

討 論

司会(小山所長) それではこれから、討論に入りたいと思います。

まずコメントをされっ放ししておりますから、リポーターのほうから、それに対して補足すること、あるいは答えないこと等があると思うので、そのほうを補足的に、一巡ご説明をいただきたい。どうぞよろしく。

河野 先ほどは星野先生からコメントをいただいたが、高い見地というか、広い視野から、福祉立法をとらえられて、批判をしてくださいましたので、1つ1つしっかり受け止めて、勉強をし直してみなければいけないところが多いのだが、若干は私の説明不足で、誤解を招いているところもあったように思ったので、そこはもう少し説明を加えてみたいと思う。

まずはじめに、社会福祉の権利の場合に、4つの内容を含むものとして、再構成したいということを書いて、それに続いて、したがって4つというと、それは単なる請求権の側面だけではなくて、当然自由権の側面、あるいは権限の側面、免除の側面も含まれると、先ほど申しました。これに対して星野先生は、それは新しい指摘ではなく、1910年にもう言われているのではないかという、批判でありました。たしかに権利の概念に混乱があることを指摘して、はじめて権利概念を4つの内容に分けて分析したのはホーヘルトで、その後ハートなどが権利概念を、さらに緻密に構成してきているわけで、請求、自由、免除、権限の4要素はたしかに今日の新しい指摘ではなくて、もうすでに古い権利論であり、ご指摘のとおりである。

しかし、それにもかかわらず福祉サービス、社会福祉の権利を、処遇の入り口の段階の請求権の側面だけではなくて、最低基準、および処遇過程における権利、そしてその侵害に対する救済の権利というものを積極的に、そして定式化して考えるようになったのは最近であると言っていいので

はないか。

特に処遇過程の権利というのは、患者の権利、あるいは精神障害者の権利などと並んで、福祉施設の入所者についても主張されてきているので、そのようにもう一度申し添えたいと思う。

その上で、イギリス、アメリカでは、福祉サービスを受ける権利、請求する権利が実際にあるかということ、そうではないのではないか。クレイム・ライトではなくて、リーガル・ライトでもなくて、ソーシャル・ライトというふうに考えるべきではないかというご批判であった。ソーシャルリーガルかということについては、何らかの意味でリーガルであることは間違いないが、リーガルであることが直ちに、クレイムという側面まで、リーガル・ライトで構成されているかということ、それは星野先生がご指摘のように、イギリス、アメリカでもそうではない。

少し補足して、判例をご紹介しますと、いまイギリスでも問題になっているが、たとえば、先ほど話したように、地方自治体、地方当局に一定の福祉サービスの義務が法律上課されているにもかかわらず、それを地方自治体が履行しないという場合に、その要援護者の側から、地方当局に対して、サービスの請求ができるかということ、いまのイギリスの判例の考え方では、地方当局が義務を履行していないものとして、管轄大臣の救済を求めるという手続きが設けられているのだということとその義務不履行の手続きを利用しなさいということになっている。

ですから言い方を換えると、その地方当局の義務不履行に対して、あるいは義務の履行程度が不十分であるということで、それを何らかの損害賠償の訴訟にもち込めるか。たとえば1970年法によって、病人や傷害者に一定の福祉サービスを行うべき義務が地方自治体に負わされているが、地方当局はその義務を十分に果たさず、要援護者が当

然受け得るはずだと考えたサービス時間数より2時間少なかったという場合に、要援護者はこの2時間分が提供されなかったことに対して損害賠償請求を求められるかという、それは求められない。義務不履行手続きで、救済を求めなさいというのが判例の立場である。そのような判例が私の知り得た判例の中に出ているので、たしかに福祉の要援護者が行政庁の決定を待つことなく、措置を請求するというか、サービスを請求する権利まで法律上認められているわけではないというのは、先生のご指摘のとおりである。

そこで本当は、4つの福祉権の側面に分けて、そしてそれには請求の側面も、自由の側面も、イミューニティの側面も含まれるという以上は、それぞれ4つの側面がどこまで、イギリスやアメリカ等々で法律上定着をしているか。そしてまたリバティやイミューニティというものが、そこでどのように確定をしているかということ、それぞれ分けていねいに見なければならぬのだが、それを全部すっ飛ばして、一般的な流れとして、4つを指摘し、権利構造を挙げたので、先ほどのような誤解を招いたのではないかと。ご批判をいただいたので、そこを少し洗ってみたいと思っている。

