

管理型法から自立型法へ

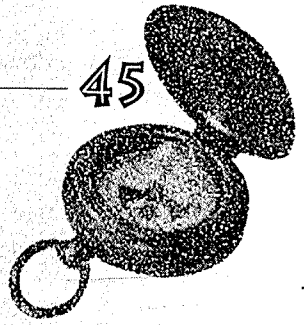
大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

法科大学院や裁判員制度を中心とする司法制度改革を支えた理論の一つは、田中成明京大名誉教授の「法を国家権力から国民に課せられた強制的な命令として垂直方向で捉える視座から、多様な人々が相互主体的に行動調整するための規則や手続きあるいはフォーラムとして水平方向で捉える視座（相互主体的視座）への転換」という考え方であった。司法制度改革の当否は別として、このような考え方は至当であろう。教授はこのような観点から日本法を、自由で平等な権利主体が相互に水平的に行動調整するための普遍主義的基準や手続きからなる「自立型」法、政策目的の実現を目指して国家が国民の社会生活を規律・規制するための基準や手続きからなる「管理型」法、正規の実定法の外部で人々のインフォーマルな行動調整のために生成してくる基準や手続きである「自治型」法の三類型に分け、普遍主義的な自立型法を中軸に置いて一層の自立型法化を進めるとともに、管理型法や自治型法を用いるとしてもそれらを相互主体的な視座に立つて活用していくべきであると主張する。

公権力行使の法的規制の受益者と捉える傾向に対する問題意識に基づいており、それはさらに「人々の権利の自覚や主張が、私的レベルで共通のルールに従って他人の同様な権利主張をも尊重しあうという互酬性に裏付けられた私権ではなく、公権力機関と直接的な対抗ないし依存関係に立つ人権、しかも、一方的な受益関係に立つ生存権を中心に拡がっている」という認識にも繋がっている。社会保障制度を規定する法は田中教授のいう管理型法であるが、「生存権的要求ですら、市民相互の互酬的な利益と負担の自主的調整という、権利の原点に立ち返って、市民がお互いに他人の身になって考えてみて、承認に備すると判断するものでなければならぬ」とすれば、これを、相互主体的視座を活用する方向へ変えていく必要は大きいといわねばならない。最近の社会保障制度改革は果たしてそういう方向に向かっていくといえるだろうか。

「措置から契約への転換」を基軸とする介護保険制度創設・社会福祉基盤構造改革、障害者福祉制度改革は、社会福祉に相互主体的視座を導入するものであったと評価できるだろう。それでは、元々、保険契約の擬制の上立つ社会保険制度においてはどうか。一般の医療制度改革で、政府管掌健康保険が政府から切り離され公法人たる全国健康保険協会の管掌するところとなり、保険料設定も都道府県単位で行われるとともに、全国および都道府県の支部レベルで被保険者や事業主が参加する運営協議会が設けられることになったのは、その方向に沿ったものである。しかし、医療費適正化のために特定健診・保健指導の実施を医療保険者に義務付け、ペナルティまで課すというのは、管理型を強めるものというほかない。本来、個人の自由な判断に委ねるべき健診の受診といったことを医療保険者に義務付けるのは、自由の侵害である。予防の美名に隠れているが、予防以上に医療費適正化に直結する、重大疾病に罹患しているにもかかわらず受療せず、将来、重篤化してより高額な医療費がかかることを予想される者に対する受療指導を医療保険者に義務付け、ペナルティを課すことの是非を考えてみれば、特定健診・保健指導を義務付けるおかしさも了解できるのではないだろうか。ここには相互主体的視座など、どこにも見当たらない。

（参考）田中成明「法への視座転換をめざして」



介護保険サービスと アメリカ型経営

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

介護現場における人材不足が深刻な問題となつてきているようだ。景気回復に伴い一般の雇用情勢に明るい兆しが見え始めているのに対し、介護職の有効求人倍率は全産業平均を大きく上回る水準が続いている。にもかかわらず、介護関係の勤労者の平均年収は2001年以降、逐年減少を続けているという。これは、どうしたことだろうか。おそらく介護報酬の引下げが続くなか、事業者は人件費のカットに励んでいるのである。その結果、事業ごとの収支率はそれほど変化していないとすれば、それは次回の介護報酬改定の引下げ要因となるだろうから、事業者は自ら自分の首を絞めているのである。しかし、それが介護人材の不足を招き、ケアの質の低下や現場の荒廃を招いているとしたら、事業者の自業自得と済ませるわけにはいかない。

診療報酬もそうだが、現在の介護報酬の改定ルールは、事業ごとの収支率を見て赤字であればマイナス方向、赤字であればプラス方向で行うということが基本となっている。介護保険は短期保険であるから、ある時点における事業ごとの収支状況をベースに、このような方法で各々の保険財政運営期間において財政が許

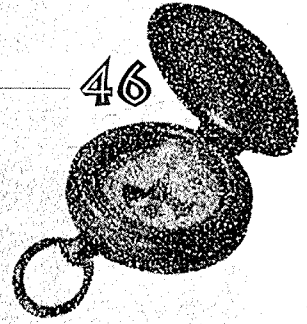
容する範囲で報酬改定が行われるのは、一応は合理的ということができる。しかし、介護報酬の改定がこのように短期的な収支状況を基に行われるからといって介護サービスの経営まで短期的な観点から行われているものだろうか。

特に介護保険の場合、高率で一律の公費負担があること、基礎年金から天引きされるので1号保険料の引上げ制約が強いことなどから、介護報酬の改定は、現下の財政経済状況の下では常に抑制的なものになりがちであり、いわば「生かさぬよう殺さぬよう」に行われることになることからすれば、事業者は「長期的観点に立つて介護職員の給与等の勤務条件の改善のために費用を惜しむな」と言っても、「分かつてはいるが次回の報酬改定が厳しければやっていけない」との答えが返ってくるだけであろう。いきおい、事業者は短期的に売上げを伸ばすとともにコストを減らして利益を上げることに集中することになるのである。いわば、最近の介護人材不足は、短期的な観点から介護報酬の改定をせざるを得ない介護保険の制度特性がもたらしたものと見えるのではないか。ケアの質の向上には優秀な人材の確保

が重要であるにもかかわらず、それを阻害するのが短期保険である介護保険制度であるというのは皮肉と言ふほかない。日本の介護保険制度のような構造においてはアメリカ型の短期的視点に立った経営しか成り立たないのだろうか。

診療報酬の改定と医療経営の関係も基本的には同じであるが、従来は引上げが常例であったため、このような問題が表面化しなかつたと考えられる。しかし、そのようなことが期待できない現下の状況では、引上げ・引下げの両方の可能性があるという前提の下で、介護報酬の改定に関する何らかのルールを少しづつでも明確化していくほかあるまい。例えば、収支差の幅と介護報酬改定の関係をルール化する(収支差が $\alpha\%$ 以下の場合には引上げるなど)といったことは検討できないだろうか。その場合には、当然、標準的な人件費比率や他業種の平均給与水準との比較が組み合わされることになる。

財政的制約はあるが、人材の養成確保が長期的視点に立つてなされなければならぬ課題である以上、そういう視点を介護報酬改定に組み込むための努力は避けて通れないように思われる。



福祉法の空洞化

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

介護保険制度創設後も老人福祉法は存続しているが、どうも影が薄いようだ。言うまでもなく、措置として行われていたサービスが原則的に介護保険給付として行われることとなり、措置の条文が事実上空洞化したからである。また、老人居宅支援事業や老人福祉施設に関する規定も、老人福祉法に残ってはいるが、介護保険法による指定・基準・指導監督の規定と重なっており、実質的な意味は薄くなっている。在宅介護支援センター（老人福祉法上は老人介護支援センター）と地域包括支援センターとは制度上は別物であるが、名称も機能も紛らわしいし、多くの市町村では両者が重ね合わされている。

