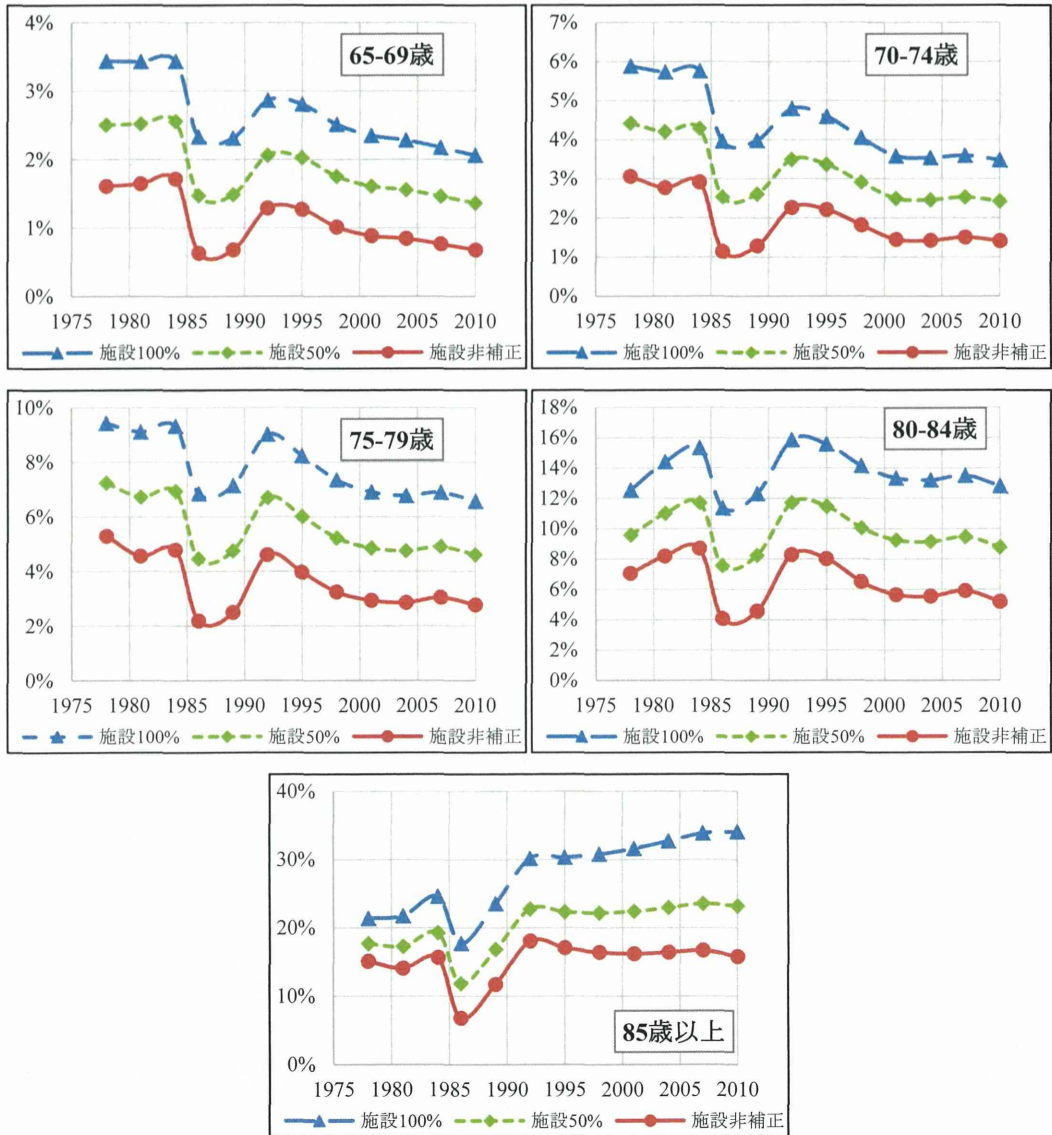


図 4 施設入居割合で補正した年齢別寝たきり率の推移



5. まとめと今後の課題

「寝たきり」は、1960年代から非自立高齢者を表す概念として使われていたが、社会の高齢化の進展とともに、介護の有無と合わせて細分化され、21世紀に入り統計で用いられることがなくなった。人口長寿化とともに、年齢別寝たきり率は低下し、平均寿命の進展と並行して非寝たきり寿命は進展している。

逆に言えば、高齢化が初期の進んでいない時代、もしくは社会でも、一定数の寝たきり高齢者がいることを示している。2009年にインド・デリーで行った調査では、デリー人口の4%に当たる10万人は寝たきりであるとされ (Agewell Foundation 2009)、新興国において、無視できないほどの寝たきり高齢者がすでに存在している状況は、日本の過去の状況

と呼応している。日本の経験を元に、各国の高齢化の進展度に応じた政策対応を提言することも可能だろう。

本分析においては、施設入所者の数および生活の状況を単純な仮定に基づいて補正計算したが、国民生活基礎調査で調査対象外となっている高齢者数がどの程度であるのか正しく把握し、より正確な全人口における寝たきり率・数を算定する必要がある。寝たきり率が年齢別にみると85歳未満では低下していることから、日本の高齢者はより元気になっているとはいえるが、高齢化の進展に伴って、高齢人口のさらなる高齢化が進み、高齢者の中でも85歳以上人口は今後も増大し、その影響で寝たきり人口の絶対数は増えていくことが予想される。さらに85歳以上人口を細分化してみれば、寝たきり率は低下していくのかどうか、超高齢者に特化した研究が求められよう。

地域包括ケアシステムが推進されるなか、身体状況に応じて、病院、施設と自宅の間で行き来しながら、よりよい生活を営むことができる仕組みをうまく作る必要がある。寝たきりとは、一番手厚い介護が必要となる段階であり、そこに至るまでの過程を明らかにし、制度構築に資する適切な情報基盤を構築するべきであろう。

文献

- 井上俊孝、重松峻夫、南条善治 (1997) 日本の 1990 年健康生命表・世界最長寿命の質の検討 民族衛生第 63 巻第 4 号 pp.226-240.
- 郡司篤晃、林玲子 (1991) 質を考慮した健康指標とその活用第 43 回日本人口学会報告資料
- 小泉明 (1985) 『人口と寿命』東京大学出版会.
- 小泉明 (1999) 「巻頭言「健康余命」の特集に寄せて」厚生指標 46(4) (715).
- 国民生活審議会調査部会編 (1974) 『社会指標 - よりよい暮らしへの物さし』.
- 国立社会保障・人口問題研究所 日本版死亡データベース <http://www.ipss.go.jp/p-toukei/JMD>.
- 齋藤安彦 (2001) 「健康状態別余命の年次推移：1992 年・1995 年・1998 年」人口問題研究、vol.57-4, pp.31-50.
- 齋藤安彦 (1999) 『健康状態別余命』日本大学人口研究所 研究報告シリーズ No.8.
- 齋藤安彦 (2013) 「健康状態別余命の概念および最近の研究の動向」老年歯学第 27 巻第 4 号.
- 重松峻夫、南条善治 (1984) 「健康生命表作成について」日本人口学会九州部会報告要旨、福岡市.
- 全国社会福祉協議会 (1968) 『居宅ねたきり老人実態調査報告書』全国社会福祉協議会.
- 高橋重郷、別府志海 (2014) 「人口高齢化と健康・長寿社会」『統計』第 65 巻第 8 号, pp.44-47.
- 辻一郎 (1998) 『健康寿命』麦秋社.
- 橋本修二 (1998) 『保健医療福祉に関する地域指標の総合的開発と応用に関する研究』平成 9 年度厚生科学研究費補助金 (統計情報高度利用総合研究事業) 報告書.
- 林玲子 (2014) 「日本における健康寿命の推移」厚生労働科学研究費補助金『グローバルエイジングへの国境なき挑戦- 経験の共有と尊重を支える日本発学際ネットワークによる提言に関する研究』平成 25 年度総括・分担報告書, pp.24-35.
- 林玲子、郡司篤晃 (1989) 「健康寿命の計算-日本における平均寿命伸張の質的評価」第 54 回日本民族衛生学会総会講演集、Vol.55 Nov.1989, pp.148-149.
- 菱沼從尹、曾田長宗 (1983) 「健康度の考え方をとり入れた生命表作成方法に関する研究」、 「新旧生命表の比較による問題点の究明」『ライフスパン』Vol.3.

- 別府志海・高橋重郷 (2014) 「日本の傷病別平均受療期間の推定」『わが国の長寿化の要因と社会・経済に与える影響に関する人口学的研究 (第3報告)』(所内研究報告 第46号), 国立社会保障・人口問題研究所, pp. 35-62.
- 別府志海・高橋重郷 (2015) 「疾病構造と平均健康期間・平均受療期間の人口学的分析—疾病構造別にみたライフスパン—」『人口問題研究』第71巻第1号.
- Agewell Foundation (2009) *Bedridden patients of Delhi & NCR*, <http://www.agewellfoundation.org/pdf/reports/Study%20of%20Bedridden%20&%20Older%20Patients%20-%20Delhi%20&%20NCR.pdf> (accessed on 2 March 2015)
- Chan, Angeliq, Zachary Zimmer and Yasuhiko Saito (2011) “Gender Differentials in Disability and Mortality Transitions: The Case of Older Adults in Japan” *Journal of Aging and Health* 23 (8) pp.1285–1308
- Hashimoto, Shuji et al. (2010) “Trends in Disability-Free Life Expectancy in Japan, 1995–2004” *Journal of Epidemiology* 20 (4) , pp.308-312
- Hashimoto, Shuji et al. (2012) “Gains in Disability-Free Life Expectancy From Elimination of Diseases and Injuries in Japan” *Journal of Epidemiology* 22 (3) , pp.199-204
- Katz, Sidney et al. (1983) “Active Life Expectancy” *New England Journal of Medicine*, 309 pp.1218-1224
- Kondo, Naoki et al. (2005) “Factors Explaining Disability-free Life Expectancy in Japan: the Proportion of Older Workers, Self-reported Health Status, and the Number of Public Health Nurses” *Journal of Epidemiology* 20 (4) , pp.308-312
- Rogers, Andrei, Richard G. Rogers, Laurence G. Branch (1989) “A Multistate Analysis of Active Life Expectancy” *Public Health reports*, vol.104 (3) pp.222-226
- Salomon, Joshua A et al. (2012) “Healthy life expectancy for 187 countries, 1990—2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010” *The Lancet*, Volume 380, Issue 9859, pp. 2144 - 2162
- Sanders, Barkev S. (1964) “Measuring community health levels”, *American Journal of Public Health*, vol.54, no.7, pp.1063-1070
- Seko, Rumi et al. (2012) “Trends in Life Expectancy With Care Needs Based on Long-term Care Insurance Data in Japan” *Journal of Epidemiology* 22 (3) , pp.238-243
- Sullivan, Daniel F. (1971) “A single index of mortality and morbidity” *HSMHA Health Report* 86:347-354
- Tamakoshi, Akiko et al. (2010) “Impact of Smoking and Other Lifestyle Factors on Life Expectancy among Japanese: Findings from the Japan Collaborative Cohort (JACC) Study” *Journal of Epidemiology* 20 (5) , pp.370-376
- Yong, Vanessa and Yasuhiko Saito (2009) “Trends in healthy life expectancy in Japan: 1986 – 2004” *Demographic Research*, Volume 20, Article 19, pp. 467-494
- Yong, Vanessa and Yasuhiko Saito (2012) “Are There Education Differentials in Disability and Mortality Transitions and Active Life Expectancy Among Japanese Older Adults? Findings From a 10-Year Prospective Cohort Study” *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67 (3) , pp.343–353

