

医療政策会議講演録

生活保障の新しい作法 保健・医療・福祉を 包含する生活モデル

講演日

平成29年7月13日

猪飼 周平



生活保障の新しい作法 保健・医療・福祉を包含する生活モデル

猪飼 周平（一橋大学大学院社会学研究科教授）

『病院の世紀の理論』（猪飼周平著、有斐閣）は、20世紀の医療システムと21世紀に入ってからの医療システムの間には、すごく本質的な違いがあって、その違いをもたらしているものは一体何なのかということについて、ある程度書いたものです。

ただ、あの当時は今から振り返ると7年前でして、本当にいちばん重要なところまで迫れたわけではないなという思いがあって、キーワードは「生活モデル」という概念ですが、これは医療だけの問題ではなくて、社会保障全体の領域と実は密接に結びついている概念だということが徐々に分かってきたところです。

医者施設のほうに患者がやってくる流れが2000年ごろから、大まかに言うと世紀転換期ごろから、今度は医者のほうがまた患者のほうに訪ねていくという方向に向かって、大きな転換をしているということが今のタイムシリーズの統計で分かるわけです。

この1995年という数字は、戦後にちゃんとした官庁統計をとり出すようになった最初の時期がこの時期だということなのですが、なぜこういう統計になるのかということをもまず考える必要があると思います。時代をさかのぼればさかのぼるほど往診率が高いというのは、ある意味で当然だというのはよろしいと思います。というのは、病気で動けない患者がいて、元気な医者がある。どちらがどちら側に行くかということ考えたときに、元気な医者のほうが病人のほうに行くべきだろうという時代が、かつてもちろん存在していたわけです。それが無理をしてでもとにかく診療所なり病院まで来いという、その方向に向かって変わっていくという時代をずっと経験してきたというのが、この2000年ごろまでの統計です。

これはもちろんなぜそういうことになるかといえば、患者をより安全に、あるいは確実に体調管理をして、よ

り治療の可能性を高めようと思えば、当然そういうことになるわけです。このロジックは今日でも変わっていません。より安全に、より確実に患者を取り扱おうと思えば、ここはずっとこうなっていってもおかしくない。ところが2000年代ごろから統計は反転します。

これはなぜかということ、患者を確実に治していく、安全に管理するというロジックとは違うロジックに医療が支配されるようになったからだというように考えないと、この統計は説明できないわけです。つまり、患者をより安全に確実に治していくということを突き詰めていったときに、このようにはならないわけです。つまり、世紀転換期ごろに地域ケアの方向に向かって進んでいく、ある種の医療のロジックの転換がここにあったということが示唆されている。もちろんこれは往診ですが、それ以外にも出産の場所であるとか、死ぬ場所であるとか、そういう統計を見ても、基本的には同じような傾向を示しているということです。

包括ケアというのは丸ごとという、inclusiveで翻訳されることがあるのですが、これはインテグレーションのことです。

システムインテグレーションを考えたときに、どのようなシステムであっても、任意のシステムについてバラバラに勝手に動くのと、連携しながら動くのと、どちらが効率がよいですかという問題を考えると、どのようなシステムであっても連携するほうが効率的でよいわけです。

つまり、システムインテグレーションというものは、それができるのであれば、どのような場合でもやったほうがよい。実際、保健・医療・福祉のシステムインテグレーションに関しても、それはやったほうがよいという議論は20世紀の初頭からずっと今日に至るまで存在しています。要するに、保健と医療と福祉がある意味バラ

バラに動くようになってから、ずっと今日までそれが望ましいということが言われ続けてきました。

ところが20世紀を通じてシステムインテグレーションはできなかったわけです。それが地域包括ケア政策というある種の政策によって、急にシステムインテグレーションが進むというのは、とてもおかしな話です。政策がかけ声をかけたぐらいで、インテグレーションは本来できるはずがないわけです。ところができるようになったということは、この背後に100年間システムインテグレーションができなかった条件が解除されているということが起きているはずなのです。つまり、これが言ってみれば包括ケア化の条件です。

つまり、「地域包括ケア」という言葉を考えたときに、「地域ケア化」と「包括ケア化」に分類して考えなくてはいけなくて、それぞれが非常に密接に連携しているわけです。100年ぶりぐらいの大きな歴史的な転換の上に乗って起こっている事柄であるということが、ここから示唆されるわけです。

医療も広い意味で支援なわけですが、支援には簡単に言うと3つぐらいの型があります。

1つは、これはソーシャルワークをイメージすると分かりやすいのですが、たとえばある種の患者をケアしたときに、本当にそのケアがその人にとっていちばんよかったかというのは、最後まで分からないものだったりするわけです。それはなぜそういうことが起きるかという、人間のQOLは究極的には分からないからなのです。何がその人の生活にとっていちばんよいか、その人の人生にとっていちばんよいかということは最後まで分からないというのは、これは人間の心理なわけです。それがまずこのQOLの問題です。

もう1つは、人間の暮らしというのは非常に個別的で多様です。同じ病気の患者がいて、同じ病名がつく患者さんがいたとして、その人に対して同じように接すれば同じことが起きるかといえば、もちろんそうではない。人間というのは非常に多様な暮らしのなかに埋まっている多様な存在で、多様だということを、あるいはQOLが分からないということを前提にやる支援が、生活モデルと呼んでいるものです。

一方で、社会保障や公衆衛生、あるいは行政サービスの大部分がこのロジックに乗っていると考えていただくと、実はQOLが分からないというのは困るから、とりえず貧困撲滅でも肺がんのリスクの減少の提言で

も何でもよいから、目標を立ててそれを達成するというやり方で政策を考えようという形で、QOLが分からないということは、支援の究極的な目標がないということですから。それに対して目標がないのは困るから、とりえず目標を作りましょう、さらに目標に対して、人間は非常に多様なだけれども多様だという前提でやってしまうと政策手段を導けないので、ある種非常に単純化して考えましょう。たとえば貧困といっても、個人個人で貧困のあり方はものすごく違っている。だけれども、それを所得が足りないとか、仕事がないという意味に解釈する、これは単純化です。そのような単純化をして、では所得や仕事を支えようという、これはいわゆる再分配国家である福祉国家、あるいは社会保障の基本的なメカニズムになっています。同じように肺がんだったら、ほかに肺がんの要因になるものは無数にあるわけだけれども、メインキラーはたばこのだろうと言って、たばこの問題に政策を集中させるというようなことを考える。

