

医療経済研究

Vol.26 No.1
2014

医療経済学会雑誌／医療経済研究機構機関紙

巻頭言

改めて医療経済・政策研究を考える 池上 直己 1

特別寄稿

地域包括ケアシステムにおける
プライマリ・ケアの役割と課題 葛西 龍樹 3

研究論文

精神病床入院体系における3種類の成立と展開
—制度形成と財政的変遷の歴史分析—
..... 安藤 道人 後藤 基行 27

介護が就業、収入、余暇時間に与える影響
—介護の内生性および種類を考慮した分析—
..... 岸田 研作 43

第9回研究大会報告 59

2013年度「学会論文賞」授賞の報告 65

医療経済学会「学会論文賞」について 66

医療経済学会第9回研究大会

「若手最優秀発表賞」授賞の報告 67

第6回韓国・台湾・日本

3カ国医療経済学会交流セミナー（報告） 68

投稿規定・執筆要領 71



医療経済研究

Vol.26 No.1 2014

医療経済学会



医療経済研究機構

巻頭言

改めて医療経済・政策研究を考える

慶應義塾大学医学部

池上 直己

これまで本誌の巻頭言を4回書いており、5回目である今回がおそらく最後となることもあって、過去の内容を読み返し、改めて医療経済・政策研究の課題を考えた。

第1回は、2000年3月の7巻であり、編集委員が巻頭言を順に執筆するようになったことを受けて、アイウエオ順で私が第1回を担当した。題は「医療経済研究の障壁を乗り越えて」で、障壁として存在する価値観の相違に対しては論文において価値観を明示すること、難解で絶えず変化する制度に対しては政策の動向を踏まえて戦略的に研究すること、データ収集の課題に対しては当機構の役割強化をそれぞれ対応として挙げた。

第2回は、2002年9月の12巻であり、「医療制度の抜本改革」という題であった。快刀乱麻を断つような即効性のある「抜本改革」を望むべきでないが、将来の方向性のビジョン、工程表、データベース、評価方法を提示することが必要である点を強調し、5年後に現行制度を抜本的に変革する可能性について述べた。

第3回は、2006年2月の18巻1号であり、本誌が医療経済学会の「医療経済学会誌」を兼ねることを受けて、題は「学会誌の役割」であった。「医療経済学」を経済学の手法を医療に当てはめる「経済学」の一分野として位置づければ、会員はパラダイムと価値観を共有できるが、医学から参入した研究者は、health service researchの中で費用に留意した分野として捉える傾向がある。そこで、双方の視点が異なることを認識したうえで、シナジー効果が発揮できる体制の必要性を強調した。

第4回は、2009年1月の21巻1号であり、「医療経済研究の効用」という題で、日本にでは医療に「どこでも、だれでも、いつでも」アクセスできても、医療の有効性は必ずしも検証されていない点、各分野における医師の標準的技能が確立されていない点、国民が負担する医療費は医師・医療機関にとって収入であるので両者の見解を一致させることは難しい点をそれぞれ述べ、研究者として対応できる限界を強調した。

回を重ねるたびにトーンダウンしており、私は現在、研究者が政策に関わる際は、Evidence-based policyを望むのではなく、Policy-based evidence、すなわち政治力学によって決まったpolicyに対して、それを裏付けるevidenceを提示することが主務と考えている。そして、国民に対する説明責任が高まるに従って、求められるevidenceの質も高まる可能性に希望を繋いでいる。

しかしながら、一方において研究者に求められる方法論における水準は高まるばかりで、その結果、政策上の課題とますます遊離し、そのうえ精緻な分析には時間を要するので、論文が掲載された時点には陳腐化している可能性がある。その背景には、研究者としての評価が掲載誌のインパクトファクターと論文

の数だけで決まる傾向があり、それを受けて邦文雑誌への投稿も全体として減少している。

以上のように見通しは厳しいが、後進が新たな道を開くことに希望を託して本稿を終える。

特別寄稿

地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題

葛西 龍樹*

わが国で取り組まれている地域包括ケアシステムがより良く機能するためには、プライマリ・ケアの整備が鍵となる。これまで地域包括ケアシステムが目指してきたものを確認した上で、プライマリ・ケアとは何か、その地域包括ケアシステムにおける役割は何か、そこで機能する家庭医・総合診療専門医の専門性とは何かについて、日本のケア現場のコンテキスト（背景・文脈）から解説する。2013年に発表された社会保障制度改革国民会議報告書の「医療・介護分野の改革」で述べられた関連項目についても吟味する。さらに、2017年度に開始予定の日本の新しい専門医制度を契機として地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの整備を進めるにあたっての課題を議論する。

1. 地域包括ケアシステム

日本で「地域包括ケアシステム」と呼ばれるものが何を指すのか。広く全国的に多くの人たちが10余年にわたり用いているにもかかわらず、その定義は必ずしも明確ではない。関連するいくつかの文書から、これまで「地域包括ケアシステム」という言葉で表されて来た概念の全体像の把握を試みる。

「平成16年（2004年）度を終期とするゴール

ドプラン21後の新たなプランの策定の方向性、中長期的な介護保険制度の課題や高齢者介護のあり方について検討する」ために設置された高齢者介護研究会の報告書『2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立にむけて～』（2003年6月26日発表）¹⁾には「地域包括ケアシステムの確立」という項目があり、

介護以外の問題にも対処しながら、介護サービスを提供するには、介護保険のサービスを中核としつつ、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティアなどの住民活動も含めた連携によって、地域の様々な資源を統合した包括的なケア（地域包括ケア）を提供することが必要である。

と書かれている。日本では「地域包括ケアシステム」という概念が高齢者の介護保険サービスを中核とした多職種連携の文脈で登場したことが理解される。

地域包括ケア研究会（平成20年（2008年）度老人保健健康増進等事業）による『地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のための論点整理～』（2009年5月22日発表）²⁾では、「地域包括ケアシステム」の定義として、

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保

* 福島県立医科大学医学部 地域・家庭医療学講座主任教授

するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制

を提案しており、その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね 30 分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とすることを提案している。ここでは「医療」「介護」に加えて「住まい」「生活支援サービス」がキーワードとして登場するが、後に地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」と呼ばれるもののうち「予防」の概念がまだ欠けている。

次いで介護保険法の第5条第3項（平成23年（2011年）6月改正、平成24年（2012年）4月施行）では、次のような表現で、国および地方公共団体の責務として地域包括ケアシステムの推進を図る趣旨の条文が加わり、地域包括ケアシステムに法的根拠が与えられた。介護予防について言及していることも注目される。

国及び地方公共団体は、被保険者が、可能な限り、住み慣れた地域で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、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防又は要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための策並びに地域における自立した日常生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。

平成24年（2012年）度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシス

テムのあり方に関する調査研究事業報告書『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』（2013年3月発表）³⁾では、地域包括ケアシステムの「5つの構成要素」について、

- 地域包括ケアシステムを構成する要素として、これまで「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」という5つの構成要素を掲げてきた。これをより詳しく表現するならば、「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」「福祉・生活支援」「住まいと住まい方」となる。
- これらの構成要素は、実際には、ばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づいて互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている。
- 「住まいと住まい方」を地域での生活の基盤をなす「植木鉢」に例えると、それぞれの「住まい」で生活を構築するための「生活支援・福祉サービス」は植木鉢に満たされる養分を含んだ「土」と考えることができるだろう。「生活（生活支援・福祉サービス）」という「土」がないところに、専門職の提供する「介護」や「医療」「予防」を植えても、それらは十分な力を発揮することなく、枯れてしまうだろう。
- 従来は並列関係で5要素が理解されてきたが、このように捉え直すことにより、地域包括ケアシステムにおいては、「介護」「医療」「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があることが理解できる。

と述べているが、それに以外に「本人と家族の選択と心構え」が重要な要素として加えられている。

それについては下記のように記述されている。

- 最後に、「5つの構成要素」としては掲げていないが、地域包括ケアシステムを支えていく重要な要素として「本人と家族の選択と心構え」について触れておく必要がある。2025年には、単身又は高齢者のみ世帯が主流になることを踏まえると、仮に十分な介護サービスを利用し、地域社会の支えが十分でも、従来のような、常に誰かが家の中にいて急変時には救急車で病院に搬送され、病院で亡くなるといった最期ばかりではなくなる。むしろ、毎日、誰かが訪問してきて様子は見ているが、翌日になったら一人で亡くなっていたといった最期も珍しいことではなくなるだろう。常に「家族に見守られながら自宅で亡くなる」わけではないことを、それぞれの住民が理解した上で在宅生活を選択する必要がある。
- こうして、新しい時代の「在宅生活」に対する意識をもった個人が生活する「住まい」が提供され、その住まいにおいて必要な「生活支援」が地域で受けられることに加え、専門職による「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が有機的に連携し、一体的に提供されることにより、その地域では地域包括ケアシステムが生活を支えている状態になる。

この「本人と家族の選択と心構え」の追加とそれに続く記述はやや唐突に感じられる。これによって、わが国で「地域包括ケアシステム」と呼ばれるものが、専ら高齢者の在宅でのケアについて議論されていく方向へシフトしていったと考えられる。

厚生労働省の「地域包括ケアシステム」につい

てのホームページ⁴⁾では、「地域包括ケアシステムの実現へ向けて」「地域包括支援センターについて」「地域ケア会議について」「医療と介護の連携について」「生活支援サービスの充実と高齢者の社会参加」の項目にわけて説明があり、多くの事例と関連情報のリンクも紹介されている。そこでは地域包括ケアシステムは次のように述べられている。

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重要な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

以上のように、増大する高齢者ケアの特に在宅でのニーズに対応するためのシステム構築を目指してきた日本の「地域包括ケアシステム」であるが、さらに「プライマリ・ケアを整備する」という視点を加えてシステムを再構築して取り組む事で、より良い成果が出るだろうと筆者は考えている。

この後に述べるように、プライマリ・ケアは、認知症高齢者の在宅ケアのみならず、すべての地域住民のすべての健康ニーズのすべての種類のケアに対応することができる。そのうち約 80%の問題はプライマリ・ケアの専門医でありその住民をよく知る家庭医（後に述べるように日本では 2017 年度から「総合診療専門医」という名称で養成される）が自ら解決できるし、それ以外の問題ではケアを支える家族と地域の実情を考慮しつつ、地域内外にある必要な資源とその他の専門職の利用をプライマリ・ケアチームが効率的に調整することができる。地域に必要な人材養成の取り組みを進めることも、プライマリ・ケアの機能に含まれる。

日本は諸外国と比較してプライマリ・ケアの整備に大きく遅れをとっているが、プライマリ・ケア先進諸国での 30 余年にわたる実践のプロセスとアウトカム、そしてそれらによって生成されてきた理論・原理も参考にできるのは利点だ。それらの知識と価値観を共有して実践できる人たちが増えれば、日本の実状に合ったよりよい地域包括ケアシステムが構築できるだろう。

2. プライマリ・ケア

プライマリ・ケアの意味するものは時代とともに進化してきたが、現時点で筆者は次のように表現している⁵⁾。

プライマリ・ケアとは、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分を患者中心に解決するだけでなく、医療・介護の適正利用や予防、健康維持・増進においても利用者との継続的なパートナーシップを築きながら、地域内外の各種サービスと連携する調整のハブ機能を持ち、家族と地域の実情と効率性（優れた費用対効果）を考

慮して提供されるサービスである。

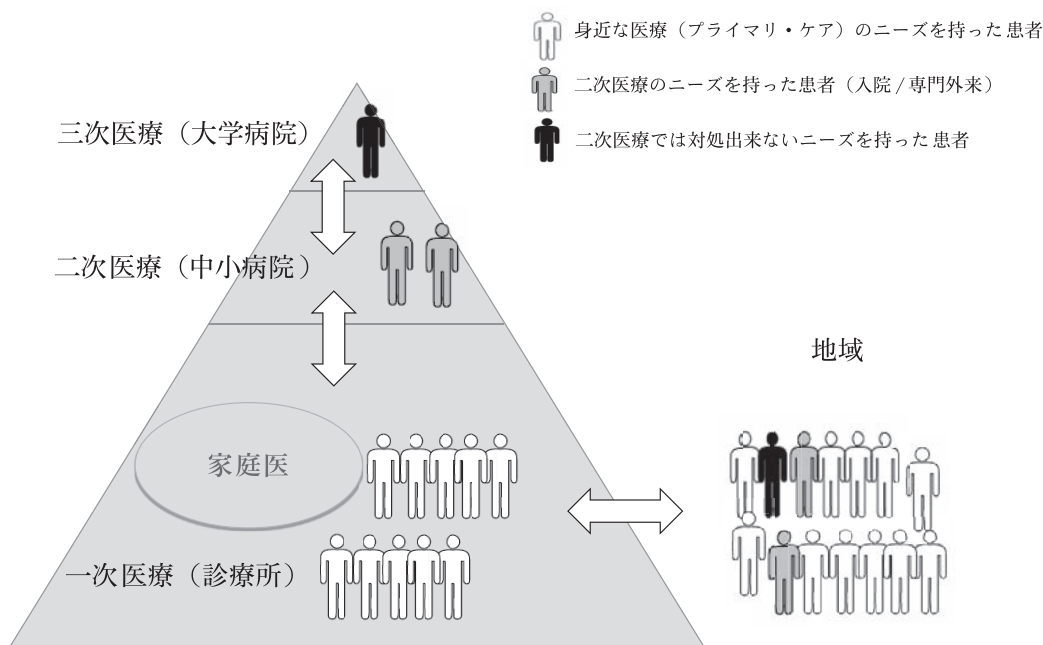
実際には、プライマリ・ケアは地域にいる健康に関連する多職種専門職で構成されるプライマリ・ケアチームによって実践され、そのチームで働く医師が、世界では「家庭医」と呼ばれる専門医である。世界約 130 カ国の家庭医療学会が加盟する世界家庭医機構（WONCA）⁶⁾では、general practitioner (GP)と family physician という歴史的経緯で 2 つある名称を互換性のある同義語として両方とも尊重しており、単独で使用する場合には family doctor を採用している。この分野における学問としての発展に伴ってその学問を指す名称としては family medicine が世界で広く使用されており、筆者はその日本語表記として「家庭医療学」を用いている⁷⁾。

プライマリ・ケアの役割を説明するために、まず地域で病気や健康の問題を抱えた人々がどのように医療機関を受診するかを見てみたい [図 1]⁸⁾。

地域には、日常よく遭遇する身近な医療の問題を抱えた人（プライマリ・ケアのニーズ）、家庭医以外の専門医による診療が必要な問題を抱えた人（二次医療のニーズ）、そして二次医療でも対応できず高度先進医療が必要な問題を抱えた人（三次医療のニーズ）が混在している。

プライマリ・ケアが整備されている国や地域では、住民はどのような問題であってもまずプライマリ・ケアを利用することから始めるのが便利である。自分や家族のことを以前からよく知っていて継続してケアに関わってきた家庭医が大抵（約 80%）の問題をその場で安全に解決できることの安心は大きい。

そして、不幸にして二次・三次医療が必要な問題があるとわかった場合にも、それらの専門医療へ適時・適切に紹介できる機能を家庭医が持っていることも重要である。二次・三次医療の必要性

図1 プライマリ・ケア先進国¹での受療の動き

¹ プライマリ・ケアが整備されている国として、英国、オランダ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、シンガポールなど参考文献 8) から改編

を総合的に判断して限られた医療資源の無駄遣いを防ぐ「ゲートキーパー」としての役割とともに、二次・三次医療に不案内な患者・家族の真の代理人（agent または advocate）として、彼らと専門医療をつないでケアが順調に進むようにアシストする水先案内人とも言えるので、その役割は「ゲートオープナー」とも呼ばれている。

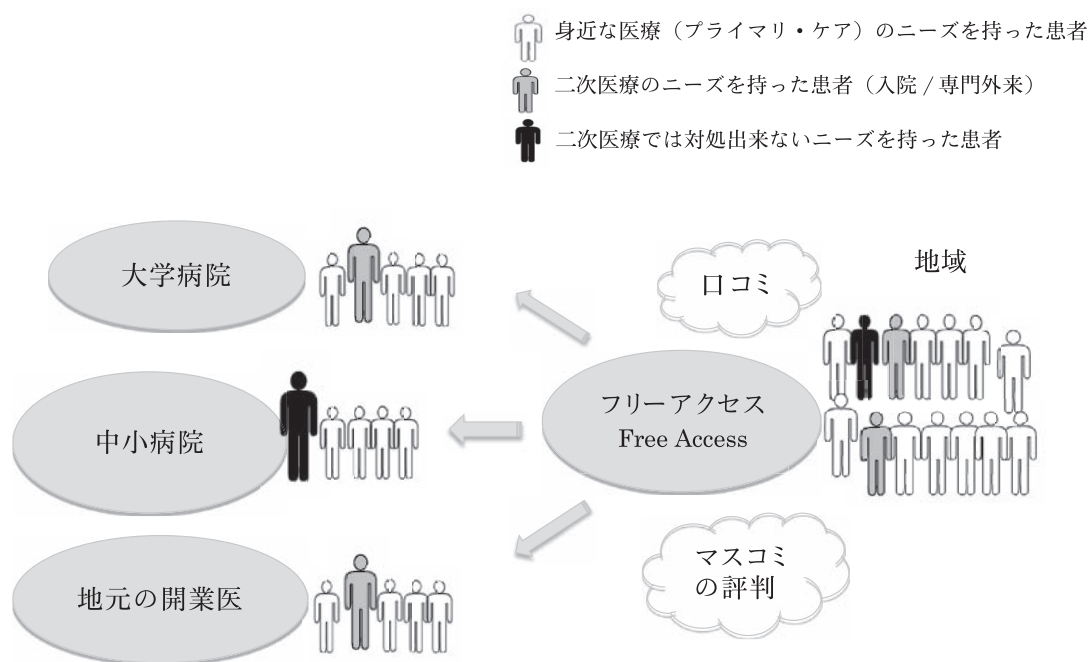
二次・三次医療で必要なケアが終わりその後のフォローアップをしたり地域での生活へ戻る時の支援もプライマリ・ケアの守備範囲であるし、1人の人が複数の健康問題を同時に抱えている場合も少なくないので、二次・三次医療のケアを受けつつも同時にその他のプライマリ・ケアのニーズに対応できる。

一方、プライマリ・ケアが整備されていない日本では、地域にさまざまな問題を抱えた人々がいることは変わらないが、それが医療機関に到達す

る有り様は異なる [図2]。「フリーアクセス」ということで、地域住民はどの医療機関でも（別途費用を負担すれば紹介状なしでも）受診できる。地域というプライマリ・ケアのセッティングで診療する側の日本の医師は、プライマリ・ケアの専門研修を受けていないことが多く、かつて二次・三次医療の現場で働いていた時の思考様式や行動様式で診療している。セッティングはプライマリ・ケアであっても診療のスタンダードは二次・三次医療のものが使われる、というアンバランスが起きている。費用対効果や優先度の評価が省かれた過剰診断・過剰治療になりがちだ。

「フリーアクセス」がうまく働くためには、患者が正確に自分の症状を診断できることと、提供できるケアの中身をすべての医療機関が詳細に情報公開している必要がある。もちろん、そんなことはどちらも困難であるし、夜間・休日などの

図2 日本での受療の動き



参考文献 8) から改編

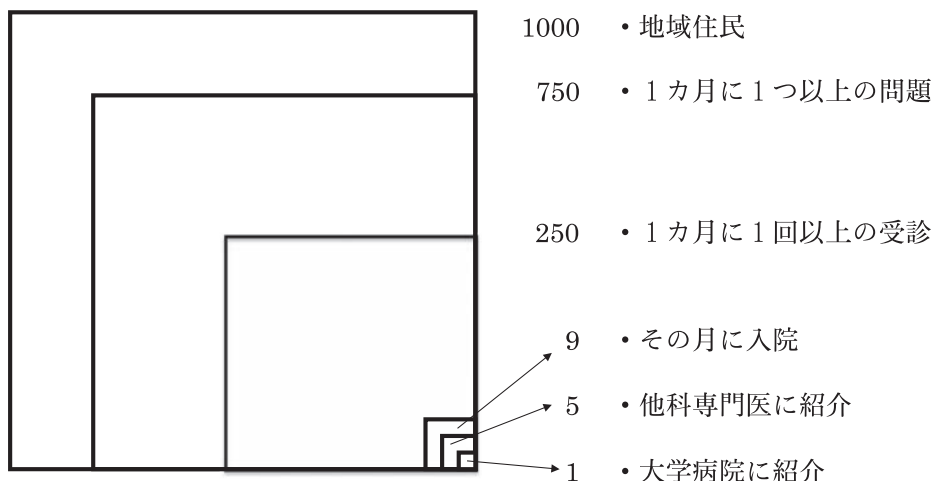
「時間外」にはさらに困難度が増す。それは患者の安全・安心が犠牲になる危険があるということを意味する。なお、「フリーアクセス」とプライマリ・ケアの整備は必ずしも相容れないものではなくて、例えばプライマリ・ケア先進国のオーストラリアでは、「フリーアクセス」は制限されていないが、実際には住民の約90%は身近にいる家庭医を利用すると言われている。

以上は病院・診療所を利用する人の流れによるプライマリ・ケアの説明であるが、実際には、1ヶ月の間に病院・診療所を利用する人の割合は、地域住民の約4分の1だけであることが知られている。そして、実に住民の約半数は健康上の問題を抱えながら医療を利用していない。さらに、残り（住民の約4分の1）の人たちは自分が健康だと思っている [図3]^{9,10)}。問題があるのに医療を利用しないのは何故なのか。医者嫌い、医療機

関へ行く交通手段がない、医療費を払えない、我慢している等々、いろいろな事情があるだろう。しかし適切な医療・介護の利用をしないことが、さらに深刻な問題を引き起こすことも少なくない。自分が健康だと思っている人に本当に健康上の問題やリスクがないだろうか。禁煙にはまったく無関心な喫煙者もいるし、視力の異常を隠して自動車を運転している人や、無症状の悪性腫瘍を抱えている人もいるかもしれない。こういう人たちが手遅れの状態になって二次・三次医療に搬送されるのは誰にとっても不幸なことだ。

これまで日本で「地域医療」と呼ばれていたものは、医療機関を利用する人たちだけを対象としたものである。それとは異なり、プライマリ・ケアは地域住民すべてをケアの対象として考え、地域の行政とも連携しながら、その予防、健康維持・増進まで含めて取り組めることが特徴である。

図3 地域における健康問題のゆくえ



参考文献 9) から改編

さらに、地域住民の健康のために必要な資源を利用できるように個々のニーズに合わせて調整していけるのもプライマリ・ケアの役割である。WHO（世界保健機関）が設立 60 周年、そしてプライマリ・ケアの重要性を世界へ発信した「アルマ・アタ宣言」¹¹⁾から 30 年経つ節目の 2008 年に発表した *The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever.*¹²⁾ に掲載されている図が「調整のハブとしてのプライマリ・ケア」の役割をよく表している [図 4]。

3. 日本の医療のどこが問題か

では、実際に日本の医療現場でどのような問題が起こっているだろうか。拙著『医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命』⁵⁾の中に掲載した事例について、家庭医の視点からさらに考察してみたい。家庭医が専門的に行う医療は「家庭医療 (general practice / family practice)」と呼ばれ、実際の家庭医療とその臨床教育ではそれぞれの問題について臨床研究の科学的根拠（エビデンス）

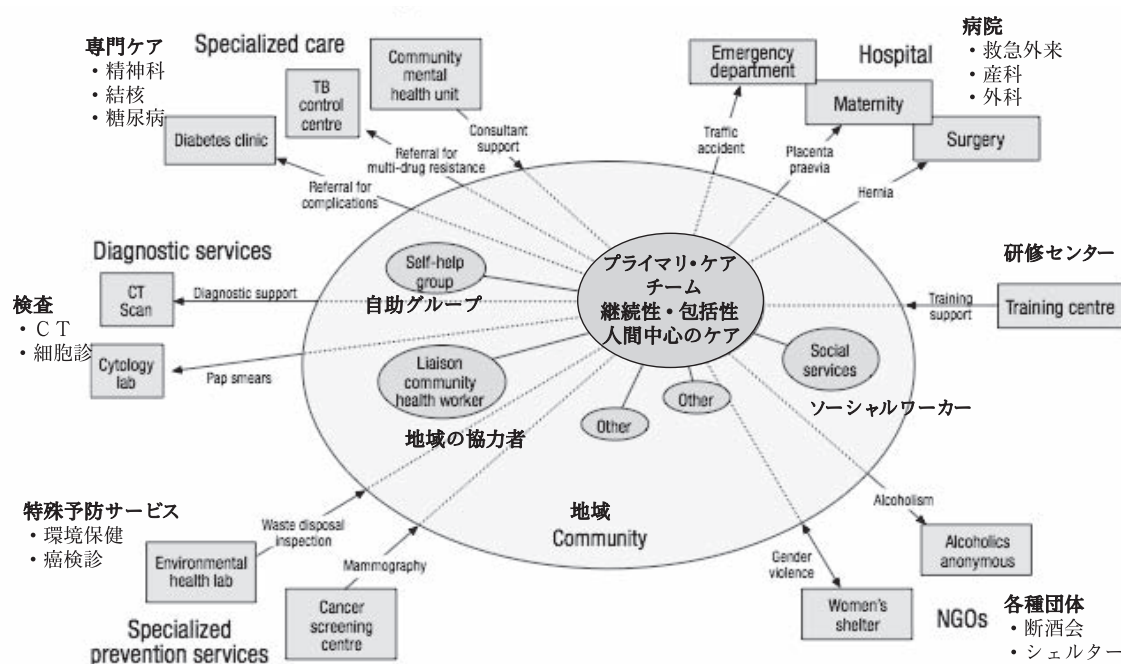
の吟味を含めてさらに詳しい検討をしているが、本稿の目的は家庭医の思考様式や行動様式を理解してもらうことなので、概略を述べるにとどめている。

<事例 1>

80 歳の母親を「最近ものの忘れが多く、転びやすくなった」と娘が心配して病院へ連れて行った。担当の医師は「念のため」と MRI で頭を検査し、その結果を「小さな脳梗塞の跡がある」とだけ説明した。「日ごろから腰と膝を痛がり、目がかすみ、体をかゆがっている」と言うと、医師はくわしい診察をせずに、「お薬を出しておきます」。薬局に行くと、認知症の薬、血圧の薬、精神安定薬、胃薬、目薬、湿布、かゆみ止めの軟膏が処方されていた。娘はこれからどうしたらいいのか分からず、途方に暮れたままだ。

優れた地域包括ケアシステムが構築されればこの事例のような高齢者ケアは少なくなると期待さ

図4 調整のハブとしてのプライマリ・ケア：地域内外のパートナーとのネットワークづくり



参考文献 12) から改編

れるが、現状の日本ではまだまだこうしたことが少なからず起きている。家庭医からみると次のような問題が挙げられる。①まず、この事例の医師には、患者・家族の安全・安心な生活を支えるという視点がない。すべての症状の訴えを同列にして対症療法的に薬を処方するだけで、この80歳の女性がこれらの症状を抱えて実際にどのように生活しているのかを想像して、患者・家族の安全・安心のために何を優先して解決すべきかを考えていない。②この人にどのような家族がいてどのような地域で暮らしているのか、誰が介護をしている地域にはどのような支援の資源があるのか、という家族・地域のコンテキスト（背景・文脈）を探っていない。③訴えられた問題について十分に病歴を聴き身体診察をしているとは言えない。④この時点でのMRIは無駄な検査ではないのか。「念のため」と言っているが、何の存在を想定し

