（2015）。

<sup>2)</sup> 山下はこれまでの裁判例および学説を踏まえた類型化を試み、申請前・申請段階・受給権発生後の3段階に分けつつ、申請前と申請段階は区分しがたいことを指摘する〔山下（2015）p.239〕。

<sup>3)</sup> 例えば、被保険者であることから資格の有無を問い合わせることができ、また年金機構から定期的に届く年金定期便によって保険料の納付状況や老齢年金の見込み受給額などを知ることができる（厚生年金法31条1項、31条の2）。

<sup>4)</sup> 木下はドイツ法を参照して「広報」「助言」「教示」を論じる。それによれば、包括的かつ合目的に教えることが「助言」、他機関への案内などが「教示」であり、いずれも本稿にいう②である〔木下（2008）〕。

永井訴訟は行政庁ないし職員に対する相談がなく、また教示より広報が問題になった事案である〔大原（2016）p.119〕。むろん、広報が十分に行われていれば、受給権者による能動的な請求だけではなく、たとえ相談時に誤った教示を受けたとしても正しい行為を取ることも期待できる。しかし、広報義務が認められるか、さらに不十分であった場合に損害賠償が認められるかどうかは法律上の根拠規定がなければ難しいとも考えられ、評価が分かれた<sup>6)</sup>。また、永井訴訟控訴審が広報義務を認めなかったこと、むしろ実務上は広報よりも教示が権利行使に影響を及ぼすことから、広報義務と教示義務を分けた議論が始まった<sup>7)</sup>。

永井訴訟の後、介護者に対して国および県が支給する介護慰労金について国家賠償が認められた裁判例（名古屋高裁金沢支判平成17年7月13日・判タ1233号188頁）がある。そこでは介護慰労金の支給に必要な事前調査で不支給と見込まれた原告に対して受給手続きを教示しなかったことが問題となり、控訴審は手続きを行ったとしても介護慰労金をもらえたか明らかでないとしつつ、受給手続きを教示しなかったことそれ自体を違法として賠償を命じた。そこでは、行政による支給手続きの教示は、手続的保障のために必要な措置を講じる「条理上の義務」であるとされている。この裁判例は、要綱にもとづく介護慰労金の支給手続きに行政手続法の適用はないとする一方で、法律上の根拠規定がなくても「条理上の義務」を指定して教示を義務づけた裁判例である。

このように、裁判例では、法律上の明文規定がない場合にも広報義務・教示義務を導いた裁判例があるものの、もっぱら広報ないし簡単な教示が問題となっており、また提供した情報の誤りよりも不存在が問題となっていた。学説では憲法25条や社会保障給付の目的から一定の情報提供義務を広報義務として認める見解があったが、それが個

別具体的な対象者への教示義務として認められるか、不十分なし不作為の場合に損害賠償が認められるか、争いがあった。さらに、行政と対象者との関わりの濃淡から、生活保護におけるケースワークなど長期的な関わりおよび情報のやりとりがある場合に情報提供に関する行政の裁量を統制しようとする視点が見られた〔木下（2008）p.32〕。

## （2） 社会保障における必要な情報と教示義務

そして、教示義務は身体障害者に関する交通費の割引をめぐる事案で再び問われることになった。この事案では身体障害者手帳を交付された際に介助者もJR利用時に割引を受けられることを教示されず、一定期間割引を受けないままであったことが問題となった。第一審が行政による教示義務違反を認定して国賠請求を認めたものの、控訴審で否定され、上告審で差戻しとなったことから注目された<sup>8)</sup>。

第一審（さいたま簡判平成19年9月28日・賃社1513号23頁）は、身体障害者福祉法の規定から行政による情報提供を公法上の義務としつつ、身体障害者が市町村と一定の関係に立った場合には信義則上不教示による損害賠償を認めようと判示し、手帳の交付時に介助者の割引について教示することが容易であったことから不教示による損害賠償を認めた。一方、控訴審（さいたま地判平成20年6月27日・賃社1513号28頁）は、割引それ自体はJRが実施することおよび身体障害者福祉法9条4項2号にいう情報の提供は援護に限られていることから、行政は情報提供義務を負わないとして損害賠償を認めなかった。そして、上告審（東京高判平成21年9月30日・判時2059号68頁）は同規定を「身体障害者の福祉に関し、必要な情報の提供を行うこと」と解したとしたうえで、身体障害者の移動の自由が憲法13条の保障に含まれ、行動援護

<sup>5)</sup> 批判的に検討する論考として木下（2008）。

<sup>6)</sup> 西村は明文の根拠がなければ広報義務を認めたいとする〔西村（2003）p.110〕。一方、木下は憲法25条および市民の関与・参加の観点から一定程度認められる可能性を論じる〔木下（2008）〕。

<sup>7)</sup> 山下は永井訴訟控訴審がその後の裁判例および学説に与えた影響を指摘する〔山下（2015）p.249〕。

<sup>8)</sup> 上告審について太田（2010）、木下（2010a）ほか。

として障害福祉サービスにも含まれることから割引制度についての情報を提供する法的義務があったとして、さいたま地裁に差し戻した。

この裁判例には、身体障害者福祉法の解釈に問題がある、割引制度の趣旨から憲法13条を持ち出すまでもないといった指摘があるものの〔太田(2010) p.311。太田も結論には賛成する〕、法律上の諸規定を解釈して教示義務が認められること、さらに問題となった情報の位置づけから具体的に義務づけられることを明らかにしたと評価できる〔山下(2015) pp.249-250〕。このことは後に検討する裁判例すべての前提となっている。

### (3) 小括

したがって、本判決が厚生年金法の具体的条文を挙げずに教示義務を法的義務としたことは直近の裁判例に沿ったものである。一方、厚生年金法には情報提供に関する条文があり、それらを挙げずに解釈上義務づけたことは本判決の特徴である。これは、広報や一方的な情報提供ではなく、対象者と情報のやり取りを行うことを前提に具体的な教示義務を示したことと関係する(判旨1)。すなわち、年金相談において遺族厚生年金を教示する義務がすぐ導かれるわけではなく、XおよびX長男による質問や説明によって遺族厚生年金の受給要件を充足する可能性が高まり、それを理解できる立場にある年金事務所職員に遺族厚生年金についての教示義務が発生することになる。このことは、法律上の規定の有無のみで教示義務の有無を判断できないことを明らかにしたことに加えて、行政と制度の対象者<sup>9)</sup>との関わり、とりわけ対象者による情報提供が必要十分になされた場合に、公務員により高度な教示義務が発生する可能性を持つ。その背景には、X側の法的状況に変化がなく、XおよびX長男が複数回にわたってほぼ

同じ内容を質問ないし説明していたと事実認定されたことを指摘できよう。

### 3 年金における教示の誤りと国家賠償

年金における教示の誤りを理由に国家賠償訴訟が行われた裁判例には一定の蓄積がある。そこでは広報を行わなかった場合は法的責任を問いが、教示を行わなかった場合は規定がなくとも条理にもとづいて法的責任を問うると理解されている<sup>10)</sup>。

また、年金では国民年金について市町村が相談窓口を設置していることから、相談窓口と給付を決定する機関が異なることがありえる。その場合、相談窓口における教示、とりわけ給付の可否についての教示はあくまで“予想”に過ぎず、権限を持つ行政の判断ではない。むしろ、このこと自体はこれまでに述べた裁判例の一部にも当てはまるが<sup>11)</sup>、年金をめぐる事案では顕著であり、さらに不服審査等の手続保障の点でより重要である。

#### (1) 教示義務と手続き保障

典型的な事案は障害基礎年金の教示に誤りがあり、請求の遅れおよび裁定の遅れが問題となった裁判例である<sup>12)</sup>。第一審(東京地判平成20年4月18日・LEX文献番号25471491)は、原告の主張する相談および申請の不受理なる行政行為のいずれも事実認定できないとして賠償請求を棄却した。一方、控訴審(東京高判平成22年2月18日・判時211号12頁)は相談および誤った教示を事実認定したうえで、窓口における教示で年金の裁定を受ける機会を失わせてはならなかったにもかかわらず、町職員が障害者手帳のみを確認して誤った教示をしたために裁定が遅れたとして、憲法25条2項ならびに障害福祉および地方自治の理念から職務上

<sup>9)</sup> 行政と関わりを持っている者、すなわち社会保障制度の受給権者だけではなく親族や代理人等を含むと考えられる。一方、本判決はあくまで教示義務にとどまるため、市民を対象者とすることはできない。

<sup>10)</sup> 堀は「広報」、被保険者等への「情報提供」、個々の相談の際の「教示」に分ける。そして情報提供には規定があるものの、教示には直接かわる規定がないとする〔堀(2017) pp.126-127〕。

<sup>11)</sup> 管轄が異なる窓口で情報提供を受けた場合などが想定される。

<sup>12)</sup> 年金は法律に定める要件を充足した場合であっても、請求を行わなければ給付を得ることができず、請求および裁定は重要な法律行為である〔堀(2017) p.235〕。

の義務として課される教示義務に違反したことを理由に賠償を認めた。

この事案では医師の診断書などから当時の障害の状況が明らかになっており、障害基礎年金の受給要件を充たしていた。にもかかわらず町職員による誤った教示のために社会保険事務所での請求を行うことができなかったことは、手続保障の観点からも問題である。しかし、手続保障について的一般法である行政手続法に違反した場合の法的効果は通常行政処分の違法性の認定であり、損害賠償はあくまで付随的なものにとどまる〔宇賀(2015) p.459〕。そのため、これまでの裁判例では国賠請求を通じて、もらえるはずであった金銭給付が求められてきた<sup>13)</sup>。

実際、この事案でも裁定が遅れて消滅時効にかかった約15年分の年金給付を求め、控訴審でその分すべてが認容されている。障害基礎年金と遺族厚生年金という違いはあるもの、この事案は①ある時点で法律関係が確定して給付要件を充たしていたこと、②裁定が遅れて消滅時効にかかった分すべてが認容されたことなど本件と類似する。そして、いずれにおいても事前に相談が存在し教示に誤りがあったことが認定されている。

## (2) 相談の有無と法律関係の評価

そこでは相談時の法律関係が重要な要素となる。すなわち、当時すでに受給要件を充足しており、あとは実際に給付に至った相談ないし教示以前に相談があったという事実認定がなされれば、相当高い確度で誤った教示が認められ、もって国賠請求が認められる可能性があるからである。また、年金制度は社会保障制度においても複雑な制度であり、納付状況や支給額などの情報が保険者たる年金機構にのみ存在する<sup>14)</sup>点で、教示がより重要とされる〔堀(2017) p.126〕。実際、遺族年金や障害年金の受給要件の充足は判断が難しく、通

知によって周知が図られているものの、相談を受ける年金機構職員などであっても比較的誤りやすい事柄である。

実際、障害年金の受給要件を充たしていたにもかかわらず、誤った教示によって裁定が遅れたことが問題となった裁判例(東京地判平成24年9月27日・LEX文献番号25496527)がある。とはいえ当該事案では、再裁定によって年金受給基本権の発生日がずれて遡及した給付が増えたことおよびそれによって損害が慰謝され<sup>15)</sup>、かつ国賠請求の時効が経過していることから訴えは棄却された。また、例外的に教示の内容そのものを争った裁判例(金沢地判平成23年4月22日・LEX文献番号25480881)もある。遺族厚生年金と児童扶養手当の併給が問題となった事案で、年額35,000円余りの遺族厚生年金の受給によって22カ月分の児童扶養手当87万円余りの返還請求を受けたために、原告は併給禁止規定の違憲性や返還請求の取消しなどとあわせて、社会保険事務所職員には児童扶養手当の支給が止まることを教示すべき義務があったと主張した。裁判所は、併給禁止規定が合憲であり制度上併給が禁止されることから、原告がより高額の金銭給付を得るために児童扶養手当を選択すべきと教示すべき義務はないと判示した。

## (3) 小括

このように年金における教示の誤りをめぐる裁判例は、損賠賠償が認められなかった事案も相当数あるがその多くは事実認定されなかったためであり、教示義務そのものを否定する事案は例外的である。そして、訴訟になった事案に限られている可能性はあるが、遺族年金や障害年金といった相対的に少ない対象者が関わる年金給付で教示義務の「内容」が問われてきた。

すなわち、遺族厚生年金が問題となった本件は、受給要件が複雑で受給可能かどうか判断がづ

<sup>13)</sup> 一方、前述の介護慰労金をめぐる裁判例は慰謝料のみ認めた裁判例である。

<sup>14)</sup> 年金定期便は実際の納付とタイムラグがあり、あくまで見込みの情報に過ぎない。

<sup>15)</sup> 当初の裁定は平成19年5月に行われ、同月から受給権(支分権)が発生するとされた。原告が平成14年9月および平成16年3月に誤った教示を受けたと主張したところ、平成20年5月に再裁定が行われ、平成14年9月から発生し、同年10月分から支給を受けた。

きにくい事案である。特に、遺族年金では家族間の法律関係だけではなく事実関係が問題となるところ、本件は事実上の婚姻関係にもとづいた配偶者要件および生計維持要件が問題となっており、それらは遺族年金の受給要件としては一般的なものである（判旨2）。したがって、遺族厚生年金の受給可能性を確認するためには、対応した職員は質問ややり取りを重ねる必要があり、それらは教示義務として具体的に果たすべき内容であった。本件ではXおよびX長男の説明が相当詳細であったものの遺族厚生年金の申請に至っていないため、職員による対応の誤りが教示義務違反として認められることとなった。

一方で、本件はおおよそ15年にわたって都合5回、複数の年金事務所を訪問したもののいずれにおいても適切な教示を受けることができず、結局、年金相談で社会保険労務士による教示を受けて初めて請求に至っている。このことをもって、年金事務所職員が適切に教示することが難しい実情にあったと評価することもありえよう。しかし、公務員が備えるべき知識および果たすべき教示義務の程度は実情によって判断されるわけではなく、要件充足の判断が難しい年金の給付類型だからこそ払うべき注意義務が高くなり、対象者とのやり取りが必要になるといえる<sup>16)</sup>。認定された事実からは遺族厚生年金の受給に至らなかった事情が職員による教示以外に読み取れず、職員の誤った教示こそが原因と考えられる。

直近でも、障害年金をめぐる教示義務違反が比較的詳細な枠組みで認められた裁判例（前橋地判平成29年11月30日・LEX文献番号25549185）がある。そこでは、労災傷病年金の受給が確定した際に労基署職員から障害年金について教示を受け、平成18年3月に年金事務所を訪問した原告が30分にわたってやり取りを交わしたものの請求に至らず、平成24年12月になって請求したところ翌月からの障害年金が認められた。そこで平成18年4月分から平成24年12月分までの障害年金相当額を求

めて国賠請求をしたところ、裁判所は、相談内容を認めたとうえで手続きについて教示せず高圧的態度をとった当該職員の教示義務違反を認め、賠償を命じた。

一方で、この事案は本件と損害額の始点が異なることに注意が必要である。この事案は事後障害による年金給付であり、裁定では請求月の翌月からの支給が認められた。一方、裁判所は、昭和61年に事故で障害を負い平成15年にその障害によるけいれんで治療を受けていることから、平成18年4月時点でも申請が認められたと判示した。国賠訴訟では原因となった行政行為の取消は不可欠なものではなく、賠償によって損害が慰謝されればよいとされるため〔宇賀（2015）p.436〕、当該原告の選択による限りはこうした解決も認められよう。

#### 4 本判決の位置づけ

本判決の意義は下記のようにまとめられる。第一に、個別法の具体的な規定を挙げずに、年金制度から教示義務を認めたことである。第二に、教示義務を具体化し、公務員が対象者とやり取りを交わすことを前提に事情聴取や情報提供といった具体的な行動が求められるとしたことである。これらはこれまでの裁判例および学説でも検討されており、妥当なものといえる。

第三に、（当てはめの部分ではあるものの）具体的な義務違反を導出するために、対象者とのやり取りの事実だけではなくその内容の認定がされたことである。これまでの裁判例でも職員の対応の事実や内容が争われてきたが、本件も同様である。教示義務違反を争う場合には、できるかぎり内容を立証しなければ具体的な教示義務を争い難い。とはいえ、やり取りの事実のみの認定にとどまったとしても、対象者の置かれた状況や窓口職員の持つ権限、果たすべき役割などから、教示義務違反を認める余地は否定できない<sup>17)</sup>。

第四に、教示義務違反による損害賠償は、もら

<sup>16)</sup> 特別児童扶養手当をめぐる教示義務違反が争われた事案では、援助制度の有無を問うた5分程度のやり取りであっても、公務員が聴取をすれば手当受給に至った可能性があるとして損害賠償を認めた。大阪高判平成26年11月27日（判時2247号32頁）、大阪地判平成25年1月10日（LEX文献番号25545478）。

えるはずだった年金給付額を基礎に算定されたことである。行政手続法の適用如何にかかわらず手続違反では慰謝料相当の賠償もありうるどころ、年金における消滅時効の援用について実務および裁判例が確定しつつあるなかでは、被保険者ないし受給権者に給付相当額を与える解決法として支持できる。

最後に、本判決は地裁判決であるため射程が直接及ぶものではないが、妥当しうるほかの事例を挙げる。本件は、具体的な制度についての教示義務をめぐる裁判例であって、広報義務には妥当しない。また、給付決定を行う機関の職員の教示義務として検討されており、窓口の案内等の情報提供義務とは事情が異なる。一方で、具体的な教示義務を導出する判旨によれば、ほかの社会保障領域、とりわけ生活保護におけるケースワーカーによる指導・指示とも重なりうる部分があると考えられる<sup>18)</sup>。少なくとも、給付を支給するかどうかの判断が難しいために対象者の情報を相当程度得なければならず、やり取りを重ねなければならぬ領域では教示義務が認められ、かつやり取りの態様によっては具体的な教示義務が行政に求めら

れると思われる。

#### 参考文献

- 宇賀克也 (1997) 『国家賠償法』 有斐閣。  
 — (2015) 『行政法概説Ⅱ 行政救済法〔第5版〕』 有斐閣。  
 太田匡彦 (2010) 「社会保障法判例」『季刊社会保障研究』 Vol.46, No.3, pp.308-316。  
 大原利夫 (2016) 「社会保障法における個別の情報提供義務について」『法学志林〔法政大学〕』 113巻3号, pp.115-152。  
 菊池馨実 (2018) 『社会保障法〔第2版〕』 有斐閣。  
 木下秀雄 (2008) 「社会保障法における行政の助言・教示義務」『賃金と社会保障』 1457・1458号, pp.25-34。  
 — (2010a) 「福祉行政の障害者割引制度の説明義務と損害賠償責任」『賃金と社会保障』 1513号, pp.4-9。  
 — (2010b) 「障害基礎年金と行政の注意義務」『賃金と社会保障』 1524号, pp.34-38。  
 堀勝 洋 (2017) 『年金保険法〔第4版〕』 法律文化社。  
 西村健一郎 (2003) 『社会保障法』 有斐閣。  
 山下慎一 (2015) 「社会保障法における情報提供義務に関する一考察」『福岡大学法学論叢』 60巻2号, pp.235-263。

(かわくほ・ひろし)

<sup>17)</sup> 最近、年金事務所における年金相談では相談目的や項目を選択する受付票を用いており、それによって相談の事実やその内容はある程度証明できよう。推認を重ねた救済を論じる論考として木下 (2010b)。

<sup>18)</sup> もちろん生活保護では憲法25条との関係ならびに指導・指示の後につづく処分を争いことから、本判決の論理がそのまま妥当するわけではない。転居と保護費支給をめぐる近年の裁判例として、さいたま地判平成25年2月20日 (LEX文献番号25445612)。

投稿：論文

## 機械学習による都道府県別医療費の分析

須田 茂夫\*

## 抄 録

本研究では、機械学習の手法であるランダムフォレストおよび回帰木により26の指標を用いて分析を行い1人当たり医療費の水準によりグループ分けを行った。その結果、医療提供体制である看護師数、病床数、医療機関数を基準に5つのグループに分かれた。

グループ別の平均値の比較により、医療費の高い地域ほど医師数、看護師数も多いが、それ以上に病床数が多いため、病床あたりの配置人員は手薄になっており、平均在院日数が長くなっていることが確認された。

また、1人当たり医療費の高い地域ほど介護サービス受給者数が多い傾向があるが、最も医療費の高いグループでは介護福祉施設定員およびサービス受給者数は中程度であった。そのほか、特定健康診査受診率、在宅死亡率が高いほど1人当たり医療費が低くなっていることが確認された。

キーワード：医療費の地域差、看護師、医療の供給体制、ランダムフォレスト、回帰木

社会保障研究 2018, vol.3, no.3, pp.403-415.

