

目次

○巻頭エッセイ：ボローニャ紀行……………吉中 丈志 1

【特集】社会保障制度改革と医療・福祉の現状

○社会保障制度改革国民会議報告書の考え方について—とりわけ医療制度の方向をめぐって— ……………石塚 秀雄 2

○都立病院 PFI の現状と問題点（組合幹部に聞く）
…細井 智、森松 恵美子、飯島 芳子、インタビュアー：八田 英之 7

○座談会：各地の民医連 MSW から見た貧困の現場と無料低額診療・生活保護活用の課題
…長友 祐三、森川 尚子、富岡 真理子、多田 安希子、司会：河添 誠 12

○スペイン・カタルーニアの地域協同と社会サービス……………石塚 秀雄 28

○2011年度研究助成概要報告：県、3市1町（船橋、安孫子、旭、一宮）の「防災計画とハザードマップの検証から学ぶ」……………鈴木 正彦 44

○シリーズ医療政策・研究史（4）：なぜか医療政策史 ……………野村 拓 46

○書評：協働公認会計士共同事務所 税務協働税理士共同事務所 編著『非営利法人・団体と労働組合の会計と税務 Q & A』……………今井 晃 56

○会員からの情報提供：彦根市による『新修彦根市史通史編・現代』発行を求めています！賛同署名とカンパをお願いします。 ……高木 和美 58

・事務局ニュース……………57

・報告書・研究助成・単行本・ブックレット・バックナンバー……………43、61

（表紙写真：前沢淑子）

ボローニャ紀行

吉中 丈志

ボローニャはイタリア北部にある人口37万人の都市です。中世の街並みがあるまま残り、いくつもの広場と教会があります。そこを起点に石畳の道が縦横に走り、両側に柿色をしたレンガ造りの建物が続いています。

昔、馬車が行き交った狭い通りを小型のバスが走っています。早朝から足早に急ぐ学生たちや、本を小脇に抱えて歩く老教授風の紳士も目にします。

パンを抱えて家へ向かうおばさん、スタンドで新聞片手にたばこをふかしながら店主と立ち話するおじさん、出勤するサラリーマンやOL、朝の雑踏から隔絶された教会の中で祈りをささげる老夫婦の姿などがあります。

夕方になるとレストランやカフェに人びとが集っています。老若男女さまざまです。パスタを食べワイングラスを傾けて談笑する店内は電燈色の光に包まれ、人の声と食器の音が交錯し、じかのふれ合いが感じられます。

コンビニはありません。夜中まで働きたい人なんていないでしょ、と言われました。国民投票では原発建設を否決しました。日本人でも無理なだけだから私たちイタリア人には無理よ、とも言われました。樹木が色づくアペニン山脈を背にしたボローニャの生活感ある風景の中で、社会サービスを担う社会的協同組合は、この歴史と文化が生み出したのでしょうか。

ひるがえって日本、私は「はたらくもののいのちと健康を守る京都センター」の理事長をしています。30歳前の息子さんと二人暮らしをされていた60歳代の女性の方から相談が持ち込まれました。

息子さんがコンビニに勤めで生計を支えておられましたが、メンタルの病気のため仕事を失います。お母さんが営業関係のパートを始められ、外勤に出たある日のことです。車いすで転倒された老夫婦に遭遇されます。助け起こしてあげて老夫婦は事なきを得たのですが、お母さんご自身が脊

椎の圧迫骨折になってしまいました。月6万円程度しかなかった収入が途絶えてしまいます。お金がないために痛みが引くのを家でじっと待つことしかできなかったそうです。思うように買い物にも行けません。ベランダで育てたホウレンソウの葉を摘んで野菜を摂るような生活を余儀なくされました。相談に来られたのは痛みが少し落ち着いてからのことです。

センターでは、無料低額診療の制度を使って京都民医連の病院を受診してもらい、なんとか労災補償を得て先が見え始めたというところです。これが日本社会の現実です。

京都では労働組合や民医連、弁護士などをつくる京都職業病対策連絡会議（職対連）が活動していました。30年以上の歴史です。労災職業病のたたかいだけでなく、被災労働者とその家族の支援をしてきました。メンタルヘルスの相談が急増する中、たたかいと共に被災労働者のケアが切実に求められています。NPO 法人メンタルヘルスサポート京都はこうして生まれました。職対連の中心メンバーが心理カウンセラーの資格を取り、仲間に呼び掛けてカウンセリングや復職支援、被災労働者の交流セミナーなどを行っています。

河上肇は協同組合に関心を寄せ、接点があった山本宣治亡きあとに「労働者、農民の病院をつくれ」として無産者診療所が生まれました。現代の労働組合運動も非営利・協同の翼を得て新しい起業に挑む、私たち・はたらくものが力を合わせれば人間の復権をめざす社会を創る流れの推進力になるのではないかと、そんなことを考えて帰国の途についたのです。

イタリアの社会的協同組合と労働運動との関係についてはうかがい知ることができませんでしたが、自律と寛容、忘れそうになる生活感覚を呼び覚ましてくれる余韻が残る視察でした。

（よしなか たけし、研究所理事・全日本民医連副会長・京都民医連中央病院院長）

社会保障制度改革国民会議報告書の考え方について

—とりわけ医療制度の方向をめぐって—

石塚 秀雄

1. 残余型福祉国家への混乱した展開

小論は、2013年12月5日に強行採決されたプログラム法案などを含めて、個別の具体的問題点について、検討するものではない。それは、多くの論者がこれまでも行ってきたし、これからもその種の議論は活発化するであろう。ここでは、将来構想についての考え方について見ていくものである。

2013年8月に出された政府の「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」は、言うまでもなく、政府の社会保障政策の今後の方向を示すものとして提出された。しかし「II. 医療・介護分野の改革」では、当面の対応策が示されているが、将来設計には具体的な提案が少なく、理念も問題点が多い。そうしたものを取り払うと、全体として、増税、保険料増加、サービスの低下、社会保障制度設計の穴埋めの発想が多く、結局どのような道筋なのかについては明確ではない。

同報告書で、社会保障4分野の改革とされるものは、①少子化対策分野、②医療・介護分野、③年金分野、④保育分野とされている。報告書の各論では医療分野にもっとも言及している。いわゆる社会保障制度とは、日本では、伝統的に医療と年金問題の二本柱と見なされてきたが、欧米の福祉国家政策の中では、社会サービスを含めた三本柱としてとらえられるのが普通であった。近年、日本においても徐々に社会サービス分野の議論が進んできたが、同報告書が、少子化対策と保育を各論の2分野とし、貧困や失業・労働を含む分野が、第1部の総論部分で多少触れられていたが各

論では取り上げられなかったのは、バランスを欠いたものという印象がある。政府の直近の社会保障政策の重点を示すものとしての道筋なのであろう。しかしながら、この2分野のみならず、各論4分野において、いわゆる国民を直接代表する市民団体、労働者団体、患者団体などへのヒアリングと意見交換が行われていないようであり、事業団体のみへのヒアリングであったことは、「国民会議」という名称とはそぐわないものであると言える。むしろ、「国家会議」と称した方が正鵠を得たのではあるまいか。これはなにも、揚げ足取りで言っているのではない。政治あるいは政策とは言説こそが重要であり、どのような言葉を使うかが、ある意味、本質的なことだからである。

本小論では、同報告書の4分野のうち主として医療・介護分野の議論に話を限定するが、しかしまずはじめに、報告書の理念というものを、問題にしなければならない。それは理念という言説が、基本的に重要だからである。

国民会議の委員は委員長の清家篤慶応義塾長以下15名のうち、12名が大学関係者であり、残りのうち2名も研究職にある者たちである。専門分野は経済学、政治学、財政学、医療分野などが主である。従来の諮問機関も、社会保障論、社会政策論、労働政策論などにおいて、これら専門分野の学者研究者が多いのは確かであるが、社会学や哲学の専門研究者が入っていないことは、バランスを欠き、議論の方向性と議論の筋そのものに影響がでていると思われる。

すでに2013年12月5日に、同報告書の実施プログラムである、「社会保障制度改革推進法に基づく法律上の措置（改革プログラム法案）」が、野党の反対を押し切って強行採決された。したがっ

て、さらに新しい政策的状況が生まれているわけであるが、同報告書について検討することは、政府の基本的な方向性を考える上でやはり大切である。

同国民会議は、2012年11月に発足し、精力的に会議を開催して、2013年8月の報告書提出までの約9ヶ月の間に、19回の会議を開催し、その間、経団連をはじめとする経済団体、全国知事会をはじめとする自治体団体、日本医師会をはじめとする医療福祉供給団体、けんぽ連をはじめとする保険者団体などへのヒアリングおよび意見交換を重ねた。若者対策や保育対策における当事者団体への聞き取りがなされていないことは、すでに述べたように、国民会議の目配りがアンバランスであることを示している。

2. 公助と国家の役割について

同報告書の「2. 社会保障制度改革推進法の基本的考え方、(1) 自助・共助・公助の最適な組合せ」では、冒頭から自信のなさそうな文章で始まっている。

「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべきとされている」と、責任回避的な文章から始まっているのである。この言説は、社会的にも広まって、いわゆる「自助・共助・公助」論は社会的に強い批判を受けた。そもそも、この問題の立て方が不正確であるので、それに基づく批判的議論も不正確なものになっていると思われる。すなわち、まず第1に、自助 (self help) や共助 (mutual help) は、19世紀以来形成された概念であり用語である。一方、公助は、新語であり、たとえば、英語にはない (英語なら public help か?)。政治的言説とはまさに、言葉が大事ということであり、ある言葉を受容することは、その意味することを受容することである。公助という言葉を受容することは、救援という概念を含めることを認めることである。これはまた公的扶助という言葉とも違う意味で使用されている。

国家 (公的セクター) の役割とはなにか。周知のように、国家とは税を徴収し、再配分して社会保障 (social security) を実現するのである。なぜ

そうするのかといえば、富の獲得の格差により社会的安全が損なわれ、営利的経済活動そのものが阻害されるからであるとされる。したがって、国家は慈善や救済心で国民にカネやサービスを与えるのではなく、必要があって行うだけのものである。世界的には、公的サービス (public service) とよばれ、公務員は公的召使い (public servant) とも呼ばれるのである。国家の責任範囲は公的領域に限定されるのが原則であり、市民的自由は公権力から干渉されてはならないものである。公権力は公的奉仕をすべきものであり、人民は基本的人権によるそのサービス (奉仕) を受ける権利があるのである。いつから、助けてやるといういわゆる「上から目線」になったのであろうか。

また、「自助・共助・公助」組み合わせ論の根拠は、欧米モデルだと国民会議の委員たちが思ったものを下敷きにしているのであろうが、日本では歴史的形成の違いがあるので妥当せず、上記のような自信のない表現となったのであろう。制度というもの、公的 (フォーマル) なものであり、私的分野の決定には本来関わらないものである。たとえば、警察や市役所には民事不介入の原則がある。社会問題になる場合にだけ介入が起きるのである。公権力が市民の暮らしに口出しすることは、秘密保護法を待つまでもなく、市民の自由を侵害するものである。自助・共助は国家 (公的セクター) の領域にあるものではない。なによりも、それに順番をつけて、自助のつぎ、共助、それでだめなものを公助という筋道を考えることは、なによりも国家責任の本分をわきまえていない、余計なお世話である。したがって、このような言説への批判は、無批判にそれらの言葉を飲み込んで、自助・共助はダメだというのではなくて、まず第1に、市民社会セクターにある自助と共助は、公的セクターにある公的サービスとはまったく別のものであり、同列に扱うものではなく、なによりも順位をつけるような混乱を受容してはならないと指摘することではないか。そして国家の責任は、自助・共助のセクターを制度支援することにある。

国民会議の主張は、福祉国家論では、エスピン = アンデルセンが類型化したところの、アメリカに代表される残余型 (residual) 福祉国家に属する議論である。すなわち、落ちこぼれた一部の人

だけを対象とするセーフティネット論である。しかしながら、日本において、残余型福祉国家に転換することは容易であろうか。そのためには、欧米のように、自助組織や共済組織が数多く存在していなければならない。歴史的にも現代的にも、日本はそのような状況にない。国家は国家責任だけを果たせばよいのであり、市民社会に指図すべきものではない。

3. 共助としての社会保険という考え方について

社会システムについての理念上の混乱が、社会保険の概念についても現れている。報告書では、日本の社会保険を共助のシステムだとしている。これについては、おおかたの国民の認識とずれているであろう。国民の多くは、国民皆保険、国民年金は公的システムだと思っているはずで、共助のシステムだとは思っていない。ヨーロッパでは社会保険制度は、歴史的に共助を基礎として、国民国家が19世紀に入りそれを活用して制度化したものであり、ビスマルクモデルといわれる。日本では、共済制度は歴史的にも浅く、保険と共済の区別がつかない議論が多い。日本では、理屈としては保険者団体が存在しているが、国民的に関与があるわけではなく、ヨーロッパの共済団体とは似て非なるものである。

たとえば、報告書の「II. 2. (2) 都道府県の役割強化と国民健康保険の都道府県移行」では、医療について、47都道府県を保険者の単位にとりまとめ、現行の保険者団体である1719市町村は、医療介護に責任を持たず、単に保険料の集金人としての役割を続けさせるとしている。現在でも、税金や保険料の未納徴収の実務は、民間会社に委託している市町村が多い。公権力が税徴収における痛みを感じることなく、カネだけを持ってこさせて使う、とりわけ市町村のモラルハザードが生ずるであろう。また、他の保険者団体である協会けんぽと組合健保と国保との保険料における公正性などの不整合の問題も依然として残る。一元化論が必ずしも有効であるとは言えないが、一元化の究極のモデルは、税に転換することである。イタリアが1970年代から徐々に医療を社会保険方式

から税方式に移管したが、たとえばそうした抜本的な構造転換を含めた議論が必要ではないか。しかし、日本は将来的にも社会保険方式を維持するというのであるが、機能不全に陥りつつある社会保険制度の将来はまったく不透明であり、この報告書の議論の視野は10年程度かと思われる。

また、社会保険制度については、批判として営利化するというものがあるが、日本においては、その可能性は今のところ低い。また、ヨーロッパのように非営利・共済組合化するというのも、国民意識が大きく変化すれば別であるが、近い将来の道筋としては可能性が低い。医療の国民皆保険制度も、大きく構造改革する案は報告書にも示されていないように、結局のところ現状の財政的困難の応急手当的な方策しか提示できていないのである。しかし、問題は、あたかも、国家がすべてを仕切っているように振る舞い、それを是認する風潮があることは、社会保険の財政構造から見ても誤っている。すなわち、日本の医療費約30億円の収入のうち、国と地方自治体はそれぞれ5億円を出し、公的支出は10億円であり、残りの20億円は保険料である。保険者団体は、協会けんぽ、保険組合、国保の3つである。したがって、公権力は1/3のカネしか出していないのである（報告書では4割弱としている）。

報告書は、今後、消費税や国民負担に依拠して、医療費財政を補填しようとしている。法人税における社会保障税や保険料の事業主負担の選択肢が含まれていないのは問題である。また報告書では社会保険についての認識も不十分である。報告書の第1部「2. (3) ①国民皆保険・皆年金と社会保険方式の意義」では次のように述べている。

「社会保険方式は、保険料の見返りとして給付を受けられることから、権利性が強く、給付と負担の関係が税と比較して明確であることから、必要な給付水準に対する負担について理解を得られやすく、また、保険というリスク分散の考えに立つことで、社会保障の対象を一定の困窮者から国民全体に拡大した普遍的な制度となっている」

この文章では、社会保険の概念が少なくともヨーロッパの概念とは異なる。また共済組合からルーツを発した社会保険を、一般の保険と混同している。日本では年金の場合は、賦課方式から積み

立て方式へと議論が移行している。社会保険は保険原理（個人中心）ではなく、社会的連帯原理（社会中心）である。これを営利民間医療保険のように描き出すのは、読む者に誤解を与えるものである。誘導的な言説であるとするれば、良いことではない。いずれにしても、社会保障制度が基本的に貧困者むけである、アメリカ型の残余型福祉国家モデルが念頭にあることは間違いない。

保険だと給付にたいする負担への理解が得られやすいという説明もよくない。また、税を主たる財源として医療サービスを実施している国は、イギリス・イタリアなど、いくつもするのである。

4. 医療・介護分野改革の説明について

ここでも、不正確な認識に基づいて議論がされている。「II. 1. (2) 医療問題の日本の特徴」では次のような記述で始まっている。

「日本の医療政策の難しさは、これが西欧や北欧のように国立や自治体の病院等（公的所有）が中心であるのとは異なり、医師が医療法人を設立し、病院等を民間資本で経営するという形（私的所有）で整備されてきた歴史的経緯から生まれている。公的セクターが相手であれば、政府が強制力をもって改革ができ、現に欧州のいくつかの国では医療ニーズの変化に伴う改革をそうして実現してきた。医療提供体制について、実のところ日本ほど規制緩和された市場依存型の先進国はなく、日本の場合、国や自治体などの公立の医療施設は全体のわずか14%、病床で22%しかない。ゆえに他国のように病院などが公的所有であれば、体系的にできることが、日本ではなかなかできなかったのである」

病院が公的所有の公的セクターだけならば政府が強制力をもって医療政策ができるのにという、上から目線の口ぶりであるが、いったいそのような医療改革をやってきたヨーロッパの国はどこであろうか。いわゆるNHS（国民保健サービス）を採用しているイギリスにおいては、NHS病院の大半はNHS財団となり、独立化しており、同じくイタリアでも公立病院数は全体の3分の1であり、非営利病院が半数を占める。ドイツでも公

立病院・非営利病院・営利病院の割合は各3分の1である。ヨーロッパの医療改革が、仮に体系的にうまくいっている国があるとしても、それは公的所有病院が多いからではない。

日本では周知のように9,000の病院のうち、1,000が公立病院であるが、公立病院改革により国立病院のほとんどが独立行政法人となり、自治体病院は経営管理の「民営化」が進んでいる。報告書の言葉どおりであれば、日本政府は、医療政策に強い権限をもてないはずであるが、実際はそうではない。医療供給は病院と約10万ある地域診療所により行われているが、その位置づけは報告書では手薄である。報告書では、1970年代の病院制度がすでにミスマッチとなっているので、ヨーロッパのような医療改革を進めたいという意向であるようだが、従来の病院再編路線を踏襲するだけであり、ヨーロッパ型のゲートキーパーシステムを明確に提言するわけでもない。報告書では、言葉だけは、病院と診療所のネットワークとか、「かかりつけ医」の必要とか、地域完結型の医療への転換をなどと、一見良さそうな言説を並べているが、制度的な提言は具体的になされていない。いわゆる「かかりつけ医」などは、実質的にはたいていの人が持っている。どのような制度的位置づけをして言っているのか明確ではない。また、「II. 1. (6) 医療の在り方」では、「高齢化等にとともに、……総合診療医の養成と国民への周知を図ることが重要である」と述べているが、「かかりつけ医」との関係や、どのような制度設計にするのかの記述はなく、もっぱら運用の話になっている。ヨーロッパのようなゲートキーパー制度を導入するとは書けないので「緩やかなゲートキーパー機能の導入の必要」と書いているのであろう。

「『望ましい医療』に対する国民の意識の変化が必要である」と、ここでも、上から目線で、国民に対して医療アクセス抑制を勧めている。逆に国民会議の意識の変化が必要ではないだろうか。ヨーロッパの家庭医は人頭割で診療報酬を公的医療制度から受け取っているが、報告書はそこまで踏み込んだ議論はしておらず、「II. 1. (3) 改革の方向性①基本的考え方」では、診療報酬制度による規制の有効性を述べて、その体系的見直しを

図るべきとしているだけであるから、診療報酬の制度的改革には至らないであろう。そうであるならば、政府による診療報酬制度による政策的コントロールの恣意性は将来的につづくことになるであろう。医療・介護の川上から川下までのネットワークづくりが必要だと言っているのに、どのような制度設計をするのかの具体策の提示がないことが問題である。

5. あまり新しい道筋は示されていない

報告書の総論は、理念を示したものであるが、各論においては「自助・共助・公助」についての具体的な制度的構造は提案されておらず、拍子抜けの感がある。しかし、少なくとも、どんな勘違いの理念を掲げているかは納得できる。地域包括ケアを促進するとあるが、国民生活の総合的な保健を保障すべき公的医療の役割としての保健予防・公衆衛生や保健所制度に関する言及はほとんどない。医療・介護事業のための医療事業組織のネットワークのための規制緩和が述べられている

が、きちんとした制度設計を示さなければ、個別事業者の利益導入の行動しか出てこない恐れがある。

国民会議報告書は、副題の「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」とはなっておらず、現状のそれぞれの問題の弥縫策を集めたものであり、したがって、その現実性が評価される記述もそれなりにあると思われるが、いわば期待外れの印象がある。肝心の国民の側からすれば、大勢としては、公平な保険料を余分に払う必要を納得させられ、医療アクセスにたいする国民意識も変えよということであり、医療改革にとっては、「住民主体」というリップサービスを貰うが、主体的関与を計る場を提供してくれる気配はなさそうである。しかし、国民の主体性は国から与えられるものではなく、国民自身の主体性において発揮すべきものであるというのも確かである。この報告書にそれほどの新味はない。とりあえずの中期的対応策が示されているのであって、その理念は空回りしている。

(いしづか ひでお、主任研究員)