付表-1 寝たきり率 (男性)

| % | S53 | S56 | S59 | S61 | H1 | H4 | H7 | H10 | H13 | H16 | H19 | H22 | H25 |
|-------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1978 | 1981 | 1984 | 1986 | 1989 | 1992 | 1995 | 1998 | 2001 | 2004 | 2007 | 2010 | 2013 |
| 0～4 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 5～9 | 0.05 | 0.08 | 0.07 | 0.02 | 0.02 | 0.02 | 0.11 | 0.06 | 0.05 | 0.08 | 0.09 | 0.08 | 0.14 |
| 10～14 | 0.07 | 0.07 | 0.05 | 0.01 | 0.03 | 0.04 | 0.09 | 0.06 | 0.11 | 0.05 | 0.04 | 0.12 | 0.08 |
| 15～19 | 0.09 | 0.05 | 0.07 | 0.02 | 0.03 | 0.04 | 0.10 | 0.06 | 0.10 | 0.08 | 0.08 | 0.13 | 0.14 |
| 20～24 | 0.07 | 0.09 | 0.12 | 0.03 | 0.03 | 0.04 | 0.07 | 0.06 | 0.08 | 0.08 | 0.14 | 0.14 | 0.15 |
| 25～29 | 0.06 | 0.14 | 0.10 | 0.02 | 0.03 | 0.12 | 0.10 | 0.06 | 0.08 | 0.05 | 0.11 | 0.19 | 0.08 |
| 30～34 | 0.12 | 0.10 | 0.12 | 0.02 | 0.04 | 0.04 | 0.04 | 0.05 | 0.05 | 0.08 | 0.06 | 0.08 | 0.14 |
| 35～39 | 0.08 | 0.12 | 0.13 | 0.03 | 0.03 | 0.09 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.04 | 0.08 | 0.05 | 0.08 |
| 40～44 | 0.14 | 0.23 | 0.14 | 0.05 | 0.05 | 0.09 | 0.12 | 0.06 | 0.07 | 0.08 | 0.11 | 0.08 | 0.07 |
| 45～49 | 0.19 | 0.19 | 0.33 | 0.04 | 0.06 | 0.10 | 0.09 | 0.09 | 0.10 | 0.12 | 0.10 | 0.13 | 0.15 |
| 50～54 | 0.37 | 0.30 | 0.39 | 0.16 | 0.13 | 0.25 | 0.19 | 0.16 | 0.11 | 0.11 | 0.15 | 0.15 | 0.23 |
| 55～59 | 0.60 | 0.40 | 0.69 | 0.22 | 0.21 | 0.49 | 0.40 | 0.28 | 0.24 | 0.26 | 0.27 | 0.24 | 0.21 |
| 60～64 | 1.07 | 0.87 | 1.08 | 0.41 | 0.50 | 0.97 | 0.77 | 0.63 | 0.53 | 0.42 | 0.43 | 0.47 | 0.39 |
| 65～69 | 1.92 | 2.35 | 2.17 | 0.89 | 0.82 | 1.51 | 1.55 | 1.30 | 0.98 | 1.01 | 0.85 | 0.75 | 0.85 |
| 70～74 | 3.33 | 3.35 | 3.16 | 1.68 | 1.64 | 3.05 | 2.58 | 2.16 | 1.76 | 1.77 | 1.69 | 1.75 | 1.51 |
| 75～79 | 5.43 | 4.55 | 4.39 | 2.78 | 2.63 | 5.38 | 4.78 | 3.58 | 3.10 | 3.38 | 3.35 | 3.27 | 2.58 |
| 80～84 | 6.75 | 8.92 | 8.64 | 4.78 | 4.59 | 8.12 | 7.09 | 6.85 | 5.12 | 5.64 | 5.66 | 5.35 | 5.39 |
| 85～89 | 12.58 | 9.21 | 10.43 | 5.24 | 7.53 | 13.75 | 12.06 | 12.08 | 9.12 | 10.82 | 10.31 | 9.10 | 8.79 |
| 90～94 | 18.84 | 15.15 | 18.60 | 7.25 | 15.05 | 19.15 | 18.91 | 17.46 | 18.25 | 19.14 | 16.70 | 16.92 | 15.29 |
| 95～99 | 16.67 | 0.00 | 5.56 | 6.02 | 29.63 | 28.28 | 30.97 | 23.42 | 30.65 | 21.74 | 26.78 | 29.27 | 22.53 |
| 100+ | | | | | | | | | 35.71 | 52.00 | 23.08 | 33.33 | 35.48 |

付表-2 寝たきり率 (女性)

| % | S53 | S56 | S59 | S61 | H1 | H4 | H7 | H10 | H13 | H16 | H19 | H22 | H25 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1978 | 1981 | 1984 | 1986 | 1989 | 1992 | 1995 | 1998 | 2001 | 2004 | 2007 | 2010 | 2013 |
| 0～4 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 5～9 | 0.01 | 0.06 | 0.07 | 0.02 | 0.01 | 0.03 | 0.12 | 0.03 | 0.02 | 0.11 | 0.08 | 0.10 | 0.08 |
| 10～14 | 0.02 | 0.03 | 0.10 | 0.02 | 0.02 | 0.03 | 0.11 | 0.06 | 0.05 | 0.05 | 0.12 | 0.15 | 0.11 |
| 15～19 | 0.06 | 0.05 | 0.11 | 0.02 | 0.04 | 0.04 | 0.06 | 0.07 | 0.07 | 0.09 | 0.05 | 0.08 | 0.10 |
| 20～24 | 0.09 | 0.12 | 0.08 | 0.00 | 0.02 | 0.04 | 0.07 | 0.05 | 0.07 | 0.05 | 0.08 | 0.18 | 0.15 |
| 25～29 | 0.07 | 0.10 | 0.07 | 0.00 | 0.03 | 0.05 | 0.05 | 0.03 | 0.04 | 0.05 | 0.09 | 0.12 | 0.10 |
| 30～34 | 0.03 | 0.08 | 0.13 | 0.02 | 0.05 | 0.09 | 0.07 | 0.04 | 0.02 | 0.05 | 0.04 | 0.07 | 0.11 |
| 35～39 | 0.07 | 0.09 | 0.08 | 0.02 | 0.02 | 0.06 | 0.05 | 0.06 | 0.05 | 0.04 | 0.03 | 0.07 | 0.11 |
| 40～44 | 0.10 | 0.09 | 0.16 | 0.03 | 0.03 | 0.09 | 0.07 | 0.05 | 0.06 | 0.06 | 0.08 | 0.05 | 0.11 |
| 45～49 | 0.15 | 0.14 | 0.16 | 0.05 | 0.05 | 0.10 | 0.13 | 0.07 | 0.06 | 0.06 | 0.13 | 0.11 | 0.13 |
| 50～54 | 0.18 | 0.24 | 0.27 | 0.06 | 0.07 | 0.24 | 0.15 | 0.15 | 0.06 | 0.14 | 0.14 | 0.16 | 0.17 |
| 55～59 | 0.49 | 0.30 | 0.45 | 0.15 | 0.15 | 0.41 | 0.44 | 0.22 | 0.24 | 0.16 | 0.25 | 0.22 | 0.21 |
| 60～64 | 0.58 | 0.59 | 0.81 | 0.25 | 0.28 | 0.61 | 0.55 | 0.41 | 0.45 | 0.31 | 0.35 | 0.34 | 0.37 |
| 65～69 | 1.35 | 1.08 | 1.34 | 0.44 | 0.57 | 1.10 | 1.01 | 0.73 | 0.79 | 0.69 | 0.67 | 0.61 | 0.64 |
| 70～74 | 2.82 | 2.26 | 2.72 | 0.72 | 1.01 | 1.72 | 1.93 | 1.52 | 1.17 | 1.12 | 1.34 | 1.09 | 0.96 |
| 75～79 | 5.17 | 4.55 | 5.06 | 1.75 | 2.39 | 4.06 | 3.40 | 3.01 | 2.80 | 2.44 | 2.80 | 2.36 | 2.20 |
| 80～84 | 7.21 | 7.72 | 8.71 | 3.58 | 4.51 | 8.35 | 8.55 | 6.25 | 5.92 | 5.46 | 6.04 | 5.05 | 4.87 |
| 85～89 | 13.79 | 13.81 | 16.87 | 5.94 | 10.69 | 15.12 | 14.79 | 13.42 | 12.94 | 12.52 | 12.66 | 11.62 | 10.83 |
| 90～94 | 20.63 | 21.30 | 17.33 | 10.65 | 17.89 | 27.28 | 26.01 | 26.15 | 27.31 | 24.87 | 25.13 | 24.29 | 22.15 |
| 95～99 | 25.93 | 35.00 | 36.84 | 13.95 | 27.59 | 43.33 | 39.12 | 41.95 | 42.70 | 39.36 | 42.80 | 44.36 | 35.96 |
| 100+ | | | | | | | | | 59.57 | 47.92 | 55.22 | 51.76 | 57.38 |

