

このほか、日常生活圏域のニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握するとともに、計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け、実行していくことが期待された。これら一連の事業は、介護保険法のなかで「地域支援事業」と規定され、財源についても、保険制度の中で負担する仕組みが構築されている。

(3) 地域包括支援センター

包括的な業務を担ううえで一定の機能を担うことが期待され、創設されたのが地域包括支援センターである。介護保険法第 115 条の 45 では、地域包括支援センターについて、「地域住民の心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設」と規定している。また、長寿社会開発センター(2011)では、「高齢者が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように包括的および継続的な支援を行う地域包括ケアを実現するための中心的役割を果たす」こと、「地域包括ケアシステムの構築は市町村の責務、その構築に向けての中心的役割を果たすことが求められる」こと、「保健師等、社会福祉士、主任介護支援専門員がその専門知識や技能を互いに活かしながらチームで活動し、地域住民とともに地域のネットワークを構築しつつ、個別サービスのコーディネートをも行う地域の中核機関として設置」することなどが示されている。

さらに、長寿社会開発センター(2011)では、地域で必要な人のところに必要なサービスが必要な時に確保されるには、①総合性(高齢者の多様な相談を総合的に受け止め、尊厳ある生活の継続のために必要な支援につなぐ)、②包括性(介護保険サービスのみならず、地域の保健・医療・福祉サービスやボランティア活動、支え合いなどの多様な社会資源を有機的に結びつける)、③継続性(高齢者の心身の状態の変化に応じて、生活の質の確保を目指し適切なサービスを継続的に提供する)、④予防性(地域の高齢化率の推計、世帯形態などの予測、地域住民の声の把握などをもとに、地域における高齢者個別のニーズ及び地域の課題を把握する)の確保が必要であると整理する。このほかに付け加えれば、個々の状況に応じたきめ細かな対応を図れるような柔軟性が求められることになる。

具体的にセンターには、地域のネットワーク構築機能、ワンストップサービス窓口機能、権利擁護機能、介護支援専門員支援機能が期待されている。

3. 地域包括ケアに期待されるもの

一連の法制度改正を通じて、地域のなかで住民の生活を多面的に支える担い手が連携する仕組みが要請されてきた。しかしながら、地域で一人一人の暮らしを支えるための包括的なケアシステムの構築には、多くの課題が残されている。

(1) 地域包括支援センターの運営状況

実際の状況を把握するため、厚生労働省の資料から、地域包括支援センターの運営状況について確認しておくこととする。

表1は、地域包括支援センターの設置数を示したものである。ここから 2008(平成 20)年度以降、すべての保険者がセンターを設置していることが分かる。また、ブランチ(地域住民から相談を受け、集約したうえで地域包括支援センターにつなぐ窓口)、やサブセンター(包括的支援事業の総合相談支援業務等を行う十分な実績のある在宅介護支援センター等)を設置する地域も増えている。センター設置数は年々増えているが、地域によってセンターの運営主体や業務内容は異なっている。

表1 地域包括支援センター設置数

	H22調査 (平成22年4月末)	H21調査 (平成21年4月末)	H20調査 (平成20年4月末)	H19調査 (平成19年4月末)	H18調査 (平成18年4月末)
センター設置数	4,065箇所	4,056箇所	3,976箇所	3,831箇所	3,436箇所
設置保険者数	1,589保険者 (100.0%)	1,618保険者 (100.0%)	1,657保険者 (100.0%)	1,640保険者 (98.2%)	1,483保険者 (87.8%)
未設置保険者数	0保険者	0保険者	0保険者	30保険者	207保険者

出典:厚生労働省資料

表2は、地域包括支援センターの設置数を設置主体別にみたものである。2010(平成 22)年 4 月末の時点で、行政直営のセンターは全体の 29.7%となっており、また直営の割合は年々下がる傾向にあることが分かる。これに対して、多くの地域では、その運営を委託する傾向にあり、委託先として一番多いのは民間の社会福祉法人(サービス事業者)、次に社会福祉協議会となっている。

表2 地域包括支援センター設置主体

設置主体	H22調査 (平成22年4月末)		H21調査 (平成21年4月末)		H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
直 営	1,208	29.7%	1,279	31.5%	1,409	35.4%	1,392	36.3%	1,285	36.8%
うち広域連合等の構成市町村	148	3.6%	130	3.2%	118	3.0%	112	2.9%	96	2.4%
委 託	2,810	69.1%	2,729	67.3%	2,567	64.6%	2,439	63.7%	2,171	63.2%
社会福祉法人(社協除く)	1,904	37.0%	1,445	35.6%	1,366	34.4%	1,277	33.3%	1,085	31.6%
社会福祉協議会	526	12.9%	524	12.9%	467	11.7%	447	11.7%	427	12.4%
医療法人	492	11.9%	463	11.4%	448	11.3%	436	11.4%	396	11.5%
社団法人	91	2.2%	92	2.3%	87	2.2%	86	2.2%	76	2.1%
財団法人	63	1.5%	70	1.7%	70	1.8%	69	1.8%	70	2.0%
株式会社等	66	1.6%	64	1.6%	63	1.6%	59	1.5%	50	1.5%
NPO法人	23	0.6%	23	0.6%	21	0.5%	21	0.5%	14	0.4%
その他	55	1.4%	48	1.2%	45	1.1%	46	1.2%	53	1.5%
無回答	47	1.2%	48	1.2%	—	—	—	—	—	—
計	4,065	100.0%	4,056	100.0%	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

出典:厚生労働省資料

行政が直営でセンターを運営することにより、直接の訪問のみならず、権利擁護の際の

措置権行使も可能となるなど、アウトリーチが容易である。また、年金、納税、消費生活相談など、行政の他の業務部門との連携を図ることが比較的容易となる。だが、行政が直営で運営するほうが、人件費等の費用がかかるため、多くの地域では、委託方式を採用している。

一方、表3の地域包括センターの職員配置状況を見ると、2006(平成18)年から2010(平成22)年にかけて、人数が増える傾向にあることがみてとれる。高齢者数の増大とともに地域包括支援センターの業務も拡大する傾向にあり、その規模が拡大する傾向にあることがわかる。

表3 地域包括支援センター職員配置状況

人数	H22調査 (平成22年4月末)		H21調査 (平成21年4月末)		H20調査 (平成20年4月末)		H19調査 (平成19年4月末)		H18調査 (平成18年4月末)	
	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合	箇所	割合
12人以上	295	7.3%	265	6.5%	172	4.3%	133	3.5%	52	1.5%
9人以上～12人未満	263	6.5%	285	7.0%	185	4.7%	149	3.9%	73	2.1%
6人以上～9人未満	783	19.3%	716	17.7%	478	12.0%	413	10.8%	236	6.9%
3人以上～6人未満	2,380	58.6%	2,389	58.9%	2,600	65.4%	2,590	67.8%	2,546	74.1%
3人未満	339	8.3%	401	9.9%	541	13.6%	540	14.1%	529	15.4%
計	4,061	100.0%	4,056	100.0%	3,976	100.0%	3,831	100.0%	3,436	100.0%

