

- (accessed July 23, 2011).
- 11 Wagstaff A. Health systems in east Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers? Policy Research Working Paper 3790. Washington, DC: World Bank, 2005.
 - 12 Ikegami N, Yoo B-K, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
 - 13 健康保険組合連合会 社会保障研究グループ『図表で見る医療保険（平成22年度版）, ぎょうせい, 2010年.
 - 14 Takagi Y. The Japan Medical Association and private practitioners' income. In: Ikegami N, Campbell JC, eds. Containing health care costs in Japan. Ann Arbor, MI: Michigan University Press, 1996: 278–85.
 - 15 15. 高木安雄「第I部 第三章 診療報酬の変遷とその経済的効果」社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会, 1997年.
 - 16 Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
 - 17 厚生労働省『患者調査』厚生統計協会, 2007年.
 - 18 Ikegami N, Fries B, Takagi Y, Ikeda S, Ibe T. Applying RUG-III in Japanese long-term care facilities. *Gerontologist* 1994; 34: 628–39.
 - 19 出月康夫『わが国の卒後教育と専門医制度の改善のために』日本外科学会 110巻第3号 115-19頁, 2009年.
 - 20 Commission on Physician Supply, Ministry of Health, Labour and Welfare, 2005. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a4.html> (accessed July 23, 2011).
 - 21 Matsumoto M, Okayama M, Inoue K, Kajii E. Factors associated with rural doctors' intention to continue a rural career: a survey of 3072 doctors in Japan. *Aust J Rural Health* 2005; 13: 219–25.
 - 22 Koike S, Matsumoto S, Kodama T, Ide H, Yasunaga H, Imamura T. Specialty choice and physicians' career paths in Japan: an analysis of national physician survey data from 1996 to 2006. *Health Policy* 2010; 98: 236–44.
 - 23 Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
 - 24 Hirose M, Imanaka Y, Ishizaki T, Evans E. How can we improve the quality of health care in Japan? Learning from JCQHC hospital accreditation. *Health Policy* 2003; 66: 29–49.
 - 25 Department of Health Economics, University of Kyoto Graduate School of Medicine, 2010. Quality improvement project. <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/> (accessed July 23, 2011).
 - 26 Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? *Lancet* 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.

- 27 Centers for Disease Control and Prevention. US National Health and Nutrition Examination Survey 2007–2008. http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/nhanes2007-2008/nhanes07_08.htm (accessed July 23, 2011).
- 28 The Committee of the Japan Diabetes Society on the Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus, Seino Y, Nanjo K, Tajima N, et al. Report of the Committee on the Classification and Diagnostic Criteria of Diabetes Mellitus. *J Japan Diab Soc* 2010; 1: 212–28.
- 29 Kita T. Coronary heart disease risk in Japan—an east/west divide? *Eur Heart J* 2004; 6 (suppl A): A8–11.
- 30 Kohro T, Furui Y, Mitsutake N, et al. The Japanese national health screening and intervention program aimed at preventing worsening of the metabolic syndrome. *Int Heart J* 2008; 49: 193–203.
- 31 Motomura N, Miyata H, Tsukihara H, Okada M, Takamoto S. First report on 30-day and operative mortality in risk model of isolated coronary artery bypass grafting in Japan. *Ann Thorac Surg* 2008; 86: 1866–72.
- 32 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K. Volume-outcome relationship in rectal cancer surgery: a new perspective. *Surg Today* 2009; 39: 663–68.
- 33 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K, the Japan Neurosurgical Society. Risk-adjusted analyses of the effects of hospital and surgeon volumes on postoperative complications and the modified Rankin scale after clipping of unruptured intracranial aneurysms in Japan. *Neurol Med Chir (Tokyo)* 2008; 48: 531–638.
- 34 Yasunaga H, Nishii O, Hirai Y, Ochiai K, Matsuyama Y, Ohe K. Impact of surgeon and hospital volumes on short-term postoperative complications after radical hysterectomy for cervical cancer. *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35: 699–705.
- 35 Yasunaga H, Tsuchiya K, Matsuyama Y, Ohe K. Analysis of factors affecting operating time, postoperative complications, and length of stay for total knee arthroplasty: nationwide web-based survey. *J Orthop Sci* 2009; 14: 10–16.
- 36 Yasunaga H, Yanaihara H, Fuji K, Horiguchi H, Hashimoto H, Matsuda S. Impact of hospital volume on postoperative complications and in-hospital mortality after renal surgery: data from the Japanese diagnosis procedure combination database. *Urology* 2010; 76: 548–52.
- 37 Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, et al, and the CONCORD Working Group. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; 9: 730–56.
- 38 Miyata H, Motomura N, Ueda Y, Matsuda H, Takamoto S. Effect of procedural volume on outcome of coronary artery bypass graft surgery in Japan: implication toward public reporting and minimal volume standards. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008; 135: 1306–12.
- 39 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K.

- Effects of hospital and surgeon volumes on operating times, postoperative complications, and length of stay following laparoscopic colectomy. *Surg Today* 2009; 39: 955–61.
- 40 Yasunaga H, Matsuyama Y, Ohe K. Effects of hospital and surgeon case-volumes on postoperative complications and length of stay after esophagectomy in Japan. *Surg Today* 2009; 39: 566–71.
- 41 Yasunaga H, Yanaihara H, Fuji K, Matsuyama Y, Deguchi N, Ohe K. Influence of hospital and surgeon volumes on operative time, blood loss and perioperative complications in radical nephrectomy. *Int J Urol* 2008; 15: 688–93.
- 42 Murata A, Matsuda S, Kuwabara K, et al. An observational study using a national administrative database to determine the impact of hospital volume on compliance with clinical practice guideline. *Med Care* 2011; 49: 313–20.
- 43 Makuuchi H. Board of cardiovascular surgery in Japan; past, present, and future. *Jpn J Surg* 2009; 110: 133–38.
- 44 Leflar R. Unnatural deaths, criminal sanctions, and medical quality improvement in Japan. *Yale J Health Policy Law Ethics* 2009; 9: 1–51.
- 45 Japan Council for Quality Health Care Division of Adverse Event Prevention. Project to collect medical near-miss/adverse event information 2008 annual report. Tokyo, Japan, 2008.
http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_en_english_2008.pdf (accessed June 1, 2011).
- 46 OECD. Society at a glance 2002: OECD Social Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003.
- 47 厚生労働省『平成 20 年 受療行動調査』厚生統計協会, 2009 年.
- 48 茅野眞男『内科系外来技術の難易度及び時間に係る調査』2005 年 7 月, 中央社会保険医療協議会 Home Page (<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/vAdmPBigcategory10/CE1046CC631E395949257031000BB60C?OpenDocument>) (2011 年 7 月 23 日アクセス).
- 49 Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 1012–20.
- 50 Yasunaga H. The catastrophic collapse of morale among hospital physicians in Japan. *Risk Manag Healthc Pol* 2008; 1: 1–6.
- 51 Matsuda S, Ishikawa K, Kuwabara K, Fujimori K, Fushimi K, Hashimoto H. Development and use of the Japanese case-mix system. *Eurohealth* 2008; 14: 25–30.
- 52 Yasunaga H. Legal intervention against medical accidents in Japan. *Risk Manag Healthc Pol* 2008; 1: 39–42.
- 53 Ikegami N. Games policy makers and providers play; introducing case-mix-based payment to hospital chronic care units in Japan. *J Health Politics Law* 2009; 34: 361–80.

