

Title	人間福祉学における二、三の研究課題について
Author(s)	郡司, 篤晃
Citation	聖学院大学総合研究所紀要, No.15, 1999.3 : 303-325
URL	http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=4078
Rights	



聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository and academic archiVE

人間福祉学における二、三の研究課題について

郡司篤晃

一 はじめに

昔、他の生物と同様、人類も生態学的な法則の下に拘束されていたが、生活水準の向上、医学の発達などにより、生物学的寿命を生きるようになった。まず死亡率が減少しその後数十年遅れて出生率が低下するという現象を、人口学では人口転換と呼ぶ。わが国の人口転換は大正年間に始まり、オイルショックのころを境として純再生産率が一を割り込み、人口転換は完了したと見ることができ、それに伴い人口の高齢化は必然的にすすむが、わが国の場合には急速な少子化とベビーブーム世代の存在から、その高齢化の速度及び程度は世界各国の歴史上例を見ないものとなる。わが国はこの人口学的な変化 (demographic change) という内的環境にいかにして適応していくかは大きな、また焦眉の課題である。そのため社会全体が効率化を求められている中で、社会保障も例外ではない。そこで、以下は主として高齢者の福祉の問題に絞って議論することとする。

二 「人間福祉学」における原論的課題

遊牧民族の歴史には捨老の習慣が記されている。冬の到来の前に家畜を移動させなければならぬ必要性が歩けなくなった老人と家族を引き裂いた。それは悲劇的なことではあるが、その社会はそれを受け入れてきた。現代社会においては老人はいなくならない。そこに虐待の問題が起こってくる。人類の社会においては自然発生的に福祉システムが完成するわけではない。そのシステムの構築には、「福祉の心」⁽¹⁾を原点とするにしても、関連科学をもふまえた深い知恵と実践の力とを必要とする。

堅固な福祉システムを構築するためには、福祉とは何か、福祉活動の目標は何か、そのために社会はどのような福祉のシステムを持つべきなのか、そしてそれはなぜなのか、それらの基本的な事柄を明確にする必要がある。

現在の福祉の原理（目標）は、「normalization」とされている。いかなる障害者も normal なそれなりの生活を送れることを目標として、援助を必要とする人に対して、人が支援する行為である。その根拠は人間に自然法的に備わった「sympathy」⁽²⁾にあるとする考えは説得的である。

しかし sympathy という感情であるならば、他の感情によって拮抗されることになる。福祉が福祉の心の上に成り立つならば、さらにその基礎をキリスト教の中にもとめることができる。熊沢はわが国における福祉の活動をレビューし、また教義学的にその基礎をディアコニアの中にもとめた⁽³⁾。

一方、医療の歴史を見ると、病院はキリスト教化されたヨーロッパにおける尼僧院に生まれ、医学医療技術の発達とともにいわば世俗化の道をたどり、近代社会においては必要不可欠の存在となった。医療はその基礎を医学におくが、また多くの関連科学によって支えられている実践の体系である。

このアナロジーは福祉にも当てはまるであろう。福祉もキリスト教の中に生まれたが世俗化の道を歩んできた。そして今やキリスト教をはなれ、家族ばかりでなく、政府や地域社会が大きな役割を果たしている。福祉技術も高度化し、関連科学が発展する中で、それらの知恵を生かすことが重要になった。熊沢自身はその結びの中で述べているように、ナイチンゲールの奉仕の精神も看護職の労働紛争を解決はしなかった。このような問題の解決には独自の研究的基盤が必要である。⁽⁴⁾

Timas は献血の例を多く引いて、社会における人間関係は“gift relationship”⁽⁵⁾ がより根源的であり、かつ良いものであるとして、福祉に思想的な根拠を与えた。確かに社会の基本単位である家族関係においてもその関係は基本的には gift-relation であり、経済関係が問題になるのはそれが破綻したときである。無償で与え、それに対して感謝する関係がより基本的な人間関係であるとする考えには動かしがたい根拠がある。

しかし、現代社会においてはこのいわば自然で美しい人間関係も変質を迫られている。核家族化の進行、女子の労働力化、ケア技術の専門化などにより、ケアの提供は家族から次第に「他者」に、そして社会に依存するようになってきた。ケアを依頼した側は依頼を受けてサービスをした側に対して対価を支払うという関係は経済的関係でもある。即ち、gift-relation は経済的な取引関係の要素が増大してきたし、今後ますます増大することはあれ減少することはないであ

