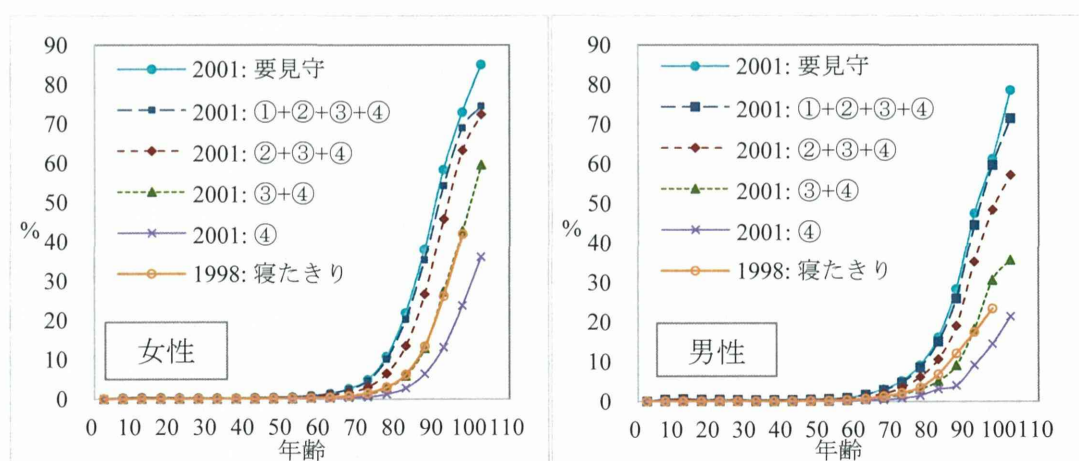


### c. 「寝たきり」と「日常生活の自立の状況」との関係

2001年国民生活基礎調査より導入された「日常生活の自立の状況」は、①何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる、②屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出できない、③屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ、④1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する、の4つの選択肢がある。この4つの水準が、寝たきりとどう呼応するのか、1998年の寝たきり率と2001年の日常生活の自立の状況4項目の累積の率を年齢別に比較したものが図1である。

図1 寝たきり率と日常生活の自立の状況の比較



1998年の寝たきり率は、2001年の③+④に近く、特に女性では両者の値が非常に近似している。③、④の文章の内容から考えても、この二つが寝たきりという事象に応じたものであるとみなすことができよう。そこで本稿では、2001年以降の寝たきり率を、日常生活の自立の状況の③と④を足したものとした。

### 3. 非寝たきり寿命の算出および介護不要寿命との比較

寝たきり率の算定には、1978、1981、1984年の厚生行政基礎調査における寝たきりの項目、国民生活基礎調査の1986年から1998年までの寝たきりの項目、2001年から2013年までは国民生活基礎調査の「日常生活の自立の状況」のうち「③屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ」と「④1日中ベッド上で過ごし、排せつ、食事、着替において介助を要する」を合計したものを寝たきりとみなし、それぞれを用いて寝たきり率を算出した。