G. 研究発表

1. 論文発表

11. Hashimoto H, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? Lancet. 2011 Sep 24;378(9797):1174-82.
12. Shibuya K, et al. Future of Japan's system of good health at low cost with equity: beyond universal coverage. Lancet. 2011 Oct 1;378(9798):1265-73.
13. Tamiya N, et al. Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. Lancet. 2011 Sep 24;378(9797):1183-92.
14. Ikegami N, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. Lancet. 2011 Sep 17;378(9796):1106-15.
15. Ikeda N, et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet. 2011

Sep 17;378(9796):1094-105.

2. 学会発表

国際シンポジウム「医療構造改革の課題と展望－3月11日の大災害を超えて21世紀型の新たな皆保険制度－日本の保健システムを再考する」（2011.9.1）にて本研究の概要を発表し、ランセット編集部や国際諮問員の専門家と今後の研究方針について意見交換を行った。

H. 知的財産権の出願・登録状況
（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

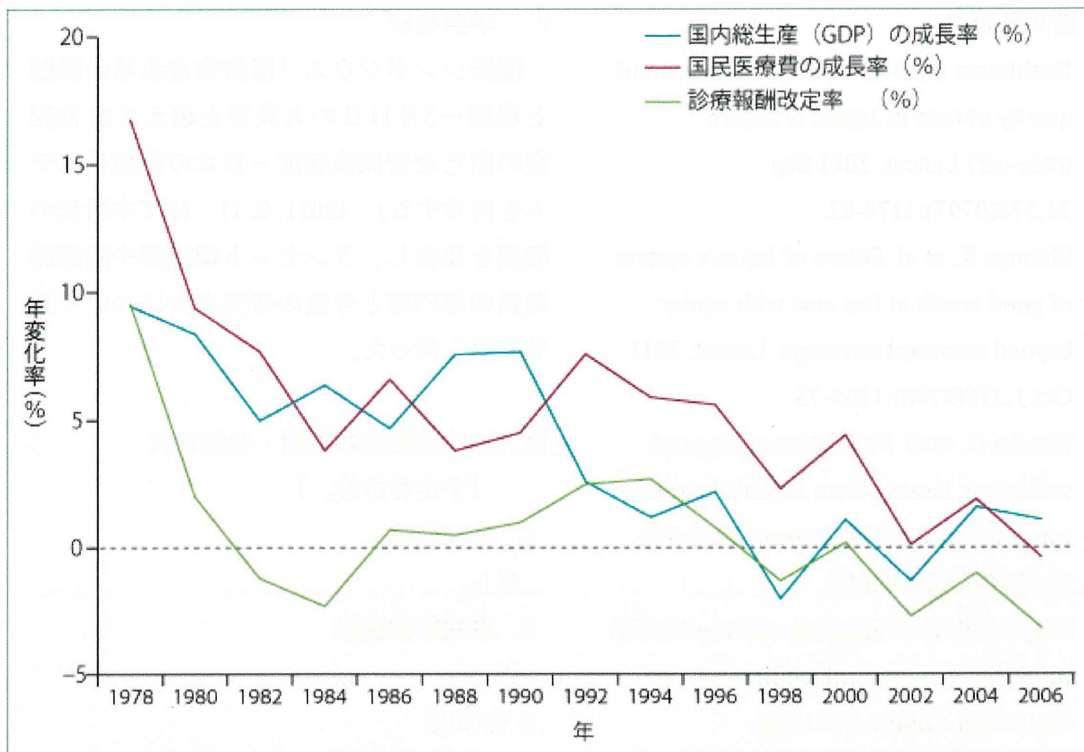


図1：日本の国内総生産と国民医療費の成長率，ならびに診療報酬全体改定率の推移 (1978年～2006年)

