

# 医療福祉政策研究

第2巻第1号 2019

## 目次

### <特集① 医療福祉政策研究への多様なアプローチ>

医療福祉政策研究への多様なアプローチ—特集にあたって …………… 松田 亮三 (1)

#### 研究論文

医療福祉政策研究への多様な接近—展望 …………… 松田 亮三 (3)

#### 総説論文

社会保障の規範理論に基づく政策研究—A・センとJ・ウルフの比較検討 …………… 村上 慎司 (15)

#### 総説論文

社会学からの政策研究へのアプローチ

—児童福祉施設における外国人の子どもへの支援に関する調査研究から …………… 松島 京 (27)

#### 総説論文

医療・福祉政策研究への経済学からのアプローチ

—米国トランプ政権の医療制度改革を事例に …………… 高山 一夫 (37)

### <特集② 日本の医療制度改革を考える—地域医療構想と国保都道府県単位化をめぐる>

#### 事例報告

医療制度改革の現状と問題点—公立病院と公的医療機関の改革プランなど、

提供体制改革をめぐる問題について …………… 塩見 正 (47)

#### 事例報告

地域医療構想の現状と問題点—主に愛知県の状況を見ながら …………… 西村 秀一 (57)

#### 総説論文

社会保障抑制政策下における在宅介護者支援制度の形成に対する視座

—フィンランドの親族介護支援制度の動向を参考に— …………… 井口 克郎・森山 治 (65)

#### 総説論文

韓国の老人長期療養保険制度における営利化政策の実質的変化

—介護施設の運営状況に関する実態分析から— …………… 洪 シネ (87)

#### 研究論文

新自由主義的医療改革における韓国と日本の比較研究 …………… 小笠原信実 (113)

#### 書評

田宮菜奈子・小林廉毅編『ヘルスサービスリサーチ入門』 …………… 松田 亮三 (137)



特集① 医療福祉政策研究への多様なアプローチ

## 医療福祉政策研究への多様なアプローチ —特集にあたって

Introduction to the Special Section on “Different  
Approaches in Health and Welfare Policy Studies”

松田 亮三(立命館大学)

Ryozo Matsuda (Ritsumeikan University)

本特集は、日本医療福祉政策学会第1回研究大会(2017年12月2日、神戸大学にて開催)におけるパネルディスカッション「医療福祉研究への多様なアプローチ」をもとにしたものである。このパネルディスカッションは、学会名称変更後初めて開催される研究大会において、さまざまな学術領域からの医療福祉政策研究への接近を共有化することにより、今後の研究展開に寄与することを目指したものであった。医療福祉政策研究という領域を概観する基調報告に続けて、社会保障法学、社会保障の規範理論、ヘルス・サービス・リサーチ、社会学、経済学から、それぞれ5つの接近法が報告された<sup>(i)</sup>。

以下に掲載されている論文は、当日の報告と討論をふまえつつ、本特集に向けてまとめられたものである<sup>(ii)</sup>。まず、松田(2019)は、医療福祉政策の研究においては、「政策のための分析」と「政策の分析」との区別をふまえて構想すること、関連する多様な学会との連携をふまえつつ、医療福祉という政策領域に集中した研究を進展させること、助言・批判など政策分析への接近の多様性をふまえること、政策研究を行う研究者自身がどのような接近を選びとり社会と対話していくかもまた問われるべき課題であることを、概括的に述べている。

次に、村上(2019)は、規範と政策を架橋する方法やアプローチを体系化あるいは理論化することを急務の課題とした上で、経済学者アマルティア・センと政治哲学者ジョナサン・ウルフの理論の検討、特に規範と政策を架橋する方法論の検討を行っている。著者によれば、この二人の理論には、一方では、一つの規範理論から演繹的に特定の政策を導出するのではなく、「価値の多元主義を承認したうえで、価値対立構造を明確化し、社会的選択を導くために規範理論的知見を活かす」ことを追求するという共通性がある。しかし、他方では、センにおける超越論的・状態比較アプローチ、ウルフにおける理想・非理想理論の相互の関連付けは異なり、センにおいては二つが相互排他的にとらえられ、ウルフにおいては相互補完的にとらえられているとする。その上で、村上は、社会保障に関する議論を促進する観点から、理想理論・超越論的アプローチを、関連政策の明確化・優先順位付けのための政策目的の議論に用いるなど、補完的関係を重視する。

社会学者である松島(2019)は、児童養護施設に入所する外国人の子どもとその保護者の現状と支援における課題を明らかにすることを目的として自らが実施した調査研究について、背

(受理日：2018年12月4日)

景となった事実や調査の経緯を示しつつ検討している。本論文では、調査そのものが示した課題—児童養護施設退所時における支援のあり方に、外国人の子どもをとりまく複雑な状況が反映し、特別の対応を必要とすること—に加えて、調査実施時に松島が直面した事柄、例えば、質的調査から浮かび上がった多様性とそれに呼応した質問項目作成上の困難や、現場の支援者との対話によってはじめて支援者が研究者に語る意義を見出すという現象、が述べられている。その上で、保健・医療・福祉現場の援助者が対応を迫られている可視化しづらい課題について、「対症的にその都度支援をするのではなく、今後の社会変動にも柔軟に対応し得るような理論枠組みをもった支援のあり方」を探ることの意味が提示されている。

最後に、高山(2019)は、経済分析と政策研究を総合する政治経済学的(political economy)アプローチをふまえ、自らの医療制度分析上の留意点として、当該政策の内容だけでなく、それを取りまく政治経済状況や政策展開過程における連関ないし位置づけに注目すること、政策過程における政策目標・手段の変容と政策の帰結と新たな政策課題を析出すること、政策過程においては政策当局だけでなく幅広い諸勢力間の葛藤や対抗を立体的に描くこと、という3点を示している。分析の一例として、米国トランプ政権による医療制度改革をとりあげ、それが市場志向型医療制度のもとで漸進的に医療保障を拡充してきた米国の医療政策の歩みに背を向けるものである、と指摘している。

現実に生じている、あるいは過去に生じた政策を具体的に検討することが、医療福祉政策の研究を展開していくためには不可欠であるが、幅広い多様な接近を交流することは、そうした研究の発展に新たな流れを注ぎ込む力となりう

るものではないだろうか。それぞれの接近についての特徴、強みや弱みといった点について分析を加えて整理していく作業は、今後の課題として残されているものの、まずはこのような多様な接近が語られ、相互に刺激を与える機会を持てたことは幸いであった。

## 注

- (i) 社会保障法学、ヘルス・サービス・リサーチからの接近について、それぞれ川崎航史郎氏(三重短期大学)、田宮菜奈子氏(筑波大学)に、ご報告いただいたが、諸般の事情により本特集に寄稿いただくことはかなわなかった。研究大会の内容を豊富化していただいたお二人に、この場を借りて感謝申し上げる。
- (ii) 掲載にあたり、特集編集者自身による論文以外については、査読をふまえた修正を適宜行っていただいた。

## 参考文献

- 高山一夫. (2019). 医療・福祉政策研究への経済学からのアプローチ—米国トランプ政権の医療制度改革を事例に. 『医療福祉政策研究』: 37p-46p.
- 松田亮三. (2019). 医療福祉政策研究への多様な接近—政策研究の展開をふまえて. 『医療福祉政策研究』: 3p-14p.
- 松島京. (2019). 社会学からの政策研究へのアプローチ 児童福祉施設における外国人の子どもへの支援に関する調査研究から. 『医療福祉政策研究』: 27p-36p.
- 村上慎司. (2019). 社会保障の規範理論に基づく政策研究—A・センとJ・ウルフの比較検討. 『医療福祉政策研究』: 15p-25p.

## 医療福祉政策研究への多様な接近——展望

### Different Approaches in Health and Welfare Policy Studies: A Perspective

松田亮三(立命館大学)  
Ryozo Matsuda (Ritsumeikan University)

**要旨：**公共政策の一領域として医療福祉政策を研究する上で、公共政策そのもののとらえ方に幅があること、政策分析には「政策のための分析」と「政策の分析」という大きな区分がなされていること、をふまえるべきである。また、医療福祉領域での政策分析を構想する上で、政策形成への助言としての政策分析、社会的議論への寄与を目的とする解釈学的分析、「落としどころ」を探る政策分析、社会批判としての政策分析など、多様な政策分析への接近が発達してきていることが、注目される。政策分析を一つの実践として考えると、規範・価値評価との関わりで自らの分析をどのように位置づけるのか、分析結果を誰がどのように役立てることを想定するのか、に注意することが求められる。多様な国内外の学術組織がある中、医療福祉政策を焦点とする学会においては、学範を超えた交流の促進が期待される。

**キーワード：**医療福祉政策、公共政策、政策分析の枠組み、実践としての政策分析

#### はじめに<sup>(1)</sup>

医療福祉政策の研究には多様な接近がありうる。というのは、市民生活の関与する政府活動にどのような視点から関心をもつかによって、研究の接近法が異なるからである。政府がいかに関与すべきかについて、政策形成に直接寄与することを目標とする研究がありうる一方で、政府が医療福祉政策を決定する過程に関心をもちそれを明らかにしようとする研究もありうる。さらに、民主制において討議材料を提供することに寄与するものや多様な意見がある中で折り合いをつけるための検討、権力への対抗

に向けた批判的分析なども、政策分析に含まれる。このような関わり方とは別に、規範的な立場から議論しようとする場合もあれば、証拠(evidence)をもとに議論しようとする場合もあるであろう。

こうした政策に関与しようとする立場と立論の多様性を考えた場合に、筆者はそれぞれの問題意識と方法論的特徴の理解を図りつつ、相互交流を行っていくことが、学術の振興という意味で望ましいと考える。本論文では、医療福祉政策研究の多様な展開に資するため、医療福祉政策とは何か、そしてその研究の対象と目的に

(受理日：2018年12月4日)

はどのような幅があるか、政策分析にはどのような接近があるのか、政策分析の実践において何が問題になるのか、といった事柄を検討し、幅広い視野においてその課題を展望してみたい。

以下では、まず、医療福祉政策を公共政策の一領域として把握しつつ、公共政策の概念規定には幅があり、それを政府活動に限定してとらえる立場もあれば、幅広い社会の取り組みとして考える立場もあること、を述べる。次いで、医療福祉政策に関わってどのような研究がなされるかについて、特に「政策のための分析」と「政策の分析」という異なる系統の目的をもった研究がありうることを説明する。さらに、医療福祉領域での例をあげつつ、政策形成への助言としての政策分析、社会的議論への寄与を目的とする解釈学的分析、「落としどころ」を探る政策分析、社会批判としての政策分析という多様な政策分析への接近を紹介する。そして、医療福祉政策分析を一つの実践として考え、規範・価値評価との関わりで自らの分析をどのように位置づけるのか、分析結果を誰がどのように役立てることを想定するのか、が問われることを論じる。最後に、医療福祉政策に関する多様な国内外の学術組織と国際学術誌の状況を紹介し、多様な組織と媒体によって研究成果の交流・報告が行われている中で、それを焦点とした学会が成立することの意味を考える。

## 1. 公共政策としての医療福祉政策

医療福祉政策は、ひとまず医療・福祉に関わる公共政策の一領域 (policy domain) としておく (Burstein, 1991)。ここで、注意しておかねばならないのは、公共政策そのものの捉え方に幅があるということである。まず、公共政策を主に政府の活動、サービス供給だけでなく、規

制や租税の徴収をも含んだ政府の活動としてとらえる立場がある。つまり、公共政策を、市民生活に関与する一直接的あるいは関連機関を通じた一政府活動の総和として捉える立場である (Peters, 2013, pp. 4-5)。別の言い方をすれば、なんらかの問題への政府の活動—何も行わないという選択を含んだ政府の活動として、公共政策をとらえる見方である (Dye, 2011; 森脇, 2010)。

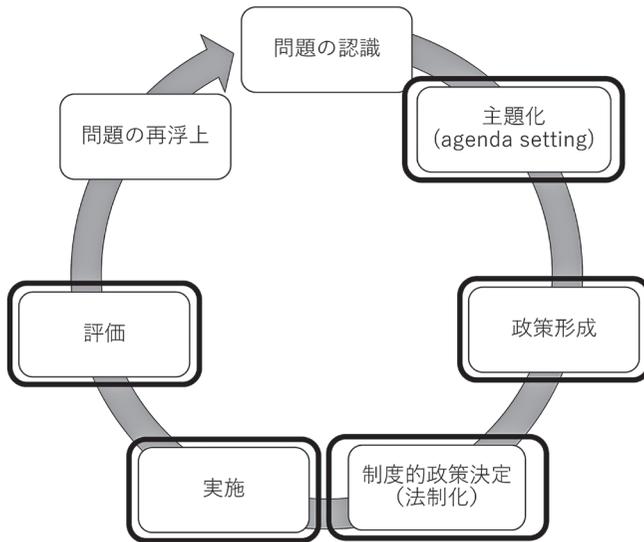
このような立場に対して、政府だけではなくむしろ政府を含んだ社会に注目する見方もある。それは、公共政策を「公共問題に社会で対処するための行動指針」としてとらえ、「問題の同定、政策目的の設定、その目的を達成するための処方箋のデザイン」を含むものとするものであり (足立, 2009:7)、より簡潔には「公共的問題を解決するための、解決の方向性と具体的手段」(秋吉・伊藤・北山, 2015:26)とするものである<sup>(2)</sup>。ここでは、政府の活動だけでなく政府以外の主体の活動が、公共政策の問題関心として想定されている。

後者の定義を採用したとしても、政策は、その必要性が浮上し、検討され、決定された後に実施される、という一連の過程をたどっていくと考えることができる。このような過程をどのように整理するかはさまざまにありえようが、分かりやすいものとして Howlett and Ramesh (1995) のものがある。彼らの整理は、1970年代からの主に北米での議論をふまえて、問題解決の手順に沿って考えたものであり、政策過程を政治的主題化(アジェンダ設定)、政策形成、意思決定、政策実行、政策評価という5段階に区分整理するものである。なお、このような過程は、しばしば政策循環という円環的關係として示されることがあるが(図)<sup>(3)</sup>、実際には常にすべての過程がこの流れに沿って行わ

れるわけではないことには注意する必要がある (Jann & Wegrich, 2007; Savard & with the collaboration of R. Banville, 2012)。例えば、社会的にはそれが知られておらず、まして政治的な課題として浮上していなくても、当該分野

の専門家はその課題を認識し対応策を検討・提唱しているという状況があり、その後その問題が政治的主題となったとすれば、アジェンダ設定以前においても政策形成が始まっていたと考えられる。

図 政策循環と政策研究



出所：Jann and Wegrich 2007, などを参考に著者作成

## 2. 医療福祉政策とそれに関わる研究

ところで、社会科学が政策といかに関わるかは、それ自体が重要な課題であるが (Brooks & Gagnon, 1990; 太郎丸・大谷, 2015)、政策研究ではそれが鮮明に問われる<sup>(4)</sup>。以下では、経済学や社会学といった特定の学術領域に限定せず、政策、特に医療福祉政策に関わってどのような研究がありうるかを考えてみたい。その際、先の政策過程の区分を念頭におきつつ考えていくのは有用であろう。というのは、政策に関わって生じる異なる性質の出来事を想定し、それと研究との関わりを検討することができるからである。

まず、解決すべき問題に寄与することが期待される何らかの新しい知識、すなわち政策についての知識に貢献する研究を考えること

ができる。Lasswellが述べた「意思決定過程における知識」を増やすための研究であり (Lasswell, 1971)、「政策のための分析 (analysis for policy)」がなされる研究ということもできる (Brans, Geva-May, & Howlett, 2017; Colebatch, 2011)。この場合研究がその成果として提供する知識は、政策課題についての何らかの具体的知識であり、政策形成や意思決定に寄与し、社会問題の認識や解決方法の模索につながるものである。政策の提唱、政策に向けた情報・知識、政策の状況・評価に関わる研究ともいえる (Gordon, Lewis, & Young, 1977)。医療福祉政策でいえば、人々の生活の変化によってどのような必要が生じているか、必要を充足するための手段として何が適切か、利用者負担の設定は人々の医療福祉サービスの利用・健

康・生活の質にどのような影響を与えるか、保障されるべき医薬品の範囲はどのように定められるのが適当か、どのような医療福祉施設あるいはサービスの類型がサービスの進展のために望ましいか、など数多くの例をあげることができる。

取り組むべきとされる新たな社会問題は、たいていの場合すでに実施されている政策の下で生じており、この問題の解釈は現に実施されている政府の施策との関わりを何らかの意味で含むことになる。現に進行している施策を支持しつつその修正を提案する場合もあれば、それを非難しつつその修正を迫る場合もあろう。つまり、この解釈には幅があり得る。なお、ここで研究が含む内容と、それが主張される政治的文脈とは、概念的にはひとまず区別される<sup>(5)</sup>。

つまり、政治的文脈は、政策の知識がどのような内容を持っているかとは別の次元で考えることができる。例えば、ある政策の細部を修正することを示す研究があったとしても、現政権に反対し根本的な政策枠組みの変更を求める主張の根拠にすることが一説得力を持つかどうかは別にして一なしうる。他方、同じ知識をもたらす場合でも、政府に反対するというよりはそれを支持しつつ、その修正を迫るような知識の提供の仕方もある<sup>(6)</sup>。

政策の内容そのものに関する知識を増やそうとする研究は、当該分野の専門的学術によって多く担われる。例えば、教育についての知識を教育学の進展を抜きにして増加させることは空想的であろう。医療福祉政策の実質的内容に関与する研究は、医療福祉サービス、それを必要としている人々、さらにはその制度を検討する研究者によって多く担われることとなる。

以上考えてきたような、当該政策の内容に寄与する研究とは別の系統の研究も、政策科学

では重視されてきた。それは、Lasswellのいう「意思決定過程についての知識」であり、政策がいかに決められるか、そしてそれをふまえてどう決めていくかを検討する研究である。別の言い方では、「政策の分析 (analysis of policy)」であり、政策決定がいかになされるか、政策の内容がどのように形成されたのか、などの問いに関わる (Gordon et al., 1977)。この系譜の研究で問われる問題群は、例えば、政策に段階はあるのか、政策はよく言われるような循環的過程を経ているのか、政策決定には何が影響するか (Allison, 1971 = 2016; Kingdon, 1995 = 2017)、ある事柄はどのように問題として構成されていくか (Fischer, 2003; Koon, Hawkins, & Mayhew, 2016)、さまざまなアクターがどのように政策決定に関与するか (Sabatier, 1988)、そこでは制度や考え (idea) がどのように影響するか (Béland & Cox, 2011; Hall & Taylor, 1996)、といったものである。

### 3. 政策研究へのさまざまな接近法

多様な学術領域でまた多様な方法を用いて、医療福祉政策に何らかの意味で関わる検討がなされていることをふまえると、政策研究そのものについて、どのような接近がなされてきたかを振り返っておくことは有用に思われる。ここでは、伝統的な合理的解決法を見出すような政策研究・分析だけでなく、さまざまな文脈において提唱されているいくつかの政策研究あるいは政策分析への接近について述べ、それらの違いをふまえた研究・分析の重要性を指摘しておきたい (松田, 2017b)。

まず、政策形成への助言としての政策分析がある (Wilson, 2008)。これは、具体的な政策の形成、決定、実施など一連の政策過程において政策形成者に助言を行うものである。このよう

な分析は、政府の研究部門によってもなされうるし、政府の委託を受けて研究を実施する研究機関、また当該分野の実務専門家や研究者によってもなされうる。ここでなされる分析は、おおむね「政策のための分析」であり、例えば、子どもの貧困がもたらす医療アクセスの低下を把握し、それに対してなしうる施策を定めるための研究である。そこでは、「真実」が力となることが理想とされるものの、現実には知的熟慮と社会関係が切り結ぶ場所でもある(Wildavsky, 1987)。助言のための政策分析とはいえ、現実の政策過程の中では、純粋に中立的な立場にいることは困難だからである。

別の接近としては、民主主義の下で組織される社会の議論に寄与することを志向する政策分析がある(Ingram & Schneider, 2008)。これは従来の政策分析で重視されてきた効率、効果、実施可能性だけでなく、市民権、正義、言説のあり方が問題となっている中で近年提唱されている分析のあり方である。政府に対する信頼、あるいは政策決定に関する参加のあり方が問題となる中で、民主主義のあり方に関わることとして政策分析を位置づけようとするものである。そこでは、政府の課題設定や政策の対象とされる人々の定め方がどのような特徴をもっており、それが含んでいる含意は何であり、それが民主主義にとってどのような意味を持つのか、といったことが検討課題となる。例えば、慢性疾患対策がどのような課題として扱われ、誰を対象として、どのような政策が問われているか、そこにおける特徴を検討し、市民に投げかけるような分析である。ここでは、解釈学的な研究が重要な役割を果たすことになる。

「落としどころ」を探る政策分析は、異なる価値が錯綜し、対立しうる複合的な目標がある難しい政策課題について、どのように折り合い

をつけるかに寄与することを目的としたものである(Winship, 2008)。伝統的な政策分析では社会が定める目標を実現するための合理的な回答が想定されていたが、現実の政策課題には対立する複数の目標—別の言い方をすれば、明確に定まらない目標—があり、むしろそのような目標が不確定な状況を前提として分析を行うことをこの接近は主張する。Winship (2008)の言い方では、それは「パズルを解く(puzzling)」ようなものである。つまり、ジグソー・パズルのピースのように複雑な目標が絡み合うなかで、それらの折り合いがつくような全体像を見出すことが、こうした分析の目標となる<sup>(7)</sup>。例えば、病院の統廃合には、効率だけでなく、サービスの質、近接性、職員の待遇や士気、他の医療機関への影響、などさまざまな事項が関わり、それぞれ異なる目標をもっていると想定できる。このような場合に、具体的にどのような統廃合が一何もしないという対応も含めて一望ましいと合意できるのかを検討していくために、素材を与えていくような政策分析である。ここでは、あらかじめ選択肢として解決が与えられるのではなく、むしろ解決法が関係者によって見出されていく。その意味でこの分析は、一連の過程として理解されるべきものである。医療のような利害関係が複雑で、多様な価値が交錯する場合には、この「落としどころをさぐる」ことはとりわけ重要な意味を持つ<sup>(8)</sup>。単純な解がない中で「落とし所」を探そうとするこの接近には、従来の接近にはない発想がある。

「落とし所」を探るという調整的な役割でなく、むしろ社会批判として政策分析を位置づけ取り組む接近、すなわち批判的な政策分析も近年重視されてきている。この接近では「権力によって苦しみを受けている人々が、そこから抜

け出るための活動につながるような光明を見いだす」(Dryzek 2008: 191-192)ことを目的として、テクノクラートのでもなく、便宜供与的でもない分析が目指される。そこでは、政策内容に含まれる権力の支配に導く意味づけやイデオロギーを解明し、対話的合理性の観点から政策形成のあり方が問われることになる。1980年代から教育政策の領域では、さまざまな批判理論に触発された政策分析が展開している (Diem, Young, Welton, Mansfield, & Lee, 2014)。

以上述べたように、さまざまな文脈において、さまざまな目標をもった政策分析のあり方が議論され、検討されてきたことは、医療福祉領域における政策分析を考える上で、とりわけ学術の場面において政策の分析に取り組む上で、ふまえておくべき事項と思われる。別の言い方をすれば、学術的な立場から政策分析に取り組もうとする場合には、どのような政策分析の潮流に自らの研究を位置付けるのかを明確にして取り組むことが、いよいよ重要になってきている<sup>(9)</sup>。

#### 4. 実践としての医療福祉政策分析

これまで述べてきたことは、政策分析に関わる一般的議論であり、このような議論の展開をふまえつつ、次々と立ち現れる医療福祉政策の具体的課題について多様な立場から検討していくことが、医療福祉政策を研究するものに求められている。医療福祉政策は、医療福祉という社会的に重要な事柄をめぐる政策領域であり、そこでは医療福祉に関わる組織や文化のありようが重要な意味を持つ<sup>(10)</sup> (Burstein, 1991)。また、そこには、医療供給組織、医療保険者、学会、医療関連産業など、複雑な関係を結び、独自の決まりをもうけて諸活動を行う半自律的

な社会の領分 (semi-autonomous social field) が多くみられる (Moore, 1973)。本稿の終わりに、この領域に関わる政策分析について、どのような枠組みをとるか、どのような接近を行うかという観点から、二つの検討すべき事柄を示しておきたい。

まず、政策分析と規範あるいは価値評価との関わりという事柄がある。この政策領域は、医療そして福祉という人々の生命・生活に直接に影響を与える諸活動に関するものであり、それゆえにどのような立場で議論するかが、時に鮮明に問われる領域である。例えば、評価的な分析を行う場合に、評価基準をどのように設定するかは極めて重要である。国際人権規約や日本国憲法に示されている基本的人権の保障や普遍主義的医療給付といった理念を、直ちに実施すべきものとして組み込むのと漸進的に実施すべきものとして評価基準に組み込むのでは、現状の評価はかなり変わってこよう (松田, 2017a; 西原, 2007; 棟居(椎野), 2006)。

武川 (2007: 11) は、理想主義、価値中立、批判主義という三つのバイアスにより、社会学は「公共政策へのアプローチに対して及び腰だったと言える」と述べた上で、価値評価を明確にした上で理論研究に取り組むことの重要性を改めて見直す必要を述べている。しかし、価値が厳しく問われる領域において、とりわけ議論を呼ぶ一つまり、よってたつ規範によって解が異なる一政策について学術的に接近するのはそうたやすいことではない。もちろん、医療・福祉に関連する諸学は社会が直面している具体的諸問題—例えば認知症の当事者や家族の生活や体験—について明らかにしてきているが、そうして明らかにされた諸問題に対する政策を、メディアでの論評とは異なる、一定の学的方法にもとづいた研究の対象として取り扱うための理

論装置はなお開発途上である。だからこそ、先に紹介した各種の潮流を咀嚼しつつ、自らの研究をすすめていくことが重要であろう。

次に、政策分析の結果を誰がどのように役立てることを想定するのか、という事柄がある。政策形成への助言のための研究であれば、分析の結果の利用者として想定されるのは主に当該政策ネットワークの一員であろう。批判的な政策分析であれば、その結果を周縁的状况におかれている当事者やメディアを通じて、社会の新たな反応を引き出すことが企図されるかもしれない。「落としどころを探る」政策分析であれば、結果を出して終わりというわけではなく、それを通じた話し合い、必要があれば更なる検討が行われていくこととなる。

これに関わって、政策分析の結果をいかに伝えるか、というコミュニケーション上の問題も、今や政策研究活動の一面に関わる重要な事柄として扱われなければならなくなっている。かつて二木(1991: 3)は、自らの価値判断を明確に示さない場合には、現状から予測される推移や政府が推進している政策に対する自らの見解を誤解されやすいという見解を、自身の体験にもとづいて述べているが、政策分析の結果の社会への発信法も、研究者にとって無視できない事柄となっている。このことは、研究者がある主張を行う場合にどのような仕方をしていけばよいかという問題でもあり、研究者が自らを政策を提唱するものとして、政策を立ち上げようとするものとしてとらえるかどうか、という問題とも関わる(Lackey, 2007; Mintrom & Norman, 2009)。そしてその場合に、どのような物語の中で研究結果を示すかが政策形成への関与という意味で大きな意味をもつ、という仮説が学術的に真剣な検討課題となっていることにも、注意を払っておきたい(Davidson,

2017)。

政策をめぐるアイデアやパラダイムが重要な意味をもつ現代の政治において(Béland & Cox, 2011; P. A. Hall, 1993)、政策に関わる研究の成果をいかに発信するかは、単なる実務的な工夫以上のものをもつ重要な検討課題になりつつある。研究者が、科学的な所見(evidence)を示していけば、それがそのまま実際の政策形成に用いられるというのは単純すぎる考え方であり(Macintyre, 2012)、この過程そのものの検討も含め、医療福祉政策の研究展開を構想することが重要と思われる。そこでは、例えば現場と研究者、政策形成者との協働の可能性や、現在の政策形成環境が抱える問題の検討といった問題を課題とすることがありうる(Hunter, 2009)。

## 5. 学術組織と医療福祉政策研究

医療福祉政策に関する学術的営みの幅は、その研究に関わる学術組織の多さにも表れている<sup>(11)</sup>。医療分野を中心に関連する国内学会の例をあげれば<sup>(12)</sup>、公共政策全体に関わる学会として、日本公共政策学会、日本行政学会などがあり、「政策」を名称に含めている医療福祉にも関わりうる学会として、日本社会政策学会、日本経済政策学会、日本健康福祉政策学会があり、政策決定・実施と不可分な法律に関わって、日本社会保障法学会、日本医事法学会、日本障害法学会などがある。政治学、社会学、経済学、経営学などでは、当該領域全体を包括した学会とは別に、日本保健医療社会学会、福祉社会学会、医療経済学会、日本医療・病院管理学会、日本医療マネジメント学会など、医療あるいは福祉分野に特化した学術組織がある。もちろん、日本公衆衛生学会、日本福祉学会など、当該分野の実践と密接に関連した学会もある。

国際的にみれば、経済学においては、健康と医療の経済学についての学術組織として International Health Economics Association (iHEA)があるが、公共政策、社会学、政治学などにおいては、International Political Science Association (IPSA)、International Public Policy Association (IPPA)、International Sociological Association (ISA)、などにおいて、医療福祉に関する主題が議論されている。

学会以外にも目を配れば、関連する専門誌は多く出されている。医療政策に限って筆者が目にするものをあげると、例えば、欧州を中心とした医療政策を取り扱う Health Policy、米国の医療政策を多面的に検討する Health Affairs、英国が基盤となっている Journal of Health Services Research & Policy、医療政策を含めて人文・社会学的で学際的な論文を掲載している Health Care Analysis、医療に関わる社会諸科学の論文を掲載する権威ある国際誌 Social Science and Medicine、米国を基盤とし経済学、政策、法についての各種の論文を掲載している Journal of Health Policy, Politics and Law、同様な趣旨をもちつつ短めの論文を掲載している Health Economics, Policy, and Law、低所得国を舞台とした議論を主に掲載してきた Health Policy and Planning などがある<sup>(13)</sup>。社会学領域、経済学領域ではそれぞれ確立した学術誌があり、例えば、Journal of Health and Social Behavior、Health Economics、Journal of Health Economics、などである。Health Services Research などの保健医療サービス研究の学術誌にも政策関連の論文は掲載されることがあり、また多くの社会科学誌に医療福祉を舞台として行われた研究の成果が公表されている。このように、多様な組織に帰属する研究者が、多様な問題関心と各領域の理論・概念を用

いて、医療福祉政策の研究をすすめており、それらの成果もまた幅広い学術媒体において公表されてきている。

すでに多様な組織で医療福祉政策研究に関する研究が交流されているのであるが、一般的にいつて学術組織を超えた交流、特に学範 (discipline) を超えた交流はなかなか難しい。また医療福祉政策あるいは医療政策、福祉政策の研究は、国際的には確立しているといえるが、日本に限っていえば必ずしもそうはいえない状況にあるように思われる。このような中で、日本を基盤として、医療福祉政策研究に関する学術組織が確立し、学術誌を公刊していくことは、国内におけるこの領域の研究の接点として学融をうながす上で(サトウ, 2012)、また日本という独特の政治・経済体制と医療機構をふまえた研究を進展させる上で<sup>(14)</sup>、重要な場となることが期待される。

## 注

- (1) 本論文は、日本医療福祉政策学会第1回研究大会において行われたパネルディスカッション「医療福祉研究への多様なアプローチ」における基調報告をもとに執筆されたものである。なお、行論の都合上松田(2017b, 2018)と重なる記載がある。
- (2) このようないわば目的志向的な定義に対して、大森(1979)は、むしろ統治における調整機能に重きをおいて公共政策を把握している。彼は、「個人ないし集団が特定の価値(欲求の対象とするモノや状態)を獲得・維持し、増大させるために意図する行動の案・方針・計画」と政策を一般的にとらえたうえで、「政治社会における政策(public policy)」は「社会次元での調整をこえる争点ないし紛争に対して統治活動を施すこと」により、「その一応の解決をはかる手段」である。ここで、統治活動とは「社会生活における共存関係の形成と維持のために人々

- の行動や態度を誘導し制御する活動とその様式」とされている。
- (3) この政策サイクルのどの段階においても、政策研究は関わりうるし、また社会的議論が関与する。そしてその意味では、どこでも技術的側面ととともに政治的側面が関与することになる。例えば、子どもの貧困の実態を研究して公表することは、それを公共政策が取り組むべき「問題」とすること、つまり可視化に寄与するだろう。他の場面の例は省略するが、政策過程のさまざまな場面において研究者が寄与できる可能性がある。
- (4) 太郎丸・大谷(2015)は、日本の社会学会では、政策形成そのものに貢献するのは、「もっとも評価が低く、可視性も低」く、「下手に政策形成に関われば批判意識の足りない御用学者の烙印を押されるだけであり、うまく関わっても政策立案・評価への貢献は学界の内部ではほとんど知られることもなく、評価されることもないのではないだろうか」としている。一方で、武川(2007)は、社会問題の認知、問題解決の模索、合意形成の過程、立法化の過程、行政による準備、制度の実施、に政策過程を分け、社会学研究者はどちらかといえば最初の3つの過程に効果的に関与しうるだろう、と述べている。
- (5) 政策過程を多くのアクターが交錯する中で生じる過程とするならば、そこでの知識に貢献することを目指す政策研究といえども、多かれ少なかれ政治的意味合いをもってくることに注意しなければならない。
- (6) 根本的な政策の変更を迫るような考え方や知識を主張する論者は、そうではない枠組みを用いている当該政府と対立する関係になりやすいかもしれないが、当該政権にとって活用しうるアイデアとして、そのような枠組みを融和的に提唱することもありえなくはない
- (7) 実際のジグソー・パズルでは正解はあらかじめ決まっているが、政策課題にはそれはあてはまらない。それからすれば、一つの正解ではなく、何かよい図像が描ければよいようなジグソー・パズルを考えるべきかもしれない。
- (8) この点に関わって、長年にわたり医療政策に関わる個別実証的研究と制度的研究に従事してきた池上(2014:1)が、「研究者が政策に関わる際は、Evidence-based policyを望むのではなく、Policy-based evidence、すなわち政治力学によって決まったpolicyに対して、それを裏付けるevidenceを提示すること」に甘んじなければならぬ状況があることを示唆している。このような状況に対して後に池上(2017:194)は、「耳心地の良い錬金術的な手法に飛びついて、policy-based evidence(政策に基づくエビデンス)を提示しても、一時の混乱後、静かに忘れさられる」だけであり、むしろ「各当事者の期待水準を現実的なレベルに改めつつ、地道に努力すること」の重要性を強調している。このような池上の回顧は、政策形成の文脈が強固に形成されている場合には、「落としどころ」を探ることが、エビデンスを示そうという研究者にも求められることがあることを示しているのかもしれないが、この検討そのものは今後の課題である。
- (9) 日本の医療政策について数多くのそして継続的な論考を公表している二木立のスタンス・方法は、本論で述べるような近年の政策分析の枠組みとの関連でも示唆に富んだものだが、より立ち入った検討は今後の課題としたい(二木, 2017, 2018)。
- (10) 政策領域における政策形成の動態を説明しようとしたものとして、Kingdonによるstreamsのモデルがある(Kingdon, 1995= 2017)。
- (11) 以下で述べる学術組織については、各組織のウェブサイトを参照したが、urlは省略している。なお、日本学術会議(2005)は、その「協力学術研究団体」の基準として、①学術研究の向上発達を図ることを主たる目的とし、かつその目的とする分野における学術研究団体として活動しているものであること、②研究者の自主的な集まりで、研究者自身の運営によるものであること、③「学術研究団体」の場合は、その構成員(個人会員)の数が100人以上であること、④「学術研究団体の連合体」の場合は、3つ以

- 上の協力学術研究団体を含むものであること、  
としている。
- (12) 以下で述べているのは、あくまでも例示であり、それぞれの分野を代表するものではない。多くの学術領域が医療福祉と関わった実績や可能性をもっており、ここに記載されていない学会が医療福祉に関与しないという分けではない。
- (13) なお、低所得国の状況を改善するための研究については、世界保健機関が1990年代半ばから医療政策・機構研究 (health policy and systems research) の概念を提唱し、その強化を提唱している (Bennett et al., 2008)。この流れの中で、Global Symposium on Health Systems Researchが2010年より2年おきに開催されている (Bennett, Frenk, & Mills, 2018)。
- (14) 例えば、地域保険と職域保険という独特の組み合わせによって「皆保険」を実現し (島崎, 2015)、公私混合体制のもとで医療を供給してきた医療機構は (西岡, 1985)、そこにおける医療政策の在り方と密接にかかわっていることが想定される。
- 会学：社会的現実との格闘』(武川正吾・三重野卓編) 東信堂: 3-45.
- 太郎丸博・大谷信介 (2015) 特集「社会学は政策形成にいかに関与するか」によせて、『社会学評論』66:166-71.
- 二木立 (1991) 『複眼でみる90年代の医療』勁草書房。  
—— (2017) 『地域包括ケアと福祉改革』勁草書房。  
—— (2018) 『医療経済・政策学の探究』勁草書房。
- 西岡幸泰 (1985) 『現代日本医療政策論』労働旬報社。  
西原博史 (2007) 『人権論の新展開』岩波書店。
- 日本学術会議 (2005) 日本学術会議協力学術研究団体規程 (2005年10月4日日本学術会議第1回幹事会決定)。
- 松田亮三 (2017a) 医療のアクセス障壁：実態分析への接近と状況把握について『いのちとくらし研究所報』2-9。  
—— (2017b) 政策分析という学術・技法：医療政策での活用を展望して。『日本医療経済学会会報』33:41-52。  
—— (2018) 医療福祉政策研究—多様な課題とアプローチを受け入れて。『医療福祉政策研究』1:1-6。
- 森脇俊雅 (2010) 『政策過程』ミネルヴァ書房。
- Allison, G. T. (1971). *Essence of Decision: Explaining the Cuban Missile Crisis*. New York: Harper Collins Publishers.
- Béland, D., & Cox, R. H. (2011). *Ideas and Politics in Social Science Research*. New York: Oxford University Press.
- Bennett, S., Adam, T., Zarowsky, C., Tangcharoensathien, V., Ranson, K., Evans, T., and Alliance, S. (2008). From Mexico to Mali: progress in health policy and systems research. *The Lancet*, 372(9649), 1571-1578.
- Bennett, S., Frenk, J., & Mills, A. (2018). The evolution of the field of Health Policy and Systems Research and outstanding challenges. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 43. doi: 10.1186/s12961-018-0317-x
- Brans, M., Geva-May, I., & Howlett, M. (2017). Policy
- 文献
- 秋吉貴雄・伊藤修一郎・北山俊哉 (2015) 『公共政策学の基礎』有斐閣。
- 池上直己 (2014) 改めて医療経済・政策研究を考える。『医療経済研究』26:1-2。  
—— (2017) 『日本の医療と介護：歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞出版社。
- 足立幸男 (2009) 『公共政策学とは何か』ミネルヴァ書房。
- 大森彌 (1979) 政策。『年報政治学』30:130-42。
- サトウタツヤ (2012)。『学融とモード論の心理学：人文社会科学における学問融合をめざして』新曜社。
- 島崎謙治 (2015) 『医療政策を問いなおす：国民皆保険の将来』筑摩書房。
- 棟居 (椎野) 徳子 (2006) 国際人権法における健康権の履行—その現状と課題—。『社会環境研究』:101-10。
- 武川正吾 (2007) 公共政策と社会学『公共政策の社

- analysis in comparative perspective : an introduction. In M. Brans, I. Geva-May, & M. Howlett (Eds.), *Routledge Handbook of Comparative Policy Analysis* (pp. 1-23). New York, NY : Routledge.
- Brooks, S., & Gagnon, A. (1990). *Social Scientists, Policy, and The State*. New York: Praeger.
- Burstein, P. (1991). Policy domains: organization, culture, and policy outcomes. *Annual Review of Sociology*, 17(1), 327-350. doi:10.1146/annurev.so.17.080191.001551
- Colebatch, H. K. (2011). Policy analysis. In B. Badie, D. Berg-Schlosser, & L. Morlino (Eds.), *International Encyclopedia of Political Science* (Vol. 6, pp. 1893-1902). Los Angeles: SAGE.
- Davidson, B. (2017). Storytelling and evidence-based policy: lessons from the grey literature. *Palgrave Communications*, 3, 17093. doi:10.1057/palcomms.2017.93
- Diem, S., Young, M. D., Welton, A. D., Mansfield, K. C., & Lee, P.-L. (2014). The intellectual landscape of critical policy analysis. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 27(9), 1068-1090. doi:10.1080/09518398.2014.916007
- Dye, T. R. (2011). *Understanding Public Policy*. Boston ; Tokyo: Longman.
- Fischer, F. (2003). *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*. Oxford: Oxford University.
- Gordon, I., Lewis, J., & Young, K. (1977). Perspectives on policy analysis. *Public Administrative Bulletin*, 25(26-30).
- Hall, P. A. (1993). Policy paradigms, social-learning, and the state - the case of economic policy-making in Britain. *Comparative Politics*, 25(3), 275-296.
- Hall, P. A., & Taylor, R. C. R. (1996). Political science and the three new institutionalisms. *Political Studies*, 44(5), 936-957. doi:doi:10.1111/j.1467-9248.1996.tb00343.x
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1995). *Studying Public Policy : Policy Cycles and Policy Subsystems*. Toronto: Oxford University Press.
- Hunter, D. J. (2009). Relationship between evidence and policy : a case of evidence-based policy or policy-based evidence? *Public Health*, 123(9), 583-586. doi:10.1016/j.puhe.2009.07.011
- Ingram, H., & Schneider, A. L. (2006). Policy analysis for democracy. In R. Goodin, E. , M. Moran, & M. Rein (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 169-189). Oxford: Oxford University Press.
- Jann, W., & Wegrich, K. (2007). Theories of the policy cycle. In F. Fischer, G. J. Miller, & M. S. Sidney (Eds.), *Handbook of Public Policy Analysis* (pp. 43-62). Broken Sound Parkway, NW: CRC Press.
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York, NY: HarperCollins College Publishers. (= 2017. 『アジェンダ・選択肢・公共政策』 勁草書房)
- Koon, A. D., Hawkins, B., & Mayhew, S. H. (2016). Framing and the health policy process: a scoping review. *Health Policy and Planning*, 31(6), 801-816.
- Lackey, R. T. (2007). Science, scientists, and policy advocacy. *Conservation Biology*, 21(1), 12-17.
- Lasswell, H. D. (1971). *A Pre-View of Policy Sciences*. New York : American Elsevier.
- Macintyre, S. (2012). Evidence in the development of health policy. *Public Health*, 126(3), 217-219. doi:https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.01.026
- Mintrom, M., & Norman, P. (2009). Policy entrepreneurship and policy change. *Policy Studies Journal*, 37(4), 649-667.
- Moore, S. F. (1973). Law and social change : the semi-autonomous social field as an appropriate subject of study. *Law & Society Review*, (4), 719. doi:10.2307/3052967
- Peters, B. G. (2013). *American Public Policy : Promise and Performance*. Washington, D.C.: CQ Press.

- Sabatier, P. A. (1988). An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences*, 21(2/3), 129-168.
- Savard, J.-F., & with the collaboration of R. Banville. (2012). Policy cycles. In J.-F. Savard & L. Côté (Eds.), *Encyclopedic Dictionary of Public Administration*, [online], [www.dictionnaire.enap.ca](http://www.dictionnaire.enap.ca).
- Wildavsky, A. (1987). *Speaking Truth to Power: The Art and Crafts of Policy Analysis*. New Brunswick and London: Transaction Publishers.
- Wilson, R. (2008). Policy analysis as policy advice. In R. Goodin, E. , M. Moran, & M. Rein (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 152-168). Oxford: Oxford University Press.
- Winship, C. (2008). Policy analysis as puzzle solving. In R. Goodin, E. , M. Moran, & M. Rein (Eds.), *The Oxford Handbook of Public Policy* (pp. 109-123). Oxford : Oxford University Press.

# 社会保障の規範理論に基づく政策研究 —— A・センとJ・ウルフの比較検討

Policy studies based on the normative theory of social security:  
A comparative examination of A. Sen and J. Wolff

村上慎司(金沢大学・人間社会研究域経済学経営学系)  
Shinji Murakami (Faculty of Economics and Management,  
Institute of Human and Social Sciences, Kanazawa University)

**要旨：**政策と規範概念を架橋する研究は社会保障において急務の学術的課題である。本稿の目的は文献読解によって経済学者A・センと政治哲学者J・ウルフの研究を比較検討し社会保障の規範理論に基づく政策研究を発展させることである。両者に共通する特徴は、単一の規範理論から演繹的に特定の政策を導出することではなく、価値の多元主義を承認したうえで、多様な価値対立構造を明確化し、社会的選択を導くために規範理論的知見を活かすという点にある。だが、センは、超越論的アプローチと状態比較アプローチを相互排他的に論じて、後者の優位を主張するのに対して、ウルフは、理想理論と非理想理論を相互補完的であり、政策研究として後者を重視するものの、前者もガイダンスとしての役割があることを認めている。両者の議論を比較検討した結果、本稿は理想理論と非理想理論の補完関係を認めるほうが社会保障の議論にとって建設的であるという見解を提示する。

**キーワード：**社会保障、規範理論、状態比較アプローチ、非理想理論

## 1. はじめに

政策研究は、実証研究や理論研究だけでなく、価値や理念をめぐる問題を回避できず、何らかの形で規範理論と関連する。こうした規範と政策との理論的関係をめぐる研究は、経済哲学や政治哲学の領域において積極的に取り組まれている。例えば、機会の平等と教育政策を論じているRoemer (1998)の経済哲学研究、自由とベーシック・インカムを議論しているVan

Parijs (1995)の政治哲学研究、そして、正義と健康政策を検討しているDaniels, Kennedy and Kawachi (2000)の研究などが挙げられる。だが、規範と政策を架橋する方法やアプローチを体系化する作業は佐野(2010)などの例外もあるが、必ずしも十分とは言えないという(松元2016)。とりわけ、日本における喫緊の課題である社会保障において、規範と政策をめぐる理論的進展は急務の学術的課題である。

(受理日：2018年11月24日)

本稿の目的は、こうした課題についての研究に貢献するために、社会保障の規範理論的議論、換言すれば、分配的正義論を展開している経済学者アマルティア・センと彼の著作であるSen(1999、2009b)等から影響を受けている政治哲学者ジョナサン・ウルフの両名の研究に着目し、これらを紹介・検討し、社会保障の規範理論に基づく政策研究を発展させることである。

センとウルフに注目する理由は以下の通りである。センは福祉と自由に関する規範概念の理論研究を遂行しつつ、同時に貧困問題等を実証的に研究してきた。経済学に限定されず人文社会科学の幅広い領域に対して知的インパクトを与えているセンの研究であるが、その中心は経済学における理論前提の批判的検討とその刷新にある。センは貧困・福祉の実証研究に対して精力的に取り組んでいるが、彼の高度に抽象的な理論研究の学術的知見が政策研究へどのように活用されるのかについて貧困の指標化などの一部の例外を除けば不明瞭かもしれない。あるいは、結局のところ、センの政治的スタンスは公共的議論に基づく熟議デモクラシーの議論に回収されるという意見がありうるだろう。本稿は、こうした見解が正確さを欠いた誤解だと考える。そして、その理解困難性と誤解は、センの専門である社会的選択理論において彼が貢献した独創的な議論の難解さに由来するのではないかと考えられる。そこで、本稿は、センの集大成であり社会的選択理論にも大きく依拠しているSen(2009b)を中心に提起し、同書での彼の正義論に関する整理・検討を試みる。具体的には、近年の正義論でセンが論じている「超越論的(transcendental)」アプローチと対比される「状態比較(comparative)」アプローチの意義を吟味していく<sup>(1)</sup>。

センの研究から知的に啓発されているウルフ

が指摘するように、本稿もセンの状態比較アプローチが政治哲学での「非理想理論(non-ideal theory)」と類似した理論的特徴を持つと考える。ウルフは近年の政治哲学の専門学術誌の傾向が高度に抽象化し現実との接点を見失いがちであることを懸念し、政治哲学の理論と具体的な政策とを切り結ぶ研究・実践を行っている。その成果の一つがWolff(2011)であり、本稿はそこでの議論を整理・検討する。

両者の議論の出発点には政治哲学者ジョン・ロールズの議論がある。先述のようにセンはロールズの正義論を直接的に批判する対象とし、また、ウルフの議論における理想理論/非理想理論の区別もロールズに負っている。両者がロールズから何を学び、どこを克服しようとしているのかを比較検討することには重要な学術的意義がある。

そして、両者に共通する特徴は、単一の規範理論から演繹的に特定の政策を導出することではなく、価値の多元主義を承認したうえで、価値対立構造を明確化し、社会的選択を導くために規範理論的知見を活かすという点にあると考えられる。そこで、本稿は、センとウルフにおける規範と政策を架橋する方法論の整理・解明・検討に取り組む。

本稿の構成は以下の通りである。第2節は、センの状態比較アプローチを、とりわけ社会的選択理論の特色を念頭に整理する。第3節は、ウルフが重視する非理想理論の議論を踏まえたうえで、ウルフの政治哲学における政策への応用に関する方法論をまとめる。第4節はセンとウルフの比較検討を行い、両者の議論が有する示唆を考究する。

## 2. センの状態比較アプローチ

Sen(2009b)の議論は、Sen(2006、2009a)等

における議論を発展させ、思想史における正義論に対して、本質的な二分法から整理できる点を核心とする。ある範疇に属する正義論は、「完全な正義(perfect justice)」に適う社会の基本構造を考察するものである。これは超越論的アプローチと呼ばれ、いわゆる社会契約論と総称されるタイプの理論に該当するという。代表的な論者はトマス・ホブス、ジョン・ロック、ジャン＝ジャック・ルソー、イマヌエル・カント、そして、ジョン・ロールズであるという(Sen 2009b, pp. 5-6, 邦訳pp. 37-38)。Sen(2009b)は、完全に正しい社会制度のあり方を哲学的に探求する超越論的アプローチとしてRawls(1971)を批判的議論の俎上に載せている。

こうしたセンによるロールズの正義論への野心的な挑戦は、社会契約論的正義論とは異なる範疇に属する正義論の系譜を踏まえている。ここでの思想家として、マルキ・ド・コンドルセ、メアリー・ウルストンクラフト、ジェレミー・ベンサム、ジョン・スチュアート・ミル、カール・マルクス、そして、アダム・スミスの名を挙げている。センの解釈では、彼女・彼らは多様な方法論に立脚しているものの、ある種の思考様式は共有しているという。それは、社会制度だけでなく、人々の実際の行動とその相互作用性、そして、その他の重要な決定要因によって導出・影響される人々の生活の在り方を、現状と代替的諸構想との間で比較を行う思考様式である。つまり、ある社会制度・社会状態は他の社会制度・社会状態に比べてより正しくない・より正しいといった相対的な比較に基づくことが状態比較アプローチの要点である。

状態比較アプローチは経済学全般において共通する発想と解釈できるが、とりわけセンの専攻である社会的選択理論は、このアプローチにおける分析的・数理的分野である。これは、

デモクラシーの問題とも深い関連があるため、Sen(2009b)はそれを重要な主題として位置づけている。そして、社会的選択としてのデモクラシーが不正義を除去するための状態比較において選択肢として想定しているものは、ケイパビリティの観点から把握された人々の生活の在り方である。

近年のセンは超越論的アプローチを批判して状態比較アプローチの有効性を主張する。詳述すればSen(2009b)はロールズの超越論的アプローチが公正な制度のみに焦点を合わせることを批判し、代わりにケイパビリティに基づく人々の状態に照準化することを主張している。ケイパビリティに関連する論点はさしあたり脇に置き、ここではもう一つの論点に着目する。その論点は、不正義に抗するためには、完全に正しい社会制度を参照しなくとも、不正義な現状とその代替的な選択肢との比較は可能かどうかである。この背景には、社会的選択理論におけるセンが行った独創的な議論がある。以下では、このことを説明しよう。

はじめに社会的選択理論とは何かを確認しよう。隣接領域との関連で言えば、ミクロ経済学の規範的アプローチを推進する分野を厚生経済学と称し、そのうちで特に経済の制度的仕組みを公理主義的アプローチによって特徴づける課題と密接に関連する分野が社会的選択理論である(鈴木・後藤2002, p. 11)。なお、公理主義的アプローチとは、ある原理を幾つかの弱い要請に分解したうえで、それらの論理的結合として各原理を特徴づけることによって、原理自体の妥当性・受容可能性を解明する手法である(後藤2002, pp. 144-145)。社会的選択理論は様々な選択肢の間でどれを社会的に選択するのかという社会的評価と公共的決定のための合理的な基礎を提供する。そして、社会的選択の手続

きの結果は、関係する人々の評価に照らして、社会的見地から様々な社会的選択肢を「ランキング(ranking)」するという形式をとる(Sen 2009b, p. 95、邦訳 p. 156)。