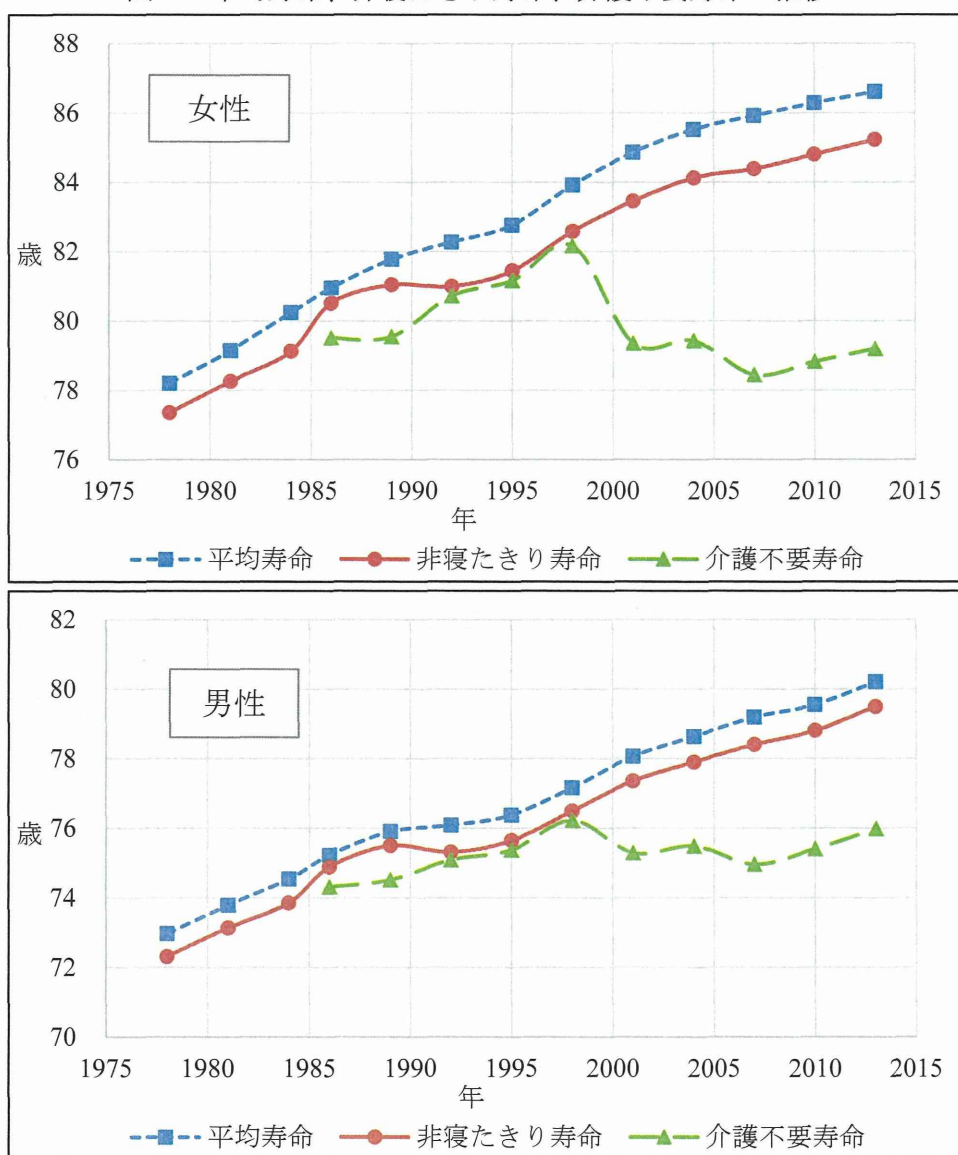
また、要介護率として、国民生活基礎調査1986年から1998年までは介護の要否、2001年から2013年までは国民生活基礎調査の手助けや見守りの要否の項目を用いて算出した。1984年は厚生行政基礎調査で介護の要否を聞いているが、寝たきりの人についてのみ聞いて

ているので、ここでは比較対象としなかった。また「要介護率」といっても、ここでは要介護認定を取った人の割合を示すものではないことに留意する必要がある。

年齢別の寝たきり率、要介護率を使い、Sullivan 法により、寝たきり期間・非寝たきり寿命および要介護期間・介護不要寿命を算出した。用いた生命表関数  $L_x$  は日本版死亡データベースによるものを用いた。日本版死亡データベースは、国際的な死亡データベースである Human Mortality Database と整合性をもち、わが国の生命表を死亡研究に最適化して再編成した死亡データベースであるが、高年齢における年齢区分が過去に至るまで 110 歳以上階級まで同様に得られること、および男女合計の  $L_x$  が得られる、といった利点がある。

これらの算出結果を、付表 1～7 に示し、平均寿命、非寝たきり寿命、介護不要寿命を男女別に図 2 に示す。

図 2 平均寿命、非寝たきり寿命、介護不要寿命の推移



男女とも、1986、1989 年を除くと、寝たきり期間は一定で、平均寿命の伸びに平行して非寝たきり寿命も伸びている。1986、1989 年については前述した寝たきりと介護の定義の変化に伴うものである可能性もあるが、今後の検討も必要となろう。一方介護不要寿命は2000年以降減少もしくは停滞しており、非寝たきり寿命の動向とは全く異なるものである。2000年より実施された介護保険制度により、介護の需要がつけられ、満たされたことによる可能性もある。同様のことは、医療保険制度拡大の際にも有病率の増大という形で現れていた。しかしこの介護不要寿命も2007年からは伸長に転じており、今後の動向が注目される。