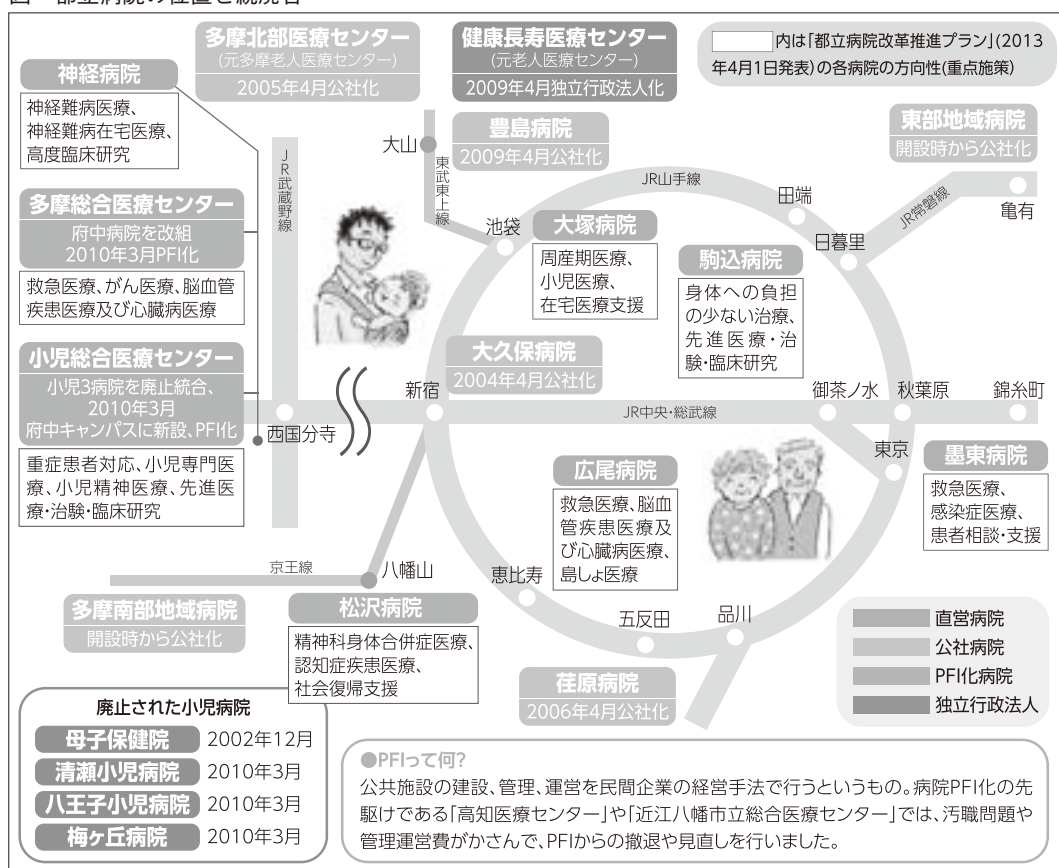
都立病院 PFI の現状と問題点(組合幹部に聞く)

細井 智、森松 恵美子、飯島 芳子

インタビュアー：八田 英之

自治体病院の PFI は、一般に都立病院での導入が第二期と言われています。その現状について、都立駒込病院で働く職員の労働組合の方からお話を伺いました。

図 都立病院の位置と統廃合



都立病院は石原都政の9年間で16病院から8病院に(出典：東京の保健衛生医療の充実を求める連絡会チラシより)

——本日はお忙しいところをありがとうございます。私どもの研究所では、この3年ほど、自治体病院と地域医療についてのワーキングチームを作って検討してきました。その中で都立病院ではPFIの導入が問題になっていることを知りまし

て、大いに興味を持っておりましたが、その実情が良くわからない状況があります。そこで今回こうした機会を持たせていただきました。どうかよろしくお願いたします。

(組合) こちらこそよろしくお願いたします。駒込病院のPFIは、2008年から始まって昨年終了した全面改修工事を契機に導入されました。三菱商事中心のSPC(特定目的会社)に委託可能なすべての業務が委託されています。入札で決まりましたが、実際は一社だけの応札で、決まった金額も殆ど予算通りというものでした。

<何のためにPFIを?>

——多摩と小児センターは清水建設でSPCを作っていて、これまでは建設を担うところが中心の例が多かったようですが。

(組合) 都立駒込病院PFI「RO方式(Rehabilitate-Operate)」事業は、総額1,861億円で三菱商事が落札をしました。平成21年4月から17年間にわたる維持管理・運営業務を行い、最先端の機能を有する「がん・感染症医療センター」として整備・運営しています。建物の改修は戸田建設がメインで行いましたが、改修費にいくらかかったのかは明らかにされていません。落札金額のうち、何にいくら使うといった内訳ははっきりしていないのです。それと、がんのセンターとして目玉である最先端の放射線治療機器を3台導入しましたが、以前からの計画の一環ということで都が購入したと聞いています。

——あ、そうなのですか。しかし、そういうことになるのと、本来のPFI、つまり民間のお金で公的施設を作って運営しながら建設コストを返していくという趣旨とはかなり違いますね。

(組合) そうなんです。ですから私たちも何のためにPFIをやるのかということで都を追及しました。こたえは「民間のノウハウを導入して業務や経営の改善を図る」というものでした。しかし、商事会社が病院運営のノウハウを持っているとは思えません。実際には大きな会社に設け仕事を作っただけではないかと思えます。

<業務の改善はすすんだ?>

——PFIを生み出した英国では、最近ではコストがかかり過ぎるということで、PFIはすっかり下火

になったということですが、都のPFIは果たしてコストの削減とか経営改善に役に立っているのでしょうか。

(組合) その点が良くわからないのです。導入した直後の頃は、あれこれのことが以前よりこのように改善されたという宣伝がしきりに行われましたが、最近はそれもなく、経営内容についても、委託した業務のどこにどのように費用が生まれているのかについては、SPCの内部事項ということで明らかにされていません。

——委託された業務の範囲は?

(組合) ほとんど全部です。薬剤の購入も検査の外注、清掃、給食、医事、メンテナンス等々委託できるものの殆どが行われていると思います。業務が改善されたかどうか、という点での評価は難しいと思います。もちろん導入当初は散々でした。例えば、放射線の漏洩線量測定という仕事があって、これまでは技師が自分たちでやっていました。それをSPCがやることになったのですが、初めは到底考えられないようなデータが出て、何度もやり直しを要求しました。病院も現場からの指摘を吸い上げてかなり頻繁にSPCとの打ち合わせをやっけて、最近やっと落ち着いてきたかな、という感じです。ただ、こうした問題は、いわば病院内部のことで、患者さんからは見えにくいところがあって、ここが問題だということが明らかではありません。

(組合) 建物の修繕などについては、かなり不満があります。例えば、この建物は雨漏りがするんですが、どこに原因があるかわからないということで、まだ直っていません。他のPFIを導入した都立病院でも、割れたガラスがなかなか取り替えられないなどという話があります。発注も仕様発注ということで要求する機能水準を示すだけの発注のために、かなりいろいろの使いにくい所が出て、改善させるということがありました。

(組合) 一番問題なのは、SPCで働く人たちの問題です。例えば、この給食の人員募集のビラを

見ていただきたいのですが、時給900円となっています。都の直営の大塚病院で同じ職種を募集した時の時給は950円でした。働く人の賃金を抑え込んでSPCの会社の利益を上げる構造になっているということではないでしょうか。

(組合) SPC 下請けの清掃会社の場合、特に若い人がつぎつぎに変わります。守衛さんの会社もかなり変わりました。どこを下請けするかは完全にSPCの権限です。長くやってくれていた業者さんを協力企業として下請けに組み入れさせたり、下請けによっては、以前の会社で働いていた従業員を引き続き雇ったりしていることはあるようです。それでも病院ですから、働く人の健康管理などについてはきちんとするように組合として要求しています。

<導入の評価の仕組みは>

——PFIでは導入後に、導入しなかった場合に比べての評価などを行うものだと思いますが？

(組合) それは導入する時点では説明がありました。しかし、その後は検証されていません。私たちも追及していかなければならないと思っています。

——毎年どのくらいSPCに支払うのですか？

(組合) それか、そうしたことは明らかにしないのがPFIだと言って、明らかにしていないのです。

——それは、透明性の原則に反しますね。民間資金を導入するのでなしにPFIを行うとすれば、その意味は経営効率化以外には無いわけで、実際に経営が改善されたかどうかを、都民に明らかにする義務があるのではないのでしょうか。例えば、診療報酬が変わって薬価が引き下げられた時には、どこでも薬屋さんと納入価をどうするのかの交渉があるわけですが、それらについてはどうですか。

(組合) その辺りは良くわからないのが実情です。

——私は少し自治体病院の経営について調べたのですが、自治体病院の赤字は人件費の問題だといことが言われていたのですが、実際には民医連と比較すると事業収益に対する人件費率は民医連の方が多いのです。個々の職員給与は自治体病院のほうが高くなっていますが、職員数は自治体病院のほうが少ない、ですから人件費率は低いのです。自治体病院の赤字は、むしろ材料費と経費の多さに原因があると思っていますのですが、PFIになるとこれらを削減する方向は出てくるのでしょうか。

(組合) 以前、直営の頃は統一購入なども少しありましたが、いまは全くブラックボックスになってしまっています。ただ、都立病院経営本部が出来てから、院外処方やジェネリック医薬品の使用など、経営上の対応はかなり強化されています。

<第二世代のPFI、今後の課題は？>

——都立病院のPFIは高知や近江八幡の第一世代の失敗の教訓を学んだ第二世代のPFIと言われていて、第一世代の時に問題とされた病院とSPCの意思疎通については先ほどお話があったように、現場からの声を反映させる努力がされていることはわかりました。もう一つ、どこがやるのかははっきりしていない、いわば狭間の業務が第一世代ではうまくいかなかったと言われていますが、ここではどうでしょうか。

(組合) たしかにSPCの内部でどこがやるかなどはいろいろあるようですが、病院との関係では一定期間内に答えが出てくるようで、狭間の業務が進まないということは無いようです。その点では、SPCも学んで管理レベルを上げたのではないのでしょうか。

——なるほど、しかし、いろいろなことが明らかにされていない状況がありますね。

(組合) その通りです。12月7日に第6回の駒込病院守る会の総会があります。もともとは、都立病院は下駄履きで来れる庶民の病院といわれまし

たが、1990年代からいくつかのセンターだけ残して、地域型の病院は医療公社（保健医療公社：6病院1検診センター）の運営にしてみました。地域の皆さんからは昔に比べて通いにくくなったと言われます。紹介状がなければ、それなりの初診料自己負担があり、診察も後ろに回されます。それでも都立病院に対する期待は強い。地域の皆さんに実情を出来る限り明らかにして、都立病院を守って生きたいと思っています。いまのところ都立病院を独立行政法人にするなどの明確な方針は出ていません。いろいろな形態を検討すると言

うような含みは残していますが。

——がんばっていただきたいと思います。本日はありがとうございました。

（2013年11月20日訪問）

（ほそいさとし、都庁職病院支部駒込病院分会
分会長、もりまつ えみこ、いいじま よしこ、
はったふさゆき、研究所副理事長・千葉勤労者
福祉会理事長）



左から、八田、森松さん、飯島さん、細井さん

<補論>

八田英之

都立病院のPFIは、意匠設計・建設・運営を委託し、資金は自治体が用意するDBO（Builtが改修なのでRemodelあるいはRenovateのDROかもしれない）と言われるものであろう。自治体が自ら資金を用意できるのに、これを行う意味は経営効率化以外にはない。であるとすれば、その実践の結果が明らかにされ、客観的評価にさらされるのでなければ、評価は不可能であり、それは自治体の公正な行政の立場から考えれば、必須の課題であるはずである。「民間資金の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律（PFI法）」でも5原則3主義といわれる要件を掲げており、その中で「透明性の原則（事業の全過程を通じての透明性の確保）、客観主義（各段階の評価・決定についての客観性）」がうたわれている。

お話をうかがった限りでは、駒込病院のPFIはあまりにも秘密が多すぎる。月々いくら支払っているのか、薬剤はいくらで購入しているのか（これは個々の値段を全面的に公開というわけにはい

かないかもしれないが、総額は明らかに出来ることである）、さえも明らかにされていないのでは、何のためにPFIを導入したのか検証の仕様も無い。これは行政として許されないことではないだろうか。

インタビューとは別に、平成25年8月段階の都立病院の経営レポートを入手できたので、それによってPFI導入病院と導入していない病院の損益状況を比較したのが下の表である。都立8病院の内PFI導入が4病院、導入していないのも4病院であり、その平均を出した。

その他には減価償却費などが入ると思われ、PFI病院はこれが高くなっている（設備投資直後）が、A・B間の収支差額の差はその違いをはるかに超えている。PFI病院では、収益のほぼ半分が経費になっており、ここにSPCへの支払いが入っている。すなわち、経営状況はPFI導入病院の方が悪いのであって、それはSPCへの支払額が大きいことによると推論できる。これでは、経営の改善や効率化は達成されていないどころか、PFIの導入によって経営が悪化しているということになるのではないかと。こうした疑問に答えるためにも情報の公開が求められる。

表 PFI導入病院と導入していない病院の損益状況比較

	給与費率	材料費率	経費率	その他率	医業収支差額
A：PFI病院	54.8	1.5	49.7	14.5	-21.85
B：他病院	59.8	26.8	16.5	10.1	-14.6

座談会:

各地の民医連MSWから見た貧困の現場と無料低額診療・生活保護の活用の課題

出席者：長友 祐三（ながとも ゆうぞう、埼玉県立大学教授）
森川 尚子（もりかわ なおこ、健和会大手町病院MSW）
富岡真理子（とみおか まりこ、高崎中央病院MSW）
多田安希子（ただ あきこ、尼崎医療生協病院MSW）
進行：河添 誠（かわぞえ まこと、本研究所研究員・事務局長）

（肩書きは座談会実施時のもの）

●はじめに

進行（河添） 今日の座談会は、「各地の民医連MSWから見た貧困の現場と生活保護の課題」ということでお集まりいただきました。本研究所でも、貧困が広がっている状況のもとでどのような社会保障制度や医療提供が必要なのか、地域での相談活動や社会運動的なものとしてどういったものが必要なのかという議論をこれまでもしてまいりました。この間も、『いのちとくらし研究所報』41号では、生活保護と生活困窮者支援制度についての論文を掲載しています。

この座談会では、相談活動の現場から見えてくる貧困の実態と、それから生活保護の基準の切り下げや、あるいは新しい生活困窮者支援制度が今出ているわけですが、これがどのように現場でどういう影響を与えるのかというようなことも含めて議論ができればと思います。

●深刻な貧困の実態と医療からの排除

森川 北九州市は皆さんご存じのように新日鐵を中心に街ができていたような都市です。私が就職した27年ほど前は、製鉄所の企業城下町ですから下請け、そして孫請けの企業がありました。病院の周辺には、人夫出しの日雇い労働者の方が働いてもその日の生活にすべて部屋代と食費で持っていかれてしまうような「タコ部屋」と呼ばれるところにたくさん住んでいました。お金が貯まらなくて、健康保険も自分で国保に加入しなければ保険にも加入できていないという方が多くいまし

た。病院には、その方々が運ばれて、生活保護の申請をして入院しなければいけないこともよくありましたし、外来には、タコ部屋を通常の住居と市役所の保護課が認めないために生活保護を受けられずにホームレス状態に放置されるなどという状態が広がっていました。

2007年に、「おにぎり食べたい」という日記を残して亡くなった男性の死をきっかけに、全国から調査団などが入って、これまでの北九州市の生活保護の申請を妨害する行政を是正させるという取り組みがありました。その後、弁護士や司法書士や、それから医療機関、民医連のソーシャルワーカーと一緒に、毎月毎月会議を開いて、福祉事務所の窓口での追い返し、いわゆる「水際作戦」をなんとか防ぎたいということで活動を続けています。

老齢加算廃止の不当性を訴えている生存権裁判で、福岡の原告39人が、2012年2月に最高裁まで行きました。裁判のために、私たちが原告の人たちの自宅で話をうかがいました。高齢者の生活状況は深刻でした。クーラーもないところで、暑さ寒さも関係なく生活している方もいました。老齢加算が廃止になって月額2万円近く減ってからは、食費を減らしている方もいたし、風呂に入る回数も減らしたという方もいました。生保を受けていても大変な貧困状態が広がっています。一方で、生活保護を受けていない世帯でも深刻な事態になっています。先日の相談事例ですが、嘔吐と下痢の症状で入院してきた小学生のお母さんが入院の医療費の支払いができないと言ってこられました。その方には、子どもが5人いらして生活が大変ということでした。北九州市には、小学生の

入院費に対する助成制度があるので、それを使えば、あとは病院の給食費をなんとかすればいいと考えていました。ところが、その助成制度は、窓口でいったん支払いをしてから、領収書を市役所に提出した後に払い戻し分が戻ってくるという運用なので、このお母さんは使うことができないと相談しに来られました。

この家庭の生活は、ほかの面でも大変でした。入院されたお子さんのお父さんは、トラック運転手をされていて、手取りが25万円くらいしかありません。入院されたお子さんのお母さんにも病気があって仕事に就くことができない状態です。別のお子さんも、ぜんそくですずっと病院にかかっている状況でした。お子さんが5人もいるので、生活だけではなくて医療費負担も大変です。お父さんの勤めている会社は、法律を守っておらず社会保険に入れておらず、国民健康保険に加入しています。ぜんそくの外来の医療費への助成は、小学生になるとなくなるので、3割を負担しないといけないので、この医療費が払えません。健和会がやっている無料低額診療事業を利用して、それで外来の医療費負担を軽減されています。この家庭の場合、月収25万円でお母さんも働けない、お子さんも5人もいるということですから、生活保護を受けることを勧めます。収入だけだと生活保護基準以下なのですが、現状では、生活保護を受けるためには、自動車の保有をやめるとか、加入している生命保険を解約して、先に生活費にあてて、お金がなくなってからしか受けられません。

健康保険があっても、窓口での医療費負担3割があるときにどうするかが大きな問題です。特に治療が長引く慢性疾患やがんの治療は大変です。がん治療の外来での負担は、抗がん剤を飲んだり点滴を打ったりするので、保険が効いても月額10万円以上かかることが多い。継続しての治療は大きな負担になります。がん治療はクールがあって、1カ月やったら間をおいてまたその次にやるなど、何回もそれをくり返すことが結構あるのですが、継続することは大きな負担になります。ですから、いのちが助かる方法があっても、負担が大きくて払えないという相談が多いというのが現場の悩みです。

幸い、無料低額診療事業を健和会がやっている

ので、そこにつなげて医療費を無料にしたり、減額にして治療に通っていただいています。

健和会は無料低額診療をやっているからいいのですが、ほかの病院のソーシャルワーカーは、そういう相談を受けたとき、本当にどうしていいか困ってしまっているようです。うちが無料低額診療事業をやっていますからということで、患者さんが病院を替わるというのもありえます。でも、本来的には主治医と患者さんの関係というのは信頼関係がベースなので、順調にやっていた治療をお金のために替えなければいけないというのは、本当は大変おかしな話です。

外来でも、看護師さんが、治療を中断してしまっている患者さんに「どうされていますか？」と問合せの電話をかけるのですが、がんの治療だったり、糖尿病でインシュリン治療を受けている患者さんだったりすると、健康保険の3割負担だとしても月2万円くらいはかかってしまうので、お金がなくて来られなくなっている場合が少なくない。「医療費や入院費のことでお困りの時には相談してください」という掲示を病院にしてあるのですが、なかなか患者さんから直接には相談窓口結びつきにくい状況があります。ですので、看護師さんを経由して相談が来ることの方が多い。医療費を払えなくなった患者さんから話をうかがうと、さまざまな経済的な要因を抱えていることが多いですね。

若くて非正規労働者どうしの夫婦だったりすると、健康保険も会社の健康保険に入れてもらえず国保に加入していることがよくあります。そうすると世帯人数が増えると、月収20万円ぐらいでも保険料が3万円くらいになってしまいます。保険料の滞納が続くと、国民健康保険証もとりあげられてしまうこともあります。また、本来は、会社が社会保険に入れるべきなのに労働者を入れない会社も結構ありますから、そういうことも、現場ではよく体験することなので悩んでしまいます。

30代の男性の患者さんから、入院中に健康保険が切れるという相談を受けたことがあります。この方は、入院時には協会けんぽに加入していた方で、3割の自己負担分を払うことは難しいとご本人は入院中から思っていたようなのですが、医療相談にはつながってきませんでした。527床

の比較的大きな病院なのですがMSWが病院にいるということ自体が知られていなかったと思います。ですから、ご本人は、入院中に健康保険が切れるということをご不安に思っている、どこに相談すればいいのかわからなかったのだらうと思います。このケースも看護師を通じて医療相談につながりました。

この方は、糖尿病で入院されていて、入院前は派遣会社に登録して派遣社員として働いていました。その派遣会社は、協会けんぽに適法に加入している派遣会社でしたが、病状がわるくなって働けないと会社側は判断して、入院中に会社の人から一方的に「退職してくれ」と言われて退職したということでした。会社を退職したら困ると会社に伝えなかったのかきいたところ、「この病気は私病だし会社にやめてくれと言われたら退職するしかなかった」とその方は言っていました。私が相談を受けたときはもう会社は退職扱いになっていました。退職後の健康保険について、任意継続にするか国民健康保険にするかという話になったときに、任意継続の保険料は高く国保のほうが安かったため、その方は国保に加入されました。この方は、20代から糖尿病にかかっていたことからインシュリン注射を打っていたそうです。友達や職場の同僚に知られたくないので、隠れて打っていたそうです。1日に3回を打つのですが、勤務が不規則で食事でも不規則になってインシュリン注射もきちんと打てなかったようです。病院にも定期的に行けなくなって、インシュリン注射も打てなくなり病気が悪化してしまいました。それで何回か入院もされたそうです。インシュリン治療中の糖尿病の方がそういうふうには悪化させると、症状が悪化して治療がさらにむづかしくなります。

結局、1年ぐらいは他の制度でなんとかやっていたのですが、1年後ぐらいには生活保護を受けました。ただ、その後の就労はとても困難でした。糖尿病になると、白内障で視力も落ちることがあります。また、手足にしびれも出てくると歩くことだけでも精いっぱいになる方も多くなります。就労どころではない状態に追い込まれてしまう方もたくさんみてきました。

病院で無料低額診療事業の対象の方は、8割方は稼働年齢層の60代以下の方です。30代、40代の

方でも、働きながら無料低額診療を受けておられる方がたくさんいます。60代から70代にかけての方も、年金が少ないためにタクシー運転手などで働いておられて、医療は無料低額診療を受けておられる方もいます。

無料低額診療を利用されている方は、年金額の少ない60代が中心で、そして30代、40代、50代の方がいます。年金を受けていない世代の方は、働いているけれど収入が少ないために医療費のところは無料低額診療を使っているということです。まったく収入がない人は生活保護につながっているのですが、働いていて収入が少なく生活が厳しいという方が無料低額診療で医療費だけなんとかしているという状態です。

働いていて収入が生活保護基準を超えている場合、生活保護を受けられないわけです。しかしながら、医療費負担が本人負担3割もあって、高齢者でも1割あるので、その医療費が払えないという方が無料低額診療を受けています。生活保護ギリギリの方がいちばんたいへんな状態にあるともいえるかもしれません。

富岡 私どもの病院は、高崎市にあって、近くに沖電気という大きな企業があり、以前は組合健保の方の割合が多かったのです。同じ群馬県内の民医連の病院だと、国保の方の割合が多くて、貧困の方も多い地域もあるのですが、私どもの地域はそれほどでもありませんでした。最近になって、医療費が払えずに重症化して亡くなるような事例が続きました。

ある方は肝硬変、肝がんで、50代の男性の方で、コンビニでアルバイトをしていました。奥さんはパート社員でした。吐血して病院に救急搬送され、その数時間後に亡くなりました。もう助からないというような説明を奥さんが受けたときに、もう助からないのだから食事は出さないでくださいと職員に言ってこられました。その前にも吐血していたけど、お金が払えないので受診しなかったというケースでした。受診を中断されていたので病院から電話をしてはいたのですが。

