政策によるアプローチ

社会保障と基本的人権

医療保険、介護保険、労災保険など、私たちは様々な保険に加入することになる。また、乳幼児医療助成制度や後期高齢者医療制度、自立支援医療制度（障害者医療制度）、指定難病医療費助成制度など、医療費に関するものだけでも、ライフステージと心身の状況に応じた多様な制度がある。その他にも、疾病予防と早期発見を目的とした健康増進法や予防接種法、生活の保障と障害からの回復及び社会参加の促進を目的とする各福祉法がある。

これらは、基本的人権を保障する憲法に則り、医療や福祉サービスの利用について、生活環境や社会・経済的な立場の違いによる格差を生じることがないように制定されている。健康の追求が国民の権利として保障されていることから、私たちは安心して生活を続けることができるのである（図 1）。

どの領域の政策もそうであるように、医療と福祉に関わる政策も、個人と社会の双方から影響を受ける（図 2）。そして、政策もまた個人と社会の双方に影響を与えているが、その際に、支援を受ける側の個人と支援を提供する側の社会との間で、バランスを調整しようとする。社会保障制度改革の歴史は、その営みが現代から未来へと続くものであり、私たち一人ひとりがつくり上げていくのである。

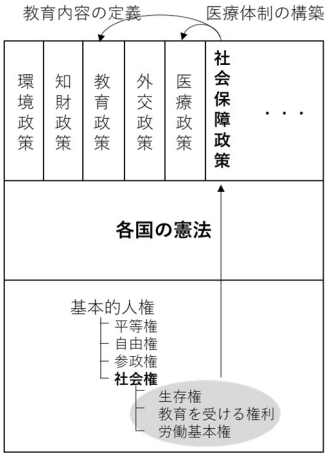

図 1：基本的人権と社会保障政策

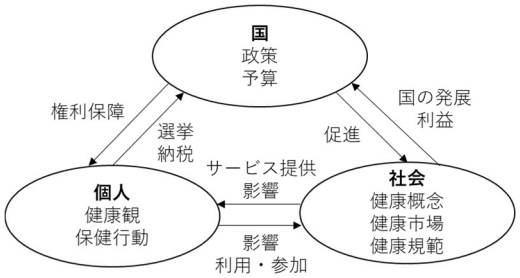

図 2：個人と社会の相互的な影響と政策

政策の効果

例えば、20 世紀の医療政策の変遷を大まかに辿ると、治療医学の発達と医療施設の絶対的不足を背景に、戦後に①医療体制の整備を目的とした政策がとられた。その結果、国民の長寿化をもたらしたが、当時は一部の国民のみが医療保険に加入していたため、貧富の差や

表１：20 世紀における医療政策の効果

	①医療体制整備策	②医療保険制度制定	③専門の専門分化	④医療資源削減策	現在：地域包括ケア推進
目的	供給量の増加	利用における平等性	技術の標準化と効率化	医療費の抑制	医療と介護の連携
ポジティブ効果	国民の長寿化 長期的・直接的	国民の健康度の向上 即時的・直接的	高度医療技術の質向上 中期的・直接的	政策転換の発送 長期的・間接的	
ネガティブ効果	階級格差/男女格差の出現 即時的・副次的	医療提供量の急増 即時的・直接的	医療の権威主義 中長期的・副次的	医療の偏在（地域格差） 中長期的・直接的	

※教育水準や経済効果などの、間接的効果については、今回のトピックの説明に含めない

性別により受けられる治療が異なるという医療格差（隠れた需要）が出現した。それに対して、②皆保険制度が導入された結果、国民の健康状態は各段に向上したが、医療提供量が急増したため、③医療の専門化と多様なコメディカルの育成が進められた。しかしながら、医療の専門化は、先端技術の発展をもたらす一方で、医療の権威主義をもたらした。その後は、医療費の増加による財政悪化を背景にして、④医療資源の削減策がとられ、医療の偏在（地域格差）を補うために医療と介護の連携を促進する方向へと転換され、現在の地域包括ケアや地域共生を目指す政策が生まれた（表 1）。