#### 4. 施設入居者の補正

国民生活基礎調査は、国勢調査区の後置番号1および8、つまり、一般世帯、寄宿舍・寮がある区域から層化無作為抽出した地区を対象としている。この中には、後置番号4である、社会施設・病院（患者200人以上収容）は含まれていない。高齢になって、生活の自立度が下がれば、介護施設に入所することが多くなることを考えれば、寝たきり率の算定のためには施設入所者の動向を考慮することが重要である。国勢調査における後置番号別の人口は公表されていないが、世帯の種類別人口は一般世帯、施設等の世帯別に公表されている。特に65歳以上人口について1970年から2010年までの推移をみると（表1）、実数では1970年に20万人であったのが、2010年には167万人と約8倍に増加し、割合では1970年に2.8%であったのが、2010年では5.7%と2倍程度に増加している。また85歳以上では2010年で21.7%を占めており、超高齢者の施設入所率は無視できないレベルになっている。

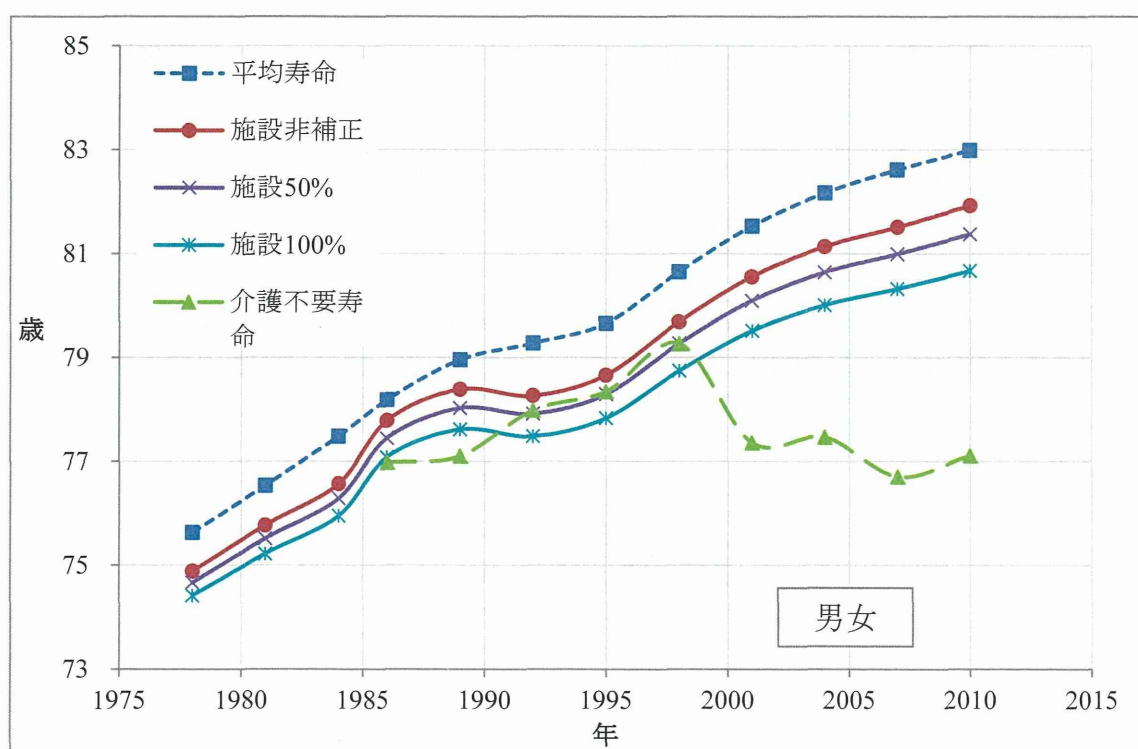
表1 施設等の世帯人員数および総人口に対する割合（国勢調査）

		1970	1980	1990	2000	2010
実数	65～69歳	71,245	73,167	83,228	106,279	114,600
	70～74歳	57,055	93,545	103,263	129,007	146,923
	75～79歳	40,080	97,390	144,170	171,290	232,494