このランキングという操作は二項関係によって表現される。二項関係の例として、「 $x$ が $y$ と少なくとも同じくらい良い」あるいは「 $x$ が $y$ よりも大きい」という関係がある。これを用いて、財・サービスや社会的選択肢に関する人々が有する個人的選好、そして、こうした人々の個人的選好から構成される社会的選好を表記できる。

標準的なミクロ経済学や社会的選択理論は個人的選好に対して合理性を特徴づける幾つかの公理を要請している。そのうちの一つである「完備性(completeness)」は、どのようなペアの選択肢に対しても、個人は自分の選好を明確に述べられることを意味する。また、「推移性(transitivity)」は、もし $x$ が $y$ と少なくとも同じくらい良く、かつ、 $y$ が $z$ と少なくとも同じくらい良いならば、 $x$ は $z$ と少なくとも同じくらい良くなければならないことを意味する。

このような要請は、ミクロ経済学や社会的選択理論において自明なものとなっているが、非常に高度な識別能力を個人が持っていることを仮定し、また、実際の健康や福祉をめぐる問題に対して十分に分析することを困難にしているとセンはみなす。初期研究から、センは完備性ではない不完備性に基づく二項関係を分析してきた。この研究成果は、社会的選択理論の理論的進展だけでなく、貧困や不平等の測定、さらにケイパビリティ研究といった実践的な課題の理論的基盤を与える。

こうした研究の中で、とりわけ注目度の高い課題は、推移性を満たすが完備性を満たさない部分順序についての議論である。部分順序の理

論的利点を述べるうえでは、Sen(2002)等で分析されている「最適性(optimality)」と「最大性(maximality)」との区分を参照することが有益である。

まず最適性について、実現可能な選択肢集合の中から、すべての他の選択肢に対して少なくとも同程度に良いものが最適な選択肢である。これに対して、ここでいう最大の選択肢はすべての他の選択肢よりも悪くないという意味での最大性である。不完備な選好のもとでは、最適な選択肢の存在を一般的に保証できないが、最大の選択肢はありうる。このことをセンはビュリダンのロバの喩えによって説明する(Sen 2002, p. 184、邦訳上巻 pp. 189-190)。そのロバは、二つの干し草の束の間でいずれが好ましいかを決定できず、餓死に至った。センは、この寓話からビュリダンのロバは干し草の束のペアに対して不完備な選好をもっているが最大化を行わず最適化を目指して絶命したという教訓を引き出している。

最大化を可能とする不完備な部分順序は、すべての選択肢のランキング全域ではなく、その部分的な選択肢のランキングにおける比較を可能とする理論的枠組みである。とりわけ不正義な現状とその代替案を比較することは重要である。ここでの比較という営みそれ自体が超越論的アプローチに依拠しているのではないかという疑問が生じるかもしれない。この疑問に対して、センは否定的な見解を提示している。すなわち、ある選択肢 $x$ が別の選択肢 $y$ よりも優れていると判断するとき最善の選択肢 $z$ を持ち出すことは十分条件でも必要条件でもないという(Sen 2009a, pp. 49-52、邦訳pp. 43-46; Sen 2009b, pp. 97-102、邦訳pp. 158-164)。

まず十分条件について、完全に正義に適った社会制度を特定することは、選択肢のランキン

グを自動的に提示するだろうか。とりわけ、特定された完全性からの距離を比較することでランキングは特定化されるのだろうか。これらの問いに対して、センは、完全性から逸脱には多様な次元があること、そして、こうした多次元的な乖離をウェイト付ける方法も複数あることを指摘し、これらの難題を解くためには正義に適った社会の特定化以外の思考を要することを述べる。よって、超越論的アプローチは状態比較アプローチにとって十分条件ではない。

次に必要条件について、2つの選択肢の間において相対的評価を下すとき、第3の選択肢の助けを必要とせずとも、このことは可能である。そして、この第3の選択肢が最善のもの、あるいは、完全に正義に適った社会制度であったとしても同様である。例えば、大規模な医療不足に直面する社会状況とそれに対する改善案を比較する際に、完璧に公正な社会を特定する必要はない。よって、超越論的アプローチは状態比較アプローチにとって必要条件でもない。

それでは、こうした状態比較アプローチに立脚した社会的選択理論は正義論に対してどのような重要性を有するのだろうか。センは以下の7点を指摘している(Sen 2009b, pp. 106-111、邦訳pp. 169-176)。以下では、本稿独自に説明を加えた再整理をしてこれらを示そう。

第1に超越論性ではなく状態比較への焦点化である。この点は、ここまでの議論で説明されてきたことに加えて、センは何が選択されるべきか、どの決定が採用されるべきかを考察するうえで「実践理性(practical reason)」の役割に注目している。

このことは第2の指摘とも関連する。それは、競合する諸原理の不可避的な複数性の認識である。社会的選択理論は正義をめぐる課題を考察する場合に複数の理由が存在し、それらが互い

に対立する可能性を認める。その結果、社会的選択理論にはアローの不可能性定理やパレート派リベラルの不可能性定理のようなある種の不可能性に関する研究課題が存在する。

第3の指摘は再検討の容認・促進である。社会的選択理論における不可能性に関する定理のインプリケーションの一つは、第2の指摘にあるように一見すると妥当に思える社会的選択に関する諸原理の間での対立を引き受けたいうえで、原理の再検討を認めて促すことにある。先述した公理主義的アプローチの理論的利点と関わるが、ある原理を公理として形式化することによって、それ以前では見つからなかった困難性が明らかになり、それを克服するために当該原理と関連原理らの再検討が駆動される。

第4は部分的解の許容である。これは不完備的な部分順序の議論と関連するが、Sen(2002, p. 182、邦訳上巻p. 188)における「暫定的不完備性(tentative incompleteness)」と「断定的不完備性(assertive incompleteness)」の区分を導入して説明しよう。暫定的不完備性とは、より多くの熟慮や情報によって選択肢のペアすべてがランクづけされる可能性があるが、その時点では、ある選択肢のペアがランクづけされていないことを意味する。これに対して、断定的不完備性とは、追加的な熟慮や情報によっても左右されない強い主張として、ある選択肢のペアがランクづけされないことを意味する。センによれば、正義論は、この2つの意味での不完備性を認める余地を残すべきだという。

第5は解釈と情報投入の多様性である。社会的選択理論は、公理主義的アプローチから、各個人のランキング・優先順位と社会的結論との間の関数関係を探求する形式構造となっており、複数の代替的な解釈に開かれている。例えば、個人の私的利益の集計と個人の公共的判断

の集計との間の差異は、Sen (1977、1979) など  
で議論されているように、社会的選択理論にお  
いて注目的の一つである。

人々の公共的判断を考慮する際に、センは2  
つの概念を区別する。一つが「構成員の資格  
性(membership entitlement)」である。もう  
一つが「資格上の重要な関連性(entitlement  
relevance)」である。前者の考え方に従えば、  
ある人々の判断が重要とされる根拠は当該個人  
が直接的当事者・関係者であるということに由  
来する。これに対して、後者の考え方では、あ  
る人々の見解やその背後にある理由が公共的判  
断に対して重要な認識利得をもたらすという根  
拠によって、その判断が重宝される。

センによれば、Rawls (1971) の議論は前者で  
ある構成員の資格性に基づく議論であり、これ  
に対して社会的選択理論はアダム・スミスの  
「不偏的観察者(impartial spectator)」のような  
資格上の重要な関連性を組み込むことができ  
るという。この対比は、センが提唱する「閉鎖的  
不偏性(closed impartiality)」と「開放的不偏  
性(open impartiality)」とほぼパラレルな関係  
にあると考えられる。考え方や優先順位が多様  
であるグローバルな正義を論じるうえで、後者  
に基づくことが可能な社会的選択理論は、如何  
にして社会的選択のための総体的判断に達しう  
るかに学術的関心がある。

第6の指摘は精密な分節化と推論の強調であ  
る。まず、これは、これまでに度々言及してき  
た社会的選択理論における公理主義的アプロ  
ーチの特色を直接的に表現している。ロールズ  
の正義論、とりわけ、格差原理の論理構造は、  
センも含めた社会的選択理論の研究者によって、  
公理に基づき分析されてきた(Sen 1974等)。  
第3の指摘と重複するが、人間の価値観や社会  
的選択のための推論過程は複雑な性質を持って

いるために精密な公理的用語によって表現す  
ることは困難であるものの、達成可能な範囲内  
での解明作業は対話上の利点を生み出す。

第7の指摘は社会的選択理論における公共  
的推論の役割である。これもこれまでの指摘と重  
複する部分が多いが、社会的選択理論における  
公理主義的アプローチを通じた数学的結論は、  
公共的推論のための素材である。例えば、パ  
レート派リベラルの不可能性定理は人々の選好  
の規範的位置づけ、自由の要求の理解、行動規  
範の再検討などの必要を問うことも含めた公共  
的推論への含意をもちうる。

以上のように本稿はセンの状態比較アプロ  
ーチの特色を整理したが、そこで論じているロー  
ルズの議論はRawls (1971) に代表される理想  
理論に関する研究に傾注していると考えられる。  
だが、ロールズはグローバルな正義をめぐる非  
理想理論についても論じており、次節では、そ  
れに影響されたウルフの議論に移る。

### 3. ウルフの政治哲学における方法論

Wolff (2011) の目的は政策哲学と公共政策を  
架橋する議論を提供することである。ただし、  
同書は、功利主義のような特定の理論的立場を  
選択し、その理論を基づいたトップダウン型ア  
プローチではなく、具体的な課題に主導された  
ボトムアップ型アプローチを採用する。

ウルフ自身も認めているように、これらのア  
プローチは理想理論と非理想理論の二分法に対  
応している。理想理論は、実行可能性を問わず、  
社会がどうあるべきかについてのヴィジョンを  
提示するものであり、Rawls (1971、1999a) 等  
が該当する。これに対して、非理想理論は、実  
行可能性を考慮し、現存社会にある不正に対処  
する方策を提示する。例えば、非リベラルな  
社会を含めたグローバルな正義論を構想した

Rawls(1999b)等が該当する。

理想理論と非理想理論の区別についての理解を深めるために、Rawls(1999a, pp. 308-309、改訂版邦訳p. 464)での説明を紹介しよう。理想理論において原初状態に属する人々は自らの承認する諸原理がどのようなものであれ厳格に遵守され、かつ、全員がよって従われることが想定される。よって、理想理論では実行可能性を問う必要はない。これに対して、非理想理論は、理想的な正義構想が不正義に直面するケースに如何にして適用されるのかを解明するものであり、部分的遵守の問題を扱う。

ウルフは政策への応用に関しては非理想理論を重視し、特定の政治哲学の理念・規範からトップダウンで政策を導くことは否定的である。ウルフの主張では、政治哲学者の役割は理論・規範の対立軸を明確して議論を促進させる点にある。Wolff(2011, pp. 4-5、邦訳pp. 6-7)で記述された政治哲学や道徳哲学における抽象的な議論と公共政策における討議との3つの差異を踏まえて、このことを詳述しよう。

第一に公共政策の討議は必ず何らかの政策を決定することが要求される点で不同意に同意する余地はほとんどない。第二に既存の公共政策の現状維持バイアスである。つまり、改革案の実行は現行の制度・政策を存続させるよりも政治的コストが高い。第三に、ある政策を支持する理由は各人で異なっているが、当該政策へのより広範囲な支持を集めることの重要性である。これは、ある面では、Rawls(1993; 2001)における理性的な当事者の中での理にかなった不合意の源泉に関連する「判断の重荷(the burdens of judgement)」と呼ばれるものに関わる。つまり、理性的かつ合理的に思考する人々は、お互いに相異なる判断をもちうる。このとき、どうすれば正義の原理を構成できる

のだろうか。ロールズの政治的リベラリズムは、こうした問題意識から、「適理的多元主義(reasonable pluralism)」の事実のもとで「重合的合意(overlapping consensus)」を目指す。この重合的合意は、ウルフが第三に指摘する公共政策の討議における特色を体現している。

以上、公共政策に関する(1)決定不可避性、(2)現状維持バイアス、(3)重合的合意という性質を確認したが、まず政治哲学が有する緻密な概念分析の手法は決定すべき実質的な争点を明らかにできる。しばしば公共政策をめぐる議論は些末な部分にアジェンダが設定される場合があるが、概念の分節化・整理はこれに対する予防線を張ることが期待でき、避けられない決定・選択に内実を与えることができると考えられる。

また、現状維持バイアスに対して、そもそもなぜ現在の制度・政策が存在するのかの理由を問う議論が重要である。ある制度・政策が採用された根拠は、歴史的経緯を踏まえた政策史研究や政治過程論・政策形成論も重要であるが、他方で法学的・財政学的・経済学的なロジック・理由を明らかにする議論も求められる。後者の議論において政治哲学に代表される規範理論は十分に貢献できる。

最後に重合的合意について、まず政治哲学が公共政策・社会保障におけるエビデンスの活用から学ぶ点をウルフは強調している。そのうえで、彼は確固したエビデンスを活かせる考えから議論を出発することを述べている。例えば、Wolff(2011、第6章)は健康をテーマにアメリカの医療保険を論じている。医療保険導入は人々の健康改善に寄与するが、健康の社会的決定要因に関するエビデンスが示唆するように、医療保険よりも貧困や劣悪な職場環境に取り組むほうが健康状態をより良くすると考えられる。

このとき、ウルフは「健康セキュリティ (health security)」という概念を導入する(Wolff 2011, p. 138、邦訳p. 186)。それは、(1)脆弱性、(2)コントロール、(3)「レジリエンス (resilience)」、(4)不安という四つの側面をもつ。

第一に健康セキュリティの脆弱性とは疾病罹患という健康リスクに関わり、疫学研究が必要とされて、保健医療統計によって把握される場合が多い。

第二に健康セキュリティのコントロールとは健康リスクを減少させるための軽減策のコスト・困難性を意味する。このとき、健康をコントロールする主体は個人であるのか、または、政府・社会なのかで議論が分岐する。このことは、第1の健康リスクや脆弱性を単に健康統計で把握できない場合に有益となる。例えば、悪天候のなかで外出することは病弱な高齢者にとって健康な若者よりも脆弱である。この場合に病弱な高齢者はしばしば社会的孤立というコストを負う形で健康リスクをコントロールする。また、ある種の健康的な食品を選ぶことがより高価になること、あるいは、都市の交通インフラストラクチャーが人々の運動習慣を左右することなどは政府の大きな影響のもとで健康がコントロールされる。

第三に健康セキュリティのレジリエンスとは健康リスクが発生した後に、人々がそこから立ち直り回復する能力を意味する。これは、疾病の帰結並びにその帰結の緩和という2つの要素があり、それぞれが医療的・社会的・経済的範疇という3つに分類される。以上の6つを順に説明すると、まず疾病帰結の医療的範疇とは疾病回復の身体的側面や治療水準を指す。疾病帰結の社会的範疇とは本人の周囲にいる家族・友人・同僚などの態度に由来して疾病負担の軽重

を左右することを意味する。疾病帰結の経済的範疇とは潜在的な収入減少に加えて医療サービスの費用を含むものである。

次に疾病帰結緩和の諸範疇に移る。疾病帰結緩和の医療的範疇とはある人が医療ケアと関連するケアの社会的サービスにアクセスし、そこから利益を受ける能力をターゲットとした改善策である。疾病帰結緩和の社会的範疇とは脳性まひや精神疾患に刻印されるスティグマを軽減するための公教育や支援グループを通じた本人の能力を助長する方策である。疾病帰結緩和の経済的範疇は医療保険・失業保険の費用と利用可能性に関する制度・政策を意味する。

第四に健康セキュリティの不安は主観的・心理的な要素である不健康への恐れや心配に関する側面に関わる。イギリスの「国民保健サービス (National Health Service)」を賛成する理由の一つとして金銭上の心配を取り除くということが挙げられるが、このことは、単なる経済的帰結だけでなく人間関係の悪化を懸念するといった社会的帰結も含むと考えられる。不安を引き金とするストレスからの免疫系へのダメージは病気にかかりやすくなると想定されるため、利用時に無料あるいは低額負担の皆保険制度は、たとえ誰も制度を利用しないとしても安心感を与える点では健康にとって望ましい効果を与えるだろう。逆に医療費破産が起りうるような保健医療制度は、健康セキュリティの不安、そして、レジリエンスの側面から不適切であると判断される。

健康セキュリティの発想は、狭義の保健医療統計ではなく、健康の社会的決定要因のエビデンスを利活用しつつ、とりわけ不安やレジリエンスの観点から健康と医療保険制度との関係についての理解を深め、制約条件下での実行可能な医療保険導入への重畳的合意を形成するため

の多様な支持理由を提示できる。

ウルフが強調する政治哲学における方法論上の利点は、こうした健康セキュリティのように社会保障の議論をリフレーミングすることであり、このことは政治哲学が得意とする概念の整理・分節化・再配置といった抽象的な思考を活かすことで可能となると考えられる。

#### 4. センとウルフの比較検討

ここまでセンとウルフの議論を確認してきた。両者の共通点は、概念の整理・分節化・再配置を強調している。場合によっては新たな概念を導入することで、両者は社会保障の社会的選択の枠組みを理論的に彫琢している。ここには、価値の多元性を認めたとうえで、特定の規範概念を主導する形での政策立案・評価することに否定的であり、合意形成や社会的選択の側面を重視する両名のスタンスを看取できるだろう。

また、センは大雑把に言えば不正義に抗する理論(Gotoh and Dumouchel eds 2009等)であり、Wolff and De-Shalit (2007)は「不利性(disadvantage)」から議論を出発する点にも同型性を確認できる。この際に、ウルフも、不利性、とりわけ障害に由来する不利性に関する情報の基礎としてケイパビリティ概念に賛同していることを指摘しておく(Wolff 2011、第7章)。

しかしながら、センとウルフには決定的な相違点もある。センは、超越論的アプローチと状態比較アプローチとは相互排他的であるとして、前者を批判し、後者を主張している。これに対して、ウルフは、ロールズの立場を踏襲して理想理論と非理想理論は相互補完的であり、政策研究として後者を重視するものの、前者もガイダンスとしての役割があることを認めている。

こうした異同を踏まえたうえで、両者を比較検討していこう。まず、社会保障に関する規範概念の解明作業について、形式論理で表現可能な場合はセンが採用している社会的選択理論は圧倒的な優位を誇ると考えられる。だが、セン自身も認めているように形式論理に馴染まない概念もあり、それらの分析は政治哲学などの領分となるだろう。

次に社会保障が目指す理想をめぐる論点について検討しよう。福祉や健康に関する理想は、複数性を持ちうるために果たして理想理論・超越論的アプローチとして特定できるのかどうかという疑問が生じる。この疑問を回避できる状態比較アプローチは理論的利点がある。だが、センのように理想を厳格に把握することによって、逆に社会保障に関する議論の停滞を招く懸念があると本稿は考える。漠然とした理想であっても社会保障の政策目的として結実することは十分に可能であり、そして、その政策目的自体は変更可能性を担保しうるものである。つまり、本稿は、理想理論・超越論的アプローチは関連政策の明確化・優先順位付けのために政策目的として具体化すれば、センの批判に対応できると考えられる。例えば、健康の衡平性や健康権といった形で理想を政策目的に定位することで、人々の政策の認知に関するリフレーミングをさせて、関連政策を明確化・優先順位付けし、より具体的な指標で表現可能な政策目標を設定して、どの政策にどのくらいの予算・人員等を投下すればよいかの議論のガイダンスを与えることができるだろう。この意味で本稿はウルフやロールズのように理想理論と非理想理論の補完関係を認めるほうが社会保障の議論にとって建設的であるという見解に賛同する。

最後に、社会保障が是正する不利性に特徴づけられた社会状況とその代替案の比較は可能な

のかどうかという論点を取り上げよう。センの状態比較アプローチもウルフの不利性概念も情報的基礎としてケイパビリティを想定しているが、それ自体の操作化・指標化・比較評価に困難があることは間違いない。さらに、ケイパビリティに基づく社会保障の社会的選択は、ケイパビリティ自体にデモクラシーや社会的選択といった政治的側面がある点で選択の困難性が二重化される。確かに人間開発指標のように簡略化された形でケイパビリティを利用すれば、ある程度、こうした困難性を軽減できるが、それでは本来のケイパビリティの狙いである人々の生活のあり方を総体的に把握することからの乖離があるという誹りは免れ得ないだろう。理論的な水準にあるケイパビリティ概念を具体的な社会保障制度・政策にブレークダウンする際に、より妥当な定式化に関する理論的かつ実証的な研究が求められている。

## 5. おわりに

センとウルフの比較検討における最後の論点も今後の問題と重複している部分があったが、さらに幾つかの残された課題を指摘することで本稿を終えたい。

本稿はセンとウルフ、そして両名の背後にいるロールズの議論に限定していたが、関連する重要な論者・議論も多く存在している。例えば、センを批判しているジョン・シモンズによる理想理論と非理想理論をめぐる議論(Simmons 2010)、理想理論とマックス・ヴェーバーの理念型(Weber 1904)との理論的關係、ジュディス・シュクラの不正議論(Shklar 1990)やリチャード・ローティの「残酷さの回避」(Rorty 1989)といった隣接議論との異同の検討などがある。

また、具体的な社会保障・医療福祉政策に対

する本稿における議論のインプリケーションを論じることにも取り組む必要がある。

## 付記

本稿は、日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究(B)(課題番号16H03710)の研究成果の一部である。

## 注

- (1) Sen (2009b) の訳書から訳語から変更している。なお、以下においても、既存の邦訳を参考にしつつ、適宜翻訳を変更している。

## 参考文献

- Daniels, Norman., Bruce Kennedy and Ichiro Kawachi (2000) *Is Inequality Bad for Our Health*, Boston: Beacon Press (児玉聡監訳『健康格差と正義——公衆衛生に挑むロールズ哲学』勁草書房、2008年)。
- Gotoh, Reiko and Paul Dumouchel eds (2009) *Against Injustice: The New Economics of Amartya Sen*, Cambridge: Cambridge University Press (後藤玲子監訳『正義への挑戦—セン経済学の新天地—』晃洋書房、2011年)。
- Rawls, John (1971) *A Theory of Justice*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press (矢島鈞次監訳『正義論』紀伊國屋書店、1979年)。
- Rawls, John (1993) *Political Liberalism*, New York: Columbia University Press.
- Rawls, John (1999a) *A Theory of Justice Revised Edition*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press (川本隆史・福岡聡・神島裕子訳『正義論改訂版』紀伊國屋書店、2010年)。
- Rawls, John (1999b) *The Law of Peoples with The Idea of Public Reason Revisited*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press (中山竜一訳『万民の法』岩波書店、2006年)。
- Roemer, John E. (1998) *Equality of Opportunity*, Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Rorty, Richard (1989) *Contingency, Irony, and Solidarity*, Cambridge: Cambridge University Press (齋藤純一・山岡龍一・大川正彦訳『偶然性・アイロニー・連帯——リベラル・ユートピアの可能性』岩波書店、2000年).
- Sen, Amartya (1974) Rawls versus Bentham: An Axiomatic Examination of the Pure Distribution Problem, *Theory and Decision*, Vol. 4, pp. 301-309; reprinted in N. Daniels, ed, *Reading Rawls*, pp. 283-292, 1975.
- Sen, Amartya (1977) Social Choice Theory: A Re-Examination, *Econometrica*, Vol. 45, No. 1, pp. 53-89 ; reprinted in A. Sen, *Choice, Welfare and Measurement*, chapter 8, pp. 158-200, 1982.
- Sen, Amartya (1979) Personal Utilities and Public Judgements: Our What's Wrong with Welfare Economics, *Economic Journal*, Vol. 89, pp. 537-558. ; reprinted in A. Sen, *Choice, Welfare and Measurement*, pp. 327-352, 1982 (大庭健・川本隆史訳「個人の効用と公共の判断——あるいは厚生経済学のどこがまずいのか？」『合理的な愚か者——経済学 = 倫理的探究』勁草書房、pp. 168-224、1989年)
- Sen, Amartya (1999) *Development as Freedom*, New York: Alfred A. Knopf (石塚雅彦訳『自由と経済開発』日本経済新聞社、2000年).
- Sen, Amartya (2002) *Rationality and Freedom*, Cambridge, Mass. : The Belknap Press of Harvard University Press (若松良樹・須賀晃一・後藤玲子監訳『合理性と自由<上・下>』勁草書房、2014年).
- Sen, Amartya (2006) What Do We Want from A Theory of Justice, *The Journal of Philosophy*, Vol. 103, No. 5, pp. 215-238.
- Sen, Amartya (2009a) Economics, law, and ethics, in Gotoh, Reiko and Paul Dumouchel eds, *Against Injustice: The New Economics of Amartya Sen*. Cambridge: Cambridge University Press (岡敬之助訳「第1章 経済・法・倫理」後藤玲子監訳『正義への挑戦——セン経済学の新天地』晃洋書房、2011年).
- Sen, Amartya (2009b) *The Idea of Justice*, London: Allen Lane (池本幸生訳『正義のアイデア』明石書店、2011年).
- Shklar, Judith (1990) *The Faces of Injustice*, New Haven: Yale University Press.
- Simmons, A. John (2010) *Ideal Theory and Nonideal Theory*, *Philosophy and Public Affairs*, Vol. 38, No.1, pp. 5-36.
- Van Parijs, Philippe (1995) *Real Freedom for All: What (if Anything) Can Justify Capitalism ?*, Oxford: Clarendon Press (後藤玲子・齊藤拓訳『ベーシック・インカムの哲学——すべての人にリアルな自由を』勁草書房、2009年).
- Weber, Max (1904) *Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis* (富永裕治・立野保男訳、折原浩補訳『社会科学と社会政策にかかわる認識の「客観性」』岩波書店、1998年)
- Wolff, Jonathan (2011) *Ethics and Public Policy: A Philosophical Inquiry*, London: Routledge (大澤津・原田健二朗訳『「正しい政策」がないならどうすべきか——政策のための哲学』勁草書房、2016年).
- Wolff, Jonathan and Avner De-Shalit (2007) *Disadvantage*, Oxford: Oxford University Press.
- 後藤玲子 (2002) 『正義の経済哲学——ルールズとセン』東洋経済新報社.
- 佐野亘 (2010) 『公共政策規範』ミネルヴァ書房.
- 鈴木興太郎・後藤玲子 (2002) 『アマルティア・セン——経済学と倫理学(改装新版)』
- 松元雅和 (2016) 「規範理論は公共政策にいかに関与しうるか——方法論的観点から」『政策創造研究』第10号、pp. 21-41.



# 社会学からの政策研究へのアプローチ —児童福祉施設における外国人の子どもの 支援に関する調査研究から

Approach to policy research by sociological method  
Research on child welfare institutions supporting children with  
diverse cultural backgrounds

松 島 京 (相愛大学・人間発達学部)  
MATSUSHIMA Kyo (Soai University, Faculty of Human Development)

**要約：**本稿では、児童福祉施設における外国人児童の支援に関する調査研究をもとに、研究課題の設定等も示しつつ、医療福祉政策研究に社会的なアプローチが寄与しうる可能性について述べる。この研究では、施設職員等に対するヒアリング調査に基づき、当該児童ゆえに抱える複層的な課題と支援の実際を把握し、日本の児童福祉制度や家族制度がかかえる社会構造的な問題のあらわれ及び政策として検討する必要があることを提示した。

**キーワード：**外国人児童、社会的養護、社会調査

## はじめに

本稿は、児童養護施設に入所する外国人の子どもとその保護者の現状と支援における課題を明らかにし、外国人の子どもに対する社会的養護のあり方を検討することを目的として実施した調査研究をもとにすすめる。この研究では、児童養護施設職員等へのヒアリング調査を実施し、その内容から、当該児童ゆえに抱える複層的な課題と支援の実際を把握することができた。と同時に、これは特別な問題ではなく日本の児童福祉・社会的養護の制度や家族制度がかかえる社会構造的な問題のあらわれであるこ

とや、児童福祉・社会的養護における支援のあり方そのものの検討が必要であることも明確になった。本報告では、ここに至るまでの研究課題の設定、調査の方法と進め方、研究手法における限界点なども提示し、今後の医療福祉政策研究に社会的なアプローチが寄与しうる可能性について考えていく。

なお本稿の章立ては以下のとおりである。

1. 問題の所在と背景…日本における外国人の子どもの概況と、外国人の子どもの教育・保育をめぐる研究動向の整理、保育現場の実際（調査研究から）について、2. 児童福祉施設を

(受理日：2018年11月29日)

対象とした視察調査…児童養護施設を対象とした視察調査の結果と考察、3. 社会学からの政策研究アプローチとして…研究課題の設定および研究遂行にかかる限界点と課題、社会学が政策研究に寄与しうる可能性

## 1. 問題の所在と背景

### (1) 日本における外国人の子どもの概況

1980年代後半以降、日本におけるニューカマー数は増加している。外国人の定住化とともに、保護者と来日したり日本で出生したりという外国につながるのある子どもも増加している。2016年末の日本における在留外国人数(中長期在留者数と特別永住者数とを合わせた数)は238万2,822人である。238万人強の在留外国人数のうち、18歳未満の者は24万5,993人であり、子どもの数は在留外国人の1割を占めることがわかる。

日本には、戦前より多くの韓国・朝鮮人や中国人が生活をしてきた。国際的な人口流動に伴い、次第に、東南アジアや中東や南米からの、いわゆる「ニューカマー」と言われる人々が日本社会にも多く見られるようになった。1980年代後半より、オールドカマーの数が減少する一方、ニューカマーの数は増加する。日本で外国人が増加した背景には、1990年に入管法が改正されたことや、日系ブラジル人やペルー人を定住者として受け入れたこと、1993年に外国人研修・技能実習制度が開始したこと、などがあげられる。いずれも日本の経済状況に基づく外国人労働者の受け入れである。当初、外国人労働者は、男性単身者の「デカセギ」が多かったが、来日を繰り返したり滞在期間が長期化したりする中で、夫婦での来日や家族の呼び寄せ、子どもの帯同や出生、というケースも増えてきた。地域によっては、3世、4世という

子どもの誕生も確認されている。

しかし、2008年以降の世界金融危機と経済不況は日本にも大きく影響し、主として製造業等で派遣・請負等の雇用形態で雇用されていたブラジルやペルー等の日系外国人は、失業や転職を余儀なくされた。その後も厳しい経済状況のもと、日本での生活を断念し相当数が帰国した(日系定住外国人施策推進会議2014)。また、2011年の東日本大震災の影響も大きかった。在留外国人数が2008年まで上昇しながらも、ブラジル・ペルーを中心として一旦減少しているのはこのためだと考えられる。しかし、帰国する者がいる一方、日本での生活の継続を希望する者も一定数おり、その中には子どもも含まれる。

### (2) 外国人の子どもの教育・保育をめぐる

外国人の子どもをめぐるのは、1990年代より、とりわけ教育現場において、子どもの在籍数の増加とともに対応を迫られ実践してきたところがある。松島・松浦(2012)でまとめたように、それ以後において、外国人の子どもの教育・保育に関する調査・研究も蓄積されてきた。それらは主に、教育分野では「外国人児童生徒の受け入れ体制」「外国人児童生徒の適応プロセス」「日本語教育と母語教育の重要性」「不就学をめぐる問題」「国際理解教育のあり方」というものであり、保育分野では「保育の国際化」「保育における多文化共生」「保育現場におけるニーズと対応」というものである(小内他2003、宮島・太田2005、萩原2008、日本保育協会2009、堀田他2010)。これら調査・研究に基づき、現場の課題が浮き彫りになるにつれ、外国人の子どもの不就学等の問題は、学校という制度だけの問題ではなく、子どもとその家族のおかれている環境や、家庭的な背景があるこ

と、そして、それに対しての支援が必要だという課題も指摘されるようになってきた。また、教育現場と保育現場のそれぞれが課題に対応しているが、保育と教育の接続という視点からの調査・研究が展開するのは比較的最近になってからのことである。

外国人の子どもの問題がクローズアップされるようになったのは、不就学問題の顕在化からである。文部科学省は、2006年に「外国人の子どもの不就学実態調査」を実施し、その後、2009年「外国人の子どもの就学状況等に関する調査」を実施するなど、外国人児童生徒の受入体制の包括的な整備を行う地域の支援体制モデルの在り方や不就学の外国人の子どもに対する就学促進に関する調査研究を行う「帰国・外国人児童生徒受入促進事業」を展開している。また、文部科学省では、「日本語指導が必要な児童生徒の受入状況等に関する調査」を、日系人を含む外国人の滞日が増加し、これらの外国人に同伴される子どもが増加したことを契機に1991年より実施している。この調査の最近のデータ(平成28年版)によれば、日本語指導が必要な児童生徒数は、34,335人であり、母語別にみると、ポルトガル語を母語とする者が25.6%と最も多い。以下、中国語が23.9%、フィリピン語が17.6%、スペイン語が10.5%、と続く。当該児童数は調査が開始されて以降、一定の数値を保っている。

なお、同調査によると、日本語指導が必要な日本国籍の児童生徒は9,612人(7,897人)で、このうち海外からの帰国児童生徒は全体の24.9%である。この、日本語指導が必要な日本国籍の児童生徒には、帰国児童生徒のほかに日本国籍を含む重国籍の者や、保護者の国際結婚により家庭内言語が日本語以外である者なども含まれる。

先述のとおり、長引く経済不況のもと帰国する外国人も多かったが、一方で帰国しない者や永住を希望する者もいた。しかしながら、日本語能力が不十分であることなどから、失業後の再就職は難しく、生活困難な状況におかれる者も増加した。子どもがブラジル人学校等に通っていた場合は、家庭の経済的困窮により退学となり、不就学(日本の学校に在籍しない)のケースも増加した。こうした状況を受け、政府は2009年1月に『定住外国人支援に関する当面の対策』、同年4月に『定住外国人支援に関する対策の推進について』をとりまとめた。その後、基本指針と行動計画を一本化した『日系定住外国人施策の推進について』を2014年3月にとりまとめた。このうち「子供を大切に育てていくために」として行われる施策では、「子供の就学機会を保障し、日本で生活していくために必要となる日本語や知識・技能を習得させること」や「特に、日本の公立学校に就学する日系定住外国人の子供が多数いることから、引き続き、日本語能力が十分でない児童生徒への配慮など、公立学校における受入れから卒業後の進路までの一貫した指導・支援体制の構築」を目的とし、「子供の教育に対する支援」を掲げている。このような施策もふまえ、2014年1月に、「学校教育法施行規則の一部を改正する省令等の施行について(通知)」が文部科学省より通知された。

このように、日本における外国人の子どもに対する支援は、日系定住外国人を中心とし、日本で生活していくために必要なこととしての教育を充実させることにより展開している。

### (3) 保育所ヒアリング調査

確かに、子どもにとって教育は大切なものであり、その権利を保障することは社会の責務で

ある。しかし、注意しなければならないのは、その内容が、主として日系定住外国人を対象としていることである。そして日本の公立学校への受け入れ促進や日本語指導の充実に重点が置かれているということである。だが、日本の外国人の様相は多様であり、その子どももまた多様である。国籍や地域の違い、文化や言語の違い、来日や在留の理由の違い、難民であるかどうか、保護者の職種や就労形態、子どもが生活する世帯の状況、その地域が外国人の集住地区か散在地区か等々により、「外国人の子ども」といっても、子どもと保護者の生活状況もニーズも異なる。そして、このことはもうひとつ、子どもたちの日本社会への適応を求めるものとなりかねないという危険性もはらむ。確かに、現在の日本社会では、子どもがそこで生活し進学や就職をするためには、日本語の習得や日本の学校文化の理解が必要とされるため、日本の公立学校における日本語指導に力点を置いた支援は重要だといえる。

先にも述べたように、子どもの教育の権利を保障するには、教育環境を充実させるだけではなく、子どもとその家族も支援するという視点が必要となる。筆者らは、これまで、貧困や虐待、外国につながるのがあることなどを「福祉的課題」として捉え、それら福祉的課題を抱える子どもに対する教育現場における対応の現状把握と具体的な支援体制についての模索を行ってきた。その結果、福祉的課題を抱える子どもたちを支援するには、教育現場における対応のみならず家族への支援や地域における支援が重要であることが明らかになった(松島他2010)

このことは、筆者らが、外国につながるのがある子どもがいる兵庫県A市内の保育所において調査を実施した結果からもみえてくる。子どもの発達・支援にあたり、保育所では、以下のよ

うな課題が浮かび上がってきた(松島他2014)。それは、子どもが日本のことばや文化を習得することや、保育所内での文化の多様性を尊重するという、日本語の通じない保護者とのコミュニケーションをどう取るかということだけが課題ではなく、子どもの成長や発達をどう保障するか、そのために保護者のおかれている生活環境を鑑みた上で、保護者に何をどのように伝えるかということであった。そして、子どもの母語や母文化を家庭内で保持する機会が持たないだろうかということも、保育所は思慮していた。だが、早朝から夜遅くまで延長保育を利用し働き続ける保護者にとって、そのような時間を確保することは容易ではない。子どもが保育所に入所するのは小学校就学までである。保育所では、小学校に就学したきょうだいの様子や、地域の青年が学校に行かずドロップアウトしている様子を見るにつれ、目の前の子どもにとって必要な支援とは何かということを考えていたのである。日本で生活する外国人の子どもは貧困状態に陥りやすく、社会的排除状態におかれやすいことは、宮島(2014)や金川(2015)も指摘している。

筆者らが研究調査を進めていく中でも、保育士や小学校教諭等の話から、無国籍やネグレクトという深刻な生活状況にある子どもたちがいることを再確認した。より厳しい状況を考えるならば、保護者の超過(非正規)滞在や資格外就労、収監や強制送還、行方不明等に伴い、次のような問題も起こりうる。子どもの認知や養育放棄をめぐる問題、出生届と子どもの国籍をめぐる問題などである。それにより、十分な教育が受けられない、適切な保健・医療・福祉のサービスが受けられないという子どもが存在しうる。ゆえに、筆者らは、外国人の子どもを対象とした社会的養護の必要性、児童養護施設に

入所する外国人の子どもや保護者の実情と課題を探ることとした。

## 2. 児童養護施設を対象とした視察調査

### (1) 調査の方法と手続き

視察調査の概要は次のとおりである。

- ・ 調査期間：2015年2月、2016年8月、9月、2017年2月
- ・ 調査対象先：A地区児童養護施設4か所(関東地区)、B児童相談所(関東地区)、C乳児院(近畿地区)、D児童養護施設(近畿地区)、E児童養護施設(東海地区)
- ・ 調査方法：現地視察調査(地域の特性や状況の把握)と担当者(児童相談所職員、乳児院職員、児童養護施設所長/職員)へのヒアリング

なお、倫理的配慮として、研究の趣旨及び目的、視察内容を研究成果として活用すること、また研究成果として公表する際は個人が特定されないようにすること等を説明し、了解を得たうえで調査を実施した。近大姫路大学教育学部研究倫理審査においても承認を得たうえで実施している。

### (2) 結果

いずれの施設においても、その施設が所在する地域の実情や、当該の子どもと家庭の社会的養護を必要とする個別具体的な状況に対応しているという状況が明らかになった。今回把握できた地域の実情とは、地域内に居住する外国人が多い、外国人が生活するコミュニティがある、入国管理局/支局の近くにある、というものである。

また、児童養護施設では、児童相談所と緊密に連携を取りながら対応する施設がある一方

で、措置決定の過程で施設側に十分な情報や今後の見通しが示されていないケースがあることも明らかになった。これは、子どもの保護者の在留資格等と関わり子どもの国籍がどうなっているのか、という複雑な問題を抱えていたり、子どもの入所期間が長期化するにつれ、保護者の状況が変化することが影響しているようである。

個別具体的なケースとしては、以下のようなことがあがってきた。

- ・ 施設措置時、子どもには在留資格が付与されていると考えられていたが、中には、在留資格のないままであり退所間際になって気づいたというケース
- ・ 出生届が出されずしばらく無戸籍状態にあったケース
- ・ 施設入所中に保護者が死亡し、子どもと親族の関係調整が必要になったケース
- ・ 保護者は帰国しているため、子どもの退所後の生活について検討が必要になったケース

施設では、外国人の子どもだからという理由で特別に意識をしたり配慮をしたりということはないようであった。上記のような個別ケースがあっても、それは、子どもが抱える個別の課題であり、どの子どもも同じように接し対応するものであることが、どの施設においても聞かれた。同様に、養育不安を抱える保護者への対応は、外国人に限らず、年々増えているということも、しばしば述べられていた。

### (3) 考察

上記の結果から、施設における日常生活においては、児童養護施設に入所する外国人の子どもも、他の子どもと同じく、支援を要するひとりとして扱われていることが明らかになった。

このこと自体は、施設における子ども一人ひとりへの支援の在り方として適切なものだといえる。しかし、退所や自立の場面になると、外国人の子どもでもあるがゆえの、多様な課題が浮かび上がってきた。例えば、「退所後、どこでどのように生活をするのか?」「日本で生活する際に利用できる制度は?」「教育・就職の機会をどのように設定するか?」「保護者や親族との関係をどうするのか?」「家族間でのコミュニケーションツールとしての言語、その習得と維持(機会/環境の保障)をどうするか?」というようなものである。これらは、子どもが児童養護施設を退所し自立をするとなった途端に直面するものであり、その後の人生にも大きく影響をする。児童養護施設退所後の自立支援は日本人の子どもであっても十分に検討すべき課題が今なおあるが、外国人の子どもの場合は、より社会的排除状態に置かれやすくなるとするならば、一層の困難を抱えるといえる。

これは、当該の子どもだけの特別な問題のように見えるが、日本の家族制度が抱える社会構造的な問題としての現れだともいえる。日本社会において、社会的養護の必要性が増し、家庭(的)養護・小規模ケアの推進など、制度改革が急速に進められている中(松浦2016)、当該の子どもの課題を通じて、改めて社会的養護における支援のあり方を検討する視点も浮かび上がるであろう。

### 3. 社会学からの政策研究へのアプローチとして

#### (1) 本研究の動機

本研究は、これまでの研究(松島他2010、松島・松浦2013、松島他2014)の経緯をふまえて、児童養護施設に入所する外国人の子どもの現状と支援における課題の可視化を試みた。研究

を計画した時点(2014年)から現在にいたるまで、日本国内において、児童養護施設に入所する外国人の子どもについての調査研究はまだ少ない。そこで、実際に当該の子どもや保護者の支援を行っている児童養護施設職員に対するインタビュー調査と全国の児童養護施設を対象としたアンケート調査を実施することにより、これまで十分に可視化されてこなかった日本における児童養護施設に入所する外国人の子どもの現状と支援の課題を明らかにしようとした。児童養護施設に入所し、支援を必要とする外国人の子どもの背景は、個々の状況はもとより、施設の所在する地域、子どもとつながりのある国や文化、保護者の就労状況や生活状況によっても大きく異なる。そして、貧困や虐待・DV等の家庭での養育困難な状況に加え、保護者の非正規滞在や子どもの無国籍状態、ダブル・リミテッド等、さらに深刻な問題も含まれる。また、子どもの自立支援や家庭支援においても、日本の現行法規上では対応困難な状況もある(千葉県若人自立支援機構2014)。このように、入所しない/できない状況の子どももいることも視野に入れ、複雑な背景や困難な課題も含めて、児童養護施設に入所する当該の子どもと保護者を支援する際の課題を、全国規模のアンケート調査をもとに可視化しようとしたのである。

これは、日本で生活する外国人の子どもが増えており、その中でも社会的養護を必要とする子どもも増えることが十分に予測されることによる。社会的養護を必要とする外国人の子どもが増加するにつれ、個々の施設や職員が都度対応するには限界が生じるであろうし、また、施設にはどのような子が入所しても十分に対応できるような環境整備が求められるであろうと考えたからだ。そのためにも、現在の日本における児童養護施設に入所する当該の子どもと保護者

の現状および支援の課題をできる限り把握することは重要であり、この成果は、今後、児童養護施設職員が対応する際や研究者らが研究を進めていく上でも、共有できる基礎資料にもなる。

さらには、児童養護施設に入所する当該の子どもの背景には、日本の子ども以上に保護者(家庭環境)の問題、特に無国籍をはじめとした基本的人権に関わる問題が色濃く表れており、支援にあたっては「子どもの権利」という視点がより必要とされる。また、在留資格の有無などによって、子どもの「自立」をめぐる状況がより困難であるため、「自立支援」に向けた幅広い取り組みが必要となる。外国人の子どもと保護者を支援するということは、日本社会に適応しうるスキルの修得のみ保障するのではなく、一人ひとりの子どもが将来どのような選択をしたとしても納得できる状態をつくることであり、そのための環境をつくるということである。このような複雑な背景を持つ外国人の子どもと保護者を対象とし、その支援の課題を明確にすることにより、「子どもの成長や発達の連続性をふまえた長期的な視野に基づく支援」の重要性を基盤とする、また、すべての子どもの権利を保障するための、社会的養護の具体的な実践方法の検討と提示が可能になると、筆者らは考えた。

## (2) 研究を進めるうえでの困難

しかし、研究を進めるうえで、とくにアンケート用紙を作成することの困難さに突き当たった。児童養護施設職員数名のヒアリング内容を振り返ってみたところ、地域の実情が異なることや、個別具体的な対応事例が多く、統一的に質問をするフォーマットの作成は容易ではなかった。例えば、「外国人子どもの在籍数」を尋ねたとしても、「外国人の子ども」の定義

により、その数は異なる(この研究も含めて、当該分野において対象となる子どもを示す用語が画一されていないのもこの点による)。また、各施設において、入所児童数は記載されているが、外国人の子どものみで数えていることは少ない。今回は、その後の視察調査も含めて、依頼時に調査概要を説明することにより、施設で調べなおしてもらっていた。また、今回の調査対象施設においては、入所する外国人の子どもの数も年に1人いるかないかであり、上述の結果と考察でも示したように、施設職員にとって、それは、あくまでも児童の入所背景のひとつであるならば、ふだんから取り上げられるものではないだろう。

筆者らが「外国人の子ども」の定義を明確にした調査用紙を作成し、各施設にて履歴をさかのぼって調べてもらえば、回答することも可能かもしれない。しかし、それもまた難しいということも、施設職員と話をする中で見えてきた。近年、児童虐待問題等、社会的養護に関する注目が高まる中、児童養護施設を対象とした調査研究が増えている。本研究ももちろんそのひとつに入る。それは何を意味するかといえば、調査先である児童養護施設に、調査用紙が数多く届くということである。果たしてこれをすべて回答することができるであろうか。社会的養護分野の課題そのものでもある、施設職員の少なさや仕事の多さを考えれば、本研究で想定していたような質問紙調査への回答は、非常に面倒なものだというのがわかる。研究の動機でも記したように、現状を把握するところから始めることが求められる課題である。しかし、その点だけで実行することは適切ではない。研究者は調査先の状況を鑑みることを忘れてはならないからだ。

### (3) 現地視察とヒアリング調査から

あらためて、現地視察とヒアリング調査に基づいて現状と課題を把握するという方向で研究計画を修正・実行し、最終的に本稿2. のように一定の課題の整理を行うことができた。当初計画していたものよりは縮小したこともあり、研究計画を立てる際の見通しの甘さを痛感した。しかし、ヒアリングを通してあらためて確認できたこともある。それは、現場で対応している支援者の感覚と研究者の感覚の違いである。ヒアリング時、施設職員から「特に話すことはない」ということばがしばしば聞かれた。これは、「数として少ないこと」をさしている場合もあれば、「内容として求められているような話ではできないこと」をさしている場合もある。しかし、話を進めていく中で、「そういえば」とか「思い出したことがある」とかというように、多様な内容が引き出され、切実な現状が語られていく。このことから、2つの点が浮かび上がる。ひとつは、多くの人にとって、社会政策へとつながるような社会調査とは、大規模な調査であり、一人ひとりの日常に焦点を当ててくるようなものではないという感覚があるということである。もうひとつは、課題は私たちの日常に埋め込まれているため、他者から見て課題だととらえられるようなことであっても、当事者にとっては当たり前のことであり意識されていない、ということである。

ここに、社会学から政策研究へとアプローチする際の要素がある。とくに、このような個人の生活や家族の問題に関わる課題に取り組む際は、家族を社会システムとしてとらえる視点をを用いることにより、家族関係における人の心の動きや行動について考える際に客観的な視点をもって研究を進めることができる。個人が抱える具体的な課題や家庭内の病理を、家族制度・

家族システム・家族関係から読み解くことは、個人の内面や行動の原理を考察し理論化する際に役立ち得る。また、個人の発達や成長を考える際にも、家族システムや家族関係という客観的視点を組み込むことにより、人間の多様な変化や可能性についても広く検討することが可能になる。

そのためには、社会現象や個人の行為を分析するためのデータ収集が必要となる。現場における観察や聞き取り調査を行うこと、現場の状況や課題を把握すること、それらのデータを社会学的知見に基づき客観的に考察をすることにより、上記の個人の内面や行動の原理を考察し理論化することをより具体的に進めることが可能となる。また、社会統計や量的調査データの読み込みも組み合わせれば、課題をよりマクロな視点から俯瞰的に検討することも可能になる。

このように、個人と家族の関係を家族システムという客観的視点をを用い社会学的に読み解くことと、社会学的手法に基づいたフィールドワークや質的調査を実施することにより、見えなかったものや語られなかったことが見えるようになり聞こえるようになる。それは、課題の現状、当事者の迷い、現場の実情、支援者の葛藤……というようなものだ。研究者は、それを見たり聞いたりするからこそ、何とかできないかと考え、何とかするために政策研究へとつなげようとするともいえる。

### おわりに

近年、従来の家族枠組みに当てはまらない人は増加しており、何らかの支援を必要としながらも支援の対象からこぼれていく境界で生きる人たちは、今後ますます増加していこう。今後の保健・医療・福祉現場の援助職者は、そ

のような可視化しづらい課題をとらえ対応することが求められる。その際に、課題をとらえ対症療法的にその都度支援をするのではなく、今後の社会変動にも柔軟に対応し得るような理論枠組みをもった支援のあり方も必要になる。だからこそ、あらためて政策研究へとアプローチしうる、その手法について、自身のフィールドでの研究を進めながら、より丁寧に検討していきたい。

\* 本研究は、科研費基盤研究(C)(15K04005)(研究代表者:松島京)の研究助成を受けたものに基づくものである

## 文献

新たな社会的養育の在り方に関する検討会、2017、『新しい社会的養育ビジョン』

荒牧重人他、2017、『外国人の子ども白書—権利・貧困・教育・文化・国籍と共生の視点から』、明石書店

荒岡孝子、2012、「不法滞在の子ども—就籍と社会的自立に向けた支援」、斉藤幸芳・藤井常文編『児童相談所はいま—児童福祉司からの現場報告』、192-212

移住労働者と連帯する全国ネットワーク・女性プロジェクト、2011、『移住(外国人)女性DV施策に関する自治体調査と提言』

移住連貧困プロジェクト編、2011、『日本で暮らす移住者の貧困』、現代人文社

尾崎慶太、2013、「児童の権利に関する条約からみた外国籍児童の要養護問題と児童相談体制の課題」、『関西国際大学研究紀要』14:7-17

梶田孝道・丹野清人・樋口直人、2005、『顔の見えない定住化—日系ブラジル人と国家・市場・移民ネットワーク』、名古屋大学出版会

金川香雪、2015、「私が出会った外国につながる子どもたち—ベトナム人の子どもの現状とその後」、『鞠苑』3:8-21

カラカサン～移住女性のためのエンパワメントセ

ンター、2010、『移住(外国人)母子家庭の子どもの実態と支援に関する調査—DVや虐待などの暴力にさらされた子どものケア』

カラカサン～移住女性のためエンパワメントセター・川崎市男女共同参画センター(すくらむ21)、2013、『フィリピン人シングルマザーの就労実態と支援に関する報告書』

北野尚美、2012、『外国人親をもつ子どもの家庭内被虐待の発生頻度とその特性に関する横断調査研究』、こども未来財団

小内透、2008、「外国人の子どもの教育問題—過去・現在・未来」、『ジュリスト』1350:38-44

小内透他、2003、『在日ブラジル人の教育と保育』明石書店

坂本洋子、2008、『法に退けられる子どもたち』、岩波書店。

社団法人日本社会福祉士会編、2012、『滞日外国人支援の実践事例から学ぶ多文化ソーシャルワーク』、中央法規

鈴木江里子、2009、『日本で働く非正規滞在者—彼らは「好ましくない外国人労働者」なのか?』、明石書店

田中良幸、2010、「児童相談所が持つべき多文化社会コーディネート機能—ソーシャルワーク実践におけるニューカマー家庭の支援事例を通して」、『多言語多文化-実践と研究』3:46-47