なぜそのような単純化を行うかということ、できるだけ多くの人に働きかけて、結果として高い支援の効率性を達成するためです。ですから、こちらはある種の効率性をねらったシステムです。それと対極的なものとして生活モデルというのがあって、医学というのはその中間的な存在です。一方では、医学を使って人間の問題を何とかするというのは、これは問題に対するある種の単純化です。しかし、基本的には臨床、1人ひとりを支えるという意味では、究極的な効率性を追求しているわけではないということです。

ですからたとえば、イギリスのNHSなどは医療全体が公衆衛生化の方向に向かっていますが、そうすると、従来の医療というものとはちょっと違う性質のものになっていくわけです。これが1つの方向性です。ただ、ちょっと対比的に考えるために、こことこの違いを考えてみたいと思います。

そうなったときに、いろいろな言説であるとか事象を参照すると、大まかに言うと、人々のどのような支援がよいかという支援のあり方に対する評価が、どちらかというと生活モデルのほうに移ってきています。それをつかまえて、医学のところで医療のシステムが、古いタイプの20世紀的な病院と診療所で患者を治すシステムから、生活を支えるシステムのほうに向かって変わっていく。それによって地域ケア化、包括ケア化というものが起きていくというロジックを組み立てたのが、『病院の世

紀の理論』の議論になっています。

それと並んですごく大きな変化がこれです。「社会保障モデルから生活モデルへ」、つまり生活保障という大きな枠組みで考えたときに、それを従来のな社会保障的なやり方で達成することには限界があって、その先には生活モデル的な支援によって、その生活保障というものを前進させなくてはいけないのではないかという考え方が1970年代ぐらいから徐々に徐々に出てきている。

これは私の理解ですが、医療の世界の大きな変化というのは、実は主導的な変化で、これにちょっと飲み込まれるような形で90年代以降PubMedなどを検索してみるとQOLに関する論文がバツと出てくる。そういう変化につながっていったということで、この変化は社会保障をやっている方たちも医療をやっている方たちも、そういうことが起きているということに関しては、感覚的には何となくご理解いただける部分があるかと思いません。

それにはどういう根拠があるのかということだけ、ちょっとお話しします。まず1つ、おもちゃのようなもので考えてみましょう。これはもつれてしまった糸くずだと思ってください。よく見るとこの糸はこういう姿をしていて、こういう姿をしているものと両方あって、これは引っ張るとほどけます。こちらは引っ張ると結ばれます。そういうものだというように思ってください。

たとえば子供にもつれた糸を引っ張って何とかしろと言うと、どういうことが起きるかということで、もちろんほどける糸もあるし、こんがらがるとも糸もあるし、こんがらがったものは、ゴミ箱ではないけれども糸くず箱に行ってしまう。ほどけた糸はこのようにほどけたところに置くのだけれども、これは糸の不思議というか神秘ですが、放っておくとまたもつれる。もつれてしまっても、またこちら側に来たときに同じように引っ張ると、ほどけるものとこんがらがるとのものがある。このプロセスをずっと続けていくと、最後は全部こんがらがった糸になる。そういうことが起きるはずなんです。

同じようにたとえば生活困窮者、あるいは貧困者でスタートしていきましょう。貧困の問題をたとえばお金を渡す、あるいは仕事を渡すということで解決しようというようにやってみる。そうするとどうなるかということ、それによってそこから脱出する人もいます。戦後はそれで貧困から脱出した方々もたくさんおられたわけです。

ところが貧困のなかに、たとえばアルコール依存のよ

うなものが要因のなかに交ざっている人にお金を渡すと何が起きるかといえば、もちろんお酒を買いに行ってしまうわけです。そうすると支援にならない。そういうことがあっても、まあ多くの人が脱出するのだからよいというようにしてやると、ここに取り残されたり、こじらせた人たちが残ってしまう。

ところが生活困難から脱出すると、ではそれでも生きられるかということ、そのようなことはなくて、生活が破綻するリスクというのは、どのような人でもなくなる。単純な方法でやっていくと、全体として時間が経つと何が起きるかということ、生活問題の性格が単純に解決できる問題から、社会政策のなかでは「社会的排除」と呼んでいます、個別的で複雑な、要するに簡単に解決できない問題群に変化してってしまうということが起きてしまうわけです。

もう1つ、今のロジックを踏まえたうえで、この世界に人間が8人いて、生活問題が8つあるという、単純化されたモデルを考えてみましょう。チェックが入っているところは、Aさんが5番目の問題を抱えているという意味です。これはみんなが同じ問題を抱えている。そのときはドンと政策を打てばよい。これはまさに問題別に解決策があり、先ほど申し上げた社会保障モデル的な支援の典型的なパターンです。

そうやっていくと、みんなが同じ問題を抱えているという状態はなくなって、問題がだんだん小さな集団の問題に変化していきます。そうすると、これは行政の方であれば100人が100人、この順番で政策を打つということに同意される。つまり政策効率が高い順番に政策を打つわけです。

こういうことをやっていくとどうなるかということ、最後はみんな問題がバラバラになってしまう。これをやろうとすると、みんな全部入りのような政策を打たなければいけない。

この場合も全部入りのような政策を打たなくてはなくなってしまいます。ここまできてしまうと、1人ひとりやったほうが安いということが起こりうるわけです。

社会保障モデルというのは、やればやるほど歩留まりが悪くなっていく性質を持っていて、生活モデルというのは、それに対して1人ひとり支援をしていきますので、能率は悪くはならない。臨床的な医学モデルも1人ひとりやっている限りでは能率は下がりにません。それに対して社会保障モデルというのは、どんどん能率が下