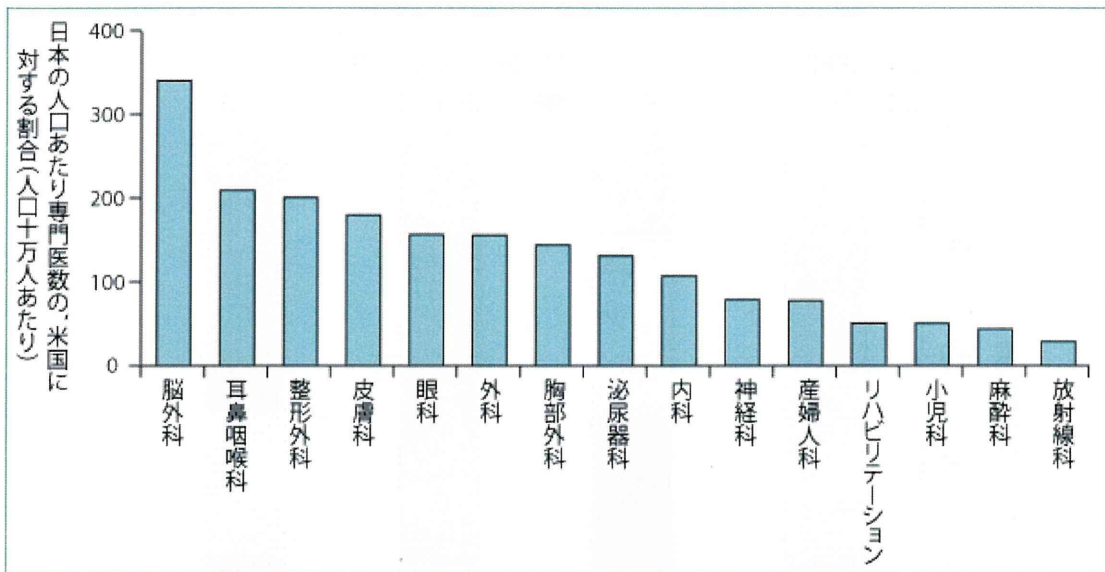


図2:日本の人口あたり専門医数の,米国に対する割合(人口10万人あたり)。

データは,厚生労働省医師の需給に関する検討会資料による²⁰。

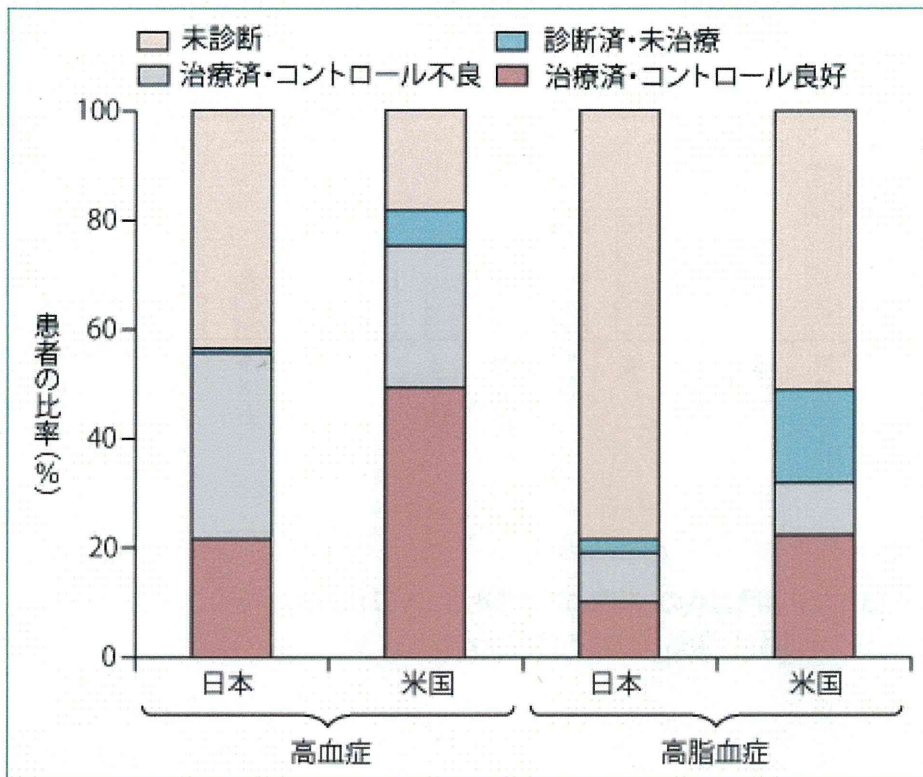


図3:日本と米国における高血圧症および高コレステロール血症の診察率と管理の状況

データは、日本の2007年度国民健康栄養調査と米国の2007～2008年度全国健康栄養調査による。最高血圧が140 mm Hgを超えたものを高血圧とした。血清LDLコレステロールが3.10 mmol/L (120 mg/dL)を超えたものを、高コレステロール血症とした。

	日本	カナダ	フィンランド	フランス	ドイツ	韓国	メキシコ	英国	米国
65歳以上人口比率 (%)	22.1%	13.6%	16.6%	16.5%	20.2%	10.3%	5.6%	15.7%	12.7%
医療費総額 (対 GDP 比)	8.5%	10.3%	8.4%	11.1%	10.7%	6.5%	5.8%	8.8%	16.4%
医師の診療回数 (1人当たり)	13.2	5.5	4.3	6.9	7.7	13.0	2.8	5.9	3.9
急性期入院治療, 平均入院期間 (日数)	18.8	7.7	5.5	5.2	7.6	NA	3.9	6.9	5.5
人口1000人当たりの急性期病床数	8.1	1.8	1.9	3.5	5.7	5.4	1.6	2.7	2.7
利用可能な1病床当たりの患者回転率	14.8	35.8	NA	51.8	36.6	NA	62.5	49.0	44.2
人口百万人当たりのMRI装置数	43.1	8.0	16.2	6.1	NA	17.6	1.7	5.6	25.9
人口1000人当たりの医師数	2.2	2.3	2.7	3.3	3.6	1.9	2.0	2.6	2.4
人口1000人当たりの看護師数	9.5	9.2	9.6	7.9	10.7	4.4	2.4	9.5	10.8
1急性期病床当たりの医師数	0.3	1.3	1.4	0.9	0.6	0.4	1.3	1.0	0.9
1急性期病床当たりの看護師数	1.2	5.1	5.1	2.3	1.9	0.8	1.5	3.5	4.0

データは参考文献2による。OECD = 経済協力開発機構。GDP = 国内総生産。* 2008年直近年度の入手可能なデータ。カナダとフランスは現役医師数。フランスと米国は現役看護師数。

表1：日本とOECD加盟国との保健医療サービスの利用・支出・資源の比較 (2008年)

	回帰係数, 非標準化	P>Z
人員（常勤換算）		
医師数	-0.300	<0.0001
看護師数	-0.022	0.4169
薬剤師数	-0.252	<0.0001
病院の構造的投入要素		
専門診療科数	-0.149	<0.0001
急性期病床数	-0.120	0.0084
集中治療室の病床数	-0.315	<0.0001
その他の病院特性		
年間全身麻酔処置件数	0.153	<0.0001
大学付属病院	-0.018	0.8339
救急救命部門	-0.401	<0.0001
急性期病床の全病床に対する割合	-0.041	0.4471
外来診療数に対する入院診療数の比率	-0.188	<0.0001
<p>14,309 病院のデータをまとめた。入院期間が 30 日未満の患者に分析を限定するとともに、表に記載の変数の他、病院経営主体と年次ダミー変数に対する調整も行った。データは、厚生労働省の 1999 年度、2002 年度、2005 年度、2008 年度の患者調査および医療施設調査・病院報告による。</p>		
<p>表 2：日本の病院の急性期入院治療に関する病院別標準化死亡比（観察値／推定値）の決定要因（1999 年～ 2008 年）</p>		

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））
分担研究報告書

人口の高齢化と幸福：日本の公的介護保険政策からの教訓

分担研究者 田宮菜奈子（筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授）
橋本英樹（東京大学大学院医学系研究科臨床疫学・経済学部 教授）
池上直己（慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授）
渋谷健司（東京大学大学院医学系研究科国際保健政策学 教授）
野口晴子（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 室長）
研究協力者 河内一郎（ハーバード大学公衆衛生大学院 教授）
西 晃弘（筑波大学大学院人間総合科学研究科 研究員）
マイケル・Ｒ・ライシュ（ハーバード大学公衆衛生大学院 教授）
ジョン・Ｃ・キャンベル（東京大学高齢社会総合研究機構 客員教授）

