

ケアの周辺ニウェルビーイングへの多様なパス

佐藤 一光 東京経済大学経済学部教授

2024年度は6年に一度の診療報酬と介護報酬のダブル改定の年である。今回の同時改定では賃上げを前提とした診療報酬・介護報酬の改定となっていることが大きな特徴となっている。日本社会は数十年ぶりに物価上昇と賃金上昇を経験しており、公定価格によって間接的に賃金水準をコントロールされている医療・介護従事者の賃金水準は相対的に下がっており2022年には介護分野では入職者より離職者が上回り、医療分野でも入職者と離職者が拮抗したが、このことは医療と介護の業界では衝撃をもって受け止められた。医療も介護もニーズが増大する中で、その担い手を確保できないということは、ニーズを満たすことができなくなっていくことを意味しているからである。

*

国立社会保障人口問題研究所の「日本の将来推計人口（令和5年推計）」の出生率中位推計によれば24年の65歳以上人口は3,646万人で人口に占める割合は約30%となっている。高齢者人口は今後も上昇し続け、70年代に生まれた第二次ベビーブーマーと団塊ジュニアが高齢者となる2043年に3,953万人のピークを迎えると考えられている。もっともそれでも高齢者の人口比率は36%でその後もずっと上がり続ける。つい「この超高齢社会を乗り切るためにはどうすればよいのだろうか」と問いを立て

さとう かずあき

慶應義塾大学経済学研究科修了、博士（経済学）。専門は財政学、環境経済学。慶應義塾大学経済学部助教、内閣府計量分析室、岩手大学人文社会科学部准教授、東京経済大学経済学部准教授を経て、2024年4月より現職。
主著に『環境税の日独比較：財政学から見た租税構造と導入過程』（慶應義塾大学出版会）、「現代貨幣理論の構造と租税論・予算論からの検討」『財政研究』第16巻など。

てしまいがちであるが、どこかネガティブな印象を受けてしまう。というのは医療と介護の現場では、常に利用者の健康と生活の向上のための努力が続けられているからである。

メディカルケア、ヘルスケア、ロングタームケアを通じて利用者の健康と生活を向上させることをウェルビーイングと呼ぶことにする。ウェルビーイングとは人間の幸福や生活の質を表す概念で、単に経済的な豊かさに限らず身体的健康や精神的健康、社会的つながりや生活の質などを含んだ概念である。ダブル改定に際して現場では、どのようにケアを変えていけば良いのか検討が続けられている。改定の際にいつも見られる光景である。

＊

筆者は2012年に連合栃木総研のプロジェクト「福祉サービスの在り方に関する研究会」で栃木県内の訪問看護ステーションを調査する機会を得た。在宅医療と在宅介護は施設におけるケアと比較して安価であることから医療と介護の負担を抑制して超高齢社会を乗り切るための手段として重要視されている。しかしこの調査で筆者が学んだことは、在宅ケアは利用者のウェルビーイングを高めるために有益なサービスの提供方法であるということであった。人間は加齢とともに健康に問題を抱えるようになる。しかし、健康に問題を抱えていたとしても、住み慣れた

自宅で医療と介護のケアを受けることで幸福な人生の終盤を送ることが可能となる。

筆者の配偶者は看護師であるが、この調査を通じて訪問看護の可能性を感じて当時勤めていた救急外来から訪問看護ステーションへと転職することとなった。さまざまな異なる健康上の問題と、多様な家族関係と生活環境の中でどのように利用者のウェルビーイングを求めていくのか。筆者は配偶者からのケアの事例を時には面白おかしく、時には愚痴として日々聴いている。そこで学ぶことは、それぞれの利用者の人生の複雑さであり、医療と介護の公的な制度の中で追い求められるウェルビーイングである。

もちろん医療制度が提供するメディカルケアは疾病や怪我などの治療であって、その回復にこそ第一義的な意味がある。介護制度が提供するロングタームケアは身体の衰えを回復させたり、生活を補助したりすることを目的としている。もっとも、利用者のウェルビーイングに与える影響は多様である。本特集では利用者のウェルビーイングに与える多様なパスについて検討を加える。このことをケアそのものが与える影響を超えて、ケアとそれを取り巻く状況がウェルビーイングに至る経路である〈ケアの周辺〉に焦点を当てて、より広範囲な日本のケアのあり方について考察を深めるものである。

坂元論文はコロナ禍における超過死亡について検討を行っている。超過死亡とはある期間内に観察された実際の死亡数が、同じ期間に予想される死亡数を上回る現象を指す。坂元論文の特徴はCOVID-19への感染そのものによる超過死亡ではなく、コロナ禍によって医療提供体制が動揺している可能性にその眼差しを向けていることである。例えばコロナ対応で医療が逼迫する中でそれ以前と比べて脳梗塞や心筋梗塞といった緊急性を要する治療がスムーズに提供できなくなっていた可能性が示唆されている。コロナ禍の間に自宅で終末を迎えるケースが増加し、メンタルヘルスを通じた自殺の動向も変化をしており、高齢者だけではなく女性や子どもへの注視が必要であることが示されている。

高橋論文は介護保険制度に焦点を当てて、利用者本位のケアが行われているのかどうかを検討している。介護保険は利用者のケアのニーズを把握して要介護度を判定することによって、価格メカニズムではない需給のコントロールを行なっている。すなわち、お金があるからサービスを使う、お金がないから使わないという利用者の経済状況に依存した判断ではなく、ウェルビーイングの改善に資するのであれば家計に大きな影響を与えることのない少ない自己負担でケアを提供するということである。

もっとも、高橋論文によれば低い要介護度から引

き上げられた場合に、もともと利用限度いっぱいのサービスの利用していなかった利用者也サービスの利用を増やすということが観察されるという。ここでは不要なサービスが提供されている可能性が示唆される。とはいえ、高橋論文では検討されていないが利用限度いっぱいでケアを受けているという事例は、利用者のウェルビーイング改善に資するサービスが介護保険制度内で十分に提供されていない可能性も示唆するものである。

安藤・古市論文では後期高齢者医療制度の自己負担を引き上げる議論を念頭に、自己負担の引き上げが健康リスクではなく家計リスクを増大させている可能性が検討されている。自己負担率の変化が医療サービスの利用量には影響を与えるものの健康状態には大きな影響を与えないとする多くの研究がある。安藤・古市論文では自己負担率の変化は健康リスクを高めないものの、医療ニーズが高い利用者や所得が低い利用者に対しては家計を圧迫するリスクが高いと論じ、医療費によって家計が破綻する可能性が高齢者のいる世帯で高いことを強調している。

エビデンスの得られる研究は高齢者の自己負担に限定されているわけだが、この議論は自己負担という公共サービスの財源調達方法の限界に迫るものである。医療の一律無料化や自己負担上限を設定する総

合算制度といった政策案を検討することは、健康リスクというより家計負担を通じたウェルビーイングの総体的な低下を防ぐという観点から重要であるといえよう。

大津論文は健康の研究に対して貧困の視角を導入することによって、より複雑なウェルビーイングの見え方を示している。貧困という状態は単にお金がないという所得だけでは十分に把握することができず、快適な生活を送るために必要な生活資源が十分にあるかどうかということが重要であるということが分かっている。所得を観察するのではなく、この生活資源がない状態のことを剥奪と呼ぶが、生活資源が不足していれば不足しているほど健康水準が低いことが強調される。剥奪という概念の優れているところは、所得が低い場合の中でも生活必需品が不足すればより健康水準が低く、所得が低くない場合でも剥奪によって健康が害されるということが観察できるということである。

所得、年齢、そして剥奪を考慮した主観的健康の分析からは、高齢者ではなくとも剥奪が健康を悪化

させる可能性が示唆されており、剥奪がある場合には所得が健康により強く影響を与えるようになることを示している。高齢者においてはその傾向はより顕著であり、剥奪と低所得の組み合わせが健康を害していることが示される。しかも高齢者で剥奪状態にある場合は健康と不健康の振れ幅が大きくなっており、平均以上のインパクトがある。安藤・古市論文と併せて考えれば、自己負担が家計を圧迫する場合、剥奪状態の家計にはやはり健康リスクを高める可能性が示唆される。

＊

ケアの提供体制や家計の状況、ケア体制を通じた家計の状況の変化など、ケアそのものだけでなく〈ケアの周辺〉を観察することで、ウェルビーイングに大きな影響を与えていることが見えてきた。超高齢社会を乗り切るというネガティブには考えず、よりよい健康と生活が実現できるようなケアのあり方を考えたい。そのためにはケアの周辺にも目配りをしながら、医療と介護のあり方を考えていかなければならないのである。■

新型コロナウイルス感染症流行を経て 変化する日本の疾病構造

坂元 晴香

聖路加国際大学公衆衛生学研究科客員准教授

2020年1月に日本国内で最初の新型コロナウイルス感染症(以下、新型コロナ)患者が同定されてから、すでに4年半近くの月日が経過した。2023年5月8日時点で日本国内における累積感染者数は33,803,572名(軽症や無症状のため医療機関を受診していない人も相当数いると思われるため、実態としてはこの数値よりかなり大きい可能性がある)、累計死者数74,694名と多くの犠牲を生み出した¹。また、これだけの感染者数・死亡者数が医療現場に与えた負荷は相当に大きく、医療現場における感染症対策のあり方が変化したのみならず、新型コロナ以外の疾患に対しても大きな影響を及ぼした。2023年5月8日には、新型コロナの感染症法上の位置付けが、「5類」に移行したことも相まって、巷では「コロナ前」の生活を取り戻しつつあるように見える。しかしながら、たとえばリモートワークの推奨、大人数での飲み会の機会の減少、オンライン授業の浸透など新型コロナ以前と比較して我々の生活様式に生じた変化は、ある種の日

常に戻った現在においてもまだ残っている。本稿ではこうした新型コロナが直接的、もしくは我々の行動変容を通じて間接的に他の疾患に与えた影響について論じていきたい。なお、本稿では特に超過死亡に焦点を当てながら、新型コロナが我が国の他の疾患の動向(死亡率や有病率の変化等)にどのような影響を与えたかを見ていく。超過死亡とは、特定の期間内に観察される死亡件数が、ある外的かつ一過性の事象によって、通常の予測死亡数を上回るという現象であり、この現象は公衆衛生や医療の研究において極めて重要な指標とされている²。たとえば、大規模な自然災害で医療インフラが大きな影響を受けたり、新型コロナのような大規模なパンデミックが発生すると、医療資源の多くがパンデミック対応に投入されることになる。そうすると、特定の疾患に対する医療資源が通常より減少してしまい、結果として患者アウトカムが悪化を招くことがある。こうした予期せぬ自体に対応した結果として、医療全体へのインパクトを測定する際によく用いられる指標が超過死亡であり、本稿においても超過死亡を中心に新型コロナの影響を見ていく。なお、予測死亡数は、過去の同様の期間における死亡数や、季節的な変動、さらには人口の年齢構成などの変化を勘案して作成される統計モデルによって予測される。このように作成されたモデルを通じて得られる予測死亡数と、実際にその期間に観察される死亡数とを比較し、その差が正の場合、超過死亡が発生していると判断される²。統計方法の詳細