それからもう1つは、地方自治と憲法25条の生存権の保障という原理が、いずれも憲法上の原理であって、憲法25条の権利だけを優先するというか、それだけを考えて、ナショナル・ミニマムを主張することには、片手落ちがあるのではないかと、ご批判であったと思う。私は当面、最低基準はいかに形成したらいいかということに関心をもって考えもし、お話しもしてきたので、勢い地方自治ということは、そこでは触れていないし、したがって先ほどのような批判をいただいたのだと思う。

しかし地方自治というものを、同じく憲法上の原理として認めた上でも、なお福祉サービスの場合に、全国の基準と、地方の基準がどういうふうに関係付けられるべきかという問題は残る。地方自治の原理を尊重することでもって、ナショナル・ミニマムの必要性はないということにはならないはずであって、国と地方の基準の保障の関係

を、その基準の中身に沿って、やはり考えなければならぬと思うので、星野先生の立場に立つと、それではいっさいナショナル・ミニマムというのは、不必要であるというご主張になるのかどうか、そういうところがもう1つわからないところである。

どうも議論をうかがっていると、むしろ措置方式をやめて、普遍的な介護手当ということで、対応すべきであるということでもあったから、施設についても、いっさい全国的な基準はいらないという方向で、きれいに整理なさっているのかなと思ったが、もう少し詳しくそこをお聞かせいただいたらありがたいと思う。

そのへんがご批判で、あと星野先生ご自身の見解が述べられたと思っているが、大変大事な指摘でありましたので、そこは私なりに勉強してみたいと思っている。

園田 私の報告に関しては、主として西先生からコメントをいただいたわけだが、それにお答えをいたします前に、星野先生あるいは宮澤先生のコメントに関連して、若干述べさせていただきたい。

それは1つは、私の報告との関連では、健康管理というか、あるいは健康を守ることににおける個人の役割とか、責任、これを社会のとか、あるいは国の役割や責任との関連で、どう考えたいだろうかということであったと思う。最近、特に日本では、昨年出された長寿社会対策大綱、あるいは今年の厚生白書といったようなもので、非常にはっきり出されているのは、いわゆる自助努力、あるいは個人の負担ということで、健康の問題については、これがかなり強く前面に出されるようになってきている。そういうふうには日本では、セルフケアとか、あるいはセルフヘルスというのを、医療費の自己負担の問題とに、かなり結び付けたような形で出されているところが多いわけだが、これは若干問題があるかと思う。

アメリカなどでも最近、健康管理などに関連して、先ほどの報告でもちょっと触れたが、たとえば慢性疾患というものには、生活の送り方とい

うのが非常にからんでいるということで、たばこの吸い過ぎとか、酒の飲み過ぎとか、食べ過ぎを避けるとか、いろいろの発ガン物質に注意するとか、ストレスフルな人間関係をどう避けるか、あるいはそれに対抗していくかということで、かなり個人の側の問題、あるいは責任ということ言われている。これに対して一方では、個人がライフスタイルということに着目し、健康への取り組みということを重視するということは、大事であるけれども、あまりそれだけを問題にするということは、非常に片手落ちだという議論も、最近強くなってきている。

たとえば健康を損なうのは、本人が健康に注意しないから悪いとか、あるいは子供が虫歯になるのは、母親が不注意で、甘いものをどんどん食べさせるのが悪いとか、ガンになるのは発ガン物質の危険のあるところで、仕事をするのが悪いとか、あるいはそういうところに住んでいるのが悪いかということ、あまりにも個人のほうに問題をもっていくというのは、ブレイミング・ザ・ビクティムというか、いわゆる被害を受けている人を非難するという、こういう結果になるのではないか。もっと、それを生んでいる社会の側の条件というものを考えていかなければいけない。たばこを吸うのが悪いというだけではなくて、それ以上に、ああいうものを大量に製造し、販売し、そして広告して、利益を上げている、あるいは問題のある飲料水みたいなものを売る企業の問題とか、あるいは非常に危険だというようなことがわかっているような職場でも働き続けなければならない人や、そのような地域に住まざるを得ないような生活の条件をもっているような人々に対する配慮とか、そういうものへの検討がないではないかという議論も、一方では強くなっている。

ですから個人が注意すべき問題、あるいは個人の責任ということと、社会の、あるいは国としての取り組むべきことというのは、やはり十分問題を掘り下げて、取り上げていくということをしなないと、健康への対応でも、非常に問題が出てくるのではないか。これが1つである。

それから西先生のご指摘だが、たしかに医学、

医療、あるいは医療制度の問題ということについて、そこを十分区別しないで報告をして、幾つかの問題をご指摘いただきました。それに対する直接的なお答えをする前に、ちょっと申し上げたい。実は昨年11月に、医学教育振興財団、これは国立、私立の医科大学の方々がつくっている、医学教育のあり方を検討していくための財団だが、そこから私どもが委託を受けて、アメリカの医学部あるいは医学校において社会科学、あるいは行動科学というものが、どういうふうに教育されているか、研究されているかということの実情を見てくるといことで、行ってきました。そしてそこで幾つかの日本との非常な違いを、私どもは感じてきました。