研究要旨

日本は、長寿と低出生率により人口が急速に高齢化し、従来の支援ではもはや高齢者を取り巻くさまざまな問題に対して対処することが困難になっている。これに対し、日本政府は、高齢者のより自立した生活を支援し家族介護者の負担を軽減するため、2000年に公的介護保険制度を導入した。公的介護保険制度は、社会保険の原則に基づき、所得や家族の状況に関係なく給付が行われ、適用範囲と給付の両面においてきわめて寛大である。現金は支給されずサービスのみが提供され、受給者はサービスとサービス提供者を選択できる。制度導入前後に実施された国民生活基礎調査に基づいた本稿の分析によれば、家族の費用負担が少ない公的介護の利用は増加しているものの、介護者の幸福については統計的に有意な効果を確認することはできなかった。制度を成功させる上での課題としては、在宅介護に対する不満、家族介護者への必要な援助の提供、財政的持続可能性が挙げられる。このような日本の介護政策は、他国にとって教訓になりうるものである。

A. 研究目的

先進国では急速に高齢化が進んでいるが、そのスピードは日本が最も速い。1950年の日本国民はきわめて若く、1990年に至っても65歳以上の人口はわずか12%程度で、これは同年の米国と同じであり英国などの先進国からは大きく下回っていた(1, 2)。

しかし、戦後のベビーブームの後、出生率が激減し平均寿命が上昇した(2)。そして、2010年までに、65歳以上の人口は1500万人から2900万人—人口の23%という世界で最も高い割合(1)—へとほぼ倍増した。高齢者の絶対数はまもなく4000万人程度で安定するだろうが、若年者数は急速に減

少し続けると予想されている (2)。したがって、2050年には日本の高齢者人口比率は世界最高になり、全人口の40%が65歳以上になる (1)。このような人口推移は、まもなく同様の状況に直面することになる他国の政策決定者にとって、日本のこれまでの経験と将来展望が重要な教訓になることを意味する。

日本の高齢者の所得・健康・家族生活は他国の高齢者と比べてどうなのだろうか。

2005年に60歳以上を対象に実施された国際調査 (3)によれば、日本人の57%が経済的に問題なしと回答したのに対し、米国は36%、ドイツは33%、フランスは18%となっている。日本の65歳以上の世代の平均可処分世帯所得は18~65歳世代の86%であるが、経済協力開発機構 (OECD) の平均は82%である (4)。日本の公的年金は多くの欧州諸国と比べるとやや低い、日本では高齢者の多くが仕事をしているため—65歳以上の男性の約30%、米国の場合は22% (欧州はもっと低い)—彼らの平均所得はかなり高い (3)。さらに、多くの人が多額の貯金をしている (5, 6)。したがって、相当数の人 (特に単身の高齢女性) が公的支援や親類の援助をあてにしなければならぬ状況にもかかわらず、所得格差が大きく、日本の高齢者は平均的には裕福である (7, 8)。

健康については、上記の国際調査によれば (3)、60歳以上の日本人の85%が日常生活に支障がないと答えたのに対し、米国・ドイツ・フランスの場合は65%以下である。主観的基準に基づいたものではあるが、健康寿命 (HALE) に関しても、日本は1位である (男性が73歳、女性が78歳) (9, 10)。

さらに、65歳以上の日本人女性の83%が80歳まで生きているが、この数字は他国よりも3%高い (米国は70%、英国は72%)

(10)。日本では、医療費が米国や英国に比べてはるかに低いにもかかわらず、このように高齢者の良好な健康状態が実現されているのである (11)。

家族についてみると、1960年には、65歳以上の日本人の80%以上が子どもと同居していた (12) が、米国で子どもと同居する高齢者の割合が70%であったのは1860年が最後である (13)。また1990年代中頃の北欧・西欧では、子供と同居していたのは60歳以上の高齢者人口の15%であった

(13)。しかし、近年、日本の生活環境も大きく変化してきた。2010年度国勢調査の速報値によれば、子どもと同居している高齢者の割合は41%に低下し、配偶者のみと同居している高齢者の割合 (33%)、独居高齢者の割合 (16%)、施設で生活している高齢者の割合 (6%) はすべて上昇していた。しかし、それでもなお、日本の子どもとの同居率は他の先進国に比べるときわめて高く、日本の文化ではこのような生活が標準的であるとみなされている。(13, 15-17)

このように、全人口が減少し、若年労働者数が減少していくと見込まれる中で、日本経済を維持し、増加する高齢者を支えていくには、克服すべき様々な課題がある。第一に、公的年金と雇用機会の拡大を通じて高齢者の所得を維持することである。第二に、妥当な費用で良質の医療を提供することである。そして第三として、心身の障害により弱くなった高齢者が良質な生活を維持できるようにすることである。本稿では、これら諸問題のうち、第3の課題につ

いて、特に介護保険という日本の革新的対応に焦点をあてて論じていく。

B. 研究方法

検索方法と選定基準

公表済みの学術著作物の定量・定性データを用いて、日本の公的介護保険制度の影響を検討した。1990年から2011年にかけて公表された調査研究を、「保険、介護」または「高齢者向け保健医療サービス」と「日本」というキーワードの組み合わせによりPubMedおよびWeb of Science (Thomson Reuters) で検索した。英語で書かれた刊行物は、PubMedが193件、Web of Scienceが164件であったが、日本の公的介護保険制度に関するそれらの評価の背景に基づき、本稿との関連性を1件ずつ判定した上で目を通した。他にも、関連性がある場合は、公表済みの学術著作物や非学術文献、書籍の関連する章も含めた（日本の人口動向・公共政策・医療費財源や、他国の介護状況など）。

C. 研究結果

日本の介護政策

すべての先進国で、要介護者を含む高齢者が増加している(1, 18)。同時に、子どもの数が減少し家庭の外で仕事をしたいと望む女性が増えたため、家族から介護を受けることはますます難しくなる（ただし、家族による介護は今なお、高齢者介護の最も重要な供給源である）。多くのOECD加盟国では、体系的・包括的な介護制度を導入することでこれらの問題に対処してきた