出典:厚生労働省資料

以上のように、地域包括支援センターは、その数と規模を拡大している。ところが、これによって介護サービスがきめ細かく充実するようになったかという、必ずしもそうとは言えない。たとえば結城(2011)では、地域包括支援センターが介護予防のケアプラン作成に追われてしまい、本来のきめ細かなケアにかかわる業務にまで手が回らないことを指摘している。民間事業者の場合、地域のなかでケアの担い手を結びつけるプラットフォームとしての機能を果たすことが難しい。

(2) 地域包括ケアシステム構築の要件

医療・保健・介護の供給体制を構築するためには、以下のようなことが必要となる。第1に医療・介護・福祉・見守り等の担い手(専門性を持った多様な主体)の確保である。連携を図るには、多様な専門性を持った担い手が地域に存在することが大前提となる。第2に必要な時に必要なサービス・施設等の基盤整備である。ある程度の規模の施設が整備されていることにより、自宅でのケアが困難な場合の対応が可能となる。第3に個々の状況を把握し、利用者を必要なサービスと結びつけるコーディネーター、またはそれを判断するための事業所と利用者に関する情報の把握である。これらの調整役を担う存在の確保が必要不可欠である。第4に「地域包括ケア会議」などの地域ケアのネットワーク構築である。そして第5に、サービスを受ける当事者側の主体的判断能力や、費用負担能力があることが必要であり、負担能力がない場合には、公的支援などの対応が求められることとなる。

だが、実際には、医師や看護師、介護福祉士、ヘルパーなどの担い手が各地で不足しているほか、こうした担い手の連携や協力体制も地域によって異なっており、必ずしも十分とはいえない状況であることが先行研究によって指摘されている。

4. 愛媛県松前町の事例

では地域のなかで、顔の見える関係を強化し、ケアの仕組み強固にするにあたり、地域包括支援センターの機能を強化し、本来の地域包括ケアシステムを構築することは可能なのであるか。その可能性について考えるために、以下では、愛媛県松前町の事例を取り上げる。

(1) 松前町の概況

愛媛県松前町は、県庁所在地である松山市の郊外に位置し、2008年の人口は31,442人、高齢者数7,363人、高齢化率は23.3%である。面積は20.32km²と小規模である。1955年、(旧)松前町、岡田村、北伊予村が合併して、松前町が誕生した。この旧3町村を単位として、町は、松前地区、岡田地区、北伊予地区の3地区に区分できる。松前地区は漁師町であり、北伊予地区とともに、比較的高齢化率が高い。一方、松山市と接する岡田地区はそのベッドタウンとして開発が進み、子育て世帯が流入していることから、高齢化率は低い。地区ごとに異なる特徴をもつことから、集落別高齢化率分布は15~35%、独居率分布は2~23%と多様である。また、介護保険の第1号保険料率(2009~2011年)は、標準月額で4400円となっている。

(2) 地域包括支援センターの取組み

松前町では、地域包括支援センターに高齢者のあらゆるサービスをワンストップで担うための仕組みを構築し、低所得者、生活困窮者への対応についても一元的に担う地域包括支援センターの運営システムを構築しており、その中で低所得者や生活困窮者への対応を含む、多様なケアに対応できる柔軟性を確保している。

松前町の地域包括支援センターは町の直営で、町では担当職員を3名配置している。またこのうち1名は主任ケアマネジャーとして民間からベテラン看護師の経験者を配置したもので、町内事業所のケアマネジャーとの強い人脈を活かしたケアのネットワークづくりに大きく貢献している。松前町の地域包括支援センターは、町役場の中で「65歳以上のあらゆるケアを担う」ワンストップ行政の窓口として位置づけられており、高齢者の様々な相談についての窓口機能を担っている。

松前町の地域包括支援センターのもう一つの特徴は、地元で介護保険事業所を運営する4つの法人(うち1つは社会福祉協議会、1つは医療法人)との連携・協働のシステムを介護保険制度立ち上げの時期から創り上げてきた点にある。2000年の介護保険制度立ち上げ以前から、役場では、これらの民間事業所の職員を集め、一緒に介護保険法の勉強会を実施していた。その際に、事業所それぞれが個性を発揮することで、競合ではなく共存

できるような関係構築を推奨したという。各事業所がそれぞれの強みを発揮するよう努力と工夫を行った結果、認知症に強い事業所、重度の介護に強い事業所など、事業所ごとに特徴をもったサービス供給体制が構築されてきた。

介護保険制度創設以前、町では、これらの4事業所に「在宅介護支援センター」としての機能を担ってもらい、つねに情報を共有し、町内高齢者の状況をきめ細かく把握するよう努めてきた。現在では4事業所は地域包括支援センターのブランチとしての機能を持ち、役場（地域包括支援センター）と一体的に、高齢者ケアのネットワーク構築に貢献している。4つの事業所はブランチとしての機能をもつが、地区ごとに担当事業所が決められているわけではない。利用者が相談しやすい事業所に対して、いつでも地域包括支援センターのブランチとして問い合わせを行えるよう、体制が構築されている。いわば、運命共同体として、一体的に地域の介護事業を担う4事業所と、それを束ねる町の地域包括支援センターとの関係が形成されている。

事業所のケアマネジャーによれば「各事業所がそれぞれの得意分野を把握しているため、自分のところに依頼が来ても、他の事業所にケアプラン作成を回すこともよくある。」とのことである。介護保険制度が目指したのは、市場競争原理を通じたサービスの質の向上であったが、松前町では、個々の事業所が分業と連携を図ることで、町全体のケアのサービスを役場、医療機関、異なる特性を持つ複数の介護保険事業所などが一体的に担う仕組みが構築され、サービスのネットワークが構築されてきたといえる。

役場では、このネットワークを強化し、個々のニーズに対応したサービスを提供できるよう、情報共有や能力向上に向けた取り組みを図っている。具体的には、各事業所のケアマネジャーが地域包括支援センターで定期的実施する連絡会議をこまめに実施し、他の事業所が対応している町内の高齢者の状況を含め、情報共有を図っている。また、それぞれが抱える困難処遇ケースを報告し、ケース検討会を行うこともある。それらの情報は、役場の地域包括支援センターにある地図情報とあわせてストックされる仕組みになっている。

