

パンセ
—
社会保障を考える

堤
修三

パンセー——社会保障を考える 目次

001	2003年	12月号	介護保険は生長する．．．．．	1
002	2004年	1月号	自然の法則と社会の法則．．．．．	2
003		2月号	保育は社会保障ではなくなる？．．．．．	3
004		3月号	ケアの知は経験知である．．．．．	4
005		4月号	民間事業者と介護費用の効率化．．．．．	5
006		5月号	社会保険が強制加入とされるのは何故か？．．．．．	6
007		6月号	所有の在り処．．．．．	7
008		7月号	国庫負担の呪縛．．．．．	8
009		8月号	統治者の深慮．．．．．	9
010		9月号	老人の日を思ふ．．．．．	10
011		10月号	要介護認定基準の意味を再確認する．．．．．	11
012		11月号	外山 義さんの2周忌に寄せて．．．．．	12
013		12月号	ケアマネジメントを巡るあれこれ．．．．．	13
014	2005年	1月号	年金財源としての相続税．．．．．	14
015		2月号	愚行権と善行の強制．．．．．	15
016		3月号	障害者サービス費の支給と応益負担．．．．．	16
017		4月号	NHKと年金．．．．．	17

036	11月号	不可知論と政策の立場	36
035	10月号	介護リスクの特性	35
034	9月号	盆栽化する介護保険	34
033	8月号	哲学と制度の間	33
032	7月号	自助・互助・共助・公助―連帯	32
031	6月号	格差拡大に社会保障はどう対応するか	31
030	5月号	論点メモの不思議	30
029	4月号	健康ファシズムの予兆	29
028	3月号	ちよつと逆さま	28
027	2月号	総医療費の規模に意味はあるか	27
026	1月号	地方の逆選択と社会保障	26
025	12月号	政策構成の原理	25
024	11月号	憲法の季節	24
023	10月号	介護予防という権力	23
022	9月号	人民の人民による人民のための…	22
021	8月号	マネジメントサービスの方法	21
020	7月号	ケアする理由	20
019	6月号	未来からの自由	19
018	5月号	保険料財源の誘惑	18

2006年

037		12月号	後期高齢者医療の不可解	37
038	2007年	1月号	社会のリスクから個人の責任へ	38
039		2月号	前期高齢者医療の陥穽	39
040		3月号	労働権の再発見	40
041		4月号	後期高齢者医療の不可解その2	41
042		5月号	「連帯」考	42
043		6月号	ドイツ医療保険の「終焉」	43
044		7月号	管理型法から自立型法へ	44
045		8月号	介護保険サービスとアメリカ型経営	45
046		9月号	福祉法の空洞化現象	46
047		10月号	財政構造改革法と骨太方針2006	47
048		11月号	保険者とサービス	48
049		12月号	後期高齢者医療の行く末	49
050	2008年	1月号	メタボリック一神教	50
051		2月号	事情と理由	51
052		3月号	混合診療解禁論議雑感	52
053		4月号	平成20年度政管健保国庫負担削減法案を読んで	53
054		5月号	転形期の精神	54
055		6月号	一元化された制度は行き詰る	55

074	2010年	1月号	〈地域主権〉と社会保障	74
073		12月号	介護保険のなかの〈異物〉	73
072		11月号	強くはないが〈個人〉である	72
071		10月号	被爆者問題によせて	71
070		9月号	抛出原理と擬制の効用	70
069		8月号	やさしさは〈断念〉の後遺症である	69
068		7月号	制度は現場を変えられるか	68
067		6月号	介護保険サービスの〈断念〉	67
066		5月号	要介護認定と継続する人生	66
065		4月号	次期介護保険法改正の視点	65
064		3月号	無名で有用の人々／有名で無用の人々	64
063		2月号	介護保険の9年	63
062	2009年	1月号	貢献原則の緩みとその先にあるもの(その2)	62
061		12月号	貢献原則の緩みとその先にあるもの	61
060		11月号	公的なファイナンスと自由なサービス市場	60
059		10月号	理性の公的な使用について	59
058		9月号	地方政府と介護保険	58
057		8月号	介護保険のモラルハザード	57
056		7月号	自己実現とパターナリズム	56

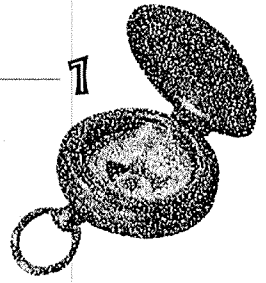
075	2月号	損得勘定と納得感情	75
076	3月号	色はないが意味はある	76
077	4月号	憲法の中に在る矛盾	77
078	5月号	気がつけば（北欧型国家）？	78
079	6月号	介護（保険）は理解されたか	79
080	7月号	子ども手当を巡る不誠実	80
081	8月号	個室ユニットケアを巡る3つのがっかりと1つの夢	81
082	9月号	何ともみみっちい政治主導！〜高齢者医療制度改革中間とりまとめ案を読んで〜	83
083	10月号	私たちは今どこに立っているか	84
084	11月号	個室ユニットケアの逆流・遺響	85
085	12月号	介護保険を支えるトリアーデ、しかし兵站が弱い	86
086	1月号	給付と負担、さあどうする！！	87
087	2月号	読書感想文く社会保障の正義とは何か	88
088	3月号	ストライクゾーンいっばいの介護保険	89
089	4月号	熟議の前に必要なこと	90
090	5月号	事業者公募制の意味するもの	91
091	6月号	社会保険の6原則	92
092	7月号	ふるさとに住み続ける権理	93
093	8月号	日本に1つだけのHMO	94

2011年

094	9月号	人と市民の介護保険	95
095	10月号	高齢者医療費を公平に支えるという〈理念〉	96
096	11月号	ナショナルミニマム以下のシビルミニマム	97
097	12月号	〈社会連帯〉の消失	98
098	1月号	介護保険の辞典	99
2012年			
099	2月号	方法の問題―個人単位は原理か?	100
100	3月号	介護保険く終わりの始まり?	101

【注】 社会保険研究所刊『月刊介護保険情報』に連載したものである。

なお、「パンセ」というタイトルは編集者が付したもので、著者のアイデアではない。



介護保険は 生長する

堤 修三

介護保険はかなり長い懐妊期間を経て2000年4月に誕生したが、この1月で3歳と9カ月となる。人間で言えば、学齢に達したというところだろうか、いや、たくましい生長振りからみて成人になったと言ってよいかもしれない。

このように人間にたとえたのは、介護保険のような社会的な制度は、もちろん、政府が国会の承認を得てつくったものではあるが、いったん生まれてしまうと、次第に独立の「人格」をもって、ひとりで生長していくのではないかという思いがあ

るからである。

確かに、介護保険は厚生省が父となり、介護対策の充実を求める国民が母となつてつくられたが、いったん、生まれると、徐々に親（少なくとも父親）の手を離れ、保険者である市町村や介護事業者、そしてサービスを利用し、保険料を負担する被保険者など、多くの関係者のかかわりの中で、自律的に生長していくもののように思われる。生まれた当初は、産婆（助産師）や乳母の世話が必要だが、次第にそれらの者の手も離れて、自立への道を歩くようになるのである。

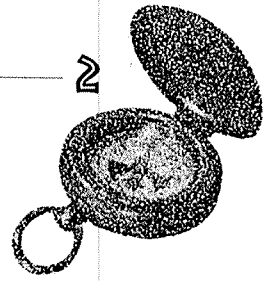
とすれば、国が、いつまでも世話を焼きすぎること、その自立をかって妨げることになりかねないし、子である制度も、親が何とかしてくれるという甘えを持っては、いつまでたつても一人前になれまい。自律的な制度である以上、関係する人たちの一方に偏りすぎると、まっすぐな人生を歩めないのだから、それらの者との間で適切な距離を維持しながら、道を踏み外さないように

することが重要である。介護保険は、従来の医療保険と比べて出来のいい子であるから、大きな心配は要らないが、こういう視点からみれば、保険者である市町村は安定した運営が出来るようもつと権限を与えられるべきではないかと、保険料負担の限界に達しないよう給付を見直す仕組みが必要ではないかといったもう一段の工夫が求められるだろう。

国会やマスコミなどでの議論は、制度の父親たる国の対応ばかりに心を寄せるが、それは「つくられるもの」としての制度の見方に規定されすぎており、「おのずから生（なるもの）」という見方をもつと取り入れた方がよいのではないかと思われる。

それによって、それぞれの関係者が安易に責任を他に転嫁しないで制度の問題を考えるようになるのではないか、それが、制度実施の産婆役を務めた私の思いである。

（つづみ・しゅうぞう）大阪大学大学院人間科学研究科教授・前社会保障庁長官・元厚生労働省老健局長



自然の法則と 社会保障の法則

堤 修三

社会の諸現象を説明するときに、類推可能な自然科学の法則を引き合いに出して、みずからの説明のもつともらしさを増そうというのはよく用いられる手法であり、その根拠の怪しさはともかく、普通の人は分かった気になるところが面白い。

そこで、社会保障の世界についても、自然界の法則を2つばかり当てはめてみて、わかったような気になってみよう。

熱力学第2法則は「孤立系（外界

とエネルギーや物質のやり取りがない世界）では、エントロピーは常に増大する」と表現される。例えば、お湯に水を入れれば、水は融け、お湯の温度は下がり、再びもとのお湯と水に分かれることはないが、こういう不可逆性をクラジウスは「エントロピー増大則」として表した。お湯と水が分かれてあることを「秩序」と考えれば、これを社会現象に当てはめると、全ての秩序は不可逆的に崩壊すると理解できるのではないか。

医療保険が次第に福祉原理に侵食されたり、財政調整が進められたりするのを見ると、保険主義の王道はどこに行くのかと、「エントロピー増大則」が当てはまるような気がしてくるし、介護保険もその道をたどるのではないかと心配になってこなくもない。それとも、社会保障の世界は孤立系でないとするれば、秩序の再構築もありうるのではないか。

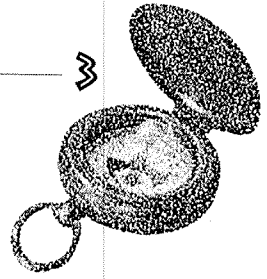
19世紀はニュートン力学を中心とした古典物理学の時代であり、原理的には自然はすべて解明できると考えられていたが、20世紀に入ると、

超ミクロの世界では、ニュートン力学のように、ある物理量を100%の精度で決定することは出来ないことが、ハイゼンベルグによって示され、他方、光速に近い速度の運動や強い重力場の空間でも古典物理学が当てはまらないことが、アインシュタインによって明らかにされた。

私は、社会保障制度が一人の例外なく100%の国民に支持される根拠はないかと考え続けてきたが、意思能力のある人間であっても、人さまであり、それはどうも困難だと考えるほかないようである。しかし、通常の自然界ではニュートン力学が十分成り立つことを踏まえれば、社会保障制度も、例えば極端な人を除く9割を超える普通の人々の間で、支持されるだけの根拠と正当性を持てればいいのではないか。そういう前提で社会保障が成り立つ条件を考えていきたいと思う。

（参考）小山慶太「科学史年表」中公新書

（つみ・しゅうそう）大阪大学大学院人間科学研究科教授・前社会保障庁長官・元厚生労働省老健局長



保育は 社会保障 ではなく なる？

堤 修 三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

平成16年度予算編成過程の補助金削減において、公立保育所運営費の地方一般財源化が決まった。民間保育所の運営費については従来どおりの補助金が残るといだが、果たしてこれらをどう理解すればいいのだろうか。同じ保育所でありながら、一方には国の補助があり、他方にはないことに合理的理由はあるのだろうか。

政府・与党間の合意では、「公立保育所については、地方公共団体が自らその責任に基づいて設置していることにかんがみ一般財源化を図るものであり」とされているが、この説明では公立の身体障害者福祉施設の運営費も同様になってしまっただろう。だが、支援費の対象となる障害者施

設については、それはありえない。公立施設入所者には支援費を支給せず、その運営費は設置者たる地方公共団体が負担するというのも、また、支援費は支給するが、その財源はすべて地方負担とするというのも、公立にも民間にも入所する可能性のある障害者本人に対し、それらの異なる取り扱いを合理的に説明することは極めて困難だからである。

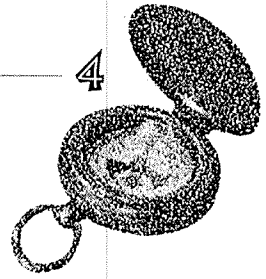
障害者施設について、このような議論が成り立つのはなぜか。言うまでもなく、運営に必要な費用が市町村から交付されるのではなく、利用者本人に支給された支援費が施設サービスとの対価として本人から施設に支払われ、それが施設運営の原資になっているからである。

しかし保育所の運営費は、平成9年の児童福祉法改正により措置ではなくなったものの、市町村から運営費として直接支払われる形に変わりはなかった。考えてみれば、保育所は通所施設であり親という最も厳しい眼をもった監視者がいるのであるから、支援費と同様の本人手当化を一番早くやっても良かったのである。

結果として、今回の公立保育所運営費の一般財源化は、保育所を利用者主体のものとす本人手当化への道を封じてしまうことになるだろう。平成9年改正の不徹底さが悔やまれる所以である。

政府・与党間の合意があるから直ちにそうなることはないにしても、いずれ一般財源化が民間保育所の運営費に及ぶことは避けられまい。そうなれば、運営費を出さずか出さないか、どの程度まで出すかはすべて地方自治体の判断となり、保育は、単独事業として行われる他の保健福祉サービスと同様、全国的に保障されるものではなくてしまっただろう。

だが、最近の経済変動の中で、賃金体系が生活給から業績給・能力給に変わり、生活のために共稼ぎをしなければならぬ世帯が増えるとしたら、むしろ社会保障としての保育のニーズは、今後高まっていくと考えられる。何の役になっているか不明確な児童手当は増やし、切実な保育保障からは手を引くというのが、本当にこれからの社会保障の進むべき途なのだろうか。



ケアの知は 経験知である

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

高齢者ケアの世界では、介護保険をひとつの契機として新しい取り組みが花盛りである。グループホーム・ケア、小規模・多機能のサービス拠点、個室ユニットケア、身体拘束ゼロ、オムツ減らし、痴呆介護—これには様々な療法の取り組みがある—などなど、多くの関係者が流れに遅れまいと躍起になるほどだ。

これらの取り組みは、何かの法則や原則が先にあってそれを当てはめるのではなく、スウェーデンなどの

先進事例を参考にしつつも、いずれも現場における実践から生まれてきたものである。そういう意味では、介護（ケア）の知は経験知であり、大切なことは、高齢者について「了解」し、その立場に立って考えるという基本スタンスだけである。このような知のありようは、近代科学のような体系的知というより、寄木細工的な、換言すれば博物学的な知ともいえるだろう。

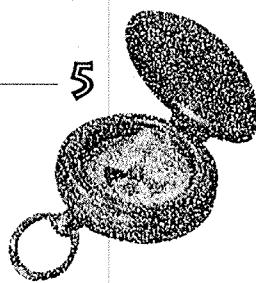
図形のイメージに置き換えて、樹形（ツリー型）の知ではなく、網の目状（ネット型）の知といったら分かりやすいかもしれない。ツリー型の知が決められた一端を持たなければ全体を引き上げられないのと異なり、ネット型の知はどこを掴んでも全体を引っ張り上げることが出来るのである。

グループホーム・ケアや身体拘束ゼロや様々な痴呆介護などの取り組みについて考えるとき、それらがすべてどこかで繋がっていると感ずるのは、これらの一つ一つが高齢者ケアの知の結び目であるからだ。そし

て、ケアの知がこのようであるのは、人間が生物的存在であると同時にスピリチュアルな存在・社会的存在であり、ケアがこのような人間のすべて、人間の生活のすべてを対象にするものだからであろう。

ケアの知が経験知であることを忘れて、一般的な法則や原則を立てようとすると、経験という豊かな知の土壌が痩せてしまうことがある。例えば、止むを得ず身体拘束を行うことが認められるケースをあらかじめ定めておくといったことがあるとすれば、それに当たるだろう。

身体拘束ゼロを進めるには、やむを得ず拘束をしたケースをきちんと記録に残し、それを分析して如何にしたら拘束をしないで済みますことが出来たかを事後的に検討することが大事であり、あらかじめ拘束が出来る場合を並べることは、その際限のない拡大を招くおそれがあるからである。精神病院において拘束が出来る例が数多く列挙してあることの二の舞は避けなければならぬ。



民間事業者と 介護費用の 効率化

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

介護保険料は、15年4月から全国平均で約3300円と第1期に比べて400円ほど上がったが、今後とも、後期高齢者の増加などにより当分の間は上昇傾向が続くものと見込まれる。従って、国や市町村保険者が、介護費用のそういう傾向をきちんと説明すれば、大方の納得は得られるはずであるが、その際、大事なのは、「無駄な支出があるではないか」といわれないようにすることであろう。

医療保険において保険料の引き上げが議論に上るとき、必ずいわれるのは、飲みきれないほどの投薬とか、病院ごとに繰り返される同じ検査といった「無駄」の指摘である。こういった「無駄」の排除がない限り、負担増へ

の理解を得ることは困難になる。

従って、介護保険においても、医療保険の轍を踏まないよう、目に見える無駄の排除に特に注意が必要である。要支援の人でも電動ベッドの利用者がいるといった話は、人々の口の端に上りやすい例であり、早急な対応が求められよう。