	80～84歳	23,005	72,312	152,488	214,216	349,052
	85歳以上	11,225	44,459	156,957	403,199	824,792
	(再掲)65歳以上	202,610	380,873	640,106	1,023,991	1,667,861
割合	65～69歳	1.9%	1.8%	1.6%	1.5%	1.4%
	70～74歳	2.2%	3.1%	2.7%	2.2%	2.1%
	75～79歳	2.7%	4.8%	4.8%	4.1%	3.9%
	80～84歳	3.2%	6.6%	8.3%	8.2%	8.0%
	85歳以上	3.5%	8.4%	14.0%	18.0%	21.7%
	(再掲)65歳以上	2.8%	3.6%	4.3%	4.6%	5.7%

注：1970年は、準世帯の人員数

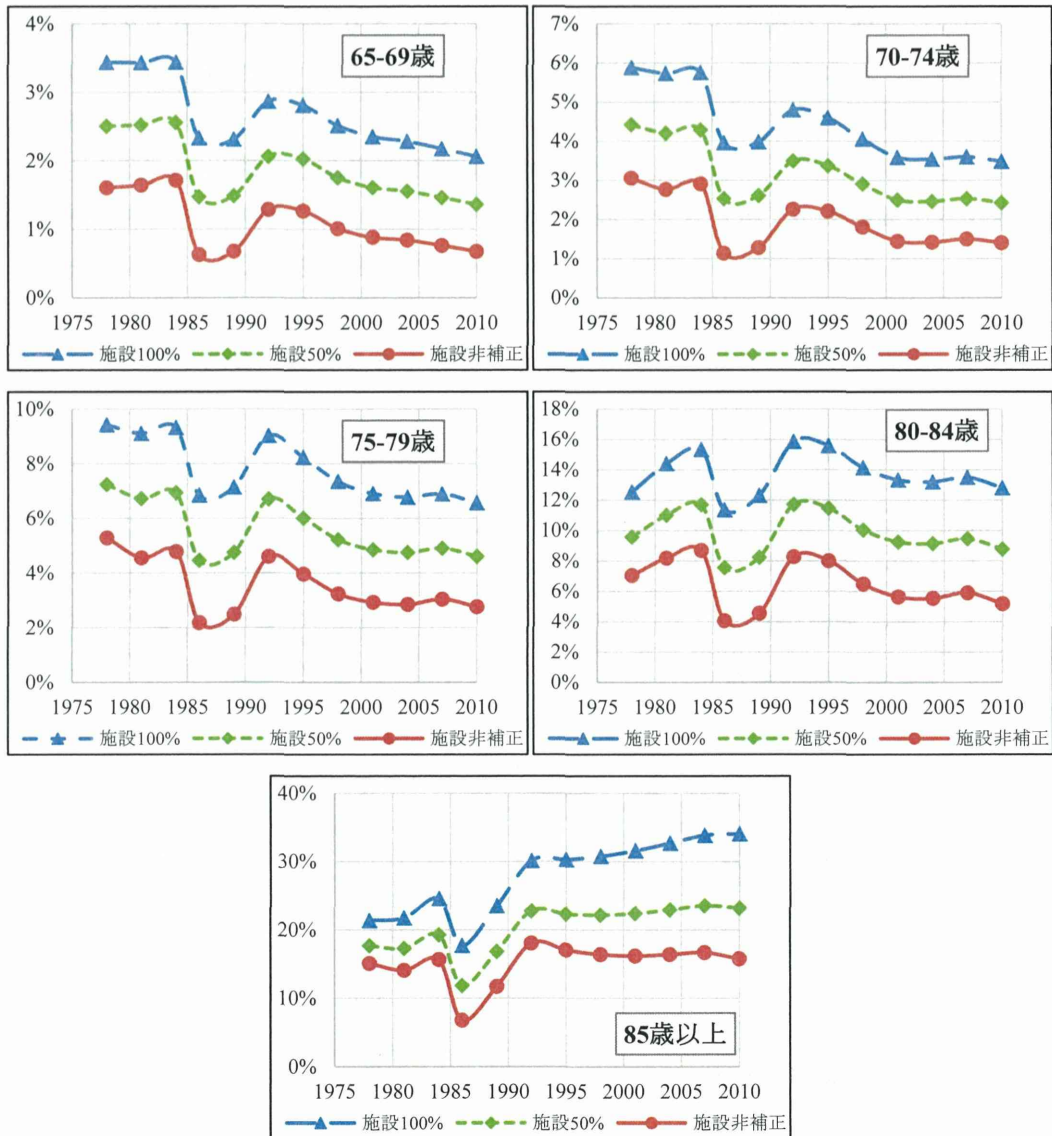
後置番号4の人口と、施設等の世帯人口との対応については今後精査する必要があるが、高齢者施設にも様々な種類があり、施設入所者の寝たきり率や生活の自立の状態は未だ不明の点が多い。したがって、ここでは単純に、施設入所者がすべて寝たきり（図中「施設100%」）、50%寝たきり（図中「施設50%」）と設定し、それら2ケースについて非寝たきり寿命を補正計算し、補正前の非寝たきり寿命、介護不要寿命と比較した。図3に示すように、施設入所者がすべて寝たきりと仮定した場合でも、若干の寝たきり期間の増加は認められるが、平均寿命と平行した非寝たきり寿命の伸長は否定されるものではない。

