

見 解

多様性・包摂性・公平性を重視したケア共同社会の社会実装
—市民とともに進める学融合的（transdisciplinary）なケアサイ
エンス推進に向けて—



令和8年（2026年）4月27日

日 本 学 術 会 議

健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同

共生社会に向けたケアサイエンス分科会

この見解は、日本学術会議健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同共生社会に向けたケアサイエンス分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議健康・生活科学委員会・臨床医学委員会合同共生社会に向けたケアサイエンス分科会

委員長	熊谷晋一郎	(第二部会員)	東京大学先端科学技術研究センター当事者研究分野教授
副委員長	森山美知子	(第二部会員)	広島大学大学院医系科学研究科教授
幹事	山川みやえ	(連携会員)	大阪大学大学院医学系研究科統合保健看護科学分野老年看護学准教授
幹事	山田あすか	(連携会員)	東京電機大学未来科学部建築学科教授
	臼井恵美子	(第一部会員)	一橋大学経済研究所教授
	和氣 純子	(第一部会員)	東京都立大学大学院人文科学研究科教授
	荒井 秀典	(第二部会員)	国立研究開発法人国立長寿医療研究センター理事
	西村 ユミ	(第二部会員)	東京都立大学副学長
	田中 真美	(第三部会員)	東北大学大学院医工学研究科教授・副学長
	今中 雄一	(連携会員)	京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻医療経済学分野教授
	内富 庸介	(連携会員)	東京慈恵会医科大学がんサバイバーシップ・デジタル医療学講座産学連携教授
	大江美佐里	(連携会員)	久留米大学保健管理センター准教授
	萱間 真美	(連携会員)	国立健康危機管理研究機構国立看護大学校長
	新福 洋子	(連携会員)	広島大学大学院医系科学研究科教授・副学長
	田中 純子	(連携会員)	広島大学理事・副学長・特任教授
	永瀬 伸子	(連携会員)	大妻女子大学データサイエンス学部データサイエンス学科教授
	山本 則子	(連携会員)	東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻高齢者在宅長期ケア看護学分野教授

本見解の作成に当たり、以下の方々に御協力いただいた。

松岡 洋子	東京家政大学人文学部教育福祉学科教授
桐山 伸也	静岡大学情報学部情報科学科教授
コスタンテ	
イーニ ヒロコ	東京大学大学院農学生命科学研究科准教授
コ	
川口有美子	NPO 法人 ALS/MND サポートセンターさくら会副理事長

五十嵐 歩	千葉大学大学院看護学研究院 先端実践看護学研究部門高齢社会実践看護学講座教授
柴田 智広	九州工業大学大学院生命体工学研究科人間知能システム工学専攻教授
門田 行史	自治医科大学ヘルスエクイティ地域共創センター副センター長
佐藤 栄治	宇都宮大学地域デザイン科学部建築都市デザイン学科建築計画研究室教授
日詰 正文	独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園研究部部長
岩岡 美咲	一般社団法人わをん理事

本見解の作成に当たり、以下の職員が事務を担当した。

事務局	郷家 康德	参事官（審議第一担当）
	加瀬 博一	参事官（審議第一担当）付参事官補佐
	實川 雅貴	参事官（審議第一担当）付審議専門職

要 旨

1 作成の背景

ケアは子ども・高齢者・障害のある者・疾病を有する者といった一部の人のための課題ではなく、人間社会全体を支える根幹である。すべての人は他者や制度、環境に依存しながら生きており、社会の持続性のため、ケアしケアされる相互依存的关系を認識し、ケアの分担や受け取りの不均衡を是正し、社会全体にケアを根付かせる社会の再設計が必要である。

このような状況を踏まえ、ケアに関わる社会の共通課題に対応するために、多学問分野、市民、企業、行政等が協働して取り組む新たな知の体系である「ケアサイエンス」という学術領域を提案した。これは、複雑なケア課題に対してテクノロジーや政治・経済的仕組み等幅広い学問領域を横断し、人々の暮らしにケアサイエンスとその成果を根付かせることで構築される相互支援社会「ケア共同社会」を実現するための新しい枠組みである。

2 現状及び問題点

日本は世界でも類を見ない速さで少子高齢化が進行し、社会保障費の増大や人材不足が深刻化している。また、ケアの価値は経済的に過小評価され、女性の無償労働への過度の依存、男女間の家事・育児分担の不平等が貧困や児童虐待、少子化の要因となっている。未婚化・晩婚化や高等教育費の負担は出生率低下に拍車をかけている。介護現場等では外国人労働者が急増し、言語・文化の壁や待遇格差、搾取構造が問題となっている。また、ジェンダー格差や世代間不均衡（ヤングケアラー問題）、地域格差、障害特性による不平等など、国内外のケアをめぐる多層的な格差が浮き彫りになっている。こうした課題を包括的に捉え、是正するケアサイエンスのアプローチの必要性はますます大きくなっている。

3 見解の内容

(1) ジェンダーと世代を超えた役割分担の見直し

介護や子育て、障害や疾病を有する人へのケアを、特定の性別や世代、家族に偏らせず、社会全体で分かち合う制度設計が必要である。家庭内外のケア負担を可視化し、男女共同参画の観点から就労・教育・社会保障制度を見直すとともに、学校教育や企業研修等を通じてケアに関するリテラシーを高め、ジェンダーや世代に基づく役割期待を是正することを提案する。

(2) 地域格差を超えたケアへのアクセス保障

住む地域や地形・気候条件、障害の特性等によって、利用できる医療・福祉サービスや支援の質が大きく異なる現状は、人権及び社会的公正の観点から看過できない。都市と地方、中山間地域や離島等の地理的条件の違いを踏まえつつ、データに基づいたサービス配置や人材育成、デジタル技術の活用等により、誰もが必要なときに必要なケアに確実にアクセスできる仕組みの構築を提案する。

(3) 支援者支援の制度化

家族介護者や専門職、ボランティア等、ケアを担う人々の心身の負担が限界に達し、燃え尽きや離職が深刻化している。ケアラーの休息や相談、ピアサポート、メンタルヘルス支援を権利として位置付け、教育・労働・福祉政策を横断した支援者支援の制度を整備することにより、ケアの質と持続可能性を高める仕組みの確立を提案する。

(4) ケアと生産の再編

ケアを経済活動から切り離された「負担」や「コスト」とみなすのではなく、社会の再生産とイノベーションを支える基盤的な営みとして捉え直す必要がある。ケアに従事する人々の就労や所得を保障し、ケアの経験やネットワークを地域経済や企業活動と結び付けることで、ケアと生産が相互に支え合う仕組みへの転換を提案する。

(5) 協働による社会変革

上記の提案を実現するためには、行政や専門職だけでなく、市民・当事者・家族・企業・NPO・研究者等、多様な主体が対等なパートナーとして参加する協働が不可欠である。ケアをテーマとする市民参加型調査等の場を通じて、実践と研究を往還させながらケア共同社会の具体像を共に描き、社会の価値観をケア中心へと転換していくことを提案する。

目 次

1	はじめに.....	1
(1)	ケアを担う責任とケアを受け取る機会の不平等.....	1
(2)	本見解発出の背景.....	3
2	ケアをめぐる現状と課題.....	4
(1)	ケア対象ごとの現状と課題.....	4
①	高齢者のケア.....	4
②	患者のケア.....	5
③	障害者のケア.....	6
④	チャイルドケア.....	6
(2)	ケアに関連する学術分野ごとの動向.....	8
①	人文社会科学.....	8
②	生命科学.....	9
③	理工学.....	9
(3)	学融合アプローチを導く共通目標としてのケア共同社会.....	10
3	目指すべきケア共同社会の構造.....	11
(1)	第1層：セルフケアとそれを支えるコミュニティ.....	11
(2)	第2層：ケアをする人の育成とケア文化の醸成.....	12
(3)	第3層：ケアリング・コミュニティの構築.....	12
(4)	3層の統合によるケアリング・アーキテクチャ.....	13
4	持続可能性を重視したケアの多様性・包摂性・公平性.....	15
(1)	格差なくケア役割を担うために.....	15
(2)	質の高いケアへの公平なアクセシビリティ.....	16
(3)	ケアラーとユーザーの権利とウェルビーイング.....	18
(4)	ケア共同社会に向けた再生産と生産の再編.....	20
5	見解.....	22
	<参考文献>.....	24
	<参考資料>審議経過.....	33

1 はじめに

日本学術会議は、第23期健康・生活科学委員会看護学分科会（2014年10月～2017年9月）において「ケアサイエンス」を複雑なケア課題に取り組む学融合的な学術領域として初めて提案し[1]、第24期（2017年10月～2020年9月）では提言「ケアサイエンスの基盤形成と未来社会の創造」を通じて、ケアを社会全体で共有する「ケア共同社会」の枠組みを提示した[2]。第25期（2020年10月～2023年9月）では、ケアサイエンスに関わる人材育成・研究基盤形成・社会実践の方策をマスタープランとしてまとめた「未来の学術振興構想」を発出し、公開シンポジウムを通じて多様なステークホルダーとの対話を深めた[3]。そして第26期では、3回の公開シンポジウムを通して、人間にとってケアをする／されることの意味やケアの双方向性・重層性、ケアを支えるテクノロジー等、多方面からの考察を行ってきた。

本見解は、これらの成果を継承し、ケアの多様性・包摂性・公平性を重視した社会実装の具体策を提案するものである。少子高齢化や格差の拡大といった現代的課題に対し、科学的知見と当事者視点を統合し、持続可能なケア共同社会の実現に向けた指針を示す。

(1) ケアを担う責任とケアを受け取る機会の不平等

原始ゲルマン語 *karō*（嘆き・悲しみ）や古英語の *caru/cearu* に由来するケア (care) は「悲しみ・不安・嘆き」を意味し、中世に入ると「注意・配慮」を、15世紀頃には「世話をする・大事に守る」を意味するようになった[4]。このように近代以前のヨーロッパにおいて、ケアは普遍的な社会的紐帯の実践を指していたが、近代以降、生産労働は主に男性が公的領域において有償で行い、家事・育児・介護といった再生産労働は主に女性が私的領域において無償で行うという、生産／再生産、男／女、公／私といった二元論に基づく性別役割分業のもと、近代家族においてケアは女性の無償労働に押し込められ、また福祉国家の中で低賃金・女性中心のケア専門職の職務に再編されることで、「特定の人ができる仕事」として理解されがちになった[5]。しかし少子高齢・人口減少社会が急速に進む日本では、こうした従来のケアの理解に基づく制度や学問の力では解決困難な問題が急増している。我々が提案する「ケアサイエンス」とは、〈新しいケア〉を核とする社会を共に模索しつくり上げていく学術と教育が連動する活動を意味する。

本見解でいう〈新しいケア〉とは、近代以前のケア概念に含まれていた普遍的な含意を再評価し、近代以降の家族制度と福祉国家の形成の中で私的領域や専門的施設の内部に閉じ込められてきた従来のケア言説から脱却させるとともに、近代以降に深化したケアに関する専門知と、人権や多様性・包摂性・公平性をめぐる議論を十分に踏まえ、すべての人が生のあらゆる局面で互いに支え合う社会的実践としてケアを再定義する概念である。ケアサイエンスは、この〈新しいケア〉の観点から、ケアをめぐる格差や排除を可視化し、その是正に向けて、人文社会科学・生命科学・理工学など多様な分野の学術知と、市民・当事者・実践者の経験知を往還させる学術・教育の営みである。人々の暮らしにケアサイエンスとその成果を根付かせることで実現する性別や世代、障害や国籍、居住地域の違いを超えて、誰もがケアしケアされる権利と責任を分かち合い、そ

のための制度・空間・技術が公正に整えられた社会を「ケア共同社会」と呼び、その構築を目標として掲げている。

国際的にはケアサイエンスという用語は用いられていないものの、同様の問題意識を背景にした取組として、ケアを社会・経済・環境の持続可能性を支えるインフラとして捉え直す「ケア・エコノミー」の議論が広がっている。ケアを経済成長とは異なる価値の源泉として位置付ける理論的・実証的研究[6]や、ケアを民主主義や市民権の再構成と結び付ける議論[7]が展開されているほか、欧州や北米、アジア各国において、テクノロジーやコミュニティ・デザイン（地域づくり）を活用したケア・イノベーションの試みが進んでいる[8-19]。本見解は、こうした国際的動向とも接続しつつ、日本社会におけるケアの課題と可能性を提案するものである。