また、介護費用の効率化のためには、無駄の排除にとどまらず、サービス事業者レベルの努力も不可欠である。介護保険法立案時、民間事業者の参入により費用の効率化が図られるという説明がなされたが、実際に、民間事業者の効率化努力は発揮されているだろうか。

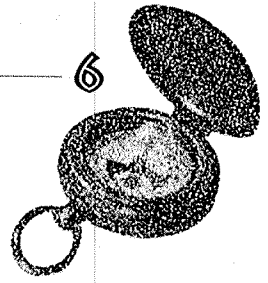
審議会の議事録などで民間事業者の発言を見ても、介護報酬や在宅支給限度額の引き上げ要望ばかりで、かつての措置制度下における社会福祉関係者のメンタリテイに似てきたような気さえする。民間事業者までもが制度依存症に陥るようでは、この国の「民」も大したことはないと思いたくなくなってしまふ。報酬引き上げをいうなどはいわれないが、自分たちは厳しい条件下でこんな効率的な事業運営をしているという民間事業

者の発言を聞きたいというのは無理な注文であろうか。

また、介護保険法では、介護報酬は上限であるから、たとえば、支給限度額の一定割合を超えて身体介護を使う利用者には、4000円を3000円にして、売り上げ拡大を図ることも可能なのである。そういう事業者は果たしてどの程度現れているのだろうか。

このほか、福祉用具のレンタル価格には、薬価基準のように償還価格は公定されていないが、これは価格交渉により安い価格でレンタルして、それで浮いた分を他の在宅サービス購入に回すことも、期待してのことだったのである。支給限度額方式だからこそできる効率化の仕組みであるが、現在は、ほとんど、カタログ価格通りのケアプランになっているのではない。

ケアマネジャーは、カンファレンスやモニタリングで忙しいというところかもしれないが、利用者の経済的利益を図ることも役割の一つであり、病院や調剤薬局のように積極的に価格交渉に取り組んでもらいたいものである。



社会保険が 強制加入と されるのは なぜか

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

社会保険が強制加入とされるのはなぜか。たとえば、日ごろ健康で血統的にも壮健な家系に生まれついた者は、保険料が自分のリスクに比べて高いとって医療保険に加入しようとはしないだろう、そういういわゆる「逆選択」を防ぐためだというのが、一般的な説明である。

これは、政策に関する説明としては間違っていない。だが、リスクが低いから保険に加入しないという者は納得すまい。この説明は制度設計者の、あるいは高リスク者のための論理だからである。

もちろん、主観的には低リスクと信じている者であっても、本当にそうだという保証はないのだから、保険に加入する効用を強調することはできる。だが、それだけで100%

の者を説得することは、不可能である。保険からの給付がミーンズテストもなしに最低生活を上回るものである場合には、なおさらである。

このようなストレートな功利主義的説明が困難であるとすれば、最大幸福の原理で評価する対象を、個々の行為ではなく、行為の集合としての規則に置き換える「規則功利主義」で説明することが考えられる。

すなわち、保険に加入するという行為の集合が、一般的に実行されたときに多くの国民の健康確保という最大幸福を実現できるのであれば、そのような行為の集合を担保する規則（保険への強制加入）も正当化できるのではないかとというわけである。

他方、このように個人から出発するのではなく、共同性の方からアプローチする道もあるかもしれない。個人の自由の基礎にあるのは、近代的な私的所有権であるが、これは通常言われるように絶対的排他的なものなのだろうか。

川島武宜によると、所有権は本来物に対する人と人との関係であったが、市民革命により封建的拘束から解放されて、人と人との関係が捨象され、人と物との関係が前面に出て、

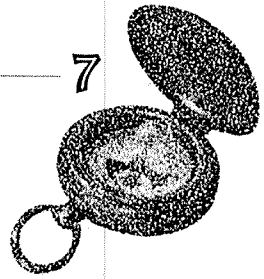
近代的所有権が成立したという。

わが国でも、人と人との関係である村落共同体を前提とした入会権が存在したし、ドイツにおいても、ゲルマン的な伝統の下、構成員の処分権が制限される共同所有の形態があったという。

とすれば、現代社会においても企業や地域コミュニティなどの共同体や共生関係にある人々の集まりには、微弱ながら互いの所有関係を拘束するものが残っており、それを基盤に、支え合いとしての社会保険が成立しているとは考えられないだろうか。誰であれ、一定の共生的関係にある集団に属している以上、各集団において保険への加入という拘束が掛かっていると考えるのである。

所有権も歴史的カテゴリーであるとするれば、社会保険の定着によって、近代的私的所有権も僅かながら変容しつつあるといえるかもしれない。

また、このような観点に立てば、社会保険はどのような集団を単位に組織すべきかという問題も見出すことが出来るだろう。いうまでもなく、出来る限り共生的関係にあると思われる集団を基礎にすべきであるというのが、その答である。



所有の 在り処

三修堤

大阪大学大学院人間科学研究科教授

社会保険が強制加入とされる理由について考えた前号で、本来物に対する人と人との関係であった所有権から人と人との関係が捨象され、人と物との関係が前面に出た結果、近代所有権が成立したという川島武宣の説明を援用したが、その川島も、ある人間に所有を与える第1の源は、彼の労働（漁撈・狩猟・開墾等々）であるという。J・ロックに代表される正統的な労働所有論である。そして、労働によって得られた物が何故その人の所有物となるかと更に問えば、そこでは「わたしは自分の身体を使って労働したのだから、それによって得られたものは当然に自分の物だ」ということが暗黙の前提となっている。つまり、自分の身体は

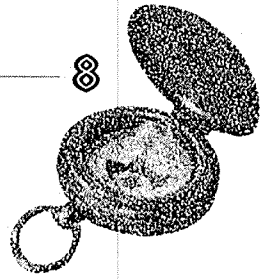
自分の持ち物だという観念である。

この観念は、臓器移植・売買春行爲などの問題を考えるときにも重要なキーワードとなるのであるが、それはさておき、前号で述べたように一定の共生的関係にある人と人との間では、所有関係が拘束を受けると考えたなら、**「身体に対する所有権」**も拘束を受けることがあるのだろうか。

例えば、自殺を含む自傷行為は法的には罰せられないが、親子や夫婦という関係にある人にとっては許しがたい罪と映るのではないか。売買春行為についても同様であり、臓器移植において最後に家族の意向が確認されるのも身体に対する自己所有権だけでは説明できないものの現われであろう。やはり、自分の身体も、共生的関係にある人と人との間においては、完全に自己の所有物ではなく、その**「処分」**について一定の拘束を受けていると考えることができそうに思われる。介護の現場においても、介護者と被介護者が、介護する—介護されるという関係から抜け出したとき、そこには互いに自分の身体が自分の物であって自分の物でないという世界が広がっているのかもしれない。

身体的所有権に対するこのような見方は、一方で危険な側面も持っている。言うまでもなく、共生的関係にない他者に対しては、完全な身体の自己所有権を認めざるを得ないということである。臓器売買などが外国で行われる場合、それを国内で批判できる根拠が薄弱になってしまうのは否めまい。

だが、本質的な問題は、果たして「わたしは自分の身体を所有している」という観念自体が本当に正しいのかということにあるのではないか。ここではデカルト的な心身二元論が前提となっているが、「わたし」とは、身体とは別に、あるいは身体に先立って存在するものではなく、身体という器に様々な社会的経験が蓄積され、おのずと発酵するように出来あがってくるものではないか。とすれば、わたしは、「わたしの身体を持つ」のではなく、「わたしの身体である」という側面の方が強いと考えた方がよい。しかし、これは、心神喪失者には責任能力がないという近代法の意思主義に大きな変更を迫る可能性を含んだ見方でもある。揺らぎ始めた所有の観念の行き先はまだ見えてはいない。



国庫負担 の呪縛

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

そろそろ夏の概算要求の季節を迎えるが、昭和50年代以降の社会保障制度改革の歴史を振り返ってみると、そのほとんどすべてを規定していたのは、実は、国庫負担の制約、もつと言えば概算要求基準（いわゆるシリング）だったのではないか。40年代前半までの政管健保赤字対策が一区切りついた後、福祉元年を謳歌したのも束の間、57年の老人保健法の制定、59年の健保法改正による1割負担導入と退職者医療制度創設、61年の加入者按分率100%の老人保健法改正などと続く改革は、老人医療費無料化に伴う国保財政の悪化に対し従来の国庫負担投入という方法がシリング制度の下で不可能となった結果であるし、平成に入った

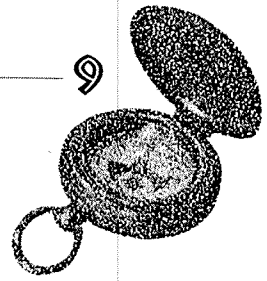
後の健康保険の8割給付、薬剤負担の導入、診療報酬マイナスイナス改定、さらに今回の健保7割給付なども、その年々のシリングを如何に潜るかを主たる契機とするものであった。

平成9年の介護保険法制定は国庫負担減らしを直接の目的とするものではなかったが、最近、保険料水準の上昇自体はそれほど大幅とはいえないにもかかわらず、給付の適正化が声高に叫ばれ始めたのは、国の財政状況の厳しさが影を落としていると言つてよい。

以上のように、医療保険のような短期保険は、制度改革でシリングを乗り切ってきたが、年金の場合は、制度改革の効果がすぐその年の国庫負担に現れるものではないので、シリング対策として採られたのは、国庫負担の繰り延べ（いわゆる隠れ借金）であった。世上、このやり方は姑息な手法と受け止められているが、長期保険としての年金制度の性格や、医療保険が毎年のシリング対策として行ってきた改革の中にはかなり無理なものもあったことを考えてみると、社会保障制度の体系を守るという意味では、あながち非難すべきものではないと思われる。

社会保険に対する国庫負担をどう評価するかについては、さまざまな意見があるが、このようにシリングという形で毎年のように制度改革を強いられることを考えれば、その健全な発展にとつてはマイナスイナス面も大きい。にもかかわらず、老人医療や基礎年金の国庫負担1/2への引き上げなど、国民や関係者は何故、国庫負担の増を主張するのだろうか。それにより、当座の保険料上昇を抑え、給付水準や診療報酬を確保し得たとしても、その先に待っているのは、社会保障のカタストロフであるおそれがあることは、今までの歴史が物語っているところではないか。

そして、それにも増して憂慮されることは、国庫負担が、社会保険という世界で「負担と給付の緊張関係」に真剣に対峙することから国民や関係者を遠ざけてしまうことである。そこに現れるのは、国に「パンとサーカス」を求めつづける国民の姿である。今、求められているのは、社会保険における国庫負担の哲学と明確なルール化であり、それを前提に、保険料負担と給付の緊張関係に耐えようとする国民の強い意思である。



統治者の 深慮

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

年金改革は参議院選挙の結果にも大きな影響を与えたようである。これからの時代、年金を中心とする社会保障制度が政治を左右することになると見てよい。選挙で勝利した側は自分たちの改革案や選挙戦略の正しさを誇っているかもしれないが、政府や与党の対応にまづい点があつたとはいえ、改革の内容自体はいずれにしろ避けられないものだったことからは、本当の問題は、年金のような多くの国民の生活そのものに直結する制度を政治の場で扱う怖さにあるのではないか。

これは、年金を単に政争の具にしてはならないということに止まらない。仮に、与野党一致して年金改革

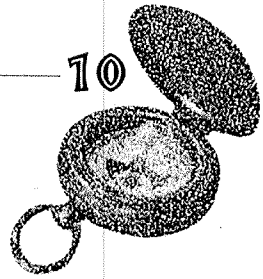
の協議が行われることになったとしても、給付の抑制・負担の引き上げといった改革案を取りまとめることが出来るだろうか。年金水準は個人の生活に直結するものであるだけに、多くの国民は政治が自分たちを冷たく扱っているものと受け止め、政治全体に対する不信に陥るおそれなしとしないであろう。否、それ以前に大衆民主政の現代においては、支配的な政党が国民に苦い内容の改革で合意したとしても、それを反対し大衆におもねる少数党が一気に支持を拡げる可能性を否定することは出来まい。支配的な政党はそういう危険にどこまで耐えるだろうか。

「統治」というと、権力的な印象をもたれるかもしれないが、民主政といえども、統治の一形態であることに違いはない。国民に評判の悪い政策であっても国と国民の将来のためには採らざるを得ないものがあるとすれば、そういうリスクを避けるために、換言すれば国が国民から直接恨みを買うことがないよう、国民個々人の生活に直接関わることは出来る限り避けようというのが、「統治者の深慮」というものではないだろうか。

そう考えれば、社会保障制度の立て方や財源も、できる限り国や政治から一定の距離を保つものであった方がよいということになる。社会保障、特に年金の財源として、国家の統治機能そのものである租税を充てるべしという主張は、このような「統治者の深慮」に欠けるものと言うことが出来る。社会保障が現代の国家に不可欠であるとしたら、その形式としては国との間で一定の距離をとりやすい社会保険の方が「統治者の深慮」に沿っているのである。

社会保険方式を堅持し出来る限り保険原理を徹底すること、その社会保険事業の運営には被保険者が当事者として参加すること、とりわけ、受給者と費用負担者が分離している賦課方式の年金における給付と負担の水準は、世代ごとの同数の代表からなる協議機関で決定するようにすべきことなどを私が主張するのも、そういう認識に基づいている。

今回の年金改革とそれが争点となつた選挙結果から政治がどういう教訓を導き出すか、短期的な思惑ではなく統治の本質に迫る認識に到達することが出来るかどうか、あまり期待しないで見守っていききたい。



老人の日 を思ふ

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

この9月15日は、休日とならない「老人の日」である。平成13年の祝日法改正の結果、敬老の日は平成15年から9月の第3月曜日となり、老人の日は併せて行われた老人福祉法の改正で平成14年以降9月15日と定められたが、平成15年はたまたま両者が重なったので、実際には今年から、敬老の日は9月20日、老人の日は9月15日と、はじめて別の日となるからである。暦の上に老人の日と敬老の日が並存することになったのは、3連休を増やすための祝日法改正に対し、全国の老人クラブから、9月15日は自分たちが自らの生活向上に努める意欲を確かめる日として地道な運動により全国に拡げていったものであり、休日でなくともいいからきちんと残すべきであるという強い

主張がなされた結果であることは、まだ記憶に新しいところだろう。

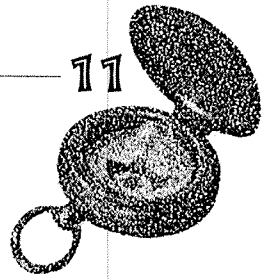
それにしても、最近の国民の祝日をめぐる扱いは、「祝日」というより「休日」という面にウエイトがかかりすぎているのではないか。平成13年改正の前にも、祝日法の改正があり、4月29日がみどりの日とされ、成人の日と体育の日が3連休になるようにそれぞれ1月と10月の第2月曜日と変えられている。

戦後保守派知識人の最高峰である福田恆存は、戦後の祝日制度の大改正が伝統の無視であると言つて情理に溢れた批判を展開したが、最近の祝日法の改正を見ると、それが正鵠を射ていたことに改めて納得させられる。彼が言うように、国民の祝日とは、我々の祖先が長く生活習俗の中で維持してきた節目となる日か、あるいは日本の歴史において国民が記憶に残しておきたいと思うような記念すべき日でなければなるまい。

東京オリンピックの開会式、青空の下の国立競技場、緊張した日本選手団の行進—これらの情景は、戦後廃墟の中から立ち上がり懸命の復興に努めてきた日本人の記憶に残る、誇らしい一日だったのであるか。

そういう記憶が焼き付いている10月10日という日を、どうして、ああも簡単に、弊履のごとく捨ててしまえるのだろうか。

他方、9月15日という日は、靈龜3年、元正天皇が「養老の滝」に行幸され、その水が靈験あらたかであったため、11月17日（太陽暦では9月15日）に「養老」と改元されたことと続日本記にあることに由来するようだが、これが果たして日本人の記憶に残る日とか、あるいは、日本人の生活習俗の中における節目の日と言えるかという点、それも心許ないというのが実感だろう。そういう意味では、9月15日に国民の祝日としての必然性があったのかどうか疑問なしとしない。敬老の日は三連休によつて秋の行楽シーズンの一日となり、老人の日はそれは別祝日ではなく老人自身が自ら生活向上に努める日とされたことは存外、実態にあつた姿になったと言えるような気もするのだ。そして、敬老の日とは別に老人の日が存在するというのも、国民一人ひとりに祝日とは何だろうと考えさせるきっかけになると考えれば、そうそう腹立たしく思うこともないのかもしれない。



要介護認定

基準の意味を

再確認する

堤 修 三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

先日ある通信社が行った介護保険に関する市町村長アンケートでは、平成12年の前回調査と比べて要介護認定が問題であるとする市町村長の割合が大きく減ったという。2度目のタイムスタディを踏まえ精度が向上したこともその要因であろうが、現場での事例の積み重ねにより、直感的な要介護度の相場観と判定される要介護度との乖離が少なくなってきたことが大きいのではないか。それだけ要介護認定基準が定着してきたといえそうである。

だが、要介護認定基準が定着することによってかえってその意味が見失われるようなことがあってはなるまい。先般ある現場の医師が、高齢者の心身の状況を見れば、重度・中度・軽度くらいはすぐ分かるといっているのを聞いたが、これは、一見常識的であり、特に医師等の専門職