増え続ける要介護高齢者のニーズを考えると、社会保険の手法を用いて、規格化されたサービスを大量に供給する（個別ケースへのフィッティングはケアマネジメントとして給付する）ほかなかったから、老人福祉法の空洞化も半ば必然的と言うべきであろうが、それでも介護保険サービスが断片化しがちであることを踏まえると、老人福祉法の基本的理念などの規定が果たす役割は重要であるといえるだろう。

これに対し、障害者自立支援法と

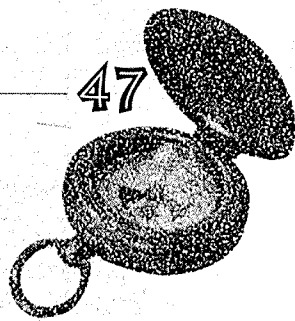
身体障害者福祉法その他の福祉法との関係はどうだろうか。措置から契約に転換した支援費制度は各々の福祉法に埋め込まれる形になっていたが、それらを引き抜いて自立支援法にまとめてしまったので、障害者関係の各福祉法が老人福祉法と同様に空洞化してしまったことは見てのとおりである。だが、今回の改正は本当に、支援費制度のような埋め込みスタイルではなく、自立支援法のよくな独立型でなければならなかったのだろうか。自立支援給付といっても、介護保険のように構成原理が全く異なるものではない以上、各福祉法に規定するのは不自然といった事情はなかったはずである。

自立支援給付と支援費の最大の相違点は周知のとおり応益負担の導入であるが、立案者は応益負担の導入は「福祉」法の範囲を超えると判断したのであろうか。そうとすれば立法形式としては首尾一貫しているといえるが、それならば、「福祉」でもない「保険」でもない第3の制度構成原理とは何かを、財源との関連も含めて体系的に提示するべきであろう。「皆で公平に費用を負担する」といった説明では不十分である。

応益負担のほか、障害程度区分の

認定など自立支援法に取り入れられた仕組みを見ると、将来の若年障害者への介護保険適用をにらんで、その受け入れ態勢を障害者のサービス体系においても整えておこうという意図が見え隠れしている。若年障害者への介護保険適用自体に異論はないが、それは、障害者福祉サービスと介護保険給付の事実のレベルでの重複調整で対応すべきであって、サービスの形式を無理に介護保険給付に合わせる必要はない。むしろ、障害者福祉サービスと介護保険給付とは趣旨・ねらいが異なっていることを明確にして、障害者独自部分を強調すべきなのである。

将来、若年障害者への介護保険適用が実現すれば、自立支援法のかなりの部分は介護保険法に引き抜かれてしまい、自立支援法は僅かな部分の上乗せ・横出し的に残るだけになるだろう。障害者福祉法自体も事業や施設に関する規定は社会福祉法の相当規定を中抜きにしていることも数えると、障害者福祉に関する法律は、社会福祉法・障害者関係各福祉法・障害者自立支援法・介護保険法と、4つの法律が順に中抜きされた複雑な入れ子構造になってしまうのである。



財政構造改革法と 骨太方針2006

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

平成9（1997）年橋本内閣で成立した財政構造改革法を覚えておられる人も多いだろう。バブル崩壊後の経済対策により累増する国債発行に危機感を抱いた当時の大蔵省の主導でアメリカの包括財政調整法をモデルに立法化されたものの、その後の景気後退により「弾力条項」が追加され、わずか1年で機能停止という運命を辿ったという法律である。

20世紀末の日本経済の「大停滞」を招いた政策の失敗について分析した塩谷隆英は、その著『経済再生の条件』の中で、バブルの発生と崩壊の過程を振り返り、1980年代後半には「部分最適化と中途半端な制度変更」という失敗によって資産価格の暴騰をもたらし、90年代には「状況判断の誤りと問題解決の先延ばし」という失敗によって経済大停滞を招いたとしている。そして、具体的には、橋本政権が掲げた六大改革のうち最初に手をつけた財政構造改革によって景気の足もとが脅かされ、結果的に銀行の不良債権問題の解決を先延ばししたコストが経済の大停滞であったという。

確かに、財政構造改革法は予算編成権という内閣の権能を法律の形をとって国会に縛ってもらおうという

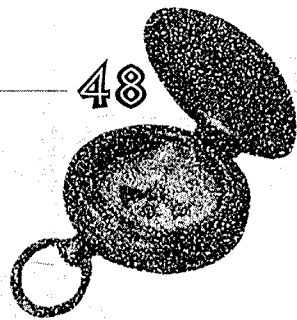
不思議な法律であった。しかも、大蔵省（当時）は「リセツションの兆候が表れると法の機能が一時停止する」というアメリカの包括財政調整法にあった弾力条項を盛り込むことすら拒否したのである。

それから約10年経った今日、財務省は再度、財政再建に乗り出した。小泉内閣の末期にできたいわゆる骨太方針2006である。財政構造改革法ほど包括的かつ詳細ではないが、2006年度からの5年間で「国の基礎的財政収支で均衡（国債の利払い費を除いて財政収支均衡）させることを目指す」ものであり、閣議決定とはいえ、各省にとつての拘束力は法律に匹敵するものといつてよい。しかも、歳出削減が困難になった場合には歳入歳出一体改革の名の下に方向転換を図る含みは残してあるものの、経済情勢の変化に対応する弾力条項的なものは見当たらない。果たして、これで本当に10年前と同じ轍を踏むことはないのか、気懸かりである。

だが問題は、財政再建が景気対策に及ぼす影響には止まらない。社会保障予算の削減が社会保障制度の後退を招き、社会保障が果たしている社会の統合や社会の安定化という機

能が弱体化することによって社会全体が受ける影響の方がより深刻である。社会保障が持つ社会の統合・安定化機能には、それが前進しているときはあまり表面に出ることがなく、むしろそれが後退するときに強く意識されるといふ片面的な性格がある。しかも、多くの場合、それは個々の国民生活への圧迫という形をとるから、個人の国家に対する恨みツラミの感情となって現れるという危険もあるのだ。

ここに社会保障を国家が直接運営することのリスクがあるのだが、それはさておいても、財政再建が社会保障、ひいてはわが国の社会のありように与える影響の深さ・大きさを考えれば、その方法・スピード・タイミングなどにおいて細心の注意が必要である。骨太方針2006の内容に沿って闇雲に5年間を突っ走った後に残るのは、ズタズタになった瀕死の社会保障であり、人々が一体感を感じられない、バラバラで殺伐とした社会であろう。そうやってしまった社会保障や社会を立て直すには膨大なエネルギーとコストが必要なることを想像できないほど、わが国の政策担当者の視野は狭くなっているのだろうか。



保険者とサービス

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

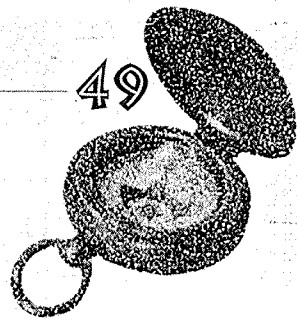
医療や介護といったサービスにかかわる保険における保険者とサービスの関係には、大きく分けて二つのタイプがある。一つは保険者自らがサービスを提供するタイプである。医療サービスを「療養の給付」として被保険者に提供するという健康保険法において、それを担当する医療機関の筆頭に保険者が設置する医療機関が掲げられていたのは、同法が、保険者自らがサービスを提供することを原則と考えていたことの現れであろう。もう一つは、社会(市場)において取引されたサービスに関する費用についてその費用を補填するのが保険者の役割だとして、保険者はサービス提供について直接には関わらないタイプである。このタイプの純粹形は償還払いの給付方式であり、取引されたサービスが保険者の定める範囲・内容に適合することが事後的に確認された場合に、保険者の定める基準に従い費用が支払われる。