ているのか。優先度はどの程度か。診断したい疾患の検査前確率、MRIの陽性・陰性尤度比、費用対効果などのデータがあるか。⑤これからケアを継続していくためには患者・家族との人間関係を築く必要があるが、それも考慮されていない。⑥ただ対症療法的に薬を処方しているだけであるが、それらの治療についての説明や相談がまったくない。⑦それまで服用していた薬剤は確認されておらず、さらに多くの薬剤を加えること（ポリファーマシー）は高齢者では特に危険である。薬剤の副作用によって出ている症状だと気づかないと、その症状を打ち消すためにさらに別の薬剤（それにも副作用がある）を加える誤りをおかす危険がある。⑧家族の介護疲れへの配慮など、家族もケアの対象としていく家庭医の専門的アプローチ「家族志向ケア（family-oriented care）¹³⁾」がされていない。⑨患者がその医師にとって初めて

の高齢者である場合には、認知機能、生活機能を含む包括的高齢者評価（comprehensive geriatric assessment; CGA; 高齢者総合的機能評価とも呼ばれる）を進める必要があるが、それをまったくしようとしない。⑩高齢者に出現した場合さまざまな原因が複合しているため適切な解決が遅れて生活に大きな支障を来しやすい症状がいくつかあり、「高齢者医療の巨人（Geriatric Giants）」と呼ばれている。家庭医は高齢者のケアをする時に特にそれらに注意している。代表的なものは、もの忘れ、転倒、失禁、引きこもりであり、筆者はポリファーマシーも加えている。⑪多職種の連携が必須であるが、そのためのケアの調整を進めていない。介護保険を申請しているか、要介護認定はどうか、ケアマネジャーが誰なのかを確認していない。⑫この年齢と状況で必要な予防、健康維持・増進のための介入に何が必要であるかを考えて取り組もうとしていない。癌の早期発見のためのスクリーニングでも、例えば乳癌については、平均寿命まで10年をきった高齢者ではむしろスクリーニングで陽性になった場合に、診断確定のためのさらなる侵襲的検査や治療を行うことの方が患者にとって不利益が大きいことについて警告する臨床研究のエビデンスも最近発表されており¹⁴⁾、患者・家族への説明と十分な相談をして、どのスクリーニングをしてどれをしないかを決めていかなければならない。

＜事例2＞

45歳の男性が会社の健診で体重、血圧、肝機能、尿酸、脂質の異常値が出たため、近所のクリニックへ行った。医師は「よくあるパターンですね。脂肪肝でしょう」と言って、健診と同じ血液検査に加えて、腹部超音波検査をした。血圧を測り「やっぱり高いですね。いいお薬出しておきますから、それでしばらく様子を見ま

しょう」と、何の説明もなく6種類の薬が出された。薬局でようやく薬の説明を受けたが、なぜそれらの薬が必要なのか分からない。かなり高額になったため、次回の受診はやめたくなった。

これもよくある事例と思われる。家庭医の視点で次のような問題を指摘したい。①昨今の人間ドックの「基準範囲」（かつては「正常値」と呼ばれていた）に関連する全国的な混乱を見てもわかるように、日本では健診（健康診査）での異常にどう対処したらよいかの信頼できる情報が乏しい。もちろん特定健診では特定保健指導が組み合わされているが、メタボリック・シンドロームに特化しており、その他の問題への対応はできていない。②健診で行われる検査項目のすべてを毎年調べる必要があるのか。その有益性を示すエビデンスは見出せない。ちなみに日本では、毎年調べる annual health examination と、それぞれの項目ごとに費用対効果のエビデンスを考慮した適切な間隔（多くは1年より長い）で繰り返す periodic health examination との区別^{15,16)}を考慮せずに慣習的に健診の全項目を毎年実施するので無駄が多い。たとえば胸部レントゲン写真、上部消化管のバリウム造影、血液の尿酸測定を既往や症状のない人に毎年行うことに有益性は見出せない。③医師にとってはこのような健診異常を理由に受診する患者は珍しくなく、その異常値も「よくあるパターン」かもしれないが、患者にとっては大変なことだ。血圧が高く脳卒中で死んだ祖父を想起して恐れているかもしれないし、糖尿病になるのではないかと心配しているかもしれない。人生の一大事なのだ。ここで個々の患者の気持ちを考慮せず対応するのは患者と医師の人間関係構築にマイナスであるだけでなく、慢性疾患のコントロールへも悪い影響があると言われている¹⁷⁾。

④短期間に健診と同じ血液検査を繰り返すことにどれだけの意味があるのか評価も説明もされていない。⑤腹部超音波（エコー）検査についても、その必要性について評価も説明がされていない。エコーで何を探そうとしているのか。その検査前確率、検査の陽性・陰性尤度比、費用対効果も考えられていない。確かに血液検査についてのエビデンスは比較的乏しいが、肝機能については参考にできるものもあり¹⁸⁾、異常があればすぐエコーなどの画像診断をすることが質の高い医療とは言えない。⑥この時点で医師が診察室で血圧を測定することの是非も再考する必要がある。漫然とルーチンの診療行為としてやり続けていくことに害はないのか。2011年に発表されたNICE（当時はNational Institute for Health and Clinical Excellence；現在はNational Institute for Health and Care Excellence）の成人本態性高血圧の診療マネジメントのガイドライン¹⁹⁾では、高血圧の診断確定のためにはもはや医師・看護師が診察室で測定する血圧ではなくて ambulatory blood pressure monitoring（ABPM；日本では24時間血圧計と呼ばれる一定間隔で自動測定を繰り返す機器を日中利用する）または home blood pressure monitoring（HBPM；標準化された測定方法で家庭血圧計を用いる）を使用することが新たに推奨されている。⑦この事例でも、ケアについて患者への説明と相談がない。今後どのようにフォローアップが継続されるかどうかについて何も説明されていない。

＜事例3＞

休日の昼過ぎ、公園で遊んでいた4歳の男の子が転んでコンクリートの壁に額をぶつけ大声で泣き出した。額にコブができて出血している。両親が休日当番医へ連絡すると、「こどもの頭は診ない」と断られた。救急車を呼んだが、

「今日は小児科医がいない」という理由でたらい回しの末に、大学病院の脳神経外科へ運ばれた。そこで「とりあえず頭のCTを撮りましょう」と言われ、「異常なし」とわかると、額の傷を縫うために形成外科を紹介された。しかし、そこでは「縫うほどでない」とテープを貼られて帰された。

このようなことも極めて稀とは言えないだろう。小児の事例だが、この子の親の世代がさらに上の世代の介護に苦勞していることも十分ありうるシナリオで、この子のけがで親が1日振り回されることが高齢者の介護へも影響するだろう。その逆に高齢者の介護が子どものケアに影響すること（例えば高齢者の介護のため家を空けることができないうので子どもの受診を控えるなど）もあるだろう。家庭医の視点から見える問題は次の通りである。①こうした緊急時にどこへ連絡してどうすれば安心かの情報が市民に十分提供されているとは言えない。オンラインで提供される情報は膨大だが、真に知りたい質の高い信頼できる情報にたどり着くことは困難である。②どの医療機関へアクセス出来るかわからず、アクセスした医療機関で適切なケアが提供される保証がない。ケアの内容や質が偶然に左右されている。③時間外診療が当番医の専門科によって制限されてしまう。日本の医療は「フリーアクセス」だと言われるが、実は休日・夜間での医療機関へのアクセスはかなり不自由で、しかも安心に欠ける状況にある。④ここでも「とりあえず」あるいは「念のため」という枕詞のような表現でオーダーされるCTの必要性について評価も説明もされていない。CTの害、とくに放射線被爆について評価も説明もされていない。医師は検査の害や不利益について患者に説明しない傾向があると言われている²⁰⁾。⑤テープを貼るだけのプライマリ・ケアが大学病院で提供

されていることも適切ではない。難しい手術など三次医療の専門性に特化した診療へかける時間が奪われることにもなるし、逆にプライマリ・ケアを専門としない医師が診療すると無駄な検査・治療が多く行われる傾向もある。⑥この事例でも、ケアについて患者・家族への説明と相談がないし、フォローアップについて何も説明されていない。テープをいつはがせばいいのか。シャワーを浴びていいのか。傷から出血してきたら、発熱したら、嘔吐したら、けいれんを起こしたら、どうしたらいいのか。これらの疑問に答えが与えられず、もしこうしたことが起こってまた休日当番医へ連絡しても（あるいは救急車を呼んでも）また偶然に左右される結果となるだけだろう。

以上、3つの事例を検討しただけでも、家庭医あるいはプライマリ・ケアの整備という視点から見た場合、日本の医療には多くの問題があり、安心・安全とはかけ離れた実態がある。先ほど見てきたように、日本の「地域包括ケアシステム」は専ら高齢者の在宅ケアを支えるシステムについて検討して来ている。もちろん2025年に向けてそれが優先度の高いプロジェクトであることは理解できるが、高齢者のケアをもっと広い範囲のオプションから安心して選択できるような仕組みの整備も必須であるし、高齢者の介護・生活そして生き甲斐を支えていくその次に続く世代の人たちの健康を守る仕組みについても、地域を基盤として包括的に対応できるように整備するべきである。このような仕組み全体がプライマリ・ケアに他ならない。

そして、ここで強調したいことは、プライマリ・ケアチームで働く医師が質の高いグローバル・スタンダードのカリキュラムによる研修で養成された家庭医であれば、上記の事例で認められた問題のほとんどを解決できるということである。地域包括ケアシステムに限らないが、システムを整備

する際に優れた人材養成を先行させることの優位性を考えてほしい。自分がケアする人たちが住む地域にどんな健康問題のニーズがあり、何を優先しなければならないか、そのためにどんな人材・資源・システムが必要か、それを多職種のプライマリ・ケアチームおよび行政との協働でどう作り上げるか、などについて臨床研究の科学的根拠やプライマリ・ケア先進諸国の実践例を参考にしつつ、自律的・自立的に調査・検討・計画・実践・評価・改善できることは家庭医の専門能力の1つであり、それは研修によって身につけられ、その後の専門医としてのキャリアでさらに発展していく。地域包括ケアシステムを構成する「介護」「医療」「予防」「生活支援サービス」「住まい」さらに「本人と家族の選択と心構え」についても、いちいち具体的なことを規定し指示しなくても、家庭医はプロジェクトを進めていける。まだシステムが未熟でも、それが制度化されて動くまでに長いタイムラグがあっても、家庭医はそうした状況と相補的に機能していける。一方でシステムを改善させるために働きかけながら、他方で自らの機能・役割をニーズに合わせて補強・発展させることができる。

家庭医になるために何をどのように教える/学ぶのか。その養成教育のコアとなる「患者中心の医療の方法」については後述する。それを含めたモデルとなるカリキュラム、そしてその基盤となるスタンダードについては、それぞれプライマリ・ケア先進国の膨大なドキュメントが存在するので^{21,22)}、それらを日本の実情に合わせて思慮深く参考にすればよい。

4. 社会保障制度改革国民会議報告書

2013年8月6日に発表された『社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代

に伝えるための道筋～』²³⁾の「第2部 社会保障4分野の改革 II 医療・介護分野の改革」には、地域包括ケアシステムづくりの推進について次のように述べられている (p.28)。

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時にされるべきものであり、また、川下に位置する在宅ケアの普及という政策の展開は、急性増悪時に必須となる短期的な入院病床の確保という川上の政策と同時にされるべきものである。

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

ここでも「地域包括ケアシステム」が専ら高齢者の在宅ケアに焦点を当てていることがわかる。「医療から介護へ」「病院・施設から地域・在宅へ」という「流れ」を作ることを意識しているにしても、高度急性期を川上、在宅ケアを川下になぞらえるアナロジーは、病院での高度先進医療を上、地域での高齢者の生活を支えるケアを下に見下しているようにだけではない。また、ケアの必要性

は川のように一方向に流れるのではなくて、在宅ケアをしていても時に病院での検査・入院・手術などの医療が必要になる場合もある。外来診療を利用してよい。この「医療・介護分野の改革」の項では「病院完結型」から「地域完結型」への転換がメッセージとして繰り返されるが、筆者は「病院」と「地域」はもっと相補的であるべきだと考える。それは二次・三次医療とプライマリ・ケアが相補的であることと同じである。上記文中に使用されている「切れ目なく継続的に提供される」「継続的で包括的なネットワーク」ということの真の意味はここにある。

なお、この報告書では「2 医療・介護サービスの提供体制改革 (6) 医療の在り方」の項目で下記のように総合診療専門医の必要性に言及している (p.31)。プライマリ・ケアを専門とする医師の役割について、このように正当に評価したわが国の公的な文書は他には見出せない。画期的なことと高く評価したい。

医療の在り方そのものも変化を求められている。

高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。

このように「総合診療医」は地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取

組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である。

5. 患者中心の医療の方法

ここで改めて、プライマリ・ケアの専門医である家庭医の専門性のコアとなる「患者中心の医療の方法」について解説したい。

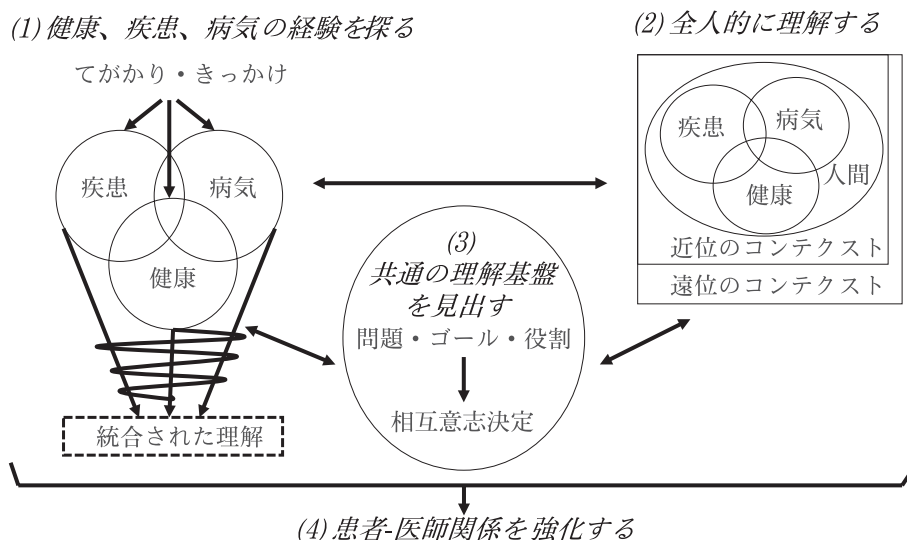
英国家庭医学会元会長の David Haslam 教授はかつて「家庭医療は、良い診療をするのが最も難しい専門科だが、いい加減にするのは最も簡単な専門科だ」と語っていたことがある。例えば、筆者が研修プログラム責任者をしている福島県立医科大学の家庭医療学専門医コース（3年間の後期研修）を修了した医師と、家庭医療の専門トレーニングをせずに病院または診療所で一般的な診療をする医師と、それぞれの外来診療場面を（もちろん患者と医師の承諾を得て）ビデオ録画してみる。一般の人が、または医療者であっても、それら2つのビデオを比較して見てどこが違うのかどちらが優れているかを言うことは困難に違いない。でも、家庭医療を学び自ら実践している家庭医がそれらのビデオを見せられたら、たちどころに家庭医としての能力の差を指摘することができ、さらに家庭医療指導医として訓練した人であれば、後者の医師の外来診療を改善するための技術をアドバイスできるはずである。

ではその違いを構成するものは何か。家庭医を定義する最もシンプルな表現として、筆者は「家庭医は患者中心の医療の方法を理解して実践できる専門医である」と言っている。つまり、この「患者中心の医療の方法（Patient-Centered Clinical Method; PCCM）」がちゃんと行えているか否かで、見る人が見れば明らかな違いとしてわかるのである。PCCMは、この30余年の間

に世界の家庭医による実践からのフィードバックと臨床研究のエビデンスによって進化して来ており、今回紹介する内容は、2014年に発表された最新の専門書²⁴⁾を参考にしている[図5]。

家庭医療では、心身に起こる病理学的変化につけられたラベルを疾患（disease）、それによって苦しんでいる状態を病気（illness）と呼ぶ。たとえ同じ変化（疾患）があっても、それによる苦しみ（病気の経験）はそれぞれの人によって異なる。たとえば疾患としては同じくインフルエンザに罹っても、ただの風邪の一種と思って気にしていない人、同居しているねたきりの祖母にうつしたら肺炎で死んでしまうかもしれないと心配している人、この機会に肺がんがないかも調べてほしいと思っている人等々、それぞれに病気の経験は異なる。家庭医は、疾患を診断するためには最新の臨床研究のエビデンスや診療ガイドラインを「良心的、明示的、かつ思慮深く²⁵⁾」利用した根拠に基づく医療（evidence-based medicine; EBM）を、そして患者の病気の経験を深く理解するためには「病気の経験とは患者を主人公として患者本人によって語られる物語である」と考え、患者が話す「言葉」「語り」そして患者と医師の間にある「対話」に注目する narrative-based medicine (NBM) をそれぞれ道具として用いる。さらに「健康」というものも、有名なWHOの健康の定義²⁶⁾などは存在するが、それぞれの人によって健康が意味するものは異なり、健康になるために何を望むかも異なる。フルマラソンを走る事が健康だと思っている人もいるし、いつも形のない流動食しか食べられない人がせめて季節を感じさせる食材を形のあるまま食べることを健康として望んでいるかもしれない。家庭医は、これら「健康」「疾患」「病気の経験」をバランスよく探りながら、患者に起こっていることの統合された理解へと進む。

図5 患者中心の医療の方法



参考文献 24) から改編

一方、患者の状況は家族、教育、職業、社会的支援などの「近位のコンテキスト」と地域、文化、経済、社会保障制度、歴史、地理、メディアなどの「遠位のコンテキスト」にも影響される。それらのコンテキストを踏まえて問題を捉えなければならない。

その上で、何が問題か、何をゴールにするか、そのために患者・家族・家庭医はじめケアに関わる人たちがそれぞれどのような役割を担うかを患者・家族と十分に相談して確認する。このプロセスは「共通の理解基盤を見出す」プロセスと言われ、医師と患者・家族とで必要な情報を共有した上で相互に了解して意思決定する最も重要なプロセスである。このプロセスを見れば、家庭医がパートナーリスティックに診療を進めるのでないことも、「患者中心の医療」が一方向的に患者の言う通りにする医療ではないことも理解できるだろう。患者の利益を最大限優先する「患者にとっての真の代理人」としての家庭医の能力が発揮される場

面である。

図中に4番目のコンポーネントとして示されているように、こうした患者中心の医療の方法を基盤で支えているものは患者・家族と家庭医との良好な人間関係である。この基盤なしには、正確な身体所見を得る事も、病気の経験や健康の意味を理解することも、コンテキストを聴きだすこともできず、まして共通の理解基盤を見出すことはできない。

患者中心の医療の方法は、作法やスローガンではない。臨床的に患者満足度、治療アドヒアランス、患者の心配、健康自己評価、高血圧・糖尿病の検査値など多くの指標を改善する有益性が示されている方法である。たとえば最近では次のような科学的根拠が発表されている。

Dwamena らは12の臨床研究からのデータをプールして分析するシステマティック・レビューを行い、患者中心の医療の介入によって医師の行動、そして医師と患者の相互交流が改善したこと

を見出した。医師の行動の内容としては、患者の信念と心配を明らかにすること、治療オプションについてのコミュニケーションをとること、そして共感と気配りのレベルの改善が認められた²⁷⁾。

Jani らは 45 人の家庭医による 659 の診療面の観察研究を行い、患者中心の医療（客観的に評価した）がうつ病患者の良好なアウトカムと関連していることを見出した²⁸⁾。

気になる「患者中心の医療の方法は医療費を抑制するか」については、Stewart らが 2000 年に発表した Patient-Centered Outcomes Study²⁹⁾で、患者中心の医療の方法がより少ない診断検査の使用と専門医への紹介と関連していることを見出しているが、このリサーチ・クエスチョンを直接医療費で調べた質の高い研究はまだない。現在カナダで Stewart らがこのテーマで大規模な研究を進めているが、予備的な研究からの推計では、もしすべての家庭医が質の高いレベル（現在のカナダの家庭医の上位 25% のレベル）で患者中心の医療の方法を行えば、カナダの医療費の 3 分の 1 を減らすことができると述べている³⁰⁾。

患者中心の医療の方法をどのように教育するのか。これについても、患者中心の医療の方法のアナログで「学習者中心の臨床教育」という方法があり、臨床と臨床教育の研究からの多くのエビデンスを参考に進化して来ている³¹⁾。講義などで患者中心医療の方法の概要を伝えることはできるがそれでは不十分で、実際にプライマリ・ケアが行われる地域の現場で、プライマリ・ケアを専門とする指導者とともに、経験した事例ごとに振り返ることでより深く学べる。患者中心の医療の方法の各構成要素がどの程度達成できているかを確認・評価して次のステップに向けて改善の課題を挙げていく。この指導者と学習者の形成的やりとりは、できるだけ言語化して学習ポートフォリオとして記録することが推奨される。最近では ICT を利

用した電子ポートフォリオによりタイムリーな教育を支援している先進例もある³²⁾。家庭医を特徴づける能力として、患者中心の医療の方法、家族志向ケア、包括的・継続的・効率的（優れた費用対効果）ケア、地域における予防、健康維持・増進、というようにカテゴリーを設定して個別に振り返る場合もある。これらの専門性のコアとなる部分に加えて、全ての医師が備えるべき能力（診療に関する一般的な能力とコミュニケーション、医師としてのプロフェッショナリズム、継続した学習、組織・制度・運営に関する能力）、基礎的な教育・研究方法、そしてすべての臨床分野にわたるプライマリ・ケア領域の知識と技術の習得も必要である。これらすべてを学ぶためにはいくつかの基本診療科目の知識・技術の習得を越えた総合的なカリキュラムが必須で、独立した後期研修レベルの専門教育と継続した生涯学習が必要な所以である。

6. 看護師との関係

地域包括ケアシステムに限らず、家庭医にとって看護師はプライマリ・ケアチームの重要なパートナーである。プライマリ・ケアチームの構成メンバーには、家庭医、看護師、保健師、助産師、臨床心理士、リハビリテーション療法士、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、鍼灸師などがあるが、国や地域の実情によって異なり、すべての職種がそろった地域はあまり多くないだろう。ただ、ほとんどの地域で家庭医と看護師はプライマリ・ケアチームの基本単位であり要の存在である。

このことが象徴的に制度として現れているのがキューバのプライマリ・ケアで、地域の家庭医診療所（consultorio）には家庭医と看護師が 1 人ずつ勤務しており、この 2 人がペアになってその consultorio が担当する地域住民約 1,000 人を

すべて訪問しながら彼らの健康状態を把握している。家族の状況、健康の社会的決定要因も把握した上でのケアが、特に非感染性疾患、慢性疾患、予防、健康維持・増進に有効だという科学的根拠は多い。

日本でも紹介されることが多くなったオランダの看護師を中心とした在宅ケア組織 Buurtzorg は、フラットな組織作りで看護師の自律性を引き出していることが発展の鍵として伝えられるが、世界の家庭医療先進国でもトップクラスのオランダの家庭医が地域での Buurtzorg との協働を支持・歓迎していることも発展の大きな要因と考えられる^{33,34)}。

近年の傾向として、看護でのより専門的な役割をもつ看護師を養成する制度を持つ国が現れてきている。日本でも日本看護協会による専門看護師 (Certified Nurse Specialist; CNS; 大学院修士課程と CNS 教育課程および規定の実務研修を経て認定審査を受ける) と認定看護師 (Certified Nurse; CN; 規定の実務研修と CN 教育課程を経て認定審査を受ける) の資格認定制度がある³⁵⁾。それらの多くは病院を基盤とした看護を専門としていてプライマリ・ケアに関わらないが、地域看護、老人看護、慢性疾患看護、家族支援、在宅看護の CNS、および訪問看護、認知症看護の CN などは、地域包括ケアシステムで重要な役割を持つことが期待される。いままでの日本ではプライマリ・ケアを専門とする家庭医が非常に少なかったため、地域での医師と看護師との連携のモデルは乏しいが、複数の慢性疾患での看護師による疾病管理プログラムで成果を出しているグループもあり^{36,37)}、今後の日本でも地域での看護師と家庭医との協働プロジェクトが発展することを期待したい。

地域包括ケアシステムと同様に、現在日本の地域で働く看護師によるケアの対象も専ら在宅ケア

を利用する高齢者である。将来的には、日本でも多数の家庭医・総合診療専門医が地域で働くようになるので、もっと他のケアオプションにも対応でき、さらにすべての年齢の住民のすべてのニーズに対応できるように、プライマリ・ケアの領域すべてに横断的に対応できる「プライマリ・ケア専門看護師」(英国では community matron と呼ばれる) が養成されることを筆者は望んでいる。現在の CNS および CN の疾患別縦割り式の分野別けでは、特に 1 人で複数の問題を抱えている重複罹患 (comorbidity または multimorbidity) 患者に対応することは難しい。

看護師と家庭医の役割については、特にプライマリ・ケアでは地域へ出て働くことも多いため、お互いの役割で類似した部分もオーバーラップする部分も存在する。家庭医、看護師の少ない地域では、時間外のケアで両者が交替でシフトを組まざるをえない場合もある。さらに看護師と家庭医は互いに学ぶことがたくさんあるので、ケアの仕方に類似点が増え、いきおい両者の役割の区別が困難になる場面があっても仕方がない。そうした中でも、家庭医の独自の役割は、日常よく遭遇する病気や健康問題の大部分について科学的根拠を参考にしつつ安全に自ら診断・治療する能力に加えて、患者中心の医療の方法を質の高いレベルで実践すること、そして患者・家族の利益を優先する真の代理人として継続した責任を持つことになるだろう。

ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner; NP) は、国や地域によって制度と役割が異なり一概に論ずることはできない。NP が医学的診断とマネジメントについてさらに訓練を積んだ看護師である場合は、医師との役割のオーバーラップはかなり大きくなり、医師と看護師双方に問題を起こす可能性がある。筆者の恩師でカナダの家庭医養成システムを構築することによってプライマ

リ・ケアの整備に貢献した McWhinney は次のように述べている^{38,39)}。

もし重複が小さければ、そして看護師が医師の助手として機能すれば、その役割は専門職とは言えないものになるかもしれない、それゆえチームは看護の考え方の恩恵を失うでしょう。他方、もし重複が大きければ、ナース・プラクティショナーは医師の代わりになり、将来のどこかで医師として再定義されるかもしれません。これは、歴史的に薬剤師が医療者として再定義された時に起こったことです。他の専門職も、看護の持つ患者ケアへのユニークなアプローチから多くのことを学ぶことができ、看護師が新しい役割に移行する時にそれが失われないようにすることが重要です。