## I はじめに

財政健全化が重要課題とされるなか、医療費は年間約1兆円の増加が見込まれており、その適正化が求められている。都道府県別の1人当たり医療費は2倍近い差があり年齢構成を調整しても1.5倍程度の差となっており、このような地域差を縮小させることが医療費の適正化の目標とされている<sup>1)</sup>。また、医療費の地域差には「西高東低」という傾向があることも以前から知られており、全国で同一の診療報酬、医療技術の普及や制度の差がないと仮定されるにもかかわらず生じている地域

差とその傾向の要因については、先行研究においてさまざまな検証がなされてきた。

一般に医療費に影響を与えるものとしては、長期の時系列分析では高齢化や医療技術の進歩、クロスセクション分析による国際比較では所得水準などがあげられてきたが、国内における医療費の地域差は医療の供給体制、患者の受療行動等に起因すると考えられてきた〔郡司 (2001)〕。

特に、医療費と同様に地域差が大きく西高東低の傾向もあることから人口当たりの病床数の影響が大きいと考えられ〔府川 (2006)〕、前田 (1983) 以来、人口当たりの病床数が多くの研究で取り上げられてきた。同様に医療の供給体制に関するも

\* 日本経済政策学会、公共選択学会 会員

<sup>1)</sup> 「経済・財政再生アクション・プログラム2016」(経済財政諮問会議)。

のとしては、医療提供者間の競争が激しいこと〔中西(2001)〕、適用の判断基準が厳格でない薬剤など〔池田・望月(2001)〕、医療機関の属性(開設者、病床数、看護体制)によるもの〔泉田(2001)〕、医療における大きな設備投資がさらなる需要を誘発させていること〔郡司(2001)〕、また、患者の行動としては大規模な医療施設が選好されること〔青木(2001)〕などが指摘されている。

医療の供給体制以外の要因を検討したものとして、保健師数、保険事業費など保健行政について〔足立・赤井・植松(2012)〕、介護施設、健診受診率等について〔罫(2013)、印南(2016)〕がある。

これらの研究の前提となる有力な考え方は、医療提供者と患者との間の情報の非対称性を考慮した供給者誘発需要仮説である。誘発需要の生じるメカニズムにはいくつかの説があるとともに多くの実証研究があるが技術的な問題もあり現在も確定した結論はない<sup>2)</sup>が、実際の医療政策においても医療供給者の行動、提供体制に着目した施策が実施されてきた。代表的なものとして、公定価格のもとでの出来高払い制における過剰診療、老人医療費の無償化政策時代における病床の増加等が問題とされ、包括払い制の導入、病床規制等があげられる。

現在、2014年に制定された「医療介護総合確保推進法」により、各都道府県において「地域医療圏構想」の策定が進められ、病床の機能分化・連携の推進により病床数を適正水準にし、医療従事者の確保・育成することが重要課題とされている。

先行研究における分析方法としてクロスセクションによる回帰分析では、サンプル数が限られているため、特定の論点から導かれた少数の要因の影響を検証するものとなっており、多くの要因の影響力の大きさを総合的に比較するものとはなっていない。また、印南(2016)では、多重共

線性的問題があるため病床数と医師数のように相関が高い変数を同時に検証することも不可能であったことを指摘している。

時系列要素を含むパネルデータでは、観測数が増えるためより多様な要因を考慮した検証が可能であり、病床規制、診療報酬改定など制度変更による政策の効果も検証可能となる反面、現時点の問題点を把握するには適切とは言えない部分があると考えられる。また、集計情報を用いた医療需要分析は異時点間の推計結果が不安定になるという問題が指摘されている〔橋本・泉田(2011)〕。

本稿では、機械学習ないしはデータマイニングと呼ばれる手法である回帰木およびランダムフォレストを用いて分析を行う。

回帰木は、説明変数を値や範囲などで分割させ予測や判別のルールを構築し、「樹木」によって視覚的に表現する手法であり、分類木と併せて決定木と呼ばれるものである<sup>3)</sup>。この方式の統計学的基礎は、層別解析であり、これを多層的に適用するものである。樹木構造を成長させるための分岐点を算出する方法は種々のものがあるが、回帰木の場合は平方和の分解を利用する。

目的変数の偏差平方和を

$$DS = \sum_{i=1}^N (Y_i - \bar{Y})^2 \quad (1-1)$$

とする。ここでNはデータ数、 $\bar{Y}$ は平均値である。

任意の説明変数により2分岐させ、右に $N^R$ 個、左に $N^L$ 個のデータに分割し、それぞれの偏差平方和を求める。

$$DS_{TR} = \sum_{i=1}^{N^R} (Y_i - \bar{Y}_R)^2 \quad (1-2)$$

$$DS_{TL} = \sum_{i=1}^{N^L} (Y_i - \bar{Y}_L)^2 \quad (1-3)$$

これらより、元の偏差平方和と分岐先の平方和の

<sup>2)</sup> 井伊・別所(2006)、橋本・泉田(2011)。

<sup>3)</sup> 回帰木と分類木は、従来の多変量解析における重回帰分析と判別分析に相当するものであり、基準となる変数が連続変数と質的変数の場合に対応している。したがって、連続変数であるデータを分類処理したものは分類木ではなく回帰木となる。

合計の差を求める。

$$DS_{TB} = DS - (DS_{TR} + DS_{TL}) \quad (1-4)$$

これは、回帰木ではノード間平方和と呼ばれるものであり（分散分析では級間平方和）、説明変数による目的変数の分離の基準とされるものである。これを説明変数ごとに計算し、最大になるものにより分岐を進め、回帰木を成長させるものである。

この分岐を進め、どこまで細分化する（樹木を成長させる）かについて、回帰木では「交差妥当化」という方法により、最適な水準を決定する。これは、枝が複雑なほど詳細に特徴を捉えられるが、予測・分類の精度は低くなる（本稿の場合、1人当たり医療費により分割したグループ間の順位の子となる部分が多くなる。）というトレードオフ関係を利用したものである。

このような回帰木の特徴としてあげられる第一の点は、目的変数に対してグループ化が行われることである。同様な多変量データを用いたものとしては、クラスター分析等があるが、説明変数による類似度の高いものをグループ化しているものである。このため、回帰木では政策目標とされる変数によりグループ化することが可能であるのに対し、クラスター分析では政策目標となる変数の平均値等を事後的に算出、比較するものでしかない。

第二の特徴は、分岐が説明変数により直接行われ、グループ間の相違が明確である点である。機械学習の各種手法においては、「人口知能の闇」という言葉に示されるように判別・分類の方法が複雑・抽象度が高いため<sup>4)</sup>、解釈が難しいという問題が指摘されているが、この点で回帰木の明確さは大きな利点である。

第三の特徴は、分岐が進む中で、次に分岐の基準となる変数がグループにより異なることを示す点<sup>5)</sup>が大きな特徴である。この点は、本稿の分析

におけるように説明変数が互いに相関していると考えられるものの関係に踏み込んだ解釈が可能となる。

次に、ランダムフォレストは集団学習という必ずしも精度が高くない学習機の結果を統合・組み合わせることで精度を向上させる手法のひとつである。ベースとなるのは回帰木であるが、説明変数をランダムに抽出したデータセットを複数作り、それらについて回帰木を実行した結果から変数の重要度（寄与度）を算出するものである。

今回用いた回帰木等のデータマイニングと呼ばれる手法の一般的特徴ないし従来の統計手法の観点からすれば問題点としてあげられるのが、仮説検定手法がなく、結果の一意性・最適性が保証されていないという点である。回帰木では、この点について、先述の交差妥当化処理という、最適な分割数を決定する手法を備えている。また、ランダムフォレストによる変数選択は、回帰分析における赤池情報量基準による変数選択に相当するものと考えられる。本稿では、これらを併用することにより結果の妥当性・最適性を確保しようとするものである。

本稿では、まずランダムフォレストを実行し変数選択した後、回帰木を実行する。それにより作成される都道府県別の1人当たり医療費の水準のグループについて平均値による比較・検討を行う。この方法は、回帰木では、多重共線性が起こりにくいとされているため、これまで同時には扱うことのできなかった変数（医師数、看護師数、病床数等）を同時に用いての比較・検討が可能になる。

## II 分析

### 1 使用するデータ

本稿では、以下の変数の2014年（平成26年）分該当のクロスセクション・データにより分析を行った。

<sup>4)</sup> 例としてクラスター分析では、説明変数で構成される多次元空間上の距離によりグループ化される。

<sup>5)</sup> 回帰木の有効性が注目されるようになったものとして、住宅価格の分析があり、「小学校までの距離」といった個々の要素が、物件の規模（部屋数）により価格に対する影響が異なる点を示せることである。

目的変数は、都道府県ごとの医療費を検証するものとして、先行研究にならない地域保険である国民健康保険の厚生労働省「医療費の地域差分析」の基礎データを用いた。同データのうち「市町村国民健康保険」および「後期高齢者医療制度」と両方を合わせた「1人当たり実績医療費」（以下1人当たり医療費）の値を用いた。先行研究では、後期高齢（老人医療費）を対象に分析したものも多いが、本稿が対象とした2014年は、7対1入院基本料届出病床数が非常に多いことが特徴であり、看護配置基準が高い病床ほど後期高齢者の比率が低いことが確認されているため<sup>6)</sup>、目的変数は後期高齢に絞らず全年齢を対象としたものである。

説明変数は表1の26の指標を用いた。医療の供給体制に関するものとして、医療従事者（すべて

人口10万人当たり）である医師数、歯科医師数、薬剤師数を用いた。また、医療従事者のうち看護職員として看護師数、准看護師数、総看護師数（看護師+准看護師）、総看護師数に対する看護師の比率を用いた。看護職員に関して合成指標を用意したのは、本稿における分析において留意すべき看護師と准看護師との相違点として、7対1～13対1の高い入院基本料を算定する際に、看護職員の70%以上が看護師であることが要件となっているためである。

保健師も医療従事者であるが、後述の予防関連、健康指導の従事者としての側面もある。

医療施設関連のものとしては、病床数、医療機関数（いずれも病院と診療所を合わせたもので人口10万人当たり）を用いた。また、供給者誘発需

表1 説明変数一覧

| 変 数 名                                                                                    | 出 典                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 医師数（人口10万当たり）<br>歯科医師数（人口10万当たり）<br>薬剤師数（人口10万当たり）                                       | 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）         |
| 保健師数（人口10万当たり）<br>看護師数（人口10万当たり）<br>准看護師（人口10万当たり）<br>総看護師数（人口10万当たり）<br>総看護師数に対する看護師の比率 | 衛生行政報告例（厚生労働省）<br><br>*<br>* |
| 病床数（人口10万当たり）<br>医療機関数（人口10万当たり）                                                         | 医療施設調査（厚生労働省）                |
| 病床あたり医師数<br>病床あたり総看護師数<br>病床あたり看護師数                                                      | *<br>*<br>*                  |
| 介護サービス受給者総数（人口10万当たり）<br>介護施設サービス受給者総数（人口10万当たり）<br>介護福祉施設サービス受給者総数（人口10万当たり）            | 介護給付費実態調査報告（厚生労働省）           |
| 介護老人福祉施設定員（人口10万当たり）                                                                     | 介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）        |
| 特定健康診査受診率<br>特定保健指導実施率<br>メタボリックシンドローム該当者割合                                              | 特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）  |
| 老人クラブ会員加入率（対老年人口）<br>民生委員相談件数（健康・保健医療：人口10万当たり）                                          | 福祉行政報告例（厚生労働省）               |
| 在宅死亡率                                                                                    | 人口動態調査（厚生労働省）                |
| 65歳以上人口（千人）                                                                              | 人口推計（総務省）                    |
| 1人当たり県民所得（千円）                                                                            | 県民経済計算（内閣府）                  |
| 高齢者就業割合（65歳以上）対老年人口                                                                      | 社会生活統計指標－都道府県の指標－（総務省）       |

注1：出典欄の\*は他指標より算出したもの。

注2：介護関連と民生委員相談件数は人口当たりとするため、総人口（人口推計（総務省））を用いた。

<sup>6)</sup> 厚生労働省（2017）p.7。

要仮説の観点から、医療施設当たりの供給体制の手厚さを示すものとして、病床当たりの医師数、総看護師数、看護師数を用いた。

医療の供給体制以外のものとして、介護サービスの受給状況を示す介護サービス受給者総数、入院医療と関連が高いと想定される介護施設サービス受給者総数、介護福祉施設サービス受給数、介護福祉施設定員を用いた。予防、健康指導関連のものとして特定健康診査受診率、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者数を用いた。健康な状態の維持に対し、影響を与える可能性があるソーシャルキャピタルを示すものとして、老人クラブ会員数、民生委員相談件数（福祉関連）を用いた。そのほか、社会・経済関連の指標として、在宅死亡率、65歳以上人口、1人当たり県民所得、高齢者就業割合（65歳以上）を用いた。

## 2 ランダムフォレストおよび回帰木による分析

本稿で用いたソフトウェアは「R version 2.15.1 (2012-06-22)」であり、決定木 (mvpert) およびランダムフォレスト (randomForest) のパッケージを使用した。先に述べたように、ランダムフォレストと回帰木による以下の手順により分析をおこなった<sup>7)</sup>。

(1) すべての説明変数を用いランダムフォレストを実行、その際に生成する回帰木の樹木数は、システムの規定値である500を用いた。生成する樹木数の妥当性を検証する方法として、樹木数に対する平均2乗残差の挙動を示すグラフにより確認することとされており、本稿の分析では、約30本のあたりまで平均2乗残差が急減し、その後若干増えた後、約90本以降は定常状態となったので、生成回数は十分であると判断した。

(2) ランダムフォレストで重要度が高いことが示された変数により分割数の制限は設けず回帰木を行った。

(3) 「交差妥当化」確認は回帰木の枝の数とエラーの度合いを示すグラフをにより行うこととされているが、(2)の結果よりグラフを作成、確認したところ分割数は5が最適であると判断した。

(4) 分割数の制限を設定して回帰木分析を行った。

上記(2)～(4)を繰り返し、回帰木の分岐の状況から、分岐のために使用する変数の候補数は5つで十分であると判断し、ランダムフォレストでの上位5個のデータを用いたものを最終の分析結果とした。

(5) 回帰木分析により分岐したグループごとに各説明変数について平均値を算出した。

また、平均値は回帰木で用いた説明変数に加え、「医療費の地域差分析」にある平均在院日数および「市町村国民健康保険」と「後期高齢者医療制度」別の医療費の3要素（受診率、1件当たり日数、1日当たり医療費）と、病床機能報告制度による報告結果<sup>8)</sup>より、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の全体に占める比率（%）も用いた。

## III 結果

### 1 ランダムフォレストによる分析結果

図1は、ランダムフォレストにより算出された重要度をグラフ化したものである。「%IncMSE」とは、ランダムに抽出されたデータにより作成した回帰木に対し、抽出されなかったデータを当てはめた結果より算出される特徴量であり、「IncNodePurity」とは、枝を分岐させていく際の平均2乗誤差により算出された特徴量である。前者は試行処理をするため計算時間がかかるのに対し、後者は回帰木を作成する際の値を用いるので計算時間は短い精度は劣るとされている。

算出方法の違いにより結果は異なるが、重要度の高い上位5指標が、総看護師数、病床数、看護師

<sup>7)</sup> 回帰木、ランダムフォレストの原理や用語の詳細、分析方法については、金（2007）、下川他（2013）、豊田（2008）等を参照されたい。

<sup>8)</sup> 「病床機能報告制度による報告結果（2014年（平成26年）7月1日時点の医療機能別の病床数）について」平成27年6月15日 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 資料2-1 p.33（2017年11月27日最終確認）。

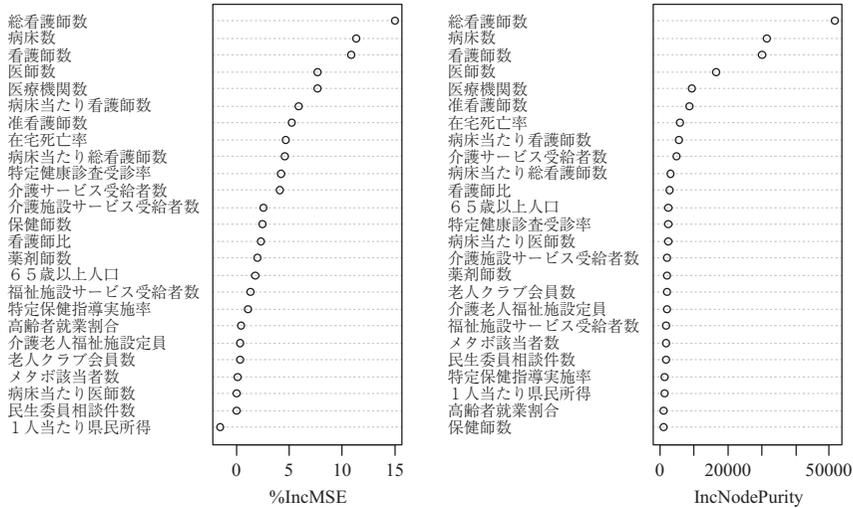


図1 ランダムフォレストによる変数重要度

数, 医師数, 医療機関数となり, すべて医療の供給体制に関するものとなった。これらの変数は, 1人当たり医療費に対する単回帰による決定変数も高く, 総看護師数 (0.84), 病床数 (0.84), 看護師数 (0.86), 医師数 (0.67), 医療機関数 (0.65) となっており, ランダムフォレストの結果もこれを反映したものとなっている。上位5指標については, 相互に相関係数の高いものが多く, 特に高いものは, 総看護師数と看護師数 (0.957), 総看護師数と病床数 (0.956), 看護師数と病床数 (0.915), 医師数と医療機関数 (0.808), 医師数と看護師数 (0.606) であり, 最低は医療機関数と病床数 (0.554) であった。医療の供給体制以外では, 在宅死亡率, 介護サービス受給者総数, 特定健康診査受診率, 民生委員相談件数などが高いものとなった。

2 回帰木による分析結果

ランダムフォレストの結果の上位5個を説明変数とし, 回帰木を行った結果が図2である。全体が5つのグループに分割され, 図下部にはそれぞれの1人当たり医療費 (単位 千円) に対する箱ひげ図が表示されている。

分岐の状況を確認すると, 最初に総看護師数で

2つに分岐し, 次にそれぞれのグループで病床数と看護師数で分岐し, 看護師数で分けられたグループでは, さらに医療機関数で分岐している。ランダムフォレストで影響が大きい3つの変数がまず分岐の基準となり, 次が医療機関となった。医師数はランダムフォレストの結果や決定係数では, 医療機関数よりも影響がやや大きいと考えられるが, 最後の分岐点があるグループ2, 3のみのデータに対しては, 決定係数が医師数 (0.43), 医療機関数 (0.59) であり, このことが影響し分岐点とはならなかったと考えられる。最初に2つに分岐した段階では宮崎県を除き, 一人当たり医療費の高低の2グループに分割されている。さらに分岐した先では, 全体での順位とグループの順位を比較すると, 入れ子になっている部分が生じ, 完全なレンジ分けにはなっていないが, 箱ひげ図の「箱」の部分はグループごとに異なる範囲に収まっており, 先述の「交差妥当化」処理の結果, 適切な回帰木の枝の剪定が出来たものと考えられる。

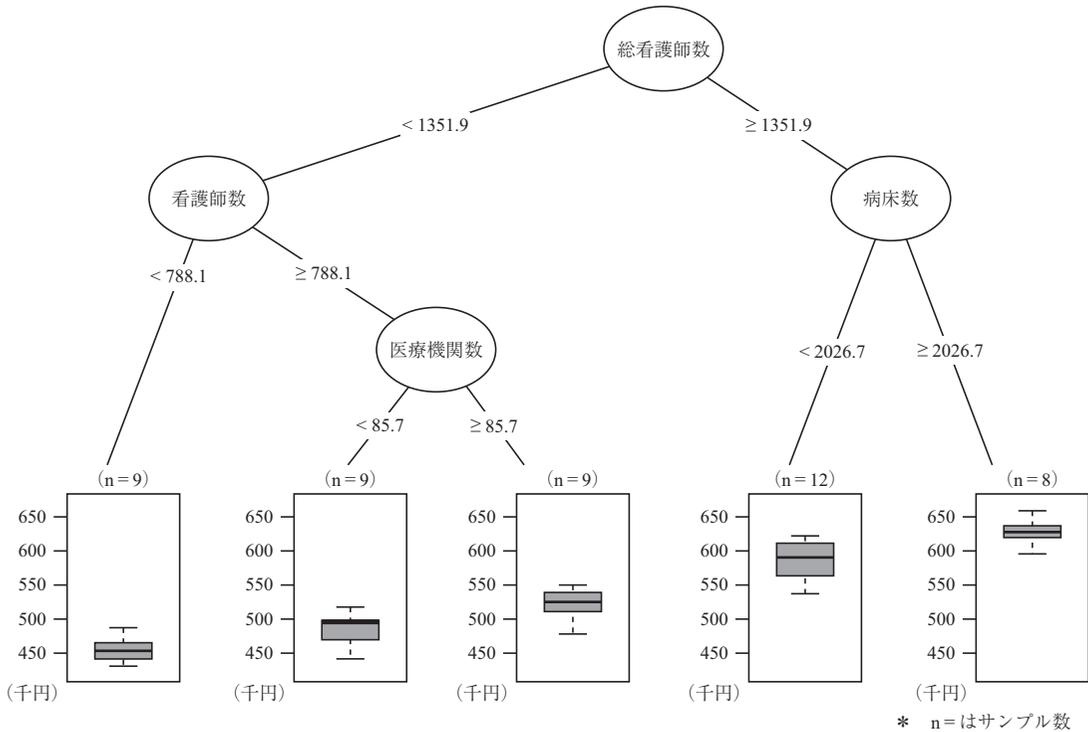


図2 1人当たり医療費の回帰木

### 3 グループごとの比較

表2は、回帰木により5個に分割されたグループを1人当たり医療費の低い順に1~5とし、グループ間の各変数の平均値をまとめたものである。グループ間の最下位と最上位の比率は1.37倍であり、グループ間の差は、回帰木の最初の分岐点である上位2つと下位3つの間で大きくなっている。グループ別の都道府県を見ると、秋田、北海道を除く関東、東北の各地域がグループ1および2となり、グループ5は四国、九州の各地域となり、いわゆる「西高東低」と呼ばれる傾向が当てはまっている。