種が持ちやすい見方であるものの、現在の要介護認定基準の考え方は逆の見方なのである。認定基準が定着したが故の、先祖帰りの発想といえるだろう。

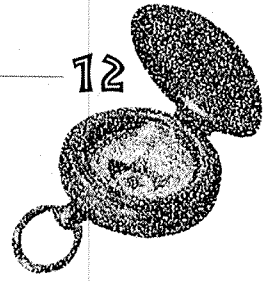
周知のとおり、現在の要介護認定基準では、要介護度は、高齢者の心身の状態から直接的に導き出されるのではなく、実際に現場で介護にかけられている手間の度合い（具体的には要介護認定基準時間）から帰納的に定義されている。訪問調査で心身の状況に関し調査するのも、タイムスタディ・データの中から最も要介護認定基準時間が近いケースを見つけ出すために必要だからであり、そこから直ちに要介護度を導くためのものではない。いわば、要介護度を判定する「神」は、医師や看護師、介護福祉士などではなく、現場の経験の中におわすのである。

このようなコペルニクス的ともいえる考え方の逆転は、高齢者の心身の状況から要介護度を導き出すという方法では判断する者の職種によって結果が大きく食い違ってしまうという経験から、試行錯誤の末に辿りついたものであるが、今にして思えば、介護が人間の全体性―その者の

現在の心身状況にとどまらず、その人生の物語から家族を含む他者との関係まで―を対象とするということに相応しいものだったと考えられる。

具体的な介護がそういうものとして現場で練り広げられ、新たな気づきによって日々変容発展しているとしたら、要介護認定基準は経験に開かれたシステムといえるだろう。そして、それが真に経験に開かれたものであるためには、現場における介護の変容発展が定期的なタイムスタディによってきちんと基準に反映されることが必要である。加えて、現場における介護も要介護認定にそのまま縛られるのではなく、できる限り自由なものでなければならぬ。例えば、特養ホームで階ごとに入居者の要介護度をそろえ、それに応じた職員配置をすることとしたら、要介護認定の結果を後追いするだけの結果となってしまうからである。

要介護認定基準が定着した今、要介護度を判定する「神」は現場の介護経験から超越しているのではなく、その中にこそ宿るものであり、現場の介護が変わっていけば「神」の眼も変わっていくことを改めて確認しておきたい。



外山義さんの 二周忌に寄せて

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

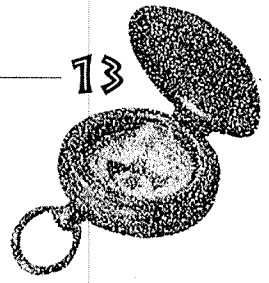
早いもので日本における個室ユニットケアの生みの親、外山義さんが急逝されてからもう2年になる。この間、特養などの個室ユニット化は順調に進展しているが、ケアの中身の方はどうか。個室ユニット化を進めるに当たっては、外山さんの理論が、個室ユニットという建築に関するものだけでなく、それが「人は一人でありながら、独りではありえない」という人間本来の在り方にとつて最も自然であるという考え方に基づく

ものだったことを忘れてはなるまい。彼のつくる施設はプライベートルーム（個室）からセミプライベートゾーン（リビング・ダイニング）、セミパブリックゾーン（共用スペース）を経てパブリックゾーン（地域交流スペース）へ至る多層的な空間であったが、それは、そこに住む人の人格自体が、単に身体を覆う皮膚の内側と外側という二者択一的なものではなく、自己の身体の周辺には自己と他者の領域が重なり合う部分があるという人格のグラデーション的理

解に基づくものではなかったか。洪谷昌三『人と人との快適距離——パーソナル・スペースとは何か』（NHKブックス）によれば、ホローウイッツらは「身体緩衝帯」という考え方を提示し、「身体緩衝帯の概念は、（身体を越えた）非物質的な空間にまでも人の自我概念が広がっていることを示している。自我が口唇の依存的欲求と攻撃的葛藤の内的欲求から成り立っているのと同様に、自我は近くの人々とその人たちに對する態度からも成り立っている」という。また、同じく洪谷が紹介するホールは、人は日常生活の中で習得した状況的パーソナリティを持つとして、

その性格の最も単純な形態を、密接距離・個体距離・社会距離・公衆距離の4つの距離の使い方に見出せると考える。何やら外山理論の4つの空間に符合するようではないか。

このような人格のグラデーションに即応して空間が多層的に形成されることによつて、如何に人々がそれらの空間の中で自然で落ち着いた姿を示し、介護という人格を直接対象とする行為が適切に行われるようになるかは、多くの個室ユニットケアの現場が示すところだろう。逆に、洪谷自身も述べるように、パーソナル・スペースには相互作用という側面もあり、それぞれの対人場面において相互の関係に最も相応しいと考えられた上で設定されるというのであれば、単に4つのスペースがあるからそれで良しとするのではなく、介護する側と介護される側の相互関係の中で、実際にどのような介護空間が作り上げられるかも大きいと言わねばならない。個室ユニットの施設が出来た後に試されるのは、そのハードと入居者の人格との関係をチューニングしつつ、その人格の拡がりに応じた多層的な介護空間がきちんと出来るか否かである。



ケアマネジ メントを 巡る あれこれ

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

要介護者に対するサービスが画一的なものではありえないとしたら、社会保障という大量処理を要する制度の下で、それを個々の要介護者ごとにどう調整し、どう提供するかは、介護保険立案時の大きな技術的問題のひとつであった。医療サービスにおける医師のように、サービスの必要性とその内容を判断する専門家がいる場合には、それに任せることができる（任せざるを得ない）が、介護サービスの場合は、関係する専門家が複数存在するし、そもそも介護サービスはこれだけやれば必要にして十分という境界がはっきりしないからである。だからといって生活保護のように行政職員が個別ケースに対応するということも大量処理の介護保険においては現実的ではない。

そこで採られたのが、ケアマネジメントを保険給付のひとつとして位

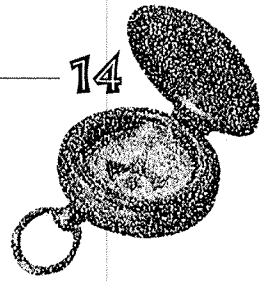
置づけるということであった。前身となる制度や実体がないにもかかわらず、介護保険において制度上いきなりケアマネジメントを位置づけなければならなかった所以である。

その際、ケアマネジメントと訪問介護などの実際のサービス提供者との関係をどうするかは、当時の政策担当者であった私の頭を随分と悩ました問題であった。昨今もよく問題提起されているケアマネジャーの中立性・独立性確保の問題である。

ケアマネジャーがサービス事業者から独立し、利用可能なサービス事業者の中から最も適当と思われるサービスを選択してケアプランを作成すること、これが望ましいことであることは確かである。と、いって、それを制度的にも明確にしなければならぬかという話は簡単ではない。制度上は別のものでなければならぬ。としても、実態がそのとおり担保できるかという問題があるからである。医療保険に詳しい人であれば直ちに思い出すのが、門前薬局の問題であろう。病院開設主体と薬局開設主体の経済的関係を遮断するには、法人同士の資本関係・人的関係について詳細かつ厳格な規制が必要とな

る。だが、そういう規制が実態を完全にカバーして、その趣旨を全うすることは不可能といってよい。しかも、そのために規制を強化すれば、行政の不透明化を招き、過剰規制という批判も招くだろう。

また、ケアマネジメントの場合、介護サービスの現場からまったく隔絶されたところで、実態に即したマネジメントができるだろうかという疑問もあった。デスクワークと理論倒れのケアマネジメントでは弊害の方が大きく、ケアマネジメントの必要性自体が否定されるという懸念もあったからである。このようなことを考えた末、ケアマネジャーが訪問介護等のサービス事業者と同一主体に属することも敢えて排除しないことにしたのであるが、もちろん、未来永劫それでいいと考えたわけではない。中立性・独立性を求める声を受けて必要なルールを作っていく方がより現実的ではないかと考えたのである。介護保険施行後、ケアマネジャーの中立性・独立性を求める声が高まっていることは予想したとおりであり、それを受けた行政が適切なルールづくりを進めることが期待される。



年金財源 としての 相続税

堤 修三

大阪大学大学院人間科学研究科教授

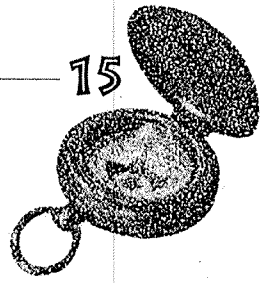
年金財政が厳しいことが背景にあるのだから、年金の財源として相続税を充てるべきだという意見がある。面白い議論であるが、そもそも日本人は子孫に遺産を残すということをどう意識しているのだろうか。西郷隆盛は「児孫の為に美田を買わず」と言ったが、西鶴が日本永代蔵で「金銀を溜むべし。これ、：黄泉の用には立ち難し。然りといへども、残して、子孫の為とはなりぬ。」と（本当は皮肉の含みも込めて）書いているように、それが日本人の勤勉のエートスとなっていることも否定できまい。政府税調中期答申（平成12年）においても、相続税にどの程度の累進性を持たせるかに関し、「同世代間の機会の平等を確保することが困難となり、不平等感の高まりと勤

勞意欲の減退に結びつきかねない」という積極論と「自らの資産を大きくして子どもに引き継がせたいという意欲を削いで、経済化の活性化にマイナスの影響を及ぼす」という消極論を並列して紹介している。

この政府税調答申は社会保障との関係について直接は触れていないが、高齢化の進展により、相続による財産の取得時期が相続人の人生のより後半にシフトし、ある程度の資産蓄積が行われている者に相続財産が移転することになるから、相続財産が相続人の経済的基盤を形成するという意味合いは薄れている一方、少子化により相続人世代にとっては相続で取得する財産額がこれまでより大きくなるとして、相続税の課税強化の可能性を示唆している。とすれば、年金の充実に資するため、増徴される相続税を活用するという考え方はそれほど不自然ではあるまい。

とはいえ、一般財源として扱う場合はともかく、社会保障の特定財源とする場合は、その合理性を根拠付けることが必要である。相続税には遺産課税方式と遺産取得課税方式とがあり、わが国の場合は基本的に相続人を納税義務者とする遺産取得課

税方式が採られているが、相続税を年金財源とする場合には、相続人である被保険者に対する相続税負担と年金保険料負担を二重にかけることが合理的かという疑問が出てくる。給付に差をつけられない以上、あるいは他の資産課税も含めて全体の負担能力に着目することとしない以上、不公平という批判は免れまい。とすれば、賦課方式年金の下、年金受給者は自らの資産を老後の生活費に充てることができたにもかかわらず、現役世代の負担する保険料を財源とする年金を受給したことにより、それを費消しないで済んだことを理由として、いわば清算的な意味でその資産の残り分（遺産）について年金受給総額を限度として年金財政に繰り入れるということになるのではないか。そのためにも、現行相続税制を改めて、例えば遺言執行者を納税義務者として課税する遺産課税方式にする必要がある。また、相続税自体に被相続人の生前所得についての清算課税という位置づけもあるとすると、法律上、年金財源分と一般財源分の関係（どちらに先に充当するか）を明確にすることも必要かもしれない。



愚行権と 善行の 強制

堤 修三

大阪大学大学院
人間科学研究科教授

人は良くないことと分かっているけれども、してしまうことがある。もちろん、それが他人に危害を及ぼすものであれば、法による刑罰その他の手段で禁止されるだろう。だが、本人にとって愚かな行為であっても、他人に迷惑をかけないものであった場合はどうか。さらに、本人にとって善い行為を強制することは許されるだろうか。他人にとって善い行為を強制することはどうか。

「判断能力のある大人なら、自分の生命・身体・財産に関して、他人に危害を及ぼさない限り、たとえその決定が本人にとって不利益なことでも、自己決定の権限を持つ」というのが、自由主義の原則（加藤尚武「現代倫理学入門」）だとすれば、他人に迷惑をかけなければ何をしてもよいことになるが、ことはそれほど簡単ではない。社会保障、特に社会保険の分野においては、このような個人主義的な自由主義を超える様々の要素を内包しているがゆえに、多くの境界領域的な

問題がある。例えば、社会保険は各人の意思に関係なく強制加入とされ、自分の財産を割いてまで保険料を拠出しなければならず、しかもその多くは所得比例であるが、これは自由主義の原則に反しないか。保険給付の対象となるような事故を自らの故意や重大な不注意によって惹起したときは、給付の対象とすべきか。あるいは、事故にあうことを避けるために有効な手段がある場合に、それを探らず、事故を招いてしまった場合はどうか。社会保障、特に社会保険の仕組みは現代倫理学の最前線の一つなのである。

健康保険法に「被保険者が闘争又は著しい不行跡によって給付事由を生じさせるときは、当該給付事由に係る保険給付は、その全部又は一部を行わないことができる」という条文がある。介護保険法にも、同様の条項が規定されている。

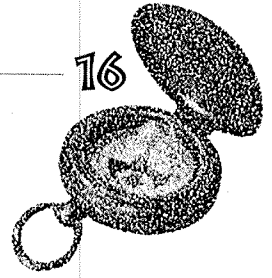
さて、本題は、介護保険法の見直しによる介護予防の義務付け、すなわち一定の要支援の者には筋力トレーニング等の予防給付の受給を義務付け、介護給付はしないという取扱いの是非である。漫然とした生活を続け廃用症候群となつて要介護状態になるのを防ごうという趣旨に出るものであろうが、これは、漫然とした生活を続けるという「愚行権」を認めず、筋力トレーニングなどの「善行」を

義務付けることにはなるのではないかと、より、それは明らかなのであるが、果たして、被保険者・国民はそのことを理解し、受け入れるだろうか。

これを容認する立場の人は、おそらく、これらの愚行を犯す被保険者は、他の善良な被保険者、とりわけ日頃から健康に留意し、積極的に身体を動かし、地域に出ている者の保険料負担を増加させるという迷惑をかけているというだろう。

他方、これに否定的な考え方の人には、例えば、筋力トレーニングまでさせられるのは敵わないという直観的な反発が根っこにあるのではないか。この直観は、問題の本質を突いている。人々は、漫然とグウタラな生活を続けることが健康保険法の条文にあるような著しい不行跡といえるかどうか、筋力トレーニングはその不行跡と比べて不釣り合いにレベルの高い義務ではないかと疑問を感じているのである。

愚行権を否認し善行を義務付けることが絶対に許されなくてはならないにしても、それは、程度問題でありバランスの問題であるということである。そして、社会保険が強制加入という自由主義の範疇に入りにくい性格を持った危うい構築物である以上、そのような細心の注意が払われなければならないのである。



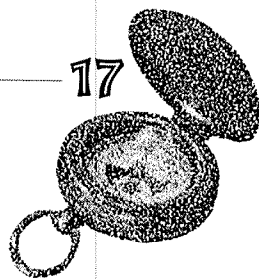
障害者サービス費の支給と応益負担

堤 修三 大阪大学大学院人間科学研究科教授

社会保障におけるサービス保障の方法には、サービスの給付とサービス費の支給の2つがある。実際の制度では、サービス費の支給の場合も代理受領方式が採られるから、見た目に差はないが、利用者負担の位置づけには両者の間で違いが出てくる。サービスの給付である健康保険本人に対する療養の給付や福祉サービスにおける措置を見ると明らかのように、それらにおける利用者負担の根拠はサービスの給付自体からは出てこない。サービスが不可分である以上、サービスの給付はサービスのすべてを対象とするほかないからである。とすると、サービスの給付における利用者負担は別の目的や機能により位置付けられなければならない。健康保険本人の場合、かつては全く利用者負担はなかったが、政管健保の財政が厳しかった頃、一部負担金として導入された。表向きは別として、適正な受診(受診の抑制)がそのねらいであったことは明らかである。また、措置の場合の費用徴収は、サービスとは全く離れて負担能力のある人にはその分を払ってもらおうという実費弁償的な意味で、措置権者である地方自治体が行っている。

他方、サービス費の支給の場合、費用は輪切りに出来るから、必要な費用のうちどれくらいを支給するかは政策判断の問題となり、それが10割全部をカバーしないときは、残りは自動的に利用者負担となる。サービス費の支給と利用者負担は切り離しが出来ない裏腹の関係なのだ。今、検討が進んでいる障害者サービス制度では1割の利用者負担が導入されるということと議論を呼んでいる。障害者の皆さんの反発も強いようだ。だが、以上述べてきたとおり、これは措置制度から支援費制度になった時点で予想できたことなのである。もちろん、政策判断として必要なサービス費の10割額を支給するということもないわけではない。だから、それは、財政状況や介護保険との関係なども踏まえ、大いに議論すればよい。しかし、原則10割でなければならぬという議論はもう成り立たないのである。

障害者サービス制度では、必要なサービス費の9割額が支給され、さらにその1割額の負担が困難な者には、介護保険と同様の高額サービス費の仕組みが適用され、さらに低収入の者には特別の補足給付が支給されるという。そのような配慮は、支給額を9割とするという制度の基本とは別の福祉の見地からする政策判断として現実的であろう。だが、そのような低所得者を除いてすべての受給者に一律9割額を支給するということは、本来に正しいのだろうか。これが、社会保障制度であれば問題はない。だが、障害者サービス制度は全額租税財源による制度なのだ。対象者は極めてわずかだとしても、高額の収入がある者がいないとはいえない以上、それらの者にも一律に9割額を支給する必要があるのだろうか。そもそもサービス費の支給はサービスの購入に支障のないよう必要な費用を補填するものだから、その必要のない高所得者まで対象とすることに税金を負担する人々が納得するはずはないのだ。租税を財源とする社会福祉や社会手当の制度に所得制限の仕組みがあるように、障害者サービス制度にも高所得者に対する所得制限を設けるべきであろう。それは租税を財源とする制度の宿命である。9割額を原則的な上限とし、その下に所得水準に応じ7・5割や5割等の額というランクを設けることは困難なことではない。