1つは、これはご承知の方も多いと思うが、アメリカでは医師の資格を獲得するための試験、日本の国家試験に当たるものが、ナショナル・メディカル・ボードの試験だが、そこではビヘイビオラル・サイエンスがアナトミーだとか、フィジオロジーとかと並んで、必修科目になっている。試験科目に入っている。これは決定的に違う点である。

当然そうすると、医学部の教育の中でも、心理、社会、などに関連する科目が重視されている。ビヘイビオラル・サイエンスの内容を見ると、その中身はかなり心理学的な比重が強いわけだが、それでも医学部の学生の教育に、患者をインタビューする場合のテクニックの問題とか、あるいはヒストリーをどういうふうに取りっていくとか、あるいは病気の社会的な、文化的な要因をどうとらえるかということに、非常に多くの、100時間とか、200時間という時間を取って、教育がされている。

それから、日本ではまだ十分取り上げられていないような、死の過程とか、死の問題をどうするかとか、あるいは医療におけるテクノロジー・アセスメントの問題とか、あるいは倫理の問題とかということについても、非常に大きな時間を取って、教育されている。

そういうことで大変大きな違いを、同じ医学教育、あるいは患者との対応ということにおいても、

感じてきました。

やはりそういうことを考えると、どうしても日本の場合には、医療費の問題をどうするかということについては、いろんな議論があるが、これはアメリカでもそうだが、そういう議論はされるのだが、やはりその前提としての、今日における病気の問題とか、あるいは今日における健康の問題というものを解決するために、どういう要因がどういうふうにからんでいるのかということを明らかにしていくことが大切であり、それらを考えた場合、そういう中で社会的、心理的、文化的なものの要因が非常に重要になってきているということから、それらを正面から取り上げるということをしていないということが、これから大きな問題になってくるのではないかということを、改めて感じたわけである。

それから宮澤先生からのご指摘ですが、幾つかの疾病の増大に働く要因のうち、具体的にどういふものが、どうかかわっているのかという具体的なことになると、私は大変弱くなってくるのですが、その中で特に社会的なものに関連するようなところを、ちょっと強調して申し上げたい。

きょう配布をした、昭和30年から60年までの有病率の移り変わりを示した表を見ていただきたい。これは年代の取り方が必ずしも同じ間隔でとっていないので、毎年のトレンドを図にして見たほうが、もっといろんなことがわかってくると思うが、この表から幾つか特徴的な点を申し上げてみたい。

たとえば男性と女性の有病率は、いまは女性のほうが、病気の人の割合が多いということが、当たり前のような形で受け取られているが、昭和30年代のはじめ、たとえば昭和34年の有病率を見ていただくと、男性のほうが高かった。それが、これは年度ごとには取っていないが、あるところから逆転をして、いまは女性のほうの有病率が高く齢になっている。これは一般には女性のほうの年構成が高いということが言われているが、それを補正してもなおかつ、問題がいろいろ出てくる。

たとえば昭和30年当時は、女性で健康保険の対象になっていない者がいた。あるいは対象になっていても家族であって、給付率も5割と、非常に

悪かった。その給付率がだんだん上がってくる。あるいは女性自身も仕事をもって、保険の本人になっていく、あるいは女性の地位が家庭でも、社会的にも高まってくるということで、それが医療を利用しやすくする、あるいは地位が高まったから家事をさぼるかどうかはちょっと別として、病気に加かったときに休みやすくなるという、こういう面もかなり働いていると思う。

それから年齢階層ごとに見ていくと、非常に上昇率の高いところと、そうでないところがある。15歳から24歳という層は、昭和30年当時から1000人中25人そして現在でも37人ということで、上昇率は低い。ところが65歳、あるいは75歳以上ということになると、8倍とか、非常に増えている。これは高齢者に対する公費負担というものが実施されたところと、かなりパラレルに対応している。

それからもう1つ、医療機関に受療したということから、受療率という数字が、毎年まとめられている。これを見ると、最近高齢者の受療率の伸びは頭打ちになってきている。これは保険制度の問題とか、公費負担の問題というのが、そういうところにかかわっているということが言えると思う。

このへんのことは、たとえば有病率と受療率のかかわりがどうなっているかとか、その開きみたいなものが、どの年齢階層で、いつごろどういふふうに動いてきているかという、かなり具体的に詰めた議論をする必要があろうかと思うが、時間の関係で、これで打ち切らせていただきたい。

