

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、適用範囲が広いか狭いか、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を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、使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—に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度定期的に実施さ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に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導してくれた義理の母（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方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思なされている間は、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つての
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
れつつけている。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一は広く利用されて
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る。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だけでなく、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格になる)。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。

他にもいくつか深刻な問題はあるが、日本でも他の国でもだいたい同じである。第一の問題は、日本が施設に頼りすぎていることであるが、施設は費用が高く、生活の質が低いと考えられている。小規模多機能グループホームなどの高齢者ケア施設が有効であると考えられるが、これらの施設は、日本ではまだ信頼を獲得する途上にある

(25, 29)。第二の問題は人的資源である。介護福祉士・ヘルパーはどこでも、他の専門分野の労働者に比べて賃金が低く、労働条件が厳しく、昇進の可能性が低い。介護福祉士・ヘルパーの需要は毎年増えているが、採用・就労の継続を促すことが難しい。第三に、要介護者・患者・家族介護者など個人のサービス利用者から、病院・介護施設などの施設、国レベルでの政策立案と運営に至るまで、まったく異なる介護・保健医療部門間の調整のあり方を改善する必要がある。良質の介護を提供するためにはどの部門も重要であるが、協力・連携することは難しい。すべての国の専門家は、これらの共通の問題に対する解決策についてお互いに学びあっていかなければならない。

E. 結論

国際的な教訓

先進国であれ発展途上国であれ、各国の政策決定者は、世界で最も急速に進行している高齢化に対処するために世界で最も包括的な介護制度の1つを導入した日本の経験から学ぶことができる。韓国と台湾は、主として日本型アプローチに基づく介護制度を導入または計画しており、また、日本よりも進んだ制度を有する国の専門家は、日本独自の革新的取り組みを注視している。

介護政策において現金給付を中心とする国とは異なり、日本においては、家族介護者を直接援助することが家族介護者を最も利することとなり、また、監督者の下で働く、研修を受けた認定ケアワーカーに頼ることが介護の質の最高の保証になるという認識で、公的サービスのみが提供されている。特に総合的なデイケアがあるおかげで、多くの虚弱高齢者が定期的に外出し、同じような人々と付き合い、健康の増進に役立つ活動に参加し、スタッフに見守られている間、家族介護者は少しだけ休みを取れるのである。欧州の報告によれば、サービスのみを提供している国は、現金給付を中心とする国よりも、介護サービスの提供のパターンが平等主義的であり、進歩的であるとされる(26, 36)。しばしば現金給付のほうが安上がりだと考えられることがあるが、日本では、適用範囲や給付水準がはるかに高いにもかかわらず、在宅介護支出はドイツよりも約30%多いにすぎない(図1)(28)。韓国政府は、世界中の介護制度を入念に調査した上で、基本的にサービスのみを提供する方針を選択しており、台湾の専門家も同じような制度を導入したいと考えている(68, 69)。

日本の在宅介護では、受給者は、心身の障害の程度に応じて定められた限度まで希望するサービスを選択するとともに、サービス提供者も選択する。サービス提供者は地方政府の認可・監督を受けるが、消費者がサービス提供者を変更することが比較的簡単にできるため、こうした消費者による選択が品質を管理するための主要な仕組みとなっている。ほぼすべての受給者にはケアマネージャーがおり、自己負担なしで専

門的アドバイスを受けることができる。ケアマネジャーは関連業種から転身して、試験に合格しさらに44時間の研修を修了しなければならない。ケアマネジャーは専門機関に雇用されている場合もあるが、サービス提供者に雇用されている場合の方が多い。初期には利益相反の不安があったが、大半は実際に受給者の利益に十分資しているように思われる。ケアマネジャーの主要業務は、他のサービス提供者（特に家庭医と病院）との間の調整を行うこと、サービスの提供と介護の診療報酬を管理すること、受給者・家族介護者の意思決定を援助することである。ケアマネジャーはカウンセリングの訓練を受けておらず、また、通常30名の患者を抱えているので訓練を受ける時間があまりとれないが、定性的調査によれば、多くの介護者は自分の個人的な問題をケアマネジャーと共有しており、その交流を大切にしている。(70) ドイツは、2008年7月、日本の経験に一部基づくケアマネジメント制度を導入した(30, 68)。