さかもと はるか

ハーバード大学公衆衛生大学院(公衆衛生学修士)、東京大学(国際保健学博士)。博士(国際保健学)。専門は国際保健学、公衆衛生学、医療政策学。聖路加国際病院内科医、厚生労働省国際課・母子保健課、東京大学大学院特任助教、東京女子医科大学准教授を経て現職。日本学術会議第26期連携会員、WHO西太平洋事務局コンサルタント、日本医療政策機構シニアマネージャー、東京財団政策研究所主任研究員等を歴任。

については、国立感染症研究所のウェブサイト参照されたい。

超過死亡の推移と5類以降への影響

新型コロナウイルスが流行して移行、2020年から2022年の間、全国的に亡くなった人の数は例年の水準を大きく上回っていることがわかっている。

2020年から2022年末までの間、新型コロナ以外の死因も含めた国内全ての死者は、例年水準より64,694（最小推計）～181,445（最大推計）万人多かったと報告されている²。国内で新型コロナウイルス発生が初めて報告された2020年には、全国的には顕著な超過死亡は確認されず、むしろ予測死亡数より8,837（最小推計）～43,095（最大推計）人少なかったことがわかっており、感染症対策が徹底されるなどして肺炎等の感染症による死亡が大幅に減少したことが理由として考えられる。しかしながら、2021年に重症化率・死亡率の高いデルタ株が主流になると、同年の4～6月にかけて、初めて日本国内でも超過死亡が確認されるようになっていく（6352～20280人/月）※。

※ 超過死亡の測定には、不確実性を伴うため、一定程度の幅を持って公表される。本稿においても数値に幅があるのはそのため、たとえば、2021年4～6月における月当たりの超過死亡数が6352～20280人というのは、一番少ない見積もりだと6352人が、一番多い見積もりだと20280人が予想より多かった死亡数という解釈になる。

その後は2021年の8～10月（4080～17853人/月）、2022年の2～4月（17453～33202人/月）、8～9月（17875～31800人/月）、さらに2022年12月から2023年2月にかけて（24680～46085人/月）、再び超過死亡が観測されている。通年での数値で見ると、2021年には全国で13,079～53,666人の、2022年には全国で52,881～123,341人の超過死亡があったことがわかっている。新型コロナの影響を考える際、新型コロナによる直接的な死亡に注目が集まることが多いが、その国のパンデミックへの対応能力や医療制度のキャパ

シティを考える際には超過死亡の程度を含めた疾患全体への影響で考えることが重要である。

死因別の超過死亡の状況

このように、特に2021年以降は新型コロナのみならず他の疾患においても超過死亡が発生している（本来の予測よりも多くの人が何らかの疾患で亡くなっている）ことが明らかになったわけであるが、次いでこの超過死亡はどのような疾患で特に多かったかを見ていきたい。COVID-19による死亡を除外した全死因に加えて、呼吸器疾患、脳心血管疾患、悪性新生物、老衰、自殺のそれぞれについて概説していく。

2020年1月から2022年12月の3年間の間に全国的に観測された各疾患の超過死亡数は以下のとおりである。コロナ以外の全死因：30,292—136,435人、呼吸器疾患：4,431—26,226人、脳心血管疾患：8,107—43,365、3,090—16,557人、悪性新生物：1,055—10,155人、老衰：7,954—22,586人、自殺：1,444—5,200人であった²。いずれの死亡でも超過死亡が見られているが、特に脳心血管疾患、呼吸器疾患、老衰で大きな超過死亡が見られていることがわかる。

脳心血管疾患による超過死亡の動向

とりわけ超過死亡のインパクトが大きいのが脳心血管疾患で、脳心血管疾患による超過死亡は2021年以降徐々に増加し、2022年2月以降さらに顕著に観測され始めている²。脳心血管疾患の場合、発症すると一刻を争う治療が必要となるが、2021年以降、感染者の増加に伴い医療提供体制が逼迫し適時に医療を受けられなかった可能性が考えられる。例えば、脳梗塞の場合には、tPA（血栓溶解療法）という詰まってしまった血栓を溶かす治療方法があり、脳梗塞の予後を劇的に改善させる可能性がある。しかしながら、この治療が適応となるのは発症後4.5時間以内のため、発症してから早期に医療機関に到着できるかによって予後が

大きく左右されるのである。また、COVID-19に罹患した場合、将来的に脳心血管疾患を含めた他の疾患による死亡リスクが高まることが指摘されているが^{3,4}、COVID-19の流行が高齢者の循環器に長期的な影響を与える可能性も考えられている⁵。この辺りのCOVID-19の長期影響（long-COVID）はまだ研究途上であり、今後も高齢者の脳心血管疾患による死亡が、医療提供体制などの制度的要因による部分と、より根本的な病態生理の変化による部分とを詳細に見ていくことが必要になるであろう。なお、この脳心血管疾患による死亡者数の増加トレンドは、2024年以降も継続している。特に懸念されるのが、医療機関以外での脳心血管疾患の死亡、すなわち自宅や高齢者施設において循環器疾患で亡くなる人が増えていることである⁶。脳心血管疾患による超過死亡は全国的に確認されており、同時期におけるDPCデータ上での脳心血管疾患による死亡が増えていないことを踏まえると（医療機関にて脳心血管疾患で死亡した人の数はほぼ変化がない）、医療機関以外、すなわち自宅や介護施設での死亡が増えていることは間違いないであろう。自宅や施設での死亡が増えている要因としては、病床の逼迫等により脳心血管疾患患者を適切に医療機関に搬送することができなかったこと、高齢者施設から医療機関への転院搬送が抑制されたことなどさまざまな要因が考えられる。また、こうした死亡場所の変化は都道府県ごとの地域差も大きく、地域ごとの事情も当然異なってくるであろう。脳心血管疾患による超過死亡が現在もまだ継続傾向にあることを踏まえると、例えば医療機関の受診抑制や、高齢者施設から患者の転院搬送を控えるといった新型コロナ中に見られた影響が、現在もまだ現場に影響を残していないか注意深く見ていくことが今後は必要である。

その他の疾患による超過死亡の動向

脳心血管疾患同様に、呼吸器疾患・老衰による死亡の増加も新型コロナの流行以降顕著である。特に、オミクロンが流行した2022年以降からこれ

ら疾患による死因が増えているが、これは主にはデルタからオミクロンへの変化によってコロナによる重症化率・死亡率が下がったことが考えられる。すなわち、デルタまでの場合は新型コロナに罹患した際の重症化のスピードが早く、そのまま亡くなり死因がコロナになることが多かったが、2022年以降、オミクロンが主流になると、コロナですぐに亡くなくても全身の衰弱が激しく、時間をおいてコロナ以外の要因で亡くなるが増えたと考えられる。感染を契機に衰弱し、誤嚥性肺炎や寝たきりが増えた可能性が考えられる。また、新型コロナ流行以前は、高齢者施設の入居者が体調を崩すと医療機関に搬送され、医療機関において何らかの検査や処置を受け、最終的に死亡時には何らかの病名が死因としてつけられることが多かったが、新型コロナ流行以降は、医療機関へ搬送せずそのまま高齢者施設内にて最後まで看取る例も増えた。このような場合は、往診医・かかりつけ医等によって老衰と診断される例も多く、高齢者の持病の悪化や新型コロナ感染を契機とした衰弱に加えて、死亡場所の変化が老衰の大幅な増加に寄与した可能性も高い。

他方で、悪性新生物については、脳心血管疾患や老衰ほどに大幅な超過死亡は見られていない。2023年8月に国立がん研究センターが発表した報告によると、2021年の悪性新生物による年齢調整死亡率は前年に比べて男女計で0.6%減少（男性1.0%減少、女性0.4%減少）しており、がんの部位別に見ても大きなトレンドの変化は認められていない⁷。新型コロナ流行期間中の医療提供体制の逼迫から手術や抗がん剤治療の遅れを懸念する指摘もあったが⁸、2021年時点では大きな超過死亡は確認されていない。しかしながら、悪性新生物の場合、特に脳心血管疾患などと比較するとその影響が死亡率に表れるまでは一定程度の時間を要するため（がん種にもよるが、がんが進行してから死亡するまでには数ヶ月から年単位を要するため）、今後悪性新生物においても超過死亡が認められる可能性はあり、今後も注視していくことが必要である。

日本人の年齢調整死亡率は、生活習慣や社会

環境の改善、医療技術の向上等により男女とも長期的に減少傾向にあった。しかしながら、2021年の全身年齢調整死亡率は、2020年に比べて男女計で2.2%増加(男性2.1%増加、女性2.2%増加)しており、これは東日本大震災の影響を受けた2011年以来、10年ぶりに前年と比較して年齢調整死亡率が増加したことが明らかになっている⁷。要因としてはCOVID-19そのものによる死亡のインパクトに加えて、特に脳心血管疾患や老衰による超過死亡の多さが寄与していることはこれまでの説明のとおりである。現在の数値は2021年までの統計から出されている推計であるが、2022年以降は、より超過死亡の影響が顕著になっていることを考えると、年齢調整死亡率の増加傾向は2022年、2023年とより深刻になっている可能性も考えられる。COVID-19の影響が、特に医療機関や介護施設、高齢者の日常生活の中に継続する中で、高齢者の健康状態の把握とそれに伴うケアの充実や社会参加の促進に対する取り組みが重要である。

新型コロナ流行を経た死亡場所の変化

死亡場所についても、COVID-19パンデミック以降の変化が明らかとなっている。2020年には、病院での死亡が減少し、一方で高齢者施設での死亡が増加したことがわかっている⁹。また、別の報告では2019年を起点に死亡場所のトレンドに変化が見られたことがわかっており、具体的には自宅での死亡が前年比で年間12.3% (9.0-15.7) の割合で増えている一方、医療機関での死亡は、前年比で年間4.0% (3.1-4.9%) の割合で減っていることがわかっている¹⁰。以前は高齢者が高齢者施設内で体調を崩した場合には、病院に入院し治療を受けた後に亡くなるケースがあったが、施設内でのクラスター感染が発生し、多くの高齢者が感染した場合、病床の確保や患者の移送が難しくなり、その結果、パンデミック初期には施設内で看取りが増加した可能性が考えられる。また、病院での面会制限なども、病院内での死亡減少に影響した可能性があると言えるだろう(たとえば、がん等での終末期の

患者さんやその家族が面会制限を理由に医療機関ではなく自宅を最後の場所を選んだ可能性)。こうした死亡場所の変化に関するトレンドは現在も続いており、長らく続く新型コロナ流行期間中に在宅医療の整備、医療機関と往診医の連携、人々の看取り場所に関する認識の変化をもたらした可能性が考えられる。