飯田 まず西先生のコメントについて、一言申し上げたい。雲の上から下りてこいと、おっしゃったのですが、私は雲の上にいるような、威張った気持ちは毛頭なくて、むしろ逆である。このシンポジウムでの報告をおすすめいただいたとき、都村さんに、私は素人だから、そんな立派な専門家の前ではとてもやれないと言って、お断りしたのだが、素人の話を聞きたいからやれと、おっしゃったので、ノコノコやってきたわけで、したがってドブの底からしゃべっているような感じで、とても政策提言まではいかなくて、自分でも恥ずかしいわけである。

次に宮澤先生の厳しいご質問についても、うま

く答えられるかどうか分からないが、ちょっと申し上げたい。

宮澤先生は私の主張を、第1命題として、福祉国家の権威を取り戻すためには、若干の福祉の切り捨てが必要である、それから第2命題として、公的な介入、あるいは公的規制はぜひとも必要という、この2つにおまとめくださって、まず第1問は、その第1命題と第2命題の関係はどうだという、お尋ねだったと思う。

私はそれほどきちんと考えていなかったということに、ご指摘を受けて気付いたのだが、私が言いたかったことは、要するに第1命題について言うと、現在の社会保障なり、福祉なりは、過剰に行われている面と、適切でないところに行われている面とがあるので、そういうことはやめたほうがいいということを言うために、第1命題を言ったんだと思う。

しかしそれであれば、公的規制、公的介入が絶対必要でないかと言えば、絶対必要でないということ言うためには、自由主義経済というのでしょうか、あるいは市場メカニズム、価格メカニズムが完璧だということを言わなければいけない。私は市場メカニズム、価格メカニズムが完璧だとは思わないので、だったら公的規制、公的介入は必要であろうというのは、これは非常に一般的なことで、社会保障なり、福祉国家なりだけの問題ではないが、その公的な介入が必要な中に、社会保障およびその周辺の問題があるだろうという、こういう意味で申し上げたんだらうなということ、自分であとで整理しました。

したがって第1の質問として、お前は普遍主義か、選別主義か、第3の主義かとおっしゃったのは、どうもまだ自分でどれだったかわからないので、ぜひ宮澤先生がおわかりだったらお教えいただきたい。

それから第2は、お前がそのようなことを言った、つまりこの報告のようなことを言った、思想的根拠はどちらなのかというお尋ねだった。つまりハイエク、フリードマン流の自由な社会の自生的秩序に期待するほうなのか、それともケインズのとは、おっしゃらなかったが、要するに一握り

のエリートが、最高の知恵でやれば、社会はうまくいくという考えなのか、あるいはその両者を適当に使い分けているのか、あるいはウエイト付けをやっているのかという、こういうことだったと思う。これも私、自分で自分のことを考えてみて、はてなと思って、まだよくわからないけれども、しかし考えてみると、私はかなり自分が、フリードマン的であるということは言わざるを得ない。

というのは、私は経済学をやるようになってから2、30年たつが、私がいろいろ読んだ本の中で、いちばんいい本だなと思ったのは、実はフリードマンの「資本主義と自由」という本だからである。あれは実にすっきりした本で、あそこまで言うとも身も蓋もないが、話としてはいいなという感じがする。だけどそれには100パーセント賛成かということになると、あれはあらゆることを自由にやればよいということ、あらゆることをマーケットにまかせればよいという話であって、自由主義経済は完璧である、あるいは完璧に近い、市場メカニズム、価格メカニズムは完璧に近いという話になるから、それはちょっと間違いだと思うけれど、どっちかという、ウエイトで言えば、自由な社会の自生的秩序のウエイトが高いのかなと思う。

それから第3のご質問は、私の報告では弱者と非弱者とがあるのだけれど、非弱者というのはブルジョアジーで、弱者というのはプロレタリアートである。そしてその区別がなくなるという話をしていて、なおかつ弱者、非弱者という概念が出ているのは、若干便宜主義ではないかということだが、これも厳しいご指摘だと思う。

言われてみて考えてみると私は、いまの社会を中だけの社会だ、全員が中になった社会だという言い方自体に、大変な議論があることはよく知っているが、仮に全員が中の社会だとしたって、経済の変動、産業構造の変動はものすごいので、いまその影響が大変強く出て、いわゆる重厚長大と言われる、昔からの産業で、もっとも優秀な労働力でさえ、はじき出されてしまうということが起きている。そういうふうにはじき出された人というのは、中であらうがなかろうが、弱者である