また別なケースでは、70代近くで代行運転手をしていた方で、肝硬変で病院にみえたときはもう病状がすごく進んでいて、何も食べられない状態

でした。ですが、本人は受診するつもりはまったくなくて、その日も夜に仕事に行くつもりでいました。

その方の友達が、病院にかからないとだめだと連れてきてくれたのですが、「自分には生活保護を受けたり医療を受けたりする資格はない」とおっしゃっていました。

前は住み込みで雇われ店長として働いていたようですが、あまり客入りもよくなくて、仕事を失うのと同時に住まいも失ってホームレス状態になってしまったようです。運転代行の仕事は長かったんですけども、住まいを持つまでには至らなくて、社長さんの厚意で、その事務所で寝泊まりさせてもらうとか、あるいはスーパー銭湯のようなところで寝泊まりしていました。

もう数カ月前から具合は悪かったのですが、無保険で住所不定ということで病院にもなかなか来られませんでした。病院に来て検査したら腫瘍がとても大きくなっていて、すぐに入院、生活保護の申請もしましたが、その10日後ぐらいに亡くなってしまいました。

別の糖尿病の方のケースですと、相談の時点で片目は見えない状態で、もう片方の目も治療しなければすぐ失明してしまいそうな状態でした。

国保の保険税が払えずに資格証でした。そこで市役所に相談に行きました。その患者さんのご家族はみんな非正規雇用でした。家族全員の収入を寄せ集めれば一定収入はある。ところが、交通事故、入院などでの突発的な出費が高み、以降、多重債務に家族が苦しむことになります。あるときは救命救急センターに運ばれたのですが、救命救急センターでの受診は診療報酬が高く点数設定されていて、健康保険を使っても一晩で数万もかかったりします。

生活もギリギリなところに突然の出費が続き、お金が無いので、借金するしかなくなるわけです。借金を抱えて、医療費とか生活費で生活は困窮する。生活に困窮すると、カードやサラ金など取りたての厳しい方から返済するようになります。そうすると結局、取りたての厳しくない国保の方が後回しになっていきます。結局、資格証になっていました。

そうは言っても治療しなければならぬので、

市役所に相談に行ったら、担当職員は「滞納している国保税を払っていただければ保険証は出せない」という一点張りでした。何度も窓口で交渉してもダメだったので、その患者さんが「私、目をあきらめますから」と同行したSWに囁きました。さすがに市役所の職員もそれを聞いて驚いたのでしょう。担当職員が、ようやく短期保険証を交付しました。

またこんなケースもありました。病気の家族を抱えていたりすると余計そうなのですが、どんな仕事でも目の前にある仕事に就かなければ生活できない。仕事を選べなくなってしまいます。本当にひどかったケースは、肺炎で入院した80代の女性の方です。その方は息子さんと2人暮らしでした。息子さんとは劣悪な労働条件で体調を崩したことで、お母さんが要介護状態となったことが重なり、働くことができなくなってしまいました。預貯金や家財、最終的には家を売却し、ホームレス状態になっていました。

息さんがホームレスになる前に働いていたところは本当に酷い労働条件だったそうです。長時間労働のうえ、3カ月の間無休で月収10万円。それでも働いてきたけれど身体を壊して働けなくなってしまった。お母さんの介護もあるので、働けないけれど生活していかないといけないということで、駅周辺のホームレスの方に何か仕事はないかと聞いたそうです。住み込みの仕事を紹介され、お母さんと一緒でもいいからおいでと言うので行ったのですが、そこは暖房もないような部屋でした。そこでお母さんが肺炎になり、当院に入院となってしまいました。保険証はまだ幸いありましたが、もう住むところも無いので、生活保護を受けてアパートに入りました。

もっと生活保護以外にも、生活を支える制度があればいいのに…そう感じる場合があります。

Aさんは30代のひとり親家庭。甲状腺の病気で定期通院しています。パート収入と児童扶養手当では生活保護基準の半分にしかありません。電気、ガス、水道が止まることはしょっちゅう。家賃も高い。子供の学費、自分の治療費、国保税…。低い収入に固定費がドーンとのしかかります。滞納した光熱水費、家賃等々払っていくと、給料日でさえ手元にわずかしか残らない。Aさんのところ

に国保の資格者証が届いたとき、途方にくれた様子で相談に見えました。市役所に同行したとき、「毎月〇万円払う」か、「毎月△千円でいいので児童扶養手当が入ったとき□万円払うか」どちらかを選ぶように説明されました。就労収入と児童扶養手当ですでに生活費が全く足りていない、最低限度の生活さえまならないことを話し、月々△千円払うということで何とか保険証を出してもらいました。月々数千円ではその年の保険税の完納はできず、延滞金が膨らんでいきます。減額されたとはいえ、毎月数千円の保険税だって払うことは最低限度の生活を下回る収入からになります。ある患者さんはそのことを、「返すあてのない借金が増えて行くみたいだ」と言っていました。

Aさんが言っていたのですが、「私は生活保護も受けなくて一生懸命頑張っているのに、住まいや医療や教育費の支払いで、ずっと悩んでいかななくてはならないのだろうか」、と。幸いひとり親家庭の医療費については、群馬県は福祉医療で立て替え払いしなくても保険証さえあれば安心してかかれるのですが、その他にも生活にはお金がかかります。そのときは「これから学校の夏服をどうしようか」等いろいろ悩んでいました。いったん払っても、まだ続いていきます。

そういうことで言うと、生活に必要なものが無料だったり安かったりすれば、「自分もこの給料でやっていけるかもしれない」と思えるわけです。市役所の人は、もうこんな状態だから生活保護を受けることを勧めるのですが、Aさんは「自分の働きで子どもたちを養いたい、そういう親の姿を見せたい」という考えの方でした。車の保有も気になっていました。生活保護を受けることを望まないAさんに、何とか固定費を抑える方法を一緒に考えました。公営住宅に入れるように現在検討中です。

また、大腸癌が進行して入院された60代の方のケースです。この方は資格証だったので市役所に行ったのですが、窓口で「どうして払えないのか」等々いろいろ言われ、ペコペコ頭を下げていました。その方は掛け持ちで仕事をしようという気持ちはあるのですが、年齢のこともあって体力も続かず、月の収入が約7万円くらい。そこから家賃を払ったりしています。病気の娘さんも抱えてい

ます。こういう方が窓口でペコペコ頭を下げている横で、高額所得の方が「私の国保税は〇〇円で頭打ちですよ」と話していたりして、一体どうなっているんだろうと思います。

窓口の対応ということかというと、生活保護を申請する時や、受給後に、福祉事務所の職員から「こんなことを言われてしまった」と怒りや不安から電話で相談されることもあります。生活保護を受けることが人間の尊厳を傷つけるものであってはならない、生活保護の受給者に対して差別的な対応をしてほしくないと思っています。

多田 尼崎市は兵庫県下でいちばん生活保護率が高いといわれています。尼崎のほうも、元々工業地帯で、九州とか沖縄の方たちが集団就職でこちらに来られて、そのまま住んでいらっしゃるという方たちが多いです。こちらに出てきた方を頼って皆さん出てこられた方が多いですね。東京まではちょっと行きにくいから大阪、尼崎あたりでという方が年配の方には非常に多いところです。いまだに飯場というものが尼崎はもちろん残っています。うちの病院にもそういった方々が相談に来られます。

私が現場で感じていた事例ということで、先ほど富岡さんがおっしゃられていたような自己責任論というのが本当にここ最近患者さんの口から聞かれることが多くて、すごく胸が痛くなります。最近の事例だと、会社の寮に住んでいた50代の男性なのですが、7月に体調不良を訴えられて、仕事をしたいけれども仕事をするような体力がなくなってきたので病院にかかりたいけれど国保もないので、生活保護課に相談に行きました。そのときに、保護課の窓口で、あなたたちみたいな人を助けていたらきりがないという一言を言われて追い返されたそうです。

結局、最終的にはその3カ月から4カ月後ぐらいに、議員さんの紹介で生活保護課につながって生活保護を申請してから、病院に受診に来られました。舌がんで舌は腫れ上がって、顔も腫れ上がって人相が変わっているし、食道まで全部、扁桃腺のところも転移してしまっていてという状況になっていて、結局、亡くなられてしまいました。

病院に入院している申請中の方に対しては、生

活保護のワーカーさんは病院に来られて、病院で
実地調査という形で本人さんの生活状況を聞くこ
とになります。ですので、本人は生活保護課が役
所のどこにあるのかというのがわかっていません
でした。私と一緒にアパートの書類などを市役所
の保護課に渡しに行くときに、ここが生活保護課
かと言って驚いていました。「なんでそんなに驚
いているの？」ときいたところ、自分は1人でこ
この窓口に来たときに追い返されたとおっしゃっ
て、もしそのときに生活保護を受給できて病院に
かかっていたら、病状はここまで悪化していなか
ったのではないかと思います。

その方は、「結局誰も助けてくれへんねんな」[病
院はすごく遠い場所だ]と言っていました。会社
の寮は病院のすぐ近くにあったのだけれど、本人
にとって医療にかかるまでの間、保険もないし、
お金も仕事もない。ずっと舌から出血も続してい
るような状況だったので仕事を見つけるのもむず
かしかった。話していても、ろれつが回っておら
ず何と話しているのかがわからないという状況だ
ったので、コミュニケーションが難しくなってい
た。働きたくてもできない状況になっていて、だ
から少しでも働けるようになりたいからというこ
とで病院にかからせてほしいと福祉事務所に相談
したのだけれど追い返されてしまった。それから
結局会社の寮を追い出されてという中で、NPO
法人とか議員さんにつながってようやく病院にか
かることができた。本人が病院にかかりたいと思
ってから3~4カ月たってからやっとかかれたわ
けです。本当に日本の医療って今どうなっている
のだろうと思います。

また別の方ですが、タクシー運転手の方で運転
中に事故を起こしてしまったその責任を取らされ
て、実質は解雇なのですが自己都合退職という形
で退職の方がいらっしゃいました。お母さんと2
人暮らしで、お母さんの介護を頑張っていた方で
した。結局自己都合退職という形で失業給付を受
けているときに、お母さんが2回ほど入院しなけ
ればいけない状況になりました。お母さんは身体
障害者手帳を持っていて身障医療といって福祉医
療を受けていたのですが、入院食事代とかそのほ
かもろもろ療養費に必要なものというのは買う必
要が出てきました。

今までだったら食費2人分ですんでいたのが、
お母さんの生活費は別にかかってくるし、その方
が失業中で収入は減っている。結局普段かからな
かった医療費が突発的にかかってくる、それが自
分の雇用保険の失業給付の待機期間中に発生して
しまったから、結局自転車操業的にやっていかな
ければいけないという状況になってしまいました。
それと、家電が壊れているので電気料金が普通
よりもかなり高い金額になっていました。買い
換えたほうが電気料金は安くなるのですが、その
余裕がないので、壊れたものを使っていて、電気
代がかなり高くなるという悪循環が生じていまし
た。失業給付の給付期間が切れて収入がなくなっ
たときに、収入がお母さんの年金だけになってし
まいました。ご本人は、ぜんそく持ちで、うちの
無料低額診療事業を受けていらっしゃるのですが、
薬代が払えなくなってしまいました。無料低
額診療事業は院内処方であればいいのですが院外
処方は対象外なので、お金がかかります。ぜんそ
くの薬をジェネリックに替えてもらって、これま
で1万円以上かかっていたのを、やっと5000円か
8000円ぐらいになったのですが、それが払えない
わけです。自分で受診にかかる回数を低くすると
か、薬を長もちさせるために1日3回飲むところ
を2回に減らしたりしてしまって、結局、健康を
損なってしまいました。

これはもうギリギリやということで生活保護の
相談に行ったのですが、機械的な運用で問題だ
と思うのですが、生活保護は使えませんか福祉事務
所に言われてしまいました。

その方は、そのときに激高されて、普段すごく
穏やかな人だったのに、「自分がここまで誰が来
たくてここに来ていると思う？」と。「本当に助
けてほしいと思ったから初めて相談に来たのだ。
なのに、そんな言われてどうしたらええねん」。「今
まで自分が働いているときは一生懸命税金を納め
てきた。税金を納めて保険料も納めて、ついに働
けない自分がしんどくなってきた、だから助けて
くれと初めて声を上げたときにこんなことを言
われるなんて」ということで、激高されてい
るけれども泣いていらっしゃいました。

そのときに言っていたのが、「1日1食でずつ
とやっているつらさを知っているか」とか、「少

しでも売れるものはないか家のものを探して質屋に入れて、300円のものに換えて。それで業務スーパーに行って28円のもやしを買って、肉なんかついで食べたことない」という感じで、すごく生活苦を訴えていました。福祉事務所は、声を荒らげた相談者にびっくりしてしまって、職員がたくさん出てきていました。本当はそういう対応ではなくて、本人の苦しい実態を聞いた上で何かできることがないかというのを、一緒に市民を守るのであればつくり出していく姿勢が必要だろうと思うのですが、そうはなっていません。市の職員が、その制度や法律の枠にとらわれていて、生活の実態に沿った相談の可能性を、市の職員のほうがあきらめてしまっているとも感じています。

進行 ありがとうございます。お三方から大変深刻な現場からの実態報告をいただきました。ここまでで長友先生のほうからいかがでしょうか。

●医療を受けるための支援の弱さー生活保護制度の問題とソーシャルワークの問題

長友 それぞれご報告いただいた中で、大きく分けて2つの整理ができると思います。

1つは、医療を必要とする人たちに医療が行き届いていない。その原因がどこにあるのかというと、簡単に言えば医療費が払えないという人たちに対してのサポートが不十分だということで、とりわけ最後のサポートを行うのは生活保護なのですが、その生活保護そのものが機能していない状況があって、その結果として医療が受けられずに亡くなる人が年々増えています。つまり生存権の保障を得られていない人たちがたくさん医療の現場の中にいるということ。

それともう1つは、やはりソーシャルワーク、社会福祉としての相談や援助が、本来は制度を使って自立をめざすというスタンスで行われるべきものが、極めてネガティブな形で行われている。とりわけ、行政の相談・援助の過程に問題が出ています。現場の病院のMSW側は、できるだけ医療が受けられ、なおかつその人の生活そのものが立ち直れるような形でというスタンスで支援・援

助を行っているというところなのですが、行政の側の支援・援助というのはそういうスタンスで行われていない状況があります。その2つの異なる対応の中で、やっぱり弱い人たちが救われていない現実があると思います。いま、現場からのお話をうかがって、ソーシャルワーカーという専門職としての仕事に当たるそういうスタンスが、行政と民間のソーシャルワーカーの人たちとは違いがあると思いました。

その原因ですが、今は、福祉事務所の現場もかなり忙しくなっています。一人一人のきめ細かな状況をつかんで、そばに寄り添った形の支援が行えるような余裕のある状況だとすれば、少なくともほっぽり出して関わらないというケースはそんなにないと思います。ただやはり現実の忙しさの中から、状況の深刻さを重視するのではなく、できるだけ生活保護を受けさせない方向に、福祉事務所側の考え方が偏ってしまっている。一人一人のいのちが危険にさらされている今の状況を踏まえて、そういう話がケースワーカーにきちんと伝わって、十分に相談できるような環境が整っていないといけません。しかし実際はスーパーバイザーや経験者の助言などを受けにくい状況にあって、なかなか現場レベルでソーシャルワーカー一人一人の価値観を変えていくことは難しいと思っています。

あともう1つは、今の社会保障政策、生活保護も含めての基本的な考え方として、自己責任であるべきだという考え方が強く出てきていると思います。

自民党が政権に戻って、「自助」中心が加速しています。社会保障制度改革推進法は「自助」を大原則にしています。それでもできない人に限って「共助」「公助」でやりましょうという考え方が出ているわけですね。自己責任、「自助」をまず原則に社会保障を組み立てようという考え方が政策レベルであるということですね。

そうした政策レベルの考え方を、市民の側も当然だと思い込まされてしまっています。つまり生活保護を受けるというのはどうも人間としてあまりよくないとか、生活保護を安易に受けさせること自体が国民の税金を使ってよくないといった考え方が一部の市民のあいだにひろがっている

ことを利用しながら政策が進められています。このように政策の動きと市民の見方が広がってくると、貧困になるのは自分が悪いのではないかとなくなってきてしまう。

お三方の話を聞いて、その背景にはこうした、「自助」中心の政策と考え方の広がりがあると聞いています。

進行 長友先生からご覧になって、お三方の報告が、かつての現場との違いとか、そういったことがもしあれば、時代区分というか、そういったものも少しお話しただければと思います。

●ケースワーカーの多忙化と生活保護の本来的運用の後退

長友 行政のほうの福祉事務所の現場の状況を踏まえながら確認をしていきたいと思うのですが、かつて1970年代からバブルの景気のころまでは、一部では貧困というのはなくなったといわれる中で、福祉事務所の生活保護受給世帯数も少なくなり、平成4年の受給世帯数が59万世帯といちばん少なかった。受給人数でみると、平成7年が88万人でいちばん少ない時期です。その頃は、福祉事務所の現場も割と余裕がありました。ケースワーカー一人あたりの世帯担当数も少ないし、それから窓口相談に来る件数もそんなに多くなかった。また、福祉事務所にいられる人は長くいて、それこそ寄り添い型の支援を丁寧に行っている人たちも多くいた状況がありました。それが平成7年以降のバブル景気崩壊以降、受給者数がどんどん上がって、今214万人、3倍近くになりそうだという状況の中で、一人あたりの担当するケースも大幅に増えてきました。

それから最近では、福祉事務所は3年ぐらいで職員が交代していっています。そうすると、ソーシャルワークだとか支援とか援助とか、そもそも生活保護は生存権に基づくものというようなことを職員に認識してもらうこと自体が困難になっています。その結果、今の政策や一般市民の価値観、それから職員一人一人が持つ自己責任論とかそういう価値観の中で制度も運用していくというのが当たり前ようになってしまっています。

そういう話も含めて、以前は現場の中で職員どうしが議論できる時間があって、職歴の長い人が新しい人たちに対して教えていく機会があったのですが、いまはなくなってしまっています。生存権とか福祉の理論などを議論する時間もないままに、日々の仕事に追われていて、できるだけ自分のところに仕事がないようにという感じで運用されているのが実態かなとは思っています。

また最近では、援助の方法とか支援の方法についての新しいやり方とかという技術的な議論は出てくるのですが、その前提となるべきこの人のいのちをどう救うとか、この人の生存権をどうするのか、理念や価値についての議論にはなっていない。

だから、生活保護受給者を追い立てて早く生活保護をやめさせれば自立だというような、そういう安易なことが行われている。もっと言えば、最初から生活保護を受給しなければ、最初から自立しているから、それでいいのだという話になってしまっている。

病院のMSWの仕事として、お金のない人の援助をすることを民医連の病院などでは積極的にやっていますが、多くの医療機関での実際のMSWの仕事は、保険算定ともかかわることから退院後の社会復帰と安定生活が主な仕事になっています。

行政もそうですが、運用のあり方が変わってきています。以前は退院後の生活安定に点数もついてなかったのが、点数加算になるということになれば、それに対応するようになっていく。

原点に立ち返ってあらためて、われわれの福祉の仕事とは何なのか考える必要があります。行政も民間も区別することなく、連携して生存権を守るということをお互いに基本として仕事をしていることを再確認することが大切です。

それから、成果主義、競争主義を前提とした、それがまさに今の福祉の現場にも入ってきているのかなというのはありますよね。病院だってそうでしょう。早く退院させた医師が優秀な医師だって評価されるわけでしょう。退院先がないからと長く入院させていた医師は、逆にマイナス評価をされてしまいます。結果だけを重視する成果主義を中心にしたあり方を変えないといけないと思います。

森川 福祉事務所の職員が3年で異動になってしまうことによる問題というのは確かにあります。先生がおっしゃったように、以前のケースワーカーさんの中には、長くおられた方がいて、その方から若い人たちにアドバイスができたり、いろいろな制度の仕組みを教えてあげたりしていたところがあったのですが、今はそういう機会が本当に減っているということを私も実感しています。

一方で、たとえば、在宅ではとても見られる状態ではないぐらいの介護や医療処置が必要な患者さんが、入院を長くできる病院が今ないという状況があります。療養型病院の医療区分というのがあって、胃ろうで栄養をとっているような人が入院をさせてもらえないというようなことが常態化しています。国がつくった診療報酬のなかでは、医師や看護師をつけて長く入院させていても非常に少ない診療報酬しか得られないようになってしまっています。

病院の診療報酬の仕組みだとか、介護保険の仕組みについて、保護課のケースワーカーさんは本当にきちんと理解している方は少ないと思います。生活保護制度のことも十分に理解していない方もいらっしゃる。ほかの部署から来られてケースワーカーになった場合、制度の仕組みを十分に理解されていないまま、その対象者の方に援助していく、ケースワークするという業務になっている。

その方々は、専門職として入職していません。専門職として何人か雇用されていますけれど、保護課の現場には100人ぐらいいる中の1人ぐらいしかいません。

ケースワーカーに制度の理解がないので、ときどき意思疎通ができないことがあります。

先日のことですが、肝硬変の末期で腹水もすごくたまっている患者さんが来院されました。手術をして症状も安定しているので家に帰れるということになりました。生活保護を受給されている方でしたので、担当のケースワーカーさんに、一人暮らしなので往診や訪問看護が必要だと説明したところ、「1年余命ぐらいしかない一人暮らしの人を家に帰していいのか」とすごく言われて、訪問看護を受けるような人をどうして家に帰すのか

と言うわけです。

訪問看護というのは、病院からそういう人を在宅へという流れで、診療報酬上もそうになっています。現場のケースワーカーさんは、そういうことを理解されていなかった。そういう基本的なことも、ケースワーカーさんどうしの話し合いで理解がすすむと思うのですが、そういう機会がなくなっているのでしょうか。ですから、そういう事例に当たらなければ、どう解決すればいいか理解できなくて、ケースワーカーさんと共通言語で話ができないという状況になります。こういう状況では、生活保護受給者さんが在宅や地域で暮らすためにどうすればいいかということを経験してケースワーカーさんと一緒に考えるということになかなか難しく、現場の悩みでありますね。

長友 時間的に顔を突き合わせてそういう話ができるような余裕がお互いがないというのが1つあります。それともう1つは、生活保護の業務の範囲が非常に広いということがあります。法制度上の取扱いだけを見ても、生活扶助から始まって、8つの扶助があります。介護、医療、葬祭、出産、生活扶助、住宅扶助…。すべての扶助にわたっての内容をすべて理解して制度運用をおこなうためには10年ぐらいかかると思います。