藤間公太、2017、『代替養育の社会学—施設養護から<脱家族化>を問う』、晃洋書房

中島和子、2010、『マルチリンガル教育への招待—言語資源としての外国人・日本人年少者』、ひつじ書房

千葉県若人自立支援機構、2014、『児童養護施設の入所児童の国籍・在留資格問題解決の手引き(試案)』

内閣府、2009、『定住外国人支援に関する当面の対策』

内閣府・定住外国人施策推進会議、2009、『定住外国人支援に関する対策の推進について』

内閣府・日系定住外国人施策推進会議、2014、『日系定住外国人施策の推進について』

日本保育協会、2009、『保育の国際化に関する調査

研究報告書 平成20年度』

- 萩原元昭、2008、『多文化保育論』学文社
- 花崎みさを他、2009、「特集Ⅱ 児童養護施設のかかえる国籍・戸籍の課題について」『児童養護』(39)4:20-30
- 堀田正央他、2010、「日本語を母語としない保護者を持った子どもの保育環境に関する研究」、『埼玉学園大学紀要人間学部篇』10:131-151
- 松木洋人、2013、『子育て支援の社会学—社会化のジレンマと家族の変容』新泉社
- 松島京、2015、「外国につながるのある子どもの教育保障と家庭支援」、『翰苑』3:22-32
- 松島京、松浦崇、吉田晃高、2012、「子どもの教育と福祉をめぐる今日的課題—教育現場への福祉的視点の導入と活用に向けて—」『近大姫路大学教育学部紀要』2:63-72
- 松島京・松浦崇、2013、「外国につながるのある子どもの教育と保育をめぐる課題」、『近大姫路大学教育学部紀要』5:109-122
- 松島京・吉田晃高・松浦崇、2014、「外国につながるのある子どもと保護者を支援する保育所が抱える課題」、『近大姫路大学教育学部紀要』6:75-81
- 宮島喬、2014、『外国人の子どもの教育—就学の現状と教育を受ける権利』、東京大学出版会
- 宮島喬・太田晴雄、2005、『外国人の子どもと日本の教育—不就学問題と多文化共生の課題』、東京大学出版会
- 宮島喬・鈴木江理子、2014、『外国人労働者受け入れを問う』、岩波書店。
- 森恭子監修・特定非営利法人難民支援協会編、2010、『外国人をめぐる生活と医療—難民たちが地域で健康に暮らすために』、現代人文社
- 文部科学省、2017、『「日本語指導が必要な児童生徒の受入状況等に関する調査(平成28年度)」の結果について』
- 李節子、2013、「在日外国人の母子保健総論」、『小児科診療』76(6):909-917
- 李節子編、1998、『在日外国人の母子保健—日本に生きる世界の母と子』、医学書院

# 医療・福祉政策研究への経済学からのアプローチ —米国トランプ政権の医療制度改革を事例に

Healthcare policy research and economics: a political economy  
analysis of the Trump administration healthcare reform

高山 一夫(京都橘大学・現代ビジネス学部教授)

Kazuo TAKAYAMA (Professor, Kyoto Tachibana University,  
Faculty of Contemporary Business)

**要約：**医療に関する経済分析は多岐にわたっており、用いられる理論や概念も多様である。本論文では、政治経済学的アプローチを援用して、米国のトランプ政権による医療制度改革を考察する。トランプ政権の医療改革は、市場志向型医療制度のもとで漸進的に医療保障を拡充してきた米国の医療政策の歩みに逆行する内容を有する。それゆえに、政策の実現は困難であり、実現してもよりリベラルな運動を招来する可能性がある。

**キーワード：**医療経済学 (healthcare economics)、医療の政治経済学 (political economy of healthcare)、医療制度改革 (healthcare reform)、米国 (the United States)

## 1、分析のアプローチ

医療を対象とした経済分析は、おおよそ1960年代を起点として本格的な研究が開始され、問題関心や分析対象の広がりとともに、多様なアプローチからの接近が試みられている<sup>(1)</sup>。医療経済学の立場からの研究領域として、医療サービスの経済的特性、医療需要と医療保険、医療供給体制と診療報酬制度、医療市場分析、医療財政とガバナンス、医療制度の国際比較、さらには医療の経済評価(economic evaluation)に関する研究などを列挙することができ、2000年代には研究の動向と主な知見を総合した浩瀚なハンドブックも刊行されている<sup>(2)</sup>。

そのため、一口に経済学からのアプローチといっても、何を考察対象とするかによって、分析の方法や理論的枠組みが相当異なっている<sup>(3)</sup>。さらに、医療分野に限らず経済分析では、研究に先立って何らかの価値判断を前提とし、問題設定それ自体が政策的含意に映発しているケースも少なくない<sup>(4)</sup>。

筆者は、医療経済に関する研究対象の中でも、とくに医療制度の構造的な分析に関心を有する。各国の医療制度はマクロな医療経済や政策動向と不可分であるため、その研究に際しては、経済分析と政策研究を総合した、政治経済学 (political economy) の手法を用いることが有

(受理日：2018年11月27日)

益である<sup>(5)</sup>。もちろん、医療の政治経済学的研究についても、すでに膨大な研究の蓄積があり、研究の具体的な対象に応じて、多様な理論や概念が用いられている<sup>(6)</sup>。筆者は、それら先行諸研究のなかでも、医療制度や政策動向の社会経済的な被規定性や、政策実施に伴う利益分配の階層性・偏在性を重視して、医療の政治経済学的な把握に挑んできた、医療経済研究会・日本医療経済学会(いずれも日本医療福祉政策学会の前身団体)に参加した研究者たちの労作に多くを学んできた<sup>(7)</sup>。特定のモデルや理論、あるいは価値規範を演繹的に適用して制度や政策動向を評価するのではなく、むしろ時々の医療政策上の課題とその背景および帰結とを、医療経済の構造的な分析と関わらせて論じる視点に、研究としての魅力と可能性を感じたからである。

政治経済学の立場から医療制度を分析する際に、筆者は、具体的には以下の諸点に留意している。第一に、当該政策の内容だけでなく、そうした政策が提起されるに至る一般的な政治経済状況(マクロ経済状況や経済財政政策の基調)や政策展開過程における連関ないし位置づけに注目すること、第二に、政策目標と政策結果を峻別し、政策目標および政策手段の政策過程における変容、あるいは政策の実施がもたらす帰結と新たな政策課題を析出すること、第三に、政策当局だけでなく、他の行政機構や医療関連産業・医療諸団体、あるいは自治体や地域住民運動など、政策の過程における諸勢力間の葛藤や対抗を立体的に描くことである<sup>(8)</sup>。

また、筆者は、主たる研究対象を、米国の医療政策と医療産業においている。医療の制度と政策は、各国に固有の歴史的・政治的・社会的な文脈のなかで形成されており、本来的にドメスティックである。その意味では、国民皆保険

制度を有する日本とは大きく医療制度を異にする米国を研究しても、直接的な政策的含意を見出すことは難しい。とはいえ、市場競争に刺激されて新たな医療技術やビジネスモデル、様々な政策的オプションを生み出すことで、米国の医療制度は、ときにダイナミックな動きをみせることも事実である。米国のそうした動向に注意を払うことは、日本の医療制度と医療政策動向に対する研究と分析を前提として、より望ましい日本の医療制度を構想するうえで、参考になることもあるだろう。

さらに、衡平と効率とのバランスを図りつつ医療の質の改善を促す仕組みをどう構築すべきか、医療従事者をどう確保し養成するか、さらには資本と労働、知識と情報のグローバル化が医療分野に及ぼす影響にどのように対処すべきか等、各国固有の制度の問題を超えて検討しなければならない問題群も存する<sup>(9)</sup>。その意味では、日米医療制度の比較政策学ともいべき視点をもつことで、上記の政策課題の究明に資することも展望できるのではないだろうか。

次節では、現在進行形である米国トランプ政権と共和党による医療制度改革論議の状況を取り上げたい<sup>(10)</sup>。ただし、行論の都合上、米国医療のマクロな構造的分析は省略し、政策論議の展開に絞って紹介する。

## 2、米国の医療制度改革動向の事例—トランプ政権の医療制度改革

政権発足以来、オバマ前政権の政治的遺産(レガシー)の払拭を訴えるトランプ政権は、その第一歩として、オバマ医療改革法<sup>(11)</sup>(以下、ACA法)の廃止を企図した。2017年3月6日に下院共和党指導部が公表し、同月20日に下院議会に提出された米国ヘルスケア法案<sup>(12)</sup>(以下、AHCA法案)は、①民間医療保険に対する

規制の緩和・撤廃、②メディケイドにおける連邦補助制度の見直し、③増税項目の廃止・延期等の3つの分野にわたり、ACA法が導入した医療保険制度改革の大部分を破棄する内容を有していた(表1)。

しかし、AHCA法案は、より徹底的な改革を求める党内強硬派(Freedom Caucus等)と、法案が高齢有権者の反発を惹起するとともに州政府の財政負担増をもたらすことを懸念した党

内の穏健派および州知事らとの双方から、支持を集めることができず、3月24日に一旦は審議が見送られた。その後、ACA法が定める医療保険規制のうち、法定給付と地域料率に関して、適用除外(waiver)を州政府に広く認めるとともに、既往症患者等に対する連邦補助を実施すること等の修正を加えることで、5月4日に下院本会議において賛成217、反対213で辛くも成立した<sup>(13)</sup>(表2)。

表1 米国ヘルスケア法の主な内容

<p><b>I 民間医療保険に対する規制の緩和・撤廃</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 個人に対する保険加入と罰金の選択制(individual mandate)の撤廃</li> <li>2 雇用主(従業員数50人以上)に対する保険提供と罰金の選択制(employer mandate)の撤廃</li> <li>3 医療保険料負担に対する所得連動型税額控除の廃止</li> <li>4 低所得者に対する患者負担への補助制度の廃止</li> <li>5 医療保険料負担に対する新たな税額控除制度の導入</li> <li>6 非課税医療貯蓄口座の利用上限額の引き上げ</li> <li>7 保険加入前年に63日以上無保険であった者に対する保険料の30%上乘せの義務化</li> <li>8 高齢者の保険料設定に関する規制の緩和(若年層の5倍まで)</li> </ol> <p><b>II メディケイドにおける連邦補助制度の見直し</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 エンハンスド・フェデラル・マッチング・ファンドの停止</li> <li>2 現行の連邦マッチング・ファンドの算定方法の見直し(受給者一人当たり上限額を設定)</li> </ol> <p><b>III 増税項目の廃止・延期等</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 高所得者の純投資所得に対する3.8%の付加税の廃止</li> <li>2 高所得者のメディケア病院保険料の0.9%引き上げの廃止</li> <li>3 高額医療保険への課税の導入を5年延期</li> <li>4 医療保険、医療機器、日焼けサロン等に対する課税の廃止</li> <li>5 患者および州安定化基金の創設</li> </ol>
--

出所) H.R. 1628およびCongressional Budget Office, *Cost Estimate*, March 13, 2017より作成。

表2 米国ヘルスケア法案の主な修正点

<p><b>I 州政府に対する適用除外(waiver)の許可</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 ACA法が定める法定給付(essential health benefit)要件について、州政府に適用除外条項の申請を許可</li> <li>2 ACA法が定める調整地域料率の要件(個人の健康状態に基づく保険料設定の禁止)について、無保険期間がある場合には、州政府に適用除外条項の申請を許可</li> </ol> <p><b>II 連邦補助の拡充</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 患者および州安定化基金の再保険プログラム(FIRSP)を通じて150億ドルを補助</li> <li>2 精神疾患等患者に対する母子保健給付・新生児ケア等の目的で、州政府に対して150億ドルを補助</li> <li>3 地域料率の適用除外申請が認められた州において、適用除外に伴う保険料や患者負担を軽減する州に対して、80億ドルを補助</li> </ol>
--

出所) Congressional Budget Office, *Cost Estimate*, May 24, 2017より作成。

下院での法案成立を受けて、共和党の上院指導部は、2017年6月22日、医療改革調停法<sup>(14)</sup>(以下、BCRA法案)を公表した。BCRA法案の柱は、①ACA法が導入した新たな課税等の大部分の廃止または撤回、②医療保険市場の安定化を図る観点から2021年まで医療保険者に連邦補助金を交付、③新たな連邦補助制度(Long-Term State Stability and Innovation Program)を通じて州政府に補助金を交付、④メディケイドに係る連邦補助金制度の大幅な見直しなどである(表3)。BCRA法案は、下院で成立したAHCA法案を基本的には踏襲したものとなっている。

ただし、両法案の間には、相違点もある。第一に、無保険期間ある者の保険加入について、AHCA法案では保険料に30%の上乗せを保険

者に義務付けたのに対し、BCRA法案では6か月間の待機期間を設けている。そのことと関連して、BCRA法案は、第二に、州政府に認める適用除外(waiver)の範囲を、①税額控除の算定、②法定給付の内容、③その他医療保険提供に係る規程に限定し、既往症に係る連邦規制や加入者の健康状態に連動した医療保険料の設定などについては、認めないとした。第三に、メディケイドに対する連邦補助金制度に関して、BCRA法案は、2020年から導入される連邦補助金の一人当たり上限額(per capita cap)の計算方法を変更するとともに、2020年以降は一人当たり上限額に代えて、一括交付金方式を州政府が選択することも認めた<sup>(15)</sup>。メディケイド連邦補助金の見直しについては、上院BCRA法案は、下院法案よりも踏み込んだ内容となっている。

表3 BCRA法案の主な内容(下院通過法案からの変更点)

<b>I 民間医療保険に対する規制の緩和</b>
1 保険加入前年に63日以上無保険期間のある者への6か月間の待機期間を保険者に義務付け(2019年より開始)
2 保険料に占める管理費用と利潤の比率の上限規制の撤廃(2019年より開始)
3 保険者への補助金制度の新設(2018年より開始)
4 州に対する新たな連邦補助制度の開始(2019年より)
<b>II メディケイドにおける連邦補助制度の見直し</b>
1 一人当たり上限額算定方法の見直し(2025年以降は都市部消費者物価指数に連動)
<b>III 増税項目の廃止・延期等</b>
1 高額医療保険に対する新税(2019年12月以降に予定)の施行を6年延期

出所) Congressional Budget Office, *Cost Estimate*, June 26, 2017より作成。

BCRA法案は、7月25日から28日未明にかけて、共和党の重鎮T. クルーズらによる修正が施された案で採決にかけられたものの、賛成43対反対57で不成立に終わった。関連する修正法案もすべて否決され、最後に提出され、「骨と皮だけ」(skinny)と称されたヘルスケア・フリーダム法案<sup>(16)</sup>すらも、病気から復帰したマケイン上院議員ら共和党議員3名の反対により

否決された。トランプ政権及び共和党執行部主導の医療制度改革は、上院で挫折を余儀なくされたわけである。

トランプ政権の医療制度改革が頓挫した政治的な理由は、民主党からの反対はもとより、共和党内での意見集約にも失敗したためである。具体的には、下院での審議において既に表面化したように、次期中間選挙を控えて有権者の反

発を恐れた共和党穏健派や、オハイオ州をはじめ共和党系知事も含めた各州知事や各州保険局長らの懸念を指摘できる。議会の外部でも、米国医師会、米国医科大学協会、米国病院協会、米国病院連盟(営利病院の業界団体)、米国公立病院協会といった主な医療団体がすべて、両院の改革法案が貧困者・低所得者の保険料負担・医療費負担の増加をもたらし、医療アクセス問題を深刻化させるとして、当初から反対を表明したことも無視しえない<sup>(17)</sup>。

また、議会予算局(Congressional Budget Office、以下CBO)による政策実施の影響試算が政策論議に与えた影響も指摘したい。CBOは、政治的な独立性が保障されており、連邦財政支出に関連した法案を提出する際には、その推計を添

付することとされている。共和党の医療制度改革法案に対して、CBOは、医療保険加入者数、地域の医療保険市場・平均保険料、さらには連邦財政赤字に及ぼす影響を試算することで、法案の実施による費用と利得がいかなる集団や階層に転嫁・帰着するかを客観的に示している(表4)。試算によれば、上院BRCA法案は、下院AHCA法案よりは少ないものの、10年間で無保険者を2000万人以上も増大させるとともに、メディケイドや医療保険料負担の軽減に係る連邦補助金を削減することで、中低所得階層の負担を重くする内容を有する政策である。こうした試算が、上院での審議において、性急な改革論議に対する一定の歯止めをかけたものと考えられる。

表4 下院AHCA法案及び上院BRCA法案の影響試算の概要

	AHCA 法案 <sup>1)</sup>	BRCA 法案
無保険者数 (2026年) <sup>2)</sup>	2800万人増加	2100万人増加
医療保険料 (2026年)	全体では10%低下 高齢者の負担増	全体では20%低下 (比較可能な州のみ)
患者負担	適用除外申請州で増加	適用除外申請州で増加
連邦財政への影響	1,190億ドルの赤字削減	3,210億ドルの赤字削減
メディケイド見直し	8,340億ドル歳出削減	7,720億ドル歳出削減
各種連邦補助金削減	2,760億ドル歳出削減	4,080億ドル歳出削減
新たな連邦補助制度	1,170億ドル歳出増加	1,070億ドル歳出増加
罰金支払い制の廃止	2,100億ドル歳入減	2,100億ドル歳入減
新課税の撤回・延期	6,640億ドル歳入減	5,410億ドル歳入減

1) 2017年5月4日に下院を通過した法案に関する試算。

2) ACA法継続の場合の予測(2300万人)と比べた増加人数。

出所) 表2および表3に同じ。

他方、上下院での医療制度改革法案は、オバマ医療改革で導入された新たな課税等を撤廃するなど、医療関連産業にとっては歓迎すべき内容を有していたことも看過しえない。一例として、医療保険産業との関連では、新たな医療保険課税の撤廃(10年間で1450億ドル)や医療保険市場の安定化のための連邦補助金制度の

新設、年齢による保険料格差上限の引き上げ(3倍から5倍へ)など、医療保険業界がこれまで要望してきたことの多くが法案に盛り込まれた<sup>(18)</sup>。

ただし、医療関連産業の要望が、両法案に取り入れられた経緯については、具体的なことは不明である<sup>(19)</sup>。むしろ、今回の共和党主導の

医療制度改革では、原案の作成が完全な非公開とされ、法案に対する議会での審議もほとんどなく、公聴会なども全く開催されていないことを、政策過程におけるひとつの特徴だといえる。対照的に、ACA法の立法過程においては、上院だけで25日間(160時間)が審議に費やされ、委員会レベルで57回の公聴会や会合が開催され、原案に対して300を超える修正(うち160は共和党の主張を一部反映)が施されるなど、開かれたプロセスで検討されたとの経緯がある<sup>(20)</sup>。

上院での法案の廃案をうけて、共和党および民主党での超党派的な法案作りが開始され、9月25日には上院保健・教育・労働・年金委員会による公聴会も開催されていたところ、トランプ政権は、2017年10月12日の大統領令<sup>(21)</sup>において、①アソシエーション・プランの許可<sup>(22)</sup>、②一時的保険プラン(temporary plan)への加入期間の延長、③従業員向け医療保険料のための税引き前資金の積立の許可などを含む大統領令に署名し、関連省庁に規制の変更を指示した。翌13日には、中低所得者の個人型医療保険加入者を対象とした連邦補助制度(Cost Sharing Payment)の打ち切りも決定した<sup>(23)</sup>。さらに、共和党主導の税制改革法案の一環として、無保険者に対する罰金支払制度(individual mandate)の廃止をも求めた。医療制度改革立法に挫折したトランプ政権は、行政命令や他分野の立法を援用することで、改革立法に拠らずに医療制度を改変し、ACA法の骨抜きを図っているわけである。

こうした医療制度改革動向のうち、その柱というべき無保険者の罰金支払制度の廃止は、2017年12月22日にトランプ大統領が署名して発効した税制改正法<sup>(24)</sup>において、実現をみた。当初、下院を通過した法案(2017年11月16日)

には含まれていなかったものの、上院の共和党指導部が法案に盛り込んだうえで、12月2日に上院で可決(賛成51対反対49)、12月20日には下院において、罰金の廃止を含む修正法案として可決した(賛成224対反対201)。

罰金支払いを廃止することで生じる影響について、CBOが11月29日に公表した試算によれば、罰金の廃止に伴い、無保険者は2019年だけで400万人増加し、2027年までに1300万人増える見通しである。連邦財政に対する影響面では、罰金削減により歳入が減少するものの、医療保険加入者に対する保険料補助もなくなることで、却って連邦財政赤字は10年間で3380億ドル削減される見込みである<sup>(25)</sup>。罰金の廃止に対しては、無保険者が増加し、医療アクセスの問題が深刻化するとして、米国医師会や米国医療保険協会(American's Health Insurance Plans, AHIP)などの関連団体、さらに米国がん協会や米国糖尿病協会、米国心臓協会など19の患者団体が反対を表明した<sup>(26)</sup>。

また、医療保険業の規制緩和に関連して、2018年2月21日に内国歳入庁、従業員給付保障局(Employee Benefits Security Administration, 米国労働省の一部局)、米国健康福祉省は、「短期、有期保険」(short-term, limited-duration insurance)に係る新たな規則を通知した。新たな規則は、①ACA法が3か月間に限定した短期保険を364日間へと延長することを認めるとともに、②法定給付に関するACA法の規定(妊産婦ケア・予防・精神保健等の法定給付、既往症患者の加入・更改保証、年齢による保険料規制)も適用しないと定めた<sup>(27)</sup>。ACA法のいわば抜け穴を活用した、民間医療保険業の事実上の規制緩和である。

短期保険に関する新たな規則に対しては、医療保障水準が不十分な短期・一時的医療保険プ

ランへの加入を促進しかねないとして、米国心臓協会、米国肺協会、白血病・リンパ腫協会、関節炎財団、マーチ・オブ・ダイムズ、さらにはコンシューマーズ・ユニオンなどが強く批判している。保険業界においても、AHIPとブルークロス・ブルーシールド協会(BCBSA)などは、新たな規則が健全な医療保険市場を損なうとの懸念を表明している。他方、大手保険会社UnitedHealth社などは、短期保険の販売拡充を検討しているとの報道もある<sup>(28)</sup>。

最後に、医療扶助メディケイドをめぐる政策動向に注目したい。メディケア・メディケイド庁(Centers for Medicare and Medicaid Services)は、2018年1月11日付の文書において、州政府が社会保障法(Social Security Act)の第1115条(メディケイドの適用除外条項)を援用して、メディケイド受給者に対して就労を義務づけることを認める旨を、各州の担当者に通知した<sup>(29)</sup>。2018年3月末時点において、すでにケンタッキー州、インディアナ州、アーカンソー州の3州が、メディケア・メディケイド庁長官の許可を得て、メディケイド受給者に対して就労義務を課すことを決定している。

メディケイド受給者の就労義務化については、過去にもこれら諸州が導入を申請したものの、オバマ前政権では認められなかったとの経緯がある。メディケイド受給者の社会経済的属性に関する最近の調査によれば、19歳以上64歳以下のメディケイド受給者2458万人のうち、受給者本人が就労している者60%(うちフルタイム42%)、家族が就労している者79%(うちフルタイム64%)であり、受給者・世帯員の大半がすでに就労中である。残る不就労者980万人の内訳に目を転ずると、不就労の理由別で、病気または障害36%、家族の世話30%、通学15%とあり、不就労者の大半は現実的に

就労が難しい状況にある<sup>(30)</sup>。こうした状況下で、各州がメディケイド受給者に就労義務を課すことは、受給の申請に対する一種の萎縮効果(chilling effect)をもたらし、貧困者における無保険を深刻化させることが危惧される<sup>(31)</sup>。

メディケイドに関連して、いまひとつ、小児医療保険(Children's Health Insurance Program、以下CHIP)をめぐる迷走も指摘したい。890万人の小児の無保険者に対してメディケイドを適用するCHIP<sup>(32)</sup>は、再授權法案が成立せず、2017年9月30日で失効した。そのため、2018年1月までに16州、3月までに37州でCHIPに係る連邦補助金が枯渇すると予測され、制度の持続可能性がきわめて危ぶまれた。しかし、予算法案をめぐる上下院での審議が迷走するなか、CHIPの補助金問題も放置された。2017年12月21日のつなぎ予算をへて、2018年1月22日に成立した予算法<sup>(33)</sup>において、CHIPに対する連邦補助金の6年間の延長(2023会計年度まで)がようやく定まったところである。ただし、ACA法によるCHIPに係る連邦補助金の上乘せ(23%)については、2019年までとされ、それ以降は正規の補助率にまで段階的に引き下げられることになった<sup>(34)</sup>。

以上みたように、トランプ政権による医療制度改革は、個人加入型民間医療保険への加入促進と医療扶助メディケイドの受給拡大というACA法の主要な政策手段を撤回するとともに、法定給付に関しても短期保険における適用除外を活用した空洞化を図っている。さらに、医療扶助メディケイドに関して、CHIPは辛うじて6年間延長したものの、受給者への就労義務の導入を認める方向へと政策を転換している。これらの医療政策動向は、歴史的な観点からみると、市場志向型の医療制度という枠組みのなかでも、医療保障を漸進的に拡大してきた米国の

医療政策の歩みに、背を向けるものであると評さざるを得ない。それだけに、トランプ政権と共和党主導の医療制度改革は、実現するには政治的に容易でなく、実現しえても米国の医療問題を再燃させ、よりリベラルな制度改革の機運をむしろ高めてしまうものと思われる<sup>(35)</sup>。その意味では、医療政策における米国の保守派の特徴を欧州との対比で論じた次の指摘が、今回の医療制度改革にはよく当てはまるといえる。すなわち、「欧州の保守派が百年も前に医療保険立法を通じて医療問題をリベラル派から取り上げたのとは異なり、米国の保守派は、公的医療保険の提供や保険加入の義務化に断固として反対を続けており、そのことによってリベラル派に対して、多くの米国人を益し、かつ廃止が最も難しい立法行為を、許してしまっている<sup>(36)</sup>」。トランプ政権の医療制度改革が行き詰まるのか、それとも新たな政策理念と政策手段が提示されるのか、米国における医療制度改革の今後の展開が注目されるといえよう。

## 謝辞

本論文は、日本医療福祉政策学会・第1回研究大会パネルディスカッションでの報告をもとに、その後の政策動向を加筆するかたちで作成した。研究大会での報告に対して貴重なコメントを頂いた参加者およびパネリストの先生方、また当日配布のペーパーに対して後日丁寧なコメントを頂いた日本福祉大学相談役・名誉教授二木立先生に、深謝の意を表する。

## 注

(1) 『経済学大辞典(第2版)』(東洋経済、1980年)所収の「医療経済学」(西村周三氏執筆)。なお、医療経済研究の嚆矢として、1927-33年にかけて精力的な調査研究活動を行った米国医療費委員会(The Committee on the Costs of Medical

Care)の事例も指摘したい。

- (2) A.J. Culyer, J.P. Newhouse, eds.(2000), S. Glied and P. Smith, eds.(2011), M.V. Pauly, T. G. McGuire, P.P. Barros, eds. (2012).
- (3) 一例として、権丈善一(2006)は、医療経済学の潮流を大きく、新古典派医療経済学と制度派医療経済学に大別し、それぞれの特徴を簡潔に整理している。
- (4) なお、二木立氏は、医療の政策研究においても、事実とその解釈、客観的な将来予測と自己の価値判断を峻別し、それぞれの根拠を示すべきことを強調している。二木立(2006)、104-5頁を参照。
- (5) 国内におけるそうした研究の端緒として、例えば、川上武(1961)を参照。
- (6) 日本における医療の政治経済学的な分析の古典的労作として、川上(1972)、野村(1968)を指摘したい。米国については、医療における権力関係の変遷を通史的に分析したP. Starr(1982)が有益である。
- (7) この研究潮流のひとつの集大成として、朝倉・野村・儀我・西岡・日野編(1990、1991)を参照されたい。国際的には、また、V. Navarro (Johns Hopkins University) 主宰の国際的な学術誌 *International Journal of Health Services* が注目される。
- (8) 政策分析の方法論とその適用について、岡田(1989)を参照。
- (9) 松田亮三(2014)。自由貿易協定と医療制度との関係については、高山(2014)参照。
- (10) 詳しくは、高山(2017a)、同(2017b)、同(2017c)を参照されたい。
- (11) The Patient Protection and Affordable Care Act, Pub. L., No. 111-148, 124 STAT. 119 (2010).
- (12) American Health Care Act of 2017, H.R. 1628, 115th Cong. (2017-2018).
- (13) 下院本会議の採決では、民主党の全議員が反対したほか、共和党からも20名が反対票を投じた。
- (14) Better Care Reconciliation Act of 2017 (下院法案H.R.1628の代替法案)

- (15) BCRA法案は、一人当たり上限額とその増加率の算定において、2025年以降は、医療物価指数よりも低い傾向にある都市部消費者物価指数(CPI-U)を用いることとした。
- (16) 同法案は、名目的にでもオバマケアを廃止することを最優先に、共和党内で合意可能な項目のみで構成された、わずか8頁の法案であった。
- (17) “Hospital Groups Heap Criticism On GOP’s Plan: ‘Go Back To The Drawing Board’”, *Kaiser Health News*, June 23, 2017.
- (18) “Governors From Both Parties Rise Up To Become Blockade Against Senate Health Plan”, *ibid.*, June 28, 2017.
- (19) なお、トランプ政権の内幕を描いたルポルタージュであるM. Wolff (2018)によれば、大統領自身は当初オバマケアの撤廃にほとんど関心を持たず、医療制度改革のとりまとめを請け負ったのは下院議長のリアン議員であったという。そのリアン氏も、関心はもっぱら税制改革にあったため、医療制度改革法案の作成を保険業界やロビイストに丸投げしたという。同書pp.164-167(邦訳267-272頁)参照。
- (20) ACA法に対する上院での審議過程については、2017年3月に民主党上院議員ら17名が共和党院内総務と各委員会委員長に宛てた書簡を参照(<https://www.vanhollen.senate.gov/content/van-hollen-murphy-16-senators-gop-trumpcare-process-must-equal-affordable-care-act%E2%80%99s>, 2018年3月28日最終アクセス)。
- (21) Exec. Order No. 13813, 82 Fed. Reg. 48385(Oct. 12, 2017).
- (22) アソシエーション・プランとは、同一州内、同業の雇用主、同一業界団体加盟などを単位として、共同で保険を提供する簡易的な医療保険プランであり、法定給付などACAが定める各種の要件に合致しなくともよいとされる。
- (23) “Following Through On Months Of Threats, Trump Vows To ‘Immediately’ End Insurer Subsidies”, *Kaiser Health News.*, Oct. 16, 2017. なお、トランプ政権によるCSR連邦補助金の停止に対して、ニューヨーク州やカリフォルニア州の検事総長らが連邦裁判所に一時的緊急差止命令(emergency temporary restraining order)を要請したものの、連邦裁判所は、10月25日の命令(ruling)において、一時的緊急差止命令に該当しないとの判断を示した。各州の保険当局が、CSR補助金停止を見込んで保険会社に料率引き上げを認める等の代替案をすでに実施していることが、その理由とされた。
- (24) An Act to provide for reconciliation pursuant to titles II and V of the concurrent resolution on the budget for fiscal year 2018, Pub. L., No. 115-97. (Tax Cuts and Jobs Actと略称。)
- (25) Congressional Budget office, *Repealing the Individual Health Insurance Mandate: An Updated Estimate*, November 2017.
- (26) “GOP Slips Repeal Of Individual Mandate Into Tax Bill In Hopes Of Scoring Two-In-One Victory”, *Kaiser Health News*, Nov. 17, 2017, “From Repeal Of Individual Mandate To CHIP: Health Measures At Center Of Congress’ End-Of-Year Legislative Push”, *ibid.*, Nov. 29, 2017.
- (27) 83 Fed. Reg. 7437 (Feb. 21, 2018)
- (28) “Trump Eases Limits On Short-Term Plans That Critics Call ‘Junk Insurance’ In Latest Blow To Health Law”, *Kaiser Health News*, Feb. 21, 2018.
- (29) Centers for Medicare and Medicaid Services, SMD:18-002, Re: Opportunities to Promote Work and Community Engagement Among Medicaid Beneficiaries, Jan. 11, 2018.
- (30) Garfield, R., R. Rudowitz and A. Damico (2018) “Understanding the Intersection of Medicaid and Work”, <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/understanding-the-intersection-of-medicare-and-work/> (2018年3月28日最終アクセス)
- (31) また、就労状況の確認に係る行政コストの膨張により、州政府の財政負担が現在よりもかえって膨張してしまうとの指摘もある。“Medicaid

- Changes May Just Shift Spending From Families To Administrative Bureaucracy, Experts Warn”, Kaiser Health News, Feb. 22, 2018.
- (32) Balanced Budget Act of 1997, Pub. L., 105-33, 111 STAT. 251(1997).
- (33) Making further continuing appropriations for the fiscal year ending September 30, 2018, and for other purposes, Pub. L., No. 115-120 (2018).
- (34) <http://files.kff.org/attachment/Fact-Sheet-Summary-of-the-2018-CHIP-Funding-Extension> (2018年3月28日最終アクセス)
- (35) 米国においても、民間医療保険に依拠したACA法の枠組みでは不十分だとして、単一の公的皆保険制度の創設を求める議論がある。2017年9月13日には、B.サンダース上院議員によって、法案(Medicare for All Act of 2017, S.1804)が上院に提出された。(上院財政委員会に送付されるも、2018年3月末時点では未審議。)
- (36) Perlstadt and Peter (2015), p. 136.
- 『文化連情報』473: 34-37
- 高山一夫(2014)「自由貿易協定と医療－環太平洋パートナーシップ協定が医療制度に及ぼす影響」『日本医療経済学会会報』No. 78: 13-26.
- 二木立(2006)『医療経済・政策学の視点と研究方法』勁草書房。
- 野村拓(1968)『講座医療政策史』医療図書出版社。(2009年に『新版 講座医療政策史』として桐書院より復刻。)
- 松田亮三(2014)「グローバル化と医療政策分析：新しい課題」『日本医療経済学会会報』No. 78: 3-12.
- Culyer, A.J., J.P. Newhouse, eds.(2000) *Handbook of Health Economics*, Vol. 1, Elsevier.
- Glied, S. and P.C. Smith, eds.(2011) *The Oxford Handbook of Health Economics*, Oxford University Press.
- Perlstadt, H. and Balázs Péter (2015) “A European Perspective on the Affordable Care Act”, in Kronenfeld J.J and M. Kronenfeld (2015) *Healthcare reform in America: a reference handbook*, Second edition, ABC-CLIO, LLC.
- Pauly, M.V., T. G. McGuire, P.P. Barros, eds. (2012) *Handbook of Health Economics*, Vol. 2, Elsevier.
- Starr, P. (1982) *The Social Transformation of American Medicine*. Basic Books.
- Wolff, M. (2018) *Fire and Fury: Inside the Trump White House*, Henry Holt & Co.(関根光宏・藤田美菜子訳(2018)『炎と怒りートランプ政権の内幕』早川書房。)

#### 参考文献

- 朝倉新太郎・野村拓・儀我壮一郎・西岡幸泰・日野秀逸(1990, 1991)『講座 日本の保健・医療』全5巻、労働旬報社。
- 岡田知弘(1989)『日本資本主義と農村開発』法律文化社。
- 川上武(1972)『現代の医療問題』東京大学出版会。
- 川上武(1961)『日本の医者—現代医療構造の分析』勁草書房。
- 権丈善一(2006)「医療経済学の潮流—新古典派医療経済学と制度派医療経済学」、西村周三・田中滋・遠藤久夫編著『講座\*医療経済・政策学第1巻 医療経済学の基礎理論と論点』勁草書房、所収)
- 高山一夫(2017a)「共和党の医療制度改革法案とその顛末」『文化連情報』470: 26-30.
- 高山一夫(2017b)「共和党の医療制度改革の展開」『文化連情報』472: 42-46.
- 高山一夫(2017c)「共和党の医療制度改革(その3)」

## 医療制度改革の現状と問題点 —公立病院と公的医療機関の改革プランなど、 提供体制改革をめぐる問題について

Current Status and Problems of Health Care System Reform:  
The Issues Surrounding the Reform of the Medical Care  
Provision System, such as those found in Reform Plan of Local  
Government Hospitals and Public Medical Institution

塩 見 正 (京都医療労働組合連合会)  
Tadashi SHIOMI

要約：医療提供体制の再編をすすめる地域医療構想の目下の焦点は、公立・公的医療機関の改革プランを当面の課題とする調整会議の活性化にあるとされている。公立病院改革をめぐる経緯と、二つの改革プランのねらいや調整会議の進捗状況を概観し、医療提供体制と不可分の医師政策について、養成定数の拡大から地域医療構想に連動した定数削減へと転換されようとしている動向等もふまえ、今日の提供体制改革をめぐる諸施策の問題について考える。

キーワード：地域医療構想、新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プラン、医師需給推計

### 1. 地域医療構想による提供体制改革の 当面の焦点—公立・公的病院の改革 プラン

#### (1) 新改革プランに至るまでの公立病院改革を めぐる変遷

今年2月7日、厚労省は、「地域医療構想の進め方について」という都道府県宛の通知を发出している。通知は、地域医療構想調整会議(以下「調整会議」)の議論を促すもので、調整会議において、今年度中に個別病院名や病床機能を具体的にあげた対応方針を策定するという政府

方針を強調し、当面、新公立病院改革プラン(以下「新改革プラン」)と公的医療機関等2025プラン(以下「公的2025プラン」)を中心に議論を進めるよう求めた<sup>(1)</sup>。提供体制改革の目下の焦点は、調整会議におけるこれら二つの改革プランに関する議論におかれている<sup>(2)</sup>。

このうち公立病院については、新改革プラン以前に、第一次安倍政権下の地方財政健全化法成立に呼応し、公立病院の財政効率化に主眼を置いた「経営効率化」「再編ネットワーク化」「経営形態見直し」の三つを柱とした旧改革プラン

(受理日：2018年12月15日)

(公立病院改革プラン、以下「旧プラン」)が策定されていた<sup>(3)</sup>。しかし、この旧プランの策定を号令した第一次安倍政権は、直後に参院選で大敗して退陣する。そして、後を受けた福田政権は、地方再生戦略を打ち出し、構造改革で傷んだ地方の再生を目指すとし、「社会保障の機能強化」を掲げた<sup>(4)</sup>。

当時、公立病院は、新臨床研修制度の影響等により医師不足が深刻化し、影響は地方の中小病院の産科・小児科や救急医療に顕著に表れ、そうした状況は「地域医療崩壊の危機」として社会問題にまで発展した。福田政権の地方再生戦略は、その危機打開のため、旧プランのねらいとは逆に公立病院への財政措置を拡充し<sup>(5)</sup>、また、1980年代以降、抑制され続けていた医師養成数の拡大へと舵を切る画期ともなった。

この旧プランについて総務省は、三つの柱に沿った改革が進み、一定の黒字化が達成されたと評価する<sup>(6)</sup>。しかし、再編ネットワーク化で対象病院の病床は16.8%削減され、病院自体なくなったところが3割を超え、地域の医療体制は大幅に縮小された<sup>(7)</sup>。

他方、内閣府の旧プランに関するレポート<sup>(8)</sup>は、公立病院の黒字化を機能強化によるものと分析し、7対1入院基本料の算定などが収益増と黒字化に結び付いた事と、改善は規模や立地条件により相当の差があった事を指摘している。地方の中小病院の医師・看護師確保の難しさを指すものだが、その地方・中小の機能強化は不十分のまま、大幅に増えた7対1病床と長期入院の地域差をターゲットに、いま、地域医療構想による提供体制改革がすすめられている。

あらまし、この間の経過をたどると、福田政権で社会保障の「機能強化」が浮上したが、その後、政権交代した民主党が参院選で惨敗し、民主・自民の大政翼賛で社会保障・税一体改革

の議論へと傾れ、社会保障制度改革推進法が制定された。そして、国民会議報告書で「地域医療ビジョン」や「川上・川下一体改革」が登場し、医療介護総合確保推進法の制定へと進み、第2次安倍政権の「骨太方針2014」で新改革プランを策定する方針が打ち出され、地域医療構想策定ガイドラインと同日に新公立病院改革ガイドラインが発出された。これにより、公立病院改革は、財政抑制目的から、提供体制改革を推進するものに質的に変わることとなった。

## (2) 新改革プランと公的2025プランの特徴とねらい

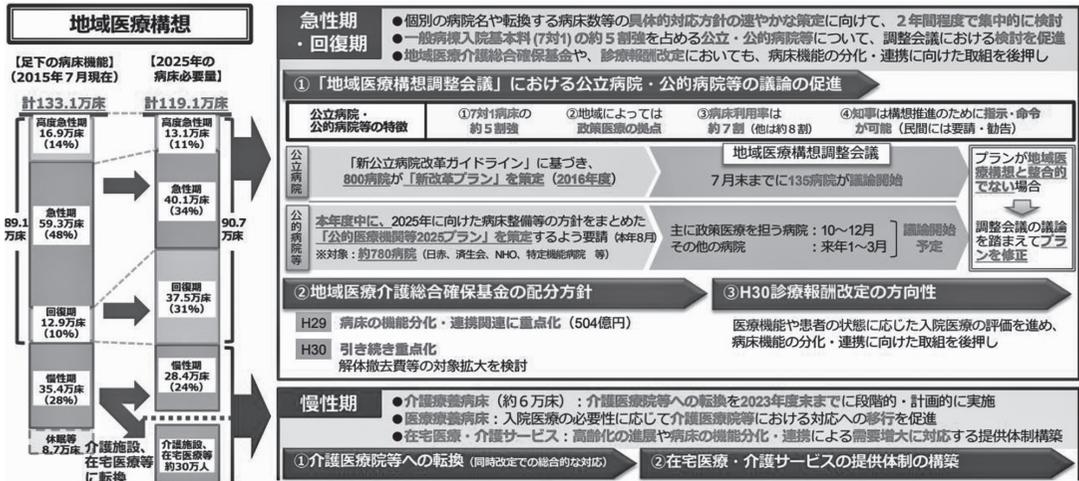
新改革プランでは、旧プランの三本柱に加えて「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」が1番目に組み込まれた。再編ネットワーク化に関しても、地域医療構想を踏まえ医療機能の検討が必要な病院は対象とし、その対象を増やしていくとしている。

他方、公的2025プランは、調整会議の議論は地域の救急等を担う医療機関の役割や機能を明確化することから出発するとされた事を受け<sup>(9)</sup>、日赤、済生会、国公共済、国立病院機構、特定機能病院や地域医療支援病院等を対象に、各病院開設者に対し策定が依頼された。

いずれも、策定したプランは調整会議の場合地域医療構想との整合性を議論し、齟齬がある場合はプランを策定し直すこととされ、個別の経営判断より上位に構想が置かれている。

これらの改革プランに関し、昨年10月、経済財政諮問会議に厚生労働大臣が提出した資料では、「入院基本料7対1の約5割を占める公立・公的病院等について、調整会議における検討を促進」と書かれている[図1]。提供体制改革に関し、財務省は、入院基本料の最も高い7対1が多すぎるとしてきたが<sup>(10)</sup>、ここには、

【図1】 政府の「医療・介護提供体制の改革」イメージ図(一部抜粋)



出典：第14回経済財政諮問会議・資料4より

[http://www.5.ca.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2017/1026/shiryu\\_04.pdf](http://www.5.ca.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2017/1026/shiryu_04.pdf) (2018/6/26閲覧)

二つの改革プランをテーブルにのせた調整会議における議論により、7対1の削減を進める地域医療構想の狙いの一端が示されている。

### (3) プラン策定と調整会議の開催等をめぐる状況

地域医療構想ワーキンググループの資料<sup>(11)</sup>によれば、今年3月末時点で、公立・公的病院とも、プラン策定はほぼ完了する一方、具体的対応方針の決定は6月段階でも大半がこれからという状況にあり、また、各区域の調整会議は、2017年度、最多は年間14回開催される一方、年1回のところも40区域と大きな差があった。そうした状況をふまえて厚労省は6月、調整会議の活性化に向け、「都道府県単位の地域医療構想調整会議」や「地域医療構想アドバイザー」などに関する通知を发出している<sup>(12)</sup>。地域医療構想アドバイザーは、都道府県が有識者を推薦し厚労省が選定する流れで、国の狙いどおり議論が進むよう推進役を置くものであろう。

厚労省はまた、公立・公的病院等の既存病床と「将来の病床の必要量」(以下「必要病床」)を

比較し、高度急性期や急性期については、すでに既存病床が必要病床を超えている区域が一定数あると問題視している。しかし全体を見れば、急性期を除き、どの機能も足りない区域の方が多[表1]。公立・公的病院の役割という点からいえば、民間を含めても不足する区域の多い高度急性期の機能を地域に確保することにこそ焦点が当てられるべきであろう。ただし、そのためには医師確保が大きな課題として立ち現れる。

政府の「骨太方針2018」は、公立・公的医療機関の機能を高度急性期・急性期医療等へ重点化するため再編・統合議論を進めるとし、厚労省も、へき地や過疎・高齢化の進んだ地域については、和歌山県や奈良県・南和地域を好事例として示して再編ネットワーク化を推奨し、再編・統合議論が行われている全国の12例を紹介している。この12例には医師不足地域が多数含まれ、既存病床と必要病床を比較すると高度急性期が不足する地域も多数ある[表2]。しかし、再編・統合によってその機能が充足す

〔表1〕各構想区域における公立・公的病院と「将来の病床の必要量」との比較

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期
公立・公的病院等の既存の病床数が「将来の病床の必要量」を既に超えている構想区域 (WG資料掲載)	104区域	156区域	3区域	12区域
公立・公的病院の既存病床数では「将来の病床の必要量」に足りない構想区域 (WG資料より独自集計)	228区域	187区域	338区域	328区域
構想区域内の既存の全病床数で「将来の病床の必要量」に足りない構想区域 (WG資料より独自集計)	209区域	16区域	330区域	72区域

出典：第13回地域医療構想に関するWG平成30年5月16日資料2「2. 地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策」

同参考資料2-2「公立・公的病院等の病床数と『将来の病床数の必要量』との単純な比較」

〔表2〕再編統合に関する議論を行っている構想区域の例

都道府県	病院名	設置主体	所在地	許可病床数	再編後病床数合計	二次医療圏 (全国平均)	人口 (2015年)	高齢化率 (26.60%)	人口密度 (340.8)	人口10万人当たり一般病床数 (694.50)	人口10万人当たり医師数 (249.35)	地域医療構想	
												2016年病床機能報告	将来の病床の必要量
1 青森県	国立病院機構弘前病院 弘前市立市民病院	(独)国立病院機構 市	弘前市 弘前市	342 250	440~450	津軽	291,789	30.40%	182.6	977.42	306.39	601	318
2 宮城県	栗原市立栗原中央病院 宮城県立循環器・呼吸器病センター	市 地方独立行政法人	栗原市 栗原市	300 90	300	大崎東原	275,831	30.70%	118.4	580.79	166.41	51	182
3 山形県	米沢市立病院 三友堂病院	市 医療法人	米沢市 米沢市	322 190	300	置賜	214,975	30.90%	86.2	768.46	166.07	30	159
4 茨城県	神栖済生会病院 鹿島労災病院	済生会 (独)労働者健康安全機構	神栖市 神栖市	179 199	350	鹿行	274,568	26.40%	363.9	415.2	104.53	0	70
5 茨城県	筑西市立病院 県西総合病院 山王病院	市 市 民間	筑西市 桜川市 桜川市	173 299 79	250	筑西下妻	264,113	27.60%	446.9	416.49	106.02	0	54
6 愛知県	岡崎市立病院 愛知県がんセンター愛知病院	市 県	岡崎市 岡崎市	715 226	調整中	西三河南都東	420,600	21.50%	947.5	343.32	131.95	305	231
7 兵庫県	県立柏原病院 柏原赤十字病院	県 市	丹波市 丹波市	303 95	320	丹波	106,150	32.50%	121.9	693.36	230.31	4	52
8 兵庫県	県立姫路循環器病センター 製鉄記念広畑病院	県 医療法人	姫路市 姫路市	350 392	736	中播磨	579,154	25.70%	669.4	700.68	269.53	619	658
9 徳島県	阿南中央病院 阿南共栄病院	公益法人 厚生連	阿南市 阿南市	229 343	398	南部	147,656	34.20%	85.6	1,045.00	254.65	405	179
10 熊本県	公立玉名中央病院 玉名郡市医師会立玉名地域保健医療センター	市 その他法人	玉名市 玉名市	302 150	402	有明	161,320	32.60%	382.8	480.41	200.84	18	83
11 鹿児島県	鹿児島医療センター 鹿児島逓信病院	(独)国立病院機構 会社	鹿児島市 鹿児島市	370 50	410	鹿児島	679,508	25.80%	650.0	1,047.67	362.76	1,346	982
12 沖縄県	沖縄県立北部病院 公益社団法人北部地区医師会病院	県 公益法	名護市 名護市	257 200	調整中	北部	101,444	23.20%	143.8	1,044.91	182.37	18	83

出典：第13回地域医療構想に関するWG平成30年5月16日資料2「2. 地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策」  
再編統合に関する議論の状況①～③、

同参考資料2-2「公立・公的病院等の病床数と『将来の病床数の必要量』との単純な比較」

日本医師会「地域医療情報システム」二次医療圏別データ より作成

る計画は見当たらず、結局のところ、地域医療構想で描く必要病床のうちでも医師確保が不可欠となる高機能の病床については、再編ネットワーク化すれば完了というものではなく、医師確保対策こそ重要である

## 2. 地域医療構想に連動した医師数抑制への転換

(1) 地域医療構想に連動した医師需給推計を根拠に、医師養成数の削減を打ち出した医療従事者需給検討会「第3次中間とりまとめ」

医師の確保が困難な地方においても医師確保を可能とするため、地方再生戦略以降、地域枠を上乗せし医師数を増やす養成定員の拡大が進

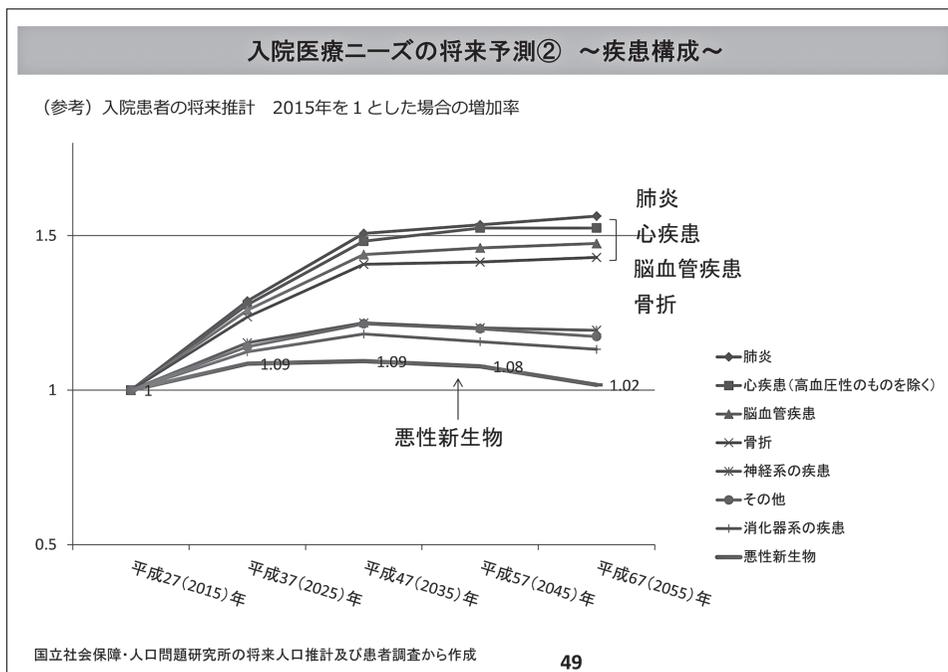
められた。これは、「供給が需要を生む」医療においては、その中心を担う医師と供給の場である提供体制が医療費の問題に直結するとされ、医療費抑制のため医師数を抑制し、病床規制や提供体制の再編を進めてきた1980年代以降の流れを画するものであった。しかし、今日の提供体制改革の起点となったその後の社会保障制度改革国民会議は、「四半世紀以上も改革が求められている」と述べて時間軸をそれ以前に引き戻し、医療・介護の一体改革をすすめる地域医療構想へと道を開いた。そして今、安倍政権は、この地域医療構想に連動して、再び、医師数抑制路線に舵を切ろうとしている。

その端緒として、医療従事者の需給に関する検討会(以下「検討会」)「第3次中間取りまとめ」(2018.5.31)は、2033年頃に約36万人で医師需給が均衡するという将来推計を根拠に、2022

年度以降の医師養成は定員減に向け見直すべきとした。根拠とされた需給推計のうち、医師需要の推計には、地域医療構想の必要病床数が組み込まれ、病床減が医師減につながる計算式で、病床機能別に医師需要を計算し、地域医療構想における病床の機能転換がより少ない医師需要を導く計算方法となっている<sup>(13)</sup>。足下の入院病床約134万床から15万床余りを削減し、より多く医師が必要な急性期以上の病床を23万床以上機能転換させる構想に連動して医師需要をより少なく見積もる推計である。

このように、地域医療構想は必要病床を今より少なく見積もり医師需給推計はそれに連動し医師需要をより少なく見積もるのであるが、他方で、疾患別の入院医療ニーズの将来予測では、脳血管疾患や心疾患の需要は2035年頃には1.5倍に上昇し、その後も20年間高止まりす

[図2] 入院医療ニーズの将来予測



出典：中医協 総会 H29.11.24「入院医療(その7)について」総-3

<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000185955.pdf>(2018/6/26閲覧)