これら４つの政策のすべてが、ポジティブな効果とネガティブな効果を生んだことからも分かるように、政策には様々な効果が現れる。政策効果の発現までの時間により即時効果と長期効果、効果の発現経路により直接効果と間接効果に分けられ、主要な効果以外にも副次的効果がある。特に医療と福祉に関する政策は、その効果が多岐にわたり発現するので、予測と評価方法の設定が難しい。しかしながら、政策の対象となる人々を設定することや多様な職業集団との協働を必要とすることから、政策には長期的な一貫性が望まれる。そのため、慎重で多面的な議論が、政策過程において必要とされる。

政策課題の設定

政策は、課題設定、政策立案、政策決定、政策執行、政策評価を基本的に循環する。評価内容が想定内の場合や安定している場合には、評価から執行の段階を繰り返すこともあるが、通常は、評価内容に応じた修正が加わり、継続されていく（図 3）。

この始点になる政策課題の設定は、政策の方向性を決定づける要素になる。社会の問題は多くの場合、複数の要因が絡まり、現実の事象として発現している。そこで、課題設定の段階で要因を分解して、真因を見極められなければ、政策は思わぬ方向へ進んでしまう。

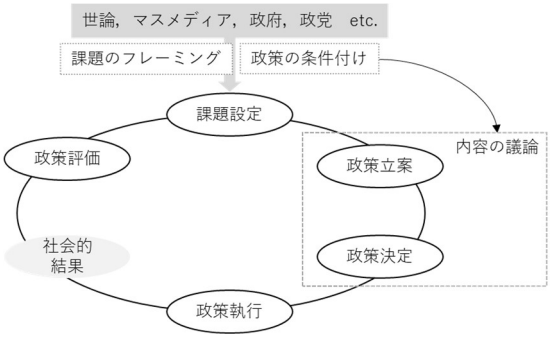

図 3：政策の循環

一つのポイントは、社会問題の見え方が、立場により異なることにある。例

えば、医療と福祉の慢性的なマンパワー不足は、医療福祉の従事者の立場からは労働環境と処遇の問題と捉えられるが、政府の立場からは人材確保の問題と捉えることもできる。同じ問題であっても、捉え方が異なれば、その後に続く立案の内容も変わってくる。こうした立場の違いによる影響はフレーミング効果と呼ばれ、課題設定の自由度を狭める。医療と福祉に関する政策は、支援を受ける側と提供する側、雇用者と労働者など、対立しやすい立場の双方に関わる。そこで、それぞれの立場から、十分に議論を重ね合わせることが望まれる。

もう一つのポイントは、時間的な制限である。政策の決定には、国会での可決が必要となる。そのため、国会の開催期間中に立案や審議などの手続きを済ませなくてはならず、議論の長引く課題は、課題設定の段階で敬遠されやすい。そして、特にスピード展開が求められる内閣主導型の政策については、あらかじめ政党間や政府と職業団体の間で利害調整が行われる傾向がある。しかしながら、利害調節で課題設定がコントロールされると、政策を実現しやすくなる一方で、政策の内容が曖昧になりやすいデメリットがある。

セクシャルマイノリティーの権利保障や内密出産制度などは、制度の不備による不利益がほとんど把握されていないため、議論が難航しやすい。こうした事情から、これらの問題に対する政府見解は示されても、課題として設定されることは少なく、議員立法に頼りがちになり、なかなか審議が進まない現状がある。こうした社会の課題に、医療と福祉は職業倫理に基づく独自の規則により対応してきたが、今後は実態を動態的に把握し、国に提示する必要がある。

マスメディアの影響

社会の問題が政策の課題として認識される過程において、マスメディアが大きな役割を果たすことがある。例えば、医療過誤の問題は、その背景に医療の権威主義や成果主義が隠れていることがあり、その場合には当該医療施設が「悪」として大々的に報道されることになる。これらの報道は、不祥事のあった医療施設だけでなく、医療システム全般に対する国民の不信を煽る。このような時、国は当該医療施設に厳重な処罰を下すだけでなく、周辺の法規を改正することがよくある。その目的は、医療過誤の防止だけでなく、医療システムへの統制力を示して、国民の信頼を回復することにある。

他方で、精神病患者の脱施設化やハンセン病患者の隔離政策の撤廃については、非常に長い時間がかかった。当事者の意見が十分に取り上げられなかったために、基本的人権が侵害されていた構図が見えづらく、社会の意見形成がされにくかったと言える。