NHK
と年
金

三修堤

大阪大学大学院
人間科学研究科教授

内部の不祥事をきっかけにNHKが揺れている。受信料の不払いが増えて収納率も低下しているようだし、政治介入の問題も出てきた。世論調査では受信料制度の廃止に賛成する意見も増えているという。

何だか「年金」に似てきたような気がする。不祥事をきっかけにした制度不信の増大、保険料収納率の低下、保険方式そのものへの疑問などはそっくりだし、意味合いは異なるがかつての過大な給付引き上げや最近の保険料の凍結は制度の論理を政治が押し切ったものと言えるだろう。

NHKの受信料制度を廃止せよという場合、全額国が負担すべきという意見、希望者だけが納めるようにするという意見、民放と同様にコマーシャル料で賄えばいいという意見がある。また、これらの組み合わせがいいという案もありうる。

これらの議論を年金に置き換えてみれば、全額国負担は税方式の年金、希望者

だけというのは任意加入方式あるいは公的年金制度の廃止・民間化と見ることができる。

だがNHKの費用をすべて国が負担するということは、完全な国営放送になることを意味する。そうなれば今以上に、国の締め付けが強くなるに違いない。年金が税方式となった場合、国の財源の都合で所得制限が導入強化されると同列である。税方式論者は年金と放送は違うというだろうが、少なくとも論理の構造としては、税方式年金≡国営放送であることは認識しておくべきだ。

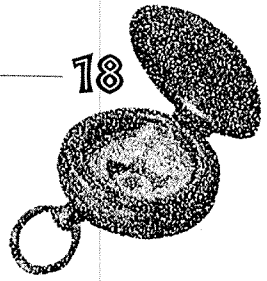
希望者だけという場合、一部の有料放送を除きコマーシャル料で運営している民放各局と本場に太刀打ちできるだろうか。番組のレベルを維持するためには相当額の料金となつて、さらに加入者が減り、いずれは消滅してしまうかもしれない。同様に年金が任意加入になったら、民間保険化されたりすれば、未加入者が増え、将来の無年金者の急増が新たな社会問題になるだろう。老後の所得保障が放送とは比較にならない切実な問題である以上、この問題は深刻である。

NHKがコマーシャル料で運営する民放となれば、公共放送としての責務が免除されるのみならず、番組の内容や質もスポンサーの意向に左右されがちになる

ことは避けられないだろう。

結局、NHKの問題は、国営放送でもなく民間放送でもない、「公共放送」とは何か、それを維持できる条件は何かということなのだ。社会主義国家でもない以上、現代国家では国営放送というのはそぐわない。かといって、民放だけいいかと言われるとやや躊躇してしまうというのが多くの国民の正直な思いではないか。国のものでもなく、スポンサーのものでもなく、国民みんなの放送があった方がいいというのは、意外にも、「新しい公共性」の在り方を探る最近の動きとも軌を一にしているのだ。もちろん現在のNHKが本場に国民みんなの放送たりえているかは昨今問題となったとおりである。真に「みなさまのNHK」になるには、税は投入していないのであるから予算の国会承認はやめて、当事者である視聴者の経営参加をもっと進めるのが正しい方向ではないか。

これらの方向は年金についても同様であらう。国が恵んでくれる年金でもなく、入れる人だけが入る年金でもない国民みんなの年金、それは社会保険方式による年金しかありえない。そして、今われわれが考えるべきは、どうしたら現在の年金を国民自身が参加し責任を持って運営できる仕組みにすることである。



保険料 財源の 誘惑

堤 修三

大阪大学大学院
人間科学研究科教授

介護保険法の改正案では、市町村が、地域包括支援センターなどを拠点として地域支援事業を行うこととされている。より正確に言うならば、地域支援事業のうち、介護予防事業と包括的支援事業（介護予防マネジメント、総合相談・支援事業、地域ケア支援事業）は、市町村はそれらの事業をするものとする規定され、そのほかに、介護給付費適正化事業、権利擁護事業、家族支援事業などの事業をすることができると定められている。「するものとする」という用語は、「しなければならぬ」という語より義務付けのニュアンスは弱い。が、義務付けであることに変わりはない。

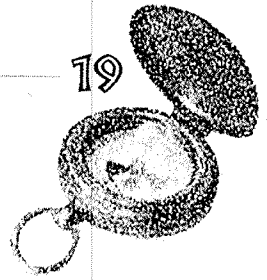
市町村がそのような事業を実施すること自体は望ましいことであるが、問題はその財源である。法案に拠れば、介護予防事業は給付費と同じ財源構成、すなわち一号保険料・二号

保険料と公費とされており、それ以外の事業は、一号保険料と公費で賄われることになっている。だが、給付費以外に保険料財源を使うことは許されるのであろうか。「することが出来る」事業であれば、それは市町村の住民、すなわち被保険者の判断に拠ることになるから、被保険者自治の観点から特に問題とするには及ばない。医療保険において健診等が保健福祉事業として行われていることと同断である。しかし、「するものとする」事業の場合はどうか。保険料を、被保険者個人に対する給付費ではなく、市町村の事業費に充てるとすることは、保険料の本来予定されている用途を超えるのではないか。少なくとも、被保険者の意思を超えて法律上当然のこととして保険料をそういう用途に充てることが問題であろう。年金の事務費に保険料を充てる措置が国民の批判を浴びたように、国民は保険料を自分たちに戻ってくるはずの金と考えているからである。そして、これは保険制度に対する健全な常識であるといつてよい。

今回の措置は、政府の方に、国の厳しい財政状況という事情があるとはいえ、保険料を給付費以外にも自由に使いたいという気持ちがあり、その誘惑に抗し切れなかったということではないか。

思い起こせば、かつて老人保健制度で、保険者からの拠出金を介護に関する基盤整備―老人保健施設等の整備費に使うという事業があった。この事業は時限措置として実施されたが、それでも、健保組合等からの批判は強く、それを容認した当時の健保連副会長は厳しい批判にさらされたという。

社会保険という仕組みには、拠出に同意しない者も含めて、加入を強制し、所得に応じた保険料を徴収するというかなり無理なところがある。保険料は必ず被保険者個人に対する給付費に充てられるというのも、そういう無理な制度に対する納得を得るための基本的な原則である。この原則を、財政的な誘惑に負けて揺るがせにすることは、社会保険を成り立たせている土台を危うくするものといつてよい。基礎年金や高齢者医療・介護について税方式への転換を主張する者が後を絶たない今日、保険方式を主張する厚生労働省には、グッと痩せ我慢をしてほしいものである。



未来からの自由

三修 堤

大阪大学大学院
人間科学研究科教授

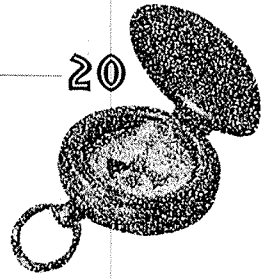
堺屋太一の近著『わがままのすずめ』で団塊の世代に対し三つの自由の一つとして「未来からの自由」——先々得になるからという発想をしないことを薦めていたが、ここで言いたいのは、そういうことではなく、今、社会保障制度は未来から自由にならなければならぬのではないかということだ。昨年の年金制度改革という、今年の介護保険改革という、改革の必要性を訴える政府の言い分は、今のままでは将来制度を維持できなくなるということだった。だが、その将来なるもののイメージはなんと貧相なものだろう。多くは、従来のトレンドを伸ばしたものに過ぎず、施策の効果だけは明確な根拠もなく樂觀的に見込んである。こういうメッセージから国民が受けとるのは、本当に社会保障制度は将来大丈夫かという不安感でしかならう。まして、樂觀的予測がはずれた場合は、それは不信任に転化するはずだ。

1980年代後半からのバブルとその崩壊で国民が身を持って学んだことは、先のことは判らないという実感ではなかったか。多くのエコノミストの予測は、翌年度の見通しすらあやふやなものであることを示してくれた。そんな時、社会保障についてだけは、相変わらず将来ビジョンがない、将来の負担の限界を示せといった主張がまかりとおっている。

だが、そうは言いつつも、国民は将来のことなど本当は信じていないのだ。とすれば、今、必要なことは、未来から自由になること、すなわちあやふやな将来見通しを基にいかにも確かなものであるかのごとく政策決定をするのではなく、将来どのような状況になろうともその時点で適切な政策決定ができるよう、制度のチューニングシステムを弾力的にしておくことではないだろうか。制度の高い制度であれば、どうしても制度変更の議論も硬直的になり、結果として、見通しをはずれた場合の落差が大きくなる。それが社会保障制度に対する信頼を毀損する弊害は、最近の年金制度に対する議論を見れば明らかだろう。

だが、社会保障制度である以上、

その時々でころころと変わるものであっては、国民の人生設計の拠りどころたるべき制度の存在意義がなくなってしまう。社会保障としての意義を守りつつ、事態の変化に弾力的に対応できるようにするには、将来とも護られるべき制度の大枠は一定範囲で決めておき、その範囲内での給付と負担の関係はその時々の方々の民主的参加により決められるという手続き保障が重要であろう。例えば、被用者年金につき、給付は現役世代の所得の45%から55%、負担は15%から20%のゾーン内とし、3年毎に当事者が具体的な給付と負担の水準を決めるといった具合にである。もちろん、制度の大枠に関しては、制度の基本哲学・財源・収支バランスを保つ構造など、将来とも変わることはないよう国民の叡智を集めて議論しなければならない。その場合も拠るべきは、不確かで貧相な未来などではない。今までの制度に込められてきた伝統の智慧・先人たちの熟慮であろう。そのような歴史に根ざした社会保障制度改革は、いつの間にか知らないうちに方向が変わっていくような漸進的なものであるはずである。



ケアする理由

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

ケアの現場には何故、感動があるのだろう。小澤勲の『認知症とは何か』には、デイケアでほとんど何もしゃべらなかつた人が特養に入所するとき、スタッフ一人一人に、それまでしてもらったことを挙げて御礼を言ったことについて、それを話すスタッフもそれを聞く著者も泣いてしまったという話が出てくる。こういう感動の意味を解き明かさないと、人はどうしてケアをするのかという疑問に対する答えも出てこないだろう。

T・ノエレットランネルス『ユーザイリユージョン』によれば、アメリカの神経生理学者B・リベットは、私たちの意識は現実の行動より0・5秒ほど遅れていることを実験で明らかにした。意識に上る情報はわずか50ビット足らずであり、われわれの感覚器官が得る毎秒1100万ビット以上の情報を取捨選択し処分するのにそれだけの時間がかかるらしいのだ。換言すれば、意識以前の私たちは如何に豊穡な情報を得ているかということである。

リベットの発見は、私たちが自由意思による行動だと思っても、身体はそれ以前に動いているという

ことを意味する。近代思想が後生大事にしてきた自由意思（自我）が単に身体の後追いしていただけとは何と云うことだろう。にもかかわらず、自我「私」は、あくまで自分が主役であり、実際にはすべての情報を処理している無意識のその人自身「自分」を管理していると思いたがるのだという。しかし実際には、「私」が「自由意思」を経験するのは、「自分」がそれを許すときだけなのである。

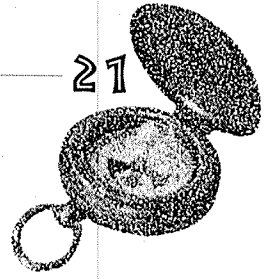
とすれば、「私」が主導権をとっておらず、「自分」が前面に出ているときは、人間のより本来的なあり方が示されているとも考えられる。「四六時中、意識的に制御する必要のないことをするのも、私たちにとって大きな喜びとなる。そういう経験は、心安さ、くつろぎ、そして信頼に溢れている」。鍛錬を積んだスポーツや楽器の演奏・舞踏、面白いゲーム、好調なときの仕事、それらは「自分」の世界である。

人が他者をケアして喜びを感じるのはこのような「自分」のレベルにおいてであろう。このとき、ケアされる人も要介護状態にある者としての「自分」の位相にあるはずである。

『認知症とは何か』にも記されている

るとおり、認知症の患者は記憶や見当識の障害などを中核症状としつつ、病態失認的態度がそれを認知症の不適應に変えたとされている。これらは「自分」の不全であるが、問題は、彼らには「私」の部分がまだ残っており、そのため「自分が人に迷惑をかけていることも、自分が周囲からどのように見られ扱われているかということも、とても敏感に感じ取っており」、不安や怯えを感じているということにある。クリスティーン・ブライデンさんがいう「自分が自分でなくなる恐怖」である。

認知症の患者であつてもこのように「私」の呪縛の下にあるとすれば、ケアは、ケアする人や家族がそれを理解し「私」が感じる恐怖や不安を取り除き緩和した上で、先に述べたようにケアする人とケアされる人が「自分」同士として接するところから始まるだろう。そういう「自分」同士が、相互の共感と信頼、確かなケアのスキルに支えられて共にいるとき、「自分」の壁は溶融し、複数の川が流れこんで一つの海になるように「自分たち」となって、相手の喜びが自分の喜びとなるケアの感動が生まれるのではないだろうか。



マネジメントサービスの方法

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

医療・介護・福祉のサービスを必要とする人々のニーズは千差万別である。心身の状況・家庭環境・生活状況が個々人で異なる以上、当然のことだろう。そういう個別多様性に社会保障はどう対応すべきだろうか。

医療保険の場合、どういう内容の給付をするかの判断は、保険として給付するかどうか、どの程度の給付とするかも含め、すべて患者が掛かった医師の専門的判断に委ねられている。保険者側で医師を雇って判断させるという方法もあるが、患者側の医師の判断と差が出た場合の問題もあり現実には困難であろう。

生活保護や福祉の諸制度（措置・支援費）では、行政職員（ケースワーカー）が、その任に当たることとされている。これは、対象者が限られているために可能なのであるが、専門職たる行政職員を継続的に確保できるかといった問題は残る。

介護保険では、一部限られた者ではなく、広く要介護者一般を対象とすることに伴い、サービスの選択調整は、行政職員が当たるのではなく、医療保険のようにサービス提供者に委ねることもせず、居宅介護支援事業所のケアマネジャーが行うことと

された。利用者は、居宅介護支援事業所を自ら選択して、その意向をサービスの選択調整に反映できることとなったのである。この方法は、サービスの選択調整自体を給付と捉え、その費用を保険財源で賄うことを可能にするものでもあった。

それでは、今回の介護保険改正で導入される介護予防のマネジメントはどう理解したらいいだろうか。

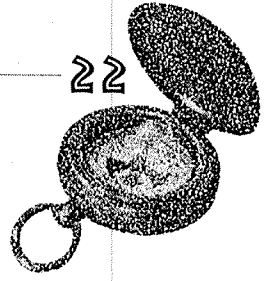
介護予防マネジメントは、市中の居宅介護支援事業所ではなく、原則として市町村が設置する地域包括支援センターの保健師が担当することとされた。これは、従来のケアマネジメントとは、随分と異なる発想に立っている。介護予防サービスのみならず、地域の他のサービスも含めた包括的なサービス提供を考えると、利用者の住んでいる地域中心に対応する方が合理的だということである

が、その結果、利用者が自らの介護予防マネジメントをしてくれる者を選択できる余地はほとんどなくなってしまう。加えて、地域包括支援センターの事業は市町村直営か、その委託を受けた者が行うのであるから、何故、その運営費を保険料で負担するのかという疑問も出てこよう。

法律上出来ないという類の問題ではないにしても、従来のケアマネジメントの扱いの延長では出てこない発想であることは確かだろう。

介護予防マネジメントが原則として市町村の地域包括支援センターに一元化された一方、ケアマネジメントは従来どおりとされたことによつて、利用者にとっては要支援から要介護にかけて二つのマネジメントに跨ってしまうこととなった。その結果、要支援では地域包括であっても、要介護になるとその地域から離れる可能性も出てくる。これでは、利用者の人生の段階を通じたサービスの包括性は確保できまい。将来は、ケアマネジメントも地域包括支援センターに集約するのでなければ筋が通らないのではないか。

だが、多様な居宅介護支援事業者が利用者の選択によりマネジメントサービスを提供する従来の方法にも、民間活力や資源の活用という意味で捨てがたいメリットがある。本当は、地域包括支援は、センターではなくシステムとして構築し、介護予防マネジメントは「予防支援専門員」に担当させるといった選択肢もあったのではないだろうか。



人民の 人民による 人民のための

堤 修 三

大阪大学大学院
人間科学研究科教授

リンカンの有名な演説、「人民の人民による人民のための政治」を社会保障に当てはめて、その在り方を考えてみよう。

現在の我が国の社会保障を云うなら、「Social Security of the State, by the State, for the People」と云えるだろう。社会保障などというものは、独占資本主義の延命装置に過ぎない、よって「for the State」であるという人もいようが、こゝは一応「for the People」としておく。

問題は、「By the State」である。給付は貰える・保険料は取られるという多くの国民の意識はそういう理解に立っている。政策当事者も同様であろう。だが、そういう意識が、国民の社会保障への、さらには国家への依存心を培っているのではないか。また、自分たちが制度をいじれば国民を動かせるという政策当事者の倨傲も生んではいないか。

しかし、少子高齢化や人口減少が進み、巨額の財政赤字と低成長経済の下で不可

避となる社会保障の改革、端的に言えば、給付の抑制や負担の増加を行うには、「of the State」という意識では乗り越えられない。そういう意識の下では、これらの方策は悪政と受け止められ、国民の理性的な判断は期待できないからである。