ろ⁽⁶⁾。

福祉と異なり医療の場合には特にその専門化が進み、医療は早くから医師の「業」として行われてきた。わが国をはじめとしてアジア的な文化圏においては西欧より、医療は民業としての認識が強い。また、医学の発達により医療は高額となり、医療を受けることは患者に対して破滅的な経済的負担をもたらし、かつその発生は予測することはできない。その危険を回避し、医療を受けることに対する平等を保障するため、世界の先進国においては早くから政府の介入が行われてきた。

わが国をはじめ多くの近代国家においては最低生活の保証を基本的人権として認めている。即ち、福祉が権利として認められたことにより、福祉サービスの受け手と提供者の関係は、権利と義務の関係となった。また、平等を保障するために、この人間関係に政府が介入することになった⁽⁸⁾。特に、医療の場合には支払い制度に政府が介入することによって、政府が直接この人間関係に大きな影響を及ぼすようになった。

わが国の福祉は、人口の高齢化に伴い選別的福祉から普遍的福祉⁽⁹⁾への転換をしようとしている。即ち、これまでの福祉は困窮者を選び出し、行政措置によって支援をするという方式が基本であった。この方式は、手続きに時間がかかり、受給者にステイグマ⁽¹⁰⁾を与え、かつそのサービスの質の問題が解消できなかった。また、その供給量においても十分な対応がされてこなかった。高齢化にともない、誰でもが福祉サービスの受給者になる可能性が高まった現在では、画一的な行政サービスが多く⁽¹¹⁾の受益者の満足を得られるとは考えられなくなってきた。多様な需要に対応してサービスの質と効率性を確保するために、福祉の中にも市場機構の活用を重視する考えが入ってきた。

市場原理を導入するということは、受益者側にも提供者側にも功利的行動を前提として認めることであり、本来、利他的行為としての福祉と人間観が異なる。この矛盾をどのように克服するかは福祉原論的課題である。

政府の政策がこのように直接的に重要な人間関係に影響を与えざるを得ない領域は医療と福祉以外にはおそらく例を見ないだろう。ここに「人間福祉学」の原論的構築の必要性和焦点の一つがある。

これらの議論は抽象論にとどまらず、福祉におけるボランティア論、労働経済学的な議論に関連せざるを得ないであろう。⁽¹²⁾

三 経済学的分析と管理学の重要性

福祉における経済の意義は、(1)最も重要な資源として、また(2)incentiveとして関係者の行動に影響を与えるという二つの側面から考察される必要がある。

現在わが国においては高齢者福祉の中心である介護福祉の制度化の議論が進められている。現在までのところ高齢者の介護は、医療と同様に社会保険の方式で平成一二年の導入を目標に議論が進んでいる。⁽¹³⁾ その議論の中心的な論点の一つとして、資源確保の課題、いわゆる財源論と組織論がある。⁽¹⁴⁾

現在進行中の議論であるので確定しない部分もあるが、いくつかの基本的な疑問が残ろう。現在、社会保険方式で行う点は確定している。しかし、医療保険とは別立ての保険とすることから、その間の線引きの議論が明確にされていない

いし、またそれはきわめて困難なのではないかと心配されている⁽¹⁵⁾。かつ、提供者には企業も含めて多様な主体を認め、それらの間の競争を前提にすることから、入所者の施設間の移動など、コーディネーションが果たしてうまくいくのか、即ち利用者の状態に応じてふさわしいケアを受けることができるという統合性が失われる心配がある。わが国の医療は、昭和37年の医療法改正以来、民間で行うことを主流としてきた。そのため、施設間の競争が激しくなり、患者紹介の明示的なシステムを構築することができず、その統合性が失われた⁽¹⁶⁾。

また、現在の介護保険法案では保険者は市町村となっているので、医療保険と同様に保険者間には競争はない。したがって、保険者には効率化の *incentive* は働かない。アメリカにおける医療改革の基本的な考えは、保険者間の競争であり、医療費の削減という観点から見ればまさにそれが機能している。