もちろん、以上述べたのは典型化された分類であって、実際の制度を見ると、両者の間にはさまざまなタイプが存在している。前者のタイプの変形には、保険者が個別に契約を結んだ医療機関における医療サービスを療養の給付と認めるタイプもあるし、さらに個別保険者に代わって国が代表して医療機関と契約するタイプもある。この国が保険者の代わりに医療機関と契約を結ぶタイプは、わが国では行政行為の形式に則り国が医療機関を指定するという方式を採っている。いうまでもなく保険医療機関の制度である。保険医療機関の制度は、保険者契約医療機関の制度の延長にあるといえるが、医療機関に対する個別保険者の権限という観点からは大きな後退である。わが国の医療保険が政府による唯一の巨大巨MOといわれる所以である。

他方、後者のタイプでは、療養費の支給という形式がとられるが、償還払いでは患者の経済的負担が大きいため、あらかじめ保険者が契約した医療機関でサービスを受ける場合は、法律上、医療機関が被保険者等に代わって受領する(代理受領)形式を採ると、実質的には保険者契約医療機関や指定保険医療機関における療養の給付とほとんど捉ぶところはなくなってしまう。

かつての健康保険法では、保険者直営や保険者契約の医療機関における診療報酬については、保険者独自の定めができることになっていたが、保険医療の担当が保険医療機関に統一された今日では、医療費適正化の権限と責任の大半は政府に帰属することになってしまっている。保険者機能の強化という観点からは再考の余地があるのではないか。

介護保険では、これら二つのタイプとは異なる角度から、保険者がサービス提供を意識せざるを得ないような仕組みが設けられている。介護保険事業計画の策定である。市町村保険者は、被保険者住民のサービス利用の意向などを踏まえ、3年ごとに必要なサービスの種類と量を見込み、それに必要な給付費を賄うための保険料水準を決めることが求められている。その際、被保険者住民が必要とするサービスが地域に存在しないときは、保険者は、事業者を誘致したり、住民組織にサービスを担ってもらったり、あるいは自らサービスを提供したりする算段を講じなければならぬのである。制度スタート時は、保険あってサービスなしとならないよう保険者もサービス確保に精力を注いだが、最近はどうだろうか。コムスン撤退後の地域におけるサービス確保は、まず撤退するコムスン自身が責任を負うべきであるが、第二次の責任は市町村保険者にもあることを忘れてはならない。



後期高齢者医療の行く末

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会が、10月に「後期高齢者医療の診療報酬の骨子」を取りまとめた。9月の「たたき台」と比べ、主治医に関する表現が登録制を想起させるということであいまいな文言に変更されたほか、後期高齢者の医療の多くが74歳以下の者に対するものと大きく異なるものではなく、患者個人の状態に応じて提供されるべきことが確認されている。

主治医に関する表現の変更は、登録制に対する警戒感が関係者の間に如何に強いを示すものだが、フリーアクセスを中心とする医療の仕組みは日本の文化となつていふことを考えれば当然のことであろう。登録人頭払いの導入を目論む一部の関係者の発想は、こういう医療の持つ文化としての側面を無視したものだ。たのだ。登録人頭払いを採つていふイギリスの国民保健サービスは、自由主義の祖国には相応しくない社会主義的な制度であることから、政権を握つたM・サッチャーが保険方式への転換を模索したが、保守党の中からも反対が出て潰えた経緯がある。定着した医療の仕組みが如何に文化と化しているかの証左であろう。

75歳以上と未満とで医療の内容や範囲が大きく変わるものではないと

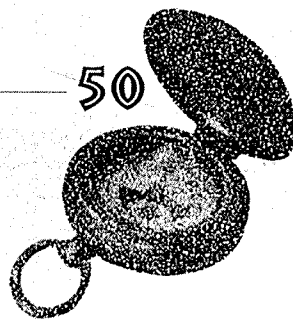
いうことは当然のことではあるが、後期高齢者医療を独立の制度として設計する根拠として「後期高齢者の心身の特性」が掲げられてきたことからすれば、話が違ふといいたくなくあるのは国保中央会の理事長だけではない（10月の記者会見における発言）。もちろん、ここで言いたいのは、後期高齢者の心身の特性を明確にすべしということではなく、75歳以上と未満とで大きく変わらないのであれば、そもそも何故、独立の制度として構想したのかということである。特別部会は、後期高齢者医療制度の基本理念を否定するようなことを言つてしまつたのだ。

後期高齢者医療を独立の制度として設計したねらいの一つは、言うまでもなく費用のかさむ後期高齢者をすべてまとめて徹底的に医療費を抑え込もうというところにあつた。政府が登録人頭払いの導入を真剣に考えたとは思えないが、「後期高齢者の心身の特性に相応しい」徹底的な包括化などで費用の抑制を図ろうと考へていたことは間違いない。それを、75歳以上と未満とで大きく変わらないといわれたのでは目算が狂つてしまふではないか。

おそらく後期高齢者医療制度がスタートする時点での診療報酬は比較

的現実的な内容になるだろう。医師会などからの「姥捨山」制度批判に加え、後期高齢者保険料の徴収などによる反発を考えると、診療報酬の抑え込み—後期高齢者の医療サービスの低下—まで行うことは政治的なリスクが大きいと考えられるからである。

だが、それもスタート時の診療報酬だけで、その後の改定を経るにしろ、次第に抑制基調は強まつていくものと予想される。それというのも、後期高齢者医療制度の財源構造が極めて費用抑制的になつていふからである。まず、後期高齢者保険料は、基礎年金から天引きされることから、その引き上げには政治的な限界がある。次に、医療保険者の後期高齢者支援金は、老人保健拠出金や介護保険納付金と比べて負担の根拠が極めて不明確であり、それだけ医療保険者にとつて負担増への抵抗が強い。残りの公費については、言うまでもなく厳しい財政状況下で極めて強い制約がかかるはずである。とすると、後期高齢者の診療報酬は改定の都度、抑制の度合を強めていくに違いない。順調に伸びてきた国民の平均寿命も折り返し点に達し、これからは短くなる時代に入りそうである。



メタボリック—神教

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

新しい高齢者医療確保法において、医療保険者は、糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査（特定健康診査）および特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者に対し、専門的知識と技術を有する者が行う保健指導（特定保健指導）を実施することが義務付けられ、それらの実施およびその成果に関する（具体的）目標の達成状況次第では後期高齢者支援金の額にプラス10%までのペナルティが課されることとなった。

このたび、特定健診がターゲットとする生活習慣病を定める政令が公布されたが、それによると「政令で定める生活習慣病は、高血圧症、脂質異常症、糖尿病、その他の生活習慣病であって、内臓脂肪（腹腔内の腸間膜、大網等に存在する脂肪細胞内に貯蔵された脂肪をいう。）の蓄積に起因するものとする」とされている。

まさに、メタボリック症候群そのものの定義である。だが、この定義を見るだけでも、様々な疑問が湧いては来ないか。第一に、内臓脂肪の蓄積に起因するというが、仮に内臓脂肪が蓄積している人に高血圧症・脂質異常症・糖尿病などの発症率が高い傾向があるとしても、それは本

当に内臓脂肪の蓄積に起因するといえるのかという疑問である。明確な分子生物学的な説明がつかないのであればともかく、それは一般的な傾向、あるいは広く見られる随伴現象という範囲ではないのか。医学・生理学の分野には全くの無知であるが、マイクロ・コスモスというべき人体内の現象において、そう簡単に因果関係が確定できるとは思えないというのは素人の謬見だろうか。