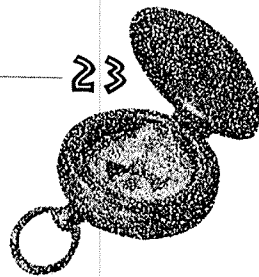
また、政治においても、国民の多数の支持を取り付けるため、「悪政」を回避し問題を先延ばしする安易な姿勢を招くことになる。

とすれば、今後、社会保障制度は、「By the State」ではなく、「By the People」に組み替えていくべきではないか。具体的には、社会保障における保険原則を徹底し、給付と負担の関係を被保険者自身を選択できるようにすること、その観点から保険者権限を拡大するとともに、保険者組織を行政から切り離し被保険者の当事者自治的組織に改めることが必要である。国の権限をできるだけ地方に移譲し、地方において住民の参加による施策の選択が行われるようにすることも欠かせない。

「of the State」についてはどうだろうか。社会保障を、国民の基礎的生活ニーズに対し全国どこであっても均しく必要な給付をするものと捉えれば、国の法律で制度の枠組みを決めることもしないで、すべてを地方に任せてしまうことは許容

されないだろう。少なくとも、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という憲法二五条二項には反する。三位一体改革により進められている国庫補助負担金の一般財源化についても、それにより社会保障としての給付が全国均しく確保されるかどうかを慎重に見極めて判断されるべきであろう。一般財源化に併せて実施の基準が大幅に緩和され、実質的に全国均しい給付が確保できないようでは、「of the State」の責任は果たせない。

だが、「of the State」であるからといって、国の法律で何から何まで細かく決めることは慎むべきであろう。国の法律で決めなければならない国民の権利・義務に關すること以外は、できる限り地方自治体・地域住民や事業者の自主的な取組みに委ねた方がよい。そうでなければ、地方自治体や事業者は、国に説明を求め、お伺いを立てることに終始し、自分で考えることをしなくなってしまうからである。真の地方自治や活力ある市場を支えるのは、自分の頭で考える住民や自治体職員、事業者であり、国の役割は、そういう人々の取組みを煽り唆して全国に広がっていくように仕向けることではないだろうか。



介護予防という権力

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

改正介護保険法による新予防給付の具体的内容が介護予防サービス評価研究委員会や介護給付費分科会の介護予防ワーキングチームの審議や資料を通じて少しずつ明らかになってきた。

新予防給付の成否を左右する予防マネジメントについては、全国のモデル事業で使われるアセスメントシートとケアプランシートが公表された。それを見ると、様々な生活行為について「していない理由」を分析した上で、「今後どうしたいか」についての意欲を引き出し、その実現に向けて支援するという流れが示されている。ポイントは、保健師等の課題分析者が、改善（維持）の可能性について評価し、「～までできているので、続けていきましょう」とか「～までできるはずだから努力しましょう」と本人の意欲と力を引き出すアプローチにあるようだ。ちょっと小学校の通信簿のような気もしないではないが、その考え方自体は非の打ち所がなく、介護予防という観点からも筋が通っている。

だが、少し心配な点もある。そもそも「予防」とは、疾病にしろ、介護にしろ、あるいは火災にしろ、原

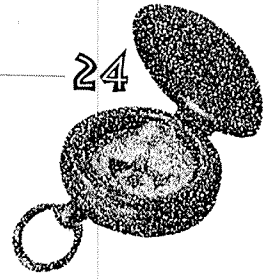
因となるおそれのある様々な事柄について、前広に措置を講ずるものであるから、どうしても人々の日常生活に対し介入的になりやすいという面がある。特に、それを、権力を持った行政が行う場合、予防の効果は上がっても、もっと大事なものが損なわれるおそれがあることを忘れてはなるまい。しかも、予防の理想に燃えれば燃えるほど、担当者がパターナリステイックに自分の判断を押し付けようとすることも考えられる。

また、このような側面を持つ介護予防は、利用者の選択を基本とする介護保険の理念とは危うい緊張関係にある。介護予防のプラン作成が住所地を担当する地域包括支援センターに固定されたり、介護予防のセルフランにつき地域包括支援センターの確認が必要とされたりしていることは、その危うさの現れであろう。

考えてみれば、行政がこのように詳細なアセスメントシートやケアプランシートを作成するのも、予防を含むケアの方法論がケアの現場で確立していないからにはかならない。医療の場合を考えれば明らかのように、サービスの現場においてサービスの的方法論（医学・医術）が確立し

ていることを前提として保険というファイナンスの仕組みが作られるというのが普通の順序なのだが、介護保険の場合は、サービス基盤の拡大を急ぐあまり、ケアの方法論が未確立のままにファイナンスを制度化していること、このような仕儀となつていたのである。とすれば、当面、国が種々の様式を定めることによりケアの方法論やケアマネジメント学を先導するのはやむを得ないとしても、ケアの現場においては介護予防ケアの方法論が一方的に押し付けられることのないよう行政は十分に謙抑的でなければならぬ。さもなければ、予防ケアマネジメントを行政の一部門たる地域包括支援センターに行わせることとしたのが裏目に出てしまうだろう。

少なくとも主観的には国民にとって良いことをしようとするのが福祉国家であるが、それは裏返せば、M・フーコーのいう「生権力」の行使でもある。介護予防には、国や現場の行政担当者が善意のまま権力者になるといふ契機があることを忘れないようにしたい。



憲法の季節

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

政治の世界では憲法改正が現実味を帯びた情勢になり、時代は少しずつ憲法の季節を迎えようとしている。憲法と言えば9条をどうするかが専ら焦点となるが、それ以外にも様々な条文がある。

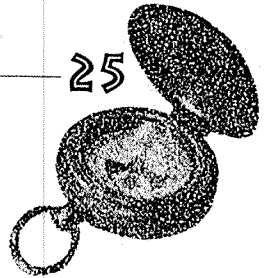
憲法97条を皆さんはご存知だろうか。「この憲法が日本国民に保障する基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果であって、これらの権利は、過去幾多の試練に堪へ、現在及び将来の国民に対し、侵すことのできない永久の権利として信託されたものである」という条文だが、大変に格調の高い文章であり、憲法の末尾に置かれるような規定ではないようである。それもそのはず、マッカーサー草案では、「この憲法によって日本国民に保障される基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の成果である。これらの権利は、時と経験の坩堝の中でその永続性について苛烈な試練を受け、それに耐え残ったものであって、現在および将来の世代に対し、永久に侵すべからざる義務を課する神聖な信託として、与えられるものである」という表現で、第3章国民の権利義務の総則規定としてあったのだ。その一部

が現在の11条に盛り込まれて、この条文は不要となったのだが、11条とは別にこれを憲法のどこかに掲げたという総司令部の要望により現在の97条という形で残ったのである。

それはさておき、「人類の多年にわたる努力の成果」とか「過去幾多の試練に堪へ」という文言を見ると何か居心地の悪さを感じるといふことはないだろうか。これらの文言に値するような日本人の経験や努力は、本当にあったといえるのかという思いである。日本人の伝統や歴史にそぐわないという意味では、押し付けの最たるものではないかとさえ思われる。にもかかわらず、自民党の憲法調査会の憲法改正素案でも、この条文はそのままである。これに比べれば、9条の戦争放棄は日本人の悲惨な経験に即したものであるだけ真つ当だといえるだろう。

といつて、97条は無意味と言いたいのではない。自由や人権を国民自身が努力して守り創って行くという意味でも、ややもすると国民の自由や人権への配慮を忘れがちな司法や行政の各部に自覚を促すという意味でも、この違和感のある条文の存在意義はあるのではないかと。

社会保障にとつて一番関係の深い25条の原型は、「法律は、生活のすべての面につき、社会の福祉並びに自由、正義および民主主義の増進と伸張を目指すべきである」(マ草案)というものであり、これを簡潔にした条文に、衆議院審議段階で「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」という規定が付加されたことは周知のとおりである。原型たる条文は規定の及ぶ範囲が広範すぎるとして、現在の条文(25条2項)となったが、社会の福祉が単独の価値ではなく、自由や正義、民主主義といった価値と並ぶものとしては位置づけられていた草案の規定は、より深いところで正しかったのではないかと。福祉も、本当は、自由や正義、そして民主主義との関連において位置付けられなければならないからである。これとあわせて、自由・権利の保持義務などを定めた現行12条が、最初(総司令部第一次試案)は「この憲法によって定められた自由、権利および機会」は、国民の自律的協力によって保持される」というアメリカ自由主義の発想がよく分かる規定であったことも興味深い。



政策の構成原理

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

E・A・ポオは、その著『構成の原理』で、彼の詩『鴉』を例に、その構成の一点たりとも偶然や直観には帰せられないこと、すなわち作品は一步一步進行し、数学の問題のよくな正確さと厳密な結果をもって完成されたものであると説明している。

まず、彼は、印象の統一という効果を考え、長さを一〇〇行と設定し、次に「美」こそが詩の唯一の正統的領域であるとの観点から、美に最高の表現を与える調子を「悲哀」であるとする。その上で、詩の基調となる技法としては畳句が有効であるとし、音の単調さを守りつつ思想の単調さを避けるため畳句の使い方に変化をもたせることにする。

畳句は、変化の易しさを考えると短い方がいいから一語とし、それを連の結句とするならば、響きがいいこと、長く延ばして強勢を置けることが必要なので、最も引き延ばせる子音rと最も響きのいい母音oを結びつけることが結論される。この音を実現し、悲哀という調子を帯びている単語として「Nevermore」という言葉が彼の頭に浮かんだという。

次にこの語を何度も繰り返す口実を考え、それを理性ある人間が何度も単調に繰り返すことは困難で

あると気が付いたので、詩の主体を人間ではなく、ものが言えて理性を持たない生物にすることにし、始めは鸚鵡が心に浮かんだが、悲哀という調子を考えて鴉に置き換える。こうして、憂鬱な調子の一〇〇行ばかりの詩の各連の結句で不吉な鳥、鴉がNevermoreという一語を単調に繰り返す形の詩の骨格が出来上がったのである。

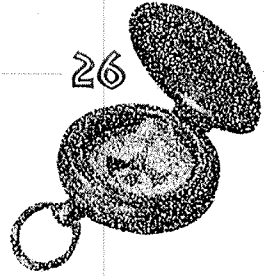
ポオが本当にこのようなプロセスで詩を作ったかどうかは別として、いかにも推理小説の粗らしい詩の作り方ではないか。ここには、厳密な三段論法ではないが、S・ホームズらの名探偵が駆使する推論という方法(Deduction)がある。

長々とポオの詩論を紹介したのは、社会保障を含む政策の選択も、このような推論を経ることによって、誰でも必然的に同様の結論に至るはずだというのが私の確信だからである。最も直観に依拠すると思われる詩ですら、このように推論に基づき、数学のような必然性をもって作られ得るのであれば、より論理が求められる公共政策の選択においてはなおさらではないか。

たとえば、高齢者医療制度の政策選択については、次のごとくである。

高齢者といっても一般の国民であるから、医療保障は社会保険で行うことを前提とし、まず高齢者の保険料負担の方法を考える。保険料の対象となる高齢者の収入を見ると公的年金が支柱になっているが、その水準において基礎年金だけの者と被用者年金受給者とは大きく異なっている。そこで、被用者年金受給者と基礎年金受給者は分けた方が合理的ということになる。とはいっても高齢者の医療費水準を考えれば、いずれの場合も現役世代の支援が必要である。それは、被用者年金受給者の医療費については年金制度の仕組みに乗って被用者年金の被保険者が年金保険料と同様に負担することにより、基礎年金受給者の場合は他にも収入があることが想定されるので国保被保険者として現役世代も含む相互扶助に組み込むことで実現できる。

こうして、私は年来の主張である被用者年金受給者保険の創設という選択にたどり着いたのだが、誰でも推論を重ねていけば同じ結論に達するはずなのに、意外にもそうならないのは何故だろうか。当事者たちの多くが推論以前の状況論理に負けてしまったせいだろうか。



地方の逆選択と社会保障

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

生活保護など福祉分野の地方分権議論が盛んだが、費用負担が絡むと両者の主張が逆転してしまうところが面白い。国庫負担を減らしたい厚生労働省は地方の裁量拡大を言い、負担増を嫌う地方団体は全国統一的な実施の必要性を強調する。地方団体はその根拠として、憲法25条が最低生活保障は国の責任としていると言いが、それは、地域の問題は地域住民に委ねるといふ分権の論理を超えるものだろうか。

仮に、生活保護の実施を、最低生活基準の設定や費用負担を含め、すべて地方に委ねたらどうなるだろうか。多くの地方団体が財政負担を懸念し、最低生活水準を低く設定して低所得者を排除しようとするおそれがありはしないか。住宅扶助などで他の地域からの転入を制限するような基準設定や運用をするかもしれない。地方団体による住民の逆選択である。司法は、それを法の下の平等に反すると断じてくれるだろうか。

そのおそれが否定できないとしたら、地方分権とは言いながらも、地方団体が逆選択をするおそれのある事業については、一律の基準を定めて全国統一的な実施を義務付ける必要があるだろう。社会福祉関係の事

業の多くはそれに該当して統一的な実施基準を必要としようし、逆に生活習慣病予防の健診事業などは統一的な実施基準を定めずとも地方団体は積極的に取り組むだろう。

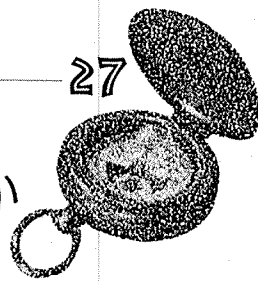
生活保護を始めとする福祉関係の事業の多くは統一的な実施の義務付けが必要であるとした場合、そのためにはどのような財政措置が求められるだろうか。法律で実施の基準を定め、その遵守を義務付ければ、地方団体は地方交付税措置だけでできんと実施できるとするのは、総務省の岡本全勝氏（同省大臣官房総務課長、前交付税課長・ぎょうせい「地方財政改革論議」）である。他方、衆議院議員の土屋正忠氏（前武蔵野市長・中教審での意見表明）は、義務教育費についてはあるが、金も出さずに口だけ出すのはおかしいと国庫負担の必要性を主張する。いずれも地方関係者であるが、地方団体の本音はおそらく後者であろう。

とすれば、社会福祉関係の事業の費用負担のあり方を議論するときは、統一的実施の必要性と国庫負担とはセットで議論せざるを得まい。その際は国庫負担の削減に気を取られるあまり、社会保障が満たすべき統一的実施の必要性に目を瞑るよう

なことがあってはならない。この間、議論を呼んだ生活保護の国庫負担問題で、そういう傾向が一部に見られたことは残念であった。

統一的実施が求められる社会福祉関係の事業に国庫負担が必要なことは認められるとして、その割合はどの程度が適当だろうか。おそらく唯一の正解が理論的に導き出されるというものではない。法定受託事務の場合、1/2を超えれば一応の理屈は立つのではない。もちろん、現に一定の割合で国庫負担が行われている事業については、引き下げの必要性を説明できる別の論拠が必要であることは言うまでもない。

それはさておき、社会福祉関係の事業について、地方団体の逆選択を排除し、全国統一的な実施が求められる最終的な根拠は何だろうか。おそらくそれは、人々は望む限り自分が生まれ育った土地で生涯を送る権利があるということではないか。そういう権利を保障されることにより、人々は一定の地域で世代を超えて暮らしを立て、文明とも言うべき生活の様式を築き上げることが出来るからである。



総医療費の規模に意味があるか

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

内閣府によると97・02・03年度の医療制度改革は患者負担を増やしただけで総医療費の抑制には、ほとんど効果を発揮していないという。患者数が予想どおり減らなかったのが原因らしい。医療費抑制には、レセプト情報の電子化などで医療費の透明化を図るなど、別の方法が必要だとの提言だ。

だが、問題は「方法」にあるのだろうか。総医療費の抑制という目的自体は本当に正しいのだろうか。2006年の医療制度改革でも、経済財政諮問会議等の議論を受けて、長期的対策として都道府県医療費適正化計画による中長期的な医療費の抑制と、高齢者の患者負担の増加や診療報酬の適正化による短期的な医療給付費の抑制が打ち出されている。

問題は総医療費なのか、医療給付費なのか、それとも医療給付費の国庫負担なのだろうか。そのどれも同じように抑制すべきだというのだろうか。確かに総医療費は医療給付費に医療給付費国庫負担であるから、総医療費を抑えれば、他の2つも抑えられるが、逆に国庫負担の抑制が他の2つの抑制に、医療給付費の抑制が総医療費の抑制に当然に結びつくものではない。それぞれの差、す

なわち患者負担や保険料負担をどうするかという問題があるからだ。

それでは、この3つの「医療費」について、私たちはどう考えればよいのだろうか。

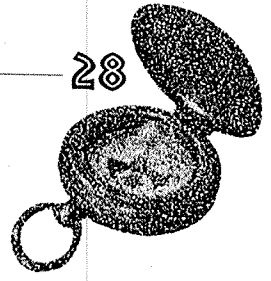
まず、医療給付費の国庫負担については、国と地方合わせて政府債務残高が800兆円に達しようという状況では、抑制基調で臨まざるを得まい。もちろん、その場合も、国的一般歳出全体の中での配分、あるいは社会保障関係費の中での配分において、施策の優先順位が十分に吟味されるべきことは言うまでもない。基礎年金の国庫負担の積み増しや児童手当の拡大に国費がどんどん投入されている現状を見ると、この吟味がしつかりと行われているとは考えにくい。仮に、国庫負担は抑制しても医療給付費を抑制することは適当ではないと、国民・被保険者が判断する場合には、その分は保険料を引き上げるしかない。