現在、わが国で福祉において導入されようとしている市場機構は、医療と同様に受給者と提供者の間に構築されようとしている。医療においてはこの市場機構は十分には機能せず、種々の市場の失敗が起こることが知られている。したがって、福祉において、それがどれだけどのように機能するかが重要になってくる。

特に、サービスの価格等への政府の介入は消費者側にも提供者側にも種々の *moral hazard* が生ずることを避けることとはきわめて困難である。福祉サービスについては果たしてどうであるか。人々の購入するサービスには文化的な偏りもあるであろうから、わが国独自の情報がほしいところではあるが、わが国においてはそれに関する情報はほとんどないというべきであろう。

一方、保険者を市町村にすることに關しては、大筋ではわが国の憲法及び地方自治法の趣旨にかなっているが、現実

には市町村のレベルの力量は極めて大きなばらつきがあり、かなりの範囲での事務組合の設立や、さらには自治体の再編成が必要となることは明らかである。⁽¹⁷⁾しかし反面、介護保険が自治体の合理化を促進する力ともなる可能性があり、政治的なリーダーシップが重要となるであろう。

一般に制度をつくるときには、政策立案にかかわる人々は楽観的な視点が強くなる危険性があるように思われる。制度の創設にあたっては人間性理解に関する深い知恵が必要である。

消費者の moral hazard

(2)の経済的 incentive の問題は重要な議論である。なぜならば、incentive の構造によっては、消費者にも提供者にも moral hazard が生ずるからである。

消費者の moral hazard は平等を保障するために何らかの経済的な補助があるため、受益者の負担は実際の価格よりも安価になり、そのためサービスの消費量が増大することを意味する。しかし、平等との完全な trade-off の関係でありこれを避けることは不可能である。⁽¹⁸⁾これをはたして moral hazard と呼ぶべきかも議論があろう。また、どの程度の補助をすべきか、すなわち効率をある程度犠牲にして、どの程度の平等を保障すべきかを決定する理論はない。この決定は現実には政治的なプロセスによって決定されることになるが、その際にも議論の根拠は必要である。どのようなデータを取りどう意味付けしていくかにも研究的課題は多い。

提供者の moral hazard

介護保険においては市場機構の活用が進められようとしているが、ケアの領域では一般的に市場は機能しにくい。情報の非対称の存在は重要な要素である。特に医療においてはこの要素はたとえインフォームドコンセントの重要性が叫ばれ、あるいは実行されたとしてもその差は決定的であり、それを埋めることは不可能である。

福祉の場合にそのサービスの質に関してどれだけ購入者が判断でき、また選択ができるかはまだ必ずしも明らかではなく、今後の研究に待たなければならぬ重要な課題である。ケアが行われるのは公開の市場ではなく、施設の中や自宅であり、きわめて密室性が高い。したがって、経済学が想定している完全市場とは程遠い状態である。社会学者 T. Parsons は医療の場合には医療提供者と患者の関係は強者と弱者であり、弱者である患者は医療提供者をまるまる信用せざるを得ない特殊な関係、すなわち包括的信頼関係とした。

ケアを提供者に依頼し対価を支払うというモデルは、むしろ代理人理論、即ち 'Principal-Agent Theory'⁽¹⁹⁾ に近い。その理論の主なる結果を要約すると、次のようになる。

人間の社会には本来は自分でやるべきだが、種々の理由から人に頼んでやってもらい、その行為に対して対価を支払うという関係は多々ある。この場合、仕事を頼む側を principal (以下 P)、頼まれて実際に仕事をする側を agent (以下 A) という。

(1) P が A の仕事を評価ができる場合は通常の取引となる。

(2) P が A の仕事を評価ができない (情報の非対称が存在する) 場合、⁽²⁰⁾ ケア提供者の A 側に moral hazard が起こる可

能性が生ずる。

それを予防する方法は、

(1) 第三者が評価するか

(2) 側に incentive constraint をかけるしかない。

情報の非対称があることは消費者の主権 (sovereignty) がないことを意味する。そのような場合には、第三者評価の存在が必要であり、あるいはまた A が moral hazard を起こした場合には、A 自身が損をするような incentive constraint を報酬制度の中に組み込むことが重要である。