こうした情報共有の場が構築されることは、若手の介護職の学びの場としても機能しているという。役場によれば、「ケアマネジャー、ヘルパーの間での情報共有と連携が図られ、風通しがよくなることで、町全体で若手専門職を育成する場が形成されている。」「事業所は異なっても、若手職員が会合の場などを通じて互いに学びあうことで、成長が図られている。また地域全体で高齢者を支えるという仕組みが図られ、最終的には町の地域包括支援センターが対応することにより、事業所で働く職員の孤立化が生じにくく、若手職員の離職が他に比べると少ないという効果もみられる。」との指摘がある。実際に、他の地域で介護職として勤務していた地元出身でない若者が、就業機会を求めて町に流入してくるケースもあるという。

こうしたネットワークは、高齢者の権利擁護の場面でも、効果的に機能しているという。町内で高齢者虐待に関する通報があった場合、町の地域包括支援センターに情報が入る。役場は虐待で分離が必要と判断した場合、一時保護のための空きベッドを捜し、その提供

をランチである4事業所に依頼、すぐに地域包括支援センター職員が措置により、虐待されている高齢者を空きベッドのある事業所に収容するという仕組みである。行政が地域包括支援センターを直営で運営し、かつ事業所のベッドの空きをすぐに把握できるしくみがあることによって、迅速に対応できるのである。

(3) 地域包括ケアシステムにかかる財源

地域包括支援センターが、介護予防をはじめとした特定の事業を実施する際、それに要する費用は、介護保険制度の枠組みで負担される。しかしながら、松前町の事例にみられるように、地域包括支援センターが、4つの事業所と連携を図りながら、高齢者の見守りをきめ細かく行い、情報共有を図るという場合、それに要する財政需要を経費として介護保険で賄うことは難しい。これらの経費は直接的なサービス給付に関わるものでないためである。

松前町によれば、「要支援」と認定されたにもかかわらず、実際のサービス利用がない人については、地域包括支援センターに代わってランチの職員が訪問することとしており、これに対して、1軒あたり1か月につき4200円を支給するほか、各ランチに対して、固定経費として月額5万円を支給しているという。しかしながら、高齢者の暮らしにきめ細かく目配りをしようとするれば、ケアマネジャーによるきめ細かな対応が必要となり、金額に見合わない回数数の訪問が行われることもあるという。

事業所へのヒヤリングでは、「地域包括ケアの部分を取り出せば、民間事業としては採算が取れているとはいえない。だが、地域で一体となって関係を構築しておくことにより、他の事業者の参入、利用者の松山などへの流出はそれほど起こらない。また要介護者の施設での受入れの際に、利用者の状況をきめ細かく把握できているので、対応しやすいという利点もある。訪問は諸々含めれば赤字だが、施設のほうで収入を得ることで、対応している。」とのことであった。

一方、松前町における、介護保険特別会計上の地域包括支援センターの支出は次のようなものである。土日もなく1年365日対応で、多様な地域支援事業を展開しているにもかかわらず、地域支援事業全体の経費は介護給付費総額の2%強であり、介護保険制度で認められている3%上限には達していない。松前町の場合、他の自治体とは異なり、介護予防事業については支出可能額6~7割程度であるが、包括支援事業、任意事業についてはほぼ上限まで実施されている。松前町によれば、「今の地域包括支援センターは、本来なら6人程度の職員数で行うだけの事務を、3人体制でこなしており、介護予防事業を上限まで実施することは、マンパワーの観点から難しい。」とのことである。

ここから、予防事業のための財源とともに、それを担い、ケアを支えるための職員人件費の確保が必要であることがうかがえる。多くの自治体では、地域包括支援センター自体を民間委託しているが、松前町の場合、プラットホームとしての機能をもち、虐待発見時の措置や、その他事務との連携などの機能を考えると、行政直営での対応が必要とのことであった。多くの自治体が義務的経費の抑制に向けて、人件費削減を進めており、また国の集中改

革プランの中でも、自治体に人件費の削減目標を打ち出し、改革を図ることが求められてきた。しかしながら、2005年に松前町では、地域包括ケアシステム構築のために町職員増員を図るという対応を図っている。

5. 愛媛県久万高原町の事例

愛媛県久万高原町では、社会福祉協議会との連携により、生活困難者や高齢者虐待等への専門的な対応を担う体制を構築している。社協との二人三脚体制、地域コミュニティとの緊密な情報共有等により処遇困難ケースの早期発見、早期対応の仕組みを模索している。

(1) 久万高原町の概況

久万高原町は愛媛県のほぼ中央部に位置し、2004年に久万町、面河村、美川村、柳谷村が合併して誕生した町である。2010年の人口は10,318人、高齢者数4,483人、高齢化率は43.4%で県内第1位となっている。面積は県内最大の584km²で、標高1,000mを超える四国山地に囲まれた山間地域である。町の中心部から外れの集落まで車で1時間以上必要となるなど、居宅介護や各戸への見守りを行う際には、移動時間と交通手段が必要な地域である。介護保険の第1号保険料(2009～2011年)は、標準月額で4500円となっている。

(2) 久万高原町の地域包括ケア

久万高原町でも、地域包括支援センターは町の直営となっている。センターには2名の職員が配置されているが、うち1名は民間事業所からの転職者である。先述の通り、広大な面積を抱え、センター単独ですべての見守りを行うことは課題も多いことから、町内にはブランチを3か所、サブセンターを2か所設置し、基本的には旧町村をベースに対応する仕組みを構築している。

町全体での情報を共有する必要があることから、毎月1回、町全体での地域ケア会議を開催しており、地域包括支援センターのほか、保健センター、介護保険事業所、民生児童委員、消防などが集まって、情報共有を図っている。このほか、各地区で「担当地域ケア会議」が開催されている。ここでは、介護保険事業所、地域包括支援センターのブランチないしサブセンター、開業医、民生児童委員、派出所、など関係者が集まって情報交換・共有するとともに、処遇困難ケースについては援助チームを結成して対応を図るなど、情報共有とともに、個々のケースについての支援体制の構築と確認などを行うこともある。

(3) 地域包括支援センターが実施する事業

高齢者の生活面を含めたケアについて、町では介護保険制度のなかの包括支援事業によって対応を図っている。具体的には、①総合相談事業、②権利擁護事業、③包括的・継

続的マネジメント事業、④介護予防ケアマネジメント事業の4つが推進されている。

総合相談事業については、年間2380件(平成22年度)程度の相談が寄せられており、多様な相談に対応できるよう、センターと社会福祉協議会による対応が図られている。また権利擁護事業については、先述の通り、高齢者虐待、消費者被害、悪徳商法の実例や、成年後見制度等について町民に周知を図るとともに、成年後見制度の活用促進、虐待への対応を、センターと社会福祉協議会を中心に図っている。包括的・継続的マネジメント事業では、居宅サービス計画の確認と助言を行っており、年100件程度の実績がある。このほか、職員の技能向上を図るべく、ケアマネジメント実践のためのスキルアップ研修を積極的に開催している。介護予防ケアマネジメント事業については、予防を必要とする特定高齢者を選定し、介護予防教室の開催するほか、アセスメント、予防プラン作成等を行っている。