がっていくということが起きます。

そうすると、どこかである種のスレッシュホールドが起きて、生活モデルのほう支援として優位になってしまふ。それで先ほどのような大きな変化、つまり社会保障モデルから生活モデルに向かって、支援が大きく変化しようとする方向に向かうということになります。

戦後の70年間の福祉国家の営みを考えてみると、基本的な社会保障モデルで生活問題、これは全事象だと思っただけとよいのですが、それに対して支援をどこまで張れるかというチャレンジをした、そういう時間だったというように、大まかに言うと理解できるのではないかと私は思っています。

そのように考えてみると、その結果としてどこまで張れたかという、これはナショナルミニマムのラインですが、ナショナルミニマムよりも低い人たちにも支援がちゃんと届いていなかったり、その上の人たちにも届いていなかったり、一見届いているようなのだけれどもすり抜けていたりというような、制度の狭間論などはその典型ですが、そういうことがたくさん起きて、セーフティーネットというものが張りきれなかったわけです。

それはなぜそうなったかという、私の理解では、社会保障モデルというのは簡単に言えば効率性を求めているわけだから、効率のよい支援ができることから順々にやっていく。そうするとその結果として、張れるところまで張ったけれども、効率が悪いので先に進めない。ちょっと先に進もうとすると、莫大なお金がかかってしまう。そここのところで財政の壁のようなものに本当にぶつかってしまって、先に進めなくなっているのではないかと。そう考えてみると、私がいま提案しているのは、ここから先に進むためには、生活モデル的な支援をベースとした支援体系にやはり移っていく必要があるだろう。

そのように考えたときに、地域包括ケアの政策というものをどのように評価できるか。地域包括ケアは簡単に言えば、医学モデルから生活モデルに医療システムが転換する方向と基本的には同じ方向を向いている政策で、その意味では、先ほどの生活保障の社会保障モデルの壁のようなものを突破する方向性であるというように考えて、その意味で地域包括ケア政策、これは国がやってきた地域包括ケア政策にも一定の肯定的な評価をしてまいりました。

ただ一方で、政策として本当に高齢化対策としてやったというのは、私は正しくなかったと思いますし、しか

も高齢と健康という2つの縛りをかけて地域包括ケアをやったために、介護保険のような保険制度で達成できたような成功を実現できなかったというように考えています。

それはどういうことかという、介護保険は文句を言っている人は多いけれども、基本的にはすごく大きな成功だったと思います。なぜならば、15年以上にわたる準備をして、それで実施をして、本当にあつという間に介護保険が要らないという人がいなくなってしまう。そういう意味では本当に素早く社会のなかに根づいた。それは結局のところ、親の介護、親の世話、姑さんなどのお世話がやはりつらかったわけです。そこに介護の社会化という大きな政策を当てていく。結果的にすごく大きなお金というか、国民はそれを実施するために大きなお金を保険として出すということが実現できたわけです。

そのようなものをどうやって積み上げていくかという、次の政策をやはり考えるべきだったのだらうと思いますが、地域包括ケア政策の場合にはそれがちょっとうまくいなくて、その必要性みたいなものが国民にあまり広く根づかないまま、ここまでできてしまったのだらうと思います。方向自体は正しくて、生活モデル化という非常に長期のトレンドに乗っているのですが、その方向性自体には問題があった。

最後に、昨年来「我が事・丸ごと」共生社会論というのが出てきて、まだ海のものとも山のものともというレベルの不完全な政策ですが、私はあの政策について一定の評価をしている理由があります。それは地域包括ケアを高齢と健康という2つの縛りを解除する方向で、より全体的な生活保障に近いような政策に向かって進もうとしていることです。ここをうまく作り上げていくことによって、私の理解では地域包括ケアが、皆さん本当にご苦労されながら普及に努めてきたのだけれども、なかなか理解が得られなかった部分というのを突破できる可能性があると思っています。

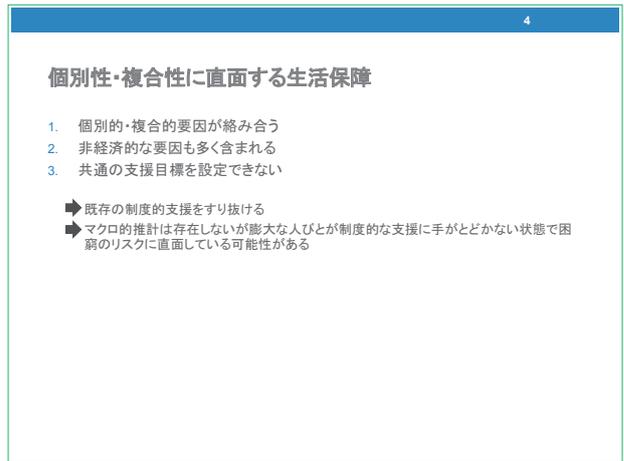
それを上手に鍛えていって、1942年に福祉国家を作るためのひな型であるBeveridge reportというものがイギリスで出されたわけですが、あのBeveridge report的な社会保障あるいは福祉国家の時代というのは、私は賞味期限切れだと思っています。それに対して新しいタイプの社会保障、これは生活保障、何と呼べばよいのかと思いますけれども、別の形でこれまで70年間張りきれなかったセーフティーネットを張りきるような、そのなか