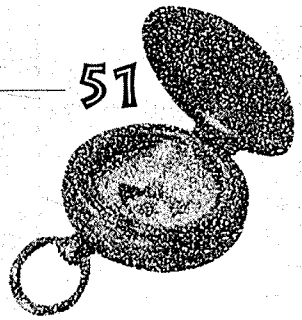
それでは、仮にこの定義が認められるとして、特定健診の結果、血圧値・中性脂肪値・コレステロール値・空腹時血糖値が保健指導判定値を超えているという場合、その者は当然に内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病の該当者あるいはその予備群といえるのだろうか。

検査値が高いことから直接、内臓脂肪が蓄積していること、それが原因でそれらの値が判定値を超えていることになるのだろうか。分子生物学的因果関係が立証されているとしても、個別具体的な検査値の当てはめに関しては、一般的傾向に基づく推定に止まるのではないか。であれば、特定健診でメタボリック症候群をスクリーニングしたこととしても、厳密には特定保健指導の対象であるとは証明できない人もその対象に含

んでしまうことになるだろう。

さらに、特定健診の結果によりメタボリック症候群の人を正確にピックアップできたとして、その人に特定保健指導がなされるのはいいとしても、メタボリック症候群ではない高血圧症・脂質異常症・糖尿病の人に対しては、特段の保健指導は不要と考えていいのだろうか。それらの人も従来の老人保健法の健康診査の結果による指導の対象に含まれていたことからすれば、それらの人たちがに対する保健指導は効果がなく不要であるということが明らかにされる必要があるだろう。もちろん、メタボリック症候群の該当者・予備群の人に對し保健指導の効果があることが立証されるべきことは当然である。

それにしても、厳密に考えれば様々な疑問の湧いてくるメタボリック症候群の定義を政令というハイレベルの法令でこのように断定的に規定したことに驚きを禁じ得ない。メタボリック症候群さえ対応すれば、生活習慣病対策は万全であるとしてもいいかげんな姿勢である。まるで、メタボリック—神教といってもよいくらいだ。しかし、前述したように人間の心身は小宇宙といってもいいような精妙・複雑な世界だろう。一神教的な思い込みは危険である。



事情と理由

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

これは社会保障に限ったことではないが、制度の説明や法律を読んだだけでは何故そのような内容になるのか理解できないのに、立案者の説明を聞けばよく分かるということがある。立案者が、表向きの理由ではなく、立案に至る背景や経緯といった「事情」を話してくれるからであろう。この「事情」は多くの場合、財政的事情や関係者の利害・思惑、組織としての面子（無謬性へのこだわり）などであるが、このような事情をきちんと説明することができない場合、その分、表向きの理由は説得力を欠くようである。その最たるものが国会に提出される法律案の末尾に付される「理由」である。法律の趣旨と同義反復の内容であり、あれを読んでも法律の提出理由が本当に分かったと思う人はいるまい。

法律案に付される「理由」はともかく、制度や法律の説明を政府が怠っているという訳ではない。パワーポイントを駆使した図なども頻用され、量的には以前より多いくらいだ。しかし、それらを読んでも分かったという気がしないのは、それらが（表向きの）「理由」に終始し、「事情」に触れないからだろう。だが、問題は「事情」の内容が「理由に」に昇華できないようなものであることに

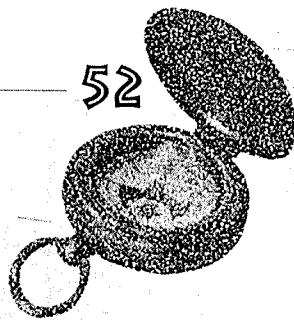
あるのではないだろうか。その結果、「理由」は「事情」から遊離し、言葉だけの軽いものになってしまっている。そうなれば、制度や法律に対する国民の真の理解を得られず、法を尊重しようという基盤が崩れてしまっただろう。

最近の制度改正や法律では、このような「事情」と「理由」の乖離にどのような例があるだろうか。幸か不幸か、そういう例は簡単に見つけ出すことができる。

例えば、後期高齢者医療の創設である。「事情」は、費用のかかる後期高齢者を集めて一括りとし、安上がりの診療報酬に変えて医療費を抑制するということだったのだから、「理由」はというと、後期高齢者の心身の特性に相応しい医療を提供するためという美しい言葉で説明されている。障害者自立支援法の利用者の定率負担は、2年連続で支援費予算が不足して費用の歯止めをしないと（おそらく財政当局との関係が）保たないという「事情」があったのだから、「理由」の方は、利用者も応分の費用を負担して皆で支える仕組みにするためという。これは保険制度の説明としては理解できても、税財源の制度説明としてはおかしいといわざるを得ない。

介護保険法の地域包括支援センターに至っては「事情」自体もよく分からない。一部は予防給付のケアマネジメントをケアマネジャーから取り上げ、予防給付の制度化による費用抑制を徹底するといったことではなかったかと推測されるが、それ以外の機能も付加された全体としての地域包括支援センターが何故制度化されたのかは、説明される「理由」でもよく分からないし、説明されない「事情」も（少なくとも筆者には）想像することができない。

このような「事情」と「理由」の乖離を防ぐにはどうすればいいのだろうか。まず、「理由」に昇華できないような「事情」で制度や法律を作ったり、変えたりしないことである。不純な動機からはきちんとしたものができる道理はない。次には、「事情」から出発して「理由」を構築するための理論を鍛え上げることである。「理由」は論理的で合理性のあるものでなければならぬからである。だが、最近の制度改正や法律では、この2点についてはほとんどお構いなしという状況のように見える。それだけ抛（な）げ無（な）い事情が増えてきているのだから、理論を鍛える時間的余裕もないのかもしれない。



混合診療解禁論議雑感

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

混合診療の法的根拠について2007年11月に東京地裁が出した判決は解禁推進派を勢い付けた感があるが、マスコミ論調などは一部を除き、それに掉さすこともなく、一気に解禁が進むということはない。しかし、法律論とは言え、裁判官が厚生労働省の主張を理解するに至らなかったことは、この問題の分りにくさを示すものであり、今後とも気を緩めてはなるまい。

小泉内閣の時代にこの問題が議論された時には、混合診療解禁に反対する厚生労働省や日本医師会は既得権益を守ろうとしているとの見方もあったが、厚生労働省が反対する本当の理由は何だろうか。

厚生労働省において予算編成にあたった経験のある筆者にとっては、混合診療解禁は悪魔的な媚薬のようなものと映る。それは、混合診療の解禁に財務省が理解を示していることを考えれば容易に想像できるだろう。すなわち、混合診療を解禁すれば、新しい医療技術や高価な新薬を用いる診療行為を積極的に保険診療に導入しないという不作為によって、保険給付費および国庫負担の自然増である。財政当局にとって、これほど都合のいい国庫負担抑制策はな

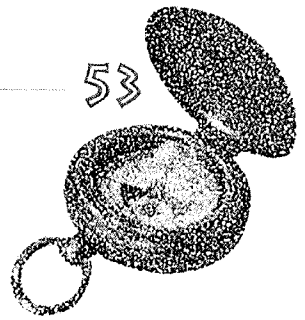
い。そして、本当に怖いのは、一旦これが解禁されると概算要求基準などによる財務省の予算統制の下で毎年度社会保障予算の削減に苦勞している厚生労働省にとっても、同じように安楽な歳出抑制策になってしまうことである。