地域連携推進事業として、地域ケア会議開催、社会福祉協議会との連携・協働、地域型在宅介護支援センターとの連携・協働、介護相談員派遣事業を行っている。さらに指定介護予防支援事業として、給付管理、介護報酬の請求確認、介護予防プラン確認等を実施している。

(4) 高齢者の権利擁護

地域包括支援センターの多くが介護予防に関する事業を中心に運営を行っているのに対し、久万高原町では、高齢者の日常生活までを含めたケアを担う機関としての機能を担うよう、各種の取組を行っている。

なかでも、包括支援事業のうち、高齢者の権利擁護に力を入れている点に大きな特徴がある。地域包括支援センターで高齢者のケアを行うなかで、身体的ケアにとどまらず、虐待、ネグレクト、経済的な問題など、ヘルパーや介護福祉士だけでは対応できない課題が生じてくることがある。地元の司法書士、弁護士は限られており、高齢者の成年後見まで対応できないとして、権利擁護について、地域包括支援センターや社会福祉協議会として対応する必要性が出てきた。たとえば高齢者虐待、悪徳商法等などの消費者被害への対応など、地域包括支援センターと社会福祉協議会(地区のランチとしても機能)が対応を図っている。例えば、高齢者が悪徳商法に引っかかった場合、社会福祉協議会のほうで、クーリング・オフの手続きを、マニュアルを見ながら実施しているという。

身体的介護のほか、生活上生じている様々な問題について、高齢者本人から情報が上がってこないこともしばしばあることから、アウトリーチをかけていくことで、掘り起こしをかけたり、担当地域ケア会議などで情報を収集しながら、対応を図る。こうしたケアには、専門的な知識や技能を必要とすることもあることから、地域包括支援センターと社会福祉協議会が情報共有、連携を図りながら対応しているという。

(5) 介護保険事業をとりまく課題

このように、久万高原町では高齢者の身体的介護にとどまらず、日常生活支援を含めた

幅広いケアの実施に向けた体制を構築している。だが、その推進には様々な課題もある。

第1に、高齢者介護と他の福祉施策との切り分けが難しいケースである。1つの世帯の中で、高齢、障害、児童など複数の困難ケースが混在しており、そのなかで問題が複雑化しているケースが見られる。こうした場合、高齢者を対象とした地域包括支援センターだけでは処遇が難しいことがしばしばあり、総合的にケアすることが必要となる。ところが、福祉施策は対象ごとに人員や財源が縦割りになっており、調整が難しいこともある。地域ケア会議で議論するが、高齢者のケア、さらに言えば介護保険制度の枠組みをはるかに超えていることもしばしばあり、その対応をどうするかは課題であるという。

第2に要支援者に対するケアの問題である。要支援については、2006年以降、制度改正が行われ、介護予防の対象とされ、要介護の場合とは異なる対応が図られることとなったが、従来のように、要介護と同様、ケアマネジャーがケアプランを策定する仕組みのほうがかきめ細かい対応が図れるという。要介護認定についても、日々当事者と接しているケアマネジャーが担うほうが、的確に要介護度を判定できるという実態があり、認定審査に疑問を感じることもあるとのことである。

第3にケアマネジャーの育成である。町では、ケアマネジャーの技能向上に向けて、多様な研修プログラムを用意している。すでに多くのケアマネジャーがマイクロカウンセリング、面接援助技術などの講習会を受講しているが、それにより、ケアの技能が向上しており、成果が得られているという。こうした人材育成のための研修に対する補助事業があり、それらを活用しているが、こうした研修プログラムはケアの質の向上には重要であるが、これらは国の補助制度の活用によるものであり、補助金なしには担い手育成ができないという実態である。

地域包括ケアの理念を各地で実践するには、身体介助のみならず、日常生活の中で生じる様々な課題を含めたケアが必要となる。そこには様々な技能や知識、経験が求められることになるが、そのための研修や学習の機会と、それに参加する人材の確保、その実施に向けた財源が必要となる。

6. 香川県まんのう町の事例

香川県仲多度郡まんのう町では、行政が地域コミュニティに対して積極的な働きかけを行うことにより、集落単位での見守りの仕組みを構築したほか、保険者として、保険料の徴収や保険給付を行うことにとどまらず、サービス需要と供給の把握と調整にも力を入れている。

(1) まんのう町の概況

まんのう町は香川県南西部、讃岐平野に位置する農山村であり、2006年に琴南町、仲南町、満濃町が合併して誕生した。面積は194.33km²である。2010年の人口は20,183人、高齢者数6,126人、高齢化率は30.35%である。若年世代は都市部へと流出し、高齢者を中心に独り暮らし世帯も増大、2011年には500世帯を超えるなど、高齢者の日常を支える仕組みが必要とされている。介護保険の第1号保険料(2009～2011年)は4,967円

(標準月額)で、この水準は県内最上位となっていることから、町では、その抑制が課題となっている。

(2) 保険者としての町の機能と役割

まんのう町では、介護保険制度の運営に当たり、町の保険者機能を強く意識しながら、積極的な取組みを推進している。ここでいう保険者機能とは、保険料の徴収と給付という事務作業に留まるものではない。多くの市町村では、介護保険事業を回すだけで手いっぱいとなり、高齢者の暮らし全般を見守り、下支えする機能を含めた地域包括ケアの在り方にまで頭が回っておらず、地域包括支援センターの業務についても、民間への委託により、介護予防のケアプラン作成を中心とした業務に留まっていることも多い。それに対し、先述した松前町や久万高原町では、保険運営のほか、地域包括支援センターを町直営で担いながら、サービスの質・量の確保に目配りし、また生活が困難な高齢者に対するケアの仕組みを構築するなどの工夫を行っていた。

これに対し、まんのう町では、地域包括支援センターは町の直営となっているが、実際に担当する福祉保険課は、保険料徴収や保険給付、事業所との連絡や調整などに大半の人員を割いており、サービス供給については、地元の社会福祉協議会が対応する形となっている。むしろ役場は保険者として、財政見直し、制度の公正さをみることに力を注いでいる。介護事業所のサービスは適切に供給されているか、また必要なサービスが必要なところに行き届いているかどうかを把握し、需給の調整を担う責任が、保険者にはある。他方で、サービス利用が増えれば、1号保険料負担の上昇にもつながることから、県内上位水準にある保険料を抑制しながら、適正なサービス供給を図ることも考えなくてはならない。さらにいえば、介護施設整備は、地元での雇用創出のほか、税源涵養の効果もある。雇用創出により比較的若い世代が地元で定住できる要件が整えば、コミュニティの維持・存続にもつながり、地域での見守りが行える。こうした複数の課題に目配りをしながら、地域包括ケアの推進と、財政支出の抑制に取り組む方法を模索している。1号保険料の上昇は、高齢者にとって大きな負担になっていく。そこで、居宅介護の割合を高めて、通所介護と合わせたサービスの利用を考えると、集落単位での取組みを中心に、介護予防や健康活動を行うための基盤づくりを行っている。