の重要なパートとしていわゆるヘルスケアが入っている
ような、そのようなシステムに向かって政策を練り上げ

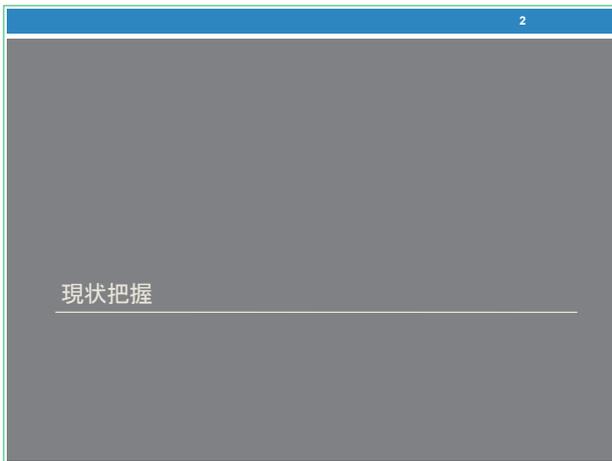
ていくということができれば、素晴らしいことだなとい
うように思っています。



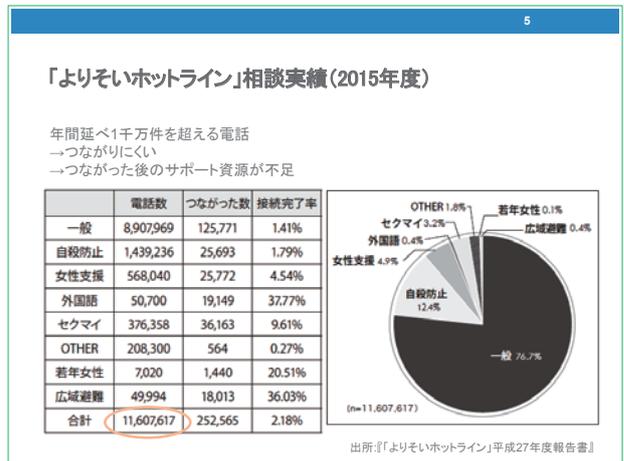
図表 1



図表 4



図表 2



図表 5



図表 3



図表 6

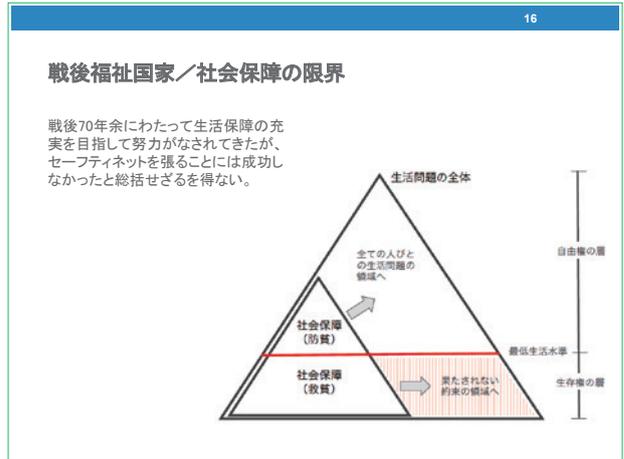
13

人口に占める社会的養護委託の割合

国・州（統計の年度）	18歳未満人口の概算	社会的養護の人口	18歳未満1万人に対する割合
オーストラリア (2006)	4,956,714	29,695	49
オーストラリア/NSW (2006)	1,791,379	9,299	56
オーストラリア/Queensland (2006)	2,795,343	5,637	38
カナダ (2001)	2,990,000	76,000	100
カナダ/Alberta (2006)	727,235	8,539	11
オーストラリア/Queensland (2006)	2,795,343	17,204	64
デンマーク (2006)	1,396,872	12,671	104
フランス (2006)	13,448,267	137,685	102
ドイツ (2004)	14,628,823	110,206	74
アイルランド (2003)	1,076,900	5,650	50
イタリア (2000)	10,194,943	36,400	34
日本 (2003)	23,196,000	38,200	17
ニュージーランド (2006)	1,006,645	4,962	49
ノルウェー (2004)	1,174,489	8,137	68
スペイン (2004)	7,246,000	38,418	51
スウェーデン (2004)	1,910,967	12,161	63
韓国/Seoul (2005)	11,399,000	60,900	55
韓国/Seoul (2005)	45,314	2,831	60
韓国/Seoul (2007)	1,066,646	7,006	66
韓国/Seoul (2005)	4,800,000	4,380	71
アメリカ (2006)	74,000,000	89,652	66
アメリカ/Florida (2006)	14,464,654	17,945	55
アメリカ/Washington (2006)	2,433,144	10,334	58
アメリカ/Washington (2001)	1,909,000	8,821	58

出所：津崎智雄 [2009]

図表 13



図表 16

14

日本の公的扶助

表1 先進諸国の公的扶助制度の受給率と負担率

国	制度名	負担率	受給率 (OECD基準, 2006年)
日本	生活保護制度	1.6% (2012年)	16.7%
スウェーデン	社会サービス法に基づく経済的援助	4.0% (2008年)	6%
ドイツ	求職者基礎保障 (低賃付給)	8.2% (2009年)	14.4% (EU)
フランス	求職者手当制度	5.7%	9.1%
イギリス	所得補助 (一人親)、雇用支援手当 (障害者)、求職者手当 (求職者)、年金クレジット (高齢者) 等	9.27%	16% (EU)
アメリカ	貧困家族一時扶助 (子どものいる低所得世帯)、補足的養育扶助 (食費扶助)、補足的所得保障 (広範囲の障害者・高齢者)	1.42% 13.05% 2.49%	17.1%

出所：尾野・小久保・吉永 (2011)。(EU) は EU 基準 (中央費の99%)。

出所：阿部彰「生活保護への4つの批判」『福祉他「生活保護」2013年, p. 25

図表 14

17

現在の政策思考に展望はあるか

私たちはこの事実にあまり慣れすぎ、この事実を前提として政策や研究を考える習慣に陥ってはいないか。

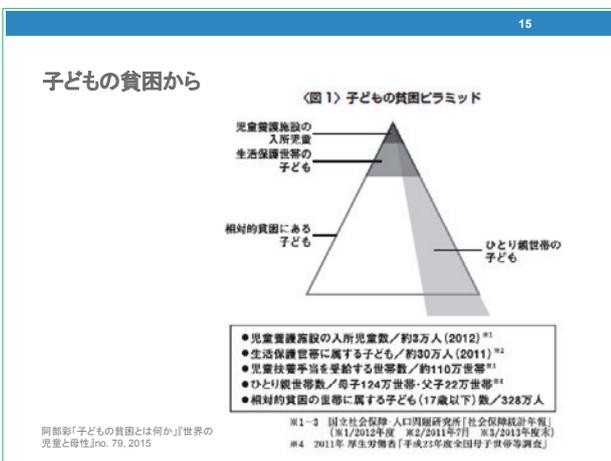
現在の政策思考パターン

- ① アドホックに「隙間」を見つける努力 (地域福祉を含む)
- ② 生活保障を効率化する努力
- ③ 人びとの利害をバランスさせる努力
- ④ 人びとにアピールする社会問題の探索

この延長線で、生活困難の「隙間」を埋め、低負担低福祉に固定化されている現状から脱却することは困難と考えられる

Cf. 新しいリスク論、ワークフェア論、社会的投資国家論、子どもの貧困論、承認パラダイム論...