ケアは、誰が担うべきかという責任だけでなく、必要なケアを受け取る権利の公平な配分問題でもある[20]。第2章第2節でも述べるように、ケアに関する近年の研究で批判されているのは、ケアを家族などの私的領域へ押し込んできた点である。これは近代の自由主義が前提としてきた自律的で自己完結した個人像が、すべての人間にとって生存の条件である、ケアを提供し受け取る「相互依存」的な関係を軽視した結果である[21][22][23]。

しかし、こうした相互依存的な関係は常に対称で公平な社会を実現するわけではない。熊谷は障害学の観点から、アクセス可能な移動手段・所得保障・介助サービス・情報・人的ネットワークなど、社会の相互依存のネットワーク構造が、「“健常”な身体」を暗黙の前提として設計される傾向にあるため、高齢者や障害のある人々は、ケアを提供してくれる資源の欠乏や、資源への到達可能性の制約により、慢性的な依存先の不足に直面しやすいことを指摘している[24]。ゆえに、公平なケアの配分とは、ケア労働の負担の再配分に加え、制度・インフラ・資源の再構築を通じてケア受領の回路を拡張し、周縁化された人々の脆弱性を縮減するように、相互依存の構造そのものを再編する課題である[20]。

依存先の偏りを是正し、ケアの場を閉鎖的な施設から地域にひらく「脱施設化」の取組も進んでいる。例えば障害分野では国連障害者権利委員会が発表した「脱施設化ガイドライン」（2022年）において、施設入所は障害者に対する差別的な行為であり、法的能力の事実上の否定、障害に基づく拘禁と自由の剥奪を構成すると明確に述べられている[25]。また2024年10月にイタリアで開催された主要国首脳会議（G7）包摂と障害に関する担当大臣会合が開催され、社会的包摂と自律的な生活の実現等を謳う「ソルファニャーノ憲章」が採択された[26]。高齢者の領域で提唱される「Ageing in Place」の概念もまた、高齢者が虚弱化しても自立と尊厳を持って地域に住み続けられるよう、地域での社会参加の機会の確保、安全な住環境、公共交通機関の整備等を重視している[27]。その一方で、重症心身障害児・者や医療的ケア児・者をめぐっては、自律性に関して本人の意思表示が難しい場合に何を「意思と選好に基づく最善の解釈(best interpretation of will and preferences)」とみなすかという生命倫理上の難問や、全国重症心身障害児（者）を守る会等、家族団体からの十分な地域資源や支援体制がない

まま一律の脱施設化を進める政策に対する強い懸念等がある[28][29][30]。また、「誰も置き去りにしない」と掲げたSDGsでは、安全で包摂的かつ利用が容易な緑地や公共スペース、医療や交通、教育へのアクセスの提供を謳っている。

しかし現状は、多くの市民にとってケアは他人事にとどまり、ケアを担い、ケアを受け取るというケアへの参加の責任や権利を誰もが有するとの認識はいまだに十分共有されていない。また、例えばケアの担い手が専ら女性に偏っていることや、グローバル・ノースとサウスとの間のケアの不平等な配分や搾取が指摘されている[31]。

(2) 本見解発出の背景

少子高齢・人口減少社会が急速に進む日本が直面するこれらの課題は、医療、福祉、教育、居住環境、まちづくり、公共政策、経済、テクノロジー等を横断し、既存の専門分野に閉じない領域に広がっている。近年、「単一分野 (unidisciplinary)」の科学はもとより、異分野の研究者が各分野特有の視点を維持したまま協働する「学際的 (interdisciplinary)」な研究でも解明できない複雑な事象に挑戦するため、異なる分野の研究者が協働して、各分野特有の理論、概念、手法を相対化しつつ統合・拡張し、共通の問題に取り組む新たなアプローチと概念的枠組みを開発・使用する「学融合的 (transdisciplinary)」な科学を実現するチーム・サイエンスの重要性が叫ばれている。ケアという問題は正にこうした学融合的なアプローチが不可欠である。

第2章ではケアをめぐる現状と課題を概観し、隣接分野とケアサイエンスとの関連について述べる。また、ケアサイエンスの実践を導く目標としてのケア共同社会を明確化するために、第3章ではその「ビジョン」を3層構造により明確化し、第4章ではケア共同社会を統べる「規範」として、持続可能性を重視したケアの多様性・包摂性・公平性の観点から、具体的な課題を通じて検討する。そして第5章では総括として、到達点と今後の展望を述べる。

2 ケアをめぐる現状と課題

第24期に発出した提言「ケアサイエンスの基盤形成と未来社会の創造」（2020年9月2日）では、ケアの地域化と当事者参画の必要性を指摘し、地域包括ケアシステムの深化を求めた。本章では、第一に日本社会における主要なケア対象ごとの現状と課題を整理し（第1節）、第二に、人文社会科学・生命科学・理工学など既存の学問分野におけるケア研究の動向を概観する（第2節）。さらに第三に、ケア共同社会を共通目標とする学融合的アプローチの方向性を示し、異なる分野と市民がビジョンと規範を共有することの重要性を確認する（第3節）。

(1) ケア対象ごとの現状と課題

① 高齢者のケア

総務省統計局によると、2024年10月1日時点[32]で日本の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合（高齢化率）は29.3%で、急速な高齢化は、社会保障費、特に医療費と介護費の増大を招いている¹。また、人材不足は医療や介護分野の労働者の就労環境を悪化させ、燃え尽きやサービスの質の低下、人件費の増加を引き起こす。若年世代の過度の負担や将来的なサービスの質低下への懸念は制度への貢献意欲や公的支援尊重の態度を損ない、残る人々への負担が更に増大する。

ケアの費用対効果を高めるとともに、当事者による脱施設化の潮流や、すべての人々がケアを自分事として受け止め担うべきとする理念とも整合的なビジョンとして、例えば2005年の介護保険法改正で言及された地域包括ケアシステムは、2011年の同法改正によってその推進が自治体の義務と位置付けられ、2014年の医療介護総合確保推進法の施行、2015年の介護予防・日常生活支援総合事業の創設によって全国的に推進されてきた[33]。地域包括ケアシステムは、「介護や医療などのサービスを地域で包括的に提供する仕組み」であり、ケアの場を施設から自宅に移すことを重視している。医療ケアが必要でも自宅で暮らせる環境、社会参加の促進、地域ニーズに合ったサービスの創出、認知症高齢者とその家族の安心な暮らしの実現を目指して、地域包括支援センターがその中核を担い、地域の高齢者の総合相談、権利擁護、介護予防・ケアマネジメントなどを行う。また2015年には高齢化や人口減少、福祉ニーズの多様化・複雑化を背景として、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民の参画と協働により誰もが支え合う地域社会の実現を目指す地域共生社会の実現を目指す方針が打ち出された[34]。

類を見ない速さで高齢化が進行している日本では、介護サービスの需要が急増しており、厚生労働省の推計によると、2025年度には約243万人の介護職員が必要とされており、約32万人の人手不足が報告されている。この構造的課題に対する緊急かつ不可避な対応策として、外国人介護人材の受入れが進んでいる。

¹ 国民医療費は75歳以上の高齢者が全体の約60%を占め（65歳から74歳までの層が30%、65歳未満の層は10%）、2000年の30.5兆円から2022年度には46.6兆円（GDP比8.24%）と、約50%増加した。介護保険給付費も2022年には11.1兆円に達し、2000年の3.6兆円から20年余りで3倍以上増加した。

日本における外国人介護人材の受入れは、2008 年度に経済連携協定（EPA）に基づき開始された。この制度の当初の目的は、労働力不足への対応ではなく、二国間の経済活動の強化と、日本の国家資格である介護福祉士の知識・技術を修得させることにあった。しかし、EPA は介護人材需要の拡大に十分対応できず、より直接的な労働力確保のための新たな政策として、2017 年 11 月に開発途上国への技能移転を目的とする国際貢献の枠組みである技能実習制度に、介護職種が追加された。2019 年 4 月には、介護に限らず我が国の深刻化する人手不足への対応として、生産性の向上や国内人材の確保のための取組を行ってもなお人材を確保することが困難な状況にある産業分野に限り、一定の専門性・技能を有し即戦力となる外国人を受け入れるため、在留資格「特定技能 1 号」及び「特定技能 2 号」が創設された。介護分野は、この特定技能制度の主要な対象分野の一つであり、EPA や技能実習制度では不十分だった人材確保を補完する制度として運用されている。介護分野には 2 号はなく 1 号のみだが、長く日本で働きたい場合、次のステップとして介護福祉士の資格を取得し、在留資格「介護」の取得が可能である。この在留資格は、家族帯同が可能であり、在留期間の更新制限がない。

出入国在留管理庁によると、在留資格別外国人介護人材在留者数は、特定技能が 2024 年 12 月末時点では 44,367 人となり、継続して増加している[35]。技能実習が 15,909 人（2023 年 12 月時点）、在留資格「介護」が 10,468 人（2024 年 6 月時点）であり、特定技能が最も多くの外国人介護人材を受け入れている。特定技能の 9 割以上をインドネシア、フィリピン、ベトナムを含む上位 5 か国が占めており、特にインドネシア国籍が急増している。また、介護分野の外国人材の約 7 割が女性であり、日本の都市部に集中している。2025 年度からは、特定技能や技能実習の在留資格を持つ外国人材も、訪問介護サービス（訪問介護、訪問入浴介護、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等）に従事することが可能になった。

政府・自治体は、外国人介護人材の確保と定着のため、日本語教育、生活支援、キャリアパス支援、精神的サポート等、包括的な支援体制を構築しているが、言語・文化・習慣・価値観の違いによる職場での人間関係の摩擦や、待遇の格差やハラスメントといった労働環境の問題、キャリアパスの不透明さ、渡航費、パスポート・ビザ取得費、監理団体への手数料、住居準備費用等、受入れ施設側の初期費用、地域社会への包摂などが課題となっている。

② 患者のケア

当事者のニーズにかなったサービスを効率的に提供するためには、ユーザーの経験をサービスの研究・設計に反映させる患者・市民参画（PPI）[36][37]や、医療・介護の縦割りをなくし連携を強化することが重要である。例えばがん治療の領域では、医療だけでなく緩和ケアや心のケアなど、多岐にわたるケアも不可欠である。そこで患者と現場の医療者が望むケアのエビデンスを創り出すために、医療者、研究者、患者団体、市民団体に呼びかけ、日本がん支持療法研究グループ（J-SUPPORT）が創設された[38]。ここには「患者・市民参画委員会」「ステークホルダーコーディネーション

センター」が設置され、研究計画の立案段階から PPI を実現し、一般社団法人全国がん患者団体連合会（全がん連）によるがんサバイバーシップ・ニーズ調査と研究開発マップを比較参照することにより、研究開発が不十分な領域の特定をしてきた。

しかし、ケアに関する質の高いエビデンスが少ないことや、質の高いエビデンスが創出されても実装可能な現場の環境が整っていないため、診療ガイドラインではそのケアが強く推奨されなかったり、現場の医療者一人一人が独自の基準で工夫して無報酬のケアを行ったりして、その結果、ケアは根付かず、質や効率が低いレベルにとどまっている[39][40][41]。その背景には、サンプル確保の困難さや主観的評価の複雑さなど、ケアのエビデンス構築や社会実装、質保証に伴う方法論的な難しさがある²。

③ 障害者のケア

障害の分野でも、当事者を保護の対象ではなく権利の主体として位置付ける動きが進んでいる。2007年に政府は、障害者の権利に関する条約に加盟する意思を表す「署名」を行った。その後、条約締結に先立ち国内法の整備を進めるべきとの障害当事者等の意見を踏まえ、政府は2009年12月、内閣総理大臣を本部長、全閣僚を構成員とする「障がい者制度改革推進本部」を設置し、条約と整合的な様々な法制度等の整備が行われ、2014年1月に条約を批准した。政府は2016年6月に最初の政府報告書を国連障害者権利委員会に提出し、2022年9月9日に政府に対する総括所見（最終稿は10月7日）が公表され[42]、特に「脱施設（精神病院も含む）」と「インクルーシブ教育」が緊急の措置が必要な課題とされた。また2024年7月、最高裁にて障害のある人の妊娠・出産・子育てに関する権利を奪った旧優生保護法による強制不妊は違法であるという歴史的な判決が下され、国としての謝罪がなされ、同月に「障害者に対する偏見や差別のない共生社会の実現に向けた対策推進本部」が設置され、2024年12月に「障害者に対する偏見や差別のない共生社会の実現に向けた行動計画」が決定された[43]。