ると見通されている [図2]。

2016年の人口1,000人当たり医師数は、OECD平均3.3人に対し日本は2.4人で、35カ国中30位、OECD平均水準から約13万人も少ない現状にあり、また、人口10万人当たり医学部卒業生は、加盟国中最下位である(日本6.7人、OECD平均12.4人)<sup>(14)</sup>。現状、世界一の高齢者人口比率を圧倒的に少ない医師で支え、しかもその陰では、医師の過労死・過労自死が後を絶たない実態にある<sup>(15)</sup>。今後、医療需要が大幅に増えるにも関わらず、入院の機能分化を進める前提で医師増員の流れを止めるなら、効率化に伴い労働密度は高まり、需要全体が激増するにも関わらず医師数は増やさない、という倒錯した事態に陥り、医師の過労死増加や「地域医療崩壊の危機」の再燃、もしくは「医療難民」激増などの事態さえ危惧せざるを得ない。

一方、医師の「働き方改革」をめぐる議論において、ICTの活用と並び看護師など他職種への業務移譲が医師の負担軽減策に掲げられ、侵襲性の極めて高い特定行為を看護師に行わせる規制緩和が進められ、また、従来は看護師の業務であった医行為を介護職に解禁する流れも広がってきた。詳述する暇はないが、これらは、看護・介護の専門職能・領域をあいまいにし、後付けされた特定行為や医行為が本来の機能に並列されることで看護・介護本来の役割・機能の重要性を後退させ、患者・利用者にとっての看護・介護に変質をきたす。医師の絶対数不足

を玉突き式の他職種による業務肩代わりの連鎖で穴埋めするやり方は、現場に様々な混乱をもたらす。医療・看護・介護の安全性と専門性をそれぞれの職域・職能において高めることこそ重要であり、そのための医師・看護師・介護職員の大幅増員こそ求められる。

## (2) 提供体制格差による受療権格差をそのまま固定化する地域医療構想、その構想に合わせた医師需要推計の問題

医師需要推計に組み込まれた地域医療構想の必要病床数の基にある医療需要推計は、医師不足で提供体制が脆弱な地域では、それ故に相対的に低く出る受療率そのまま将来推計に用いられ、将来も相対的に少ない需要しか導き出さず、今の地域差が将来にわたり固定化されている。京都の一例を紹介すると、府内6つの二次医療圏のうち、脳卒中の急性期医療機関が唯一存在しない丹後と、最も医師数の多い京都・乙訓について、患者住所地ベースの2025年脳卒中患者数を高齢者人口10万人当たりで比べると、高度急性期では丹後は京都・乙訓の約6割で、受療率に1.5倍以上の差がある [表3]。レセプトデータから地域ごとに受療率を計算し、医療需要を推計する地域医療構想では、こうした提供体制格差を背景にした受療率格差の問題はまったく勘案されていない。しかしこの格差は、提供体制格差による受療権保障の格差にほかならない。将来、必要な提供体制を構想する

[表3] 2025年高齢者人口10万人当たり脳卒中患者数／患者住所地ベース(京都府内)

	丹後	中丹	南丹	京都乙訓	山城北	山城南
高度急性期 (人/日)	6.0	18.8	11.6	21.8	14.0	6.1
(京都乙訓を100とした割合)	(27.5)	(86.2)	(53.2)	(100.0)	(64.2)	(28.0)
急性期 (人/日)	29.9	56.3	46.4	55.6	49.7	30.5
(京都乙訓を100とした割合)	(53.8)	(101.3)	(83.5)	(100.0)	(89.4)	(54.9)

出典：京都府医療審議会地域医療構想策定部会(第1回)2015.08.20\_配布「資料集」より作成

のであれば、その中で解消を図るべき問題であるにも関わらず、その手段が組み込まれていないのは制度の重大な「欠陥」である。

そして、この欠陥含みで格差をそのままにした将来の医療需要に対応する医師数を将来の医師需要とすることの問題は、例えば、検討会の医師需要推計の方法に従い京都を例に計算すると、丹後のような地域は、医師数が今より少なく計算されることから明らかである。これ

は、地方の医師不足とその下での医療格差を解消するに足る医師需給推計とは到底なり得ていないという外ない。そして、この推計を根拠に医師養成定員削減に舵を切れば、医療格差の解消(および医師の過重労働の解消)は、いっそう困難になるというのも明らかであろう。

[表4] 2025年医師需要推計 京都府のデータを基にした圏域別試算

	丹後	中丹	南丹	京都乙訓	山城北	山城南
2014年医師数計 …①	116	274	148	3,103	449	69
高度急性期	19	53	24	918	97	17
急性期	40	102	60	1,425	212	37
回復期	30	50	26	692	117	15
慢性期	10	17	32	456	108	8
2025年医師需要合計	99	222	142	3,491	534	77
2025年上位推計 …②	113	259	162	4,053	609	90
②-①	▲ 3	▲ 15	14	950	160	21
②/①-1	▲2%	▲5%	10%	31%	36%	30%
2025年中位推計 …③	106	239	152	3,749	568	83
③-①	▲ 10	▲ 35	3	646	119	14
③/①-1	▲9%	▲13%	2%	21%	27%	20%
2025年下位推計 …④	102	230	146	3,608	550	80
④-①	▲ 14	▲ 44	▲ 2	505	101	11
④/①-1	▲12%	▲16%	▲1%	16%	22%	16%
2016年許可病床	1,197	2,205	1,430	20,206	3,967	685
2025年必要病床(国推計)	870	1,657	1,234	21,283	4,348	565
増減	▲ 327	▲ 548	▲ 196	1,077	381	▲ 120

出典：医師歯科医師薬剤師調査平成26年閲覧第4表 医師数、業務の種類・従業地による二次医療圏・市区町村別医療施設調査平成26年閲覧第6表病院の医師数(常勤換算)、診療科目(主たる診療科目)・性・二次医療圏別※精神科・心療内科の合計  
 医師歯科医師薬剤師調査平成26年閲覧第4表医師数、業務の種類・従業地による二次医療圏・市区町村別医療施設調査平成26年下巻第48表一般診療所の従事者数、職種・都道府県-指定都市・特別区・中核市(再掲)・病床の有無別 ※京都乙訓は京都市、他は府平均  
 医療需要は京都府医療審議会地域医療構想策定部会(第1回)2015.08.20\_配布「資料集」\_p3「医療需要の推移(全疾患・医療機関所在地ベース)」(2013年、2025年)を参照  
 機能別の病床数は地域医療構想ガイドラインの稼働率「高度急性期75%」「急性期78%」「回復期90%」「慢性期92%」を参照して計算し許可病床との差を慢性期に加えて補正  
 医師の労働時間短縮は第4回医師需給分科会20160331資料1の「労働時間の適正化の見込み方」の「上位1.24倍」「中位1.11倍」「下位1.05倍」を参照

### (3) 医師数の総数にキャップをはめる「医師偏在指標」

厚労省は、地方や産科・小児科など一部診療科の医師不足を、絶対数不足ではなく偏在の問題とする。そして、偏在対策を柱とした検討会「第2次中間とりまとめ」(2017.12.21)に基づく医療法改正により、新たに国が「医師偏在指標」を示し、それを踏まえ都道府県は2020年スタートの医師確保計画を策定する事になった。この点は8月4日の研究例会でも若干触れさせていただいたが、その後、9月28日の医師需給分科会に、この医師偏在指標の案が示された。厚労省は、この指標を活用して医師偏在対策が実施されるとするが、問題は、再び医師数抑制に舵を切ろうとするなか新たに編み出されたこの指標が、実際にはどのような機能と役割を果たすのかにある。詳しい分析はできないが、特に気がかりな点だけ以下に記したい。

この指標は、地域の医療需要に対するその地

域の医師の対応力(労働時間で換算)の多寡を、全国平均ベースで相対化し、地域間で比較できるようにするものと読める [図3]。しかし、各地域の医療の需給状況を相対化する意味あいしか持たない指標が、医師確保対策の根幹に据えられるとすればいくつか問題があるように思われる。

指標は、医師労働についても医療需要についても全国平均と照らすのみで、医師労働の実態改善といった要素は一切盛り込まれず、また、必要充足が基準とはされていない。医師労働は、性年齢別など精緻を装うが現状追認に過ぎず、需要も、全国平均の受療率が用いられるため脆弱な提供体制の地域では期待値の方が実際より高くなるだろうが、とは言え、そもそも全国平均の受療率と必要を十分満たす医療提供はイコールではない。人口あたり医師数が全国平均並であっても地域には課題が山積している。偏在是正に偏重すれば平均水準以上の地域の課題

[図3] 医師偏在指標

- 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
- 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比} (\times 1)$$

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} (\times 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\times 2)$$

$$\text{地域の期待受療率} (\times 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

出典：医療従事者の需給に関する検討会第22回医師需給分科会(平成30年9月28日)資料2-1  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000362024.pdf>(2018/10/9閲覧)

が後景に追いやられる可能性もある。そもそも地域間の相対的多寡という視点を軸に不足問題を解消しようとすれば、具体策は多数地域から少数地域への医師の移動しかないのであるから、多数地域の体制後退を伴ってしか少数地域の改善はないことになる。多数区域では医療体制を拡充する妨げとなり、開業規制につながる可能性も否めない。指標を用いた偏在対策が、全体とすれば増員抑制機能を果たすことになり、医師養成定員減の方向という中、相対的に医師の多い都道府県における地域枠・地元枠の抑制や削減につながる可能性もある。

結局、OECD諸国と比べ絶対数が大幅に不足する実態を棚上げして偏在を強調し、現有人員の枠内でやりくりを付けるツールとして機能し、医師数の総枠を抑制するキャップの役割を果たすのが、この医師偏在指標ではないだろうか。

新たに策定する医師確保計画には、「医師偏在指標を踏まえた医師の確保数の目標(目標医師数)」が設定される<sup>(16)</sup>。設定されるのは必要医師数ではなく目標医師数である。住民の医療ニーズに対応して必要充足を満たし医師の過酷な勤務実態を改善するための必要医師数と、相対的な多寡を基準に医師配置を操作するための目標医師数は全く別物である。我々運動の側としては、今後設定される目標医師数を超えて、必要医師数の明確化とその確保に国が責任を持つことを求めて行く必要があるのではないかと考える。

#### 注

- (1) 「地域医療構想の進め方について」医政地発0207医政局地域医療計画課長通知(2018.02.07)
- (2) 8月3日に日本医労連・地域医療社保対策委員会が行った厚労省要請の際、地域医療構想を

所管する医政局の担当者は、「『地域医療構想調整会議の活性化』がキーワード」「個別病院の病床機能をどうしていくのかを議論していくフェーズに入っている」と述べていた。

- (3) 「骨太方針2007」(2007.06.19閣議決定)に公立病院改革が明記され、「公立病院改革懇談会」のとりまとめに従い総務省より「公立病院改革ガイドライン」が発出された(2007.12.24)
- (4) 2008年6月、福田政権の「社会保障国民会議・中間報告」は、「救急医療体制の弱体化、産科・小児科を中心とする医師不足、地域医療の崩壊、介護分野における恒常的人材確保難など、生活を支える医療や介護サービスの基盤が劣化し、『医療崩壊』という言葉さえ使われるようになった」との認識を示し「社会保障の機能強化のための改革」を打ち出した。
- (5) 総務省は、2009年度の地方交付税による措置を2008年度の2930億円から約700億円増額。不採算地区、産科・小児科・救急医療、医師確保対策等を拡充、自治体病院への一般会計繰入金が増加した。

【参考】社会保障研究 2017,Vol.1, No.4「最近の公立病院政策の変遷と新旧公立病院改革ガイドライン」伊関友伸

<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/sh20264007.pdf>(2018/6/26閲覧)

- (6) 「旧改革プランの取り組み状況」新公立病院改革ガイドライン資料  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_content/000382135.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_content/000382135.pdf)(2018/6/26閲覧)
- (7) 再編・ネットワーク化の影響(新ガイドライン・資料5より)  
病床数：プラン前42,024 ⇒ プラン後34,973 ▲7,051(▲16.8%)  
無床化：30施設(18.5%) 続廃合・閉院：25施設(15.4%)
- (8) 「公立病院改革の経済・財政効果について—「地方公営企業年鑑」による個票データを用いた分析—」内閣府政策統括官(経済財政分析担当) / 2016.08 <http://www5.cao.go.jp/keizai3/2016/08seisakukadai10-0.pdf> (2018/6/26

- 閲覧)
- (9) 「医療計画の見直し等に関する意見のとりまとめ」医療計画の見直しなどに関する検討会(2016.12.26) <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000146953.pdf>(2018/6/26閲覧)
- (10) 財務省は、我が国の医療提供体制の現状について「医療機能の分布の観点からは、急性期を念頭に高い診療報酬点数(15,910円/日)となっている「7対1入院基本料」を算定する病床が過剰な状況になっており、医療機能の分化・転換が課題」(財政制度分科会(平成26年10月8日開催)資料)としてきた。
- (11) 第13回地域医療構想WG/2018.5.16資料 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000205337.html>(2018/6/26閲覧)  
第15回地域医療構想WG/2018.7.20資料 [https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_00389.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00389.html)(2018/6/26閲覧)
- (12) 医政地発0622第2号平成30年6月22日厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「地域医療構想調整会議の活性化に向けた方策について」 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000335433.pdf>(2018/6/26閲覧)
- (13) 医療従事者の需給に関する検討会第19回医師需給分科会(平成30年4月12日)資料1
- (14) 日医総研ワーキングペーパー No.415「医療関連データの国際比較—OECD Health Statistics 2018 を中心に一」(2018年9月10日) 前田由美子 <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP415.pdf>(2018/10/9閲覧)
- (15) 2016年1月、新潟市民病院(新潟市中央区)の女性研修医(当時37歳)の自殺が「過労が原因」と労災認定された。電子カルテの操作記録から月平均時間外労働(残業)時間は厚生労働省が「過労死ライン」と位置付ける80時間の2倍を超える約187時間、最も多い月では251時間に達していた。  
【参考】毎日新聞2017年6月1日 07時00分(最終更新 6月1日 12時40分) <https://mainichi.jp/articles/20170601/k00/00m/040/187000c>(2018/10/9閲覧)
- また、直近5年の医師の労災請求件数は、脳・心臓疾患によるものが2017年2件、2016年6件、2015年5件、2014年6件、2013年2件で、うち、死亡事例は2016年3件、2015年3件、2014年2件、2013年1件とほぼ毎年発生。精神障害による自殺・自殺未遂によるものも2017年2件、2016年5件、2015年1件、2014年1件と毎年のように起こっている。
- 【参考】「医師に関する過労死等の労災補償状況(平成30年7月)」第1回上手な医療のかかり方を広めるための懇談会参考資料1 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000362737.pdf>(2018/10/9閲覧)
- (16) 「医師偏在指標を活用した医師偏在対策」医療従事者の需給に関する検討会第22回医師需給分科会(平成30年9月28日)資料2-1(本文[図3]出典と同じ)

特集② 日本の医療制度改革を考える—地域医療構想と国保都道府県単位化をめぐる事例報告

## 地域医療構想の現状と問題点 —主に愛知県の状況を見る中で

Current Status and Problems of Regional Medical Vision of Aichi

西村 秀 一(愛知県社会保障推進協議会副議長)

Hidekazu NISHIMURA (Aichi Council for Promotion of Social Security. Sub chairman)

要約：2018年度から、2025年を目標とする地域医療構想(「必要病床数」の確保)を包含した、第7次地域保健医療計画(「基準病床」の設定)がスタートした。ここでは「既存病床」に対して、「基準病床」と「必要病床」が存在。愛知県では病床の総数で見れば、「既存病床」に対して「基準病床」は8,758床過剰であるが、「必要病床」は1,237床不足となった。この矛盾は病院病床の利用率が低下し「空床」が蔓延していることから発生、原因はこの間の医療費抑制策と医師不足にあり、また政策誘導的に病床削減が行われていることを明らかにした。

### はじめに

都道府県地域医療構想とは、2014年成立の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(以下「医療介護総合法」)は、都道府県地域医療構想(以下「医療構想」)策定を義務付け、全都道府県で2017年3月までに策定が完了した。

これは病院病床の医療機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに分け、医療機能ごとの病床を構想区域(=医療圏、以下「医療圏」)ごとに、2025年における需要を見込み、「あるべき姿」を構想し「必要病床」数策定、その確保を目指すものである。各医療機関から医療機能別病床の現在の実態と2025年の見込みを都道府県に報告させ、「医療圏」ごとに調整の場で、「必要病床」数の確保(転用・縮小などを含む)を行うこととしている。

また都道府県地域保健医療計画とは、1985年の医療法改定で都道府県地域保健医療計画(5年間、以下「医療計画」)策定を義務付けたもので、2017年で第6次「医療計画」が終了した。これは医療圏ごとに「基準病床」数を設定し、「既存病床」が「基準病床」を超える場合、病床を増やすことができないとする計画である。

第7次「医療計画」からは、介護保険事業(支援)計画(3年間)とサイクルを合わせるため、計画期間を6年間とした。そして今年2018年から2023年までの、新たな6年間の第7次「医療計画」が出発した。都道府県内のそれぞれの「医療圏」で、「いつでも、どこでも適切な医療を受けることができるよう保健医療施設の基盤整備や体制づくりを進める」とし、限りある医療資源が機能発揮できるよう「連携体制の確立」を課題としている。

(受理日：2018年10月9日)

ここでは「医療構想」(～2024)を組み込んで作成していて、従って「基準病床」と「必要病床」が併存している。「基準病床」も「必要病床」も、医療圏ごとの上限を設定する病床の規制、医療提供体制の総量に上限を設ける「総量規制」、医療費抑制策である。

愛知県第7次「医療計画」は2018年3月地域医療審議会で決定されたが、ここでは地域医療構想策定の背景と狙いを見る中で、新たなスタートとして展開される、主に愛知県での「医療構想」を組み込んだ「医療計画」を探り、地域医療構想の現状と問題点を考えたい。

## 1. 地域医療構想策定の背景と狙い

### (1) 大括りの流れは「社会保障・税一体改革」が出発

2012年民主・自民・公明3党は、消費税10%への引き上げとともに、「持続可能な社会保障制度の構築」を名目に、「社会保障制度改革」を進めることに合意し、「社会保障・税一体改革法」「社会保障制度改革推進法」を成立させた。

これに従って、「団塊の世代」全員が後期高齢者の仲間入りする2025年に向けて、「持続可能な社会保障制度」を構築するためにと、2014年「医療介護総合法」を成立させた。これは高齢者が病気で介護が必要となることに対して効率的に対応するため、「医療」から「介護」へ、「病院」「施設」から「地域」への流れを、地域医療構想を策定した受け皿としては地域包括システムの構築によって「システム化」を行おうとするものであった。

また2015年には「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律」(「医療保険制度改革関連法」)を成立させ、器としての医療保険制度の改革を進めた。その最大のものは、2018年実施の国民健

康保険制度の都道府県単位化であった。

こうして医療・介護にとっては、「第7次医療計画」「第7期介護保険事業(支援)計画」、国民健康保険の都道府県単位化に加え、第3期医療費適正化対策(6年計画)もスタートのとしとなり、それぞれが都道府県のガバナンス強化されるものとなる節目の年となった。ここではその「第7次医療計画」とその大きな柱である地域医療構想について考察するものである。

### (2) 病院病床の機能分化により、病床および入院日数削減を一層促進

2012年3月厚生労働省は、「社会保障に係る費用の将来推計」の見直しを行い、2025年度には医療費は54兆円、介護費は19.8兆円、合計で73.8兆円になると推計した。この時期に地域医療構想の土台となる、高度急性期、一般急性期、亜急性期等、長期療養などの表現で、病院病床の医療機能の細分化の具体化が議論された。

2013年8月田村厚労大臣は記者会見で、「5兆円規模の医療費・介護費の抑制策できる」と、糖尿病の増加抑制で1兆9千億円、後発医薬品使用促進で約1兆円など、具体的数値を示しながら説明、その推進のため省内に9月に「健康づくり推進本部」を設置した(メディファックス2013年9月2日付)。

この会見での5兆円の目標額について、田村厚労大臣は「分かりやすくいたんな定量的目標として掲げた」とし、現在のところ示した削減額を何らかの政策に転用する意図はないとしたが、大括りの目標は医療・介護費で70兆円を超える推計を、70兆円以下に抑え込む方策を探っており、その1つとして地域医療構想が考えられてきたものと推察できる。

### (3) 全都道府県の地域医療構想は、入院ベッド 15.6万床削減の計画

「医療構想」は2017年3月までに、全国の都道府県で策定が完了したが、病院病床は2013年時点の約135万床から2025年時点では15万6千床(11.6%)削減する計画となった。首都圏などを除く41道府県でベッド数が減り、8県では削減率が3割を超えている

削減率が3割を超えたのは、鹿児島県の34.9%を筆頭に熊本、富山、宮崎、佐賀、徳島、山口、高知の8県。2割台は19県、削減数が1万床以上は熊本、鹿児島、北海道の3道。もともと医療資源が少なくて通院しづらいなど、地方の実態を置き去りにし、人口減少見込みなどで現行のベッド数が“過剰”になる結果となっている。

## 2. 第7次「医療計画」に見る、愛知県の状況

### (1) 許可病床と既存病床で2,439床の乖離、必要病床総数は1,273床不足

2016年10月の愛知県「医療構想」では、病床機能報告を受けた病院の許可病床数(2015年10月現在)は58,975床で、2025年の必要病床数57,773床との差は1,202床過剰とされていた。しかし2018年3月の第7次「医療計画」で既存病床数(2017年9月末現在)は56,536床とされ、必要病床数には第7次「医療計画」出発時点で既に1,273床不足している。許可病床と既存病床との乖離は2,439床あり、病院病床の利用率(稼働率)の低下など実質的な病床削減が、急速に進んでいると推測される(資料は別表)。その要因を考えてみたい。

第1に平均在院(入院)日数の短縮が病床の利用率を低下させているものと思われる。2008

(別表) 県医療構想・計画における既存病床数・基準病床数・必要病床数の比較

(第7期愛知県地域保険医療計画から作成)

構想区域	許可病床数	既存病床数 (A)	基準病床数		医療構想による必要病床(2025年)			
			病床数(B)	A - B	病床数(C)	A - C = D	D ÷ A	B - C
名古屋・尾張中部	22,522	20,976	17,911	3,065	22,039	- 1,063	- 0.5%	- 4.128
海部	2,082	1,953	1,531	422	1,981	- 28	- 1.5%	- 450
尾張東部	4,701	4,438	4,141	297	5,268	- 830	- 18.7%	- 1.127
尾張西部	3,795	3,683	3,357	326	3,922	- 239	- 6.5%	- 565
尾張北部	5,394	5,148	4,725	426	5,385	- 237	- 4.6%	- 660
知多半島	3,368	3,266	3,147	119	3,310	- 44	- 1.3%	- 163
西三河北部	2,665	2,803	2,252	551	3,064	- 261	- 9.3%	- 812
西三河南部東	2,448	2,663	2,083	580	2,325	338	12.6%	242
西三河南部西	4,877	4,688	4,263	425	4,998	- 310	2.5%	- 735
東三河北部	518	450	229	221	267	183	- 40.7%	- 38
東三河南部	6,605	6,468	4,139	2,329	5,214	1,254	- 19.4%	- 1,075
愛知県計	58,975	56,536	47,778	8,758	57,773	- 1,237	- 2.2%	- 9,995

許可病床数は、一般病床および療養病床、2015年10月1日現在。

既存病床数は、一般病床および療養病床、2017年9月末現在。基準病床は2018年3月告示のもの。

年から導入された愛知県医療費適正化計画によれば、2008年から2016年までに愛知の一般病院の平均在院日数は、36.9日から23.3日に短縮されている。第一期計画(2008～2012)で見ると入院の平均在院日数が26.9日から25.1日に目標を大幅に超えて短縮された。第二期(2013～2017)の2016年までの進捗状況では、目標の24.6日を大幅に上回る23.3日に短縮され、2018年を出発とする第三期計画からは入院日数短縮の目標はなくなった。

入院日数の短縮は医療技術の進歩や、入院日数が長くなると診療報酬が低くなる「操作」など、要因はいくつかあると考えられるが、入院日数の短縮は常態として空床が生まれることになり、第7期「医療計画」では一般病院の病床利用率は、愛知県では2017年は74.7%となっている。4人部屋ならいつも1床は空いている状態と言える。

第2は医師・看護師不足により、入院患者の受け入れ制限を余儀なくされている要因も大きい。愛知県健康福祉部の「県内病院における医師不足の影響に関する調査結果について(2017年10月)」によれば、医師不足により診療制限をしている病院は65病院(全病院の20.1%)ある。特に影響の大きい制限を行っている病院は37に上り、診療科全面休止12病院、入院診療の休止15、分娩対応の休止4、時間外救急患者受け入れ制限21となっている(重複回答)。

また2018年に入って国立医療機構の病院では、相次いで病棟の休棟が行われている。国立医療機構の病院には、届出病床以外に「運営病床(予算病床)」があり、届出病床は減らさないが「運営病床」を減らしている。これは分母を小さくして実質利用率を上げる方法で、2018年3月から豊橋国立医療センター1病棟50床休棟(届出388床、運営338床)、東名古屋国立医

療センター1病棟50床休棟とした。さらに7月から名古屋医療センター1病棟78床休棟(院内改修のため)、9月から国立長寿医療センター1病棟20床休棟とする。

総務省の統計調査(2017)によれば、愛知県は医療施設に従事する医師数は全国の都道府県順位で人口対比第38位、看護師・准看護師数は42位と相対的に少なく、医師・看護師不足が解消されないと、病床休止・削減に向かわざるを得ない状況にある。3年以上に亘って低い利用率の病院に、許可病床の縮小(変換)を求める指導も行われているという。

第3に病院改築時に、県の助成金などを受けた場合、既存病床が基準病床を上回っている医療圏場合、病院の許可病床数を10%削減することが要請されることによる病床の削減がある。市立病院は協力が要請されるが、好適病院は実質的に強制される。例えば移設新築を計画している半田市立半田病院は499床を400床に縮小予定、順次建て替えを進めた藤田保健衛生大学病院は1500床を1435床に縮小した(何れも西村の関係者からの聞き取りによる)。

「医療構想」は、各医療機関から医療機能別病床の現在の実態と2025年の見込みを県にすでに報告しており、現在医療圏ごとの地域医療構想推進委員会を調整の場として、4機能別の必要病床数に近づけようとするものである。前述した動きの中で今後強制ではないが自主的な形で、許可病床の削減・返還も進むものと考えられる。

## (2) 新しい基準病床数は8,758床過剰、必要病床数とは9,995床の乖離

第7次「医療計画」の基準病床数の算定は、高齢者人口増加に伴う医療需要大幅増が見込まれる地域では、既存病床数が基準病床数を上回

る地域(病床過剰地域)であっても、特例的に病床の追加整備を認めるとした。一方、検討に際して病床の機能区分ごとの医療需要、高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移、疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流入、交通機関の整備状況などの地域事情など「抑制的要因」を考慮するものとしている。

また第7次「医療計画」では、5疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)・5事業(救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療)、在宅医療の提供体制に関する計画も、総合的に記述したものとなっている。

しかし第7次「医療計画」には、2025年までの「医療構想」実現の具体的施策を盛り込むものとしていたが、「基準病床」を「必要病床」に置き換えるものにならず、ダブルスタンダードとなった。また「医療構想」は総論で「地域医療構想の推進」に置かれただけになっている。

第7次「医療計画」で示された基準病床は、県全体47,778床とされ、第6次の52,796床から5,018床減少している。また既存病床数は56,536床で第7次「医療計画」での過剰病床数は8,758床となり、第6次「医療計画」の過剰病床数6,179床からは、過剰病床数が2,579床増得た。従って11医療圏全てが病床過剰地域となった(資料は別表)。

個別の医療圏でみると、名古屋・尾張中部医療圏は過剰病床数4,624床から3,065床に1,559床減少、東三河南部医療圏は過剰病床数321床が2,329に2,008床増加した。229床不足の西三河北部医療圏は229床不足であったが551床過剰に、西三河南部東医療圏は502床不足であったが580床過剰になった。必要病床数と基準病床数の乖離は、第6次「医療計画」の4,997床が第7次「医療計画」では9,995床に拡大して

いる。「医療構想」に近づけるとされていたにもかかわらず拡大したこの矛盾は、今後どのように処理されるであろうか。

必要病床数と既存病床数を医療圏ごとに見た場合、4機能合計数で必要病床数が過剰となる医療圏は、西三河南部東、東三河北部、東三河南部の3医療圏のみ、他の8医療圏は全て不足する。ここでも東三河南部は1,254床、東三河北部は183床過剰で、東三河地域の医療がどうなるのかが、愛知県での一番の問題であろう。

基準病床は医療圏ごとの病床数の上限を決め、過剰地域では基準病床に削減する方法は持たないが、新たに病院建設や増床できないと言う強制力を持つ。地域医療構想は、4つの病床機能ごとに医療圏ごとの病床数を決め、医療圏ごとの連携によって目標に近づけていく、能動性を持ったもの。ダブルスタンダードによって、同じ医療圏の病床上限数が違い、基準病床数では過剰であるのに必要病床数では不足している医療圏があることが問題である。まずは必要病床数の病床不足医療圏の解消を優先させるべきと考える。

### (3) 病床数抑制では「医療計画」より穏やかに見える「医療構想」の問題

病床総数ではすでに不足していて緩やかに見える「医療構想」の最大の問題は、高度急性期や急性期を大幅に減らすことによって、手厚い看護体制の縮小と入院日数の一層の短縮によって、医療費の抑制を進めようとする構想ということである。愛知県では、高度急性期13,168床を6,261床(48%)削減し6,907床に、急性期25,719床を5,106床(20%)削減し20,613床にする。慢性期も13,934床を3,161床(23%)削減し10,773床にする一方、回復期は6,154床を13,326床(217%)増やし19,480床にする構想である。

厚生労働省の示す各機能の入院日数の基準は、高度急性期は15～16日、急性期は9日程度、回復期は60日程度、慢性期は135日程度としており、入院日数の短縮によって医療費抑制を図ろうとするもの。合わせて機能別の看護師配置を、7対1は高度急性期、急性期は10対1または13対1、回復期は13対1または15対1に絞り込み、7対1の手厚い看護を減らして医療費を抑制しようとするものである。

前述しているが政府は、2025年を見据えた持続可能な医療・介護システムを構築するために、2018年度からの医療・介護のあらたな計画を、相互に連携をとるものとしてスタートさせ、「医療から介護へ、病院・施設から地域・在宅へ」の流れを促進さようとしている。その受け皿として「地域包括ケアシステム」の構築とし在宅を基礎と強いるが、行き場のない高齢者が地域に放り出され、新たな社会問題が生じないことを切に願うものである。

### 3. 愛知の状況から見えた、全国的に発信したい3つの問題

#### (1) 都道府県の「医療計画」に見る、既存病床数と基準病床数と必要病床数

第7次「医療計画」が全国の都道府県で告示された段階で、全国で従来からの「医療計画」の基準であった既存病床と基準病床、新たに「医療計画」に包括されたという「地域医療構想」の必要病床との関係が問題となってくる。その関係は6つのパターンとなるが、以下にそれぞれのパターンと予測される方向をみておきたい。

①既存病床数>基準病床数>必要病床数となるもの(12県)、新規病床は認められず、必要病床4区分への整備(病床削減)が、強力に進められると推察される。

②既存病床数>必要病床数>基準病床数となるもの(24道県)、新規病床は認められず、必要病床4区分への整備(病床削減)が、強力に進められると推察される。

③基準病床数>既存病床数>必要病床数(1県<兵庫県)、増床は認可されるが、必要病床の達成はほとんど「回復期」の病床と推察される。

④基準病床数>必要病床数>既存病床数(1県、宮城県)、制度的には基準病床数まで増床できるが、必要病床数が限度と推察される。

⑤必要病床数>既存病床数>基準病床数(8都府県、千葉、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、福岡、沖縄)、制度的には新たな増床はできないが、必要病床には不足が生じる。その矛盾をどうするかが問題点。

⑥必要病床数>基準病床数>既存病床数(1県、埼玉県)、制度的には基準病床まで増床できるが、必要病床には不足が生じる。その矛盾をどうするかが問題点。

以上都道府県の相対で括ったが、2次医療圏単位の考察と問題点の検討が必要である。またこのパターンは2次医療圏でも生じることであり、そのレベルでもここで記した推測と問題点が当てはまるものであろう(2018年6月の日本医労連「医療研究全国集会」で、全医労東海北陸地方協議会の長尾実氏の報告を参照とした)。

#### (2) 「社会保障給付費の将来見通し」に見る、「医療・介護費用」抑制の「成果」

私は「医療介護綜合法」に基づく「地域医療構想」について、本稿1(2)でも述べているが、2025年度には医療費は54兆円、介護費は19.8兆円、合計で73.8兆円になり、これを「5兆円規模の医療費・介護費の抑制策」で、70兆円以下とする政策的柱として見た。

2018年3月に改めて2041年までの「社会保障給付費の将来推計」が、財務省審議会資料として示された。ここでは2016年度を出発として、2025年の中間点の見通しも記しているが、2025年の推計を医療費は47兆円、介護費

は16.7兆円、合計63.7兆円としている。これを見ると医療費は54兆円が47兆円と7兆円、介護費は19.8兆円が16.7兆円と3.1兆円、合計10.1兆円も少ない額の見通しとなっている。

2025年度の社会保障給付費見通し(2012年3月と2018年3月の対比)

	2012年3月の推計①	2018年3月の推計②	①-②
医療	54.0兆円	47.0兆円	7.0兆円
介護	19.8兆円	16.7兆円	3.1兆円
合計	73.8兆円	63.7兆円	10.1兆円

2012年に再登場した安倍内閣は、経済財政諮問会議復活と同時に、社会保障費自然増抑制目標を復活し、毎年3,000億円から5,000億円と小泉内閣の毎年2200億円の2倍以上を抑制してきた。国民と患者・利用者負担増に加えて、入院日数短縮など提供体制への巧みな抑制策が、5年間で目標5兆円の2倍の10.1兆円もの、「成果」をあげていると言っても過言ではない。

### (3) 日本の医師数はまだまだ足りない

2008年度以降7,000人台で推移してきた医学部の定員数が、臨時定員増などの措置によって2013年度には9,000人台を超えて推移している。定員増となって入学した学生が、5年間の臨床研修を終え地域に出始めている時代となっているが、同時に将来的に医師不足は解決しこれからは偏在が問題だとする流れが強くなっている。

今日病院勤務医師の過重労働が問題となっているが、日本の医師数は人口千人当たり2.40人(2014年)で、OECD加盟国で比べると35カ国中30番目。愛知の状況の中で、病床の利用率が低い要因の1つに「医師不足」があることは見てきた。医師の適正な配置について検討を否

定するものではないが、今日なお全国的に医師の絶対数が不足している点を、抑えておきたい。

## 4. 地域の病院どうなるかを調べ、医療・介護を合わせた対応を

愛知県の医療供給体制は総じて低い。4機能に分けた「必要病床」は、全体として患者さんの入院日数を短縮し、医療費抑制につながるものではあるが、病床総数では11医療圏のうち8医療圏では不足地域となっている。まずそのことを前提として病床数の不足している医療圏での充足を進めることが大切と考える。

愛知県社会保障推進協議会と県医療福祉計画課との懇談では、地域医療構想については強制的に進められるものではなく、各構想区域地域医療構想調整ワーキンググループで相談しながら進めるものとしている。

地域住民の医療に対する要求に基づき、医療担当者と住民が一緒に地域医療を守る運動につなげるのが大切である。そのためには地域の病院の計画をつかみ、病院関係者と地域住民との間で病院の実情などを知ることが含め懇談の場を持ち、連携を強めることが大切である。

また医療と介護は直結しているものであり、

介護要求も含め地域から住民要求に根差した運動に合わせて取り組むことが、真に民主的な地域包括ケアシステム構築に向かう上でも重要なことと考える。

出所 第7期愛知県地域保健医療計画、愛知県  
地域医療構想  
愛知県医療費適正化計画(2期・3期)  
県内病院における医師不足の影響に関する調査結果(第11回目)

# 社会保障抑制政策下における在宅介護者支援制度の 形成に対する視座 —フィンランドの親族介護支援制度の動向を参考に—

Perspectives on Construction of Informal Care Support under  
Restrictive Policy of Care Security: Referring to Support for  
Informal Care Funded by the Municipality in Finland

井口 克郎(神戸大学)・森山 治(金沢大学)  
Katsuro INOKUCHI, Osamu MORIYAMA

**要約：**日本では今日、家族介護を求める政策潮流が強まってきているが、在宅介護者への支援政策はしばしば、公的サービス抑制の受け皿という消極的側面と、在宅介護者の選択の自由への寄与等とみなす積極的側面から評価を二分する。本稿では、日本における在宅介護者の疲弊を改善するためのあるべき政策の方向性を見定めるため、フィンランドの親族介護支援制度とその政策背景・動向について検討し、最低限必要な視座について提起する。

**キーワード：**在宅介護者、フィンランド、親族介護支援  
family caregivers , Finland, support for informal care

## はじめに

日本では今日、国の進める地域包括ケアシステム構想や「ニッポン一億総活躍プラン」(2016年)に見るように、介護政策の場面で「自助」「互助」や家族等の在宅介護者による介護を求める潮流が強まってきている。そのような中、在宅介護者への支援やサポートの必要性が様々なところで提起されている。しかし、共稼ぎ世帯の増加や雇用の不安定化、在宅介護者の高齢化等の進行の中で、家族における介護基盤はこの間脆弱化しており、在宅介護者の健康悪化や疲弊が生じている。

在宅介護者による家族・親族介護、およびそれへのサポートといった事項は、しばしば、評価を二分する。たとえば、今日のように、国の社会保障費抑制政策の中で、公的介護サービス抑制の受け皿として「自助」「互助」を求めるといった文脈からすれば、在宅介護者による家族・親族介護が増加したり、そこにおいて健康悪化や疲弊がもたらされたりしている状況は、社会保障制度の後退として評価することが可能である。

他方、要介護者とその介護者双方の本当の自己決定の下で、在宅での家族介護を望む人々が

(受理日：2018年11月12日)

仮に存在するとするならば、それをサポートし、彼らの選択肢の拡充する制度の構築は一定の積極的評価ができて得る。

このように、在宅介護者への支援制度のあり方をめぐっては、多様な評価がされうる。本稿では、このような複雑な問題を巡って、海外の介護保障政策においてどのような動向が見られるか、フィンランドの親族介護支援制度の動向とその政策背景を検討する。フィンランドでは、1993年に親族介護支援制度が示され、2005年に親族介護支援法が制定(2006年に施行)された。親族介護支援制度は、在宅における要介護者を介護する家族や親族等の者(本稿では以下、「親族介護者」もしくは「在宅介護者」と表記)と自治体が親族介護契約を交わす枠組みを示したものであり、親族介護者に介護報酬を支払うユニークな制度として知られるようになってきている<sup>(1)</sup>。

本稿では、このような制度がフィンランドでつくられた背景とその後の動向について検討し、その示唆を踏まえて現在の日本の家族介護回帰政策の問題点を明らかにする。そして、今後の日本の介護保障政策及び在宅介護者支援政策の方向性を検討するにあたっての最低限必要な視座を提起する。

## 1 日本における介護人材政策の動向と在宅介護者

### (1) 社会保障制度改革推進法と介護保障制度後退

2000年の介護保険制度の導入にあたり、国はその建前として「介護の社会化」、競争によるサービスの質の向上、サービス選択の自由等を掲げていた。「介護の社会化」については、当時から家族介護による在宅介護者の疲弊があり、それを社会サービスによって軽減しようと

いう発想自体は肯定的に評価しうるであろう。ただ、介護保険制度導入の裏には、様々な国の政治的思惑も重ねられていた。新自由主義「構造改革」下における公的医療保険制度の財政抑制、措置制度(税方式)解体による国家責任や財政の抑制、介護の営利化による営利企業の参入促進等である。

介護保険制度の発足以来、要介護認定者数自体は制度発足直後に大幅に増加したが、その後、度重なる介護報酬および制度改定の中で実際に進められていったのは様々な給付抑制施策であった<sup>(2)</sup>。

2012年8月に、民主・自民・公明3党協議の下で社会保障制度改革推進法が成立した。同法は社会保障制度改革にあたっての基本的方向性として、「家族相互及び国民相互の助け合い」を重視し、他方社会保障制度については「サービスの範囲の適正化」「効率化及び重点化」によって給付範囲を限定することを意図するものであり、国の生活保障の責任や役割を家族及び近隣における「自助」「互助」に転嫁する内容であった。同法に基づき、介護分野でもいっそうの給付抑制や制度後退がその後進行することとなった。

たとえば、2015年には、特別養護老人ホームの入居規制が強化され、基本的に要介護3未満の者の入居が制限された。また、一定の所得のある利用者の自己負担が2割に引き上げられた。さらに、介護予防給付の一部(訪問介護・通所介護)を市町村による「総合事業」に移行し、ボランティアなど安価な担い手の使用を可能とするサービスへの切り替えが進められている。

また、2018年の介護保険制度改定では、一定の所得のある利用者について、同年8月から自己負担を3割に引き上げるなど、制度利用抑制がさらに推進されている。

このように、介護保険制度全体のサービスの抑制や対象の限定が進められる中で、そこから排除される要介護者の介護の受け皿としての役割を求められているのが、家族介護における在宅介護者や、ボランティア等である。国がこの間進めている家族介護誘導施策の概要は以下である<sup>(3)</sup>。

国は2015年6月の「経済財政運営と改革の基本方針2015～経済再生なくして財政健全化なし～」において、持続的な経済成長を追求するための方策の一つとして、「女性活躍、教育再生をはじめとする多様な人材力の発揮」を掲げた。同時に、家族介護によって働く人々が離職しキャリアが断絶される「介護離職」を問題視し、その防止を一つの目標に掲げた[首相官邸, 2015]。その後、同年2015年9月に発表された経済政策「アベノミクス」における「新・3本の矢」においても、「第1の矢」として経済成長の目標を、「第3の矢」として「安心につながる社会保障」を提示し、そこで「介護離職ゼロ」社会の実現を掲げた。これらは、経済成長追求のために、経済等各分野での人々(従来専業主婦等として非労働力状態にあった女性等を含む)の就業の維持・拡大を提起すると同時に、そのような「就業者」に対して家族介護の役割も求めていることが特徴である。

この方針は、その後2016年6月に閣議決定された「ニッポン一億総活躍プラン」の中で具体化された。同プランでは、介護人材確保策として在宅介護者等を大きく位置づけ、「介護離職ゼロ」や「仕事と介護の両立」について、一定の方向性を打ち出した[一億総活躍会議, 2016]。

同プランは、在宅介護者への相談・支援体制を強化し、また介護休業・介護休暇の取得しやすい職場環境の整備や、「働き方の改革」を推

進ずるとして、長時間労働の是正を掲げた。「総労働時間」を抑制するため、時間外労働を労使で定める「36(サブプロク)協定」において、健康確保において望ましくない長時間労働(月80時間の時間外労働)を設定した事業者などへの指導強化を行うとした。

しかし、その後の政策動向を考察すると、その内実は最大月100時間まで残業を認めるなど、極めて低劣な水準にとどまっている。また、在宅介護者への支援は「相談・支援体制を強化」というものであるが、実際の介護保険制度改革は、むしろ要介護者の介護サービス利用ハードルを上げる施策が目白押しであり、在宅介護者の状況を改善できるものではない。

このような流れは、社会保障費を抑制する中で、市民に賃労働者としての役割(企業等における生産への貢献・経済成長への寄与)や在宅介護者の役割双方をよりいっそう求める「仕事と介護の両立」であり、在宅介護者や要介護者にとって相当に過酷なものであると言える。

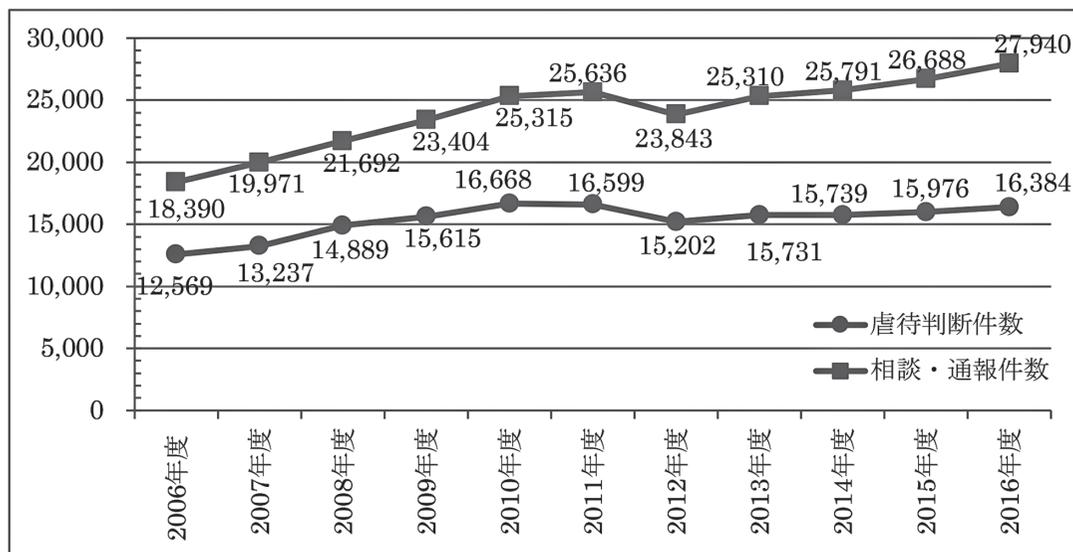
## (2) 日本の在宅介護者に関する政策の課題

近年、在宅介護者の疲弊や健康状態について、一定の現状把握研究が行われている。例えば、[井口, 2014][井口, 2017a]は、2012年に実施した地方都市における要介護者や在宅介護者の生活及び健康状態等に関する量的調査について分析しているが、その中でも公的介護サービスの絶対的供給不足から、家族等が家庭内で介護を抱え込んでいる状況が確認でき、かつ、家庭内で介護を行っている者の健康状態が、それ以外の介護に携わっていない者よりも悪化が進んでいる傾向が強いことを明らかにしている。

このような状況の下でもたらされる在宅介護者の精神的、身体的健康状態の悪化は、在宅介

図表1 養護者による高齢者虐待の相談通報件数及び虐待判断件数の推移

(件)



(出所)厚生労働省「平成28年度『高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」より作成。

養護者自身の「健康権」侵害の問題であることはさることながら、一般的にその在宅介護者から介護を受ける要介護者の生存や健康権に対しても深刻な問題を引き起こすことにつながる可能性がある<sup>(4)</sup>。

典型的なのは、在宅介護者による要介護者への虐待、殺人等の問題である。図表1は、厚生労働省「平成28年度『高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」における養護者(家庭等で高齢者を養護する家族等)による高齢者虐待の通報・相談件数および虐待判断件数の推移である。

2000年代の中葉から在宅で介護をする養護者による高齢者虐待問題が社会的に脚光を浴びたが、相談・通報件数、虐待判断件数ともに増加してきている。先述の調査を行った2012年以降も増加傾向にあり、その後も一向に改善される気配はない。依然として在宅介護者を取り

巻く介護環境や健康状態悪化・疲弊は深刻化していると考えられる。

介護にあたっては、ある人がその人の親密なパートナー等の介護をする権利、「ケアする権利」を実現するべきだという議論がある[Daly, 2001]。ただし、そのような議論が重視しているのは、家族で介護せざるを得ない人々の中には日々の過酷な介護・生活環境の中で疲弊していくケースが相当に存在することから、「ケアしない権利」を同時に実現することが大前提だということである。すなわち専門職による公的サービスを充実するなど、在宅介護者や要介護者の生活や介護に関する選択権を保障することが不可欠だということである。

## 2 フィンランドの親族介護支援制度の背景と概要

日本では近年、経済成長を達成するために政策的に「仕事と介護の両立」や「女性活躍」が

国民には求められているものの、実際には要介護者の介護保険サービスの利用ハードルは年々引き上げられるという矛盾した政策が行われている。そのような中で、在宅介護者は「介護者」の役割と経済成長に貢献する「就業者」の役割をとともに求められ、また「老老介護」などに象徴されるように介護を行うのに適切ではないと考えられる疲弊した高齢者の人々までもが、在宅介護のみに手として使用されている。その意味では、日本の介護政策は、要介護者・在宅介護者双方の健康や生活を保障できない貧困なものになりつつある。

このような日本の状況の改善への示唆を得るため、本稿ではフィンランドの親族介護支援制度の動向について考察する。フィンランドにおける同制度は近年少しずつ日本でも注目されるようになってきている。日本で同政策について詳しく紹介・分析した文献は多くないが、主要文献としては、[笹谷, 2013]などが挙げられる。同書は、フィンランドの高齢者ケアに関する諸施策について、その内容や背景について広範に整理・考察した労作である。

本稿では以下、笹谷らの知見に加え、筆者らが独自に行ったフィンランドにおける現地ヒアリング調査や、フィンランド政府統計等を基にしながら、同氏らの先行研究における知見を一部批判的に検討しつつ、フィンランドの親族介護支援制度の内容・性格と動向およびその日本への示唆について検討する。

## (1) 親族介護支援制度形成の背景

### ①フィンランドにおける高齢者ケア保障制度の確立(1970年代～80年代中葉頃)

まず、フィンランドにおける高齢者ケア保障制度の確立の経過と背景について、若干の整理をしながら概観する<sup>(5)</sup>。

フィンランドにおいて普遍的高齢者ケア保障制度が確立するのは他の北欧諸国に比べ比較的遅く、1980年代中葉頃である<sup>(6)</sup>。

フィンランドにおける高齢者ケアは、古くは救貧法(1922年制定)による主に貧困層の高齢者を対象としたものであった。1956年にこの救貧法が廃止され、福祉扶助法が成立した。これにより、世代間の扶養義務は廃止され、自治体ホームに代わって、次第に老人ホームや療養ホームが設立されるようになった[山田, 2006: 171ページ]。この頃までのケア保障は、すべての高齢者を対象とするというよりかは、対象を貧困層に限定したものであり、ステイグマを伴う貧民ケア的なものであった。

しかしその後、フィンランドでは1960年代～70年代頃、国内の産業構成の変化(1次産業から2・3次産業へのシフト)に伴う都市化、農村部の衰退により、保育や高齢者介護制度の整備が次第に求められるようになった。都市化や工業化の結果、従来の家族や親戚等によるケアの基盤は弱体化し、また女性の労働市場への参加の前提条件として、保育や高齢者介護制度の整備が広く求められるようになった。

従来の福祉扶助法によるケアはこのような変化に対応することができなかつたため、その後1970年代～80年代にかけて、一定のケアに関する普遍的社会保障制度の整備が推進された。

1970年代、家族によるケアに関して、法的に大きな転換が起きた。まず、1970年には、法律から両親や祖父母のケアに関する子供の義務が削除され、子の親等に対する扶養義務は廃止された[笹谷, 2013: 101ページ][山田, 2006: 173ページ]。その後、1977年には、配偶者相互のケアの義務が削除され、自治体にケア保障の義務の移行が進むこととなった[笹谷, 2013: 101ページ]。このことは公的ケア保障

の確立に向けて非常に重要な出来事である。

この流れの下、1980年代に自治体等の公的  
主体によるケアサービス保障の制度化・具体化  
が進められた。1982年に社会サービス法が制  
定された。同法は、すべての市民が自治体から  
ケアに関するフォーマルサービスを受ける権利  
を制度上保障するものである(訪問看護、ホームヘルプ、配食や移動サポート、在宅介護手当  
等)。

また、1984年には、保健福祉国家補助金改  
革(VALTAVA改革)により、自治体の保健福  
祉サービスの開発や提供に関する費用を国が補  
助する仕組みが構築された。高齢者、障害者、  
長期療養者の在宅介護支援(とりわけ在宅介護  
手当の支給)が規定された。

こうして、1970年代には家族による扶養・  
ケア義務が廃止され、80年代の初頭から中葉  
にかけて、それを保障するための自治体による  
普遍的制度構築、それを運営するための費用の  
国による補助制度の整備が行われることによ  
り、一連の公的ケア保障システムの体系が出そ  
うこととなった。

なお、1970年代から80年代にかけてフィン  
ランドでは急速な経済成長がもたらされ、また  
政権を担っていたのは中央党(主な支持基盤は  
農民・農村部)および社会民主党(労働者政党)  
といった中道左派および左派政権であった。こ  
の時期のケア保障制度の確立の流れは、好調な  
経済状況とこれらの政権による寄与が大きかつ  
たと言える。

## ②福祉国家「再編」と親族介護支援制度の確立 —福祉国家の後退と代替策としての家族利 用—

その後、フィンランドを取り巻く状況は大  
きな転換点を迎える。1991年、隣国のソ連の

崩壊により、フィンランドの貿易量は減少し、  
財政悪化や失業率の増大、金融危機等が発生  
した。95年には国家経済の立て直しとして大  
幅な緊縮財政が実施された [ハイキオ, 2003 :  
165 ~ 176ページ]。