同じ視点に立つと、高齢者福祉の始まりが老人医療費の無料化、措置入院制度、ホームヘルパーの派遣などであったことも説明できる。認知機能障害を伴う高齢者の意見を取り上げることの難しさから、マスメディアは介護家族の困難に焦点を当てざるを得なかった。そのため、社会の関心が家族の負担に向かい、家族の負担軽減を優先した政策へと誘導されたと言える。

人々へのマスメディアの影響はメディア効果と呼ばれ、影響の経路については、主に２つの学説が主張されている。個人に直接影響するとした皮下注射説と、オピニオン・リー

ダーの影響を通して個人の意見が形成されるとしたコミュニケーションの二段階説である。これらのどちらかが正しいのではなく、話題の性質によって、人々はどちらの経路からも影響を受ける。いずれにしても、特定の当事者だけに利益もしくは不利益が偏ることを防ぐためには、マスメディアの主張をプロフェッショナルな立場から評価することが、医療や福祉の専門家には求められる。

政策のコストと限界

新規立案には関連機関との調整に多大なエネルギーが必要となり、予算にも限界があることから、実際には現状を大きく修正するような新規法案を全政策領域で作成することはできない。そのため、政策の立案段階において、可能な限り政策コストを減少させようとする動きがとられる。例えば、海外や地方自治体における先進的な取り組みを導入する場合、関連機関との調整や周辺法規の改定に費やすエネルギーが多いため、立案自体は模倣することになる。新しい価値観に基づく立案については、立案自体のコストを削減することが難しいため、他の政策領域の統制系統の利用や運営方法を転用するなどの工夫がされる（図 4）。

		調整に必要なエネルギー	
		大	小
立案に必要なエネルギー	大	新規立案	統制系統の利用 運営方法の転用
	小	先進的な取組みの模倣	既存制度の修正

図 4：政策の立案コスト

医療や福祉の領域においては、明確な統制系統が存在するため、新規立案は稀である。新しい資格の創設には、既存資格の転用が可能であり、新しい制度の制定には、既存制度の仕組みをそのまま使って移行させれば、転用コストはかなり削減できる。このようなコスト削減の動きは、法案の実現を早める一方で、同じ顔ぶれでの議論となり、新しいステークホルダーが排除されやすいデメリットにもなる。

永続的にコストを抑制するために、執行方法にも工夫がなされる。例えば、保険医療機関への行政の介入には、個別指導・監査・取消の３段階があり、個別指導を重ねても改善が認められない場合と著しい不正が認められる場合に監査が行われる。実際には、指導件数に比べて監査件数が非常に少なく、取消件数は監査件数の半分以下であることから、基本的には注意喚起と簡単な手続きにより対応していることが分かる（表 2）。こうした工夫によって、医療機関の業務停止による国民の負担を避け、それと同時に行政職員の負担の軽減もはかられている。

しかしながら、年次推移でみた取消件数の減少が３割程度にとどまることからも分かるように、監査に至っても改善されない保険医療機関等は、なかなか無くならない。また、監査から取消に至る医療機関等は約４割であり、つまり６割程度の医療機関等が度重なる個別指導では改善されずに監査を受けているものの、取消には至っていない。監査に至るほどの過剰診療や無診察診療、診療録の無記載、不正請求等は、組織的に行われなければ重なることは考え難く、こうした医療機関等は極めて一部ではあるものの、制度を逆手にとって取り消しに至らない範囲内で不法行為を繰り返している可能性がある。

表２：保険医療機関等の指導数等の推移

区分	保険医療機関等（単位：件）					
	年度	28	29	30	1	2
個別指導	医科	1,601	1,628	1,653	1,639	530
	歯科	1,324	1,314	1,332	1,348	525
	薬局	1,598	1,675	1,739	1,728	742
	計	4,523	4,617	4,724	4,715	1,797
新規個別指導	医科	2,154	2,231	2,355	2,199	982
	歯科	1,599	1,558	1,533	1,500	781
	薬局	2,420	2,356	2,074	2,012	1,152
	計	6,173	6,145	5,962	5,711	2,915
監査	医科	28	25	16	18	16
	歯科	39	33	28	28	23
	薬局	7	8	8	9	7
	計	74	66	52	55	46
取消（取消相当含む）	医科	8	8	9	7	4
	歯科	18	19	12	11	15
	薬局	1	1	3	3	0
	計	27	28	24	21	19