付表-3 寝たきり率 (男女)

| % | S53 | S56 | S59 | S61 | H1 | H4 | H7 | H10 | H13 | H16 | H19 | H22 | H25 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1978 | 1981 | 1984 | 1986 | 1989 | 1992 | 1995 | 1998 | 2001 | 2004 | 2007 | 2010 | 2013 |
| 0～4 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 5～9 | 0.03 | 0.07 | 0.07 | 0.02 | 0.01 | 0.02 | 0.12 | 0.05 | 0.04 | 0.09 | 0.09 | 0.09 | 0.11 |
| 10～14 | 0.04 | 0.05 | 0.07 | 0.02 | 0.03 | 0.04 | 0.10 | 0.06 | 0.08 | 0.05 | 0.08 | 0.14 | 0.09 |
| 15～19 | 0.07 | 0.05 | 0.09 | 0.02 | 0.04 | 0.04 | 0.08 | 0.06 | 0.08 | 0.08 | 0.06 | 0.11 | 0.12 |
| 20～24 | 0.08 | 0.11 | 0.10 | 0.02 | 0.03 | 0.04 | 0.07 | 0.05 | 0.07 | 0.06 | 0.11 | 0.16 | 0.15 |
| 25～29 | 0.06 | 0.12 | 0.08 | 0.01 | 0.03 | 0.08 | 0.08 | 0.04 | 0.06 | 0.05 | 0.10 | 0.15 | 0.09 |
| 30～34 | 0.08 | 0.09 | 0.13 | 0.02 | 0.05 | 0.07 | 0.06 | 0.05 | 0.03 | 0.06 | 0.05 | 0.08 | 0.13 |
| 35～39 | 0.08 | 0.10 | 0.10 | 0.03 | 0.03 | 0.07 | 0.05 | 0.05 | 0.05 | 0.04 | 0.06 | 0.06 | 0.09 |
| 40～44 | 0.12 | 0.16 | 0.15 | 0.04 | 0.04 | 0.09 | 0.09 | 0.05 | 0.06 | 0.07 | 0.09 | 0.06 | 0.09 |
| 45～49 | 0.17 | 0.17 | 0.25 | 0.05 | 0.05 | 0.10 | 0.11 | 0.08 | 0.08 | 0.09 | 0.12 | 0.12 | 0.14 |
| 50～54 | 0.27 | 0.27 | 0.33 | 0.11 | 0.10 | 0.24 | 0.17 | 0.16 | 0.08 | 0.12 | 0.15 | 0.15 | 0.20 |
| 55～59 | 0.54 | 0.35 | 0.57 | 0.18 | 0.18 | 0.45 | 0.42 | 0.25 | 0.24 | 0.21 | 0.26 | 0.23 | 0.21 |
| 60～64 | 0.80 | 0.71 | 0.92 | 0.33 | 0.38 | 0.78 | 0.65 | 0.51 | 0.49 | 0.37 | 0.39 | 0.40 | 0.38 |
| 65～69 | 1.60 | 1.64 | 1.71 | 0.63 | 0.67 | 1.28 | 1.26 | 1.01 | 0.88 | 0.84 | 0.76 | 0.67 | 0.74 |
| 70～74 | 3.05 | 2.76 | 2.91 | 1.13 | 1.28 | 2.26 | 2.20 | 1.81 | 1.44 | 1.42 | 1.50 | 1.40 | 1.22 |
| 75～79 | 5.28 | 4.55 | 4.78 | 2.18 | 2.49 | 4.59 | 3.96 | 3.23 | 2.92 | 2.85 | 3.04 | 2.76 | 2.37 |
| 80～84 | 7.03 | 8.18 | 8.68 | 4.05 | 4.54 | 8.27 | 8.00 | 6.48 | 5.62 | 5.53 | 5.89 | 5.17 | 5.08 |
| 85～89 | 13.41 | 12.06 | 14.55 | 5.68 | 9.57 | 14.64 | 13.86 | 12.96 | 11.62 | 11.95 | 11.89 | 10.77 | 10.10 |
| 90～94 | 20.16 | 19.57 | 17.68 | 9.64 | 16.99 | 24.83 | 23.72 | 23.52 | 24.51 | 23.24 | 22.74 | 22.28 | 20.24 |
| 95～99 | 24.24 | 31.11 | 26.79 | 11.74 | 28.32 | 38.94 | 36.86 | 37.27 | 39.68 | 35.36 | 38.81 | 40.90 | 33.02 |
| 100+ | | | | | | | | | 54.10 | 49.32 | 50.00 | 48.11 | 52.94 |

付表-4 要介護率 (男性)

| % | S53 | S56 | S59 | S61 | H1 | H4 | H7 | H10 | H13 | H16 | H19 | H22 | H25 |
|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1978 | 1981 | 1984 | 1986 | 1989 | 1992 | 1995 | 1998 | 2001 | 2004 | 2007 | 2010 | 2013 |
| 0～4 | | | | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 5～9 | | | | 0.08 | 0.14 | 0.13 | 0.23 | 0.23 | 0.50 | 0.61 | 1.30 | 1.67 | 1.46 |
| 10～14 | | | | 0.08 | 0.13 | 0.16 | 0.22 | 0.26 | 0.64 | 0.57 | 1.40 | 1.42 | 1.68 |
| 15～19 | | | | 0.07 | 0.13 | 0.15 | 0.17 | 0.15 | 0.49 | 0.53 | 1.78 | 1.18 | 1.52 |
| 20～24 | | | | 0.09 | 0.10 | 0.12 | 0.20 | 0.22 | 0.51 | 0.45 | 2.36 | 1.44 | 1.60 |
| 25～29 | | | | 0.09 | 0.12 | 0.19 | 0.20 | 0.16 | 0.43 | 0.43 | 2.35 | 1.06 | 1.32 |
| 30～34 | | | | 0.09 | 0.09 | 0.10 | 0.09 | 0.13 | 0.35 | 0.49 | 1.82 | 1.07 | 1.34 |
| 35～39 | | | | 0.09 | 0.11 | 0.15 | 0.12 | 0.13 | 0.40 | 0.37 | 1.61 | 1.09 | 1.12 |
| 40～44 | | | | 0.10 | 0.12 | 0.17 | 0.20 | 0.12 | 0.42 | 0.45 | 1.50 | 1.11 | 1.10 |
| 45～49 | | | | 0.11 | 0.17 | 0.23 | 0.18 | 0.15 | 0.47 | 0.44 | 1.35 | 1.25 | 1.10 |
| 50～54 | | | | 0.34 | 0.40 | 0.43 | 0.36 | 0.31 | 0.62 | 0.62 | 1.45 | 1.59 | 1.53 |
| 55～59 | | | | 0.44 | 0.56 | 0.80 | 0.72 | 0.47 | 0.89 | 0.94 | 1.90 | 2.02 | 1.87 |
| 60～64 | | | | 0.67 | 1.15 | 1.39 | 1.22 | 1.01 | 1.72 | 1.74 | 2.87 | 2.95 | 2.70 |
| 65～69 | | | | 1.46 | 1.92 | 2.09 | 2.07 | 1.91 | 3.14 | 3.48 | 4.35 | 4.59 | 4.50 |
| 70～74 | | | | 2.46 | 3.49 | 3.83 | 3.46 | 2.89 | 5.28 | 6.01 | 7.64 | 7.93 | 7.13 |
| 75～79 | | | | 4.25 | 5.28 | 6.47 | 6.13 | 4.73 | 9.16 | 10.54 | 12.28 | 13.15 | 12.00 |
| 80～84 | | | | 7.16 | 8.36 | 9.80 | 9.70 | 8.81 | 16.20 | 18.57 | 21.39 | 21.77 | 22.55 |
| 85～89 | | | | 9.42 | 13.98 | 15.84 | 14.87 | 15.13 | 28.40 | 32.72 | 35.86 | 35.00 | 36.03 |
| 90～94 | | | | 13.29 | 25.00 | 21.92 | 24.20 | 21.49 | 47.51 | 51.24 | 50.27 | 54.46 | 53.61 |
| 95～99 | | | | 20.48 | 43.24 | 30.30 | 36.28 | 31.53 | 61.29 | 63.77 | 69.87 | 73.17 | 68.38 |
| 100+ | | | | | | | | | 78.57 | 92.00 | 61.54 | 76.19 | 80.65 |

付表-5 要介護率 (女性)

| % | S53 | S56 | S59 | S61 | H1 | H4 | H7 | H10 | H13 | H16 | H19 | H22 | H25 |
|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1978 | 1981 | 1984 | 1986 | 1989 | 1992 | 1995 | 1998 | 2001 | 2004 | 2007 | 2010 | 2013 |
| 0～4 | | | | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 5～9 | | | | 0.07 | 0.06 | 0.15 | 0.25 | 0.19 | 0.29 | 0.42 | 1.04 | 0.93 | 0.84 |
| 10～14 | | | | 0.06 | 0.09 | 0.11 | 0.19 | 0.14 | 0.39 | 0.40 | 1.13 | 0.88 | 0.90 |
| 15～19 | | | | 0.04 | 0.09 | 0.12 | 0.14 | 0.15 | 0.34 | 0.41 | 2.10 | 0.80 | 0.92 |
| 20～24 | | | | 0.06 | 0.09 | 0.08 | 0.18 | 0.15 | 0.30 | 0.32 | 2.31 | 1.00 | 1.23 |
| 25～29 | | | | 0.05 | 0.09 | 0.12 | 0.15 | 0.10 | 0.25 | 0.31 | 2.05 | 0.92 | 1.18 |
| 30～34 | | | | 0.09 | 0.11 | 0.15 | 0.11 | 0.11 | 0.26 | 0.36 | 1.66 | 0.81 | 1.13 |
| 35～39 | | | | 0.08 | 0.10 | 0.14 | 0.08 | 0.11 | 0.21 | 0.26 | 0.94 | 0.87 | 1.20 |
| 40～44 | | | | 0.06 | 0.12 | 0.16 | 0.12 | 0.12 | 0.34 | 0.31 | 0.94 | 0.89 | 1.08 |
| 45～49 | | | | 0.14 | 0.17 | 0.17 | 0.18 | 0.12 | 0.39 | 0.37 | 1.06 | 1.14 | 1.13 |
| 50～54 | | | | 0.15 | 0.19 | 0.37 | 0.29 | 0.25 | 0.50 | 0.59 | 1.25 | 1.21 | 1.33 |
| 55～59 | | | | 0.27 | 0.38 | 0.63 | 0.59 | 0.39 | 0.84 | 0.76 | 1.46 | 1.69 | 1.74 |
| 60～64 | | | | 0.44 | 0.64 | 0.82 | 0.80 | 0.67 | 1.49 | 1.32 | 2.03 | 2.43 | 2.31 |
| 65～69 | | | | 0.71 | 1.24 | 1.51 | 1.24 | 1.17 | 2.70 | 2.76 | 3.70 | 3.95 | 3.61 |
| 70～74 | | | | 1.42 | 2.12 | 2.19 | 2.45 | 2.18 | 4.98 | 5.80 | 6.94 | 7.60 | 6.94 |
| 75～79 | | | | 3.10 | 4.58 | 5.05 | 4.14 | 4.13 | 10.84 | 11.82 | 14.42 | 14.70 | 13.67 |
| 80～84 | | | | 6.86 | 9.01 | 9.96 | 10.46 | 8.71 | 21.92 | 24.10 | 27.93 | 27.45 | 27.30 |
| 85～89 | | | | 13.21 | 19.24 | 17.76 | 17.06 | 17.08 | 38.09 | 41.88 | 45.67 | 46.85 | 46.91 |
| 90～94 | | | | 22.98 | 31.37 | 29.50 | 29.60 | 30.90 | 58.38 | 62.78 | 64.95 | 68.38 | 66.47 |
| 95～99 | | | | 22.33 | 38.06 | 48.75 | 43.88 | 48.63 | 72.97 | 75.11 | 79.50 | 80.36 | 80.80 |
| 100+ | | | | | | | | | 85.11 | 79.17 | 85.25 | 83.53 | 89.34 |