メンタルヘルス・自殺者の動向

脳心血管疾患や老衰ほどの超過死亡数ではないが、自殺についても注目が必要である。COVID-19パンデミック初期である2020年後半以降、特定の年齢層と性別で自殺者数が増加していることが確認されている¹¹。具体的には、全年齢層の女性及び男性のうち20代と80歳以上の層でこの傾向が強まっている。パンデミック以前のデータでは、男性が女性より自殺率が高い傾向があったが、COVID-19の影響下ではその傾向が逆転していることが示唆される。また、自殺の理由に関しては、COVID-19下で、性別を問わず経済的背景が自殺増加の主要因であることも各種研究からは報告されている。ただし、性別や世代によって自殺の要因は当然ながら多様であり、たとえば女性の自殺の主要理由は、「家庭問題」、「健康問題」、そして「学校問題」であり、具体的には、家庭内の対人関係の問題、子育てや介護のストレス、夫婦関係も問題、身体または精神の健康問題、学校内の対人関係が影響している可能性がある。特に、感染対策の一環として学校や介護施設(ショートステイ)等の使用が制限される中で、子育てや介護などの家族負担が女性の側により不平等に増えたこと、女性の場合元々非正規雇用の割合が男性より高いがコロナによる経済影響で非正規女性の方がより高い失業率であったこと、片親世帯の圧倒的多数が母子家庭であるが、こうした母子家庭により多くの経済影響が及んだことなども指摘されている¹²。

一方、男性の自殺の主要な原因は「経済・生活」と「勤務」に関連しており、COVID-19の影響での経済の停滞や失業が男性の主要な死因となってい

る。傾向としては女性の自殺の方が増加傾向にあるものの、絶対数としては依然として男性の方が多い点にも留意が必要である。

また、コロナ以降、子供(小中高生)の自殺者数が過去最高水準を更新していることにも留意したい。子供の自殺者数はその絶対数が少ないため、超過死亡を含めて統計学的な分析の実施に限界があるが、2023年の子供の自殺者数は、小学生が13人、中学生153人、高校生347人と、過去最高だった2022年の514人と同程度の水準で高止まりしている¹³。子供の自殺の要因は、新型コロナ以外にも著名人の自殺やSNSの影響等も複合的に絡んでいる可能性があるが、いずれにしても子供の自殺者数が高止まりの状況は緊急事態であり、より強力な介入が求められていることは言うまでもない。

おわりに

新型コロナウイルスの流行から四年半近くが経過し、街中ではすっかり「コロナ以前」を取り戻したように見える。しかしながら、新型コロナが流行下4年半の間に、単にコロナによって多くの方々がなくなったのみならず、新型コロナが流行しなければ亡くならなかったであろう多くの命が犠牲になったこともまた事実である。そして、一見日常に戻ったかに思える現在でも、疾患によっては超過死亡の影響が残存している事実はしっかりと受け止めることが必要である。新型コロナの経験を踏まえて、パンデミックなどの有事においてもあらゆる医療の犠牲を最初にできるよう、今回の経験を踏まえて学んでいくことが必要である。■

《参考文献》

1. 感染症データと医療・健康情報・NHK.
<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data/> (accessed at 21st May)
2. 日本の超過及び過小死亡数・国立感染症研究所.
<https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/data/> (accessed at 21st May)
3. Sahranavard, Mehrdad, et al. Cardiac complications in COVID-19: a systematic review and meta-analysis. 2021: 152-163.
4. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA 2020;324:603.
5. Hussien H, Nastasa A, Apetrii M, Nistor I, Petrovic M, Covic A. Different aspects of frailty and COVID-19: points to consider in the current pandemic and future ones. BMC Geriatrics. 2021;21(1):389.
6. 入江克実・COVID-19蔓延に伴う循環器疾患死亡場所の変化・日本内科学会雑誌・第113号・167ページ・2024年
7. Tanaka H, Togawa K, Katanoda K. Impact of the COVID-19 pandemic on mortality trends in Japan: a reversal in 2021? A descriptive analysis of national mortality data, 1995–2021. BMJ Open 2023;13:e071785.
8. 日本対がん協会・<https://www.jcancer.jp/news/12832> (accessed at 21st May)
9. Nomura S, Eguchi A, Ghaznavi C, et al. Excess deaths from non-COVID-19-related causes in Japan and 47 prefectures from January 2020 through May 2021 by place of death. SSM Population Health 2022; 19: 101196.
10. Shibata, Masashi, et al. Changes in the place of death before and during the COVID-19 pandemic in Japan. Plos one 19.2. 2024: e0299700.
11. Sakamoto, Haruka, et al. Excess suicides in Japan: a three-year post-pandemic assessment of gender and age disparities. Psychiatry Research. 2024: 115806.
12. 令和3年版男女共同参画白書・内閣府男女共同参画局
13. 自殺統計に基づく自殺者数・厚生労働省.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsutoukei-jisatsusyasu.html (accessed at 21st May)

介護保険制度は「利用者本位」のサービスを提供できているか？

高橋 雅生

上智大学経済学部特任助教

「利用者本位」に基づく介護保険制度

自分や家族の介護は多くの人にとって身近な問題であり、介護保険制度が利用者にとって使いやすい制度になっているかどうかは広く関心を集めるテーマであろう。介護保険制度では、その理念として「利用者本位」が謳われている。利用者本位には様々な定義があるが、たとえば日本介護福祉士の倫理基準には「利用者の心身の状況を的確に把握し、根拠に基づいた介護福祉サービスを提供」することとある¹。援助する側の価値観や都合を基にサービスを提供するのではなく、あくまで利用者の立場・視点に立ち利用者本人が必要としているサービスを提供することを指していると言えるだろう。介護保険制度の導入以前にも高齢者が介護サービスを受けられる老人福祉制度は存在したが、どのようなサービスを受けられるかは市町村が決めていたため、利用者がサービスの選択をすることができないという問題があった。介護保険における「利用者本位」の理念は、従来とは異なる制度の

あり方を規定する重要な考え方であると言える。本稿では、筆者が取り組んでいる研究に基づき、介護保険が利用者本位にサービスを提供できているかをデータに基づいて科学的に検証する方法を紹介したい。

介護保険サービスの利用とケアマネジメント

以下の議論の前提として、介護保険制度における介護サービス利用の流れを概観しておこう。介護サービスの利用を希望する場合、まず自治体に対して要介護認定の申請を行う必要がある。要介護認定では認定員がサービスを利用する予定の高齢者を訪問し、介護必要度の指標である要介護認定等基準時間（以下では単に基準時間と呼ぶ）を算出する。申請者は基準時間に基づいて暫定的に介護区分に分けられ、介護認定審査会による二次判定を経て最終的な介護区分が決まる。要支援1-2では介護予防サービス、要介護1-5では介護サービスを利用することができる。在宅介護サービスの場合は介護区分ごとに支給限度額が定められており、サービス利用が支給限度額以内であれば原則としてかかった費用の1割（一定以上所得がある場合は2割または3割）を負担し、支給限度額を超えた分は全額自己負担となる（表1参照）。要介護認定は基本的に半年あるいは一年ごとに再認定が行われ、毎回新しい基準時間が計算され介護区分も新しいものに更新される。

たかはし まさき

東京大学大学院経済学研究科博士課程修了。博士（経済学）専門分野は、医療経済学、公共経済学。一橋大学社会科学高等研究院特任助教を経て、2024年より上智大学経済学部経済学科特任助教。

著作：Takahashi, Masaki (2023) "Insurance coverage, long-term care utilization, and health outcomes." *The European Journal of Health Economics*, 24, pp.1383-1397.

表1 介護区分・要介護認定等基準時間・区分支給限度額の組み合わせ

介護区分	要介護認定等基準時間	区分支給限度額
非該当	25 分未満	-
要支援 1	25 分以上 32 分未満	50,320 円
要支援 2	32 分以上 50 分未満	105,310 円
要介護 1	32 分以上 50 分未満	167,650 円
要介護 2	50 分以上 70 分未満	197,050 円
要介護 3	70 分以上 90 分未満	270,480 円
要介護 4	90 分以上 110 分未満	309,380 円
要介護 5	110 分以上	362,170 円

注：区分支給限度額は1単位10円として計算。

要支援2と要介護1の振り分けは認知症の有無と状態の安定性に基づいて決められる。

出所：筆者作成

実際にサービスを利用するには月々のサービス利用の計画であるケアプランを作成する必要がある、ケアマネジャーが重要な役割を果たす。介護サービスの種類や組み合わせは多岐にわたり、専門知識を持たない高齢者やその家族が必要なサービスを取捨選択することは極めて難しい。ケアマネジャーはケアプランを作成するための専門知識を持ち、利用者の介護必要度に応じたサービスが適切に提供されるように調整を行う。利用者の健康状態や生活状況を踏まえて希望に沿ったサービスを受けられるよう、多様なサービスを組み合わせるケアプランを作成することを「ケアマネジメント」といい、介護保険制度ではケアマネジャーが中心となってケアマネジメントが行われることになっている。介護保険における利用者本位のサービス提供とは、ケアマネジャーが利用者の介護必要度を正確に把握し、その介護必要度に応じて適切にケアプランを作成することと言い換えることもできるだろう。

利用者本位を検証するための考え方

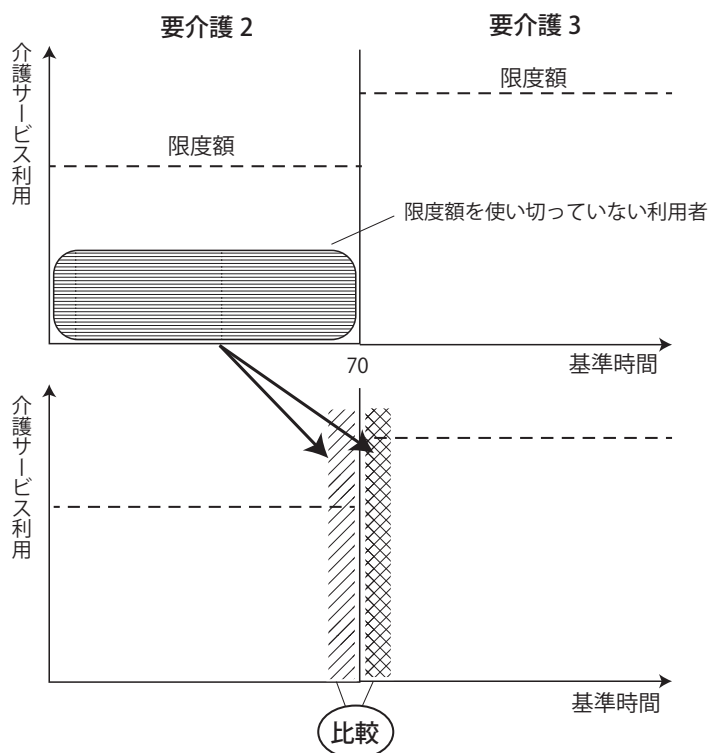
以下では、「介護保険が利用者本位に基づいたサービスを提供できているか」という漠然とした問いを、「ケアマネジャーが利用者の介護必要度を正確に把握し、その介護必要度に応じて適切にケアプランを作成できているか」という問いに置き換えて検証を行う。それでは、ケアマネ

ジャーが利用者の介護必要度に合わせたケアプランの作成ができているかどうかをどのように検証すべきであろうか。ここでは、在宅介護サービス利用者の介護区分が介護サービス利用にどのような影響を与えるのかという視点から論じてみたい。