う。あるいは病気とか、老齢ということは、全員が中になってもある。

そういうことでやはり社会保障、社会福祉的な考え方というのは、中の社会でも重要であろうとか、あるいは全員が中になった社会での福祉国家とは、いったい何なのだろうかということを、どうか専門家の皆さんが考えて、教えてくださいということを、私は実は言いたかったのではないかなと思う。

司会 以上でコメントに対するリポーターのお答えは終わったわけだが、コメントされた方のほうで、もう一言何か言いたいということがあったら、簡単にお願ひしたいと思いますが、いかがですか。

星野 私が社会福祉施設のナショナルミニマムを要らないと考えるのかと、ご質問をいただいたので、そのことにお答えしたい。

先程のべた通り、措置制度および社会福祉法人制度によって社会サービス供給主体が限定されたなかで、社会福祉施設は対象年齢別、障害程度別にものすごく細分化されてしまったと思っているので、それがそのまま団体委任事務化されても、施設種別ごとのナショナルミニマムを国で決めていくかぎり、たとえ入所措置基準が団体委任事務化されても、地方には、ほとんど自主性、総合性を発揮する余地はないと考える。そこで、国レベルではごく大まかな基準を決めるだけにしたい。せめて社会福祉施設と児童福祉施設程度の分類にして、ごく大枠の基準を決めて、基準の大部分のところは地方に任せていただいた方が、地方の実情に即した総合的な施設造りができると思う。

現状は、施設が細分化されているから、対象者がある時点で別の種別の施設に送ればよく、施設運営は消極的経営にとどまりがちだが、施設が、総合的に地域に責任を負ったものになれば、行政および民間の積極的経営の可能性が期待できる。

司会 それでは時間の残りはわずかですが、フロアのほうから、ご意見、ご質問等がありましたら、リポーター、コメンター、どちらでもかまいませんから、名指しでおっしゃっていただきたい。どうぞお願いいたします。

太田(名古屋記念財団) 私は先ほど西先生の言われた、現場でやっている医者の1人だが、各国をずーっと並べてみて、少なくともわれわれが関与している医療だとか、福祉の現場では、ともかく配分がいちばんうまくいっている国が、現在の日本ではないか、というのが各国を学会活動などを通じて回って得た、言ってみれば感想です。

これからどうするかが問題でしょうが、いろいろ言われているけれど、この分野では、誰からどうやってお金を集めて、どうやって配分して使うかということだろうと思う。そこで特に最近の一連の健保法改正、医療法改正という、いろいろな動きを見ていると、日本の国は自己負担にしても、何にしても、何となくうまいところに、これは皆さんの力だろうと思うが、誘導して、落ち着いていっている。たとえば負担にしても20%の負担、それから1家計で5万から6万のマキシマム、こういったところは、家計の支出というところから見ると、教育費とのバランスであるとか、レジャーとのバランスであるとか、そういうことをいろいろ考えても、なかなかうまいではないかという、肯定的な印象を、全体としてはもっている。細かいことになると、いっぱい言いたいことがあるけれど。

ただ、福祉と医療というのは、わが厚生省の中でも意外に、区別されたような、区別されないような、おかしい状態にあるのではないか。医療、福祉というのは、本質的にサービス業なので、サービス業というのは、どういう形で競争が行われないと、いい心が入らないというのが、鉄則である。そこでいまの組織の程度でもいかんし、またガリガリに補助率で決めて、国が何パーセント、地方が何パーセントと、こういうふうに完全に決めてしまうのも、いかななものであろうか。そのへんでもう少し自由度があったほうが、いいのではないかというのが1つです。

それからもう1つは、現場でやってみると、医療においては、約50%が人件費で、福祉施設になるとほとんどが人件費と言っていい。そうすると高齢化社会になるとすると、その人件費をどうやって出すのかということに尽きる。いまCTであ

るとか、超音波とか、いろいろ言っているが、医療機器がどれだけ進歩しても、額としては高々1兆円にすぎない。またこれは量産しはじめれば、もっともっと安くなって、もっといいものができる。そこでそういった人をどうするかということと、それをメディアを通じて、どうやってうまくコミュニケーションをつけるかということが、課題だろうと思う。ここをどうするかということ、ぜひ皆さんで考えていただきたい。

戦後の日本を僕は、飯田先生と同じように、自由な、平等な日本が大好きな1人だが、いま日本の繁栄があるのは、やはり公平に見て日本の軍需費が、これは西ドイツに比べても、非常に少ないのと、徴兵制度がないからだと思う。この2つの特徴が日本だろうと思うので、そこでその軍需費、またはせめて徴兵制度に匹敵するところだけでも、たとえば男と女が何らかの形で、ワークシェアリング、ワークシェアリングと言ってレジヤに走るが、労働奉仕ができる形というものをつくっていくならば、世界でも冠たる福祉国家になるのではないかということ、将来的には思っています。