ケアの領域では市場は失敗するので、市場機構 (神の見えざる御手) が機能するように (人が) 管理しなければならぬ。このような考えを "managed competition" という⁽²⁾。しかし、管理に関しては普遍的な原理原則が明らかになっていくわけではない。各国の歴史的、文化的背景にも影響される。これらの点に関しては今後の国際的な比較研究の課題である。

今回の介護保険制度における介護料の支払い方式に関して、重症度を認定することによってその料金を決定する方式がとられている。市場の重要な機能の一つは価格の形成であるが、公的介入がある場合には市場はこの機能においても失敗する。サービスの質的な評価は価格十分には反映されないのので、提供者の moral hazard がどのように起こってくるかを十分考慮に入れて管理する必要がある。

四 福祉の臨床研究

福祉は医療と同様に実践の体系であつて理論の体系ではない。したがつて、臨床研究はきわめて多様となり、また量的にも臨床研究が研究活動の中心である。臨床を知らずに福祉を論ずることはできない。介護はその重要な活動の一つである。また、実践の体系は諸学との学際的領域が幅広く存在する。

医学・看護学はもつとも基礎的で重要であり、また多くの知見を持っている。

著者らは、身体活動と不活動の健康影響を研究してきた。⁽²²⁾これは、健康管理、看護の基本的な研究でもあり、健康管理のあり方を検診という二次予防から健康づくりへ、また看護においても安静から早期離床へと、それぞれ消極的なものから積極的なものに変えてきた。医療が高齢者を見るときにはどうしても安静から早期離床へと、それぞれ消極的なものから積極的なものに変えてきた。医療が高齢者を見るときにはどうしても疾病を中心に見る。医療が福祉を代替してきたわが国において、医療が果たしてきた役割を福祉へ転換する際に、この視点は特に重要である。

医療は生活がある程度犠牲にしてもやむ終えない面があるが、福祉は生活の要素が極めて大きい。生活の質 (QOL: quality of life) に対する関心が高くなるやうを得ない。

五 システムの評価とサービスの第三者評価

医療も福祉も研究の対象とする場合には客観的な評価が重要である。その評価には、システムの評価とサービスの評価という二つの水準がある。

医療、福祉システムは多面的な存在であり、一つの面だけの評価でな十分ではない。一つの側面と他の側面は trade-off の関係にある場合があり、その場合は一つの側面の改善は他の側面の改善を意味するからである。したがって、システムの評価には frame work が必要である。システムの評価は、(1) 効果性、(2) 効率性、(3) 公平性、(4) 便益性または接近性とされている。⁽²³⁾しかし、公平性や接近性は効果性の下位概念としても整理できよう。また、サービスの質は効果性の重要な要素である。

わが国の医療システムの評価は、接近性に優れているが、統合性に欠点がある。それは医療が戦後かなりの期間民間主導で行われてきたからである。福祉システムは公的セクターで行われてきたために、接近性に問題があった。

著者はこれまで医療のサービスの第三者評価のシステム構築という実践的研究開発に取り組んできた。この点に関する詳細は成書に譲るとして、⁽²⁴⁾ここでは研究課題としての意義についてのみ述べる。

サービスの質の評価がなぜ重要かについては前述した。また、そのような評価は政府が行えば良いのではないかという意見がありうるが、政府の行う評価は最低基準による評価となる。それに対し、自主的な第三者による評価は、最高

の水準に関心がある。どこまでやれるか、どこまでやるべきかに関心がある。

しかし、評価は客観性が要求される。したがって、その評価基準の開発、評価者の教育、評価システムの開発などが必要となるが、何が良いかを決定するためには実証的研究が要求される。即ち、このような第三者評価を健全に発展させるためには、常に研究的支援が必要である。そしてそのことがサービスの質の向上につながるのである。その研究の対象の範囲も、技術的な側面から、人間関係的な要素、アメニティー、経営管理的側面ときわめて幅が広い。

ただし、自主的に第三者評価のシステムを構築しようとするのはアメリカの伝統であり、わが国においてはそのような意識はきわめて薄いという欠点があるため、今後先進的な努力の要る領域である。

六 日本における医療と福祉の関係、そして医療に学ぶ

わが国においては、医療を公的セクターで行うか、民間で行うかについて、歴史的には迷ってきた。戦後、一九七〇年代の中頃から民間でやる方向となった。⁽²⁵⁾

一九六一年、国民皆保険の実現で、医療への *accessibility* が改善された。また、高度経済成長期に医療費の上昇により、民間の医療施設に資本が蓄積され、それが設備投資され、病床数は大きく増加した。一方、福祉は公的なサービスであったので、その充実が遅れた。