まず次のような仮想的な状況を考えてみよう。介護保険の在宅介護サービス利用者AさんとBさんがおり、両者はともに要介護2に分類されている。要介護2の限度額は19万7千円となっており、限度額内のサービス利用は自己負担1割で利用することができる。月々の介護サービス利用額は、Aさんの場合19.7万円（自己負担1.97万円）、Bさんの場合10万円（自己負担1万円）になるようなケアプランでサービスを使っているとする。Aさんは限度額を使い切るようなケアプラン、Bさんはおおよそ限度額の半分を使うようなケアプランで介護サービスを利用しているとも言える。ここである日突然、両者の介護区分が要介護2から要介護3になり限度額が19万7千円から27万円に引き上げられたとしよう。両者の介護必要度に変わりはなく、介護区分とそれに付随する限度額だけ変化したと想像していただきたい。この場合、AさんあるいはBさんの介護サービス利用は介護区分の変化に伴って増加するであろうか？

Aさんのケースでは、利用者本位のケアプラン作成によって介護サービスの利用が増加することがありうる。月々のサービス利用が限度額を超えた場

図1 利用者本位のサービス提供の検証方法



出所:筆者作成

合は、超えた分は全額自己負担になることに注意していただきたい。Aさんは本来ならば25万円分のサービスを利用したいのに、要介護2の限度額が19万7千円なのでその限度額に収まるようにケアプランを作成しているのかもしれない。そうであれば、介護区分が要介護3になり限度額が引き上げられたのであれば、利用者本位のケアプラン作成によってサービス利用が増加するのは自然なことであろう。

一方Bさんのケースでは、もしケアマネジャーが利用者本位のケアプラン作成をしているのであれば介護サービス利用は変化しないはずである。BさんはAさんのように限度額が引き上げられることによってサービス利用を増加させるインセンティブは持たない。そもそも限度額の半分しかサービスを使っていないので、限度額の引き上げはBさんにとっては意味を持たないからである。利用者本位に基づくのであれば、ケアマネジャーが気にするのは利用者の介護必要度に合わせたサービスを利用できているかどうかなので、介護必要度が変化せず介護区分が変化しただけであればケアプラン

を変更し介護サービス利用を増加させる理由がないことになる。

言い換えると、もしBさんのようなケースでサービス利用に変化が生じるのであれば、ケアマネジャーが利用者本位のケアプランを作成していることに対して疑義が生じる。介護必要度が変わっていないのに介護区分が変わっただけでサービス利用が変化するということは、ケアマネジャーが介護必要度とは関係がない情報に基づいてケアマネジメントをしていることを意味するからである。たとえばケアマネジャーが「この介護区分の利用者は大体このくらいのサービスを使うだろう」といった考え方でケアプランを作成しているとすると、利用者の介護必要度は変わっていないけれども介護区分の変更によってケアプラン（すなわち介護サービス利用）は変化してしまう。このようなケアプランの作成方法は、利用者の本来の介護必要度に合わせたものとはなっておらず利用者本位のサービス提供とは言えないであろう。

上記の議論から、限度額を使い切っていない利用者（Bさんのようなケース）の介護サービス利用が、

介護区分が突然変更になった場合に变化するかどうかを調べれば、ケアマネージャーが利用者本位のケアプランを作成できているかを検証することができる。しかし現実には、上記の議論にあるような「介護必要度が変化しないのに介護区分と限度額が変更になる」といったことは生じない。そもそも要介護認定の仕組みから、介護区分は介護必要度(要介護認定等基準時間)によって決められるからである。そこで次に、上記の議論に基づき現実のデータを使って利用者本位のケアプランが作成されているかどうか検証する方法を説明したい。

データを使って利用者本位のサービス提供を検証する

筆者が採用したアプローチは、要介護認定の更新によって「紙一重で介護区分が変更にならなかった人」と「紙一重で介護区分が変更になった人」の介護サービス利用を比較するという方法である(これは「回帰不連続デザイン」と呼ばれる統計手法を応用したものである)。検証したいのは限度額を使い切っていない利用者の介護サービス利用なので、まず分析対象を要介護2で限度額の半分以下しかサービスを使っていない利用者に絞る。ここで、要介護認定には更新があり、新しく計算される基準時間によって介護区分も更新されることを思い出していきたい。表1にあるように、新しい基準時間が50分以上70分未満であれば要介護2のまま、70分以上90分未満であれば要介護3に変更ということになる。簡単に言えば、筆者のアプローチは新しい基準時間が「69分の人(紙一重で要介護2のままの人)」と「70分の人(紙一重で介護区分が要介護3に変更になった人)」を比較するということである(図1参照)。

このような「紙一重」の利用者に着目して介護サービス利用を比較することの分析上の利点は、両者のあいだで介護区分以外の違いがほとんどなく、介護区分の影響のみを検出することができるという点にある。この利点を強調するために、単純に「新しい介護区分が要介護2のままの人」と「新しい介護区分が要介護3になった人」の間で介護

サービス利用を比較した場合を考えてみよう。要介護2のままの人に比べて要介護3になった人は介護必要度が高まっているので、両者の介護サービス利用に違いが生じた場合、「介護区分の違いによる影響」と「介護必要度の違いによる影響」の両方によってもたらされたことになる。今回の分析では前者の影響のみを取り出したいので、これでは本来分析したいことが分析できていないことになる。一方、「新しい基準時間が69分の人(紙一重で要介護2のままの人)」と「新しい基準時間が70分の人(紙一重で介護区分が要介護3に変更になった人)」を比較する場合はどうであろうか。基準時間が69分であるか70分であるかは介護必要度の観点からはほとんど違いがないと言って差し支えないであろう。そのため、両者の唯一の違いは介護区分ということになり、両者の間で介護サービス利用に違いが生じた場合はその原因は介護区分の違いによってもたらされたものと解釈することができる²。

介護データを使った検証結果

筆者は、関東地方の政令指定都市の介護レセプトデータ(各利用者の介護サービス利用を記録しているデータ)と要介護認定データ(基準時間など各利用者の要介護認定の結果を記録しているデータ)を使い、上記の分析手法に基づき利用者本位のケアプラン作成が行われているか検証を行った。上記の例では介護区分が要介護2から3に変化した場合について説明したが、基本的にどの介護区分でも同様の分析をすることができる。具体的には、ある介護区分において限度額の半分以下しかサービスを使っていない(限度額を使い切っていない)利用者に絞り、そのような利用者が「紙一重で介護区分が変化しなかった場合」と「紙一重で介護区分が上がった場合」でサービス利用が異なるかを検証した。

この分析によって、要介護1,2のように介護区分が低い場合において、限度額を使い切っていない利用者の介護サービスが介護区分に影響を受けているという結果を得た。要介護1で限度額を使

い切っていない利用者に絞ると、「紙一重で要介護2に上がった」利用者のサービス利用は、「紙一重で要介護1のまま」の利用者のサービス利用と比べて約20%増加していた。また、要介護2で限度額を使い切っていない利用者についても同様の分析を行ったところ、紙一重で要介護3に上がることでサービス利用が約10%増加していた。これらの結果は、少なくとも介護区分が低い利用者について利用者本位のケアプラン作成ができておらず、利用者の本来の介護必要度だけでなく介護区分などの大雑把な情報に基づいて介護サービスが提供されていることを示唆するものである。

一方、要介護3以上の介護区分が高い場合では、限度額を使い切っていない利用者について「紙一重で介護区分が変化しなかった場合」と「紙一重で介護区分が上がった場合」でサービス利用に違いは見られなかった。これらの利用者のサービス利用は介護区分のように本来関係のない情報には影響されていないので、少なくとも利用者本位のケアプラン作成と矛盾するような分析結果は得られなかったということになる。なぜ介護区分が高い場合と低い場合で異なる結果となるのかについて原因を特定することは難しいため、以下のような仮説を提示するにとどめておきたい。まず、介護区分が高い場合の方がケアマネージャーはより注意を払ってケアプランを作成している可能性がある。介護必要度が高い利用者にとって介護サービスは必要不可欠なものであり、そのような利用者に対してはケアマネージャーもできるだけ本来の介護必要度に応じたケアプランを作成しようとするのかもしれない。また、介護区分が低い利用者は状態も様々であるため、介護必要度を正確に把握することが難しく利用者本位のケアプランの作成が難しいという可能性も考えられるだろう。

介護区分が低い場合では限度額を使い切っていない利用者の介護サービスが介護区分に影響を受けていることを示したが、筆者はその健康への影響についても分析を行った。たとえ利用者本位のサービス提供に疑義が生じているとしても、介護サービス利用の増加によって利用者の健康状態が

改善する可能性があるからである。要介護認定において計算される基準時間（介護必要度の指標）を健康アウトカムとして分析を行ったところ、短期的には介護サービス利用の増加は利用者の健康状態に有意な影響を与えていないという結果を得た。この結果は、利用者本位のサービス提供から逸脱することは健康状態の改善という副次的な結果を伴っているわけではないことを意味している。

利用者本位の制度に向けて

本稿では、介護保険が利用者本位のサービス提供ができていないかについてデータを使って検証する方法を紹介し、特に介護区分が低い場合において利用者本位のケアプラン作成に疑義が生じていることを示唆する結果を提示した。一方、介護保険をより利用者本位の制度にするには具体的にどのような政策が有効なのかについてはさらなる検証が必要である。「利用者本位」は介護保険制度の根幹に関わる重要な理念であるにもかかわらず、データを用いた科学的な検証が広く行われているとは言い難い。国民に安心した老後の生活を保障する意味でも、豊富な介護データベースを活用しつつ科学的な検証を進め、その知見を介護政策に反映させていくことが今後さらに求められるだろう。■

《注》

- 1 https://www.jaccw.or.jp/rinrikijun_koudoukihan.pdf
- 2 介護区分は必ずしも基準時間だけで決まるものではないが、基準時間が介護区分の決定に有意な影響を与えることを利用して回帰不連続デザインによる分析をすることができる。

《参考文献》

- Lee, David S. and Thomas Lemieux (2010) “Regression Discontinuity Designs in Economics.” *Journal of Economic Literature*, 48(2), pp.381-355.
- Takahashi, Masaki (2023) “Insurance coverage, long-term care utilization, and health outcomes.” *The European Journal of Health Economics*, 24, pp.1383-1397.
- 社会保険研究所 (2021) 『令和3年度版 介護保険制度の解説』

医療費自己負担増は高齢者の生活水準に どのような影響を与えるか？

—先行研究からの示唆と今後の課題—

安藤 道人

立教大学経済学部教授

古市 将人

帝京大学経済学部准教授

はじめに

2023年の年末、高齢者の医療保険の自己負担についての話題がメディアやSNSで取り上げられた。きっかけは、2023年12月頭に一部メディアが「75歳以上の後期高齢者の医療費の窓口負担を原則1割から2割に引き上げる案が検討されている」と報じたことだった¹。結局、2023年末の経済財政諮問会議および全世代型社会保障構築会議の「改革工程」ではこの2割負担の議論は記載されなかったが、医療費の窓口負担が3割となる高齢者の「現役並み所得」の基準見直しが記載された。

より長期的な視点でみると、高齢者の医療費自己負担は、1973年からの「老人医療費無料化」時代の後、1983年から40年に渡って徐々に引き上げられてきた（図1）。近年の改革を見ると、

2008年に70歳から74歳の自己負担が原則2割になり（ただし特例措置あり）、2022年には75歳以上において「一定所得以上の者」は1割負担から2割負担に引き上げられた。