付表-6 要介護率 (男女)

| % | S53 | S56 | S59 | S61 | H1 | H4 | H7 | H10 | H13 | H16 | H19 | H22 | H25 |
|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1978 | 1981 | 1984 | 1986 | 1989 | 1992 | 1995 | 1998 | 2001 | 2004 | 2007 | 2010 | 2013 |
| 0～4 | | | | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 5～9 | | | | 0.08 | 0.10 | 0.14 | 0.24 | 0.21 | 0.39 | 0.52 | 1.17 | 1.30 | 1.16 |
| 10～14 | | | | 0.07 | 0.11 | 0.14 | 0.21 | 0.20 | 0.52 | 0.49 | 1.27 | 1.16 | 1.30 |
| 15～19 | | | | 0.06 | 0.11 | 0.14 | 0.15 | 0.15 | 0.42 | 0.47 | 1.94 | 1.00 | 1.23 |
| 20～24 | | | | 0.07 | 0.10 | 0.10 | 0.19 | 0.18 | 0.41 | 0.39 | 2.34 | 1.22 | 1.41 |
| 25～29 | | | | 0.07 | 0.10 | 0.16 | 0.17 | 0.13 | 0.34 | 0.37 | 2.20 | 0.99 | 1.25 |
| 30～34 | | | | 0.09 | 0.10 | 0.12 | 0.10 | 0.12 | 0.30 | 0.43 | 1.74 | 0.94 | 1.23 |
| 35～39 | | | | 0.08 | 0.11 | 0.14 | 0.10 | 0.12 | 0.30 | 0.31 | 1.27 | 0.98 | 1.16 |
| 40～44 | | | | 0.08 | 0.12 | 0.17 | 0.16 | 0.12 | 0.38 | 0.38 | 1.21 | 0.99 | 1.09 |
| 45～49 | | | | 0.12 | 0.17 | 0.20 | 0.18 | 0.14 | 0.43 | 0.40 | 1.20 | 1.19 | 1.12 |
| 50～54 | | | | 0.24 | 0.29 | 0.40 | 0.32 | 0.28 | 0.56 | 0.61 | 1.35 | 1.40 | 1.43 |
| 55～59 | | | | 0.35 | 0.47 | 0.71 | 0.65 | 0.43 | 0.86 | 0.85 | 1.67 | 1.85 | 1.80 |
| 60～64 | | | | 0.54 | 0.88 | 1.09 | 1.00 | 0.83 | 1.60 | 1.52 | 2.44 | 2.68 | 2.50 |
| 65～69 | | | | 1.03 | 1.53 | 1.77 | 1.63 | 1.53 | 2.91 | 3.10 | 4.01 | 4.26 | 4.04 |
| 70～74 | | | | 1.87 | 2.70 | 2.86 | 2.87 | 2.50 | 5.12 | 5.90 | 7.26 | 7.75 | 7.03 |
| 75～79 | | | | 3.57 | 4.87 | 5.62 | 4.94 | 4.37 | 10.15 | 11.27 | 13.49 | 14.01 | 12.93 |
| 80～84 | | | | 6.98 | 8.75 | 9.90 | 10.17 | 8.75 | 19.84 | 22.06 | 25.37 | 25.14 | 25.36 |
| 85～89 | | | | 11.85 | 17.36 | 17.10 | 16.32 | 16.41 | 34.74 | 38.82 | 42.45 | 42.85 | 43.02 |
| 90～94 | | | | 20.09 | 29.33 | 27.22 | 27.86 | 28.05 | 55.01 | 59.50 | 60.78 | 64.58 | 62.90 |
| 95～99 | | | | 21.81 | 39.90 | 43.36 | 41.77 | 44.32 | 70.04 | 72.53 | 77.11 | 78.71 | 78.08 |
| 100+ | | | | | | | | | 83.61 | 83.56 | 82.19 | 82.08 | 87.58 |

付表-7 平均寿命、非寝たきり寿命、寝たきり期間、介護不要寿命、介護期間の推移

| 年 | 男 | | | | | 女 | | | | | 男女 | | | | |
|------|-------|---------|--------|--------|------|-------|---------|--------|--------|------|-------|---------|--------|--------|------|
| | 平均寿命 | 非寝たきり寿命 | 寝たきり期間 | 介護不要寿命 | 介護期間 | 平均寿命 | 非寝たきり寿命 | 寝たきり期間 | 介護不要寿命 | 介護期間 | 平均寿命 | 非寝たきり寿命 | 寝たきり期間 | 介護不要寿命 | 介護期間 |
| 1978 | 72.95 | 72.31 | 0.64 | | | 78.20 | 77.35 | 0.86 | | | 75.63 | 74.88 | 0.75 | | |
| 1981 | 73.79 | 73.13 | 0.66 | | | 79.15 | 78.25 | 0.89 | | | 76.53 | 75.75 | 0.78 | | |
| 1984 | 74.58 | 73.85 | 0.73 | | | 80.24 | 79.12 | 1.12 | | | 77.48 | 76.56 | 0.92 | | |
| 1986 | 75.25 | 74.88 | 0.37 | 74.30 | 0.94 | 80.95 | 80.51 | 0.44 | 79.50 | 1.45 | 78.18 | 77.78 | 0.41 | 76.98 | 1.21 |
| 1989 | 75.94 | 75.50 | 0.45 | 74.51 | 1.44 | 81.78 | 81.04 | 0.74 | 79.54 | 2.24 | 78.96 | 78.36 | 0.60 | 77.10 | 1.85 |
| 1992 | 76.11 | 75.31 | 0.80 | 75.08 | 1.03 | 82.27 | 80.99 | 1.28 | 80.72 | 1.55 | 79.28 | 78.23 | 1.04 | 77.98 | 1.29 |
| 1995 | 76.39 | 75.64 | 0.75 | 75.37 | 1.02 | 82.76 | 81.44 | 1.32 | 81.16 | 1.60 | 79.66 | 78.62 | 1.04 | 78.34 | 1.32 |
| 1998 | 77.20 | 76.49 | 0.71 | 76.21 | 0.99 | 83.92 | 82.57 | 1.34 | 82.16 | 1.76 | 80.65 | 79.61 | 1.04 | 79.26 | 1.38 |
| 2001 | 78.01 | 77.35 | 0.66 | 75.28 | 2.07 | 84.86 | 83.45 | 1.41 | 79.35 | 4.10 | 81.53 | 80.49 | 1.05 | 77.36 | 3.13 |
| 2004 | 78.62 | 77.90 | 0.73 | 75.48 | 2.42 | 85.52 | 84.12 | 1.40 | 79.42 | 4.70 | 82.17 | 81.08 | 1.08 | 77.46 | 3.62 |
| 2007 | 79.14 | 78.40 | 0.74 | 74.95 | 3.45 | 85.92 | 84.38 | 1.54 | 78.44 | 5.94 | 82.61 | 81.46 | 1.16 | 76.70 | 4.75 |
| 2010 | 79.54 | 78.80 | 0.74 | 75.40 | 3.41 | 86.28 | 84.80 | 1.49 | 78.82 | 5.98 | 82.99 | 81.85 | 1.13 | 77.11 | 4.75 |
| 2013 | 80.21 | 79.49 | 0.72 | 75.98 | 3.51 | 86.61 | 85.22 | 1.39 | 79.19 | 6.03 | | | | | |

<特別寄稿>

家族法と社会保障法の交錯

—社会の中の生きた法—

本澤巳代子

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| I 社会の中の生きた法 —これまでの軌跡 | 族介護 |
| II ドイツにおける家族のための 総合政策 | IV ドイツの家族政策における高 齢者 |
| III ドイツ介護保険の見直しと家 | V 社会の中の生きた法 —ネットワーク論の展開 |

I 社会の中の生きた法—これまでの軌跡

離婚給付の研究から研究生活をスタートさせた私の原点は、私自身が両親の離婚問題に巻き込まれたとき、子どもとしての心情⁽¹⁾は横に置きつつ、彼らを冷静に客観的に見つめながら意見調整を行う役割を演じたところにある。その体験がなければ、大学に入るまで勉強する意味がわからず勉強嫌だった私が、大学院進学など考えもしなかったであろう。大学院時代に研究生活をスタートさせて以来、体験主義的な私の問題意識は、ともすると感情的とか主観的と批判されることもあったが、しかし、体験した者にしか分からないことが多々あることも事実である。

離婚したくても踏み切れない母親を見て育った私としては、離婚する・しないの意思決定の問題と離婚後の生活保障の問題とは相関関係にあると確信していた。しかし、当時の法解釈学では、離婚許否の問題と離婚給付の問題は法的に別個の問題であるとされ、現実の離婚母子家庭の生活の厳しさ、労働市場における女性差別など、社会の現実を見ようとしない強者の論理が展開されてい

(1) 親の離婚問題に巻き込まれた子どもの1人として、その心情を一部記述したことがある(本澤巳代子「親の離婚に巻き込まれる子どもの現状」NPO法人Wink編『離婚家庭の子どもの気持ち』(日本加除出版、2008年)2-15頁)。

第14回秋季大会シンポジウム「入所をめぐる諸問題」⁽¹¹⁾において、「西ドイツ法を中心として」と題する報告の中で、ドイツの福祉施設入所が契約によること、それゆえに入所者の権利擁護を目的としたホーム法が制定されていることを紹介した⁽¹²⁾。この報告のため、ドイツ・ハンブルクで、行政機関の担当者や入所施設の設置者、施設長や施設職員、施設入所者など多方面な関係者に聞き取り調査を行った⁽¹³⁾。これを機に、ドイツで新しい法律が制定されたり改正されたりした際、立法資料や法律・判例などに止まらず、また社会保障法研究者だけでなく、現場に関わる多様な関係者に聞き取り調査を行う研究スタイルが出来上がった。ドイツなど外国の法制度を日本に紹介するにあたっては、単に立法資料や法律の条文を読んだり、コンメンタールや判例を読んだりするだけでは不十分であり、当該法律とその運用実態を総合的に把握し、「社会の中の生きた法」として立体的に理解する必要があると考えているからである。