五島（児童手当協会） きょうのレポートとコメントのどなたにということではなくて、感想と質問的なことを交せて申し上げたい。

私の関係しております審議会でも、社会福祉とは何かという基本論で議論をしたときに、2通りの意見があった。1つはハンディがあるところにニードが発生する、そしてハンディに基づくニードに応えるのが社会福祉だという考え方で、もう1つは、それはいわゆる貧困時代のことであって、現在においてはハンディがなくてもニードが発生をしてきている、したがってそういうニードに応えるのも、また社会福祉ではないかという考え方で、こういう2通りの意見があった。

その結論については、まだここで申し上げる段階ではないが、まずきょうのお話を聞いて感じたことは、これはコメントの先生からもご指摘があったが、弱者と非弱者という概念の中身がまだはっきりと理解できないものがあるのではないかということである。つまり弱者というのは、経済的に困窮している者だけを言うのか、そうでなくて

経済的にはまったく困窮していなくて、むしろ経済的には豊かであるけれど、身体障害とか、精神薄弱とか、あるいは母子家庭という、そういう者をも、社会的弱者としてとらえるのか、そのへんのところの弱者、非弱者の概念規定というか、範囲というものを、明確にした上での議論が必要ではないだろうかと感じました。

そして仮に、所得の面で恵まれない人を、弱者と考えた場合に、それが拡大されて、相対的に所得が低いことをもって、弱者というふうに考えると、ほとんどみんな弱者になってしまう。所得の高い者をどんどん、どんどん上に上げていくと、みんな社会的弱者になってしまう。そういう感じがした。

その次に、仮に弱者、非弱者を設定して、弱者に対しては、公的な社会的な施策の手を伸ばすべきであるという、そういうふうに単純に言えるのかどうかという疑問をもちました。つまり公的な施策というのにもいろいろあって、たとえば生活保護のように、全面的に保障するやり方から、援助、あるいは支援、あるいは監督、指導というように、いろんな手法の段階なり、相違がある。ただ公的施策はこういうものには必要だという手法では、なかなかとらえられないのではないか。したがって公的施策の範囲が広がっても、その手法によっては、必ずしも財政負担にすぐ結び付かないというふうに考えられるのではないか。

それから第2には、弱者と非弱者ということで、仮に考えると、今日の社会保障というのは、単に社会福祉だけではなくて、年金、医療全部を含んでいるわけだが、弱者化を、弱者と化することを予防するという意味で、社会保障あるいは社会福祉は、非弱者が弱者化しないために、防衛する役割が、非常に増加しているように感じられる。つまり医療保険にしても、年金にしても、これは単なる弱者対策ではなくて、非弱者の弱者化を未然に防衛すると考えられる。したがって、当面は非弱者を対象にしている、そういう施策はやはり望ましいのではないだろうか。

そして望ましくないものがあるとするれば、サービスの負担について、しかるべき負担をも否定す

るということであろうかと思う。ただ問題は、私どもが非常に苦慮しているのは、適当な受益者負担というのは、いったい何なのかという問題である。受益をする側は、それは少なければ少ないほどいい。財政に責任をもつ側としては、少しでも多く負担してもらいたいということになると思うが、その場合一方に偏しない、公正な望ましい負担の限度というものを、いったい設定できるのかどうかということで、非常に苦慮している。

それから第3は、先ほど社会的正義と福祉とのかかわりをおっしゃったが、社会的正義というのは、これは分配の正義と、応報の正義という、2本の大きな柱があるかと思う。その分に応じて分配を受ける、それからあるものをやれば必ず、良いにつけ、悪いにつけ、その報いを受けるという、そういう両方の原理から成っている。

そして社会的正義が福祉の上位概念であるとおっしゃったが、これは私の個人的な考えを申し上げると、もし社会的正義をはじめから頭に置いていない福祉というものを考えて、そういう福祉を実現するのが、福祉国家なのだと、仮にそういう考えがあるとすると、相当間違っているのではないか。つまり福祉というのは当然、社会的正義に合致してこそ、本当の福祉ではないか。したがって福祉国家というのは、再分配をより急角度にするほど福祉が伸びるという、そういう考え方が、福祉国家観の中にもしあるならば、それが間違っているのであって、社会的正義は福祉の上のほうにそびえている上位概念というよりも、福祉ということの中に、当然社会的正義というものが、包み込まれているべきものではないだろうか。