私もケースワーカーを15年ぐらいやりましたが、使ったことのない制度もまだあります。そのくらい幅広いですね。

例えば医療の部分でいけば、眼鏡の治療材料費を、度数は何度以上だったらお金が出せるのかとか、在宅患者加算というのがありますが、加算をつけるための基準というのはものすごく細かくなっています。医師でもないケースワーカーがそうした判断をできるかという難しい状況にあります。

忙しさの中で、本来だったら援助の質とかも含めて話し合いができるような機会というのが持てればいいのだけれども、それがまず持てない。さらに、技術的な相談はできたとしても、もっとおおもとの部分の、つまり生活保護法そのものの存在意義とか理念とか、それから生活保護の原理や原則ということすらおそらく知らないでやっている人がほとんどだということがもっとも大きな問

題です。

●MSWの現場の退院支援強化などの問題

富岡 長友先生の話聞いていて、病院も同じだと思いました。退院促進ということで翻弄されて、初任者はとにかく医師、師長からプレッシャーを、ひどいと今日の夕方までに退院させてとか指示されることがあります。それはたぶん、福祉事務所に着任したばかりケースワーカーと一緒にすよね。

ベテランのワーカーさんが、介護保険ができてから、今までの価値観が通用しにくくなっていると言っていました。病院も経営が厳しいことで、退院促進する、医療費をかけないという方向に行きがちということでした。すぐ退院させろというようなプレッシャーの中で初任者がすごく苦しんでいます。ほかの病院でも、福祉の援助というよりは早く退院させるということに重きを置いている。どこの病院でも経営に翻弄されて、とにかく一般病床だと入院14日以内に退院させないと経営に響くというので、初任者のワーカーにプレッシャーがかかっています。

だから、つい私たちは、なんとかしなきゃと思いつながりながら福祉事務所と対立してしまうことも少なくありません。でも、それではたぶん解決しないんだろうなと、長友先生のお話を聞いていて思いました。

長友 とにかくおもとは社会保障費削減ありきの中でのすべての議論です。つまり社会保障費を削減するということは、それに努力したところには金をつけましょうということなんです。

ということは、病院は、早く患者を退院させて、長期入院させないで医療費をかからないようにして、その分に対してインセンティブをつけていくというやり方です。これは結果として社会保障費削減につながるわけです。制度改悪によって誘導されています。

現場は成果主義で管理されてしまっています。成果主義というのは目に見える目標値を掲げて、これを達成したらご褒美を出しますよという、そういう成果主義の中なんです。

だから、患者に寄り添って生活の質だとかどう

のこうのなんてやっても、これはまったく成果につながらない。だから、そんなことをやっているよりも、さっさと退院させて医療費を削減すればその分だけカネを出すよと言われてしまえば、早期に退院させることがワーカーの役割なんだと初任者の人が思わされてしまうわけです。

行政の側も同じように、成果主義に追われてしまっています。

森川 先生がおっしゃるように、うちの病院も仕事の3割ぐらいは退院支援で、経済支援は2割ぐらいにしかありません。退院支援というのは、転院先を探すとか、施設の手続きをするとか、そういったのを退院のソーシャルワーカーの業務の中の援助の1つとしてカウントしています。ほかの療養型の病院のソーシャルワーカーさんの話を聞いていると、よその病院は、ひょっとしたらそれが仕事全体の6割から7割ぐらいになっている気がしています。

私たちの病院は、救急病院で飛び込みの患者さんも多く、また、地域からの相談も多いので、経済支援は多くなっています。それでも全体の2割ぐらいだと思います。

1件の経済支援の相談が、ものすごく時間と手間がかかります。一人一人の患者さんが今生活保護を受けなければ治療ができない、いのちが危ないということ、こと細かく今までの生活歴を聞き、経済事情を聞き、そしてまた家族背景を聞きます。そうやって情報を集めておかないと、市役所の保護課で生活保護の申請にスムーズにつながらないからです。

家族の連絡先がわからないようなケースもありますから、いろいろと手をつくしてようやく連絡をとって生活歴を調べたりもします。とても時間と手間のかかる仕事です。紹介状をいただいてからパッと送って次の転院先を探すことのほうがソーシャルワーカーの仕事としては評価もされるし充実するかもしれません。

でもやっぱり両方をしないといけないと思います。病院が存続するためには、当然、退院支援は重要な部分です。けれど、地域での最後のよりどころとして民医連を頼ってこられて、そこでいのちをなんとか治療につなげたいというところで果

たす役割というのはすごく大きいと思っています。1件に、どれだけ時間と手間がかかっても大切にやっていかないといけないと思っています。

●無料低額診療の現場での活用

進行 そういう中で、以前からあった無料低額診療を、これまでは非常に少ない医療機関しかやっていなかったのを、全日本民医連は率先して広げようということで動いています。相当広がっているわけですが、みなさんの現場の状況とはどうかかわっていますか？

多田 尼崎市では、尼崎医療生協の法人の担当者がとても熱心で無料低額診療事業が広がりました。実は、私は、当初は、無料低額診療事業に反対でした。

というのは、これによって公的な社会保障の責任をさらに後退させてしまったらどうしようという気持ちがあったからでした。こういう生活が困難な患者さんがいるのだから、市や県や国がなんとかしてくれと働きかけるといことの方が先なんじゃないかというように思っていて、そのように論議の中で主張した経緯がありました。

論議のなかで、でも、実際に、生活に困っている人たちが医療を受けることができるようにするためというところで考えが変わりました。生活保護を受けていないような方で、生活困窮状態にあって医療を受けられない人たちが医療につながるようにしていこうという結論になりました。

医療につながったからおしまいというのではなくて、今までだったら相談に乗ってなかった人たちとか実態をつかめなかった人たちの実態をつかめることになる。だからそれを元に、もっと行政に、今までつかめなかったデータを示して、ナマの生活困窮の声、実態を市に訴えていくものとして無料低額診療事業を活用しないといけないと話しています。

それと、市と話す時に強調するのは、無料低額診療は、国民健康保険が始まる前の制度だということです。国民皆保険が制度的にはできあがっていて無保険者がいないはずでも、じっさいには生活困窮で医療を受けられない人がたくさんいる。

その実態を明らかにするということの中で無料低額診療事業は非常に意義があるとは思っています。

ただ、結局、無料低額診療事業につながっても、健康を守るに至るかというむずかしい実態があります。無料低額診療で医療は受けられて、検査・診察は受けられるけれども、薬代には無料低額診療は使えないとか、元々の収入は少ないために食事が貧相なものになるとか、本当は快適な室温であるとかが健康のためには必要だけれどそれが使えないとかいう問題にはまったく支援できないわけです。また、お年寄りで介護ヘルパーを使ったほうがいいケースでも、介護保険の保険料も高いし利用料は払えないので、自分で無理をして、結局またひざを悪くしたりというようなこともあります。

無料低額診療事業で意味のある部分と、それだけでは保障されないというかわられない生活実態というのがあって、それをやっぱり見落としてはいけないし、それを本当にもっと無料低額診療の相談に乗っていく中で引き出していって訴えていかなければいけないと思っています。

進行 長友先生は、今、これだけ貧困が広がっている状況のもとで、無料低額診療を広げるといことにはどういう意味があると思われますか。

●無料低額診療を入口に生活全体を支える支援を

長友 無料低額診療が広まるということは、生活保護が生活困窮状態にあって医療を必要としている人たちを救えていない現実があるということです。

つまり無料低額を受ける人たちというのは、医療の部分についてはそれでなんとかなるかもしれないけれども、生活の部分はどうかということなんです。

医療だけでも無料でということは確かに必要かもしれませんが、それを広げていくことは、福祉事務所が生活保護制度を運用するときに、無料低額診療をまず使えという話が拡大解釈されていくという問題はやはりあると思います。

生活保護の利用の前に可能な制度があれば利用

するようにと、他法他施策が強調されるわけですが、無料低額診療が出てくれば、生活保護の以前に、それを使えという話になってきやすい。それが行きすぎた形になってくると、例えば病気の人が生活保護申請に来たときに、じゃあ医療費が必要になるから無料低額診療をまず使いなさいという話になって、そこから生活保護から排除されてしまう人が広がっていくおそれがあります。

そういうおそれがあるということからすると、無料低額診療事業で診療を受けた患者さんには、あわせて、生活の相談にも乗って、必要であれば生活保護につなげていくような形での運動をしていかなければいけないと思います。無料低額診療だけで完結してしまうと、その人自身が生きていく、生活していくことにつながっていかないと考えます。確かに医療の保障をやっていくのも大事だけど、さらにそこに加えてフォローしていくような仕組みを入れていただきたいと思います。

進行 生活全体を支えられるような、相談の入り口にしていく、きっかけにしていくということですね。

●当事者支援の現場でのネットワークをつよめる

森川 本当にそう思います。市の福祉事務所が、本来は生活保護につなげるべきところを、医療費だけを無料にすればいいという話にしてしまっていて、無料低額診療事業で診てもらえないかと言ってくる場合があります。

そのときは私たちは、「これは民間の病院の財源でやっている事業なので、そしてまたこれで医療費だけを無料にしても、この方はもう今は仕事ができなくて働けないから、生活自体もやっていけないので、生活保護で対応してください」と言い返したりもしています。

先日も、刑務所を出たばかりの人で、手持ちがもう6万しかないという方から相談がありました。ここには2カ月しかいる予定がなくて、2カ月先には沖縄に行く予定の方でした。支援者の方が福祉事務所に相談をしたところ、「2カ月だけの生活保護はあり得ないから、医療費、高血圧症

で薬が欲しいのだったら医療費だけ無料低額診療をやっているところで相談に乗ってもらいなさい」と言われたというのです。驚いて、「その2カ月だけでも、刑務所を出てきたばかりの人が困っているのだから、生活保護は受けられますよ」と言いました。病院の患者さんでなくても、地域からの相談窓口にも私たちがなることが少くないので、生活保護に法律通りにつなげるように努力しています。

●生活保護制度をポジティブに使う

長友 例えば何か問題行動があるから生保は受けられないということはありません。間違った制度運用のなかで、そういうことが時々されてしまっています。人のいのちを救うのが生活保護法であるならば、何か問題行動があるとか、あるいは酒ばかり飲んでいてからといって、その人のいのちは必要ないのだということにはならない。

制度をポジティブに使うのかネガティブに使うのかというのは、まさにそこの部分だと思います。

生活保護の制度運用というのは、実はソーシャルワーク、ケースワークをベースにしていますから、個別的事情を見ながら、その制度運用については、最終的には福祉事務所、ケースワーカーが判断して決めればいいことになっています。

そこをどう判断するかというのは、この人のいのちをどうするのか、生活をどうするのかということを個別的に考えながら、できるだけ制度をポジティブに使っていくことが大切です。生活保護を、利用者のいのちと生活を支えるためにポジティブに運用している職員を評価するような仕組みにしていけばいいのですが、そうではなくて、生活保護の廃止をすすめたり、生活保護の申請を減らすような職員のほうが評価されるような状況になっています。

無料低額診療を使うにしても、そこの部分を、つまりポジティブに無料低額診療事業を使うのか、ネガティブに使うのかというのは、それはまさにケースワーカーの考え方とやり方次第になってくるわけですね。

なぜこんなに生活保護制度などの制度をネガテ

イブに使うようになってしまったのかというと、さきほど述べたような社会的な背景や、市民の自己責任・自助を容認する価値観の広がりがあるからだと思います。こうした価値観に基づいた制度運用を変えていくためには、それは現場でそれぞれ専門職どうしがお互い話をして、この人の今後の生活をどうするのかと意見を交換していく機会をふやせば、おのずと答えは出てくると思うのです。なかなかそういう時間は取れないというのが現実なのかなとは思いますが。

多田 例えば病院の受診の付き添いのときに1対1で話をしながら、この人の生活をどうしようかという感じで話し合った福祉事務所のケースワーカーとは、次でもいい関係が結べるということがあります。

長友 そうですね。つまり電話とか書類ではだめで、顔を突き合わせて話をするのがいちばん大事ですね。

多田 福祉事務所のケースワーカーさんに最近どんなことが大変ですかときいたら、1人で180件も抱えていて、生活保護の利用者を訪問したくても、生活保護費の計算だけで180件を1人でやるので、なかなかできないことですよと言っていました。福祉事務所の職員でも、カンファレンスを求めたときにブスツとして来る人もいれば、「本当は自分も困っていたんだ、でも自分1人ではどうも関わることに限界があったから」と積極的に話し合いに来てくれるケースワーカーさんもいます。私はここまでするからあなたはここを頑張るという形で協力関係を結べるようになると、次に相談に行ったときに、スムーズに話し合いができる関係になっていきます。現場レベルで本当にできるというのは、そういうふうに福祉事務所のケースワーカーさんたちと一緒に、ポジティブなイメージをこちらからも提供していくというのが大切なことだと思いました。

長友 制度を通じての連携ではなくて、生活に困っている人を通じての連携が大切だということですね。生活に困窮している人をお互いの立場で見

ていって、そこでお互いの価値観をすり合わせながら支援をしていくという経験がないと、単なる表面的な制度上のことになってしまって、その患者さん、利用者さんにとっての支援、援助というのはできなくなってしまいます。また、そういう経験がないと、どうしても今の状況でいくと、利用者にはできるかぎり寄り添わないネガティブな制度運用になりがちにはなりますよね。

富岡 無料低額診療を始めて考えたのは、もし制度として運用されていなければ、病院と患者さんとの関係としては単なる未収の扱いになってしまうということです。だから、医療費を払えないことに引け目を感じている人は病院に来なくなってしまいます。ですから、未収というのと、制度の利用とか、減免の利用というのとでは、患者さんに与えるプレッシャーがまったく違うと実感しています。生活に必要なものは制度として形にしていって、社会的に保障していくということが、必要な人が利用しやすくなるという意味で、すごく大事なことだと思いました。

●生活保護基準切り下げは、社会の基盤を掘り崩す

進行 ありがとうございます。今でも相当大変な状況のわけですが、さらに2013年8月から、生活扶助費の減額もあり、今後、2014年4月、2015年4月で生活扶助の総額を6.5%も減額するという方針が出されていて、非常に大きな問題になってきています。

森川 生活保護費の削減について地域で話し合いをもちました。そこで話をうかがった母子家庭で生活保護を受けている方のケースです。30代か40代初めくらいのお母さんです。その方の家庭の場合、今後3年間のあいだで2万円弱の引下げになります。こんど小学校1年に上がる子と保育園に行っている2人の子どもを抱えている方です。この方は、パート社員として働いていて、その収入だけでは足りない分を生活保護費でまかっています。これ以上、生活保護費を下げられたら、もう食費を下げるしかないと話されていました。保

保育園児と小学校1年に上がる男の子2人は食べ盛りで、おやつも必要です。いまでも切り詰めている食費を1カ月に1万5000円から2万円も下げるとするのは、親としては切ないと思います。ちゃんと食べなければ子どもの抵抗力だって弱ってしまうし、これから子どもを健やかに育てていくときなのにと、そのとき思いました。食費しか削るところがないけれども、食料品の値段は上がっていますから、ほんとうに大変だと思います。

小学校に上がったら本当はクラブ活動でサッカーをさせたいと言っていました、元気にさせるためにもサッカーさせたいと。クラブのお金がかかるので、生活保護費から出すことは現状でも無理です。現状でも子供にまったくお金をかけられないのに、さらに生活保護の支給額を減らすというのは、貧困の連鎖はなくならないし、社会の基盤を壊すものだと思います。

多田 生活保護基準を切り下げられることが本当に怖いと思っています。

生活保護を受給している30世帯を対象に、実態調査を尼崎医療生協でやっています。実際には、生活保護を受けていても、本当に節約しなかったら生活できない基準額なのですが、生活保護を受けないで頑張っているという方も含めて、「切り下げが当たり前」というような社会的雰囲気になってしまっています。本当は、生活保護基準以下で生活している状態がおかしいと思うのですが。お肉なんかほとんど食べていないとか、家電製品なんかを購入する費用がないと言っている世帯が多い中で切り下げたら、いま受けている人たちの健康や生活はどうなるのだろうかという怖さもあります。もう1つは、これから生活保護を受ける状態になる人たちの生活のことが心配です。日本の社会保障は、生活保護基準をもとに制度設計がなされているので、生活保護基準が下がれば、生活を支える制度全体が下がることになってしまうからです。

ということは、これから私は、国保がなくて死亡した事例のような人たちをいっぱい見ていくことになるという恐怖があります。結局、国民健康保険法44条にもとづく国保料の減免も適用されず、生活保護にもつながらなくて、そのほかの福

祉医療も受けられない人が出てきて、悲惨な状況でまた病院に来るケースです。支援したくても結局、どの制度にもつながらなくて、目の前で死なれていってしまったりとか悪化していったりとか消えていってしまう。

まだ目の前でずっと関わっていたらいいのですが、いつの間にか来なくなって自宅で孤独死したりというケースが増えていったらどうしようと思ってしまう。そういうことを考えると、自分自身もこの国で生きていけるのだろうかという漠然とした恐怖も感じてしまいます。

富岡 人間らしい暮らしといえるかどうかという議論は全然ないままに、どちらが低いかということだけで話されてしまっているのが問題だと思います。電気代が払えなくてロウソクで生活しているとか、ガス代が払えなくてカセットコンロだけでできる調理をしているとか、散髪に行けないでいるとか、それが本当に人間らしいのかという議論は一切されない。

多田 虐待ケースも増えると思います。虐待の加害者の話を聴いていると、本人の介護負担もあるのですが、やはり同時に、背景として経済的な困窮があります。経済的困窮があると、本当は守らなければならない相手に対しても、「この人がいるから私は・・・」という気持ちになってしまって、守るべき人に攻撃が行ってしまいます。

社会保障によって生活、生存権を守れるような状況であれば問題がないはずのことがたくさん起こるのではないかと恐れます。

森川 病気の人が生きていくのは非常に厳しいですよね。治療をしながら仕事に就くこともむづかしい。知的障害の境目の方は、本当にこの社会で生きていくのが厳しい。だまされやすいし、仕事に就いても人間関係がうまくいかないことも多い。周りとうまくやろうとしてうそをついてしまって、それがあの人ほうそつきだのように言われたりもします。そうやって一生懸命やっても、うまくいかないという人たちが、切り捨てられるという感じがしています。生活保護の基準切り下げは、こういう状況にある人たちをさらに追い詰

めると思います。

進行 生活保護の基準は、ご承知のとおり就学援助や最低賃金など、さまざまな基準になっています。ですから、生活保護基準の引下げは、最低生活を保障する水準そのものが全体的に下がるという可能性があるわけですね。

長友先生、医療にとどまらず、この社会に暮らしている人たちみんなが最低生活を保障されるためにはどういったことが必要かということ、ご意見うかがいたいと思います。

●社会保障そのものの必要性を議論しなければならない状況

長友 まず1つは、社会保障そのものの必要性を議論するべきところにきているのではないかと。社会保障というのは、すべての国民の生存権を守るためにできた制度であって、それが今の日本にとって必要か必要じゃないのかということ、そこをきちんと議論していく必要があると思います。

政策は、社会保障の範囲をできるだけ少なく、限られた人たちに限ってという方向に動いています。また、市民の人々の声もそちらに流れているような状況があるように思います。ですから、本当にそれでいいのかという話を正面からしていく必要があります。

現実に社会保障制度そのものが改悪や切り下げが起こっているのだということを知らせていくことがまず必要です。社会保障の削減で、一人一人の市民がどのくらい不利益をこうむっているのかということ、現場にいる人たちが声を上げて出していく必要があります。

いまの状況は、どちらかというマスコミ報道による「生活保護の不正受給」報道だとか医療費の使いすぎだとかいった歪んだ情報がたくさん流れてしまっています。こういう状況に対して、現場からの実態をきちんと伝えていく声を上げていくことが必要だと思います。

生活保護基準の切り下げがなぜ、これほどまでにやられるようになったかという理由を考える必要があります。介護保険制度によって、長期入院の人を介護施設に移して低い単価でやることによ

って、医療費抑制をやってきました。それから、医療費については、長期入院の解消ということで、退院促進という形でやってきました。

表向きの理由は、早く地域に帰って地域で生活したほうがいい、いつまでも入院させておくのはやっぱり人間らしくないでしょうということでした。でも、本当は、社会保障にかかる財政負担を切り下げるといった理由があったと思います。

ただそういう中で、さらに社会保障費を削減しようという話の中で、国民的理解を得るといったときには、おかしな話ですが、生活保護を切り下げることがもっとも理解が得やすいということになってしまっている。去年始まった生活保護バッシングは、生活保護制度改悪のイントロだったわけですね。

もう少し細かく見ると、医療扶助の金額を減らすためにジェネリックの使用を義務づけるとか強制するという話をしていますが、もし義務付けをやったとしても削減効果はほとんどありません。ジェネリックを生活保護の人については強制的にと言っていますが、それを認めていくということは、結局、生活保護を受けていない一般の人たちに対してもそういう強制をこれからやっていくための1つのプロローグかもしれません。

生活保護基準切り下げは、最低賃金の切り下げや年金の水準切り下げにもつながっていくでしょう。

生活保護基準切り下げとか制度改悪というのは、全体の社会保障の水準切り下げのなかで、市民に理解されやすくやりやすいから取り上げられています。かなり注意しないとイケません。

最後に気づいてみたら、どの社会保障も切り下げられていたという話になりかねない状況です。やはり現場から、現実にそういう状況の中でどういふ不利益をこうむっているのかということ、これは声を出して発信していくことが必要だと思います。

生活保護の基準が下がるということは、現在、医療単給で入院している人や、あるいは介護単給で入院している人たちは、場合によっては病院から出なければならなくなる。さらに生活保護も、水準が下がってしまえば、その水準ギリギリの人は、以前だったら受けられても受けられなくなってしまいます。

つまり、ギリギリの人たちが社会保障から排除されるということになっていきます。生活保護の基準切り下げは、今、生活保護を利用している人たちだけの話ではなくて、それ以外のこれからもらう人、それから低所得・貧困の周辺の人々にとって、すべて切り下げは実際の生活に影響を与えるということへの理解を広げて運動につなげていく必要があります。生活保護の切り下げが、今や、市民のバックアップを受けてエールを送られながら旗を振って進められている状況になっています。結果として最終的に不利益をこうむるのは国

民だということを声を出していかなければいけないと思います。

進行 貧困の拡大が、大量の医療からの排除をつくりだしている実態が明らかになりました。また、無料低額診療制度や生活保護制度の活用についての考え方についての議論も深められたと思います。さらに、社会保障全体のあり方を大きく考えなければいけない時代でもあるとのご指摘もありました。本研究所としても引き続き研究課題としていきたいと思っています。ありがとうございました。