図表 17



図表 15

18

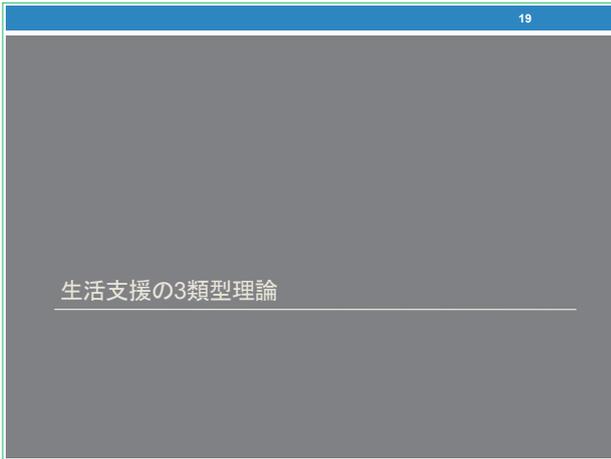
政策学者に求められている知的貢献とは何か

次の2つの論点のために研究上の資源を投入する必要がある。

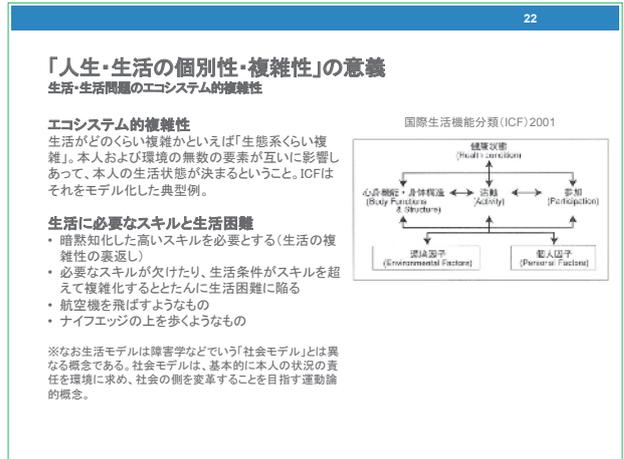
1. 生活困難全般に普遍的なセーフティネットを構築する方法
2. 必要なコストの負担についての社会的合意を可能にする方法