“*A built bed is a filled bed*”⁽²⁶⁾といわれており、わが国における人口の高齢化の進行とともに、その巨大化した病床の中

に後期高齢者が収容されていった。その結果、医療が福祉を代替し、わが国の医療の効率は低下する結果となった。⁽²⁷⁾

医療施設の福祉施設としての質は良くない。なぜならば、医療は診療のための施設であり、生活を中心とした場ではないからである。長期に入院した場合には身体の不活動はきわめて深刻な障害を及ぼす。⁽²⁸⁾ また、高齢者の場合にはその回復は困難となる。今回の福祉制度改革の目的はこの医療と福祉の比重の差を是正することが目的の一つである。

福祉は戦後わが国の医療が進んできた道に似かよった道を歩もうとしている。したがって、我が国の現在の医療システムの優れた点と欠点がどのような道に似かよった道を知ることから、福祉は医療から多くを学ぶことができるはずである。

わが国は経済復興とともに、国民皆保険を実施し、それとともに医療を民間主導で行うこととした。⁽²⁹⁾ その結果、高度経済成長長期に多くの投資が行われ、わが国は他の先進国と比べてはるかに多い病床を建設してきた。日本はいまやベトナムである。

その結果は、医療の効率の低下と医療費の高騰である。医療においては情報の非対称のゆえに誘発需要⁽³⁰⁾ (induced demand) が可能なので、投資が行われた場合にはその採算分岐点が目標収入 (target income) となつてサービスの増加が起こる。出来高払い (fee-for-service) はこの目標を設定しやすくする。投資計画が合理的なら経営責任者は投資する。

また、民間でやってきたので、医療施設間ますます競争が激しくなる。しかし、価格は公定価格なので価格では競争できず、非価格競争となる。それによりますます設備投資が行われる。あたかも軍備拡張競争 (arm race) のよう

な悪循環が起こってきた。

出来高払い (fee-for-service) は、(1) サービスの volume を増大することによって、また、(2) 投資を促進させるといふ、二つのルートで医療費を増大させる。従って、政府は支払方式を変えて、incentive constraint を導入しなければならぬ⁽³¹⁾。

福祉の供給体制が過小である現在は、民間主導による施設の拡充は適切かもしれない。しかし、施設が拡充されたとしても、施設間での競争がある場合には、受益者がふさわしい施設に入れるかどうかは、医療を見る限り決して容易ではない。また、市場原理を導入しても、福祉費用の高騰がはたしてどうしたら防止できるかは必ずしも明らかにはされていない。

七 世界の医療改革

世界の先進工業国は医療改革に取り組んでいる。それらの国々における改革の目的は、医療の質を確保しながら、いかにして効率を向上させるかである。我々は、これらの国々の取り組みから何を学ぶべきか。それは、(1) 改革の原理を学ぶ、(2) 改革の可能性を知ることである。

即ち、どのような原理で改革をしたら、どのような結果になるのかを知ることである。また、実験が不可能な領域では、どのような取り組みが可能なのかを知ることが、きわめて大きな知恵である⁽³²⁾。

アメリカにおける医療改革

アメリカにおける悩みは、(1)医療費の高騰と、(2)国民の1/7に達する無保険者の存在である。歴代の大統領は医療費高騰の問題に取り組んできた。しかし、あらゆる法による規制は医療費対策には無効だった。

ところが、Medicare（老人医療保険）の Part A に導入された DRG⁽³³⁾ はきわめて有効に作用した。この支払方法では、診断名が決まると保険から病院への支払い額が決まるので、病院に費用削減の incentive が働く。その結果アメリカの病床の約四〇％が空床となってしまった。ここで学ぶべきことは、医療のように情報の非対称が決定的な取引においては、その提供者側に incentive constraint をかけなければならないことを示している。