(19)。多くの福祉国家が国家による福祉を削減している時代にあって、日本の介護政

策の拡充は、先進国の中でも異例である。

日本では、虚弱高齢者に対する関心は、長期間にわたり、福祉政策の中心となってきた(20)。1963年に、小規模ではあったが、介護施設とホームヘルパーに対する公的支出が始まり、1970年代初めには、厳しい政治的困難に直面した与党・自由民主党が、戦後の好景気に乗じて入院をも含む高齢者の自己負担分を廃止し、高齢者医療費無料制度を導入した(21)。そのため、医学的根拠のない、いわゆる社会的入院が増え、現在でも65歳以上の高齢者のうち50万人以上が病院で暮らしている(20)。他方、入院以外の高齢者へのサービスは徐々にしか増加せず、主として低所得で家族からの支援を期待できない人に限定されていた。こうした状況は、1989年-日本経済が景気の絶頂期にあり、かつ、自由民主党が、突如として総選挙直前に虚弱高齢者の介護に対する政府の責任を拡大することを決定した時-まで続いていたのである。政府の責任の拡大は、10年間で施設の病床を2倍にし、高齢者向けの在宅サービスおよび地域サービスを3倍にするという明確な目標を掲げた、いわゆる「ゴールドプラン」あるいは「高齢者の健康福祉のための10カ年戦略」として法制化された(21)。

ゴールドプランはまたたくまに浸透したが、一方で深刻な問題も引き起こした。増税が危惧される水準にまで支出が増加し、人員不足の地方自治体では管理面でのさまざまな困難に直面することになる。つまり、受給資格の定義、提供サービスの種類と金額、有償無償の区分といった主要な運用基準が地方によって大きく異なっていたのである。厚生省は、これらの問題に対応する

ため、1990年代中頃から、社会保険により介護を提供する体系的制度の策定に着手した。

そして、公的介護保険が1997年に法制化され、2000年に施行された(20, 22)。公的介護保険の公式な目的は、介護を必要とする人が「尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう」支援することであった(23)。他の目標としては、競争の導入、消費者による選択、従来規制されてきた営利企業の参入(24)、人々を病院から在宅へと移行させることによる医療費の節減(24)、施設介護に比した地域介護の重視(20)、そして、最も重要な目標の一つとして、家族介護者の負担軽減があった(25)。

日本と他国の介護保険の比較

介護政策を拡充してきた国の間には制度設計の点で大きなばらつきがある(26)。相違点として挙げられるのは、税を財源としているか社会保険であるか、全年齢を対象としているか高齢者のみに絞っているか、所得審査が厳格か穏当か、あるいはまったくないか、受益者による費用負担率が高いか低いか、あるいはまったくないか、適用範囲が広い狭いか、現金給付が多いかほとんどないか、介護者が主として家族か、移民などの非正規労働者か、監督者の下で正規のサービスを提供する訓練を受けたプロフェッショナルか、などを含む。日本の制度(パネル参照)は、財源の半分が税金、半分が社会保険であり、高齢者のみを対象とし、所得審査がなく、受益者による費用負担は穏当で、適用範囲が広く、給付が多い。現金給付はなく、他国でしばしば見受

けられる住み込みの移民労働者による非正規介護が日本ではほぼ皆無であることが、その理由の1つになっている。日本の公的介護保険制度は、主として次の2つのことに依拠して設計されている。1つめは、ゴールドプランによって顕在化した諸問題に対処すること、2つめは、ドイツおよび北欧型アプローチの両者を融合するような制度とすること、である(20, 25, 27)。

まず、ドイツの場合と同様、この制度は北欧的な税方式の地方サービスではなく、社会保険の原則に基づいて運営されている。これは、ゴールドプランは税方式のサービスであったが、増税よりも社会保険料のほうが受け入れられやすかったためである。第二に、北欧とは異なり、日本では一定額の給付を受け取る権利が付与されており、受給者は希望するサービスやサービス提供者を選択することができた。北欧では、受給資格、給付規模、サービスおよびサービス提供者の選択に関する決定は地方自治体のケースワーカーが行ったが、その際、所得や家族による介護の可能性を考慮に入れることができた。日本でもゴールドプランのときはそうだったが、ガイドラインが明確でなく、地方の管理運営が乏しかったため、しばしば恣意的な決定が下されることもあった。新しい介護保険の下では、受給資格原則を厳格に適用することが強調され、サービスおよび営利企業を含むサービス提供者を選択する権限を地方自治体ではなく受給者に付与した—こうした制度設計に対して、北欧型アプローチを理想としていた社会福祉専門家は愕然としたのである。

第三に、日本は適用範囲と給付がきわめて寛大であり、ドイツや米国など他の多く

の国に比べると公的介護費が多い(図1)(26, 29)。受給資格を決定するための算定方式はドイツのものと原則では類似しているが、ドイツよりもはるかに制限が少ない。日本では、65歳以上の高齢者人口の約17%が受給資格を認定されているのに対し、ドイツの場合は10%である。さらに、同様の障害レベルにあるドイツ人に比べ、日本人は約2倍の額の地域サービスを利用することができる(24)。この寛大さの主な理由は、ゴールドプランでは介護ニーズが比較的少ない多くの人々が比較的高い給付を受けていたことによる。政治的にも、この新たな制度は後退を許されなかったのである。

第四に、北欧型アプローチとの主な類似点は、日本の介護保険がサービス(現物)給付型のシステムであることである。ドイツでは、受給者はサービスの代わりに現金給付を選択することができ、用途も制限されていない(30)。したがって、ドイツの介護保険は明らかに、家族による介護を奨励するよう設計されていた。一方、日本の公的介護保険は、政府に介護の一部を担わせることで家族介護者を援助するよう設計されていた。現金給付によって介護者の大きな負担が軽減されることはないであろうと考えられたからである。

日本の介護制度は導入から10年以上経っており、現在では500万人近くが利用している(31)。施設での受益者数は83%増加したが、それ以上に注目すべきことは、在宅サービスおよび地域サービスを受ける人が制度導入後の10年間で203%も増加したことである(31)。2011年1月時点で、約140万人がホームヘルパーによる訪問介護を受けており、約190万人がデイケア施

設を利用していた(32)。日本では実際、65歳以上の全高齢者の約6.5%がデイケア施設に通っている(ドイツやスウェーデンでは1%に満たない)(33)。介護保険サービスの拡充は、日本の高齢者の日常生活に大きな変化をもたらしている。日本が、こうした重要な社会政策部門において先進国のリーダーになったのは初めてのことである。