7. 「総合診療専門医」の課題

日本でもようやく「総合的な診療能力」をもつ医師の必要性が国のレベルで検討されることになった。そして2017年度（平成29年度）から、日本で新たな専門医に関する仕組みが作られることになった。いままで日本専門医制評価・認定機構が認定していた18の基本領域専門医に加えて「総合診療専門医」が19番目の基本領域の専門医として養成されることになる。そのため2014年5月に日本専門医機構が設立された。筆者も同7月に新たに組織された総合診療専門医に関する委員会の委員として加わり、これから本格的に総合診療専門医を養成する後期研修の教育カリキュラム、専門医の認定方法、などが議論されていくことになる。

いままでの日本で家庭医、プライマリ・ケアが扱われて来た経緯を見れば、新たな専門医の名前だけが実態を持たずに一人歩きする危険もある。

それを避けて真に日本に住む人たちの健康向上に資する専門医養成のシステムを構築しなければならない。日本にはグローバル・スタンダードの家庭医とは「似て非なるもの」も歴史的に許容されて来た。どうしたらこの新しい制度が日本の医療制度改革へ向けた大きな舵取りになるかの課題を示したい。

（1）かかりつけ医とどう違うのか

現在すでに診療所、病院で「かかりつけ医」として診療している医師が総合診療専門医を志す場合の研修プログラムが早急に作られなければならない。志のある医師を「誰も置いてきぼりにしない」柔軟な制度設計が望まれる。それぞれの医師が現在の診療を続けながら履修できて、比較的短期間（移行期には2年程度か）でいままで述べて来た家庭医の専門性がある程度発揮できるようになるためには、かなり密度の高い研修プログラムが必要である。オンラインの教材、電子ポートフォリオ、月数回のセミナー、診療場面のビデオレビュー、評価者による診療現場への訪問アドバイス（サイトビジット）、などの教育方式が考えられる。新たな専門医制度が施行されて行けば、この再教育プログラムを経て総合診療専門医になる医師の数は将来漸減する。しかし一方で、後期研修を経て総合診療専門医になった医師向けにその診療能力を維持・向上させるための生涯教育プログラムが必要になってくる。この移行期の2年程度のプログラムを発展させて、5年程度で再認定に必要な内容をカバーする生涯教育プログラムを作っていけばよい。こうして、日本でもプライマリ・ケアを専門とする医師の教育が徐々に一元化されていくことが望ましい。

（2）総合内科専門医とどう違うのか

名称が似ていることもあり（かつての呼称「内

科専門医」に戻すことも検討されているが)、一般の人はもとより医師でさえ総合診療専門医と総合内科専門医の2つの専門医の役割を区別できなくなることが危惧される。事実、大学病院などの三次医療の場に、これら2つの専門医養成プログラムが同居するような形態で運営されることもあるかもしれない。ただ三次医療の現場でプライマリ・ケアを機能させることには無理があり、そこで学生・研修医に総合診療専門医(家庭医)の専門的な役割モデルを示すことはできない。現在大学病院にある総合診療部は、筆者が主任を務める福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座のように、プライマリ・ケア実践(診療・教育・研究)の拠点群を地域に組織化していくべきだ。内科医ではない、プライマリ・ケアの専門医としての役割モデルを地域の現場で示しつつ総合診療専門医を養成することに加えて、大学医学部・医科大学にプライマリ・ケア専門の講座があることの重要性は、卒前教育で学生が早い時期からプライマリ・ケアの原理・価値観と実践に触れて将来その分野を目指すきっかけとなるインターフェースとしての役割、地域を舞台としたプライマリ・ケアチームの働きを学べる実習のコーディネーターとしての役割、大学院教育も含むプライマリ・ケア研究と教育法の開発を振興する役割、さらには海外のプライマリ・ケア専門家との交流や国際共同研究のハブとしての役割が果たせることである。

(3) 病院総合医とどう違うのか

現在あまり専門性の高くない診療科が集まっている比較的小規模の病院では、診療科ごとに高い専門性を発揮するための人材を確保するのが困難なこともあり、医師不足解消の戦略として総合診療専門医を養成することへの関心が高まっているのを感じる。二次医療をすべてプライマリ・ケアで肩代わりさせようとするその方向性には無理が

ある。しかし、日本の中小病院の現状を考えると、二次医療の機能を規模が大きい病院へ集約して、自らはプライマリ・ケアに特化した病院を目指すこともあってよいと考える。当然、診察室で患者が来るのを待っている医療ではなくて、地域住民すべてをケアの対象として捉え、その予防、健康維持・増進まで含めて取り組まなければならない。筆者の知る限りカナダ、台湾、ハワイでは、よくある問題での入院・検査・手術も含むプライマリ・ケアを家庭医が中心となって提供する病院がよく機能しており地域住民から歓迎されている。ただ、地域住民すべてへの関わりはまだ十分とは言えないので、今後日本でその機能も備えた「病院を基盤としたプライマリ・ケア」の新しいモデルを創出することが望ましい。そうした取り組みが費用対効果に優れ、国民の健康に有益であることをエビデンスで示す研究を進める必要もある。

(4) ヘき地総合医とどう違うのか

へき地の診療所・小規模病院に期待される役割は質の高いプライマリ・ケアであるが、へき地に医師が1人で勤務していても、それだけでその医師がプライマリ・ケアの専門医として機能できるようになる保証はない。へき地でも複数の医師がバックアップしながら学び合える研修環境を作る必要がある。各都道府県では、卒業後に定められた医療機関で規定の期間(義務年限)働くことで返済免除になる奨学資金貸与制度があるが、いままでの日本ではプライマリ・ケアや家庭医療が独立した専門分野と考えられておらず、多くの場合、義務年限内にプライマリ・ケアを専門に研修するキャリアパスを用意して来なかった。こうした環境ですぐ卒業生たちは、専門医と言え大病院で働くもので、地域の中小病院や診療所で働くことが何か二流の仕事のように思えて苦悩している。実際、義務年限を終えれば二次・三次医療

の専門分野への転身を図って地域を去っていくことがほとんどである。優秀な人材であるだけに残念だ。プライマリ・ケアの専門医が魅力ある一流のキャリアであることを彼らに伝え、理解してもらう必要がある。都道府県が貸与制度を改定して、義務年限内に総合診療専門医の後期研修を受けることを奨励することも重要である。地域で働きながら目指す専門医を取得できれば、キャリアの次のステップとしてプライマリ・ケアに価値観と信念を持って後輩たちを教育する指導医になることは自然なことと言える。地域にも定着する。ちなみに筆者が家庭医養成に関わった北海道家庭医療学センター（1996 年開設）と福島県立医科大学 地域・家庭医療学講座（2006 年開設）では、義務年限は存在しないにもかかわらず、いままでの家庭医療後期研修修了者のほとんどがその後も地域（へき地・被災地も含む）で家庭医療/プライマリ・ケアの実践と教育に従事し続けている。

（５）在宅ケア専門医とどう違うのか

いままでの日本の「地域包括ケアシステム」だと、高齢者の在宅ケアだけをしている医師もこのシステムの中心で機能できるように思えてしまう。しかし、日本でさらに目指すべきはプライマリ・ケアの整備であり、そこでは高齢者以外、在宅ケア以外のニーズも多くある。高齢者の在宅ケアだけをしている医師をそのまま総合診療専門医とみなすことはできない。総合診療専門医の研修を修了した後に在宅ケアをより重点的に学ぶことは役に立つだろうが、在宅ケアだけをしている医師が総合診療専門医を志す場合には、（１）で述べたような再教育プログラムに参加することが奨められる。

（６）家庭医とどう違うのか

2017 年から日本で国を挙げて養成される総合

診療専門医が、グローバル・スタンダードの家庭医と比べてどこまで日本でやれているか、どこがどう違うのか。しっかりと評価をする必要がある。本稿で述べてきたことの大前提でもあるが、日本で養成される総合診療専門医の質が高くなければならない。グローバル・スタンダードの研修カリキュラムを作成することと、日本には家庭医・総合診療専門医の指導医も不足しているので、海外の指導エキスパートを招聘して、将来日本での総合診療専門医養成の核となるリーダーたちの養成も進める必要がある。もちろん世界中どのシステムを移植してもそれだけでうまく機能することはなく、日本の文化、社会の実情に合わせて工夫して発展させていかなければならない。

8. 今後の研究課題～医療経済学への期待～

今後、日本でも家庭医・総合診療専門医が地域包括ケアシステムも含めたプライマリ・ケアの整備に大きな役割を果たし、専門分野として発展していくことが期待されるが、その際、家庭医療学の専門性を内外にきちんと示すために、筆者はプライマリ・ケア研究を振興しなければならないと考えている。前述の恩師 McWhinney は次のように述べている^{40,41)}。

ある専門分野が本当に独立したものであるためには、その分野内のみから発せられうる研究課題（リサーチ・クエスチョン）がなければなりません。たとえ研究方法は他の専門分野から借りたものであったとしても、その専門分野の内側にいる者だけが、その方法を適用するコンテキストを知り得るのです。特に方法論上の落とし穴についてはそうです。

オランダのプライマリ・ケア研究は質・量とも

に世界一である⁴²⁾。その主たる要因は、①プライマリ・ケアのシステムとしての整備が出来上がっていること、②家庭医によるプライマリ・ケア研究の教育が充実していること、そして、③プライマリ・ケアのデータベースがあることだと筆者は考えている。

ここで特筆すべきは、オランダではプライマリ・ケアで何が行われているかを可視化できるデータベースが1967年から構築されてきたことである。これは、地域にある複数の家庭医診療所がデータベースを共有する研究ネットワーク（Practice Based Research Network; PBRN）から生み出されて発展してきている⁴³⁾。日本でもプライマリ・ケアの有用性について評価し医療政策を立案するためにも、こうしたプライマリ・ケアのデータベースが構築されることが望まれる⁴⁴⁾。そうして、日本でプライマリ・ケアを専門とする家庭医・総合診療専門医たちから多くのリサーチ・クエスチョンが発せられることを期待している。

また、プライマリ・ケアの整備が国の医療制度改革の重要なアジェンダになるためには、我々だけではなくて、医療経済学の専門家からも多くのリサーチ・クエスチョンが発せられることを期待したい。今回この特別寄稿という貴重な機会をいただいたことを契機に、プライマリ・ケアと医療経済学の学際的な共同研究プロジェクトに興味を持つようになった。たとえば次のようなことを知りたいと思っているがいかがだろうか。

- ・患者中心の医療の方法は医療費を抑えることが出来るか。
- ・プライマリ・ケアを整備する費用は意味のある投資か（その後の費用対効果の高いプライマリ・ケアシステムの完成で回収できるか）。
- ・地域包括ケアシステムを在宅高齢者以外にも広げることの有益性はどうか。

- ・プライマリ・ケアで診療を標準化/包括化することの費用対効果はどうか。
- ・プライマリ・ケアで診療を個別化すると無駄は発生するか。
- ・診療現場での医療費支払い無料化で患者は増えるか。
- ・「ゆるやかなゲートキーパー」制度の費用対効果はどうか。
- ・診療ガイドラインの浸透度と処方薬剤費用の関係はどうか。
- ・どのようなデータベースがプライマリ・ケアに最適か。

プライマリ・ケアが医療費抑制という文脈で語られることがあるが、ケアの質が犠牲にならないことが重要である。そのため、プライマリ・ケアの費用対効果は今後重要となる研究領域である。ただ「費用対効果」と一概に言っても、言う人の立場によってその意味するものは異なるだろう。稿を終えるにあたり、家庭医としての筆者の考えを述べておきたい。

医療で「費用」と呼ばれるものを構成しているのは、かなりの部分が公的な財源である。にもかかわらず、この「費用」が日本では医療機関そして医師の収入と連動しているために、いきおい医療側の関心は、限りある公的資源をどう効率的に配分するかではなくて、いかに自らの収入を確保するかという方向へ向かいがちだ。さらに、ある程度高額な検査や治療が必要とされる二次・三次医療の限られたニーズに対応することに慣れてきた医師が、専門のトレーニングもなくある時期から地域でプライマリ・ケアのニーズを扱いはじめるのが日本の多くの医師のキャリアパスなので、プライマリ・ケアとして不必要な、あるいは優先度の低い検査・治療を評価する能力もそれらから患者を守ろうというインセンティブも乏しい。そ

ういう医療に慣らされて来た日本の患者には（高額あるいは多数の）検査・治療を質の高い医療のシンボルとして尊ぶ傾向がある。医療のブランド志向とも言えるが、そのブランド品が健康を著しく脅かす害・リスクについて、医師は十分な情報を提供しているとは言えない。プライマリ・ケア後進国日本の場合、これからプライマリ・ケアが整備されるにつれて、おそらく最も顕著に認められるのはこれら無駄な検査・治療の減少だろう。そしてそれはケアの質の低下とは関連しないはずだ。

「効果」とは何か。どうやって測るか。現在まで多くの臨床試験・研究が、あることが効くかどうかについての疑問（efficacy）に答えるためにデザインされて来たが、あることが実際の診療現場でどのくらいよく効くかについての疑問（effectiveness）に答えを出すには適さないことが多い⁴⁵⁾。そのため臨床研究で示されたほどの効果が実際の患者で達成されないことが多く経験される。さらに、プライマリ・ケアでは高齢者、重複罹病、ケアの害、予防、未病、医学的に説明不能な症状（medically unexplained symptom; MUS）等々、まだ臨床研究の科学的根拠が乏しい問題に対処することが多く、不確かさ（uncertainty）に耐えながら「効果」を見積もらなくてはならない。家庭医は医学の主観的側面も重視するので、客観的な（と思える）測定値以外に主観的効果を測る方法を探らなければならない。家庭医は資源の管理者でもあり、担当する地域住民すべてをケアの対象と考えるので、個々の患者の利益と地域社会全体の利益とが（たとえば資源配分をめぐる）対立する場合には倫理的問題に発展することもあるだろう^{46,47)}。

プライマリ・ケアでは、このように扱いがやっかいな「費用」と「効果」のバランスで費用対効果を考えることになる。指標の設定や測定方法も

含め新しい研究方法の開発が必要であり、その面でも医療経済学の専門家との連携を期待する次第である。

謝辞

西村周三氏と橋本英樹氏には本稿をお読みいただき貴重なコメントを賜った。記して謝意を表したい。

参考文献

- 1) 厚生労働省老健局高齢者介護研究会. 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立へ向けて～. 2003.6.26（最終アクセス 2014.9.18）
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/index.html>
- 2) 地域包括ケア研究会（平成20年度老人保健健康増進等事業）. 地域包括ケア研究会 報告書 ～今後の検討のための論点整理～. 2009.5.22（最終アクセス 2014.9.18）
http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/dl/h0522-1_0001.pdf
- 3) 地域包括ケア研究会（平成24年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）. 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書『＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』. 2013.3（最終アクセス 2014.9.18）
http://www.murc.jp/thinktank/rc/public_report/public_report_detail/koukai_130423
- 4) 厚生労働省. 地域包括ケアシステム.（最終アクセス 2014.9.18）
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/
- 5) 葛西龍樹. 医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命. 筑摩書房, 東京. 2013.
- 6) WONCA. Global Family Doctor.（最終アクセス 2014.8.29）
<http://www.globalfamilydoctor.com>
- 7) 葛西龍樹. 英国の家庭医療. カレントセラピー 2014;32(2):32-37.
- 8) 澤 憲明: これからの日本の医療制度と家庭医療—第2章 医療制度における家庭医療の役割— 社会

- 保険旬報 2012;(2491):22-30.
- 9) White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-892.
- 10) Green LA, Fryer Jr GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-2025.
- 11) World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. 1978. (最終アクセス 2014.9.18)
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1
- 12) World Health Organization. The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever. 2008. (最終アクセス 2014.9.18)
<http://www.who.int/whr/2008/en/>
- 13) McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. Family-Oriented Primary Care, 2nd ed. Springer, New York. 2005.
- 14) Walter LC, Schonberg MA. Screening mammography in older women: a review. *JAMA*. 2014; 311 (13) : 1336-1347. doi : 10. 1001 / jama. 2014. 2834
- 15) McWhinney IR, Freeman T: Textbook of Family Medicine. 3rd ed., pp.212-213, Oxford University Press, Oxford, 2009
- 16) 葛西龍樹, 草場鉄周 (訳): マクウィニー家庭医療学. 上巻. pp.296-298, ぱーそん書房, 東京, 2013
- 17) van den Akker M, van Steenkiste B, Krutwagen E, Metsemakers JFM. Disease or no disease? Disagreement on diagnoses between self-reports and medical records of adult patients. *Eur J Gen Pract.* 2014 May 16;1-7. doi: 10. 3109 / 13814788. 2014. 907266
- 18) Smellie WS, Ryder SD. Cases in primary care laboratory medicine: Biochemical "liver function tests". *BMJ* 2006;333:481-483.
- 19) National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults. (NICE clinical guideline 127) Issued: August 2011. (最終アクセス 2014.9.18)
<http://www.nice.org.uk/guidance/cg127/resources/guidance-hypertension-pdf>
- 20) Hoffman, RM, Lewis CL, Pignone M, Couper MP, Barry MJ, Elmore JG, Levin CA, van Hoewyk J, Zikmund-Fisher BJ. Decision-making processes for breast, colorectal, and prostate cancer screening: the DECISIONS survey. *Med Decis Making.* 2010;30(5)(suppl):53S-64S.
- 21) Royal College of General Practitioners. GP curriculum: overview. RCGP, London, 2014. (最終アクセス 2014.9.18)
<http://www.rcgp.org.uk/gp-training-and-exams/gp-curriculum-overview.aspx>
- 22) The Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practice (4th edition). RACGP, East Melbourne, 2013. (最終アクセス 2014.9.18)
<http://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/>
- 23) 社会保障制度改革国民会議. 社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～. 2013.8.6 (最終アクセス 2014.8.29)
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>
- 24) Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 3rd ed. Radcliffe Publishing Ltd, London, UK, 2014.
- 25) Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Maynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312 (7023): 71-72.
- 26) 日本 WHO 協会. 健康の定義について. (最終アクセス 2014.8.29)
<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>
- 27) Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(12):CD003267.
- 28) Jani B, Bikker AP, Higgins M, Little P, Watt GCM, Mercer SW. Patient centredness and the

- outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract.* 2012;62(601):e576-81.
- 29) Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
- 30) Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Health care costs and patient-centered care. 前掲書²⁴⁾ PP.328-330.
- 31) 前掲書²⁴⁾ pp.165-311.
- 32) 高柳宏史, 増山由紀子, 吉田 伸, 澤 憲明. 日英プライマリ・ケア交換留学プログラムパイロット事業—英国短期訪問プロジェクト参加報告. *日本プライマリ・ケア連合学会誌* 2014,37(2):141-143.
- 33) 堀田聰子. オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—. *労働政策研究・研修機構. 労働政策研究報告書* 2014;(167):34-38.
- 34) de Blok J, Kroon Y, Leferink A, Sluiter W, 山本則子. 「チームスピリット」が人を、地域を、社会を変える: Buurtzorg に学ぶフラットな組織運営の勘所 (インタビュー). *訪問看護と介護* 2014, 19(6): 427-434.
- 35) 日本看護協会. 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. (最終アクセス 2014.9.18)
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/>
- 36) Moriyama M, Nakano M, Kuroe Y, Nin K, Niitani M, Nakaya T. Efficacy of a self-management education program for people with type 2 diabetes: Results of a 12 month trial. *Jap J of Nurs Sci*, 2009; 6 (1) : 51-63.
- 37) Moriyama M, Takeshita Y, Haruta Y, Hattori N, Ezenwaka EC. Effects of a 6-month nurse-led self-management program on comprehensive pulmonary rehabilitation for patients with COPD receiving home oxygen therapy. *Rehab Nurs*, 2013 Aug 6. doi: 10.1002/rnj.119.
- 38) 前掲書¹⁵⁾ pp.388-389.
- 39) 葛西龍樹, 草場鉄周 (訳): マクウィニー家庭医療学. 下巻. ぱーそん書房, 東京, 2014 (印刷中)
- 40) 前掲書¹⁵⁾ p.10.
- 41) 前掲書¹⁶⁾ pp.12-13.
- 42) Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ*. 2011 Mar 8; 342: d1028. doi: 10.1136/bmj.d1028.
- 43) van Weel C. The continuous morbidity registration Nijmegen: background and history of a Dutch general practice database. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 (suppl 1) : 5-12.
- 44) 井伊雅子. プライマリ・ケア研究事始め—一次世代の医療制度の研究—. ファイザーヘルスリサーチ振興財団 (編). ヘルスリサーチ 20 年—良い社会に向けて—. 2014, 69-76.
- 45) Safford MM. Comparative effectiveness research and outcomes of diabetes treatment. *JAMA* 2014; 311 (22) : 2275-2276.
- 46) 前掲書¹⁵⁾ pp.15-16.
- 47) 前掲書¹⁶⁾ p.20.

Primary care and the integrated community care system in Japan: roles and future tasks

Ryuki Kassai, MD, PhD, FRCGP*

Abstract

The integrated community care system (ICCS) in Japan has been discussed for more than a decade and considered one of the most important developments in health care policy during that time. Yet the discussion seldom addresses issues beyond the scope of home care for the frail elderly. The ICCS is not perceived as including a much wider system that covers all care modalities for all health problems in all age groups – namely, primary care. Japan is among a handful of countries where the system of primary care remains underdeveloped. Primary care is a patient-centered, family-oriented, community-based, and cost-effective service provided through a continuing partnership with users, not only in the management of common health problems but also in the appropriate use of health care resources, prevention, and health maintenance and promotion. Primary care functions as a hub of coordination that creates a network within the community being served and with outside partners.

To date, Japanese medical education has lacked national systems to accredit postgraduate training programs and to certify specialist doctors in all medical and surgical disciplines. Having recognized the urgent need to address this issue, the government has finally decided to introduce appropriate systems starting in 2017 academic year. Constructive discussion is therefore needed to make these systems effective.

Historically, several names have been used in Japan to describe doctors working in communities but these lack sufficient consideration regarding their defined roles and functions in primary care. Although the patient-centered clinical method (PCCM) is well known among family doctors around the world as being the most important core competency of their work, not many Japanese doctors understand the values associated with the method. The PCCM has been extensively researched over the past 30 years and a large-scale study is now underway in Canada to examine whether the PCCM can reduce health care costs. Given this background, the future Japanese training program for primary care should include the PCCM within its curriculum.

Research is another key element that can promote primary care in Japan. For family medicine to become a truly independent discipline in the country, however, there are clearly many research questions that need to be addressed within this field. As health care reforms toward well-functioning primary care are a crucial part of the health care policy agenda, I would like to call on researchers in health economics to conduct collaborative researches on this issue with us.

* Professor and Chair, Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan.

論 文

精神病床入院体系における 3 類型の成立と展開

— 制度形成と財政的変遷の歴史分析 —

安藤 道人^{*1}、後藤 基行^{*2}

抄 録

戦後日本の精神病床入院の急拡大は、主に「行政収容」（精神衛生法下の措置入院）、「公的扶助」（生活保護法下の医療扶助入院）、「社会保険」（公的医療保険による保険給付）という 3 つの異なる制度体系からの公的支出に支えられていた。現在、約 30 万人に及ぶ精神病床入院患者の地域移行が喫緊の政策課題とされているが、この複線的な入院形態が高水準の精神病床入院の形成に果たした歴史的役割は明らかにされていない。本論文は、上記のような問題意識の下、2 つの実証的な課題に取り組んだ。第一に、精神病床入院における「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」の 3 つの公的支出の枠組みは、戦前から戦後へと継承されたという仮説（仮説 I）を検証した。第二に、この 3 つの公的支出経路における戦後の独立した領域での制度改革が、それぞれの経路からの入院者数や公的支出規模の急激な拡大に繋がったという仮説（仮説 II）を検証した。

仮説 I の検証においては、まず「行政収容」による精神病床入院の制度的起源として精神病患者監護法の公的監置を位置づけ、戦後精神衛生法の措置入院との連続性があることを論じた。次いで「公的扶助」による入院の前史を戦前期救護法の医療収容救護に見出し、その規模や運用実態、そして生活保護法の医療扶助入院との関係について検討を加えた。最後に「社会保険」による入院については、戦前期には量的には限定的だったが、戦後の「国民皆保険」下の精神病床入院へと繋がるものであったことを論じた。以上のように、戦後の 3 種類の精神病床入院体系は、未成熟とはいえすでに戦前期にその原型を見出すことが可能であった。

仮説 II については、上述した 3 類型における戦前から戦後にかけての精神病床入院や公的支出規模の拡大の歴史的動態を検証し、戦後の精神病床入院の増加が、それぞれの領域における重要な戦後改革のタイミングに依拠していることを明らかにした。特に、戦後直後から 1960 年代にかけて一貫して精神病床入院の拡大を財源面から支えたのは、精神衛生法下の措置入院というよりも、新旧の生活保護法における医療扶助入院や、皆保険への道を歩みつつあった公的医療保険による入院であり、これらが戦後の精神病床入院増のベースとなったことを論証した。

本稿の主要な成果は、第一になぜ日本の精神病床入院には 3 つの経路からの財政的支出が構造化されているのかという問いに対して歴史的な視点から回答を与えたことである。第二に戦前から戦後にかけての精神病床入院増と公的支出拡大の長期的な動態を 3 類型ごとに検証し、各制度内部の諸改革がその後の入院増と連動していることを明らかにしたことである。

以上より、戦後の精神病床入院に対する複線的な公的支出パターンは、強い政策的意図をもって構築されてきたのではなく、戦前期に既に未熟ながら成立していた 3 つの枠組みを引き継ぐ形で始まり、その 3 領域における独立した制度改革を契機として、精神病床入院増をもたらしたことが明らかになった。

キーワード：精神病床入院、公的支出、精神病患者監護法、救護法、健康保険法、精神衛生法、生活保護法、精神医療史

*1 ウプサラ大学経済学部・住宅都市研究所博士課程：
michihito.ando@nek.uu.se

*2 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部流動研究員：mgoto@ncnp.go.jp

1. はじめに

日本の精神病床入院は、1950 年代から 60 年

代までに急激に拡大し、1955年に約4万5千人ほどだった入院患者数は15年後の1970年には約25万人に達した。図1が示すように、この時期の人口あたりの精神病床入院の増加率は戦前期あるいは戦後初期の増加率とは一線を画している。さらに1979年には入院患者数は30万人を突破し、2012年時点においても約30万人という事実は、この戦後の急拡大期に作られた精神病床入院体制の延長上に現代はなお位置することを示唆している。