人口10万あたりの従事者数は、総看護師数と保健師数がグループ2と3の間で逆転しているが、そのほかは医療費の高い地域ほど大きい値となった。

これとは逆に医療施設あたりの供給体制の手厚さを示す総看護師に対する看護師の比率および病

床当たりの各種人数は、医療費の高いグループ4、5で低い傾向があるがグループ1~3の間では、順位の比例・反比例の明確な関係はなかった。

平均在院日数は、市町村国保のグループ2と3が逆転している以外は、1人当たり医療費が高い地域ほど長いものとなっている。病床機能報告における病床種別を見ると、配置人員の低いグループ4、5では慢性期病床の比率が高くなっている。また、グループ1と2、3を比較すると病床当たりの看護師数は同程度であるがグループ1の医師数が多くなっている。また、グループ1の高度急性期の比率が5%高いが、逆に急性期病床が3~4%低くなっている。

医療費の3要素についてみると、受診率は「外来+調剤・後期高齢」以外は、医療費の高い地域ほど高く、差も大きなものとなった。1件当たり日数はグループ1~3では順位の逆転が生じているが、グループ4、5は順当に長くなっている。1日当

表2 グループ別平均値

| グループ         | 1                                                                                                                                                                                                                                                        | 2                                                                                                   | 3                                                                                                   | 4                                                                                                   | 5                                                                                                   |                                                                                                     |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一人当たり医療費（千円） | 456.77                                                                                                                                                                                                                                                   | 487.01                                                                                              | 522.09                                                                                              | 585.63                                                                                              | 627.02                                                                                              |                                                                                                     |
| 該当都道府県       | 宮城県<br>茨城県<br>栃木県<br>埼玉県<br>千葉県<br>東京都<br>神奈川県<br>静岡県<br>愛知県                                                                                                                                                                                             | 青森県<br>岩手県<br>福島県<br>群馬県<br>新潟県<br>長野県<br>岐阜県<br>滋賀県<br>沖縄県                                         | 秋田県<br>山形県<br>山梨県<br>三重県<br>京都府<br>大阪府<br>兵庫県<br>奈良県<br>和歌山県                                        | 北海道<br>富山県<br>石川県<br>福井県<br>鳥取県<br>島根県<br>岡山県<br>広島県<br>香川県<br>愛媛県<br>福岡県<br>宮崎県                    | 山口県<br>徳島県<br>高知県<br>佐賀県<br>長崎県<br>熊本県<br>大分県<br>鹿児島県                                               |                                                                                                     |
| 分岐基準         | 総看護師数（人口10万当たり）<br>看護師数（人口10万当たり）<br>病床数（人口10万当たり）<br>医療機関数（人口10万当たり）                                                                                                                                                                                    | 909.6<br>701.8<br>1034.5<br>74.8                                                                    | 1205.4<br>898.7<br>1318.2<br>77.9                                                                   | 1159.3<br>900.3<br>1360.8<br>95.7                                                                   | 1479.6<br>1084.2<br>1726.7<br>92.4                                                                  | 1732.6<br>1183.0<br>2259.2<br>100.7                                                                 |
| 医療提供体制       | 医師数（人口10万当たり）<br>保健師数（人口10万当たり）<br>総看護師数に対する看護師の比率<br>病床あたり医師数<br>病床あたり総看護師数<br>病床あたり看護師数<br>平均在院日数（市町村国保＋後期高齢）<br>平均在院日数（市町村国保）<br>平均在院日数（後期高齢）                                                                                                         | 214.4<br>33.6<br>0.78<br>0.21<br>0.88<br>0.68<br>34.0<br>29.1<br>38.0                               | 215.7<br>50.8<br>0.75<br>0.17<br>0.92<br>0.69<br>38.0<br>34.4<br>40.5                               | 251.9<br>42.9<br>0.78<br>0.19<br>0.85<br>0.66<br>38.1<br>33.2<br>41.3                               | 273.0<br>51.5<br>0.73<br>0.16<br>0.86<br>0.63<br>42.9<br>37.6<br>46.1                               | 284.6<br>54.5<br>0.68<br>0.13<br>0.77<br>0.53<br>50.0<br>44.7<br>52.9                               |
| 病床報告         | 高度急性期（％）<br>急性期（％）<br>回復期（％）<br>慢性期（％）                                                                                                                                                                                                                   | 0.19<br>0.48<br>0.08<br>0.25                                                                        | 0.14<br>0.52<br>0.09<br>0.25                                                                        | 0.14<br>0.51<br>0.09<br>0.27                                                                        | 0.15<br>0.44<br>0.09<br>0.31                                                                        | 0.09<br>0.42<br>0.12<br>0.37                                                                        |
| 医療費の三要素      | 受診率（入院・市町村国保）<br>受診率（外来＋調剤・市町村国保）<br>受診率（入院・後期高齢）<br>受診率（外来＋調剤・後期高齢）<br>1件当たり日数（入院・市町村国保）<br>1件当たり日数（外来＋調剤・市町村国保）<br>1件当たり日数（入院・後期高齢）<br>1件当たり日数（外来＋調剤・後期高齢）<br>1日当たり医療費（入院・市町村国保）<br>1日当たり医療費（外来＋調剤・市町村国保）<br>1日当たり医療費（入院・後期高齢）<br>1日当たり医療費（外来＋調剤・後期高齢） | 0.19<br>8.08<br>0.69<br>15.81<br>15.09<br>1.59<br>17.12<br>1.83<br>37163<br>13400<br>32524<br>14530 | 0.23<br>8.11<br>0.76<br>15.19<br>16.34<br>1.56<br>17.59<br>1.75<br>33557<br>13707<br>30950<br>14815 | 0.23<br>8.62<br>0.78<br>16.13<br>16.08<br>1.62<br>17.76<br>1.91<br>34962<br>13059<br>31475<br>13804 | 0.29<br>8.56<br>0.95<br>15.45<br>17.03<br>1.65<br>18.54<br>1.97<br>32286<br>13367<br>28935<br>14018 | 0.33<br>8.81<br>1.13<br>16.27<br>18.33<br>1.70<br>19.50<br>2.05<br>28809<br>12736<br>26694<br>12813 |
| 介護関連         | 介護サービス受給者総数（人口10万当たり）<br>介護施設サービス受給者総数（人口10万当たり）<br>介護福祉施設サービス受給者総数（人口10万当たり）<br>介護老人福祉施設定員（人口10万当たり）                                                                                                                                                    | 3231.7<br>833.0<br>434.3<br>354.6                                                                   | 4161.0<br>1111.8<br>562.6<br>449.7                                                                  | 4335.0<br>1099.0<br>586.0<br>471.6                                                                  | 4395.0<br>1220.2<br>602.8<br>480.7                                                                  | 4563.7<br>1286.2<br>578.6<br>457.8                                                                  |
| 特定           | 特定健康診査受診率<br>特定保健指導実施率<br>メタボリックシンドローム該当者割合                                                                                                                                                                                                              | 0.52<br>0.17<br>0.15                                                                                | 0.49<br>0.22<br>0.15                                                                                | 0.47<br>0.19<br>0.14                                                                                | 0.46<br>0.22<br>0.15                                                                                | 0.45<br>0.25<br>0.15                                                                                |
| 社会・経済等       | 老人クラブ会員加入率（対老年人口）<br>民生委員相談件数（健康・保健医療：人口10万当たり）<br>在宅死亡率<br>65歳以上人口<br>1人当たり県民所得（千円）<br>高齢者就業割合（65歳以上）対老年人口                                                                                                                                              | 18.4<br>420<br>13.88<br>0.25<br>3240.0<br>21.21                                                     | 20.4<br>312<br>12.33<br>0.27<br>2729.1<br>20.52                                                     | 19.1<br>245<br>13.50<br>0.28<br>2801.5<br>19.94                                                     | 19.1<br>266<br>10.77<br>0.28<br>2736.8<br>20.05                                                     | 9.7<br>171<br>9.30<br>0.29<br>2598.9<br>19.03                                                       |

たり医療費は、ほかに比べグループ間での順位の逆転が多いが、医療費の低い方の3グループが高くなっている。

介護サービスについては、受給者総数および施設サービス受給者総数は医療費の高い地域ほど多いが、福祉施設サービス受給者数と老人福祉施設定員は、グループ1~4では順当に多くなっているが、グループ5だけは中程度と低くなっている。

特定健診では、受診率が高いほど医療費が低くなっているが、保健指導実施率は逆の傾向がある。メタボリックシンドロームの該当者割合はグループ間の差は特になかった。

ソーシャルキャピタルを示す変数では、老人クラブ会員加入率ではグループ5だけが特に低く、民生委員相談件数が多いほど医療費が低くなっている。

社会・経済関連指標では、在宅死亡率が高いほど、65歳以上人口が低く高齢者就業割合が高いほど医療費が低いものとなり、1人当たり県民所得はグループ2と3が逆転している以外は高いほど医療費は低いものとなった。

また、65歳以上人口は、グループ1が低いが、ほかのグループ間は同水準となった。1人当たり県民所得は、グループ1と5が、1人当たり医療費とは逆に高低が目立つ結果となった。

#### IV 考察

これまでの分析により、以下の傾向が確認できた。図1では、総看護師数の影響が大きいものとなった。先行研究では、医療の供給体制の指標として病床数、医師数が用いられてきたが、診療報酬の算定において高い看護基準が新たに設けられたことが本稿での分析結果に影響していると考えられる。

図2の回帰木による分析において、最初に総看護師数で分岐した2つのグループにおいて、医療費の高い方では病床数、低い方では看護師数が医療費に与える影響が大きくなることを示唆している。なお、この3つの変数は相互に高い相関があるが、総看護師数のみを用いて回帰木分析を実行

したところ、2つに分岐した下位の分岐は医療費の水準によるグループ分けは適切に行えず、2つのグループでは、医療費の決定要因が異なるものであると考えられる。

表2においては、病床あたりの医師数、看護師数等は医療費の高い地域ほど小さい値となった。このことは医療費の高い地域ほど施設は多いが配置人員は手薄になっていることを示している。

平均在院日数は、これに対応し医療費の高い地域ほど長くなる傾向が確認できた。また、病床報告の数値を見ると、医療費の高い2つのグループは、回復期、慢性期の比率が高くなっている。ほかの3つのグループと比較すると回復期、慢性期は、ほぼ同水準であり、高度急性期と急性期の組み合わせで見ると、医療費の最も低いグループ1だけが高度急性期の比率が高くなっており、平均在院日数もグループ1が、ほかの2つのグループよりも短いものとなっている。

医療費の3要素についてみると、受診率のうち、「外来+調剤」は患者の自発的意思によるものと考えられるが、医療機関が多いことにより増大するというアクセスコスト低下説もあり、医療機関数はグループ1~5へと多くなっているが、受診率も順に高いものとなっている。「入院」については供給者からの誘発需要が生じる可能性が高いと考えられ、グループ1と5の差も大きなものとなっている。逆に、1日当たり医療費については診療密度の高いグループほど高い傾向がある。

介護サービスでは、介護福祉サービスの受給者数と介護福祉施設定員が全体の傾向とは別に、グループ5が低くなっている。介護サービスの提供は訪問・通所でも行われており、介護サービスの提供体制の状況については、本稿の検討対象外であるが、平均在院日数や病床報告に慢性期の比率が高いことを考慮すると、ほかの地域では介護施設で対応しているケースを医療施設で対応している状況が生じている可能性が考えられる。

これらの点を医療機関の経営戦略という点からみると、病床数を増加させることは現行制度上、困難であり、収益を向上させるためには看護配置を高くするということが一つの選択となる。医療

費の低い3グループでは、人口10万人あたりの総看護師数等は低い、病床あたりの配置人員が高く、また高い看護配置基準を適用するための必要から看護師の総看護師に対する比率が高くなっている理由であると推察される。また、この3グループは高度急性期と急性期の合計は、ほぼ同一であるが、グループ1が病床当たりの医師数が多く高度急性期の病床も多くなっている。医療費の三要素からみてもでは、入院については、1日あたりの医療費が高いが受診率、1件当たり日数は低くなっている。他方、医療費の高い2つのグループでは、総看護師数が多いが看護師の比率は低く、医療費の高い地域のほうが病床数も多く、療養系の病床が選択されていることが推察される。

予防については、特定健診受診率、民生委員相談件数は高いほど医療費は低く、これらの施策が一定の効果があると考えられる。生活習慣という点では、就業や老人クラブへの参加など、何らかの活動を行っていることが医療費を抑制する効果があると考えられる。

先に述べたように、本稿が対象とした2014年は、7対1入院基本料届出病床数がピークであったが、これは2006年（平成18年）4月に病床の機能分化を進める政策の一つとして創設されたものであるが、ほかの入院基本料と比較してかなり高いものであったため、当初は約4.5万床であったものが急速に増え、本稿が対象とした2014年には38万床を超え、その後は若干減少し2017年には36万床を割り込んでいる<sup>9)</sup>。Noguchi（2015）では、この変更の効果が政策当局の想定範囲を超え、医療機関が急速に高い看護配置の病床を増床したことを指摘している。

この入院基本料が導入される以前のデータを用い本稿と同様な分析をしたものとして、「平成19

年版 厚生労働白書<sup>10)</sup>があり、クラスター分析による47都道府県を10のグループに分け1人当たり老人医療費について検証している（使用データは2000～2005年）。この分析結果と比較を行ったところ、医療費の高い順の6グループ（21府県）は、大阪、京都、沖縄の3府県を除き本稿での医療費の高いグループ4、5に該当した。医療費の低い順の3グループ（22都県）は本稿での医療費の低いグループ1～3に該当し、3に該当した県は、全体の病床数が減少する中で、その数が横ばいになっている傾向がみられた。

2006年（平成18年）について、本稿で用いた上位5指標のみの簡略した分析をおこなったところ、同様に総看護師数で2分（上位は18県）され、次に医療機関数、医師数で分岐した<sup>11)</sup>。

1人あたり医療費に対して、単回帰係数を2006年と比較すると総看護師数、看護師数、病床数は係数の値が大きくなり、医師数は小さく、医療機関数は同じであった<sup>12)</sup>。

これらのことから、本稿における看護師総数で2分割される上位約20府県が医療費の高い傾向にあることは従前からの傾向であったと考えられ、看護基準の変更により影響度が大きくなったものと考えられる。

2つの分析について医師数、医療機関数の影響は目立たない結果となり、供給者誘発需要の観点からすればやや以外なものであるが、前述の看護基準の変更、過去におけるバブル期、病床規制前の駆け込み増床等、医療機関が経営戦略として行った行動からすれば、病床数、看護師数の医療費に与える影響が大きいことも妥当性があると考えられる。看護師については、以前から地域的偏在〔大石他（2001）〕と、その背景として、看護師養成機関の地域的偏在〔大石（2009）〕が指摘され

<sup>9)</sup> 厚生労働省（2017）p.14。

<sup>10)</sup> この分析は、みずほ情報総研(株)が2007年に行った「保健医療をめぐる現状とその要因の地域間格差に関する統計的分析」によるものである。

<sup>11)</sup> 1人あたり医療費が高い順に、①総看護師数 $\geq$ 1166.5、②総看護師数 $<$ 1166.5&医療機関数 $\geq$ 68.25&医師数 $\geq$ 211.25③総看護師数 $<$ 1166.5&医療機関数 $\geq$ 68.25&医師数 $<$ 211.25、④総看護師数 $<$ 1166.5&医療機関数 $<$ 68.25の4グループとなった。

<sup>12)</sup> 2006年から2014年の変化は、総看護師数（0.80 $\rightarrow$ 0.83）、看護師数（0.81 $\rightarrow$ 0.86）、病床数（0.81 $\rightarrow$ 0.84）、医師数（0.70 $\rightarrow$ 0.67）、医療機関数（0.657 $\rightarrow$ 0.659）となった。

ている<sup>13)</sup>。医師に比べれば地域間での人材の移動性が低いと考えられ、医療提供体制のなかでは調整が進みにくい部分であるとも推察される。

## V 結語

ランダムフォレストによる分析では、医療の提供体制が医療費の決定要因として重要度が高いことが示唆された。1人当たり医療費を目的変数とした回帰木によるグループ分けでは、グループごとの各変数の平均値が、比較的明瞭に1人当たり医療費に対し比例・反比例の傾向を示している。また、相互に相関が高い、医師数、病床数、看護師数を同時に取り扱ったことにより、人口当たりの医療提供体制が小さく、医療施設当たりの人員の配置密度が高いほど医療費が低いことが確認できた。

現在、「行政情報の見える化」、「エビデンスに基づく政策」といった観点から各種行政データが整備され、積極的な利用が進められている。これらを用いたランキング情報や機械的な等分割によるグループ間の比較よりは一歩進んだ政策の目標となる情報を提供する手段として、本稿で用いたランダムフォレストおよび回帰木の有用性は非常に大きいと考えられる。

しかしながら、本稿の分析で用いたには単年度のデータであり、グループ間の平均値の比較であるため、因果関係の特定など一般化しうるものではないので、分析方法の改善とともに、さらなる検証を重ねていく必要があると考えられる。

(平成29年12月投稿受理)

(平成30年7月採用決定)

## 参考文献

- 青木 研 (2001)「患者の行動による地域差」地域差研究会 (編)『医療費の地域差』東洋経済新報社。  
 足立泰美・赤井伸郎・植松利夫 (2012)「保健行政における医療費削減効果」、『季刊社会保障研究』, Vol.48 (3), pp.334-348。  
 井伊雅子・別所俊一郎 (2006)「医療の基礎的実証分析

- と政策：サーベイ』『フィナンシャルレビュー』, 2006年 (1), pp.117-156。  
 池田俊也・望月真弓 (2001)「薬剤費の地域差」地域差研究会 (編)『医療費の地域差』東洋経済新報社。  
 泉田信行 (2001)「医療機関の行動による地域差」地域差研究会 (編)『医療費の地域差』東洋経済新報社。  
 印南一路 (2016)「医療費と医療政策に関わる諸問題」政策シンクネット  
<http://thinknet.org/theme03/2016053016.html> (2017年11月27日最終確認)。  
 大石杉乃・内藤雅子・根岸龍雄 (2001)「看護従事者に地域差が生じた要因」『民族衛生』, Vol.67 (5), pp.206-218。  
 大石杉乃 (2009)「1974年から2006年における看護師・准看護師養成状況の地域差と経年的変化」『東京慈恵会医科大学雑誌』, Vol.124 (5), pp.201-212。  
 金明 哲 (2007)『Rによるデータサイエンス』森北出版株式会社。  
 郡司篤晃 (2001)「医療費の地域差研究とその意義」地域差研究会 (編)『医療費の地域差』東洋経済新報社。  
 厚生労働省 (2007)「平成19年版厚生労働白書」。  
 ——— (2014)「第1回看護職員受給見直しに関する検討会 平成26年12月1日 資料3-1」,  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf> (2018年5月25日最終確認)。  
 ——— (2017)「中医協・診療報酬調査専門組織 (入院医療等の調査・評価分科会) 平成29年6月21日 資料 (入-1)」,  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000168356.pdf> (2018年5月25日最終確認)。  
 下川敏雄・杉本知之・後藤昌司 (2013)『樹木構造接近法』共立出版。  
 豊田秀樹 (編著) (2008)『データマイニング入門』東京図書。  
 中西悟志 (2001)「医療施設の競争と医療費の地域間格差」地域差研究会 (編)『医療費の地域差』東洋経済新報社。  
 橋本英樹・泉田信行 (編) (2011) (編著)『医療経済学講義』東京大学出版会。  
 府川哲夫 (2006)「少子高齢化と医療費をめぐる論点と実証研究」西村周三・田中滋・遠藤久夫 (編著)『医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房。  
 前田信雄 (1983)「高齢者の入院医療費の高低に関する研究 - 地域差の分析 -」, 『季刊社会保障研究』, Vol.19 (1), pp.56-69。  
 罇 淳子 (2013)「老人医療費の都道府県格差に及ぼす要因の検討 - 老人医療費の多寡によるグループ分け

<sup>13)</sup> 厚労省 (2014) p.11, p.13人口当たり看護師数の多い地域ほど、養成機関の卒業生が多いため県内への就業割合が低い傾向が確認できる。

からみた分析-」, 『新潟青陵学会誌』, Vol.6, No1,  
pp.1-11。  
Noguchi, Haruko (2015) “How does the Price Regulation  
Policy Impact on Patient-Nurse Ratios and the Length

of Hospital Stays in Japanese Hospitals?”, *Asian  
Economic Policy Review*, Vol.10 (2), pp.301-323。

(すだ・しげお)

## **Analysis of Prefectural Medical Expenses Using a Machine Learning Approach**

Shigeo SUDA \*

### Abstract

In this research, Random Forest and Regression tree which are the techniques of machine learning analyzed using the index of 26, and the level of medical expenses performed the group division per person.

As a result, it divided into five groups on the basis of the number of nurses, the number of sickbeds, and the number of medical institutions which are medical care provision system.

With comparing the average value by each group, the higher the medical expenses is, the more the number of doctors and the number of nurses are relatively more, but because the number of beds is more than that, the number of persons placed per bed is narrow, It was confirmed that the number of days in the hospital was longer.

Moreover, although there was a tendency with many long-term-care-service recipients per person as the high area of medical expenses, in the group with the highest medical expenses, the Home-based care support services capacity and the number of service recipients were degrees in the middle.

In addition, it was confirmed that medical expenses are low per person, if Specified Health Checkups consultation rate and home mortality rate were high.