④ チャイルドケア

チャイルドケア（子どものケア）の領域では、児童虐待や少子化の進行、いじめ、性被害、若年層の望まぬ妊娠等を含む課題が深刻化している。2021年12月に「こども政策の新たな推進体制に関する基本方針」が閣議決定され、こども家庭庁の設立方針が示された。この基本方針に基づき「こども家庭庁設置法」が2022年6月22日に

² 例えばケア研究では、一般的にケアの効果量が小さいためにサンプル数は大きくなり、また、企業が行う治療研究と違って研究資金が少なく研究参加者をリクルートする研究支援者が少ないためにサンプル数の確保が難しく、QOL（Quality of Life）などの患者報告アウトカム（当事者の主観を反映する評価、以下 PRO）が不可欠な評価項目である一方、主観評価故にケアの良し悪しを決める評価点の設定が難しく過程の透明性が強く求められる。こうした懸念は、ケア開発のマップ作りや研究立案段階からの PPI により緩和でき、初期段階での丁寧な対話は実装後の受容性と長期維持を高める[8][9][10]。例えば現在、がん領域の治療評価では規制当局が“中核 PRO”の収集を公式に勧告しており[11][12][13]、進行患者が医師と協働して治療選択する場面では PRO が臨床的意思決定の中核を担う。医療や介護機器の承認では、EU MDR の下でプレマーケットの適合性評価に加えて、市販後臨床追跡（PMCF）でリアルワールドエビデンスを継続的に収集する“二段階型”のエビデンス構築が制度化されており[14][15][16][17]、ケア技術・デバイスの実世界での有効性・安全性の大規模検証、継続的な質改善に結びつける基盤となる。さらに、制度化・診療報酬化された後には、質の劣化を防ぐ教育研修と、質保証（QA）・質改善（QI）のモニタリング体制が重要である[18][19]。情報技術を用いたケアスキルの学習支援やエビデンス取得は、持続可能で公正かつ健全なケア文化の形成に寄与する可能性があり、特に、映像・音声データを用いたケア教育と評価指標の標準化が急務である。

公布され、こども家庭庁の法的根拠が確立された。また日本国憲法及び児童の権利に関する条約の精神に基づき「こども基本法」が2023年4月に施行された。この法律では子どもの意見表明権が明記されており、子どもの地位が単なる保護対象から「権利の主体」へと格上げされている。こども家庭庁では、2023年12月に策定された総額3.6兆円規模の「こども未来戦略」において、「経済的支援」「社会構造や意識の変革」「ライフステージを通じた切れ目のない支援」を3本柱とし、多岐にわたる支援策を推進している[44]。しかし、政府の子どものケアに関する予算は高齢者に対するものと比べれば小さいものである。低年齢児保育枠は拡充してきてはいるが学童保育は不十分である。また非正規雇用者の育児休業利用率は正社員に比べると大幅に低い。母子世帯の貧困率も高い。女性の育児時間も長い。

こうした中で、現状では多くの若年層が結婚や子育てに対する将来の展望を描けず、未婚化・晩婚化が進行しており、子育て支援の充実が必要とされる背景となっている。第16回出生動向基本調査（結婚と出産に関する全国調査）によれば、18～34歳の未婚者の「いずれ結婚したい」割合や希望子ども数はいずれも前回調査より低下しており、価値観の多様化とともに「結婚や出産は必須ではない」とする回答も増加している[45]。統計ハンドブック2024年版によると、2022年の初婚年齢は新郎31.1歳・新婦29.7歳まで上昇し、50歳時点での生涯未婚割合は男性28.3%、女性17.8%に達している[46]。この背景には、所得や雇用の不安定さがある。未婚女性の平均希望子ども数は2015年の2.02人から2021年には1.79人へと減少しており[43]、OECD(2024)は日本の労働市場における若年層・女性への不利な二極化構造や資産格差の拡大を指摘している[47]。

子育て世帯も、経済的・精神的な負担を強く感じており、世帯間の不公平感も存在する[48]。特に高等教育費の負担軽減は「喫緊の課題」とされ、文部科学省は教育費の高さが希望子ども数の実現を阻む要因であるとし、修学支援制度の拡充を進めている[49]。共働き世帯は増加傾向にあり、2024年の労働力調査では1,300万世帯に達し、専業主婦世帯は508万世帯まで減少した[50]。しかし、共働きであっても女性の家事・育児負担は依然として大きい。男女共同参画白書(2023年)によれば、未就学児のいる共働き世帯で妻が担う家事・育児時間の比率は77.4%に上る[51]。さらに、OECDの国際比較によると、日本男性の無償労働時間は1日平均40.8分と、OECD平均男性(137分)の3分の1以下である[52]。国際比較の意識調査では、日本で「子どもを生み育てやすい国だと思う」と回答した割合は38%にとどまり、約6割が否定的である。これはスウェーデンやフランス、ドイツなどで肯定的回答が7～9割を占めるのと対照的である[53]。これらのデータは、日本が依然として子育て世帯にとって温かい社会環境と、子育てのしやすい働き方を十分に整えられていない現状を示している。こうした状況を背景として2024年の合計特殊出生率は1.15と、過去最低を記録している[54]。

(2) ケアに関連する学術分野ごとの動向

1970年代以降、人間や社会の相互依存性を十分に汲んでいなかった従前の学術の在り方を批判し、人間や社会についての理解を、相互的なケアや依存という観点から刷新して、倫理や制度設計に応用していこうという議論が複数の学問分野で活発化している。

① 人文社会科学

人文社会科学は、人間の相互依存性を踏まえた学術の刷新の一翼を担う。例えば**発達心理学**を専門にするギリガンは、正義を志向する道徳発達理論を再検討し、女性の語りに基づき関係性と共感に根ざしたケアの倫理観を見いだした[21]。**哲学**のノディングズも、道徳は他者への思いやりというケアリングな関係にこそ基盤があると主張した[22]。**制度論**においてもセブンハウゼンは、福祉サービスやコミュニティ資源もまた、相互依存によって支えられるべきと論じている[55]。さらに**進化生物学**のハーディは、ヒトや霊長類の協力的育児を論じ、母親以外の個体やコミュニティ全体のケアが子の生存率を高める仕組みを指摘し、非血縁の同群個体が子へのケアに関わるアロペアレンティングがヒト社会の基盤にあるとした[56]。**倫理学**のキタイは、障害者ケアや家族ケアの実践を通して、「依存」をケアの根本に据えつつ、すべての人間は互いに支え合う「相互依存」の関係性に置かれていると論じるとともに、個人主義的な自立モデルの限界を批判し、この相互依存性こそが社会的正義の基盤であると主張している[57]。ヘルドは、ケア倫理を「グローバルな相互依存」へと拡張し、国家間の責任や地球規模の正義に適用可能であることを示した[23]。**政治学**のトロントも、「ケアに満ちた民主主義」という主題のもとで、ケアを担う責任や受け取る権利の公平性を論じた[20]。

さらにケア**経済学**は、ケア労働の価値を適切に評価し、その持続可能性を確保するための経済的メカニズムを検討する分野である[6]。ハーコートは資本主義を支えながらも不可視化されてきたケア労働や社会的再生産の重要性を経済学的な視点から浮き彫りにし、ジェンダーや人種に基づく不平等を是正し、相互依存を認める連帯と共同のケアこそが、持続可能で公正な社会を築くための鍵であるとともに、人間だけでなく地球環境への配慮（アースケア）を核とした経済システムへの移行を提唱している[7]。

英国の障害者運動に理論的な支柱を与える形で誕生した**障害学**では、障害を特定の個体に帰属する特徴ではなく、マジョリティ向けにデザインされた社会的インフラによって少数派が様々なことを「できなくさせられている事態」として定義する「障害の社会モデル」が定式化された[58]。しかし初期の障害学が人間の相互依存性を十分に汲み尽くすことなく、自立した強い障害者像を規範化したことで、精神疾患、神経発達症、知的発達症のある当事者や、難治性疾患や痛みを生きる当事者を置き去りにしてきたという批判がなされた[59]。そして批判的障害学など、障害の多様性や交差性、相互依存性、インフラに還元できない当事者の経験に焦点を当てた研究が台頭してきた[60]。

生物学的存在としての人間の苦痛の減少、健康増進や回復を志向する医学や看護学に対し、**社会福祉学**は、社会的存在としての人間が、他者や社会と関係を取り結びながら生活する上で直面する「社会生活上の困難」を対象に、基本的な社会保障やニーズを満たす方法について考え、実践してきた。例えばケアの脱家族化・社会化がうたわれたにもかかわらず、依然として主介護者の約7割が女性であるという課題、80代の高齢の親が50代の子どもの生活を経済的・精神的に支え続ける状況を指す8050問題やゴミ屋敷問題といった複雑化・多様化・重層化する課題が山積している。その中で、国や市場、家族だけでは担いきれないケアニーズの充足を地域コミュニティに過度に委ねてしまう地域包括ケアの設計上の問題や、ケア現場を支える外国人介護士といかに対等な関係を築くかといった課題も指摘されている。

② 生命科学

生命科学分野、特に**看護学**や**助産学**は、ケアサイエンスの深化に不可欠な視点と実践を提供している。看護学は個人、家族、集団、地域を対象に、人々の自然回復力を引き出し、健康保持増進、回復、苦痛緩和を図り、生涯を通してその人らしく生きることを目的とし、専門的知識・技術を用いて身体的、精神的、社会的に支援する学問であり、ケアはその中心的な主題である。看護学が関わるケアサイエンスの好事例としては、慶應義塾大学と藤沢市などによる「身体活動促進プロジェクト（ふじさわプラス・テン）[61]や、東京大学による高齢看護学と創傷看護学の専門領域が組んで、チーム医療、標準化、質向上に取り組んだ褥瘡ケアに関する研究[62]、患者会からの提案で始まった多発性嚢胞腎に関する、患者の生活の知恵、病気との向き合い方、医療とのつながり方、情報共有の方法等を当事者視点でまとめた研究の成果が「暮らしのヒント」[63]として公開されており、これもケアサイエンスの好事例といえる。

少子化問題にも関連の深い助産学は、母子保健医療の高度化・母子保健問題の多様化の中で、妊産婦ケア、性と生殖に関する健康、地域や国の母子保健、また国際的な妊産婦死亡や新生児死亡の問題に対し助産師のケアを届けようとする国際助産師連盟との連携まで、幅広いトピックを対象としている[64][65]。例えば助産ケアモデルは、死亡率を含む母子の健康アウトカム改善、不要な医療介入の削減、ケアの質の向上につながり、特に低・中所得国における費用対効果の高い投資であると報告されている[66][67]。日本における研究でも、助産師主導ケアは産後の気分変動の軽減や母乳育児継続率を向上させ[68]、チーム助産ケアが退院後の母親としての自信向上につながり[69]、帝王切開率や重度会陰裂傷率を減少させることが報告されている[70]。

③ 理工学

工学分野は、空間デザイン、情報技術、ロボティクス等を通じて、ケアの領域に具体的な貢献をもたらしている。例えば**建築学**は、空間のデザイン、設計、そしてその運用を対象とする学問であり、様々な施設の整備とともに発展したが、近年のケアをめぐる脱施設化や地域移行の潮流の中で、新しい施設の在り方が模索されており、例えば、高齢者施設の主流も大規模・収容型から小規模分散・在宅へと移行している。さらに、特別な支援が必要な人々を特別視するのではなく、一般の人と同じように、

ごく普通の生活を送れる環境を社会が整えるべきとする「ノーマライゼーション」の観点から、施設ならではの要素を減らし、「当たり前の暮らしの場らしさ」を作り出すことで、認知症の方の不安や問題行動を軽減する効果も報告されている[71]。

情報学もまたケアの領域に貢献している。例えばケア情報学研究所の桐山伸也氏は、情報学がケアの質と意味を「見える化」し、共有可能な知識として蓄積する技術を提供しようと指摘している[72]。例えば認知症ケアや発達支援の現場において、一人称カメラや環境センサーを用いたデータ収集を通じて、ケアの技能や判断を定量化・可視化し、自らが行ったケアを客観化したデータに基づいて振り返り、組織全体のケアの質向上につなげる実践が進められている。また、XR（拡張現実）を活用した認知症シミュレーション教育や、AIによるケア記録分析は、ケアの暗黙知を形式知化し、初学者や多職種間での学び合いに資するものであり、ケアに関わる個人及びあらゆる単位での組織においてケアの属人性や閉鎖性を軽減する技術に進化させる可能性がある。