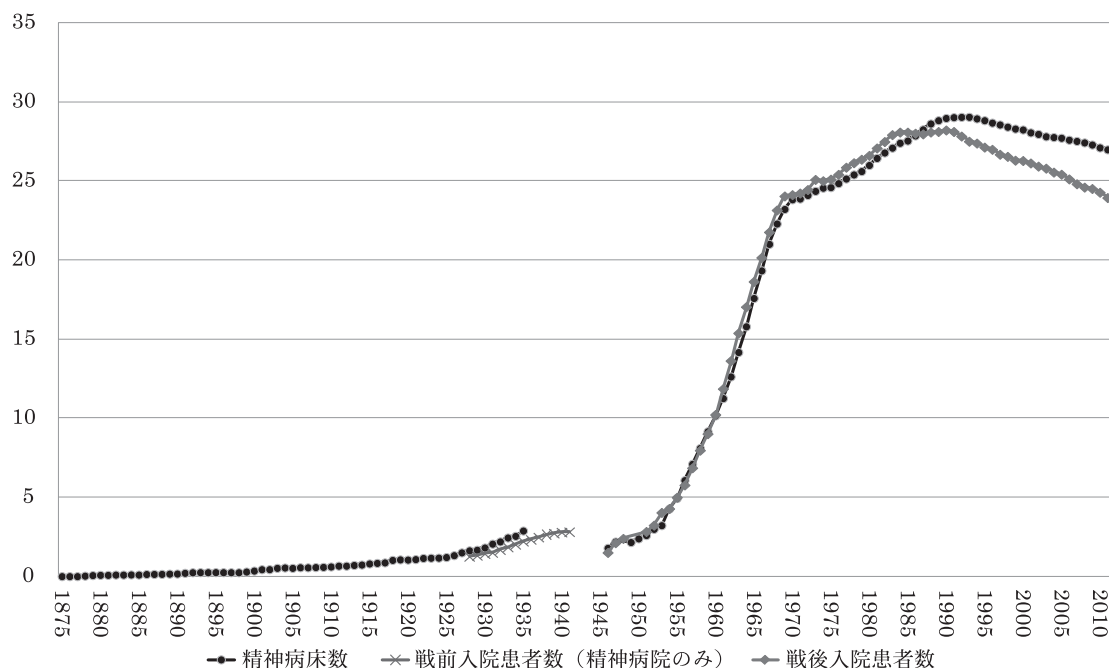
この1960年代までの精神病床入院の急拡大は、主に「行政収容」（精神衛生法による措置入院）、「公的扶助」（生活保護法による医療扶助入院）、「社会保険」（公的医療保険による入院）という3つの異なる制度体系に基づく公的支出に支えられていた。戦後日本社会がかくも巨大な精神病床入院体制を持つに至ったのは、財政的な観点からは

この3つの経路の存在なくしては考えられなかったといつてよい。

本稿はこれら3類型からの精神病床入院体制が、戦前から引き継がれ、かつ戦後の諸改革により急拡大したことを論証する。この論証の目的は、現代日本の政策課題としての精神病床入院の削減の困難さの歴史的・制度的背景の検証である。現在、精神医療の地域移行が喫緊の政策課題とされているが、欧米諸国の脱施設化の歴史的趨勢とは異なり、日本では高水準の精神病床入院がこれまで維持されてきた。この一つの背景として、日本には3つの制度体系に基づく複線的な入院形態と公的支出が存在し、単一の制度改革による病床・入院水準のコントロールが困難であったことが挙げられる。

例えば、戦後急拡大期の1960年代には上述した3領域の全てで精神病床入院の拡大があった

図1 人口1万人あたり精神病床数・精神病床入院患者数



出所) 戦前病床数は岡田(2002)、戦後病床数は『病院報告』各年版に基づいて著者作成。戦前入院患者数(精神病院のみ)は『衛生局年報』各年版、戦後入院患者数は『衛生年報』各年版、厚生省公衆衛生局『わが国における精神障害の現状 昭和38年障害者実態調査』1965年、『病院報告』各年版に基づいて著者作成。

が、措置入院が減少に転じた1970年代以降も、医療扶助と公的医療保険という異なる財政的経路からの入院は増加を続けた。つまり、戦後日本の精神医療の世界的潮流からの逸脱ともいえる入院増の原因を分析するには、精神衛生法に基づく精神病床入院の検証に加えて、生活保護法と社会保険による精神病床入院と財政支出がなぜ1950年代から増加し続けたのかという考察が不可欠である。そしてそのためには、先行研究が必ずしも意識してこなかったこれら3類型の抽出と整理が必要となる。

本稿は、上記のような問題意識の下、大きく分けて2つの実証的な課題に取り組む。第一に、「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」という3種類の財政的経路を通じた精神病床入院体系が歴史的にどのように形成されたのか、という点を明らかにする。第二に、それら3つの経路における精神病床入院および公的支出規模が、いつ、どのように拡大したかを、1930年代から1960年代までを中心に検証する。

本稿の構成は次のとおりである。2節において、本稿の仮説設定と分析手法を述べる。3節では、大規模な精神病床入院を可能にした戦後の3種類の公的支出形態がなぜ成立したかを、戦前まで遡り、法・制度的な観点から実証的に検証する。4節では、戦前からの長期時系列統計を用いて、この公的支出の3類型別の精神病床入院や公的支出規模の歴史的動態を分析する。5節は、考察と結論である。

2. 仮説設定と分析手法

精神医療史の先行研究では、戦前期の関連制度に関して、私宅監置や家族の監護責任を定めた、日本で最初の精神病に関わる法律である精神病患者監護法（1900年、以下監護法とも呼称）に論点

が集中してきたといっていよい。また、戦後精神医療の入院形態についての研究では、共に実質的な強制入院である、措置入院（本人及び関係者の同意なしでも可能）と同意入院（本人の同意がなくても保護義務者の同意で可能）の問題が主に取り上げられてきた。

しかし、本稿は、こうした精神病床入院の強制性の問題ではなく、その財政的な拠出区分に着目して分析を行う。そのことにより、先行研究では正面から論じられてこなかった、戦前から戦後にかけての財政上の複線的な精神病床入院の全体像を考察していく。そのために、本稿では後藤（2012a¹⁾；2012b²⁾；2013³⁾）^{注1}の研究を基礎としつつ、2つの仮説を提示してその実証的な検証を試みる。最初の仮説は以下のようなものである。

仮説Ⅰ：精神病床入院に対する「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」の3つの公的支出形態は、戦前から戦後へと継承されたものである。

戦前と戦後における精神病床入院への公的支出体系は、表1に整理したように、「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」の3種類に分けることができる。仮説Ⅰはこの3類型による精神病床入院が、戦前に形成され戦後へと継承されたことを論じる。

この仮説Ⅰを先行研究と比較すると以下のように整理できる。第一に「行政収容」について、これまでの精神病患者監護法研究は私宅監置研究が中心であり、市町村長責任によって実行される病院等への公的監置の研究は十分になされてこなかった。本稿では、後藤（2012a,b）の成果を踏まえ、戦前の監護法第6条の公的監置が戦後の措置入院へと続く「行政収容」型の入院の制度的原型であると捉える。

第二に「公的扶助」について、戦前の救護法が

表1 戦前・戦後の精神病床入院における公的支出形態の3類型

	戦前	戦後
	「行政収容」による入院	
入院形態	公的監置	措置入院
公的支出の法的根拠	精神病患者監護法 精神病院法	精神衛生法
	「公的扶助」による入院	
入院形態	医療収容救護	医療扶助入院
公的支出の法的根拠	救護法	生活保護法
	「社会保険」による入院	
入院形態	私費・社会保険による入院	社会保険による入院
公的支出の法的根拠	健康保険法、 国民健康保険法等	健康保険法、 国民健康保険法等

出所) 著者作成

戦後の生活保護法の前身であることはよく知られており、従って救護法下の医療収容救護は、戦後の精神病床入院において大きなプレゼンスを占める生活保護下の医療扶助入院の制度的起源と考える。にもかかわらず、精神障害者の救護法による収容救護に関する研究はほぼ皆無である。本稿では、後藤（2013）による実証研究を基に、「公的扶助」型入院の起源として救護法下の医療収容救護を捉える。

第三に「社会保険」について、戦前においても精神病患者監護法、救護法、そして後述する精神病院法（1919年）のいずれにも基づかない私費及び社会保険入院が一定規模で存在し、これらの入院形態は、戦後の国民皆保険化を通じて大規模な社会保険入院へと転じた。本稿では、戦前期の私費・社会保険入院を、「社会保険」型の精神病床入院の起源と考える。

しかし、この3種類の公的支出形態の制度的骨格が戦前から継承されたとしても、戦前から戦後にかけて全く同一の制度が存続したわけではない。むしろ諸制度が大きく改革されたからこそ戦後の精神病床入院や公的支出の拡大が実現したはずである。従って、「行政収容」、「公的扶助」、

「社会保険」という公的支出の枠組みが、その基本的構造を維持しつつ、戦前から戦後にかけてどのような質的転換を遂げたのかも検証する。ただし、個々の法・制度における戦後改革の内容については既に岡田（2002）⁴⁾、精神保健福祉行政の歩み編集委員会（2000）⁵⁾、広田（2004）⁶⁾、寺脇（2007）⁷⁾、副田（1995）⁸⁾、吉原・和田（2008）⁹⁾等、多くの研究蓄積があるため、戦前からの制度的継続性を踏まえた簡潔な記述に留める。

次いで、仮説Ⅰを踏まえた上で、以下の仮説を提示する。

仮説Ⅱ：上記の3つの公的支出経路における独立した戦後の諸改革は、それぞれの経路における精神病床入院者数や公的支出規模の急激な拡大に繋がった。

仮説Ⅰでは精神病床入院への公的支出の枠組みの制度的継続性という側面に焦点を当てるが、実際に生じたのは戦後における非連続的ともいえる精神病床数や入院患者数の急増であった。その一つの理由は、この3つの公的支出形態における戦後改革が、それぞれの公的支出の対象者や給付

レベルを拡大したことによると考えられる^{注2}。特に精神病床入院増の分析にとって重要と考えられるのが、生活保護法と社会保険領域での改革である。これらは精神医療政策とは異なる歴史的経緯や財源によって形成されたにもかかわらず、精神病床入院に大きな影響をもたらした。従って、仮説IIでは3類型別に戦後改革と精神病床入院増のタイミングの関係を検証することによって、戦後の制度改革の影響を検証する。

ただし、仮説IIが提示する「戦後改革による精神病床入院の急拡大」という事実自体は多くの先行研究が自明としている。しかし、精神衛生法の改正に関心が集中しており、生活保護法や社会保険の動きはほとんど注目されておらず、また戦前から戦後の推移を統計的に検証している研究は管見の限り存在しない。例外的に中山（1980）¹⁰⁾は、本稿と同様に措置入院・医療扶助・社会保険別に精神病床入院の増加を考察しているが、分析は戦後の入院患者数に限定され、事実関係の推移に叙述の重点があるため、歴史的背景などは論じていない。

最後に、本稿における分析手法について述べる。まず仮説Iの検証は、主に戦前・戦後期の一次史料、一次統計及び二次文献を用いた法・制度分析によって行う。一方、仮説IIの検証は、戦前・戦後期の一次統計を接続し、必要に応じて推計値を加えた国レベルの長期時系列統計を用いて、記述統計分析を行う。

3. 仮説Iの検証

本節では、仮説Iの検証を「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」それぞれの領域において行う。

(1) 「行政収容」による監置・入院

① 先行研究における精神病患者監護法

近代日本において、精神疾患に関連する最初の

全国的法制度は精神病患者監護法（1900年）である。先述のように多くの先行研究は、同法を私宅監置の合法化と監護義務者規定という二つの文脈に着目して解釈してきた。例えば、戦後日本の精神医学界の権威であった秋元波留夫は、「この法律の目的は社会にとって危険な存在である精神病患者の監禁を家族に義務付け（「監護義務者」）、自宅に監禁すること（「私宅監置」）を警察の許可制にして合法化することであった」と記述している（秋元、2000）¹¹⁾。また岩尾（2012：416）¹²⁾は、精神衛生法以来の保護者制度について「精神病患者監護法からわが国で延々と続けられてきた精神障がい者の非自発的入院を「私人の責任・費用」で行ってきた残滓」であると批判する。

このように精神病患者監護法は、公安的であることと、患者管理を家族など個人の責任・費用で行わせるという意味において、「私宅監置は日本の精神科医療の原型」（吉岡 1982：41）¹³⁾、「私宅監置こそ日本の精神科医療の原型」（岡田 2002：141）として、精神医療にまつわる歴史の重要な核として位置づけられてきた。

② 精神病患者監護法第6条—公的監置

上にみたように、戦前期日本の精神医療についての先行研究では、公的な関与というものは、一貫して消極的なものとして理解されてきた。しかし、一方で監護法はその第6条で、市区町村長責任による公的監置を定め、表2にあるように、同条による公的監置は、1930年代後半までその運用上の重要性を増大させてきたことが分かる。また、その運用法規（明治33年勅令第282号、「精神病患者監護法第六条及第八条第三項ニ依レル監護ニ関スル件」）の内容は、警察・市区町村長・知事の3者だけで強制的監置を可能にするものだった¹⁴⁾。

こうした精神障害者の強制収容が1937年末の時点で5000人を超えた。この数字は、現在では

表 2 戦前期における精神病患者監護法第 6 条による公的監置の位置

年次	(A)主に私宅 監置	(B)監護法 第 6 条による 公的監置	(C)精神病院 法による 公費入院	(D)監護法・ 病院法による 公費収容 =B+C	(E)精神病院 入院患者数	B/A (%)	B/D (%)	B/E (%)
1905	2820	709		709	—	25.1%	100%	—
1910	3395	1102		1102	—	32.5%	100%	—
1915	4164	2009		2009	—	48.2%	100%	—
1920	4044	2385		2385	—	59.0%	100%	—
1925	4770	1462	2356	3818	—	30.6%	38.3%	—
1930	6101	3101	4131	7232	9257	50.8%	42.9%	33.5%
1935	6797	4103	5439	9542	15381	60.4%	43.0%	26.7%
1940	5772	2665	8415	11080	20132	46.2%	24.1%	13.2%

出所)『衛生局年報』各年版

注 1) (B)監護法第 6 条における公的監置は、「官公私立病院ニ監置シタル者」における「市区町村長ノ監置」と、「其ノ他ノ場所ニ監置シタル者」における「市区町村長ノ監置」の合計値。なお、後者は(E)精神病院入院患者数には含まれない。

注 2) “—”は該当統計が欠損していることを示す。

「絶対隔離政策」として知られるハンセン病収容患者数が同年で 6549 人（ほぼ公費、一部施療）だったことと比較すると、監護法第 6 条適用患者数の大きさが理解できる。

③ 公的監置から措置入院へ

戦後、精神衛生法が 1950 年に制定され、精神病患者監護法、精神病院法は廃止された。措置入院はこの精神衛生法第 29 条に定められたもので、2 人以上の精神衛生鑑定医の診断結果、患者が自傷他害のおそれがある時は、本人及び関係者の同意がなくても、知事は患者を入院させることができる、という規定である。

先行研究では、この措置入院の起源として、1919 年に制定された精神病院法を挙げるものが散見される。例えば、岡田（2002：202）は「知事の命令による強制入院である措置入院制度は、精神病院法の知事命令による入院」を踏襲したとし、山下（1987：208）¹⁵⁾ も「行政権力によって、精神障害者を精神病院に隔離収容しようとしたもので、現行法における措置入院に相当する」と書いている。

しかし本稿は、監護法の運用実態並びに施行令や施行規則等の解釈から、精神衛生法の措置入院

の制度上の原型としては、精神病院法だけではなく監護法第 6 条の公的監置制度をより重視すべきと考える。その理由は、監護法第 6 条のもつ以下の法的側面である。

- 原則的に行政機関による患者の強制的な病院収容体系であること。
- 原則的に収容に関わる経費が公費負担であること。
- 最終的に知事の認可によって正式に実行されること。

このように、人権上の拘束に関わる監護法第 6 条の公的監置が強制収容、公費負担、最終責任者としての地方長官という 3 つの要素をもつことは、措置入院の本質的機能との連続性を描定する上で不可欠のものと考えられる。精神病院法にも類似した規定は存在するが、監護法は精神病院法に史的に先行する。さらに、監護法第 6 条を措置入院の雛型とすべき理由は以下の点からも補強できる。

- 精神病院法、精神病院法施行ニ関スル件、精神病院法施行令、精神病院法施行規則^{注 3)}のいずれも、強制収容の具体的手続きに関する規定が存在しないこと。

- 精神病患者監護法第6条の運用規定である明治33年勅令第282号第1・2条には、行政による患者の強制的な収容を可能にする手続きが定められていること。

これらの点より、精神病患者監護法第6条の公的監置は、戦後措置入院との連続性を持ち、かつ精神病院法よりも重要な制度的原型だとみなすことができる。また、近代日本における精神障害者に対する公的強制収容の法体系は、監護法第6条及びその運用規定（特に明治33年勅令第282号）によって初めて全国的に構築され、運用されてきたと結論づけられる。

その後、監護法・病院法を引き継ぎ1950年に成立した精神衛生法の措置入院は、都道府県の支弁費に対し10分の5の国庫補助が定められた。また、1961年に精神衛生法が改正され、国庫補助額は10分の8まで増額された。中山（1980）や岡田（2002）ら多くの先行研究が指摘するように、この改正により、生活保護法の医療扶助と国庫補助額が同等となったこともあり、同年以降の数年間における措置入院者数の増加は際立ったものとなった。

（2）「公的扶助」による収容救護・入院

① 先行研究における救護法

救護法は、当時の社会的貧窮の広まりを背景に1929年に制定され、32年より施行された、いわゆる一般的救貧制度と呼びうるものである。小山（1951：3）¹⁶⁾によれば、戦後の生活保護法は「その法技術的構成の範を昭和四年（1929年）の救護法に採つて」いる。また、寺脇（2007：24）は、「救護法と言え、現行の生活保護法（1950年制定のいわゆる新法）に代表される公的扶助制度の前身として位置付けられる」と述べている。このように、救護法と戦後生活保護法の制度的連続性は明らかである。また、本稿の主題上重要であるのは、数は少ないとはいえ、この救護法の適

用により戦前期においても精神病患者の病院収容が行われていたことである。そしてその後継制度である生活保護法は、1950年代から70年代において入院患者総数の約35%から50%をカバーし、同時期の精神病床入院増に最も大きなインパクトを持っていた（桑原、1997）¹⁷⁾。

しかし、先行研究をみると、例えば岡田（2002）には、戦前期の救護法については事実上言及がなく、生活保護法の医療扶助入院についても戦後の大規模な精神病床入院に果たした役割は考察の対象となっていない。また、精神医療に関連した行政制度をまとめた著書でも、救護法にはやはり言及がなく、生活保護法も精神医療と関係が深い制度として扱われていない（精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会、2000；広田、2004）。救護法と精神医療の関わりはほとんど研究されてこなかったといつてよい。

② 救護法による医療収容救護

救護法は日本の歴史において実質上初めて救貧的（公的扶助的）経路から精神病患者の病院収容への公費投入を制度的に可能にしたものといえる。それまでも精神病患者監護法、精神病院法という公費収容を可能とする特別法が存在したが、どちらも適用に際して患者世帯の経済状況を第一要件としておらず、実際の運用においても救療的な形態としては機能していなかったと考えられる。

なお、救護法による精神病院への収容患者数に関する数値は、唯一1935年末の数字だけが、菅（1937）¹⁸⁾によって信頼できるものとして残っている。それを表したのが図2である。図2からも分かるように、当時救護法によって少なくとも1,000人程度が収容救護されており、全精神病院入院者数（15,000人）に対する割合として約7%、全公費入院患者の合計9,000人超に対して11%程であった。一方、救護法の全体の統計を表したのが表3である。表3をみると、1935年

図2 精神病床入院患者数の費用支払別区分（1935年末、全15306床）

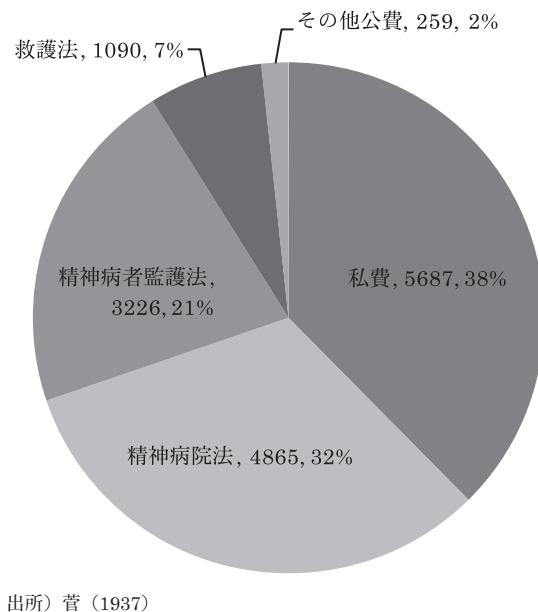


表3 救護法実施状況（1933－39年）

年月日	救護人員総数		方法別		種類別					
			居宅	収容	生活扶助		医療		助産	生業扶助
					うち収容		うち収容			
1933	実数	110,563	103,334	7,229	105,688	6,916	4,559	313	252	0
9.30	比率	100%	93.5%	6.5%	95.6%	6.3%	4.1%	0.3%	0.2%	0.0%
1935	実数	132,332	120,644	11,688	121,575	7,625	10,459	4,049	150	148
3.31	比率	100%	91.2%	8.8%	91.9%	5.8%	7.9%	3.1%	0.1%	0.1%
1937	実数	141,368	127,769	13,632	131,605	9,608	9,659	4,021	39	65
3.31	比率	100%	90.4%	9.6%	93.1%	6.8%	6.8%	2.8%	0.0%	0.0%
1938	実数	132,440	118,063	14,377	121,018	9,990	11,374	4,386	22	26
3.31	比率	100%	89.1%	10.9%	91.4%	7.5%	8.6%	3.3%	0.0%	0.0%
1939	実数	118,319	103,978	14,341	107,487	9,998	10,821	4,340	8	3
3.31	比率	100%	87.9%	12.1%	90.8%	8.5%	9.1%	3.7%	0.0%	0.0%

出所）寺脇隆夫（2007：572）より作成

3月末に救護総人員130,000人超に対し収容救護人員は12,000人弱で、うち医療での収容は約4,000人である。従って、救護法による医療収容の少なくとも4分の1程度は、精神障害者であったと考えられる。

③ 医療収容救護から医療扶助入院へ

既述のように、救護法は生活保護法の前身である。一方、精神障害者に対する救護法の医療収容救護と、生活保護法の医療扶助入院の連続性について考察した研究は存在しないと考えられる。従ってここでは簡潔に、前者から後者への制度的継承について確認する。

まず、戦中期に救護法を補充するものとして、軍事扶助法、医療保護法、戦時災害保護法などが相次いで立法化された。そして戦後、救護法とこれらの関連法を統合する形で1946年に旧生活保護法が成立した。この旧生活保護法は、基本的な内容を救護法から引き継いでおり、また同第45条で救護法の認可を受けていた施設は生活保護法でもそのまま認可施設となることが定められた。この点からも、救護法での収容と生活保護法の扶助入院は制度上の継続性をもっていたと言える。また、1949年度の『衛生年報』の精神病院統計によると、この旧生活保護法の医療扶助によって、年末時点で5,067人の精神病患者が入院しており、同年末の医療扶助での総入院患者数13,514人の4割弱を占め、監護法と病院法による入院患者数2,300人を大きく上回った。これは、旧生活保護法において、地方自治体が支弁した保護費に対して10分の8の国庫補助費が認められたことに起因すると考えられる。というのも、救護法では国庫補助が2分の1、監護法は国庫補助ゼロ、精神病院法も6分の1にとどまっていたからである。

このように、救護法から生活保護法へ至る過程において、精神障害者の収容・入院も制度的に拡

大した。また、1961年以降は各種扶助基準が大きく引き上げられ、世帯分離要件が緩和されるなど、生活保護制度自体の大きな水準向上期であった。さらに戦後は地方財政平衡交付金（1950年度施行）や地方交付税交付金（1954年度施行）など本格的な財政調整制度も形成されたため、生活保護法の適用に際し地方自治体の実質的負担は相当程度縮減され、精神障害者の医療扶助入院も財政上容易になった。

本節にみたように、歴史的に重要なのは、遅くとも1930年代半ばには、「公的扶助」的経路からの精神病床入院の制度的原型が救護法により生成され、それが戦後の生活保護法に継承されていったと認められることである。この生活保護法による公的扶助的な経路からの精神病床入院には、巨額の公費が投入され、戦後直後から1960年代にかけて、生活保護法下の医療扶助入院は、精神病床入院増に関連する制度上最も重要なものとなっていくのである。

（3）「社会保険」による入院

① 戦前期における私費・社会保険による精神病床入院

戦前期における精神科病床への入院に対する社会保険給付については一次資料がほとんど確認されておらず、有力な先行研究も存在しない。従って健康保険法（1927年施行）や国民健康保険法（1938年施行）等に代表される戦前の社会保険法に基づく保険給付が、どの程度、どのように精神科の入院医療に投じられたのかは不明である。

数少ない例外として、後藤（2013）が使用した川崎市公文書館所蔵の行政文書の中には、1932年から40年の間における全50件の精神病での収容救護に関する事例の中で、少なくとも3件の健康保険法の適用による入院事例（内2件は精神病院、1件は一般病院）が記録されている。いずれも当時の健康保険法の期限である180日

間を満了して退院となるが、すぐに生活が行き詰まり、後に救護法での収容に切り替えられている。これらの事例は、戦前においても社会保険による精神病床入院が一定の役割を果たしたケースがあることの証左であるものの、その運用実態の全体像を把握することは困難である。

しかし、4節で示す長期統計でも明らかなように、時代が下るごとに私費入院患者は増えており、これは、Suzuki (2003)¹⁹⁾も指摘するように、1930年代頃から（私立）精神病院に治療を求めて自費入院する患者層が拡大してきたことを示唆している。これらの中には、健康保険法に基づく社会保険給付によって入院していたものも一定数いたと推測される。

② 戦後「国民皆保険」への拡大

(3)－①で記述したように、戦前の精神病床入院における社会保険のプレゼンスは不明確であり、統計上は私費入院のカテゴリーの中で扱われていた。当時の社会保険の状況を見ると、国民健康保険法や職員健康保険法（1940年施行）の施行前は、公的な社会保険の被保険者数は1935年時点でも304万人（政府管掌が209万人、組合管掌が94万人）に過ぎず（吉原・和田、2008：63）、さらに戦前の社会保険の給付範囲は戦後と比べると限定的であった。これらを勘案すると、戦前における精神病床入院に対する社会保険給付は、私費入院費用のごく一部を補うにすぎない規模であったと推測される。

このような状況は戦時下の社会保険制度の拡大と戦後の国民皆保険の実現により大きく変化する。この戦前から戦後にかけての社会保険制度の継承と拡大については吉原・和田（2008）等の研究があるため詳述は避けるが、社会保険の制度的骨格は戦前から戦後へと継承された一方、その規模は国民皆保険の実現によって大きく拡大した。精神病床入院に限っても、戦後の皆保険化によって

精神病床への私費入院は社会保険による入院に置き換わり、措置入院や公的扶助入院による公費投入の対象とならなかった精神病床入院を財源的に支えたといえる。

すなわち、「行政収容」や「公的扶助」に加えて、「社会保険」の領域においても、戦前から継承された制度をベースとした制度の拡大と支出増が実現し、精神病床入院もその影響下で増加していったと考えられる。