スペイン・カタルーニアの地域協同と社会サービス

石塚 秀雄

1. はじめに

(1) 社会的経済的背景

スペイン・カタルーニア自治州の社会的経済セクター（サードセクターまたは非営利・協同セクター）は、その自治的運動や協同組合運動の歴史を継承して、今日、大変活発である。約30の各種非営利・協同組織の連合会があり、社会的経済企業をとりあえず総称して社会的企業と呼ぶことにするが、その数は約4,000企業である（2010年度）。その法人形態は、協同組合、アソシエーション、共済組合など多様であるが、業種は工業、建築、教育、社会サービスなど多様である。とりわけ、いわゆる社会的企業の業種として注目されている社会サービスの分野では若者・障害者・高齢者・長期失業者などを主とした社会的弱者の社会的排除を解消するために社会的統合を行う雇用・仕事おこしの分野を含んでおり、これらの社会的企業は行政側からすれば、社会保障や社会政策、労働政策の実施に不可欠な、パートナーとなっている。本論では、カタルーニアにおける社会的経済セクターの現状と、カタルーニア州政府の政策および行政と社会的経済セクターとのパートナーシップのあり方と問題点について触れる。

スペイン・カタルーニア地方は、地中海とフランスに面し、カタルーニア自治州は人口748万人でスペイン全体（4673万人）の16パーセントを占める（2013、スペイン統計局）。また一人当たりの国民総生産はスペイン平均23,271ユーロに対してカタルーニア自治州27,430ユーロである（2011、スペイン統計局）。スペインは17の自治州に分かれ、それぞれ自律性が高い。カタルーニア自治州はバルセロナ県、レリダ県、タラゴナ県、ジローナ県、ウエスカ県の4県で構成される。話される言語はスペイン語、カタルーニア語、わずかであるがオクシタン語がある。そのうち公用語はカタ

ルーニア語であり、スペイン憲法で認められた公用語の一つである（スペインでは、いわゆるスペイン語といわれるカスティージャ語の他、バスク語、ガリシア語が公用語である）。カタルーニアの経済は軽工業、農業ともに盛んで、州都バルセロナは観光文化の拠点としても有名である。カタルーニアは1990年のオリンピックのときも独立国のような表現をして物議をかもした。政治的にはカタルーニア民族政党が州の政権を長年担当しており、中央政府との関係はおおむね良好である。

協同組合運動は歴史的に盛んであり、1930年代にも活発化したが、スペイン内戦により、1975年あたりまで、政治的経済的抑圧が続いた。その後のスペイン民主化によって、カタルーニアの協同組合運動や社会的経済運動は盛り返し、カタルーニア政府も社会的経済セクター（非営利・協同セクター）を政策的にも推進している。

表1. カタルーニアの労働人口 2010年、単位：千人

農業	工業	建設	サービス	合計
66.5	603.6	279.4	2,188.0	3,137.5

出所：idescat, 2011

表2. カタルーニアの賃金労働者数 2010年 単位：千人

	男性		女性		全体	
民間セクター	1,202.4	88.5%	1,027.0	80.5%	2,229.3	84.6%
公的セクター	155.8	11.5%	249.5	19.5%	405.3	15.4%
合計	1,358.1	100%	1,276.5	100%	2,634.7	100%

出所：idescat, 2011に基づき作成

(2) 政治的労働文化的背景

カタルーニアにおける労働運動の状況については、労働組合選挙がその一端を示す。スペインにおいては労働組合選挙が制度化されている。1994年9月9日付王令第1844号「会社代表機関労働者

表3. 主要労働組合の代表者選挙選出人数、2009年 単位：人

	計	CCOO	UGT	USO	CGT	独立	その他
バルセロナ	42,811	19,184	17,298	1,919	869	1,259	2,282
カタルーニア全体	57,345	25,326	24,134	2,313	1,085	1,522	2,965

出所：idescat, 2011

注：CCOO（労働者委員会）→共産党系、UGT（労働者総連合）→社会労働党系、USO（労働者労働組合連合会）→中道、CGT（郵便電信総労働組合）→公務員系

選挙規則」に基づき、労働組合代表が4年ごとに選挙される。これは企業委員会における労働者代表を選挙するものであり、「労働者法」（1985年）等に基づく。

2. カタルーニアにおける社会的経済セクター

(1) 社会的経済セクターの定義

社会的経済セクターという呼び方は、カタルーニア州政府が公式に呼んでいる用語ではない。「サードセクター」あるいは「社会的サードセクター」という呼び方がされており、『サードセクター白書』によれば、それらの構成要素は、アソシエーション、財団、非営利組織、社会的目的協同組合、労働挿入企業となっている。カタルーニアにおいても、いわゆる、サラモン・アンハイアーなどが定義した非営利組織および、一般的なサードセクター議論を踏襲して、サードセクターの目的を、ワイズブロードの「政府の失敗」および、ヒルシュマンの「市場の失敗」理論に基づく、社会サービスの提供というニッチな準市場あるいは公的な市場に参入するという説明を受け入れたものとなっている。しかし、協同組合セクターの多くを非分配原則あるいは利益分配をしているので非営利性がない、あるいは少ないということで排除することになるが、一方で障害者や長期失業者のための労働挿入企業を含めているという説明矛盾を抱えている。なぜそうなるのかと言えば、公共政策の枠組の中にサードセクターを入れようとする意図がそうさせるのであり、日本においても非営利・協同セクターによる「協働」が、公共サービスの安上がりの民営化の先兵になっているとの（不当と思われる）批判の根拠にもなっているわけである。

いわゆる「サードセクター」や「新しい公共」

の定義は、実際のところ確定しているものではない。あるのは暫定的なものにすぎない。それは、この領域は発展過程にあり、動的状況にあり、静態的な制度化が完成しているわけではない。したがって、現在の「サードセクター」定義は矛盾を含んだものになっており、その意味では厳密な意味で定義ということはできないのである。その理由は、それぞれのアクターが自分中心に定義づけをしているのであるが、公権力が制度化の権限行使ができるので、それに引きずられがちになるということができる。しかし、理論的には未決着の問題すなわち、公益性と私益性の二元論的定義を中心として制度を作ろうとしているが、共益（協同性）との関連での整合性が説明されていないという問題点が残っているからである。

したがって、カタルーニアにおける「サードセクター」および「社会的サードセクター」の定義は、行政的観点からの区分付けでは、非営利性が強調されたものである。一方、社会的経済セクターからの区分においては非営利性のみでなく、協同性、民主的運営が強調された、より多様なものが含まれている。それは当然ながらというべきか、営利性との並立において社会サービスや公共政策の担い手となっているのである。いわば、公共性が自己の役割を、他の手段を用いて貫徹しようとするときに、非営利性を強調することによって公益性を確保しようとする傾向を持つのである。それは営利性との安易な、あるいはわかりやすい線引きではあるが、すなわち営利が公共を担うことの説明はうまくできないのである。それは経済活動という線引きで説明をすることを「公共性」がうまく説明できないためである。この矛盾を整合的に説明するためには社会的経済概念を導入することで容易になると思われるが、「公共性」の縮小になるためにそれを公権力は自覚なく嫌うのである。

「協働」というテーマはしたがって、各セクターの矛盾をはらんだ関係であり、共に仲良く協働するわけではなく、緊張をはらんだ関係としての「協働」あるいは「パートナーシップ」なのである。

現実には、カタルーニアにおいては、社会的経済セクターに入れられるべきである協同組合、共済組合、財団、アソシエーション、非営利組織が、公共政策および社会政策としての社会サービスおよび雇用労働政策についての経済活動を担っているのであって、それをいわゆる「サードセクター」として非営利組織のみを考え、協同組合を排除するということはしていない。

表4. 社会的経済の構成要素

労働会社	信用協同組合	保険協同組合	社会的サードセクター（アソシエーション、NPO、財団、労働挿入企業、社会的協同組合）
農業開発事業体	協同組合	共済組合	
社会的経済営利会社	相互保険会社		

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

したがって、これまでの「サードセクター」についての理論的説明は、現実と合わない点があることを指摘しておきたい。社会的経済セクターは公共政策や社会政策の実現の手段としてあるのではなく、そもそも人々の自主的な経済活動という歴史的使命を長年担ってきたものであり、近年、いわゆる福祉国家の揺らぎの中で、その役割がますます注目されてきたのであるし、また社会サービス、地域コミュニティの課題を担うという新しい役割に対応する課題の中で、非営利組織の役割および協同組合の新しい役割が注目されてきていると解釈するのが妥当であると思われる。

したがって、カタルーニアにおける社会的サードセクターとは、福祉国家的要請である社会サービスと雇用、社会的統合などの課題に直接的に取り組むとされる非営利・協同組織を総称したものとと言える。そしてこれはカタルーニア地方だけでなく、スペイン、ヨーロッパさらには世界的にサードセクターとはなにかを説明する場合にほぼ同一の説明が行われるといえる。結局、社会的サードセクターに属する組織形態としてはアソシエー

ション（非営利組織）、財団、社会サービス協同組合などが含まれており、非営利性、公共性、協同性、利潤配分、経営参加、出資または資本参加、メンバーシップ、賃労働の取扱、ボランティアの参加などの問題についてこれらの異なる事業組織を一括して説明する理論的な状況には、世界中どこでも実現されておらず、理論的には発展途上であるということができる。したがって、理論的な整合性があるサードセクターの構成要素が作られているというのではなくて、多分に政治的社会的な理由によって組み合わせが行われていると理解することが妥当だと思われる。

2009年度のカタルーニアの社会的サードセクターを構成する40ほどの連合会的な団体を見ると、アソシエーション（非営利組織）が21で半分、財団が14で三分の一、残りは社会サービス協同組合などである。したがって、非営利組織と協同組合を社会サービスや雇用といった社会政策的な分野で切り離して政策を立てるうえでは、実際のでもないし、理論的にもつめられてはいないことを自覚しなくてはならないのである。

（2）協同組合セクター

カタルーニアにおける協同組合は、表5のとおりである。

（3）社会的経済金融機関

サードセクターの諸組織が活用する社会的経済に属する金融機関には、次のようなものがある。貸付、リース、手形、担保保証などの諸取引形態がある。これらの金融機関とサードセクターとの関係では、ヨーロッパでは「倫理銀行」運動があり、社会的経済の金融機関もそうした運動と業務を実施しているが、カタルーニアでは、それに関連する特定の法律はない。

- ① カイシャ（La Caixa）
- ② カイシャ・カタルーニア
- ③ サバデル銀行（Banc Sabadell）
- ④ ビルバオ・ビスカヤ銀行（BBVA）
- ⑤ カハ・マドリッド（マドリッド金庫）

表5. カタルーニアの協同組合 2009年12月

種類	バルセロナ県	ジローナ県	レリダ県	タラゴナ県	合計
労働者協同組合	2,153	154	265	374	2,946
農業協同組合	88	32	197	150	467
消費者協同組合	83	8	14	19	124
住宅協同組合	76	1	4	4	85
教育協同組合	72	2	10	4	88
サービス協同組合	125	14	8	6	153
混合型協同組合(1)	23	2	0	5	30
保険協同組合	0	0	0	0	0
医療協同組合	1	0	0	0	1
信用協同組合	0	0	1	0	1
漁業協同組合	2	1	0	0	3
第二次協同組合(2)	30	4	11	9	54
合計	2,653	218	510	571	3,952

出所：Generalitat de Catalunya. 2011. Departament de Empresa, Cooperativa.

注：(1) 混合型協同組合とは利用者と職員がともに組合員であるような形の主として社会サービスを業種とする協同組合。

(2) 第二次協同組合とは法律に定められた連合会。総連合会の場合は第三次協同組合となる。

- ⑥ サンタンデル銀行
- ⑦ カイシャ・ライエタナ
- ⑧ カイシャ・エンジニアルス
- ⑨ オイコクレジット (Oikocredit)
- ⑩ トリオドス銀行 (Triodos Bank)
- ⑪ コープ57 (Coop57)

表6. カタルーニアの労働会社、2009年12月

県	数
バルセロナ県	4,291
ジローナ県	507
レリダ県	303
タラゴナ県	425
合計	5,526

出所：Generalitat de Catalunya. 2011. Departament de Empresa, Cooperativa.

(4) 労働会社 (SL) セクター

スペインにおいては労働会社法 (1996年) という独特の社会的経済企業形態がある。1980年代から90年代にかけて、倒産企業の自主再建運動がきっかけとして、労働株式会社法 (SAL) が作られた。これは労働者 (従業員) が株式会社の株の51%以上を持つ形態であり、内規では民主的経営が規定されており、自らを社会的経済企業と位置づけているし、また社会保障法、労働法制においても労働者協同組合と労働会社は社会的経済企業として位置づけられ、かつ、その従業員は社会保障法により労働者一般 (賃金労働者) と同一の社会保障権利を持つものとされている。法改正により有限会社形態も含むものとなり、現行の労働会社法 (SL) という名称となった。

表7. カタルーニアの労働会社数の事業分野比率、2009年12月

分野	企業数比率	従業員数比率
農業	0.6%	0.7%
工業	20.4%	21.3%
建設業	10.5%	10.7%
サービス業	68.5%	67.3%
合計	100.00%	100.00%

出所：Generalitat de Catalunya. 2011. Departament de Empresa, Cooperativa.

3 カタルーニアにおける社会的経済および社会的サードセクターの意義

一般に、カタルーニアの社会的経済セクターの意義は次の点にあると見なされる。第1にカタルーニア州政府の社会政策に沿って、社会的排除の克服のための手段としてである。第2に、独自の経済セクターとして、行政と社会からの認知を受けていることである。この点については、日本と比較すると大きな差があり、社会的経済セクターは、市民社会における人々の自由権、社会権および経済権の保障および拡大という意味からも重要である。それは人々の経済活動と社会的統合という二つの点を同時に実現する手法としてきわめて重要である。民主主義、経営およびガバナンスへの参加、活動の自由を人々自身の手によって実現していく過程でもあり、財とサービスを生み出す事業でもある。

カタルーニアでの社会的経済の統括グループは「社会的サードセクター」グループと自称しているが、セクターの目標として以下を掲げている。
 ①社会的統合と貧困の克服、②自律の推進、③移民公共政策の支援、④提供サービスの質の向上、④公契約における社会条項導入によるサードセクターの価値の擁護、⑤財政の発展。

なお、この領域に入る連合会の主たるものには、次のようなものがある（一部を下記に列記）。

- ・カタルーニア障害者代表委員会（COCARMI）
- ・カタルーニア精神障害者事業連合会
- ・カタルーニア身体障害者事業連合会（ECOM）
- ・カタルーニア高齢者アソシエーション連合会（FATEC）
- ・カタルーニアアルツハイマー家族アソシエーション連合会（FAFAC）
- ・カタルーニア労働者協同組合連合会
- ・カタルーニア社会的ボランティア連合会（FCVS）
- ・カタルーニア成人教育協同組合連合会（FACEPA）
- ・在宅事業所連合会（FEPA）

4. カタルーニア社会的サードセクター円卓会議

カタルーニアの社会的サードセクターの構成要素は、その共通性格を①非営利性、②社会的弱者の社会的統合や社会サービスを主たる使命とする、③地域コミュニティを基盤にする、の3点として、アソシエーション（非営利組織、NPO、宗教団体、社会活動団体など）、労働挿入企業、社会的協同組合を主たるものとしている。この点では、いわゆる既存の社会的経済セクターと連帯経済セクターを区分する、フランスの一部の研究者の考えと類似している。しかし、カタルーニアの場合、この区分は多分に行政的な施策区分に対応したものだけといえよう。

第1回円卓会議は2007年3月に開催され、約600人が参加し、円卓会議が正式に設立された。社会的サードセクター関連の32連合会、4,000社会的企業が加入している。所得税の0.7%をこの分野に充当することを要求した。第2回円卓会議は、2009年3月に開催され、約1,300人が参加した。行政との協働を強調し、サードセクターの公益性を強調した。またボランティアと従業員労働者との共存や他の経済セクターとの共存が強調された。

2009年度時点においてカタルーニアのサードセクターに属する組織は約7,500事業組織であり、従業員数約10万人、ボランティア数約24万5千人、利用者約170万人であり、カタルーニア経済生産の約2.8%を占める。個別の事業組織の財源または収入の平均的な姿は、会費または出資金21.4%、事業収入12.2%、寄付12.2%、その他収入5.1%、公的補助金32.8%、公的契約事業16.2%となっている。

表8. カタルーニアの社会的サードセクター

	2003年	2009年	増減
事業体数	5,600	7,500	+34%
経済規模	1% (PIB)	2.8% (PIB)	+180%
従業員数	52,000人	100,000人	+92%
ボランティア数	155,000人	245,000人	+58%
利用者数	100万人	170万人	+70%

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表9. 社会的サードセクターの活動分野 (2009)

分野	数	%
障害者	1,122	15%
児童・若者	1,405	18%
高齢者	1,057	14%
移民	793	10%
女性	1,179	15%
医療保健	542	7%
海外支援	356	5%
薬物	278	4%
その他	913	12%
合計	7,645	100%

出所：Memoria 2009, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表10. 社会的サードセクターの種類

	アソシエーション	財団	社会的協同組合	その他
2003年	76%	17%	3%	4%
2009年	64%	18%	5%	13%

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表11. 部門別予算比較 単位：ユーロ n=737

部門	2007年	2004年	増減	行政との関係組織比率
薬物	1,147,849	909,541	26%	78%
女性	177,367	102,182	74%	80%
高齢者	302,564	274,149	10%	70%
児童・若者	665,890	563,258	18%	73%
障害者	1,443,177	1,125,406	28%	82%
移民	96,987	86,322	12%	81%
海外支援	869,805	913,888	-5%	77%
医療保健	341,422	222,515	53%	90%
その他	848,137	444,195	91%	85%
合計	5,893,198	4,641,456	27%	—

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011に基づき作成。

表12. 社会的サードセクター組織の設立の時期、構成比

1980年以前	1980-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2004-2009
20%	17%	16%	18%	18%	11%

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表13. 社会的サードセクター組織の平均的財源構成比、2009年

財源先	会費・出資	民間契約	寄付	公契約	公的補助金	その他
構成比	21.4%	18.6%	12.2%	9.8%	32.8%	5.1%

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表14. 部門別民間財源比率 %, n=688

部門	事業契約	寄付	会費・出資金	その他
薬物	18%	28%	38%	17%
女性	14%	14%	56%	16%
高齢者	29%	14%	44%	13%
児童・若者	22%	19%	50%	8%
障害者	27%	25%	36%	13%
移民	10%	29%	50%	10%
海外支援	29%	41%	22%	8%
医療保健	14%	39%	38%	8%
その他	38%	16%	40%	7%
全体	24%	24%	42%	10%

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表15. 円卓会議の収入 2009年度

項目	(ユーロ)
会費	72,717
事業収入	51,405
公的補助金 (社会的経済セクターからの分含む)	559,881
合計	779,633

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表16. 円卓会議の公的補助金提供機関 2009年度 (ユーロ)

組織	金額
州社会活動省	168,590
州労働省	112,050
州 EU 促進部	42,241
州総務省	125,000
州法務省	2,000
バルセロナ県	50,000
バルセロナ市	60,000
社会的経済セクターその他	
合計	559,881

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

5. カタルーニア社会的サードセクターグループ主要組織

カタルーニア社会的サードセクターグループは、次のような団体によって構成される。

(1) カタルーニア・カリタス (Caritas)

カリタスはカトリック教会の在俗慈善団体である。カタルーニアにおいては、10の司教区で600教区に分かれてネットワークを形成している。

www.tarraconense.cat

(2) カタルーニア障害者代表委員会 (COCARMI)

この委員会には各種障害者団体が加盟している。スペイン盲人協会 (ONCE)、カタルーニア身体障害者連合会 (COCEMFE CATALUNYA)、カタルーニア身体障害者事業団体総連合会 (ECOM)、カタルーニア聾者連合会 (FESOCA)、カタルーニア聾者支援協会 (ACAPPS)、カタルーニア精神障害者労働挿入協会 (FECAFAMM)、カタルーニア知的障害者協会 (DINCAT)、カタルーニアダウン症協会 (Down Catalunya)。

(3) カタルーニア身体障害者事業団体総連合会 (ECOM Catalunya)

スペイン全体の全国組織であるが、カタルーニアには4つの県に130の身体障害者向け事業団体があり、総連合会は1971年に設立された。身体障害者の生活向上のための教育、文化活動、社会的整備、企業サービス、行政に対する評価を行う。とりわけ1992年に最初の「労働者統合サービス (SIL)」を設立し、2010年度時点で12のSILがあるが、カタルーニア州政府の労働局と共同プログラムを実施し、障害者の労働参加を促進している。団体として身体障害者支援協会 (ASPID) などがある。

2008年度の数字では、SILにおいては、1,655名の障害者を対象に、499社において1,082名の障害者の雇用契約を行っている。

一部は経済事業を実施している。

表17. 事業をしている身体障害者事業所 (ECOM) の種類、2009年

業種	数
障害者施設	29
障害者特別学校	9
障害者デイケア	15
職業訓練センター	24
障害者労働作業所	20
計	97

出所: ECOM, memoria 2009

www.ecom.cat

(4) カタルーニア薬物中毒再挿入調整委員会 (CCTPRDFC)

2001年に設立されたアソシエーション。カタルーニア公的ネットワーク (XAD) に加入している。

(5) 赤十字

カタルーニアでは18支部を持つ。会員数23,000人。高齢者在宅サービス、移民支援、文化教育活動、海外救援活動・人道支援を行う。

(6) ディンカト (DINCAT) カタルーニア知的障害者非営利組織協会

300の非営利組織が加入し、630の知的障害者施設、利用者は31,000人、職員数5,000人。

自らを社会的経済事業組織と位置づけている。そもそもは1973年にカタルーニア知的障害者施設連合会 (APPS) が設立され、1983年に公益団体として認定された。

www.dincat.cat

(7) 対人サービス社会的企業 (協同組合) (ESCAP)

90の労働者協同組合 (社会的企業)、従業員数6,000人により構成される。障害者雇用に関しては労働特別センター (CET) 企業および障害者職業センター (CO) がある。COは障害者労働参加 (SOI) と障害者労働訓練 (STO) の2種類がある。障害者労働参加 (SOI) は、障害者の労働市場参入を目指したもので、障害者雇用を受け入れる企業の多くは労働特別センター (CET) である。また障害者労働訓練 (STO) は、障害者度65%以上の人を対象としたもので、自律と