公的介護保険制度の導入効果

過去10年間で介護保険サービスが急速に拡大したことを考えると、これらのサービスが念頭に置いた受益者—サービス受給者本人、家族介護者、家計—to与えた影響を評価することには価値がある。本稿では、日本の公的介護保険制度の導入効果を、マクロおよびミクロの観点から定量的に評価した結果を提示する。分析に用いたデータは国民生活基礎調査(12, 34)—施設に入っていない国民を対象に全国規模で3年に1度定期的に行われている横断的調査(リピーテッドクロスセクションデータ)—による。本稿では、「差の差」推計法を用いて、公的介護保険導入前の1998年から導入後の2004年にかけて、虚弱高齢者(家族により、日常生活に見守りや援助が必要であるとされた高齢者)のうち、公的な有料サービスを利用した者とサービスを利用しなかった者とのアウトカムの変化を比較検証した。データの処理方法や分析手法についての詳細は、ウェブ付属書にまとめられているので、参照していただきたい。本文中に掲載した表に分析結果がまとめられている。

公的介護サービスの利用率

図2を見ると、虚弱高齢者による公的介

介護サービスの利用は1998年には52%であったが2001年には76%に急増し、それ以降2004年までは横ばいとなっている。この結果は、公的介護保険制度の導入により、有料の公的介護サービスを利用する機会が地域において著しく改善したことを示す確固たる証拠である(35)。他方、サービスの利用状況は世帯所得によりばらつきがあった。1998年の公的介護サービスの利用率はどの所得層でもほぼ同じで、虚弱高齢者の50%強であった。しかし、介護保険が導入され利用が増加した後の利用率は、高所得世帯が低中所得世帯をわずかではあるが有意に一約4%ほど一上回った。欧州でも同様に、公的サービス利用率は所得層間で大きなばらつきがあり、たとえばドイツでは高所得世帯がはるかに高い(26, 36)。

高齢者の幸福

日本のさまざまな地域における各種公的サービス(訪問介護などの在宅介護、デイケアやショートステイなどの地域介護、施設介護など)の効果をさまざまなアウトカム(死亡率、機能状態、施設入所、要介護度、栄養状態、介護負担など)で評価した研究がある(37-43)。これらの先行研究に見られる公的介護保険の導入効果は、一貫性がなく必ずしも明示的ではない。ある研究によれば(37)、デイケアサービスの利用頻度が高いほど地域在住の虚弱高齢者の死亡率が低くなるが、別の研究は(41)、デイケアの効果にはそれほど肯定的ではない。ある研究によれば(42)ショートステイとデイケアサービスの利用は高齢者の施設入所や入院を予防する効果があるとされているが、他の研究では(39)ショートステイ

の利用と要介護度の上昇の間に関連性があると報告されている。デイケアおよび在宅介護は受給者の健康にプラスの影響を与えているようだが、公的介護保険制度導入の全体的な影響についてはいまだはっきりしていない。

本稿での分析(表参照、「差の差」推計に基づく)によれば、高齢の受給者の主観的健康状況についても日常活動遂行能力についても、総合的に有意にプラスの影響は出ていない。この分析結果は、いくつかの先行研究(43)と整合的であり、虚弱高齢者の健康や機能の改善よりも現状レベルの維持のほうが、公的介護保険制度の目標として適切であることを暗示している。

家族介護者の幸福と機会の喪失

家族介護者のストレス・意欲・負担について分析を行った研究は数多くがあるが、それらの結果には一貫性がない(15-20, 22, 23, 44-51)。日本では、公的介護サービスを利用することが家族介護者の身体的な介護負担を軽減することが繰り返し報告されており、また、心理面の負担についても統計的に有意な減少が見られることを示す研究もある(44, 49, 52)。しかしながら、本稿での分析では、家族介護者の主観的健康観に対する公的介護保険制度の導入効果は確認できなかった。

また、本稿では家族介護者が介護や仕事などの活動に費やした時間に介護保険がどのように影響を与えたかについて検証を行った。全調査対象者の平均介護時間は公的介護保険導入後に著しく(0.81時間/日)減少し、介護と仕事以外の活動時間は0.67時間/日ほど増加した。しかし、その効

果は世帯所得によりばらつきがある。中所得世帯と高所得世帯の介護時間はそれぞれ0.81時間/日, 1.36時間/日減少したが, 低所得世帯の場合, これらの変化は統計的に有意ではなかった。この分析結果は, 所得が低い世帯ほど公的サービス利用率が低いことと整合的である(35, 52)。

さらに, 高所得世帯の場合, 介護保険導入後は家族介護者が就労する確率が実質的に高くなっており, 仕事時間が4.57時間/週ほど増加している。低中所得層の就労確率は介護保険導入前よりも後のほうがやや高いが, 労働時間は減少している(どちらの場合も統計的に有意とまではいえない)。低中所得層は介護と仕事以外の活動時間がほぼ1時間増えた。具体的には, 低所得世帯が0.9時間/日, 中所得世帯が0.84時間/日である。高所得層の場合, その他の活動時間が0.5時間増加したが, この結果は統計的に有意ではなかった。世帯所得による効果にこうした違いが生じた原因としては, 高所得世帯の介護者(大半は女性)は介護の機会費用が高く, 労働市場に参入すればより高い賃金を得ることができるためと考えられる。さらに, 事業主は, 比較的所得が高いフルタイムの労働者のみ介護休暇を認める傾向がある(53)。

家計

家計の公的介護支出の割合は, 介護保険導入前と比べ, 2004年には5%減少している。この変化はすべての所得層についてほぼ同じであった。要するに, 家族介護者にとっての介護保険の経済的メリットは明らかであるが, 家族介護者の負担感に対する影響については, はっきりした結果を得る

ことはできなかった。さらに, 世帯所得によって公的介護保険制度の導入効果が異なるということは, 興味深い結果である。こうした結果は先行研究とも合致している(54)。しかしながら, 公的介護保険制度の導入効果については, 今後さらなる調査研究を行う必要があるだろう。

公的介護保険と日本人の家族観

日本の公的介護保険制度は, 受給者本人である高齢者の心身の衰えや家族介護者の負担感にかかわる問題を解決していない。どのような制度であれ, 介護制度ができる最大のことは, 心身が弱体化せざるをえない高齢者を自立させ, 生活の質を高めることである。また, 家族介護者にとっては, 介護による負担感や, 老齢により心身が衰えていく配偶者や両親に対する心配が, 政府の制度によって解消されることはない。介護制度は家族介護者の負担の軽減に役立つが, 世界中のどの国や地域でも一高度に発達した制度を有する北欧でさえも一地域に暮らす虚弱高齢者に対する介護の大半は家族介護者が担っている(55)。