このような政治・経済的環境の変化は、1990  
年代以降のケア政策に大きな方針転換をもた  
らした。それは、自治体等による従来の公的サ  
ービスの縮小と、その代替としての家族等による  
インフォーマルケアの増加である [Anttonen,  
2001 : pp.154 ~ 158]。

1993年、親族介護に関する一つの大きな制  
度改革が行われた。それは、社会サービス法の  
改正および「両親介護に関する政令」の制定で  
ある。これは、在宅介護者に関する親族介護支  
援サービスを政令として独立させ、親族介護者  
へ自治体から支払われる親族介護報酬と、独自  
の在宅ケア支援サービス(娯楽や相談)の供給を  
自治体の義務として定めたものである [笹谷,  
2013:104ページ](以下、「親族介護支援制度」)。

その後、2005年には親族介護支援法が制定  
された(2006年施行)。同法は、1993年以來、  
親族介護者に介護報酬を支払う親族介護支援制  
度は徐々に普及してきたが、自治体ごとに水準  
がまちまちであった。同法は、自治体ごとに  
サービスの異なる状況をユニバーサル化したも  
のとして位置付けることができる。

上記の政策動向は以下のように整理できる。  
北欧型福祉国家は、専門職等による公的サー  
ビスの領域でのユニバーサリズムを目指すもの  
であるが、フィンランドでも1970年代~90年頃  
にかけてはそのような方向を目指す制度構築や  
拡充の試みが行われてきた。しかし、91年の  
ソ連崩壊とその影響を受けた国内経済状況の悪  
化を背景として、公的サービスの拡充は抑制、  
縮小方向へと転換され、その代替として取られ

たのが、親族介護というインフォーマルケア領域を形式的に公的サービス領域に取り込み、ユニバーサル化を行うという方法であった<sup>(7)</sup>。

なお、1980年代末以降の時期、フィンランドでは「青－赤」政権、「虹色政権」と評される中央党や社民党といった中道左派、左派政党と、都市部企業経営者層を支持母体とする中道右派の国民連合党などによる連合政権が次第に目立つようになった<sup>(8)</sup>。ソ連崩壊後の大不況下において、それらの政権は厳しい緊縮財政策を敷いていくこととなったが、親族介護支援制度はそのような経済的・政治的潮目の変化の中で形成された産物であると言える。

1990年代の家族・親族等のインフォーマル領域のケアへの注目は、明らかに上記のような福祉国家の動揺における専門職等による公的サービスの後退政策の中で生じた。しかし、当時国民からは福祉国家への期待や要望が多く存在し、その「看板」を降ろすことは許されない情勢であった。このような状況の中で、親族介護支援制度は形成されてきた(その評価の詳細は後述)。

## (2) 親族介護支援制度の仕組み<sup>(9)</sup>

以下、フィンランドの親族介護支援制度について要点を整理しながらその体系を検討していこう。本稿では、親族介護支援制度の自治体現場における運用の実態を明らかにするため、フィンランド・ポルヴォー市高齢者サービス局において、職員と親族介護支援制度利用者へのヒアリング調査を行った。ヒアリングの日時は、2016年5月31日である。以下、ヒアリングの内容と、親族介護支援法、先行研究等を基に、親族介護支援制度の性格について整理・考察する。

### ①制度の目的と理念

第1に、親族介護支援制度の目的と理念である。親族介護支援法第1条は、「この法律は、十分な社会、保健医療のサービスおよび介護の継続性や親族介護者の仕事の支援を確保することによって、被介護者の利益に沿った親族介護の実現を推進することを目的とする。」としている。同条文から明らかなように、同制度では、要介護者の利益にかなった親族介護の実現を目的としており、そのような親族介護を実現するために、親族介護者の在宅介護という「仕事」への行政による支援の確保を行うものである。日本では在宅における家族介護の労働性、「仕事」としての位置づけは曖昧であり、ときに全く評価されないが、フィンランドでは在宅における家族等による介護＝「仕事」と明確に位置づけられている。

同制度における要介護者への介護を行う介護者は、18歳以上の者がなることができる。多くのケースは配偶者であるが、必ずしも家族でなくてもよい。要介護者と普段から付き合いの親密な近所の友人等であっても介護者となることができる(以下、便宜上本稿では「親族介護者」と表記する)。フィンランドでは、日本と異なり要介護者等の親世代と子世代が同じ住居に同居することは少ない。なお、同制度の対象となる要介護者は、高齢者、障がいのある人、長期疾患が含まれる。

### ②親族介護契約 —業務請負契約—

第2に、同制度では、在宅における要介護者等のケアを家族等の親族介護者が行う制度であるが、福祉国家におけるケア保障の責任が曖昧にならないよう、一定の工夫が行われている。それは、親族介護者と自治体の間で親族介護契約が交わされ、そのもとで親族介護者が要介護

者のケアにあたるスタイルをとることである。この親族介護という仕事・業務を行う対価として、親族介護者には自治体から介護報酬が支払われる<sup>(10)</sup>。

親族介護契約には、おおよそ、以下の点が含まれなければならない。①介護報酬額と支払い方法、②休日の権利について、③休日の算段について、④一時(有期)的な契約の場合の契約期間について、⑤親族介護者自身による理由、あるいは被介護者の健康上以外の理由によって介護が中断される場合の介護報酬支払いの規定についてである(第8条)。

飽くまでも親族介護者による在宅介護は、公的サービスの一環として、位置づけられている。そして、そこにおける介護サービスの内容は、要介護者が必要としているニーズを満たし得る内容でなければならない。

なお、この契約上、親族介護者には要介護者に対して適切な介護を行う義務が課される。要介護者が24時間介護が必要であった場合、全時間に渡って要介護者のケアを提供することが求められる<sup>(11)</sup>。親族介護契約において、親族介護者と自治体双方の具体的な責任が明確化される。

このことを経済学的に整理すれば、本来自治体や専門職が提供するべき介護サービスを、親族介護者が自治体から業務を請負って行う「業務請負」の形態と整理することができる。親族介護支援法第10条は、「親族介護者は、契約をおこなった自治体、被介護者、被介護者の保護者と『労働契約法』にもとづく雇用関係にあるものではない。」としている。すなわち親族介護者の地位は、実質的には、「雇用関係」の下におかれた労働者ではなく、要介護者の必要な介護サービスを提供するという業務(仕事の完成)を自治体から請負う、業務請負の形態とし

てみなすことができる。ただし、自治体は親族介護者に対し労働災害保険法に基づく保険を掛けることが義務付けられており、日本における個人請負の就業者に比べ、その点については一定の配慮がなされていると言えよう。

### ③親族介護者による介護サービス提供までの流れ

第3に、親族介護者による介護サービス提供までの流れである。ポルヴォー市では、親族介護支援制度利用の申し込み時に、要介護者の状態に関する医者診断書が必要となる。その後、自治体の担当者などがその家庭調査に入り、要介護者の状態や家庭の環境を実際に見て、どれくらいの支援が必要か、個々の状態に応じて判断をする。

そして、実際に親族介護契約を結ぶ際には、要介護者・被介護者と親族介護者の合意の上で策定された「介護・サービス計画」を添付しなければならない。「介護・サービス計画」には少なくとも以下の内容が明示されていなければならない。それは、①親族介護者の行う介護の量と内容、②被介護者が必要とする社会福祉・保健医療サービスの量と内容、③親族介護を支援する社会サービスの量と内容、④介護者の休日あるいは他の用事(保健医療上の通院その他の外出)で介護ができない場合の代替介護の方法である(第7条)。このように、フィンランドの親族介護は、飽くまで公的サービスの一環として位置付けられているため、そこで提供されるサービスについては「仕事」としての性格が要求される。

加えて、親族介護契約にあたっては、親族介護者の健康にも配慮が行われている。親族介護契約の際には、親族介護者が要介護者の生活上十分な介護をできるかを判断するために、医師

による診断が行われることもある。

なお、要介護者の状態の変化等を把握するために、最低年に1回は契約書内容の再検討の機会が設けられる。

#### ④親族介護報酬

次に、親族介護報酬についてである。親族介護支援制度では、実質的に自治体から親族介護者に対し親族介護報酬が支払われる。親族介護支援法上では、その額は、介護の拘束度と要介護度によって決まり、最低で月額353.62ユーロと規定されている(第5条)。

たとえば、筆者らがヒアリングを行ったボルヴォー市の場合は以下である(図表2)<sup>(12)</sup>。親族介護報酬は要介護者の要介護状況別に設定され

ている。終日24時間介護が必要な「第1段階」の場合、親族介護報酬の月額750ユーロである。この金額は、おおよそフィンランドにおける最低生活保障費額に相当する水準である。

在宅介護の中で、親族介護者がある程度一人の時間を持てるような場合、すなわち「第2段階」の要介護者の場合は、月額460ユーロである。また、ターミナルケアに相当する「第3段階」(特別給付)の場合、月額880ユーロの介護報酬額である。

24時間介護の場合でも、最低生活保障費水準の報酬しか得られないため、この金額自体はフィンランド市民にとってもあまり魅力的ではない。水準の妥当性については議論の余地がある。

図表2 ボルヴォー市の親族介護報酬額

第1段階	(終日24時間介護が必要な場合)・・・月750ユーロ
第2段階	(親族介護者がある程度一人の時間を持てる場合)・・・月460ユーロ
第3段階	(ターミナルケアに相当)(特別給付)・・・月880ユーロ

(出所)2016年5月現在。フィンランド・ボルヴォー市高齢者サービス局ヒアリング(2016年5月31日)より。

#### ⑤親族介護者の介護休暇、および家事支援サービス

介護報酬の水準と合わせて、親族介護者のコンディションを考えるにあたって重要なのが、親族介護者の休暇や余暇、家事に費やせる時間の確保等である。

親族介護支援法では、親族介護者の余暇や良好な状態を維持するために、休日の取得の権利についても規定している。休暇の日数は、法定上、少なくとも月3日である(第3条)。

ポリヴォー市では、親族介護者が休日を取る際は、制度上はその間要介護者をサービスハウ

ス<sup>(13)</sup>でケアするなどの代替措置を取るようにすることが一般的である。

また、親族介護支援制度では、家事支援サービスに関する給付がある。親族介護者は介護をしている間、買い物や掃除などの家事に時間が割けない。その際は家事代行業者にそれを代行してもらう仕組みとなっている。親族介護支援制度下における親族介護者による介護サービスは、自治体との契約に基づく「仕事」であり、このように家事労働とは一定の分離がなされている。

### ⑥要介護者のケア保障と親族介護者の健康への配慮

最後に、親族介護者の健康に関する配慮である。親族介護支援法は、第3条において、親族介護支援制度における自治体と親族介護者の契約にあたって、「介護者の健康や活動能力が親族介護に課せられた要求を満たすことができる場合」「その他の必要な社会福祉・保健医療サービスを伴う親族介護が被介護者の福祉、健康や安全の観点から十分な措置である場合」といった条件を規定している。

また、第9条も「もし契約の継続が被介護者あるいは介護者の健康または安全を阻害すると見なされる場合には、契約当事者双方は契約を即時解消することができる。」と規定している。

先述のように、親族介護支援制度の目的は、親族介護支援法第1条にもあるように、「被介護者の利益に沿った親族介護の実現を推進すること」である。親族による介護が行われる際にも、その介護(サービス)の内容は要介護者のニーズ、人権保障に答え得るものでなければならない。よって、親族介護支援制度の下では、親族介護者に多大な契約上の義務が発生することになるが、サービスの質に大きな影響を与える親族介護者の健康状態の維持や確認は自治体側の当然の必須事項となる。

ポルヴォー市の例では、親族介護者となる人は心身ともに健康であることが求められるため、制度利用にあたっては、必ずしも全員ではないが必要に応じて、医者や診断を受けてもらう仕組みとなっている。自治体が親族介護者が非常に疲れているなど異変を察知した場合には、臨機応変に健康診断に行かせるなどの対応を取る<sup>(14)</sup>。

### (3) フィンランドの親族介護支援制度の特徴

以上をまとめると、フィンランドの親族介護支援制度の特徴は以下のように整理することができる。

第1に、親族介護者が家庭内で行うケアは、「労働」「仕事」として明確に位置づけられていることである。親族介護支援制度は、実質的には自治体と親族介護者との業務委託・請負契約関係を規定するものであり、そこでの親族介護は公的サービスの一環として要介護者に対して行われている。よって、フィンランドの同制度下における親族介護は、日本の家族介護と異なり、家事の一環やボランティア・無償奉仕ではない。

日本では、在宅における家族介護者はしばしば無償・ボランティアとして扱われ、家族介護という行為はしばしば「労働」とすらみなされない<sup>(15)</sup>。親族介護支援制度において、親族介護者の行う介護の「労働」性を認め、金銭を支払う対象とみなし、就業者として位置付けていることは、フィンランドの同制度の特徴である。

他方、このことは、親族介護者にとっては、契約上、要介護者の十分なケア保障を遂行する義務が生じることを意味する。そして、自治体側には親族介護報酬の支払いや、親族介護者の状態に配慮をする義務が生じる。

第2に、同制度のケアの義務の「再編成」としての位置づけである。先述のようにフィンランドでは1970年代、法的に家族内での扶養的ケアの義務が廃止された。80年代中葉頃までは、左派政党を中心とした政権と好調な経済状況の下で、公的ケアの拡充施策が進められていくが、90年代に入り、ソ連崩壊の影響を受けた大不況下の緊縮財政に伴い、その方針は転換されていくこととなった。

そのような中で、ケアにおける家族の役割が注目されてくることになるが、1970年代には家族内での扶養義務が廃止され、80年代までにはケアの義務は法的にも制度的にも自治体に移行されているため、90年代以降の新自由主義的改革路線の下でも、復古的に家族による無償のケアに逆戻りすることは不可能である。

そこで取られた方法が、家族や親族による以前の扶養的ケアの義務を、準市場(介護報酬による請負料金の公定化、親族介護契約にあたっての一定の要件・規制の設置)の中で、自治体と親族介護者という経済主体同士の契約上の義務(業務請負契約上の義務)として再編成する方法であったと整理することができる。

第3に、同制度の特筆すべき点として、自治体に親族介護者の健康状態について一定の配慮を求めていることである。そもそも、1970年代以降の親族による扶養義務の廃止や、公的サービスの拡充は、都市化や工業化に伴う家庭内介護の限界を認識してのものであった。また、この間、要介護者へのユニバーサルケア保障の機運も向上してきた。よって、90年代以降の親族介護支援制度の整備の際にも、親族介護者が疲弊し、要介護者にとって十分なケア保障ができないという事態は最低限防がなければならない。そのため、親族介護支援制度における自治体との契約に際しては、親族介護者の健康状態の維持に非常に大きな配慮が試みられている点の特徴である。

### 3 フィンランドにおける親族介護支援政策の評価

フィンランドの親族介護支援制度の形成の背景には、1990年代以降の経済不況における社会保障制度・財政の効率化や財政抑制の思惑がある。90年代から2000年代以降にかけて、政

権への中道右派政党の参加が強まっていく中、従来の公的ケアサービスを強化するのではなく、親族介護を公的サービスの一環として位置付ける形で、その下に取り込んで補完することが試みられてきた。社会保障費抑制の思惑と、他方で市民による在宅介護制度充実の要求がせめぎ合う中で、妥協の産物として同制度は形成されてきていると言える。本節では親族介護支援制度をはじめとする親族介護支援政策の評価を試みたい。

#### (1) 専門職による公的サービスの抑制と親族介護支援制度

笹谷は、1990年代以降、イギリスやアメリカ、日本においては新自由主義的政策動向の中で施設ケアから在宅ケアへの移行、サービス供給の多元化を伴う公的責任の縮小化、福祉の市場化・インフォーマル化といった施策が実施されたが、フィンランドの福祉国家再編はそれとは異なり、北欧福祉国家の理念であるユニバーサリズムという公的責任は堅持されたと評価している[笹谷, 2013: 23ページ]。

また、藪長は、親族介護支援制度について、2000年代中頃の状況について分析しているが、その中で「在宅サービスの代わりとしてではなく、自宅での生活が困難になり、施設入所を視野に入れ始めた高齢者に対して、自宅での生活を続けるための選択肢の一つとして提示されている、と考えたほうが妥当であろう」とし、親族介護支援制度の登場の性格を、従来の公的在宅サービスの安価な肩代わりではないと評価している[藪長, 2008: 214ページ]。

しかしこれらの評価については今日においては、若干の疑問を持たざるを得ない面がある。理由は以下である。

1990年代のフィンランドの状況については、

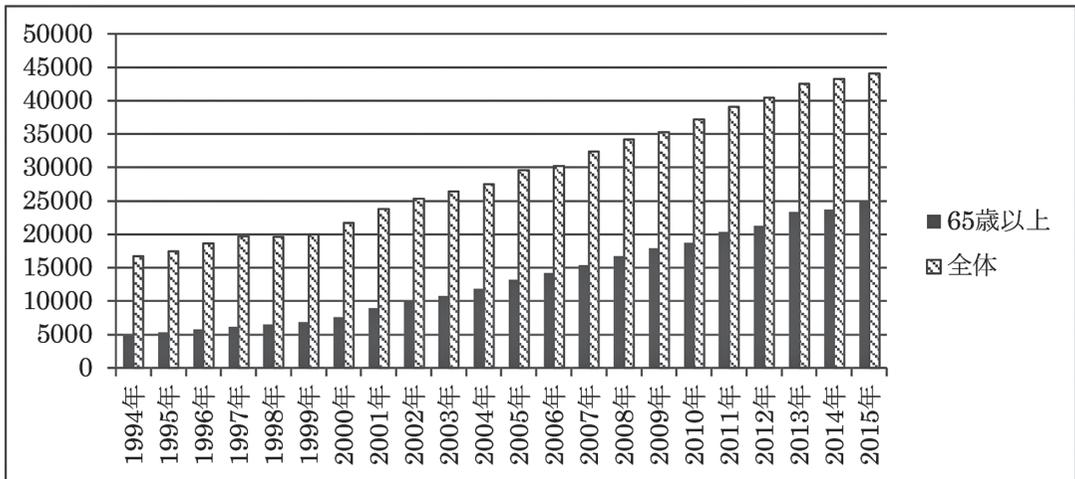
財政緊縮路線の中、施設ベッド数等、公的サービスを減少させる中で、代わりに家族等のインフォーマルケアが増加してきたことが一定の危惧を持って先行研究でも指摘されてきた[Anttonen, 2001 : p.154]。

もちろん施設ベッド数の減少の事実は、別の見方をすれば、北欧福祉国家におけるノーマライゼーション追求の結果として肯定的に受け止めることもできる。ただ、それだけで済ませることはできない事実が見い出せる。

ここで、2000年代以降の動向を含めてフィ

ンランドにおける親族介護支援制度によるサービスの提供量と、従来の自治体や専門職による公的ケアサービス提供量との関係を考察してみよう。まず、図表3は親族介護支援制度により自治体と業務請負契約を結んでいる親族介護者数の実数の推移である。1994年には全体で1万6729件であったが、2015年には4万4107件まで増加した。1993年の制度開始以降、親族介護支援制度の下で業務請負によるサービス提供を行う親族介護者は、徐々に増加する傾向にある。

図表3 親族介護支援制度契約者数(自治体と業務請負契約を結んだ者)の推移 (人)



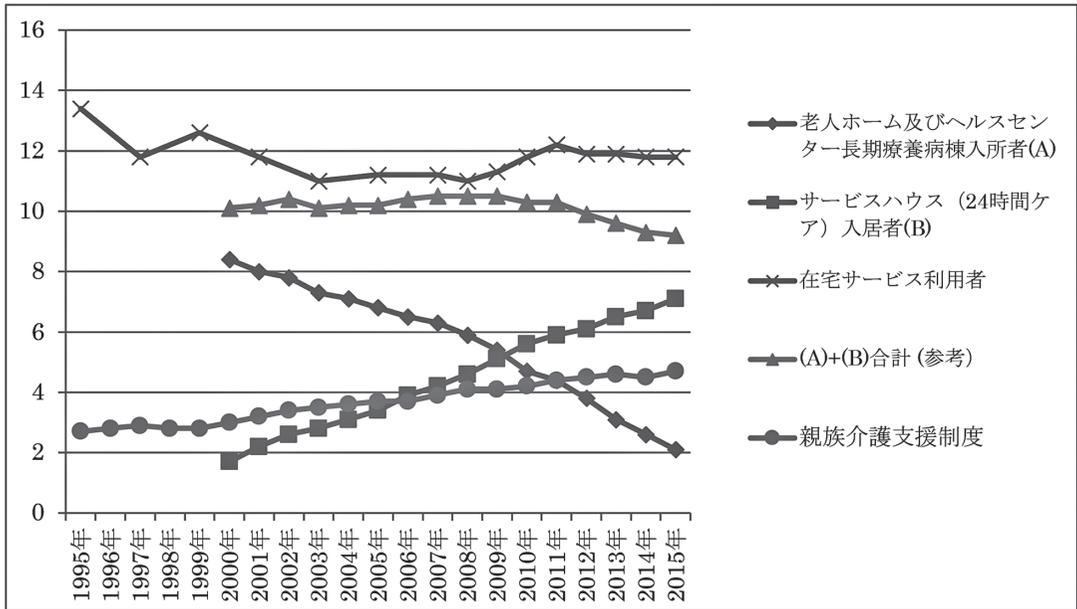
(出所) フィンランドnational institute for health and welfare, [http://www.tilastokeskus.fi/index\\_e\\_n.html](http://www.tilastokeskus.fi/index_e_n.html) (2017年11月25日最終閲覧)より作成。

次に、サービス形態ごとに利用者の割合の動向を見てみよう。図表4は、75歳以上人口中におけるサービス形態別の利用者率の推移である。まず、親族介護支援制度によるサービスを受給している者は、1995年には75歳以上の者のうち2.7パーセントであったが、その後少しずつ利用者が増え、2015年には4.7パーセントとなった。この点は先の図表3の動向とも一致する。

他方、それ以外の専門職による公的介護サービスは減少・抑制傾向にある。「在宅サービス利用者」は、1995年には75歳以上の者のうち13.4パーセントであったが、2000年代には11パーセント台まで低下した。2009年～11年頃にかけて一旦若干の回復をするが、その後また低下傾向にあり、1990年代から今日にかけて全体的にはサービスは減少傾向にある。

いわゆる「入所施設」に該当する「老人ホー

図表4 75歳以上人口におけるサービス形態別利用者率の推移 (％)



(注) 「老人ホーム及びヘルスセンター長期療養病棟入所者」および「サービスハウス(24時間ケア)入居者」は、12月31日時点の実績。「在宅サービス利用者」は11月30日時点の実績。「親族介護支援制度」は年間の実績。  
 (出所) フィンランドnational institute for health and welfare, [http://www.tilastokeskus.fi/index\\_en.html](http://www.tilastokeskus.fi/index_en.html) (2017年11月25日最終閲覧)より作成。

ム及びヘルスセンター長期療養病棟入所者(A)については、2000年以降、ノーマライゼーションの流れもあって大きく減少している。それ以前の時期については十分な統計がないため、図表4中では数値を掲載していないが、先述のフィンランドにおける政策動向を見れば、1990年代は2000年によりも多かったことが推定でき、2000年までの期間にも相当減少してきたと考えられる。そして、「サービスハウス(24時間ケア)(B)」がその減少を一定程度代替する傾向にある。ただし、両者の合計「(A)+(B)合計」は、2000～2010年頃までは何とか一定水準を維持していたものの、それ以降大きく低下する流れにある<sup>(16)</sup>。

図表4を見ると、1990年代からフィンランドでは施設サービスや在宅サービスの抑制が行われてきたことが分かるが、とりわけ2011年以

降の時期、従来の専門職による公的介護サービスは抑制・減少傾向にある。

図表5は、2011年から2015年の間における75歳以上人口中の介護サービス利用者の割合の変化をサービス形態ごとに示したものである。まず、「老人ホーム及びヘルスセンター長期療養病棟入所者」とその主要な代替資源である「サービスハウス(24時間ケア)入居者」の合計である「(A)+(B)」を見ると、75歳以上人口中の利用者の割合は10.3%から9.2%に減少しており、この5年間に-1.1%の減少である。

また、「在宅サービス利用者」についても、2011年には12.2%であったものが2015年には11.8%となり、-0.4%の減少である。

他方、「親族介護支援制度」は、4.4%であったものが4.7%に増加しており、0.3%の増加である。

このことは、フィンランドの介護において従来専門職が行ってきた施設サービスや在宅サービスの範囲が、割合で見て減少してきており、すなわち、一人あたりで見て専門職による公的サービスを受けられる可能性・余地が以前よりも後退していることを意味する。その分を親族介護支援制度という親族・家族等を担い手とした安価な新しい「公的サービス」などが一部代替する傾向が強まってきていることを表している<sup>(17)</sup>。

とはいうものの、従来の施設サービスと在宅サービスの減少率をカバーできるほど「親族介護支援制度」の増加率は向上していない。また、フィンランドにおける親族介護支援制度はすべての親族介護者をカバーしているわけではなく、現実にはその利用は一部の親族介護者とどまっているが<sup>(18)</sup>、このような公的介護サー

ビスの抑制のしわ寄せは、そのような親族介護支援制度を利用していない親族介護者層や労働者層にも及ばざるを得ない状況が生じている可能性が大きい。

フィンランドの福祉制度は北欧福祉国家のノーマライゼーションにおける「施設から在宅へ」というモデルの一つとして紹介される。大規模施設の減少自体は、要介護者のケアや住環境等に関する尊厳の実現にとって積極的な評価はできる。ただ、ここで注意しなければならないのは、大規模施設を縮小し、居住型・在宅型の公的サービスへ再編していく動きはみられるが、その中で、同時に専門職による公的介護サービスが割合として全体的に縮小してきており、かつ、新たな「公的サービス」としての親族介護支援制度によってもその代替が十分にできていない様子が確認できることである。

図表5 2011年から2015年の間における75歳以上人口中介護サービス形態別利用者率の変化 (%)

	2011年	2015年	2011～2015年の間の差
老人ホーム及びヘルスセンター長期療養病棟入所者(A)	4.4	2.1	- 2.3
サービスハウス(24時間ケア)入居者(B)	5.9	7.1	+ 1.2
(A) + (B) 合計	10.3	9.2	- 1.1
在宅サービス利用者	12.2	11.8	- 0.4
親族介護支援制度	4.4	4.7	+ 0.3

(注) 「老人ホーム及びヘルスセンター長期療養病棟入所者」および「サービスハウス(24時間ケア)入居者」は、12月31日時点の実績。「在宅サービス利用者」は11月30日時点の実績。「親族介護支援制度」は年間の実績。

(出所) フィンランドnational institute for health and welfare, [http://www.tilastokeskus.fi/index\\_en.html](http://www.tilastokeskus.fi/index_en.html)(2017年11月25日最終閲覧)より作成。

このように、親族介護支援制度には従来の専門職による公的サービスの代替の役割が求められている。しかし、親族介護支援制度においては、親族介護者に様々な配慮がされているとはいうものの、介護報酬は低額でかつ休日も月にわずか3日という内容であり、改善の必要性が従来から指摘されている<sup>(19)</sup>。また、親族介護

支援制度の利用は、その時々自治体の財政状況に大きく左右される。同制度を利用したい者がいたとしても、自治体に財源が十分になれば、利用することはできない。

自治体の財源不足によって要介護者・親族介護者が親族介護支援制度の利用が阻害される事態が生じてきたことについては、[山田、

2006:192ページ]等でも指摘されている。また、筆者らが行ったフィンランド・ポルヴォー市高齢者サービス局ヒアリング(2016年5月31日)でも、親族介護者支援に使える自治体の財源が途絶えた場合、従来は支援はあったという証言が得られている。

この点に関する最新の動向としては、筆者らのヒアリングによれば、2017年からは法律改正により、親族介護者支援の対象となっている人には自治体は財源がなくとも支援を提供しなければならないことになるという。法的にはこのように親族介護支援制度の利用に向けた自治体の義務は建前上強化されるが、財源をどのように確保するのか、実際にどの程度改善できるのかといったことについては、今後の動向に注目する必要がある。

## (2) 介護休業法定化の含意—フィンランド版「川上から川下へ」

2011年以降の時期は、グローバリゼーションの進展のもと、フィンランドでは政治的に従来の流れとは異なる変化が起きてきている。とくに2011以降、景気後退による失業率の上昇にも直面し、公的債務縮小のための財政緊縮策が展開されている。また、EUとの関係性をめぐっても右派政党が台頭してきており、移民政策等の面でも従来の受け入れ推進路線に陰りが見られる。フィンランドでは福祉国家後退がいつそう進行しかねない動向がこの間強まっている。

それを示すものとして重要な近年の制度改革が、2011年の介護休業の法定化である。2011年に労働契約法が改正され、介護休業の規定が明確化された。内容は、無給、最大3年、現職復帰、祖父母への親族の定義の拡大、雇用者に代理人を雇うことの義務化、親族介護手当受給

者でも取得可能といったものである<sup>(20)</sup>。

フィンランドは、先述のように1970年代に家族による扶養義務が廃止され、公的介護サービス供給が追求されてきた経緯から、近年まで労働者の介護休業制度が存在しなかった。背景としては、70年代以降の社会福祉サービス提供の自治体の義務化の流れの中で、高齢者や家族のケアは、自治体の責任であるという一定の社会的合意が形成されてきたことが挙げられる。

そのような流れからすれば、介護休業の法定化により、親族介護支援制度以外の家族内の扶養的な枠組みでの介護を求めることにもつながりかねない近年の動向は、従来の公的ユニバーサルケアの維持とは一線を画す動きであるとも考えられる<sup>(21)</sup>。

日本においては、地域包括ケアシステムの構築を目指す中、医療から介護へ、施設介護サービスから在宅サービスへ、介護保険サービスから家族介護・自助・互助へと行ったいわゆる「川上から川下へ」という政策がこの間進められているが<sup>(22)</sup>、程度の差こそあれ、フィンランドにおいても専門職による公的サービス抑制の中で、親族・家族等を安価な介護のみに手として利用する政策動向は強まっていると言える。

日本では、フィンランドの親族介護支援制度は公的ユニバーサルケアの枠組みを堅持したものであると積極的評価をされているが、専門職による従来の専門職による公的介護サービスの抑制・縮小等を考慮すれば、近年のグローバル化の中における経済社会環境の変化の下で、相当の動揺があることが認識されるべきであろう。

## おわりに

### 一要介護者・在宅介護者双方の選択の自由実現への課題—

最後に、フィンランドの親族介護支援政策の動向から得られる示唆について総括する。まず、親族介護支援政策の性格についてであるが、フィンランドの親族介護支援制度から見出せる積極的側面は以下である。第1に、親族介護者による在宅介護を「仕事」として位置付け、親族介護報酬という金銭の支払いの対象とし、自治体から業務請負契約に基づいて、形式上公的サービスの一環として提供していることである。日本のように家族介護を無償のボランティア行為とし、労働や仕事としての評価をしていないのとはこの点が大きく異なる。

第2に、親族介護者による介護サービスの提供にあたっては、要介護者のニーズを満たすという目的から、親族介護者が十分な介護をできるだけの健康状態を維持できるよう、親族介護者に対する健康上の配慮の視点が盛り込まれていることである。以上を通じて、フィンランドの親族介護支援制度は、要介護者と親族介護者の側から見れば決して十分な水準ではないもののケアにおける選択肢の拡大に一定の寄与をしていることは指摘できよう。

他方で指摘しておかなければならない消極的な側面は、同制度は日本と比べると上記のように親族介護者への配慮のある制度ではあるが、同制度は紛れもなく実質的には福祉国家後退の過程の産物であるということである。1990年代以降の深刻な経済・財政危機の中でも建前上、「福祉国家」の看板は下ろさず、法の人権規定に基づいて、サービス提供にあたっての公的責任の一定の明確化や、少なくとも制度上は要介護者や親族介護者の健康状態に関する権利に多大な配慮を行おうと試みている姿勢は一定

の評価できるものの、従来の専門職による公的サービス抑制の過程で同制度は形作られてきており、近年では特に2011年以降の時期、専門職による公的サービス抑制の肩代わりとしての安価な親族介護支援制度は重視されてきた。同制度によっても専門職による公的サービス抑制によるサービス減少は補いきれるものではなく、2011年の介護休業法定化によって、親族や労働者層に介護の役割を求める動きは一層強まっている。現在も親族介護支援制度の利用に結びついていない在宅介護者が大勢存在するため、今後どのような展開を見せていくかは予測を許さない状況にあると言えよう。

今後の研究課題としては、実際に親族介護制度を利用している人々、もしくはそれでカバーされない人々、統計上数字に表れてこない人々の状況等がどのように推移していくか(生活や健康状態等の実像)を丁寧に考察していくことが不可欠である。親族介護者の実態や抱えるニーズは、日本におけるそれと同様、フィンランドにおいても政府統計で把握できない点が多々あり、実態が非常に見えづらい。制度に掲げる理念が実際にどの程度実現されているのか、もしくは専門職による公的ケアの抑制が要介護者や親族介護者にどのような影響を及ぼしているのかについては今後より詳細に考察する必要がある。

このように、フィンランドにおける親族介護支援制度は、不況期における政策側による財政抑制の思惑にリードされながらも、他方で要介護者や親族介護者の在宅におけるケアの実現という、一部の市民層の要望を取り込みながら、両者の思惑の狭間に形成されてきた。このようなフィンランドの親族介護支援政策の動向から得られる日本への示唆及び課題は以下である。

第1に、在宅における家族や親族介護者の行

う介護の労働としての評価の必要性である。親族介護支援制度で親族介護者による介護を、報酬の支払われる「労働」「仕事」と認め、親族介護者の経済的な保障を行っていることは、親族介護者の生計を成り立たせていくために考えられる現実的手段の一つと評価できる。日本の在宅介護において、親の介護によって現役労働者層が離職を余儀なくされ、経済的に立ち行かなくなるケース等が問題視される中、在宅介護者の生計を現実的にどのように成り立たせるかを検討する際には一つの参考になり得る。

第2に、在宅介護者の健康保障の枠組みの不可欠性である。フィンランドにおいては、後退的な社会保障制度再編の中においても、要介護者の健康状態に配慮する仕組みが一定設けられている。仮に要介護者と家族等の在宅介護者の合意の下、在宅介護者による介護を行う場合には、要介護者にとって十分な介護の保障を前提とし、またそれを実現するためには在宅介護者の疲弊や健康悪化を防ぐ制度的枠組みが必要である。在宅介護者の健康権保障のための具体的制度が構想されなければならない。当然、在宅介護者に無理な負担がかかるような在宅介護の強要(直接的にであれ間接的にであれ)は、在宅介護者の健康権侵害であり、在宅介護者の人格、選択の自由や自己決定権の侵害にもあたるため、されるべきではない。

日本においては在宅介護者の疲弊や健康悪化に関する議論は一定行われるようになってきているが、その改善のための有効な制度的枠組みの提示はフィンランドに比べ未だ相当に不十分である。家族による在宅介護は家事の一環であり、ボランティア性も未だに払拭されておらず、家族介護の基盤が弱体化する中で公的サービスは抑制され、政策は精神論的な家族介護回帰に終始している。

第3に、要介護者への介護保障の責任所在の明確化である。フィンランドにおいては、法律上は家族における扶養的ケアの義務は廃止され、介護・ケアにおける公的責任が形式上明確に示されている。日本においては、家族によるケアの義務はかなりグレーゾーンがあり、社会一般には「家族が介護をすることは当たり前」といった暗黙の規範がいまだ一定程度存在する。人権としての介護保障の確立のためには、国や自治体における介護保障の義務のいっそうの明確化が必要である。

フィンランドにおける介護政策の特筆すべき点は、経済・財政的に困難な局面においても、建前上は「福祉国家」の看板を下ろさず、制度的に介護サービスの提供責任を自治体が放棄していないことにある。他方、日本は2012年の社会制度改革推進法や、2012年の自民党「日本国憲法改正草案」に見るように<sup>(23)</sup>、社会保障の責任を国家が投げ捨て、家族や近隣、個人に生活問題の自己責任化を図っていく動向が強まっている。憲法の規定や理念を投げ捨て、現実に合わせてそれを変えていくという日本の手法はベクトルが逆である。

第4に、フィンランドの経験から得られる教訓は、在宅介護における家族や要介護者の疲弊を改善するために、家族等の「ケアする権利」を尊重し、仮に親族介護支援制度のような在宅介護者の支援及び生活保障、健康権保障施策に取り組むとしても、他方で専門職による公的サービスの拡充は不可欠だということである。先述のようにフィンランドでは、従来の専門職による公的サービスの抑制の代替として一定の親族介護支援制度の利用増加が確認できるが、その利用は、従来の公的サービスの抑制分をカバーできるほどには伸びてはいない。

親族介護支援制度は、先述のように、要介護

者と親族介護者の自己決定・合意、親族介護者が介護をできる状況にあること(能力、健康状態等)、要介護者の介護状態など、様々な条件が一致しなければ契約は行われぬ。それらの一つでも欠ければ、要介護者もしくは在宅介護者の諸権利が何らかの形で侵されることとなる。そのことを考えると、親族介護支援制度を利用できる者は、必然的に限られてくる。

仮に日本に親族介護支援制度のような制度を作ったとしても、高齢化や核家族化、独居化が進む中では、それによって家族等による在宅介護が爆発的に促進され、専門職の公的サービスの代わりとして十分な介護保障を実現できるとは考えにくい。在宅介護や要介護者の「選択肢の一つ」としてそのような方向性を目指すとしても、彼らの真の選択の自由を実現し、在宅介護者の健康権保障および要介護者の介護保障を現実的に達成するためには、結局のところ専門職による公的サービスというもう一つの介護保障の選択肢の拡充を追求することは不可欠であろう。

2000年代以降、日本の大企業や株主等は、膨大な内部留保及び海外資産を形成し続けている。社会保障制度を維持・拡充するための経済力が十分にある中で、今日の日本政府は、社会保障の後退・抑制施策を展開している<sup>(24)</sup>。そのような中で、介護サービス抑制施策が進められ、在宅介護者は多く疲弊し、また介護労働者(専門職)の労働条件の低位抑制は介護保険サービスをにう人材の不足の大きな要因ともなっている。国が憲法や国際人権規約等で規定されている社会保障に関する義務を果たすための努力を誠実にしているとは到底言い難い。今後、日本が介護保障を実現するためには、担い手として専門職を配置することに重点を置くか、生活条件や健康維持自己決定権を保障した上で在

宅介護者に一定の役割を求めるか、それらをどのような割合で構想するかは論者により議論の余地があり得るが、要介護者や在宅介護者、専門職らの生活や健康を犠牲にせず介護保障を実現するためには、相応の財政負担を免れないことだけは確かであろう。人権規定と現実の経済社会状況、在宅介護者や要介護者等の当事者の状況に基づいた合理的な介護保障政策が求められる。

### 【謝辞】

本稿の執筆に当たり、フィンランドにおけるヒアリング調査にご協力くださった自治体担当職員の方々、親族介護支援制度利用者の方々にご場を借りて厚くお礼を申し上げます。

### 【付記】

本稿は、科学研究費補助金事業・基盤C(課題番号15K13911、研究代表者：森山治)および若手B(課題番号16K17260、研究代表者：井口克郎)の成果である。

### 注

- (1) 介護手当などの現金給付については、ドイツの介護保険制度におけるものなどが日本にも紹介されている([独立行政法人労働政策研究・研修機構, 2017: 21 ~ 22ページ] [齊藤, 2013]など)。ドイツの介護保険における介護手当は、要介護者に給付される現金給付であるが、家族等による介護の経済的動機づけになることが指摘されている。また、介護手当については日本においても実現には至っていないものの介護保険制度設計時に検討された経緯がある [森山, 2017: 4 ~ 7ページ]。
- (2) [井口, 2015] [井口, 2016] など参照。
- (3) 詳細は [井口, 2017a] 参照。
- (4) 健康権は、日本国憲法や国際人権規約「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規

- 約」(第1規約)は国家に対し、「健康権(right to health)」(憲法25条および国際人権規約第1規約12条)や、社会保障の後退禁止=向上増進義務(憲法25条2項、国際人権規約第1規約2、9、11条等)を課している。国連経済的・社会的及び文化的権利委員会は「健康権」について「一般意見第14」で詳細な規定をしている[United Nations, 2000]。「健康権」は「到達可能な最高水準の身体および精神の健康」を享受することを人々の権利とし、具体的には「到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なあらゆる設備、機器、サービス、条件、教育及び情報を享受する権利」と理解されている。そして国家に対して、健康権の実現に向けた立法、行政、予算、司法その他の措置・資源供給等の充足を図る義務、健康権がいかなる種類の差別なく行使されることの保障、健康権に対して取られる後退的措置の禁止、健康悪化や死亡リスクを高める可能性のある行為の禁止等、様々な義務や禁止事項を課している。なお、国際人権規約第1規約などの国際条約は、日本国憲法上も誠実な遵守が国には求められ(憲法98条2項)、国連からも日本政府に対し、行政、立法、司法の場での遵守が要求されている[United Nations, 2013]。健康権に関する論考としては[井上, 2009][高田, 2002][高田, 2003][棟居, 2005][井口, 2017a]など参照。
- (5) ここでは「ケア」という用語を、高齢者介護や子どもへの保育等を含む広い概念で使用する。
- (6) 以下、フィンランドにおける高齢者ケア制度の確立過程に関する主要文献としては、[山田, 2006][笹谷, 2013]を参照。
- (7) 同様の指摘は[笹谷, 2013: 102ページ]。ただしこのような「インフォーマルケアのフォーマル化」に対する評価に関しては後述。
- (8) 1987年の選挙では、社民党と国民連合党による「青-赤」登場し、新しい形の協力関係の先駆けとなった。1991年の選挙では、中央党や国民連合党などによる連立政権が成立し、それまで長期に渡り与党の座を占めていた社民党が野党へと回った。1995年の国勢選挙では、野党

であった社民党が勝利をおさめたが、国民連合党や左同盟、スウェーデン人党、緑の同盟等の様々な勢力からなる「虹色政権」となった[ハイキオ, 2003: 165~166ページ]。労働者政党の「ブルジョワ化」が進んだ時期であることが指摘されている。

- (9) 以下、親族介護支援法の条文については、河田舜二(妙訳)ならびに[笹谷, 2013: 109~112ページ]に基づく。制度詳細については、筆者らが行ったフィンランド・ボルヴォー市高齢者サービス局、および親族介護支援制度利用者当事者ヒアリング(2016年5月31日)等に基づく。
- (10) 介護報酬は、厳密には自治体から要介護者に対して給付されるが、金銭的利益は、親族介護者に支払われる形をとる[Anttonen, 2001: p.155]。
- (11) 日本では、2007年12月、東海道本線共和駅で、認知症患者の男性(要介護4、認知症高齢者自立度Ⅳ)が線路に立入り、走行してきた列車にはねられた鉄道事故がある。同事故では、JR東海が男性の遺族(妻と長男)に対して、損害賠償を請求する訴訟を提起した。結果的に最高裁判決(2016年3月)は、長男や妻(自身も85歳で要介護1)はこのケースにおいては男性の監督義務者の地位になく、JR東海への損害賠償義務を否定した。筆者らがフィンランド・ボルヴォー市高齢者サービス局で行った親族介護支援制度に関するヒアリング(2016年5月31日)の場で、日本のこの事例を紹介すると、「フィンランドではそんなことはあり得ない」という。理由は、親族介護支援制度における親族介護者は、要介護者の見守りや介護を充分に行う契約上の義務が生じ、介護を必要としている人から目を離すなどということは制度上はありえないのだという。フィンランドでは、仮に親族介護の過程で何か事故が起き、要介護者に危害が及んだ場合は、親族介護者の責任が問われることとなる。ただし、親族介護者が要介護者から暴力を受け怪我をした場合などは、自治体から補償が行われる。

- (12) 2016年5月現在。筆者らによるフィンランド・ポルヴォー市高齢者サービス局ヒアリング(2016年5月31日)より。
- (13) フィンランドにおける「サービスハウス」は、高齢者向けのサービス付き賃貸型住宅を指し、制度上も「在宅」に位置づけられる。
- (14) 2016年5月現在。筆者らによるフィンランド・ポルヴォー市高齢者サービス局ヒアリング(2016年5月31日)より。
- (15) 日本では、近年安倍政権による「ニッポン一億総活躍プラン」(2016年6月)などの中で「仕事と介護の両立」が目指すべき方向性として掲げられている。しかしこの「仕事」と「介護」を明確に峻別した標語は、家庭内における家族等による介護は「仕事」ではないと言っているようなものであり、家族介護の労働性や評価を曖昧なままにするものである。フィンランドの親族介護支援制度における家族・親族等による介護は、明確な「仕事」として位置付けられている。
- (16) フィンランドにおける介護サービスの類型は、統計上、大きく以下のように分類されている。主なものとしては、第1は、「老人ホーム」である。第2は「ヘルスセンター長期療養病棟」である。ヘルスセンターは各自治体等により運営されており、入院病棟を備えている。上記の二つがおおよそ一般的に言う大規模な入所施設にあたる。第3は、「サービスハウス」である。これは、大規模な入所型の施設ではなく、高齢者向けの介護サービス付き住宅である。近年、先述の入所施設の代替として徐々に24時間介護付きのサービスハウスが大きな比重を占めてきている。第4は「在宅サービス」である。これは在宅におけるホームヘルプサービス等が含まれる。第5は「親族介護支援制度」による介護サービスである。
- (17) 先述のように、親族介護支援制度における親族介護報酬はほぼフィンランドの最低生活保障費水準にあるため、親族介護者は専門職に比べ安価な介護のみに手と位置づけられる。
- (18) [山田, 2006: 192ページ] [笹谷, 2013: 98～101ページ] 参照。笹谷はフィンランド国立福祉健康研究開発センター(STAKES)の「ウェルネスとサービス調査(2006年)」を紹介しながら、当時、フィンランド国内で親族介護を主として行っている者(28万人)のうち、公的支援を受けている者は1割前後であったことを論じている。本稿の図表3、4、5はその後の親族介護支援制度利用者の動向を示したが、徐々に利用が増えてきているとはいえ、親族介護者全体をカバーする水準には到底及んでいないことが分かる。
- (19) 主に親族介護者当事者から親族介護支援制度の自治体レベルでの実際の運用に対する不満の声が挙がっている。[笹谷, 2013: 118～121ページ] 参照。
- (20) 詳細については、[笹谷, 2013: 130～138ページ]を参照。
- (21) 笹谷は、この介護休業について、同制度を利用する「被雇用者は介護休暇期間は無給であるため、その間は自治体からの親族介護支援に基づく介護報酬を得、介護期間が終了次第、そちらを解約して職場に復帰する」としている[笹谷, 2013: 130ページ]。しかし、先述のように親族介護支援制度自体がその時々々の景気や自治体の財政状況によって、実質的に利用できる者の枠に限界がある。介護休業を取得するものすべてが親族介護支援制度を利用できるとは限らない。
- (22) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議 報告書」(2013年)参照。
- (23) 同改憲草案は、婚姻に関して規定する憲法24条の中に、「家族は、社会の自然かつ基礎的な単位として、尊重される。家族は、互いに助け合わなければならない」という、家族の助け合い義務を強制する条項を新設することを提案している。同時に、社会保障の国家責任について規定した25条2項についても、現行憲法の「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。」という文言から、「国は、国民生活のあらゆる側面において・・・」という文

言に変更し、社会保障における国家の役割を「側面」からの支援に後退させることを打ち出している[自由民主党, 2012]。人権としての社会保障を解体する中で、その受け皿として家族の扶養義務をより強く求めていく思惑が非常に明確に示されている。

(24) 2000年代以降、新自由主義「構想改革」政策による社会保障費抑制の中で、日本の大企業や大株主等は莫大な利益をあげ、富の偏在が深刻化している。そのような今日の日本の状況については、[井口, 2017b] 参照。

## 参考文献

- Anttonen,A (2001) “The politics of social care in Finland : Child and elder care in transition” *Care Work: The quest for security*, International Labour Office , Geneva, pp.143-158
- Daly,M.ed (2001) *Care Work: The quest for security*, International Labour Office , Geneva
- Juha Teperi, Michael E. Porter, Lauri Vuorenkoski and Jennifer F. Baron (2009) *The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective* , Edita Prima Ltd, Helsinki
- Merja Salanko-Vuorela, Merja Purhonen, Pia Järnstedt, Annikki Korhonen (2006) *SELVITYS OMAISHOIDON TILANTEESTA 2006*
- United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) “GENERAL COMMENT 14 (The right to the highest attainable standard of health)”
- United Nations, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, “Concluding observations on the third periodic report of Japan, adopted by the Committee at its fiftieth session” (29 April-17 May 2013) (国連、経済的・社会的及び文化的権利に関する委員会 (2013) 「第50会期において委員会により採択された日本の第3回定期報告に関する最終見解」)
- 一億総活躍会議(2016)「ニッポン一億総活躍プラン」首相官邸、URL <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/ichiokusoukatsuyaku/pdf/plan1.pdf>(2016

年8月1日最終閲覧)

- 井上英夫(2009)『患者の言い分と健康権』新日本出版社
- 井口克郎(2014)「過疎・高齢化地域における住民の介護問題の実態把握—三重大学人文学部・医学部による地域住民の生活・健康調査から—」『日本医療経済学会会報』31巻1号、54～78ページ
- 井口克郎(2015)「介護保険サービス抑制の問題点—岐路に立つ介護保障—」『経済』No.237、23～33ページ
- 井口克郎(2016)「介護保険制度の『非社会保障化』の現状と対抗軸：2015年介護保険制度・報酬改定の影響を踏まえて」『国民医療』No.332、14～24ページ
- 井口克郎(2017a)「介護保障抑制政策下における在宅介護者の実態」『日本医療経済学会会報』33巻1号、5～32ページ
- 井口克郎(2017b)「現代の経済社会状況から朝日訴訟の意義を再考する—若者世代から見た朝日訴訟」井上英夫・藤原精吾・鈴木勉・井上義治・井口克郎編『社会保障レポリビューション—いのちの砦社会保障裁判—』高菎出版、42～61ページ
- 石井敏(2008)「フィンランドにおける高齢者ケア政策と高齢者住宅」『海外社会保障研究』No.164、39～53ページ
- クラウス・ペーターセン、スタイン・クーンレ、パウリ・ケットネン編著／大塚陽子・上子秋生監訳『北欧福祉国家は持続可能か 多元性と政策協調のゆくえ』ミネルヴァ書房
- 厚生労働省(2018)「平成28年度『高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律』に基づく対応状況等に関する調査結果」
- 齋藤香里(2013)「ドイツの介護者支援」『海外社会保障研究』No. 184、16～29ページ
- 笹谷春美(2012)「ケアをする人々の健康問題と社会的支援策」『社会政策』第4巻2号、社会政策学会編、53～67ページ
- 笹谷春美(2013)『フィンランドの高齢者ケア 介護者支援・人材養成の理念とスキル』明石書

- 店
- 自由民主党(2012)「日本国憲法改正草案」
- 首相官邸(2015)「経済財政運営と改革の基本方針 2015～経済再生なくして財政健全化なし～」
- 高田清恵(2002)「健康権と平等原則—WHOにおける健康権の動向を中心に—(一)」(『琉球法学』第67号、77～114ページ)
- 高田清恵(2003)「健康権と平等原則—WHOにおける健康権の動向を中心に—(二・完)」(『琉球法学』第70号、57～106ページ)
- 独立行政法人労働政策研究・研修機構(2017)「ヨーロッパの育児・介護休業制度」資料シリーズ No.186
- マルッティ・ハイキオ著、岡沢憲美監訳、藪長千乃訳(2003)『フィンランド現代政治史』早稲田大学出版部
- 棟居徳子(2005)「『健康権(the right to health)』の国際社会における現代的意義—国際人権規約委員会『一般的意見第14』を参照に—」(『人間社会環境研究』No.10、61～76ページ)
- 森山治(2017)「家族介護制度についての一考察」(『実践と研究』No.16、一般社団法人石川県社会福祉士会、1～11ページ)
- 森山千賀子(2012)「イギリスとフィンランドの介護者支援策—日本が学べる点を検討する」(『教育・福祉研究センター研究年報』No.17、白梅学園大学・短期大学、3～13ページ)
- 藪長千乃(2002)「フィンランドの在宅介護給付制度—その制度と効果」(『社会科学研究科紀要』別冊9、早稲田大学大学院社会科学研究科、95～110ページ)
- 藪長千乃(2008)「1990年代におけるフィンランド型福祉国家の変容—福祉提供主体の多様化に焦点を当てて—」(『文京学院大学人間学部研究紀要』Vol.10 No.1、文京学院大学総合研究所、199～219ページ)
- 山田真知子(2006)『フィンランド福祉国家の形成—社会サービスと地方分権改革』木鐸社
- 横山純一(2010)「フィンランドにおける高齢者福祉の変化(1990～2006)—1990年代前半の不況以後の高齢者介護サービスと福祉民営化、地域格差問題を中心に」(『開発論集』第85号、北海学園大学、115～142ページ)
- 横山純一(2017)「フィンランドにおける高齢者ケアの現状と福祉民営化の動向(2005～2013)」(『開発論集』第90号、159～187ページ)