高齢化等により医療給付費が増加傾向にある中、保険料の引き上げをせず医療給付費を抑制するか、患者負担の引上げを避けるために医療給付費の増も止むなしとするかも、国民・被保険者の判断・選択の問題である。給付費（保険料）と患者負担

の関係について必要な情報の提供を十分に受けた上で、国民・被保険者が自分たちの医療に要する費用負担の在り方として議論するのが社会保険の本来だからである。

それでは、医療給付費と患者負担の割合に関し国民・被保険者がしっかりと納得した上で必要な費用を負担した結果である総医療費についてはどうか。その規模の大小は問題となりうるのだろうか。総医療費の規模は、医療サービス市場において患者や医療機関といったプレイヤーが取引をした結果として決まったものに過ぎないのではないか。

もちろん、医療市場は純粋な市場ではなく、7割以上が保険制度により下支えされた準市場であり、それゆえに買い手も売り手も節度が求められる、節度を超える取引により生じる無駄は排除されなければならない。だが、それはそういう対策として行われればよいのであって、市場規模の問題ではないはずである。住宅市場の規模が何兆円になろうと問題ではないのと同様、総医療費の規模の大小に経済的な価値の差はなく、そのコントロールが政策目標になるといえるのはおかしい話である。



ちょっと逆さま

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

本当は自分たちの立場とは異なることに繋がるにもかかわらず、ちょっとした思い込みから抜け出せないことが人には往々にしてある。

ある医師会の幹部は言う、健康保険法の「療養の給付」こそが、本来の現物給付であり、介護保険法の費用の支給を認めたのは失敗だった。

確かに、「療養の給付」は現物給付の規定である。だが、それは、保険制度である以上、当然のことながら保険者が自ら「療養の給付」を行うことが原則であることを意味する。その証拠に、創設時の健康保険法では「療養の給付」は、まず保険者が設置する医療機関が行うことが第一とされ、次に保険者が契約した医療機関、その後には都道府県知事の指定を受けた保険医療機関の順で規定されていたのである。おそらく、これは、市中に保険医療を担ってくれる医療機関があるという保証がない以上、保険料を徴収し「療養の給付」を行う責任のある保険者が自らの医療機関で提供すると宣言せざるを得なかったであろう。大正末期という健康保険法立案時の医療機関の状況を反映した規定といふべきである。

これに対し、介護保険法の立案時には、介護保険サービスを担う事業

者は既に市中に存在し、また、制度導入により更なる参入を期待することも可能であった。言ってみれば介護保険法は、介護サービス市場において介護サービスの取引が行われることを前提とし、その費用保障をするという構成を採ることが出来る時代の産物なのである。医療保険に置き換えて言えば、自由開業医制の下での医療市場における医療サービスの取引が前提とされているといつてよい。そう考えれば、自由開業医制の堅持を基本とする医療機関の立場からは、医療市場における自由な医療サービスの取引が当然の前提とされる介護保険法の費用保障方式の方が本当は好ましいのではないか。

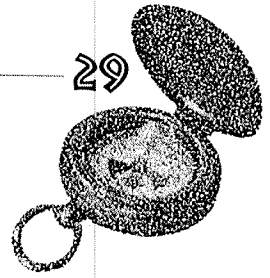
昨年12月の政府・与党の医療制度改革大綱で「医療保険制度の一元化を目指す」ことが明記されたことを、国保陣営は自分たちの主張が盛り込まれたものと歓迎しているという。だが、一元化された制度の下では市町村の役割が相当に大きなものになることは容易に想像できるにもかかわらず、そのことはあまり想定されていないようだ。

介護保険制度は保険者が市町村に一元化された一元的な制度であり、大綱で創設することが決定された後

期高齢者の医療保険も保険者は各都道府県の全市町村が加入する広域連合に一元化され、保険料徴収は市町村が担うこととなった。これらからも明らかのように、一元化された医療保険制度において、市町村は自ら保険者となるか、少なくとも保険料徴収について全面的に責任を負う立場になることは大いに可能性がある。

しかも、一般の医療保険が一元化された場合、介護保険や後期高齢者医療保険のように費用の相当部分を被用者保険の拠出に求めることも不可能になってしまふ。最悪の場合、被用者の保険適用を事業所に行わせることができず、保険料の事業主負担を求めることが出来なくなるおそれもある。仮にそれを維持することができたとしても、市町村は、事業所からの保険料徴収事務や被用者からの保険料に係る収納責任を逃れることは出来ない。

一元化された医療保険の保険者を国が担うことはありえない。サービスの保険である以上、地方公共団体の関与と責任がなくなることはないのである。国保陣営もそろそろ一元化を唱える利害得失を冷静に考えた方がよいのではないか。



健康ファシズムの予兆

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

平成14年の健康増進法あたりから、その予兆はあったのだが、最近の動きを見ると、どうやら健康ファシズムと言えるような気配がしてきた。健康増進法2条は「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。」と国民の責務を定めている。これが単なるお題目に止まっているうちにはさほど問題はないかもしれないが、介護予防給付に運動機能向上や栄養改善が組み込まれたり、高齢者の医療の確保に関する法律案に健康診査の実施に関する強制的色彩の強い規定が置かれたりするのを見ると、あたかも「健診国家」が出現したかのようである。

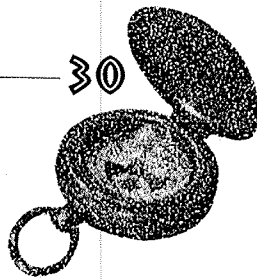
同法案では、生活習慣病の健診とその結果に基づく保健指導→国民の健康の保持の推進→高齢期の医療費の適正化という論理の流れに立って、国が糖尿病などの健診と保健指導の実施の基本指針を策定し、保険者に基本指針に沿った健診等の実施計画の策定と同計画に基づく健診等の実施を義務付けている。しかも、この保健法による市町村の保健事業とは

異なり、他の保険者や健診等の実施義務者との関係が明確に整理され、加入者が自らの保険者以外の実施する健診等を受けた場合は、関係者の間で必要な費用と記録のやり取りをすべきことが詳細にシステム化されている。国保2000・健保組合1500の保険者のすべてが40歳以上の加入者につき、このような健診等の実施と記録の管理を長期間にわたって行うことが出来るのだろうか。多くの保険者における継続的な健診等のデータ管理の難しさを考えれば、おそらく次の段階では全国レベルでこれらのデータを集中管理するシステムが登場することは想像に難くない。国家による国民の一元的健康管理体制の登場である。

しかも、高齢者医療確保法案では、保険者の健診等の実施および成果に関する目標の達成状況などに応じて、保険者が納付すべき後期高齢者支援金の額を増減させるという規定まで設けられている。後期高齢者支援金自体の薄弱な根拠はさておきとして、40歳から74歳までの加入者に対する健診等の実施状況が75歳以上の後期高齢者医療費にどのような影響があるのだろうか。検診等の実施が後期高齢者医療費に与える効

果についての具体的な実証もないのに、健診等の実施状況がよくないからといって後期高齢者支援金の額を増額するとしたら、合理的理由を欠くペナルティと言うほかない。これは保険者の財産権の侵害であり、憲法29条違反のおそれがある。

誤りは、健診等の実施による高齢者の健康の保持を、高齢者医療費の適正化の「手段」と位置づけてしまったことにあるのではない。健康の保持自体も完全な善であるか疑問であるが、それが高齢者医療費の適正化という経済的価値に従属するとなれば、不健康な者・健康の保持に向けて自己管理ができない者は、文字どおり穀潰し（穀＝経済）ということになるだろう。市町村が主体であった老人保健法の健康診査等を、医療費適正化に関心が強い保険者の業務としたことの怖さはここにある。次には、胃カメラを吞まない者が胃がんになっても保険給付はしないと、いう発想が待っているかもしれない。「清潔」の観念が人々の意識と社会を変え、少々の生きづらさを感じさせているように、「健康」の観念がより多くの生きづらさを齎すことを恐れずにはいられない。



論点メモの不思議

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

3月末に総理官邸で開かれた「社会保障の在り方に関する懇談会」の資料（論点メモ）を見ていたら頭が混乱して来た。どうみても、書かれていることと最近の改革内容が食い違えばかりか、ピントがずれているところがあるのである。

論点メモでは、公費と保険料について受給権と結びつきやすい保険料中心とされているが、高齢者医療制度における後期高齢者支援金や病床転換支援金はどう見ても保険料の範囲を超えている。「結びつきやすい」で誤魔化しているのかもしれないが、保険料と受給権の関係はその程度のものなのか。基礎年金については、保険方式の堅持をいうのであれば、そんないい加減なことをいうべきではあるまい。

社会保障の公費は、主に拠出が困難な者を保険でカバーするために投入としているが、基礎年金の国庫負担率を上げて巨額の国費をつぎ込むうとしていることをどう説明するのだろうか。社会保障の公費の役割をそのように位置づけるのであれば、一元化された制度における給付費への一律負担はありえず、拠出時における保険料補助の形を取るべきであるが、そこまで遡って見直す覚悟があ

るのだろうか。また、分立する制度への国庫負担の位置づけや方法についてはどう考えているのだろうか。

社会福祉等の公費は最低限度の救済や低所得対策に重点投入するとうが、障害者自立支援法の定率負担は重点投入といえるのだろうか。

また、次世代育成支援や若者の自立支援、高齢者の就業支援、女性の両立支援、非正規労働者対策が、社会保障の担い手の拡大として掲げられているが、これらは社会保障の財源対策としてではなく、それ自体として追求すべきものだろう。短時間労働者や被扶養者の社会保障適用についても同様である。

自立支援型・予防重視型への転換や健康寿命の延伸が社会保障給付への依存の抑制という言葉で捉えられていることについても、同じような違和感を覚える。担い手の拡大といふ依存の抑制といい、正直といえば正直かもしれないが、こんな姿勢や位置づけで国民の理解を得られるとは思えない。

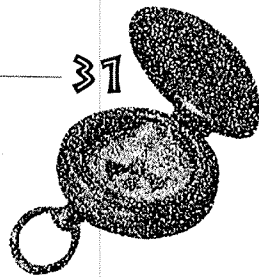
国庫負担依存度の大きいわが国の社会保障が、現下の国家財政の急迫の下で、制度の維持可能性が危ぶまれる状況にあることを否定するものではない。しかし、最近の格差拡大

傾向によって社会保障の重要性がクローズアップされていることも忘れてはなるまい。失業や病気のため医療保険の保険料が払えない者、医療費の自己負担が払えず生保の適用を受ける者、社会適応力が弱いため定職につけない若者など、今ままであれば社会が何とか包摂してきた人々が、社会保障のセーフティネットから零れ落ちはじめているのである。

加えて、この格差拡大が一定限度を超えれば、社会保障の基盤である人々の相互扶助や連帯の精神も覚束ないものとなるおそれがある。国民皆保険・皆年金という社会保障の理想は、極端な格差のある社会ではそもそも成り立たないのだ。

今、社会保障は、制度の維持可能性が危うくなる一方、格差拡大の中でその存立基盤が揺らぐ中、本来の機能を発揮することが求められるという極めて困難な状況にある。

とすれば、この論点メモには、格差拡大社会における社会保障の役割という、もう一つの重要な論点が抜けて落ちているというべきであろう。それとも小泉内閣の下では格差拡大を前提とした議論自体がタブーとなっているということだろうか。



格差拡大に社会保障はどう 対応するか

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

実証的と称するさまざまな反論はあるものの、実感として国民の所得や生活の格差が拡大していることは否定のしようがないようである。このような事態に社会保障はどう対応するのだろうか。

2006年国会に出された医療制度改革法案では健康保険の保険料の上下限がそれぞれ3級ずつ増やされ、上限が98万円から121万円に、下限が9・8万円から5・8万円になるといふ。格差拡大を前提とすれば、これ自体は適切な措置であろうが、高額療養費限度額において低所得者は据置き、上位所得者は引上げとされていることを合わせ考えると、このような対応が社会保障の強制加入を揺るがすことに繋がりはいないか心配になるところではある。

強制加入の社会保障（特に国民皆保険）が成り立つには、すなわち国民同士が互いに援け合うべき仲間であると感ずることが出来るためには、国民の所得水準がある程度平準化していることが必要である。国民総中流社会をもたらした戦後システム（横並び春闘・食糧管理制度・地方向け公共事業・地方交付税制度・累進所得税など）がバブル崩壊後の経済停滞とそこから脱却を目指した

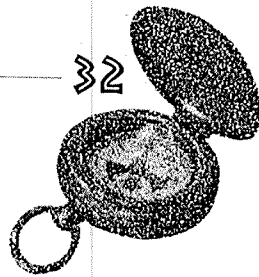
「構造改革」により崩壊し、格差拡大が著しくなってくると、この社会保障の基盤が危うくなってくる。保険料の上下限に絞ってみても、それが設けられている趣旨（保険である以上、保険料負担の水準と受益水準があまりにもかけ離れていては被保険者の理解が得られない）と上下限の引上げ・引下げとは、社会保障の基盤と社会保障の機能という両者の間で深刻なディレンマに直面するのである。社会保障の基盤を揺るがすことない範囲内で慎重に格差拡大へのアジャストを進めるとともに、社会保障の限度を超える部分については公費の一律負担を止めて低所得者への重点投入に切換えるといった制度見直しも必要になってこよう。

格差拡大が齎すもう一つの問題は、社会保障の各制度自体は不変であっても制度相互の関係において矛盾や不整合が生じることである。例えば、ある病院の医師によれば、健康保険の自己負担が3割となったため患者の負担能力に配慮して治療内容や医薬品の選択をせざるを得なくなったが、生活保護受給者の場合は自己負担がないので患者の懐具合を考慮することなく十分な医療を提供できるという。高度成長期やバブル経済期

であれば、3割負担でもこのような不整合の感覚は深刻でなかったかもしれないが、格差拡大により自己負担ゼロと3割の開きは数字以上のものとなっているのだろう。

このような制度間の矛盾・不整合に対して、どう対応すればいいのだろうか。おそらく医療保険の給付の引き上げが容易ではないとすれば、生活保護の見直しは避けられまい。医療扶助実施方式を変更した上で若干の定率自己負担を導入することもなども検討されていいのではないだろうか。

振り返ってみると、今まで行われてきた社会保障制度改革は、国民の所得や生活の格差を視野に入れることなく、個々の制度の収支改善や国庫負担の抑制しか考慮してこなかった。ましてや、制度相互の相対的な位置関係が変化し矛盾や不整合が生じることがあるという視点も持ち得なかつたと思う。国全体として、格差をほどほどに抑えるシステムの再構築に政策の軸足を移すとともに、社会保障制度改革も、各制度の機能や制度間の相対的な関係が国民の所得や生活状況の変化によって影響を受けるということまで踏まえて行われる必要があるだろう。



自助・互助・共助・公助—連帯

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

5月26日に出された「社会保障の在り方に関する懇談会」の報告書で、今後の社会保障は「自助」を基本とし、それを生活のリスクを相互に分散する「共助」が補完し……といったことが書かれていることを知り、一瞬目を疑ってしまった。我が国は「自助」を基本とする自由主義社会であり、そこでの社会保障制度も「自助」を基礎におく社会保障方式を中心とし……というのなら理解できるのだが、これでは社会保障は本来なくともいいかのようにではないか。

保険料の拠出は人々の「自助」の精神に働きかけるものであるが、同時に、それが他の構成員を助けることに繋がる場所に公私を問わず保険制度の妙がある。その意味では、「互助」も保険の本質であるといえる。だが、社会保障で多く採られている応能保険料においては、給付と負担の関係が「お互い様」の範囲を超える場合が出てくる。その超える部分をどのように正当化するかについては様々な議論がありえようが、社会保障の保険集団が共同的な集団であることに応能保険料の根拠があることは確かであろう。そう考えると、社会保障料の応能的部分を「共助」と称するのが適当だろう。

社会保障の公費負担を捉えて「公助」という言い方がされることもあるが、公費負担にも給付費に対するものと保険料に対するものがあり、それらにも一律のものとは低所得者に特化したものがあるほか、分立している制度において財政力の弱い保険者に対して行うものや一元化された制度において一般的に行うものがある。それらの意味や正当性についての検討は重要な課題であるが、ここでいう自助・互助・共助とは異質のものと考えられる。

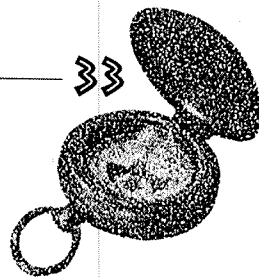
実定法の目的や理念規定において「連帯」という言葉が用いられたり、社会保障全般の基礎付けにその語が使われたりすることもあるが、この「連帯」は、どう捉えたいだろうか。国民年金法や介護保険法における共同連帯という用語法から見れば社会的扶養の意味が込められているように取れるし、老人保健法やそれが全面改正された高齢者の医療の確保に関する法律の用語法には、社会的扶養に加えて保険者間の財政調整の根拠というニュアンスもある。

とすると「連帯」には、同一の世代の範囲を超えた別の世代による費用負担、あるいは他の保険集団による財政支援という意味が、少なくとも

も実定法レベルでは込められているのではないか。賦課方式の年金は被保険者とかつて被保険者として保険料を負担した者という関係はあるものの世代的には異なる集団間の社会的扶養であるし、医療保険における財政調整は文字どおり別の保険集団に属する者の間の財政支援である。