Keywords : Regional Difference of Medical Expenses, Nurse, Medical Supply Organization, Random Forest, Regression Tree

---

\* Member, Japan Economic Policy Association, The Japan Public Choice Society

## 動向

## 平成28年度 社会保障費用統計

## ——概要と解説——

国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計プロジェクト\*

## 抄 録

国立社会保障・人口問題研究所は2018年8月31日に「平成28年度社会保障費用統計」を公表した。2016年度の「社会支出」総額は119兆6,384億円で、対前年度増加額は1兆3,604億円、過去最高となり、対GDP比は0.03%ポイント上昇した。「社会保障給付費」総額は116兆9,027億円で、対GDP比は0.06%ポイント上昇した。

社会支出を政策分野別にみると、最も大きいのは「高齢」で55兆7,549億円、次いで「保健」の40兆6,711億円であり、この2分野で総額の約8割（80.6%）を占め、社会支出の伸びを牽引している。

社会保障給付費を「医療」、「年金」、「福祉その他」に3分類すると、「医療」は38兆3,965億円で総額に占める割合は32.8%、「年金」は54兆3,770億円で同46.5%、「福祉その他」は24兆1,291億円で同20.6%となった。社会保障給付費に対応する、社会保険料や公費による負担などの「社会保障財源」は、総額134兆9,177億円で、前年度に比べ11兆1,093億円増となった。大項目別構成割合をみると、「社会保険料」が51.1%、「公費負担」が35.4%、「他の収入」が13.6%であった。

キーワード：社会支出，社会保障給付費，社会保障財源，OECD，ILO

社会保障研究 2018, vol.3, no.3, pp.416-428.

## I はじめに

社会保障費用とは、社会支出（OECD基準）と社会保障給付費（ILO基準）の総称である。社会支出は、社会保障給付費と比べ、直接個人に帰着しない支出まで集計範囲に含む。社会支出のデータはOECDにおいて定期的に更新・公表されており、国際比較の観点から重要な指標となっている

（なお、国際比較では2015年度を公表している（後述））。他方、社会保障給付費は1950年以降について利用可能で、長期時系列推移をみるに適しており、国内の政策議論の基礎として長年利用されている。

国立社会保障・人口問題研究所（以下「研究所」という。）は2018年8月31日に「平成28年度社会保障費用統計」を公表した<sup>1)</sup>。前年度の公表時期（2017年8月1日）よりも遅い時期の公表であるが、

\* 新俊彦（企画部長）、竹沢純子（企画部 第3室長）、渡辺久里子（同 研究員）、黒田有志弥（社会保障応用分析研究部 第4室長）

<sup>1)</sup> 国立社会保障・人口問題研究所（2018）参照。同内容は研究所ホームページおよび政府統計の総合窓口（e-Stat）に全文掲載している。

これは後述のとおり作成方法の変更があり、それに伴い集計等に時間を要したためである。

## II 2016年度集計結果の概要と解説

本節では、まず社会支出および社会保障給付費の総額の動向、次に政策分野別社会支出、部門別社会保障給付費、機能別社会保障給付費の動向、最後に社会保障財源の動向について解説する。

### 1 社会保障費用（社会支出，社会保障給付費）の総額—過去最高額を更新し，対国内総生産比も上昇

#### (1) 社会支出（表1，表2，表3）

2016年度の社会支出の総額は119兆6,384億円、対前年度伸び率は1.2%（2015年度は2.2%）、対国内総生産比は22.19%（2015年度は22.15%）であった。また、2016年度の国民1人当たりの社会支出は94万2,500円であり、1世帯当たりでは232万7,300円であった。社会支出の総額は1980年の集計開始以来最高額であり、対国内総生産比は4年ぶりに上昇した。

表1 社会保障費用の総額

| 社会保障費用  | 2015年度    | 2016年度    | 対前年度比  |     |
|---------|-----------|-----------|--------|-----|
|         |           |           | 増加額    | 伸び率 |
|         | 億円        | 億円        | 億円     | %   |
| 社会支出    | 1,182,781 | 1,196,384 | 13,604 | 1.2 |
| 社会保障給付費 | 1,154,007 | 1,169,027 | 15,020 | 1.3 |

注：社会支出には、社会保障給付費に加えて、施設設備費等の個人に帰着しない支出も集計範囲に含む。詳しくは国立社会保障・人口問題研究所（2018）57-66頁参照。

表2 社会保障費用の対国内総生産比および対国民所得比

| 社会保障費用  | 2015年度 | 2016年度 | 対前年度増加分 |
|---------|--------|--------|---------|
|         | %      | %      | %ポイント   |
| 社会支出    |        |        |         |
| 対国内総生産比 | 22.15  | 22.19  | 0.03    |
| 対国民所得比  | 30.30  | 30.54  | 0.24    |
| 社会保障給付費 |        |        |         |
| 対国内総生産比 | 21.61  | 21.68  | 0.06    |
| 対国民所得比  | 29.57  | 29.84  | 0.28    |

資料：国内総生産および国民所得は、内閣府「平成28年度国民経済計算年報」による。

表3 1人および1世帯当たり社会保障費用

| 社会保障費用  | 2015年度  | 2016年度  | 対前年度比 |     |
|---------|---------|---------|-------|-----|
|         |         |         | 増加額   | 伸び率 |
|         | 千円      | 千円      | 千円    | %   |
| 社会支出    |         |         |       |     |
| 1人当たり   | 930.6   | 942.5   | 11.9  | 1.3 |
| 1世帯当たり  | 2,313.7 | 2,327.3 | 13.5  | 0.6 |
| 社会保障給付費 |         |         |       |     |
| 1人当たり   | 908.0   | 921.0   | 13.0  | 1.4 |
| 1世帯当たり  | 2,257.4 | 2,274.1 | 16.6  | 0.7 |

注：1世帯当たり社会支出＝平均世帯人員×1人当たり社会支出によって算出した。1世帯当たり社会保障給付費も同様の方法による。

資料：人口は、総務省統計局「人口推計—平成28年10月1日現在」、平均世帯人員数は、厚生労働省「平成28年国民生活基礎調査」による。

## (2) 社会保障給付費(表1, 表2, 表3)

2016年度の社会保障給付費の総額は116兆9,027億円, 対前年度伸び率は1.3%(2015年度は2.9%), 対国内総生産比は21.68%(2015年度21.61%)であった。また, 2016年度の国民1人当たりの社会保障給付費は92万1,000円であり, 1世帯当たりでは227万4,100円であった。社会保障給付費の総額は1950年の集計開始以来最高額であり, 対国内総生産比は4年ぶりに上昇した。

## 2 政策分野別社会支出—「高齢」と「保健」で約8割を占める(表4)

## (1) 社会支出の動向

2016年度の社会支出を政策分野別にみると, 「高齢」が最も多く(構成割合は46.6%。以下同じ。), 次いで「保健」(34.0%), 「家族」(5.8%), 「遺族」(5.5%), 「障害, 業務災害, 傷病」(4.5%), 「他の政策分野」(1.7%), 「失業」(0.7%), 「積極

的労働市場政策」(0.6%), 「住宅」(0.5%)の順となっている。「高齢」と「保健」の2分野で総額の約8割(80.6%)を占めている。前年度と比較して, 構成割合に大きな変動はなかった。

2016年度の政策分野別社会支出の対前年度伸び率でみると, 「他の政策分野」「家族」「障害, 業務災害, 傷病」「高齢」「保健」が増加している一方で, 「失業」「積極的労働市場政策」「住宅」は減少している。2016年度の特徴は, 「他の政策分野」および「家族」の伸びが比較的大きいことである。その要因としては, 前者は年金生活者等支援臨時給付金の実施等, 後者は子ども・子育て関連施策の拡充である。

## (2) 社会支出の国際比較(表5, 図1)

表5および図1は主要6カ国の政策分野別の社会支出の対国内総生産比である。出所のOECD社会支出データベースは2年おきにt-3年度<sup>2)</sup>まで全て

表4 政策分野別社会支出

| 社会支出         | 2015年度               | 2016年度               | 対前年度比  |      |
|--------------|----------------------|----------------------|--------|------|
|              |                      |                      | 増加額    | 伸び率  |
|              | 億円                   | 億円                   | 億円     | %    |
| 合計           | 1,182,781<br>(100.0) | 1,196,384<br>(100.0) | 13,604 | 1.2  |
| 高齢           | 553,793<br>(46.8)    | 557,549<br>(46.6)    | 3,756  | 0.7  |
| 遺族           | 66,775<br>(5.6)      | 65,779<br>(5.5)      | △997   | △1.5 |
| 障害, 業務災害, 傷病 | 52,601<br>(4.4)      | 53,969<br>(4.5)      | 1,368  | 2.6  |
| 保健           | 405,288<br>(34.3)    | 406,711<br>(34.0)    | 1,423  | 0.4  |
| 家族           | 65,558<br>(5.5)      | 69,747<br>(5.8)      | 4,189  | 6.4  |
| 積極的労働市場政策    | 7,707<br>(0.7)       | 7,528<br>(0.6)       | △179   | △2.3 |
| 失業           | 9,285<br>(0.8)       | 8,649<br>(0.7)       | △635   | △6.8 |
| 住宅           | 6,172<br>(0.5)       | 6,037<br>(0.5)       | △135   | △2.2 |
| 他の政策分野       | 15,601<br>(1.3)      | 20,417<br>(1.7)      | 4,815  | 30.9 |

注1: ( ) 内は構成割合である。

2: 政策分野別社会支出の項目説明は, 国立社会保障・人口問題研究所(2018)57-66頁を参照。

<sup>2)</sup> t-3年度のtとは, OECDデータベースの更新作業が行われた年度を表す。

表5 社会支出の国際比較（2015年度）

| 社会支出        | 日本<br>(2016年度) | 日本     | アメリカ   | イギリス   | スウェーデン | ドイツ    | フランス   |
|-------------|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 社会支出        |                |        |        |        |        |        |        |
| 対国内総生産比     | 22.19%         | 22.15% | 19.12% | 22.65% | 26.75% | 27.13% | 32.12% |
| (参考) 対国民所得比 | 30.54%         | 30.30% | 23.83% | 30.86% | 41.43% | 36.51% | 45.48% |

資料：諸外国の社会支出は、OECD Social Expenditure Database (<http://www.oecd.org/els/social/expenditure>)、国内総生産・国民所得については、日本は内閣府「平成28年度国民経済計算年報」、諸外国はOECD National Accounts 2017による。

出所：上記資料により国立社会保障・人口問題研究所が作成。

の国について一斉に更新され、直近では2018年に2015年度まで更新された<sup>3)</sup>。社会支出の対国内総生産比を諸外国と比較すると、2015年度時点で我が国はアメリカより大きくイギリスと同程度であるが<sup>4)</sup>、スウェーデンやフランス・ドイツなど大陸ヨーロッパ諸国に比べると小さくなっている。

### 3 部門別社会保障給付費—「医療」「年金」「介護」の伸びは低水準（表6）

部門別社会保障給付費は、社会保障給付費を「医療」「年金」「福祉その他」に分けているものである。これはILO第18次調査の社会保障給付費収支表を基礎にしているが、分類は日本独自である。

2016年度の社会保障給付費を部門別にみると、「医療」が38兆3,965億円（構成割合は32.8%。以下同じ）、「年金」が54兆3,770億円（46.5%）、「福祉その他」が24兆1,291億円（20.6%）であり、「福祉その他」の構成割合が徐々に増加傾向にある。

2016年度の部門別社会保障給付費について対前年度伸び率でみると、「医療」は0.6%増、「年金」は0.5%増、「福祉その他」は4.2%増であった。前年度と比較して「医療」と「年金」の伸びは低い水準にとどまった。また、「福祉その他」のうち「介護対策」の伸びは2.1%であり、その集計が開始された2001年度以降で最も低い伸びであった。

#### (1) 医療

2016年度の「医療」は全体として2,373億円増加し、2015年度における伸び（3.8%増）と比較して低い伸び（0.6%増）となった。「医療」全体の伸びが低かった要因としては、2016年度の診療報酬の改定（改定率△0.84%）のほか、C型肝炎治療薬等の抗ウイルス剤の薬剤料の大幅な減少等によるものと考えられる<sup>4)</sup>。

制度別にみると、「医療」の増加に最も寄与したのは、後期高齢者医療制度（2,122億円増）、次いで全国健康保険協会管掌健康保険（以下「協会けんぽ」という。）（1,713億円増）である。

後期高齢者医療制度の給付費は、被保険者数は増加したものの（対前年度比3.2%増）<sup>5)</sup>、被保険者1人当たり医療費は減少したため（対前年度比1.5%減）<sup>6)</sup>、全体として対前年度比1.5%の増加にとどまった。協会けんぽの給付費の増加（対前年度比3.3%増）は、制度加入者数の増加（対前年度比2.3%増）、および、加入者1人当たり医療費の増加（70歳未満の被保険者で対前年度比0.1%増、70歳未満の被扶養者で対前年度比0.4%増）<sup>7)</sup>によるものと考えられる。

他方、国民健康保険は2,982億円の減少（対前年度比3.0%減）であった。被保険者1人当たりの医療費は若干増加したものの（対前年度比0.7%増）<sup>8)</sup>、被保険者数が減少した（対前年度比5.0%

<sup>3)</sup> なお、2014年度および2015年度のデータについては、研究所は、OECDから社会支出データベースに公表される前の暫定値の提供を受けている。

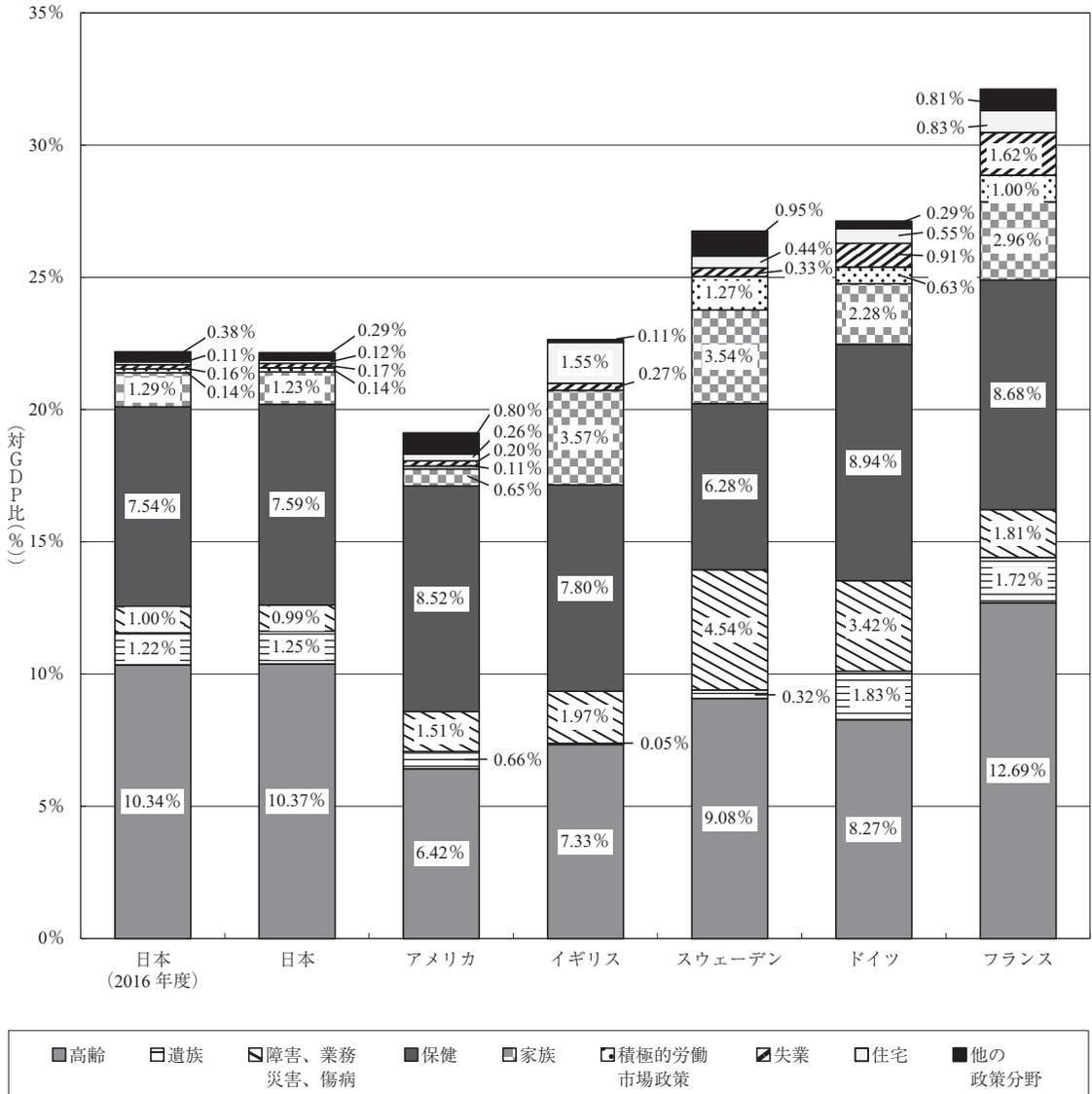
<sup>4)</sup> 厚生労働省保険局「平成28年度医療費の動向」参照。ただし、「医療費の動向」における「医療」と部門別「医療」とは含まれる給付の種類に違いがあることに留意する必要がある。

<sup>5)</sup> 厚生労働省保険局「平成28年度後期高齢者医療事業状況報告」。

<sup>6)</sup> 前掲注4) 報告書参照。

<sup>7)</sup> 厚生労働省保険局「健康保険・船員保険事業年報 平成28年度」。

減) こと<sup>9)</sup>がその要因と考えられる。



資料：諸外国の社会支出は、OECD Social Expenditure Database (<http://www.oecd.org/els/social/expenditure>)、国内総生産・国民所得については、日本は内閣府「平成28年度国民経済計算年報」、諸外国はOECD National Accounts 2017による。

出所：上記資料により国立社会保障・人口問題研究所が作成。

図1 政策分野別社会支出の国際比較 (2015年度)

<sup>8)</sup> 厚生労働省保険局「平成28年度国民健康保険事業年報」。

<sup>9)</sup> 前掲注7) 報告書参照。同報告書によれば、2016年度に国民健康保険の資格を喪失した者の総数は7,394千人であり、そのうち3,912千人が被用者保険の資格を取得したことによるが、これは2016年10月に実施された社会保険の適用拡大が一因とされている。

表6 部門別社会保障給付費

| 社会保障給付費  | 2015年度               | 2016年度               | 対前年度比  |     |
|----------|----------------------|----------------------|--------|-----|
|          |                      |                      | 増加額    | 伸び率 |
|          | 億円                   | 億円                   | 億円     | %   |
| 計        | 1,154,007<br>(100.0) | 1,169,027<br>(100.0) | 15,020 | 1.3 |
| 医療       | 381,592<br>(33.1)    | 383,965<br>(32.8)    | 2,373  | 0.6 |
| 年金       | 540,900<br>(46.9)    | 543,770<br>(46.5)    | 2,871  | 0.5 |
| 福祉その他    | 231,515<br>(20.1)    | 241,291<br>(20.6)    | 9,776  | 4.2 |
| 介護対策(再掲) | 94,049<br>(8.1)      | 96,045<br>(8.2)      | 1,996  | 2.1 |

注1：( )内は構成割合である。

2：部門別社会保障給付費の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所(2018)27頁、51頁を参照。

## (2) 年金

2016年度の「年金」は全体で2,871億円増加し、対前年度比0.5%増となった。これは、1964年度の「年金」区分の集計開始以降、三番目に低い伸びである。「年金」の増加の伸びが低く抑えられた要因としては、2016年度は年金額の改定が行われなかったこと、男性および共済組合等の女性において、老齢厚生年金の報酬比例部分の支給開始年齢が2016年度から62歳に引き上げられたことによるものと考えられる。

制度ごとにもみると、厚生年金基金(3,772億円減)等で減少したが、国民年金(6,575億円増)、厚生年金保険(914億円増)等で増加したため「年金」全体として増加している。厚生年金基金の減少は、厚生年金基金の解散により厚生年金基金数が減少した<sup>10)</sup>ためである。

## (3) 福祉その他

2016年度の「福祉その他」は、社会福祉、介護対策の増加が影響して、全体として9,776億円増(対前年度比4.2%増)となった。社会福祉は全体で8,985億円の増加(対前年度比17.7%増)となっ

た。これは主として、年金生活者等支援臨時福祉給付金の支給、熊本地震等による災害救助費等負担金の増加、子ども・子育て関連施策の拡充による。

「福祉その他」の中で再掲している「介護対策」<sup>11)</sup>の増加は、その99.0%(2016年度)を占める介護保険が増加したためである。ただし、その伸び(対前年度比2.1%増)は、「介護対策」の集計を別掲として開始した2000年度以降、最も低くなった。これは、介護保険の要介護(要支援)認定者数は増加したものの、その伸び率が低かったこと(対前年度比1.9%増)<sup>12)</sup>、第1号被保険者1人当たりの給付費が0.3%減少したこと等が要因と考えられる<sup>13)</sup>。

## 4 機能別社会保障給付費—「家族」が「遺族」を上回る(表7)

機能別社会保障給付費は、社会保障給付費を「高齢」「遺族」「障害」「労働災害」「保健医療」「家族」「失業」「住宅」「生活保護その他」の9つのリスクあるいはニーズに分類したものである<sup>14)</sup>。

2016年度の社会保障給付費を機能別にみると、

<sup>10)</sup> 厚生年金基金は、2015年度末には256基金であったものが2016年度末には110基金に減少している(厚生労働省年金局「厚生年金基金の財政状況等(2012(平成24)年度～2016(平成28)年度)」)。