(3) 学融合アプローチを導く共通目標としてのケア共同社会

本章では、まず第1節でケアをめぐる現状と課題を確認し、次に第2節でケアサイエンスに係る既存の学問体系における学術の動向を述べた。しかしながら、誰もがケアし、ケアされる存在であることを前提とするケア共同社会の実現に向けては、既存分野の知見を単に並列するだけでは不十分であり、共通の目標と規範的志向を共有した学融合的アプローチが不可欠である。持続可能性科学等で蓄積されてきた学融合的研究の知見は、社会的に重要な問題に取り組む際には、研究者と利害関係者が「どのような未来を共通善とみなすか」を共同で定義し、ビジョンと規範を明示的に形成することが成功の前提であると示している[73][74][75][76][77][78]。ケアサイエンスにおいては、この共通善を具体化したものが「ケア共同社会」のイメージであり、発達心理学、進化生物学、哲学、倫理学、制度論、政治学、経済学、障害学、社会福祉学、看護学、助産学、建築など工学、情報学等、ケアと生産や空間、デジタル技術との関係を考察する多様な分野が、市民とともにこの目標に向けて知と経験を持ち寄るプロセスそのものが学融合的でもある。そこで第3章では、ケア共同社会の構造を、セルフケア、ケア文化と育成、ケアリング・コミュニティという3層が統合されたものとして描き出しつつ、その各所で芽生えつつある学融合的实践を紹介する。そして第4章では、ケア共同社会を形作る規範として、持続可能性、多様性、包摂性、公平性の4つに焦点を当てつつ、分離されがちな再生産活動と生産活動とを分かちがたいものとして再編する必要性を確認する。

3 目指すべきケア共同社会の構造

第25期に日本学術会議が作成した「未来の学術振興構想（2023年版）」（2023年9月25日）の中では、ケアを社会構造に組み込んだケア共同社会実現に向けて技術と文化の融合を提案した。

本章ではそうした議論を発展させ、ケア共同社会の構造をセルフケア、ケア文化と育成、ケアリング・コミュニティの3層が統合された「ケアリング・アーキテクチャ」の概念を示す。ケア共同社会の実現は、第1層としてケアの主体の位置付けや意識と、それを支える仕組みや技術の変革から始まる。次に第2層として、それらを普及させるべくケアする人の育成やケア文化の醸成が必要である。さらに第3層でそのように普及していくケアが「空間化」されることで、社会構造としてケアが実装される。ここでいう「空間化」とは、ケアの関係性や行為を、物理的空間（住まい・公共空間）、制度的空間（制度・サービス設計）、社会的空間（コミュニティの場・関係性）に具体的に定着・埋め込み、実践可能な形に変換・具現化することを意味する[79]。これにより、ケアは個別的な行為から、社会全体の持続的な基盤へと昇華する。また、ここで社会構造を「層」として理解し表現するのは、以下の3つの理由による。第一に、基盤的なものから広範・構造的なものへ段階的に積み上がる階層性を持つこと（セルフケアが個人の基盤となり、それを支える文化・人材が育ち、最終的に地域全体のコミュニティが形成される）。第二に、各層が相互依存・相互強化の関係にあること（下位層が上位層を支え、上位層が下位層の持続可能性を高める）。第三に、3層が統合されることで、ケアが「仕組みとして社会構造化された状態」＝ケアリング・アーキテクチャとして実現することである。本章ではこれらの観点から、ケアを捉える考え方や方法論と、その技術について近年の動向を整理する。

(1) 第1層：セルフケアとそれを支えるコミュニティ

ケア共同社会の第1層は、セルフケアとそれを支えるコミュニティの形成である。現在、ケアの不足と偏りが社会課題となっているが、その根幹にはケアを自分事と考えないケアの放棄、軽視、そしてそれらと結び付いた「ケアしない特権」がある[80]。人々が自らの脆弱性と依存性を直視し、それに応答して自らの心身や社会的健康を守り育てようとするセルフケアこそが、ケアを自らに取り戻し、ケアをめぐる意識や社会構造の改革を成し、地域全体のケア力を高めることにつながる。

荒井秀典氏はフレイル予防や介護予防を軸に、地域住民がウェアラブルデバイスやセンサー技術を活用して自身の健康をリアルタイムモニタリングするセルフケアの試みや、これを基にした近隣住民との相互支援プログラムが孤立を減らすことを報告している[81][82]。山川みやえ氏が参画するICT技術を活用した「みまもりあいプロジェクト」では、「SOS ステッカー」と専用アプリを用いて住民が互いに見守り合う仕組みを構築しており、このアプリは2025年時点で300万ダウンロードを達成している[83]。

デジタルデバイスや情報処理技術を用いてケアに関する記録の作成やモニタリング、ケアプランの作成支援等に役立てるケア情報学のアプローチも、医療・介護データの統合的分析やその活用を通じてセルフケアを支援する可能性を示し、個人の健康管理をデ

ータ駆動型に進化させる。例えば電子カルテとウェアラブルデバイスのデータを連携させ個別最適化された健康アドバイスを提供するシステムが実用化されつつある。遠隔診療や生成 AI を用いたチャットボットによるメンタルヘルス支援など様々な領域で試行が広がっている。これによりケアの時間的・空間的制約が打破され、ケアへのアクセシビリティの向上とともに、多様な人々がケアの担い手になることが容易になる。

一方で、こうした技術活用が進む際にはデジタルデバイド（情報通信技術（ICT）やインターネットへのアクセス、利用能力、活用機会において生じる格差）についてより慎重な配慮が必要となる。年齢や地域、経済状況、教育レベル等により、高齢者や障害者、中山間地域居住者等デジタル技術を使いこなすことに困難がある人とそうでない人の間に分断が生じうる。この対策として、情報インフラ整備やデジタルデバイスや Wi-Fi の利用に係る支援、デジタルリテラシー教育、得意な領域が異なる多様な人々がケアに参加する仕組みが必要である。

(2) 第2層：ケアをする人の育成とケア文化の醸成

ケア共同社会の第2層は、ケアをする人の育成とケア文化の醸成である。コスタンティニーニ・ヒロコ氏はケアをする人やケア文化の成熟度を意味する「ケアリテラシー」という概念を提案するとともに、その成熟度を測る質問紙の開発に取り組む[84][85]。またコスタンティニーニ氏は、ケアリテラシーの向上には、広範な市民に介護や地域包括ケアの現状についての情報と知識を普及させ、社会的な議論を促進することを目的とした「メディアの活用」と、日常生活の慣行を特定のニーズに合わせて適応させるための実践的ケアスキルを教える「草の根の教育プログラム」の2つが重要であると述べる。

川口有美子氏は、筋萎縮性側索硬化症患者家族としての経験に基づき、在宅介護を支える仕組みづくりに取り組んできた[86][87]。患者自身が介護事業を運営し、24時間介助を制度として保障することで、家族の犠牲に依存せずに生活や就労を可能にする実践は、国内外から注目されている。こうしたケアの事業化・社会化は、患者の社会参加を可能にする一方、過剰医療や資源配分の限界、ケアワーカーの処遇、地域間格差、外国人ケアワーカーを含む人材確保等、新たな課題も浮き彫りにしている。

ケアリテラシーの概念の普及・向上支援と、ケアする人を育てる経済的・社会的な仕組みの実装は、ケア文化を深化させるケア・イノベーションの一端を形成する。

(3) 第3層：ケアリング・コミュニティの構築

ケア共同社会の第3層は、ケアという関係性や行為（ケアリング）を担い合うケアリング・コミュニティの構築である。地域包括ケアシステムの定着と発展のため、地域コミュニティに暮らす人々を互いに支える体制づくりが必要であり、それには医療や介護の専門家ではない地域住民や民間企業等の参画が必要である。このため、こうした多様なステークホルダーに対する教育や啓発を通じたコミュニティづくりが重要である。例えば2012年の認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）では「認知症にやさしいまちづくり（認知症等高齢者に優しい地域の実現）」が掲げられており、サポーター養成、

声かけ訓練、交流の場づくり、企業連携、デジタル技術活用、まちのバリアフリー化など、都市空間・ひと・技術にわたる多様なサポートを通じて認知症の方と家族が安心して暮らせる地域社会の構築が目指されている[88]。

五十嵐歩氏らは高齢者・認知症に対する偏見を払拭し、地域全体で支える社会を目指し、認知症の高齢者を支えるコミュニティづくりの実践を行っている[89]。具体的には研究・教育機関と自治体の間に覚書を締結し、小学校教育において認知症サポーター養成講座や、地域の医療・介護専門職や企業、ボランティアがゲストとして行う講義、カードゲームやドラマ・VR教材を活用して共感を促すアクティブラーニングを行うことで、児童は認知症のある方の視点や感情を学び、自分自身ができる支援のための行動を考える機会を得ている[90]。また柴田智広氏は介護ロボット学の創成を訴え、ホームサービスロボットなど様々なケア・テック（ケアの課題解決のために先端技術を活用した製品・サービス・ビジネス）を生活支援に取り込む支援を実践している[91]。さらに、高齢者や子育て世代、若者など多世代が交流する際の共通テーマとしてケア・テックを採り入れケア共創を地域文化として根付かせていく拠点を構築している。特に、ケア・テックを実装する上で障壁となりうる資金、制度、人材、評価方法といった課題についても、住民、支援者、行政、研究者が議論と合意形成を重ねながら、ケアを専門家だけでなく社会全体で創るものとして位置付けていくことが必要である。

また、社会の構成要素であり社会の産物でもある空間・建物・まちは、インフォーマルにケアを担い、生産の領域での働きやすい職場（関係がつくられ、休憩や創造ができ、ワークライフバランスがとれる）や、身体を動かし、まちに関与して暮らせる都市（ウォークアブルシティ[92]）、15分都市[93]（徒歩や自転車、公共交通で15分以内に医療・介護・商業にアクセス可能なまちづくり）、居場所のあるまち（社会的処方、居場所形成）、医療や介護を予防し健康を増進して住み慣れた地域に暮らし続ける（地域包括ケアのまちづくり）等を互いに結び付ける。例えば商業施設の広場や建物の足もと周り空間のオープンスペース化は、ウォークアブルなまちづくりに寄与し、予防医療や健康寿命の増進を促進する。ケアの地域化のために社会参加や関係性の形成・継続を支援する居場所の位置付けも提唱されており[94]、歴史的建造物、固有の景観やアート、グリーンインフラ（緑道、公園、街路樹等）、地域の伝統や文化イベント等、都市や農村それぞれの特性に根ざした地域資源が、自然な相互ケアを支えるインフォーマルな社会関係のハブとなる。また、住民がまちを自分事として捉える意識を育てる。地域に居場所があることは、日常的な関係づくりだけでなく、災害時等に共同体としてのセルフケアの基盤ともなる[95]。民間建物・敷地のオープンスペースを地域コモンズとして開放する取組など、まちの様々な使い手や住み手がまちの価値や特徴に参加することで建築・都市がインフォーマル・ケアを支援する。

(4) 3層の統合によるケアリング・アーキテクチャ

ケアはコミュニティにとって「糊」の役割を持ち、すなわちコミュニティ（共同体）をコミュニティたらしめ、その成立や持続可能性に貢献する。ケアの不足や偏りの根幹

にはケアの軽視や放棄があることは冒頭に指摘の通りで、この課題の解決にはケアがすべての人が参画するものとして社会構造に織り込まれることが必要である。

インターネットをめぐる法規制を論じたレッシング（1998）は人々の行動を規制する要素として、法律、規範、市場、アーキテクチャを挙げる[96]。このうち、構築された環境（アーキテクチャ）はシステムとして人と社会の有り様を規定し導く。「ケアが仕組みになっていること／仕組みとして社会構造化されている状態」をケアリング・アーキテクチャと呼ぶとすれば、それは、「私／私たち」の主体的な取組としてケアが行われるコミュニティや、技術によってそれが支援されるとともに、使う技能・つくる技術の共有のためのコミュニティ、教育や文化、経済的な仕組みや法的支援によってケアする人が育成されるコミュニティが形成される仕組みに他ならない。

以上を再度整理すると、コミュニティは「ケアが行われる具体的な場・実践の集合」であるのに対し、アーキテクチャは「ケアが社会構造として持続的に機能する全体像」である。ケアリング・コミュニティ（第3層）は、地域住民・専門職・企業・NPOなどが対等にケアを担い合う「実践の場・関係性のネットワーク」を指す。これに対し、ケアリング・アーキテクチャとは、セルフケア（第1層）、ケア文化と人材育成（第2層）、ケアリング・コミュニティ（第3層）の3層が相互に連関・統合された結果として、ケアが社会全体の「仕組み・制度・空間・技術・文化」に定着・組み込まれた体系的状態を意味する。