上の2つの課題に目処をつけることができれば、それは「現代のベヴァリッジプラン」の名に値する政策提案となる

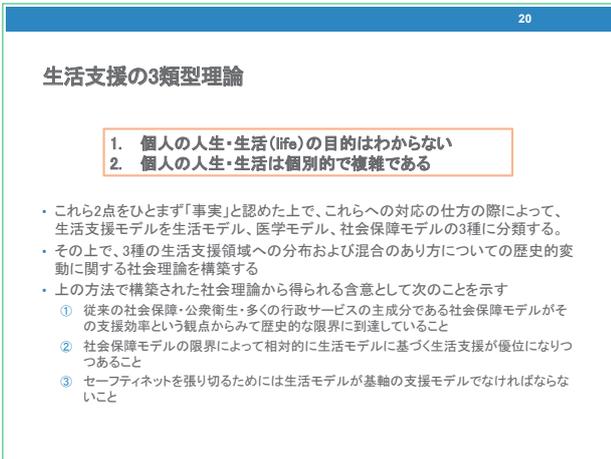
図表 18



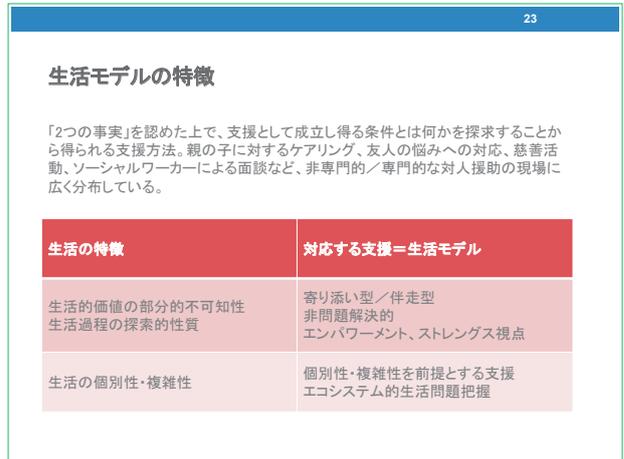
図表 19



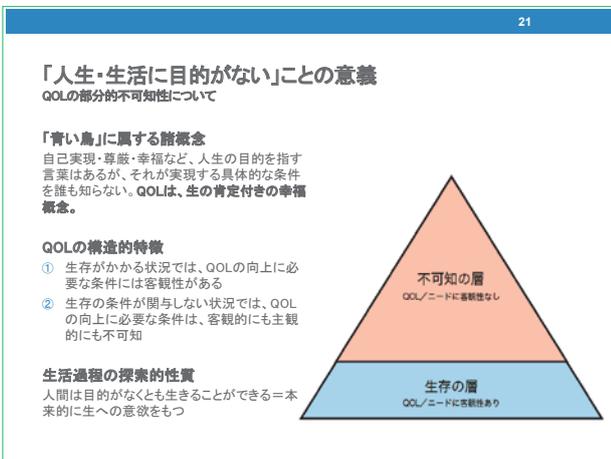
図表 22



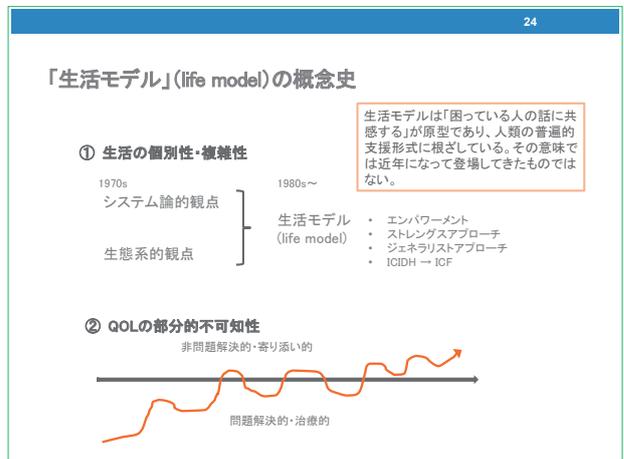
図表 20



図表 23



図表 21



図表 24

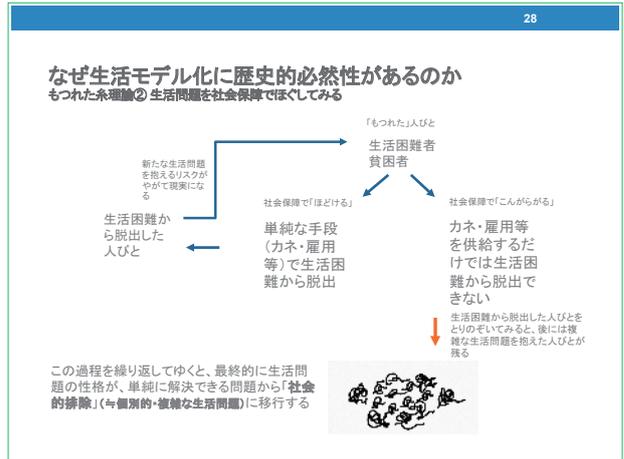
25

生活支援の3類型

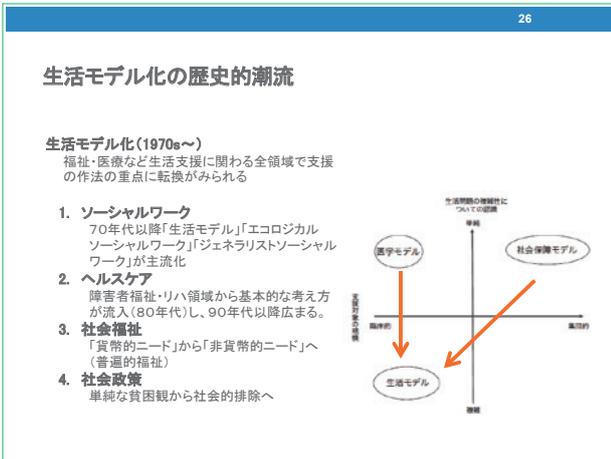
比較によって生活モデルを理解する

	生活モデル	医学モデル	社会保障モデル
QOLへの態度	QOL不可知	代理目標 (医学的意味での正常)	代理目標 (所得不足、タバコ等)
生活の複雑性への態度	エコシステムの	還元主義的 (医学的治療の範囲内に原因と解決法を見出す)	還元主義的 (所得不足、タバコ等)
対象の規模	臨床的	臨床的	集团的
個人の苦しみへの応答	応答的	応答的	非応答的
支援の焦点	エンパワーメント	効果	効率