出典：厚生労働省「令和２年度における保健医療機関等の指導・監査等の実施状況」から（抜粋）

議論の多様性と政策の安定性

医療や福祉に関する政策は、支援を受ける側の個人と支援を提供する側の社会との間だけでなく、異なる職業集団の間にも意見の対立を生じる。例えば、新型感染症の予防接種に関して、政府による予防接種推進の是非について、安全の不透明性を理由に国民側に反対意見も見られたが、医師会は予防接種の推進を基本的に支持した。しかしながら、迅速な接種率の向上を目的とした歯科医師による注射については、医師会は安全性の問題を理由に反対したように、課題設定と立案の段階で意見対立の構図が変わることがある。実際には、予防接種の注射の大半を看護師が担うことを考慮すれば、注射が可能かどうかを判断する医師の賛同なしには、接種率の急速な向上は見込めない。結局、歯科医師による予防接種件数は比較的少なくなり、政策の方向性に多大な影響を及ぼす拒否権を医師会がもっていたことが分かる。この例のように、政策の内容を決定づける集団は拒否権プレーヤーと呼ばれ、基本的には賛同する拒否権プレーヤーの数が多いほど政策は安定する（図 5）。

ところが、対立する集団がそれぞれに拒否権を持ち、対等に議論を進められるかというと、実際にはそうではない。医師会は、患者会や看護協会と比較して、圧倒的に強い政治的影響力をもつ。その理由の一つとして、医師会にとっては、医療行為の業務独占を背景とする利益団体としての役割が大きい。他方で、患者会については、各疾患に分化していることと経

済的な負担や社会的な制限が多いことから、政治的活動の規模を大きくすることが難しい。また、看護協会については、加入者数では医師会より格段に多いが、政治的活動への関心が政治的影響力として具現化されにくい現状がある。

このような状況が長く続く中、政治的影響力の差を超えて自発的な活動を展開することが、問題を解決するための重要な鍵となる。例えば、セクシャルマイノリティーの権利保障の実現を目指す活動においては、当事者に共感し、その活動を支援する仲間を「アライ（Ally）」と呼び、近年は支持者が増える傾向にある。疾病の患者会や家族会とは異なり、当事者ではなくてもアライを表明して活動に参画できる点がこれまでと異なる。特定の当事者だけに利益もしくは不利益が偏ることを防ぐためには、対等な関係性に基づく議論が不可欠であるが、社会構造自体を変革することの難しさを考慮すれば、このような活動の重要度が、今後は一層増すと考えられる。

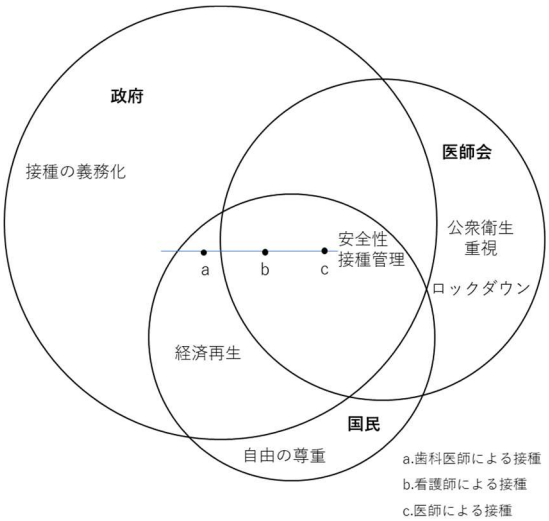

図 5：ステークホルダーと拒否権

文献

1） 猪飼周平：病院の世紀の理論，有斐閣，2010
2） 木下謙治，保坂恵美子，園井ゆり，佐々木美智子，倉重加代，浅利宙，倉富史枝，益田哲：家族社会学―基礎と応用―，九州大学出版会，2001
3） 厚生労働省：平成 19 年版厚生労働白書，2007

（酒井幸子）