このホーム法との関わりを通して、1994年に制定された介護保険法をいち早く日本に紹介することができた⁽¹⁴⁾。特に介護保険法に関心を寄せたのは、民法学者として措置から契約への制度転換が図れることに魅力を感じたからだけでなく、家族法学者として、ドイツの介護保険制度が家族介護を社会的労働と

27-32頁)を書きながら、家族政策が家庭福祉の中で論じられる日本の状況に対して抵抗を感じ、ドイツ的な意味での総合的な家族政策はもう少し後で研究対象にしようと思ったものである。

(11) 福祉施設への入所＝措置が当然と考えられ、それを疑う者もいなかった時代に、日本社会保障法学会では、当時は数少なかった女性会員達だけで、「入所をめぐる諸問題」を企画・運営したことは特筆に値する。

(12) 本澤巳代子「入所をめぐる諸問題—西ドイツ法を中心として」社会保障法4号(1989年)135-142頁。より詳細に紹介したものに、同「西ドイツ老人ホーム法の実証的研究」大阪府立大学経済研究34巻2号(1989年)83-118頁がある。

(13) ハンブルク市での訪問調査は、前年の1987年に、新潟県の依頼を受けた古橋エツ子氏の要請に従って児童福祉施設や高齢者施設などを訪問したのが始まりで、その後も20年近く続けることとなった。1987年の調査の切掛けをつくってくれた古橋さんに感謝するとともに、異例のこととして仲介の労を取ってくれた当時の神戸ドイツ総領事館の文化担当アタッシュェーに感謝している。

(14) 本澤巳代子「ドイツの公的介護保険」ジュリ1056号(1994年)111-119頁。施設入所者の権利擁護に関するドイツのホーム法に関してアドバイスを貰っていたゲルハルト・イーグル教授(当時ハンブルク大学、現在はキール大学)から、介護保険の構想についていち早く説明を受け、民法出身の社会保障法研究者として、介護保険による「措置から契約へ」の移行に伴うリスクに警鐘を鳴らす必要性を痛感していたからである。

して評価するものであることに魅力を感じたからでもあった。当初は、日本の高齢化の進展状況からして、日本での介護保険導入議論は10年以上先だと思っていた私としては、ドイツで1995年に介護保険制度がスタートするとほぼ同時に、日本でも介護保険導入が現実味を帯び始めたことに危機感を募らせることとなった。ドイツの介護保険をモデルにしたと言われていたが、私の目から見て、日本の介護保険制度はかなり違うものであるだけでなく、日独では社会的資源としての福祉団体やボランティア団体の歴史的背景の違い、施設入所契約や在宅サービス契約における利用者の権利擁護システムや消費者保護行政との連携など、余りにも違いがあり過ぎると感じたからである⁽¹⁵⁾。しかし、日本でも1997年末に介護保険法が制定されることとなり、同法施行まで2年余りのごく限られた時間の中で、措置から契約への制度転換に急ぎ対応し、介護サービス利用者の権利侵害を少しでも防ぐ必要があった。そのため、介護保険に関わる介護サービス契約の契約書モデルの作成を優先せざるを得なくなった⁽¹⁶⁾。その結果、ドイツで介護保険制度の成果の1つとして高く評価されていた「家族介護の社会的評価」については十分な紹介もできず、介護手当の問題と混同されたまま、十分に顧みられることなく今日に至っている。

介護保険が必要な介護サービスの全部をカバーしない設計でできているということは、カバーされていない部分は、家族介護等のインフォーマル・サービスが期待されているともいえる。介護サービスの質は、施設や在宅サービス事業者の提供する介護サービスだけでなく、家族の提供する介護についても重要なはずである。しかし、介護家族に対する社会的支援は、ドイツでも十分とは言えず、まして家族は含み資産と見る日本の福祉国家論の伝統の中では、介護家族に対する支援の制度は整備されておらず、介護家族による高齢者虐待が後を絶たない状態にある。したがって、障がい児・者や高齢者に対する虐待を防

(15) こうした危機感から、より客観的で正しい情報を提供したいと思い、ごく短期間の間に「ドイツにおける公的介護保険—ドイツの先例に学ぶ」(日本評論社、1996年)を執筆し、公刊した。

(16) 東京都を初め、大阪府、神戸市、兵庫県社会福祉協議会など、多くの自治体の契約書モデルの作成に関わった。その関係で、2002年～2004年には、厚生労働省科学研究費補助金を受けて、東京都内の事業所800弱を対象に契約締結の実態調査を実施することもできた。同補助金の研究成果は、新井誠・秋元美世・本澤巳代子編著『福祉契約と利用者の権利擁護』(日本加除出版、2006年)として、公刊されている。

止する意味からも¹⁷⁾、育児や介護を社会的に評価すること、そして社会全体で育児・介護を支えること、そのための諸施策を省庁の壁を越えて横断的につなぐ家族政策が重要となる。そのことを日本社会に発信するため、2006年からは家族政策 (Familienpolitik) を取って「家族のための総合政策」と称して、日独国際会議の開催や成果物の出版などを行いつつ現在に至っている¹⁸⁾。

こうした私自身の研究の軌跡を振り返りつつ、本稿では、ドイツ家族政策における地域ネットワークの形成、要介護高齢者や認知症高齢者とその家族に対する介護保険給付の改革、そしてドイツ家族政策における高齢者の位置づけと地域ネットワークの関係を概観することで、日本における地域包括ケアシステム構築のためのヒントや道筋などを示すことができると考えている。それを通して、ピラミッド型の法体系論や縦割り行政に対して一石を投じるとともに、「社会の中の生きた法」の展開が重要であることを再確認したいと思っている。それが、還暦を迎えた私の再スタートでもあり、本書に寄稿してくれた研究仲間や先輩、そして中堅・若手の社会保障法および家族法の研究者に対する返礼でもあると考えている。

II ドイツにおける家族のための総合政策

1 市民による下からの意識改革「家族のための地域同盟」

(1) サービスビューローの設置と運営

「家族のための地域同盟 (Lokale Bündnisse für Familie)」は、2004年の初めに、ドイツ連邦政府による新しい家族政策として、当時の家族省大臣レナーテ・シュミットとドイツ商工会¹⁹⁾会頭のルードヴィッヒ・ブラウンとの合意により発足した家族のための地域同盟イニシアティブから発展したものである。市議会、地方行政、企業、労働組合、商工会、教会、関係施設、各種の協会・協同組合、家族やボランティアなどが、地域ぐるみの横断的パートナーシップを形成することにより、各地域社会において、家族にやさしい環境づくりを推進しようとする活動である。地域同盟の創設運動を全国的に推進するために、家族のための地域同盟のロゴが定められた²⁰⁾。

「家族のための地域同盟」の活動を全国的に展開するため、連邦家族省は、地域同盟の設立・運営に関する無料相談に応じたり、相互の地域同盟の連携を仲介したりする「サービスビューロー (Servicebüro)・家族のための地域同盟」をベルリン市内に設置することとした。同事業は、ボン市内に本社を置くヤン・シュレーダー博士コンサルタント会社 (JSB) により落札され、民間の斬新なアイデアのもと、短期間の間に全国的レベルでの地域同盟の設立と展開を実現させた。サービスビューローは業務委託の形で運営され、行政や政治と一

17) 親密な人間関係における暴力や虐待については、平成21年～23年度科学研究費補助金 (基盤(B)) 「虐待防止法の総合的研究—国際比較と学際領域のアプローチを軸に」 (研究代表: 古橋エツ子) における研究成果をベースに、私が研究代表者となり、平成23～26年度科学研究費補助金 (基盤(A)) 「家族のための総合政策～虐待・暴力防止法の国際比較を通して～」の研究として更に国際比較・学際研究を展開しているところである。

18) 2006年3月日本におけるドイツ年の公式行事として、当時の猪口少子化担当大臣を来賓に迎えて、よみうりホールで第1回目の日独国際会議を開催し、その後も2008年11月に女性と仕事の未来館、2010年9月には日独交流150年記念行事としてベルリン日独センターで、2012年9月にベルリン日独センターで第4回目の日独国際会議を開催するとともに、第1回と第2回の成果を信山社から書籍の形で刊行することができた (本澤巳代子/ベルント・フォン・マイデル編著『家族のための総合政策I』(信山社、2007年) 『家族のための総合政策II』(信山社、2009年))。第4回日独国際会議の成果も、本澤巳代子/ウク・マイヤー=グレーヴェ編著『家族のための総合政策III』(信山社、2013年) として刊行されている。

19) ドイツ連邦家族省は、家族政策のプロジェクトの1つとして、2003年、約370の企業の参加を得て、家族に優しい企業としての受賞を目指す「成功の要因・家族2005」を実施した。2005年末には、ドイツ商工会が主体となって、家族政策の実効的なプラットフォームとして、企業の人事担当や経営者、また従業員代表委員会をターゲットにした企業プログラム「成功の要因・家族 (Erfolgsfaktor Familie)」を独自にスタートさせた。その内容については、活動をアドバイスしている大手コンサルタント会社ローランド・ベルガーの社外アドバイザーであるウーテ・リスク女史の講演の日本語訳を参照されたい (本澤 マイデル・前掲注18) (2009年) 27頁以下参照)。

20) このロゴは、たとえば全国レベルでの活動を支援する連邦レベルの支援団体・企業も使用している。本澤 マイデル・前掲注18) (2007年) 198頁には、ラーマの蓋に使われているロゴマークを紹介している。また、ロゴマークのみを紹介したものに、本澤巳代子「第4章 家族のための地域同盟と多世代の家」財団法人・こども未来財団『ドイツにおける家族政策の展開とワーク・ライフ・バランス推進に関する調査研究報告書』(2009年) 97頁がある。

定の距離を保つため、事業の財源は欧州社会基金と連邦家族省が出資する基金により賄われてきた。連邦や地方自治体などの行政介入は資金的にも政治的にもない仕組みになっている。

同事業は2008年から第2期目に入り、連邦家族省の政策の重点が育児支援や保育施設拡充に重点が移った関係で、従来からの地域同盟の設立・運営支援についてはコンサルタント会社(JSB)が引き続き業務委託を受けることとなったが、育児支援や子どもの貧困についてはドイツ青少年研究所(DIJ)が得意分野での強みを発揮することとなった。さらに、2012年からは第3期目に入っており、第2期目までに達成された「家族のための地域同盟」の数量的拡大をベースに、大手コンサルタント会社ローランド・ベルガー株式会社が核となって運営され、従来のような各地での活発なイベント活動などは影をひそめた感がある。