自尊のための労働のノーマライゼーションおよび社会的統合を目指したものである。これらは、行政の各種サービスと組み合わせられる。

これらはカタルーニア労働者協同組合連合（FCTAC）を構成している。FCTACは1935年に設立された。同連合会は内部に教育機関としての教育協同組合（APOSTA）、起業推進協同組合（ARA）などを持つ。

（8）カタルーニア社会的活動事業組織連合会（ECAS）

ECASは2003年に設立された。80の事業組織が加入している。従業員数4,700人、ボランティア5,000人。

[www. acciosocial. org](http://www.acciosocial.org)

（9）カタルーニア協同組合連合会（COOPCAT）

カタルーニアにおける労働者協同組合連合会、農業協同組合連合会、教育協同組合連合会、住宅協同組合連合会、サービス協同組合連合会、エスピリット財団（医療生協）などが加入している。

（10）カタルーニアボーイスカウト財団

4,000人の子供が組織されている。[www. escoltes. org](http://www.escoltes.org)

（11）カタルーニア・ラテンアメリカ人協会（FASAMCAT）

2001年に設立され、ラテンアメリカからの移民などの文化・生活・医療・労働問題などのアドボカシーなど。40支部。

（12）カタルーニア高齢者協会連合会（Fatec）

500支部（アソシエーション）。全国団体としてはスペイン高齢者組織連合会（CEOMA）がある。年金、医療、社会サービスなどを実施。

2005年3月に作られた「高齢者支援憲章」では「高齢者支援の国家的サービスの緊急必要性についての宣言」として、高齢者支援法に基づき、事業組織は高齢者の肉体的精神的能力を促進支援するために、次のことに留意する。すなわち

・法律では高齢者が支援を受けることを人権として認めている。

- ・支援制度はあらゆる種類の高齢者が対象である。
- ・支援は基本的に普遍主義的で無料である。
- ・支援制度は国家が計画、促進し、市民的権利として実施される。
- ・各自治州が運営の全体的権限を持つ。
- ・高齢者は選択の自由がある。
- ・法律では高齢者支援の十分な資金を用意する。

（13）高齢者教育文化協会連合会（FACEPA）

連合会には14協会が加盟している。

（14）カタルーニア・アルツハイマー家族協会連合会（FFAC）

12支部が加盟。[www. fafac. info](http://www.fafac.info)

（15）カタルーニアガン対策事業連合会（FECEC）

13団体が加入。予防啓発事業。[www. fecec. org](http://www.fecec.org)

（16）カタルーニア薬物中毒者支援団体連合会（FCD）

25支部が所属。[www. fcd. cat](http://www.fcd.cat)

（17）カタルーニア献血連合会（FCDS）

全国組織の地方連合会。[www. donantsdesang. org](http://www.donantsdesang.org)

（18）カタルーニア社会ボランティア連合会（FCVS）

1989年に設立された。社会的排除など。287組織が加入。[www. feeracio. net](http://www.feeracio.net)

活動分野は医療ボランティア、社会福祉ボランティア、海外支援ボランティア、企業ボランティアなどに分かれる。

（19）青年支援事業連合会（FEPA）

1999年に設立された全国組織のアソシエーション。非熟練労働分野の若者支援事業。教育、経済、文化活動などを支援。カタルーニアには30団体ある。

2004年の所得税0.52%の社会事業配分協定により、公的補助金の配分を受けている。また協同組合金融組織であるカイシャや信用金庫からも資

金提供をうけて、若者起業、マイクロクレジットなどを実施している。www.fepal8.org

(20) 児童成人教育事業連合会 (FEDAIA)

1994年に設立された全国的な非営利組織、アソシエーション。カタルーニアには74の事業組織(非営利組織、財団など)が加入している。活動している専門家・職員数は全体で5,000人。児童保護施設、成人宿泊施設、社会教育、公民館などの事業。カタルーニアにおける CRAE (児童少年教育センター) の90%、ICF (養子家族問題相談センター) の90%、CA (青少年立ち寄りセンター) 70%、UEC (困難者学習センター) の65%、PAS (若者支援センター) の50%の活動を占めている。CRAEは、家庭に問題がある児童少年の教育、自立、労働参加などの取り組みを行う。24時間開設している。CAは18歳までを対象にして社会教育活動、自立訓練など、行政との契約によって実施している。その主たる対象は移民家族や社会的弱者などである。UECは、学校教育を受けられなかった青少年(主として移民)に対する学習および社会的挿入、労働参加のための教育などを行う。予算の大半は公的契約に基づく。PASは前記の諸施設を18歳以上となり対象外になった若者の社会的挿入、労働参加の支援を行うものである。www.fedaia.org

(21) 高齢者介護事業連合会 (FEATE)

1991年に設立。約60の事業所(非営利組織、社会的協同組合など)が加盟。www.feate.org

(22) カタルーニア・ラテンアメリカ事業連合会 (FEDELATINA)

約100の団体が加盟、移民の社会的統合のための事業活動を行う。www.fedelatina.org

(23) カタルーニア家族・女性・高齢者組織連合会 (FOCAGG)

約30団体が加入。介護、余暇活動、住宅、年金者生活などの事業。www.focagg.org

(24) カタルーニア脳性麻痺連合会 (FEPCCAT)

2000年に設立される。脳性麻痺障害者の自立、社会的統合、労働挿入、生活支援などを行う。リハビリ施設、労働センター、救急病院などを運営する。各県や地区の7つのアソシエーションが加入している。全国連合会として ASPACEがある。www.fepccat.org

(25) 精神保健フォーラム

1994年に設立。知的障害者の医療、社会的統合、労働挿入を行う。24事業所(アソシエーション、財団、その他)が加入。www.forumsalutmental.com

(26) カタルーニア Esplai 財団

1996年に設立。児童の保育、青少年の学内課外教育、学外教育、林間学校、生活向上、社会的統合などの事業活動。学内課外教育には76,000人の生徒、環境教育には95,000人の生徒が参加している。また関連財団として約200の事業組織が加入している。父母林間学校財団がある。www.esplai.org www.peretarres.org

(27) サンジョアンデデュウ財団

サンジョアンデデュウ精神病院が設立した財団で、患者等への社会サービスを行う。事業分野別に6つの部門に分かれる。収入割合は公的基金41%、民間基金41%、病院基金10%、診療所事業収入7%である。www.fsjd.org

(28) カタルーニアボーイスカウト、ジョセフアンズ財団

13,500人を組織。www.escoltesquies.cat

(29) カタルーニア—在俗進歩運動 (MLP)

130組織。社会文化活動、南北問題支援、意味問題、青少年教育。社会運動など、民主主義的活動。www.mlp.cat

6. カタルーニア自治州政府の取り組み

カタルーニア自治州政府が社会的経済セクターあるいは社会的サードセクターを育成推進する理由あるいは目的として強調しているのは、次の点である。行政としては非営利・協同セクターあるいは社会的サードセクターが社会サービスに貢献できることをあげているが、さらに社会的サードセクターがもつそれ自体の価値を社会的な価値と結びつけて評価していることである。すなわち、それらが利益追求の企業ではなくて社会的価値志向型の企業であること、社会的統合に貢献できる事業経営形態を持っていること、労働者の経営参加に貢献できること、市民の新しい社会的ニーズに対応できることなどをあげている。

現在、カタルーニア自治州政府の企業職業省の中に「社会的経済・協同組合・自律労働総局」が設置されている。社会的サードセクターの組織のうち約80%が行政との関係を持っている(2009年度)。

カタルーニア自治州政府は2008年12月14日付の州政府確認書「社会的サードセクター支援計画(2008-2010)」を策定した。これに基づき、「社会的統合地域計画発展プログラム(PLIS)」、「社会的排除統合計画」などを作成した。これらは州社会サービス法にもとづき、非営利・協同セクターとともに社会的排除克服および社会的統合をめざしたものである。確認書は、州政府は103の市町村とともに、実施主体として約8,000の非営利・協同セクターの事業組織と協働することを目指したものである。そのために州政府は言うところの社会的サードセクターの発展と制度的な支援整備を行うこと、社会サービス関係の業務契約方式の整備、労働関係制度の整備、人材教育支援などを整備すること、社会的統合の事業を進める非営利・協同セクターの事業所における経営参加的な機能の整備を支援することを明記している。

また州政府は、会社所得税(IRPF)の0.7%を社会的目的に充当するとしている。

行政と社会的経済セクターとの事業関係は、補助金、業務契約、協定、現物提供などいろいろな形がある。2009年時点で約3割の社会的サードセクターの経済事業所が行政との事業関係があると

いう。

2010年2月2日付の州政府政令で、さらに「カタルーニア社会的排除統合活動計画(2010-2013)」を策定した。ここで強調されたのは次の点であった。

- ① 社会的排除を生み出す構造に対する戦略的活動の推進
- ② 社会的統合促進のための家族、社会、コミュニティのネットワークの強化
- ③ 公的セクター、民間セクター、社会的サードセクターによる地域における統合的なネットワークによる労働(雇用)創出
- ④ こうした活動に対する市民参加ができる参加的な制度設計
- ⑤ 社会的排除された人々が革新的な社会的統合事業を実行できるようなくみづくり。

(1) カタルーニア自治州政府のサードセクター関係機関

企業職業省

労働省

市民社会活動省

・社会サービス総局

・社会サービス倫理委員会

・社会的統合挿入計画理事会

・市民移民局

・PRODP 常設委員会

・カタルーニア家族観察委員会

・住宅困難克服委員会

(2) バルセロナ市関連

・社会福祉参加委員会

・バルセロナ社会参加都市委員会

・責任購入混合委員会

表18. 社会的サードセクターの活動分野

分野	割合
障害者	15%
児童・若者	13%
高齢者	8%
移民	6%
医療保健	5%
Quart mon	5%
薬物	3%
その他	

出所：Memoria 2009, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

(3) 州政府からの社会的経済セクターへの支援
 州政府の市民社会活動省が主たる窓口である。

表19. 州政府からの社会的経済セクターの補助金分配比率、2009年度

分野	配分比率	件数	金額(ユーロ)
農業協同組合	7.3%	24	503,612.84
労働者協同組合	40.4%	132	1,527,954.63
教育協同組合	3.1%	10	149,310.01
消費者協同組合	1.2%	4	88,094.66
住宅協同組合	0.6%	2	5,863.94
サービス協同組合	1.8%	6	110,204.32
第二次協同組合	4.9%	16	490,320.01
労働株式会社(SAL)	1.8%	6	133,186.63
労働有限会社(SEL)	22.0%	72	788,332.95
その他	16.8%	55	1,566,774.58
合計	100.00%	327	5,363,956.15

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

表20. 社会的サードセクター事業所への公的財源形態
 2009, n=639

部門	事業協定	補助金	事業契約
市町村	23%	63%	14%
地区	26%	46%	28%
県	10%	78%	12%
州市民社会活動省	23%	64%	13%
州文化省	10%	76%	14%
州総務省	9%	79%	12%
州労働省	3%	90%	7%
州その他の省	23%	67%	10%
スペイン政府、EUその他	10%	84%	6%

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

バルセロナ市の事例では、社会活動・社会福祉の事業を担当する「社会福祉自治体会議(CMBS)」が設置されている。1988年以降に設置された。CMBS規則によれば、これはスペイン憲法第9条およびカタルーニア州地方自治体法第59条と第60条および、カタルーニア州「市民参加規則」に基づき設立された市民参加的な組織である。CMBS規則第1条第2項では、公権力の義務として市民の社会福祉の推進、市民の政治、経済、文化、社会的参加の促進を行うことを規定している。第4条第2項では同協議会がバルセロナ市民社会の促進とアソシエーション運動の促進を図り、市当局と社会運動の新しい関係を創出することであると規定している。

第10条では常任委員会は市長が議長であり、その委員会構成は行政代表4名、社会団体代表3名、社会的事業組織および労働組合代表4名、学識経験者3名、その他4名となっている。

全体会議は社会的事業団体代表、自治体職員、専門家、労働組合代表など76名程度で構成される。作業グループも同様に126団体を含む419名で構成される。作業グループは、「コミュニティ活動」、「女性」、「薬物依存」、「家族」、「児童」、「高齢者」、「貧困」、「医療」などに分かれている。

たとえば、「貧困」問題については、カタルーニア州における貧困人口は、2004年に21.3%、2008年に20.4%となっている。「貧困」作業グループにおける社会的事業組織への財政支援は次表の通りである。

表21. バルセロナ市、貧困対策における社会的事業組織への公的資金

	2007	2008	2009	2010
社会的事業組織への支援金(ユーロ)	3,760,507	5,731,269	6,255,440	6,785,066
財政支援を受けた事業組織数	163	167	181	193
市民協定登録事業組織数	262	375	419	450
コミュニティ連帯事業数	57	63	80	135

出所：Pla per a la inclusio i Cohesio Social a Catalunya 2010-2013

表22. バルセロナ市、労働参加事業計画 2010年度

2009年度失業者数	90,563人
一般失業者雇用挿入予定数	6,442人
職業教育支援者数	1,270人
社会的排除者の労働挿入予定数	22,000人
若者雇用教育予定数	4,850人
困難若者労働挿入予定数	2,000人

出所：Pla per a la inclusio i Cohesio Social a Catalunya 2010-2013

バルセロナ市では、2007年より「バルセロナ社会的統合のための市民協定」(Acord Citada)をアソシエーションや社会的事業団体と結んでいる。この協定の目的は、各社会的事業団体が社会的コミュニティネットワークを作り、公共政策の実現のために、社会的および市民参加を図ることを目的の一つにしている。

「市民協定」は、バルセロナ市が社会的統合の市であると宣言し、市および市民が社会的統合を理解し達成するためのものであるとしている。市当局はこの原則を普及するために努力する。市民と社会的事業組織は、協定に署名して市当局を支援する。市は平等、多様性、個人の自立と平和共存の価値を推進する。公共政策により社会的統合を促進し、社会的コミュニティネットワークを通じて市民活動を支援する。バルセロナ市は社会福祉の実践的モデルの先駆者であり、すべての人々

が平等に発展することを目指す。バルセロナ市は、「社会的統合計画」に基づき、過去の経験を引き継いで新しい複合的でダイナミックな政策を21世紀において遂行する。広範な社会的事業組織、社会的統合のネットワークにより参加的事業を強化して、市の社会政策の戦略的アプローチを進める。「市民協定」は、市当局と協同的セクターとの協働を進める。協定は共通の目的のために必要な分野を定め、毎年見直しをして署名を行う、としている。市民協定の原則としては「共生、協同、社会的統合、創造性、コミュニティ、民主的ガバナンス、ネットワーク、労働の質」があげられている。

(4) バルセロナ市障害者担当局 (IMD)

1978年にバルセロナ市が設立し1989年に現在の名称になった。障害者政策のとりまとめを行う。障害者の福祉、住宅、スポーツ、文化、教育、労働、自律の政策および調整などを行っている。障害者雇用および労働に関しては、労働評価委員会 (EAL)において、障害者の労働参加を支援する。

表23は、カタルーニアの労働人口 (16-64歳)における障害者の就労状況を示したものである。健常者男性の8割が働いており1割が非労働人口

表23. カタルーニアの成人障害者数 (16 - 64歳) と障害者の就労状況 2008年度、単位：千人

	障害者人口 (千人)			全体人口 (千人)		
	男性	女性	合計	男性	女性	合計
16 - 64歳	90.9	108.9	199.8	2,484.1	2,413.6	4,897.6
労働人口	39.3	36.8	76.1	2,144.2	1,672.9	3,817.1
就労人口	33.7	29.6	63.4	1,949.5	1,522.2	3,471.7
非就労人口	5.6	7.2	12.7	194.7	150.7	345.4
非労働人口	51.7	72.1	123.7	339.8	740.7	1,080.5
経済活動比率	男性	女性	合計	男性	女性	合計
労働活動人口比率	43.2%	33.8%	38.1%	86.3%	69.3%	77.9%
就労人口比率	37.1%	27.2%	31.7%	78.5%	63.1%	70.9%
非就労人口比率	14.2%	19.6%	16.7%	9.1%	9.0%	9.0%
非労働人口比率	56.9%	66.2%	61.9%	13.7%	30.7%	22.1%
障害者の就労労働形態	男性	女性	合計			
自営業	5.9%	5.6%	11.5%			
賃金労働	27.3%	22.7%	50.0%			
その他	0.6	1.3%	1.9%			
合計	33.7%	29.6%	63.4%			

出所：Memoria 2010, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. 2011

であり、健常者女性の6割が働いており、3割が非労働人口であり、特別労働センター CET (Centro Especial Trabajo) は従業員の最低70%が障害者である企業である。労働統合支援補助金 (SSIL) を受けることができる。障害社会的従業員のうち33%は障害者認定を受けている者。就労希望者は、障害者対応センター (CAD) に申請をして労働評価証明書もらい、CET 企業に雇用申請をする。

(5) 若年層の労働挿入

2008年度のカタルーニアの失業率は20%であり、若年層の失業率は40%に上る。若年層の失業率は急速に増加しているのは、カタルーニア、スペインだけに限らず、EU 圏内においても同様である。カタルーニアにおいては、若年層の非正規雇用率が60%であり、公的セクターの場合、非正規雇用率は65%に上っている。雇用形態にも問題があるが、若年層の非熟練またはアンスキルの克服も課題となっている。失業率は男女それぞれ約9%である。一方、障害者については男性の約6割、女性の約7割が働く条件にないが、男性の約4割、女性の約3割が就労している。

7. 社会的経済セクター関連の法律

(1) 1982年4月7日付法第13号「障害者社会的統合法」Ley de Integración Social de los Minusválidos.

スペイン憲法第49条に基づく。「公権力は、身体障害者、知的障害者、精神障害者～」

第12条では、各種手当（最低所得保障金、第三者サービス補助金融、交通費補助金融、職業訓練費、医療手当、リハビリ補助金など）が規定されている。

第38条では、一般企業での従業員の2%以上の障害者の雇用を義務づけている。

第42条で「雇用特別センター (CEE)」を普通の労働規則に基づき、障害者が働き、一般市場で事業を行うことを目的とする社会的統合の事業所

と規定している。CEE は行政あるいは非営利団体が設立できる (1984年 CEE 政令第5条)。障害者はサービス利用だけでなく CEE の運営に参加あるいは代表となることができる (CEE 政令第11条)

なお、1994年3月22日付政令「障害者の雇用特別センターおよび自己雇用による労働統合プログラム」で障害者雇用に関するプログラム作成と補助金および社会保障制度との関連について規定している。

(2) 1985年政令第2274号「障害者職業センター規則」、労働社会保障省

第2条3項「障害者職業センターは、一般企業や特別雇用センターでは雇用されない障害者の職業訓練や社会的調整を行う」と定めている。

(3) 2005年王令第364号「障害者雇用契約法」

従業員50人以上の会社の障害者雇用基準は従業員の最低2%。

(4) 2005年3月9日付政令第36号「障害者雇用創出維持補助金」

(5) 2006年カタルーニア州法第39号「高齢者および障害者自立支援法」

介護サービス、在宅サービス、デイケアセンターなど。

第15条「社会的自立支援センター SAAD」

(6) 2007年カタルーニア州法第12号「カタルーニア社会サービス法」

第69条「民間事業所」として、「社会的事業所」と「商業的事業所」の2種類を定めており、第2項では「社会サービス事業所とは、財団、アソシエーション、協同組合、ボランティア組織、非営利組織である」としている。

第76条「社会的事業所にたいする補助金」では次のように規定している。

「1. カタルーニア州政府と社会的事業所の属する地方自治体は、社会的事業所の活動遂行のために、補助金およびその他支援を社会的事業所に提供することができる。」

2. 協働協定政策および補助金と支援は、この法律に基づいて行政と協働する社会的事業所の機能と目的と計画を定めるためのものであり、社会的事業所の創設、維持、改善および、社会サービスに関わる活動の発展のための活動を推進するためのものである。
3. 支援と補助金は、公益性、協同 (concurrency)、平等の原則に基づいて拠出されるのである。
4. 公的資金を受ける事業所は、計画書と会計書を当該行政に提出すること。公的基金を民間が管理することの透明性と責任を保障するために必要な条件を規則によって定めること。』

また第78条「社会的事業所の育成」では、次のように規定している。

- 「1. 社会的事業所は社会サービス制度における重要な要素であり、社会サービス育成の鍵となる。
2. カタルーニア州政府と当該地方自治体は、非営利組織の創設と参加を社会サービス活動の中で、十全な形で推進しなくてはならない。
3. 行政は、社会サービスのためにそうした社会的事業所の形成ができるよう指導し、社会サービスの公的制度と調整しなければならない」

(7) 公益企業登録規則 (政令)

ボランタリー企業、社会的企業の財政規則適用登録。

(8) アソシエーション権利法 (2002年3月26日付法第1号)、アソシエーション法 (1997年6月18日付法第7号、1964年12月24日付法第191号)

スペイン憲法第22条に基づく (1. アソシエーションの権利を認める。2. 犯罪目的および犯罪手段を利用するアソシエーションは違法である。3. この条に基づき設立されるアソシエーションは公示だけのための登記をしなくてはならない。

4. アソシエーションは法律的な決定によるのみ、解散またはその活動の停止ができる。5. 秘密結社および軍事的なアソシエーションは禁止される)。第3項は、公権力がアソシエーションの設立に対して干渉しないという結社の自由を明記したものである。

憲法の定めるアソシエーションは非営利であり、種類として政党、宗教団体、労働組合、消費者団体、利用者団体、事業アソシエーション、職能組織、スポーツ団体などが含まれる。したがって法人としては会社、協同組合、共済組合とは異なるものである。

(9) ボランティア法(1996年1月15日付法第6号)

全16条からなる。前文では単なるボランティア主義を越えて、社会的イニシャチブ、市民の社会的責任、連帯的社会が促進されるべきであり、連帯的組織、利他主義的組織が必要であり、公権力はそれを支援しなければならないとしている。

第3条第3項では「ボランティア活動は報酬労働であってはならない」としている。第4条では公益活動 (interes general) として、援助、社会サービス、市民的サービス、教育、文化、学術、スポーツ、保健、開発協力、環境保護、経済保護、研究、社会生活の向上、ボランティア推進などの活動があげられている。第12条では、公益団体や非営利組織との協働をボランティア組織が進めることを国家が支援するとしている。

8. おわりに

スペイン・カタルーニア自治州の非営利・協同セクターの事例は、いわゆる福祉ミックスの先例を示すものとなっている。福祉ミックスとは福祉社会サービス供給において公的セクター、営利セクター、非営利・協同セクターの最適組み合わせを指向したものであるが、これは、非営利・協同セクターが公的セクターに従属したり下請けになったりするということではない。EUにおける補完性原則とは、パートナーシップ原則であり、3つの経済セクターの共存を前提にしたものである。その中で、カタルーニアに見られるように、