# 韓国の老人長期療養保険制度における 営利化政策の実質的変化 —介護施設の運営状況に関する実態分析から—

The Real Change of the Policy for-profit of Long Term Care Insurance for the Elderly in Republic of Korea: A Study on the Actual Condition of Long Term Care Facility for the Elderly

洪 シ ネ (神戸大学大学院人間発達環境学研究科博士課程後期課程)

Sinae Hong

本稿では、韓国の老人長期療養保険制度における営利化政策の実質的な変化を明らかにするため、2012年8月から2017年4月までの期間を検討時期として設定し、この期間における介護施設の運営実態が分かる質的調査を実施した。その結果、この時期は政府の建前上、営利化政策が進められていたが、個人事業主は制度上だけではなく実質的にも営利事業に制限が加えられており、事実上、施設サービスの現場は非営利化が進行していったと言える。

## はじめに

本稿は、韓国の老人長期療養保険制度における営利化政策の実質的な変化がいつから現れ始めたのか、つまり、営利化政策から非営利化政策への移行はいつから始まったかを、関連法制度の変化が介護現場にもたらした影響を考察することで明らかにすることを目的とする。

近年、韓国における老人長期療養保険制度の政策における最も大きな変化として、営利化政策から非営利化政策への移行が挙げられる。営利化政策は同制度の準備段階から取り入れられ、李明博政権、そして朴槿恵政権のいわゆる保守政権まで実施されていた。2017年5月の文在寅政権出帆以降、老人長期療養保険制度における公共性が強化され、具体的には同制度にお

ける国の役割及び責任を強化するとともに、介護サービスの提供を政府主導で行うことを明らかにするなど、同制度における全面的な改革を進めている。それゆえ、営利化政策から非営利化政策への転換は文在寅政権以降とみることが出来るが、これは政府次元での評価であり、介護現場の実態を考慮した評価であると言いがたい。

だが、韓国の介護現場では文在寅政権以前からすでに実質的に非営利の状態に置かれていたと考えられる。その根拠として「社会福祉法人及び社会福祉施設財務・会計規則(以下、財務・会計規則という)」の適用が挙げられる。後に詳述するが、この財務・会計規則は本来利益を出した場合に国が定めた目的以外に使用するこ

(受理日：2018年10月15日)

とを制限することを目的としたもので、国の補助金を受けて施設を運営している非営利施設を対象とするものであった。

ところが2012年8月から部分的かつ段階的に介護サービス提供機関の財政運営に対する国の厳しい統制が始まり、財務・会計規則が営利を目的に介護サービスを提供していた一部の営利事業主、具体的には老人福祉法に法的根拠がある全ての事業主まで強制的に適用された。そのため、これまで営利事業を営んでいた事業主は営利事業から非営利事業への転換を余儀なくされた。それゆえに少なくとも、介護現場は、政府レベルでの政策とは異なり、2012年8月からすでに非営利化が進行していったと考えられる。

しかし、この時期における施設サービスの現場、より正確にいうと、施設サービスを提供している個人事業主と彼らが営む施設(以下、個人施設という)について、営利か非営利かを巡って政府側と事業主側、そして研究者の間で意見が分かれている<sup>(1)</sup>。

この時期の個人施設のあり方を営利とみる側は、個人事業主が営利を目的に運営していることを根拠としているが、これは辞書の意味だけを重視している。そして非営利とみる側は、個人事業主は他の非営利施設と同様に財務・会計規則に沿って施設を運営しており、営利と見なすのは適切ではないと主張している。どちらにせよ、実質的な介護施設の運営実態を踏まえていないので、より正確な判断をするためには介護施設の運営実態に関する綿密な調査が求められる。

以上の問題関心から本稿では、営利化政策の実質的な変化の評価をより正確に行うために、老人長期療養保険制度の営利化及び非営利化動向に関する先行研究の整理、制度・政策の分析、

加えて介護施設の運営実態の調査を実施した。検討対象とした時期は2012年8月から2017年4月までの期間である。この時期は政府次元での営利化政策から非営利化政策への転換の境目である。文在寅政権以降とは異なり、この時期は政府の建前上、営利化政策が進められていたが、施設サービスの現場の実態とは乖離があったと考えられる。そこで、本稿での考察を通して、2012年8月から2017年4月までの期間に営利事業主の間で非営利化が進行していった実態を明らかにする。

## 1. 韓国の老人長期療養保険制度における営利化政策の構想と実質の方針転換

まず、施設サービスを営む個人事業主が、具体的にどのような過程を経て営利から非営利に転換されてきたのかを、制度上の観点から検討する。

### (1) 営利化政策の導入と個人事業主の介護市場参入の背景

一般的に営利とは、金銭的な利益を得ることを意味し、またその利益を構成員に配分することを目的として経営することを意味する<sup>(2)</sup>。そして非営利とは、営利の概念の反対に定義することができる。この定義に基づいて、ここでは韓国の営利化政策の変化内容について検討する。

韓国の老人長期療養保険制度における営利化政策は、介護サービス提供機関の多様化を図るために、同制度の準備段階から構想されていた。同制度の導入に向け、その準備の役割を主導的に担っていた公的団体の報告書によると、介護サービスの供給主体の基本方針は公的団体、民間、そして営利、非営利を問わず、多様な供給主体の参入を促すことであった<sup>(3)</sup>。

この基本方針に基づき、保健福祉部は介護サービス提供機関の設置・運営に関する法的及び制度的な基盤整備を進め、民間事業主の参入を促進した。ただ、民間営利事業主の参入により、介護サービスにおける公共性が損なわれる恐れがあるため、保健福祉部は介護サービス提供機関の整備は原則的に国の責任であることを明らかにした上で、公的部門を中心に介護サービス提供機関を整備していくことを明確にした<sup>(4)</sup>。具体的には、全体介護施設の中で70%を<sup>(5)</sup>、全体在宅事業所の中で30%を<sup>(6)</sup>公的機関とするという内容の拡充計画に従って順次的かつ体系的に施設整備に取り組んだ。

しかし、介護サービス提供機関の設置に関する認識不足や予算問題、そしてニンピー問題<sup>(7)</sup>などによる自治体の非協調と民間事業主の消極的な参入により、介護サービス提供機関は政府の計画通りに設置されなかった<sup>(8)</sup>。介護サービス提供機関不足による老人長期療養保険制度実施に対する様々な懸念や不安が強まるなかで<sup>(9)</sup>、結局のところ、介護サービス提供機関整備の拡充は「公的部門中心」から「民間部門中心」へと移りかわった。

短期間かつ低費用で介護サービス提供機関の不足問題、特に地域間における介護サービス提供機関の不均衡問題を解決するため、保健福祉部は民間事業主に向けて積極的な市場参入を訴えた<sup>(10)</sup>。具体的には、民間事業主を対象にした介護事業の説明会を、2007年・2008年、2回にわたって全国的に開催し、介護事業の収益性をアピールした。

特に、在宅サービスの事業だけを対象にした2008年度の説明会では、プレゼンテーションなどを用いて在宅サービス事業の成功事例・失敗事例を紹介しつつ、成功する創業戦略を分析し説明した<sup>(11)</sup>。つまり、介護サービス事業の

具体的な内容を理解してもらうための事業説明会ではなく、徹底的にビジネスの観点から説明かつアピールした創業説明会であった。

また、保健福祉部は初期投資額の少ない小規模入所施設の設置を積極的に進め、設置に必要な資金の80%まで融資が受けられるようにした<sup>(12)</sup>。さらに、2008年には報道資料を出して「真面目に施設を運営すれば十分な収益が得ることができるように介護報酬が算定されており、また、真面目な事業主が運営上、財政的に厳しい状況になったらいつでも介護報酬の水準を調整する計画を持っている。」と発表し、民間事業主を安心させた<sup>(13)</sup>。

当時民間事業主は、介護サービス提供機関の設置資金と今後の運営収支の予測を立てることの難しさから、介護市場への参入をためらっていた<sup>(14)</sup>。ところが、介護事業の収益性に対する保健福祉部の宣伝と適切な介護報酬算定の約束を信じ、多くの個人事業主が利益を求めて私有財産を投資して参入した。

## (2) 営利化政策の矛盾の発生と非営利化への方針転換 —「社会福祉法人及び社会福祉施設財務・会計規則」改正による営利化政策の実質的変化内容—

財務・会計規則の適用に関する具体的な内容の確認に先立ち、韓国の介護サービス提供機関とその法的根拠について確認しておこう。韓国では、介護サービスの内容によって、供給機関の設置・運営の法的根拠が異なっている。施設サービスを提供する機関(介護施設)は、全て老人福祉法に法的根拠がある。一方、在宅サービスを提供する事業所(以下、在宅事業所という)の場合、法的根拠によって在宅長期療養機関と在宅老人福祉施設の2つに分かれる。

在宅長期療養機関は、老人長期療養保険制度

の導入に伴い、新しく設置・運営されている在宅事業所であり、老人長期療養保険法に法的根拠があるので、別の認可がなくても、同制度の利用者に在宅サービスを提供することができる在宅事業所である。

一方、在宅老人福祉施設は、老人福祉法に法的根拠がある、老人長期療養保険制度導入以前から運営されていた在宅事業所で、老人長期療養保険制度導入に伴い、同制度の利用者に在宅サービスを提供するため、在宅長期療養機関と同様の設置基準や人員配置基準などを満たして新しく認可を受けた在宅事業所である。在宅長期療養機関と在宅老人福祉施設の異なる点は法的根拠だけで、他はほとんど同じである。

老人長期療養保険制度の施行初期には営利事業を許可する営利化政策が取り入れられ、個人事業主は法的にも実質的にも営利事業が認められていた。それで営利施設と区分される事業登録証が発行され、所得税を納める義務が課されていた<sup>(15)</sup>。

ところが2012年8月から段階的に介護サービス提供機関の財政運営に対する国の厳しい規制強化が始まった。その内容は「社会福祉法人及び社会福祉施設財務・会計規則」を、営利を目的に介護サービスを提供していた一部の営利事業主、具体的には老人福祉法に法的根拠があって社会福祉施設に位置づけられている全ての事業主に強制的に適用させることであった。

財務・会計規則の本来の名称は「社会福祉法人財務・会計規則」であった。その名の通り、財務・会計規則は社会福祉法人が運営する施設だけを対象としていた。社会福祉法人の財務・会計における明確性及び公正性を期することで社会福祉法人の合理的な運営に寄与するため1988年2月に制定された。その後、この財務・会計規則は、韓国の社会福祉法人及び施設にお

ける施設利用者の人権侵害問題や施設代表者の不正請求、そして私的利益の追求などの問題が深刻となり、法人及び施設の運営における透明性の要求が強かったことから、いくつかの改正を通じてその内容がさらに強化され実施されていた<sup>(16)</sup>。

社会福祉法人以外の民間主体が運営する社会福祉施設では、保健福祉部の主導で開発された会計情報システムである「国家福祉情報システム」を利用して会計管理が行われていた。しかし、「国家福祉情報システム」は「社会福祉法人財務・会計規則」とは異なり、その使用義務が法的に定められていなかったため強制力を持っていなかった。そして、民間施設の会計内容を確認する権限もなかった。そこで政府は、全ての社会福祉施設に適用できる共通の財務・会計規則を法的に定めることで政府の管理下に置き、施設運営の透明性の強化を図ろうとした<sup>(17)</sup>。

政府は「施設を設置・運営するものは保健福祉部令で定める財務・会計に関する基準に従って施設を透明に運営しなければならない」との内容の規定が含まれている社会福祉事業法改正案を提案した(2010年6月9日)。この社会福祉施設における財務・会計規則の適用に関する規定については、特に異議がなくそのまま政府案を採択することが定められた<sup>(18)</sup>。最終的には保健福祉委員長が提出した修正案が可決され(2011年6月29日)、これを基に改正された社会福祉事業法が2011年8月4日に公布された。

「社会福祉事業法」の改正に伴い、その後、社会福祉法人施設に限られて適用されていた財務・会計規則の適用範囲を拡大するため、「社会福祉法人及び社会福祉施設財務・会計規則」が2012年8月7日に改正され、2012年9月2日に施行された。この改正によって老人福祉法に

法的根拠があって社会福祉施設に位置づけられていた全ての介護サービス提供機関に財務・会計規則の適用が義務化された。それにより、営利事業主、特に介護業界の多くを占めている個人事業主はこれまで私有財産を投資して独立採算制で施設サービスを営利事業として営んできたにもかかわらず、他の非営利施設と同様に施設の財政運営において国の厳しい規制と監督を受けるようになった。

問題は、「社会福祉法人及び社会福祉施設財務・会計規則」第8条(予算総計主義原則)<sup>(19)</sup>、第15条(予算の目的外使用禁止)の規定において<sup>(20)</sup>、利益の自由な転用が禁じられており、法律上、営利事業に対する制限がされていることである。非営利機関である社会福祉法人向けに作られた財務・会計規則を、国からの補助金なしに営利を目的に施設を運営している営利事業主にも一律的に強制適用させるのは営利事業主の特性を明らかに無視している。

当然、反発の声は非常に大きかった。突然、営利事業から非営利事業に転換された個人事業主から、財務・会計規則の強制適用は不合理であり、不公正であるとの批判と指摘が絶えず提起された<sup>(21)</sup>。これらを受けて、一部の議員(Oh議員の他9人)らは、現行の財務・会計規則が個人事業主の実情に合わせて修正できるようにする改善案(老人長期療養保険法一部改正法律案)を提出した(2014年3月21日)。

その内容は次の通りである。「国や自治体の補助金を受けずに、民間の資本で運営されている介護機関まで一律的に財務・会計規則を適用することは民間施設の自律性を制約する恐れがある。それゆえ、保健福祉部長官は減価償却費に該当する金額に対する積立、修繕積立金の積立、剰余金の処理方法など介護機関の自律性を考慮して、財務・会計規則を設ける必要がある。

一方で、在宅事業所は社会福祉施設に該当しないことから財務・会計規則の適用を受けていないので、公正性を考慮し財務・会計規則を規律する必要がある<sup>(22)</sup>。」

これについて保健福祉委員会(2014年11月19日)で保健福祉部は、「指摘された部分は法で規定するほどの事項ではないが、財務・会計規則を作る際に反映するようにする。」と答えた<sup>(23)</sup>。また、財務・会計規則の適用を受けていない、老人長期療養保険法に法的根拠がある在宅事業所向けの新しい財務・会計規則を作ることを明らかにした。そして、老人福祉法により設置・運営されている介護施設の今後の財務・会計規則の適用については、「個人事業主が運営している施設の場合、不公正問題が提起できると考える。ただし、(個人事業主は)老人長期療養保険制度導入以前から老人福祉法に基づいて設置・運営されているので、社会福祉事業法の法体系に従わせるのが適正であり、不公正の問題が発生する場合は、調整の余地があると判断している。」と答えた<sup>(24)</sup>。

さらに、保健福祉委員会(2014年12月4日)で保健福祉部は、「社会福祉法人(法)により財務・会計規則が適用されても、個人事業主が運営する介護サービス提供機関に対しては、運営充当積立金、環境改善積立金などの条項をより緩和し、剰余金など追加的な条項を十分に論議し、不利益が受けられないように措置をとる。」と約束した<sup>(25)</sup>。

保健福祉部は一日も早く全ての介護サービス提供機関に財務・会計規則を適用するため改正法案の可決を強く求めた。だが、政策懇談会では改正法案の可決を巡って意見が分かれた。たとえば、「介護機関は一般事業主と法的な位置づけが異なるため改正案のように(財務・会計規則を)定めるのが公共福利のため合憲的であ

る」との賛成意見と、「公共機関と同様な財務・会計規則を適用するのは規制緩和の流れに逆行する、個人施設に会計基準を適用するのは不合理であり、私有財産権の侵害である」との反対意見があった<sup>(26)</sup>。

これらの反対意見について法制司法委員会(2016年5月16日)で保健福祉部は、「2012年8月に財務・会計規則が施行されてから個人事業主は利益を自由に使うことが出来ず、施設に再投資しなければならなかった。しかし、この法を制定すると合法的に利潤の一部を使うことができる。むしろ規定が設けられるので、安心して運営することが出来るのではないかなと考えている。(中略)この法案が可決されたら介護報酬を現実化する方向に検討する。」と述べた<sup>(27)</sup>。

何度も繰り返される政策懇談会で保健福祉部は、介護現場の現状や財務・会計規則の必要性、そしてその意義などを説明し、改正法案の可決を訴えた。結局のところ、改正法案は政策懇談会で指摘された点を修正し、補完策を設けることに保健福祉部が同意し、ようやく可決された(2016年5月16日)。

しかし、改正法案の可決の代わりに個人事業主の実情を考慮し、利潤の自由な個人転用が合法的にできるようにし、不利益を受けないようにする、という保健福祉部の約束は守られず、個人事業主は2012年8月に財務・会計規則が適用されて以来、非営利事業に転換され今日に至っている。

以上のように施設サービスを提供する個人事業主は営利事業を実質的に制限している財務・会計規則の適用を受けて、法律上、次第に非営利的な性格の事業主体として変化していると考えられる。しかし、保険福祉部は財務・会計規則の強制適用を通して個人事業主の営利事業を実質的に不可能あるいは困難にした張本人でありながら、依然として個人事業主が営利を目的に施設を運営していると主張し、営利施設と見なしている。

以上の政府の主張と関連法律の改正内容を踏まえて、老人長期療養保険制度導入から現在に至るまで、実質的に施設サービスの現場に体现されていると考えられる政策を時期区分してまとめると表1ようになる。

老人長期療養保険制度導入から現在に至るまでの営利化政策の変化について次のことが言える。同制度の実施初期における施設サービスを提供していた個人事業主は、営利政策下で営利事業が認められ、その利益から所得税を納めていた営利事業主であった。しかし、施設会計における規制強化の一環として行われた財務・会計規則の強制適用によって2012年8月から個人事業主は制度上、営利事業に制限が加えられている。このことから、韓国では文在寅政権以前の2017年4月までは表面的には営利政策とされていたが、実際の施設サービスの現場はそれよりもっと早い段階から事実上、非営利化が進行していったと考えられる。

表1 老人長期療養保険制度における実質的な営利化政策の変化内容

区分	2008—2012.7	2012.8—2017.4	2017.5—現在
政府の主張・建前	営利	営利	非営利
法制度	営利	非営利	非営利
施設サービスの実態	営利	非営利	非営利

出所：筆者作成。

## 2. 韓国における老人長期療養保険制度の営利化政策及び非営利化に関する先行研究の動向

韓国の老人長期療養保険制度政策に関する先行研究のほとんどは主に「市場化政策」に焦点を当てている。市場化政策は老人長期療養保険制度の導入前から活発な論議が行われたテーマであり、同政策の問題や影響などを取り上げた多様な先行研究が数多く存在する。

しかし、本稿の研究テーマである、老人長期療養保険制度におけるもう一つの重要な政策の「営利化政策」に関しては、同政策が引き起こした諸問題や政策自体を批判する研究は多くみられるものの、同政策に焦点を絞って綿密に分析を行っている先行研究は極めて少ない。特に営利化政策の実質的な変化についてはあまり関心が払われていない。

2013年以降に発表された既存研究を中心に検討すると、介護施設を運営主体別に区分して明記する際に、営利化政策の動向を述べているものもあるが、その数はとても少なく、多くの研究では言及すらされていない。その中からいくつかの研究を紹介する。

Sunは2008年から2013年までの老人長期療養保険統計年保を用いて介護施設の施設評価を分析し、その結果から示唆を見出している。この研究でSunは介護施設を運営主体別に分けて綿密に分析しているが、その際に、個人事業主を個人営利事業主と明記している。さらに、個人施設は営利追求型であるため、非営利型の法人や自治体施設に比べ、施設運営のための再投資がほとんど行われていないと述べている<sup>(28)</sup>。

そして、Sunは介護サービス提供機関の設置現状の分析においても、個人施設を個人営利施設に、そして個人事業主を個人営利事業主としている<sup>(29)</sup>。

Suk他は老人長期療養保険制度における公共性強化に関する研究で次のように営利を定義している。営利とは、事業の利潤を追求し、またその利益を構成員に分配することによって経済的な利益を図ることであり、利潤をその構成員に分配しない限り、非営利事業の目的を達成するための収益行為は許されると定義づけている<sup>(30)</sup>。

さらにSuk他は、営利と非営利の区分は、利益を追求する事業ができるかどうかによって区分されるのではなく、収益の帰属によって区分されると論じている<sup>(31)</sup>。Suk他はこの営利の定義に基づいて、公立や非営利法人が運営する機関は非営利機関であり、個人や営利法人が運営する機関は営利機関であると区分した上で<sup>(32)</sup>、個人施設を営利施設と明記している。Suk他が上記の営利の定義を用いて、より正確に介護施設の運営主体を区分するためには、実質的な運営状況を踏まえる必要があるが、この研究ではそこまで踏み込んでいない。

Sunの研究は韓国の国政研究機関である韓国保健社会研究院が定期的に発刊している学会誌に掲載されており、Suk他の研究は保健福祉部の発注を受けて行われたものである。これらの研究は国家政策に用いられる研究であるため、老人長期療養保険制度における政策の動向について正確に把握し、分析を行う必要がある。ところが、これらの研究では営利化政策における動向については全く触れておらず、ただ辞書的な意味だけで個人施設を営利施設と判断している。

営利化政策について一言及した研究としては、たとえばKwon他の研究が挙げられる。同氏は、公共性が介護施設のサービスの質にもたらす効果に関する研究で、個人施設を営利施設と明記しない理由について次のように述べている。全ての介護施設は2012年8月に財務・会計

規則の改正によって毎年管轄市長に会計申告の義務があり、また2013年から所得税と法人税が免税になっていることから、営利事業から非営利事業に変わっている。それゆえ、個人施設を営利施設と明記することは矛盾していると指摘している<sup>(33)</sup>。

Namは、介護サービス提供機関の倫理経営がもたらす影響を分析する研究で、介護施設の運営主体を巡る議論について述べている。介護施設が非営利団体かそれとも営利を目的とする営利団体を巡って今も議論があるが、制度上における個人施設は社会福祉機関として分類されていると述べている<sup>(34)</sup>。

Kim他は、介護施設を営利施設と非営利施設に区分し、従事者の業務環境について比較分析を行っている。Kim他は、社会福祉法人施設を非営利に、個人施設を営利に分類している。現在政府は、営利事業主にも財務・会計規則を適用させており、収益は目的事業以外に使用することが制限されている。ところが、社会福祉法人施設の目的が社会福祉という非営利性にある反面、営利施設は根本的に利潤の追求を目的としているため、運営主体の根本的な性格が相異していると述べた上で、社会福祉法人施設と個人施設を区分している<sup>(35)</sup>。

Kimは、日韓の介護サービスにおける市場化に着目している。それによれば、在宅事業所と介護施設は個人(営利事業主)と法人(主に社会福祉法人)が大部分を占めている。特に営利事業主である個人が最近その地位をさらに固めていると韓国の介護市場を分析した上で<sup>(36)</sup>、さらに(準)市場化によって供給者間における競争が激化していることから、事業主による不法・不正問題が大きな課題になっていると述べる。その対応として半強制的に政府による営利事業主への非営利化が図られていると、営利化政策

の動向について若干言及している<sup>(37)</sup>。

これらの研究では、老人長期療養保険制度における営利化政策の動向について認識しているものの、営利化政策に着目して行われた研究ではないため、介護現場の実態まで踏み込んでいない。さらにこれらの研究は、全ての介護施設が財務・会計規則に沿って運営されていることについては認めているものの、個人施設の運営主体に対する意見は分かれている。

2013年以降における介護施設の運営の状況が分かる研究としてKwonがある。同氏は、市場化が介護サービスの質にもたらした影響について韓国の介護施設248カ所を対象にアンケート調査を行い、以下のことを明らかにしている。

まず、供給者間における競争は介護サービスの質においてあまり有意な関連が見られなかった<sup>(38)</sup>。また、待機者がいない施設に比べ、待機者がいる施設であるほど介護サービスの質が高かった<sup>(39)</sup>。そして待機者が多い施設のほとんどが公共施設であった<sup>(40)</sup>。最後に、個人事業主が経営している施設に比べ、公共施設の方が職員の離職率が低く、介護サービスの持続時間も長かった<sup>(41)</sup>。

つぎにPark他は、老人療養共同生活家庭(日本のグループホームに該当)の運営長8人を対象に面接を行い、老人療養共同生活家庭が抱えている財源問題と伝達体系(delivery system)問題について分析している。韓国における社会福祉施設の業務は、社会福祉施設情報システムによって統合管理されている。Park他が実施したヒアリング調査によると、現在の社会福祉施設情報システムには職員に関する様々な個人情報も保存されていることから、個人情報の漏えい、プライバシーの侵害などが伝達体系の問題として指摘されている他、社会福祉施設情報システムの使い方の難しさや行政業務管理にお

ける二重管理体制などの問題も挙げられている<sup>(42)</sup>。そして、財源の問題としては、現実に見合っていない低介護報酬や多額の負債、そして人件費の削減などが指摘されている<sup>(43)</sup>。

KwonとPark他の研究は、2013年以降の介護施設の現状と問題を調査した貴重な研究だが、Kwonの研究はアンケート調査を用いた量的調査として、主に市場化政策に着目して分析している。そして、Park他の研究は老人療養共同生活家庭が抱えている諸問題を明らかにしているが、施設の運営状況までは明確にしている。それゆえ、これらの研究は必ずしも介護施設の実態をきめ細かく把握していると言い難く、また営利化政策に関連して、実際の介護現場がどのような状況に置かれているかまで十分に把握し難い。

以上の先行研究を踏まえて本稿では、既存研究であまり取り上げられていなかった営利化政策の動向に着目する。2012年8月から段階的に始まった営利化政策に相反する一連の規制強化により、施設サービスの実質的な非営利化が進行していったと考えられる。

ところが、この時期における介護施設の運営実態が必ずしも十分に明らかにされていないことから、現在も研究者の間で意見が分かっている。そこで本稿では、実際の2012年8月から2017年4月までの期間に介護施設の運営実態が分かる質的調査を実施し、個人事業主の介護事業が営利か非営利かを明確にした上で、実際の施設サービスの現場がどのような政策下に置かれているのかを明らかにする。

### 3. 韓国の介護施設の運営の実態 —施設サービスの供給側のヒアリング調査の分析から—

以上の問題関心と先行研究の動向から、実際

の介護施設の運営実態を明確にするため、介護施設を対象にヒアリング調査を行った。

#### (1) 調査期間・対象・方法

調査対象は韓国の介護施設6ヶ所の運営者と療養保護士<sup>(44)</sup>を対象とした。さらに、介護施設を運営主体によって公立施設と非営利法人施設、そして個人施設の大きく三つに分類した。そして、介護施設の立地による違いが実際に介護施設の運営に影響を与えると想定し、その点を踏まえて、都心部と農村部それぞれの地域で多様な施設が含まれるように施設規模や位置、そして設置年度などを考慮して選定した。

調査期間は施設現場で実質的に非営利化が進行していったと考えられる期間にあたる2016年9月12日から10月1日にかけて韓国で行った。質的調査を行ったこの時期は韓国で政権交代が行われる前の時期で、営利化政策と非営利化政策の分かれ目の時期である。

調査方法は個人施設と公立・非営利法人施設との比較ができるヒアリング調査を行った。そして、調査対象者に質的調査にあたって、本人の理解と同意を得るため、研究目的、研究内容、質的調査方法、調査の内容は研究以外の目的に使用しないこと、研究への参加は自由意志であること、同意した者のみ参加となること、研究への参加により対象者に対して不利益が生じないこと等を口頭と書面の双方で丁寧の説明した。その上、調査対象者の理解と承諾を得て、本人が特定されない形で研究を実施した。表2はヒアリング調査を行った介護施設、運営者、療養保護士の基本情報である。

調査分析はヒアリング調査を基に、財政状況、利用者の確保、療養保護士の給与、療養保護士の勤務体制、介護施設の評価制度の結果の5つの検討項目を挙げ、介護施設の運営主体別

表2 ヒアリング調査を行った介護施設及び対象者の基本情報

区分	介護施設				ヒアリング対象者			
	勤務施設	設置年度	所在地	入所者数	対象者	職位	性別	勤務期間
公立	A施設	2005.5.1	ソウル市	119人	1	施設長	女	2005年～
					2	療養保護士	女	2009年～
					3	療養保護士	女	2008年～
	B施設	2007.10.1	ソウル市	76人	4	施設長	女	2012年～
					5	療養保護士	女	2009年～
	C施設	2006.2.10	横城郡 (フェンソン)	80人	6	事務局長	男	2006年～
非営利 法人	D施設	2002.1.29	ソウル市	90人	7	施設長	男	2002年～
					8	療養保護士	女	2006年～
個人	E施設	2004.1.8	横城郡 (フェンソン)	20人	9	事務局長	男	2007年～
					10	療養保護士	女	2014年～
	F施設	2013.10.31	安山市 (アンサン)	9人	11	事務局長	女	2015年～
					12	療養保護士	女	2015年～

出所：ヒアリング調査で得た情報をもとに筆者作成。

注：A～E施設は日本の特別養護老人ホームに該当、F老人療養共同生活家庭は認知症グループホームに該当する。

A～B施設は社会福祉法人が、C施設は医療福祉法人が自治体から委託運営している。D施設は非営利社会福祉法人である。そして、A・B・D・F施設は都心部(首都圏)に、C・E施設は農村部に位置している。

の比較分析を実施した。

本研究は調査の目的上、より多様かつ多数の個人施設を調査対象にする必要があったが、質的調査を行う際に個人施設の数を増やすことが出来なかった。そこで以下、必要に応じて入手可能な関連資料や政府統計などを用いながら分析を行う。

## (2) 介護施設の実態に関する調査分析の内容

### ① 財政運営

まず、施設の財政運営の状況から見て行く。保健福祉部及び一部の研究者たちは、個人施設が営利を目的に運営しているので、営利施設であると見なしている。しかし、介護現場の人たちは個人施設を非営利事業を営む施設として認識していた。

個人施設の運営者に施設の財政運営についてお話を伺ったところ、E施設の運営者は次のよ

うに語った。「個人事業主が参入したきっかけは国民健康保険公団が、個人事業主に介護事業を収益事業として説明し、収益が出たら自由に使ってもいいと宣伝した。それで、多くの個人事業主が自分の財産と投資して、施設を設置した。国税庁も収益事業だから税金を払いなさいと言って税金を払っていた。だが、2013年から収益事業から社会福祉事業に転換された。(中略)政府は介護報酬で施設の構造調整を行っている。言うことを聞かないと閉鎖措置をする。今は施設が溢れているから。制度がある程度定着段階に入ってから、サービス利用者が多くなり、財源もなくなっているので返還を始めた。介護報酬は支給するが、少しでも型から離れると不正請求だとして返還し、2、3度目は行政処分を行う。公共に転換させている。前は営利事業が認められていたから利潤を自由に使うことができたが、今は使えない。財務・会

計規則に沿って、収入と支出の項目に合わせてお金を使わなければならない。営利施設がなくなっている。」

また、F施設の運営者は「社会福祉事業をやっている。お金のためではない。知らない人からみるとたくさんお金を稼いでいるようにみえるかもしれないが、正直、収支が合う事業ではない。」と語った。

さらに、非営利法人施設であるD施設の運営者も「施設サービスを提供している個人事業主は一般個人事業主のようにできない。法に抵触するので。個人施設の財政運営は国の管理・統制を受けているので、営利と見なすことには限界がある。現場の人たちは営利ではないと言っている。」と述べた。

以上の証言からわかるように、介護現場では現在の個人施設を非営利施設として見なしている。そして実際の個人施設の運営者たちは、他の非営利施設と同様に、財務・会計規則に沿って財政運営を行っていた。しかし、個人施設は非営利施設でありながらも、他の非営利施設とは明確に異なる収益構造を持っていた。

寄せられた情報に基づいて収益構造を施設ごとにまとめたところ、介護施設の運営主体によって明確な差があった。表3はヒアリング調査を行った介護施設の収益構造をまとめたもの

であり、表4はヒアリング調査を行った介護施設の2016年の収入状況である。

運営主体を問わず介護施設の主な収入源は介護報酬である。ヒアリング調査を行った全ての介護施設の運営者は現行の介護報酬について、「現実に見合っていない。」と口を揃えて答えた。そして「介護報酬が低く抑えられており、その上、介護報酬の中に人件費が含まれているため財政的に非常に厳しい状況だ。」と介護報酬の問題を指摘した。

措置制度下では、職員の人件費や施設の管理費、そして利用者の食費など施設運営に必要な経費を国や地方自治体が100%を負担していた。そして民間企業が主催する福祉事業のプロポーザルに参加して確保した民間資金や一般寄付金なども介護施設の財源に含まれていた<sup>(45)</sup>。それにより介護施設の現員が定員より少ない場合でも施設を安定的に運営することができた。ところが、老人長期療養保険制度の導入後は、介護報酬で自主的に施設の存続に努力をしなくてはならなくなった。

老人長期療養保険制度下の介護施設の収入状況は措置制度の時代と比べると決して良いと言えないが、それでも公立や非営利法人施設の場合、支援金や寄付金といった補助的な収入がある<sup>(46)</sup>。しかし、個人施設の場合、介護報酬以

表3 ヒアリング調査を行った介護施設の収益構造

区分	公立			非営利法人		個人
施設	A施設	B施設	C施設	D施設	E施設	F施設
介護報酬 (自己負担金)	○	○	○	○	○	○
法人支援金	○	○	○	○	—	—
運営費補助金	○	○	○	○	—	—
寄付金	○	○	—	○	—	—

出所：ヒアリング調査で得た情報をもとに筆者作成。

注：A～C施設は非営利法人が自治体から委託運営しているため、運営主体は公立施設であるが法人支援金がある。補助金は国からのものである。

表4 ヒアリング調査を行った介護施設の2016年度の収入状況

区 分	公立	公立	非営利法人	個人
	A施設	B施設	D施設	E施設
介護報酬	65%	69%	65%	78%
自己負担金	25%	24%	7%	17%
補助金	1%	1%	13%	4%
事業収入	0%	0%	0%	0%
法人支援金	1%	1%	0%	0%
寄付金	0%	0%	4%	0%
繰越金	7%	4%	11%	1%
その他収入	0%	1%	1%	0%
合 計	100%	100%	100%	78%

出所：各施設がホームページで公開している収支決算書をもとに筆者作成。

注：E老人療養施設は2017年度の収入状況である。補助金の内訳は国・自治体から支給される基礎生活保護者・低所得層の利用者の自己負担金と運営費補助金である。しかしE施設は運営費補助金を受けていないという証言があったので、おそらく運営費補助金は含まれていないと思われる。

外の収入はほとんどない。

個人施設のF施設の運営者は現在の施設の財政運営の状況について次のように語った。「法人には財政的支援があると思うが、個人は全くない。1から10まで全部事業主が賄っている。寄付金も全くないし、1年中、何か月は必ず借入金をして運営している。奉仕と愛の精神がないとできない。」

そして、E施設の運営者は次のように語った。「韓国の場合、法人施設と個人施設を徹底的に区分している。個人施設は補助金も人件費の支援も全くない。全ての支援と恩恵は法人が受けている。個人施設は簡単に言えば、独立採算制だ。」

措置制度の時代に無料養老院を運営していたE施設の運営者は、政府から介護施設に転換すると介護報酬が提供されるので以前より運営状況がよくなると言われ介護施設に転換した。しかし現在は、現実に見合っていない介護報酬や突然の非営利への事業転換、そして不平等な支援政策などにより今後の施設運営について非常

に悩まされていた。

以上のように、個人施設は他の非営利施設とは異なり、専ら介護報酬に依存する収益構造を持っている。しかし、介護報酬が現実に見合った適切な水準ではないため<sup>(47)</sup>、営利追求どころか、真面目に運営しても施設を維持していくことが非常に難しかった。その上、大部分の個人施設は小規模施設で、利益創出効率がとても悪い。また、施設を設置する際に政府の勧めによって銀行から融資を受けて設置しているため、融資の返済で経済的に非常に深刻な状況に置かれていた。

## ② 利用者の確保

次に、利用者の確保である。国庫負担による補助金で運営されていた措置制度時代とは異なり、老人長期療養保険制度下では利用者の介護度や数が介護施設の収入を左右すると言っても過言ではない。そのため、介護施設を安定的に運営するためにはなによりも利用者の確保が大前提となる。施設の存続のため、利用者の確保

を巡る競争が一段と厳しくなっている今、これについて運営者たちはどう思っているのか。

ヒアリング調査によると、公立や非営利法人施設は、独占的に運営していた措置制度とは違い、多様な供給主体と競争しなければならなくなったが、競争に対する体感度は意外と低かった。公立や非営利法人施設を運営している運営者たちは、利用者確保の競争について、「施設

は常に満室を維持しており、待機者も多いので利用者確保の競争に参加する理由はいい。」と答えた。

これとは対照的に個人施設は、収入源が介護報酬によって賄われているため、当然ながら利用者を確保することに必死になりがちだが、現実には施設の定員を埋めることすら難しく見えた。

表5 ヒアリング調査を行った介護施設別待機者数の比較

(単位：人)

区分	公立			非営利法人	個人	
	A施設	B施設	C施設		D施設	E施設
施設						
定員	119	76	86	90	20	9
現員	119	76	86	90	19	9
待機者	243	140	20	30	0	0

出所：ヒアリング調査で得た情報をもとに筆者作成。

表5はヒアリング調査を行った介護施設の待機者数を比較したものである。これを見ていくと、満室で待機者が多い公立や非営利法人施設とは異なり、個人施設の待機者はゼロである。その背景には韓国における個人施設に対する悪い評判がある。

たとえば、メディアの多くは個人施設について「お金を目的としているので介護サービスは後回にされている<sup>(48)</sup>」、「多くの施設は利用者を介護対象としてみるのではなく、介護報酬を持ってくる金蔓として見ている<sup>(49)</sup>」、「施設はお金儲けに血眼になっており、高齢者の人権問題が深刻である<sup>(50)</sup>」と報道している。

また、施設環境なども公立や非営利法人施設に比べて劣っているため、利用者がなかなか集まりにくい。さらに、定員が埋まったとしてもすぐ空室が出てしまうので、個人施設は利用者が減る事への危機感や利用者確保への負担感が非常に強かった。

E施設の運営者は次のように語った。「個人

施設の位置づけというのは、公立や非営利法人施設への入所ができず行き場を失った利用者の受け皿となっている。」つまり、個人施設は利用者が公立や非営利法人施設に入所できるまでの間、入所して生活する施設として位置付けられていた。

### ③ 療養保護士の給与

次に、療養保護士の給与である。老人長期療養保険制度が導入された時の介護報酬の標準モデルによると、介護施設で働く療養保護士の給与は月190万ウォン(約19万円)と定められた<sup>(51)</sup>。しかし、この金額と実際に療養保護士が受け取っている給与に大きな隔たりがあった。

ヒアリング調査の結果、介護施設によって療養保護士の給与に差はあるものの、現在も月190万ウォンの給与を受け取っている療養保護士は一人もいなかった。最も高い給与をもらっている療養保護士は10年の経歴を持つD施設の療養保護士であり、次がB施設の療養保護士、

表6 運営主体別療養保護士の月収水準(2016年11月2日現在) (単位:ヶ所)

運営主体	給与(万ウォン)			
	130～139 (約13～13.9万円)	140～149 (約14～14.9万円)	150～159 (約15～15.9万円)	160～ (約16万円)
公立	0	0	0	2
非営利法人	1	2	6	1
個人	11	27	10	1

出所: 求人サイト Incruit、<http://alba.incruit.com>(2016年11月2日最終閲覧)より算出、筆者作成。

その次がA施設とE施設の療養保護士、最も給与の低い療養保護士はF施設の療養保護士であった。また、同じ個人施設の中でもE施設の場合、自治体から療養保護士に直接支払われる手当があったが、F施設はなかった。

さらに、韓国でメジャーな求人サイトの一つである求人サイトで実際に療養保護士を募集している全て(60ヶ所)の介護施設を調べ、療養保護士の給与を比較した(表6)。その結果、やはり月190万ウォン以上の給与で募集している介護施設は1ヶ所もなかった。そして、運営主体別では個人施設における療養保護士の給与が最も低かった。

このように個人施設における療養保護士の賃金が低いことについて、政府は、「民間(営利)施設が利益を残すため、療養保護士に正当な賃金を支払っていない。」と、施設の運営の在り方を批判した<sup>(52)</sup>。これに対して個人施設の運営者たちは、「療養保護士の賃金は介護報酬の収入内で支払っているが、そもそも介護報酬自体が現実かつ業務に見合っていないほど低く抑えられているので、適切な賃金を療養保護士に支払うことができない。」と、反論している。

さらにE施設の運営者は、「療養保護士の賃金が低いということは十分わかっている。しかし、常に人件費削減圧力にさらされているので、施設の存続のため、また赤字になるのを避けるため仕方なく人件費を抑制している。」と

述べた。

療養保護士の給与が介護施設の運営主体によって差があるのは、個人施設が利潤を確保するため療養保護士の給与を削減している、というより、療養保護士の給与がただでさえ低い介護報酬から支払われているので、介護報酬だけが収入源である個人施設にとってはこれ以上給与を上げる余裕がないからである。

そしてこれは、個人施設だけではなく他の施設にも該当することで、たとえば、A施設の運営者は、「良い人材を雇いたいが、そうすると、その分人件費が上がるので、施設の運営上、良い人材の雇用は難しい。」と語った。

また、C施設の運営者も、「保険制度に移行してから、賃金が低くなり、熟練介護職員がみんな他の職種に転職してしまった。現在、働いている療養保護士のほとんどは保険制度の施行後に新規採用された人で、経歴が短く、仕事にも慣れていない中高年層が多い。ある意味で、老人福祉の質自体が低下したと言えるだろう。」と語った。D施設の運営者も、「措置制度の頃は、20～30代の職員が多かったが、保険制度になってからは、低い賃金が原因で他の社会福祉施設に移った。良い人材を採用するのが一番大変だ。」と語った。

介護施設の運営主体によって、療養保護士の給与に差はあるものの、療養保護士の給与が低賃金であることは変わらなかった。また、介護

表7 運営主体別療養保護士の勤務体制(2016年11月2日現在) (単位:ヶ所)

運営主体	勤務体制			
	24時間勤務	2交代	3交代	合計
公立	0	1	1	2
非営利法人	0	7	3	10
個人	24	18	7	49

出所:表6と同じ。

施設の運営主体を問わず、運営者たちは介護報酬から支払われている療養保護士の給与の低さゆえに生じる難しさを感じていた。

#### ④ 療養保護士の勤務体制

次は、療養保護士の勤務体制である。介護施設の運営主体によって異なる収益構造や異なる競争環境は当然ながら介護職員の待遇にも影響を与えており、療養保護士の勤務体制においても運営主体による明瞭な差が存在していた。表7は求人サイトで療養保護士を募集している60ヶ所の介護施設における療養保護士の勤務体制を運営主体別にまとめたものである。

公立や非営利法人施設の場合、2交代制と3交代制の勤務体制が多い反面、個人施設の場合、「ポンダン<sup>(53)</sup>」あるいは「ポンダンダン」と呼ばれる24時間勤務体制が非常に多かった。そして、ヒアリング調査を行った介護施設の療養保護士の勤務体制を調べた結果、表7と似たような結果が得られた。A, B, C, E施設は3交代を、D施設は4交代の勤務体制を採用していたが、F施設の場合、3人の療養保護士がローテーションでポンダンダン勤務体制で業務を行っており、一人の療養保護士が全ての利用者9人を朝9時から翌日の朝9時まで24時間ケアしていた。

F施設の運営者はこの勤務体制について、「利用者の人数が少ないので一人の療養保護士が全員を対応しており、24時間勤務の間に7時間の

休憩時間も設けられている。」と語った。しかし、実際にF施設で働いている療養保護士にヒアリング調査を行うと、「24時間勤務しているから、体が大変だ。全然寝られない時もある。24時間勤務の間に休憩はほとんどない。常に働いている状態だ。(中略)職員の休憩室もない。いつも床で寝ている。」と語り、二人の意見に多少食い違いがあった。

24時間勤務の間に法的休憩時間が設定されているが、実際にはほとんど確保できず、一人の療養保護士が休むことなく24時間フルで働くという。問題は、休憩が取れない分の給与の支払いが全くないということである<sup>(54)</sup>。また、療養保護士の休憩室も劣悪なため、仮寝するときは適当に床などでするなど、全体的な勤務環境は非常に低水準であった。

一方、A施設で3交代で働いている2人の療養保護士は、「ここはきれいで、運営も上手だし、長い歴史を持っていて体系的に整っている。私たちはこの施設で働けることに自負心を持っている。」と語り、勤務環境に満足しているように見えた。

労働者なら誰でもより良い勤務環境で働きたいと思っている。したがって、企業側は継続的な労働環境改善を通じて労働者の働く意欲を後押しする必要がある。しかし、個人施設では職員の処遇改善に取り組みたいと思っていながらもなかなかできない現実があった。

ヒアリング調査を行った個人施設の運営者た

ちは、「施設的环境改善や職員の処遇改善に取り組みたいと思っているが、介護報酬だけでは無理だし、だからと言って借金するのもできないのでなかなか難しい。」と嘆いた。また、「介護報酬を上げずに改善を強要するのはとても逆説的である。」と政府を批判した。

### ⑤ 介護施設の評価制度

最後に、介護施設の評価制度の結果<sup>(55)</sup>を通して、現在個人施設がどのように評価されているのかを見てみよう。表8は2009年から2015年にかけて4回実施された介護施設の評価制度の結果を、介護施設の運営主体に分けて平均点推移をまとめたものであり、表9は2015年度に

実施された介護施設の評価制度の結果をより詳細に示したものである。

まず表8を見ていくと、運営主体別の平均点は公立施設が最も高く、次が法人施設であり、個人施設が最も低い。そして、2015年度の介護施設の評価結果(表9)をさらに詳しく見ていくと、公立施設は、全体公立施設数の半分以上を占める53ヶ所が90点以上の点数を受けており、60点未満の施設は1ヶ所だけであった。

続いて法人施設は、1,248ヶ所の中で、90点以上の点数を受けた施設は364ヶ所であり、107ヶ所が60点未満の点数を受けた。一方、個人施設は、3,623ヶ所の中で、154ヶ所だけが90点以上の点数を受け、60点未満の点数を受

表8 運営主体別の介護施設数及び平均点数 (単位：ヶ所、点)

年度		2009	2011	2013	2015
公立	平均点数	89.7	89.1	84.9	87.6
	実施機関	58	104	107	96
法人	平均点数	83.8	83.1	77.3	80.1
	実施機関	584	1,220	1,278	1,248
個人	平均点数	68.3	70.2	66	69.7
	実施機関	549	1,864	2,266	2,267
その他	平均点数	68.5	71.3	70.9	78.4
	実施機関	3	7	13	12
計		1,194	3,195	3,664	3,623

出所：国民健康保険公団「2009～2015年長期療養機関評価結果」より筆者作成。

注：その他は宗教団体など。法人は非営利・営利両方含。

表9 2015年度評価点数区間別運営主体分布現状 (単位：ヶ所、%)

区分	実施機関	90点以上		80点以上		70点以上		60点以上		60点未満	
		機関	割合								
公立	96	53	55.2	26	27.1	9	9.4	7	7.3	1	1.0
法人	1,248	364	29.1	388	31.1	228	18.3	161	12.9	107	8.6
個人	2,267	154	6.8	476	21.0	597	26.3	514	22.7	526	23.2
その他	12	2	16.7	3	25.0	5	41.6	2	16.7	—	0.0
計	3,623	573	15.8	893	24.6	839	23.2	684	18.9	634	17.5

出所：国民健康保険公団(2016)「2015年長期療養機関評価結果」36ページより引用。

注：表8と同じ。

けた施設は526ヶ所であった。ここで注目すべきところは、60点未満の点数を受けた全体施設の中で個人施設が占める割合である。個人施設の場合、526ヶ所が60点未満の点数を受けたが、この526ヶ所という数字は、60点未満の点数を受けた全体施設の中で、約83%を占める数字である。

国会予算政策処の資料によると、2011年の施設評価で60点未満の点数を受けた介護施設

143ヶ所の中、2回連続で2013年にも同じ点数を受けた施設が32ヶ所もあった<sup>(56)</sup>。この結果から2015年度の施設評価においても同様に前年度に続き、60点未満の点数を受けた施設が多数含まれていると考えられる。

最後に、ヒアリング調査を行った介護施設の評価結果である(表10)。こちらでも、やはり公立や非営利法人施設の方が個人施設より良い評価を受けており、表9と同様の結果が得られた。

表10 ヒアリング調査を行った介護施設の施設評価結果

区分		2009年	2011年	2013年	2015年
公立	A施設	優秀機関	B	B	A
	B施設	—	C	A	A
	C施設	—	B	C	B
非営利法人	D施設	優秀機関	B	B	A
個人	E施設	—	D	D	D
	F施設	—	—	—	E

出所：国民健康保険公団(2016)「2015年長期療養機関評価結果」をもとに筆者作成。

個人施設が連続して同じ評価を受けているのに対し(E施設)、公立や非営利法人施設は、連続的に同じ評価を受けているところは見られない。公立や非営利法人施設は、評価が下がってもそのまま留まることなく、再び上がる傾向がみられる。これは、介護施設によって改善能力の違いがあること、つまり、公立や非営利法人施設に比べて、個人施設の方が改善能力が劣っていることを意味していると考えられる。

だが、施設間の格差は簡単には埋まらないであろう。なぜなら、施設評価実施の初年度と比較して介護サービスの質がそれほど高まっていないことに加え、運営主体による施設間の明確な格差が存在していることが以上の表から読み取れるからである。以下はE施設の運営者の証言である。

「サービスの質が落ちるのであれば、政府が直営化して自ら管理監督を実施して介護労働者に給与を払えば解決できるのに。多分しないだろう、お金がもったいないから。今後の政府政策が大型化なら、小規模個人施設は生き残れないと思う。法人施設とは出発点から違っている。最初から競争に遅れてしまったので、どれだけ頑張っても個人施設はいずれ淘汰されるであろう。」

E施設のように多くの個人事業主は政府の積極的な勧め及び宣伝によって介護市場に参入した。しかし、現在は営利事業から非営利事業に転換され、その上、低介護報酬や不公正な競争環境、そして個人施設に対する規制強化などによって激しい競争から淘汰されるのではないかと、今後の施設の存続を非常に危惧している。

#### 4. 調査結果のまとめと考察

本稿では、2012年8月から2017年4月までの期間を検討時期として設定し、この期間における介護施設の運営実態が分かる質的調査を実施した。その結果、この時期は政府の建前上、営利化政策が進められていたが、個人事業主は制度上だけでなく実質的にも営利事業に制限が加えられており、事実上、施設サービスの現場は非営利化が進行していったと言える。

実際の個人施設の運営状況は営利追求どころか施設の存続も難しい状況に置かれていた。具体的には、介護施設の運営に直接影響を与えうると思われる5つの検討項目を挙げて分析した結果、個人施設の運営状況は全ての項目において公立や非営利法人施設に比べ、不安定かつ劣悪であった。そして同じ個人施設の間でも農村部のE施設よりも、都心部のF施設の方が療養保護士の勤務環境など、より厳しい状況に置かれていた。

また、5つの検討項目はそれぞれ個別に独立しているのではなく相互に作用し、複雑に絡み合っており、ある一つの項目が悪い状態に陥ると、それがすぐさま施設全体にも悪影響を与えていた。

たとえば個人施設の場合、収入源が介護報酬しかないため、利用者の確保を重視するが、利用者は介護施設を選ぶ際に施設評価制度の結果などを参考にして、評価が高い公立や法人施設のサービスを希望する。そのため、相対的に評価が悪い個人施設には利用者が集まりにくく、財政状況がますます厳しくなっていく。これらはまた療養保護士の待遇に悪い影響を与え、これによって介護サービスの質が下がると施設評価も当然下がってしまう。そうすると、ますます介護報酬に依存し、利用者の確保に依存する、といった構造が個人施設において作り出さ

れていた。そして、これが個人施設の運営をさらに苦しめており、また自力での改善が難しい要因になっていた。

そしてもう一つ、質的調査から明らかになった点は、財務・会計規則に沿って介護事業を営んでいる現在も、依然として様々な問題が発生していることである。筆者はその原因は一つではなく、様々な要因が複雑に絡み合った上で発生していると考える。その要因の一つが、多くの研究者が指摘している市場化であり、より具体的に言うと、現下の介護市場では施設間における公正な競争環境が実現されていないことだと考える。

当時政府は、介護サービスの質を巡る施設間の競争を促すという目的で、市場競争を取り入れ、施設同士での競争を促した。だが、措置制度の時代から施設を運営してきた公立・非営利法人施設とは異なり、ほとんどの個人事業主は制度施行に伴い、営利を目的に新規参入したため、競争のスタートラインからすでに遅れてしまった。