したがって, 効果を判定する基準は, 他国の介護制度に比べて, 日本の公的介護保険制度が高齢者および家族介護者をどの程度支援しているか, である。これには2つの側面がある。本稿の主要テーマである制度設計と, 公的介護保険制度が日本の社会的・文化的環境にどのように適合しているか否か, である。前者については既に前段で述べたが, 後者もまた重要な課題であり, 日本人の家族観について検討しておく必要がある。

日本の伝統的な家族では, 歳老いた両親

の介護は長男の妻の責任であった。これは、長男の妻が、嫁として初めて家族の一員になったときから長年いろいろな意味で教え導いてくれた義理の母（姑）に対して、最後に果たすべき役割であると考えられていた。こうした見方からすれば、親の介護はすべて、長男の嫁が引き受けなければならない義務とみなされる。同じ家に同居し、1日24時間奉仕するのである（56）。現在では、虚弱高齢者の主たる介護者のわずか20%が嫁である。子どもと同居する高齢者の割合は著しく減少しているとはいえ、まだ約40%を超えており、家族介護の標準的なあり方として世間的には認知されている。保守的な人々はこのような介護のあり方を日本的な家族の価値観を具現化していると考えているが、フェミニスト的な考えからするとこれは搾取以外のなにものでもない。嫁による介護は搾取であるという考え方が広がり、結果、日本の公的介護保険制度は、長男の嫁の義務の一部を公的介護サービスに置き換えることで家族介護者の負担を軽減し、外で仕事をしたり他の活動をしたりすることができるように、彼らの選択の自由を拡充しようとするものである。

こうした政策は、家族による介護に報い奨励することで伝統的価値観を維持しようとするドイツの現金給付の考え方とは対照的である。ドイツでは、介護者の年金拠出金も対象となっており、有給雇用と同様に休暇が与えられる（36）。しかし、ドイツおよび現金で介護手当を支給している他のすべての国の支給額は、雇用による賃金に比べてはるかに少ない。その結果、家族介護者は、キャリアを形成する機会もなく、時間や心理的な負担が増える一方の仕事を引き

き受けながら、わずかばかりの所得しか得ていない（26）。

しかし、そうかといって、日本の公的介護保険制度も家族介護者を完全に解放しているというわけではない。実際、公的介護保険制度が導入された際、施設に対する需要が急増した。これは、親を介護施設に入れることで、介護に対する全ての責任を移譲することとなり、はじめて負担は完全に軽減されうるという考えによって説明できるのかもしれない。しかし、介護施設を増やし、高い費用のかかる施設介護を促進することに対して、政府は積極的ではなく、結果、施設待機者の長い待ち行列が生じる事態となった（57）。家族介護者が頼ることができたのは在宅介護やデイケアなどの在宅サービスであったが、これらのサービスは、介護が片時も休めない義務であるとみなされている間は、家族介護者の負担を軽減するのに十分なものにはなりえなかった。だからこそ、多くの女性が介護政策に不満を持ち続けているのである。実際、日本の施設入所率（65歳以上の高齢者人口の約5.5%）はOECD平均（3.3%）よりも高い（58）。在宅サービスは、他のどの国や地域よりも日本のほうがはるかに充実している。しかし、多くの家族介護者は伝統的な家族の価値観の中で具現されると期待されるものに左右されながらも、それから解放されたいと願っている。こうした家族介護者が抱えるジレンマに対して解決策を提供しない介護政策が成功することはありえないだろう。

それでも、現在、公的介護保険制度自体は新たな方向に向かっている。日本の伝統的な家族の価値観によれば、自尊心のある

嫁であれば見ず知らずの人を家に入れて歳
老いた親を介護させたりしないし、まして
や姑をデイケアに行かせるなどはもっての
ほかであった。しかし、一旦公的介護サー
ビスが広がると、最も古めかしい農村地域
においてでさえ、このような公的介護サー
ビスの利用が一般化し、受け入れられた(59,
60)。やがて、自立に対する考え方を含め、
これまでの高齢者とはかなり異なる人生経
験や理想をもつベビーブーム世代が高齢期
を迎える。日本の家族介護者の抱えるジレ
ンマは特に切実であるが、それは、どの国
の家族介護者についても基本的には同じで
ある。大部分の人は、負担を感じつつも、
一方では愛情や助けてあげたいという思い、
他方では義務感や社会的圧力から介護を続
けているのである。効果的な介護政策はこ
れらの感情を和らげはするが、完全になく
してしまうことはできない。

D. 考察

課題と改革に向けた提案

日本の挑戦と対応、そして、提言

ある意味、日本の公的介護保険制度は、
かくも大規模かつ革新的な制度をすでに導
入している、という点において最大の課題
を克服している。導入当初は、多くの人々
は、この制度に対してどちらかというと悲
観的であった。『ランセット』の2000年の
論文では、「日本の高齢者における保険制度
導入時の混乱」と題してこの制度を取り上
げている(61)。実際には、この制度は、行
政上の困難もほとんどなくすぐさま創設さ
れ、日本の社会政策の一環として受け入れ
られ、多くの支持を受けている。しかし、
それでもなお、対応しなければならない未

解決の問題や他の課題が存在している。

公的介護保険制度が家族介護者の負担を
軽減したことを示す実証的根拠は少なく、
また、広く支持されているにもかかわらず、
一般的にこの制度は不十分であると批判さ
れつづけている。明らかに、サービスの制
約が問題なのではないであろう。受給資格
はあってもサービスをまったく利用しない
人もおり、平均すれば、在宅ケアの利用者
は要介護認定を受けた高齢者のわずか40~
60%程度にとどまっている。10%の自己負
担率がある程度利用を抑制している。たと
えば、中程度の障害を持つ要介護者が受給
上限の半分程度を利用した場合、約150ド
ル/月を支払うことになるが、支出を増や
したくないため利用を増やさないのかもし
れない。しかし、低所得者の月々の介護保
険料には上限が設定されているので(また、
公的援助を受けている場合はサービスが無
料なので)、多くの人にとっては、自己負担
額がサービス利用を増やす上での大きな障
害になっているとは思われない(図2)。

人々が不満を抱え続けている理由は、家
族介護者にとって特に重要な特定のサー
ビスが不足しているためかもしれない。当初
は、ホームヘルパーの夜間訪問が継続的に
利用できるはずだったが(「いつでも、どこ
でも」がスローガンだった)、このサービス
は財政的にもロジスティックスの面からも
提供が困難なため、政府の取り組みにもか
かわらず、実際に提供されている地域はま
れである。ショートステイ—介護施設に1
回あたり数泊すること—は広く利用されて
いるが(35万件/月)(31)、需要が多いた
め施設のベッド数が不十分であり、多くの
地域では数週間前に予約する必要がある。