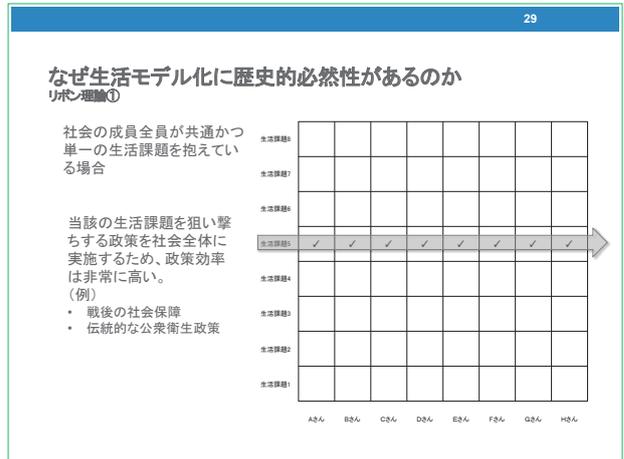
図表 25



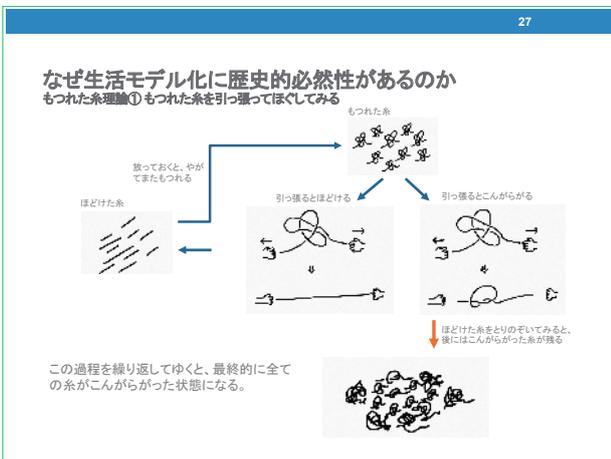
図表 28



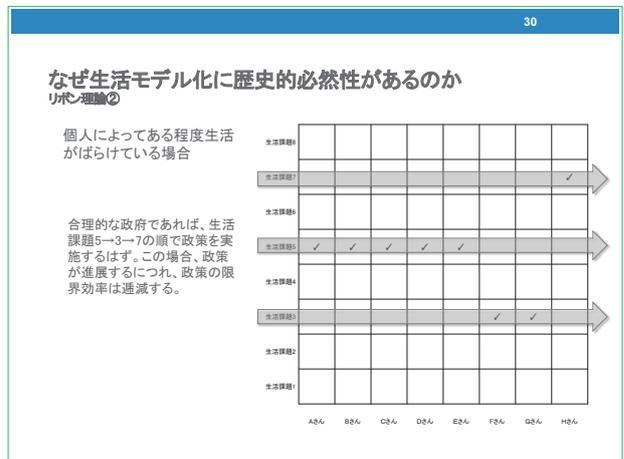
図表 26



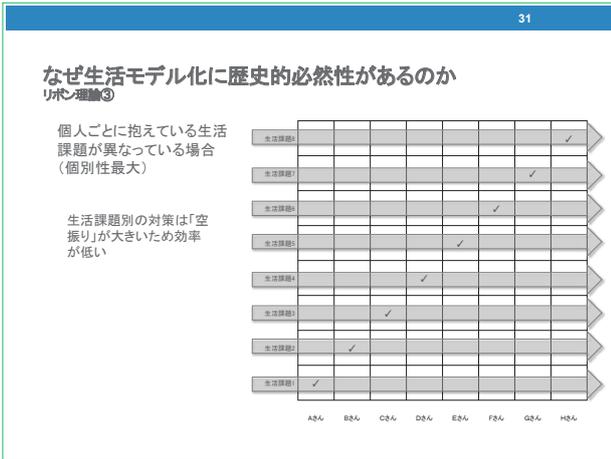
図表 29



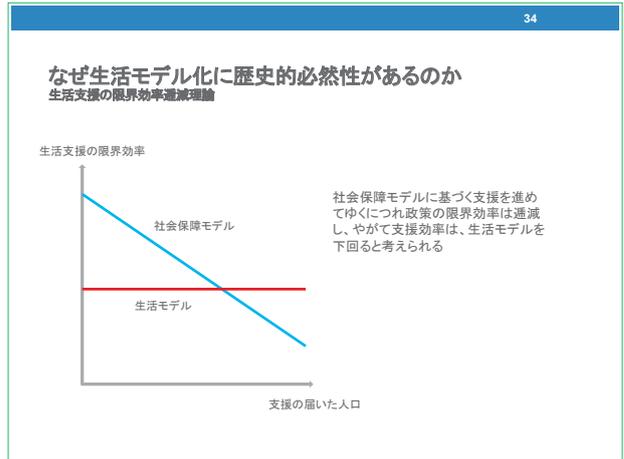
図表 27



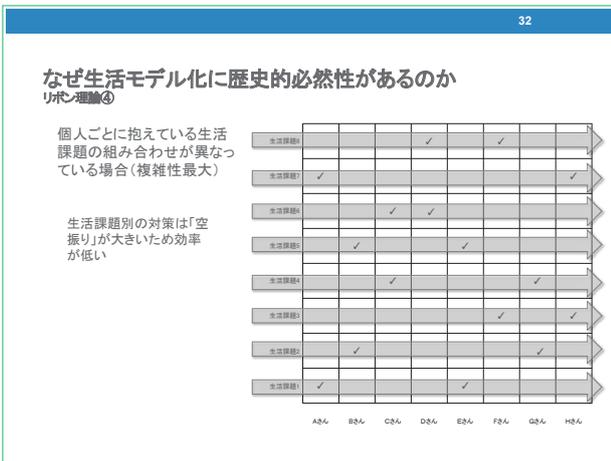
図表 30



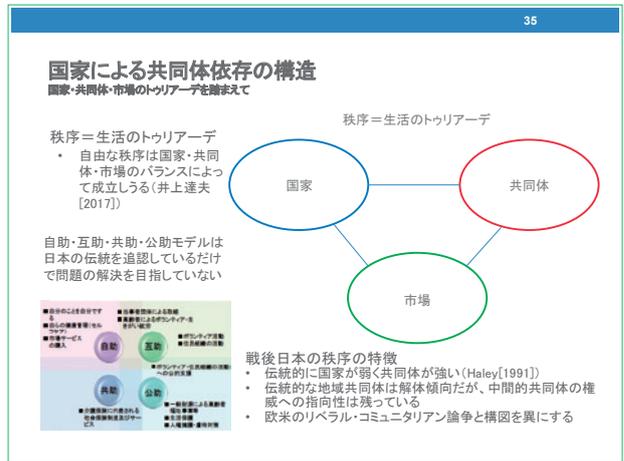
図表 31



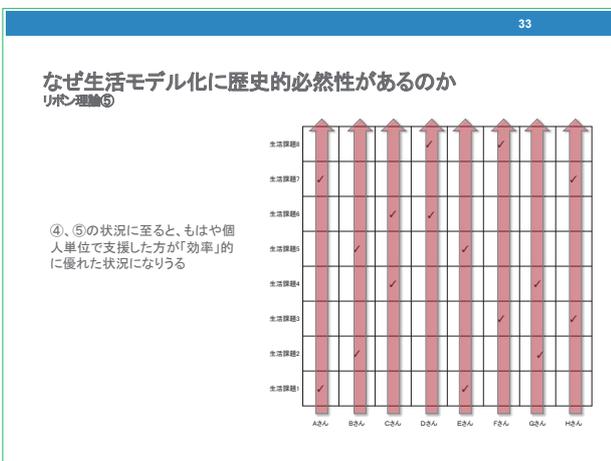