それからもう1つは、公正な社会保障というのは、いったい最低を保障するのか、それともベターを保障するのか、少しでも保障するほうがいいのか、それとも平等に最高保障ということを目指していくのか、こういう問題があるかと思う。この点についても、現行の憲法25条第1項を見ると、「健康で文化的な最低限度の」というようにあって、決してすべての国民に満足のいく生活を保障するとは、憲法のどこにも書いてない。最低保障という考えは、一応憲法に出ているが、その

最低保障の水準をどこまで引き上げていくのか。その引き上げる引き上げ方によっては、ベター保障とも取れるし、あるいは目指すところは最高保障ではないかという、疑問も生ずるので、そのへんのところをひとつ、私どもとしても、基本問題として論議したいと思っているわけである。

特に質問ということではなく、先生方のお話を聞いて、感じましたこと、また平生いろいろ社会福祉の審議の過程で苦慮している基本問題について、申し上げました。

江見（帝京大学教授） 2つばかり申し上げたい。私は途中から来て、園田先生のお話から聞きはじめたのですが、園田先生が医療、ヘルスの考え方の、近年における動向をうまく整理されましたが、その点についてはまったく同感です。問題は題のもう1つの、「保健医療システム」というところにあるのであって、このような健康問題の考え方を受け止める保健、医療システムを、今後どういうふうにつくっていくのか、もしそれを妨げるような要因があるとすれば、それは何かといったようなところに踏み込んだお話が、次の段階でぜひお願いしたい。それはこの席でお答えいただかなくても結構なので、お願いということです。

それから飯田教授のお話ですが、飯田教授はご存じのように、大変シニカルな切り口で、通論の盲点を突かれることに得意な先生で（笑い）、福祉国家の問題点を浮きぼりにされた。しかもそれをカリキュアライズされて、浮きぼりにされたという点で、大変話としては面白いし、問題提起とお考えいただいたらいいのではないかと思う。したがって宮澤教授のおっしゃった、いわゆるグレーゾーンというか、そういったようなところで、いろいろ問題が出てくることは、先生自身十分ご存じであって、それを埋めるのは、お前達社会保障専門家の役割だというように考えられて、問題を投げかけられたのではないかと、私は受け止めている。

ただ、勢いあまってというか、多少言葉遣いなどでも、うかがいながら笑ってしまったのだから、たとえば劣情とか、最後の一线とかということを書いて、何の話だろうと思ったのだから、それだけ

に大変面白かったわけである。

それで弱者論が先ほどこらいろいろ話題になったが、先ほどの質問者の方のご疑問はもっともで、絶対的というか、生まれながらにしてフィジカルな、あるいはメンタルなハンディをもっておられて、自分の力だけで、自助努力だけでは、どうにも困難を克服できないといったような方々への救済、これは当然扶助として、昔からあるわけだが、もう1つ相対的に、経済の動きとの関係、たとえば経済成長の段階で、それとの相対的な関係でどうか。あるいは個人のライフサイクルで、たとえば乳幼児の段階、あるいはまた老齢になった段階で、弱い立場になるというような、自分の置かれている事態との関係で、弱者の立場になるということに対して、いざというときに備えるために、一応社会保険という仕組みがある。したがって社会保険というのは、もともと健常者の自立ということを建前として、相互に助け合おうということと、できているわけだから、そのような仕組みがうまく、円滑に機能しておるかどうかということのところで、飯田教授のご心配があるというふうに思うわけである。

それが円滑に機能するために、たとえば給付率とか、あるいは受益者負担率であるとか、あるいは保険料率であるとかといったような、いわばパラメーターというか、そういうものがビルトインされている。しかしながらそれがなかなかうまく機能しないということになると、やはり仕組み全体の構造転換が必要である。たとえばいま言われている円高不況の問題にしても、為替相場だけの操作だけでは限界がある。つまり産業構造それ自体を変えていかなければならないと言われるように、社会保障についても、そのような構造転換といったようなものが、求められているのではなからうかということ、直観的にご指摘になったというふうに、私は受け止めている。

したがって福祉の切り捨てといった言葉も、このままではややきつい言葉になるので、それがたとえば扶養基準というものを見直せということか、あるいはまた給付率を切り下げることなのか、あるいはそのほかいろいろな具体的な場

にして、それをどういうふうに受け止めるかということ、ただいまの質問者の方がおっしゃったように、いろいろのバリエティ、あるいは幅があるので、具体的な場に即して、いまのご提案、問題提起をしっかりと受け止めたいと、このように思っています。