こうした問題に対して、政府はどのように対応すべきだろうか。夜間訪問やショートステイを増やしたり、会社から介護休暇をとりやすくして家族介護者が良好なワークライフバランスを維持するのを援助したりすることも有効な手立てであると考えられる。それ以外にも、娘や嫁、自身が高齢者である配偶者など家族介護者の援助を明確な目的とするサービスをさらに充実させることが必要である。

有効な手立てとして、次の2つの方向性が考えられる。第一に、メタ解析によれば、家族介護者の意欲を向上させ、抑圧やストレスを解消するには心理社会的な介入が有効でありうる(62, 63)。日本の家族介護者は、介護についての情報や助言を得る機会が多いが、正式な心理カウンセリングを受けるといった機会にはあまりめぐまれていない。カウンセリングについては、訓練された専門家がほとんどおらず、健康保険での診療報酬があまりにも少なすぎるためである。したがって、本稿では、必ずしも公的介護保険制度の枠組みの中でなくてもよいので、専門家による家族介護者向けのカウンセリングサービスを開発することを提言しておく。

第二に、同じような状況に置かれている隣人や地域の人々とのより密なつながりは、家族介護者にとって助けとなるであろうし、また、公的介護保険制度の中には地域のさまざまな団体を通じて実施するほうがより効果的なものもある。最近の取り組みの一例として、家族を中心とした地域住民が関与して、地域に暮らす高齢者向けに、デイケア・ショートステイ・限定的在宅支援を組み合わせた小規模多機能型居宅介護セン

ターがある。また、地域包括支援センターは、要介護度が低い場合の介護、高齢者虐待への対応、地域のさまざまな団体との連携を図っており、こうした取り組みをさらに発展すべきである(25)。多くの地域で、一般の市民や地域社会のリーダーによって、いわゆる認知症サポーターネットワークが形成されつつある。本稿でのもう1つの提案は、より地域に根ざしたこうした取り組みをさらに発展させるということである。

本稿での実証分析によれば、公的介護保険制度の導入により、高所得世帯の家族介護者が就労する確率と労働時間は増えたが、低中所得世帯については、介護時間は減少しているものの就労確率と労働時間は増加していない。世界中どこでも、低所得世帯の女性が最もよい仕事を得るには障害があるが、特に日本ではそうである(64)。介護政策自体が労働市場の不公平さに対して大きな影響を行使するというのではないが、いくつかの緩やかな改革がなされることによって事態が好転する可能性はあるだろう。たとえば、キャリア形成を望む女性に対しては、高齢者がデイケアを受けている間に専門職業訓練を提供する、などの施策である。このような訓練は、高齢者が死亡した場合や施設に入所した場合に、労働市場に対する彼らの参入障壁を低くするのに重要になるかもしれない。長期間にわたって介護に従事してきた中高年の家族介護者ほど、良質な非常勤の仕事につく機会を必要としている。また、公的介護保険制度はそれ自体、女性に大量の雇用機会を創出しているが、その多くは、介護福祉士やヘルパーなど認定研修を受ける必要のある職種である。2000年から2010年にかけて、介護福祉士

およびヘルパーは21万人から90万人へ、社会福祉士は2.4万人から13.4万人へ、それぞれ増加している(65)。

日本の公的介護保険制度の運営には必然的に高いコストがかかる。現在、こうしたコストを管理可能な範囲に抑えておくことは、政府の最優先事項になっている。図3は、公的介護保険制度導入後、最初の5年間で総支出が急増したことを示している

(66)。2005年までに年間支出(10%の自己負担を除く)は約5.5兆円(購買力平価では440億ドルに相当)にまで増加したが、これは当初の見込額よりも、約20%高かった。増加幅が予想を超えたのは、比較的寛容な受給資格審査基準により登録者数が予想を大幅に超えたためであった(日本の認定者の5分の2はドイツの登録基準であれば不適合になる)。こうした寛容な資格基準は持続不可能なものであったが、受給資格審査基準を厳しくして登録者数を減少させるという最も直接的な対応策を行使することは、政治的に不可能だった。

政府の解決策は、介護ニーズの最も低い高齢者(約25%)を新しい予防介護制度へ移行させることであったが、さまざまな制約があったため、政府のサービス提供コストこそ安くなったが、受給者にとってはサービスの魅力が低下した(25)。その結果、急増していた登録者数も、比較的軽度の要介護度認定者への支出も、2006年に微減し、それ以降は横ばいになった。しかし、公的介護保険制度の中核はほとんど変更されることなく、要介護度の高い在宅高齢者はまったく影響を受けず、介護施設入居者の入居費用の自己負担分のみ以前よりも高くなった(ただし、多くは低所得のため免除さ

れていた)(25)。

2006年以降、合計登録者数と公的な支出が再び増加に転じた(図3)(66)。人口に占める高齢者の割合が増え続ける一方で、給付構造と受給資格審査基準は同じままであったことから、この流れは不可避であった。しかし、2006年の改革は、ある意味で構造的な変革に成功したようにも思われる(図3)。75歳以上の高齢者(最大利用者)1人あたりの支出は2004年から2006年にかけて減少し、その後横ばいになった。現在は、この年齢層の人数の増加が唯一の支出増の原因となっている(2, 66)。支出をもっと厳しく抑制するには、適用範囲か給付、またはその両方を削減しなければならないが、これはとても難しい。異なる年齢層で、あるいは税金と保険料収入の間で負担配分を差異化する取り組みのほうが、まだ現実味がある。

高齢者人口比は、若年人口が減少しているため21世紀中頃までは上昇し続けるが、65歳以上の高齢者の絶対数は2015年頃に、75歳以上については2025年頃から、それぞれ横ばいになる。したがって、高齢者を支援するための直接費用が急増する向こう15年間は重要な時期になる。なお、2007年の日本政府の総収入(主に税金と社会保険料)は国内総生産の33.5%であり、米国(34.0%)よりも低く、英国(41.4%)・ドイツ(43.9%)・フランス(49.6%)・スウェーデン(56.3%)の水準をはるかに下回っている(67)。ごくわずかなさらなる国家的問題はさておき、長期的な介護など高齢者向けの支援の費用に対処するために鍵となるのは、日本の公的支出が他の先進国の水準により近づくことである。