<sup>11)</sup> 「介護対策」には、介護保険給付のほか、生活保護の介護扶助、原爆被爆者に対する介護保険の一部負担金の助成および介護休業給付が含まれる。

<sup>12)</sup> 厚生労働省老健局「平成28年度介護保険事業状況報告」。

表7 機能別社会保障給付費

| 社会保障給付費 | 2015年度               | 2016年度               | 対前年度比  |      |
|---------|----------------------|----------------------|--------|------|
|         |                      |                      | 増加額    | 伸び率  |
|         | 億円                   | 億円                   | 億円     | %    |
| 計       | 1,154,007<br>(100.0) | 1,169,027<br>(100.0) | 15,020 | 1.3  |
| 高齢      | 552,351<br>(47.9)    | 555,820<br>(47.5)    | 3,468  | 0.6  |
| 遺族      | 66,699<br>(5.8)      | 65,700<br>(5.6)      | △999   | △1.5 |
| 障害      | 42,159<br>(3.7)      | 43,437<br>(3.7)      | 1,278  | 3.0  |
| 労働災害    | 9,108<br>(0.8)       | 9,023<br>(0.8)       | △84    | △0.9 |
| 保健医療    | 364,895<br>(31.6)    | 367,094<br>(31.4)    | 2,199  | 0.6  |
| 家族      | 64,416<br>(5.6)      | 68,457<br>(5.9)      | 4,041  | 6.3  |
| 失業      | 14,410<br>(1.2)      | 14,167<br>(1.2)      | △244   | △1.7 |
| 住宅      | 6,172<br>(0.5)       | 6,037<br>(0.5)       | △135   | △2.2 |
| 生活保護その他 | 33,796<br>(2.9)      | 39,291<br>(3.4)      | 5,495  | 16.3 |

注1：( )内は構成割合である。

2：機能別社会保障給付費の項目説明は、国立社会保障・人口問題研究所（2018）69-70頁を参照。

「高齢」が全体の47.5%で最も大きく、次いで「保健医療」が31.4%であり、この2項目で78.9%を占めている。これ以外では、構成割合の高い順に「家族」（5.9%）、「遺族」（5.6%）、「障害」（3.7%）、「生活保護その他」（3.4%）、「失業」（1.2%）、「労働災害」（0.8%）、「住宅」（0.5%）の順となっており、2015年度と比較すると「家族」が「遺族」を上回った。

対前年度伸び率でみると、「生活保護その他」（対前年度比16.3%増）および「家族」（対前年度比6.3%増）が比較的大きく伸びている。その主たる要因としては、（前述の社会福祉の増加要因と同様）前者については年金生活者等支援臨時福

祉給付金の支給、熊本地震等による災害救助費等負担金の増加、後者については子ども・子育て関連施策の拡充が挙げられる。

#### 5 社会保障財源—「保険料収入」が増加（表8）

社会保障財源の概念は社会保障給付費と同じようにILO基準に対応するもので、その総額には、給付費に加えて管理費および施設整備費等の財源も含まれる<sup>13)</sup>。

2016年度の社会保障財源は総額で134兆9,177億円となり、前年度に比べて11兆1,093億円増加した（対前年度比9.0%増）。社会保障財源の総額は資産収入の変動によって増減を繰り返しており、

<sup>13)</sup> なお、厚生労働省老健局「平成28年度介護保険事業状況報告」における「介護保険給付費」の伸び（1.4%）と社会保障費用統計における「介護保険」の伸び（2.1%）が異なっているのは、前者に地域支援事業費等が含まれていないことによる。ただし、同報告書においても介護保険特別会計経理状況の中で地域支援事業の費用は掲載されており、2016年度は707億円の増加（34.8%増）となっている。これを考慮すると社会保障費用統計の「介護保険」の伸びとほぼ一致する。

<sup>14)</sup> 各項目に含まれる制度については、国立社会保障・人口問題研究所（2018）69-70頁参照。

表8 項目別社会保障財源

| 社会保障財源 | 2015年度    | 2016年度    | 対前年度比   |       |
|--------|-----------|-----------|---------|-------|
|        |           |           | 増加額     | 伸び率   |
|        | 億円        | 億円        | 億円      | %     |
| 計      | 1,238,084 | 1,349,177 | 111,093 | 9.0   |
|        | (100.0)   | (100.0)   |         |       |
| 社会保険料  | 669,240   | 688,875   | 19,635  | 2.9   |
|        | (54.1)    | (51.1)    |         |       |
| 被保険者拠出 | 353,727   | 364,949   | 11,222  | 3.2   |
|        | (28.6)    | (27.0)    |         |       |
| 事業主拠出  | 315,514   | 323,926   | 8,413   | 2.7   |
|        | (25.5)    | (24.0)    |         |       |
| 公費負担   | 467,142   | 477,480   | 10,339  | 2.2   |
|        | (37.7)    | (35.4)    |         |       |
| 国庫負担   | 325,139   | 331,906   | 6,767   | 2.1   |
|        | (26.3)    | (24.6)    |         |       |
| 他の公費負担 | 142,002   | 145,575   | 3,572   | 2.5   |
|        | (11.5)    | (10.8)    |         |       |
| 他の収入   | 101,702   | 182,822   | 81,120  | 79.8  |
|        | (8.2)     | (13.6)    |         |       |
| 資産収入   | 20,571    | 103,224   | 82,654  | 401.8 |
|        | (1.7)     | (7.7)     |         |       |
| その他    | 81,132    | 79,597    | △1,534  | △1.9  |
|        | (6.6)     | (5.9)     |         |       |

注1：( )内は構成割合である。

2：公費負担とは「国庫負担」と「他の公費負担」の合計である。「他の公費負担」とは、国の制度に基づいて地方公共団体が負担しているものである。ただし、一般財源化された義務的経費については、公立保育所運営費のみを含む。また、地方公共団体が独自に行っている事業の費用については、公費負担医療給付分のみを含む。

3：「資産収入」については、公的年金制度等における運用実績により変動することに留意する必要がある。また、「その他」は積立金からの受入を含む。

2016年度は資産収入が大幅に増加したため、前年度と比較して大きく増加した。

社会保障財源の大項目別構成割合をみると、「社会保険料」が51.1%、「公費負担」が35.4%、「他の収入」が13.6%であった。また、社会保障財源の小項目別構成割合は、「被保険者拠出」が最も多く(27.0%)、次いで「国庫負担」(24.6%)、「事業主拠出」(24.0%)、「他の公費負担」(10.8%)、「資産収入」(7.7%)、「その他」(5.9%)の順と

なっている。前年度と比較して資産収入の割合が大きく増加した影響で、それ以外の各項目の構成割合は小さくなっているが、資産収入を除いた各項目の相対的な構成割合に大きな変化はなかった。

社会保障財源の小項目別に対前年度伸び率をみると、「資産収入」が大きく増加し(401.8%増)、それ以外の項目も「その他」を除いていずれも2015年度より増加している。

<sup>15)</sup> 財源はILO基準のみであり、OECD基準社会支出に対応する財源の集計は存在しない。OECDでは別の統計(Revenue Statistics歳入統計)において、各国の税、社会保険料の国際比較データを整備している。ただし、Revenue Statisticsの税には、社会保障に加えて防衛費等のほかの支出へ充当する分も含むため、社会保障に限った財源をみるデータとしては不適當である。将来、OECDが社会支出とRevenue Statisticsを一体化させる形で拡張される可能性があるが、多大な労力がかかるため実現は難しい状況にある(Adema et al. 2011)。他方、欧州諸国に限れば、ESSPROS統計において社会保障の財源データが整備されており、国際比較が可能である。しかし、日本は、ESSPROS統計を整備していないため、比較ができない。日本と諸外国の比較可能な財源データの整備が今後の課題であることは、国立社会保障・人口問題研究所(2011)でも指摘しているところである。

## (1) 社会保険料

## ① 被保険者拠出

「被保険者拠出」は、主として厚生年金保険(8,196億円増)、協会けんぽ(2,015億円増)等で増加したことにより、全体として1兆1,222億円の増加、対前年度比3.2%の伸び率となった。

「被保険者拠出」の増加の要因について制度別にみると、厚生年金保険については被保険者数の増加および保険料率の引上げ<sup>16)</sup>、協会けんぽについては、制度加入者の増加および平均総報酬額の増加<sup>17)</sup>によるものと考えられる。

他方で、雇用保険の「被保険者拠出」は1,513億円の減少(対前年度比18.0%減)であった。これは雇用保険料率が2016年度に引き下げられたことが要因である。

## ② 事業主拠出

「事業主拠出」は、厚生年金保険(8,196億円増)、協会けんぽ(2,045億円増)等で増加し、全体として8,413億円の増加、対前年度増加率2.7%の伸び率となった。厚生年金保険、協会けんぽの保険料は労使折半であるため、「事業主拠出」の増加要因は、「被保険者拠出」の増加の要因と同じである。

なお、雇用保険の「事業主拠出」は、「被保険者拠出」と同様、雇用保険料率の引き下げによって、2,230億円の減少(対前年度比15.6%減)となっている。

## (2) 公費負担

公費負担とは、「国庫負担」と「他の公費負担」の合計である。

## ① 国庫負担

「国庫負担」は、公衆衛生などで減少しているものの、社会福祉、国民年金などで増加しており、全体として6,767億円の増加となった。

社会福祉の「国庫負担」の増加(6,732億円増、対前年度比23.4%増)の要因としては、年金生活者等支援臨時福祉給付金給付事業費補助金の増加(3,842億円増)、災害救助費等負担金の増加(741億円増)、子どものための教育・保育給付費負担金の増加(641億円増)等が挙げられる。国民年金の「国庫負担」の増加(1,838億円増、対前年度比9.9%増)は、基礎年金勘定への繰入(基礎年金拠出金)の増加によって一般会計からの受入(国庫負担)が増加したこと等による<sup>18)</sup>。

他方、公衆衛生における「国庫負担」の減少(1,422億円減、対前年度比19.2%減)は、医療提供体制基盤整備費の減少(872億円減)等による。

## ② 他の公費負担

「他の公費負担」とは、国の制度に基づいて地方公共団体が負担しているものである。ただし、一般財源化された義務的経費については公立保育所運営費のみを含む。また、地方公共団体が独自に行っている事業の費用については公費負担医療給付分のみを含む。

2016年度の「他の公費負担」は、社会福祉(2,764億円増)、後期高齢者医療制度(963億円増)等で増加した結果、全体で3,572億円の増加(対前年度比2.5%増)となった。社会福祉の「他の公費負担」の増加は、介護給付費・訓練等給付費の地方負担分、子ども・子育て支援新制度の施行に伴う子ども・子育て支援給付の地方公共団体の財政負担の増加等による。後期高齢者医療制度における「他の公費負担」の増加は、医療給付の増加により、都道府県支出金や市町村負担金が増加したことによる<sup>19)</sup>。

## (3) 他の収入

## ① 資産収入

「資産収入」は、2016年度の年金積立金の運用収

<sup>16)</sup> 厚生年金保険料率(2016年9月1日改定)は17.828%から18.182%と0.354%上昇した。また、2016年度の厚生年金保険被保険者総数の対前年度伸び率は3.7%であった(厚生労働省年金局「平成28年度厚生年金保険・国民年金事業の概況」)。

<sup>17)</sup> 2016年度の協会けんぽ制度加入者の対前年度伸び率は2.3%、平均総報酬額の対前年度伸び率は1.0%であった(厚生労働省保険局「健康保険・船員保険事業年報 平成28年度」)。

<sup>18)</sup> 厚生労働省年金局「厚生年金・国民年金の平成28年度収支決算の概要」。

<sup>19)</sup> 厚生労働省保険局「後期高齢者医療事業状況報告(年報:確報)(平成28年度)」参照。

益額および運用収益率がプラスであった<sup>20)</sup>影響で、全体として8兆2,654億円の増加（対前年度比401.8%増）となった。

## ② その他

他の収入の「その他」は、厚生年金保険で大きく減少したため、全体として1,534億円の減少（対前年度比1.9%減）となった。厚生年金保険における「その他」の減少は、解散厚生年金基金等徴収金<sup>21)</sup>が減少したことが主たる要因である。

## Ⅲ 今年の主な変更点

### 1 作成方法の変更

平成28年度社会保障費用統計の公表において、統計法（平成19年法律第53号）第26条1項後段に基づき、作成方法変更通知を行った<sup>22)</sup>。主な変更は、(1) ILO基準表に幼稚園に係る費用を追加したこと、(2) OECD基準表のうち政策分野別分類の社会支出「保健」について研究所が算定した集計値に変更したことである。

#### (1) ILO基準表における幼稚園に係る費用の追加

従来、ILO基準においては幼稚園に係る費用<sup>23)</sup>に関して明確な規定がなく、教育は対象外との記述に基づき計上してこなかった。しかしながら、2015年に施行された子ども・子育て支援新制度において、幼稚園、認定こども園および保育所に対する給付が「施設型給付」として一体的に支給され、教育を除いて区分し計上することが技術的に不可能となった。そこで改めてILO事務局に照会したところ、ILO基準マニュアルの改訂により今後明確化される方向であるが、一般的には幼稚園を含む就学前教育に対する公財政支出は集計対象

と考えられるとの回答を得たことから、社会保障費用統計においてもILO基準の社会保障給付費において幼稚園に係る費用を新たに計上することとなった。保育所では教育活動が幼稚園と同様に行われている場合が多く、幼稚園においても一時預かりを実施し保育ニーズに対応している実情を踏まえると、両者を総合的に把握することは一定の合理性があると考えられる。

#### (2) OECD基準表のうち政策分野別分類の社会支出「保健」について研究所が算定した集計値へ変更

社会保障費用統計では、OECD基準に基づく政策分野別分類の社会支出「保健」については、一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構（IHEP）が算定した公的保健医療支出額の速報値・確報値を使用してきたが、平成28年度社会保障費用統計では、2011年度以降について研究所が算定した集計値に変更することとした。「保健」の推計の方法についてOECDが定める基準（SHA（A System of Health Accounts））によること自体は、従来IHEPが行ってきた方法であり、その点に変わりはない。「保健」の算定について研究所が独自に行う理由は、内容の正確性・信頼性を担保しつつ、「公的統計の整備に関する基本的な計画（平成26年3月25日閣議決定）」の指摘事項（公表の早期化）に確実に対応するためである。

### 2 遡及修正

社会保障費用統計では、集計範囲や集計項目の分類の妥当性を随時検証し、変更の必要があれば毎年の公表時にそれらを反映させる。その際には過去の数値についても可能な限り併せて遡及修正

<sup>20)</sup> 年金積立金の運用実績について、2011年度から2016年度の収益率は、厚生年金保険では、2.17%、9.57%、8.22%、11.61%、△3.63%、5.47%、国民年金では2.15%、9.52%、8.31%、11.79%、△3.72%、5.63%と推移している（2014年度までは厚生労働省「年金積立金運用報告書」、2015年度以降は厚生労働省「年金積立金の運用状況について」）。

<sup>21)</sup> 解散厚生年金基金等徴収金とは、厚生年金基金が確定給付企業年金に移行する際、代行部分に関する権利義務は国に戻るが、それに伴って解散厚生年金基金等から国庫に納められるものである。

<sup>22)</sup> 変更後の作成方法全文は<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/sakusei-2016.pdf>に掲載している。

<sup>23)</sup> 認定こども園に要する費用の一部を含む。

している。平成28年度社会保障費用統計においても上述の変更に伴い、過去の数値につき遡及修正を行った。今回は比較的大きな変更であるため、過去、とりわけ2017年公表時の平成27年度社会保障費用統計の数値がどの程度変更されたかについて述べる。

上記(1)については、ILO基準の社会保障給付費について、子ども・子育て支援新制度の施行年度である2015年度まで遡及して就学前教育・保育の集計範囲を見直した。この見直しにより、2017年の公表時の数値と比較して就学前教育・保育の費用は5,335億円増加することとなった。その結果、ほかの微細な遡及修正と併せて、2015年度の社会保障給付費は114兆8,596億円(2017年8月公表時)から115兆4,007億円に修正された(プラス5,410億円の変更)。

また、上記(2)については、OECD基準の社会支出の「保健」について、IHEPがSHA2011に基づいて推計を開始した2011年度まで遡及修正を行った。なお、「保健」の修正に伴い政策分野別「家族」についても併せて修正することとなり、2015年度の社会支出について言えば、「保健」の数値は41兆884億円(2017年8月公表時)から40兆5,288億円に、「家族」の数値は6兆9,687億円(2017年8月公表時)から6兆5,558億円に修正された。その結果、ほかの微細な遡及修正と併せて、2015年度社会支出は119兆2,254億円(2017年8月公表時)から118兆2,781億円に修正された(マイナス9,473億円の変更)。

### 3 そのほかの修正点

平成28年度社会保障費用統計の公表においては、そのほかに出産育児一時金等の一時金について精査し、区分変更を行った。

#### (1) 出産育児一時金の区分変更

出産育児一時金は、これまで社会保障給付費では「福祉その他」、社会支出では「家族」に計上されていた。しかしながら、社会支出の「保健」を研究所において推計するに当たり、SHA2011マニュアル<sup>24)</sup>を参照したところ、産科サービスは正常分娩・異常分娩区別なく、公的保健医療支出額の集計対象であり、「保健」に計上されること、正常分娩のみ「医療」から除外することは、諸外国と比較しても合理的な説明ができないことなどの理由で、社会支出においては「家族」から「保健」に区分変更するとともに、部門別社会保障給付費においても「福祉その他」から「医療」に変更することとした。

これにより、昨年度公表した平成27年度社会保障費用統計における2015年度の社会保障費用の集計と比較して、平成28年度社会保障費用統計における2015年度の社会保障費用の集計では、社会支出については「家族」から「保健」に、社会保障給付費については「福祉その他」から「医療」に4,500億円程移行している。

#### (2) 部門別社会保障給付費「年金」うち一時金の「福祉その他」への区分変更

これまでの社会保障給付費では、年金保険者からの給付については、一括払いの一時金であっても「年金」に区分していた。この点につき、ILO基準では「年金」に区分される一時金に関して明確な定義を置いておらず、そのため、これまで社会保障給付費においては、年金保険者から給付される一時金は年金給付に付随するものと解釈し、「年金」に区分してきた。しかしながら、中小企業退職金共済制度の退職給付金などは年金とは考えられていないなどの指摘があり、また、OECD基準では年金と一時金が明確に区分されていることから<sup>25)</sup>、平成28年度社会保障費用統計では、関係

<sup>24)</sup> OECD (2017) *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing.

<sup>25)</sup> なお、社会支出においては、今回、部門別社会保障給付費において、「年金」から「福祉その他」に変更した各一時金等はずっと「年金」ではないカテゴリに分類されている。例えば、政策分野別「高齢」の「現金給付」に「退職年金」と「その他の現金給付」のカテゴリがあるが、厚生年金保険等の脱退一時金や中小企業退職金共済制度等の退職給付金などは、「その他の現金給付」に分類されている。

各省庁の制度所管部局との調整を経て、給付の形式が年金形式ではなく一時金形式として支給されるものについては「年金」から除外し「福祉その他」に分類することとした。

これにより、昨年度公表した平成27年度社会保障費用統計における部門別社会保障給付費の「年金」と比較して、平成28年度社会保障費用統計における「年金」は大幅に縮減することとなった。2015年度の部門別社会保障給付費について言えば、2017年公表時と比較して「年金」から「福祉その他」に8,600億円程移行している。

なお、これらの修正は各給付創設時まで遡って行っている。

#### 参考文献

Adema, W., Fron, P. and Ladaique, M. (2011) "Is the European Welfare States Really More Expensive?: Indicators on Social Spending, 1980-2012; and a Manual to the OECD Social Expenditure Database (SOCX)," OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 124.

国立社会保障・人口問題研究所 (2011) 『社会保障費統計に関する研究報告書』所内研究報告第41号 (<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/houkokuNo.41-201106.pdf> (2018年9月4日最終確認))。

—— (2018) 『平成28年度社会保障費用統計』 ([http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h28/fsss\\_h28.asp](http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/fsss-h28/fsss_h28.asp) (2018年9月4日最終確認))。

(あたらし・としひこ)

(たけざわ・じゅんこ)

(わたなべ・くりこ)

(くろだ・あしや)

## **Financial Statistics of Social Security in Japan, Fiscal Year 2016**

National Institute of Population and Social Security Research Project Team  
for Financial Statistics of Social Security\*

### Abstract

The total amount of Social Expenditure in FY 2016 was 119,638.4 billion yen and the highest ever. The percentage share of the Gross Domestic Product (GDP) increased for the first time in four years. The total amount of Social Benefit was 116,902.7 billion yen. It was also recorded highest ever and the share of GDP also rose for the first time in four years.

Among the nine policy areas of Social Expenditure in FY 2016, Old age was the largest amount (55,754.9 billion yen), followed by Health (40,671.1 billion yen). These two areas accounted for 80.6% of the total amount of Social Expenditure in FY 2016 and have driven growth of the Social Expenditure.

Among the three categories of Social Benefit in FY 2016, expenditure (and its share in the total amount) in Medical care was 38,396.5 billion yen (32.8%), in Pensions was 54,377.0 billion yen (46.5%), and in Welfare and Others was 24,129.1 billion yen (20.6%).

Social Security Revenue in FY 2016 amounted to 134,917.7 billion yen, which was 11,109.3 billion yen increase from the previous fiscal year. The sources of revenue are 51.1% from contribution and 35.4% from tax, and 13.6% from others including income from capital.