日本の公的介護保険制度が、制度の基本的な骨格がほぼ維持されたまま10年以上にわたり機能してきたという事実は、いかに政府が周到に準備したかを示している。この制度は全国一律に導入された制度であるため、体系的なデータ収集が可能であり、地域間や制度間での効果や費用の比較が容易である(ただし、データが専門家によってもっと利用しやすい形式であれば、比較検証のための分析がより効果的に実施できるようになるだろう)。また、公的介護保険制度では、数多くの機能を1つの制度の下に集約したことによって、監督機能が

効率的になった。地方自治体の担当者は制度を管理するとともに、提供するサービスと高齢住民から支払われた保険料とのバランスをとるある程度の権限を持っている

(支出額の6分の1)。各地方自治体は、3年ごとに作業計画を策定しなければならないが、これは、国による再評価と見直しの機会にもなっており、実務家・専門家・一般の利害関係者の間の議論が活発化している。この3年ごとの見直しは、サービス報酬表をバランスさせるといった数多くの微調整から、2006年における介護予防制度のような比較的規模が大きい改革までを可能にしてきた。

ほとんどの国の介護制度は若年障害者も対象にしている。いわゆる年齢によらない政策は原理としては魅力的であり、その制度の中心が現金給付であるならば、さほど困難もなく高齢者と若年者を同様に処遇することができる。しかし、たいていの虚弱高齢者とその家族のニーズと嗜好はきわめて独特である。若年障害者は職業訓練、自立した日常生活、支援組織に対する管理統制などを望んでいる場合がほとんどである。公的介護サービスが高齢者専用設計されている日本型のアプローチ(若年障害者向けの制度は別にある)のほうがより効果的かつ効率的であり、各国政府が最も頭を悩ませている課題、すなわち虚弱高齢者の増加にどう対処するかという課題に対し、より直接的な回答を提示することができる仕組みであるといえよう。

引用文献

- 1 UN Population Division. World population prospects: the 2010

- revision population database.
<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> (accessed Aug 1, 2011).
- 2 National Institute of Population and Social Security Research (IPSS). Population statistics of Japan 2008. <http://www.ipss.go.jp/p-info/e/psj2008/PSJ2008.pdf> (accessed July 25, 2011).
 - 3 内閣府『「第6回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」について』2005年発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当, 高齢社会対策ウェブサイト (http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h17_kiso/19html/1mokuteki.html) (2011年7月25日アクセス).
 - 4 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Pension at a glance 2009: retirement-income systems in OECD countries. Paris: OECD Publishing; 2009.
 - 5 Horioka CY, Okui M. A US–Japan comparison of the importance and determinants of retirement saving. *Econ Lett* 1999; 65: 365–71.
 - 6 Hayashi F. Understanding saving; evidence from the United States and Japan. Cambridge: MIT Press, 1997.
 - 7 Jones R. Inequality, poverty and social spending in Japan (No. 556). Paris: OECD Publishing, 2007.
 - 8 Murozumi M, Shikata M. The structure of income in elderly households and relative poverty rates in Japan from the viewpoint of international comparisons. <http://www.lisproject.org/publications/liswps/483.pdf> (accessed July 25, 2011).
 - 9 WHO. World Health Statistics 2010. Geneva: World Health Organization, 2010.
 - 10 Muennig PA, Glied SA. What changes in survival rates tell us about US health care. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 2105–13.
 - 11 Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Data 2011: statistics and indicators. Paris: OECD, 2011.
 - 12 Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW). Comprehensive Survey of People's Living Conditions (CSPLC; Designated Statistical Survey) (Kokumin Seikatsu Kiso Chosa). <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-19-1.html> (accessed July 25, 2011).
 - 13 Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations. http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf (accessed July 25, 2011).
 - 14 14 総務省『平成22年度 国勢調査速報集計』2010年発表, 政府統計の総合窓口ウェブサイト (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&tcID=000001032402&cycleCode=0&requestSender=search) (2011年7月25日アクセス).
 - 15 Hashizume Y. Gender issues and Japanese family-centered caregiving for frail elderly parents or parents-in-law in modern Japan:

- from the sociocultural and historical perspectives. *Public Health Nurs* 2000; 17: 25–31.
- 16 Asai MO, Kameoka VA. The influence of Sekentei on family caregiving and underutilization of social services among Japanese caregivers. *Soc Work* 2005; 50: 111–18.
- 17 Long SO, Harris PB. Gender and elder care: social change and the role of the caregiver in Japan. *Soc Sci Japan J* 2000; 3: 21.
- 18 Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel J. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009; 374: 1196–208.
- 19 Kōgel T. Did the association between fertility and female employment within OECD countries really change in sign? *J Pop Econ* 2004; 17: 45–65.
- 20 Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Aff (Millwood)* 2000; 19: 26–39.
- 21 Campbell JC. How policies change: the Japanese Government and the aging society. Princeton: Princeton University Press, 1992.
- 22 吉原健二, 和田勝『日本医療保険制度史』東洋経済新報社, 1992年.
- 23 法務省『介護保険法』Japanese Law Translation Home Page (http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?vm=&id=94) (2011年7月25日アクセス).
- 24 Campbell JC. How policies differ: long-term care insurance in Japan and Germany. In: Luetzeler R, Conrad H, eds. *Aging and social policy: a German-Japanese comparison*. Munich: Iudicium, 2002.
- 25 Tsutsui T, Muramatsu N. Japan's universal long term care system reform of 2005: containing costs and realizing a long-term vision. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1458–63.
- 26 Rodrigues R, Schmidt A. *Paying for long-term care*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2010.
- 27 Campbell JC, Ikegami N. Japan's radical reform of long-term care. *Soc Pol Admin* 2003; 37: 21–34.
- 28 Campbell JC, Ikegami N, Gibson MJ. Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 87–95.
- 29 Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Publishing. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en (accessed July 25, 2011).
- 30 Rothgang H. Social insurance for long-term care: an evaluation of the German model. *Soc Pol Admin* 2010; 44: 436–40.
- 31 厚生労働省『介護保険を取り巻く現状』2011年2月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520>)

- 0000123iuatt/2r985200000123se.pdf)
(2011年7月25日アクセス).
- 32 厚生労働省『介護給付費実態調査月報
(平成23年5月審査分)』2011年7月
発表, 厚生労働省ウェブサイト
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kyufu/2011/05.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 33 Swedish Association of Local Authorities
and Regions. Care of the elderly in Sweden
today. Stockholm: Ordförrådet AB, 2006.
- 34 田宮奈々子, 野口晴子, 橋本英樹, 渋谷
健司, 西晃弘「公的介護保険の導入効果
に関する実証的研究—国民生活基礎調
査に基づく科学的エビデンスの構築へ
向けて」『わが国の保健医療制度に関す
る包括的実証研究』厚生労働省, 2011
年.
- 35 内閣府国民生活局物価政策課『介護サ
ービス市場の一層の効率化のために—
「介護サービス価格に関する研究会」報
告書—』2002年8月発表, 内閣府ウエ
ブサイト
(<http://www.caa.go.jp/seikatsu/2002/0807kaigo/a-1.pdf>) (2011年7月25日アクセス).
- 36 Theobald H. Conditions and challenges of
Germany's long-term care insurance: care
policies and inequalities based on gender,
socio-economic class and ethnicity. *J Asian
Women's Studies* 2010; 18: 1–23.
- 37 Kuzuya M, Masuda Y, Hirakawa Y et al.
Day care service use is associated with
lower mortality in community-dwelling
frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2006;
54: 1364–71.
- 38 Nishi A, Tamiya N, Kashiwagi M,
Takahashi H, Sato M, Kawachi I. Mothers
and daughters-in-law: a prospective study
of informal care-giving arrangements and
survival in Japan. *BMC Geriatr* 2010; 10:
61.
- 39 Kato G, Tamiya N, Kashiwagi M, Sato M,
Takahashi H. Relationship between home
care service use and changes in the care
needs level of Japanese elderly. *BMC
Geriatr* 2009; 9: 58.
- 40 Nishiwaki T, Ueno K, Hasegawa M,
Nakamura K. The usefulness of
day-service in maintaining general
nutritional status in elderly Japanese: a
longitudinal study. *Tohoku J Exp Med*
2007; 211: 15–21.
- 41 Ishibashi T, Ikegami N. Should the
provision of home help services be
contained?: validation of the new
preventive care policy in Japan. *BMC
Health Serv Res* 2010; 10: 224.
- 42 Tomita N, Yoshimura K, Ikegami N.
Impact of home and community-based
services on hospitalisation and
institutionalisation among individuals
eligible for long-term care insurance in
Japan. *BMC Health Serv Res* 2010; 10:
345.
- 43 杉沢秀博, 杉原陽子, 中谷陽明『介護保
険制度の評価—高齢者・家族の視点から』
三和書店, 2005年.
- 44 Kumamoto K, Arai Y, Zarit S. Use of
home care services effectively reduces
feelings of burden among family caregivers
of disabled elderly in Japan: preliminary
results. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:

- 163–70.
- 45 Arai Y, Kumamoto K. Caregiver burden not ‘worse’ after new public long-term care (LTC) insurance scheme took over in Japan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 120–26.
- 46 Hirakawa Y, Kuzuya M, Enoki H, Hasegawa J, Iguchi A. Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 46: 367–74.
- 47 Freeman S, Kurosawa H, Ebihara S, Kohzaki M. Caregiving burden for the oldest old: A population based study of centenarian caregivers in Northern Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2010; 50: 282–91.
- 48 Hirakawa Y, Masuda Y, Uemura K, Kuzuya M, Iguchi A. Effect of long-term care insurance on communication/recording tasks for in-home nursing care services. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38: 101–13.
- 49 Suzuki W, Ogura S, Izumida N. Burden of family care-givers and the rationing in the Long-Term Care Insurance benefits of Japan. *Sing Econ Rev* 2008; 53: 121–44.
- 50 Kubota M, Babazono A, Aoyama H. Women’s anxiety in old age and long-term care provision for the elderly. *Acta Medica Okayama* 2000; 54: 75–83.
- 51 Yamamoto N, Wallhagen M. The continuation of family caregiving in Japan. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 164–76.
- 52 清水谷諭, 野口晴子「長時間介護はなぜ解消しないのか? 要介護者世帯への介護サービス利用調査による検証」内閣府経済社会総合研究所, 『経済分析』第175巻 1-28頁, 2005年.
- 53 厚生労働省『平成17年度女性雇用管理基本調査』2006年8月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/08/h0809-1/index.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 54 Iwamoto Y, Kohara M, Saito M. On the consumption insurance effects of long-term care insurance in Japan: evidence from micro-level household data. *J Japanese Intl Economies* 2010; 24: 99–115.
- 55 Weiner J. The role of informal support in long-term care. In: Brodsky J, Habib J, Hirschfeld M, eds. Key policy issues in long-term care. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 56 Long SO, Campbell R, Nishimura C. Does it matter who cares? A comparison of daughters versus daughters-in-law in Japanese elder care. *Soc Sci Japan J* 2009; 12: 1–21.
- 57 Houde SC, Gautam R, Kai I. Long-term care insurance in Japan: implications for U.S. long-term care policy. *J Gerontol Nurs* 2007; 33: 7–13.
- 58 Huber M, Rodrigues R, Hoffmann F, Gasior K, Bernd M. Facts and figures on long-term care: Europe and North America. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.
- 59 高橋龍太郎, 須田木綿子, 日米 LTCI 研究会『在宅介護における高齢者と家族—都市と地方の比較調査分析』ミネルヴァ