このように「連帯」が同一の集団を超える観念であるとしたら、当然のことながら、「連帯」に基づく関係は同一集団の構成員間に働く保険関係よりはずっと弱いものとなる。権利義務の関係にも、両者の間に濃淡があるはずである。また、「連帯」で結び付けられる集団間の関係が希薄であれば「連帯」が及ばない場合も出て来ようし、「連帯」の程度が大きくなって個々の集団の存立までが脅かされるような場合にはそもそも「連帯」の範囲を超えるということになる。

自助・互助・共助・連帯を現実の制度に即してこのように理解する考え方は一般的ではないかもしれないが、これらの用語が語感の与える印象だけでスローガンのに使われることを放置していると、理不尽な負担を正当化する道具とされる危険があることを忘れてはならない。



哲学と制度の間

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

経済社会の市場主義化が進む中で「公共性」の再構築という議論が盛んになってきた。公共哲学に関する叢書や論文集の刊行も目立っている。そういう議論が、社会保障という極めて公共的な営みの基礎づけに及ぶのも半ば当然のことと言ってよい。

東大出版会の公共哲学叢書の一巻として刊行された『福祉の公共哲学』には、ロールズやセンのほか、リパタリアニズムやコミュニタリアニズムの主張に立脚する多くの論文が収録されていて読み応えがある。

だが、現実の制度の正当性について論じようとすれば、社会保障一般ではなく、公的扶助や社会保険といった制度に即したより具体的な議論を求めたい気もする。

最も恵まれない人々の利益を確保する限りで不平等は是認されるとするロールズの格差原理は、一般的には社会保障を基礎づけるものと受け取られている。だが、無知のヴェールの下ですべての人々が同意するのは最低生活の保障までではないだろうか。最貧者ではない人々にも標準的な医療水準を保障しようとする公的医療保険の根拠を、この格差原理から導くのは難しいように思われる。格差原理は最貧者の生活向上さえ図

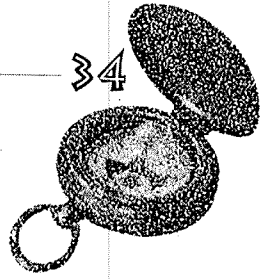
っていれば満たされると理解されるからである。公的医療保険が社会保険である（すなわち強制加入である）ことの理由としては、低リスクの者にとつて相対的に高くなる保険料負担の回避（逆選択の防止）が挙げられることが多いが、これは制度設計者側の論理であって、低リスクの者を納得させる論理ではない。低リスクの者に保険加入を納得させる論理はないものだろうか。

ドゥオーキンは、すべての人が同等な条件に置かれた仮想的な保険市場の下では、個々人が富や情報を適切な形で所有していることから、思慮ある人々の判断により最低レベル以上の給付水準が合意されるだろうという。だが、そもそも、この条件で人々が医療保険の契約を締結すること自体、本当に考えられるだろうか。富が適切に配分されているという想定で保険契約の成立を導くことは難しいのではないか。むしろ人々は自分の富がどれくらいかを知っており、個別のリスクについては無知であるという条件の方がありそうな想定だろう。では、そういう想定の下で適切な水準が保障される医療保険は皆の合意を得られるだろうか。おそらく一律定額の保険料であれば

ば、所得の高い層が反対することはあるまい。それを超える部分は任意の保険でカバーすればいいからである。だが、保険料の負担能力のない人々は同意するまい。彼らの納得を得るには、比例的な保険料とするか、公費による保険料補助をするしかない。では、そのような対応について富裕層は理解をしてくれるだろうか。比例保険料であれば、税による補填であれば、それは彼らの負担増に帰着するから、その納得を得るには、彼らの所得が多いことが社会の仕組みに起因することを説明する必要がある。

富裕層が成功した要因の多くは、同じように成功した親からの相続、祖先から受け継いだ能力を開花させた教育、彼らの努力を成果に結びつける市場など、社会が認知し、構築し、管理しているシステム（相続・教育・市場）にある。とすれば、それらから多くの恩恵を受けた彼らに、その程度に応じた多めの負担を求め、それは許容されるのではないか。

こんな説明が果たしてどれだけ説得的か私にはよく分からないが、哲学と制度を架橋する議論がしつかり行われないと、制度がますます現実に流されてしまうことだけは確かであるように思われる。



盆栽化する介護保険

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

この連載の第1回目（2003年12月号）のタイトルは「介護保険は生長する」であった。そこで私は、制度はいったん生まれると「おのずから生る」ように自律的に生長するものであり、周囲があまりひねくり回さない方がいいと書いたのだが、4月から実施された改正介護保険は、果たして真つ直ぐに生長したといえるだろうか。

今回改正の底流にあったのは給付費の増加に伴う財政問題であったが、これは介護保険という木が生長していくための養分補給が困難になるということを意味する。この問題に対して政府が採った方策は介護予防による給付費の適正化で介護保険の生長を抑えることであった。その結果、介護保険は盆栽のように小さくまとまってしまいそうな気配である。しかも、介護予防のマネジメントとサービスは従来の介護給付のそれとは別体系とし、その水準もかなり低くされたことから、異なる木から細い枝が接木された感がある。特に、その介護予防サービスの枝には様々な条件が付され、技巧的で不自然な枝ぶりとなっているのではないか。

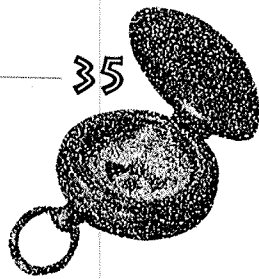
また、介護予防マネジメントを行う地域包括支援センターのみならず、

地域密着型サービスも市町村を細かく分けた圏域ごとに配置することとされたことにより、契約制度への移行で実現した利用者の選択の自由が実質的に制限されることとなった。その結果、介護保険の木が植わっている土壌の一部が変わって、その部分は別種の苔で覆われてしまうだろう。介護保険創設時に謳われた「利用者本位」の理念は、保険者やケアマネジャーによるパターナリステイクなものではなく、その基礎には「利用者の選択の自由」があったはずだ。だからこそ、措置制度の下で閉塞を感じていた国民の多くが開放感をもって介護保険を受け止めたのではなかったか。この利用者による自由な選択という価値は、適切なサービスの確保という政策目標より重いものであり、この自由は何よりも尊重されるべきであると思ふ。

介護保険サービスは介護報酬や諸基準に規定されるところが大きい。今回の報酬改定では多くの加算・減算の仕組みなどが設けられたが、とりわけ、ケアマネジメントに関するそれは極めて複雑なものになっている。外から見れば、曲がった小枝が巧妙に組み合わされて人工美を極めているとも言えるが、内側の当事者

は、細かい枝に絡め取られて身動きできなくなっているのではないか。

介護保険が国民に齎したものと、家族介護の重い負担から解放されるという期待感を挙げることでできる。より正確に言えば、そういう期待を持つことが公認されたということであろうか。その現われが、増え続ける施設の入所希望である。これに対応する今回改正では、高齢者専用賃貸住宅などを特定施設生活介護に加えるといったものであったが、これらは同時に採られた都道府県計画における総量規制の対象拡大により事実上打ち消されてしまったのではないか。その結果として増えるのは、総量規制の対象とならない「住宅+近接事業者による在宅サービス」という事業形態だろう。入院日数の短縮という医療保険の動きを受けて、この手のサービスは今後急速に増えるかもしれない。中には劣悪なサービスが出てくるおそれもある。「盆栽」と化した介護保険ではあるが、これでは、手入れが行き届いているのとは一部だけで他は雑草が生い茂っているようなものである。介護保険は、自ら掘り起こした施設入所ニーズにそろそろ正面から向き合うべき時期に来ているように思われる。



介護リスクの特性

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

介護保険法の改正によって、従来の要支援と要介護1の一部が要支援1・要支援2となり新しい介護予防給付の対象とされたが、その背景には、要介護認定者、中でも要支援・要介護1といった軽度者が著しく増加し、当初12〜13%程度と見込まれていた要介護認定者数が最近では17%に近づきつつあるという事情があった。このようなことから、関係者の中には、次期改正において要支援1・要支援2を給付対象から外して地域支援事業に移すべしという人もいる。

だが、介護リスクが医療リスクと比べ固定的な性格を有しており、いったん要介護者になると通常は非・要介護者に戻ることはないということとを踏まえると、やみくもに給付の対象範囲を狭めることは、リスク分散という保険の仕組みを採用したことで自体の妥当性が問われることになるおそれがあることを忘れてはならない。誰もが病気になる一方、治癒して健康に戻ることを基本に成り立つ医療保険と、要介護者になると受給者であり続け、要介護にならない者は一方的に負担するだけという介護保険では、保険料負担に関する被保険者の納得度が異なるからである。

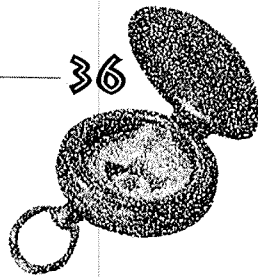
制度創設時、一定の時点を捉えれば要介護者は10%程度に過ぎないが、一人の人間の生涯を辿れば半数の者は要介護状態になるから介護保険の給付を受けられる者は決して少なくないという説明がなされたことを覚えておく人も多いはずだ。

この点に関し、フランスの歴史家であり思想史家でもあるP・ロザンヴァロンは、「要介護状態は、ハンディキャップでも病気でなく偶然の水準における現象ではないので、リスクとして考えることはできない」として、これを今日における「保険社会の衰退」の一例に挙げ、介護問題を引き受けるとすれば、包括的な国民連帯の形でしか不可能であると言っている（「連帯の新たな哲学——福祉国家再考」）。彼のようにリスクを厳格に考えると、医療保険においても不治の病や先天性の疾患をカバーできなくなるおそれがあるので、私は、社会保険と純粋の私保険におけるリスクの捉え方には少々異なるがあってもよいと思うが、制度を設計する上では、このような介護リスクの特性に注意する必要があることは、覚えておいた方がいいだろう。

現に、我が国の介護保険において公費が50%・二号保険料が31%とさ

れていることは、「包括的な国民連帯」が保険制度の中に組み込まれているともいえるし、ドイツの介護保険についても、保険者は疾病金庫との二枚看板とされ分立しているものの、保険料率は医療保険の保険料率と異なり全国一本の料率に統一されていることは、「包括的国民連帯」の要素が内包されているものと理解することができる。

このように介護保険の制度構造には既に介護リスクの特性が組み込まれているとしたら、その給付対象となる者の範囲を縮めることには、十分慎重でなければならぬ。今後とも、保険料水準が上昇していくことを考えればなおさらである。その意味では、今回の改正で要支援や要介護1を単に切り捨てるのではなく、一部に給付制限が行われ制度への信頼が揺らいでいるとはいえず、新予防給付として制度内に留め置かれたのはまだ良かったといえるだろう。そして、将来、給付費の増加が続いて保険料の限界に達するときに来るとしても、採るべき方法は、給付の対象範囲を縮減して受給者を減らすのではなく、給付割合の引下げにより対応すべきであることを指摘していきたい。



不可知論と政策の立場

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

アランはその『定義集』で、「不可知論 (AGNOSTICISME)」について、次のように書いている。

「これは知ることができないと諦めている人間の態度である。たとえば、神が、来世が、魂が存在するかどうか知ることができない。あるいは物自体が何であるかを知ることができない。感覚に現れた結果によつてしか物自体を知らない。これはほとんど懷疑論者の態度であるが、ただ、不可知論の態度は懷疑論者の態度より穏やかである。懷疑論者は何もあかしできないことを倦まず証明しようとするのだ。不可知論者は通常、曖昧で不確実なことにおいては動揺しないこと、他者を不安にしないことが道徳だとしている。それはすなわち、憎しみ、野心、貪欲を鎮めることである。独断論者の狂信とは対照的に、不可知論者の道徳は節度と平和とからなっている。」

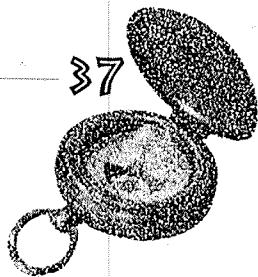
のだ。もちろん、知ろうと努力はするし、それはそれで大事なことだが、知ることができるのはごく一部であるし、それとても絶対的なものではない。知識は常に新しい知識に覆される可能性によつて脅かされているのである。

だが、このような不可知論を、専門家が主張することを、一般の人々は容易には認めてくれない。専門家はすべてをよく知っており、それ故にその判断に誤りはない。もし、結果が悪ければ、その専門家の過誤に基づくものに違いない——というのが、普通の人々、特にその代表然として振舞っているマスコミの考えからだ。例えば、最近の医療過誤に関するマスコミ報道を見よ。しかも、専門家の中にも、独断論者がいるものだから、不可知論者はますます分が悪い。

政府の政策担当者も国民から見れば、専門家である。専門家である以上、たくさん情報やデータを持っているはずであり、だからこそ、将来の現通しも正確に示せるに違いない。曰く、明確な将来ビジョンを、エビデンスに裏打ちされた政策を、PDCAサイクルによる政策の遂行を——などと、当局が経済や社会の

事象をコントロールできるという無意識の計画思想が流れていることを窺わせる言説には事欠かない。

社会保障の分野では、2006年度の「骨太方針」で示された歳入・歳入一体改革の考え方によると、2011年度に基礎的財政収支を黒字化するため、社会保障の公費負担の伸びを5年間で1・6兆円（国だけで1・1兆円）抑制するというが、ここにも無意識の計画思想が見取れる。これからの予算編成では、毎年の予算縮減（平均2200億円）の実行可能性を規定する翌年度のいわゆる当然増の額をめぐる、財政局と厚生労働省との間で虚々実々の駆け引きが繰り返されるだろう。だが、翌年度とはいえ、医療費などの社会保障費は確実にコントロールできるものではないのだから、この駆け引きは空しいものというほかない。そればかりか、数字のために自縄自縛となって無理に無理を重ねる説明に政府自身が苦しむことになるだろう。不可知論者であれば、知ろうとする努力には限界があることを認めた上で、最後は、この社会の基本的なプリンシプルに則った判断をするというのが賢明な選択であると思われる。



後期高齢者医療の不可解

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

平成20年度からスタートする後期高齢者医療制度には、74歳までずっとサラリーマン家庭の専業主婦で健康保険の被扶養者だった者が75歳に到達したとたんに一人前の被保険者となつて保険料納付義務が発生する——といった不可解な部分が多くあるが、ここでは公費負担の方法の不可解について見てみよう。

後期高齢者医療では、一般的には給付費の5割は公費負担と説明されているが、これは現役並みの所得がない者についての話であり、現役並みの所得がある者の給付費には公費負担は行われないこととなっている。かつての老人医療費無料化制度では高額所得者への公費負担はなかったが、老人保健法ではすべての対象者の給付費に公費負担がなされているし、介護保険法においても同様である。普通、一元的な制度に対し一律に行われる公費負担は「連帯」の理念に基づくものと説明される。老人保健法は「自助と連帯」、介護保険法は「国民の共同連帯」、そして高齢者の医療の確保に関する法律も「国民の共同連帯」を理念として掲げているが、果たしてここにきて「連帯」の意味内容に変化が生じたのだろうか。介護保険法では国・地方公共団

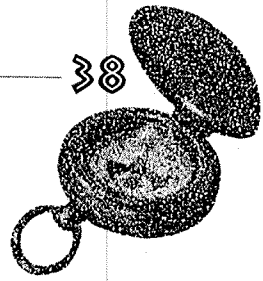
体・現役世代が重層的に支えると説明されたはずだが、国や地方公共団体はもう「連帯」には加わらないということだろうか。立法者は、老人保健法や介護保険法とは異なることについての説明責任は免れまい。

もちろん、国や地方の負担についても最終的には国民の税負担に帰するのであるから、「連帯」に国や地方の負担が不可欠というものではないが、例えば連帯名目の保険料と消費税では負担者や負担方法が異なり、それらの組合せによる「連帯」にもそれなりの意味があると思われるが、その途は封じてしまおうということだろうか。

あるいは、本年5月の「今後の社会保障の在り方懇談会」の報告の趣旨に沿って、公費負担は自助や共助では対応できない困窮などの状況に对应して投入することにしたということも考えられる。だがそうであれば、公費負担は現役並みの所得がある者への7割給付とそうでない者の9割給付の差分に充てれば済むことであり、それを超えて現役並み所得がない者の給付費に5割もの公費負担を入れるには及ばない。現役並み所得という線を超えるかどうかで、5割の公費が付くか付かないかが分

かれるというのも極端である。どうやら、今回の公費負担方式の変更は、明確な思想もなく、公費、特に国庫の負担抑制のために仕組まれたものと解する外なさそうである。

公費負担が入るのは現役並みの所得がない者という説明となつているが、法律上は所得の額が政令で定める額以上の者を公費負担の対象から除くとされているだけで、政令で定める所得の位置づけについては、何ら示されていない。租税法定主義を巡って争われた国保の保険料の場合、保険の収支を均衡させるというフレームが決まっているから、その計算方法が告示等で明らかにされていれば済むといえるが、後期高齢者医療において医療保険者が負担する支援金の額は公費負担の投入範囲によって直接の影響を受けるのであるから、支援金およびそのための保険料の性格が限りなく租税に近いということを差し置いても、その範囲は法律上明確でなければならぬだろう。具体的な所得の額は政令で定めるにして、財政事情によって公費負担の恣意的な引き下げが行われないよう、「現役並みの所得がある者として」定めるといふ政令の趣旨は少なくとも法律上明確にすべきである。