セルフケア、ケア文化、ケアリング・コミュニティの統合が、技術の進化、文化の変革、関係性の再構築という3つのイノベーションを促進し、それが社会構造化されることで、経済偏重からケア中心型社会への転換を支える。これは、SDGsの目標3（健康と福祉）と目標9（産業と技術革新の基盤構築）に貢献する。またケア中心型社会への転換は、子どもや高齢者、病気や障害のある人、様々な事情で社会保障につながる事ができていない人々など、必要なケアを受け取れていない人々と、受け取れている人々の間にある格差に目を向けることを基盤とする。また、ケアを誰が担うかというケア分担やケアラー処遇にも格差があることに目を向けさせ、その解決に寄与する変革的意義を持つ。

4 持続可能性を重視したケアの多様性・包摂性・公平性

本章では、ケアの相互依存性を社会的正義の基盤と位置付けるケア倫理の視点（第2章（2）①参照）を踏まえ、ジェンダー・世代間格差の是正策を検討する。持続可能なケアには、技術や制度の維持だけでなく、格差を再生産する役割分担の不均衡の是正や包摂性・公平性の確保が不可欠である。本章では、国際的不平等や国内脆弱層への負担集中を踏まえ、多様性を尊重し誰もが安心して支え合える仕組みの原則を探る。本章の第1節～第4節は、第5章における見解(1)～(4)と対応しており、その要約は要旨「3 見解の内容」にも反映される。

(1) 格差なくケア役割を担うために

ケアの役割がどのように分担されてきたかを見れば、国内外の社会に根付いた不平等の姿が浮かび上がる。国内外で女性や子どもといった特定の層にケアの負担が偏りがちであり[97]、さらに、先進国では、外国人労働者が介護現場を大きく支えているながらも、十分に対等な扱いを受けていない。これらは性質こそ異なるが、いずれも「ケアを誰が担い、どのように支えられるのか」という根本的な課題に直結している。

国内で特に顕著なのは、ジェンダーに基づく役割分担の偏りである[98][99][100]。中高年女性が親を介護すると就業継続への影響は小さいが、精神的健康には負の影響が見られる。一方、孫の世話は就労時間への影響は限定的で、心理的には前向きに受け止められる傾向がある。背景には、日本の中高年女性の多くが非正規雇用で労働時間が短いことがある。今後、女性の正規雇用が増えるなかで介護や孫育てを女性だけに任せれば両立は困難であり、男性の参画や社会的支援体制が不可欠である。しかし現状では男性の参画は少なく、関わっても施設選り等の周縁的役割にとどまり、日常的な身体ケアは女性に集中している。老老介護でも女性への負担偏重が続き、ジェンダーによる固定化が解消されていない。

世代間の不均衡も深刻であり、その象徴が「ヤングケアラー」である。18歳未満の子どもや若者が、本来大人が担うべき介護や家事を日常的に担う状況を指す。例として、認知症の祖父母の介護、精神疾患の親に代わる家事、障害のあるきょうだいの世話などがある。これらは学業や進路選択を妨げる大きな要因となっている。

門田行史氏は、ヤングケアラーが進学をあきらめたり、友人関係を築けず孤立したりする事例を報告している[101]。支援を求める声を上げることが難しく、周囲に気付かれないまま責任を背負い込むことが多い。ヤングケアラー支援は法制度として整備されたものの、実際には「支援につながる子」と「支援が届かない子」との間で格差が残っている。特にシングル親家庭や多子世帯では、支援の手が行き届きにくい状況が目立ち、SOSを出せるかどうか支援につながるか否かの分かれ目になっている。門田氏は、AIやDXを活用してヤングケアラーの存在やニーズを可視化し、地域の連携を通じて公平な支援を実現する仕組みを提案している。分科会での議論ではデジタル技術導入に対する不安も示されたが、健康診断や地域拠点での小さな成功体験を積み重ねることがデジタルリテラシーを高め、誰もが安心して支援につながる環境を整えることにつながると確認された。

国際的な労働移動を通じて日本の介護現場を支えている外国人労働者の扱いにも不平等が存在する。ケアの担い手として来日する外国人は、送り出し国では看護師の国家資格を有しながら、日本では介護職人材として受け入れられる者が多い。また、制度上は「技能移転」を担う人材とされている場合も、実際には不十分な支援体制により定着できない者も多い。森山美知子氏は、送り出し国においても人材流出が深刻であり、高所得国と低・中所得国の双方が「人材の搾取構造」に依拠していると指摘している[31]。これは高所得国が一方的に悪いのではなく、送り出し国も外貨獲得を目的に人材輸出を奨励しているという構造的な問題であると理解された[31][102]。国際看護師協会(ICN)は、高所得国が、医療制度が脆弱な低・中所得国から人材を奪うことに警告を発しており、高所得国は自立して国内労働力を確保する改革に取り組むこと、受入れ国・送り出し国双方が発展できる仕組みづくりの必要性を強調している[103][104]。公平性を確保するためには、日本での資格取得に向けた教育制度の整備、国籍にかかわらず待遇や制度(特に、昇進や昇給制度)に差がない仕組みを整え、外国人労働者を「同じケア仲間」として正式に制度に組み込むこと、さらには送り出し国の医療制度の発展に寄与できる仕組みづくりが必要である[31][103]。

このように、国内ではジェンダーや世代によって負担が偏り、国際的には外国人労働者が不平等に扱われるという二重の問題が存在している[105]。議論を通じて確認されたのは、多様な担い手を対等に認める制度設計、男女が公平にケアを担える制度設計の必要性である。

(2) 質の高いケアへの公平なアクセシビリティ

病気や障害、加齢でケアが必要になった際、必要なサービスに確実にたどり着けるかどうかは生活の安心や質を左右する。しかし現代日本では、地域や障害の特性によって受けられるケアの内容や質に大きな差がある。これは利便性の問題にとどまらず、生きるための基本条件の格差として表れ、人権や社会的な公正にも関わる。都市部と地方とを比べると、この格差ははっきりと表れる。都市部では医療機関や介護事業所が多数あり、利用者は複数のサービスから自分の希望に合うものを選ぶことができる。例えば訪問入浴やデイサービスを利用するときにも、事業所を比較し、スタッフの対応や提供時間を見極めて決めることが可能である。だが中山間地域や過疎地では、サービス自体が限られており、最寄りの一つの事業所に頼らざるを得ない場合が多い。そのため利用者の希望が反映されにくく、結果として地域によっては「選択する自由」がほとんどない状況に置かれる。

さらに地形や気候条件もケアへのアクセスを難しくしている。丘陵地や坂の多い地域に暮らす高齢者にとっては、移動手段が限られており、数キロの移動でも大きな負担となる。雪が多い地域では、冬場には移動そのものが困難になり、救急搬送の到着に時間がかかることも少なくない。佐藤栄治氏の分析によれば、高齢者の行動範囲は若年層の半分以下に縮まり、生活圏に換算すると4分の1程度になる[106]。つまり地図上では同じ距離に施設があっても、高齢者にとってそこは「行けない場所」になってしまうので

ある。救急搬送や訪問サービスに関するシミュレーションでは、施設や拠点を増やしても、地理的な条件によって到達時間を短縮できない地域があることが示されている。これは、制度上はサービスが整備されていても、現実には利用者に届かない地域があることを意味している。こうした状況は、単に交通や物流の問題ではなく、ケアの公平性そのものを揺るがす構造的な課題である。

もう一つの大きな課題は、障害特性による格差である。強度行動障害を有する人々は「制度に乗りにくい」とされ、必要な支援につながらないことが多い。背景には知的発達症や自閉スペクトラム症があり、自傷や突発的行動、大声、破壊行為等が繰り返され、生活を大きく妨げる。厚生労働省は全国に約12万人と推計するが、実際には受入れ先が見つからず支援から排除される人は更に多い。現場では、家庭での隔離や施設での身体拘束・薬物療法等の不適切対応が生じ、令和5年度の厚生労働省の調査では、障害者福祉施設従事者等による虐待被害者のうち行動障害をもつ人の割合は48.0%、養護者（家族・同居人等）による虐待被害者のうち行動障害をもつ人の割合は27.0%を占めることが、体制の脆弱さを示している[107]。しかし、行動障害は固定的で変わらない特性ではなく、支援の在り方によって改善する。日詰正文氏によれば、例えば個室を確保して安心できる空間を用意する、過剰な声かけを控える、予定や行動を視覚的に示して分かりやすくする、日中の活動を分けて静かな時間を設ける、本人の好きな活動を生活の中に組み込むといった工夫によって、数か月から数年のうちに行動が落ち着く例は多い[108]。つまり、行動障害は「生涯続く属性」ではなく、「適切な支援によって変化し得る段階」である。にもかかわらず、支援の失敗はしばしば本人や家族の責任とされ、制度や支援体制の問題としては捉えられてこなかった。これは社会の側の課題として改めて考え直す必要がある。

現場の人材不足も深刻である。本来は専門性の高い支援に報酬が上乘せされる制度があるが、人材や研修機会の不足で活用できない事業所が多い。その結果、都市と地方、大規模と小規模の間で支援力の格差が広がっている。国立重度知的障害者総合施設のぞみの園では、基礎・実践・中核的人材養成の段階的研修を整備し、チームで知識や経験を共有できる仕組みを構築している。支援を本人や家族の責任にしない姿勢、一貫した方法の習得、リーダー育成等を通じ、体系的な取組が広がらなければ制度だけでは質は保証されない。公平なケアのアクセシビリティとは、単に距離を縮めることや制度を用意することだけで達成されるものではない。それは「誰が社会の中で支援につながり、誰が取り残されているのか」という点にかかわる。都市と地方、障害の有無や特性によって受けられるケアの質や量が左右される現状をそのままにすれば、必要なときに必要なケアが届かない人が出続けることになる。質の高いケアがすべての人に確実に届くようにすることは、持続可能なケア社会の基盤である。利用者の実態に即した医療や福祉の拠点配置を検討し、強度行動障害を含む多様なニーズを持つ人々を「支援によって変化し得る存在」として社会全体が理解することが求められている。

(3) ケアラーとユーザーの権利とウェルビーイング

ケアを受ける人と担う人双方の権利とウェルビーイングの保障は、持続可能なケア社会の中心課題である。日本では、ケアを受ける人は「助けてもらう存在」として受動的に位置付けられ、ケアを受ける権利を有し、自律的に意思決定を行う主体という認識が乏しかった。またケアを担う人は「当然に負担を引き受けるべき存在」と期待されてきた。とりわけ戦後の社会制度や企業社会は、公的な空間における男性の賃労働と、私的な空間における女性の無償ケア労働を組み合わせ、結果として「ケアは家庭で女性が担うもの」という前提を強化してきた。かくして、ケアラーとユーザーの権利とウェルビーイングは十分に顧みられてこなかった。世界保健機関によると、虐待は信頼が期待される関係の中で発生する行為とされ、介護者と要介護者の間の意思疎通の困難さや、介護者の精神的負担が関係悪化につながる可能性も指摘される[109]。例えば1993年にオランダで生まれた「ミーティングセンター・サポートプログラム」は、認知症の人と家族を同じ場でケアすることで、関係性の再構築と信頼関係の学び合いを目指す[110]。家族介護者支援プログラムの有効性に関するシステマティックレビューでも、複数の内容を組み合わせたプログラムや介護者と本人双方への支援プログラムが高い効果を示すとされる[111]。

経済的生産活動の領域と、従属・ケアの領域を切り離し、それぞれに公と私、男性と女性を割り当てる観念と慣行は、制度として実体化される。例えば24時間介助が必要な障害者が自宅外での活動時に介助を受けることのできる公的サービスは「重度訪問介護」に限られているが、平成18年の厚生労働省告示523号によってこのサービスは就労時の利用ができない[112]。経済的生産活動の領域においてケアニーズは発生しない、もしくはケアニーズを持つ主体は経済的生産活動に参画できないという前提で、制度が設計されているのである。その結果、個別介助なしに働けない障害者が就労するには、雇用主が介助料を負担しなくてはならず、介助料を負担しなくても済む人を採用するインセンティブが働く不公平な状況になっており、国連障害者権利委員会の総括所見パラグラフ57(d)でも懸念が表明されている[42]。ケアと経済的生産活動は本来排他的なものではなく、経済的生産活動は互いにケアし合う相互依存的ネットワークによって支えられているはずだが、障害者はそこから排除されているといえる。