- 書房出版, 2010年.
- 60 内閣府『第7回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』2011年6月発表, 内閣府政策統括官共生社会政策担当, 高齢社会対策ウェブサイト (<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/ki-so/gaiyo/index>) (2011年7月25日アクセス).
- 61 Watts J. Chaos greets birth of insurance system for Japan's elderly. *Lancet* 2000; 355: 1249.
- 62 Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? an updated meta-analysis. *Gerontologist* 2002; 42: 356-72.
- 63 Dolores GT, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging* 2007; 22: 37-51.
- 64 Tachibanaki T. The new paradox for Japanese women: greater choice, greater inequality. Tokyo: I-House Press, 2010.
- 65 厚生労働省『社会福祉士・介護福祉士等』2009年6月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhog-o/shakai-kaigo-fukushi7.html>) (2011年7月25日アクセス).
- 66 厚生労働省『介護保険事業状況報告(暫定)平成22年3月分』2010年8月発表, 厚生労働省ウェブサイト (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osiras-e/jigyo/m10/1003.html>) (アクセス2011年7月25日).
- 67 Jackson R, Howe N, Nakashima K. The global aging preparedness index. Washington: The Center for Strategic and International Studies, 2010.
- 68 Campbell J, Ikegami N, Kwon S. Learning and cross-national diffusion in social long-term care insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea. *Int Soc Sec Rev* 2009; 62: 63-80.
- 69 Wang C, Kuo N. Implications of German and Japanese long-term care insurance systems on development of long-term care insurance law in Taiwan. *Gerontologist* 2008; 48: 548.
- 70 Yamada M, Hagihara A, Nobutomo K. Coping strategies, care manager support, and mental health outcome among Japanese family caregivers. *Health Soc Care Community* 2008; 16: 400-09.
- G. 研究発表
1. 論文発表
1. 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.
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

なし

3. その他

2. 実用新案登録

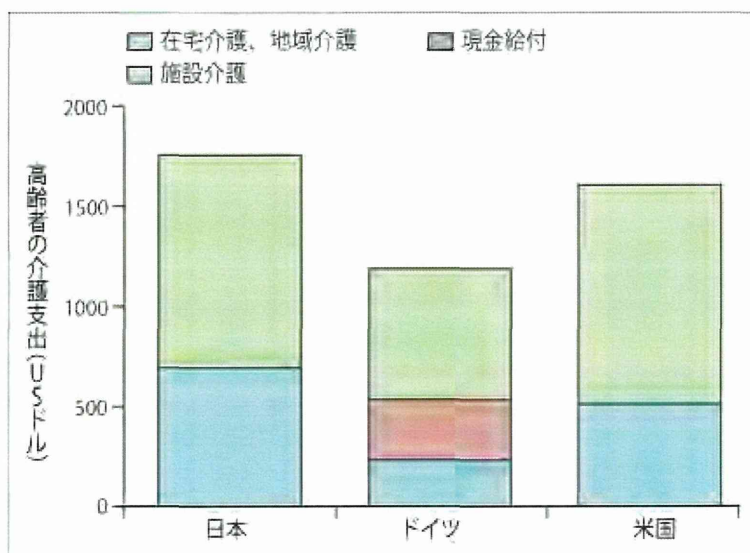


図1 日本、ドイツ、米国における介護支出(2005年)

概算支出額は他の公表データとは異なる。その原因は、公的支出のみを算入し、65歳以上の高齢者向けのサービス・支援のみを対象とし、介護としばしば合算される退院後の治療を除外しているためである。米国については、メディケアに基づくすべての急性期後治療を除外しているが、メディケアに基づく在宅医療パートBおよび補助装置支出については、他国では在宅介護・地域サービスに含まれているため算入した。米国とドイツについては、65歳未満の若年者向けの支出を推計し除外している。日本の場合は、65歳以上の高齢者に関する正確なデータがあるが、65歳以上の長期入院患者については、他国の介護施設における介護と同等の介護を受けているので、医療保険からの支出額を推計し算入している。為替レートを調整して物価に合わせるため購買力平価を用いた。出典：J・C・キャンベル、他²⁶。