このような趨勢を踏まえると、近い将来、高齢者の医療費自己負担を原則2割あるいは3割に引き上げるという政策案が具体的な検討対象となる可能性は十分にある。上述したように、2023年末の改革工程でも、「原則2割負担」こそ含まれなかったものの、自己負担3割となる高齢者の「現役並み所得」の基準見直しという内容が盛り込まれた。

それでは、高齢者の自己負担率が引き上げられると、高齢者の生活水準はどうなるだろうか？医療費の自己負担率が1割から2割・3割になることは、患者が直面する医療価格が2倍・3倍になることである。とくに高齢者は日常的な治療に加えて集中的ながん治療や終末期医療を経験する確率も高いため、自己負担増の生活への影響は大きい可能性がある。

本稿では、この問いに対する日本の実証研究の成果を検証し、その政策的含意を検討する。先行研究の検証結果は以下の3点にまとめられる。第一に、多くの先行研究は高齢者の自己負担率の変化の医療利用と健康への影響を検証しているが、生活水準への影響を直接は検証していない。第二に、しかし、これらの研究結果から、自己負担率増が高医療ニーズや低所得の高齢者の生活水準の低下に繋がる可能性が推察できる。第三に、医療

あんど う みちひと

ウブサラ大学経済学部博士課程修了。Ph.D. in Economics. 専門分野は公共経済学・社会保障論。（株）三菱総合研究所、国立社会保障・人口問題研究所等を経て、現職。著書に『母の壁 子育てを追いつめる重荷の正体』（岩波書店、2023年、前田正子と共著）など。

ふるいち まさと

横浜国立大学大学院国際社会科学研究所博士課程後期修了。博士（経済学）。専門分野は財政学・地方財政論。現在、帝京大学経済学部准教授。著書に『財政社会学とは何か ―危機の学から分析の学へ』（有斐閣、2022年、共著）など。

図1 医療保険制度の患者一部負担の推移

～昭和47年 12月		昭和48年1月～		昭和58年2月～		平成9年9月～		平成13年1月～		平成14年 10月～		平成15年 4月～		平成18年 10月～		平成20年4月～		令和4年10月～	
老人医療費 支給制度前		老人医療費支給制度 (老人福祉法)		老人保健制度												後期高齢者医療制度			
国保	3割	高齢者	なし	入院300円／日 外来400円／月	→1,000円／日 →500円／日 (月4回まで) +薬剤一部負担	定率1割負担 (月額上限付き) ※診療所は定額制 を選択可 薬剤一部負担の廃止 高額医療費制度創設	定率1割負担 (現役並み所得者2割)	定率1割 負担 (現役並み 所得者3割)	75歳以上	1割負担 (現役並み所得者3割)		1割負担 (現役並み所得者3割、 現役並み所得者以外の 一定所得以上の者2割)							
	被用者本人									定額負担	2割負担 (現役並み所得者3割) ※平成26年3月末までに 70歳に達している者は1割 (平成26年4月以降70歳になる者から2割)								
被用者家族		5割	若人	国保	3割 高額療養費創設(S48～)		入院3割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))		3割 薬剤一部 負担の廃止	3割	70歳未満	3割 (義務教育就学前2割)							
	被用者本人			定額→1割(S59～) 高額療養費創設	入院2割 外来2割+薬剤一部負担														
	被用者家族			3割(S48～) →入院2割(S56～) 高額療養費創設 外来3割(S48～)	入院2割 外来3割+薬剤一部負担 (3歳未満の乳幼児2割(H14年10月～))														

(注)・昭和59年に特定療養費制度を創設。将来の保険導入の必要性等の観点から、従来、保険診療との併用が認められなかった療養について、先進的な医療技術等にも対象を拡大し、平成18年に保険外併用療養費制度として再構成。
・平成6年10月に入院時食事療養費制度創設、平成18年10月に入院時生活療養費制度創設。
・平成14年10月から3歳未満の乳幼児は2割負担に軽減、平成20年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大。

出典：第154回社会保障審議会医療保険部会(2022年9月29日)『資料1-2 基礎資料』p.23

費自己負担を含む家計の状況を検証した研究では、後期高齢者や低所得高齢者が医療費負担により生活困窮に陥るリスクがあることが示されている。これらの知見を踏まえて、最後の節では生活水準を含む幅広いアウトカムに着目したエビデンス構築と政策論議の必要性について議論する。

医療費自己負担と生活水準

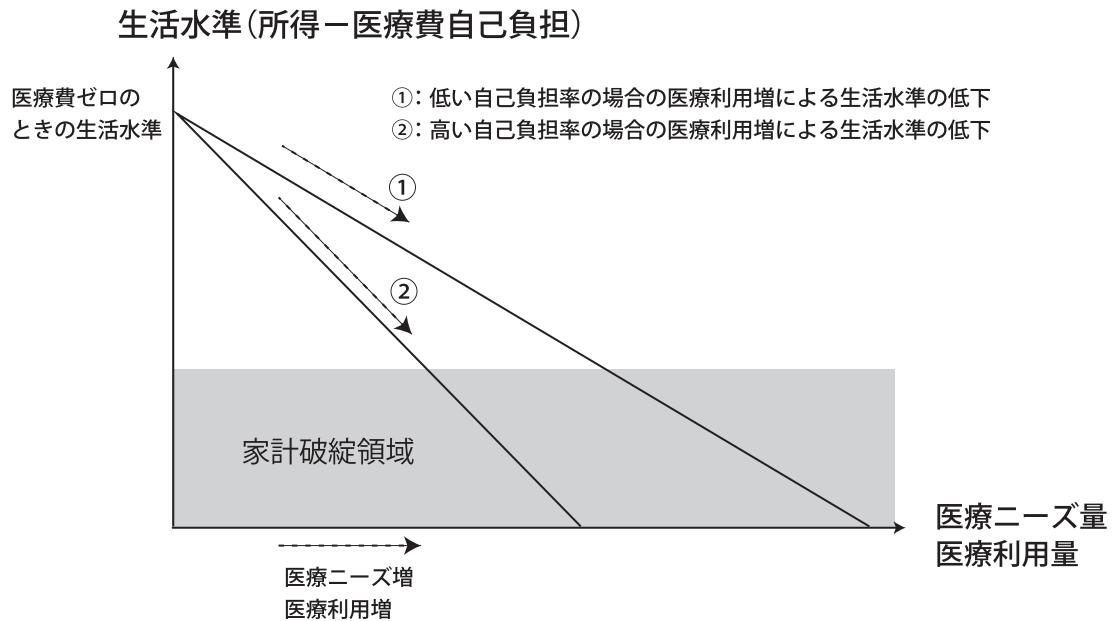
公的医療保険の主たる役割として、家計リスクの軽減と健康リスクの軽減の2つがある。ここで家計リスクの軽減とは医療ニーズが発生したときに高額な医療費負担が発生するリスクを軽減することであり、健康リスクの軽減とは医療アクセスを容易にして病気やケガによる健康悪化リスクを軽減することである。

本稿では、この2つのリスクのうち、家計リスクの軽減に着目する。その理由は、日本における高齢者の医療費自己負担に関する議論において、健康への影響に注目が集まる傾向があり、家計への影響

についての言及が少ないからである²。高齢期は加齢による健康リスク増と退職や医療・介護による家計リスク増が重なる時期であり、高齢者の医療保険の家計リスクの軽減効果に着目することは重要である。

図2は、本稿の問題意識を踏まえて、医療費自己負担率の変化が生活水準に与える影響のあり方を概念的に図示したものだ。この図の2つの直線は、医療ニーズ量・医療利用量(横軸)の増加に伴って生活水準(縦軸)が低下する様子を示している。ここでの生活水準とは、所得から医療費自己負担を差し引いたものであり、医療費以外に充てられる可処分所得の水準である。日本の制度のように医療費の総額の一定割合を自己負担とする場合、医療利用増は比例的に医療費自己負担増に繋がるため、生活水準は右下がりの直線となる。またこの図における家計破綻領域とは、生活水準が最低限の生活を維持できないレベル以下となる領域である³。

ここで矢印①と矢印②は、それぞれ、自己負担率



出典: 著者作成

が低い場合(例えば1割)と高い場合(例えば3割や5割)の、医療利用増に伴う生活水準の低下を示している。例えば、加齢や病気による医療利用増は自己負担増を通じて生活水準を低下させる。しかし、自己負担率が低い場合は生活水準の低下は緩やかになり、また家計破綻領域に達する可能性も低くなる(矢印①)。一方、自己負担率が高い場合は生活水準の低下はより急激になり、家計破綻領域に達する可能性も高くなる(矢印②)。

本稿の関心は、医療保険の自己負担増によって高齢者が直面する現実が矢印①から矢印②へとシフトした場合に、高齢者の生活水準はどうなるかということである。先行研究は、この問いに対してどのような示唆を有するだろうか。

高齢者の自己負担率の変化の影響

年齢によって自己負担率が異なるという日本の医療保険のあり方(図1参照)は、自己負担率の変化の影響に関する実証研究の蓄積を促した。とくに自己負担率が70歳になると3割から1割(時期や所得によっては2割)に下がるという制度的な不連続性は、この不連続性を利用した自然実験的手法に

よる多くの計量経済学的研究に繋がった(Nishi et al. 2012, Shigeoka 2014, Fukushima et al. 2016, Ando and Takaku 2016, Mahlich and Srumsiri 2019, Cooray et al. 2020, Nishi et al. 2021, Kato et al. 2022, Komura and Bessho 2022, Yuda and Lee 2022, 湯田 2023, 野口 2024)。なかでもShigeoka (2014)の影響力は大きく、一連の後続研究を生み出すきっかけとなっただけでなく、「高齢者の自己負担を3割から1割に引き下げた結果、医療利用は増えたが健康状態に大きな変化はなかった」という主要結果は多くの著書やメディアで紹介された。

しかし、これらの研究において、「医療費自己負担増は高齢者の生活水準にどう影響を与えるか?」という問いを直接検証したものはない。上述した研究の主な検証対象は医療利用と健康であり、生活水準や消費水準がどう影響を受けたかは検証していないのだ。

ただし、これらの研究では自己負担率の変化による高齢者の医療利用の変化が検証されているため、高齢者の生活水準の変化についても間接的に分かることがある。それは、湯田(2023)が指摘するように、高齢者の自己負担率の不連続的な変化を

利用した研究群では、医療需要の価格弾力性は総じて高くないということだ。つまり、自己負担率の変化に応じて医療利用は変化するものの、その影響は限定的なようだ。

このような先行研究の知見を踏まえると、高齢者の医療費の自己負担率を引き上げると、医療利用や健康水準には大きな影響はない一方、自己負担額は増加して生活水準は下がると予想される(図2の矢印①から矢印②へのシフト)。これは医療保険の健康リスク軽減機能が維持されても、家計リスク軽減機能が弱まることを意味している。

家計リスクが高い高齢者における自己負担率引き上げの影響はどうだろうか。図2の家計破綻領域に達するリスクが高い高齢者は、大まかに2つのグループに分けられる。第一に、医療利用量が多くて自己負担増による生活水準の低下が大きい高齢者(以下、高医療ニーズ高齢者)であり、第二に、所得が低くて自己負担増による生活水準の家計破綻領域への到達が早い高齢者(以下、低所得高齢者)である。