換言すれば、予算編成に苦しむ厚生労働省にとっては手を出したら最後、骨がらみになってしまいうまで止められなくなるアヘンのようなものと言つてよい。もちろん、官僚のこゝとであるから、新技術や新薬をすぐには保険導入しないことについて、もつともらしい説明をつけはするだろう（それが彼らの仕事であり本能である）。厚生官僚は、自らが必ず陥るそういう怖さを知っているからこそ、混合診療の解禁に反対するのである。もし、彼らが要求に屈して混合診療の解禁を飲んだ時は、厚生官僚としての良心を売り渡したのだと理解してよい。

混合診療の解禁を高価な新薬を例に考えてみよう。現在、薬事法により製造や輸入の販売について厚生労働大臣の承認を得た医療用医薬品は原則としてすべて薬価基準に収載されることになっている。国民皆保険体制を採っている以上、そうでなければ事実上、広く国民医療に用いる

ことができないからである。だが、混合診療が認められれば、薬事法の承認を得た新薬である限り、医療の現場で用いることはできるのであるから、すぐに薬価基準に収載する必要はない、混合診療による使用状況を見て、標準的な医療として認められるようになってからでもよいということになるだろう。そして、薬価基準収載のタイミングは事実上、財務省の胸一つ、ということに財務省に予算を抑えられている厚生労働省の判断次第となるに違いない。そこに待っているのは、国民皆保険とは名ばかりの貧富によって差のある医療が横行する社会である。

混合診療が認められた場合の医療の姿は、新しい医療技術についても高価な新薬の場合と全く同様であるばかりでなく、論理的には医療法による病院等の開設許可と保険医療機関の指定の関係にも及ぶ可能性がある。病床の総量規制があるといえ、国民皆保険の下で医療法の開設許可と保険指定は連動する扱いとなっているが、混合診療解禁によって薬事法の承認と薬価基準収載が切り離されてしまえば、開設許可と保険指定との連動にも風穴が開くことになるからである。



平成20年度政管健保 国庫補助削減法案を讀んで

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

政管（協会）健保への国庫補助を削減し、それを健保組合や共済組合からの拠出で補填するための法案が提出されている。予算編成過程で議論になった内容を法案化したものだが、具体的に条文になったものを読んでみると様々な疑問が湧いてくる。

第1条の目的規定を讀んでみると、政管健保の事業運営の安定が重要であることと平成20年度の国の財政状況にかんがみ、保険者の財政状況を踏まえ、政管健保と国保組合への国庫補助の特例を定めるとともに、保険者の相互扶助の観点から、健保組合等から政管健保への支援措置を講じ、もって医療保険の安定的な運営と国の適切な財政運営に資することを目的とすると謳っている。

だが、政管健保の事業運営の安定が先頭に掲げられているのは不自然ではないか。もしそうなら、その国庫補助を削減する理由はないからである。国の財政状況が厳しいから政管の国庫補助を削減し、政管の事業運営の安定が重要だから組合からの支援で補填するというのが、この間の経緯であったし、論理としてもそれでは通らない。また、「保険者の財政状況を踏まえ」という語句は国庫補助の特例に係るのであるから、国保組合には妥当しても、組合

から支援を受ける必要がある政管には当てはまらない。さらに、組合からの支援措置の根拠として「保険者の相互扶助の観点」が掲げられているが、法人である保険者の間で相互扶助が成り立つのか。それが成り立つとした場合、どの範囲の保険者にとどのような相互扶助関係があるというのか。相互扶助は制度によって成り立つという論者もいるが、やはり制度以前の社会的な実体があるはずである。

これらの措置は医療保険の安定的な運営に資するものというが、国保組合の国庫補助を削減し、一部の健保・共済組合に支援金の拠出を求めるとは、それらの保険者の事業運営を不安定化させることになるのではないか。にもかかわらず、医療保険内の措置により国庫補助を削減しようとしたのは、最近の医療現場の危機的状況に対応するには診療報酬の引き上げをせざるを得ないことから、単なる財政収支を超えて、それが医療保険制度全体の安定的運営に資するという説明であろう。

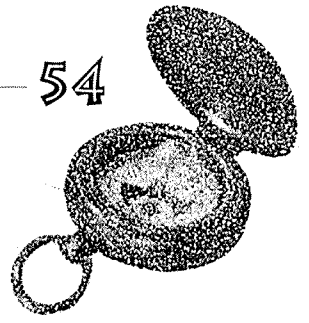
ただ、診療報酬引き上げを前面に出すと、来年度以降のシーリング対策の障害となるので、それは表に出さず、さらに附則で「保険者の相互扶助の観点から、保険者の費用負担

の在り方について検討する」旨をちやっかりと規定したのではないか。

いずれにせよ、国庫補助の削減が第一目的であることに違いはないのだから、それを先頭に掲げるべきなのであるが、そうしないのは、そうになると、特例国債発行などを定める財源確保法案と同様、財務省提出・財務委員会審議の法案となるおそれがあるからかもしれない。

それにしても、国家意思を定める立法形式である法律であるにもかかわらず、なぜもつと素直に分かりやすくその趣旨・内容を規定しようとするのだろうか。それは、立法が予算編成過程で決まった内容の事後的な事務処理手続きと化しているからであろう。

政府の中には、関係者間の思惑を反映して複雑になってしまった内容をそのまま法律化することが正しい法律の在り方であるという誤解があるのではないか。これは、国会を、延いては国民を馬鹿にした態度というべきである。予算編成過程などで決まった内容は尊重するにしても、立法過程では、法律としての筋立てはどうあるべきかという独自の視点から取り組まれるべきであろう。そうでなければ、政策を巡る理性的な討議はできないからである。



転形期の精神

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

かつて花田清輝は1974年の著作『さまざまな戦後』に収めた「古沼抄」という文章で、1562年、三好長慶が、飯盛城で開かれた連歌の会で誰かが「すすきにまじる芦の一むら」と詠んだあと「古沼の浅きかたより野となりて」と付けたことを取り上げ、中世の暮れ方から近世の夜明けまでを生きた三好長慶は彼の生きていた転形期の様相をはっきりと見極めていたと激賞したが、20世紀末から進行するグローバル化の状況を見ると、今の時代もまた大きな転形期であるように思われる。

織田信長が台頭し近世秩序が姿を現し始めた三好長慶の時代が、古沼が次第に野という秩序に変わっていく時代としたら、グローバル化の現代は、情報や資本のみならず人間の流動性までも著しく高まり、野という秩序・障壁・制度がどんどん水に覆われていっている時代と見ることが出来るだろう。いつてみれば、現代は「芦にまじるすすきの一むら——古沼の深きかたより池となり」といったところだろうか。

グローバル化の現代がもたらしたものは何か。近代資本主義は、過去の自然なコミュニティに生きてきた人々のルーティンを人工的な監視の下でのルーティンに置き換えたものの、それでも経営者と従業員の相互

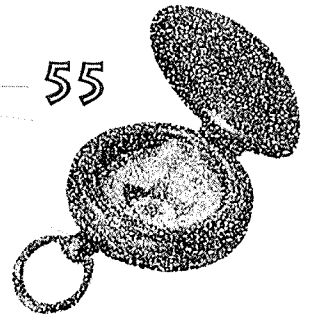
関与は、その不変性が予想されることで、信頼に足る枠組みになっていたが、21世紀のグローバル化の現代は、高速・高加速の時代、不関与の時代、弾力性・人員削減・規制緩和・外部委託の時代であり、人々の住む世界では、(生活を区切る)壁は頑丈とは程遠く、非常に動かしやすく、いつでも位置を変えられるようになってい——ポーランド出身の老社会学者ジグムンド・バウマンはその著『コミュニティ』のなかでそう指摘する。会社・工場などにおける仕事は人生の基軸となっていたが、それは極めて弱く脆いものとなってしまった、そればかりでなく、生活の場においても長期にわたって同一であるものは何もない時代になってしまったという。