(2) サービスビューローの活動

ヤン・シュレーダー博士が立ち上げたサービスビューローは、全国の総ての地域同盟について、地域活動する側の立場に立って助言したり、地域同盟の設立や実際の活動の手助けをしたりすることを任務としており、その際、出来る限り効果のあがる同盟が展開できるようにすることを目標としていた。そのため、サービスビューローは、地域同盟を創設する前の段階から創設時、その後の展開・活動の強化など、総ての段階において情報提供や助言などを行ってきた²³⁾。サービスビューローの役割は、地域同盟の情報や地方自治体の情報などを収集して情報プラットフォームを形成し、適宜必要な情報を提供するとともに、地域同盟が相互に情報・経験等を交換できるように、地域同盟同志のネットワークや地方自治体とのネットワークを構築することである²⁴⁾。たとえば、各地域同盟から「どこの同盟の誰が〇〇について詳しい」といった情報を収集しておき、各地でフォーラムやシンポジウムが企画された際、適切な講演者やスピーカーの人選依頼があれば、集積された情報等を基に推薦するといった具合である。このようにして各地域同盟のプロジェクトの企画・運営を支援したり

²³⁾ 本澤ノマイテル・前掲注48(2007年)199頁表8-1または、こども未来財団・前掲報告書注20 103頁参照。

²⁴⁾ 具体的なノウハウについては、シュレーダー博士が日本で講演した講演原稿の日本語訳を参照されたい(本澤ノマイテル・前掲注48(2009年)73頁以下)。

するが、サービスビューローが各地域同盟に継続的に係わることはない。すなわち、サービスビューローは、各地域同盟がその時々抱える問題(法的・専門的質問が多い)に対処するだけであり、その際も、他の地域同盟から助言を得られるように、あるいは州や市町村などに質問して回答を得られるようにするなど、情報ネットワークの確立を図ることを主たる任務としているにすぎない。

(3) 家族のための地域同盟の活動

家族のための地域同盟の活動分野は、①家庭と仕事の両立、②子育て、③教育責任、④世代間協力、⑤家族に優しい生活環境、⑥市民参加、⑦健康管理・介護の7つの分野である。もっとも、地域同盟の活動は、子育てや教育など青少年関係の問題や活動が中心となるため、必然的に家族問題を解決するための地域社会の強化が目指されることになる。その活動に、州や市などの行政がどのように係わるかは、各州や各市で考え方など様々である。地域同盟の活動は、社会そのものの転換を目指した「下からの意識改革」を目標としたものである²⁵⁾から、社会が自らの進むべき方向を決定すべきであり、政府や自治体などが指導するものではない。したがって、地域同盟の活動は、行政の力で上から強力に推し進めるものとは違って、簡単に成果の上がるものではない。いずれにしても、地域同盟には決まった形態はなく、家族にやさしい社会を構築するために、社会の構成員(企業や市民の団体・組織)と行政との間にある境界線をなくし、その協働関係構築の橋渡しをするものである²⁶⁾。

2004年に始まったサービスビューローの精力的な活動の結果、2003年末時点で8の地域同盟(その設立準備段階にある相談拠点は23)しかなかったものが、2006年5月19日には地域同盟の数は301(相談拠点は554)と急増した。そして、2007年5月15日(連邦家族の日)には、400番目の地域同盟(相談拠点は639)の設立記念イベントが催されるまでになった²⁷⁾。家族のための地域同盟の連邦レ

²⁵⁾ シュレーダー博士の言によれば、社会の中に現存する種々の団体や組織が2つ以上集まれば地域同盟を設立することができ、設立目的や活動内容は広範なものでも限定的なものでも構わない。しかし、持続的に展開することを目指すものでなければならぬとのことであった。

²⁶⁾ 具体的な事例については、本澤ノマイテル・前掲注48(2007年)202頁以下、こども未来財団・前掲注20『報告書』117-118頁など参照。

²⁷⁾ この時点で、すでに地域同盟の対象地域で生活する人の数は4,100万人(全人口の半分以上)、地域同盟に関係している団体や組織の数は1万(そのうち3,000は大小の企

ベルでの推進体制が変更された2008年1月以降も、全国各地の地域同盟数は着実に増加し、連邦家族省のホームページによれば、2009年1月時点での地域同盟数は533(相談拠点は735)、2011年7月末時点で地域同盟数は650を超えた。2012年末に大手コンサルタント会社に事業が受け継がれた2014年2月末には、地域同盟の数は約670に達し、13,000以上の関係者(そのうち5,000は企業)が約5,200のプロジェクトに関わっている。これは、ドイツの総人口約8,000万人のうち、実に7割に相当する5,600万人もの人々が地域同盟に関わって生活していることを意味しているのである。

2 多世代間交流の場としての「多世代の家」

(1) 「多世代の家(Mehrgenerationenhäuser)」の目標と内容

2006年11月にスタートした連邦家族省のアクションプログラム「多世代の家」の目標は、多様な年齢の人々が日常生活を送る上で必要としているサービス(コンピューター講習、洗濯サービス、学童のための給食サービス、児童青少年の課外活動など)を回転ドアのように次々と提供する「場」を確立することであった。すなわち、多様な能力を持つ多様な人々の世代を超えたネットワークをベースに繋がったサービス市場に、地域の学校・各種団体・図書館・消防署・その他の市町村施設が参加し、さらに地場産業である中小企業や大企業と協働することである。したがって、ソーシャルワーカーなどの専門職は、必要な範囲で知識や技術を提供するだけであり、多世代の家は、ボランティアな活動や私的イニシアティブによる活動が、公的給付とうまく結びつきを持つための「場」として構築されるものである。

多世代の家に対する補助金年間4万ユーロ(連邦家族省とEU社会基金(ESF)が支出)の支給要件は、①全ての世代のための(共同の)活動、②カフェテリアまたはビストロを利用したオープンな日中の集いの場の提供、③相談・助言、情報提供、生涯教育、④家族を支援する世代を超えたサービス、⑤すべての年齢の子供たちのための保育サービス、⑥男女市民による市民のための社会参加であった²⁶⁾。2008年初めに全国で500か所あった多世代の家のうち、4万ユーロの補助金を得られたのは200か所に過ぎなかった。

業)に達していた。

²⁶⁾ こども未来財団・前掲注²⁰⁾「報告書」108頁。

(2) 「多世代の家Ⅱ」の目標と内容

「多世代の家Ⅱ」は、最初のアクションプログラム「多世代の家Ⅰ」が2012年12月に5年間の期限を迎えるにあたって、2012年から2014年までの3年間について、新たなアクションプログラムとしてスタートした。この時点における「多世代の家Ⅱ」は全国に450か所あり、各「多世代の家Ⅱ」は毎年4万ユーロの補助金(連邦家族省とESFが3万ユーロ、各多世代の家のある市町村ないし群や州が1万ユーロ)を受けられることになっている。そして、アクションプロジェクト「多世代の家Ⅱ」の重点目標は、①高齢者と介護、②移民と教育、③家事等サービス給付の提供と仲介、④ボランティアな参加の4つとなっている²⁷⁾。

Ⅲ ドイツ介護保険の見直しと家族介護

1 ドイツの介護保険制度の現状

ドイツの介護保険制度は、人口の高齢化に対応するため15年間にわたる議論を経て、1995年に第5番目の社会保険としてスタートした²⁸⁾。保険料や保険給付の基準は全国的に統一されているが、しかし実際の運営は各州に任されているため、施設や介護サービスの量や質の確保については、十分とは言えない面もある。また、介護保険の保険者は医療保険に連動しており、被保険者は公的医療保険か民間医療保険のいずれを選択するか²⁹⁾によって、介護保険も公的保険か民間保険かが決まることになっている。公的介護保険と民間介護保険で、被保険者の支払う保険料と介護保険給付との関係それ自体に違いはない。しかし、民間保険では被保険者の配偶者や子どもの保険料は、別に負担する必要があるなどの違いがある。

ドイツの介護保険給付は、要介護Ⅰ～Ⅲの者に支給される。要介護度は介護の必要時間数で等級分けされており(要介護Ⅰは1時間半、要介護Ⅱは3時間、要介護Ⅲは5時間)、会話などの個人的なケアはこの時間数には含まれない。保険給付には、現物給付(専門職による介護サービスの提供)と現金給付がある。現物給付は、要介護Ⅰが月額450ユーロ、要介護Ⅱが月額1,100ユーロ、要介護

²⁷⁾ 連邦家族省ホームページ2012年12月28日の記事による。<http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Freiwilliges-Engagement/mehrgenerationenhauser.did=69144.html>

²⁸⁾ 詳しくは、本澤・前掲注¹⁵⁾を参照されたい。

²⁹⁾ 2009年1月に医療保険加入がドイツ在住者全員に義務づけられたが、民間保険加入者は10%に止まっている。

Ⅲが月額1,550ユーロであり、実際に必要なコストの一部しかカバーされない。例えば、要介護Ⅰの場合、実際に必要な現物給付の費用は月額800～900ユーロである。また、要介護Ⅲの人が介護施設に入所している場合⁶³⁾、実際に係る費用は月額4,500ユーロであり、保険給付との差額は非常に大きく、これを本人や家族が支払えない場合には、租税財源による社会扶助給付でカバーしなければならない⁶⁴⁾。

これに対し、家族が要介護者を在宅で介護している場合には、被保険者である要介護者は、現物給付に代えて現金給付の支給を受けることになる。現金給付の金額は現物給付の金額よりも低く設定されており、要介護Ⅰで月額235ユーロ、要介護Ⅱで440ユーロ、要介護Ⅲで700ユーロである。さらに、保険給付として、介護家族のために、介護時間に応じて年金保険の保険料が支払われ、家族介護に従事している期間について年金権が保障されることになっている。しかし、在宅介護の場合には、要介護者と介護者、あるいは介護者間の人間関係など、家族問題が表面化することも珍しくない。また、介護保険給付としての質の確保の観点からも、家族介護者の支援の観点からも、家族介護者の介護研修等が必要であると指摘されている。

2013年1月1日に施行された介護保険新調整法⁶⁵⁾では、認知症の人に対して、より多くの保険給付を支給するため、従来は給付対象となっていなかった要介護「0」（ゼロ）という介護等級が新たに設けられた。また、保険給付は、従来の介護時間に応じた給付だけでなく、一定比率の給付を選択することもできることになった。さらに、グループ・ホームにおける在宅サービス利用の場合には、通常の保険給付に加えて200ユーロの付加給付が支給されることとなった。このほか、基本介護や家事援助を受けている場合に限ってではあるが、新たな給付として、一緒に会話をしたり散歩したりしてくれる者に係る経費も支給さ

⁶³⁾ 施設介護の場合には、介護従事者の労働条件の悪さ（夜勤や低賃金など）ゆえに介護の質が低下しやすく、介護の質を高くするためにも、介護従事者の賃金を引き上げる必要があると指摘されている。介護労働者の労働条件の改善によって介護の質を確保することは、介護施設の閉鎖により行き場のない要介護高齢者が発生することを防ぐためにも重要な課題の1つとなっている。