図3 施設入所割合で補正した平均寿命、非寝たきり寿命、介護不要寿命の推移



年齢別の寝たきり率の推移を、非補正、施設入所者が半分寝たきり、すべて寝たきりの3ケースでみると、85歳未満の年齢層においては、1986、1989年を除いては、低下の傾向にあり、施設入所割合で補正した場合も同様である。一方、85歳以上の年齢層では、施設入所を補正しない率で見るとやや減少しているが、施設入所者の寝たきり率を50%と設定した場合はやや増加、施設入所者がすべて寝たきりと設定した場合は明らかな増加が認められる。85歳以上の中で、90歳以上や100歳以上といった超高齢の年齢層の割合が増えてきていることがその主要な理由だと思われるが、全年齢での標本調査では、このような超高齢者の標本数が少なくなるので、さらなる分析は難しい。いずれにせよ、施設居住者の自立状況は別途把握する必要がある。

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.
- 菱沼従尹、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, Angelique, 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<sup>(1)</sup>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いだった私が、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」<sup>(11)</sup>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<sup>(12)</sup>。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<sup>(13)</sup>。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<sup>(14)</sup>。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

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はほぼ同時に、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<sup>(15)</sup>。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<sup>(16)</sup>。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

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・イーゲル教授(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。

(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<sup>17)</sup>、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) を敢えて「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<sup>18)</sup>。

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りと考えている。

## 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<sup>19)</sup>会頭のルードヴィヒ・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<sup>20)</sup>。

「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、当時の備前少子化担当大臣を来賓を迎えて、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/ウタ・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<sup>29)</sup>。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<sup>30)</sup>。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

<sup>29)</sup> 本澤ノマイテル・前掲注⑧(2007年)199頁表8-1または、こども未来財団・前掲報告書注④103頁参照。

<sup>30)</sup> 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⑧(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。もともと、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<sup>31)</sup>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で押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<sup>32)</sup>。

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<sup>33)</sup>。家族のための地域同盟の連邦レ

<sup>31)</sup> 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。

<sup>32)</sup> 具体的な事例については、本澤ノマイテル・前掲注⑧(2007年)202頁以下、こども未来財団・前掲注④『報告書』117-118頁など参照。

<sup>33)</sup> 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<sup>29</sup>。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。

<sup>29</sup> こども未来財団・前掲注<sup>28</sup>【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<sup>27</sup>。

## 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<sup>28</sup>。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<sup>29</sup>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

<sup>27</sup> 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/mehrgenerationenhaueser.did=69144.html>

<sup>28</sup> 詳しくは、本澤・前掲注(15)を参照されたい。

<sup>29</sup> 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<sup>60</sup>、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<sup>61</sup>。

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<sup>62</sup>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は、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

<sup>60</sup> 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。

<sup>61</sup> 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<sup>63</sup>。

## 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<sup>64</sup>。

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<sup>65</sup>。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、

<sup>62</sup> 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。

<sup>63</sup> 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）。

<sup>64</sup> 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。

<sup>65</sup> 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 Pflegedürftigkeitsbegriffs startet"）。