このように液状化する現代を担うグローバル・エリート達が、東京・NY・ロンドンなどの主要都市の中枢部を絶えず行き来し、同じホテル・ヘルスクラブ・レストランを使用し、いつも同じメンバーと会っているというのは象徴的である。ネイティブズとは隔絶されたそのような防衛区域にはコミュニティはない。彼らの居住地であるゲートウェイ・コミュニティも名前とは裏腹にコミュニティではないことは明らかである。コミュニティは、共同で獲得した富

から等分の分け前に預かる場所であり、ある種の一体性として理解されるものであるが、彼らの辞書にコミュニティという語はない。彼らにとって再配分は流行遅れとして非難の対象なのである。

翻って、日本のグローバル・エリート達はどうかであろうか。彼らが再配分から手を引きたいと思っているのは確かなようである。現に、日本経団連は基礎年金の税方式化を経済メディアとともに主張している。その理由として年金の空洞化を挙げているが笑止というほかない。それを言うなら、企業の厚生年金逃れやパートの厚年適用について積極的姿勢を示してから主張すべきではないか。本音は、年金保険料を消費税に切り替えることによる負担軽減、しかも既にコミットしている18・3%までの保険料負担すら回避したいというところであろう。しかも、本来、自由経済とは最も距離のある社会主義的な税方式の年金を主張するというのも筋が通らない。税財源の年金に切り替えた後、それを極小化するというのであれば平仄が合点が。

年金制度のあり方はさておき、グローバル化の流れが不可避であるとしたら、時代が進んで再度の転形期を迎えるのを待つほかないというの、希望のない話ではある。



一元化された制度は行き詰る

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

後期高齢者医療の保険料負担に対する不満には根強いものがあるようだ。4月19日付のA紙朝刊は、「介護で値上げ経験」という見出しで介護保険料は2度にわたり値上げされた「痛み」があると高齢者の声を紹介していた。要介護者が増えてサービス利用量が伸び、また介護労働者の賃金もそれなりに上げざるを得ないとすれば、実額表示の介護保険料が上がるのは当然であるが、それが一方的な「値上げ」と受け止められるのは、社会保険の意味を国民に理解してもらおうのが如何に難しいかを示している。

この要因としては、給付と保険料の対応関係が複雑で不明確な場合が多いこと、その対応関係を具体的に説明する努力が不足していること、国や地方公共団体が保険者であるため社会保険料が租税と同視されがちであるといったことが考えられるが、それに加えて、制度が一元化されている場合には、その構造に起因するものもあるように思われる。

二元的な制度体系となつている場合、一方の被用者保険の保険料は所得比例保険料制を採っており、その水準は一定の率で表示される。したがって、給付費の伸びが賃金総額の伸びと差がない場合は、保険料率は引き上げなくとも保険財政の収支は

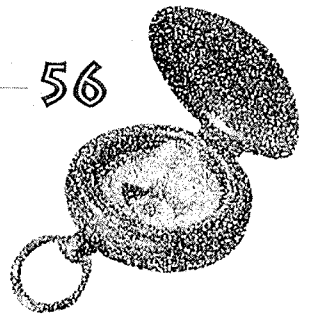
バランスする。保険料額の実額が増えても「値上げ」とみなされることはない。

また、複数存在する保険者の保険料率を単純に、或いは加重して平均することも、実務上はともかく、一般的にはあまり行われぬし、それで示されても実額表示の場合と比べると具体的イメージは弱い。二元体系のもう一方の地域保険においては、稼得形態の多様性や所得捕捉の困難性があることから定額保険料部分設計けられたり、多段階定額保険料制が採られたりすることから、保険料水準は実額で表示され、また、複数存在する保険者全体の保険料水準も実平均額で示されるが、それとても制度の一部であるから、国民の耳目を集めることは少なく、政治的な問題として大きく取り上げられることもあまりない。

しかし、制度が二元化された場合、介護保険や後期高齢者医療がそうであるように、地域保険の制度となるから、保険料水準は料率表示ではなく、実額表示で示される。そうなれば、全国一つの制度における全国平均の保険料水準も実額で示されるから、その引き上げは全国レベルの制度の「値上げ」と意識されることになる。仮に、その引き上げ幅が国民所得や賃金水準の上昇とパラレルで、

マクロの負担率は変わらない場合であっても同じである。二元体系であれば一部国民の問題にとどまっていたが、一元化された制度では必然的に国民に関わる問題となるから、政治的な争点となることは避けられない。先述のような給付と保険料の対応関係について国民の理解を得にくい事情を考慮すると、一元化された制度における保険料負担の問題は政治的リスクとなるおそれが大きいのである。このことは、後期高齢者医療の保険料問題で政治家も官僚も身に沁みて感じたことだろう。

そうすれば、一元化された制度において保険料を引き上げることが、政治的にはできる限り忌避すべきことになる。その結果、保険料引き上げ幅を縮減するために、常に給付の抑制が優先されることになるだろう。後期高齢者医療の給付率・診療報酬は今後、その道を辿ることになると思われる。介護保険も同様になる可能性が大きい。そうなった場合、一元化された制度は社会保障としての機能を次第に失っていくだろう。一元的な制度は社会保障として必要な制度の維持可能性に欠けがちなのだ。私には、どうして与党や政府が制度の一元化を主張するのか理解することができない。



自己実現とパターンリズム

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

厚生労働省社会・援護局の「これからの地域福祉のあり方に関する研究会」報告書を読んで、「自己実現」という言葉が頻用されていることが気になった。数えてみたら、16カ所もある。例えば「住民の自己実現意欲の高まり」という節では、「地域における活動に参加することを通じて、自己実現や自己啓発を果たしたいという住民の意欲が高まっている」とし、「住民が、支え、支えられる」という支え合いの関係を構築する、いわば相互の自己実現を地域で可能にしていこうことが求められている」という。だが、支え、支えられるのは、まずは生活のニーズを満たすためであり、その支え合いが相互の信頼関係に裏打ちされたとき、自己が他者に承認されたという喜びを感じられるということではないだろうか。

「自己実現」という語はユングによって心理学に導入されたが、一般的に用いられるようになったのは、人間性心理学のマズローの欲求段階説によってだろう。マズローは人間の基本的欲求を低次から高次へ、①生理的欲求、②安全の欲求、③親和(所屬愛)の欲求、④自尊の欲求、⑤自己実現の欲求の5段階に分類した。人間は基本的な生理的欲求が満たされると次の段階の欲求を持ち、最終的には自己実現の欲求に至るとい

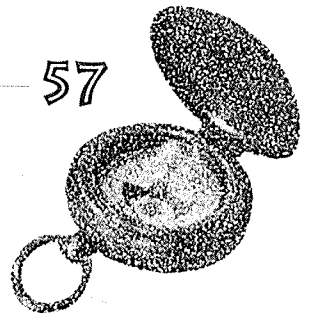
ものであるが、自尊(他者からの承認・尊敬)の欲求を超えて自己実現の欲求にまで至るのはごく一部の天才的な創作者だけであり、普通の人間を動かしているのはせいぜい自尊の欲求ではないだろうか。あの偉大なる(！)東海林さだおは、多くの人間が「ドーダ、俺はすごいだろ」で動いていると喝破し、それを基に鹿島茂が『ドーダの近代史』として、陰/陽、表/裏、硬/軟、さまざまなドーダの観点に立つて、西郷隆盛や中江兆民などを論じているとおりである。いうまでもなく、ドーダは自尊の欲求に他ならない。

だが、報告書を読んで気になったことは、そんなことは少し違う。支え合う活動により自己実現ができたという人がいたとすれば、それはそれで構いはしない。研究会の報告書とはいえ、政府の公式の文書で個人の人格に関わる「自己実現」という言葉が語られることにどうしても違和感を拭えないのである。地域活動への参加は自己実現につながるのだから、それに努めることが求められる——などと政府が言うのは、一人前の個人にとって余計なお世話である。住民同士の支え合いによって住みやすい地域社会を作ろうというだけでいいではないか。