(3) 「命見守り、ほっと安心」集落協定

町の福祉保険課では、集落単位での見守り、声かけの仕組みとして「命見守り、ほっと安心」事業などによる安否確認の仕組みなどを構築してきた。

町では社会福祉協議会が民生委員と連携をして、近隣での声かけ、見守りを行うよう、集落単位で働きかけを行っている。具体的には、近隣で、雨戸やカーテン、照明の状況や、ごみ出し、通勤通学などに関心を持ち、緩やかにかかわるための工夫をおこなっている。

まず、この取り組みへの参加者を募り、地区のなかで地域福祉マップを作成する。地区の

地図の中に、自治会長、民生委員、医師、看護師、消防団員等の情報を落とすとともに、消火栓や避難所の情報、災害箇所や危険個所の情報も落とし、集落内の情報を参加者で共有するところから始めるという。地域の中で情報を共有する場を構築しながら、次第に集落単位で見守り、声をかけあう関係を育むための仕掛けをつくっている。町では安心安全生活ネットワーク基金を設け、集落に働きかけを行う社会福祉協議会への支援や、協定を結んだ地区への助成金などを出している。

重要なのは、集落がこの協定を結んだからといって、全員参加が強要されるわけではないということである。地区の中でできる人がやれることを考えるという柔軟な参加の仕組みとなっている。むろん、そこには従前からの集落単位でのコミュニティの結びつきがまだ残されており、その維持・存続を緩やかな形で楽しみながら行えるような仕掛けをつくろうという町の戦略があるといってよい。社会福祉協議会などの働きかけもあり、2011年には、全町の約25%の世帯が参加しているという。

高齢者福祉や介護保険は申請主義を前提としている。実際にはケアが必要であっても、申請に結びつかず、必要なケアが行えないこともある。こうしたアウトリーチの仕組みを構築するに当たり、地域の見守り、声掛けから、課題のあぶり出しが行われることもある。こうしたニーズを民生委員や社会福祉協議会を通じて吸い上げることができれば、必要なサービスの取りこぼしを防ぐことも可能となる。まんのう町では、集落単位でのつながりを維持・存続するために、柔軟な参加の仕組みと、それを支える支援制度を導入しながら、保険制度によらないケアの地域基盤構築を行っているのである。

(4) 医療費削減にむけた取組み

まんのう町でもう一つ注目すべきは、住民に保険制度をとりまく受益と負担について認識し、無駄な支出を抑制するための取組みを行っている点である。

2008年当時、町では介護サービスのみならず、上昇する町民医療費の負担が課題の一つであり、県内トップの医療費の水準を引き下げするための対応を検討していた。そこで、住民に対して国民健康保険制度について説明を行うとともに、医療費削減に向けたPRを始めた。

まず、町の一人当たり医療費が全国平均と比べて25%程度高いことを町民に説明し、それにより、国民健康保険料の負担も高くなってしまうこと、医療費削減に向けた対応を町民一人一人が行うことで、自分たちの保険料負担も引き下げられることを説明して回ったという。さらに、町の医療費を引き上げている要因として、調剤費と入院費が他の地域に比べて高く、この2つを引き下げる取り組みが必要であるとの説明を行っている。

むろん、そのような説明会を一方向的に企画したところで、住民が集まるものでもない。そこで、自治会や商工会などの行事のほか、数名でも何かの会合が行われる機会があれば、その会場に役場職員が出向き、15分程度の時間をもらって、町の医療費の実態やその削減に向けた工夫について、一目でわかるグラフや表を用いて話をしたという。

住民がすぐにやれそうな取組みとして、まず、かかりつけ医に診てもらふこと、重複受診をやめること、ジェネリック医薬品への変更を医師にお願いすること、予防のための特定健診を受診すること、の4つを掲げ、それにより、1人当たり医療費の水準を県平均まで引き下げることを目指そうという話をしたという。また「上手な通院法」「上手な薬の使い方」といった講習メニューを用意し、要望があれば出かけていくという出前講座の取組も実施している。「ジェネリックください」と書かれたカードを用意し、病院で提示できる仕組みもつくった。

保険者として地道に積極的な取組みを図ったことにより、医療費の引き下げに成功し、県内でトップだった水準は、2011年度には県内第4位まで下がっている。

7. 考察

これら3町の事例をもとに、地域包括ケアの仕組みづくりについて、とりわけ低所得者や生活困難者への対応について、明らかになったことがらを整理する。

(1) 利用者のニーズ把握

第1に、サービス利用者ないし潜在的な需要者のニーズ把握にかかわる問題である。介護保険制度をはじめ、高齢者福祉の領域はいわば申請主義を前提としており、申し込みがあれば対応することとなっている。しかしながら、低所得者、生活困窮者をはじめ、利用料の負担ができないことや、サービス申請に思い至らないなどの理由により、申請に至らないケースが生じてしまう。これに対し、単に保険制度を運営するだけではなく、高齢者の生活を包括的にケアするための見守りの仕組みを構築することが、サービスの普遍のためには必要となる。3町とも、集落や民生委員などによる見守りのほか、ヘルパーやケアマネジャーが地域の中で情報を収集してくる仕組みをつくるなど、独自の対応を図っていた。まんのう町の場合には、集落による声かけ、見守りのしくみを地域内で自覚し、継続するためのシステムも構築している。また何か気付いた場合には民生委員や社会福祉協議会を通じて、必要なケアに結びつくためのチャンネルの構築が行われている。

ケアが身体的介助のみならず、暮らしの安心・安全の確保にまで及ぶものであり、世帯単位での虐待、経済、家族の状況まで含めたケアまでもが課題となるとすれば、こうした地域力をどのように育成するかがもう一つの課題となる。

(2) 事業者との連携

第2に、サービス供給体制の確保にかかわる問題である。必要なサービスが必要なところに行くには、市場原理に委ねた対応では十分とはいえない。とりわけ地方の町村部では、居宅サービス事業所が現行の介護報酬で利潤をあげることが難しく、民間事業所の参入が難しいことが課題となっている。他方で、施設整備が推進された場合、第1号保険料が上昇することにもなり、保険料と利用料の負担が困難な高齢者が出てくることにもなる。

一人ひとりのニーズを把握し、必要なサービスの質・量を確保するよう、事業者との関係性を構築することも保険者の大きな役割となっている。松前町では、地域包括支援センターと