社会セクターあるいは市民セクターの自主性を基礎にした経済的社会的事業として、非営利・協同セクターの政策的役割も増加している。こうした動きはカタルーニアだけにとどまるのではなく、ヨーロッパ各地域でみることができる。政策的にはカタルーニアは社会民主主義的な色彩が強いといえるが、このような福祉ミックスは他の各国事例の中においては保守主義や自由主義的なアプローチもわずかながら散見される。どのような形がふさわしいのかについては、政策的なせめぎ合いがある。

主要参考文献

Pla per a la inclusio i Cohesio Social a Catalunya 2010-2013, Departament de Treball, Generalitat de Catalunya. 2010

Que es el Tercer Sector Social ?, Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, 2010. CIES, Universidad de Barcelona, 2011

INE, スペイン統計局 www.ine.es

Economia de la cooperacio, Universidad de Barcelona, 2010

Diar Oficial del la Generalitat de Catalunya. www.genecat.cat/diari

Informacio estadística, 2007, Direccio General, d' Economia Cooperativa i Creacio d' Empreses, Generalitat de Catalunya, 2008

El Tercer Sector i L' Economia Social a la Ciutat de Barcelona, CIES, Universidad de barcelona, 2009

L' Economia Social a Catalunya. CIES, Universidad de Barcelona, 2001

(いしづか ひでお、主任研究員)

◎『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動 2013/09 第一報』

著者 八田 英之

ISBN 978-4-903543-10-9

頒価 500円

目次

はじめに

<各県の医療状況と住民運動>

<考察>

- 1 医療崩壊とその原因
- 2 医療崩壊に対する対策はどうであったのか
- 3 地域医療と公立病院を守る運動
 - (1) 医療・病院の存在を求める運動
 - (2) 公立病院の統廃合と経営形態を巡るたた

かいと論点

おわりに



県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の 「防災計画とハザードマップの検証から学ぶ」

鈴木 正彦

1、防災計画等検証プロジェクトの発足と活動

防災行政の脆弱な現状に危機感を抱き、転換する必要を痛感し、見直しと転換の契機とすべく計画したのが、「地域防災計画」と「ハザードマップ」について検証するプロジェクトである。スタートしたのは2010年の晩秋であり、東日本大震災・原発事故が発生する数ヶ月前である。

さいわい、「研究プロジェクト」の研究計画に「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」が理解を示され、助成対象にくわえていただいた。改めて厚くお礼申し上げる。

現地調査を千葉県、船橋市、我孫子市、旭市、一宮町で各2回実施し、職員から聞き取りを行った。2012年3月には『大地震・原発事故からいのちと暮らしを守る緊急提言』をまとめ、主として行政に対して問題提起や政策提起を行った。さら

に成果の一部を『ちば県民くらしの白書(第10版)』(『変わる!主権者は私たち』2012年10月)にも発表している。また、11団体・自治会の住民アンケート調査を実施し、751名分を回収し、その結果を分析した。

「研究プロジェクト」は千葉県自治体問題研究所会員9名で編成し、現地調査や全体討議の全部もしくは一部に参加し、報告書の執筆を担当している。この間の調査研究を総括したのが報告書である。

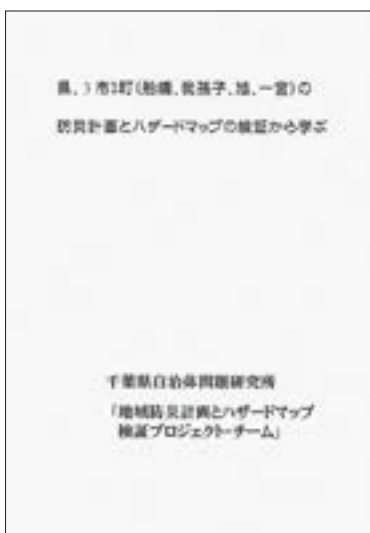
2、各計画の特徴と、アンケートに見る住民の意識

県

○「自助・共助・公助」の過度の強調は、その責任をあいまいにする危険 ○3.11の事実を無視した津波想定 ○想定されていない「南海トラフ巨大地震」の被害 ○根拠あいまいな6mの防潮堤建設 ○企業任せのコンビナート防災対策

船橋

○24の地区別防災カルテを作成、旧耐震基準の建物数、避難場所などの防災関連施設、地震の揺れの強さや液状化の危険性などを地区別にまとめた。市民が自分の住むところでどんな災害の危険があるのか具体的に理解するうえで有効なものと思われる。○ハザードマップを知っている人が半数に達しない一方、それについての説明会に参加したいという人が56%~74%にのぼる。○災害情報の入手方法は、TV、ラジオ、新聞、ITという一般的な入手方法がこの順番であらわれている。しかし、若松団地のみは二番目に自治会からの情報(29人54.7%)があげられている。この団地自治会が永年の活動を通じて住民に深く信頼されて



2013年10月発行、定価1000円(税込)

いることを示す。

我孫子

○「防災計画」には、「想定地震」はあるが、地震による「想定被害」が数値によって明らかにされていない。○住んでいる地域が「安全」「まあ安全」との回答は、それぞれ1.6%、14.6%に過ぎず、「危険」「やや危険」は22.9%と45.3%で、あわせて68.2%にもなる。「危険」「やや危険」と回答した理由として、地盤が「軟弱」「海岸・河川に近い」を49.2%と37.7%の人が挙げている。

旭

○今回の震災で最も避難に効果を発揮したのは防災行政無線であった。多くの犠牲者が出たことを教訓に、的確な広報を切に望んでいる。○津波ハザードマップでは沿岸から1km以内に6か所の津波避難ビル（小中学校や団地）と2か所の津波避難タワーが指定されている。高台など収容力がある6か所の津波避難場所へは最悪のケース30分以内に到達できるかがカギとなる。○避難場所の認知度は、「知っている」が51.0%と他地域より低い。○家族に避難困難者が23.8%と他地域に比べて多く、困難な理由は高齢による歩行困難が挙げられる。

一宮

○海岸からの道路が3本しかなく、しかも踏切で遮断される。避難道路をどう確保するか ○防災行政無線個別受信機や町広報も届かない、新住民への周知 ○海拔2mに満たない、一宮川河口付近の津波・洪水への対策 ○「住んでいる地域は災害に対して安全だと思いますか。」の質問に安全16%、危険70%と回答。海岸・河川に近いこと（63%）や適切な避難場所がないこと（31%）が

原因と回答している。○災害情報の入手方法は、TV、ラジオ、新聞、町の広報という順序であるが、町からの広報が他の3市と比べて2～3倍となっている。小さい自治体の方が住民に知らせる手段を持っていると言えるのでは。

3、今後の課題 箇条書き

○災害要因 ・異常気象に原因する大型の台風、爆弾低気圧に伴う竜巻、強風・突風、ゲリラ豪雨等 ・埋め立て、造成によって誕生した脆弱地盤に原因する地盤の崩壊や液状化、慢性的な冠水問題 ・臨海地域の石油化学コンビナート ・横須賀市を母港にする原子力艦船 ・自衛隊基地などの武器や弾薬

○隣県と大地震・巨大津波に関わる研究成果・知見等の情報を共有しつつ検討し、対策等を打ち出しているか

○憂慮される「指示待ち」行政

○シンクタンク等への全面委託や部分委託の導入。防災行政も決して例外ではない。

○防災や減災に住民や地域組織がどのように関わるのか、今回の計画の見直し・策定においても欠落しているか、きわめて不十分である。

○計画は作成するが、「公助」での災害対応を大幅に切り捨て、「自助」や「共助」に転嫁している。「福祉国家」の後退、自治体としての都道府県や市町村の自己否定以外の何ものでもない。

（すずき まさひこ、千葉県自治体問題研究所・事務局長）

〈医療政策・研究史〉（４）

なぜか医療政策史

野村 拓

●古典的医療経済・調査研究

1928年から1931年にかけて全28巻におよぶ歴大な報告書を出したアメリカ医療費委員会（The Committee on the Costs of Medical Care, CCMC と略称）に注目しはじめたのは、1963年段階であったと思う。「医療経済の古典から」（「医学史研究」No.14, 1964）という紹介記事につづいて、「医学史研究」（No.15, 1965.）に次のような形で全巻をリストアップした。

前号〈ひろば欄〉で、アメリカの The Committee on the Costs of Medical Care (CCMC) について少しふれたが、この CCMC の医療史的位置及びその報告書リストについて、簡単に紹介する。

1911年（明治44年）という年は、比較医療政策史上、重要な意味をもっている。この年、ドイツにおいては、国家社会保険法・職員保険法によって、ビスマルク社会保険が拡大・整備され、イギリスにおいては、国民健康保険法が施行され、わが国では、社会政策学会が、その第5回大会において〈労働保険〉をテーマとしてとり上げる。これらの事象は、医療保険を、国家独占の構造的矛盾の深化との関連においてとらえることの必要性を示唆するものであるが、

（このことは別の機会に詳述する）比較的に危機の浅かったアメリカにおいても、同じ年に労働災害保障法が施行され、ついで非産業性の疾病に対する強制的健康保険が検討されるようになる。この強制的健康保険施行の気運は、1920年頃までつづくが、アメリカ資本主義の繁栄と共に退潮する。ところが繁栄の中にありながら、

貧富の懸隔の存在、医療技術の進歩による医療費の高騰等によって、再び医療問題が社会的関心を呼ぶようになり、やがて CCMC の登場となるのである。

CCMC による疾病の定義、Medical Need と Medical Demand との区別、年令を関数とする健康曲線、所得階層別の受診率等々に関する調査・研究は現在の医療問題解明に、有力な手掛かりを提供するものと思われる。刊行された報告書は次の通り。

- (1) The Five-Year Program of the Committee on the Costs of Medical Care. pp40, 1928
- (2) The Extent of Illness and of Physical and Mental Defects prevailing in the United States. pp84, 1929
- (3) A Survey of Statistical Data on Medical Facilities in the United States. pp124, 1929
- (4) Hospital Service for Patients of Moderate Means. pp105, 1930
- (5) Medical Care for 15,000 Workers and Their Families. pp96 1930
- (6) A Survey of the Medical Facilities of Shelby County, Indiana. pp213, 1930
- (7) Capital investment in Hospitals. pp44, 1930
- (8) Private Group Clinics pp130, 1931
- (9) A Survey of the Medical Facilities of the City of Philadelphia, 1929 pp298, 1931
- (10) A Study of Physicians and Dentists in Detroit, 1929 pp54, 1931
- (11) The "Municipal Doctor System in Rural Saskatchewan. pp84, 1931
- (12) A Survey of the Medical Facilities of San Joaquin County, California, 1929. pp230, 1931

〈図1〉「アメリカ医療費委員会COMC」翻訳ノート

The Costs of Medical Care		No. 27	
I. 序説			
(1) 序			3
(2) 経費調査(個人、家族)の目的			3
医療の社会用			
疾病の社会用			
医療従事者の			
1人より医療			
The Fundamentals of Good Medical Care			
No. 27			
I. 序説			
(1) 研究の範囲			3
・ 研究目的の明確			
The Incidence of Illness and the Receipt and Costs of Medical Care among Representative Families			
No. 28			
I. 序説			
(1) 調査の目的と方法			3
・ 調査地域の選択			4
・ 家族の選択			5
・ スケジュール			6
・ 病状の定義			8
・ 資料取得の方法			8
・ 調査の目的			9
・ Changes and Expenditures Included and Excluded			10
・ 調査費			11
・ 管理			11
・ Verification of Diagnosis			12
・ データの整理			13
・ 報告の目的と希望			14
(2) 人口			14
・ 地理的分布			17
・ 経済的階級			21
・ 調査時期			21
・ 調査方法			23
・ 年齢・性別			24
・ Marital Status			27
・ 出生率の調査			28
・ 調査人口集団の調査の目的			29
II. 有病率・罹病率 (The Incidence of Illness)			
(3) 平均有病率			42
疾病の Medical Care			
(4) 有病率の要素			51
・ 季節的要素			51
・ 個人・家族別			54
(5) 家族の大きさ・性別・年齢階級と有病率との関係			57
・ 家族の大きさ			58
・ The Age Curve of Illness			59

- (13) A Survey of the Medical Facilities of the State of Vermont. pp340, 1932
- (14) The Costs of Medicines. pp268, 1932
- (15) Midwives, Chiropodists, and Optometrists pp83, 1932
- (16) The Healing Cults, pp148, 1932
- (17) Nursing Services and Insurance for Medical Care in Brattleboro, Vermont. pp78, 1932
- (18) The Medical Service of the Homestake Mining Company, pp66, 1932
- (19) University Student Health Services. pp129, 1932
- (20) A Community Medical Service Organized Under Industrial Auspices in Roanoke Rapids, North Carolina, pp126, 1932
- (21) Organized Medical Service at Fort Benning, Georgia. pp136, 1932
- (22) The Fundamentals of Good Medical Care pp324, 1933
- (23) Survey of the Medical Facilities in Three Representative Southern Counties. pp198, 1932
- (24) The Incomes of Physicians pp150, 1932
- (25) The Ability to Pay for Medical Care
- (26) The Incidence of Illness and the Receipt and Costs of Medical Care Among Representative Families, pp346, 1933
- (27) The Costs of Medical Care. pp648, 1933
- (28) Medical Care for the American People. pp236, 1932

第10巻に、ライン生産による自動車産業のメッカ、デトロイトがとりあげられている点については今昔の感が深いのが、産業都市、軍都、農村型小都市など今日的意味での地域医療調査的なものが数多くふくまれている点も興味深い。しかし、この時期、私が関心をもったのは、この調査における「病的状態」の定義であった。

診断基準のはっきりしている特定の疾患を対象とするのではなく、住民を対象に「病氣一般」を調査して統計値として示すためには「病氣一般」の定義が必要である。この調査では、「労働不能」と「なんらかの受療」とによって「病的状態」を

定義しているが、これにそっくりなのが戦後日本の「国民健康調査」における「傷病の定義」である。この点について、「国民健康調査」のプランナーでもあり、当時の厚生省医務局長でもあった曾田長宗氏に学会のときにかがたら、占領軍スタッフのなかの「ニューディーラー」経由でCCMCの報告書が影響を与えた点を教示された。

膨大な報告書に圧倒されながらも、〈図1〉のように翻訳に立ち向かった形跡がある。27巻、22巻、26巻などの翻訳ノートである。

●医療政策史のシラバス

1963年12月、東京での医学史研究会の帰り、乗り換えのため、名古屋で降りてノートを買ひ、あらためて構想を練り直した。そのとき、どういふわけか、ノートの表紙に「医療政策史」と書いた。

そして「医療政策史研究」という表題をかかけると、蚕が糸を吐くようにスラスラとレジユメが流れ出た。その中身はざっと次のようなものである。

医療政策史研究

I. 序

- (1) 医療政策史研究の意義と課題
- (2) 医療政策とは
- (3) 医療政策史の研究手法

II. 医療政策前史 (1)

- (1) 医療政策前史の起点
- (2) ペストと初期労働立法
- (3) 封建制の動揺と僧院医学の崩壊
- (4) エリザベス救貧法と Graunt 死亡表

《医療政策前史・Chart》

- (5) Petty の Political Medicine

III. 医療政策前史 (2)

- (1) 自然法・自然権思想と市民革命
- (2) 産業革命とその余波
- (3) 政策学・技術学としての Kameral Wissenschaft
- (4) Medical Police と軍隊衛生
- (5) 軍隊衛生から公衆衛生へ《士官と兵の病死数》《戦争と軍隊医学者》《年表 1752-1800》

《イギリス海軍における1,000人あたり疾病

・死亡・逃亡 1779-1813》

IV. 医療政策の形成

- (1) 医療政策と労働
《ロンドン市5歳未満児死亡率 1730-1829》
《マニュファクチュアと機械》
- (2) 労働運動と衛生改革
- (3) 労働条件における譲歩と労働力再生産過程・労働力給源対策
- (4) 人口統計の確立と公衆衛生
《農業労働者の生計収支 1840》
年少労働と乳児死亡
- (5) 繁栄期のイギリス(単一イギリス資本主義)における保健医療
- (6) ドイツ資本主義の興隆と医療政策
《医師数の変遷・英・米・独》
- (7) イギリスの凋落と医療政策
《年表 1901-1912》
《小年表 1889-1899》
- (8) 列強資本主義における医療政策の形成
《Chart・イギリス》
《Chart・ドイツ》
(医療政策の規定)

V. 医療政策と労働価値論

VI. わが国における医療政策の形成と展開

- (1) 比較医療政策史的前提
《時期区分の根源・1》
《時期区分の根源・2》
《時期区分の根源・3》
《時期区分の根源・4》
- (2) 医療政策前史 [I] — 一本源的蓄積期の医療—
 - (a) 開業医制のとらえ方
中産保護
薬剤偏重の成因・明治初期の診療費
医士ノ診察料
 - (b) 為政者の保健観・人間観
富国強兵と衛生
力役と衛生
差別的人間観と衛生
(中産保護)
 - (c) 衛生行政の挫折
 - (d) 講座制と細菌学

《前史I年表》

- (3) 医療政策前史 [II] — 社会政策段階の医療— (封建的窮乏層と labouring Poor との分離)
 - (a) 救貧・慈恵から社会政策へ
《年表》
《年表》
 - (b) 資本による医療保護
 - (c) 医制の中央法令による統一
 - (d) 労働力と医療政策・社会政策
《明治期の労働者数》
 - (e) 労働移動防止策としての医療
《前史II・年表》
《前史II・年表》
- (4) 医療政策の形成 [I]
《1人当り国民所得の変遷》
 - (a) 労働過程
《1912年における各国紡績織布労働者の生産性》
工程別標準動作
 - (b) 労働力再生産過程
《家計調査と健保》
《ドイツにおける政策学の系譜》
《Engelの業績と日本における紹介》
《ドイツ科学の影響》
高野岩三郎
《健保準備期における家計調査》
《医療政策の形成I・年表》
《医療政策の形成I・年表》
《高野岩三郎・二十職工・月島労働者》
《協調会 生計調査》
《二十職工とU.S.労働統計局との比較》
- (5) 医療政策の形成 [II] — 労働力再生産過程から労働市場へ—
《家計調査件数・実費診療所・工場医局・医療利用組合》
 - (c) 労働力市場に関するもの
《家計調査件数と労働異動・失業等に関する調査報告件数》
《労働移動状況に関する調査年表》
労働移動率・《工場労働者異動調》
《鉦山労働者異動調》《杭内女子鉦夫移動調》

- 《工場職工未治解雇者1千人に対する病名別》
 - 《出稼女工・帰郷原因並ニ健康ニ関スル調査》
 - 《未治解雇率》
 - 《失業原因としての疾病》
 - 科学的社会衛生学
 - 労働寿命
 - (d) 健康保険技術学による潜在疾病量推定の可能性
 - (e) 「労働力の更改」の可能性
 - 《労働者の平均年齢・T.9.5.5》《全国工業本業者年齢構成図》
 - 《解雇労働者の帰趨》
 - 《労働力の交代と賃金》
 - 《小学校卒業者や雇傭された者》
 - 《小学校卒業児童中就業者に関する統計》
 - 労働者の更改
 - (f) 国民健康法・保健所法
 - (6) 医療政策の展開 [I] —人口政策と医療担当者の統制—
 - (a) 労働過程
 - (b) 労働力再生産過程
 - (c) 労働力（兵力給源）
 - (d) 人口政策
 - 《人口問題の変セン》
 - 《人口政策確立要綱》
 - 《人口政策と医療政策》
 - (e) 医療担当者に対する統制
 - (7) 列強資本主義の不均等発展とその保健医療政策への反映—アメリカの場合—
 - (a) 第1次大戦前後の保健医療
 - (b) 経営者的医療経済
 - 軍事的健康と産業的健康
 - 疾病・移動による損失
 - (c) 繁栄期における医療問題—CCMC
 - 《1人当り年間公衆衛生費》
 - Dublin-Lotkaの式
 - 受益者負担の論理
 - (8) 医療政策の展開 [II] —戦後における医療政策の展開—
 - (a) 民主的諸改革と占領政策《公衆衛生対策に関する覚書》
 - 《戦後の一般的スウ勢》
 - (b) 賃金水準の抑圧と健保危機
 - 《賃金水準の抑圧》
 - 《人事院勧告と実施状況》
 - 《グラフ》
 - 《医療問題の戦後史における位置》
 - 《Chart》
 - (c) 耐久消費財の滲透と人口構造の變化
 - 《Chart》
 - 《Chart》
 - 消費行政
 - 医療費負担能力
 - 人口動態
 - (d) 国家独占の復活と医療政策
 - 《国と地方とを統一した財政支出》
 - 政府事業の特徴
 - 行政の事業化
 - 政府事業の技能、厚生保険特別会計
 - 擬制・受益度・受益者負担
 - 審議会
 - 《医療関係審議会の系譜》
- VII. 統括的考按
- (1) 労働力と生産関係との矛盾の深化
 - (a) 労働力人口の比率の増大
 - 《日本の階級構成》
 - (b) 総労働力政策
 - (2) 労働者年齢構成と保険医療経済
 - ΔNf と ΔCs
 - 負担と受益の Expectancy
 - 資金プール案
 - 〃
 - 《CCMCによる疾病の定義》
 - 《1日当り診療給付費》《年齢階級別平均罹病日数》
 - 《年齢階級別の受診率》
 - 《NfとCsの人口構成》
 - 受益と負担
 - 《労働力構成に関する立体コーホート》
 - 《有病率》と《労働力率》
 - (c) 剰余価値率・医療労働の潜在搾取率・疾病潜在化率

●雑誌「健康会議」に連載

1963年から1964年にかけて、このレジュメの単行本化を試み、また、学術論文として、「医療費規定要因に関する歴史的考察」を書いてみたが、発表機関がなかった。また、単行本で、という構想も、「医療政策」という言葉が市民権をもっていない時代に、それをテーマとする無名の新人の本を出す出版社はなかった。

結局、学術論文から啓蒙的なスタイルに変えて雑誌「健康会議」(〈図2〉〈図3〉)に連載することになるのだが、この雑誌は1948年に、日本患者同盟の機関誌としてスタートし、その後、経営上の困難もあって、読売新聞をページされた安藤萌生氏が引き継ぎ、進歩的健康・医療雑誌として発行されていた。野武士(時には猪武者)の風格のある安藤氏の雑誌は原稿料は出なかったが無名の新人、若手がもちこんだ原稿を掲載してくれるという有り難さがあった。ただし、誤植の多いのには、執筆者たちは悩まされた。

少し後の時期になるが、中川米造さんが『医療的認識の探究』を出したときには、書名が『医学的認識の探究』になっていた。中川さんが渋い顔をしながら「正誤表」を作成しているのをのぞきこんだら「何頁何行目」ではなく、「題名」とあったので驚嘆した。