4. 仮説 II の検証

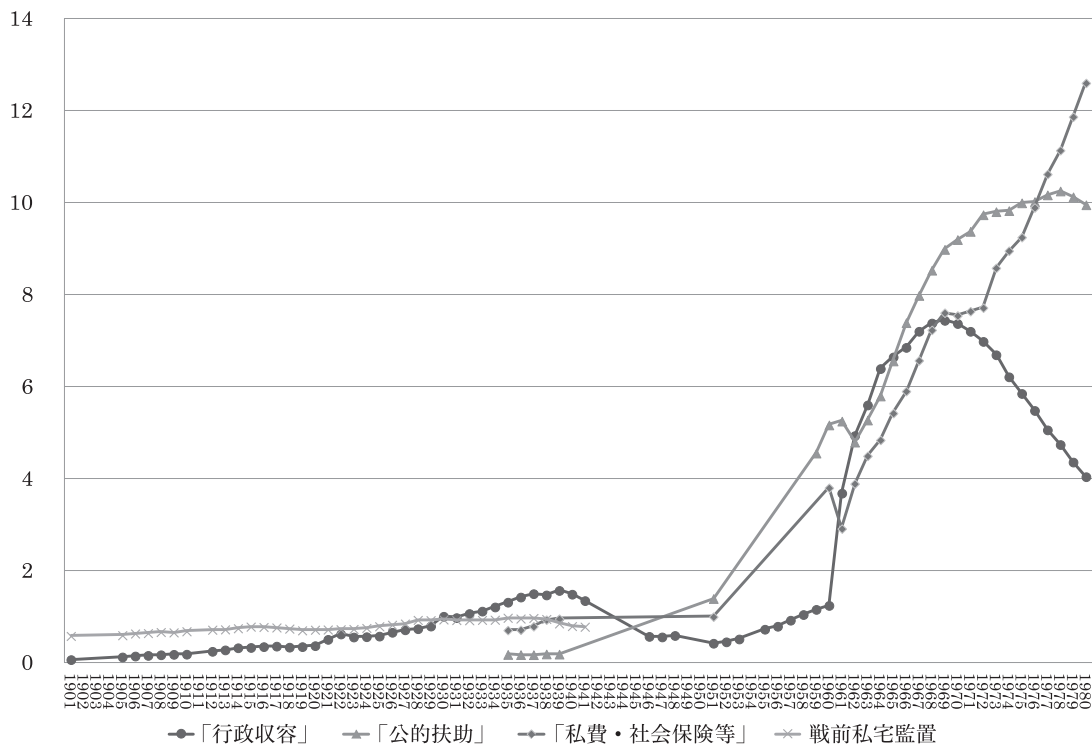
本節では、3節までの考察を踏まえ、国レベルの長期統計を用いて仮説 II を検証する。

(1) 支出形態別の精神病床入院の拡大

図3は、「行政収容」、「公的扶助」、「私費・社会保険等」という精神病床入院への3つの支出形態別に、戦前から戦後を通じた入院患者数の実数あるいは推計値を示している^{注4}。また参考のために監護法による私宅監置者数の推移も記した。まず戦前をみると、第一に、1930年を境に「行政収容」による公費入院者（すなわち監護法・病院法による公費入院者数）が私宅監置者数を上回っている。地域差等の違いに考慮する必要があるものの、これは戦前においてすでに精神障害者に対する収容形態の中心が、量的には私宅監置から病院での公的収容に移行しつつあったことを示している。第二に、「私費・社会保険等」も1930年代後半は私宅監置者数と同水準に達していた。つまり、1930年代後半には、私費・公費による病院への入院・監置がそれぞれ私宅監置と同等あるいはそれ以上の水準で存在した。一方で、戦前の「公的扶助」による入院は、全国で1000人を超える程度の救護法による患者数に限定されていたと推測される。

次に、戦前から戦後にかけての支出形態別の入

図3 支出形態別の人口1万人当たり精神病床入院患者数（1901－1980年）



出所）戦前統計は、『衛生年報』各年版、『衛生局年報』各年版、菅（1937）、寺脇（2007）に基づいて著者作成。戦後統計は『衛生年報』各年版、厚生省公衆衛生局『わが国における精神障害の現状 昭和38年障害者実態調査』1965年、『病院報告』各年版、『厚生省報告例』各年版、『精神保健福祉課調』各年版、『福祉行政報告例』各年版に基づいて著者作成。詳細はウェブサイト「精神医療データベース」（注3にURL記載）を参照のこと。

院患者数の転換をみると、従来の研究では看過されてきた戦前から戦後初期にかけての精神病床入院の歴史的動態が明らかになる。第一に、1930年代を通じて主流な入院形態であった「行政収容」による公費入院は戦後にいったん減少し、1950年代は比較的低水準であった。そして1961年に急拡大し、その後は一時的に3類型の中で最も高水準となったが、増加率は徐々に低下し、1971年より減少に転ずる。第二に、戦前では非常に低水準であった「公的扶助」による入院患者数は、新生活保護法施行の翌年の1951年の時点で既に「行政収容」や「私費・社会保険等」による入院患者数より高い水準であった。3－(2)－③で示した1949年度の精神病院統計も踏まえ

ば、この戦後初期の医療扶助入院の拡大は旧生活保護法の施行後に既に生じていたと考えられる。第三に、「私費・社会保険等」による入院の水準は、1951年時点では1930年代末と大きく異なるものの、1951年から1960年にかけて大きく拡大している。高木（1994）^{20）}が示すように同時期は社会保険適用人口の拡大期であり、その影響と考えられる^{注5）}。

すなわち、1950年代における精神病床入院の急増期において、精神病床入院の拡大の財源面から見た主役は、1950年に施行された精神衛生法下の措置入院ではなく、新旧の生活保護法における医療扶助入院や、皆保険への道を歩みつつあった公的医療保険による入院であった。むろん精神

衛生法により措置入院とともに導入された同意入院は、財源的には医療扶助や社会保険に支えられていたが、入院形態としては精神衛生法に規定されており、同法のインパクトを過少評価するべきではない。しかし、この時期の急激な入院増を財源的に支えたのは、精神衛生法ではなく、「公的扶助」と「社会保険」（あるいは私費）という異なる制度的体系だったのである^{注6}。

次いで1960年代は、措置入院の急増をはじめ、生活保護の各種扶助基準の引き下げや皆保険化の実現などを背景に、「行政収容」、「公的扶助」、「私費・社会保険等」のすべての領域で精神病床入院の急激な増加が生じた。一方、1970年代は、措置入院次いで医療扶助入院が減少傾向に入る一方、社会保険による入院は伸び続け、その趨勢は1990年頃まで続く。

最後に、歴史的動態の中でこの3つの支出形態がどのような補完関係を有していたかについて検討する。第一に旧・新生活保護法の成立は、「行政収容」（措置入院）から「公的扶助」（医療扶助入院）への代替を促したと考えられる。これは実本（1952）²¹⁾にて取り上げられている1952年の厚生省社会局長・公衆衛生局長の連名通知の内容とも整合的である。この通知により都道府県は、当時は国庫補助率が低かった措置入院に本来は該当する患者を医療扶助の適用とすることで、財政負担を軽減させることが認められた。そのため、1950年代の扶助入院には措置入院の対象となるはずであった患者が混入していたと考えられる。

第二に、この精神衛生法と生活保護法の国庫補助率の格差は1961年の精神衛生法改正により消滅し（3-(1)-③参照）、その直後に措置入院は急増したものの、同時期の医療扶助入院の減少は一時的なものに留まり、1960年代後半には医療扶助入院は措置入院を上回るペースで増加した

（図3参照）。これは、生活保護法の制度的拡張期でもあった1960年代において（3-(2)-③参照）、医療扶助入院は措置入院とは質的に異なる独立した精神病床入院の受け皿となっていたことを示唆している。

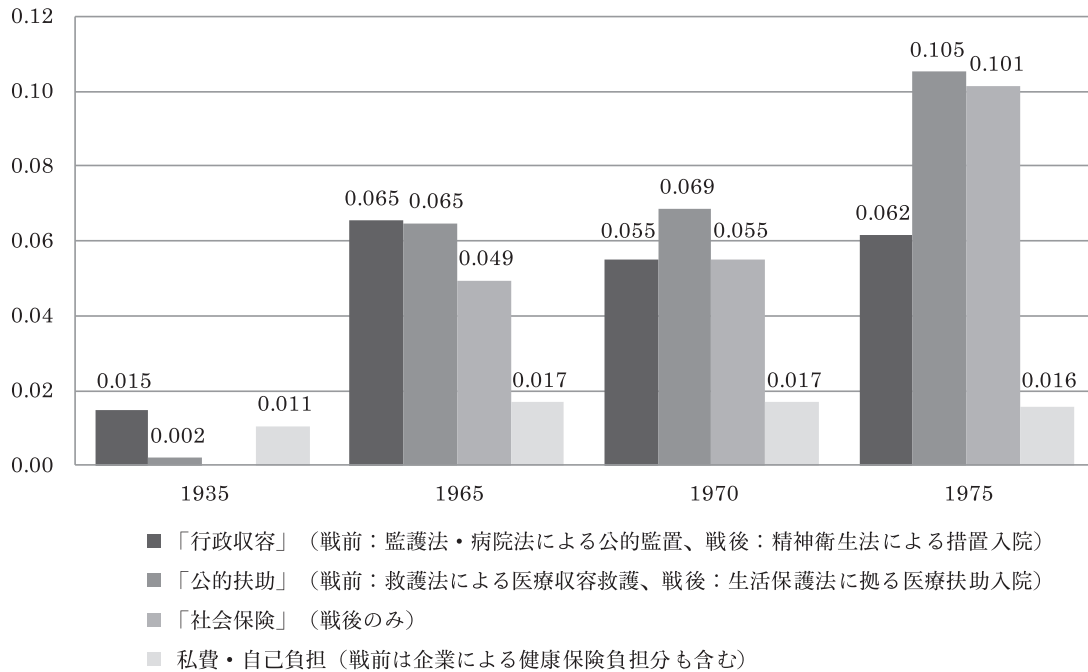
第三に、1970年代以降、「行政収容」型入院は急減し、「公的扶助」型入院の増加も鈍化する一方、「社会保険」型入院は急増していく。これは「行政収容」及び「公的扶助」型入院が、ある程度「社会保険」型入院に代替されうるものだったことを示唆しており、その検証は今後の課題である。

（2）公的医療支出の拡大

次に、4-(1)の入院者数による分析を補うために、「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」の3領域での精神病床入院への公的支出規模そのものを分析し、その戦前から戦後にかけての変遷の特徴を明らかにする。図4は、戦前および戦後の精神病床入院費用の対GDP比の推計値を、「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」、そしてそのいずれにも属さない「私費・自己負担」に分けて記載している。統計上の制約により、戦前は1935年のみ、戦後は1965年以降のみの推計値である。また推計に用いる国民医療統計は、戦後初期においては「制度区分別」統計のみが入手可能であるため、本分析における戦後の「社会保険」には、国庫・都道府県負担の公費分も含まれるという限界もある。

これによると、1935年には「行政収容」に基づく公的支出の対GDP比はわずか0.015%、「公的扶助」は同0.002%であるのに対し、戦後の1965年には両者ともに0.065%まで上昇し、かつ「社会保険」に基づく公的支出の対GDP比も0.049%に達する。すなわち、戦前から戦後にかけて、精神病床入院への公的支出は顕著に増加している。また1970年、1975年においては

図4 支出形態別の精神病床入院への公的支出の対GDP比（推計値、%）



出所）戦前は菅（1937）の「精神病者実数」と「経常費」及び一橋大学経済研究所の『戦前期日本県内総生産データベース』の「粗付加価値額」に基づき著者推計。戦後は『病院報告』の「措置入院患者数」、『社会福祉業務報告』の「医療扶助入院患者数」、『国民医療費』の「公費負担」及び「国内総生産」に基づき著者推計。推計の詳細はウェブサイト「精神医療データベース」を参照のこと。

「行政収容」の対GDP比は微減・横ばいであるものの、「公的扶助」や「社会保健」の対GDP比は飛躍的に伸び、1975年には共に0.1%を超える。戦前においては「行政収容」に基づく公的支出が中心であったことを踏まえると、ここでも戦後は「公的扶助」や「社会保険」に基づく公的支出のプレゼンスが顕著に高まったことが確認できる。

以上の本節の分析をまとめると、次の2点が指摘できる。第一に、戦後の精神病床入院や公的支出規模の拡大は、「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」という戦前から引き継がれた3つの公的支出経路のいずれにおいても生じている。第二に、戦前から戦後への転換期における精神病床入院の増加のタイミングは、それぞれの領域で異なっている。まず公的扶助による入院の拡大は旧

生活保護法の時代から生じていたと推測され、1951年には、戦前の医療収容救護はむろんのこと同時期の措置入院と比べても高い水準の精神病床入院をファイナンスしていた。一方、社会保険による入院は1951年時点では戦前の水準とさほど変わらなかったものの、皆保険前夜の1950年代において着実に拡大したと考えられ、その増加率は1960年代の皆保険達成以降はさらに高くなる。最後に、戦前は3類型の中で最も高い水準であった「行政収容」による公費入院は1960年代までは戦前を下回る水準であったが、1961年の精神衛生法改正等を契機に急激な増加に転じ、1970年からは早くも急減し始めた。

5. 考察と結論

本稿の主要な成果は、第一に、日本の精神病床入院に対する「行政収容」、「公的扶助」、「社会保険」という3つの公的支出形態が戦前から戦後へと継承されたことを論証したことである。第二に、戦前から戦後にかけての精神病床入院者と公的支出規模の長期的動態を3類型ごとに検証し、各類型における戦後の諸改革がその後の病床入院増と連動していることを確認したことである。

その結果、「公的扶助」と「社会保険」という精神医療に特化しない領域における制度変更に、精神病床入院増を財源面から支えたことが明らかとなった。また、この両経路からの入院増は「行政収容」による入院が減少を始める1970年代以降も続き、同時期以降に日本が国際的な脱病院化の潮流から取り残された一つの制度的要因になったと考えられる。つまり、精神医療の特別法たる精神衛生法ではない、生活保護法と社会保険諸法の改革や変動のほうが、財政的な面では精神病床入院数の推移に重要な意味を持っていたのである。

以上より、戦後の精神病床入院に対する複線的な公的支出パターンは、強い政策的意図をもって構築されてきたのではなく、戦前期に既に未熟ながら成立していた3つの枠組みを引き継ぐ形で始まり、その3領域における独立した制度改革を契機として、精神病床入院増をもたらしたことが明らかになった。

一方、これら3類型からの精神病床入院には、入院患者の社会的属性、入院期間、入院実態等において大きな違いが存在したと考えられる。こうした点の検証は今後の課題としたい。

謝辞

本稿は、第16回2012年度（平成24年度）医療経

済研究機構の研究助成を受けて執筆された。記して感謝の念を表したい。執筆の過程では、猪飼周平先生（一橋大学）、鈴木晃人先生（慶應義塾大学）など多くの先生方から有益なご指導を頂いたほか、編集委員及び査読者より重要なご指摘を頂いた。また、戦前から戦後にかけての統計データの入力作業は、原田玄機氏（一橋大学大学院修士課程）の協力を得た。厚くお礼を申し上げたい。ただし当然のことながら、本稿の内容に関する一切の誤りは筆者らの責に帰するものである。なお、著書順は五十音順である。また本稿で使用した統計及び関連する法規定は以下のウェブサイト「精神医療データベース」で順次公開する予定である。
<https://sites.google.com/site/seishiniryō/>

注

- 1 本稿における法・制度や制度運用の歴史的検証は、後藤（2012a, 2002b, 2013）の実証研究をベースにしているため、個別制度の運用実態の内容等についてはそれらを参照のこと。
- 2 むろん対象者の拡大や一人当たり給付額の拡大による入院需要増が入院患者増に帰結するには入院需要に見合うだけの病床供給が実現する必要がある。そのメカニズム及び需給関係の分析は重要な分析課題であるが、本稿では紙面の制約上、入院需要増に見合うだけの民間主体の病床供給が実現したことだけを指摘するにとどめる。本稿では、戦前から継承された民間病院主体の精神病床供給という供給サイドの分析や、戦前から継続的に存在する精神病床供給・利用の地域差の分析は行わず、もっぱら公的支出の3類型の観点から見た国レベルでの入院患者増や公的支出増に焦点を当てる。供給サイドや地域差についての分析は別稿にまとめる予定である。
- 3 精神病院法、精神病患者監護法の関連法規は、筆者ら作成の「精神医療データベース」<https://sites.google.com/site/seishiniryō/>に全文掲載している。
- 4 ここで「行政収容」は戦前の監護法・病院法下での公費による病院収容と戦後の措置入院であり、「公的扶助」は戦前の医療収容救護と戦後の医療扶助入院、「私費・社会保険等」はその他全てであり、監護法下の私費負担での病院収容もここに含まれる。また戦後は全精神病床の入院者数であるのに対し戦前は精神病院の入院者数である。さらに戦後の統計は全て実数だが、戦前の医療収容救護は菅（1937）

記載の1935年時点の統計(図2)のみ入手可能であるため、これと表3の救護法統計を用いて1935-39年までの医療収容救護による入院者数を推計した。図3の統計の詳細はウェブサイト「精神医療データベース」に記載している。

- 5 高木(1994)の推計によれば、公的医療保険適用人口の総人口に対する割合は、1949年には55.9%であったが、1958年は82.4%、「国民皆保険」達成の1961年は98.7%である。
- 6 なお中山(1980)も1950年代の精神病床入院増において生活保護法が中心的役割を果たしたことを指摘している。一方で、戦前及び1950年代初頭との比較においてこの時期に「私費・社会保険」による入院も大きく増加したことへの言及はない。

参考文献

- 1) 後藤基行. 戦前期日本における私立精神病院の発展と公費監置—「精神病患者監護法」「精神病院法」下の病床供給システム. 社会経済史学 2012a; 78(3): 47-70
- 2) 後藤基行. 戦前期日本における精神病患者の公的監置—精神病患者監護法下の患者処遇. 精神医学史研究 2012b; 16(2): 126-133
- 3) 後藤基行. 救護法による精神病患者収容救護の運用事例とその史的考察. 第126回社会政策学会発表 2013.5.26
- 4) 岡田靖雄. 日本精神科医療史. 医学書院. 2002.
- 5) 精神保健福祉行政の歩み編集委員会. 精神保健福祉行政のあゆみ. 中央法規. 2000
- 6) 広田伊蘇夫. 立法百年史—精神保健・医療・福祉関連法規の立法史. 批評社. 2004
- 7) 寺脇隆夫. 救護法の成立と施行状況の研究. ドメス出版. 2007
- 8) 副田義也. 生活保護制度の社会史. 東京大学出版会. 1995
- 9) 吉原健二, 和田勝. 日本医療保険制度史 増補改訂版. 東洋経済新報社. 2008
- 10) 中山宏太郎. 第二部一. 戦後精神医療の展開. 精神医療と法. 弘文堂. 1980: 116-128
- 11) 秋元波留夫. 刊行に寄せて. 呉秀三, 樫田五郎. 精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察(精神医学古典叢書1). 創造出版. 2000
- 12) 岩尾俊一郎. 保護者制度廃止までに考えておくべきこと. 精神神経学雑誌 2012; 114(4): 415-420
- 13) 吉岡真二. 私宅監置調査の現代的意義. 日本医史学雑誌 1982; 28(4): 33-46
- 14) 後藤, 前掲論文. 精神医学史研究を参照
- 15) 山下剛利. 精神衛生法の戦後史. これからの精神医療(法学セミナー増刊総合特集シリーズ) 1987; 37: 206-211
- 16) 小山進次郎. 改訂増補 生活保護法の解釈と運用. 中央社会福祉協議会. 1951
- 17) 桑原治雄. これからの精神保健福祉の展望のために. 社会問題研究(大阪府立大学) 1997; 47(1): 1-65
- 18) 菅修. 本邦ニ於ケル精神病患者並ビニ之ニ近接セル精神異常者ニ関スル調査. 精神神経学雑誌 1937; 41(10): 23-114
- 19) Akihito Suzuki. Family, the State and the Insane in Japan 1900-1945. R. Porter and D. Wright, Psychiatric Confinement in International Perspective. Cambridge University Press. 2003; 193-225
- 20) 高木安雄. 国民健康保険と地域福祉 長期入院の是正対策の実態と国保安定化をとりまく問題点. 季刊社会保障研究 1994; 30(3): 249-260
- 21) 実本博次. 生活保護法の医療扶助における補足性の問題(一) —特に精神衛生法及び結核予防法との関係について—. 社会事業 1952; 35(12): 16-21

著者連絡先

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
精神保健計画研究部流動研究員
後藤 基行
〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1
TEL: 042-341-2712
FAX: 042-346-1950
E-mail: mgoto@ncnp.go.jp

The Establishment and Development of Three Types of Psychiatric Hospitalization in Japan: A Historical Analysis of Institutional Formation and Financial Transition

Michihito Ando^{*1}, Motoyuki Goto^{*2}

Abstract

The rapid expansion of psychiatric hospitalization in post-war Japan during 1950s and 1960s was financed by three types of public expenditure programs, each of which was based on different institutional characteristics. The first type of program was compulsory hospitalization under the Mental Hygiene Act, which was "public custody" implemented by local governments. The second type was hospitalization with medical public assistance, which was primarily viewed as a means-tested "public assistance" program for the poor. The third and final type was healthcare benefits from the public health insurance programs that had been formulated as part of the nation-wide "social insurance" system.

In this paper, we address the following question: why and how did these three types of public expenditures come to play crucial fiscal roles in the formation of post-war large-scale psychiatric institutionalization? This question is important because previous studies have tended to focus on the extreme expansion of compulsory hospitalization by "public custody" in the 1960s and have often failed to investigate the significant contributions of public expenditures via "public assistance" and "social insurance" to the post-war increase in psychiatric inpatients. In fact, these latter two public spending schemes have persistently and significantly contributed to the increase in psychiatric inpatients from the early 1950s to the present, whereas compulsory hospitalization by "public custody" was responsible for the largest number of psychiatric hospitalizations for only a few years in the 1960s.

The above question can be divided into two research topics. First, we investigate the hypothesis that public expenditures on psychiatric hospitalization through the three different schemes, that is "public custody", "public assistance" and "social insurance", have their institutional origins in the pre-war era (hypothesis I). Second, we analyze the hypothesis that several important post-war reforms of the three types of public expenditure resulted in the rapid post-war expansion of psychiatric hospitalization (hypothesis II).

Regarding hypothesis I, our investigation based on historical documents and statistics reveals that the post-war systems of the three public expenditure schemes outlined above have identifiable origins in pre-war hospitalization schemes for people with mental illnesses. When it comes to hypothesis II, patterns of increases in psychiatric hospitalization between the 1930s and the 1970s provide some evidence that this hypothesis is plausible. In addition, we find that "public assistance" and "social insurance" had more significant roles than "public custody", at least in terms of providing fiscal resources for psychiatric hospitalization.

Overall, our study makes it clear that the post-war patterns of public expenditure for psychiatric hospitalization were not the consequence of strong political or policy initiatives and that the above three types of public expenditure schemes have their origins in pre-war institutions. In addition, while several post-war reforms of these three types of programs resulted in the rapid expansion of psychiatric hospitalization, in some cases this was not necessarily their intended result.

[Keywords] psychiatric hospitalization, public expenditure, the Mental Patients' Custody Act, the Mental Hospitals Act, the Poor Relief Act, the Health Insurance Act, the Mental Hygiene Act, the Public Assistance Act, history of psychiatry

*1 Department of economics and The Institute for Housing and Urban Research, Uppsala University

*2 Department of Mental Health Policy and Evaluation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

論 文

介護が就業、収入、余暇時間に与える影響

—介護の内生性および種類を考慮した分析—

岸田 研作*

抄 録

わが国では急速な高齢化が進行しており、介護を必要とする者が増え続けている。それにともない、親・義親の介護に携わる現役世代の数も増え続けている。今後、高齢化が進むにつれ、親の介護に直面する者の数はさらに増えることが予想される。家族に介護が必要になったとき、現役世代の介護者は、離職や就職の断念、仕事時間の短縮などを余儀なくされる可能性がある。介護が就業に与える影響を分析したわが国の先行研究では、介護への従事は外生的に決定されると仮定されてきた。しかし、介護と就業は同時決定の関係にあり、介護負担を外生変数として扱うことは推定結果にバイアスをもたらす可能性がある。また、身体介護と家事援助など、介護の種類が異なれば、介護が就業に与える効果は異なる可能性が考えられるが、わが国の先行研究では考慮されていない。そこで、本研究では、操作変数法を用いることで、介護負担の内生性を考慮した推定を行った。また、介護負担の指標としては、1週間の平均的な介護時間に加え、その内訳である身体介護時間、家事援助時間を用いた推定も行った。用いたデータは、「在宅介護のお金と暮らしについての調査」である。対象は、65歳以上の親・義親と同居する者である。実証分析の結果、介護が、就業確率、労働時間、収入を下げることを示した。介護の影響は、男女とも介護時間（合計）よりも、身体介護時間や家事援助時間の方が大きかった。このことは、身体介護や家事援助の負担が、見守りなどその他の介護よりも、介護者の心身に対する負担が重いことを反映していると考えられる。就業関連の従属変数に介護が与える影響は、男性よりも女性の方が大きかった。それに対し、余暇時間に対する影響は、男性の方が大きかった。これは、男性の場合、一家の中心的な稼得者であるため、介護時間が増加しても労働時間を減少させず、その分、余暇時間を減らしていることを反映していると考えられる。男性の場合、身体介護の方が家事援助よりも、就業確率、労働時間、収入に対する影響が大きかった。それに対し、女性の場合、家事援助の方が身体介護よりも就業確率、労働時間、収入に対する影響が大きかった。余暇時間と女性の収入の分析を除いて、介護負担は外生変数であった。

キーワード：介護離職、介護負担、操作変数法

1. はじめに

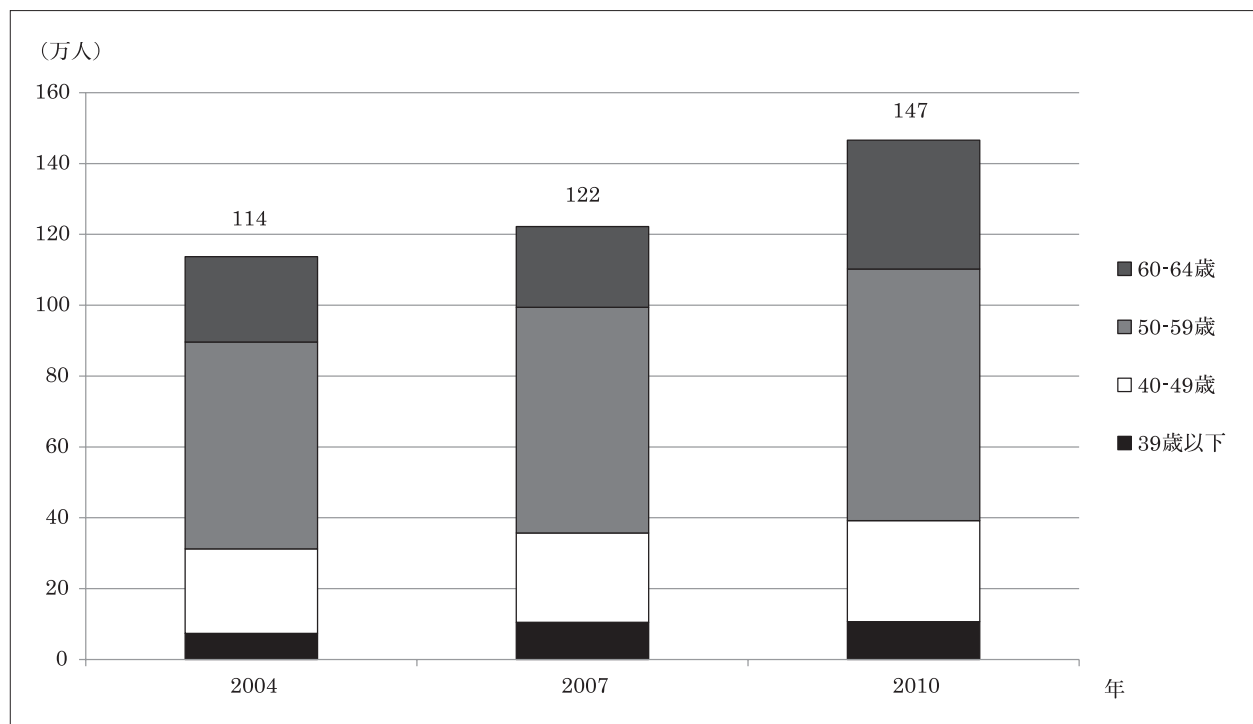
わが国では急速な高齢化が進行しており、介護を必要とする者が増え続けている。それにともない、親・義親の介護に携わる現役世代の数も増え続けている。『国民生活基礎調査』（厚生労働省）