HMO⁽³⁴⁾ は incentive を逆転した組織である。医療経済学者の Enthoven はこのような組織を前提として、“managed competition” という概念を考え出した。基本的な考えは、それらの大きな医療提供組織間で競争させることによって、医療に競争原理を導入させることができるという考えである。クリントン大統領はこの考えに基づいた医療改革を政策の中心にすえて大統領に当選したといわれている⁽³⁵⁾。しかしこの案は議会を通過できなかったため失敗に終わった⁽³⁶⁾。

改革は失敗したが、その後も競争は進んだ。その結果、一九九五年から医療保険料の対前年度の伸び率は一般消費財のインフレ率を下回り、医療費の高騰は改善されつつある。そして今、設備やサービスの効率化ができなかった非営利の医療組織の“conversion”（民営化）が進んでいる。競争に勝ち残るには、税を納めても効率化によりメリットがあるためである。

しかし、競争は手段であり、医療の目的ではない。それで本当に医療の質と効率と平等とが達成できるかは、まだ不明である。少なくとも、アメリカにおいては現在でも無保険者は減少はしていない。平等と効率は trade-off の関係にあるからである。さらに、心配されることは競争が「独占」に終わるのではないかということである。医療の市場は自動車などの市場とはまったく異なり、本来極めてローカルで小さいものであり、市場への参入もきわめて困難である。したがって地域的独占は容易に達成される。独占が達成されれば競争も無くなる。アメリカの医療改革にはその終末的形態が不明である。

UK

イギリスは第二時大戦以降、医療は国営で行ってきた。これを NHS (National Health Service) と呼ぶ。イギリスの医療システムの問題は、病院や開業医 (GP: General Practitioner) の非効率であり、その象徴は計画的手術の待ち行列の長さであった。⁽³⁷⁾

Thatcher 首相の医療改革の基本的な考えはアメリカと同様に市場機構の導入であり、イギリス版の managed competition である。改革は激しい議論のすえ、一九九一年に導入された。今回の改革は NHS 始まって以来の大きな改革である。

改革の基本は、病院を独立採算性として、従来は GP は地域の一定の病院に患者を紹介することになっていたのを、紹介先は患者と相談して GP が判断することとした。また、医療費の予算の使用権限を GP に預けてしまった。即ち、

G Pと病院の間に市場を構築したので、それを内部市場 (internal market) と呼んでいる。その予算を使う権限を認められたG Pを“fund-holder”と呼ぶ。したがって、この市場がどのように機能するかはイギリスの改革の成否はかかっている。この市場は決して完全な市場ではなく、特別な管理を必要とするので、これを“quasi-market”と呼んでいる。

もうひとつイギリスの医療制度改革で注目するべきは、“consumer - provider split”と呼ばれる改革である。即ち、今回の改革では、これまで政府はサービスの提供者でもあったが、今後はサービスの提供者であることをやめて、住民の意見を聞きながら市場からのサービスの購入者になる、という考え方の変更である。資源のマクロの配分の権限は政府が留保するが、ミクロの配分については住民と医療提供者に任せるという行政改革にもなっている。

その後、福祉についてもまったく同様の改革が行われた。イギリス政府は今後は福祉サービスの提供は行わない。しかし、国民はこれまでどおり包括的なケアを受けることができる。なぜなら、政府は国民の意見を聞いて、必要とするサービスを購入してあげるからだ、というのである。

今回の医療と福祉の改革がはたしてどのような結果をもたらすのか、必ずしもその評価は定まったわけではない。当初の心配はG Pが進んで予算を管理する役割を担うかどうかであったが、実際はG Pはこの改革の最も熱心な推進者になった。

政権の交代に伴って、今回の改革の評価が重要となっている。一つの論点は、肝心のG Pをfund-holderにしたことに対する評価である。それによって、G Pを政府のエージェント化したという批判があった。また、取り引き費用が高

くなりすぎる、という反省をもとに労働党政権はその部分を直そうとしている。しかし、基本的には“consumer-provider split”が残されるので quasi-market がどのように機能するかであり、その評価が中心的に重要である。市場をどのように管理したら良いか、つまり神の見えざる御手をどのように管理したらよいか、その評価が問われている。

日本

わが国は民間で医療を行ってきた結果、過剰な投資を抑制することができなかった。一方、福祉は公的セクターとして行ってきたためにその需要の質的拡大に対応できてこなかった。その結果、医療が福祉を代替し、その質と効率の低下をもたらした。今後はそのバランスをが是正されなければならない。