第一の高医療ニーズ高齢者については、Shigeoka (2014)において重要な分析結果が提示されている。Shigeoka (2014)は、「自己負担率の減少は高齢者の健康改善をもたらさない」というよく知られた分析結果以外にも「(公的保険分以外を含む)医療費自己負担額が高い高齢者ほど、自己負担率の減少による医療費自己負担額の減少が大きい」という分析結果も示している。とくに、医療費自己負担額の上位5-10%層における自己負担減少幅が大きい。これは高医療ニーズの高齢者層において、自己負担率の減少が家計リスクの軽減に大きな役割を果たしていることを示唆している。逆にいうと、高齢者の自己負担率を引き上げた場合、高医療ニーズ高齢者層の家計リスクがとくに高くなる可能性がある。

第二の低所得高齢者に関しては、Kato et al. (2022)が所得階層別に高齢者の自己負担率と医療利用の関係を検証している。そこでは、低所得高齢者は中・高所得高齢者と比べて医療費がもと

が3割から1割に引き下げられても外来医療費に変化がなかったとの分析結果が示されている。この結果は、低所得高齢者は、自己負担率が引き上げられても健康維持のための医療支出を優先させ、生活水準を悪化させる可能性が高いことを示唆している。

以上のように、医療費自己負担増が高齢者の生活水準に与える影響については、日本では限定的・間接的なエビデンスしか存在しない。一方、これまでの研究を踏まえると、自己負担率の引き上げは、とくに高医療ニーズ高齢者や低所得高齢者において、健康よりも家計への影響という形で明瞭に現れる可能性がある。

高齢者の自己負担と家計リスク

次に、高齢者層における医療費自己負担がどの程度家計リスクに繋がるかを検証した研究を取り上げる。ここで取り上げるのは田中他 (2013)、橋本・徳永(2021)、Okamoto et al. (2024)の3つの研究である。これらの論文では「医療費による貧困化」や「家計破綻的な医療費負担 (catastrophic payment)」という指標を用いた検証がなされている。前者は医療費負担によって生活水準が貧困線以下の状況に陥ることを指し、後者は世帯の消費支出に占める医療関連支出が一定の(家計破綻とみなし得る)閾値を超えた状況と定義される。

田中他 (2013) は2009年の『全国消費実態調査』(以下、『全消』)を用いて、自己負担が高齢層の貧困化リスクを高めることを報告している。まず、高齢層の貧困率は2009年まで低下傾向にあったが、医療と介護の自己負担によって貧困率が約1%ポイント程度上昇することが明らかにされている。また自己負担による貧困化リスクは、他の世帯に比べて高齢者層や後期高齢者層で大きいことも明らかにされている。医療ニーズが大きくなる高齢者層において、自己負担による貧困化リスクも高くなるのである。

支払能力の低い層や高齢者層における医療費による貧困化リスクを明らかにしたのが、2014年

の『全消』を分析した橋本・徳永(2021)である。この論文では、世帯の消費支出から「基本的ニーズを満たす支出額」を指し引いた「支払能力」に占める医療費自己負担額の割合が、支払能力の5分位別に比較されている。また、医療費自己負担額としては、公的保険分のみ「狭義」と公的保険外も含む「広義」の両方が検討されている。論文内では、支払能力がすでに破綻している世帯を「貧困世帯」(推計された支払能力が負の場合)、自己負担が支払能力を上回る世帯を「貧困化世帯」、自己負担が支払能力の20%を超える世帯を「貧困化リスク世帯」と分類している。分析の結果、支払能力の低い層や高齢者層において、狭義・広義の自己負担による家計破綻リスクがあることが確認されている。また、貧困化リスク世帯は全世帯では7.8%であるが、これを第1分位でみると、全世帯15.7%、65歳未満10.54%、65歳以上20.37%であった(広義の自己負担の結果、以下同様)。支払能力の低い高齢者層ほど、貧困化リスクが高くなっている。さらに、貧困化リスク世帯は中高所得層でもゼロではない。高齢世帯において、第1分位以外の貧困化リスク世帯は、11.98%(2分位)、9.64%(3分位)、6.57%(4分位)、5.55%(5分位)である。

医療ニーズ未充足の報告⁴と家計破綻的医療費との関係を分析しているのが、日本家計パネル調査を分析したOkamoto et al. (2024)である。この論文では、高齢者の家計破綻的医療費の割合は2007年をピークに減少傾向にあるものの、他の世帯に比べて、高齢者のいる世帯は家計破綻的医療支出を経験する可能性が高いことが明らかにされている。さらに、高額医療負担を経験した翌年に、高齢者のいる世帯では食費や社会活動への消費が削減される傾向にあった点が明らかにされている。

以上の研究は、医療ニーズが高い高齢者層においては、医療費自己負担による家計リスクが高くなることを明らかにしている。特に田中他(2013)と橋本・徳永(2021)では一定の仮定で高額療養費による自己負担減免も考慮に入れられており、高額療養費制度が存在していても一部の高齢者層に深

刻な家計リスクが生じうることが示唆される。

政策的含意の検討

本稿では、医療費自己負担増が高齢者の生活水準に与える影響について、日本の研究を中心に検討した。その結果、自己負担率の増加が高医療ニーズ・低所得の高齢者の生活水準の低下を招く可能性があることや、これら的高齢者層は現状においても医療費負担による生活困窮リスクがあることが示唆された。

最後に、高齢者の医療費自己負担率の段階的引き上げという現在の政策的趨勢に関するいくつかの政策的提案について検討しよう。

まず、これまでの研究結果を踏まえた最も一般的な提言は、高齢者の自己負担率引き上げを原則的に受け入れつつ、低所得高齢者の自己負担を選別的に減免するというものである。これは現行制度と同様の対処法であり、現在の高齢者の2割・3割負担の分岐基準となっている「現役並み所得者」や「一定の所得以上の者」の閾値をどう変更するかという議論に近い。低所得者ほど家計リスクが高いことを踏まえると、このような低所得者をターゲットにした自己負担軽減には一定の効果はあると考えられる。

しかし、この方向性にはいくつかの課題が残る。例えば、所得の閾値を超えると不連続的に自己負担率が増加するという不公平性や複雑さにどう対処するかという問題や、低所得者のカテゴリに入らない高医療ニーズ高齢者の家計リスクの悪化に対応できないという問題がある。このような問題に関しては、近年、自己負担の非効率性や煩雑さを指摘して一律無料化を提言する議論もある(Einav and Finkelstein 2023, 2024)。また自己負担の健康コストについて通説と異なるエビデンスを提示して自己負担制度そのものが“highly wasteful”であるとする実証研究もある(Chandra et al. forthcoming)。複雑な自己負担制度や自己負担減免制度のデメリットにも目を向ける必要がある。

また自己負担のあり方については、自己負担率だ

けでなく高額療養費のような自己負担上限も含めた議論が重要である。例えば安藤(2019)は、医療保険を含む日本の社会保障・教育の自己負担の複雑さや見通し難さを改善するために、所得や年齢に依存しない形で制度横断的に自己負担上限を設定する総合合算制度を提案している。

高齢社会が定着する中で、所得水準にかかわらず、高齢者の健康リスクと家計リスクの両方を軽減する社会保障・医療保障の再構築が求められる。そのためには、医療利用と健康という限定的なアウトカムだけではなく、生活水準を含む幅広いアウトカムにも着目したエビデンスの構築と政策論議が必要である。■

《注》

- 1 12月2日の日本経済新聞の記事「後期高齢者の医療費、窓口負担2割に引き上げ案 政府」など。
- 2 このような傾向は日本だけでない。Baicker and Finkelstein (2011) は、米オレゴン州での有名な医療保険実験に関する論文において、家計リスク軽減と健康リスク軽減という医療保険の2つの役割のうち、家計リスク軽減の役割がアカデミアや公共政策での議論では見過ごされがちであると指摘している。また Sommers et al. (2017) も医療保険の役割としての家計リスク軽減の重要性に言及している。
- 3 実際の日本の医療保険制度では、月単位の自己負担額が一定水準以上になった場合には、高額療養費制度によってそれ以上の自己負担はほぼゼロとなる。この制度は、高い医療ニーズや医療利用が発生した場合でも生活水準が家計破綻領域に達してしまうことを防止する制度と言える。
- 4 これは、一定期間(12ヶ月)に病気の兆候があるが、医療を受けなかったという個人の自己報告の有無で定義されている。

《参考文献》

- Ando, M., & Takaku, R. (2016). Affordable false teeth: the effects of patient cost sharing on denture utilization and subjective chewing ability. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 16(3), 1387-1438.
- Baicker, K., & Finkelstein, A. (2011). The effects of Medicaid coverage—learning from the Oregon experiment. *The New England Journal of Medicine*, 365(8), 683.
- Chandra, A., Flack, E., & Obermeyer, Z. (forthcoming). The health costs of cost-sharing. *The Quarterly Journal of Economics*.
- Cooray, U., Aida, J., Watt, R. G., Tsakos, G., Heilmann, A., Kato, H., ... & Osaka, K. (2020). Effect of copayment on dental visits: A regression discontinuity analysis. *Journal of Dental Research*, 99(12), 1356-1362.
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2023). *We've Got You Covered: Rebooting American Health Care*. Penguin.
- Einav, L., & Finkelstein, A. (2024). A blueprint for US health insurance policy. *Journal of Policy Analysis and Management*.
- Fukushima, K., Mizuoka, S., Yamamoto, S., & Iizuka, T. (2016). Patient cost sharing and medical expenditures for the elderly. *Journal of Health Economics*, 45, 115-130.
- Kato, H., Goto, R., Tsuji, T., & Kondo, K. (2022). The effects of patient cost-sharing on health expenditure and health among older people: Heterogeneity across income groups. *The European Journal of Health Economics*, 23(5), 847-861.
- Komura, N., & Bessho, S. (2022). The longer-term Impact of coinsurance for the elderly: Evidence from high-access Case. *KIER Discussion Paper*, 1074, 1-34.
- Nishi, T., Maeda, T., Katsuki, S., & Babazono, A. (2021). Impact of the 2014 coinsurance rate revision for the elderly on healthcare resource utilization in Japan. *Health Economics Review*, 11, 1-11.
- Nishi, A., McWilliams, J. M., Noguchi, H., Hashimoto, H., Tamiya, N., & Kawachi, I. (2012). Health benefits of reduced patient cost sharing in Japan. *Bulletin of the World Health Organization*, 90, 426-435a.
- Mahlich, J., & Srumsiri, R. (2019). Co-insurance and health care utilization in Japanese patients with rheumatoid arthritis: a discontinuity regression approach. *International Journal for Equity in Health*, 18, 1-11.
- Okamoto, S., Sata, M., Rosenberg, M., Nakagoshi, N., Kamimura, K., Komamura, K., Kobayashi, E., Sano, J., Hirazawa, Y., Okamura, T., & Iso, H. (2024). Universal health coverage in the context of population ageing: catastrophic health expenditure and unmet need for healthcare. *Health Economics Review*, 14(1), 8.
- Shigeoka, H. (2014). The effect of patient cost sharing on utilization, health, and risk protection. *American Economic Review*, 104(7), 2152-2184.
- Sommers, B. D., Gawande, A. A., & Baicker, K. (2017). Health insurance coverage and health—what the recent evidence tells us. *New England Journal of Medicine*, 377(6), 586-593.
- Yuda, M., & Lee, J. (2022). Protective effects of

health insurance against disasters: an insight from the Great East Japan Earthquake. *Journal of Pension Economics & Finance*, 21(4), 502-518.