⁶⁴⁾ 低所得者のための社会給付について、詳しくは、本澤巳代子「介護保険と低所得者対策—ドイツの介護保険給付と租税給付の関係を参考として」会計検査院26号（2002年）91-102頁参照。

れることになった。なお、残された課題としては、介護サービスの質の確保、介護者のための介護研修、財源確保、家族介護と保険給付との間のバランスなどがあると指摘されている⁶⁶⁾。

2 ドイツ介護保険における要介護認定の試行

これらの課題のうち、家族介護と保険給付のバランスとの関係で問題とされたのは、従来の要介護認定が専ら要介護者本人の身体的状況のみを考慮し、介護家族の有無や認知症等による介護家族の負担等を考慮してこなかった点である。この点について、2013年6月27日、「新たな要介護概念の具体的な構築のための専門家委員会」は、連邦保健省大臣に提出した報告書の中で、新たな要介護概念の構築を提唱するとともに、従来の3段階の介護等級を5段階とすること、要介護認定の基準については、従来の身体的な状態だけでなく、介護の必要度も考慮されるべきとした。すなわち、従来のような身体介護に必要な「時間」ではなく、自立の程度（身体的・精神的な自立度）が認定基準とされ、介護の「必要度」で介護等級が判断されることになるのである⁶⁷⁾。

2014年4月8日には、新しい要介護概念を導入するために、連邦保健省大臣ヘルマン・グレーへと介護保険の最大の保険者である法定疾病金庫の代表ドリス・プファイファー博士とが合同記者発表を行った⁶⁸⁾。それによれば、2015年1月1日までに、要介護者と家族のための給付が明確に改善されるように、新しい介護認定手続きを試行するとともに、認定結果を検証するために2つのモデルプロジェクトをスタートさせることで合意したとのことである。この2つのモデルプロジェクトにおいて、新たな介護認定手続きは、要介護者の日常生活上のニーズと効果についてテストされることになる。そのために、まず、要介護認定を行うMDKの担当者の研修が行われる。そして、2014年夏からは、

⁶²⁾ 2013年1月1日に施行された介護保険新調整法について、詳しくは、小塚治宣「ドイツ介護改革の現状と課題」週刊社会保障2741号（2013年）50-55頁参照。

⁶³⁾ 2013年3月14日筑波大学にて開催したシンポジウム「日独韓における介護保険の現状と課題」におけるハンス・ヨアキム・ラインハルト教授（ドイツ・マックスプランク社会法・社会政策研究所研究員、フルダ大学教授兼務）が指摘されたものである（筑波大学G30特別報告書144頁以下）。

⁶⁴⁾ この新しい要介護概念について、詳しくは、小塚・前掲注⁶²⁾50-51頁参照。

⁶⁵⁾ 連邦保健省ホームページ掲載の記者発表による（Pressemitteilung, Berlin, 8. April 2014, Nr. 21, "Erprobung des neuen Pflegegeldbegriffs startet"）。

全国の州で合計約 4,000 件の認定調査が試行され、2015 年初頭までに、認定結果の集約と分析・検証が行われる予定である。

具体的には、2つのモデルプロジェクトは次のような内容となっている⁶⁶⁾。

① 第1のプロジェクトは、新たな介護認定手続きの実施可能性を検証するため、介護施設と在宅介護を対象に全国の州で合計約 2,000 件について、従来のルールと新しいルールに従って認定作業を行うというものである。その目的は、介護度の変更や介護認定手続きの変更などの制度変更によって生じる問題、新たな制度の受入れにあたって被保険者が抱く疑問に対してどう答えるか、要介護者が新たな介護度に振り分けられることに対する認識を有しているかなどの情報を収集することである。この研究については、全国法定疾病金庫協会の MDK がコーディネイトし、ボッフム保健大学が学術的な分析・検討を行うことになる。

② 第2のプロジェクトは、新しい介護等級が、入所型の介護施設において、どのような世話経費を節減するかを突き止めることを目指している。複数の連邦州にある約 40 の介護施設から約 2,000 人の要介護者を抽出して介護認定を実施し、どのような時間的消費が具体的な世話や介護の給付提供と結びついているのかを、その都度検証しようというものである。この研究は、プレーメン大学のハインツ・ロートガング教授が実施することになる。

これらの認定調査結果は、2015 年初めまでに提出され、その結果を基に、新しい要介護概念の導入のために必要な立法作業が開始される。そして、2017 年秋までの現政権下において、新しい要介護概念を導入する法律の制定が目指されることとなる。

3 日本の介護保険制度との比較・検討

こうしたドイツ連邦保健省が企図している要介護概念の見直しと、それに伴う介護認定手続きの改正は、少なからず日本の介護保険の実施状況を参考にしたものと思われる。特に、認知症高齢者の介護認定については、日本でも介護保険施行後に問題とされ、比較的早い段階で見直しがなされた問題である。1995 年の制度導入時から、コスト節減のために介護等級を重度の 3 段階に限

⁶⁶⁾ 2つのモデルプロジェクトの内容は、前掲注⁶⁵⁾記者発表に関する Pdf 資料によるものである。

定し、時間という客観的指標で介護等級を判断してきたドイツの介護保険制度が、日本の介護保険制度を参考に介護認定の基準を見直したり、介護等級を 5 段階にしたりする方向で動いていることは興味深い。もっとも、5 段階の介護等級の認定について実施される約 2,000 件の施設と在宅における要介護高齢者の介護認定の結果が 2015 年初めに公表されるまでは、今回の改革の方向性に対する評価はできないと思われる。なお、この約 2,000 件の検証とは別に、入所介護施設の生活支援サービス等について、具体的なコストと給付の関係を分析するプロジェクトも並行して実施されることになっており、介護等級を 3 段階から 5 段階とするために生じる財政負担に対して、これをカバーできるだけの経費節減効果をあげうるのか、その調査結果は興味深いものといえる。特に、社会保険料の合計割合が所得の 4 割にまで達しているドイツの現状からして、また社会保険料の半分以上を負担する事業者側を説得するためにも、一方で生じる介護等級変更による財政支出の増大を、入所施設における介護保険給付関係の経費節減によって埋め合わせるなどの方策を講じる必要があるからである。正に、モデルプロジェクトの結果が、新しい介護概念に関する新法制定の成否に大きく影響することになる。高齢化の進行する中で、社会保障財源を如何に確保するかの問題に直面している日本においても、入所施設における介護保険給付の有効性の検証と経費節減の試みは、今後、大いに参考になるものと思われる。

以上、概観してきたように、ドイツと日本における介護保険制度は、医療保険との関連性、被保険者や利用者の範囲、等級や上限額の設定、ケア・マネジメントの導入など、それぞれに類似点や相違点はあるが、これまで互いに影響し合ってきた側面もある⁶⁷⁾。少なくとも、ドイツと日本に共通して言えることは、少子高齢化の中で、コスト節減と介護サービスの質の確保という二律背反的な課題に取り組みねばならないことである。その中で、介護家族やボランティアによるイン・フォーマル・サービスをどう位置づけ、どう活用するかは、大きな課題である。たとえば、日本でも、家族介護を保険給付の中に明確に位置づけること⁶⁸⁾、家族の介護を年金保険や労災保険などにおいて通常の稼働

⁶⁷⁾ 日独の先例を参考に、韓国も介護保険制度を導入し、2008 年 7 月から介護保険給付を開始した。日独韓 3 か国の介護保険制度を比較したものに、増田雅鶴編著『世界の介護保険』（法律文化社、2008 年）189 頁以下がある。

働と同様の価値あるものとして社会的に評価すること、そして介護家族を支えるための給付³⁸⁾なども検討すべきである。こうした支援を制度的に明確に位置づけられない限り、家族という長年の人間関係や介護者・要介護者の性格とも相まって、高齢者虐待のような悲劇が期せずして生じてしまうことにもなりかねない。日本に介護保険制度が導入されて15年が経とうとする今こそ、そして要支援者のための予防給付を地域社会が担わねばなくなるからこそ、介護家族やボランティアの貢献を社会的に評価する方法について議論するとともに、介護保険制度の中に明確に位置づけるべきものと思われる³⁹⁾。

IV ドイツ家族政策における高齢者

1 第8家族報告書と高齢者

2005年に公表された第7家族報告書⁴⁰⁾は、従来の典型的な核家族を対象とした家族政策を脱し、ライフサイクルの中で可変的である家族を対象にした点で画期的なものであった。そして、この報告書は、持続的で効果的な家族政策について、単なる経済格差の是正の問題ではなく、①出産がもとで職場をはじめとする生活領域への参加が不利になったり、就業による社会参加により出産意欲が低下したりすることのないように、異なった人生観を持つ人々の水平的公正を図ることであり、②育児に携わる家族の格差で子どもの発達に差異が生じないように、子どもを支援する際の適切なインフラ整備を通して親の支援を行うことであるとした。

2011年に公表された第8家族報告書⁴¹⁾は、第7家族報告書の趣旨を継承しつ

38) 韓国の介護保険では、要介護者の家族が療養保護士の資格を有する場合には、1日最大90分、日数無制限で保険給付の支給を認めていたが、管理上の難しさから、2011年8月には訪問療養給付の範囲を縮小し(1日60分、月20日以内)、2014年1月からは、他の職業に従事する家族療養保護士(月160時間常勤)について給付制限を加えることになったとのことである(片桐由喜教授(小樽商科大学)からの情報提供による)。

39) 例えば、介護家族のための固有のケア・プラン作成など、イギリスのケアラー法による介護家族支援が参考となる(本澤巳代子「社会福祉の権利の実現」日本社会保障法学会編『新・講座第2巻 生活を支える社会福祉』49頁以下参照)。

40) 本澤・前掲注(35)175頁以下参照。

41) 詳しくは、第7家族報告書を取りまとめた専門家委員会委員長であったハンス・ベルトラム教授(ベルリン・フンボルト大学)の講演原稿の日本語訳(本澤/マイデル・前掲注(38)(2007年)29-69頁)およびヴォルフガング・マインケ課長(連邦家族省)の講演原稿の日本語訳を参照されたい(同・前掲注(38)(2007年)115-127頁)。

つ、家族のために必要な時間を確保することを目的とした「家族時間政策」を取り扱っている。そこでは、父親と母親の間で、また世代間で、時間という資源がより効率的に活用されることで家族の負担が軽減されることが必要である。そのためには、①家族の時間に貢献してくれる高齢者を獲得するために、高齢者が社会的責任を担いとうという点について、広範な議論がなされるべきであること、②家族の負担軽減を可能にし、家族が日常をよりよく過ごすことに貢献しうる家事関連サービスについて、保育所や多世代の家などの既存のインフラが提供の仲介の場となりうること、③自治体と市民社会は、これまで以上に、ケアリング・コミュニティという考えに立脚する必要がある、自発的な社会参加を支援し調整するための地域同盟のような基盤は、このようなコミュニティを生み出すための素地となりうること、④連邦ボランティア制度⁴²⁾は、高齢者の自発的な社会参加を支援する手段となりうるものであり、高齢者が自分に適したボランティア活動を簡単に探せるような紹介・仲介機能を整備する必要があることが指摘されている。