長年、こうした状況を改善するため障害者団体等が働きかけを行い、2020年に民間企業で働く障害者又は自営業の障害者に限り、国と自治体が介助料を負担する重度障害者等就労支援特別事業（地域生活支援促進事業）が始まった。しかし自治体に25%の財源負担があり、本事業実施の判断も自治体に委ねられているため、手を挙げる自治体は限定的で、2024年度のデータでは全国の地方自治体1,718のうち、協議自治体数は102(5.9%)、実績自治体は72(4.2%)にとどまっている[113]。

こうした構造に対して、当事者としての実践から問いを投げかけるのが頸髄損傷当事者の岩岡美咲氏である。事故後、岩岡氏の生活は母親による全面的な介助に支えられており、本人の主体性を狭めると同時に、母親の人生をも大きく拘束していた。岩岡氏はそこで、介助を家族の善意や犠牲の上に成り立たせるのではなく、社会の制度によって

保障されるべきだと考え、自治体と交渉を重ねた。最初は数時間だけのヘルパー利用から始まり、生活の中で必要性を説明し続けることで、支給時間を徐々に拡大していった。その積み重ねの先に大学進学が道が開け、さらに就労の機会を得ることができた。こうした歩みを振り返り、岩岡は「24時間の介助は、働いていても働いていなくても必要である。であれば、介助を前提に学び、働くことは当然に保障されるべきだ」と強調する。

一方、ケアを提供する人（強者）とケアを受ける人（弱者）という固定した関係から脱却し、ケアを提供する人はまた、ケアを受ける存在でもあるという双方向性に立ち、ケアを担うケアラーの権利とウェルビーイングもまた不可欠である。多発する自然災害や新型コロナウイルス感染症（COVID-19）パンデミック等の感染症災害が、人々のメンタルヘルスに及ぼした心理的影響は甚大である[114]。ことに支援者の心理的ストレスでは、燃え尽き症候群（バーンアウト）、二次的外傷性ストレス、共感疲労、感情労働等が知られてきた[115]。COVID-19 パンデミックでは、医療や福祉関係者が長期間にわたって強いストレス下に置かれながら、ケアシステムを持続させた。感染症災害における心理的ストレスの実態[116]とともに、ラインケアサポート³[117][118]の必要性、トラウマ後の成長（PTG）⁴[119]を含む、レジリエンスを高めるためのサポートの必要性が示されつつある[120]。ケアを受ける人、提供する人の双方を支える支援者支援の技法やシステムの開発は、今後起こり得る健康危機でもケアシステムを守るために必須である。

神経発達症や精神疾患を有する人への支援においては、本人の背景にあるトラウマを理解し、その行動を「問題」ではなく「トラウマへの反応」と捉えるトラウマインフォームドケア（TIC）が代表的な実践例として注目されている[121]。しかし、こうした支援は常に利用者の不安や混乱に寄り添う営みであり、支援者にとって大きな心理的負荷を伴う。その結果、支援者自身が二次的外傷性ストレスを抱え、心身に障害を負い、燃え尽きてしまうことも少なくない。大江美佐里氏は「支援者支援は本人支援の前提条件である」と述べ、支援者を守る仕組みの重要性を指摘する[122]。具体的には、心理教育・ピアサポート（同じ困難を抱えた人同士の支援）・スーパービジョン（支援者が経験豊かな指導者から教育・指導・助言を受けるプロセス）を組み合わせた三層的な支援プログラムが有効とされる。心理教育は、支援者が利用者の行動の背景やトラウマのメカニズムを理解することで不安を軽減するものであり[123]、ピアサポートは同じ立場の支援者同士が経験を共有し孤立を防ぐ場となる。さらにスーパービジョンは、経験豊かな専門家の指導を通じて支援者が安心して判断・行動できる環境を整える。このような仕組みは、現場の支援者を孤立させず、利用者へのケアの質を安定させるための土台となる。

³ 「ラインケア」は、厚生労働省等による「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」で示されている4つのケア（セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフ等によるケア、事業場外資源によるケア）の1つで、管理監督者が、日頃の職場環境把握・改善や、部下からの相談対応を行うことを指す。しかし、ラインケアだけでは管理監督者自身の不調に対応することが難しい。管理監督者向けの支援体制をとり、「誰もが支援し、支援される」仕組みをラインケアサポートと呼んでいる[117][118]。

⁴ 心的外傷後成長（PTG: Posttraumatic Growth）とは、甚大なトラウマ（トラウマティックな出来事）に直面し、苦闘した結果、トラウマ体験以前よりも精神的・人間的に成長するポジティブな心理的変化を指す。単なる回復（立ち直り）ではなく、苦難を機に人生の意味や価値観を再構築するプロセスであるとされる[119]。

ここで示された課題はTICに特有ではない。認知症介護では、徘徊や感情変動への長期対応が介護者に強いストレスを与え、うつ病や心身不調につながるということが知られている。子育て、高齢者介護、障害者支援等、どの領域でも支援者が孤立・燃え尽きれば支援の質は低下する。したがってTICを手掛かりに見えてくる「支援者支援の仕組み」は普遍的に応用すべき視点であり、支援者のウェルビーイング保障はケア持続性の基盤である。岩岡氏が語る「ケアを受けることは自立の条件である」という視点と、大江氏が示す「支援者支援は本人支援の前提条件である」という視点は、表裏一体の関係にある。ケアを受ける人が「社会的弱者」として一方的に保護される立場にとどまるのではなく、学びや働きの主体として社会に参加できること。そしてケアを担う人が「暗黙のうちに献身を求められる存在」とされるのではなく、自らの健康や生活を守られながら働けること。この二つが実現して初めて、ケアは人々の人生を支える持続可能な営みとなる。

(4) ケア共同社会に向けた再生産と生産の再編

これまで、ケア分担は公平ではなく、女性やヤングケアラー、外国人労働者など家庭内・社会で弱い立場にある人々に集中し、ケアは「誰かの犠牲」で成り立ってきた。こうした構造は担い手の人生を制約し、孤立や健康被害を招き、本人支援の持続も危うくする。その結果、子どもを持つ意欲の下落と、次世代育成の停滞の原因ともなってきた。持続性が著しく低い、一方的にケアを提供する／ケアを奪う構造は一種のフリーライド（対価を払わずに便益を享受する行為）問題であり、公共財の非排除性（対価が未払いでも利用を排除できない）と非競合性（ある人が公共財を消費しても、他の人が消費できる量が減らない）という側面によって様々な公共財の文脈で発生する。例えば共助型ケア施設では、一部がケアを提供せずに恩恵だけを受けるリスクがあり、財の枯渇や破壊につながる可能性がある。コモンズの悲劇と呼ばれる、個人が自らの利益を優先して共有資源を過剰利用することで資源が枯渇する問題に対し、エリノア・オストロムは、持続可能な共同管理を可能にする制度設計として8つの原則を提示している[124]。これらは単なる項目の列挙ではなく、フリーライドや過剰利用を防ぎ、協働を持続させるための相互補完的な仕組みである。すなわち、利用者の範囲を明確にする境界の定義は責任の所在を可視化し、資源利用と負担のバランスをとるルール設計は過剰利用を抑制する。さらに、利用者自身が関与する集団的意思決定は遵守を高め、モニタリングは逸脱行動の早期発見を可能にする。加えて、段階的制裁と紛争解決の仕組みは協力関係を維持し、自治の承認と多層的ガバナンスは制度の正当性と持続性を支える。これらの原則は、共助型ケアや地域ケアの設計にも直接的に示唆を与える。例えば、ケアの担い手と受益者の関係が曖昧である場合にはフリーライドが生じやすく、役割や負担の可視化が不可欠である。また、当事者や市民が意思決定に関与する仕組みはケアへの参加意識と持続性を高める。さらに、ケア負担の偏在を防ぐためにはモニタリングや調整の仕組みが必要であり、地域・制度・国家レベルを接続する多層的ガバナンスが求められる。

このように、ケアを共有資源として捉えるならば、その持続可能性は倫理的呼びかけだけでは維持されず、参加と負担の不均衡やフリーライドを抑制する制度的設計が不可欠となる。共助・共創の精神に基づくケア共同社会の構築には、公共財への貢献に向けたインセンティブ設計が必要である。世代間の問題への視点も必要であろう。社会保障制度の設計において、世代間移転の色彩が強いため、子育てをする若い親の無償労働にフリーライドしない仕組みも考える必要がある。

今後必要なのは、支援者のウェルビーイングも重視し、ケアを誰にとっても不可欠な社会基盤として再定義することである。ケアを受けながら学び・働くことや、地域や国籍にかかわらず公平にケアし、ケアを受けて社会参加と自分らしい生活を実現することは権利と捉え、ケアを社会全体で担う「ケア共同社会」への転換が必要である。それには働き方や社会保険のルールの変化、すなわち無限定に働くことを期待する総合職的な働き方と、家族事情等から短時間で働くような「パート」等の非正規の働き方の賃金格差の縮小の取組も必要である。つまりケアを社会全体で担うには、同一労働同一賃金の考え方や社会保険における扶養される配偶者の配慮の在り方の再考が必要となる。

具体的には、第一にジェンダー・世代を超えた役割分担の見直し、第二に地域格差を超えたアクセス保障、第三に支援者支援の制度化、第四にケアを生産と対立させず「未来への投資」として捉え直す視点、そして第五に市民・当事者・家族・NPO・企業・自治体・研究者・専門職が対等なパートナーとして協働する学融合的なプラットフォームの構築が必要である。

ケア共同社会とは、ケアを社会全体で共有し、その成果を再分配する仕組みである。そこで生まれる「つながり」「経験」「安心」が社会資本となり、格差を超えた持続可能で包摂的な未来を築く基盤となる。

5 見解

ケアサイエンスは、ケアに関わる複雑な主題に対し、多くの学問分野の連携の下、あらゆる市民、行政、企業等と連携・協働して、〈新しいケア〉とケアを核とする社会の在り方を提案する概念である。この概念を基盤に、ケアを、サービス提供の枠組みから相互依存的な人間観と具体的な場所に根ざした社会資源として再定義し、経済的生産性偏重の価値観から脱し、相互依存的価値観によるケア中心社会への転換を推進してきた。連続公開シンポジウムでの多分野の研究者、市民、行政、企業等が関係する活動や研究の報告を受けた議論・連携・協働を通して作成した本見解は、あらゆる状況にある人々と共生する「ケア共同社会」構築の指針、克服すべき課題、具体的方略を示した。

以下に本見解での提案と、想定される提案先を述べる。ぜひ本提案を受け止め、社会変革に向けた活動を共に進めていただきたい。ここで提案する5つの具体的方策は、第3章で提示した「ケアリング・アーキテクチャ」（第1層：セルフケアとそれを支えるコミュニティ、第2層：ケアをする人の育成とケア文化の醸成、第3層：ケアリング・コミュニティの構築）の各層を強化・統合し、持続可能なケア共同社会の実現を加速させるものである。

第一の、ジェンダーと世代を超えた役割分担の見直しには、主に第1層（セルフケアとそれを支えるコミュニティ）と第2層（ケアをする人の育成とケア文化の醸成）を強化する。まず、介護や子育てを社会全体が責任を共有する制度設計の構築、そして性別による格差をなくす教育指針と具体的方略の検討を、初等中等高等教育にかけてのカリキュラムの検討を含め国に提案したい。その際には、学校教育だけでなく、企業や地域での学びを含めた生涯学習としてケアリテラシーを高めることが重要である。すべての人がケアを「自分事」として担える文化を醸成することがケア共同社会の基盤である。

第二の、地域格差を超えたケアへのアクセス保障は、主に第1層を支え、第3層（ケアリング・コミュニティの構築）の基盤となる。医療・介護・福祉サービスの整備、交通や住まいのインフラ整備を含め、エビデンスに基づく地域間格差の把握と解消に向けた政策立案を国に提案したい。自治体・住民・専門職が共に地域に即したケアの供給体制をデザインすることが求められる。

第三の、支援者支援の制度化は、第2層を直接強化する。国や高等教育機関に対し、専門職養成の在り方や、心理的支援や労働環境の改善に取り組むことを提案するとともに、支援者支援にかかわる学協会に対し、ケアラーのメンタルヘルス支援やピアサポート、スーパービジョン等を組み込んだ仕組みづくりを提案したい。

第四の、ケアと生産を対立させず、相互に支え合う営みとして再編することは、第1層～第3層の全体統合に寄与する。ケアに関わる学協会の取組に加え、経済・財政政策や雇用政策を所管する関係省庁に対して、ケアを「コスト」ではなく「未来への投資」として位置付ける視点の転換を提案したい。企業・経済団体に対しても、ケアと仕事の両立を前提とした働き方や人事制度への改革を求めたい。