安藤道人 (2019)「社会保障と教育における自己負担改革:「必要原則に基づく総合算制度」案の検討」、『弱者を生まない社会へーベーシック・サービスの実現をめざして』公益財団法人 連合総合生活開発研究所、第3章、pp.53-75.

田中聡一郎・四方理人・駒村康平 (2013)「高齢者の税・社会保障負担の分析ー『全国消費実態調査』の個票データを用いてー」『フィナンシャル・レビュー』通巻第

115号、pp.117-133.

野口晴子 (2024)「後期高齢者に対する窓口負担引き上げの影響」『週刊社会保障』第78巻3256号、pp.28-29.

橋本英樹・徳永睦 (2021)「医療介護負担による家計影響と負担公平性ー2014年全国消費実態調査個票の分析結果ー」『医療と社会』第31巻第1号、pp.61-70.

湯田道生 (2023)「公的医療制度における自己負担率と医療利用および健康」『フィナンシャル・レビュー』通巻第151号、pp.154-180.



剥奪と健康の関係に関する研究動向¹

大津 唯

埼玉大学大学院人文社会科学部研究科准教授

はじめに

貧困を測定する際に最もよく用いられるのは所得水準である。しかし、所得は人々の生活水準を決定づける重要な要素であるものの、生活水準を直接的に測定するものではない。そのため、貧困を測定する手法としては限界があると指摘され (Ringen 1988、Callan et al. 1993、Nolan and Whelan 1996、Atkinson et al. 2002 など)、これを補完する非金銭的指標の1つとして「剥奪」(deprivation) 指標が開発されてきた。

剥奪は、Mack and Lansley (1985) によって「社会的に合意された必需品」が強制的に欠如された状態を指すものと定義され、国内外で研究が進められている。加えて、欧州連合(EU)が2030年までに達成すべきものとして定めた「欧州社会権の柱」の実現のための行動計画(The European Pillar of

Fairness and Social Rights Action Plan) の主要指標に採用されるなど、政策的にも活用されている²。

こうした動向の中で、貧困と健康に関する研究においても、剥奪指標による貧困測定のアプローチが取り入れられるようになってきた。そこで本稿では、剥奪指標について概説をした上で、剥奪アプローチを用いた貧困と健康の関係に関する研究の動向を紹介する。

剥奪とは何か³

剥奪指標による貧困の測定を初めて行った Townsend (1979) は、「所属する社会で慣習になっている、あるいは少なくとも広く奨励または承認されている種類の食事をとったり、社会的諸活動に参加したり、あるいは生活の必要諸条件や快適さを得るために必要な生活資源を欠いている」(Townsend 1979: 31) 4 状態を、「相対的剥奪」(relative deprivation) と定義した。そして、1968～69年にイギリスで実施した調査に基づいて、表1に示す12の調査項目の中で当てはまる項目の数を「相対的剥奪スコア」と定義し、所得が一定水準を下回るとこのスコアが急増することなどを示した。

しかし、この研究は次の2点で批判を受けた。第1の批判は、項目の選定が研究者によって設定されたものであり、恣意的であるというものである。第2の批判は、標準的な生活様式を満たしていないこ

おおつ ゆい

慶應義塾大学大学院経済学研究科後期博士課程単位取得退学。経済学修士。専門は社会保障論、医療経済学。立教大学経済学部助教、国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部研究員を経て現職。

著書に『わかりやすい社会保障制度 改訂版—はじめて福祉に携わる人へ—』(共著、ぎょうせい、2023年)、『遺族年金受給者の就業状況に関する分析』(『社会政策』15(2)、pp.21-32、2023年)、『統計でみた生活保護受給者の特徴—被保護者調査を用いて—』(『大原社会問題研究所雑誌』(787)、pp.16-32、2024年) など。

表1 Townsend (1979)の相対的剥奪指標の項目

1. 過去12ヵ月間に1週間の休暇を家の外で過ごしていない。
2. (大人のみ)過去4週間に親類または友人を家に招き、食事もしくは軽食をとったことがない。
3. (大人のみ)過去4週間に親類または友人の家を訪ね、食事もしくは軽食をとったことがない。
4. (15歳未満の子供のみ)過去4週間の間に友人を家に呼んで遊んだりお茶を飲んだりしたことがない。
5. (15歳未満の子供のみ)前回の誕生日にパーティーを開かなかった。
6. 過去2週間の間に娯楽のために午後または晩に外出したことがない。
7. 1週間に4日以上新鮮な肉(外食をふくむ。ソーセージ・ベーコン・ハムなどを除く)を食べることがない。
8. 過去2週間に、料理された食事を食べない日が1日以上あった。
9. 「1週間のうちほとんどの日に、料理された朝食(ベーコンエッグなどを含む)をとっている」ということがない。
10. 家には冷蔵庫がない。
11. 「通常(4回のうち3回以上)日曜日に、大きな肉片を食べる」ということがない。
12. 家の中に次の4種の室内設備のいずれかがない(教養設備を除く)……水洗トイレ/流しまたは洗面台、および水の出る蛇口/固定された風呂またはシャワー/ガスまたは電子レンジ

(出所) 大津・渡辺 (2019:276) より引用。

とが、欠乏の結果なのか、それとも個人の選択の結果なのか、識別されていないということである。

このような欠点を改善するために提唱されたのが、「合意に基づく方法」(consensual method)である。Mack and Lansley (1985)は、剥奪を「社会的に合意された必需品の強制的な欠如」(Mack and Lansley 1985: 9)と定義したうえで、一般市民の50%が「必要である」と認識している項目を「社会的必需項目」(socially perceived necessities)として選定することで、剥奪指標の項目選択における恣意性を排除した。さらに、このアプローチでは、「社会的必需項目」の欠如が、金銭的余裕がない、すなわち「強制的な欠如」(enforced lack)のためなのか、それとも選好に基づいた選択の結果のためなのかを明確に区別し、「強制的な欠如」の場合のみを剥奪に含めることとされた。

これ以降、「合意に基づく方法」は剥奪アプローチによる貧困測定の標準的手法として発展し(Gordon and Pantazis 1997、Pantazis et al. 2006、Lansley and Mack 2015など)、日本でもこれを応用した研究が実施された(阿部2006、2008、Saunders and Abe 2010、大津・渡辺2019)。

剥奪と健康に関する研究

このような理論的発展を受けて、貧困と健康の関係についても、剥奪指標による貧困測定のアプローチを応用した研究が行われるようになった。その萌芽的研究として挙げられるのが、Van Jaarsveld et al. (2007)およびGroffen et al. (2008)である。

Van Jaarsveld et al. (2007)は、イギリスに住む55～64歳の人を対象として1999年に実施された調査を利用し⁵、3項目に基づいて指標化した個人の剥奪(individual deprivation)の程度が大きいほど、主観的健康感が低い傾向にあることを明らかにした。

Groffen et al. (2008)は、オランダに住む55歳以上の人を対象として2004年に実施された調査を利用して、20項目を7つの次元に集約して指標化した物質的剥奪(material deprivation)の程度が大きいほど、健康関連QOL(HRQOL: Health Related Quality of Life)が低く、心疾患の比率が高いことを示した。

さらに、欧州諸国に住む50歳以上の人を対象とした縦断調査である「欧州における健康、加齢および退職に関する調査」(Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: SHARE)を利用した研究として、Terraneo (2017)、Myck et al. (2020)が挙げられる。

Terraneo (2017)は、2013年の調査を利用して、11項目に基づいて指標化した物質的剥奪の程度が大きいほど、主観的健康感とQOL (Quality of Life) は低く、抑うつ度は高いことを明らかにした。

Myck et al. (2020)は、2013年および2015年の調査を利用して、13項目に基づいて指標化した物質的剥奪および17項目に基づいて指標化した社会的剥奪 (social deprivation) の程度が大きいほど、2年後に日常生活動作(ADL)、移動能力、主観的健康感、抑うつ度が悪化している確率が高いことを示した。

これらの研究により、剥奪が深刻であるほど健康水準は低い傾向にあることが明らかとなった。しかし、いずれも研究においても所得の影響が調整されておらず、所得水準の影響を調整した上でもなお剥奪と健康の関連性が残るのかどうかは明らかでない。

所得の影響を調整した研究

所得の影響を調整した上で剥奪と健康の関係を分析した研究としては、Pfoertner et al. (2011)、Imlach Gunasekara et al. (2013)、Saito et al. (2014)、Chung et al. (2018)が挙げられる。

Pfoertner et al. (2011)は、ドイツに住む18歳以上の人を対象とした2001年、2003年、2005年の追跡調査を利用して、相対的貧困(等価可処分所得が中央値の50%未満)の状態にあるか否かの影響を統御した上で、11項目のうち3項目以上が剥奪されている人の主観的健康感が低いことを明らかにした。

Imlach Gunasekara et al. (2013)は、ニュージーランドに住む15歳以上の人を対象とした

2004～09年の追跡調査を利用して、相対的貧困の状態にあるか否かの影響を統御した上で、8項目のうち3項目以上が剥奪されている人の主観的健康感が低いことを明らかにした。

Saito et al. (2014)は、日本国内の24市町村に住む65歳以上を対象としたJAGES (Japan Gerontological Evaluation Study、日本老年学的評価研究)の2010～12年の調査を利用して、13項目の中で剥奪された項目の数が多いほど主観的健康感は低く、抑うつ度は高いことを明らかにした。なお、この研究では、相対的貧困の状態にあるか否かの影響が統御されているだけでなく、相対的貧困と剥奪の交互作用の効果も検証されている。結果的に、交互作用効果の存在は確認されなかった。

Chung et al. (2018)は、香港在住の18歳以上の人を対象とした2014～15年の調査を利用して、相対的貧困の状態にあるか否かの影響を統御した上で、「合意に基づく方法」によって選定された21項目から構築した指標が一定点数以上である場合に身体的および精神的健康の状態が悪いことを示している。