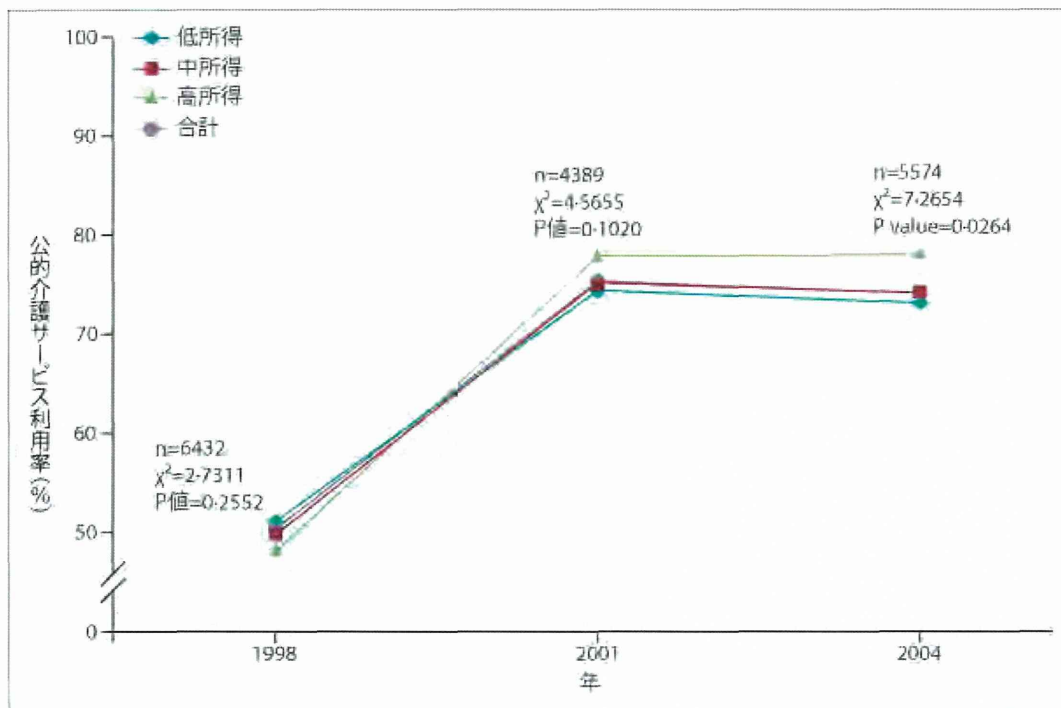


図2: 世帯所得(3分位)別, 公的介護保険制度導入(2000年)前後における65歳以上の虚弱高齢者による公的介護サービス利用率の推移

データは, 国民生活基礎調査(CSPLC)に基づく本研究による分析に基づく。2001年の国民生活基礎調査は, 1998年および2004年と同様, 厚生労働省によって実施された。出典: 厚生労働省¹⁾。