ブランチを担う事業所とが連携図り、密に情報を共有しながら、できる限り利用者一人一人の事情にあったサービスを柔軟に供給するための仕組みを構築していた。

処遇困難なケースの場合、事業所で対応しきれない場合もある。利用者と事業者との間に入り、必要な調整を行う主体が必要な場合もあり、行政や社会福祉協議会にはこうした役割も期待される。

8. むすびにかえて

(1) 地域包括ケアと自治体

3町の事例において、自治体は、単に保険事務をこなすだけではなく、保険者として、多様なサービスの需要を把握し、対応することや、供給体制の確保、構築、効率化に向けた積極的な対応を図っていることが明らかになった。とりわけ生活困窮者や低所得者に対するケアをきめ細かく行おうとすれば、市場原理による対応には限界があり、その調整が必要となる。行政と民間事業所とが連携を図りながら需要を把握し、供給体制を構築することで限られた資源を活用しつつ、利用者のニーズに応じたサービスを提供する体制を構築することが、地域包括ケアシステムの実現につながる。その際には、高齢者の生活ケアの問題が必ずしも当人にかかわることばかりではなく、身内の貧困や障害等に起因する場合もあることを踏まえると、福祉施策の垣根を越えた総合的な対応が求められる場面も見られる。行政内部での情報共有と連携が求められる。

他方で、多様なニーズを把握し、普遍的にケアを行うことを、行政がきめ細かく行おうとすればするほど、その費用は膨大に膨らむことにもなる。受益と負担の範囲を検討し、費用負担の範囲や規模を考えることもまた必要となる。

(2) 保険者機能と財政

市町村には、介護保険の保険者として、サービス需要の把握、供給量・質の確保とチェックのほか、需給を見据えながら、保険料率を住民の負担が可能な水準に導くことも求められることになる。その際、地域包括ケアについて、どこまでを保険制度の中で賄うかという課題が生じることになる。まんのう町の場合には、介護予防と健康活動は集落を中心に実践することとし、保険料の抑制にもつながる仕組みを構築している。

他方で、松前町の事例にみるように、近隣の見守りや声掛けに向けた取組みを行いつつも、高齢者のケアに関する情報の集約やコーディネートの多くを地域包括支援センターが担う場合もある。

介護保険法では、地域支援事業について、市町村の一般財源以外に、1号保険料、さらに2号保険料や国・都道府県からの地域支援事業交付金によって賄うこととされ、事業費が高齢者の第1号保険料率にはねかえる仕組みになっている。また事業費の上限は、保険給付費全体の3%以内とされている。松前町の場合、地域包括支援センターが、通常の予防事業のほか、ケアマネジャーによる定期的な連絡会議の開催、見守りのためにきめ細か

な訪問、そして担当者相互で情報共有を行い、ときには高齢者虐待に対する権利擁護まできめ細かく対応している。しかしながら、毎回の会合費や、高齢者の見回り等に係るコストを追加的費用として財政需要に積み上げているわけではなく、各事業所にはランチとしての運営経費が総額で配分されるに留まっている。したがって、こまかな会合等に係る経費については、事実上行政担当職員や事業所の職員による持ち出しとなっており、職員のモチベーションにより運営されているという面もみられる。

きめ細かいケアの体制を維持していくには、それにかかわる人々の意識ややる気が重要でもある。しかしながら、介護、ケアの領域はマンパワーの確保とその持続が必須であり、それによって、個々のニーズに応じたサービスを必要なところに供給するための仕組みも生まれる。

声かけや見守りなどを集落単位に委ねるとしても、そこでの情報の吸い上げや、必要なサービスの提供にかかる仕組みは、保険者としての行政が担う必要があり、そのための人員と財源の確保が大きな課題となっている。低所得者や生活困窮者へのケアを普遍的に担うには、それを支える行政体制の整備が求められる。むろん、そのための人員や財源の規模と効果については更なる考察が必要となる。それについては、今後の課題としたい。

<参考文献>

猪飼周平（2011）「地域包括ケアの社会理論への課題 ―健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』第2巻4号。

川越雅弘（2008）「わが国における地域包括ケアシステムの現状と課題」『海外社会保障研究』162号，国立社会保障人口問題研究所，pp.4-15。

京都府保険医協会編（2011）『国がすすめる「地域包括ケア」を考える』かもがわ出版。

厚生労働省（2011）「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料（2011年2月22日）」。
社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国地域包括・在宅介護支援センター協議会編（2011）『地域包括支援センター等による地域包括ケアを实践するネットワークの構築の進め方に関する調査研究事業報告書』。

地域に飛び出す公務員ネットワーク（2012）「大きく自律的に発展する『地域に飛び出す公務員ネットワーク』」『地方自治職員研修』，630号，公職研，pp.244-246。

地域包括ケア研究会編（2010）『地域包括ケア研究会報告書』三菱UFJリサーチ&コンサルティング。

長寿社会開発センター編（2011）『地域包括支援センター業務マニュアル（改訂版）』長寿社会開発センター。

内閣官房社会保障改革担当室（2011）「社会保障・税一体改革成案における改革項目」。

中村康子（2007）「社会福祉制度の改正と権利擁護事業～介護保険制度改正を通して～」『人間福祉研究』10号 pp.13-27。

結城康博（2011）『日本の介護システム』岩波書店。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）
分担研究報告書

低所得者、生活困窮者の実態把握及び支援策の在り方に対する調査研究

「子どもの学習時間の格差」

研究分担者 四方理人 関西大学ソシオネットワーク戦略研究機構

本研究では、生活時間調査である『社会生活基本調査』を用いて、子どもの学習時間に対し親の学歴や所得が与える影響について考察を行った。その結果、1996年から2006年にかけて親の所得階層による子どもの学習時間の格差が小学生、中学生、高校生のそれぞれについて広がっていることが確認された。また、多変量解析の結果から、どの教育段階においても親の教育水準が上昇すると子どもの学習時間が延び、また、1996年においては高校生のみが親の所得水準の上昇による学習時間の増加が観察されたが、2006年ではすべての教育段階で親の所得が上昇すると学習時間が長くなっている。そして、2006年の時間の詳細分類からは、世帯所得が高くなると通塾時間だけではなく家庭内での宿題などの学習時間についても長くなることがわかった。

A. 研究目的

近年子どもの貧困や機会の不平等について危惧されるようになってきている。特に、親の経済状態で子どもの学習に影響を受ける場合、格差の再生産につながる。また、学校週5日制や教科内容を削減する「ゆとり教育」の導入により、学校での子どもの学習時間が減り、学習時間の塾等への代替が生じることで、親の所得により子どもの学習時間が異なってしまうことも指摘される。荻谷（2001）で議論される「能力」ではなく「努力」の水準での格差が再生産される可能性がある。そこで、本研究では、国公立学校における完全週5日制が実施される前後の期間にあたる1996年から2006年にかけての生活時間調査を用いて子どもの学習時間の分析を行う。