図表 34



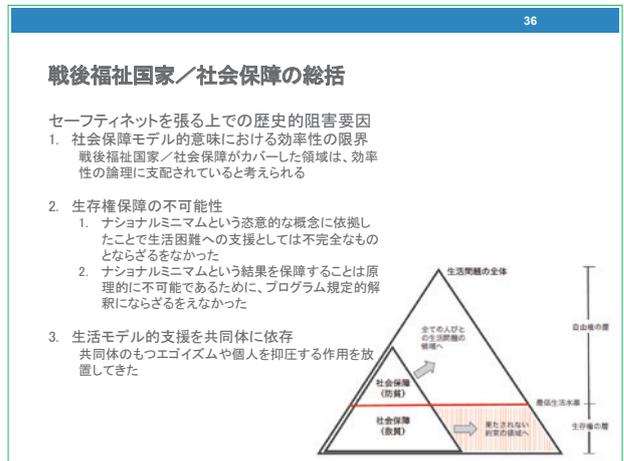
図表 32



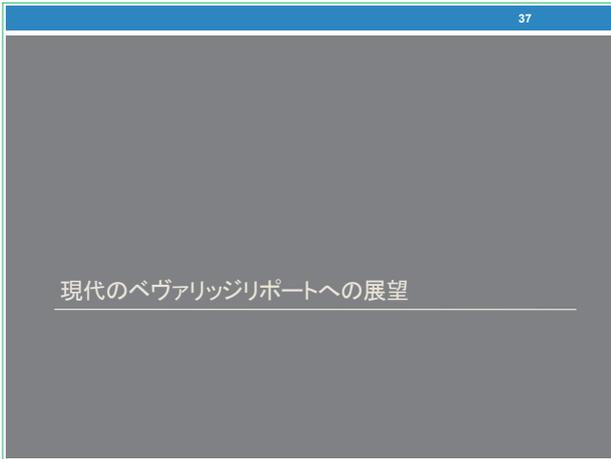
図表 35



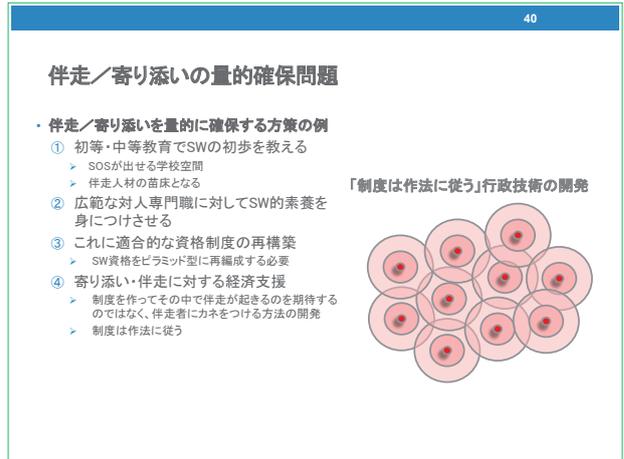
図表 33



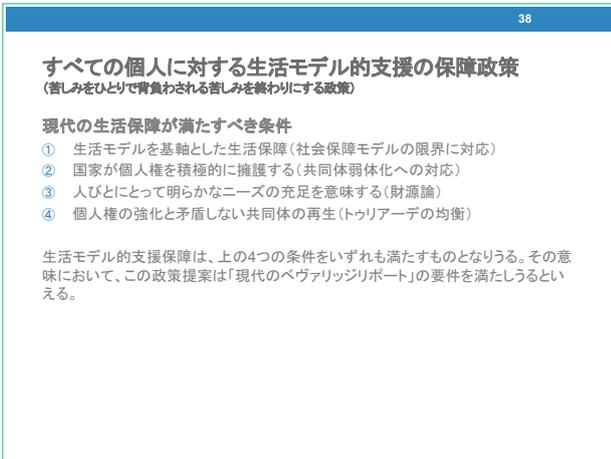
図表 36



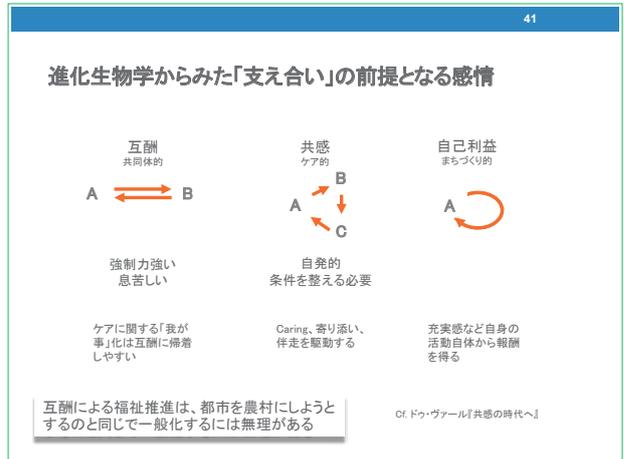
図表 37



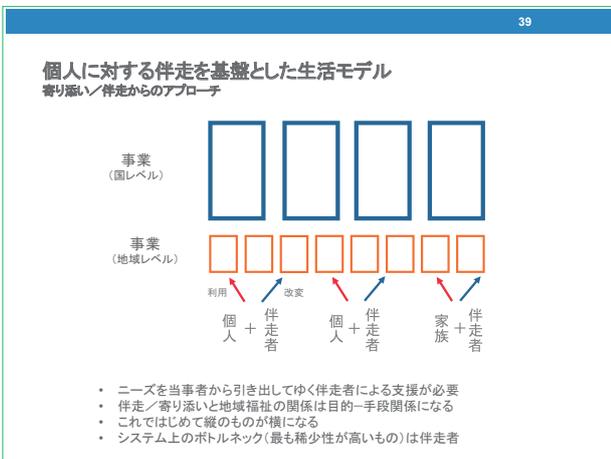
図表 40



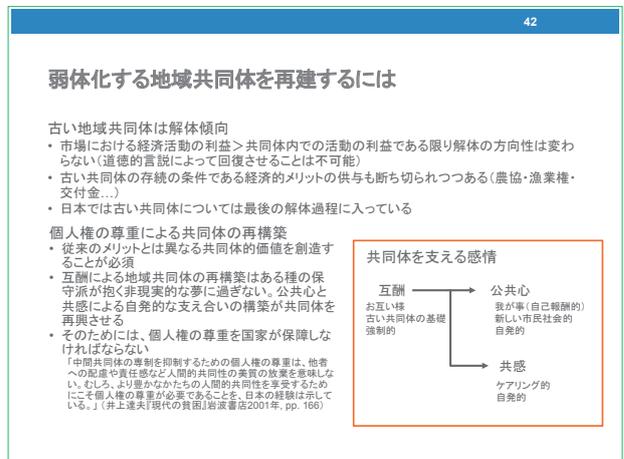
図表 38



図表 41



図表 39



図表 42