回帰モデル*	サンプル全体 (95% 信頼区間)	世帯所得層 (95% 信頼区間)			
		低位	中位	高位	
高齢者への影響					
主観的健康感†	ロジット	1.03 (0.84 to 1.26)	0.91 (0.63 to 1.31)	0.85 (0.60 to 1.22)	1.28 (0.91 to 1.81)
IADL 自立の有無‡	ロジット	0.96 (0.80 to 1.14)	0.77 (0.57 to 1.05)	1.15 (0.84 to 1.56)	1.04 (0.76 to 1.40)
家族介護者への影響					
主観的健康感†	ロジット	0.98 (0.82 to 1.18)	0.96 (0.69 to 1.32)	1.03 (0.73 to 1.44)	0.99 (0.72 to 1.36)
1 日当たり介護に費やす時間	トービット	-0.81 (-1.19 to -0.43)	0.45 (-1.13 to 0.23)	0.81 (-1.45 to 0.18)	1.36 (-2.01 to 0.71)
労働参加の有無¶	ロジット	1.09 (0.89 to 1.33)	0.89 (0.63 to 1.26)	0.85 (0.60 to 1.21)	1.72 (1.22 to 2.44)
1 週間当たりの労働時間	トービット	1.25 (-0.36 to 2.87)	-0.62 (-3.37 to 2.12)	-0.55 (-3.44 to 2.35)	4.57 (1.77 to 7.37)
介護・仕事に費やす以外の活動時間	トービット	0.67 (0.27 to 1.07)	0.90 (0.20 to 1.61)	0.84 (0.14 to 1.53)	0.50 (-0.17 to 1.17)
家計への影響					
家計に占める公的介護支出割合	最小二乗法 (OLS)	-0.05 (-0.06 to -0.04)	-0.05 (-0.06 to -0.04)	-0.04 (-0.05 to -0.03)	-0.06 (-0.07 to -0.05)
<p>高齢者への影響と家族介護者への影響では、推定の基となったサンプル数が異なる。高齢者への影響については、サンプル総数が n=9597、低所得層が n=3164、中所得層が n=3176、高所得層が n=3257 である。家族介護者への影響については、サンプル総数が n=8738、低所得層が n=2938、中所得層が n=2800、高所得層が n=3000 である。CSPLC= 国民生活基礎調査。IADL= 手段的日常生活動作。* 1 日当たりの介護や労働時間などの時間数を従属変数とする推定にトービットモデルを使用したのは、こうした時間変数が「24 時間」の打ち切りデータのためである。ロジットモデルによる推計はオッズ比を、トービットモデルによる推計は限界効果を、通常の最小二乗法による推定は係数をそれぞれ表示している。世帯所得の欠損値は多重回帰によってインピュテーションを行った。</p> <p>† 非常によい/よい/ふつう/悪い/とても悪い。</p> <p>‡ IADL に支障あり/支障なし。</p> <p>¶ 働いている/働いていない。</p>					
表：1998 年と 2004 年における国民生活基礎調査 (CSPLC) による「差の差」推計					

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

優れた健康水準を低コストで公平に実現する日本型保健制度の将来：
国民皆保険を超えて

研究分担者 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）
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）
研究協力者 宮田裕章（東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学 准教授）
西晃弘（筑波大学大学院人間総合科学研究科 研究員）
谷本哲也（公益財団法人がん研究会がん研究所 研究員）
武見敬三（東海大学政治経済学部 教授）
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）

研究要旨

日本の保健医療分野における過去 50 年間の最大の成果は、低コストで国民の良好な健康指標を実現し、国民の間での公平性を徐々に高めてきたことである。日本の国民皆保険制度を構築し維持するために打ち出してきた政策は、世界の多くの国がそれぞれの状況において直面している政策議論に類似している。わが国の国民皆保険制度の財政的持続可能性は、人口・経済・政治の諸要因によって脅かされている。さらに 2011 年 3 月 11 日のマグニチュード 9.0 の東日本大震災に起因する自然災害と原発問題という一連の危機的状況は、第二次大戦後に作られた日本の社会制度全体を揺るがすとともに、日本の保健システムの構造的諸問題を露呈させた。本稿では、日本が保健医療分野において過去 50 年間に達成した成果の持続可能性と公平性を確保するために 4 つの主な改革案を提示する。すなわち、人間の安全保障という価値観に基づく改革を実行すること、政府と地方自治体の役割を見直すこと、保健医療サービスの質を高めること、グローバルヘルス（地球規模の保健医療）に貢献すること、である。今こそ、日本およびその保健システムが生まれ変わる時である。

A. 研究目的

世界各国の保健医療セクターが、国民皆保険に向けた取り組みを加速させている（1-3）。2005 年に開催された世界保健機関（WHO）の第 58 回世界保健機関総会では、国民皆保険を、すべての国民に対して支払い可能な範囲の費用で適切な保健医療サー

ビスへのアクセスを保証することと定義したうえで、財政的に持続可能な保健医療システムの構築に向け努力することを加盟国に求める決議が採択された（3）。総会ではさらに、税と社会保険制度を組み合わせた前払い制度を、各国の個別事情に応じて採用することで国民皆保険の実現に努めるよ