Keywords : Social Expenditure, Social Benefit, Social Security Revenue, OECD, ILO

---

\* Toshihiko ATARASHI, Director, National Institute of Population and Social Security Research  
Junko TAKEZAWA, Senior Researcher, same as above  
Kuriko WATANABE, Researcher, same as above  
Ashiya KURODA, Senior Researcher, same as above

## 国連人口開発委員会

林 玲子\*

### I はじめに

2018年4月9日（月）から13日（金）にかけて、米国ニューヨークの国際連合（以下「国連」とする）本部にて、第51回国連人口開発委員会（Commission on Population and Development）が開催された。毎年4月に開催される人口開発委員会は、47カ国の委員国に付け加え、委員国以外も同様に参加し、NGOや国際機関なども含めて、人口と開発に係る内容について議論する場である。2018年のテーマは「持続可能な都市、人の移動と国際人口移動」であり、関連する国連総長報告、参加各国による一般討論（それぞれの国における簡単な状況報告）、学識経験者による基調講演およびパネルディスカッションが行われ、並行して今後各国が取るべき方針に関する決議案が協議された。最終的には決議案は合意に至らず廃案となったが、このような状況は、2015年、2017年に次いで三回目であり、人口と開発に関する議論が紛糾していることを表している。

本稿では国連、経済社会理事会、および人口開発委員会について簡単に紹介し、人口と開発における議論点を踏まえうえて、今後の方向について考察してみたい。

### II 国連、経済社会理事会および人口開発委員会

国連は第二次世界大戦の戦勝国、つまり連合

が中心となって、戦後直後の1945年10月24日に発足した。発足当時の原加盟国は51カ国であったが、2018年現在では193カ国と世界ほぼすべての国が加盟している。主要機関の一つである安全保障理事会は、メディアの露出度も高く、国連のイメージを形作っているが、同じく国連の機関である経済社会理事会では、経済・社会分野の委員会が設けられ、人口部や統計部といった事務局、WHOやILOといった専門機関の活動方針を決定し、評価するべく、各国の代表により構成されている。つまり、国連とは、国連職員が働く実働部隊と、それを監督する各国代表の理事会・委員会により二重に構成されており、国連の活動とは、それを構成する193カ国の活動、ということになる。特に経済社会理事会は加盟国の合意により動く組織であるため、合意文書というものが大きな価値を持ち、それは満場一致であることが重要で、満場一致に至るまで、息の長い議論を続けていくことに価値が見いだされる。常任理事国には拒否権があり、理事国の投票によって動いていく安全保障理事会とは様相が異なっている。

人口開発委員会は、経済社会理事会の機能委員会の一つとして1947年に人口委員会として設置され、1994年カイロで開催された国際人口開発会議（International Conference on Population and Development: ICPD）を契機に人口開発委員会と「開発」の二文字が付け加えられて現在に至っている。人口委員会は2年に1度程度のペースで行われていたが、人口開発委員会になってからは毎

\* 国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部長

表1 国連人口開発委員会のテーマ開催年（回）別

|           |                         |           |                                                  |
|-----------|-------------------------|-----------|--------------------------------------------------|
| 1995 (28) | 世界人口の動向と政策のモニタリング       | 2007 (40) | 人口年齢構造の変化と開発への影響                                 |
| 1996 (29) | リプロダクティブ・ライツ／ヘルス        | 2008 (41) | 人口分布、都市化、国内人口移動と開発                               |
| 1997 (30) | 国際人口移動と開発               | 2009 (42) | MDGsを含む国際的に合意された目標へのICPD行動計画の貢献                  |
| 1998 (31) | 健康と死亡                   | 2010 (43) | 健康、疾病、死亡と開発                                      |
| 1999 (32) | 人口増加・構造・分析              | 2011 (44) | 出生力、リプロダクティブ・ヘルス及び開発                             |
| 2000 (33) | 人口・ジェンダー・開発             | 2012 (45) | 青少年                                              |
| 2001 (34) | 人口・環境・開発                | 2013 (46) | 人口移動の新動向：人口学的側面                                  |
| 2002 (35) | リプロダクティブ・ヘルス／ライツ        | 2014 (47) | ICPD行動計画の実施状況評価                                  |
| 2003 (36) | 人口・教育・開発                | 2015 (48) | 望む未来を実現する：人口課題を持続可能な開発に統合し、ポスト2015年開発アジェンダに取り入れる |
| 2004 (37) | ICPD行動計画の進捗評価           | 2016 (49) | ポスト2015年開発アジェンダのために人口のエビデンス・ベースを強化する             |
| 2005 (38) | 貧困に焦点をあてた人口、開発とHIV/AIDS | 2017 (50) | 人口年齢構造の変化と持続可能な開発                                |
| 2006 (39) | 国際人口移動と開発               | 2018 (51) | 持続可能な都市、人の移動と国際人口移動                              |

年、テーマを決めて開催されており、人口委員会の時代から通算で2017年に50回目を迎えた。ちなみにその年に、日本はドイツとともに50回記念のサイドイベントを開催した。これまでの各年のテーマは表1に示すように、人口動向、つまり出生、死亡、移動に関する内容が設定され、節目の年、つまりICPDの10年、15年、20年目にはICPD行動計画のフォローアップ会議として全般的な内容が取り上げられている。

「人口と開発」というとジェンダーとリプロダクティブ・ヘルス／ライツとみなされることも多いが、それだけではなく、健康・死亡、人口構造（高齢化）、人口移動（都市化、移民）、教育、環境、貧困など、多くのテーマがこれまで取り上げられており、議論されてきた。

### Ⅲ 人口開発委員会における論点

1947年から始まった人口委員会は、外交官や統計局など政府関係者のほか、大学、研究所の専門家が各国代表として参加し、例えば日本が最初に参加した人口委員会は1959年の第10回人口委員会であるが、その際は、人口問題研究所所長の舘稔が参加し、同様にフランス人口研究所所長のアルフレッド・ソヴィーや米国カリフォルニア大学教授のキングズレイ・デイヴィスなど著名な人口学者が参加していた（舘1959）。つまり人口委員会

は学術的・専門的要素が大きい委員会であった。一方、1994年のカイロ国際人口開発会議以降、「開発」の二文字が付け加えられた人口開発委員会は、ジェンダー、性と生殖の権利を推進するための外交、アドボカシーの要素が大きくなった。カイロ人口開発会議において採択された行動計画（以下単に「行動計画」とする）には必ずしもその内容に100%賛同しない国が多く、留保意見を表明したが、そこで持ち越された議論は簡単に収まるものではなく今に続いている。

先述した通り、2015、2017、2018年の人口開発委員会では決議案が採択されなかった。また、2014年の人口開発委員会では、議論が紛糾し、144ヶ国、NGO、国際機関などの参加者が夜通し国連本部に足止めとなり、朝方7時ようやく採択されたという、常軌を逸した状態であった。それぞれの委員会でテーマは異なっているが、紛糾する点は性と生殖に関する権利、具体的には中絶、性教育、性の権利（LGBT／性的指向・性自認の権利）である。

中絶について行動計画では、「いかなる場合も、妊娠中絶を家族計画の手段として推奨すべきではない」が「妊娠中絶が法律に反しない場合、その妊娠中絶は安全でなければならない」と明記され、「安全な中絶 safe abortion」が容認されることとなった。しかしこれは、参加各国すべてが満足して肯定したのではなく、複数の中南米諸国、

ヴァチカンは、「受胎した時から人権はある」という立場で留保意見を提示した。その後、「安全な中絶」、つまり中絶を容認するかどうか、胎児の命をとるのか（プロ・ライフ）、母親の決定権をとるのか（プロ・チョイス）という議論は現在に至るまで続いている。しかしながら、少しずつプロ・チョイスの方へ世界は進展しているようにも思われる。2014年はカイロ会議から20年目にあたり、行動計画の評価が世界地域別に新たな人口開発宣言を作成する形でとりまとめられた。その中で、これまでカトリック教の影響が強い中南米地域では中絶に対して一番制限的であったが、2013年にローマ教皇が史上初の中南米出身である開明的なフランシスコとなったこともあり、「安全な中絶」を容認するモンテビデオ合意が採択された。フィリピンでは2012年の中絶を容認する法律が2014年には最高裁で支持され、アイルランドでは2018年に中絶を容認する憲法改正が国民投票で可決されるなど、これまで中絶に対して厳しい法律を定めていた国において変化がみられている。しかしアルゼンチンにおける中絶合法化法案の否決（2018年8月）、米国トランプ政権による国際的な「安全な中絶」普及活動への支援中止（2017年）など、中絶容認を巡り世界の意見は収束するどころか拡散しているようにもみえる。このようななか、人口開発委員会の決議文をみると、2014年には行動計画同様の文言が盛り込まれたが、その後採択された、もしくは採択されなかった最終案の中にすら「中絶 abortion」という単語はなくなった。

性教育については、「包括的な性教育 (Comprehensive Sexuality Education)」,つまり性に関する認識、身体・社会的観点から見た性行動に関する教育カリキュラムを学校で行うことについて、それは家族で行うべきであり、早すぎる性教育は性行動を早める、といった理由により、賛同しない国も多い。2014年の人口開発委員会決議案には、包括的な性教育の推進を盛り込んだ案が採択されたが、朝方まで議論をした理由の一つはこの点であり、採択後、多くの国が採決方法について不満の意を述べた。また中絶問題同様、この2014年以降、「包括的な性教育」という文言は採択

されていない。

性的指向と性自認, LGBTについては、カイロ行動計画で「すべてのカップルと個人 (all couples and individuals)」がリプロダクティブ・ライツを持つ、とされたことに、複数の中南米諸国、イスラーム諸国、ヴァチカンが留保意見を述べた。ここでいう「カップル」とは男女、夫婦のことであり、「個人」(複数)とは同性同士のカップルを示しているためである。この議論は、人口開発委員会だけではなく、国連人権理事会、さらには国連総会まで、国連全体に広がりを見せている。2008年にはアルゼンチンが人権・性的指向・性自認に関する66カ国の共同声明を国連総会で読み上げた。また2011年には国連人権理事会で性的指向と性自認の権利を確保するための決議 (A/ HRC/ RES/ 17/ 19) が採択された。前者は提案に過ぎず、後者は投票が行われ、賛成23、反対19、棄権3と賛成多数ではあっても、満場一致ではないという理由で重要性はないと判断されることもあるが、この問題は確実に議論の広がりを見せている。

#### Ⅳ 人口開発委員会の今後

人口開発委員会の決議案が採決されないことは、委員会の存続すら危うくさせるものではある。決議案の作成は、小部屋で行われるため広くその議論内容が共有されているとは言いがたく、また2014年のように密室での個別ネゴにより決定される場合もあり、長時間かけて協議したうえで採択されないこと自体が、不毛なプロセスであるといった批判がある。また中絶や同性婚が犯罪とされている国に対して、それを容認するような決議案を受け入れるという方が強引である、といった意見もある。さらに、人口と開発とは本来、表1に示したような、出生、死亡、移動にかかわる幅広いテーマにかかわるものであるべきだが、それらの議論が、中絶・性教育・性的指向の議論によって吹き飛ばされてしまうという問題も指摘されている。決議案協議では、「常に目を光らせておかないと、思わぬところで文言が入れられることが

あるので油断ならない」と保守的な国の関係者が言っていたことがあったが、「先進的な」国が保守的な国を出し抜いて決議案を作成するなどもつてのほかであり、各国間の信頼感がなくなつては元も子もない。しかしながら、長い目で見れば、アイルランドやフィリピンの法改正に見られたような変化をもたらしているともいえる。

国連人口委員会のときに担っていた各国人口動向の把握と研究および経済社会理事会に対する助言という任務（館1959）は、現在国連人口部のルーチンワークとして定着しており、人口開発委員会が担うべきカイロ行動計画のフォローアップという役割は、評価期限の20年以降もそのまま継続されたと決議されたものの、SDGs（持続可能な開発目標）という、より上位の枠組みの中で、カイロ行動計画がどこまで優先されるのか、など、人口開発委員会の機能自体について再考する必要は確かにあるだろう。しかしながら、リプロダクティブ・ヘルス／ライツとしての中絶・性教育・性的指向という紛糾する議論について、長期的な視点からある収束点を見出していくことも、重要な役割であると考えられる。今の人口開発委員会の枠組みでは、国連人権理事会のように各国政府に何らかの対応を求めることは難しいだろうが、各国の意見を保守的・進歩的、いずれの立場であっても、その立ち位置について明確に文書化していくことで問題を可視化し合意形成に向かうことは可能だと思われる。例えば、2013年に国連人口部は世界中絶政策データベースを作成し（UN

2013）、各国でどのような条件であれば中絶が可能であるか、という情報を公開していたが、その後同様のデータベースは作成されていない。また出生率が未だ高いサブサハラアフリカにおいて、中絶・性教育・性的指向について反対する国が多いが、その具体的な理由などが明らかになっていないことも多い。各国の立ち位置をきちんと理解する、という単純なことが人口開発委員会に求められているのかもしれない。

注：人口開発委員会に関する文書・会議動画は、<http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/>にすべて公開されている。また、カイロ国際人口開発会議行動計画は20周年記念版が<https://www.unfpa.org/publications/international-conference-population-and-development-programme-action>よりダウンロードできる。本稿の日本語訳は外務省（1996）による。

#### 参考文献

- 外務省監訳（1996）『国際人口・開発会議「行動計画」-カイロ国際人口・開発会議（1994年9月55-13日）採択文書-』世界の動き社。  
 館稔（1959）「第10回国際連合人口委員会概況報告」『人口問題研究』第76号。  
 United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs（2013）World Abortion Policies 2013.

（はやし・れいこ）

## 『図表で見るOECDの年金』

山本 克也\*

## I はじめに

OECDは2005年以来、2年毎に公的及び私的年金制度の加盟国比較の目的をとして“Pensions at a glance”を出版している（最新刊は2017年12月刊行号である）。本書は、それまであった“Economic Outlook”に代表される“Outlook（見込み・見通し）”シリーズに加えて、現状を把握する“at a glance”シリーズの先駆けとなった報告書でもある。2009～2013年にはSpecial Editionとしてアジア・太平洋版、2014年にはラテンアメリカ・カリブ海諸国版が出ている。

本書では、概して、刊行年から2年程度遡った制度改正の動向や政策情報、国家間比較のためのさまざまな指数（①総所得代替率、②純所得代替率<sup>1)</sup>、③総年金見込額、④純年金見込額、⑤年金制度の累進性、⑥年金・所得リンク、⑦年金給付の加重平均、⑧1階と2階の比率）を用いて描かれる国際比較、刊行に際して定められたテーマ（年金制度改革の世界潮流や世界経済の動向に基づく）から成る特集章（2013年版では住宅所有・金融資産と公共サービスが高齢者の生活水準に及ぼす影響が特集章であった）、そして国別の制度紹介および上述した指数の掲示する部分から成っている。ただし、2017年版では国別紹介（country profile）の部分が割愛されている。

タイトルからすると、国別の差異がパッと見て

分かるというイメージを持たれるかもしれないが、実際の内容はタイトルほど分かりやすくはなっていない（明石書店から「図表でみる世界の年金」というタイトルで本書の翻訳が出ているが、“世界”は別として、語感としてこのタイトルの方が漠然としていて本書にあっていいると考えられる）。この点は後述する。

## II 国際比較の難しさ

OECD加盟国だけに限ってみても年金制度はさまざまであり、その比較は難しい。これは、たとえ共通の指数を用いて比較を試みたとしても言えることである。一例をあげよう。“Pensions at a glance”で用いられる指数に年金の所得代替率（replacement rate）がある。わが国における所得代替率とは、年金を受け取り始める時点（65歳）における年金額が、現役世代の手取り収入額（ボーナス込み）と比較してどのくらいの割合かを示すものとして用いられる。ところが、OECDでは2016年に20歳で労働市場に参入し、各国の標準的な支給開始年齢（日本：65歳）までの期間を平均賃金で就労して保険料を納付し続けた場合の年金の所得代替率が試算（2017年版の計算に基づく）されている。さらに、平均賃金、年金受給額いずれも税・社会保険料控除前を使用している。このOECDの所得代替率と日本の財政検証における所得代替率との異なる点の詳細は、①単身モデ

\* 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

<sup>1)</sup> 所得代替率には、税金及び保険料支払い前の所得を用いた「総所得代替率」と、それらの支払い後の「純所得代替率」の2種類がある。

ルのため本人分のみで配偶者の基礎年金を含まないこと、②20～64歳まで厚生年金に加入した前提となっていること、③分母となる平均賃金が税・社会保険料控除前である。もちろん、これは日本から見た違いなので“見る方が慣れれば良い”と言えるかもしれないが、例えばフランスだと保険料率(労使計)が25.4%(日本の約1.4倍)で、公的年金の所得代替率には公的年金と一体運用されている私的年金分も計上されていたりもする。要は、国毎に制度内容や保険料率、高齢化率等が異なることにも注意が必要なのである。

### Ⅲ 本書の意義

実は、一連の“Pensions at a glance”の中で最も引用されていると思われるのは、2011年の9～11ページにある“Three Solutions to the Pensions Paradox(年金制度の矛盾に対する3つの解答)”という“論説”であろう。年金制度の矛盾・ジレンマというのは、少子高齢化社会において年金制度の持続可能性を維持していくためには年金給付の抑制が必要(*affordability problem*)であるが、一方で、制度の持続可能性にばかりに目を奪われると年金給付が老後生計費を賄うのに十分な水準を保てなくなる(*adequacy problem*)ことを言う。この矛盾に対してOECDは、①就労期間の延長(年金支給開始年齢の引き上げ⇔保険料の拠出期間の延長、早期退職へのインセンティブの廃止)、②公的年金のターゲットを社会一般ではなく社会的弱者・低所得者の救済に向けたものに変化させる(年金の所得再分配効果を大きくする)、③公的年金給付の縮小を補完する私的年金の奨励策の実施(若者に対する私的年金の普及)という3つの対応策を奨励している。

もちろん、この3つの解答は、その国の実情に応じて実施すれば良い。例えばわが国では、高齢者

の就労は既に高い水準にある。そして、厚生年金保険に関しては70歳まで拠出可能でもある。その意味で言えば、被用者の方については、①の対応策を既にしてしまっている状態なのである。もっとも、在職高齢年金の制度は年金受給者の労働意欲を大きく減退させている可能性があるため制度改正が必要であると思われる。一方、②に対しては、2014年の財政検証で基礎年金の給付水準まで調整されることになってしまい、年金の再分配効果が低下することになっている。これについては、基礎年金の加入可能年齢を引き上げることによって対応の余地がある(拠出期間が延びれば基礎年金の給付水準を引き上げることが可能)。実際、非正規雇用者という賃金労働者についても、定年延長や雇用延長などにより会社員・公務員の厚生年金適用が60歳以降にも拡大している現状に合わせる必要があるものと考えられる。

### Ⅳ おわりに

OECDによる各国の年金制度の比較においては、公的年金制度だけでなく、私的年金を社会的な仕組みととらえ、これを含めて比較を行うことにしている<sup>2)</sup>。これは、欧州諸国では労使協約に基づく年金制度など、多くの者が準強制的に私的年金に加入する仕組みが普及していることによる影響である。2017年版の102ページにおいても、“OECD加盟国の所得代替率を比較すると、約半分の加盟国では私的年金が老後の所得保障において大きな役割を果たしている。OECD加盟国平均の公的年金制度から受ける給付による所得代替率は41%であるが、強制・準強制加入(被用者の85%以上をカバー)の私的年金制度からの給付を加えると53%となる。また、任意加入(労働人口の40%以上をカバー)の私的年金制度からの給付を加えると59%に上昇する”としていて、私的年金

<sup>2)</sup> OECDでは、公務員等を除く民間セクター被用者に対し提供される強制加入の年金制度が分析対象となっている。ただし、制度が民間の提供する私的年金であっても加入が強制されるのであれば、強制加入年金に含まれる。また、加入比率(カバレッジ)が対象者の90%以上に達する私的年金も、強制加入制度に準ずるとして分析対象に入れられており、デンマーク、オランダ、スウェーデンの職域年金がこれに含まれる。この点は、わが国で強制加入ということから想起される公的年金制度とは一致せず、数値を見る際には注意を要する。

を薦めていることが分かる。

わが国の場合、2014年の財政検証において基礎年金の給付水準調整も必要となったことが分かった。それによると、2043年には基礎年金の水準が現在に比して3割弱も低下するというものである。基礎年金水準の低下は低所得者への再分配効果も低下させてしまい、低所得者に対しても何らかの補填をしていく必要が生じる。これに対しては、例えば、高所得高齢者への基礎年金一部または全

部不支給というネガティブな手段を伴う方法もありうるだろうが、“Pensions at a glance”の基調から考えると、“年金クレジット<sup>3)</sup>や低所得者にもアクセス可能な金融商品の開発の奨励を”というポジティブな年金政策を打ち出した方が良いように思われる。

(やまもと・かつや)

---

<sup>3)</sup> ここでいう年金クレジットはイギリスの制度で、年金生活者の貧困問題への対応策として、1999年に設置された「最低所得保障制度」の代わりに、2003年に導入された、いわば特別な公的扶助制度である。高齢者を対象とした税財源による補足的給付であり、貯蓄を促す側面も持つ。

## 情報 (各国の動向)

医療ICTの進歩・普及の逆説：エストニア、  
スペイン（カタルーニャ州）、米国非営利組織の事例から

真野 俊樹\*

## Ⅰ 医療レベルが優れた日本

2015年のLANCET<sup>1)</sup>、カナダのカンファレンスボードの調査<sup>2)</sup>などいくつかの調査において日本の医療レベルの高さが証明されている。一方、ICTを使った患者と医師との関係性については、フィリップスの調査<sup>3)</sup>のように、日本が必ずしもすぐれているとは言えないのが現状である。

筆者は、さまざまな国においての調査から、医療に対してのアクセスが良くない国において、医療ICTによる患者側からの医師や医療機関への直接のアクセスの補強、ひいては医療情報の共有化が、その国の医療レベルの低さとは裏腹に進んでいるのではないかという仮説を持つに至っている。仮説を検証するには、おぼつかないが、いくつかの事例を通して、日本でなぜ医療ICTの普及が遅いのかを考えてみたい。なお、今回取り上げる医療ICTは、医療提供者側の情報共有が主になり、そこに患者がアクセスし医師などの医療者へコンタクトができるという例である。患者中心のPHRは考察に含めていない。

## Ⅱ エストニア

エストニアは人口が130万人ほどで、ロシアの隣国であり、決して豊かな強国ではない。ここでは、さまざまな個人情報、ID番号とリンクして、インターネット上の行政サービスデータ交換の基盤である「X-road」に一元的に管理される。国民は、各分野別のサーバー上に保管されたデータを「X-road」を通して、政府のポータルサイトである「your Estonia」の画面で閲覧できる。また、電子選挙のほか、所得税の申告、公共交通サービス料金の支払いなど、さまざまな行政手続きを行ったりすることができる。

医療関連のITは2008年から始まり、ほかの分野と同様にデータ交換基盤のレイヤー、データベースのレイヤー、アプリケーションとサービスの三つのレイヤーからなる。ITによる変化はEHR (Electronic Health Record)、電子画像、と電子処方箋と電子予約 (レジストリ) である。電子予約は、診察をけることができるまでの待ち時間が長いので、せめて医師の予約を取りやすくするために導入されたが、まだあまりうまく機能していないという。その意味では、医療分野の目玉はEHRや電子画像によるデータの共有化、もう一つは電

\* 中央大学大学院戦略経営研究科 教授／多摩大学大学院 特任教授

<sup>1)</sup> GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators (2017) Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015 Volume 390, No. 10091, p231-266, 15 July.