その方策として、医療の過剰投資された部分の、切捨てではなく、福祉的な施設への転換を誘導したいところである。そのため、push and pull の施策が必要であろう。

そのためにはまず、医療における支払い制度の incentive constraint が重要である。それによって、医療消費量の増大と投資の適正化をしなければならない。また、急性医療病床の療養、福祉ベッドへの強力な誘導が必要である。

さらに、全く市場に任せられてきた primary care のシステムをどのように構築すべきかのビジョンを明確にし、その方向へ誘導する施策の手順が明らかにされなければならない。これまでのわが国のプライマリケアは診療所によって支えられてきたが、現在は病院の外来がそれを代替している。また、わが国の診療所は、solo practice で、病院に対抗するために重装備であったが、今後のシステムは group で、軽装備でなければならない。軽装備になれば当然支援

必要で、わが国で失われた統合性をどのようにして構築するかが問われることになる。

我が国の福祉システムは、高齢化の進行に間に合うように、その遅れを取り戻さなければならぬ。しかし、医療と同様の過ちを繰り返すのはあまりにも愚かである。市場の機構の活用は重要であろうが、その管理が必要である。しかし、その知恵は今はまだ断片的にしか得られていない。

医療と福祉のシステムをどのように構築するかについては、多くの研究と自由な論議が必要であり、そのためには巨大な英知を必要とする。

注

- (1) 阿部志郎、「福祉の哲学」、誠信書房、一九九七。
- (2) 京極高宣は、福祉を「人間の共感 (sympathy) に基づく社会システム」の概念として、これを「共感システム」と呼ぶことを主張している。「自立支援を基本とした理念の体系化と再構成」AERA Mook『社会福祉学のみかた』朝日新聞社、pp. 10-11, 1997.
- (3) 熊沢、聖学院大学論叢、11(2) (in press)。
- (4) Industrial Relation は社会学のひとりの研究領域である。たぐいは B. Barrett et al (ed) : Industrial Relations and the Wider Society, The Open University Press, 1975., H.A. Clegg: The System of Industrial Relations in Great Britain, Basil Blackwell, 1976.
- (5) R. M. Timass, The Gift Relationship, Allen & Unwin, 1970. (最近復刻版が出た。The Gift Relationship from

Human Blood to Social Policy. A. Oakley and J. Astonled), LSE Books, 1997)

- (6) 三浦文夫はこの点を早くから指摘していた。三浦文夫「社会福祉改革の戦略的課題——複合的福祉供給システムについて」『社会保障の基本問題—東大出版会一九八三、(再掲リーディングス 日本社会保障4、社会福祉 pp. 117-137.]
- (7) 大木英夫は、福祉は近代国家の目標であるとした。聖学院大学における「人間福祉学」講義、1998。
- (8) 経済学は規範的なことを扱うことを嫌う。経済学的な平等のモデル化の努力についてはたとえば、A. McGuire, et al, *The Economics of Health Care*, Routledge, 1994. Ch. 4 Distribution. pp. 54-73. J. Le Grand, *Equity and choice*, Harper Collins, 1991.
- (9) 選別的福祉とは「対象者(受給者)を受給資格、条件によって何らかの形で制限して行うサービス」で、普遍主義的方法は「原則として対象者に特殊な資格あるいは条件を付与せずに行うサービス」、小林良二、「サービス論の立場から」、京極ら編『福祉政策学の構築』全社協、pp.21-30, 1988.
- (10) わが国では医療が福祉を代替してきた。この点に関しては、医療との関係のところでも詳述する。
- (11) 今回の福祉事業法の改正は、この福祉に関するパラダイムの変更が目的である。
- (12) たとえば、ボランティアにも最低賃金制を適用すべきかどうかといった議論がある。
- (13) 介護保険法案に関する一九九七年ごろまでの議論の経過は、それを推進する立場からではあるが、京極高宣、「介護保険の戦略」中央法規、一九九七。を参照。
- (14) それに関連して行政組織との関係、特に地方自治との関係で多くの議論がある。また、施設の経営論があるが、ここでは省略する。
- (15) たとえば、在宅でケアが行われた場合、それが看護なのか介護なのか、またそれを介護保険の保険者に請求すべきか、それとも医療保険の保険者に請求すべきかといった問題が生ずる。保険者が同一なら少なくとも後者のような問題は生じない。