によると、親・義親の主な同居介護者のうち64歳以下の者の数は、2004年・114万人、2007年・122万人、2010年・147万人である（図1）。今後、高齢化が進むにつれ、親の介護に直面する者の数はさらに増えることが予想される。家族に介護が必要になったとき、現役世代の介護者は、離職や就職の断念、仕事時間の短縮などを余儀なくされる可能性がある。

介護が就業に与える影響を分析した先行研究では、しばしば就業の有無を従属変数、家族介護へ

* 岡山大学大学院社会文化科学研究科（経済系）・教授：
kishiken@cc.okayama-u.ac.jp

図1 親・義親の主な同居介護者数（64歳以下）の推移



注)『国民生活基礎調査』(厚生労働省)より、著者作成

の従事の有無を説明変数とする回帰分析が行われてきた^{注1}。そのような研究では、家族介護への従事は外生的に決定されると仮定されている。しかし、家族介護と就業は同時決定の関係にあり、家族介護への従事は内生変数である可能性がある。例えば、非就業者や市場賃金が低い者ほど、家族介護を引き受ける傾向があるかもしれない。家族介護と就業が同時決定である場合、推定結果には偏りが生じる可能性がある。わが国で、家族介護と就業の同時決定を考慮した研究として、酒井・佐藤(2007)³⁾がある。酒井・佐藤(2007)³⁾は、同居家族内の要介護者の有無を説明変数とすることで、上述の同時決定バイアスを回避している。このような手法で同時決定バイアスが回避できるのは、もともと要介護状態になかった同居家族が要介護状態になることで、同居家族内の要介護者の有無が外生的に決まるとみなすことができる場

合である。介護の必要性によって同居を開始した場合、同居家族内における要介護者の有無は外生変数として扱うことはできない。介護の必要性による同居の意思決定は、家族介護への従事の意思決定と密接に関連し、両者の決定要因には共通するものが多いと考えられるからである。しかし、酒井・佐藤(2007)³⁾は、用いた標本において、介護の必要性によって同居を開始した標本が少数であることを確認することで、同時決定バイアスの可能性が少ないことを示している^{注2}。酒井・佐藤(2007)³⁾は、同居家族における要介護者の存在は、家族の就業を抑制することを示した。しかし、同居家族内に要介護者がいたとしても、介護負担の軽重は様々である。そのため、酒井・佐藤(2007)³⁾は、今後の課題として、介護が就業に与える影響を分析するうえで、介護負担の軽重を考慮することをあげている。また、酒井・佐藤

(2007)³⁾は、就業の有無のみならず、介護が労働時間の短縮に与える影響を分析する必要性についても述べている。

介護負担の軽重が就業に与える影響を扱った我が国の研究としては大津 (2013)¹⁾、大津・駒村 (2012)⁵⁾、西本 (2006)⁶⁾、山口 (2004)⁷⁾がある。介護負担の指標として、大津 (2013)¹⁾と大津・駒村 (2012)⁵⁾は要介護度、西本 (2006)⁶⁾は介護・看病の程度^{注3}、山口 (2004)⁷⁾はADL 援助数を用いている。いずれの研究も介護負担が重いほど、就業が抑制されることを示している。介護が労働時間に与える影響は、研究によって結果が異なる。西本 (2006)⁶⁾、山口 (2004)⁷⁾が、介護負担が重いほど労働時間を短縮させることを示しているのに対し、大津・駒村 (2012)⁵⁾では、介護は労働時間に影響しない。しかし、これらの研究では、いずれも介護負担が内生変数である可能性を考慮した分析を行っていない。西本 (2006)⁶⁾、山口 (2004)⁷⁾は、介護負担が内生変数である可能性を考慮することなく外生変数として扱っている。大津 (2013)¹⁾、大津・駒村 (2012)⁵⁾は、酒井・佐藤 (2007)³⁾と同様、もともと要介護状態になかった同居家族が要介護状態になるという仮定に基づき分析を行っているが、仮定の妥当性について検証が行われていない。住環境研究所 (2010)⁸⁾によると、親の同居介護を経験した調査対象者 599 名のうち、介護が必要となる前から親と同居していた者は 58%であり、その他の者は、介護前は親と別居であった^{注4}。住環境研究所 (2010)⁸⁾の対象者は、持ち家に居住する調査会社のモニター世帯であり、標本の代表性については留意が必要である。しかし、住環境研究所 (2010)⁸⁾は、親との同居の経緯を検証することなく、介護前から親と同居していることを仮定した分析が不適切であることを示している。

そこで、本稿では、同時決定バイアスと介護負

担の軽重を考慮して、介護が就業の有無や労働時間に与える影響を分析する。さらに、介護が、収入、余暇時間に与える影響も分析する。介護をしながら仕事をしている者にとって、介護が就業に与える影響は、労働時間の短縮以外にも考えられる。介護と仕事を両立させるために、介護者は職場や就業形態の選択に制限を受けるかもしれない。また、介護による欠勤や遅刻が続けば、昇進の機会を逃す可能性も考えられる。介護が就業に与える様々な影響は、総じて収入の低下につながると考えられる。そこで、介護が就業に与える影響を包括的に把握するため、介護が収入に与える影響を分析する。余暇時間を分析対象とする理由は、介護が収入に影響しないとしても、余暇時間の減少は個人の厚生 of 低下につながると考えられるからである。標準的な労働供給モデルである労働・余暇選択モデルでは、効用関数に余暇時間が入っている。介護と就業の同時決定バイアスを考慮した国外の先行研究の大半は操作変数法を用いており、本稿でも操作変数法を用いる^{注5}。筆者の知る限り、介護が就業に与える影響を分析した国内研究で、操作変数法を用いたのは、本稿が初めてである。介護負担の指標としては、Bolin et al (2008)¹⁰⁾に倣い介護時間を用いる。ただし、身体介護と家事援助など、介護の種類が異なれば、介護時間が就業に与える効果は異なる可能性が考えられる。Van Houtven, Coe, and Skira (2013)⁹⁾は、男性の場合、身体介護への従事が就業を抑制するものの家事援助は影響しないのに対し、女性の場合、家事援助への従事が就業を抑制するものの身体介護は影響しないことを示している。そこで、本稿では、介護負担の指標として、全体の介護時間を用いた分析の他に、身体介護と家事援助の介護時間を用いた分析も行う。筆者の知る限り、わが国において、介護の種類別に介護負担が就業に与える影響を分析した研究はない。

2. 方法

(1) データ

データは、家計経済研究所が2011年10月に行った「在宅介護のお金と暮らしについての調査」である。同調査の対象者は調査会社の登録者である。調査回答者は、年齢が40～64歳で、65歳以上の親・義親と同居する584人である。そのうち、470人は同居の親・義親が要介護者である。残りの114人は同居の親・義親が非要介護者である。主な質問内容として、調査回答者本人および同居家族の基本属性、要介護者の状況、介護への関わり、介護ストレス、1ヵ月の家計、介護にかかる経常的費用・非経常的費用、世帯の経済状況、親との同居開始のきっかけ、介護者の心身の状態などがある。

調査では、1週間の平均的な介護時間およびその内訳について尋ねている。内訳は、身体介護、家事援助、外出時の付き添い・送迎、手続き^{注6}、話し相手・見守りである。表1には、分析対象となる標本のうち、介護が必要な親・義親と同居する調査対象者の介護時間の平均値と中央値を示している。本稿では、介護負担の指標として、1週間の平均的な介護時間である介護時間（合計）と、その内訳のうち身体介護と家事援助を分析対象とする。身体介護と家事援助を取り上げる理由

は、両者が介護の中心的な要素であるからである^{注7}。外出時の付き添い・送迎、手続きは、時間が短い標本が多かったので単独での分析対象としなかった。話し相手・見守りは、認知症介護では非常に重要であるものの観測誤差が大きい可能性が高いと判断し、単独での分析対象としなかった^{注8}。1週間の平均的な介護時間の内訳に対する質問には回答していない標本もあるので、身体介護、家事援助の時間を用いた分析は、介護時間（合計）を用いた場合よりも若干標本が少なくなる。

本稿で用いる変数の定義は表2、記述統計は表3に示している。従属変数によって欠損値の数異なる。そのため、従属変数によって分析対象となる標本数は異なり、介護時間合計を用いた場合、就業の有無、余暇時間は548人、労働時間は546人、収入は467人である。就業の有無、余暇時間の分析対象となった548人のうち、要介護の親・義親と同居する者は433人である。そのうち、親・義親との同居開始のきっかけが、「親・義親が介護や手助けが必要になったから」は24.7%、「親・義親が高齢になったから」は15.0%であった^{注9}。「親・義親が高齢になったから」は、将来の介護の必要性を見据えたものと考えられるため、要介護の親・義親と同居する者のうち約4割は介護を理由とした同居と考えられる。このことは、本稿の標本を用いて、介護前か

表1 介護が必要な親・義親がいる者の介護時間

	男性			女性		
	平均	中央値	標本数	平均	中央値	標本数
介護時間（合計）	26.0	13	195	36.2	28	238
身体介護（a）	4.4	1	171	8.7	4	216
家事援助（b）	6.4	2	172	12.6	9	231
外出時の付き添い・送迎（c）	2.7	1	175	2.7	2	218
手続き（d）	2.6	1	174	3.2	1	218
話し相手・見守り ^{注1)}	8.1	3	177	13.1	5	213

注1) 話し相手・見守りは、(a)～(d)をしながらのものは含まない。

表 2 変数の定義

従属変数	
非就業	調査回答者が就業していない場合に 1、就業している場合に 0 をとるダミー変数。
ln_労働時間	調査回答者の 1 週間の労働時間の対数値。
ln_収入	調査対象者の 10 月の手取り収入（千円）の対数値。
ln_余暇時間	調査回答者の 1 日あたりの自由時間の対数値。調査では、1 日あたりの自由時間をカテゴリー形式で尋ねている。カテゴリー区分は、「30 分以内」、「1～2 時間未満」、「2～3 時間未満」、「3～5 時間未満」、「5 時間以上」。余暇時間の値は、各カテゴリーの中央値である。最上位のカテゴリーである「5 時間以上」は観測打ち切り扱い。
説明変数	
ln_介護時間（合計）	Log（1 週間の平均的な介護時間の合計+1）。
ln_介護時間（身体介護）	Log（1 週間の平均的な身体介護時間+1）。
ln_介護時間（家事援助）	Log（1 週間の平均的な家事援助時間の合計+1）。
男性	調査回答者が男性の場合に 1、女性の場合に 0 をとるダミー変数。
年齢	調査回答者の年齢の実数値。
健康	調査回答者の主観的健康状態。「よい」または「まあよい」の場合に 1、それ以外（「普通」、「あまりよくない」、「よくない」）の場合に 0 をとるダミー変数。
大学卒	調査回答者の最終学歴が大学卒である場合に 1、そうでない場合に 0 をとるダミー変数。
配偶者	同居する配偶者がいる場合に 1、いない場合に 0 をとるダミー変数。
子ども	高校生以下の子どもがいる場合に 1、いない場合に 0 をとるダミー変数。
持ち家	持ち家である場合に 1、そうでない場合に 0 をとるダミー変数。
人口	居住する自治体の人口規模をあらわすダミー変数。
操作変数	
ADL/IADL の非自立度	ADL/IADL の非自立度を尋ねた 10 の質問に対する回答の合計得点。質問文および回答の具体的な内容は補論に記している。
認知症傾向	認知症の症状の有無について尋ねた 17 の質問の該当数。質問文の具体的な内容は補論に記している。
要介護者の配偶者と同居	要介護者の配偶者と同居する場合に 1、そうでない場合に 0 をとるダミー変数。
自分の親が要介護者	要介護者が調査回答者の親である場合に 1、そうでない場合に 0 をとるダミー変数。

ら親と同居していることを仮定した分析を行うことは不適切であり、操作変数を用いた分析を行う必要性があることを示している^{注10}。

調査の概要について記した田中（2013）¹³⁾でも述べられているように、本稿の標本は無作為抽出ではない。調査回答者は、介護費用や家計についての質問に回答が可能である者に限定されている。また、調査方法は、インターネットによるものであり、他のインターネット調査と同様、回答者は高学歴層への偏りがみられる。さらに、上述のように、回答者は、65 歳以上の親・義親と同居する者に限定されており、別居して介護する者は含まれていない。したがって、標本の代表性の欠如が推定結果に偏りをもたらす可能性があることについては一定の留意が必要である。

（2）推定方法

介護負担が、就業の有無、労働時間、収入、余暇に与える影響を分析するため、以下の式を推定する。

$$Y_j = C + \beta Burden_k + \gamma X + \varepsilon, \quad j = 1, 2, 3, 4 \quad k = 1, 2, 3$$

Y_j は表 2 の上段で定義された従属変数で、 j は従属変数の種類をあらわす。 $Burden_k$ は、介護負担をあらわす変数で、介護時間の対数値である。 k は介護の種類をあらわす。 X は表 2 の下段に示された調査対象者や世帯の属性をあらわす変数である。 C は定数項、 ε は正規分布をする誤差項である。以下では、従属変数ごとの推定方法および操作変数について述べる。

就業の有無の分析はプロビットモデルで行う。

表 3 記述統計

	男性			女性			男女計
	平均	標準誤差	標本数	平均	標準誤差	標本数	標本数
従属変数							
非就業	0.123	0.330	243	0.390	0.489	305	548
ln_労働時間 ^{注1)}	3.585	0.639	179	3.092	0.759	194	373
ln_収入 ^{注1)}	5.402	0.734	176	4.813	0.894	173	349
ln_余暇時間 ^{注2)}	1.418	0.468	243	1.348	0.456	305	548
説明変数							
ln_介護時間（合計）	2.097	1.499	243	2.436	1.643	305	548
ln_介護時間（身体介護）	0.772	1.047	219	1.145	1.258	283	502
ln_介護時間（家事援助）	1.118	1.122	220	1.656	1.274	298	518
年齢	52.2	6.9	243	52.3	6.1	305	548
健康	0.449	0.498	243	0.528	0.500	305	548
大学卒	0.609	0.489	243	0.272	0.446	305	548
配偶者	0.527	0.500	243	0.721	0.449	305	548
子ども	0.230	0.422	243	0.226	0.419	305	548
持ち家	0.831	0.375	243	0.885	0.319	305	548
人口（人）							
～20 万	0.449	0.498	243	0.452	0.499	305	548
20 万～100 万	0.243	0.430	243	0.302	0.460	305	548
100 万	0.309	0.463	243	0.243	0.429	305	548
操作変数							
ADL/IADL の非自立度	26.0	11.7	243	26.3	12.4	305	548
認知症傾向	3.4	4.4	243	3.2	4.2	305	548
要介護者の配偶者と同居	0.218	0.414	243	0.157	0.365	305	548
要介護者が自分の親	0.741	0.439	243	0.452	0.499	305	548

注 1) 対数化前の値が 0 以上の標本の平均値、標準誤差、標本数を示している。

注 2) 記述統計を示すため、観測打ち切り扱いとなっている最上位のカテゴリーである「5 時間以上」に対しては 6 を充てている。

労働時間、収入の分析は、就業しておらず値が 0 の者がいるためトービットモデルで行う。余暇時間の分析は、余暇時間が 5 時間以上の者が同一のカテゴリーになっているため、5 時間以上を観測打ち切りとして扱いトービットモデルで行う。いずれの推定も操作変数法を用いる。推定はすべて男女別に行う。標準誤差の計算では、調査対象者が在住する都道府県単位のクラスター効果を考慮する。

操作変数を用いたプロビットモデルの操作変数の強さおよび過剰識別を直接検定する方法はない。そこで、Evans and Schwab (1995)¹⁴⁾に倣い、別途、線形確率モデルを推定し、その結果をもとに間接的に検定を行う。筆者の知る限り、操作変

数を用いたトービットモデルの過剰識別検定を行う方法はなく、過剰識別検定を行うことはできない。そこで、余暇時間の分析については、「5 時間以上」のカテゴリーの従属変数に 6、7、8 をあてた線形モデルを推定し、最も決定係数が高く当てはまりのよいモデルに基づき過剰識別検定を行う。

操作変数は、介護負担を通じてのみ従属変数に影響する変数である。そのような変数の候補として、親の健康状態（ADL/IADL の非自立度、認知症傾向）、要介護者に配偶者がいて同居していることを示すダミー変数、要介護者が自分の親であることを示すダミー変数を用いる。親の健康状態は、操作変数法を用いたすべての先行研究で操

作変数として用いられている（(Van Houtven et al (2013)⁹⁾、Bolin et al (2008)¹⁰⁾、Heitmueller (2007)¹¹⁾、Ettner (1996)¹²⁾）。親の健康状態は、介護負担以外にも、遺伝などの理由により分析対象者本人の健康状態を通じて、就業関連の変数に影響する可能性が指摘されている（Bolin et al (2008)¹⁰⁾、Heitmueller (2007)¹¹⁾）。しかし、本稿では、先行研究と同様、分析対象者の健康状態を説明変数に用いることで、そのような影響を制御する。要介護者の配偶者を用いた理由は、要介護者の配偶者が同居する場合、彼または彼女が配偶者である要介護者の介護を担うことで調査回答者の介護負担を軽減させると考えたからである。ほぼ同様の発想で、Van Houtven et al (2013)⁹⁾は、父親または母親が最近、寡夫または寡婦になったか否かを操作変数として用いている。要介護者が自分の親を用いた理由は、要介護者が調査回答者の親である場合、そうでない場合に比べて、調査回答者は介護に対する責任感を強く感じることで、より熱心に介護に取り組むと予想したからである。しかし、先行研究とも共通する問題であるが、本稿で用いる操作変数が、介護負担のみを通じて就業に影響すると先験的に断定することはできないと考える。そのため、先行研究と同様、操作変数の妥当性の確認は過剰識別検定によって行う。ただし、本稿では、労働時間と収入については過剰識別検定ができないため、操作変数の妥当性については留意が必要である。

3. 推定結果

(1) 介護が就業の有無に与える影響

表 4.1 は、介護が就業の有無に与える影響の推定結果である。介護時間が外生変数であるという帰無仮説がすべての推定式で棄却されなかったので、介護が就業に与える影響は、通常のプロビッ

トモデルの結果を示している。男性の場合、身体介護の時間の 1% の増加は、就業確率を 2.5% ポイント減少させたが、介護時間（合計）および家事援助時間は就業確率に影響しなかった。女性の場合、いずれの介護の種類においても介護時間の増加は就業確率を低下させた。具体的には、介護時間（合計）、身体介護時間、家事援助時間の 1% の増加は、それぞれ就業確率を 3.8% ポイント（有意水準 5%）、5.2% ポイント（有意水準 1%）、6.8% ポイント（有意水準 5%）低下させた。表 4.1・第 3 列に示された、介護時間の対数値を従属変数とした回帰式では、操作変数の係数はすべて予想通りの符号を示しており、操作変数の強さを示す F 値は目安となる 10 を大きく上回った（Staiger and Stock (1997)¹⁵⁾）。しかし、男性では、介護時間（合計）の Hansen の過剰識別検定統計量が 10% 水準で有意であり、操作変数が適切でない可能性を示唆した。ただし、表には示していないが、介護時間の対数値の限界効果の確率値は、通常のプロビットモデルの場合は 0.600、操作変数法を用いたプロビットモデルの場合は 0.371 と、いずれの場合でも有意水準が低かった。したがって、男性の場合、介護時間（合計）が就業確率に影響を与えないという結果は、たとえ適切な操作変数を用いた場合でも変わらない可能性が高いと考えられる。

(2) 介護が労働時間に与える影響

表 4.2 は、介護が労働時間に与える影響の推定結果である。介護時間が外生変数であるという帰無仮説が男女とも棄却されなかったので、介護が労働時間に与える影響は、通常のプロビットモデルの結果を示している。男性では、いずれの推定式でも介護は労働時間に影響を与えないのに対し、女性ではいずれの推定式でも労働時間を減少させた。具体的には、介護時間（合計）、身体介護時

表 4.1 推定結果：就業の有無

従属変数	男性		女性		男性 ^(注2)	女性 ^(注2)	男性 ^(注2)	女性 ^(注2)
	非就業 限界効果	ln_介護時間 係数	非就業 限界効果	ln_介護時間 係数	非就業 限界効果	非就業 限界効果	非就業 限界効果	非就業 限界効果
ln_介護時間（合計） [確率値]	0.006 [0.600]		0.038 ** [0.034]					
ln_介護時間（身体介護） [確率値]					0.025 * [0.066]	0.052 *** [0.009]		
ln_介護時間（家事援助） [確率値]							0.014 [0.278]	0.068 ** [0.014]
年齢	0.003	0.016 **	0.007	0.014 *	0.002	0.011 *	0.002	0.007
健康	0.022	-0.208 **	0.005	-0.014	0.026	0.016	0.024	0.014
大学卒	0.013	-0.066	-0.086	0.110	-0.012	-0.081	-0.007	-0.079
配偶者	-0.155 ***	-0.657 ***	0.236 ***	0.153	-0.158 ***	0.245 ***	-0.161 ***	0.253 ***
子ども	-0.079	-0.102	-0.024	0.164	-0.052	-0.006	-0.056	0.004
持ち家	0.056	0.131	0.015	-0.203 *	0.044	-0.041	0.052	0.009
人口（人）								
～20万（基準）	—	—	—	—	—	—	—	—
20万～100万	-0.002	0.192	0.013	-0.053	0.013	-0.014	-0.002	0.010
100万	0.005	0.265 **	-0.083	-0.014	0.014	-0.136 ***	0.018	-0.114 **
操作変数								
ADL/IADLの非自立度		0.042 ***		0.074 ***				
認知症傾向		0.043 **		0.052 ***				
要介護者の配偶者と同居		-0.379 *		-0.167				
要介護者が自分の親		1.449 ***		1.023 ***				
推定方法	Probit ^(注1)	IV Probit	Probit ^(注1)	IV Probit	Probit ^(注1)	Probit ^(注1)	Probit ^(注1)	IV Probit
疑似決定係数	0.183		0.065		0.218	0.082	0.068	
F 値	85.3 ***		63.1 ***		47.8 ***	148 ***	38.7 ***	62.9 ***
Hansen の過剰識別検定（確率値）	0.087 *		0.190		0.109	0.727	0.816	0.407
Wald 検定による外生性の検定（確率値）	0.384		0.158		0.816	0.438	0.127	0.024 **
標本数	243		305		219	283	219	298

注 1) 外生性の帰無仮説が棄却されなかったため、通常のプロビットモデルの結果を記している。

注 2) 介護時間の対数値を従属変数とした第 1 段階の推定結果は、ln_介護時間（合計）とほぼ同じなので省略している。

注 3) ***：1%水準で有意、**：5%水準で有意、*：10%水準で有意。

間、家事援助時間の 1%の増加は、それぞれ労働時間を 0.14%（有意水準 5%）、0.22%（有意水準 1%）、0.29%（有意水準 1%）低下させた。介護が男性の労働時間に影響しないという結果は、男性の場合、一家の中心的稼得者であったり、正規雇用で労働時間の裁量が少ない者が多いことを反映していると考えられる。ただし、女性の場合も労働時間に対する介護時間の弾性値は非弾力的で値は小さい。

（3）介護が収入に与える影響

表 4.3 は、介護が収入に与える影響の推定結果

である。男性については、介護時間が外生変数であるという帰無仮説は棄却されなかったため、介護が収入に与える影響は、通常のとービットモデルの結果を示している。男性の場合、身体介護時間、家事援助時間の 1%の増加は、それぞれ収入を 0.40%（有意水準 5%）、0.37%（有意水準 5%）減少させた。女性の場合、いずれの介護の種類においても介護時間の増加は収入を減少させた。具体的には、介護時間（合計）、身体介護時間、家事援助時間の 1%の増加は、それぞれ収入を 0.41%（有意水準 1%）、0.53%（有意水準 1%）、0.60%（有意水準 1%）減少させた。

表 4.2 推定結果：労働時間

	男性		女性		男性 ^{注2)}		女性 ^{注2)}		男性 ^{注2)}		女性 ^{注2)}	
	ln_労働時間 限界効果	ln_介護時間 係数	ln_労働時間 限界効果	ln_介護時間 係数	ln_労働時間 限界効果	ln_労働時間 限界効果	ln_労働時間 限界効果	ln_労働時間 限界効果	ln_労働時間 限界効果	ln_労働時間 限界効果	ln_労働時間 限界効果	ln_労働時間 限界効果
ln_介護時間（合計） [確率値]	-0.041 [0.639]		-0.144 ** [0.017]									
ln_介護時間（身体介護） [確率値]					-0.217 [0.161]	-0.221 *** [0.001]						
ln_介護時間（家事援助） [確率値]									-0.056 [0.646]	-0.287 *** [0.006]		
年齢	-0.087 ***	0.016 **	-0.034 **	0.014 *	-0.077 ***	-0.045 **	-0.083 ***	-0.036 *				
健康	-0.051	-0.216 **	0.001	-0.011	-0.031	-0.070	-0.031	-0.033				
大学卒	0.298	-0.076	0.393	0.107	0.306	0.369	0.285	0.386				
配偶者	1.067 ***	-0.671 ***	-0.728 ***	0.145	1.100 ***	-0.725 ***	1.220 ***	-0.809 ***				
子ども	0.054	-0.104	0.076	0.163	-0.076	0.057	-0.129	-0.014				
持ち家	-0.539 **	0.143	-0.081	-0.201	-0.505	0.029	-0.590 **	-0.109				
人口（人）												
～20 万（基準）	—	—	—	—	—	—	—	—				
20 万～100 万	0.186	0.192	0.034	-0.057	-0.079	0.155	0.058	0.034				
100 万	0.298	0.283 **	0.268	-0.018	0.150	0.438 **	0.116	0.385				
操作変数												
ADL/IADL の非自立度		0.041 ***		0.074 ***								
認知症傾向		0.046 **		0.052 ***								
要介護者の配偶者と同居		-0.372 *		-0.171								
要介護者が自分の親		1.438 ***		1.020 ***								
推定方法	Tobit ^{注1)}	IV Tobit	Tobit ^{注1)}	IV Tobit	Tobit ^{注1)}	Tobit	Tobit ^{注1)}	IV Tobit				
疑似決定係数	0.060		0.026		0.059	0.035	0.057					
F 値 ^{注3)}	89.6 ***		65.3 ***		52.9	154 ***	39.7 ***	64.0 ***				
Wald 検定による外生性の検定（確率値）	0.936		0.203		0.676	0.406	0.751	0.028 **				
標本数	242		304		218	282	219	297				