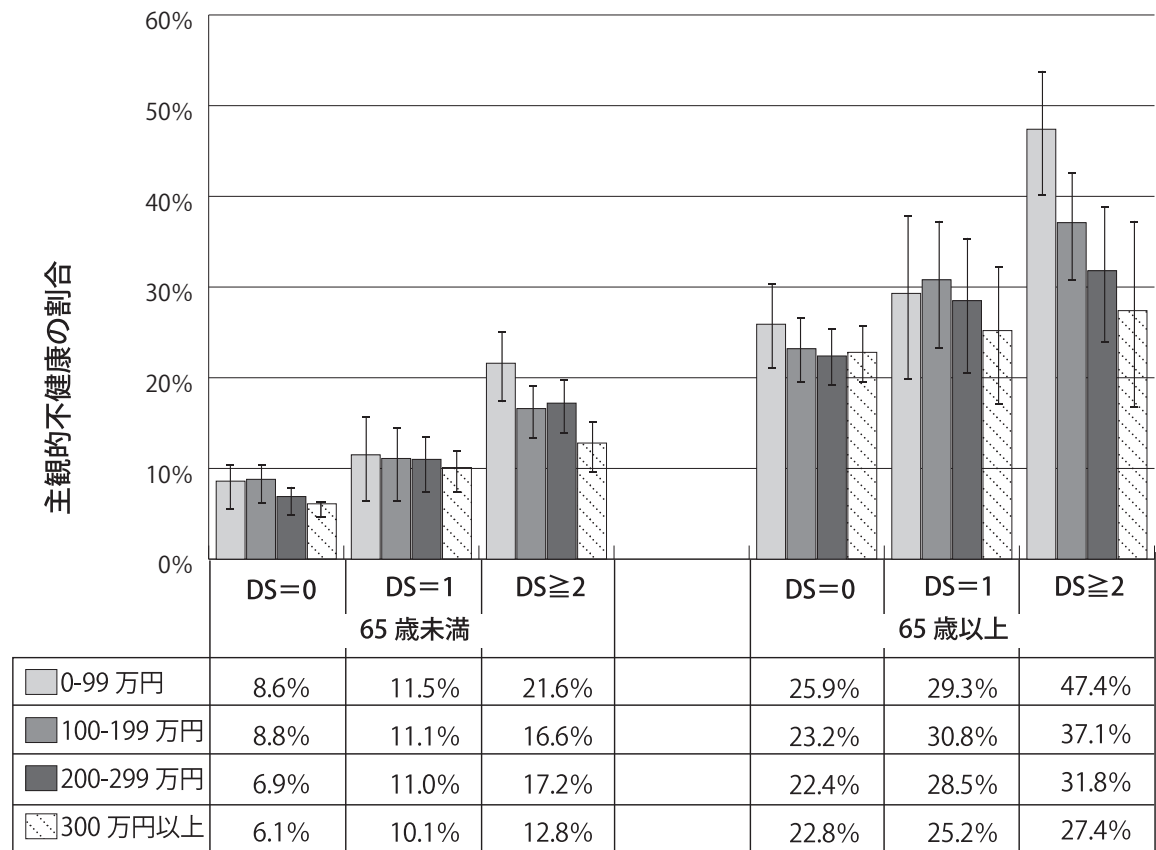
これらの研究により、所得による貧困の影響を調整してもなお剥奪が深刻であるほど健康水準は低い傾向にあることが明らかとなった。このことは、貧困と健康の関係を把握する上で、所得による貧困の測定だけでは不十分であり、剥奪指標によって捕捉すべき側面があることを示している。

日本における剥奪と健康の関係

しかし、日本における研究は65歳以上を対象としたSaito et al. (2014)に限られている。また、Chung et al. (2018)を除いて、剥奪項目の選択が「合意に基づく方法」に従っていることを明示した研究は行われていない。

この点を踏まえて筆者は、国立社会保障・人口問題研究所「生活と支え合いに関する調査」(2017年)から得た18～64歳の個人のデータ(N=9,986)と65歳以上の個人のデータ(N=3,730)を

図1 所得階級別かつ剥奪スコア別にみた主観的不健康の割合



(出所) 大津 (2021:9) より引用

用いて、所得階級別かつ剥奪スコア別の健康水準の違いについて集計を行った(大津2021、大津・渡辺2021)。ここで所得階級は等価可処分所得(世帯の可処分所得を世帯人員の平方根で割って調整した所得)を「100万円未満」「100万円以上200万円未満」「200万円以上300万円未満」「300万円以上」の4カテゴリーに分けて構築した。また、剥奪スコア(DS)は「合意に基づく方法」に従って選定された22項目の中で剥奪された項目の数とし、DSが0、1、2以上の3カテゴリーに分けて用いた。健康に関する指標としては、主観的健康感を用いた。主観的健康感とは自らの健康状態を主観的に評価する指標であり、ここでは「あまりよくない」または「よくない」場合を「主観的不健康」と定義し、その割合を計算した⁶。

集計結果は図1に示す通りである。これを見ると、65歳以上も65歳未満ともに、同じ所得水準であっても剥奪の程度によって主観的不健康の割

合は異なり、剥奪が深刻であるほど主観的不健康の割合も高い傾向にあることが分かる。また、剥奪の程度が低い場合は所得水準によって主観的不健康の割合はあまり変わらないのに対し、剥奪の程度が高い場合は所得水準が低いほど主観的不健康の割合が高まる傾向も見取れる。このことは剥奪と健康の交互作用効果が存在する可能性を示唆しているが、これはSaito et al. (2014)の分析結果と整合的ではない。この点については、他の要素の影響も統御した本格的な分析を行った上で改めて検討する必要がある。

おわりに

本稿では、貧困指標の1つである剥奪指標が健康水準とどのように関連しているのかについての研究動向を紹介した。国内外のこれまでの研究により、所得の影響を調整してもなお、剥奪が深刻であ

るほど健康水準は低い傾向にあることが明らかにされつつある。しかし、日本における本格的な研究は高齢者を対象としたSaito et al. (2014)に限られており、「合意に基づく方法」に従って剥奪指標を構築した研究はChung et al. (2018)に限られる。また、剥奪と健康の交互作用についても十分な検証がなされていない。これらは今後の研究課題である。■

《注》

- 1 本稿は科学研究費補助金（基盤研究(B)）「現代日本における貧困の検証：生活保護制度再考への示唆（20H01601）」の一環として実施した渡辺久里子氏（神奈川大学経済学部助教）との共同研究の成果の一部を紹介するものである。
- 2 欧州連合統計局（ユーロスタット）ホームページ（[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_\(AROE\)&oldid=546644](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:At_risk_of_poverty_or_social_exclusion_(AROE)&oldid=546644)）による（2024年5月14日最終確認）。
- 3 本節の記述は大津・渡辺（2019）に基づいている。
- 4 和訳は齊藤他（2014：309）。
- 5 調査年に関する情報は、当該調査の概要を紹介しているUK Flexible Screening Trial Investigators (2002)に基づく。
- 6 本稿では割愛しているが、大津（2021）および大津・渡辺（2021）では、健康に関する指標として、主観的健康感に加えて活動制限指標およびK6も用いた。活動制限指標については、「あなたには、過去6か月以上にわたって、周りの人が通常おこなっているような活動について、あなた自身の健康上の問題による制限がありましたか」という設問に対して、「非常に制限があった」または「制限はあったがひどくはなかった」と回答した人を「活動制限がある」と定義し、その割合を求めた。K6は、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングするための指標であり、24点満点中13点以上の人の割合を求めた。

《参考文献》

- Atkinson, B. T., B. Cantillon, E. Marlier, and B. Nolan (2002) *Social Indicators: The EU and Social Exclusion*, Oxford University Press.
- Callan, T., B. Nolan, and C. T. Whelan (1993) 'Resources, deprivation and the measurement of poverty,' *Journal of Social Policy*, 22(2), 141-172.
- Chung, R. Y., G. K. Chung, D. Gordon, S. Y. Wong, D. Chan, M. K. Lau, V. M. Tang, and H. Wong (2018) 'Deprivation is associated with worse physical and mental health beyond income poverty: A population-based household survey among Chinese adults,' *Quality of Life Research*, 27(8), 2127-2135.
- Gordon, D., and C. Pantazis (eds.) (1997) *Breadline Britain in the 1990s*, Ashgate Publishing.
- Groffen, D. A. I., H. Bosma, M. Van den Akker, G. I. J. M. Kempen, and J. T. M. Van Eijk (2008) 'Material deprivation and health-related dysfunction in older Dutch people: Findings from the SMILE study,' *European Journal of Public Health*, 18(3), 258-263.
- Imlach Gunasekara, F., K. N. Carter, P. Crampton, and T. Blakely (2013) 'Income and individual deprivation as predictors of health over time,' *International Journal of Public Health*, 58(4), 501-511.
- Lansley, S., and J. Mack (2015) *Breadline Britain - the rise of mass poverty*. Oneworld Publications.
- Mack, J. and S. Lansley (1985), *Poor Britain*, George Allen & Unwin.
- Myck, M., M. Najsztab, and M. Oczkowska (2020) 'Implications of Social and Material Deprivation for Changes in Health of Older People,' *Journal of Aging and Health*, 32(5-6), 371-383.
- Nolan, B. and C. T. Whelan (1996) 'Measuring poverty using income and deprivation indicators: Alternative Approaches,' *Journal of European Social Policy*, 6(3), 225-240.
- Pantazis, C., D. Gordon, and R. Levitas (2006), *Poverty and Social Exclusion in Britain*, Bristol: The Policy Press.
- Pfoertner, T., H. Andress, and C. Janssen (2011) 'Income or living standard and health in Germany: Different ways of measurement of relative poverty with regard to self-rated health,' *International Journal of Public Health*, 56(4), 373-384.
- Ringen, S. (1988) 'Direct and indirect measurement of poverty,' *Journal of Social Policy*, 17(3), 351-65.
- Saito, M., K. Kondo, N. Kondo, A. Abe, T. Ojima, K. Suzuki, and JAGES group (2014) 'Relative deprivation, poverty, and subjective health: JAGES cross-sectional study,' *PLOS ONE*, 9(10), e111169.
- Saunders, P., and A. Abe (2010) 'Poverty and Deprivation in Young and Old: A Comparative Study of Australia and Japan,' *Poverty & Public Policy*, 2(1), 67-97.
- Terraneo, M. (2017) 'Material deprivation, health and well-being in older age: A comparative analysis of 14 European countries,' in: White, R. (Ed.), *Measuring multidimensional poverty and deprivation*, Palgrave MacMillan.
- Townsend, P. (1979) *Poverty in the United Kingdom*, Allen Lane and Penguin Books.
- UK Flexible Sigmoidoscopy Screening Trial Inves-

- tigators (2002) 'Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicentre randomised trial,' *Lancet*, 359(9314): 1291-1300.
- Van Jaarsveld, C. H. M., A. Miles, J. Wardle (2007) 'Pathways from deprivation to health differed between individual and neighborhood-based indices,' *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(7), 712-719.
- 阿部彩 (2006) 「相対的剥奪の実態と分析：日本のマイクログレータを用いた実証研究」『社会政策学会誌』(16)、pp.251-275。
- 阿部彩 (2008) 「日本における子育て世帯の貧困・相対的剥奪と社会政策」『社会政策学会誌』(19)、pp.21-40。
- 大津唯 (2021) 「剥奪指標と健康についての基礎的集計—「生活と支え合いに関する調査」(2017)を用いて—」国立社会保障・人口問題研究所ワーキングペーパーシリーズ (J) No.42。
- 大津唯・渡辺久里子 (2019) 「剥奪指標による貧困の測定—「生活と支え合いに関する調査」(2017)を用いて—」『社会保障研究』4(3)、pp.275-286。
- 大津唯・渡辺久里子 (2021) 「剥奪指標からみる貧困と健康」『精神科』39(1)、pp.57-63。
- 斉藤雅茂・近藤克則・近藤尚己・尾島俊之・鈴木佳代・阿部彩 (2014) 「高齢者における相対的剥奪の割合と諸特性：JAGES プロジェクト横断調査より」『季刊社会保障研究』50(3)、pp.309-323。