- (16) A. Gunji: Hospitals and the Medical Care System in Japan: Past, Present and Future: The Evolution of Health Care Facilities, The Taniguchi Foundation, pp. 161-176, 1989.
- (17) 県に比べて、市町村の格差はきわめて大きい。政令指定都市から離島の人口千人足らずの村までである。これを同列で扱えば同じ行政責任を負わせることは難しい。
- (18) 関連して、現金給付 (in cash) か、現物給付 (in kind) かの議論がある。家庭介護者の moral hazard の問題でもある。
- (19) R. Rees: The theory of principal and agency: part I. Bulletin of Economic Research 37 (1) : 531-7, 1985, part II. 37(2):75-95, 1985. 同理論の優れたリファレンス。
- (20) もうひとつの重要な条件は A が risk averse (危険嫌) であることである。
- (21) Alain C. Enthoven: Theory and practice of managed competition in health care, North-Holland, 1988. オランダにおける記念講演を出版したもので、わかりやすい。
- (22) 郡司篤晃、川久保清、鈴木洋児編著、『身体活動・不活動の健康影響』、第一出版、一九九八(1998)。福祉の臨床においても身体の不活動の問題はこれまで軽視されてきた。高齢者のトレーニングビリティは福祉のあり方を変える大きな研究課題。
- (23) op. cit. 小林良二、p.23, 1988.
- (24) 郡司篤晃『医療システム研究ノート』、第10章 医療の質の管理、丸善ネットワーク、pp.131-156, 1998.
- (25) 郡司篤晃、1998、ibid. 第3章 医療小史、pp.23-30.
- (26) 医師誘発需要の例。Roemer の法則とよばれる。Roemer, R. and Shain, M. Hospital costs relate to the supply of beds, The Modern Hospital, 92:71-3, 1977.
- (27) 郡司篤晃、一九九八、ibid. 第2章 医療システムの評価、pp.7-22.

- (28) Op. cit. 郡司篤晃、ほか、一九九八。
- (29) 昭和三七年、政府は医療法を改正し、一定以上の病床密度の地域においては公的病床は建設を抑制し民間の病床建設は抑制しないこととした。その結果、それ以降は民間の病床数のみが増加した。
- (30) induced demand は証明しにくい。しかし、医療においてはニードの考え方により、医療の提供者が実質的に需要を決定している。したがって、誘発されない需要はどこまでかというとはっきりしないのが実態だというべきであろう。
- (31) 近年やっとわが国でも DRG を医療費の支払い方式に導入しようとしている。
- (32) R. Niebuhr の祈りの、「何が変わえられるか、何が変わられないかの知恵」を与えてくれるからである。
- (33) Medicare は、病院に対する支払いの保険 (part A という) と医師などに支払う費用の保険 (part B) に分かれている。DRG とは Diagnosis Related Group の略で、診断名が決まったらそれが分類されているグループの医療費額を支払う制度。出来高払いが医療が終了してからしか医療費が支払われないのに対して、それより前に支払い額が決まるので、医療費の前払い制度 (prospective payment system) といわれている。しかし、診断が決まるのは医療の途中であるので、過剰な費用を負担する危険は、医療提供者と支払い者の両方が負担することになる。これがアメリカの医療システムは評判は必ずしも良くはないが、DRG が世界的に広く普及しつつある理由であろう。
- (34) HMO は Health Maintenance Organization の略。第二時大戦後、Kaiser グループを中心として発達してきた医療提供組織。いろいろな変形があるが、基本的には医療保険料の前払いをすれば、その後の医療は無料で受けられる仕組みとなっている。ある時期、この保険料は他の民間保険料のほぼ半分であった。
- (35) J. White, *Competing Solution: American health care proposals and international experience*, The Brookings Institution, 1995.
- (36) その理由や経過については、郡司篤晃 (1998) op. cit. 第12章世界の医療制度改革、pp.174-190.
- (37) たとえば、ヘルニヤ(脱腸)の手術は必ずしも緊急を要しないので、二年間も待たされることは稀ではなかった。

(本論文は、一九九八年十二月十五日に開催された、共同研究「人間福祉学研究」の準備会における講演原稿に加筆訂正したものである。||編集部)