2 「家族のための地域同盟」——介護と職業の両立

前述した「家族のための地域同盟」は、その組織的構成や内容的な枠組みからして、地域レベルにおいて介護と職業の両立を実現するために、優れた出発点となる基盤となりうるものである⁴³⁾。というのも、地域同盟は、①企業・家族・家族関連給付の提供者に対し、有効な入口と連帯関係を具体化すること、②1回限りの多様な登場人物から、介護の分野に止まり続ける多くの関係者を、目的の定められた行為を可能にするブットホームに集めてくること、③多様な立ち位置から、職業と介護の両立を援助する諸給付の提供者達と企業との間に交差点の機能をもつこと、④積極的に活動している地域同盟は、職業と家族の

42) 詳しくは、第8家族報告書を取りまとめた専門家委員会委員であったハンス・ベーター・クレース博士(ドイツ経済研究所)の講演原稿の日本語訳(本澤/マイヤー=グレーヴェ・前掲注(38)(2013年)11-29頁)を参照されたい。

43) 連邦ボランティア制度は、徴兵制の廃止に伴って、良心的兵役拒否による代替奉仕活動(Zivildienst)も廃止されたことで新たに導入された制度であり、連邦家族省の管轄とされている。

44) 以下の記述は、連邦家族省のパンフレット(Nachhaltige Familienpolitik gestalten- Wege für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflegeaufgaben finden S.20-22.)に拠るものである。

両立の分野において長年にわたる経験を有しており、共働関係において既にすぐれた方法を発展させたことなど、多くの実績を上げているからである。

まず、地域同盟が介護と職業の両立について特に強みを発揮するのは、介護と職業の両立に関する議論を促すこと、労働者のために介護負担に関する情報を提供するとともに、介護と職業の両立の重要性を事業者・企業に伝えることである。さらに、介護と職業の両立を援助する実験的かつ革新的な手掛かりを紹介したり、対話フォーラムの範囲内で、専門家が介護と職業の両立のために必要な、多様な行動や試みを紹介したりすることもできる。つぎに、地域同盟の重要な役割は、介護と職業の両立との関係で、申し出をコーディネートし展開させることである。たとえば、対話フォーラムの参加者が、現存する申し出を篩にかけて収集したり、介護者と事業者・企業のニーズを調査して現存する申し出と比較してみたり、更なる展開のために専門家の名前を挙げたり専門家と結びつけたり、さらに介護者に対する多くの地域的な援助の申し出と事業者・企業とを結びつけるために中心的責任を負ったりすることである。

さらに、地域同盟の重要な機能は、連帯関係を形成し、全ての重要な関係者をひとつにして、専門的な協働関係を支えることである。たとえば、地域における事業者・企業や市区町村、サービス提供者のキーパーソンをネットワーク化したり、より良い解決のための情報交換をするために事業者・企業間のネットワークを形成したり⁴⁵⁾、事業者・企業と地域のサービス提供者との間の協力関係を形成したりすることである。そして、地域同盟は、当事者に助言したり同伴したりして、時には事業者・企業また介護者に直接接触し、合意形成を援助することもある。たとえば、企業内の「水先案内人」を教育したり、介護と職業の両立のための解決策を個別ケースごとに提示したり、当事者や企業の代理人のために内部の継続教育プログラムを作成したり、外部に匿名の助言部門を創ったり、家事関連サービスや近隣支援ネットワークによって具体的な申し出をした介護者を積極的に援助したり、事業者・企業の中での両立施策を積極的に導入したりすることである。

45) このようなネットワークの形成は、特に中小企業の場合に役立つことになる。

3 「多世代の家」と高齢者

前述した「多世代の家」の目標の最後に介護も挙げられてはいるが、しかし市民参加の一環として、高齢者が地域の子育て支援や教育などに自分の時間と経験・技術を活用することが考えられていた。すなわち、高齢者が自分の知識や経験を通して、近隣住民に伝統芸能や郷土料理を教えたり、子ども達の宿題をみたりすることができ、そうした交流を通して、高齢者が家事援助や介護を提供して貰う機会を得られたり、高齢者の孤立・孤独を回避したりすることができると考えられたからである。

これに対し、「多世代の家Ⅱ」では、「高齢者と介護」が目標の第一に挙げられている。そこでは、前期高齢者の世代および職業従事から定年退職までの間の過渡期の世代のために、多世代の家は、多様な創造的提案を提供するとともに、ボランティアな参加のためのスペースを提供する⁴⁶⁾。また、多世代の家は、多様な助言や支援給付によって、多くの中・高齢者が自分の住み慣れた地域でより長く自立して自律的に生活することを可能にする。その際、多世代の家は、たとえば介護相談所や介護支援拠点と密接に協力することとなる。そのほか、多世代の家は、認知症患者とその介護家族の支援も目標としている。

家事関連サービス給付の提供と仲介によって、全ての世代、そして全ての生活状態にある人々は、自分の家族や仕事上の課題を上手に調和させることができる。したがって、家事関連サービス給付は、たとえば送迎サービスや買い物支援のように、各地域で人々が日常生活を送るための重要なファクターである。高齢者は家事関連サービスの提供者ともなりうるし、支援や介護が必要になってからは、家事関連サービスを利用することで、住み慣れた地域で自律的に生活できる可能性が広がることになる。なお、アクションプログラムにおける仲介データベースのおかげで、多くの多世代の家では、これらの家事関連サービス給付について、その場で提案したり問い合わせをしたりすることができている。

4 「多世代の家」と認知症高齢者

2009年以來、連邦家族省は、「認知症患者とその家族のための場所としての

46) 連邦家族省ホームページ 2012年12月28日の記事による(注27)。

多世代の家」プロジェクトを、連邦高齢者計画の諸施策に基づき推進してきた。ドイツ・アルツハイマー協会は、2016年6月4日の会議「互いに一緒に、そして互いのために」において、プロジェクトの成果を紹介した。このプロジェクトの目標は、認知症患者とその家族のために提供できるものを拡大するために、多世代の家が持つ地域のネットワークを活用することである。認知症患者と認知症でない人との出会いを促進し、市民参加を促進するために、支援提供の入り口を入りやすくするとともに、疾病がより強く認識されるべきである。このほか、ドイツ・アルツハイマー協会は、認知症患者とその家族、さらに専門職のために、認知症の専門知識を持つソーシャルワーカーの助言が得られるアルツハイマー電話を、全国規模で実施している（月～木9時～18時、金9時～15時、時間外でも事前にアポを取れば相談可能）。こうした電話サービスは連邦家族省自身も実施しており（月～木9時～18時）、より一般的な高齢期における介護支援に関する質問全般を扱っている。たとえば、この連邦家族省のサービス電話「介護への途（Wege zur Pflege）」では、「どのように介護はオーガナイズされるのか?」「どのような施設や在宅サービスがあるのか?」「どれくらいの費用がかかるのか?」「家族介護時間（Familienpflegezeit）⁴⁷⁾は、どのように機能するのか?」などの質問も受け付けている。

このほか、連邦家族省は、「認知症患者のための地域連合（Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz）」プログラムの第3期として、各連合に1万ユーロの補助金を出すことで、2014年から2016年までの2年間に、現在143ある地域連合（たとえば多世代の家、福祉団体やNPO、教区、医師、文化施設、市町村など）を総数500にまで増やすことを計画している。

47) 2012年1月1日に施行された「家族介護時間法」によれば、介護に従事している者は、週15時間を下回らない範囲で労働時間を最大で2年間短縮することができ、その間の給与は次のように調整される。たとえば、フルタイムの就業者が介護期間中の労働時間を50%に短縮した場合、直近の税込給与の75%を受け取ることができるが、介護期間終了後に職場復帰した後に再びフルタイムで働いた場合、先の介護期間に相当する期間は給与の75%しか支給されないというものである（時間価値口座（Zeitwertkonto））。これとは別に、介護休業法があり、子どもの看護休暇に相当する有給の短期間（10日以下）の介護休暇、無給の長期間（6か月以下）の介護休業（Pflegezeit）および短時間勤務への変更の制度もある。

5 日本における「多世代の家」と「地域同盟」の可能性

介護保険を管轄する連邦保健省とは別に、連邦家族・高齢者・女性・青少年省が、高齢期の一般的な疑問に回答するための電話サービスを自ら行っていたり、高齢者の自立した自律的な生活の実現のために、同省の家族政策の一部である多世代の家を活用したりするとともに、高齢者の介護相談や介護サービス提供・仲介、あるいは認知症患者とその家族の支援のために、多世代の家の地域ネットワークを活用したりする試みを続けている。このような交流の「場」の提供によって、市民の自主的活動や市民参加を促進する試みは、日本でも、公民館や図書館、文化施設やスポーツ施設などを拠点として行われていることである。これら「場」の提供を中心とした「多世代の家」の試みは、日本が企図している地域包括ケアシステムの構築についても参考になるものと思われる。また、地域の多様な催しなどを通して既に形成されている関係性を活用して、創意工夫により多様な活動や催しを行うことができる日本版「地域同盟」も可能であろう。

ドイツの高齢者介護というと、連邦保健省管轄の介護保険制度の内容や改革ばかりに目を奪われがちであるが、連邦家族省の「地域同盟」や「多世代の家」などのプロジェクトは、一方では地域の多様な人材や自主的活動の掘り起し、情報交換や人材交流のためのプラットフォームづくりであり、他方では、元気高齢者の地域貢献・生きがい対策とともに、地域における人材活用や多世代交流を促進することで住民間の相互理解や交流を促進するものであり、少子高齢社会にとって重要なことである。何よりも、市民の発案による活動そのものに行政等の公的機関や公的給付、専門職等が直接かかわるのではなく、市民の自主的な活動の「場」や交流の「場」を提供したり、市民の自主的な活動や交流に必要なノウハウや情報を提供したりするものであることが重要である。日本では、縦割りの省庁の枠組みの中で、行政主導で諸施策が展開されることが多いが、ドイツの「地域同盟」や「多世代の家」の試みは、市区町村や住民の自由な発想によって、それぞれの地域のハード・ソフトを活用した多様な優れたモデル事業を展開するための良い参考になるといえよう。

V 社会の中の生きた法——ネットワーク論の展開

ドイツでも少子高齢化が急速に進んでおり、その中で介護保険のコスト節減