注 1) 外生性の帰無仮説が棄却されなかったため、通常のトービットモデルの結果を記している。

注 2) 介護時間の対数値を従属変数とした第 1 段階の推定結果は、ln_介護時間（合計）とほぼ同じなので省略している。

注 3) F 値は、Wald 検定統計量を制約数で割った値。

注 4) ***：1%水準で有意、**：5%水準で有意、*：10%水準で有意。

（4）介護が余暇時間に与える影響

表 4.4 は、介護が余暇時間に与える影響の推定結果である。介護時間が外生変数であるという帰無仮説が、男性の介護時間（合計）の場合については棄却されなかった。そのため、男性の場合、介護時間（合計）が余暇時間に与える影響は通常のトービットモデルの結果を示している。女性では、介護時間（合計）の Hansen の過剰識別検定統計量が 10%水準で有意であり、操作変数が適切でない可能性を示唆した。そのため、女性では、介護時間（合計）の推定結果の信頼性については留意が必要である。男女ともいずれの介護の

種類においても介護時間の増加は余暇時間を減少させた。具体的には、男性の場合、介護時間（合計）、身体介護時間、家事援助時間の 1%の増加は、それぞれ余暇時間を 0.09%（有意水準 1%）、0.22%（有意水準 1%）、0.22%（有意水準 5%）減少させた。女性の場合、介護時間（合計）、身体介護時間、家事援助時間の 1%の増加は、それぞれ余暇時間を 0.05%（有意水準 5%）、0.08%（有意水準 1%）、0.07%（有意水準 5%）減少させた。総じて、介護時間の弾性値は非弾力的で値は小さい。

表 4.3 推定結果：収入

	男性		女性		男性 ^{注2)}		女性 ^{注2)}		男性 ^{注2)}		女性 ^{注2)}	
	ln_収入 限界効果	ln_介護時間 係数	ln_収入 限界効果	ln_介護時間 係数	ln_収入 限界効果	ln_収入 限界効果	ln_収入 限界効果	ln_収入 限界効果	ln_収入 限界効果	ln_収入 限界効果	ln_収入 限界効果	ln_収入 限界効果
ln_介護時間（合計） [確率値]	-0.211 [0.106]		-0.409 *** [0.001]									
ln_介護時間（身体介護） [確率値]					-0.404 ** [0.026]	-0.525 *** [0.001]						
ln_介護時間（家事援助） [確率値]									-0.368 ** [0.012]	-0.595 *** [0.001]		
年齢	0.008	0.011	0.040	0.011	0.019	0.022	0.026	0.037				
健康	0.075	-0.148 *	-0.381	0.045	-0.028	-0.464 *	0.013	-0.399 *				
大学卒	-0.281	-0.017	0.617	0.111	-0.282	0.577	-0.353	0.721				
配偶者	0.714 *	-0.556 ***	-1.217 ***	0.179	0.795 **	-1.248 ***	0.701 *	-1.295 ***				
子ども	0.427	-0.151	0.332	0.061	0.274	0.318	0.335	0.136				
持ち家	-0.656 **	0.079	0.384	-0.155	-0.497	0.681	-0.552 *	0.424				
人口（人）												
～20万（基準）	—	—	—	—	—	—	—	—				
20万～100万	-0.383	0.061	-0.217	-0.027	-0.576	-0.088	-0.416	-0.285				
100万	-0.037	0.156	0.413	0.083	0.003	0.559	-0.083	0.559 *				
定数項		-0.410		-0.790								
操作変数												
ADL/IADLの非自立度		0.044 ***		0.078 ***								
認知症傾向		0.042 **		0.046 **								
要介護者の配偶者と同居		-0.404 *		-0.302 **								
要介護者が自分の親		1.386 ***		0.985 ***								
推定方法	Tobit ^{注1)}	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	Tobit ^{注1)}	IV Tobit	Tobit ^{注1)}	IV Tobit				
疑似決定係数	0.024				0.036		0.019					
F値 ^{注3)}	93.5 ***		57.4 ***		50.5 ***	180.8 ***	32.6 ***	38.8 ***				
Wald検定による外生性の検定（確率値）	0.624		0.021 **		0.747	0.014 **	0.755	0.008 ***				
標本数	203		264		183	243	185	257				

注1) 外生性の帰無仮説が棄却されなかったため、通常のトービットモデルの結果を記している。

注2) 介護時間の対数値を従属変数とした第1段階の推定結果は、ln_介護時間（合計）とほぼ同じなので省略している。

注3) F値は、Wald検定統計量を制約数で割った値。

注4) ***：1%水準で有意、**：5%水準で有意、*：10%水準で有意。

4. 考察

介護が就業の有無、労働時間、収入に与える影響は、男女とも介護時間（合計）よりも、身体介護時間や家事援助時間の方が大きかった。このことは、身体介護や家事援助の負担が、外出時の付き添い・送迎、手続き、話し相手・見守りよりも同じ時間でも、介護者の心身に対する負担が重いことや時間帯による制約が強いことを反映している可能性が考えられる。例えば、食事や排せつな

どの身体介護は、要介護者のニーズに合った時間帯に行う必要がある。しかし、手続きは、身体介護よりも、介護者が行う日時を決める裁量の余地が大きいと考えられる。また、外出支援でも散歩などは、休日に行えば仕事への影響が小さいであろう。

介護が就業の有無、労働時間、収入に与える影響は、男性よりも女性の方が大きかった。それに対し、余暇時間に対する影響は、男性の方が大きかった。これは、男性の場合、一家の中心的な稼得者であるため、介護時間が増加しても労働時間

表 4.4 推定結果：余暇時間

	男性		女性		男性 ^{注2)}		女性 ^{注2)}		男性 ^{注2)}		女性 ^{注2)}	
	ln_余暇時間 限界効果	ln_介護時 係数	ln_余暇時間 限界効果	ln_介護時 係数	ln_余暇時間 限界効果	ln_余暇時間 限界効果	ln_余暇時間 限界効果	ln_余暇時間 限界効果	ln_余暇時間 限界効果	ln_余暇時間 限界効果	ln_余暇時間 限界効果	ln_余暇時間 限界効果
ln_介護時間（合計） [確率値]	-0.093 *** [0.000]		-0.052 ** [0.013]									
ln_介護時間（身体介護） [確率値]					-0.220 *** [0.005]	-0.080 *** [0.007]						
ln_介護時間（家事援助） [確率値]									-0.217 ** [0.022]	-0.072 ** [0.018]		
年齢	0.023 ***	0.016 **	0.004	0.014 *	0.022 ***	0.005			0.024 ***	0.005		
健康	0.013	-0.208 **	0.047	-0.013	0.001	0.064			0.048	0.043		
大学卒	-0.174 ***	-0.067	-0.010	0.110	-0.143 *	-0.026			-0.199 ***	0.010		
配偶者		-0.659 ***	0.006	0.143	-0.265 **	-0.016			-0.397 **	0.003		
子ども	-0.071	-0.103	-0.209 ***	0.162	-0.081	-0.214 ***			-0.062	-0.216 ***		
持ち家	0.049	0.132	-0.059	-0.213 *	0.020	-0.040			0.0272	-0.067		
人口（人）												
～20 万（基準）	—	—	—	—	—	—			—	—		
20 万～100 万	-0.148 *	0.192	0.022	-0.052	-0.216 ***	0.005			-0.151 *	0.006		
100 万	-0.115 *	0.264 **	0.108 **	-0.015	-0.099	0.062			-0.050	0.077		
定数項		-0.702 *		-0.860								
操作変数												
ADL/IADL の非自立度		0.041 ***		0.075 ***								
認知症傾向		0.046 **		0.051 ***								
要介護者の配偶者と同居		1.446 ***		-0.116								
要介護者が自分の親		-0.381 *		0.998 ***								
推定方法	Tobit ^{注1)}	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit	IV Tobit
疑似決定係数	0.127											
F 値 ^{注3)}	88.9 ***		66.8 ***		46.9 ***	150.8 ***			39.2 ***	69.5 ***		
Hansen の過剰識別検定（確率値） ^{注4)}	0.223 [6]		0.095 *[8]		0.603 [6]	0.1473 [8]			0.204 [6]	0.159 [6]		
Wald 検定による外生性の検定（確率値）	0.470		0.016 **		0.026 **	0.056 *			0.011 **	0.007 ***		
標本数	243		305		219	283			220	298		

注 1) 外生性の帰無仮説が棄却されなかったため、通常のトービットモデルの結果を記している。

注 2) 介護時間の対数値を従属変数とした第 1 段階の推定結果は、ln_介護時間（合計）とほぼ同じなので省略している。

注 3) F 値は、Wald 検定統計量を制約数で割った値。

注 4) Hansen の過剰識別検定（確率値）は、余暇時間が「5 時間以上」のカテゴリーの値に 6、7、8 をあてたモデルのうち最も決定係数が高かったモデルに基づき計算している。[] 内の数値は、「5 時間以上」のカテゴリーに充てた数値で最も当てはまりのよかったもの。

注 5) ***：1%水準で有意、**：5%水準で有意、*：10%水準で有意。

を減少させず、その分、余暇時間を減らしていることを反映している可能性が考えられる。

男性の場合、身体介護の方が家事援助よりも就業の有無、労働時間、収入に対する影響が大きかった。それに対し、女性の場合、家事援助の方が身体介護よりも就業の有無、労働時間、収入に対する影響が大きかった。これは、本稿と同様に介護の種類別に分析を行った Van Houtven, Coe, and Skira (2013)⁹⁾と整合的な結果である。このような結果が得られた理由は定かではないが、

本稿の結果は、介護者の性別によって、身体介護や家事援助の能力や内容に差があることを反映している可能性が考えられる。例えば、家事・育児経験が少ない男性は、身体介護も家事援助も苦手であると予想されるが、家事援助の方が出来合いの総菜を買うなど苦手な部分を避ける余地が大きいかもしれない。

介護が就業に与える影響を分析したわが国の研究は、介護保険導入前または導入前後の時期を対象としたものが多い（大津（2013）¹⁾）。それらの

補論 親の健康状態を尋ねる質問項目

ADL/IADL の非自立度を尋ねる質問項目

各項目について、全然難しくない（1点）、すこし難しい（2点）、かなり難しい（3点）、非常に難しい（4点）、まったくできない（5点）。尺度は、各項目の点数の合計点。

- 1 身の回りの物や薬などの買い物に出かける
- 2 電話をかける
- 3 バスや電車に乗って一人でかける
- 4 ちりをはったり、ゴミ出しなどの軽い家事をする
- 5 預金の出し入れ、月々の支払いなどのお金の管理をする
- 6 お風呂に入る
- 7 衣服を着たり、脱いだりする
- 8 食べる
- 9 寝床から起きたり、椅子から立ったり座ったりする
- 10 トイレまでいって用をたす（自分の家のトイレ）

認知症の程度を尋ねる質問項目

尺度は該当する項目の数。

- 1 自分の年齢がわからないことが多い
- 2 慣れている場所でも、ときに道を間違えることがある
- 3 子供の住む都道府県あるいは市区町村がわからない
- 4 今住んでいる場所を自分の家だと思っていないことがある
- 5 同居の子供やその配偶者を他人と間違えることがある
- 6 直前に食べた食事を食べていないということがある
- 7 食べられるものは手当たりしだい食べてしまう
- 8 特に理由もなく入浴や着替えをいやがる
- 9 家の中でも洗面所の場所がわからないことがある
- 10 子供の人数をきちんと答えられないことがある
- 11 家の中で目的なく歩き回ることが目立つ
- 12 鏡に映っている自分に話しかけていることがある
- 13 理由なく夜起きて騒ぐ
- 14 一日中とりとめのないことをしゃべっている
- 15 同じ動作を何回も繰り返す
- 16 食べ物でないものも口の中に入れてしまう
- 17 医師から認知症の疑いがあるといわれたことがある

多くは、介護が就業を抑制し、労働時間を短縮させることを示している。しかし、介護保険が始まって10年以上経過する中で、介護サービスの利用量は大幅に増加した。そのため、介護が就業に与える影響は変化している可能性が考えられる。大津（2013）¹⁾、大津・駒村（2012）⁵⁾の分析対象年は、それぞれ2009-2012年、2009-2011年であり、本稿（2011年）と同様、近年を対象としている。大津（2013）¹⁾は、重度の要介護者との同居が、有配偶女性の就業確率を減少させることを示している。大津・駒村（2012）⁵⁾は、有配偶女性が要介護の親と同居する場合、労働時間の短縮ではなく、非就業を選択することを示している。非就業を選択する確率は、介護負担の指標である

要介護度が重くなるほど高くなる。本稿と、大津（2013）¹⁾、大津・駒村（2012）⁵⁾では、介護負担の変数が異なるため、介護が就業に与える影響の大きさを直接比較することはできない。また、大津（2013）¹⁾、大津・駒村（2012）⁵⁾が用いた「日本家計パネル調査」は、介護に焦点を当てた調査ではないため、推定によっては要介護者を含む世帯の標本が非常に少なく結果の信頼性については留意が必要である^{注11}。しかし、介護が就業に与える影響は、男性よりも女性の方が大きく、労働時間に与える影響が限定的であるという本稿の結果は、大津（2013）¹⁾、大津・駒村（2012）⁵⁾と整合的である。本稿は、より多くの要介護者を含む世帯の標本を用いることで、大津（2013）¹⁾、大

津・駒村（2012）⁵⁾の結果の妥当性を確認しているといえるだろう。

本稿の結果は、余暇時間と女性の収入の分析を除いて、介護負担が外生変数であることを示した。ただし、操作変数を用いた先行研究は、データや介護負担の変数の定義の違いによって、介護負担が内生変数である場合もあれば、外生変数である場合もある（(Van Houtven et al (2013)⁹⁾、Bolin et al (2008)¹⁰⁾、Heitmueller (2007)¹¹⁾、Ettner (1996)¹²⁾）。したがって、介護が就業に与える分析を行う場合には、介護負担の内生性を考慮した分析を行うべきであり、適切な操作変数が得られない等の理由で、介護負担を外生変数として扱う場合は、推定結果の考察において、同時決定バイアスの可能性を考慮する必要があると考えられる。

5. おわりに

わが国では急速な高齢化が進行しており、介護を必要とする者が増え続けている。それにともない、親・義親の介護に携わる現役世代の数も増え続けている。2010年に介護休暇が新設されるなど、介護と仕事の両立を支援する施策が徐々に進められている^{注12)}。しかし、本稿の結果は、親・義親の介護が、就業確率、労働時間、収入を下げることを示した。介護に直面する40～50歳代の年代の離職は、企業にとって経験を積んだ貴重な人材を失うことになる場合も少なくないと予想される。また、労働者にとって、介護による離職は、介護離職中の収入喪失だけでなく、将来の年金受給額の低下というかたちでも生涯所得の低下につながると考えられる。したがって、今後、仕事と介護の両立を支援する制度や職場環境の充実が一層求められる。

謝辞

本稿の作成にあたって、家計経済研究所より「在宅介護のお金と暮らしについての調査」の個票を利用する機会を頂いた。佐野洋史（滋賀大学）より、有益なコメントを頂いた。以上の方々にここで感謝申し上げます。

注

- 1 介護が就業に与える影響を分析した国内研究の包括的なサーベイとして大津（2013）¹⁾、国外研究の包括的なサーベイとしてLilly et al（2007）²⁾がある。
- 2 酒井・佐藤（2007）³⁾の他に、介護と就業の同時決定を考慮した推定を行った研究として、Shimizutani et al（2008）⁴⁾がある。Shimizutani et al（2008）⁴⁾は、介護保険の導入が介護者の就業率を上昇させたことを示している。なお、酒井・佐藤（2007）³⁾も介護保険の導入が介護者の就業に与える影響を分析しているが、介護保険導入による明確な就業促進効果は観察されていない。
- 3 介護・看病の程度は、「中心となって介護、看病した」、「中心ではないが、かなりかかった」、「少しだけかかった」の3つのカテゴリーについて該当する場合に1、非該当の場合に0をとるダミー変数である。
- 4 もともと同居していた者以外の内訳は、「親を呼び寄せ同居」（27%）、「自分たちが親の所へ行って同居」（12%）、「別の場所を探して同居」（2%）、「その他」（1%）。
- 5 操作変数法を用いた研究として、Van Houtven et al（2013）⁹⁾、Bolin et al（2008）¹⁰⁾、Heitmueller（2007）¹¹⁾、Ettner（1996）¹²⁾などがある。
- 6 調査票では、「要介護者の金銭管理、介護サービス等の手配・調整」と表記。
- 7 家族介護と最も代替性が高いと考えられる介護サービスである訪問介護は、身体介護と家事援助からなる。
- 8 徘徊などの不適応行動を取る認知症の人に対しては見守りが必要である。また、認知症の人の感情を安定させるには、声掛けを多くする他、同じ話が何度も繰り返されても真剣に聞くなど相手のペースに合わせたコミュニケーションとそのための時間が必要とされる。見守りは、認知症がなくても入浴やトイレでの立ち上がり動作などが不安定な場合には必

要とされる。

- 9 その他の理由は、「子どもの頃から同居している」(26.6%)、(学生時別居で)「学校を終えたから」(4.2%)、「調査対象者の結婚」(14.1%)、「調査対象者に子どもが生まれた」(2.3%)、「調査対象者の仕事の都合」(6.5%)、「親・義親の仕事の都合」(0.9%)、「その他」(5.8%)。
- 10 介護の必要性以外の理由によって同居した標本のみを用いれば、酒井・佐藤(2007)¹⁾と同様の手法で分析を行うことも可能である。しかし、本稿では、以下の2つの理由により、そのような手法での分析を行わなかった。第1に、酒井・佐藤(2007)¹⁾の手法では、介護負担の軽重を考慮できない。第2に、介護の必要性によって同居した標本を分析対象外とすると、本稿の場合、約4割の標本を失うことになり、男女別の分析を行うには標本が少なくなり過ぎる。
- 11 例えば、大津(2013)¹⁾は、重度の要介護者との同居が、有配偶女性の就業確率を減少させることを示している。しかし、重度と定義された要介護度4・5の標本数はわずか3.8人(=標本数637人×要介護度4・5の在宅介護ダミー0.006)である。
- 12 介護休暇は、要介護状態の家族1人につき年5日休暇を取れる制度であり、介護休業よりも突然の休暇ニーズに対応できるなど、仕事と介護の両立に有効な制度と期待されている(西本 2012)¹⁶⁾。

参考文献

- 1) 大津唯. 第7章 在宅介護が離職に与える影響. パネルデータによる政策評価分析 [4] 働き方と幸福感のダイナミズム—家族とライフサイクルの影響. 慶應義塾大学出版会. 2013 : 139-153
- 2) Lilly, M. B., A. Laporte and P. C. Coyte. Labor Market Work and Home Care's Unpaid Caregivers: A Systematic Review of Labor Force Participation Rates, Predictors of Labor Market Withdrawal, and Hours of Work. *The Milbank Quarterly* 2007 ; 85(4) : 641-690
- 3) 酒井正・佐藤一磨. 介護が高齢者の就業・退職決定に及ぼす影響. *日本経済研究* 2007 ; 56 : 1-25
- 4) Shimizutani, S., W. Suzuki, and H. Noguchi. The Socialization of At-home Care and Female Labor Market Participation: Micro-level Evidence from Japan. *Japan and World Economy* 2008 ; 20 : 82-96
- 5) 大津唯・駒村康平. 第7章 介護の負担と就業行動. パネルデータによる政策評価分析 [3] 親子関係と家計行動のダイナミズム—財政危機下の教育・健康・就業. 慶應義塾大学出版会. 2012 : 143-159
- 6) 西本真弓. 介護が就業形態の選択に与える影響. *季刊家計経済研究* 2006 ; 70 : 53-61
- 7) 山口麻衣. 高齢者ケアが就業継続に与える影響—第1回全国家族調査(NFR98)2次分析—, *老年社会科学* ; 2004 ; 26(1) : 58-67
- 8) 住環境研究所. 親の介護に伴う住まい変化調査 http://www.sekisuiheim.com/spcontent/seniorwellness/pdf/research_b02.pdf (2013年10月12日確認) 2010
- 9) Van Houtven, C. H., N. B. Coe and M. M. Skira. The Effect of Informal Care on Work and Wages. *Journal of Health Economics* 2013 ; 32 : 240-252
- 10) Bolin, K., B. Lindgren and P. Lundborg. Your Next Kin or Your Own Career? Caring and Working among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics* 2008 ; 27 : 718-738
- 11) Heitmueller, A. The Chicken or the Egg? Endogeneity in Labour Market Participation of Informal Cares in England. *Journal of Health Economics* 2007 ; 26 : 536-559
- 12) Ettner, S. The Opportunity Costs of Elder Care. *Journal of Human Resources* 1996 ; 31 : 189-205
- 13) 田中慶子. 「在宅介護のお金とくらしについての調査」の概要. *季刊家計経済研* 2013 ; 98 : 2-11
- 14) Evans, W. N. and R. M. Schwab. Finishing High School and Starting College: Do Catholic Schools Make a Difference? *Quarterly Journal of Economics* 1995 110 : 941-974
- 15) Staiger, D. and J. H. Stock. Instrumental Variables Regression with Weak Instruments. *Econometrica* 1997 ; 65(3) : 557-586
- 16) 西本真弓. 介護のための休業形態の選択について—介護と就業の両立のために望まれる制度とは? 日本労働研究雑誌 2012 ; 623 : 71-84

著者連絡先

岡山大学大学院社会文化科学研究科（経済系）・教授

岸田 研作

〒700-8530 岡山県岡山市北区津島中 3-1-1

岡山大学経済学部

TEL：086-251-7546

FAX：086-251-7546

E-mail：kishiken@cc.okayama-u.ac.jp

Effects of Care on Working, Income, and Leisure

Kensaku Kishida*

Abstract

In Japan, the rapid aging of the population has led to an increase in people needing long-term care. This has increased the number of working-age people who care for their parents or parents-in-law and their number is expected to increase with the continued aging of the population. When family members require care, working-age caregivers may have to leave their jobs or reduce their working hours. Previous research in Japan in this area assumed that care was exogenously determined. However, the decisions to work and to provide care might be simultaneously determined and treating the care burden as an exogenous variable might cause bias in the estimates. Moreover, the effects of care on work might differ according to the type of care, such as physical care or housework support. However, this was not considered in the previous studies in Japan. Hence, this study used an instrumental variable method to consider the care burden's endogeneity. Also, for our estimates, we used not only the average number of care hours per week as a care burden indicator, but also hours spent on physical care and housework support. The data used was "Survey on the At-home Care Costs and Caregivers." The respondents live with their parents or parents-in-law aged 65 and over. Our estimates showed that providing care decreased the probability of working, working hours, and income, and for men and women the effects were larger for physical care and housework support than for total-care hours. This is thought to show that the physical and mental burdens imposed by physical care and housework support are greater than those of other types of care. Care had a larger effect on work for women than for men, but it had a larger effect on leisure hours for men than for women. This is considered to be because as men are often the main bread winner, even if their care hours increase, they do not decrease their working hours, but instead decrease their leisure hours. In the case of men, the effects of physical care on the probability of working, working hours, and income were greater than the effects of housework support. On the contrary, in the case of women, the effects of housework support on these variables were larger than the effects of physical care. Except for the analyses of leisure and women's income, care burden was an exogenous variable.

[Keywords] leaving work to provide care, care burden, instrumental variable method

* Graduate School of Humanities and Social Sciences, Okayama University

医療経済学会

第9回研究大会(報告)

The 9th Annual Meeting of Japan Health Economics Association (JHEA)

1. 日時

2014年9月6日(土) 9:20~16:45

2. 会場

東京大学 本郷キャンパス 医学部図書館、医学部3号館
〒113-8654 文京区本郷7-3-1

3. 研究大会長

橋本 英樹(東京大学大学院 医学系研究科公共健康医学専攻)

4. プログラム委員

プログラム委員長

安川 文朗(横浜市立大学 国際総合科学部)

プログラム委員

野口 晴子(早稲田大学 政治経済学術院)

飯塚 敏晃(東京大学大学院 経済学研究科)

康永 秀生(東京大学大学院 医学系研究科)

飯島佐知子(順天堂大学大学院 医療看護学研究科)

後藤 励(京都大学白眉センター 経済学研究科)

中村さやか(名古屋大学大学院 経済学研究科)

満武 巨裕(医療経済研究機構)

主催：医療経済学会

医療経済学会 第9回研究大会プログラム

総会・特別講演・研究大会長講演・若手研究者育成のためのセミナー

【A 会場：医学部図書館 333 教室】

◇ 総会 12:50～13:10

◇ 特別講演 13:10～14:20

座長：東京大学大学院 医学系研究科 教授 橋本 英樹

「"Forecasting Population Health in Asia"」

Professor in the Sol Price School of Public Policy and Director
of Research at the Leonard D. Schaeffer Center for Health
Policy and Economics, the University of Southern California
Prof. Darius Lakdawalla, PhD.