このようなパターンリズム的発想

は、高齢者医療確保法による特定健診・保健指導の実施にも見られる。特定健診・保健指導の実施は医療保険者に義務付けられ、健診や指導を受けることが加入者に直接義務付けられるわけではないが、保険料が最大10%上乘せされるペナルティ付きだから、現実には加入者への義務付けに近い効果を持つ。しかも、保健指導は、保健師などによる面接のみならず電話やメールなどでもおこなわれ、それがポイント制で評価されるのであるから、いかに健康の保持に有益とはいえ、個人の生活スタイルの選択への介入というほかない。

もちろん、特定健診・保健指導は、健康の自己管理に向けた行動変容を目的として、それが医療費の適正化につながることをねらって行われるものであり、加入者の自己実現に資するとまでは言われていないが、法律による医療保険者への義務付けや特定保健指導の標準プログラムで示された小うるさいまでの実施方法などは、地域福祉のあり方研究会の報告書が地域福祉活動への参加を自己実現の方法として位置づけていることと同様、最近の政府のパターンリズム的発想の現われとして共通性があるように感じられる。日本の政府はいつからこんなおせっかいな存在になったのであろうか。



介護保険のモラルハザード

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

介護と医療とは似ているところもあるが、違う部分もある。その違いをわきまえないで制度設計をすると大きな間違いを犯すことになる。違いの一つは、介護リスクと医療リスクの違いである。介護リスクは固定的でいったん要介護状態になると、介護予防で要介護度が一時的に低くなることはあっても、自立状態に戻ることはありえない。これに対し医療リスクは、不治の病はあるにしても、通常は治癒・寛解があるものと想定されている。したがって、これらのリスクに備える保険においても、医療保険においては保険料負担者と保険給付受給者は交替可能性があるものとして、お互い様という関係が成り立ちやすいのに対し、介護保険の場合は要介護状態になった者となっていない者との間に交替可能性はなく、保険料負担者と保険給付受給者が固定的になりがちである。介護保険の負担と給付の関係がそのようなものである以上、保険料額に大きな高低差があったり、受給者が限定され過ぎたりすることは、専ら保険料を負担するだけの者の不満を増幅させることになって、皆で介護保険を支えるという基盤を壊してしまうだろう。

川崎市市の調査で、要介護認定を受けている被保険者においては保険料

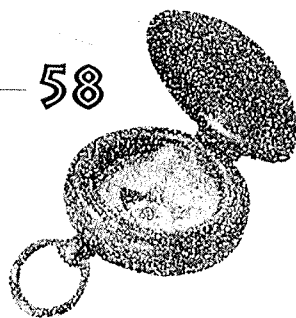
を妥当と感じる者の割合が33・1%（前回比4・8%減）であったのに対し、未認定者の場合は、15・8%（前回比10・4%減）であったという事実は、このような危険性を示唆している。また、多くの場合、介護リスクは突然訪れるのではなく、傷病の治療期間を経た後に遭遇するものであることも、医療リスクとの違いである。その結果、介護保険料の納付は要介護状態になるおそれのある傷病になってからでも遅くはないと考える不届き者も出てくるおそれがある。保険料滞納者には、時効期間を過ぎても給付制限が行われるようになってきているのは、それを考慮したものである。

もう一つの違いは、医療サービスが手術や検査などに代表される苦痛サービスであるのに対し、介護サービスが訪問介護や入浴などに代表されるように便利・快適サービスであることに由来する。介護保険の在宅サービスにおいて、要介護度ごとに支給限度額が設定されているのみならず、定率の利用者負担が求められるのは、このようなサービス特性を踏まえたものである。

先般、財政制度等審議会が、2009年度予算要求に向けて、要介護度が軽い者を制度の対象外にする、軽度者で生活援助のみの者を制度の

対象外にする、軽度者の給付率を9割から8割に下げるという三つの場合の財政影響の試算を発表したが、前述の介護サービスの特性に鑑みると極めて危険な発想と言うべきである。要介護度が重くなった方が、便利で快適なサービスをより多く受けられるとなると、サービス事業者はもちろんだ、家族や本人までもが要介護度が重くなることを歓迎することになりかねないからである。そうなれば、サービス事業者のケアの質は低下し、家族は世話の手を抜いたり、場合によれば虐待に近い扱いをしたりするだろう。また、本人も介護予防に努力する気持ちが失せてしまいかもしいない。本人や家族に要介護状態が重くなることを期待させるような仕組みは、介護保険の自立支援の本旨に反するのみならず、人間の尊厳を否定するものであり、絶対に採ってはならないと思う。

制度創設時、家族介護に対する現金給付を求める声があったが、要介護度によって金額に差を設ける制度を設けたとしたら、より多くの現金を得ようと家族は要介護度が重くなるような世話をすることになっただろう。現物給付の場合も、それほどではなくとも、それに近いモラルハザードを招くおそれがあることを忘れてはならない。



地方政府と介護保険

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

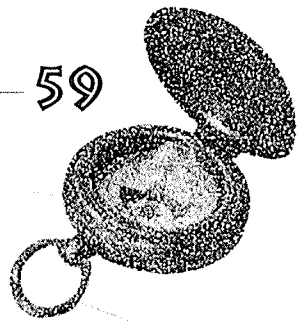
先だって開かれた近畿圏の知事会で大阪府の橋下知事と和歌山県の仁坂知事が地方分権の基本的考え方をめぐって激論を交わしたそうだ。橋下知事が、まず地方に権限があることからスタートして、その中から国が行うべき事務を国に移すという考え方を主張したのに対し、仁坂知事は、逆に国の権限の中から地方が行うべきものを地方に移すべきだと反論したという。仁坂理論は従来の地方分権の論理であり、彼が橋下知事に反論したのは、はじめに「地方ありき」では地方の手に余る仕事まで引き受けざるを得なくなり、国もそんな仕事を受け取るはずがないと考えたからであろう。

地方の主体性を前提にしているという点において橋下理論は興味深く、地方の時代における「地方の覚悟」の表明であれば評価できるものである。国にせよ地方にせよ、厄介な仕事は相手に押し付け、自分の手元にはおもしろい仕事を残しておくという姿勢ではいけないが、そうではなく、ある行政分野について自分たちが行うべきものと地方が覚悟を定め、その中で国が行った方が望ましいと地方が考える事務は国が行うという発想はあってもいいのではないかと。時あたかも地方分権改革推進委員会が5月末に第一次勧告をまとめた

が、そこでも「基礎自治体優先の原則」を掲げ、国と地方の役割分担を見直すとの方針が示されている。勧告は、現状の役割分担を重複型・分担型・重層型・関与型・国専担型に分け、介護保険を「国が専ら本府省において策定する全国的な指針や全国一律の基準に従い、地方自治体が事務事業を実施する」重層型に位置づけている。この重層型の役割分担の事務・事業については、「法令による義務付け・枠付けや関与の見直しなど、法制的な仕組みの横断的な見直しを行う」とされているが、さて、介護保険についてはどのような見直しを求められるのだろうか。

実は、社会保障と地方分権は必ずしも相性が良いわけではない。憲法25条が「国は…社会福祉・社会保障・公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」としている以上、国民はどこに生まれ、どこで生活していようと、社会福祉や社会保障などの向上・増進の利益を受けられるべきであり、そうであれば、当然、社会福祉や社会保障などは全国均しく行われなければならないからである。しかも、介護保険の場合、第2号保険料は市町村の枠を超えて全国一律に賦課・交付されるから、「全国均しく」の要請はさらに強い。しかし、そういう制約があっても、