その上、介護報酬は現実に見合っていないほど低く抑えられており、また、介護事業の収益性もそれほど高くないため、独立採算で全てを賄わなければならない個人事業主はより厳しい競争環境に置かれることになった。さらに、施設のイメージや環境、そして運営面においても、他の非営利施設に比べて劣っているため、個人施設は制度的にも環境的にも不利な市場環境に置かれ、介護サービスの質の低下や療養保護士の劣悪な待遇、そして深刻な運営難などの問題が発生しやすい構造が作り出されていた。

#### おわりに

##### (1) 個人施設の運営改善に向けた提言

韓国では施設サービスを提供する個人事業主

が全体の7割を占めており、老人長期療養保険制度に大きな影響を与えている。そしてその重要な役割を果たしている個人事業主の中では保健福祉部による介護事業における収益性の宣伝と約束を信じ、営利を目的に参入した事業主が数多く存在している。現在彼らは、2012年8月から財務・会計規則に沿って非営利事業を営んでいるが、営利事業主の特性を無視した財務・会計規則の適用や近年の様々な規制強化、そして本稿が明らかにした諸要因などにより、大変厳しい状況に置かれている。

彼らの立場から見ると、突然の営利から非営利への事業転換はとても不適切な措置だったと考えられる。保健福祉部は財務・会計規則の適用を事業主と十分な協議を行うことなく、一方的かつ強制的に進めた。さらに適用後の新たに生じた諸問題に対しては、適切な対処を行うと約束したにも関わらず、配慮に欠けた対応により個人事業主の反発や対立を誘発した。

しかし、老人長期療養保険制度の質の向上のため進められている一連の規制強化は、その進め方には確かに問題があり、批判されるべきであるが、その内容は同制度の適正な運営のために必要な措置であったと考える。

筆者は韓国の介護現場にまつわる様々な問題が深刻化した要因の一つを、老人長期療養保険制度において国が消極的かつ傍観的な態度をとり続けた結果だと考える。介護現場にまつわる諸問題、特に零細小規模介護施設における諸問題を改善するためには、老人長期療養保険制度における国の役割と責任を強化し、より積極的な国の介護市場への介入による規制強化及び政策が必要であると考えられる。

元営利事業主の立場からすると受け入れがたいかもしれないが、介護事業主は一般事業主とは異なる。彼らが営んでいる事業は一般事業で

はなく社会福祉サービスである。そして彼らに介護サービス提供の対価として支払われている介護報酬は国民の税金である。国民は毎月少くない金額を介護保険料として払っている。それは、老人長期療養保険制度が目的通りに運営されるため、つまり、介護ニーズがある人なら誰でも良質の介護サービスが受けられるためである。老人長期療養保険制度のために集められた公的財源は、もっぱら制度の運営と発展のために使われるべきであり、誰かのお金儲けの手段になってはならない。

したがって、全ての介護事業主は私的利益ではなく公的利益を優先・追求すべきであり、また、介護サービスの供給における重要な担い手として国と協力し、利用者に良質の介護サービスを提供するための努力を行う必要がある。そして、国はそうした事業主にはさらなる規制強化だけではなく、当時約束したように現実に見合った介護報酬の算定とともに、適切かつ配慮がある政策支援を通して個人事業主との対立を緩和し、介護現場を安定させる必要がある。具体的に以下の三つを提案する。

第一に、金融機関への借入金の返済を許容する必要がある。個人事業主を含む多くの元民間営利事業主が財務・会計規則の適用に反対する理由の一つに、財務・会計規則が介護施設の設置及び初期運営を目的に金融機関から借入した資金について金融機関への借入金返済を禁止していることが挙げられる。

借入金の返済が禁じられると、個人事業主は返済ができる他の方法を探さざるを得なくなる。問題はその方法が必ずしも合法的であるという保証がない。さらに、返済ができなくなると、おそらくその被害は金融機関まで及ぶであろう。

金融機関への借入金返済の許容は、保健福祉

部の約束でもあるし、非営利事業を営む上でそれに反することだと思われにくい。むしろ禁止により、新たな問題が生じる可能性があるため、個人事業主の実情に合わせ、借入金に関しては合法的に返済を認めるべきであろう。

第二に、他の社会福祉施設(児童、障害者施設など)で適用されている給与制度を個人施設を含むすべての介護施設にも平等に適用する必要がある。韓国では介護労働者に適切な賃金が払われるように介護報酬の中で使われる人件費の割合が法律で定められている<sup>(57)</sup>。しかし、実際にはその規定より高い全体介護報酬の70～80%が人件費として使われているにも関わらず<sup>(58)</sup>、依然として介護労働者の賃金は低い水準にある。

近年、文在寅政権では介護労働者の低賃金問題の改善策として、国が社会サービス公団を設置し、その公団が直接に介護労働者を雇用することで介護労働者の処遇改善に取り組むと発表した。しかし、これは公団に雇用される一部の介護労働者の低賃金改善策にすぎず、はたしてこの改善策により全体介護労働者の低賃金問題が改善されるか疑問が残る。むしろ公団所属の介護労働者とそうではない介護労働者の間で賃金の格差が広がる可能性があり、個人施設は良い人材を確保することが難しくなる可能性がある。

したがって、介護労働者の間における給与水準の違いをなくし、全体の介護労働者の低賃金を改善するためには、他の社会福祉施設で適用されている給与制度を全ての介護サービス提供機関に拡大することで、全ての介護労働者に仕事内容に相応しい給与を支給する必要がある。

第三に、個人施設に他の非営利施設と等しい財政的支援を行う必要がある。個人事業主の中では、非営利政策を受け入れる代わりに他の非

営利施設と同等な補助金の交付を求める者も多数存在する。彼らは「社会福祉事業法」第42条<sup>(59)</sup>を根拠に補助金の交付を求めているが、残念なことに個人事業主は営利を目的とする施設という理由で他の非営利施設と徹底的に区分され、財政的支援を拒まれている。

現在の個人施設は非営利事業を営んでいる社会福祉施設として、他の非営利施設と同様に老人福祉法に法的根拠があり、同じ介護サービスを提供している。にもかかわらず、個人施設だけ国及び自治体からの財政的支援が受けられないということは明白な差別的かつ不当な扱いである。

これまで論じてきたように個人施設は不安定な収益構造を持っている。これは介護労働者の労働環境や介護サービスの質に大きな影響を与えている。だが、個人施設は相対的に財政基盤が弱いゆえに施設改善のための再投資が難しい。

個人施設における質の向上や安定的な運営のためには、安定的な財政基盤の確立が重要であるが、財政的支援が伴わない限り個人施設の自力だけでは難しいであろう。それゆえ、国及び自治体は他の非営利施設と同等な財政的支援を個人施設にも行う必要がある、個人事業主はその支援金を計画的かつ適正に使用することで施設改善に努力すべきである。

## (2) 今後の課題

近年、法的根拠が異なっていたことから、財務・会計規則の適用を受けていなかった在宅事業所まで財務・会計規則が拡大適用されることになった<sup>(60)</sup>。それにより、在宅サービスの現場における営利事業が全面的に禁止になった。それに加えて、保健福祉部は全ての介護サービス提供機関における財政管理の強化や管理体制

の強化、そして人件費支給比率の義務化などを通じて老人長期療養保険制度における質的な改善を図ろうとしている<sup>(61)</sup>。

このように2017年の文在寅政権以降の韓国では、老人長期療養保険制度における営利化政策から非営利化政策への移行の気運がより高まっており、実質的に現行の老人長期療養保険制度は非営利政策下に置かれていったと言える。

それゆえ、韓国の介護保険制度における制度・政策の分析を行う上で、文在寅政権以降はとても重要な時期である。だが、本稿では文在寅政権以前までの時期に焦点を当てて分析を行っているため、2017年以降の制度・政策の分析と在宅サービス現場の実態が分かる調査が排除された。これらの点を本稿の反省点とし、2017年以降の今日における制度・政策分析及び介護現場の調査までを踏まえた綿密な研究調査を今後の課題としたい。

## 注

- (1) 韓国の公的資料及び大部分の先行研究では、介護サービス提供機関を運営主体別に区分する際に、公立、法人、個人、その他に分ける。法人の場合、営利法人と非営利法人に区分せず、法人としてまとめられている。また、法人施設の中では非営利社会福祉法人が多くを占めているため、主に法人は非営利法人として見なされることが多く、営利法人を巡って営利か非営利かという論争はほとんどない。
- (2) [横山、2003：43ページ]。
- (3) 老人長期療養保険制度を推進した企画団は老人長期療養保護政策企画団(金大中政権)、老人長期療養保護政策企画団(盧武鉉政権)、公的老人療養保障制度実行委員会(盧武鉉政権)がある。老人長期療養保護政策企画団(2000)の第一次報告書には「サービスの供給主体を政府(中央及び地方)、民間非営利、民間営利団体と多

様化し、営利的なサービスの供給が積極的に行われるようにする」と、公的老人療養保障推進企画団(2004)の最終報告書には「公共、民間、非営利団体など供給主体の多様化を図り、公共施設中心に構築する。施設は公共性を高めるため民間事業主を抑制し、公共施設の比率を上げる」と、そして、公的老人療養保障制度実行委員会(2005)最終報告書には「多様な民間事業主が積極的に参加できるように制度的な支援を強化し、介護産業の市場と雇用の拡大につながるように推進する」と基本方針が定められている。

- (4) 公的老人療養保障推進企画団(2004)「公的老人療養保障体系開発研究(要約本)」。
- (5) 公的老人療養保障推進企画団(2004)「公的老人療養保障体系最終報告書」。
- (6) 「保健福祉部報道資料」2006年10月2日付。
- (7) 施設自体は必要だと思うが、自分の地域には設置したくないと思うことで、いわゆる「地域利己主義」のことを表す言葉である。「Not In My Back Yard」の頭文字を取って「NIMBY」と呼んでいる。
- (8) 「保健福祉部報道資料」2006年9月22日付。
- (9) 「中央日報」2007年4月13日付、など。
- (10) 「保健福祉部報道資料」2007年7月13日付。
- (11) 「保健福祉部報道資料」2008年3月7日付。
- (12) 法制司法委員会、第332回(2015年5月1日)会議録。
- (13) 「保健福祉部報道資料」2008年6月10日付。
- (14) 公的老人療養保障制度実行委員会(2005)「老人療養保障制度実施模型開発研究」。
- (15) 本来個人事業主が営む介護事業は収益事業であったので、彼らには営利事業主を意味する事業登録証が発行され、所得税を納めていた。しかし、所得税法施行令の改正(2013年2月15日)により介護事業が収益事業から除外され個人事業主は所得税を納める課税対象から除外された。それにより、個人事業主には2013年から非営利事業主を意味する番号(80)が発給されている。
- (16) 法制司法委員会、第304回(2011年12月28日)会議録。

- (17) 保健福祉委員会(2011)「社会福祉事業法一部改正法律案審査報告書」。
- (18) 保健福祉委員会、第301回(2011年6月20日)会議録。
- (19) 第8条 歳入と歳出は全て予算に計上しなければならない。
- (20) 第15条 法人会計及び施設会計の予算は歳出予算が決めた目的以外に使用できない。
- (21) 保健福祉委員会、第321回(2013年12月20日)会議録。
- (22) Oh Jae Sae議員他9人(2014)「老人長期療養保険法一部改正法律案」。
- (23) 保健福祉委員会、第329回(2014年11月19日)会議録。
- (24) 同上。
- (25) 保健福祉委員会、第329回(2014年12月4日)会議録。
- (26) 法制司法委員会、第332回(2015年5月1日)会議録。
- (27) 法制司法委員会、第342回(2016年5月16日)会議録。
- (28) [Sun、2014：8ページ]。
- (29) [Sun、2015：1-8ページ]。
- (30) [Suk他、2015：53ページ]。
- (31) [Suk他、2015：前掲、54ページ]。
- (32) [Suk他、2015：前掲、52ページ]。
- (33) [Kwon、2015：255ページ]。
- (34) [Nam、2017：201ページ]。
- (35) [Kim他、2017：65ページ]。
- (36) [Kim、2017：133ページ]。
- (37) [Kim、2017：前掲、139ページ]。
- (38) [Kwon、2014：305ページ]。
- (39) 同上。
- (40) [Kwon、2014：前掲、306ページ]。
- (41) 同上。
- (42) [Park他、2016：94-99ページ]。
- (43) [Park他、2016：前掲、99-103ページ]。
- (44) 日本の介護福祉士に該当。
- (45) [Kim、2013：56ページ]。
- (46) 保健福祉部は老人長期療養保険制度の施行直前、「真面目に施設を運営すれば十分な収益が得ることができるように介護報酬を算定している」と発表した。寄付金等の補助的収入なしに介護報酬だけでの施設運営が難しいということは、介護報酬が現実に見合っていないことを意味している。施設運営の不足資金は基本的に適切な介護報酬の算定、そして国や自治体による財政的な支援で賄われるべきであり、民間財源に依存させる構造は間違っていると言えるだろう。
- (47) 現行の介護報酬の算定は定員70人施設をモデルとして決められている(Park他(2016))が、この算定は小規模施設が多い韓国の介護市場の現実を反映していないと批判されている。また、先行研究と実際の介護施設の運営者は、施設サービスの場合、土地代と建物代、そして施設の規模や立地によって異なる運営費を適切に反映する必要があるが、現行の介護報酬は全国一律となっているため、これらが反映されていないとの指摘もある。さらに、Suk他(2015)は、実質的な介護施設の運営のために必要かつ適切な療養保護士の雇用や追加的な雇用に対する人件費も介護報酬に反映されていないと指摘している。以上の指摘を踏まえ、現実に見合った適切な介護報酬の算定及び支給が必要であろう。
- (48) 「SISAIN」2016年11月24日付。
- (49) 「ソウル新聞」2014年5月30日付。
- (50) 「国民日報」2014年1月17日付。
- (51) 保健福祉委員会、2015年度国政監査会議録。
- (52) 「韓国経済」2015年11月13日付。
- (53) ポンが勤務、ダンが休みを意味する。
- (54) 韓国の勤労基準法によると一日8時間以上勤務の場合、延長勤務手当が、22時から次の日の朝6時まで勤務の場合、夜間勤務手当が、そして休日に勤務の場合は休日勤務手当が定められており、それぞれ5割増の賃金を払う事になっている。しかし、これらの法定手当や実際の労働時間が全く反映されていない基本給だけを支払う「包括賃金制」が多くの施設で採用されている。これに対し、国家人権委員会は保健福祉部及び雇用労働部に、包括賃金制が濫用されないように、また療養保護士の基本的な勤労条件

が守られるように介護サービス提供機関に対する勤労監督を徹底的に行うべきであるとの政策勧告を出した。この勧告から保健福祉部は療養保護士の勤務形態に応じて勤務時間及び休憩時間を細分化し、また賃金構成を項目ごとに分けて明示する「標準勤労契約書」を開発し、全国の介護サービス提供機関に普及した。「保健福祉部報道資料」2013年1月17日付。だが、療養保護士の実質的な労働環境を改善に関する規定はまだ定められていない。一方、雇用労働部は包括賃金制の濫用防止のため、包括賃金制に対する指針を設け、2018年8月中旬に発表することとなっている。「ハンギョレ新聞」2018年6月30日付

- (55) 2009年から2年ごとに行われていたが、2015年から3年ごとに行われている。施設評価は90点以上がA等級、80点以上がB等級、70点以上がC等級、60点以上がD等級、60点未満がE等級で評価される。
- (56) [Ha、2015：58ページ]。
- (57) 保健福祉部が発表した2016年度の人件費ガイドラインによると介護報酬全体のうち、長期療養施設は57.9%、共同生活家庭は53.5%を人件費として使うように勧告している。
- (58) 質的調査を行った介護施設の2016年度の介護報酬に占めている人件費の割合は、A施設72%、B施設76%、D施設75%、E施設73%であった。
- (59) 社会福祉事業法第42条(補助金など)には、社会福祉施設を設置・運営する個人も運営費など必要な費用の全部または一部を補助することができる、と定められている。
- (60) 2016年の老人長期療養保険法の改正により、同法に基づいて設置された在宅事業所は長期療養機関財務・会計規則の適用を受けることになった(2018年5月31日施行)。
- (61) 保健福祉部(2018)「2018-2022第2次長期療養基本計画案」。

#### 【日本語参考文献】

井口 克郎(2013)「介護の質の把握と改善のための

基本視角」『日本医療経済学会会報』30(1)、1-27ページ

- 井口 克郎(2014)「過疎・高齢化地域における住民の介護問題の実態把握—三重大学人文学部・医学部による地域住民の生活・健康調査から—」『日本医療経済学会会報』31(1)、54-78ページ
- 水野 博達(2015)『介護保険と階層化・格差化する高齢者』明石書店
- 横山 寿一(2003)『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社
- 結城 康博(2011)『日本の介護システム』岩波書店
- 崔 仙姫(2013)「福祉の市場化がもたらす影響に関する一考察」『社会福祉学』54(2)、3-8ページ
- 李 宣英(2015)『準市場の成立は高齢者ケアサービスを変えられるか:日韓の比較実証分析』ミネルヴァ書房

#### 【韓国語参考文献】

- Ha Hyun Sun(2015)「老人長期療養事業評価(노인 장기요양사업평가)」国会予算政策処
- Kim Ji Mi(2017)「高齢者ケアサービス提供体制の市場化に関する韓日比較(장기요양서비스 제 공체계의 시장화에 대한 한일 비교연구)」『日本文化研究』63、123-147ページ
- Kim Soon Song(2013)「老人療養施設サービスの供給体系の変化に関する研究(노인요양시설 서비스 공급체계의 변화에 관한 연구)」圓光大学大学院
- Kim Yo Seb・Yeo Yeong Hun(2017)「老人医療福祉施設の営利・非営利と従事者の教務認識及び消尽との関係(노인의료복지시설 영리・비영리성과 종사자의 업무환경 인식 및 소진과의 관계)」『韓国社会福行政学』19(4)、57-75ページ
- Kwon Yong OH(2010)「老人療養施設長の施設運営経験に関する質的研究(노인요양시설 시설 장의 시설운영경험에 관한 질적 연구)」西江大学大学院
- Kwon Hyun Jung(2014)「サービス質の側面から考察した老人長期療養サービス供給構造に対する市場化分析(서비스 질의 측면에서 고찰한

노인장기요양서비스 공급구조에 대한 시장화 분석)』『社会福祉政策』 41 (1)、289-313페이지	페이지
Kwon Hyun Jung、Hong Kyung Zoon (2015) 「公共性が老人長期療養施設のサービス質に及ぼす効果(공공성이 노인장기요양시설의 서비스 질에 미치는 효과)」『韓國社会福祉学』 67 (3)、253-280페이지	<b>【韓國の公的資料】</b> Oh Jae Sae 議員他9人 (2014) 「老人長期療養保險法一部改正法律案(노인장기요양보험법일부개정법률안)」 国会情報 システム、URL <a href="http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_I1Z4V0H3R2J1S1L6T5Z5D5H8U9K5L2">http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=PRC_I1Z4V0H3R2J1S1L6T5Z5D5H8U9K5L2</a> (2018年10月6日最終閲覧)
Kwon Mi Young (2015) 「非営利老人長期療養サービス提供機関の性格変化に関する研究に関する事例研究(비영리 노인장기요양서비스 제공기관의 성격변화에 관한 사례연구)」中央大学大学院	公的老人療養保障推進企画団 (2004) 「公的老人療養保障体系開發研究(要約本)(공적노인요양보장체계개발연구(요약본))」
Lee Yun Kyung、Kim Se Jin (2012) 「老人長期療養サービスの品質管理体系化方案(노인장기요양서비스 품질관리 체계화 방안)」『保健社会研究』 32(4)、66-93페이지	公的老人療養保障推進企画団 (2004) 「公的老人療養保障体系最終報告書(공적노인장기보장체계 최종보고서)」
Nam Hee Soo (2017) 「老人長期療養機関の倫理経営が組織透明性及び経営成果に及ぼす影響研究(노인장기요양기관의 윤리경영이 조직투명성 및 경영성과에 미치는 영향 연구)」『ベンチャー創業研究』 12(4)、201-215페이지	公的老人療養保障制度実行委員会 (2005) 「最終報告書(최종보고서)」
Park Gi Yong他 (2016) 「老人療養共同生活家庭における運営改善方案研究(노인요양공동생활가정 운영개선방안 연구)」『公共政策と国政管理』 10(1)、82-111페이지	公的老人療養保障制度実行委員会 (2005) 「老人療養保障制度実施模型開發研究(노인요양보장제도 실시시모형개발연구)」
Suk Jae Eun他 (2015) 「長期療養保險の公共性の強化方案(장기요양보험의 공공성 강화 방안)」保健福祉部・韓國老人福祉学会	国会事務処2011年6月20日、「第301回保健福祉委員会會議録(제301회 보건사회위원회회의록)」国会情報 システム、URL <a href="http://likms.assembly.go.kr/">http://likms.assembly.go.kr/</a> (2018年10月6日最終閲覧)
Sun Woo Duk (2014) 「老人長期療養施設の評価結果と示唆点(노인장기요양시설 평가결과와 시사점)」『保健・福祉 Issue & Focus』 260、1-8페이지	国会事務処2011年12月28日、「第304回法制司法委員会會議録(제304회 법제사법위원회회의록)」、同上
Sun Woo Duk (2015) 「老人長期療養施設の設置現状分析と政策的な示唆点(노인장기요양시설의 설치 현황분석과 정책적 시사점)」『保健・福祉 Issue & Focus』 299、1-8페이지	国会事務処2013年12月20日、「第321回保健福祉委員会會議録(제321회 보건복지위원회회의록)」、同上
Yang Nan Joo (2014) 「営利・非営利老人長期療養施設の違と同型化に関する研究(영리・비영리 노인장기요양시설의 차이와 동형화에 대한 연구)」『韓國社会福祉行政学』 16(1)、179-207	国会事務処2014年11月19日、「第329回保健福祉委員会會議録(제329회 보건복지위원회회의록)」、同上
	国会事務処2014年12月4日、「第329回保健福祉委員会會議録(제329회 보건복지위원회회의록)」、同上
	国会事務処2015年5月1日、「第332回法制司法委員会會議録(제332회 법제사법위원회회의록)」、同上
	国会事務処2016年5月16日、「第342回法制司法

委員会会議録(제342회 법제사법위원회 회의 기록)」、同上

国民健康保険公団(2009～2015)「長期療養機関評価結果(장기요양기관평가결과)」

国民健康保険公団、URL2009年度：[http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000780&bKey=B0010&search\\_boardId=50150](http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000780&bKey=B0010&search_boardId=50150)、2011年度：[http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search\\_boardId=50301](http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=50301)、2013年度：[http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search\\_boardId=50453](http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=50453)、2015年度：[http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search\\_boardId=60016](http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=60016)(2018年9月25日最終閲覧)

保健福祉部(2016)「長期療養機関に対する社会福祉施設財務・会計規則のマニュアル(장기요양기관에 대한 사회복지시설 재무·회계 규칙 매뉴얼)」

保健福祉部(2017)「2018老人保健福祉事業案内(2018 노인보건복지 사업 안내)」

保健福祉部(2018)「2018-2022第2次長期療養基本計画案(2018-2022 제2차 장기요양기본계획안)」

保健福祉部、URL[http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=140&CONT\\_SEQ=343927&FILE\\_SEQ=227707](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=343927&FILE_SEQ=227707)(2018年9月25日最終閲覧)

保健福祉部「規制影響分析書(長期療養機関財務・会計規則)(규제영향분석서(장기요양기관 재무·회계 규칙))」

規制情報 PORTAL、URL[https://www.better.go.kr/rz.law.NationLawSllaf?targetRow=11&lafOrderBy=&detail\\_search\\_flag=&sub\\_menu\\_no=1&tmatt\\_no=0000024599&sch\\_type=01&s\\_text=](https://www.better.go.kr/rz.law.NationLawSllaf?targetRow=11&lafOrderBy=&detail_search_flag=&sub_menu_no=1&tmatt_no=0000024599&sch_type=01&s_text=)(2018年9月25日最終閲覧)

保健福祉委員会(2011)「社会福祉事業法一部改正

法律案審査報告書(사회복지사업법 일부개정 법률안 심사보고서)」

議案情報システム、URL [http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=ARC\\_D100I0Z5C2H7V1G5E0Q6X1Y0R9H4O1](http://likms.assembly.go.kr/bill/billDetail.do?billId=ARC_D100I0Z5C2H7V1G5E0Q6X1Y0R9H4O1)(2018年9月25日最終閲覧)



# 新自由主義的医療改革における韓国と 日本の比較研究

Comparison between South Korea and Japan on  
Neoliberal medical care reform

小 笠 原 信 実(京都大学経済学研究科博士課程在籍、

日本医療福祉政策学会会員、現代韓国朝鮮学会会員)

Nobumi Ogasawara

和文抄録：世界的な新自由主義化の影響をうけながら、韓国では2004年に盧武鉉政権により、日本では2001年に小泉政権により、新自由主義的医療改革が開始され、両国の産業界とアメリカの要求を受けながら類似した内容の改革が試みられた。しかし韓国では公的医療保険の給付水準が低かったこととサムソン財閥が医療産業の拡大と参入を強力に進めたために新自由主義的医療改革が急速に進んだのに対し、日本では漸進的にしか進まなかった。

キーワード：新自由主義的医療改革、韓国と日本の比較、新自由主義、規制緩和、サムソン

Keyword: Neoliberal medical care reform, Comparison between Korea and Japan, Neoliberalism, Deregulation, Samsung

## 第1節 問題提起と先行研究の検討

本論文の目的は、「新自由主義的医療改革における韓国と日本の比較研究」を行って、その共通点と差異を明確にすることにより、両国の新自由主義的医療改革の特徴を明らかにし、今後の課題を考察することにある。新自由主義的医療改革という歴史的過程を比較することは、本来は容易でなく、有意義な比較研究を行うことに困難が想定されるが、韓国と日本においてこの比較が意義をもつのは次の理由による。

- 1 新自由主義的医療改革が始まる前の韓国と日本の医療制度の類似性が高かった。
- 2 韓国と日本において新自由主義的医療改

革が始まる時期がほぼ同時期で、アメリカの影響と圧力を受けつつ、類似した内容の医療改革の提案がなされた。

- 3 韓国と日本において類似した内容の新自由主義的医療改革の提案がなされたにもかかわらず、異なる過程をたどった。

したがって本論文の研究の焦点は、「韓国と日本において新自由主義的医療改革がほぼ同時期に始まり、同様の歴史的背景と構造をもって新自由主義的医療改革が進展したこと、初期において類似した医療改革のプログラムが提案されたにもかかわらず、なぜ異なる経過をたどる結果になったか」を明らかにすることにある。

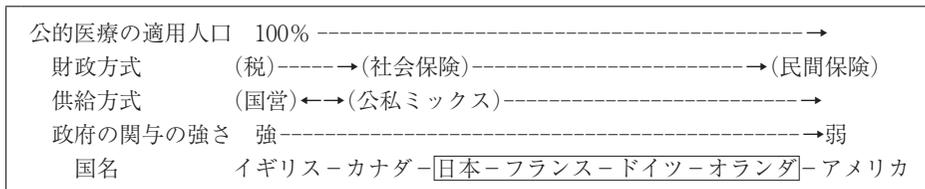
(受理日：2018年9月5日)

近年の学術研究は研究の細分化と自己目的化が進み、経済学研究もその例外ではない。しかし経済学の創始者アダム・スミスが、イギリスの重商主義政策の下に行われたアメリカ植民地支配を批判して「諸国民の富」を書いたように、優れた経済学研究は研究者にとっての現代が直面している問題と格闘し、歴史的な脈絡をふまえて行われてきた。本論文も「新自由主義化」

から「新自由主義的医療改革」という歴史的脈絡をふまえ、韓国と日本の医療が現在、直面している現実について比較研究を行うことで、韓国と日本の医療における今後の課題を考察する。

この研究を行うにあたり、「新自由主義的医療改革」の定義を行う。尾形裕也は、「医療制度の国際比較のための1つの仮説的な類型論を構成する試み」を提起している [図1-1]。

【図1-1 医療制度の国際比較の座標軸(1つの試み)】



□で囲んだ4カ国は、通常「社会保険」方式の医療制度を採用している国々であるとされる (出所)尾形裕也(2007)、筆者が一部抜粋

これをふまえて筆者は本論文における「韓国と日本の新自由主義的医療改革」を「1990年代中ごろに韓国と日本において始まった新自由主義化の一環として試みられた一連の医療改革」とその歴史的な脈絡から定義し、具体的には [図1-1] において「右へいく」改革、「『私』ないしは『民間』的な色彩が強くなる」改革および混合医療の解禁、医療費の自己負担比率の増加を含む医療の営利化・市場化を促す一切の改革をさすものとする。日韓両国において医療の市場化は1980年代にもみられたが、本論文においては資本蓄積の危機に直面した資本の危機克服の一環として2000年代以降に提起された新自由主義的医療改革について考察する。この定義の前提となる「韓国と日本における新自由主義」をデヴィッド・ハーヴェイの言葉を参考に、「1990年代に資本蓄積の危機に直面した経済エリートが、資本蓄積のための条件を再構築し、権力を回復するための政治的プロジェクト」<sup>(1)</sup>とする。

なお韓国の研究では新自由主義的医療改革を「医療民営化(의료민영화)」と述べる言葉使いが定着している。しかし本来「医療民営化」は「公営のものを民営にする」ことを意味し、筆者は「株式会社の病院経営の容認」などを含めた一連の医療改革を新自由主義的医療改革と表現した方が適切であると考えて、本論文では新自由主義的医療改革と総称する。

本論文第2節で扱う韓国の新自由主義的医療改革については、韓国のシン ヨンジョン(신영전)とウ ソッキョン(우석균)の研究が特に優れている。第2節ではこれらの研究をふまえつつ、サムソン経済研究所の報告書の内容を検討し、さらに筆者の独自の研究を加えて韓国の新自由主義的医療改革を整理した。日本においては韓国の医療営利化について鄭在哲(2014)の研究があるが韓国の医療の営利化について表面的な紹介に終わっており、韓国の新自由主義的医療改革についての本格的な研究は日本においては皆無に等しく、その意味でも第2節は意義がある

と考え、内容を詳細に述べた。第3節で扱う日本の新自由主義的医療改革については、二木立と横山壽一の研究が特に優れている。第3節ではこれらの先行研究を参考にして日本の新自由主義的医療改革について整理し、新自由主義的医療改革の進展について筆者の見解を加えた。日本の状況についてはこれらの優れた先行研究との重複は可能な限りさけて、内容を韓国との比較に必要な最低限にとどめた。第4節では第2節と第3節をふまえ、韓国と日本の比較研究を行う。「新自由主義的医療改革における韓国と日本の比較研究」は韓国、日本ともに先行研究はない。そのため筆者自身、韓国と日本の状況を同一の基準で比較するために試行を重ねたが、日韓の先行研究を熟読、比較する過程で、韓国と日本のそれぞれの特徴を新たに気づかされた。その成果を本論文で明らかにする。

## 第2節 韓国における新自由主義的医療改革

### 2-1 (1) 韓国における新自由主義化の始まり

韓国における新自由主義的医療改革は、1990年代の中ごろに始まった新自由主義化の動きの一環として登場した。韓国における新自由主義化は、「1997年におこったアジア通貨危機に対するIMFの介入を契機に始まった」と一般的にも、専門家の多くも記述する場合が多いが、これは不正確な表現である。韓国における新自由主義化は、「1990年代の中ごろに、金泳三政権による金融自由化と財閥企業による正規労働者の非正規労働者への転換が開始されることにより始まり、1997年におこったアジア通貨危機に対するIMFの介入を契機に本格化した。」<sup>(2)</sup>とするのがよりの確である。地球化(=グローバル化)をかかげた金泳三政権(1993～98年)は、経済協力開発機構(OECD)への加盟に

ともない金融自由化を行った。この金融自由化から韓国において新自由主義化が始まったが、これについてオム ナギョン(엄낙용)は次のように述べている。

「事実、私たちの資本自由化が1990年度以降に推進された時に、これを推進する大きな力は二カ所からでてきました。一つはアメリカに代表される外国の我々に対する要求がありました。(中略)その要求が何かといえば、我が国の金融部門をこれ以上、政府規制により運営しないで、市場で運営するようにしてくれ、そしてその市場に自分の国の金融機関が進出するようにしてくれ、(中略)もう一つの要求は、(中略)我が国、いわゆる財閥といわれる大企業集団に代表することができる国内からの要求がありました。これは何かといえば、国内で資金調達に制約を多く感じる国内大企業が外国のお金をより自由に使用することができるようにしてくれ、つまり資本自由化要求がたいへんに強かったのです。」

(大韓民国国会<IMF調査特委会議録>、オムナギョン 財経院次官補の証言、チ ジュヒョン(2011、p145)より再引用、翻訳は筆者)

これに加え、1990年代にはいり金融自由化を推進したのは経済官僚であった(チ ジュヒョン、2011、p373～377)。つまり韓国の新自由主義化の始まりである金融自由化は、アメリカ資本、韓国財閥の要求により、経済官僚を推進者として開始された。

1990年代の中ごろに、韓国財閥が新自由主義化を求めた理由は、1960～80年代にかけて製造業輸出主導型の経済成長を支えてきた諸条件が、1990年代にはいって大きく変化し、これにともない韓国財閥が資本蓄積の危機をむか

えたことにあるが、その主要な背景は次の2点である。第一に、電化製品、自動車、半導体、造船などの製造業において、技術では日本などの先進国に及ばず、価格競争では賃金のより安い中国や東南アジアとの競争を強いられるという「サンドイッチ」といわれるジレンマに韓国企業が直面した。第二に、1987年6月の民主化闘争により軍事独裁政権が倒れ、それまで韓国において事実上禁止されていた労働組合が合法化されることにより労働組合が新たに結成され、その戦闘的な労働運動により、労働者の賃金が1990年代に急上昇をした。製造業における国際競争の激化と賃金の上昇という二重の資本蓄積の危機に直面した韓国の財閥の危機克服のための活路こそが新自由主義であった。したがってこの危機克服のための新自由主義政策として「製造業からサービス業への重点の移行」と「正規職労働者の解雇と非正規職への転換」がうちだされた。韓国における新自由主義的医療改革は、このような製造業輸出主導型からサービス業への転換をめざした韓国経済の新自由主義化の延長線上に登場した。1997年通貨危機に対するIMFの介入を契機として新自由主義が始まったと理解するとアメリカという外圧の影響が強調されがちになるが、韓国における新自由主義はむしろ韓国企業の資本蓄積の危

機克服の手段として始まったのである。

## 2- (2) 韓国政府による新自由主義的医療改革

このような新自由主義化の流れを受けて、韓国における新自由主義的医療改革は、盧武鉉大統領(2003～08年)が2004年1月新年年頭記者会見で「金融・医療・法律・コンサルティングのような知識産業も集中育成していく」と発表することにより始まった。盧武鉉政権は、2005年10月総理室傘下に「医療産業化委員会」を設置して、民間医療保険の活性化などを含めた「サービス産業競争力強化総合対策」をうちだした。

次の李明博政権(2008～13年)は新自由主義的医療改革を本格化させ、具体的推進計画として2009年に「新成長動力総合推進計画」を発表した。

そして朴槿恵政権(2013～17年)は歴代政権の中で最も熱心に新自由主義的医療改革を推し進めようとした。朴槿恵大統領は、2013年12月に「4次投資活性化対策」、2014年8月に「6次投資活性化対策」を発表して、医療産業化政策推進の意志を明確にした。このような経過で盧武鉉政権から朴槿恵政権にかけて、韓国政府が推進を試みた新自由主義的医療改革の主な内容を整理したのが〔表2-1〕である。

〔表2-1 韓国政府が推進を試みた新自由主義的医療改革の主な内容〕

病院の営利化	法律により禁止されてきた株式会社による病院経営の許容。
病院の営利子会社の許容、病院付帯事業の増加	非営利病院の営利子会社を許容することで、非営利病院の事実上の営利病院化への道を開く。病院付帯事業を大幅に増加させ、この付帯事業を非営利病院の営利子会社に許容する。
病院の合併許容	病院の入手、合併を許容するための医療法改定。
民間企業の健康管理サービスの導入	民間企業による予防、診療など健康管理サービス導入。
「医師-患者間」遠隔医療	医者不足の地方の住民にITを使った「医師-患者間」遠隔医療。この遠隔医療を600万名以上を対象に施行する計画を提出。
民間医療保険活性化	実損型医療保険の販売に関する規制緩和など。

(出所)筆者が作成

盧武鉉政権から朴槿恵政権にかけて、計画、推進が試みられたこれら新自由主義的医療改革は、次のような特色がある。

第一に、「国民の必要に応じた医療」として提起されたものではなく、医療を「新たな経済成長戦略」の一環として扱っている。

「サービス産業に対する投資が拡大され、良質の働く場をつくることができるように、この間製造業中心になされてきた財政とR&D、金融支援をサービス産業にも製造業水準に積極的に拡大し、サービス産業が画的に発展することができる基盤を構築するつもりである。特に青年たちが選好する働く場でありながら、投資需要が多い保健・医療、教育、金融、観光、ソフトウェアなど5大有望サービス業は、(以下略)」

(朴槿恵大統領就任1年、「経済革新3カ年計画談話文」2014年2月25日)

朴槿恵は、「サービス産業に対する投資の拡大」と「良質の雇用創出」の手段として、医療などサービス産業の発展を図るために財政、金融支援を行い、規制緩和を行うと述べているが、そこには「国民の必要に応じた医療」という医療本来の目的が欠落している。

第二に、韓国政府内部における新自由主義的医療改革の主要な企画・推進者は、歴代の大統領でも、保険医療政策を担当してきた保健福祉家族部でもなく、企画財政部を中心とする経済官僚であった。新自由主義的医療改革に対して、医療保険を担当する保健福祉家族部は消極的であり、改革にともない保険医療行政における保健福祉家族部の役割が縮小された。盧武鉉政権期に経済部署を中心にサービス産業の強化が主張され、その一環として経済自由地域内の

外国人専用医療機関が韓国人も診療することができるようにしようと提案されたのに対し、保健福祉家族部は初めこれに反対したが、少しずつ経済部署の圧力に屈し、公共医療を拡大することを条件にこれを許容する方向に転換した。「新自由主義的医療改革の推進過程において保健担当部署は主導権をもつことができず、重要な保健医療関連政策が国家成長動力論のような保健医療とは関係のない論理により保健福祉家族部の外でなされた後に、通報がなされ、これに基づいて保健福祉家族部が政策を作成し、これを遂行する機関に転落した。医療サービスを国家成長動力産業とみなす医療民営化の論理的基盤は保健福祉家族部の責任領域をこえたのである。」(シン ヨンジョン、2009)。

## 2-(3) サムソン財閥の医療の市場化戦略

韓国の新自由主義的医療改革において、韓国政府内における主要な推進者は経済官僚であったが、これら経済官僚に影響を与えて、新自由主義的医療改革を提示したのは民間保険会社と大病院を擁する財閥であった。1960～80年代に製造業輸出主導型の経済成長にともない韓国財閥は成長し、この経済成長の推進力になった。しかし1990年代に資本蓄積の危機をむかえ、韓国財閥はこの危機克服のために「製造業からサービス業への重点の移行」を決断するが、このサービス業において医療分野は重要な位置を占め、この医療分野に特に強い関心をもったのが、サムソン財閥であった。

韓国の主要な財閥は、民間保険会社、大型民間病院を傘下におさめているが、これら財閥の傘下にある民間保険会社は、業界において高い市場占有率を占め、その中でもサムソン火災、サムソン生命の総資本は他の民間保険会社の群を抜いている [表2-2]。

[表2-2 韓国の財閥が保有する民間保険会社、大型病院]

財閥	民間保険会社(総資本順位)	大型病院(開院年)
サムソン	サムソン火災(損害保険1位) サムソン生命(生命保険1位)	サムソン医療院(1994年)、サムソンソウル病院、カンブクサムソン病院、サムソンチャンウオン病院、成均館大医科大学
現代	現代海上保険(損害保険3位)	ソウルアサン病院(1989年)
LG	KB損害保険(損害保険4位)	—
SK	未来アセット生命(旧SK生命、 生命保険9位)	—
テウ	—	アジュ大学校病院(1994年)
ハンジン	—	インハ大学校病院(1996年)

(注)サムソン、現代、LG、SKが韓国の4大財閥

(出所)筆者が作成

サムソン財閥は家電、半導体など製造業にかわる新たな成長産業として医療分野への参入に力を注いできた。本論文では「医療サービス産業 高度化と課題」(2007. 2.8、サムソン経済研究所)に注目し、この内容を検証することにより、サムソン財閥が医療分野に参入するにあたっての基礎的な考え方を把握することにする。この報告書はIからIVまでの4部構成になっている。まずIでは、「不必要な政府規制」の段落内に「営利医療法人は設立不可」、「研究および教育目的外の付帯事業の禁止」などが例としてあげられており、これらの政府規制が不必要なものであるとのサムソンの本音がうかが

える。さらにIIIでは、「製造業を主とした成長政策が限界に直面しながら、サービス業についての重要性が増大」と前述した「製造業からサービス業への重点の移行」の流れを受けたサムソンの医療分野への期待を率直に述べている。さらに「医療サービス産業高度化は医療サービスを公共財の領域から産業の領域として新しく解釈して、次世代成長動力として育成する」という表現は、「医療を公共財から経済成長の手段に変身」させるという「医療サービス産業 高度化」についてのサムソンの考え方の本質をよく表している [資料2-1]。

[資料2-1 「医療サービス産業 高度化と課題」(サムソン経済研究所)一部抜粋]

<p>I 国内医療サービスの現況 高い進入障壁と不必要な政府規制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 医療機関は医療人、医療法人、非営利法人、政府だけが開設することができ、営利医療法人は設立不可</li> <li>— 営利を目的に患者を斡旋・仲介したり、研究および教育目的外の付帯事業をすることも法的に禁止公共財から新しい成長動力源に変身中</li> <li>— 医療サービス産業の付加価値比率は48.7% (2000年基準)と、製造業27.4%より高く、就業誘発係数も他産業に比べて高い</li> </ul> <p>III 医療サービス業 高度化の論議</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 製造業を主とした成長政策が限界に直面しながら、サービス業についての重要性が増大</li> <li><input type="checkbox"/> 医療サービス産業高度化は医療サービスを公共財の領域から産業の領域として新しく解釈して、次世代成長動力として育成することを意味</li> </ul>
--

(出所)「医療サービス産業 高度化と課題」(2007.2.8、サムソン経済研究所)翻訳筆者

そして「IV 医療サービス産業高度化のため ている [資料2-2]。の課題」にはサムソンの本音が具体的に書かれ

[資料2-2 「医療サービス産業 高度化と課題」(サムソン経済研究所)一部抜粋]

<p>IV 医療サービス産業高度化のための課題</p> <p>1 営利病院の許容</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 利益配当が禁止されている非営利法人下では投資に対する回収が容易ではないために大規模資本が医療産業に流入する動機が微弱</li> <li><input type="checkbox"/> 営利医療法人許容の前段階に付帯事業の範囲を拡大する必要</li> </ul> <p>2 医療機関に対する包括的支払い補償の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 事前的、包括的支給方式(Prospective payment)を通し医療機関の効率性増大を企図する必要</li> </ul> <p>3 療養機関契約制への転換</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— すべての医療機関が例外なく健康保険の療養機関になる療養機関当然指定制度では費用節減と質の引上げに対する動機付与が微弱</li> </ul> <p>4 民間医療保険の活性化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 保険者が供給者に多様な財政的インセンティブを提供して効率性を引上げる管理医療(Managed care)型民間医療保険導入</li> </ul> <p>5 医療機関の合理化努力</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 中小病院は大型病院との医療ネットワークを構築するなど経営難を打開するための方案を模索しなければならない</li> </ul> <p>6 新しい市場の開拓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 関連産業との多様な協力を通じて新しい収益源発掘に集中する必要</li> </ul>
--

(出所)「医療サービス産業 高度化と課題」(2007. 2.8、サムソン経済研究所)、翻訳筆者

サムソン経済研究所は表題を「医療サービス産業 高度化と課題」としているが、この報告書で述べられている「営利医療法人の許容」や「民間医療保険の活性化」は、「医療サービス産業の高度化」よりむしろ「医療の市場化、営利化」である。

そしてこの報告書のIVの「4 民間医療保険の活性化」をさらに具体的にしたのが、「サムソン生命戦略報告書・民間医療保険の発展段階」で、この報告書では民間医療保険を「政府保険に代替する包括的保険」とすることを目標にしている<sup>(3)</sup>。

2-(4) 新自由主義的医療改革とサムソン財閥

これまで本論文において述べてきた韓国政府による新自由主義的医療改革の内容 [表2-1] と「医療サービス産業 高度化と課題」(サムソン経済研究所) [資料2-2] は、「営利病院の

許容」、「民間医療保険の活性化」などその内容にはかなりの類似性の高さがみられる。では、なぜ両者はこれほど類似したのか。筆者はサムソン財閥がこれらの内容を発案し、これを基礎として韓国政府が政策として実行したからであると考え。この根拠を示すために、新自由主義的医療改革をめぐるサムソン財閥、大統領、政府高級官僚の3者とその関係について検討を行う。

まずサムソン財閥が医療の市場化、営利化に強い意欲と動機をもっていたことは、「医療サービス産業 高度化と課題」(2007)をはじめとするサムソン経済研究所が発表した複数の報告書から疑いの余地はなく、具体的な内容は本論文ですでに述べた。

次に新自由主義的医療改革を始めた盧武鉉大統領は、人権派の弁護士出身でその経歴や大統領就任前の発言からは医療改革への意欲や動機

はおろか、基本的な知識をもっていたことさえ疑わしく、医療改革が盧武鉉の発案とはとても考えられない。では、なぜ盧武鉉は新自由主義的医療改革を就任後に始めたのか。サムソン構造調整本部(元会長秘書室)で7年間働いた弁護士キム ヨン Chol(김용철)は、盧武鉉とサムソン・グループ副会長になるイ ハクス(이학수)との関係について、次のように証言している。

「イ ハクスは釜山商高の後輩である盧武鉉と人間的にとっても親しかった。盧武鉉は大統領になる前からイ ハクスを「ハクス先輩」と呼び、従ったという。」(キム ヨン Chol、2010、p147)

このように盧武鉉とサムソンとの関係はサムソン・グループ副会長になるイ ハクスを通じて非常に深く<sup>(4)</sup>、サムソン財閥は盧武鉉政権の政策全般に影響力を及ぼしたが、新自由主義的医療改革もその一環であった。現代建設の社長出身で「4大河川連結事業」などの公共事業に

熱心であった李明博大統領や多岐にわたる政策には無知であった朴槿恵大統領も医療改革に関心があったとは思えないが、保守政権であるので元来財閥との関係は緊密で盧武鉉政権が始めた新自由主義的医療改革をより積極的に推進した。

このような歴代大統領の承認の下で、経済官僚が新自由主義的医療改革を実質的に推進した。経済官僚は韓国における新自由主義政策への転換全般において重要な役割を果たしたが、医療分野もその例外ではなかった。1990年代以降、韓国の高級官僚は新自由主義の影響を強く受けるとともに、自らの天下り先の確保のためにも財閥の意を受けて新自由主義的医療改革を積極的に担った。市民団体「参与連帯」が安全行政府に情報公開を請求して受け取った資料をハンギョレ新聞が再分析した結果、多くの公務員が財閥企業に天下りする実態が明らかになったが、この天下り先においてサムソンが他の財閥を圧倒している [表2-3]。

[表2-3 大企業集団別 政府機関出身再就業者数]

単位：人

企業集団	人数	企業集団	人数
サムソン	182	LG	32
SK	53	ロッテ	26
現代自動車	45	現代重工業	23
ハンファ	40	KT	23
トゥサン	36	GS	22

注：政府公職者倫理委に再就職審査を申請(2001～13年5月)した公務員1886名中、大企業(2013年相互出資制限企業集団基準)に入社した778名対象

(出所)参与連帯、安全行政府、ハンギョレ再分析

このように財閥企業に天下りする官僚が、在職中に財閥企業の意をうけた動きをしないはずがない。またチ ジュヒョンは韓国の高級官僚の実態について次のように述べている。

「高位官僚たちは大企業、金融機関などに就職

し、いわゆる『回転ドア』人事を通し再び政府に復帰したりもする。」「(高位官僚たちは)未来の働き場を提供することのできる民間(金融機関や財閥)の要請に積極的にそう傾向をみせる。」(チ ジュヒョン、2011、p375)

これまで示した証言や資料は、「新自由主義的医療改革はサムソン財閥が提示し、大統領の了承の下、経済官僚が推進した」と述べる根拠として十分であると筆者は考える。

高度化と課題」(サムソン経済研究所)などの諸報告書には医療の市場化にむけた内容が描かれているが、これはどのような医療システムの実現をめざしたものであったのか。筆者は現在の[図2-1]のような状態から[図2-2]のような状態への転換をねらったものであると分析する。

## 2-(5) 医療の市場化の目標

サムソン経済研究所の「医療サービス産業

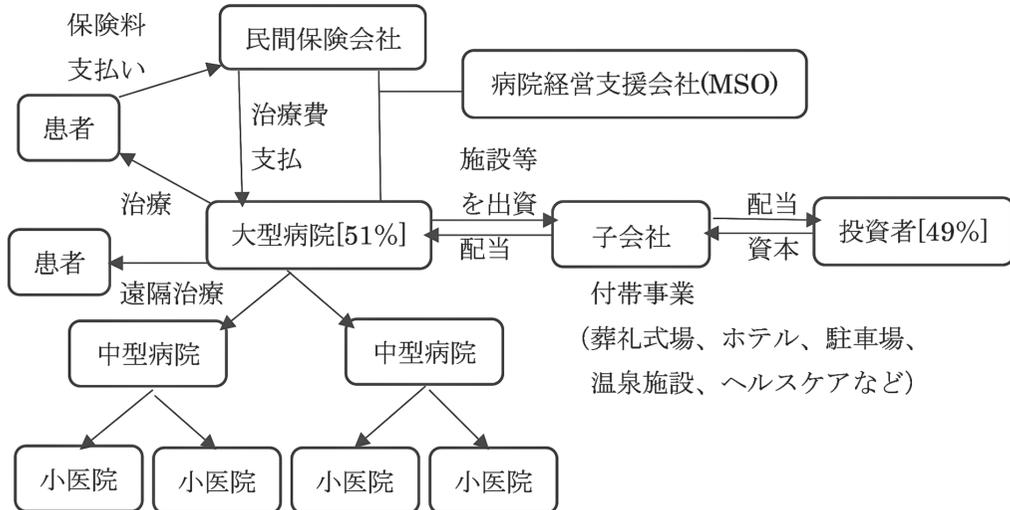
[図2-1 新自由主義的医療改革以前の韓国の医療システム]



— 中型病院、個人経営の小医院は独立して存在する

(出所)筆者が作成

[図2-2 サムソン戦略報告「政府保険に代替する包括的保険」が実現した医療システム]



— 大型病院が「医師—患者」間遠隔医療を実施することにより地方の小医院は経営が困難になる。経営難になった中型病院、小医院を大型病院が合併して、大病院を頂点とする病院チェーンが形成される

(出所)筆者が作成

まず大型病院、中型病院、小医院がそれぞれ独立している存在する状態から、それまで禁止されてきた「病院の入手、合併の許容」が可能になることにより大型病院が、中型病院、小医院を傘下においていき、大型病院を頂点とする病院チェーンをつくりあげる。この病院チェーンの経営を円滑にするために病院経営支援会社(Management Service Organization)が重要な役割を果たす。現在サムソン医療院として5つの大型病院を保有しているサムソンがすでに韓国最大の病院チェーンを形成する途上にあるが、アサン医療院をもっている現代財閥、インハ大学病院をもっているハンジン(大韓航空を経営)などもそれぞれの大型病院を頂点とした病院チェーンを形成することが可能な状態にある。

次に「治療費の民間保険会社から病院への直接支払い」が可能になり、民間保険会社は民間保険に加入している患者をグループ内の医療機関に斡旋する。患者は民間保険会社に保険料を支払い、病院は民間保険会社から直接治療費の支払いを受ける。

「病院の営利子会社の許容」により病院は営利子会社に出資してその配当を受け取り、利益を得ることが可能になる。その営利子会社には病院以外の投資者も出資し、営利子会社の利益を配当として財閥をはじめとする出資者が受け取ることが可能になる。「病院の付帯事業範囲の拡大」は葬礼式場、駐車場をはじめ病院に関連するあらゆる事業やホテル、温泉施設、ヘルスケアなどまでが付帯事業の範囲とされ、病院を中心とした巨大保養施設をつくることが可能になり、その利益は出資者に還元される。

都市にある大型病院は、村落や僻地の患者をITを利用した「医師－患者間」遠隔医療により診察する。それにより村落や僻地の住民に

身近であった地元の個人経営医院は、廃業するか、病院チェーンに組み込まれるかしかなくなる。また「医師－患者間」遠隔医療の拡大に必要な医療機器への大量の需要は、IT関連企業や医療機器メーカーに莫大な利益をもたらす。