◇ 研究大会長講演 14:30～15:00

司会：横浜市立大学 国際総合科学部 教授 安川 文朗

「医療経済学における健康の社会的決定要因への取り組みと課題」

東京大学大学院 医学系研究科 教授 橋本 英樹

【B 会場：N101 教室／C 会場：S101 教室】

◇ 若手研究者育成のためのセミナー 15:15～16:45

一般演題

【A 会場：医学部図書館 333 教室】

座長 早稲田大学 政治経済学術院 野口 晴子

(9:20～12:00)

A-1 「Understanding Returns to Birthweight」

Senior Lecturer, University of Technology Sydney 丸山 士行

(指定討論者) 東京大学 経済学研究科 小西 萌

A-2 「The Effects of Maternal Employment on the Health of Preschool Children: Evidence from Shougakkou Ichinensei no Kabe ("小学校 1 年生の壁")」

医療経済研究機構 高久 玲音

(指定討論者) 名古屋大学大学院 経済学研究科 中村さやか

A-3 「パプアニューギニア村落部における小児のマラリアに対する保護者の治療選択」

法政大学大学院 経済学研究科博士後期課程 塚原 高広

(指定討論者) 横浜市立大学 国際総合科学部 安川 文朗

A-4 「The impact of access to health care on Maternal care use and health status: Evidence from longitudinal data from rural Uganda」

GRIPS (政策研究大学院大学博士課程) FREDRICK MANANG

(指定討論者) 早稲田大学 政治経済学術院 野口 晴子

一般演題

【B 会場：N101 教室】

座長 東京大学大学院 医学系研究科公共健康医学専攻 康永 秀生 (9:20~12:00)

B-1 「DPC データを用いた疾患別入院費用の推計と OECD 加盟国との国際比較」

国立保健医療科学院 岡本 悦司

(指定討論者) 東京医科歯科大学大学院 医療政策情報学 伏見 清秀

B-2 「ナイーブベイズ分類による副傷病を用いた在院日数・医療費の推定」

産業医科大学 公衆衛生学 藤野 善久

(指定討論者) 医療法人財団今井会 足立病院 濱田 啓義

B-3 「新薬創出等加算のメリットの要因分解とシミュレーション分析に基づく考察」

医療科学研究所 和久津尚彦

(指定討論者) 学習院大学 経済学部 遠藤 久夫

B-4 「急性期医療における誤嚥性肺炎とリハビリテーション実施状況の多施設調査
—DPC データによる検討—」

聖マリアンナ医科大学 東横病院 八木麻衣子

(指定討論者) 東京大学大学院 医学系研究科公共健康医学専攻 康永 秀生

一般演題

【C 会場：S101 教室】

座長 京都大学白眉センター 経済学研究科 後藤 励 (9:20～12:00)

C-1 「レセプト・ナショナルデータベース（NDB）に基づく入院医療費関連要因の分析：
地域格差、保険者格差の検討」

京都大学大学院医学研究科 医療経済学分野 院生 後藤 悦
(指定討論者) 東京大学大学院 医学系研究科 小林 廉毅

C-2 「高齢者向け肺炎球菌ワクチン接種の推進に影響を与える要因」

早稲田大学大学院 政治学研究科公共経営専攻 杉山 洋子
(指定討論者) 京都大学白眉センター 経済学研究科 後藤 励

C-3 「医療費の集中度と持続性についての一検討」

国立社会保障・人口問題研究所 泉田 信行
(指定討論者) 学習院大学 経済学部 鈴木 亘

C-4 「国民健康保険の加入・脱退と医療費水準」

立教大学 経済学部 大津 唯
(指定討論者) 一橋大学 経済研究所 小塩 隆士

一般演題

【D 会場：S102 教室】

座長 順天堂大学大学院 医療看護学研究科 飯島佐知子

(9:20~12:00)

D-1 予後不良の脳内血腫患者への人工呼吸器治療
—「家族の意志」による医療費の変動—

国立病院機構岡山医療センター脳神経外科 福原 徹
(指定討論者) 京都大学大学院 医学研究科医療経済学 佐々木典子

D-2 まちづくり型介護予防「憩いのサロン事業」の費用分析

千葉大学 予防医学センター 近藤 克則
(指定討論者) 国立保健医療科学院 福田 敬

D-3 「少子高齢化時代の家族介護モデル—親の介護への参加動機」

名古屋大学大学院 経済学研究科 角谷 快彦
(指定討論者) 京都産業大学 経済学部 花岡 智恵

D-4 「The relationship between dementia diagnosis and long-term care expenditure.」

京都大学大学院 医学研究科医療経済学 林 慧茹
(指定討論者) 富山大学 経済学部 両角 良子

2013 年度「学会論文賞」授賞の報告

医療経済学会では、医療経済・医療政策研究の発展を図るため、2009 年に「学会論文賞」が設立されました。

この賞は、医療経済学会雑誌である「医療経済研究」に掲載された研究論文の中から与えられるものであり、賞状のほか副賞として賞金（提供：医療経済研究機構）が贈られます。

2013 年度は、以下の論文が受賞され、去る 9 月 6 日開催された医療経済学会 総会にて、医療経済学会 会長 遠藤 久夫 先生より表彰状が授与されました。また、医療経済研究機構 所長 西村 周三より副賞が贈呈されました。

大津 唯 氏（立教大学経済学部 助教）

「短期被保険者証・被保険者資格証明書交付による受診確率への影響 —国民健康保険レセプト・データに基づく実証分析—」

授賞理由：

本研究は、国民健康保険において近年問題となっている短期被保険者証および資格証明書の交付とその受診行動への影響という、社会的要請の大変高い重要なテーマを扱っており、その新規性、政策的重要性の観点から、高く評価できる。また、使用したレセプト・データも大変貴重なものであり、その収集の努力も大いに評価するところである。分析手法等については、まだ工夫の余地があるとの意見もあったが、研究者として、著者らの今後のさらなる成長を期待し、ここに学会論文賞を送るものである。

医療経済学会では、医療経済・医療政策研究の発展を図るべく 2009 年に学会論文賞が設立されました。また 2012 年からは、特に若手研究者の研究奨励を図るべく、新進気鋭の若手による論文を受賞対象として選ぶようにしています。このたびの選考でも、論文の質はもとより、若手研究者の意欲的な取り組みが高く評価されています。次年度以降も若手諸氏の意欲的投稿を期待します。

『医療経済研究』編集委員長 橋本 英樹

医療経済学会「学会論文賞」について

医療経済学会では、医療経済・医療政策研究の発展を図るため、2009年に「学会論文賞」が設立されました。

この賞は、医療経済学会誌である「医療経済研究」に掲載された研究論文の中から、同誌の編集委員会による選考を経て医療経済学会理事会で決定された論文に対して与えられるものであり、賞状のほか、副賞として医療経済研究機構の提供により賞金が贈られます。

2014年度については、下記のとおり選考等を行うこととしておりますので、お知らせいたします。

記

【選考対象】

2014年度に発行された医療経済学会誌「医療経済研究」(Vol.26)に掲載の研究論文

【選考・決定】

「医療経済研究」編集委員会の選考を経て医療経済学会理事会で決定。

【表彰】

2015年に開催予定の第10回総会において表彰を行い、受賞者に対して賞状及び副賞として賞金(提供：医療経済研究機構)を贈呈します。

医療経済学会 第9回研究大会「若手最優秀発表賞」授賞の報告

第9回 研究大会長

東京大学大学院医学系研究科 橋本 英樹

医療経済学会 第9回研究大会では、2014年9月6日（土）の一般演題の部において、発表論文の第一著者で、かつプレゼンテーションを行った大学院生を対象とした「若手最優秀発表賞」を決定・授与いたします。受賞者には表彰状、ならびに副賞5万円が授与されます。

厳正な審査の結果、下記のとおり、受賞者が決定したことをご報告申し上げます。

【受賞者・演題名】

受賞者：Manang Fredrick 氏（National Graduate Institute for Policy Studies）

演題名：The impact of access to health care on Maternal care use and health status: Evidence from longitudinal data from rural Uganda

Fredrick 氏の受賞は昨年に続き2回目で、大会史上初の快挙であることを申し添えるとともに、その貢献に対し大会長として賛辞を送りたいと思います。

第6回韓国・台湾・日本3カ国医療経済学会交流セミナー（報告）

6th Korea-Taiwan-Japan Health Economics Associations Joint Conference in Tokyo

日時：2014年9月7日（日） 8：30～13：05

会場：東京大学 本郷キャンパス 医学部図書館
〒113-8654 文京区本郷 7-3-1

テーマ：Ageing society and sustainability of the healthcare systems in East Asia

スケジュール

8:30- Registration

8:40- Opening remarks by Hisao Endo (President JHEA)

8:45- 1st session Life and health in ageing society (Chair: Chae-Yeol Yang)

Korea: "Does copayment ceiling provide better financial protection in the Korean
National Health Insurance?" by Tae-Jin Lee
Counter discussant: Tsai-Ching Liu

Taiwan: "Retirement and Health" by Yu-I Peng and Tsai-Ching Liu
Counter discussant: Hideki Hashimoto

Japan: "Retirement and cognitive function: evidence from JSTAR" by Hideki Hashimoto
Counter discussant: Wankyo Chung

11:00- 2nd session Efficiency and equity in health care (Chair: Chin-Shyan Chen)

Korea: "The Effect of Expanded Benefit Coverage for Cancer Patients on Income
Related Inequality in the Use of Tertiary Care Hospitals in Korea" by Soonman
Kwon and Sujin Kim
Counter discussant: Rei Goto

Taiwan: "Equity in health care uses among the elderly in Taiwan" by Juifen Rachel Lu
Counter discussant: Fumiaki Yasukawa

Japan: "Patient Cost Sharing and Medical Expenditures in the Elderly"
by Toshiaki Iizuka
Counter discussant: Yen-ju Lin

13:00-13:05 Concluding remarks by Naoki Ikegami

各国参加者：

Korea:

1. Tae-Jin Lee, MPH, PhD
Professor, Department of Health Policy and Management,
Seoul National University Graduate School of Public Health, ROK
2. Soonman Kwon, MPH, PhD
Professor, Department of Health Policy and Management,
Seoul National University Graduate School of Public Health, ROK
3. Wankyo Chung, PhD (discussant)
Professor, Hallym University, College of Business, Institute of Ageing, ROK
4. Chae-Yeol Yang, PhD
President, Korean Health Economics Association
Professor, College of Business Administration, Chonnam National University, ROK

Taiwan:

1. Juifen Rachel Lu, PhD
Vice President, Taiwan Society of Health Economics
Professor, Department of Health Care Management, Chang Gung University, Taiwan
2. Yu-I Peng, PhD
Assistant Professor, Department of Public Finance, National Taipei University, Taiwan
3. Tsai-Ching Liu, PhD (discussant)
Professor, Department of Public Finance, National Taipei University, Taiwan
4. Yen-ju Lin, PhD (discussant)
Deputy Secretary General, Taiwan Society of Health Economics
Associate Professor, Department of Public Finance and Taxation,
National Taichung University of Science and Technology
5. Chin-Shyan Chen, PhD
President, Taiwan Society of Health Economics
Professor, Department of Economics, National Taipei University, Taiwan

Japan:

1. Hideki Hashimoto, MD DPH
Professor, the University of Tokyo School of Public Health
2. Toshiaki Iizuka, PhD
Professor, Graduate School of Economics, the University of Tokyo
3. Fumiaki Yasukawa, PhD (discussant)
Chair of the program committee for the 9th JHEA meeting
Professor, Graduate School of International Management, Yokoyama City University
4. Rei Goto, MD, PhD (discussant)
Associate Professor in the Hakubi Project Center, Kyoto University
5. Hisao Endo, PhD
President, Japanese Health Economics Association
Professor, Graduate School of Economics, Gakushuin University
6. Naoki Ikegami, MD PhD
Former president, Japanese Health Economics Association
Professor, Graduate School of Medicine, Keio University

『医療経済研究』投稿規定

本誌は以下の目的にかなう研究の成果物を広く募集します。原稿の種別は下記の通り医療経済・医療政策に関する「研究論文」、「研究ノート」、「研究資料」とします。但し、本誌に投稿する論文等は、いずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。

なお、投稿にあたっては共著者がある場合は全員の同意を得るものとし、投稿後の採否の通知を受けるまでは他誌への投稿を認めません。

1. 目的
 - (1) 医療経済・医療政策の分野において研究および調査の発表の場を提供する。
 - (2) 医療経済・医療政策研究の発展を図り、医療政策立案及び評価に学術的基盤を与える。
 - (3) 医療経済・医療政策の分野において産、官、学を問わず意見交換、学術討論の場を提供する。
2. 原稿種別
 - (1) 「研究論文」：理論的または実証的な研究成果を内容とし、独創的な内容をもつもの。実証的な研究の場合には目的、方法、結論、考察について明確なもの。
 - (2) 「研究ノート」：独創的な研究の短報または小規模な研究など、研究論文としての基準に達していないが、新しい知見を含み、学術的に価値の高いもの。
 - (3) 「研究資料」：特色ある資料、調査、実験などの報告や研究手法の改良などに関する報告等で、将来的な研究に役立つような情報を提供するもの。
 - (4) 本誌は上記のほかに編集委員会が認めたものを掲載する。
3. 投稿者の学問領域、専門分野を問いません。また医療経済研究機構または医療経済学会の会員であるか否かを問いません。
4. 投稿者は、投稿に際し、本文・図表・抄録を電子メールで送付するとともに、投稿論文の原稿1部を郵送してください。なお、原稿は返却いたしません。
また、投稿者は、「研究論文」、「研究ノート」、「研究資料」の原稿種別の希望を提示することはできますが、その決定は編集委員会が行うことと致します。
5. 原稿執筆の様式は所定の執筆要領に従ってください。編集委員会から修正を求められた際には、各指摘事項に個別的に応え、再投稿して下さい。
編集委員会が修正を求めた投稿原稿について、通知日から90日以上を経過しても再投稿されない場合には、投稿の取り下げとみなします。ただし、事前に通知し、編集委員会が正当な理由として判断した場合はこの限りではありません。
6. 研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（公的機関や私的企業の名称、研究課題名、補助時期など）を謝辞の中に明記してください。
7. ヒトを対象とした研究である場合には、以下に例示する倫理基準などを参考に適切に行われていることを明示してください。
○疫学研究に関する倫理指針 ○臨床研究に関する倫理指針
8. 医療技術評価に関連する研究については、編集委員会が必要と判断した場合は、審査に先立って利益相反（Conflict of Interest）の有無についての情報を開示していただくことがあります。
9. 投稿論文の掲載の採否および種別については、査読審査に基づいて、編集委員会にて決定します。その際、「研究論文」の基準には満たない場合であっても「研究ノート」または「研究資料」としての掲載が可能という決定になる場合もあります。
10. 採用が決定した論文について、研究の構成そのものにかかわる指摘や評価が分かれる場合については、編集委員がコメントをすることがあります。その際には、投稿者へ事前にご連絡いたします。
11. 採用が決定した論文等の著作権は、医療経済研究機構に属するものとします。採用された場合には、あらためて著作権移管の用紙に執筆者全員の署名をいただきます。
12. 採用された論文の掲載料金は無料です。別刷が必要な場合にはその旨ご連絡ください。実費にて申し受けます。
13. 採用された論文については、「学会論文賞」の選定対象となり、正賞を医療経済学会から、副賞を医療経済研究機構から贈呈します。
14. 英文の校正等は、第一義的には投稿者の責任であり、水準に満たない場合は合理的な範囲での費用負担を求める場合もあります。
15. 原稿の送り先は以下のとおりです。
E-mail kikanshi@ihp.jp

（問い合わせ先）

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11 11 東洋海事ビル 2F
一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構
医療経済学会雑誌・医療経済研究機構機関誌『医療経済研究』担当
TEL 03-3506-8529 / FAX 03-3506-8528

（2014年3月5日 改定）

『医療経済研究』執筆要領

1. 原稿の書式

(1) A4版 Word 入力

(2) 1行 40字×36行、横書き入力

匿名で査読を行いますので、著者の属性に係る事項は表紙（1ページ目）に以下①～④の項目を記入し、本体ページ（2ページ目）以降に本文を掲載し、謝辞を入れずに原稿作成をお願い致します。

① 題名著者の氏名および所属・肩書、謝辞、提出年月日

② 連絡先著者1名の所属・肩書、メールアドレス、住所、電話番号、FAX番号

③ 共著者全員のメールアドレス

④ 研究費補助の有無。研究費補助を受けている場合は、ファンドソース（何年のどの機関・企業からの研究補助等）を謝辞の中に明記してください。

2. 原稿の長さは「40字×36行」12枚、英文の場合は6000語以内とします。

（表紙、図表、抄録は除く）

3. 抄録は和文（1,000字程度）および英文（400語程度、ダブルスペース）で作成の上、添付してください。また論文検索のため、和文・英文各10語以内でキーワードを設定し、末尾に記載してください。（英文キーワードは原則として小文字にて記載）

4. 注）は本文原稿の最後一括して掲載してください。掲載は、注1）などのナンバーをふり、注）の番号順に並べてください。

5. 文献記載の様式は以下のとおりとします。

(1) 文献は本文の引用箇所の肩に 1) などの番号で示し、本文原稿の最後一括して引用番号順に記載してください。文献の著者が3名までは全員、4名以上の場合は筆頭者名のみあげ、(筆頭者)、他、としてください。

(2) 記載方法は下記の例示に従ってください。

①雑誌の場合

1) Wazana,A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? Journal of American Medical Association 2000;283:373-380

2) 南部鶴彦, 島田直樹. 医療機関の薬剤購入における価格弾力性の推定. 医療経済研究 2000 ; 7 : 77-100

②単行本の場合

1) 井伊雅子, 大日康史. 第9章 予防行動の分析.医療サービス需要の経済分析. 日本経済新聞社. 2002 : 173-194

2) Organisation for Economics Co-operation and Development. A System of Health Accounts. Paris: OECD Publications,2000.

③訳本の場合

1) Fuchs,V., 1991. National health insurance revisited. Health Affairs [Winter], 7-17. (江見康一・二木 立・権丈善一訳『保健医療政策の将来』勁草書房, 1995, 245-261)

6. 図表はそれぞれ通し番号を付し、表題を付け、出所を必ず明記してください。また、本文には入れ込まず、1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を本文の右欄外に指定してください。

7. 見出しに振る修飾数字・英字等は原則として以下の順序に従ってください。

1. (1) ① (a) (ア) ...

(2008年3月31日 改定)

Japanese Journal of Health Economics and Policy: Instructions to Authors

The Japanese Journal of Health Economics and Policy accepts articles from the subject areas of health economics and health care policy. Articles that are submitted to the Editorial Committee of the journal have to be original and, as such, should not have been published elsewhere, either in whole or in part, and should not be submitted to other journals while a decision on publication by the Editorial Committee is pending. Contributing authors should be mindful of, and strictly follow, the Guidelines set below.

1. The purposes of the journal are as follows:
 - 1) The development of research in the area of health economics and health care policy, with a view to this forming an academic basis for policy design and its evaluation.
 - 2) The provision of opportunities for scholars and other interested parties to present research results in the area of health economics and policy.
 - 3) The promotion of free exchange and the discussion of views, ideas, and opinions among all persons concerned with the various dimensions of health economics and health care policy.
2. Primarily, the following types of articles are accepted for publication:
 - 1) Research Papers: These are articles presenting detailed, original, empirical and/or theoretical research, and providing a clear statement and explanation of the objectives, method, and result of the research in question.
 - 2) Research Notes: These comprise small and concise notes on the original research, or articles containing new views and opinions of academic value that do not meet the standards of a research paper.
 - 3) Research Reports: These include reports on particular data, surveys, experiments, and other such matters, along with reports on improvements in research methodologies that can provide useful information for future research activities.
 - 4) Other articles that are approved by the Editorial Committee may be published.
3. Authors are subject to no restrictions with regard to their areas of research interest and expertise. The authors are not required to be members of the Institute for Health Economics and Policy and/or the Japan Health Economics Association.
4. Authors should email the main text of their articles along with the figures/tables and the abstract, and should, in addition, send a hard copy of the articles through regular mail. Articles once submitted will not be returned. Authors may express a preference as to whether their articles are to be published as a research paper, as research notes, or a research report, although author preferences regarding article type will not be binding upon the Editorial Committee.
5. Authors should follow the Writing Guidelines attached with the Authors' Guidelines. When asked by the Editorial Committee to make revisions, authors are expected to revise their articles in full accordance with the requirements of the Committee and to resubmit their completed and revised articles. If a resubmission is not made within 90 days from the date of notification, the submission will be considered as withdrawn. However, the 90-day limit will not apply in cases where the Editorial Committee decides that there is a valid reason for the delay.
6. In the case of articles based on research that has been supported by grants, fellowships, or other such funding, authors are required to provide the names of the awarding institutions or organizations concerned, the research title, the year the grant/fellowship was received, and all other relevant information in their acknowledgements.
7. The authors must clearly indicate that all research involving human subjects was conducted in accordance with the standards set out in the Ethical Guidelines for Epidemiological Studies and Ethical Guidelines for Clinical Research.
8. In the case of research concerning the assessment of health care technology, authors are advised that the Editorial Committee may, if necessary, request information regarding possible conflicts of interest prior to the evaluation of the articles concerned.
9. Decisions regarding the acceptance of articles for publication and the designation of the type of article will be made by the Editorial Committee on the basis of the referees' reports. Submissions that do not meet the standards for research papers may be published as research notes or research reports.
10. The Editorial Committee can comment on the papers accepted for publication if points related to research designs of the papers are made and/or opinions on paper reviews are divided. In that case, the authors will be notified of such comments.
11. Authors are advised that the Institute for Health Economics and Policy will retain the copyrights for all the works accepted for publication. The authors of the papers accepted for publication will be requested to sign a consent form for copyrights transfer.
12. There is no publication fee for the published papers. Extra copies of published papers will be provided at actual cost price upon the authors' request.
13. Articles accepted and published as research papers will be eligible for being considered for "Association's Paper Award" for the most valuable article of the year and the award-winning author(s) will be honored with an award certificate by Japan Health Economics Association and with an extra award by Institute for Health Economics and Policy.
14. Authors should assume principal responsibility for proofreading of the paper for language (English) related issues. Therefore, when the level of English does not meet the standard, authors may be requested to bear reasonable expenses for additional proofreading done by the Editorial Committee.
15. Articles should be sent to the following E-mail address:
E-mail: kikanshi@ihep.jp

[Contact Information]

Editorial Office of the Japanese Journal of Health Economics and Policy:
Institute for Health Economics and Policy
No. 11 Toyo Kaiji Building 2F, 1-5-11 Nishi-shinbashi, Minato-ku
Tokyo 105-0003 Japan
Telephone: (+81) 3-3506-8529; Fax: (+81) 3-3506-8528

Revised as of March 5, 2014

"Japanese Journal of Health Economics and Policy"

Manuscript Submission and Specifications

1. Format of articles

Articles are to be submitted in the format of an A4-size Microsoft Word document file with 36 lines per page. As referee reading will be conducted anonymously, the following four items should be included on the cover page (first page), while the main text should appear from the body page (second page) onward and acknowledgements should not be included from that page onward. (1) The title of articles, the name, title and institutional affiliation of authors, acknowledgements, and the date of submission must be entered clearly on the cover page. (2) The name, title, institutional affiliation, address, telephone number, fax number and email address of authors should also be provided separately for contact purposes. (3) In the case of co-authored articles, the email address of all the authors concerned must be supplied in full. (4) Where articles are based on research that has been supported by grants, fellowships or other such funding, authors are to give the name of the awarding institutions or organizations concerned, the year of the award and all other relevant information in their acknowledgements.

2. Articles in Japanese should be no longer than 12 pages, with 40 characters per line. Articles in English should be no longer than 6,000 words, excluding the cover-page, figures/tables and abstract.

3. An abstract of about 1,000 characters in Japanese or about 400 words (double-spaced) in English should be prepared and attached to the article.

Up to 10 Japanese and 10 English keywords are to be selected for article searches and listed at the end of the abstract. Keywords in English should as a rule be in lower case letters.

4. Endnotes (e.g., 'Note 1') should be placed together at the end of the main text of the article in numerical order.

5. Bibliographical references should be numbered by superscript next to the citations in the main text of articles, and the full references should be listed at the end of the main text in numerical order with all numbers clearly indicated. Up to three authors for individual works may be listed in bibliographical references, but for works with four or more authors the name of the first author only should be given and followed by 'et al.'.

The following specimen examples are to be taken as standard for contributing authors:

Journal articles:

- 1) Wazana, A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Journal of American Medical Association* 2000; 283: 373-380.

Books:

- 1) Organization for Economic Co-operation and Development. *A System of Health Accounts*. Paris: OECD Publications, 2000.

Translations:

- 1) Fuchs, V., 1991. National health insurance revisited. *Health Affairs* [Winter], 7-17. (Translated by Emi, Niki, Kenjo. *Future of Healthcare Policy*. Keiso Shobo, 1995. 245-261).

6. Figures and tables are to be numbered sequentially, with captions added and sources clearly indicated. Figures should not be entered into the main text of articles, but should rather be placed individually in separate attachments with the places for insertion indicated in the right margin of the main text.

7. Roman and Arabic numerals and letters used for outlines should as a rule be set out in the order as follows: 1. (1) a) ...

Effective on and from 31 March 2008

医療経済学会 入会申込書

【学会設立の趣旨】

医療経済学の研究者を広く糾合し、医療経済研究の活性化を図るべく、「医療経済学会」を設立する。この学会が医療経済学の研究成果発表の場として、広く研究者が交流する場となることで、その学問的成果に基づく政策や医療現場での実践が行われ、ひいては質の高い効率的な医療が提供されることを期待する。

年 月 日申込

入会希望の方は下記様式に記入の上、事務局までメール、FAX または郵送して下さい。

フリガナ		男・女	生年月日	西暦 年 月 日
氏 名				
会員の別		普通会員 学生会員		最終学歴 専攻科目
所属先	名称			職 名
	住所	〒		
電 話				FAX
自宅住所		〒		
電 話				FAX
郵便物希望送付先（該当に○）		所属先 ・ 自宅		
E-mail				

* 入会申込書に記載いただいた個人情報は、当学会のご案内・ご連絡にのみ使用致します。

* 学生会員を希望される方は、学生証コピーの添付をお願い致します。

【主な活動】

研究大会の開催

学会誌「医療経済研究」の発行など

【学会年会費】

普通会員：年 10,000 円、学生会員：年 5,000 円

【入会の申し込みおよびお問合せは下記へ】

医療経済研究機構内 医療経済学会事務局

TEL 03-3506-8529 FAX 03-3506-8528

http://www.ihep.jp E-mail: gakkai@ihep.jp

編集委員長	橋本英樹	(東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻教授)
編集顧問	池上直己	(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授)
	西村周三	(医療経済研究機構所長)
編集委員	井伊雅子	(一橋大学国際・公共政策大学院教授)
	駒村康平	(慶應義塾大学経済学部教授)
	菅原琢磨	(法政大学経済学部教授)
	鈴木亘	(学習院大学経済学部教授)
	野口晴子	(早稲田大学政治経済学術院教授)
	濱島ちさと	(国立がん研究センターがん予防・検診研究センター検診研究部検診評価研究室長)
	福田敬	(国立保健医療科学院統括研究官)
	安川文朗	(横浜市立大学国際総合科学部教授)

医療経済研究 Vol.26 No.1 2014

平成 26 年 10 月 31 日発行

編集・発行

**医療経済学会
医療経済研究機構**

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11

11 東洋海事ビル 2 階

一般財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会内

TEL 03 (3506) 8529

FAX 03 (3506) 8528

医療経済研究機構ホームページ：<http://www.ihep.jp/>

医療経済学会ホームページ：<http://www.ihep.jp/jhea/>

制作

株式会社 祥文社

〒135-0034 東京都江東区永代 2 丁目 35 番 1 号

TEL 03 (3642) 1281 (代)

会員サービス向上の一環として、バックナンバーについては医療経済学会ホームページより PDF が閲覧可能です。本年号については、パスワード入力により会員専用ページで閲覧可能です。また、会員の皆様にはこれまでどおり最新号を郵送いたします。なお、非会員の方は一年以上経過したバックナンバーが Web 上で閲覧可能です。

Japanese Journal of Health Economics and Policy

Vol.26 No.1 2014

Contents

Prefatory Note

Thinking again on health economics and health services studies..... *Naoki Ikegami* 1

Special Contributed Article

Primary care and the integrated community care system in Japan: roles and future tasks
..... *Ryuki Kassai, MD, PhD, FRCGP* 3

Research Article

The Establishment and Development of Three Types of Psychiatric Hospitalization in Japan:
A Historical Analysis of Institutional Formation and Financial Transition
..... *Michihito Ando* *Motoyuki Goto* 27

Effects of Care on Working, Income, and Leisure
..... *Kensaku Kishida* 43

JHEA 9th Annual Meeting Report..... 59

Announcement of the Best Paper Award of the Year 2013..... 65

Selection of the Best Paper Award of the Year 2014..... 66

JHEA 9th Annual Meeting Young Investigator Award..... 67

6th Korea-Taiwan-Japan Health Economics Associations

Joint Conference in Tokyo..... 68

Instructions to Authors/Manuscript Submission and Specifications..... 71