林（東洋女子短期大学） 飯田経夫先生のお話に対して、いまのコメントでは過激だとおっしゃったような、コメントであったのだが、私の申し上げることも、部外者で、実は素人であって、社会保障専門家ではない。それから私がいまから申し上げたいと思っているのは、政策立案者の立場ではなくて、その政策で行われる福祉の消費者の立場でちょっと考えて、お話をしたいと思う。

それは飯田先生のお話にまず関連したことだが、飯田経夫先生にその先、経済学者として、どういうふうに立案したら、どんなことができそうだというアイデアが提起されたら、よかったなと思っている。私は実はスウェーデンで3年ばかり過ごして、専門外でありながら多少、社会保障政策を拝見した。そのときに私がよくスウェーデンの専門家に質問して、その応答から出てきたことだが、結局結論は、スウェーデン人は人間というものを、非常に大きくとらえている。そして人間中心に政策が立案されている。その人間とはどういうものかということ、まさに理念的に、神さまのようになりたいという願望と、落ちれば動物に墮してしまう劣情のモチ主である。それは誰もがそうであるということで、それを十分踏まえながら、政策立案ができているために、スウェーデンの社会保障政策は、非常にぜいたくなことをしながらも、経済的に破綻をきたさずに、いままで来ているのではない。そして非常に高い税金でありながら、いわゆる所得税一本杓で最初は来ていた。それがそうでなくなったのは残念なのだが、所得税を高く払っていても、一般市民はそれを不満に思わないだけの、それはいい社会保障なのである。

日本のはなかなかうまくいっているじゃないかと言われるが、これは足して2で割って、そんなにひどい欠点がないというだけであって、欠点はみんな一般市民が我慢の形で受け止めているから

である。これはもう少し、合理的にものを考える西欧社会の人であつたら、不満が強く政府はひっくり返るのではないか。特に最近の政治の話を聞いていると、冗談じゃないという気がするわけだが、それを黙って皆さんは税金を払うつもりでいらっしゃるらしいので、ずいぶん面白いなと思って見ているわけである。

それからもう1つは、地方にもっと権限を委譲して、社会福祉を地方レベルでとおっしゃるのだが、日本の市民であればどこに住んでいようとも、だいたいにおいて同じ福祉が受けられるというのが、やはり基本概念でなければおかしい。逆にいうと西欧社会の市民も、日本の市民も、ここまで高度に発達した文明社会の中ですごしているのであれば、おおよそのところにおいて、似たような生活ができなければおかしいということである。

しかし現実を見ると、地方の自治というのは日本においては、政治が腐らないようにするために、同じ役所の中で、ポジションをグルグル回る。それできのうまで道路のアスファルトの補修をしていた課長さんが、きょうから福祉課長さんになる。その場合福祉とは何だという概念をまったくもっていない。そこで権限を使って、精神病院に1人患者を送り込むごとに、病院からその推薦をした福祉課長のポケットに1万円ずつ入る。その証拠をつかむのはなかなか大変だが（笑い）、だいぶ古くからの事実として、それはある。実は私の住んでいるところはそういうところなのだが、とてもとても地方レベルでやられては困る。

本当は、理論から言えば、おっしゃるとおりだと思うが、現実には、政治を預かっている政治家が非常に低かったり、行政の専門家がちっとも専門

家でないという、日本の社会の実情を考えたときには、せめて国家公務員にやっていただきたい。

しかし国家公務員と国家公務員を国際間で比較すると、これはだいぶ問題だと思う。結局どの問題を断ち切っても人の問題になる。そして人間というのはいつでも、神さまになりたいと思ったり、動物にも堕するのだということになると、システムをやはり、それをいいところに維持するように考えていかなければいけない。全額保障しますというと、その中に入りたいというので、半病人が病人になったりして、入院してしまえば全部タダになるという、そういう発想の人間が非常に多いので、それを奨励しないようなシステムにする。

健康保険にたとえていうと、健康保険制度のやり方を根本的に変えなければいけない。実際の経済的負担は同じであっても、建前を全部変えて患者本位にする。ということは患者がどういう医療を受けるかということ認識し、自分のポケットからまずお金を出し、あとからそのかかった費用を保険組合から割り戻してもらう。そういうやり方でないと、どうしても他人に寄りかかって、ぶら下がってという、劣情に近い神経を刺激してしまう。われわれは劣情のもち主だということをやはり、強く認識をしていないといけな。だから私は、飯田先生の表現はちっとも過激ではないと思っている（笑い）。

司会 どうもありがとうございました。もう少しフロアからお話をうかがいたいのですが、予定の時間を10分過ぎていますので、残念ながらこのへんで終わりにしたいと思います。どうも長時間ありがとうございました。

一応これで終わります。（拍手）