筆者はサムソン経済研究所の諸報告書と韓国政府の政策の内容分析から、このような医療システムをサムソン財閥が構想したと考える。このような姿は、まさに韓国の医療システムの根幹である「公的な国民皆医療保険」と「営利病院の禁止」が崩壊したものである。そしてこのような医療システムはすでにアメリカにおいて存在している。韓国の新自由主義的医療改革の主要な企画・推進者は、経済企画部の官僚、サムソン財閥で、これにアメリカの圧力が加わってきたが、彼らが現在のアメリカのような医療環境を韓国においてつくりだすことを狙っていると考えられる。

## 2-(6) 韓国における新自由主義的医療改革の進展

韓国における新自由主義的医療改革の途中経過をまとめたものが[表2-4]である。

[表2-4]の内容のうち特に実損型医療保険の拡大は著しく、実損型医療保険の加入率は金融監督院の統計によると2006年から2014年までの間に、加入件数で796万人から3403人、加入率で16.2%から66.3%と約8年で4倍以上という驚異的な拡大をみせた。実損型医療保険は、盧武鉉政権の下で大統領直属の医療産業先進化委員会が「実損保険制度活性化方案」が発表されるのにもない急拡大した。実損型医療保険が拡大した背景には、韓国の公的医療保険が適用されない診療項目が多いことがある。

「医師－患者間」遠隔医療については、韓国の医師の圧力団体である大韓医師会が当初は賛

[表2-4 韓国政府が推進を試みた新自由主義的医療改革についての現状]

病院の営利化	済州島ヘルスケアタウンにおける国内最初の営利病院の許容。
病院付帯事業の増加、付帯事業を病院の営利子会社に許容	病院内の食堂やカフェ開設などの営利行為が許容される。病院の営利子会社合法化は部分的に進行。非営利病院の事実上の営利病院化への道が開かれる。
病院の合併許容	民間病院間の入手、合併は医療法人間内で可能になる。
健康管理サービス	民間企業による健康管理サービス導入は許容されていない。
遠隔医療	「医師-患者間」の遠隔医療は事実上挫折。
民間医療保険活性化	実損型医療保険の販売が急拡大。

(出所)筆者が作成

成をし、実現にむけて動きかけた。しかし「医師-患者間」遠隔医療を行える資力があるのが財閥所有の大型病院に限られ、これが村落や僻地の患者を「医師-患者間」遠隔医療により診察するようになると、村落や僻地の住民に身近であった地元の個人経営医院は、廃業するか、病院チェーンに組み込まれるかしかなくなることがわかると大韓医師会は反対にまわり、事実上挫折した。

このように韓国の新自由主義的医療改革は、市民団体、労働組合、医療関係者、医療専門家などの反対により挫折した内容も多い。また反対により法定化ができないで、行政ガイドラインとして定められたものもある。しかし新自由主義的医療改革の核心ともいえる民間医療保険は大幅に拡大し、提案された内容が部分的であれ実現したものもあり、韓国の新自由主義的医療改革は盧武鉉政権から朴槿恵政権にかけて一定の進行をみせた。

## 2- (7) 「健康保険保障性強化対策」文在寅ケア

2017年5月に就任した文在寅大統領(2017年～)は、2017年8月に「健康保険保障性強化対策」をうちだした。この「文在寅ケア」といわれる一連の医療政策は、盧武鉉政権に始まり、李明博、朴槿恵政権と継続した新自由主義的医療改革を事実上、中断して、これとは逆に公的

医療保険の拡大を図るものがある。文在寅は現在約60%の健康保険保障率を2022年までに70%まで引き上げるとした。この文在寅ケアの柱は次の3点である。

- 1 国民健康保険における「非給付の解消および遮断」。
- 2 医療費上限額の適正管理。
- 3 緊急危機状況の支援強化。

盧武鉉政権から朴槿恵政権の間(2003～17年)にかけて提案された新自由主義的医療改革[表2-1]と文在寅政権が提案した「健康保険保障性強化対策」[資料2-4]の内容は鮮やかにくらい対照的で、これが同じ韓国政府の文書かと疑心が生まれるほどである。新自由主義的医療改革の内容が「産業界の収益拡大のための医療」なら文在寅ケアは「国民の必要に応じた医療」である。文在寅ケアは段階的に実行に移されており、特に韓国の医療において大きな問題であった公的医療保険適用外の治療がすでに給付治療へと転換され始めている。MRIや超音波のような重要な検査は韓国では長く公的医療保険適用外で、このような状況を放置してきたことが、新自由主義的医療改革において実損型の民間医療保険の販売拡大を促した。文在寅ケアはこれを公的医療保険の給付対象とすることで、「国民の必要に応じた医療」環境を整備

[資料2-3 健康保険保障性強化対策(文在寅ケア)の骨子]

- 1 国民すべての医療費、速やかに少なくします
  - ① 国民に必要なすべての医療サービスには健康保険が適用されます。
  - ② 国民負担が大きな選択治療費(特診費)と上級病室費(1~3人室)問題が解決されます。
  - ③ 家族の看病負担を和らげる保護者のない病院、「看護看病統合サービス」が拡大します。
- 2 個人医療費負担総額、きちんと管理します
  - ① 医療費の心配のない健康百歳時代の先頭に立ちます
  - ② 未来世代の主人公、子供と青少年の治療費負担はさらに低くなります。
  - ③ 低出産克服、不妊夫婦と女性健康保護に健康保険が共にあります。
  - ④ 共に生きる社会、障害者に対する健康保険がさらに広がります。
- 3 医療費緊急危機状況、支援強化します
  - ① 所得に対比して過度な医療費、災難的医療費<sup>(5)</sup>の支援が拡大します
  - ② 医療費支援、死角地帯<sup>(6)</sup>がなくなります。

注:「健康保険保障性強化対策」の骨子を筆者が抜粋(出所)保健福祉部ホームページより、翻訳は筆者

しつつある。そしてこれは同時に、民間医療保険の発達をおさえる新自由主義的医療改革の否定を意味する。

このような状況は次の3点の要因が重なって生まれた。

- 1 盧武鉉の側近であった文在寅大統領が盧武鉉政権の政権運営の失敗から学びつつ、「国民の必要に応じた医療」への信念をもって、公的医療保険を充実させる医療改革を行っていること。
- 2 朴槿恵前大統領に賄賂を贈るよう指示した疑いなどでサムソンのイジェヨン(이재용)会長が拘束された(2017年8月に第1審で懲役5年判決)ことなどにより、サムソン財閥の力が現在、弱体化していること。
- 3 朴槿恵前大統領の汚職に象徴される政治家と財閥の癒着、特に保守政治家とサムソン財閥との癒着に対する韓国国民の怒りが大きいこと。

文在寅政権は2018年にはいり、北朝鮮との首脳会談など外交面において活発な動きをみせているが、医療改革という内政においても、十数年続いた新自由主義的医療改革を断ち切り、「国民の必要に応じた医療」環境を整備するた

めの「健康保険保障性強化対策」を実行に移している。

本論文第2節では、「新自由主義的医療改革はサムソン財閥が提示し、大統領の了承の下、経済官僚が推進した」ことを明らかにした。そして新自由主義的医療改革を提示したサムソン財閥の力が弱り、文在寅大統領が「国民の必要に応じた医療」環境を整備する決断をして実行にうつした時に、新自由主義的医療改革の流れに歯止めがかかった。しかし筆者は韓国における医療の公共性の拡大と市場の拡大をめぐる確執はその途上にあると考えている。医療の市場化、営利化にむけたサムソンの意志はかたく、その力はいまだ強大である。焦点は次の大統領選挙である。次に文在寅大統領の後継者が当選するなら医療の公共性拡大への道がさらに前進するが、保守政権の復活とサムソンの復権が重なる時に再び新自由主義的医療改革は動き始める可能性を否定できない。

### 第3節 日本における新自由主義的医療改革

#### 3-1 日本における新自由主義化と新自由主義的医療改革の開始

日本における新自由主義的医療改革は、1990

年代の中ごろに始まった日本の新自由主義化の動きの一環として登場した。日本経済は1970年代後半から安定成長を実現し、1980年代後半のバブル期までは堅調であったが、バブル崩壊を機に平成不況に突入、不良債権問題が深刻化した。これに中国など新興国の製造業における追い上げをうけて日本企業は1990年代にはいり、資本蓄積の危機をむかえた。このような中で経済団体連合会(平岩外四会長)は、「規制緩和等に関する緊急要望」を提出し、それを受けて細川護熙政権(1993～94年)は「緊急経済対策」の中で94項目にわたる規制緩和項目を盛り込み、細川は平岩に自己の私的諮問機関「経済改革研究会」の座長を依頼した。この平岩研究会が中間報告「規制緩和について」で、不況克服の決め手として規制緩和を打ち出した。このように日本における新自由主義は、1990年代の資本蓄積の危機を、規制緩和により克服しようという経団連の意図を受けて、細川政権の時に始まった<sup>(7)</sup>。橋本龍太郎政権(1996～98年)がかかげた経済構造改革、財政構造改革、金融システム改革、社会保障改革、行政改革、教育改革の「六大改革」はいずれも資本への負担軽減と規制緩和をめざすもので、これにより日本における新自由主義的改革が本格的に始まった。これが小泉純一郎政権(2001～06年)に受け継がれ、小泉政権が打ち出した「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」(以下、「構造改革方針2001」)で日本政府の公式の医療政策において初めて新自由主義的医療改革方針が組み込まれた。

おりしもアメリカは日米貿易摩擦に起因する対日要求を強め、日米構造協議(1989～90年)、日米包括的経済協議(1993～97年)、日米規制緩和対話(1997～2001年)等が行われ、「年次改革要望書」(2008年まで)がこれに続いた。そ

れらの協議において、アメリカ側の主要な関心事の一つが医療分野であり、医薬品や医療機器に関わる制度や診療報酬についてアメリカ側の要求に沿う形で、日本は制度の改定を行った。

### 3-(2) 日本における新自由主義的医療改革の展開

日本において新自由主義的医療改革方針を政府の公式の医療政策に初めて組み込んだのは小泉政権であった。小泉政権が2001年閣議決定した経済財政諮問会議「構造改革方針2001」には、次のような新自由主義的医療改革が含まれていた。

- ① 「株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討する。」  
－「営利企業による病院経営の禁止」の解禁。
- ② 「公的保険による診療と保険によらない診療(自由診療)との併用に関する規制の緩和など(中略)公的医療保険の対象となる医療の範囲を見直す。」－混合診療の解禁。
- ③ 「保険者と医療機関との契約や保険者と医療機関の連携強化(検診、予防)」  
－医療機関と保険者の直接契約の解禁。
- ④ 「患者・国民にも、真に必要な医療に対する負担を求める。このため、適正な患者自己負担の実現・保険料負担の設定を行う。」  
－患者自己負担の増加。

「営利企業による病院経営の禁止の解禁」について、横山壽一(2003)は医療機関経営の参入規制緩和＝営利企業参入解禁の動きは、関連しているが独自性をもった二つの流れからたどることができると述べて次のように指摘している。一つは、1980年代の臨調「行革」でうたわれた民間活力の活用・推進の流れで、医療を産業として育成しようとする産業政策としての流れである。重厚長大型の産業構造・成長産業

からサービス経済化に対応した新たな産業構造・成長産業への転換の中に医療を位置づけ、産業として育成していくうえで参入規制の撤廃は不可欠であり、営利企業の参入の条件を整えることは最重要の課題である。もう一つは、医療費抑制策とその具体策としての医療提供体制の再編および医療機関合理化の流れである。この二つの流れは、規制緩和と行政改革委員会での議論で一体化していく。横山は「営利企業参入解禁論は、その登場の背景から明らかなように、これまでの医療のあり方を見直して問題を整理し、その解決の具体的な方策として提起されたものではなく、いわば医療の外側から医療の変質を企てるための手段として持ち込まれてきたものである。」(横山壽一、2003)と断じている。

### 3- (3) 日本における新自由主義的医療改革の漸進的進行

「構造改革方針2001」に含まれていた新自由主義的医療改革は二木立(2009、p52)によると次のように妥結した。

- ① 株式会社の医療機関経営の全面解禁は否定され、政府が認可した「医療特区」で自由診療・高度医療に限定して解禁されたが、新たに開設されたのは株式会社立診療所1カ所だけである。
- ② 混合医療の全面解禁は否定され、「保険外

併用療養費」導入により混合医療の部分解禁が行われたが、実質的には従来の特定療養費制度と変わらない。

- ③ 保険者と医療機関の直接契約は制度上は解禁されたが、厳しい条件がつけられたために、直接契約は全く行われていない。

そして二木立は日本における新自由主義的医療改革の全面実施がこのように挫折したと述べ、その要因として「新自由主義的医療改革を行うと、企業の市場は拡大する反面、医療費が急増し、医療費抑制という『国是』に反する(新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ)」ことと、「医師会、病院団体を中心としたすべての医療団体が、新自由主義的医療改革に一致して反対した」ことをあげている(二木立、2009、p52～54)。

このように新自由主義的医療改革の全面実施が挫折した反面、その後も新自由主義的医療改革は日本において漸進的に進んできた。

現在の社会保障改革は、小泉構造改革に端を発した社会保障・税一体改革として議論され、「社会保障制度改革推進法」によってその核心部分が規定され、さらには「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法」(以下、プログラム法)でその具現化の内容と時期が定められ、プログラム法にもとづいて、現在、個別法が制定されている過程にある(横山壽一、2015、p139)。

#### [資料3-1 社会保障制度改革推進法(一部抜粋)]

(基本的な考え方)

第二条 社会保障制度改革は、次の掲げる事項を基本として行われるものとする。

- 一 自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせられるように留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと。

(出所)社会保障制度改革推進法(平成24年8月22日法律第64号)

社会保障制度改革推進法の「基本的な考え方」の最初に「自助、共助、公助」の組み合わせという言葉が登場するが、この考え方は「自助、自立のための環境整備等」という表現などでプログラム法にも受け継がれ、現在の医療改革の基礎となる考え方の一つになっている。しかし日本国憲法25条は生存権について「国民の権利」であり、国はそのために「社会保障の増進に努めなければならない。」と述べているのであって、「公が助ける」とは述べていない。さらに社会保障制度改革の「基本的な考え方」に「自助」、「共助」が登場するのは憲法25条を基本とした社会保障を整備する責任に対する放棄に等しい。「今日の社会にあって自助で対応しようとするれば、市場に頼るほかない」(横山壽一、2015、p140)ので、この「自助」を基礎とした医療改革は、医療の市場化を進める結果を生むことになる。このような「基本的な考え方」にたち社会保障制度改革推進法は、第6条で医療保険制度について述べている。この社会保障制度改革推進法を基礎とした医療保険制度改革は、小泉構造改革を引きついでいることから、その内容においても、新自由主義的医療改革である<sup>(8)</sup>。

この間進んできた日本における漸進的な新自由主義的医療改革として重要なものは次の6点である。

- ① 被用者保険の本人負担の2割から3割の引上げ、保険料の総報酬制への移行(2002年)。
- ② 厚生労働省通知で、保険者と保険医療機関との個別契約で各健康保険組合加入者に対する割引が可能にされた(2003年)。
- ③ 保険業法等の一部改定により「直接支払いサービス」規定が新設された(2004年)。当面は金銭支払いに限定されるが、給付削減により市場を広げる処置である。

- ④ 社会保障制度改革推進法で保険給付対象の適正化が定められた。事実上の保険給付対象の縮小は、患者負担の増大を意味する(2014年)。
- ⑤ 自治体病院の民営化が漸進的に進行してきた。
- ⑥ 混合診療は全面的な解禁はなされなかったが、漸進的に解禁されてきた。

このうち①「本人負担の引き上げ」、④「事実上の保険給付対象の縮小」は、いずれも患者の自己負担分の増加を促し、民間医療保険の拡大を促すもので重要な新自由主義的医療改革である。また混合診療の全面解禁は挫折したが、この間漸進的に緩和されてきた。

2014年には規制改革会議が、「選択療養制度」の創設を打ち出した。現行の医療制度、特に新薬などの先進医療を対象とする評価療養においては、先進医療部会や先進医療技術審査部会によって、技術的・社会的妥当性が審査され、医療機関ごとに可否が判定されている。選択療養は、そうした厳重な「事前規制」を「事後チェック」へと転換し、混合医療を解禁するしくみである。これに対し、日本医師会(2014)は選択医療について、「安全性・有効性等を客観的に判断するプロセスがない」「国民皆保険の維持を揺るがすおそれがある」などと主張し、「患者(国民)不在」と題した箇所では次の要望書の一文を引用している<sup>(9)</sup>。

「過去には医師が自由に投薬できることによって多くの難病患者の生命と健康に大きな被害が生じた経験を有しています。その時代への逆戻りは許されないと考えます。」

(一般社団法人日本難病・疾病団体協議会の要望書、2014年4月3日からの抜粋)

このような日本医師会などの反対の動きにより、選択療養制度の創設は行われず、混合診療の全面的な解禁は再び挫折したが、混合診療解禁の要望はこのように再三再四、日本において繰り返されてきた。国内では規制緩和会議と日本経済新聞が混合診療全面解禁を主張しており、アメリカも一貫してこれを要求している。日本経済新聞が混合診療全面解禁を主張しているのは、産業界がこれをあきらめていないことを意味し、日本の産業界の医療分野への参入意欲は継続しており、混合診療の全面解禁は現在

のところなされていないが、これをめぐる確執は今後も続くと考える。

#### 第4節 新自由主義的医療改革における韓国と日本の比較

##### 4-1) 新自由主義的医療改革における韓国と日本の共通点

韓国と日本の医療制度は基本的に類似性が高い[表4-1]。OECD諸国を見渡しても、これほど類似した国は相互にみあたらない。

[表4-1 韓国と日本の医療制度の主な共通点]

医療の供給	医療サービスの供給が主に民間で行われている。
公的保険	国民皆保険制度が実現している。
営利会社病院経営禁止	医療機関の営利活動が禁止されている。株式会社による病院経営が原則として禁止されている。
保険の財源	公的医療保険の財源は保険料が中心を占めるが、租税も投入されている。

(出所)筆者が作成

このような韓国と日本の医療制度の類似性が生じた主要な理由は、次の2点である。

第一に、朝鮮半島が日本の植民地支配を受けて(1910～45年)、この時期に朝鮮で近代的な西洋医学教育と開業医中心の医療供給体制が成

立した。第二に、「韓国の医療保険制度は最初から日本の健康保険制度(特に組管掌健康保健)をモデルにした」(李蓮花、2011)。

韓国と日本の医療制度の構造は類似性が高い反面、顕著な違いもまた存在する[表4-2]。

[表4-2 韓国と日本の医療制度の主な違い]

	韓国	日本
公的医療保険の歴史	1977年に500人以上の事業所を適用対象に職業健康保険が開始され、1989年に国民皆保険が実現する。	1922年に公布された健康保険法が1927年に施行された。1961年に国民皆保険が実現する。
混合診療	混合診療が認められている。	混合診療が原則、禁止されている。
医療保険給付水準	給付水準が低い(約62%)。	給付水準が相対的に高い(約85%)。
保険適用外診療	超音波、MRIなど公的医療保険の適用外診療が多い(文在寅政権以前)。	必要な治療項目が公的医療保険で保障され、適用外診療が非常に少ない。
管理・運営	すべての管理運営業務が国民健康保険公団に一元化されている。	管理運営業務が、保険ごとに異なる。国民健康保険は都道府県、市町村が管理運営。

(出所)筆者が作成

このように韓国と日本の医療制度は、非常に類似性が高いが顕著な差異も存在する。この類似性の高い医療制度に対し、類似した内容の新自由主義的医療改革の提案がきわめて共通性の高い背景と構造のもとで韓国と日本においてなされた。その共通点を整理する。

(a) 新自由主義的医療改革の背景となる新自由主義化

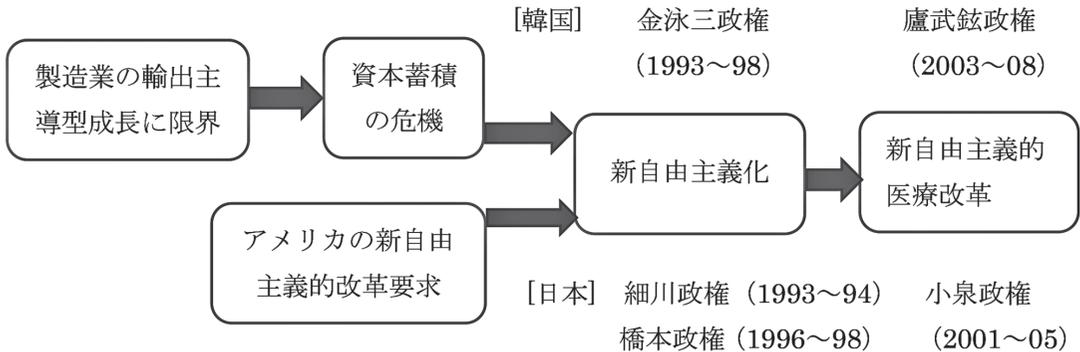
新自由主義的医療改革の背景となる新自由主義化が韓国と日本ではほぼ同時期に、類似した背景で始まった。韓国の新自由主義化は、1990年代中ごろ金泳三政権(1993～98年)下で始まったのに対し、日本は細川政権(1993～94年)から橋本政権(1996～98年)期で始まっており、ほぼ同時期である。韓国と日本の新自由主義化は、第一に1990年代中ごろに低賃金を用いた中国など新興国の追い上げにより、製造業輸出

型の資本蓄積の危機をむかえたこと、第二にアメリカが韓国と日本に対し、ほぼ同様の新自由主義的な改革を求めたことが主要な共通した背景としてあげられる。

(b) 新自由主義的医療改革の開始時期と提案内容

新自由主義的医療改革の開始が韓国と日本ではほぼ同じ時期で、その内容に類似性が高く、類似した歴史的背景をもって開始された。韓国では盧武鉉大統領(2003～08年)が2004年新年年頭記者会見で「医療のような知識産業も集中育成していく」と述べたのが新自由主義的医療改革の開始であったのに対し、日本では小泉純一郎政権(2001～06年)が2001年に経済財政諮問会議「構造改革方針2001」を閣議決定したことがその始まりになった [図4-1]。

[図4-1 韓国と日本における新自由主義的医療改革にいたる経過]



(出所)筆者が作成

そして新自由主義的医療改革の核心は韓国と日本共に次の2点にあった。

第一に、国民皆保険が実現している公的な医療保険を弱体化させ、民間医療保険の比率を高め、究極的には民間医療保険が公的な医療保険に代替することが目標としてかけられた。韓国では盧武鉉政権により「サービス産業競争力

強化総合対策」で「民間医療保険活性化」が公式に記され、実損型医療保険の規制緩和が行われた。また「サムソン戦略報告書」は「政府保険に代替する包括的保険」をその最終目標とした。日本では「公的な国民皆医療保険」の解体を意味する「日本版マネージド・ケア」の導入が「日本経済再生への戦略」(1999年)により打

ち出され、被用者保険の本人負担の2割から3割の引上げなど自己負担を高める政策がとられた。

第二に、法律により禁止されてきた株式会社の医療機関経営を認め、医療への営利目的の企業参入を促進することが目標とされた。韓国では病院付帯事業を大幅に増加させ、この付帯事業を非営利病院の営利子会社に許容(4次投資活性化対策)することで、非営利病院の事実上の営利病院化への道を開くことが目指された。日本では「構造改革方針2001」において「株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討する。」ことが打ち出され、その後も「営利企業による病院経営の禁止」の解禁は繰り返し主張された。

(c) 新自由主義的医療改革の目的

新自由主義的医療改革が、「経済成長の手段」として提起され、「国民の必要に応じた医療」を真摯に模索、追求する目的で提起されたものではなかった。韓国においては、当初から盧武鉉大統領が「医療のような知識産業も集中育成していく」(2004)と述べ、朴槿恵大統領は「サービス産業に対する投資の拡大」(2014)の一環として医療への投資の拡大を図ると述べた。日本

においては、「医療を産業として育成しようとする産業政策」と「医療費抑制策とその具体策としての医療提供体制の再編および医療機関合理化」の流れの中で新自由主義的医療改革が登場してきた(横山壽一、2003)。「営利企業参入解禁論は、その登場の背景から明らかなように、これまでの医療のあり方を見直して問題を整理し、その解決の具体的な方策として提起されたものではなく、いわば医療の外側から医療の変質を企てるための手段として持ち込まれてきたものである。」(横山壽一、2003)は日本の状況について適切に述べられたものであるが、これはそのまま韓国にも当てはまる。

(d) 新自由主義的医療改革による医療市場化への財界の強い期待

新自由主義的医療改革は政府が主体となって推進されたが、その背景には医療の市場化、営利化を求める財界の強い要望があったことも、韓国と日本における重要な共通点である。また両国において急速に進行している高齢化が医療産業市場の需要を増大させ、これが医療産業の拡大への非常に強い期待を生んでいることも日韓に共通している [表4-3]。

〔表4-3 医療市場拡大への韓国と日本の産業界の期待〕

『医療サービス産業 高度化と課題』 サムソン経済研究所	『ヘルスケアビジネス成長戦略研究』 松室孝明 <sup>(10)</sup>
医療サービス産業の国内市場規模が早い速度で成長 市場規模：14.8兆ウォン(1994年) → 43.3兆ウォン(2004年) ー 過去10年間の医療サービス産業の成長率は年平均11.3%と同じ時期の韓国のGDP増加率(年平均8.6%)に比べてもとても高い水準 今後、人口の急速な高齢化、所得水準の持続的向上などにより医療サービス産業の規模がさらに拡大する予想 ー 過去20年間の動向を示した線を利用して単純予測するならば、2010年には68兆ウォンに達する展望	ヘルスケア市場は、2015年に100兆円規模を誇る国内最大マーケットへと成長するといわれる。2015年現在の市場規模は60兆円超。食品産業は80兆円、自動車産業は50兆円、建設産業は40兆円マーケットとされる(松室孝明、2015、p3)。 ヘルスケアビジネスの対象となる年齢層のうち、最も大きいのが65歳以上の高齢者だ。高齢者人口は年々増加の一途をたどっており、(以下省略、同p19)みずほ銀行によると、2015年の市場規模予測100兆円の内訳は、医療関連分野が60兆円、介護関連が20兆円、その他の健康増進分野が20兆円である(同p22)。

(出所)『医療サービス産業 高度化と課題』(2007、サムソン経済研究所)と『ヘルスケアビジネス成長戦略研究』(松室孝明、2015)の内容を筆者が一部抜粋

かつての家電、自動車といった製造業輸出主導型の経済成長に行き詰まりが生じる深刻な危機に直面する中で、高齢化の急速な進展をうけて医療分野の市場が急拡大することへの産業界の期待は、韓国と日本共通して尋常でないものを筆者は感じる。日韓両国における執拗な医療の市場化、営利化への産業界の要求には、このような医療市場の拡大への熱い期待があったことは、両国の新自由主義的医療改革を理解するにあたりきわめて重要である。

#### (e) 新自由主義的医療改革の政府における担い手

新自由主義的医療改革の政府内の担い手は、経済官僚と新自由主義を奉ずる学者で医療・福祉を担当する官僚はこれに消極的または反対であった。これは(c)で述べた新自由主義的医療改革が、「経済成長の手段」として提起され、「国民の必要に応じた医療」を真摯に模索、追求する目的で提起されたものではなかったことの反映である。韓国政府における新自由主義的医療改革の主要な担い手は企画財政部の官僚であったのに対し、保健福祉家族部の官僚は当初これに抵抗するが、徐々に企画財政部から提案された新自由主義的医療改革を、担当部署として下請けする役割を担うように転落していく。日本政府における新自由主義的医療改革の主要な担い手は経済産業省の官僚と政府が主催する規制緩和を目的とする会議に招集された学者であったのに対し、厚生労働省の官僚は「営利企業による病院経営の禁止」の解禁や混合診療の全面解禁には抵抗した。

#### (f) アメリカからの改革要求とその受容

アメリカは韓国と日本に新自由主義的医療改革についてはほぼ同様の内容の要求を繰り返し、韓国と日本の資本の要求とこのアメリカからの要求が結びつき、新自由主義的医療改革が提案

された。そして提案された新自由主義的医療改革においてはアメリカ型の医療システムを理想とする方向で提案がなされた。「公的な医療保険を弱体化、解体して民間医療保険に代替する」ことや「営利企業による病院経営」は、アメリカにおいてはすでに実現している現実である。

#### (g) 新自由主義的医療改革と政権交代

韓国では進歩派政権である盧武鉉政権により新自由主義的医療改革が開始され、李明博政権、朴槿恵政権と保守政権において改革が促進されたように、政権交代があっても改革は継続された。日本でも小泉政権により新自由主義的医療改革が開始されて以降、自民党から民主党へ、再び自民党へと政権交代が行われたが政府の医療改革への試みは継続された。このように日韓両国において新自由主義的医療改革の開始以来、政権交代に関係なく医療改革の試みは継続されてきたが、韓国の文在寅政権は例外である。文在寅政権の登場により韓国の新自由主義的医療改革は中断され、医療の公共性を拡大する政策が実行されつつある。これは政治指導者の意志と医療改革をめぐる力関係の変化により、新自由主義的医療改革を中断させ、医療における公共性の拡大を実現させる改革が可能であることを示している。

### 4-(2) 新自由主義的医療改革における韓国と日本の差異とそれが生じた理由

このように韓国と日本の新自由主義的医療改革は多くの共通点をもって始まり、類似した提案がなされたが、異なる経過をたどった。韓国の新自由主義的医療改革は挫折したものもあったが、文在寅政権の登場までは民間医療保険の急拡大が顕著であるなど一定程度進展した。これに対し、日本では漸進的にしか市場化は進展

せず、株式会社の病院経営などの急進的な主張は実現しなかった。韓国において、新自由主義的医療改革が日本より進展した理由を筆者は次の4点にあると考える。

第一に、韓国では日本と比較して公的医療保

険の保障率が低いうえに、公的保険適用外の診療項目が多い。そのために公的医療保険の保障率が、日本の約85%に対し、韓国は約62%と低く、これが韓国において実損型の民間医療保険が急拡大する余地を生んだ [図4-2]。

[図4-2 韓国と日本における公的医療保険の給付、本人負担、公的保健適用外診療]

[韓国]		[日本]	
公的医療保険の給付 (約62.7%)	本人負担 (21.3%)	公的医療保険の給付 (約85%)	本人負担
公的保険適用外診療が多い(16.0%)		公的保険適用外診療が少ない	

( )は2010年

(出所)筆者が作成、[韓国]の( )は「国民健康保険公団報道資料、2012年2月8日」

第二に、韓国では公的医療保険が1977年に始まった当初から混合診療を認めてきたのに対し、日本では原則として禁止されてきた。混合診療の容認は公的保険適用外の診療項目の拡大を促し、結果として実損型の民間医療保険の拡大を促す重要な原因になった。つまり韓国では「混合診療の容認⇒公的医療保険の非給付診療の拡大⇒患者の自己負担分の増大⇒実損型の民間医療保険の加入率の増大」がおこったのに対し、日本では混合診療の容認が幾度も提起されてきたが、全面容認は現在まで実現しなかった。このために日本では実損型の民間医療保険がほとんど拡大してこなかった。

第三に、韓国では財閥が、民間保険会社、大病院、大学医学部を傘下においていることが多いが、日本では企業グループが民間保険会社や大病院を傘下におくケースは少なく、大学医学部を傘下におくケースは皆無に等しい。新自由主義的医療改革論者がめざすアメリカ型の医療システムを構築するには、大資本が民間保険会社と大病院を傘下におくか提携することがポイントになる。韓国では財閥オーナーを司令塔に財閥企業が強い結束を保ち、[表2-2]のよ

うに各財閥が民間保険会社と大病院さらに大学の医学部を実質、傘下においており、しかも1990年代以降、韓国が新自由主義化する流れにあわせて財閥が大病院や大学医学部を傘下においてきた。

これに対し日本では、戦後の財閥解体後、旧財閥の企業グループは復活したが韓国の財閥のように強い指導力をもつオーナーは存在せず、戦前のような強い結束はない<sup>(11)</sup>。このような結束のゆるさは保険会社との関係についても同様で、3大企業グループのうち、三菱は明治安田生命保険、住友は住友生命と資本関係があるが、2016年に三井生命は日本生命と経営統合を行い、日本生命の子会社になった(三井生命の株式は日本生命が82.6%、三井住友銀行が11.0%を保有、2017年9月現在)。このように韓国の財閥と日本の企業グループは全く性格が違い、韓国では財閥オーナーの指導力の下、財閥が民間保険会社、大病院を傘下においてきたことが、韓国の新自由主義的医療改革をより推進させた。

第四に、医療サービスを製造業にかわる基幹産業として育てようとするサムソン財閥の強い

意志と実行力である。韓国の新自由主義的医療改革は第2節で述べたように、サムソン財閥の意志により進展してきたと言っても過言ではない。これに対し、日本では規制緩和を掲げた日本政府の様々な会議で集った八代尚宏のような学者や日本経済新聞、経団連が「混合医療の全面解禁」や「株式会社の病院経営の解禁」を主張したが、強い指導力をもって、大手民間保険会社を傘下におきながら、大病院をいくつも新たに建設するような大企業や企業グループは存在してこなかった。例えばトヨタ自動車はトヨタ記念病院を保有しているが、これは1938年トヨタ自動車工業学母工場内に従業員の福利厚生のために始めた診療所が地域に根ざして成長した病院で、トヨタがこれを基礎に医療産業に大規模投資する気配をみせてきたわけではない。これに対しサムソンは1994年にソウルサムソン病院を開院して以降、医療産業化の意図の下、医学部をもつ成均館大を傘下におくことと並行して4つの大病院を現在までの約20年のうちに開院してきた。このサムソン財閥の強い意志と実行力が韓国の新自由主義的医療改革をより前進させる推進力になった。

## 第5節 結論

本論文は次の2点を明らかにした。

- 1 2000年代にはいり韓国と日本において、ほぼ同時期に始まった新自由主義的医療改革はきわめて類似した歴史的な背景の下、共通性の高い構造の中で推進された。
  - 2 類似した歴史的な背景の下、共通性の高い構造の下で韓国と日本において新自由主義的医療改革が推進されたが、韓国のほうがより医療の市場化、営利化が進展した。
- 2000年代にはいり韓国と日本で試みられた新自由主義的医療改革における歴史的な背景の

類似性と構造における共通性は次の(a)～(g)に要約できる。

- (a) かつての製造業輸出型の経済成長が限界に直面し、この資本蓄積の危機を克服するために新自由主義的改革が試みられ、新自由主義的医療改革はこれを受けて始まった。
  - (b) 新自由主義的医療改革が2000年代初頭に始まり、類似した提案が行われた。その核心は「国民皆保険の解体」と「営利企業の医療への参入」にあった。
  - (c) 新自由主義的医療改革が「経済成長の手段」として提起され、「国民に必要な医療」を真摯に追及する目的で提起されたものできなかった。
  - (d) 新自由主義的医療改革が医療サービス産業市場の拡大を期待する産業界の非常に強い要望にそって提起された。
  - (e) 新自由主義的医療改革の政府内における主要な担い手が経済官僚で、医療・福祉部署の官僚はこれに消極的または反対であった。
  - (f) アメリカは日韓両国にはほぼ同様の新自由主義的医療改革の要求を行い、この外圧と両国内の産業界の圧力が結合して改革が試みられた。
  - (g) 政権交代があっても新自由主義的医療改革は継続された。ただし韓国の文在寅政権だけは例外で文在寅政権により、現在、韓国の新自由主義的医療改革は中断している。
- このようにきわめて類似した歴史的な背景の下、共通性の高い構造の中で新自由主義的医療改革が試みられたが、日本と比較して韓国の新自由主義的医療改革はより進展した。その理由は次の4点である。
- 1 韓国は医療財源における公的負担の比率が、日本の約85%と比べ約62%と非常に低い。
  - 2 日本では原則禁止されている混合診療が、

韓国では容認されているために公的医療保険適用外診療が非常に多い。

- 3 韓国では財閥が民間保険会社、大病院、大学医学部を傘下においている。
- 4 韓国では医療サービスを製造業にかわる基幹産業として育てようとするサムソン財閥の強い意志と実行力が医療の市場化、営利化をより推進させた。

このうちの1と2は、韓国の公的な医療保険の後発性に起因するものである。韓国は公的な医療保険が日本などと比較して遅く始まり(1977年)、国庫負担をしないまま医療保険適用人口を拡大させるために混合診療を容認し、医療保険の給付率を低くおさえた。これに対し3と4はむしろ韓国が日本よりも強く新自由主義の影響を受けたことに起因するものである。韓国において日本よりも新自由主義的医療改革の進展が進んだのは、日本企業以上に新自由主義を受け入れた韓国財閥が1980年代末以降に民間保険会社、大病院、大学医学部を傘下におき、サムソン財閥の強い意志と実行力に韓国政府が動かされたからである。韓国は公的医療保険の整備においては日本よりも後発でありながら、新自由主義の積極的な受容においては日本より先じた。韓国の公的医療保険の保障率の低さが、実損型の医療保険の販売を加速させたように、韓国の公的医療保険における後発性がかえって、韓国の新自由主義的医療改革を日本よりも加速させる結果を生んだ。

このように韓国と日本の新自由主義的医療改革の過程を検証した時に、筆者はその過程を次のように要約することが可能であると考える。

- 1 高齢化の進展などにより医療市場の大幅拡大が予測される中で、医療の市場化、営利化を求める産業界の強い要求とアメリカの圧力を受けた政府が新自由主義的医療改革の実施

を試みてきた。

- 2 このような新自由主義的医療改革を求める要求とこれに反対して医療の公共性を保持しようとする医師、労働組合、市民団体などとの激しい衝突が生じ、この衝突における力関係が新自由主義的医療改革の進展の度合いを決めてきた。

- 3 したがって新自由主義的医療改革は、「挫折」か、「達成」か、という二者択一の問題ではなく、常に過程の問題であり、医療の市場化、営利化を求める勢力と公共性を維持しようとする勢力の両方が存在する限り新自由主義的医療改革をめぐる緊張関係は継続し、力関係の変化により、いつでも新自由主義的医療改革は進展したり、後退する。

家電、自動車といった製造業製品輸出型の経済成長の継続への深刻な危機に直面する中で、医療市場の大幅な拡大とそれにとまなう莫大な収益への期待が見込める医療市場への参入を韓国や日本の産業界が簡単に放棄するとは筆者にはとても思えない。医療市場の拡大のためには、新自由主義的医療改革により医療の公共性を抑える必要があり、医療の市場化にむけた確執は両国において今後も継続すると筆者は考える。「医療の公共性と市場化」をめぐる韓国と日本における緊張状態が続く中で、互いの経験から学びあうことはきわめて有意義であると筆者は痛感しており、本論文がこの一助になれば幸いである。

## 注

- (1) この定義の前提となる資本蓄積危機と新自由主義についての詳細は、デヴィッド・ハーヴェイ(2007)を参照。
- (2) 金泳三政権の時に行われた金融自由化とアジア通貨危機の韓国への波及の関係についての詳細は、チ ジュヒョン(2011)4章を参照。

- (3) 「サムソン生命戦略報告書・民営医療保険の発展段階」については、小笠原信実(2018)を参照。
- (4) 盧武鉉大統領とサムソンとの関係について、さらにチ ジュヒョンは「盧武鉉大統領とサムソンの関係は当時、知られていたよりも深かった」(チ ジュヒョン、2011、p 369)としてその緊密な関係を述べている。
- (5) 災難的医療費は「재난적의료비」の直訳で、「過度に経済的な負担になる医療費」を意味する。「災難的医療費」という言葉は韓国では定着している言葉で、政府の公式の文書でも使われている。災難的医療費という言葉が存在し、一般的に使用されていること自体が、韓国において医療費の自己負担比率が高いために、医療を受けることによる経済的な負担に苦しんでいる層が一定以上存在することを意味している。
- (6) 韓国では公的医療保険が国民皆保険を実現しているながら、保険料が支払えないために資格停止になったり、保険適用外診療が多いために自己負担分を支払えないなどの経済的な理由により医療を受けられない人たちが存在する。公的医療保険がカバーできていないこの部分を韓国では「公的医療保険の死角」としばしば表現し、関連文献において頻繁に使われている。韓国における公的医療保険の死角の詳細については小笠原信実(2018)を参照。
- (7) 日本の新自由主義化の始まりについての詳細は、渡辺治(2007)を参照。渡辺治は、1980年代の中曽根政権の行政改革と民営化が日本における新自由主義化の始まりであると当時考えたが、結論は1990年代に細川政権期に新自由主義化が始まったと述べている。筆者もこれに同意し、本論文における日本の新自由主義化の始まりを1990年代細川政権期とした。
- (8) 「社会保障制度改革推進法」および「プログラム法」の問題点は、横山壽一が詳細かつ適切に述べているので本論文においては重複を避けた。「社会保障制度改革推進法」および「プログラム法」の問題点については、横山壽一(2013)および横山壽一(2015)を参照。
- (9) 詳細は、日本医師会(2014)『規制改革会議が提言する選択療養制度(仮称)について』を参照。
- (10) 松室孝明は、タナベ経営ヘルスケアビジネスコンサルティングチームリーダーである(松室孝明、2015、著者紹介)。
- (11) 三井、三菱、住友などの日本の企業集団は、現在「財閥」と称するのはふさわしくないと考え、「企業グループ」とした。戦後の日本の「企業グループ」の再編については奥村宏(2005)を参照。日本の「企業グループ」と韓国の「財閥」との比較は、意義のある研究主題であると考えられるが、本論文では主題である医療改革を考察するのに必要な範囲で言及した。

#### [参考文献]

#### [日本語参考文献]

- 小笠原信実(2018)「韓国における公的医療保険の課題と民間医療保険の拡大— 医療における公共性と市場原理との葛藤 —」『医療福祉政策研究2018』
- 奥村宏(2005)『法人資本主義の構造』岩波書店
- 尾形裕也(2007)「先進諸国の医療保障・提供制度の類型論と制度改革の動向」田中滋・二木立編著『医療制度改革の国際比較』勁草書房、p1～30。
- 高山一夫(2016)「医療政策を考える」、岡田知弘編『現代日本の経済政策』法律文化社、p115～p128 頁
- 田中滋・二木立編著(2007)『医療制度改革の国際比較』勁草書房
- デヴィッド・ハーヴェイ(2007)『新自由主義』(渡辺治監訳)作品社
- 二木立(2009)『医療改革と財源選択』勁草書房
- 二木立(2012)『TPPと医療の産業化』勁草書房
- 二木立(2014)『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房
- 鄭在哲(2014)「韓国の医療営利化論争」『早稲田商学第139号』
- 日本医師会(2014)『規制改革会議が提言する選択療養制度(仮称)について』日本医師会
- 松田亮三「医療財政の公私ミックス」、松田亮三・

- 鎮目真人編著(2016)『社会保障の公私ミックス再論』ミネルヴァ書房、p72～p108
- 松室孝明(2015)『ヘルスケアビジネス成長戦略研究』ダイヤモンド社
- 横山壽一(2003)『社会保障の市場化・営利化』新日本出版社
- 横山壽一(2005)「医療構造改革と規制緩和」、『市場化の中の「医療改革」』新日本出版社・第5章
- 横山壽一(2009)『社会保障の再構築』新日本出版社
- 横山壽一(2015)「成長戦略と医療の営利産業化」岡崎祐司・中村暁・横山壽一編著(2015)『安倍医療改革と皆保険体制の解体』大月書店、p137～191
- 横山壽一編著(2013)『皆保険をゆるがす医療改革』新日本出版社
- 李蓮花(2011)『東アジアにおける後発近代化と社会政策』ミネルヴァ書房
- 渡辺治(2007)「日本の新自由主義－ハーヴェイ「新自由主義」に寄せて」、デヴィッド・ハーヴェイ(2007)『新自由主義』(渡辺治監訳)作品社、p289～329
- 20대 국회 전략」『박근혜정부4년, 의료민영화 정책의 문제점과 대안』
- 지주형(지 주히ョン)(2011)『한국 신자유주의의 기원과 형성』책세상
- 우석균(우 소ッキョン)(2016)「박근혜정부의 의료민영화 추진상황과 의료산업화 전략의 문제점」『박근혜정부4년, 의료민영화 정책의 문제점과 대안』
- 보건복지부 [http:// www.mohw.go.kr](http://www.mohw.go.kr)
- 프레시안 [http:// www.pressian.com](http://www.pressian.com)

[韓国語参考文献]

- 강성욱(강 손오크),고정민(코 죠ண்민)(2007)『의료서비스산업 고도화 와 과제』삼성경제연구소
- 강희정(강 히죤)(2018)「문재인 케어의 쟁점과 정책 방향성」『보건복지포럼』 255권 p23～37
- 김용철(김 윤츄올)(2011)『삼성을 생각한다』사회평론
- 신영전(신 옹죤)(2009)「'의료민영화' 정책과 이에 대한 사회적 대응의 역사적 맥락과 전개」『상황과 복지 제29호』
- 신영전(신 옹죤)(2014)「의료급여 사각지대의 정치경제학」『사회정책 연합 공동학술대회2014』
- 정형준(정 옹죤준)(2016)「박근혜정부 투자활성화 대책과 보건의료 제도변화에 대한

田宮菜奈子・小林廉毅編  
『ヘルスサービスリサーチ入門』  
東京大学出版会(257頁)、2017年

松田亮三(立命館大学)  
Ryozo Matsuda (Ritsumeikan University)

本書は、ヘルスサービスリサーチ (health services research, HSR) についての入門書である。医療の質、供給、費用に関する本は多く刊行されているが、HSRはそれらすべてに関わっている。本書は、この幅広い領域に向けた入門書である。

評者は1990年代にイーライ・ギンズバーグが編纂したHSRの有用性に関わって組まれた論文集をかつて目にしたことがある。そこではメディケア・メディケアの創設によって、医療が公共政策の課題として重要になる中で、HSRが展開してきたことが語られていた(Ginzberg, 1991)。HSRという用語が米国で普及したのは、1966年に米国議会がNational Center for Health Services Research (全国ヘルスサービスリサーチセンター) 設置のために予算割り当てを行ったことによるとのことだが、まさにこれは上記の流れと一致するものであり、その中で周知のRAND医療保険実験を始めとして、医療サービスをいかに学術的に取り扱うかが真剣に検討する課題となったということである。もっとも、ギンズバーグは、1910年前後の医学教育に関するフレクスナー報告が、見方によっては20世紀最大のHSRの成果といえるとも述べており、1920年代後半から1930年代にかけての医療費委員会(Committee on the Cost

of Medical Care, CCMC)の活動にも言及している。HSRという用語が広まる前から、より良き医療サービスに向けた研究はなされていた分けである。本書の終章において紹介されているが、米国ではHSRをキーワードとする研究が2010年代に入って急増し、他の先進諸国でも増加しているという。ひょっとしたら、どの国でも医療支出の増大が進む中で、より精密な医療サービスの設計・運営を迫られていることが、こうした増加の背景にあるのかもしれない。

入門書として、本書は多岐にわたる内容を扱っている。以下に章題とその内容を示す。基礎知識(質についての構造・過程・結果モデル、社会保障制度、HSRの教育カリキュラム)、医療システムのマネジメント(制度設計、経済評価、介護、地域ケア、診療ガイドライン、医師配置)、医療システムのモデル評価(軽量経済学的手法、SWOT分析など経営分析の手法、国際生活機能分類)、関連領域との協働(医療の質指標、産業保健、小児保健、法医学、社会疫学・行動経済学、国際保健分野における文化人類学的アプローチ)、行政におけるヘルスサービスリサーチ(保険行政、福祉行政、医療政策)、各種現場におけるヘルスサービスリサーチ(医療サービスの日米比較、青少年のメンタルヘルス)、認知行動療法のエビデンス、ケアラーへ

(受理日：2018年11月29日)

の支援)、終章。

この内容の多様性は、日本の医療や公衆衛生が直面している課題を反映していると思われる。『日本公衆衛生雑誌』の連載記事をもとにしており、それぞれの部分—本書は内容ごとに分担執筆が行われている—では、それぞれに興味深い内容が紹介されている。各領域における話題や理解を不可欠とする概念にまず触れるという意味では有用であろう。

こうした手法や領域の多様性は、HSRの定義がまだ安定していないこととも関わる。医療のあり方あるいはその射程範囲が変化するにつれて、HSRが対象とする範囲も拡大しているからである。2000年にヘルスサービスリサーチ学会 (Association for Health Service Research, AHSR) (当時)の理事会が定めた定義では、HSRとは「社会要因、財政機構、組織構造・過程、医療技術、個人行動が、医療アクセス、医療の質・費用、最終的には、健康とウェル・ビーイングに、どのように影響を与えているかを検討する集学的研究分野」であり、その研究範囲は、個人、家族、組織、制度、地域社会、人口とされる (Lohr & Steinwachs, 2002)。AHSRの後継組織である学術組織Academy Healthによれば、HSRは「簡単にいえば、何が、誰のために、どのような費用で、どのような状況で、機能するかを確定していく科学研究」であり、「健康・医療機構 (health system) がどう機能するか、どのようにして患者と供給者が適正なケアを選択するよう支援するか、どのようにしてケア供給編成により健康をよくするよう支援するか」を研究するものとされている<sup>(1)</sup>。

HSRの研究を実際に行うためには、さまざまな研究の方法論に習熟する必要があるため、そのような方法論を学ぶこと、また本書でも一部紹介されている実際の研究例を読みこなし

いき、理解を深めることが重要であろう。その点では、本書においても、さらに学習を行っていく上であたるべき教科書や重要論文などについて、もう少し紹介の工夫があってもよかったかもしれない。近年、方法論や研究実践についてのテキストが英語圏で発行されてきており (Bowling, 2014; Shi, 2007; Walker, 2014)、それらの内容を咀嚼したより高度な日本語でのテキストの刊行も待たれるが、まずは英語圏の文献案内を行ってもよかったのではないか。

本書の刊行がHSRの広がり、関連する書物やシリーズの刊行につながることを望みたい。

#### 注

- (1) AcademyHealthのウェブ (<https://www.academyhealth.org/about>) より。2018年11月28日閲覧。

#### 文献

- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health : Investigating Health and Health Services*. New York: Routledge.
- Ginzberg, E. (1991). Health services research and health policy. In E. Ginzberg (Ed.), *Health Services Research: Key to Health Policy* (pp. 1-19). Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Lohr, K. N., & Steinwachs, D. M. (2002). Health services research: an evolving definition of the field. *Health Services Research*, 37(1), 15-17. doi:10.1111/1475-6773.01020
- Shi, L. (2007). *Health Services Research Methods*: Clifton Park, NY. : Delmar Learning.
- Walker, D. M. (2014). *An Introduction to Health Services Research: A Practical Guide*: SAGE Publications.

日本医療福祉政策学会学術誌編集委員 (2019年3月1日現在)

編集長 鶴田禎人(同朋大学)

編集委員 高山一夫(京都橘大学)

佐藤英仁(東北福祉大学)

村上慎司(金沢大学)

Editor-in-Chief Yoshito TSURUTA (Doho University)

Editorial Committee Members

Kazuo TAKAYAMA (Kyoto Tachibana University)

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

医療福祉政策研究 第2巻・第1号

ISSN 2433-6858

2019年3月7日(修正版)発行

編集：日本医療福祉政策学会学術誌編集委員会(編集長 鶴田禎人)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 松田亮三)

(連絡先)〒606-8446

京都市左京区南禅寺北ノ坊町21番地 永井ハウス内

# Journal of Health and Welfare Policy

Volume 2 Issue 1 2019

---

## Contents

### **Special Issue : Different Approaches in Health and Welfare Policy Studies**

- Introduction to the Special Section on “Different Approaches in Health and Welfare Policy Studies”  
Ryozo Matsuda ( 1 )
- Different Approaches in Health and Welfare Policy Studies: A Perspective Ryozo Matsuda ( 3 )
- Policy studies based on the normative theory of social security: A comparative examination of A. Sen and J. Wolff Shinji Murakami (15)
- Approach to policy research by sociological method: Research on child welfare institutions supporting children with diverse cultural backgrounds Kyo Matsushima (27)
- Healthcare policy research and economics: a political economy analysis of the Trump administration healthcare reform Kazuo Takayama (37)

### **Special Issue : Reconsideration of Japanese Medical System Reform**

- Current Status and Problems of Health Care System Reform: The Issues Surrounding the Reform of the Medical Care Provision System, such as those found in Reform Plan of Local Government Hospitals and Public Medical Institution Tadashi Shiomi (47)
- Current Status and Problems of Regional Medical Vision of Aich Hidekazu Nishimura (57)

### **Review Article**

- Perspectives on Construction of Informal Care Support under Restrictive Policy of Care Security: Referring to Support for Informal Care Funded by the Municipality in Finland Katsuro Inokuchi, Osamu Moriyama (65)
- The Real Change of the Policy for-profit of Long Term Care Insurance for the Elderly in Republic of Korea: A Study on the Actual Condition of Long Term Care Facility for the Elderly Sinae Hong (87)

### **Research and Discussion**

- Comparison between South Korea and Japan on Neoliberal medical care reform Nobumi Ogasawara (113)

### **Book Review**