社会のリスクから個人の責任へ

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

かつて貧困や傷病は、個人の怠惰や不注意によるものか、あるいはせいぜい甘受すべき不運であり、個人の責任の領域に属するものであって社会的に対応すべき問題とは考えられていなかった。だが、産業化の進展は、それらを個人の責任の領域に置いておくことを許さない。その突破口になったのは労働災害である。生産過程が複雑化する中で、損害賠償の責任をどの個人に負わせるべきか同定することが困難になってきたからである。19世紀の末、行動や個人責任という主観的観念からリスクという客観的観念に移行することにより、社会はこの問題に対する解決策を見出した。保険技術の活用である。これにより、倫理的規範との適合という古典的正義の観念に対して、純粹に契約上の正義という観念で社会問題に対処することが可能となったのである。当時の西欧の法律家が保険原理に熱狂したのも無理からぬことといわねばならない。

だが、最近の予防の制度化は、それが必然的に貧困や傷病の原因まで遡らざるを得ないがゆえに、社会的リスクから個人の責任への回帰を促しているように見受けられる。介護予防にせよ、メタボリック・シンド

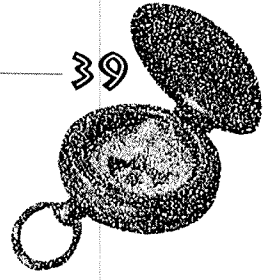
ロームにせよ、それが啓蒙・普及の域に止まっている間はまだ良い。だが、それが義務付けられるとなると、個人の責任が強調され倫理的規範の色彩が付着してくるおそれがある。戦時中、国家総動員法の下で「贅沢は敵だ」とパーマをした女性の髪が切られたように、「贅肉は敵だ」とばかり肥満や喫煙者などが社会的不適応者のレッテルを貼られる心配はないか。仕事熱心な官僚は、特定健診と保健指導を受けなかった肥満者や禁煙プログラムに挑戦しなかった喫煙者には心臓病や肺がん治療の自己負担を増やすと言いつつも、自己責任でなく、ここにあるのだ。

貧困についても同様の動きがある。昨年10月に全国知事会・市長会の検討会が出した「新たなセーフティネットの提案」によると、生活保護制度の中に稼働世代のための有期保護制度を設け一定の就労支援プログラムを義務付けるとともに、生活保護とは別にボーダーライン層に対する同様の就労支援制度を設けるといふ。後者はまさに「生保予防」といふべき制度である。これも制度の仕組み方によつては、就労支援に応じなかった者や支援したにもかかわらず就労に

至らなかつた者に対し、怠惰な人間・社会のお荷物という規範的レッテルを貼ることに繋がるおそれがある。

ここで思い出すのが、都市政策・犯罪政策の分野に近年大きな影響を与えた『割れた窓』の理論である。「ひとつの割れた窓を放置しておく、すべての窓が割られてしまいうだろう」と無秩序と犯罪の連続性を指摘するこの理論は、ゼロ・トレランス政策としてニューヨークの治安回復に大きな成果を挙げたとされているが、この政策の対象となるのは都市におけるちよつとした秩序を乱す行為であり、その範囲は常に拡大する傾向を持つている。

就労プログラムに不熱心だというレッテルを貼られた貧困層がゼロ・トレランス政策の対象のすぐ近傍に位置することは明らかだろう。労働法制の規制緩和により雇用のセーフティネットが縮んで新たな貧困層が生み出されている今日、それらの者を社会的不適応者としてしまふおそれのある「生保予防」プログラムが、広範な規律管理社会を手練りさせるおそれがあるのではないかと心配するのは杞憂であろうか。(参考『連帯の新たな哲学』P・ロザンヴァロン、『自由論』酒井隆史)



前期高齢者医療の陥穽

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

後期高齢者医療制度に較べれば、前期高齢者医療への関係者の関心がそれほど高くないように見えるのは、その内容である財政調整の方法が基本的に老人保健拠出金の考え方を踏襲しているからであろう。

前期高齢者医療の財政調整がもたらす危険については既稿（社会保険旬報2276号）でも触れたが、その前に理論的に整理しておくべき問題については論じることができなかった。それは、保険者間の財政の不均衡を是正する仕組みとしては財政調整による対応と国庫負担による方法の2つがあるが、この両者はどちらが優先するのか、あるいはどういう役割分担があるのかという問題である。本来、この問題は老人保健法や退職者医療制度創設の際、整理されるべきであったのだが、うやむやのまま、今日に至っていた。

まず、既存の複数の主体が制度によって保険者と位置づけられている場合を考えてみよう。国保や介護保険制度における市町村がその例である。市町村間に財政格差がある場合、それを市町村間の財政調整により是正することは許容されるだろうか。法律的に仕組みなくはないが、持ち出しとなる市町村は保険者を返上す

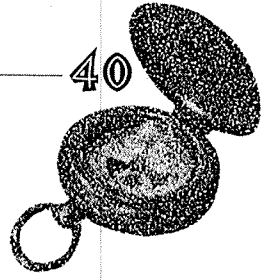
ると言い出すに違いない。むしろ国庫負担で格差を是正するというのが保険者を引き受けてもらう条件になるだろう。

次に、1つの制度の中に法律上設立される保険者と任意に設立された保険者が存在する場合はどうか。健康保険制度における政管健保と組合健保がそれに相当する。この場合、任意設立を認めた国の責任を重視すれば、財政力の弱い政管健保には国庫負担で対応すべきということになる。また、保険者が独立によりメリットを確保したことに着目して財政調整を行うこととすれば、事情変更の法理により、財政調整を制度化する前に設立された組合健保と、それ以降に設立された組合健保では取扱いが異なることになるであろう。もし、財政調整の制度化以前に設立された組合健保にもそれを適用するとすれば、当該組合健保の解散の自由は完全に保障される必要がある。

わが国の皆保険体制は、建前としては、市区町村の区域に住所を有する者すべてが加入する市町村国民健康保険を前提として、被用者保険や国保組合の加入者はその適用除外という法律構成となっている。

用除外とした国の責任を重視すれば、財政力の弱い市町村国保に対する国庫負担は正当化される。逆に、適用除外とされたことによる受益（低い保険料）が被用者保険や国保組合にあることに注目すれば、市町村国保と被用者保険等との財政調整も根拠付けられるかもしれない。もちろん、この場合、所得捕捉率の違いという超えるべきハードルがある。また、制度間の財政調整は制度内のそれより順位としては劣後するだろう。

現実の制度では、かつては国庫負担のみで行われていた保険財政の不均衡は正が財政調整によっても行われるようになり、今日では両者が並存している。2つの方法の使い分けに合理的な根拠はあるのだろうか。前期高齢者医療の財政調整は年齢構造に着目した調整であるが、これをもって、年齢構造調整は保険者間調整で、それ以外の負担能力の是正は国庫負担で行うという説明をする方法もあるかもしれない。だが、保険者の分立を認める以上、保険者間で年齢構成や負担能力に差が出てくるのは当然であり、両者を区別して説明する合理的な根拠はない。さらに理論的な検討が俟たれる所以である。



労働権の再発見

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

1980年代から進んだ労働法制の規制緩和は、1990年代から2000年代初頭にかけて、さらに大幅に進められた。当時の日経連が1996年6月に出した「政府規制の撤廃・緩和要望について」には、①裁量労働制の適用範囲の拡充、②一年単位変形労働時間制の適用要件の緩和、③法定労働時間の一日8時間の制限の削除、④事業場外みなし労働時間制の拡大、⑤フレックスタイム制の弾力化、⑥一斉休憩規定の廃止、⑦労基法の罰則の廃止、⑧女子保護規定の撤廃、⑨有料職業紹介事業の事業制限の撤廃、⑩労働者派遣事業の自由化などが並んでおり、これらの多くが政府の「規制緩和推進計画」において取り上げられ実現を見ている。その結果、正規雇用の割合は低下を続け、多くのワーキングプアを生み出しているのは、周知のとおりである。また、正規雇用の者も非正規雇用との競合の中で労働強化を強いられ、それに耐え切れない者は遠慮なく遠心分離され、非正規雇用・失業への道を辿っている。

国民を支える雇用・社会保険（防貧）・公的扶助（救貧）の3つセーフティネットのうち、最も基本となる雇用のネットは機能不全に陥りつつ

あり、それに連動し、原則として正規雇用に対応する被用者保険のネットも縮小し、脆弱な地域保険でしか支えきれなくなりつつある。また、最後の受け皿である公的扶助のネットも国・地方の財政逼迫の影響を受け、むしろその機能を縮小させようとしている。時代は200年ほど遡り、産業化初期の悲惨な社会に戻りつつあるのだろうか。

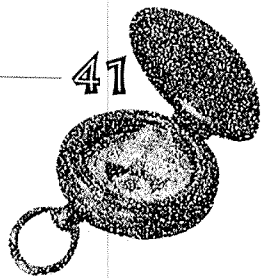
しかし、2世紀を経た今日の我々には、この間の労働者の闘いによって獲得された労働権があったはずである。戦後日本では、日本の経営と労使慣行の下で高度成長を達成したこともあり、社会保障を基礎付けることもあり、社会保障を基礎付けることもあり、労働権は一時期を除いて比較的影が薄かった。だが、現在のような労働者の危機的状况においては、もう一度、憲法に労働の権利と義務・労働3権が規定されている意味を再確認すべきではないか。

憲法27・28条は、国民の勤労の権利と義務を謳った上で、勤労条件に関する基準の法定、勤労者の団結権等を保障している。勤労および勤労者に関し、なぜ憲法は特別の保護規定を置いているのだろうか。勤労者といえども、個人の一人であるのだから、自由権と財産権、それに生存

権の保障があればよく、あとは私的自治・契約自由に任せればいいのではないかという意見もある。

憲法が勤労に関し特別の規定を置いているのは、憲法が保護しようとする市民法秩序から市場経済や雇用労働が必然的に生み出されることを前提に、労働者が使用者に対して従属的地位にあることや労働者は人間であり単なる労働力商品ではないことを踏まえ、憲法レベルで市民法原理（私的自治・契約自由）に一定の介入・制約を付すことが必要であると考えられたからに他ならない。さらに言えば、憲法は、雇用が長期にわたって継続することも是とし、それを保護しようとしてもしているのである。そこにあるのは、単に労働者の生活の安定を確保するということだけでなく、雇用労働といえども人間の生の実現の場であるという認識ではないだろうか。

経営者も、雇用をコストとしてのみ捉えて際限のない低コスト競争を続けるといふ異に嵌ったままでは、真剣に支えてくれる労働者が誰もいなくなつた企業の荒廃と使い捨てにした企業を眺める元労働者たちの怨嗟の目でしか待っていないことに、そろそろ気づくべき時である。



後期高齢者医療の不可解 その2

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

後期高齢者医療制度は「不可解」の宝庫である。12月号では、公費負担の入れ方の問題に触れたが、今回は、後期高齢者保険料について考えてみよう。

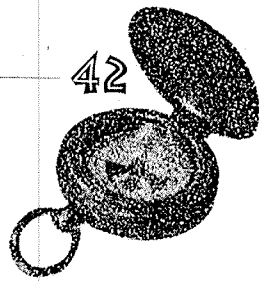
後期高齢者保険料は、平成20・21年度は給付費の10%と明確に決められており、公費や後期高齢者支援金の割合がそれぞれ約50%・約40%とされているのとは比べれば潔い。しかし、何故ちょうど10%なのだろうか。やや古いが、平成15年度の医療保険加入者中、75歳以上の者は7・8%だったが、20年度にはピタリ10になるのだろうか。あるいは、65歳から74歳の障害を持った高齢者を加えればそういう数字になるというのだろうか。明確な根拠が示されるべきである。このことと関係があるのかどうか分からないが、22年度以降は、この保険料の割合は、75歳以上の者と74歳以下の者の割合が変化するのに伴い、74歳以下の者の減少率の半分の割合で引き上げていくという。介護保険の1号保険料と2号保険料の負担割合は、人口構成比をそのまま反映するシンプルなものであったが、ここでは何故1/2しか反映させないのだろうか。

おそらく、人口構成の変化をその

まま反映させると、後期高齢者の保険料が高くなりすぎるという懸念から、それを抑えようとする措置である。だが、後期高齢者支援金が世代間扶養のシステムとして設計された以上、世代間の人口構成の変化は正確に負担割合に反映させるべきである。そういう意見に対し、後期高齢者は医療費が高いから、人口構成の変化をそのまま保険料に反映させることは適当でないという回答が返ってくる。だからこそ、給付費のすべてを75歳以上の被保険者に持たせるのではなく、74歳以下の者も支援することにしたのではないか。もし、75歳以上の者の割合が増えると医療費の単価も増えるというのであれば、その根拠を示し、その事実に基づく負担割合の調整方式とすべきである。

後期高齢者医療が「保険制度」であるというのなら、その被保険者内でリスク分散が行われているというのがタテマエのはずである。75歳以上の者の中にも病気になる人とそうでない人がいて、医療給付費の10%というわずかな割合ではあるが、これらの人たちの間で相互扶助が行われているというわけである。だが、

そうだとすると、65歳から74歳までの障害高齢者も後期高齢者医療の被保険者とされているのはどういうことか。65歳以上の障害高齢者を後期高齢者医療の対象とするのは、かつての老人医療費無料化制度から老人保健制度までと同じ取扱いではあるが、独立制度となつた後期高齢者医療においても引き継ぐべきものだろうか。後期高齢者が保険集団を構成し、その中でリスク分散をしようというのに、65歳から74歳までとはいえ、有病率が有意に高いであろう障害高齢者を抱え込ませるのは、保険の原則から言えば、理に反する。障害高齢者は大きな保険集団に含まれる存在だったから、福祉的観点から給付率を上げることが許容されたのであって、制度の性格が変わつたにもかかわらず漫然とそれを続けるのは知的怠慢である。それとも、74歳以下の障害高齢者も75歳以上の後期高齢者も日常的な医療利用者という意味では似たようなものというのだろうか。であれば、保険料とは名ばかりで利用者の応能負担に過ぎず、後期高齢者医療は、応益応能合わせで2割の利用者負担と税およびそれに限りなく近い財源による似非保険制度ということになる。



「連帯」考

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

昨今、社会保障を支える理念として「連帯」に注目が集まっている。法律用語としては1959年の国民年金法の「国民の共同連帯」が嚆矢であるようだが、その後も老人保健法・介護保険法や2006年医療制度改革法による改正後の高齢者医療確保法、さらには障害者基本法や身体障害者福祉法・障害者雇用促進法など障害者関係のいくつかの法律において用いられている。

これらの立法例を見ると、どうも「連帯」という言葉には何か立派なことというニュアンスがあつて、それを利用して特に国民に特別の貢献や負担を求めたい時に使われているような感がある。かつて「連帯を求めて孤立を恐れず」などといった世代から見れば、国から「連帯しろ」なんていわれたくないと思つてしまふのだが、このあたりの言葉の使われ方は「連帯」の本家、フランスでも似たような事情らしい。A・コント・スポンヴィルによると、「ポリテイカリー・コレクト」流行のために、時代遅れに思われる「寛大さ」という語を誰も口にしようとはせず、かわりに「連帯（ソリダリテ）」という語が使われている。その結果、これら二つの概念は混同され、連帯は

人々のあいだでのうるわしい感情でしかなくなつてしまふほどであるという。彼は、この二つは他者の利害を考慮に入れることは共通だが、寛大さの場合は我々が何も共有するところのない相手であつてもその利害を考慮に入れるが、連帯の場合は、両者が利害を共有しているからこそ我々はその他者の利害を考慮に入れるという点に違いがあるとす。そういう意味での連帯には、社会保障はもちろん、市場における取引すらも含まれる。スポンヴィルが具体的に示しているわけではないが、フランスにおいて「連帯」の名前で「寛大さ」が求められている例としては、失業のリスクのない公務員に失業保険の保険料負担を求める「雇用を奪われた労働者のための、連帯による例外的負担金」が挙げられるかもしれない。また、医療保険の給付が保険料を払っていない者にも拡大されたことなどに伴い、医療保険財政を賄うために導入された課税ベースの広い社会保障目的税CSG（一般社会拠出金）を付け加えることもできるだろう。

このような動きは、近年のわが国における社会保障改革でも見られる。例えば、老人保健法から始まった保

険者の拠出金制度も「連帯」の名で進められたし、後期高齢者医療制度における医療保険者の支援金の場合、保険加入関係のない者の医療費負担を求めるものであるから、その「連帯」（実はほとんど「寛大さ」の度合いはいっそう大きい。さらには、基礎年金の国庫負担を1/2まで引上げることも、連帯の要素の拡大と理解することもできよう）。

洋の東西を問わないこのような動きを保険から連帯への進化と捉えるべきか、保険の崩壊と理解するべきかという問題は措くとしても、スポンヴィルがいうように「連帯」は往々にして「寛大さ」の別名であることは注意しておいた方がいいだろう。「連帯」とは名ばかりで実は「寛大さ」を求めるものである場合には、普通の人々の協力は実際上得にくくなるからである。とすれば、我々は「連帯」の名で貢献や負担を求める制度について、「連帯」だからと済ませるのではなく、具体的な制度内容に即して、本当に「連帯」の範囲内にあるのか、むしろ「寛大さ」を求めるものではないのかを慎重に吟味する必要があるのではなからうか。

（アンドレ・コント・スポンヴィル「資本主義に徳はあるか」紀伊國屋書店）