B. 研究方法

『社会生活基本調査』における1996年と2006年のプリコード調査(A票)は、サンプルサイズが大きいため、小学校、中学校、高校という各教育段階別の分析を行う。そして、2001年と2006年のアフターコード調査(B票)は、サンプルサイズが小さいため、両調査をあわせて学校外学習時間の分析として、宿題等の学習時間および学習塾における学習時間についての分析を行う。

C. 研究結果

1996年から2006年にかけて、どの学年においても子どもの学習時間の減少は見られなかった。しかしながら、1996年では親の所得階層による勉強時間の差は、中学3年生と高校3年生のみでみられたが、2006年では

小学5年生以上でどの学年においても最も高い所得階層の子どもの学習時間が短くなっていた。また、多変量解析の結果、1996年においては高校生のみが親の所得水準の上昇による学習時間の増加が観察されたが、2006年ではすべての教育段階で親の所得が上昇すると学習時間が長くなっている。そして、2006年の時間の詳細分類からは、世帯所得が高くなると通塾時間だけではなく家庭内での宿題などの学習時間についても長くなることがわかった。

D. 考察

分析の結果から、学校週5日制や「ゆとり教育」の実施にもかかわらず、子どもの学修時間そのものは減少していないことがわかった。しかしながら、1996年から2006年にかけて親の所得階層による子どもの学習時間の格差が小学生、中学生、高校生のそれぞれについて広がっていることが確認された。親の経済力により子どもの学習の「努力」における格差の拡大が生じていると言える。また、親の直接的な教育投資による通塾による学習時間の格差だけではなく、宿題等の家庭内での学習時間の格差が生じており、子ども自身の学習への努力や意欲において親の経済力の影響が表れていることがわかる。

E. 結論

このように親の経済力により「努力」の水準での格差が拡大することは、低所得の家庭で育った子どもは学習意欲が低く、本人の能力に関係なく低い教育しかうけることができない状態になる恐れがある。たとえ制度的にすべての子どもに教育機会が開かれていたとしても、経済的に豊かな家庭で育った子どもほど高

い水準の教育を目指し、実際にその高い水準の教育を受けることができるようになるだろう。これは、親の経済力による実質的な機会の不平等が発生しているだけではなく、社会にとって過少な人的投資を意味し、効率性の面でも問題であると言える。

F. 研究発表

1. 論文発表

四方理人「子どもの学習時間の格差」『平成23年度 低所得者、生活困窮者の実態把握及び支援策の在り方に対する調査研究』研究代表者駒村康平、第5章

四方理人・駒村康平（2011）「中年層男性の貧困リスク－失業者の貧困率の推計」

『日本労働研究雑誌』第616号、pp.46-58.

四方理人（2012）「未婚女性の老後の生活不安」『季刊家計経済研究』94号、pp.43-54.

2. 学会発表

「生活保護からの就労自立の分析」社会政策学会第123回大会（於：京都大学）テーマ別分科会

（発表雑誌名・巻号・頁・発表年も記入）

G. 健康危険情報

なし

H. 知的財産権の出願・登録

なし

第6章:子どもの学習時間の格差

四方理人(関西大学ソシオネットワーク戦略研究機構)

要旨

本稿では、生活時間調査である総務省統計局による『社会生活基本調査』を用いて、子どもの学習時間に対し親の学歴や所得が与える影響について考察を行った。その結果、1996年から2006年にかけて親の所得階層による子どもの学習時間の格差が小学生、中学生、高校生のそれぞれについて広がっていることが確認された。また、多変量解析の結果から、どの教育段階においても親の教育水準が上昇すると子どもの学習時間が伸び、また、1996年においては高校生のみが親の所得水準の上昇による学習時間の増加が観察されたが、2006年ではすべての教育段階で親の所得が上昇すると学習時間が長くなっている。そして、2006年の時間の詳細分類からは、世帯所得が高くなると通塾時間だけではなく家庭内での宿題などの学習時間についても長くなることがわかった。

1. はじめに

1990年代後半以降の経済的な停滞の中、格差問題や貧困問題が社会問題として多く指摘されるようになり、子どもの貧困や教育における格差の問題が危惧されるようになっている¹。そこから、貧困や格差の世代を通じた再生産をどのように防ぐかは、重要な政策課題であろう。

すでに、親の所得や教育水準により子どもの大学進学率が大きく異なることが実証されており(四方 2006)、また、小塩(2011)は、中学2年生に数学のテストを行った調査から、子どもの学力差について、親の学歴や自宅蔵書数の影響が大きく、学校の属性よりも、子どもや子どもを取り巻く家庭環境のほうがはるかに重要な役割を果たしているとしている。

そして、このような世代間の再生産が子どもの「能力」ではなく、「努力」の水準による格差が発生していることが指摘されている。

荻谷(2001)は、1979年と1997年に同じ高校を対象とした調査を行い、高校のランクを考慮に入れると、高校生の学校外での学習時間について1979年には影響が観察されなかった母親の学歴の影響が1997年には観察されるようになることから、出身階層による努力の階層差が拡大しているとしている。

¹ 子どもの貧困や機会の不平等の指摘については阿部(2008)などを参照のこと。

このような、「努力」の水準としての学習時間の格差は、より低年齢においても観察されている。耳塚(2007)は、小学6年生を対象にした調査において、父親が大卒の場合、学習時間が長くなることを明らかにしている。

そして、「努力」の指標としての学習時間は、実際に子ども達の成績に直接影響を与えていることが明らかにされている。耳塚(2007)は、家での学習時間が小学6年生の算数のテストの点数を上げており、また、篠ヶ谷・赤林(2012)は、家計パネル調査対象者の子どもに対する学力調査から、中学生の学力に対して家庭での学習時間および宿題頻度が影響を与えていることを明らかにしている。

しかしながら、苅谷が指摘するように、親の教育意識が子どもの学習時間に反映することは容易に想像がつく(苅谷 2001, p.151)。したがって、問われるべき課題は、その親の影響による学習時間の格差が拡大しているかどうかである。ここで、近年の所得格差や貧困の拡大と子どもの教育問題とがつながるであろう。

ただし、苅谷(2001)においては、1997年の調査においても高校生の学校外学習時間に対して、母親の学歴のみの影響しか観察されておらず、父親の職業階層の影響は観察されていない。母親の学歴が子どもの社会階層を現すかについては議論の余地があろう²。また、近年の所得格差や貧困の問題からは、親の所得の影響についての考察は、欠かすことができないが、分析は行われていない。

したがって、子どもの学習時間の格差が親の社会階層により拡大しているかについては、更に検証する必要があるであろう。ただし一方で、近年の社会学における教育達成の研究では、親の社会階層による教育の不平等は減少しているとする研究があり(近藤・古田 2009)、子どもの学習時間の格差が拡大しているかについては、予断を許さないであろう。