介護保険は市町村の事業とされたのである。その重みが無視されてよいはずはない。まず国は、介護保険が市町村の事業であることを蔑ろにするような制度改正を慎むべきであろう。前回の改正は、いたずらに制度を複雑にし、法令による義務付け・枠付けや関与を増やしすぎた嫌いがある。そもそも、制度を弄れば市町村や介護の現場をコントロールできるという思いこみが問題なのだ。また、市町村の方も、細かいことまで国にお伺いを立てるといふ習慣を棄てなければならぬ。むしろ、市町村の創意工夫の余地を狭めるような制度改正はして欲しくない。橋下知事のよさすべきなのである。橋下知事のよさに、介護保険は本来、市町村の仕事であるということから出発すれば、国と市町村という風景の見え方が違ってくるかもしれない。そのためには、国には自らの権能に関する抑制と地方に対する信頼が、地方には仕事の重みを受け止める覚悟と全国の第2号被保険者を含む被保険者に対する説明責任が求められる。その上で、地方がどうしても統一的な基準が必要であると思う事務があれば、その策定を国に求めることになる。制度創設時、地方の要望により統一的基準が作られた要介護認定システムはその例である。



理性の公的な使用について

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

「啓蒙とは何か」という問いに答えてカントは「それは人間が自ら招いた未成年の状態から抜け出すことだ。未成年の状態とは、他人の指示を仰がなければ自分の理性を使うことができないことである」と言っている。そして、未成年状態はあまりに楽なので、普通、人々は自分で理性を使用することなどとてもできないのだが、自由とりわけ自分の理性をあらゆるところで公的に使用する自由さえあれば、そこから抜け出すことができるとする。

理性の公的な使用とは何か。彼は「それはある人が学者として、読者であるすべての公衆の前で、みずからの理性を行使することであり、私的な使用とはある人が市民としての地位または官職に就いている者として、理性を使用することであると言う。しかし、こうした機構に属する人でも、みずからを全公共体の一員とみなす場合、あるいはむしろ世界の市民社会の一人の市民とみなす場合、すなわち学者としての資格において文章を発表し、そしてほんらいの意味で公衆に語りかける場合には、議論することが許されるとするのである。

その場合、官職に就いている者が学者としてみずからの職務に関する事項について公的に理性を使用する

ことも許されるのだろうか。カントは、宗教の問題に関して、牧師でさえ、学者として公的に理性を行使する自由を享受すべきであると言う。

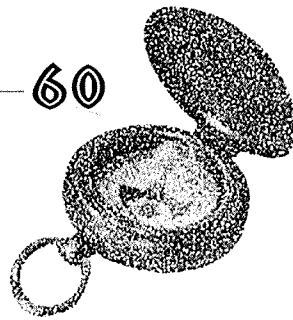
さて、現在の日本で公務に就いている者には、どれほど理性の公的な使用が認められるだろうか。私は厚生省に勤務していたころ、医療保険の在り方などに関する文章を何度か発表したことが、それについて役所から咎められたことは一度もない。常に無視され続けたが、それは役所としては正しい対応であったと思う。

しかし、日本の社会では、公務に就いている者が公式見解と異なる意見を発表することにはやはり違和感を持つ人が多いようだ。公的と私的の理性の利用が一致しない場合、人格の統一性が疑われるといった印象が自他を問わずあるのだろう。そのため、多くの場合はペンネームか「〇〇研究会」といった匿名で文章が書かれることになる。このこと自体は責められることではないし、自身自身の考えをまとめ、発表することは良いことである。願わくば、仮に文章で発表しなくとも、政策の立案担当者はずから理性を私的にだけではなく、常に公的にも利用して自己内対話・議論を続けてほしいと思う。そこから全公共体にとつて真に有益な政策が生み出されることが

期待されるからだ。

というのも、通常行われている政策決定の思考プロセスを私の経験に照らして辿ってみると、まず、「白紙に絵はかけない」という現在の状況をそのまま前提条件とする決まり文句から出発し、財政影響に最大限の考慮を払いながら、利害関係のある団体の顔を思い浮かべつつ、あそこは保つかどうかという観点から、考えられる案を一つ一つ消去していき、残った案について、どういう説明をするかを考えるという手順で行われているからである。最後の決まり文句は「理屈は何とでも付く(付ける)」である。政策についての表向きの説明が取って付けたもののように感じられることが多い理由はここにある。

官職に就いている者における理性の私的な使用がこういう体のものであることが多いとしたら、誰かが、理性を公的に使用して、その政策の正しさについて議論することが不可欠であろう。現に公務として政策現場にいる者も含めて、誰もが学者として自由に、理性を公的に使用することが求められるのである。その場合、ほんらいの意味で学者である大学等の教員や研究者の責任は、それをするのが容易な立場にいるだけに一層重いと云わなければならない。



公的なファイナンスと 自由なサービス市場

大阪大学大学院人間科学研究科教授 堤 修三

わが国では、医療費のファイナンスは医療保険制度により公的なシステムの下に行われている。これに対し、医療サービスは基本的に自由な市場を前提としており、医療法などによるいくつかの公的な規制があるのみである。しかも、医療保険制度が国民全部をカバーする皆保険体制を採っているため、ファイナンスの領域とサービスの領域は基本的には一致しており、両者は表裏の関係にある。すなわち、医療保険が国民の一部しかカバーしていない場合、公的ファイナンスで不足する費用は自由市場の価格に上乗せできるが、国民皆保険の場合、市場におけるサービス供給量は公的ファイナンスの負担能力によって制約されることとなる。しかも、医療サービスは分断可能な介護サービスとは異なり、一体的なサービスであることから、医療保険においては、保障の実効性を確保するため混合診療が禁止されており、結果として、ほぼ完全に出口なしの状態となるのである。

心とするNHSの場合、これは不可欠のことだった。歴史を辿ってみると、わが国では、健康保険が報酬比例保険料率であるため、高度成長期は、サービス量のコントロールの必要性はさほど意識されなかったが、(報酬比例保険料ではない)国民健康保険のウエイトが大きくなるとともに、国の財政制約が強まるにしたがい、その必要性が強く意識されることとなった。1985年の医療計画による病床規制の導入が、その第一歩である。これによって、わが国でもサービス供給の公的管理が開始された。しかし、医療計画によって可能になるのは、一定の区域ごとの病床数という量的規制までである。職業選択の自由に基づき自由開業医制の原則を採用している以上、どのような分野の医療機関を開設するか、あるいはどのような内容の医療サービスを提供するかまで、公的にコントロールすることは困難だからである。

さらに最近の医療法改正では、医療計画に4疾病5事業といった医療サービスの種類や内容にわたる事項を定めることとするなど、質的領域にまで踏み込もうとする動きが出てきた。また、診療報酬においても、医療機関同士の連携を促すような点数設定が行われている。4月から鳴り物入りでスタートした「後期高齢者診療料」はその代表例である。後期高齢者の主病の治療を担当する医療機関が算定できるとするもので、当該高齢者がかかっている他の医療機関とも連携して各月の診療計画を定めるといふ。だが、医療サービスの質的領域に踏み込んだ規制を医療計画や診療報酬という手法で本当に実現することができるのだろうか。国民の医療に対する要求水準が高まる一方、医療費の適正化の重要性も増している今日、政策的に何らかの手を打ちたい(あるいは打たなければならない)という気持ちは分らないではないが、上から医療機関の行うサービスや医療機関の連携を進めることには限界があるのではないかと。それらは、地域の医療機関の自生的な取り組みやネットワークの形成があつてこそ奏功するのであり、制度はそれを事後的にカバーするというのが本来であろう。