第五の、協働による社会変革には、3層全体の統合と持続的進化を担う。第一から四の提案を、市民・当事者・家族・NPO・企業・自治体・研究者・専門職が対等なパートナーと

して協働する学融合的なプラットフォームの構築と不可分のものとして捉える必要がある。学融合研究の実践からも示されるように、共有ビジョンと共通規範を基盤としたチーム科学の枠組みを活かしつつ、ケアに関する実践と研究を往還させ、市民参加型の調査・評価を通じて、ケア共同社会の具体像を共に描き出すことが重要である。

併せて、第一から第五のすべての提案について、あらゆる市民が自分事として受け止め、実践することを提案したい。一人一人の問題意識、そして社会の価値観を変えていく行動こそが、ケア共同社会の構築において重要となるためである。

<参考文献>

- [1] 西村ユミ・太田喜久子・数間恵子・川口孝泰・古豊樹・小松浩子・正木治恵 (2017) 「これからの社会におけるケアサイエンスの構築をめざして」『学術の動向』22(5), pp. 58-71.
- [2] 日本学術会議 (2020) 『日本学術会議第 24 期提言：ケアサイエンスの基盤形成と未来社会の創造 (臨床医学委員会・健康・生活科学委員会合同 少子高齢社会におけるケアサイエンス分科会) 』(提言).
- [3] 日本学術会議 (2023) 『未来の学術振興構想 グランドビジョン⑤：生命現象の包括的理解による真の Well-Being の創出』.
- [4] 江藤裕之 (2007) 「通時的・統語論的視点から見た care と cure の意味の相違：care 概念を考えるひとつの視点として」『長野県看護大学紀要』9, pp. 1-8.
- [5] Fraser, N. and Gordon, L. (1994) ‘A genealogy of dependency: tracing a keyword of the U.S. welfare state’, *Signs*, 19(2), pp. 309-336.
- [6] Blackberry, I., Boak, J., Barclay, K. and Khalil, H. (2025) ‘What is the care economy? A scoping review on current evidence, challenges, facilitators and future opportunities’, *Frontiers in Public Health*, 13, 1540009.
- [7] Harcourt, W. (2023) ‘The ethics and politics of care: reshaping economic thinking and practice’, *Review of Political Economy*, pp. 1-17.
- [8] World Health Organization (2016) Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: WHO.
- [9] National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021) Patient and public involvement policy. London: NICE.
- [10] Domecq, J.P., Prutsky, G., Elraiyah, T., et al. (2014) ‘Patient engagement in research: a systematic review’, *BMC Health Services Research*, 14, 89. doi:10.1186/1472-6963-14-89.
- [11] US Food and Drug Administration (2023) Core Patient-Reported Outcomes in Cancer Clinical Trials: Guidance for Industry. Silver Spring, MD: FDA.
- [12] European Medicines Agency (2017) Guideline on the evaluation of anticancer medicinal products in man (EMA/CHMP/205/95 Rev.6).
- [13] Reeve, B. B., Mitchell, S. A., Dueck, A. C., et al. (2014). Recommended patient-reported core set of symptoms to measure in adult cancer treatment trials. *Journal of the National Cancer Institute*, 106(7), djul29. doi: 10.1093/jnci/djul29.
- [14] European Commission (2017) Medical Device Regulation (EU) 2017/745, Official Journal of the European Union.
- [15] European Commission (2020) Guidance on Post-Market Clinical Follow-up (PMCF) Plan Template (MDCG 2020-7).

- [16] US Food and Drug Administration (2021) Real-World Data: Assessing Electronic Health Records and Medical Claims Data to Support Regulatory Decision-Making for Drug and Biological Products. Silver Spring, MD: FDA.
- [17] Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA) (2022) Regulatory use of Real-World Data/Real-World Evidence in Japan. Tokyo: PMDA.
- [18] World Health Organization (2018) Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: WHO.
- [19] Pronovost, P. J., Berenholtz, S.M. and Needham, D.M. (2008) ‘Translating evidence into practice: a model for large scale knowledge translation’, *BMJ*, 337, a1714. doi:10.1136/bmj.a1714.
- [20] Tronto, J.C. (2013) *Caring democracy: markets, equality, and justice*. New York: New York University Press.
- [21] Gilligan, C. (1982) *In a Different Voice: Psychological Theory and Women’s Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- [22] Noddings, N. (1984) *Caring: A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley, CA: University of California Press.
- [23] Held, V. (2006) *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford: Oxford University Press.
- [24] 熊谷晋一郎 (2013) 「依存先の分散としての自立」村田純一 (編) 『シリーズ「知の生態学的転回: 人文科学のフロンティア」第2巻 技術: 身体を取り囲む人工環境』東京: 東京大学出版会, pp.109-136.
- [25] Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2022) *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies*. Geneva: United Nations.
- [26] G7 Italia (2024) *The Solfagnano Charter*. Available at: https://www.g7disabilityinclusion.it/wp-content/uploads/2024/10/G7-Inclusion-and-disability_Solfagnano-Charter.def_.pdf (2024年10月25日閲覧).
- [27] 湯川順子 (2022) 「高齢者のエイジング・イン・プレイス (地域居住) に影響を与える要因」『厚生指標』69(3), pp.16-23.
- [28] 秋山勝喜 (2014) 「重症心身障害施策の在り方」『日重障誌』39(2), p.200.
- [29] 窪田好恵 (2015) 「『全国重症心身障害児 (者) を守る会』の発足と活動の背景」『Core Ethics』11, pp.59-69.
- [30] 都築繁幸 (2025) 「日本の脱施設化政策の推移と障害者権利条約の総括所見」『東京通信大学紀要』7, pp.75-89.
- [31] International Council of Nurses (2024) ‘ICN calls for urgent G20 action on the global nurse migration crisis’. Available at: <https://www.icn.ch/news/icn-calls-urgent-g20-action-global-nurse-migration-crisis> (2025年12月26日閲覧).
- [32] 内閣府 (2025) 『令和7年版高齢社会白書 第1章第1節 高齢化の状況』pp.2-6.

- [33] 厚生労働省「地域包括ケアシステム」 Available at:
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/c-hiiki-houkatsu/index.html (2025年8月10日閲覧).
- [34] 厚生労働省「地域共生社会ポータルサイト」 Available at:
<https://www.mhlw.go.jp/kyouseisyakaiportal/> (2025年8月10日閲覧).
- [35] 法務省「特定技能在留外国人数の公表等」 Available at:
https://www.moj.go.jp/isa/applications/ssw/nyuukokukanri07_00215.html (2025年8月10日閲覧).
- [36] National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2021) Patient and public involvement policy. London: NICE.
- [37] 公益財団法人日本医療研究開発機構 (AMED) 「研究への患者・市民参画 (PPI)」 Available at: <https://www.amed.go.jp/ppi/> (2025年8月10日閲覧).
- [38] 日本がん支持療法研究グループ (J-SUPPORT) J-SUPPORT. Available at:
<https://www.j-support.org/> (2025年8月10日閲覧).
- [39] Institute of Medicine (2013) Delivering High-Quality Cancer Care: Charting a New Course for a System in Crisis. Washington, DC: National Academies Press.
- [40] OECD (2023) Time for Better Care at the End of Life. Paris: OECD Publishing. doi:10.1787/722b927a-en.
- [41] Chan, R. J., Knowles, R., Ashbury, F. D., et al. (2024). Supportive care 2030 movement: towards unifying ambitions for global excellence in supportive cancer care—an international Delphi study. *EClinicalMedicine*, 76, 102825.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102825>
- [42] 障害者の権利に関する委員会 (2022) 「日本の第1回政府報告に関する総括所見 (CRPD/C/JPN/CO/1) (仮訳)」 外務省. Available at:
<https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100448721.pdf> (2025年8月10日閲覧).
- [43] 内閣府 (2025) 「障害者に対する偏見や差別のない共生社会の実現に向けた行動計画」 Available at:
<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kyouseishakai/pdf/koudoukeikaku.pdf> (2025年8月10日閲覧).
- [44] こども家庭庁「こども未来戦略」 Available at:
<https://www.cfa.go.jp/resources/strategy> (2025年8月10日閲覧).
- [45] 国立社会保障・人口問題研究所 (2023) 「第16回出生動向基本調査 (結婚と出産に関する全国調査) 概要」 Available at: <https://www.ipss.go.jp/ps-doukou/j/doukou16/JNFS16gaiyo.pdf> (2025年8月10日閲覧).
- [46] 総務省統計局 (2024) 『日本の統計2024』 Available at:
<https://www.stat.go.jp/data/nihon/pdf/24nihon.pdf> (2025年8月10日閲覧).
- [47] OECD (2024) Addressing demographic headwinds in Japan: a long-term perspective. Available at: <https://www.oecd.org> (2025年8月10日閲覧).

- [48] 文部科学省 (2024) 「高等教育の修学支援新制度の現状について」 [PDF]. Available at: https://www.mext.go.jp/content/20240314-mxt_gakushi01-000034527_4.pdf (2025年8月10日閲覧).
- [49] 文部科学省 (2024) 「高等教育の修学支援新制度における学業要件の在り方について (参考資料)」 [PDF]. Available at: https://www.mext.go.jp/content/20240628-mxt_gakushi01-000034527_03.pdf (2025年8月10日閲覧).
- [50] 労働政策研究・研修機構 (2025) 「共働き世帯の状況 —労働力調査 (詳細集計) の結果から—」 『ビジネス・レーバー・トレンド 2025年4月号』 Available at: https://www.jil.go.jp/kokunai/blt/backnumber/2025/04/c_01.html (2025年8月10日閲覧).
- [51] 内閣府男女共同参画局 (2023) 『男女共同参画白書 令和5年版』 Available at: https://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r05/zentai/pdf/r05_print.pdf (2025年8月10日閲覧).
- [52] 篠塚隆 (2025) 『通勤時間が家計内の有償労働・無償労働時間配分に与える影響 (ワーキングペーパー)』 法政大学.
- [53] 内閣府 (2021) 『少子化社会に関する国際意識調査報告書 令和2年度』 内閣府子ども・子育て本部.
- [54] 厚生労働省 (2024) 「人口動態統計月報年計 (概数) の概況」 [PDF]. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai24/dl/gaikyouR6.pdf> (2025年8月10日閲覧).
- [55] Sevenhuijsen, S. (1998) *Citizenship and the Ethics of Care: Feminist Considerations on Justice*. London: Routledge.
- [56] Hrdy, S.B. (1999) *Mother Nature: Maternal Instincts and How They Shape the Human Species*. New York: Ballantine Books.
- [57] Kittay, E.F. (1999) *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. London: Routledge. Available at: <https://search.library.wisc.edu/catalog/999850290902121/cite> (2025年8月10日閲覧).
- [58] Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Macmillan. (=三島亜紀子・山岸倫子・山森亮・横須賀俊司訳, 2006, 『障害の政治——イギリス障害学の原点』 明石書店.)
- [59] Shakespeare, T. (2006). The social model of disability. In Lennard J. Davis (ed.), *The Disability Studies Reader*, pp. 197-204, Psychology Press.
- [60] Feely, M. (2016). Disability studies after the ontological turn: a return to the material world and material bodies without a return to essentialism. *Disability and Society*, 31, 863-883.

- [61] Komatsu, H., Yagasaki, Y., Saito, Y. and Oguma, Y. (2017) 'Regular group exercise contributes to balanced health in older adults in Japan: a qualitative study', *BMC Geriatrics*, 17(1), 190. doi:10.1186/s12877-017-0584-3.
- [62] 東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻 老年看護学／創傷看護学分野 Available at: <http://www.rounenkango.m.u-tokyo.ac.jp/index.html> (2025年8月10日閲覧).
- [63] PKDFCJ「暮らしのヒント」 Available at: https://www.pkdfcj.org/?page_id=937 (2025年8月10日閲覧).
- [64] 一般社団法人日本助産学会 Available at: https://www.jyosan.jp/modules/about/index.php?content_id=2 (2025年8月10日閲覧).
- [65] International Confederation of Midwives 'International Confederation of Midwives'. Available at: <https://internationalmidwives.org/> (2025年8月10日閲覧).
- [66] World Health Organization (2025) 'WHO calls for global expansion of midwifery models of care'. Geneva: World Health Organization.
- [67] Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F. and Declercq, E. (2014) 'Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care', *The Lancet*, 384(9948), pp.1129-1145. doi:10.1016/S0140-6736(14)60789-3.
- [68] Iida, M., Horiuchi, S. and Nagamori, K. (2014) 'A comparison of midwife-led care versus obstetrician-led care for low-risk women in Japan', *Women and Birth*, 27(3), pp.202-207. doi:10.1016/j.wombi.2014.05.001.
- [69] Iida, M., Horiuchi, S. and Nagamori, K. (2021) 'Women's experience of receiving team-midwifery care in Japan: A qualitative descriptive study', *Women and Birth*, 34(5), pp.493-499. doi:10.1016/j.wombi.2020.09.020.
- [70] Suzuki, S. (2014) 'Trend analysis of primary midwife-led delivery care at a Japanese perinatal center', *International Journal of Medical Sciences*, 11(5), pp.466-470. doi:10.7150/ijms.8204.
- [71] Speckemeier, C., Niemann, A., Weitzel, M., Abels, C., Höfer, K., Walendzik, A., Wasem, J. and Neusser, S. (2023) 'Assessment of innovative living and care arrangements for persons with dementia: a systematic review', *BMC Geriatrics*, 23, 464. doi:10.1186/s12877-023-04187-4.
- [72] 桐山伸也 (2021) 「超高齢社会における自立共生支援AI」 『日本老年医学会雑誌』 58(2), pp.190-197.