また、子どもの学習時間の格差については、近年の教育行政の変化の影響を考察する上でも重要である。92年の9月からすべての国公立学校で第2土曜日が休業日となり、95年4月から月2回の学校週2日制が始まった。そして、2002年4月からは、全国の国公立学校で学校週5日制が完全実施となった。この学校週5日制のねらいは、子どもの生活にゆとりを持たせ、体験活動を通じて自ら課題を見つけ解決する能力や自己の生き方を見つめる「生きる力」を育成することを目的とした、いわゆる「ゆとり教育」の実施と対応している。この「ゆとり教育」により学校での学習時間や教える内容が削減されたことに対して、経済的に恵まれた家庭において塾や家庭教師などで代替が起こり、教育の格差が生まれることが懸念されており、実際に、学校週5日制が始まる前後で、高所得層において子どもへの教育費が増加していることが明らかにされている(武内・中谷・松繁(2006))。

したがって、学校において学習時間が削減されたことに対応し、通塾等の私的な教育費により代替される場合に親の経済力による格差が生じている可能性がある。その意味でも、

² 伝統的に、階級/階層論においては、妻や子どもの階層は、世帯主(夫、父親)の属性により測られてきた(赤川 2000)

子どもの学習時間についての親の所得や学歴についての影響を通時的に考察することは重要な課題であるといえよう。

また、これまでの学習時間を扱った分析について、データ上の問題点も指摘することができる。荻谷(2001)は全国調査によるものではなく、任意の2県における11の高校のみの調査であり、耳塚(2007)は全国調査であるが、ランダムサンプリングではなく、また、追跡調査を目的としているため、同一学年の学力や勉強時間変化についての考察を行っていない。一方、篠ヶ谷・赤林(2012)は、小学生と中学生が分析対象となっているがそれぞれ200サンプル程度とサンプルサイズが小さく、また、パネルデータであるが現在のところ調査期間が短く、時間による変化について分析を行っていない。

そこで本研究では、生活時間調査として大規模な調査であると言える総務省統計局による「社会生活基本調査」の個票データを用いて分析を行う。特に学校週5日制がすべての公立学校で実施され、また、「ゆとり教育」が実施される期間の前後である1996年と2006年の調査を用いて分析を行う。

2. 使用データについて

本稿の使用データは、政府統計の生活時間調査として総務省統計局により実施されている『社会生活基本調査』である。同調査は、1976以降5年おきに実施され、サンプルの規模が各回19万から27万の個人を対象とした大規模調査である。ただし、1991年調査までは調査対象が15歳以上となっており、小中学生が分析対象とならないため、本稿では1996年から2006年までのデータを用いる。

同調査は、1日を15分単位として各時間の行動を事前に示された項目から選択式で記入するプリコード調査(A票)として始まったが、2001年調査から各時間の行動を自由に記入してもらい、その記載内容から調査機関が行動分類を行うアフターコード形式の調査(B票)を並行して行っている(B票は各回約1万サンプル)。このアフターコード調査(B票)は、プリコード調査(A票)より詳細な行動分類による生活時間を把握することができる。

以下では、調査対象者のうち10歳～17歳で小学校、中学校、高校に在学している者を分析対象とする。また、『社会生活基本調査』は、個人の生活時間についての調査であるが、各世帯の世帯員すべてが回答しており、同一世帯の他の世帯員の属性とマッチングすることができる。そこで、同一世帯に両親が同居しているサンプルについて、両親の属性および世帯収入などの世帯属性を説明変数とする分析を行う。

1996年と2006年のプリコード調査(A票)は、サンプルサイズが大きく、小学校、中学校、高校という各教育段階別の分析を行う。そして、2001年と2006年のアフターコード調査(B票)は、サンプルサイズが小さいため、両調査をあわせて学校外学習時間の分析として、宿題等の学習時間および学習塾における学習時間についての分析を行う。

なお、以下の分析においては、多変量解析を含め個人ウェイトを用いた結果を載せている。

3. 2001年から2006年にかけての学習時間の変化

まず、2001年から2006年にかけての『社会生活基本調査』のプリコード調査(A票)における学習時間の所得階層による変化について考察を行う。ここで、学習時間は、同調査における「学業」の時間とし、「学校(小学・中学・高校・高専・短大・大学・大学院・予備校など)の授業や予習・復習・宿題、校内清掃、ホームルーム」の時間とされる。また、学習塾での学習も「学業」の項目に含まれる。なお、「必修科目として行うものでないクラブ活動・部活動」はその内容により「学業」ではなく、「趣味・娯楽」または「スポーツ」に含まれると説明されている。

図1は、平日、土曜、日曜ごとの各学年の学習時間である。2006年において土曜日は学校が休みとなるが、1996年では第2・第4土曜日が休みとなっていた。1996年の調査期間は、9月28日から10月6日まで設定されており、調査期間に土曜日が2回あり、うち1日が休みとなる。そのため、どの学年においても1996年と比較して、2006年の土曜日の学習時間が著しく短くなっている。その一方で、平日の学習時間はどの学年でも2006年の方が長くなっている。また、日曜日の学習時間について大きな変化がないため、週平均の一日あたりの学習時間は1996年と2006年でほとんど差がない。

公立学校における週休二日制の実施や2002年以降の「ゆとり教育」の導入により学習時間の減少が危惧されたが、実際はどの学年においてもほとんど学習時間が減少しなかったと言えるだろう。

では、所得階層ごとの学習時間に変化があっただろうか。まず、図2は、1996年における教育段階の学年ごとに所得四分位階級ごとの学習時間の平均値である。各学年において差はあるものの、所得階層ごとの学習時間の平均値に大きな差はみとれない。ただし、中3と高3において最も所得の高い第4四分位で最も学習時間が長く、逆に所得の低い第1四分位で学習時間が短くなっている。1996年の段階で高校受験、大学受験の時期に所得階層による学習時間の格差が生じていることがみとれる。

図3は、同じく2006年における学年ごとの所得四分位階級ごとの学習時間である。1996年とは異なり、所得階層ごとの学習時間の差がみとることができる。小学校4年生を除き、全ての学年で世帯所得が最も高い第4四分位の子どもの学習時間が長くなっている。そして、中3以上の学年においては、第1四分位の学習時間が最も短く、第2四分位、第3四分位と徐々に学習時間が長くなる所得階層による学習時間の格差が生じていることが分かる。

図4は、1996年と2006年における所得第1四分位と第4四分位の子どもの学習時間の比である。1996年では、小学4年生から中学2年生まで所得第1四分位と第4四分位の学習時間にほとんど差がなく、中3、高2、高3において差がつくことが観察されている。一方、2006年においては、小学4年生以外どの学年でも、所得第1四分位より第4四分位の学習時間が長くなることで、2つの所得階層間の学習時間の格差が拡大している。こ