<sup>2)</sup> <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx> (最終確認)。

<sup>3)</sup> [http://www.philips.co.jp/content/corporate/ja\\_JP/about/news/archive/standard/about/news/press/2016/20160609\\_Philips\\_medical\\_challenge.html](http://www.philips.co.jp/content/corporate/ja_JP/about/news/archive/standard/about/news/press/2016/20160609_Philips_medical_challenge.html) (最終確認)。

子処方箋である。

EHRは日本でも、徐々に進みつつあるが、エストニアの場合には、2009年から、かかりつけ医を含むすべての医師はカルテすべてではなく、その要約を電子化し共通サーバー上で保管する義務がある（ただ罰則規定はないようである）。これによって、当該患者の診察に関係する医師は、家族歴や既往歴、過去の経緯、画像、薬剤アレルギーの有無、薬の服用歴といった医療の基本情報にアクセスできる。

### Ⅲ スペイン：カタルーニャ州

カタルーニャの電子カルテの事情は非常に進んでいる。病院は92%が導入し、開業医は100%導入されている。このように普及していった理由には、TIC Saluteという組織の存在がある。この組織は2006年にカタルーニャ州政府によって作られた。その後、カタルーニャ州の人口750万人に対して、電子カルテ統一の努力がなされた。現在は政府の外郭の会社で電子カルテが統一されている。そのため患者は、医師との間でメールでのやり取りも可能であったり、チャットでのやり取りをすることも出来る。

予約に関しても電話やインターネットで可能だし、人手を介さなくても自動的に医師の電子カルテ画面に入力されていくという。もちろん直接訪問して予約することができる。

病院に関しては、開業医ほど電子カルテの統一は簡単でなかったという。病院については電子処方箋が2007年に導入され、2010年に完成した。また画像共有も2008年に導入され2011年に完成した。その後、病院同士がやり取りをできるように電子カルテが改良され、公的病院同士では現在も可能になっている。さらに徐々に皮膚科や眼科を中心にテレメディスンが導入されてきている。今後の目標としては、モバイルヘルスということで、さまざまなアプリケーションを電子カルテに組み込んでいきたいと言われている。

患者ポータル画面からは、医師とのチャット、医師とのメールのやり取り、病院や診療所の

予約が行える。さらに健康的な生活を送るためのアプリケーションもいくつか導入され、これが今後医師と共有化される方向である。またこのサイトに生前遺書を記入し、医師に管理してもらうことも可能である。

### Ⅳ 米国：Healthix

Healthixは全米で最大規模の公共非営利の医療情報交換組織（Health Information Exchange: HIE）である。組織の起りは2005年にさかのぼるが、統合を重ね現在のHealthixは2012年につくられた。その後も統合を重ね、現在ではニューヨーク市全域と近隣のロングアイランドの地域の病院から、病院、長期ケア施設、亜急性医療施設、健康保健会社、小規模地域保健センター、開業医、診療所まで約4,400施設とつながり、登録患者数は1,600万人となっている。従業員は少なくとも55名の組織である。なお、データ共有について、医療者は特に新しく入力するといった手間はかからない。これによってより容易にセキュアに（高セキュリティ環境で）患者ケアが医療従事者間で連携できる。個人情報オプトインで許可を取っている。情報共有、連携体制により、患者ケアの品質やスピードの向上ばかりでなく、不必要な検査の重複を避けることもでき、コスト削減にもつながる。実際に、2017年の10月には、48,125件の患者サマリー、3,470件の電子カルテが会員によって閲覧された。もちろん、ケアを提供する会員の間での直接のメールなどでのやり取りも行われる。

その中のデータには、患者の名前、性別、人種、対応言語、アレルギー、投薬、投薬に対するアレルギー、喫煙の有無、予防接種歴、通院歴、身長・体重・血圧・BMIといった簡単なバイタルサイン、さらには薬局からのデータ、薬剤データ、患者の問題リスト、検査結果、放射線科のレポート並びに画像、病気の診断名、行われた手技、認知力、もし入院したことがあれば退院のときの指示及びサマリーなどがある。

収集管理されたデータをもとに行動をおこすこ

ともこの組織の特徴である、例えば、かかりつけ医には当該患者がどこかの病院のERを受診したら、あるいはナーシングホームに入所したらといった情報がリアルタイムに連絡される。患者が万が一死亡した場合にも情報がメールで送信される。ちなみに、2017年10月において、こういった情報が904,646件配信されている。

## V そのほかの事例

文字数の都合で詳細は記載できないが、中国においても病院数の不足のための、受診までの長期の待ち時間を改善するために、医療ICTの導入が盛んである。中国の特徴としては、テンセントなど民間企業をうまく活用している点がある。

## VI 考察

きわめて限られた現地事例調査なので、仮説を

完全に検証するには至らないが、筆者なりに日本で医療ICTの進歩や普及が遅れている理由を考えると、①日本が医師や医療機関に対するアクセスがしやすい国であり、ICTの助けがあまり必要ではない。②制度の経済学の視点で言えば、いままでのICTを使用しない環境が長く続いており、そこからの離脱に時間がかかる。③医療に限らずそのほかのインフラも整っており、国土もさほど広くないので、ICTの優位性が相対的に少ない。といったことが考えられる。あくまで仮説であるが、読者の皆様の参考になればと思い、提示させていただいた。

### 参考文献

真野俊樹 (2017)『医療危機—高齢社会とイノベーション』中公新書。

(まの・としき)

## 情報（所内研究報告：人口）

## 新地域推計にみる将来の自然増減率と社会増減率の分布

小池 司朗\*

## I はじめに

国立社会保障・人口問題研究所（社人研）は、2018年3月に「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」（以下、新地域推計）を公表した。新地域推計は、2015年の国勢調査人口を基準として、2045年までの将来人口を市区町村別男女5歳階級別に推計したものであり<sup>1)</sup>、各地域の推計値合計は、「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）の値と合致する。

本稿では新地域推計の結果のなかから、将来の自然増減率と社会増減率の分布に着目する。地域別の人口は、自然増減（出生数－死亡数）と社会増減（転入数－転出数）の双方によって変化するが、将来の人口増減に対して各要因がどの程度寄与するかを把握することは、人口減少対策など地域政策の立案にも有用であると考えられる。以下ではまず、新地域推計の推計手法の概要について触れ、その後本題に入ることとする。

## II 推計手法の概要

推計手法には、コーホート要因法を採用している。コーホート要因法は、ある年の男女・年齢別人口を基準として、ここに出生・死亡・人口移動に関する仮定値を当てはめて将来人口を計算する

方法である。新地域推計に用いた仮定値は、出生に関して子ども女性比と0～4歳性比、死亡に関して（男女年齢別）生残率、人口移動のうち転出に関して（男女年齢別）転出率、人口移動のうち転入に関して（男女年齢別）配分率である。

出生と死亡に関しては、2015年または2010～2015年で観察された全国と各地域の実績値の較差をベースに、「日本の将来推計人口（平成29年推計）」（出生中位・死亡中位仮定）から得られる全国の将来値と連動させる形で仮定値を設定した。一方人口移動に関しては、原則として、2010～2015年に観察された傾向を将来も一定として仮定値を設定した。仮定値設定方法を含む推計手法の詳細については、社人研の新地域推計のページ<sup>2)</sup>、または2018年末頃刊行予定の報告書を参照されたい。

## III 自然増減率と社会増減率の分布

従来の地域推計と同様、新地域推計では地域間人口移動が発生しないと仮定した封鎖人口を参考推計として公表している。封鎖人口は、人口移動に関する仮定値である転出率と配分率をすべてゼロと置くことによって算出され、各地域人口が自然増減のみの要因で変化した場合の将来人口と解釈できる。この封鎖人口を用いることによって、将来人口変化をおおよそ自然増減と社会増減に分

\* 国立社会保障・人口問題研究所 人口構造研究部長

<sup>1)</sup> 福島県については東日本大震災に伴う福島第一原子力発電所の事故の影響により、長期的な市町村間人口移動傾向を見通すことが困難であるため、県全体のみ推計を行った。

<sup>2)</sup> <http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/t-page.asp>

解することが可能である。以下では、2015～2045年の人口増減率の変化を自然増減率と社会増減率に分解した結果について、都道府県別と市区町村別の分布をみていくこととする。

### 1 都道府県別の自然増減率と社会増減率

都道府県別の2015～2045年の人口増減率を自然増減率と社会増減率に分解した結果は図1のとおりである。

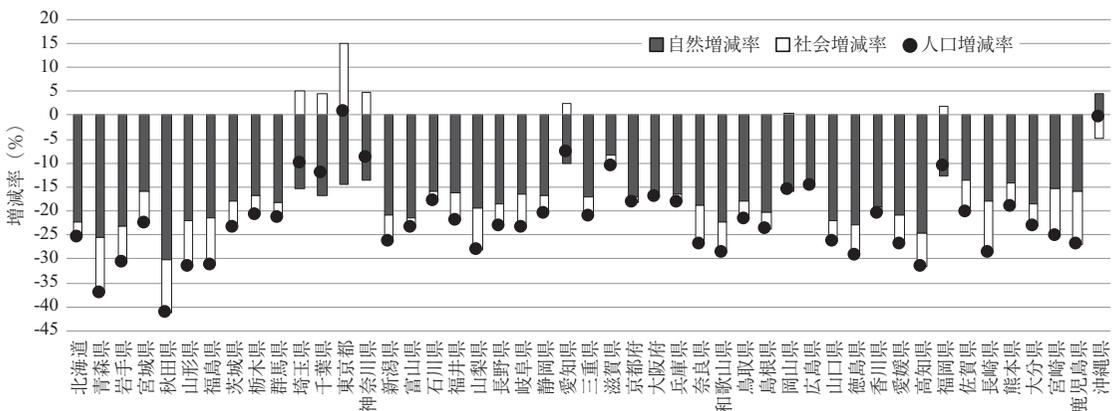
自然増減率がプラスとなっているのは沖縄県のみである。ほかの46都道府県ではすべて自然増減率がマイナスであり、最も自然減少率の大きい秋田県では-30.3%に達する。出生率が突出して高い沖縄県を除外すれば、全体として非大都市圏において自然減少率の大きい反面、東京圏を中心とする大都市圏では小幅にとどまる傾向がある。一方、社会増減率がプラスとなっているのは東京圏に属する1都3県に愛知・岡山・福岡を加えた7都県であり、残りの40道府県でマイナスとなっている。非大都市圏に属する道県の大半は社会増減率がマイナスであるものの、その水準は自然増減率のマイナスと比べれば小さく、非大都市圏全体<sup>3)</sup>で算出した自然増減率は-17.7%，社会増減率は-4.7%である。非大都市圏においては、高齢化

および出生率の低迷と継続的な人口流出傾向に起因する若年層人口の減少が、社会減の影響を相対的に弱める一方で、自然減には拍車をかけることになる。

### 2 市区町村別の自然増減率と社会増減率

市区町村別の2015～2045年の人口増減率を自然増減率と社会増減率に分解し、散布図の形で表したのが図2である<sup>4)</sup>。全1,682市区町村のうち、自然増減率が社会増減率を下回るのは1,495市区町村(88.9%)にのぼる。自然増減率・社会増減率がともにマイナスとなる1,371市町村に限定しても、自然増減率が社会増減率を下回るのは1,223市町村(89.2%)に達しており、将来の人口減少の主因は市区町村別にみても自然減ということになる。

ちなみに新地域推計によれば、2015～2045年の30年間で最も人口増加率が大きいのが東京都中央区、最も人口減少率の大きいのが奈良県川上村となったが、東京都中央区の自然増減率と社会増減率はそれぞれ-5.3%と+40.2%であったのに対し、奈良県川上村ではそれぞれ-61.3%と-18.1%であった。つまり、両地域の自然増減率の差と社会増減率の差がほぼ同水準となっている。人口変化

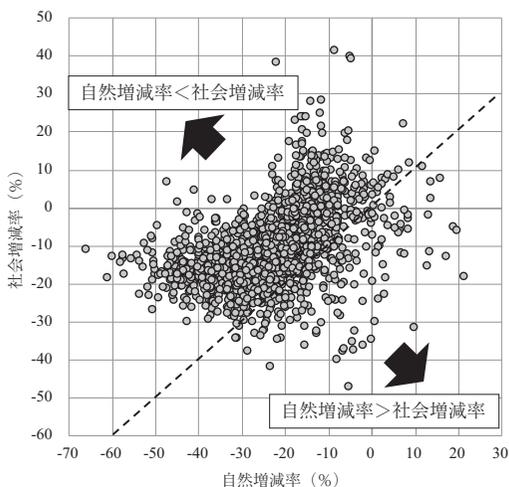


資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」。

図1 都道府県別、2015～2045年の自然増減率と社会増減率

<sup>3)</sup> 埼玉・千葉・東京・神奈川・岐阜・愛知・三重・京都・大阪・兵庫を除いた37道県。

<sup>4)</sup> すべての政令指定都市は1市、東京23区は区を単位とした1,682市区町村で示した。



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30年推計）」。

図2 市区町村別、2015～2045年の自然増減率と社会増減率の分布

の地域差には、とかく人口移動の影響のみが注目されがちであるが、出生・死亡の地域差による影響も重要である。換言すれば、基準時点（新地域推計では2015年）における地域別人口の年齢構造が、将来人口を規定する大きな要因となっているわけである。

#### Ⅳ おわりに

本稿では、「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」の推計結果のなかから自然増減と社会

増減の分布に着目し、特に自然増減の将来人口に及ぼす影響力の大きさを指摘した。大半の地域において自然減を主とする人口減少が不可避となり、高齢化が顕著な地域ほどその影響は大きくなる。つまり、今後仮に人口移動の東京圏一極集中が収束したとしても、東京圏以外では高齢化がより進展している分、「自然増減による東京圏一極集中」は収束しない可能性が濃厚なのである。

（こいけ・しろう）

## 日本社会保障資料V（2001～2016年）

小島 克久\*

## I はじめに

わが国の社会保障制度には長い歴史があり、その制度構築の中でさまざまな重要な資料が作成されてきた。これらを収集しまとめることは、社会保障政策研究にとって非常に重要なことである。国立社会保障・人口問題研究所では、旧社会保障研究所の時代から続いてきた『日本社会保障資料』の刊行を不定期ながら継続しており、2018年3月に5番目の版となる『日本社会保障資料V（2001～2016年）』を刊行した。今回はこの刊行事業について紹介する。

## II これまでの『日本社会保障資料』

『日本社会保障資料』刊行の歴史は長い。旧社会保障研究所では、1975年に『日本社会保障資料I』『日本社会保障資料II』を刊行した。前者は旧社会保障研究所創立3周年を記念して1968年に刊行した『戦後の社会保障』資料編を再刊したものである。戦後の20年間（1967年度まで）の社会保障制度構築に関する資料を主な機関別（GHQメモランダム・閣議決定等、調査団・使節団報告書、社会保障制度審議会など）にまとめている。後者は1968年度から1973年度までのわが国の社会保障制度の発展に関する資料を収集、分類、整理を行ったものである。まとめ方も、「人口・長期財政・計画」、「年金」、「医療保険」、「雇用保険・労

働」、「社会福祉」などの分野別となっている。

これらの刊行から少し時期を空けた1988年に『日本社会保障資料III』が刊行された。この版では1974年から1983年までを対象として、政府省庁の資料、関係審議会の答申・勧告・建議などの基本的文書類を中心に、各政党、社会福祉協議会、労働組合などの資料も収集している。この版でも上下巻に分ける形で、「人口」、「年金」、「医療保険」、「生活保護」、「社会福祉」などの分野別構成となっている。

なお、旧社会保障研究所では1986年に明治、大正、昭和戦前期の社会保障資料の収録、整理を目的に『日本社会保障前史資料』を刊行している。

そして、現在の国立社会保障・人口問題研究所の下では、『日本社会保障資料IV（1980-2000）』を2004年に刊行している。この版では、1980年から2000年を中心とした社会保障に関する文書資料を整理、解説を行っている。構成も『日本社会保障資料III』を踏襲する形で、「人口」、「社会保障」、「医療保険」、「薬価・診療報酬」、「年金」、「雇用対策・雇用保険」、「介護保険」、「社会福祉」などとなっている。この版では社会のIT化に合わせて、冊子版のほかにCD-ROM版の作成なども行っている。

このように不定期ではあるが、日本の社会保障制度に関する資料の収集、整理、解説を一貫して行ってきた。

\* 国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部長

### Ⅲ 『日本社会保障資料V (2001-2016年)』の編纂・刊行

『日本社会保障資料V (2001-2016年)』は、これまで4回刊行されてきた『日本社会保障資料』の最新版を刊行することを目的に編纂を行った。この版では、わが国がデフレ経済、格差社会に移行する中、社会保障改革も制度の持続可能性、地域密着型のサービス提供体制、医療と介護などの分野を超えた連携、全世代対応型の制度構築など、これまでには見られなかった論点に重点が移行した。2001年から2016年にかけての文書資料を収集した。特に2009年から2012年の間は民主党（現在の民進党）が政権を担った時期であり、この期間の文書資料の収集を含めるようにした。

資料収集・分類・解説は『日本社会保障資料IV』を踏襲する形で行った。資料の収集は、諸先行研究、並びに政府各省庁の資料、関係審議会の答申・勧告・建議などの文書資料に加えて、関係諸団体の文書についても行った。また、所内担当者、所外委員によるプロジェクトチームを編成し、2014年度から2017年度にかけて、研究所での資料収集・分類、執筆者会議の開催のほか、メー

ルなどでの連絡も密に行い、最終年度の2017年度は解題執筆原稿の編集を進め、年度末に最終的な『日本社会保障資料V (2001-2016年)』（所内研究報告第79号）をPDF版で刊行した。この資料の構成は、「人口」、「社会保障」、「医療保険」、「診療報酬・薬価」、「公的年金」、「企業年金」、「雇用政策・雇用保険」、「労働者災害補償保険」、「介護保険」、「老人福祉」、「生活保護・生活困窮者対策」、「社会福祉」、「児童福祉」、「児童手当」、「障害者福祉」、「少子化対策」、「公衆衛生－感染症対策－」、「災害支援援助」の18章で構成されている。

『日本社会保障資料V (2001-2016年)』を含め、一連の『日本社会保障資料』は研究所の図書室で閲覧が可能な状態にある。所外の方々は事前に来訪の連絡をいただければ閲覧が可能である。また『日本社会保障資料』全体について紹介するwebページも準備中である。

#### 参考文献

国立社会保障・人口問題研究所『日本社会保障資料V (2001~2016年)』（所内研究報告第79号）。

(こじま・かつひさ)

## 書評

飯島祥彦 著

『医療における公共的決定—ガイドラインという制度の条件と可能性』

(信山社, 2016年)

佐藤 智晶\*

## I はじめに

本書は、医療現場の職業倫理問題に関して、ガイドラインが実効的に機能するための適合性条件を解明しようとするもので、ガイドラインの評価指標を具体化した点で大きな意義がある。医療現場と法の世界を知り、実務で得られた経験や知見を駆使して両方の世界を架橋しようとする著者は、本書のテーマを扱うのに適任な研究者の1人である。医療現場の職業倫理問題に関するガイドラインの策定を真正面から取り上げる先行研究は、ほぼ皆無に近い。医療現場におけるガイドラインへの期待や需要が高まっている今日、本書が果たしうる役割は大きいものと思われる。