- [73] Hirsch Hadorn, G., Bradley, D., Pohl, C., et al. (2006) ‘Implications of transdisciplinarity for sustainability research’, *Ecological Economics*, 60(1), pp. 119-128.
- [74] Lang, D. J., Wiek, A., Bergmann, M., et al. (2012) ‘Transdisciplinary research in sustainability science: practice, principles, and challenges’, *Sustainability Science*, 7(Suppl 1), pp. 25-43.
- [75] McGregor, S. L. T. (2015) ‘Challenges of transdisciplinary collaboration: a conceptual literature review’, *Integral Leadership Review*, (year).
- [76] Harris, F., Lyon, F., Sioen, G. B., et al. (2024) ‘Working with the tensions of transdisciplinary research: a review and agenda for the future of knowledge co-production in the Anthropocene’, *Global Sustainability*, 7, e13.
- [77] Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) (2021) *Best Practices in Multi-Stakeholder Team Science*. Washington, DC: PCORI.
- [78] Morgan, M., Lin, Y. C., Walsh-Dille, M., et al. (2025) ‘Convergence, transdisciplinarity, and team science: an interepistemic approach’, *Ecology and Society*, 30(1), Article 3.
- [79] 広井良典 (1997) 『ケアを問いなおす』 東京: 筑摩書房.
- [80] トロント, J. C. (2020) 『ケアするのは誰か?—新しい民主主義のかたちへ』 (岡野八代訳) 東京: 白澤社. (原著: Tronto, J. C. (1993) *Who cares? How to reshape a democratic politics*)
- [81] 荒井秀典. 「健康長寿ネット」公益財団法人長寿科学振興財団. Available at: <https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/kaigoyobo-fureiru/frailty-kaigoyobou.html> (2025年8月10日閲覧).
- [82] 公益財団法人長寿科学振興財団「フレイルが重症化しないための生活習慣」『健康長寿ネット』 Available at: <https://www.tyojyu.or.jp/net/byouki/frailty/care.html> (2025年8月10日閲覧).
- [83] みまもりあいプロジェクト. Available at: <https://mimamoriai.net> (2025年8月10日閲覧).
- [84] Costantini, H., Nihei, M. and Ueno, T. (2021) ‘Care literacy in super aging Japan’, *Open Research Europe*, 1, 85. doi:10.12688/openreseurope.13853.1.
- [85] Costantini, H., Nihei, M., Sugiyama, M., Yagi, N. and Costantini, J. (2024) ‘Care literacy for culture, nature, and future’, *Open Research Europe*. doi:10.12688/openreseurope.17817.1.
- [86] 川口有美子 (2009) 『逝かない身体』 東京: 医学書院.
- [87] 川口有美子 (2014) 『末期を超えて—ALS とすべての難病にかかわる人たちへ—』 東京: 青土社.

- [88] 厚生労働省. 「認知症の人・高齢者等にやさしい地域づくりの手引き」 Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001324161.pdf> (2025年8月10日閲覧).
- [89] 五十嵐歩・高岡茉奈美・宮澤信周 (2025) 「小学校教育を起点とした認知症にやさしいまちづくりの取り組みと展望」 『認知症ケア学会誌』 24(2), pp. 353-358.
- [90] Igarashi, A., Takaoka, M., Fujita, Y., Koizumi, C., Miyazawa, N., Matsumoto, H. and Yamamoto-Mitani, N. (2025) ‘Effects of age-friendly education on helping intention and attitude for older adults of elementary students: a quasi-experimental study in Japan’, *Journal of Applied Gerontology*. doi:10.1177/07334648251358542.
- [91] 柴田智広 (2023) 「介護ロボット學の創成」 『日本ロボット学会誌』 41(5), pp. 427-431.
- [92] スペック, ジェフ (2022) 『ウォークブルシティ入門-10のステップでつくる歩きたくなるまちなか-』 (松浦健治郎ほか訳) 東京: 学陽書房. (原著: Speck, J. (2012) *Walkable City: How Downtown Can Save America, One Step at a Time*. New York: Farrar, Straus and iroux.)
- [93] モレノ, カルロス (2020) 「15分都市:すべての人がアクセス可能な都市へ」 *Journal of Urban Mobility*.
- [94] 東京都健康長寿医療センター研究所 Available at: <https://www.tmg Hig.jp/research/info/> (2025年8月10日閲覧).
- [95] クリネンバーグ, E. (2023) 『集まる場所が必要だ-孤立を防ぎ、暮らしを守る「開かれた場」の社会学-』 (藤原朝子訳) 東京: みすず書房. (原著: Klinenberg, E. (2018) *Palaces for the People*. New York: Crown.)
- [96] レッシング, L. (2001) 『CODE-インターネットにおける合法・違法・プライバシー-』 (山形浩生訳) 東京: 翔泳社. (原著: Lessig, L. (1999) *Code and Other Laws of Cyberspace*. New York: Basic Books.)
- [97] Crespo, L. and Mira, P. (2014) ‘Caregiving to elderly parents and employment status of European mature women’, *The Review of Economics and Statistics*, 96(4), pp.693-709. doi:10.1162/REST_a_00426.
- [98] Oshio, T. and Usui, E. (2017) ‘Informal parental care and female labor supply in Japan’, *Applied Economics Letters*, 24(9), pp.635-638. doi:10.1080/13504851.2016.1217303.
- [99] Oshio, T. and Usui, E. (2018) ‘How does informal caregiving affect daughters’ employment and mental health in Japan?’, *Journal of the Japanese and International Economies*, 49, pp.1-7. doi:10.1016/j.jjie.2018.01.001.
- [100] Ueno, Y. and Usui, E. (2021) ‘The effects of providing childcare on grandmothers’ employment and mental health in Japan’, *The Economic Analysis*, 202, pp.125-147.

- [101] 仲田海人・門田行史 (2024) 『ヤングケアラーの理解と支援』東京: 学事出版.
- [102] World Health Organization and International Council of Nurses (2025) State of the world' s nursing 2025: Investigation in education, jobs, leaderships and service delivery [PDF], 12 May 2025. Available at: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a4173924-a18f-49b6-8bd1-9c2a4a098980/content> (2026年2月7日閲覧).
- [103] International Council of Nurses (2019) Position statement: International career mobility and ethical nurse recruitment [PDF], 19 November 2019. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/PS_C_International%20career%20mobility%20and%20ethical%20nurse%20recruitment_En.pdf (2025年12月26日閲覧).
- [104] International Council of Nurses (2024) Reporting round: Global code for the recruitment of international health personnel [PDF], 15 July 2024. Available at: <https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-08/Reporting%20Round%20Global%20Code%20for%20the%20Recruitment%20of%20International%20Health%20Personnel.pdf> (2025年12月26日閲覧).
- [105] Asis, E. and Carandang, R.R. (2020) 'The plight of migrant care workers in Japan: a qualitative study of their stressors on caregiving', *Journal of Migrant Health*, 1-2, 100001. doi:10.1016/j.jmh.2020.100001.
- [106] 佐藤栄治・吉川徹・山田あすか (2008) 「歩行換算距離を用いた施設配置と住み替えによる地域生活継続可能性の検討」『日本建築学会計画系論文集』73(625), pp. 611-618. doi:10.3130/aija.73.611.
- [107] 厚生労働省 (2025) 「令和5年度障害者虐待事例への対応状況調査結果等について」 <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/001389441.pdf>
- [108] 日詰正文ほか (2025) 『強度行動障害者支援のための広域的支援人材養成を見据えた中核的人材養成研修プログラムの作成』令和6年度厚生労働科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業) 分担研究報告書, p. 14.
- [109] World Health Organization (2022) 'Abuse of older people', 15 June 2022. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people> (2025年9月28日閲覧).
- [110] 認知症介護情報ネットワーク「認知症の人と家族の一体的支援プログラム」 Available at: https://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/meeting_center_support/ (2025年8月10日閲覧).
- [111] 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター老年社会科学研究部 (2015) 「地域主体の家族介護者支援システムの構築に向けて」 Available at: https://www.ncgg.go.jp/ri/lab/cgss/department/social/documents/family_caregivers_open.pdf (2026年2月7日閲覧).

- [112] 厚生労働省 (2006) 『障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準』 (平成 18 年 9 月 29 日 厚生労働省告示第 523 号) Available at: https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=83aa8477&dataType=0&pageNo=1 (2025 年 12 月 26 日閲覧).
- [113] 厚生労働省 (2024) 「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業 内示自治体 (令和 6 年度)」 [PDF]. Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/001073878.pdf> (2025 年 9 月 28 日閲覧).
- [114] Witteveen, A.B., Young, S.Y., Cuijpers, P., Ayuso-Mateos, J.L., Barbui, C., Bertolini, F. and Sijbrandij, M. (2023) ‘COVID-19 and common mental health symptoms in the early phase of the pandemic: an umbrella review of the evidence’, *PLoS Medicine*, 20(4), e1004206. doi:10.1371/journal.pmed.1004206.
- [115] 高橋晶 (編著) (2018) 『災害支援者支援』東京: 日本評論社.
- [116] Xu, H., Stjernswärd, S. and Glasdam, S. (2021) ‘Psychosocial experiences of frontline nurses working in hospital-based settings during the COVID-19 pandemic’, *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100037. doi:10.1016/j.ijnsa.2021.100037.
- [117] 厚生労働省・独立行政法人労働者健康安全機構 『職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～』 Available at: <https://www.mhlw.go.jp/content/001579077.pdf> (2026 年 3 月 28 日閲覧).
- [118] 大江美佐里 (2021) 「『支え、支えられる』相互的なメンタルヘルス支援-久留米大学病院での『ラインケアラウンド』-」 『ほすぴたる』 752, pp. 7-9.
- [119] Calhoun, L.G. and Tedeschi, R.G. (2001) ‘Meaning reconstruction and the experience of loss’, in Neimeyer, A. (ed.) *Posttraumatic Growth: The Positive Lessons of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association, pp.157-172.
- [120] Rahman, A. (2022) ‘A scoping review of COVID-19-related stress coping resources among nurses’ .
- [121] 野坂祐子 (2019) 『トラウマインフォームドケア』東京: 日本評論社.
- [122] 大江美佐里 (2021) 「ケアする人のケアを考える: COVID-19 診療スタッフへの感情対処プログラム (TECHS)」 『認知療法研究』 14(2), pp.135-137.
- [123] 大江美佐里 (編) (2021) 『トラウマの伝え方』東京: 誠信書房.
- [124] オストロム, E. (2022) 『コモンズのガバナンス-人びとの協働と制度の進化-』 (原田禎夫訳) 東京: 晃洋書房. (原著: Ostrom, E. (1990) *Governing the Commons*)

<参考資料> 審議経過

2024 年

- 3月4日 共生社会に向けたケアサイエンス分科会（第1回）
役員を選出、前期からの引継ぎ事項の説明、今期の活動内容に関する議論
- 5月12日 共生社会に向けたケアサイエンス分科会（第2回）
公開シンポジウムについて
- 7月7日 共生社会に向けたケアサイエンス分科会（第3回）
公開シンポジウムについて

2025 年

- 2月23日 共生社会に向けたケアサイエンス分科会（第4回）
公開シンポジウムについて、意思の表出について
- 4月21日 共生社会に向けたケアサイエンス分科会（第5回）
学術フォーラムについて、「未来の学術振興構想」の改訂について等