本書では、結論として以下3つの適合性条件が挙げられている。第1に、問題が公共的な問題であることを前提として、患者と医師の間で協働する関係を構築するために適合的な環境を作出するガイドラインであること。第2に、ガイドラインでこの目的に適うように一義化した行為指針および手続きを定式化していること。第3に、法、制度的な制約、適正な利潤等、公私のさまざまな利害を調整し、法や経済的制約を踏まえた上で、医師にとって具体的な行為指針を提示するガイドラインであること。このように、医療現場の職業倫理問題に関して、ガイドラインが実効的に機能するかどうかを基準とする適合性条件は、いわば、「ガイドライン策定のためのガイドライン」(a guidance for making guidances)を示したものと

考えられる。医療現場の職業倫理問題に限定されてはいるものの、その都度、現場の事情を酌んで場当たりに策定されがちなガイドラインの評価指標を具体化した功績は大きいだろう。

本書は、序章を含めて全5章から構成されている。序章は導入、第1章は医療現場の職業倫理問題に対する制度的対応としてのガイドライン、第2章はケーススタディとして医師の法的責任に関する分析、第3章はガイドラインに要求される適合性条件、第4章はガイドライン試論にそれぞれあてられている。以下、本書の概要を章ごとに示す。

## II 本書の概要

## (1) 第1章

第1章では、医療現場の職業倫理問題に対する制度的対応として、法、倫理委員会の決定、ガイドラインの中で特にガイドラインの有望さについて説明されている。迅速かつ柔軟に対応することができるために、ガイドラインが制度的対応として最も期待できるという。著者によれば、医療現場における職業倫理問題は法的な解決、特に立法による解決には馴染みにくい。各人が重視する利益や価値を調整して意見の一致をみることは容易ではなく、どちらがベターな利益や価値かという道徳的核心を見出すことも困難だという。また、米国と比べてわが国では裁判所の関与が限定的であることから、立法だけでなく裁判での解決も期待しにくい。倫理委員会については、適切な審査

\* 青山学院大学法学部 准教授

を実施しうるだけの質が保証されているとはいいがたく、迅速に審議し決定することができるだけの体制基盤も乏しいという。しかも、裁判所はもちろん医療機関の執行部さえ倫理委員会の決定を尊重しない傾向にあることから、主たる制度的対応にはなり得ない、というのが著者の指摘である。

著者は、ガイドラインについて、策定主体の政治・社会的影響力の強弱、統一的合意形成の程度によって行政機関が策定したもの、全国規模の職能団体である学会と日本医師会が策定したもの、そして各医療機関が策定したもの、というように3つに分類している。そして、扱われる事項に応じて、例えば、法律で規律されている事項かどうかや、全国統一的な取り扱いが必要かどうかを考慮して、使われるガイドラインが選択される必要があると説く。例えば、終末期の延命治療の中止・差し控えは、第1または第2のガイドラインが選択されやすく、逆に、宗教的信条を理由とする輸血拒否の場面における無輸血治療の治療費の費用負担や、非親族間の生体臓器移植の実施については、第3のガイドラインが選択されやすいことになる。

著者は、ガイドラインには現行法に抵触せず、また法規範が明示していない事項について規範として明確にすることが求められる、と指摘している。ガイドラインでは、医師が自分の職業に誇りを持って診療に専念できるような行為指針を提示しなければならない。そして、ガイドラインを遵守して診療を行ったせいで、医師が刑法などの法規範に抵触して法的責任を負う結果にならないようにすることが求められている、という。

## (2) 第2章

第2章では、職業倫理問題の具体的な事例として宗教的信条からの輸血拒否、終末期の延命治療の中止・差し控え、生体臓器移植の3類型を取り上げて、医師の法的責任について分析されている。本章では、ガイドラインが医療現場で有効に機能する適合性条件を検討する予備的作業として、職業倫理問題に係る関連法の内容および解釈に加え

て、国内外の判例、関係法令、学説が整理された。そして、医療水準にある医療を提供する生体臓器移植と、「死に向かうこと」を容認する治療では医師の法的リスクが決定的に異なることが示されている。すなわち、宗教的信条を理由とする輸血拒否および終末期の延命治療の中止・差し控えの場合、患者の生命を救う、ないし延命の可能性があるのに、結果的に医師がそのような治療方法をとらないことになるため、医師の法的リスクに対応することが不可欠であるという。

## (3) 第3章

第3章では、ガイドラインが医療現場で実効的に機能するための適合性条件が示されている。第2章で指摘されていたように、著者が問題視しているのは、法的リスクである。医療現場で実効的に機能するガイドラインは、患者の利益となる治療を導入でき、法的リスクに対応できる必要があるが、どのような価値を重視して行為指針を提示しておけばよいのか。著者は、患者と医師が協働して、患者のために最善となる治療方針を決定できるようにする配慮が求められるという。そして、医療機関が策定するガイドラインを念頭に置いて、ガイドライン策定にあたって外部の第三者（一般市民や医学分野以外の専門家）を過半数以上とし、運用経験を重ねて運用結果を公表するとともに、意見公募によるガイドラインの改訂と運用見直しをすることが、職業社会問題の社会的コンセンサスの形成にとって重要だと説く。また、ガイドラインの策定手続きについても言及し、患者の利益や権利の保護を確保するために、医療における公正の確保と、策定方法や手続き過程の透明化を図ることが重要である、と指摘している。具体的な手続きとして、アンケートや患者団体の意見を反映させた学際的かつ明確なガイドライン原案の作成、倫理委員会等での審議、承認後の公開と第三者機関による評価、ガイドラインの内外への周知、定期的な改訂が挙げられている。

著者は、ガイドラインが法規制や経済的制約等を踏まえた上で、実現すべき公共的枠組みを見据えて、それを実現しうる規範体系のサブシステム

として、医師としての具体的な行為指針を提示しうる倫理規範体系を構築しなければならないという。そして、その大前提となるのがガイドラインの適合性条件であり、著者によれば、次の2つの機能が要請されている。1つは、医師の法的リスクへの対応という私益と患者の利害尊重という公益を調整する機能である。もう1つは、公共性を基盤に公私の利害（医療に求められる公益と医師個人の経済的利益、医療機関の経済的利益、医療資源の配分からの制約等）を調整する機能である。

#### (4) 第4章

第4章では、医療現場の職業倫理問題に関するガイドライン試論として、宗教的信条を理由とする輸血拒否と終末期治療の中止・差控えに関するガイドラインのモデルが提示されている。著者は、モデルを提示した後に、ガイドラインの公共的意義についてわざわざ言及している。すなわち、医療現場の職業倫理問題には「法の空白」があり、これをいかに公共的に決定できるようにするかが問題の根幹であるとした上で、ガイドラインには法の空白を埋める行為規範として機能することが要請される、というのである。そして、ガイドラインが法の空白を埋める規範として機能するためには、警察・検察当局が動く理由を見つけれないほどの強い公共性を具備しなければならない、これこそがガイドラインの適合性条件である、とまとめている。

### Ⅲ 本書の意義

ガイドラインが実効的に機能するための適合性条件は、医療現場の職業倫理問題に関しても、それ以外の問題についても、これまで所与のものとしてそれほど注目を集めてこなかった。ガイドラインは法令自体ではないから、ガイドラインを遵守しても、ガイドラインに違反しても、それだけで法律効果が生まれるわけではない、という点だけが強調されてきたからである。これにより、ガイドライン、特に行政機関が策定したものについてはどのような形で策定されても、内容にかかわ

らず一応遵守しておこう、という消極的な対応が蔓延している感がある。本書は、医療現場の職業倫理問題に限定してではあるが、このような状況に一石を投じるものである。

あえて端的にまとめると、ガイドラインが実効的に機能するための適合性条件は、策定手続きと具体的内容においてガイドラインが法令のような性質を帯びること、である。ガイドラインが法令のような性質を帯びたものとして認められるかどうかは、最終的には司法によって判断されることになる（司法の世界に巻き込まれない、という形でも判断されうるだろう）。今後、本書を参照して策定されたガイドラインが裁判所や社会全般においてどのような取り扱いを受けるのか、目が離せない。

ガイドラインの1つ、アメリカ医師会倫理規定（American Medical Association Code of Ethics）については、内容の具体性、社会的な期待との一致、専門家を転換点に導き、新しい専門家と社会との合意を不可逆にする機能の3つが、規定を実効的なものにする、と考えられてきた〔レフラー（2005年）、pp.114-115〕。具体的なルールのように起草すればするほど、その規定の適用範囲が明確になるうえ、規定の解釈と遵守も容易になるという。また、守秘義務に関する規定のように、医師の伝統に深く根ざしていると同時に、プライバシーという価値に対する社会の高い評価にも基づいている場合にも、規定は実効的になる。さらに、例えば、正直さや誠実さが医療過誤の賠償責任を軽減するというような調査結果と結びつくことにより、正直さや誠実さを要求する倫理規定が医療専門家の慣行を大きく変化させ、そのような原則が堅固になるにつれて、社会的な期待も高まるというのである。このような分析は、本書の指摘と非常に重なりうると思われる。

また、アメリカ医師会倫理規定の中には、強制力を有するルール（enforceable rules）、説得力を有する指針（persuasive guidelines）、教育上の手段、目標の表明、そして意義の乏しい言辞があるとされる〔レフラー（2005年）、pp.100-102〕。本書の関心から重要なのは、強制力を有するルール

と、説得力を有する指針である。裁判所、行政機関、資格付与と懲戒を行う機関によって、義務的かつ明確なルールとして扱われるものが、強制力を有するルールである。他方、裁判所等がそのまま「法」として扱うよりも、1つの証拠として考慮する規定が、説得力を有する指針である。どのような策定手続きで、どのような内容ならば、強制力を有するルールや、説得力を有する指針になるのか、という研究はない。しかしながら、少なくとも内容が具体的で、社会的な期待と一致し、専門家を転換点に導き、新しい専門家と社会との合意を不可逆にするような内容の規定は、実効的なものとなりうる。

強い公共性を具備した、言い換えれば、法令のような性質を帯びたガイドラインが患者や一般市民からどのように理解されるのか、そして医師や医療機関にとって改訂を経なくても医療を改善し続けるインセンティブを与え続けられるのだろうか、という問題は、本書で残されているように思われる。例えば、法的リスクに対応するためにガイドラインの策定と実施に注力する結果として、ガイドラインの改訂の機会まで実務を是正する機会が奪われてしまうおそれがある<sup>1)</sup>。もっとも、このような懸念はすべて、可能性の話でしかない。本書に示された適合性条件を満たしたガイドラインについては、このような懸念は不要かもしれない。今後の実証研究に期待したい。

#### Ⅳ おわりに

本書が投じた一石は、医療現場の職業倫理問題を離れてより一般的に影響を及ぼしうる。すなわ

ち、医療現場の職業倫理問題以外でも、「ガイドライン策定のためのガイドライン」への期待は大きいように思われる。例えば、行政機関は、政権与党の支援と監督の下、法令で対応するか、ガイドライン（最近は「ガイダンス」と呼ばれることもある）で対応するかという選択肢を持っており、策定のタイミング、具体的な内容、制裁の有無や強制力の程度をすべて実質的に支配できる。そのため、規制の透明性や予見可能性は、極めて乏しい状況が続いてきた。本書の示すような崇高なガイドラインは、必ずしもすぐに、行政機関で生み出されるわけではないだろう。行政府や立法院は、場当たりにガイドラインを活用できる世界を望ましいとさえ考えるかもしれない。さらに、全国規模の職能団体である学会と日本医師会や、医療機関で生み出すのも、それほど簡単ではないはずである。しかしながら、司法部は真摯に、「強い公共性を具備した」ガイドラインをルールとして採用したり、証拠の1つとして積極的に活用する可能性がある。策定の段階から、法令のような性質をガイドラインに希求することが望ましいかどうかはともかく、結果としてより公共性を具備したガイドラインの中には、司法部を中心として社会に支持されるものが出てくるかもしれない。

#### 参考文献

ロバート・B・レフラー（2005年）「アメリカにおける倫理規定の機能的分析」、樋口範雄・土屋祐子編『生命倫理と法』、弘文堂、pp.99-116。

（さとう・ちあき）

<sup>1)</sup> 例えば、強制的な開示を命じられると、情報提供者はそれで満足してしまってより望ましい説明を模索しなくなる、というのは実務でよく知られている。ガイドラインが、ある種、法令のような性質を帯びる場合には、このような知見を考慮に入れておく必要があるだろう。Ben-Shahar, Omri, and Carl E. Schneider (2011) "The Failure of Mandated Disclosure," U. Pa. L. Rev. 159, No. 3, p., 740 ("Mandated disclosure may not only undermine other protections, but also inhibit their development. To the extent that protections must emerge from legislative and regulatory efforts, lawmakers who devised disclosure mandates may think their mission accomplished and avoid the onerous work of devising more imaginative, more effective alternatives.").

## 新刊紹介

濱島淑恵 著

『家族介護者の生活保障 実態分析と政策的アプローチ』

(旬報社, 2018年9月)

菊池 潤\*

「介護の社会化」を一つの目的として掲げた介護保険制度が導入されて20年近くが経過したが、依然としてわが国の高齢者介護は家族に大きく依存しており、「介護離職」や「介護殺人」などの社会問題も発生している。本書は「家族介護（者）問題が未だ解決をみず、多くの家族介護者が厳しい状況におかれ続ける現状」(p.33)という認識のもと、実態面、政策面の両面から、家族介護（者）問題について検討を行ったものである。本書は、序章、終章を含む全6章から構成され、各章の概要は以下の通りである。

序章では本書の分析視点が提示される。第1の視点は、介護を担う家族が直面する問題を、家族の生活全般に影響しうる重層的な問題としてとらえる、という視点である。第2の視点は、家族介護の問題を（個人的問題としてではなく）社会構造的な問題として認識する、というものである。そして、第3の視点は、家族介護を前提とした「家族介護の継続支援」ではなく、介護保障の責任主体を社会とする「介護の脱家族化」が必要であるというものである。以下、これらの視点のもとに、家族介護の問題・課題を浮き彫りにする作業が行われる。

第1章では、公表統計資料をもとに、家族の介護を契機としてさまざまな生活問題が重層的に発生する様子が示される。また、生活問題の重層性は生産年齢にある家族介護者に顕著であり、特に生計中心者の就労が不安定である場合には家族機能が脆弱となり、単なる「介護問題」にとどまらず、

すべての世帯員の生命、生活、人生に重大な影響を及ぼすとされ、「階層性」の存在が指摘される。

第2章から第4章は本書の分析パートとなる。このうち第2章では、就労している（就労経験のある）家族介護者に対するインタビュー調査をもとに、家族介護者の生活実態に関する質的分析が行われ、家族の介護を契機として、生活行為の削減・縮小、労働の過密化、さらには生活運営の限界へとつながる様子が示される。あわせて、生計中心者の就労が不安定であり経済的に困窮している世帯ほど、介護発生時の生活運営が脆弱となるが、これらの世帯ほど介護保険制度や介護休業制度による保護機能が弱いため、更なる階層化へとつながる危険性が指摘される。

第3章、第4章では、家族介護の問題は社会構造的な問題であるとの認識のもと、問題の政策的背景について検討が行われる。1980年代後半から1990年代の高齢者福祉・介護・医療政策に関する検討からは、高齢者医療費の抑制を背景とした「介護化」「在宅化」が進むとともに、介護保険制度は暗黙裡に家族を介護の担い手として位置付け、家族介護の継続支援にとどまっているとされる。さらに介護休業制度もまた家族介護を前提とした家族介護の継続支援にとどまっているうえ、質・量ともに十分な水準に達しておらず、両制度の整合性もまた重要な課題とされている。

終章では、各章の要点とともに政策提言が行われ、「真に家族介護（者）問題の解決をめざすのであれば、高齢者介護に対する社会的責任を明示

\* 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三室長

し、家族介護を前提としない「介護保障」の仕組みを基礎として、家族介護者の生命、生活、人生を包括的に守ることを目的とする「生活保障」としての家族介護者に対する支援、援助の制度・政策を体系的に構築する必要がある」(p.243)とい

う本書の主要メッセージが示される。介護政策にかかわる行政関係者、研究者には一読をお勧めする。

(きくち・じゅん)

### 『社会保障研究』への投稿論文の査読状況について

『社会保障研究』に投稿され受理された投稿論文数、一回目の査読結果が投稿者に通知されるまでの期間（査読期間）、採択率はそれぞれ下記のとおりでした。

| 期間               | 受理された投稿論文数（本） | 査読期間（日：平均値） | 採択率（％） | 採択率に関する備考        |
|------------------|---------------|-------------|--------|------------------|
| 2018年4月～2018年9月  | 8             | －           | －      | 2018年9月30日までの受付分 |
| 2017年10月～2018年3月 | 9             | 73.7        | 44.4   | 2018年9月30日までの決定分 |
| 2017年4月～2017年9月  | 7             | 51.0        | 33.3   | 2018年3月31日までの決定分 |
| 2016年10月～2017年3月 | 4             | 63.8        | 100.0  | 2017年9月30日までの決定分 |
| 2016年4月～2016年9月  | 9             | 71.1        | 55.6   | 2017年3月31日までの決定分 |

引き続き、皆様の論文の投稿をお待ちしております。

『社会保障研究』編集委員会

## 『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、図表については、1つにつき、A4サイズ原稿の1/2までの大きさのものは400字とし、1/2以上のものは800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、I II III … →123… → (1) (2) (3) … → ① ②③ …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。

なお、編集委員会では、英文のネイティブ・チェックは行いませんので、執筆者ご自身の責任でご確認をお願いいたします。

#### 4) 注釈

注釈は脚注とし、注釈を付す箇所に上付きで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。

Finkelstein, Amy and Kathleen McGarry (2006) "Multiple Dimensions of Private Information: Evidence from the Long-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。なお、他の出版物から図表を転載する場合には、執筆者自身が著作権者から許諾を得てください。

（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ください。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』投稿規程に従ってください。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ください。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。
  - 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
  - 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
  - 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ください。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、郵送してください。
- 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いたしません。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。再投稿に当たると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』執筆要領に従ってください。
- 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**

遠藤 久夫 (国立社会保障・人口問題研究所長)

**編集委員**

大石 亜希子 (千葉大学大学院 社会科学研究院教授)  
 尾形 裕也 (九州大学 名誉教授)  
 駒村 康平 (慶應義塾大学 経済学部教授)  
 高橋 紘士 (東京通信大学 人間福祉学部教授)  
 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)  
 野口 晴子 (早稲田大学 政治経済学術院教授)  
 鈴木 透 (国立社会保障・人口問題研究所 副所長)  
 藤原 禎一 (同研究所 政策研究調整官)  
 新 俊彦 (同研究所 企画部長)  
 林 玲子 (同研究所 国際関係部長)  
 小島 克久 (同研究所 情報調査分析部長)  
 山本 克也 (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)  
 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)  
 井上 希 (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)  
 暮石 涉 (同研究所 社会保障応用分析研究部第3室長)  
 黒田 有志弥 (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第3室研究員)

---

社会保障研究 Vol.3, No.3 (通巻第10号)

---

平成30年12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.3 No.3

2018

## Foreword

Possibility of ICT in the Field of Healthcare ..... Akira MORITA **350**

## Special Issue: Personal Information in the Social Security System

Information of the People, by the People, for the People: Liberty and Scope of

Personal Information ..... Takehiro OHYA **352**

This Paper Focuses on the IT-Policy in the National Health Service (NHS) System  
with Regarding It as One of the Supply-Side Policies, Considers Related  
Political/Institutional Factors and How the Fruits of Policy Fed Back and  
Aims to Have Implications on the IT-Policies Using the Healthcare

Data in Japan ..... Nobuyuki IZUMIDA **365**

Utilization of ICT and Big Data in Healthcare and Social Security ..... Akira MORITA **378**

## Social Security and Law

Provision of Information in Social Security Law and Duty of

Instructions in Pension..... Hiroshi KAWAKUBO **392**

False Instructions about Survivor's Pension and Lawsuit on

State Redress Act..... Hiroshi KAWAKUBO **395**

## Articles

Analysis of Prefectural Medical Expenses Using a Machine

Learning Approach ..... Shigeo SUDA **403**

## Report and Statistics

Financial Statistics of Social Security in Japan, Fiscal Year 2016 .....

National Institute of Population and Social Security Research Project Team for

Financial Statistics of Social Security ..... **416**

United Nations Commission on Population and Development ..... Reiko HAYASHI **429**

OECD, "Pensions at a Glance" ..... Katsuya YAMAMOTO **433**

Paradox in the Development / Spread of Healthcare ICT : Examples of Estonia,

Spain and NPO in USA ..... Toshiki MANO **436**

Distribution of Natural and Social Increase Rate from New Regional

Population Projections ..... Shiro KOIKE **439**

Documents of Social Security in Japan V (2001-2016)..... Katsuhisa KOJIMA **442**

## Book Review

Potential of Using Guidances for Controlling of Legal Risk, YOSHIHIKO IJIMA,

PUBLIC DECISIONMAKING IN HEALTHCARE: REQUIREMENTS AND

POSSIBILITIES OF GUIDLINE, AS A SYSTEM (Shinzansha Publisher Co.,

Ltd. 2016), Book Review ..... Chiaki SATO **444**

Livelihood Security for Family Caregivers: an Analysis of Their Living Conditions

and an Approach to Social Policies ..... Jun KIKUCHI **448**

Edited by

National Institute of Population and Social Security Research  
(KOKURITSU SHAKAI HOSHO•JINKO MONDAI KENKYUSHO)