また、この本の書評を、真面目な前田信雄さんが担当したので“何回も読み返してみたが、やはりこの本の書名は『医療的認識の探究』の方がふさわしいと思われる”というような書評が出現した。「正誤表」が届いていなかったのだろう。

このような荒武者のおそろしさがやがて身にしみることになるのだが、1965年段階では、市民権を

もたない「医療政策史」が活字になったことがうれしかった。4月からの連載に先立って、雑誌「いずみ」に「自由とは必然性への洞察」というヘーゲルの言葉を織り込んだ「医療政策史への道」を書いて見栄を切った。

〈図2〉「講座 医療政策史」の連載を載せた「健康会議」(No.193.1965.4)



●1965年のいろいろ

私が「講座 医療政策史」の連載を始めた1965年に、川上武さんは大著『現代日本医療史』（勁草書房）を出された。このとき、中央公論社の「自然」と川島書店の「医療と福祉」の2誌から書評を頼まれた。書評依頼の場合は本の現物が送られてくるので、大著2冊、ありがたく頂戴し、1冊をだれかにあげた。

この年の1月下旬、名古屋市の中村区役所に、過度の売血で憔悴した人達が救済をもとめる事件が起こった。近所に「ミドリ十字」という血液センターがあったからだろう。やはり、生きた医療政策史を書くには、新聞のスクラップが必要だな

〈図3〉「連載」の第1回



とこの時、思った。では、どんな分類で作るか。あまり細かく分類すると、後で困るだろうから「公害」と「医療制度」の2分類でいこう、これならば両方にまたがる記事はないだろうから、などと考えて始めたら、たちまち「公害健康被害補償法」の出現で悩まされることになった。そして、どんな分類をしても複数の分類項目にまたがる記事が出現することもわかった。試行錯誤的な1965年のスクラップは捨てる形となり、役に立つスクラップは1966年から、ということになる。名付けて『時系列・一本化方式』（図4）、つまり、タイムシリーズでスクラップ・ブックに貼りつけていく方式である。結局、検索はタイムシリーズしかないだろうということ、やり方が単純でないで長続きしないだろう、ということであった。

組織、機関ではなく、個人としてやるスクラップは、自分自身で新聞に目をとおして選択する作業が重要である。秘書にまかせた人の頭は定年後、からっぽになる。

また、何年か続けていれば、次第に「医療問題・歳時記」的なものが頭のなかにできあがってくる。高齢者問題なら9月の「敬老の日」前後、体力問題なら10月、というように。また各種事故、災害記事をライフステージ別に分類して「リスク・パターン」を作成するのも面白いだろう。

1965年は「連載」に集中していたので、単発論文はほとんどなかった。山城政之氏との連名の学会発表が日本衛生学会と第15回国際科学史学会との2編、「医学史研究」には「H.E.Sigeristの健康保険観」という短文を「ひろば」欄に載せたことぐらい。そして、「連載」や「スクラップづくり」が長期にわたる公務海外出張の場合にどうなるのか、ということなど、考えたこともなかった。

〔図4〕「時系列・一本化方式」のスクラップ（1965年11月段階）



有毒食品に監視の目

取扱い業者も再教育を

【本紙三編】 食品の安全と衛生は、国民生活の根幹をなす。その確保のため、政府は、食品の製造、加工、流通の各段階において、厳格な監視体制を敷き、業者に対する指導と教育を徹底している。最近、食品衛生法に基づき、食品の製造業者、加工業者、流通業者に対する監視が強化され、業者もまた、その監視を受けるべき立場にある。特に、有毒食品の取扱い業者は、その責任が重大である。政府は、これらの業者に対して、再教育を実施し、その責任を自覚させることとしている。

肝炎長期対策決まる

健康相談や環境衛生改善

【本紙三編】 肝炎の長期対策が決定された。政府は、肝炎の予防と治療に重点を置き、健康相談や環境衛生の改善に取り組むこととしている。肝炎は、国民生活に大きな影響を及ぼす疾患であり、その対策は、国民の健康を守る上で極めて重要である。政府は、肝炎の予防と治療に重点を置き、健康相談や環境衛生の改善に取り組むこととしている。また、肝炎の長期対策として、健康相談や環境衛生の改善に取り組むこととしている。

八年前から使う

出荷組合代表を逮捕

【本紙三編】 出荷組合代表が、八年前から使っていた有毒食品の取扱いに、逮捕された。この事件は、食品の安全と衛生に大きな影響を及ぼす可能性がある。政府は、この事件を契機として、食品の安全と衛生の確保に力を入れることとしている。また、出荷組合代表が、八年前から使っていた有毒食品の取扱いに、逮捕された。この事件は、食品の安全と衛生に大きな影響を及ぼす可能性がある。政府は、この事件を契機として、食品の安全と衛生の確保に力を入れることとしている。

〈図5〉「医学史マップ」の第1回目



●シェーマ・ストーリー

いろいろあった1965年だが、締めくくりの一発は日本ヘキスト社のPR雑誌の編集者の訪問を受けたことである。「大阪医学総会のときの先生のパネル」と言い出したので、なんのことかと思ったら前号で紹介した「ポリシー・マップ」のことであった。そして、話の要点は次のようなことであった。

この度、日本ヘキスト社がPR雑誌を発行することになったが、ユニークさを発揮するため、通常の雑誌（B5判）の倍の大きさ、B4判、8頁ということでやってみよう。ついては8分の1のウェートを占める「表紙」を遊ばせるわけにはいかないから、「医学史マップ」のようなものを分野別につくって欲しくないか。大要は以上のようであったが、「月刊」でこのようなものをつくるのであれば、たちまち、ネタが枯渇することは、目に見えている。当然、断るべきところなのだが、このとき、妙なことを思い出した。それは中川米造さんが、某大学の学生の海外旅行の添乗ドクター・アルバイトをやったときに、「俺はなあ、『医学概論』やからなあ、全科いけるんやで」とうそぶいておられたことである。そうか、中川さんの知恵を借りれば、全科の歴史マップができるのではないかと考え、無鉄砲にもこの企画を引き受けてしまった。〈図5〉〈図6〉はその第1回目で見物はもちろんカラーである。そして、この無鉄砲さが、やがて展開される「怒劇」の起点となる。

「怒劇」とは、徳川夢声が「カツペン」（活動写真の弁士）時代をふりかえったエッセーのなかに登場する言葉で、「悲劇」でも「喜劇」でもなく、下手くそな「カツペン」が客を怒らせる状況を意味した。1966年は「怒劇」のはじまりであった。

（のむら たく、北九州医療・福祉総合研究所 所長）

〈図6〉 同じく表紙裏の説明

今月の内容

日本の医学史	1
①-細菌学	
版大衛生学講師・野村 拓	
この症例は?	2
昭和大大二外科学教授・石井淳一	
苦心した治療体験	3
国立熱海病院院長・田坂定孝	
私の診察	4~5
①-主な反射の調べ方	
関東通信病院院長・佐々真之	
メディカルスポット	6
海外循環誌から	7
解説-この症例は?	
患者の心理12章	8
-医師と患者-	
版大神経精神科教授・金子仁郎	

日本の医学史①細菌学

版大衛生学講師
●野村 拓

医学の歴史をふりかえることの重要性については、いまさら喋るまでもない。だから誰もが医学史書に親しむようになれば、それにこしたことはない。しかし現代医家の多忙な生活は、なかなかその機会を与えてくれないのではなからうか。

こんな時に、医学史を形象化し、一種のデザインとして試みはどんなものだろう。もちろん、これがどれほど無理な試みであるかはよく承知している。にも拘らず、この無理を強行させたのは、医学史の重要性と現代医家の多忙との間の裂け目を、少しでも埋めることができれば、という青臭い使命感のなせる業である。未熟な点はご批判を頂きたい。

さて第1回は「細菌学」。結核、癩、日本住血吸虫症、ウイルス学などについては、またあらためてとり上げたい。

なお、本表作成にあたっては、雑誌「医学史研究」に掲載された緒方規雄、藤野恒三郎、大谷藤郎、中井久夫ら諸先生の論文を参考にさせて頂いた。

協働公認会計士共同事務所 税務協働税理士共同事務所 編著

『非営利法人・団体と労働組合の会計と税務 Q & A』

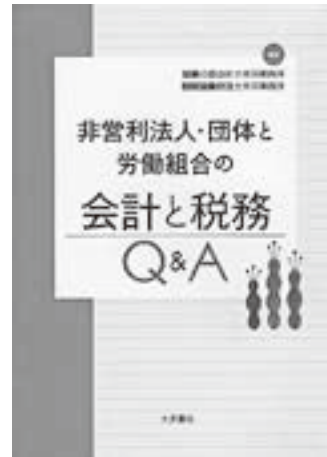
(大月書店、2013年、288ページ)

今井 晃

本書は、2004年に上梓された『労働組合・非営利団体の会計と税金Q & A』の改訂版であり、この間の法律や税制の改定、消費税の増税などに対応させたものです。また、民医連や福祉法人等の非営利組織、労働組合の会計と税務の指導に精力的に取り組んできた「協働公認会計士共同事務所」設立25周年を記念した発刊でもあります。

1998年、特定非営利活動促進法（いわゆるNPO法）の施行以来、NPO法人数は、急増を続けており、今日、認証された法人数は約4万8千に及んでいます。従来からある生協、共済、労働組合、医療法人や福祉法人を含め夥しい人々が非営利組織の活動に関わるようになってきたといえます。しかし、その理念や目的、活動への関心がこのように高くなってきたことに比べ、活動や事業を継続するために不可欠な経営や会計の整備については、依然として素朴さを脱しきれず、一部の担当者まかせや未熟さが残されているように思われます。

それは新しい非営利組織だけのことではありません。私の経験では、経営が困難になった医療生協で地域出身の理事さんたちから「小難しい話はわからない」とか「経営は常勤がちゃんとやればいい」と言われて正面から論議できないといった事例が少なくないのです。地域の健康づくりや生きがいづくりの行事や活動の論議は明るく楽しいものですが、経営を真剣に論議しなければならないときは、経営の厳しいときがほとんどですから、「重く」て「暗く」なるので嫌だという気持ちは分からないでもありません。もちろん日常的に理事会の役割として経営を重視し位置づけているところも多く、そういう組織では地域の役員さんも問題意識を持って積極的に論議に参加していま



●会計編

会計の基準	Q 001～Q 012
決算書の種類	Q 013～Q 020
一般会計と特別会計	Q 021～Q 030
会計処理	Q 031～Q 034
会計の管理	Q 035～Q 044
その他	Q 045～Q 048

●税務編

所得税の源泉徴収	Q 049～Q 059
消費税の課税のしくみ	Q 060～Q 072
消費税の課税・非課税	Q 073～Q 083
法人税の課税のしくみ	Q 084～Q 095
法人税：区分整理	Q 096～Q 104
法人税の課税・非課税	Q 105～Q 115
法人税：その他	Q 116～Q 117
その他の税金	Q 118～Q 119
税務調査	Q 120～Q 127

す。基本は、法人トップの姿勢にあり、職員・構成員の経営参加を適正に位置付け組織し、役員や活動家に対する経営教育を蓄積していくことにあります。経営や会計、税務の知識や理解は、一朝一夕で身につくわけではなく、事例（自分が関与する非営利組織の実際、課題と関連づけて）とともに論議・学習を継続することが大事だと思われま

す。本書は、前半が非営利組織の〈会計編〉、後半が〈税務編〉となっています。〈会計編〉は、非営利組織の運営に関わる全ての人に一度は読んで頂きたい内容です。会計や経営の話が苦手な人にも取りつき易いように分かり易く書かれています。「会計とは？非営利組織での会計の役割とは？」から始まり、非営利組織・労働組合等と言えども「複式簿記」を採用し「発生主義」で行うこと、専従者の退職金準備、予備費を使う際の注意点、監査の強化など、重要な指摘が多数記述されています。〈税務編〉は、会計責任者や実務に携わる人は必読と思われま

す。例えば、「図書券で支払う原稿料は源泉徴収が必要か？」「任意参加のセミナーの収益は消費税課税対象か？」「税務署からの『事業内容のお尋ね』にどう対応するか？」「いきなり税務署担当官がやってきたら？」など税務調査に係る問題まで具体的に書かれています。

非営利組織の理事・監事・監査に就かれている人並びに会計に携わる人は、〈会計編〉、〈税務編〉とも通読するのが望ましいでしょう。一読で全てを理解することは難しいかも知れませんが（私も含め）、後日、必要時に必要項目のQ&Aを参照できることが大事なことだと思います。

非営利組織では、経営の透明性や民主性、職員と構成員の参画が極めて重要ですが、その基礎となる会計、税務の基本知識を学ぶ上で本書は大いに役立ちます。非営利組織や労働組合に関わる全ての人に読んで頂きたい一冊です。

（いまい あきら、専務理事・東京民医連事務局長）

【事務局ニュース】 1・会員募集と定期購読のご案内

会員募集 「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし研究所報』を追加購入される場合、会員価格でお求めいただけます。なお会員への機関誌送付部数は、団体正会員1口5部、個人正会員1口1部、団体賛助会員1口2部、個人賛助会員1口1部となっています。

○会員の種類

- ・正会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布され、総会での表決権があります。
- ・賛助会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布されます。

○会費（年会費）

	区 分	適 用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個 人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個 人	なし	3,000円

定期購読 機関誌定期購読の申し込みも受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできます。詳細は事務局までお問い合わせください。

- ・1冊のみの場合：
機関誌代 ￥1,000円＋送料
- ・年間購読の場合：（2013年度改訂）
機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料
￥3,000円

会員からの情報提供

**彦根市による『新修彦根市史通史編・現代』発行を求めています！
賛同署名とカンパをお願いします。**

高木 和美

みなさん、『新修彦根市史通史編・現代』（以下、「通史編・現代」）の発行中止問題をご存知でしょうか？まず、私たち現代史執筆グループの「アピール文」をご参照ください。

新修彦根市史全12巻中、唯一残された『通史編・現代』の原稿は、2009年12月に完成し、編集委員会で確定されました。翌年3月には副市長までの決裁も受け、執筆者6名に執筆料も支払われました。ところが、当時の獅山向洋市長は、現代史グループに、強引に自らの業績中心に加筆を要請するとともに、原稿内容への介入まで試みました。私たちはこれに抵抗し、獅山市長による発行差し止め状態のまま3年が経過しました。2009年度（2010年3月末まで）に「通史編・現代」を発刊することは、編さん委員会の決定事項でした。

2013年5月に就任した大久保 貴市長は、私たちと何も話し合うことなく、編さん委員会・編集委員会の解散を決め、『通史編・現代』の発行中止を強行しました。現代史執筆グループは、この事態を看過することなく、2013年12月16日に、民事調停申立を致しました。その内容はホームページで公開しています。

私たちは、学者として、2009年12月の編集委員会で確定された「通史編・現代」の原稿に対する彦根市の措置を座視することなく、異議申立てし、是正を求めていく責務を有していると考えています（日本学術会議が2013年1月25日に出した声明「科学者の行動規範」参照）。

この「通史編・現代」は学問的著作です。それが公刊されないと、その学問的、社会的意味は皆無となり、本来市民（彦根市民はもとより、国内外の広く関心を持つ人々）が共有すべきものが、死蔵されてしまいます。また、市長という政治的権力者の意に沿うような歴史叙述にしなければ公表できないということになれば、研究者の学問の自由や自律性が認められないということになってしまいます。

前市長時代、発行時期を延期した理由として、近江絹糸労働争議、彦根西高校教師の不当配転撤回闘争、過去の市長選挙に関する叙述が不当である等があげられていました。2011年11月の彦根市定例議会での質問に対し、当時の谷口文化財部長は、「形を変えて刊行するということにならざるを得ないと考えております」「編集の体制を変える、つまり執筆者等の変更を行うとか、もう少しわかりやすくするために本の体裁を変えとか、こういったことを考えて編さん委員会の方に諮り」「ご了解をいただきましたら、そういう方向も検討していきたい」と答弁しています。私たちにとっては、寝耳に水の話でした。一連のできごとは、首長による自治体史の私物化、現代の焚書坑儒とでもいべきものです。

みなさん、市史編さん大綱と編集委員会の方針に基づき、既刊の『史料編近代・現代』を土台に、15年間を費やして完成した「通史編・現代」の原稿をそのまま印刷刊行することを、大久保市長に要請する署名運動をホームページにて取り組んでいます。ご署名の手順は、ホームページに記しています。どうか、ご署名をお願いします。また、この取り組みに対するカンパもお願いしたいのです。カンパの方法もホームページでお知らせしています。よろしく願いいたします。（<http://hikoneshishimondai.site.mix.jp/index.htm>）「彦根市史問題」というキーワードで検索できます。

私たちは、彦根市民はもとより、国内外の皆さんに50年後、100年後に、誰でも手に取って読んで頂けることを願ってやみません。

（たかき かずみ、岐阜大学教授）

『新修彦根市史』・通史編「現代」発行中止問題について訴えます！

執筆者グループ

初めてお手紙を差し上げます。私たちは、滋賀県彦根市の自治体史である、『新修彦根市史』の第4巻通史編「現代」の執筆者グループです。すでに新聞報道などによってご承知かと思いますが、この度、通史編「現代」の発行中止が言い渡されるという事態が起きました。これは、市長の一存で強行されたという点でも、執筆過程への介入が繰り返されたという点でも、刊行を前提として結ばれた執筆契約を無視したという点でも、決して容認できる問題ではないと、私たちは考えております。この問題につき、広く学問研究活動に従事されている研究者の皆さま、歴史系諸学会はじめ学術組織の皆さまに、事の真相と私たちの考えをお伝えし、ご理解とご支援をお願い申しあげることです。

本年10月、彦根市当局は通史編「現代」の発行中止を私たちに通告し、全12巻（通史編・史料編等）のうち、通史編「現代」のみを残し、編さん事業の終結を強行しました。私たちは、約3年前に予定通り通史編「現代」の原稿を提出し、2010年2月には原稿は完成（3校目）しました。市は編さん室から副市長まで所定の検査手続きを済ませ、全700頁の印字原稿は印刷・発行するばかりとなり、同年3月末には私たちに執筆料も支払われました。

しかるに、当時のS市長はこの最終段階の2月、突如、執筆対象期間を延長し自己の施政期間を中心に加筆することを強く要望し、発行も1年延期するなど執筆・編集過程に対する強引な介入を行ってきました。私たちもこれに押し切られ、発行時期も、2010年3月から2011年3月に変更となりました。ところがS市長はこれだけでは満足しませんでした。その後要求はさらにエスカレートし、「新聞史料を多用しすぎる」「視点が偏っている」「品格がない」「行政文書を中心に叙述すべきだ」など原稿内容のクレームにまで及びました。一部（自己の選挙戦の記述などへの不満）を除いては一般的・抽象的な「不満」としてしか示されず、研究者としての対応は困難でした。後にわかったことですが、S市長は原稿内容への「不満」を理由に、2010年6月に「政治判断」（市長の言葉です）で発行差し止めを編さん室関係者には命じていたそうです（私たちには知らされず）。私たちは、契約書にある補正を命じるのなら、文書で具体的に指示してほしいと何度も要求しましたが、一度も出ませんでした。

結局、「市史」を専ら「市の行政記録」と位置付けるS市長と、「編さん大綱」や「編集方針」に基づいて、何よりも「市民にとっての歴史」を学術的水準に立脚して取りまとめたという私たちの間で対立がとけず、市史原稿は放置されたままとなりました。

本年4月の市長選挙で初当選したO市長は私たちに一度も会うことなく、「総合的判断」と称して「現代」は発行せず編さん事業を打ち切ることを一方的に通告してきました。編さん委員会も編集委員会も正式に開かれず、本年10月末をもって両委員会は解散させられました。現市長は、「前市長が決めたことを覆すと政治問題になる」などという「政治的配慮」を最優先し、原稿内容についても、近江絹糸人権争議という現代彦根が経験した重要な史実に応分の位置づけを与えることまで「偏向」であると主張し、発行中止という暴挙を正当化しようとしています。これは、同争議の現代的意義を明らかにしてきた歴史学の成果を踏みにじるものでもあります。

市史問題の本質は、「首長による自治体史の私物化」にあります。思い返せば、歴代市長は市史編さん事業の「現代」に対して、「できるだけ直近まで書け」（前々市長N氏）、「執筆対象期間を1年延長せよ」（前市長S氏）、「生存者がいるから現代史は出さない」（現市長O氏）などと、編さん

委員会や編集委員会の基本方針を無視し、自己の意向を押し付けようとしてきました。それらは結局、「自身と自身が担当した市政を顕彰せよ」という名誉欲のあらわれにほかなりません。

私たちは、これまで「学術的水準を保ち」、「市民の視点と客観的見地からの市史」や、「人権尊重の視点を大切にする」など、編さん大綱の視点を踏まえた市史づくりに励み、市の職員である編さん室の事務局員とは10数年にわたる緊密な共同作業を継続してきました。その成果として、すでに近代・現代の史料編第9巻が2005年刊行され、それらをもとに「現代」の原稿は完成したのです。社会福祉、女性、マイノリティなど現代的視点も重視し、彦根市における第2次大戦後から21世紀への本格的な実証的通史として自負するものです。

私たちは、出来ることなら穏便に話し合いで解決するよう努力してきましたが、問答無用で編さん事業を廃止し、私たちの原稿を無と化し、彦根市民の多額の税金を無駄にする市当局に対し、裁判に訴えざるを得なくなりました。私たちは、学問研究の自由を守り、長年の調査と歴史研究の成果を市民に届けるため、あくまでも市史原稿の刊行を彦根市に要求し、研究者としての社会的責任(注)を果たしたいと思えます。

研究者の皆さま、諸学会の皆さま、どうか以上のような彦根市史問題の性格と闘いの意義をご理解いただき、電子メールやニューズレター、学会誌などを通じて広く関係各方面に事の真相をお広めいただき、裁判闘争など私たちの闘いにご支援よろしくごお願い申し上げます。

2013年11月15日

注) 2013年(平成25)1月25日の日本学術会議声明「科学者の行動規範」(改訂版、前文より)
「知的活動を担う科学者は、学問の自由の下に、特定の権威や組織の利害から独立して自らの専門的な判断により真理を探究するという権利を享受すると共に、専門家として社会の負託に応える重大な責務を有する。」

新修彦根市史・通史編「現代」執筆グループ

上野 輝将(元神戸女学院大学教授、日本現代史)

岡田 知弘(京都大学教授、地域経済学)

小松 秀雄(神戸女学院大学教授、社会学)

三羽 光彦(芦屋大学教授、教育史・教育制度)

高木 和美(岐阜大学教授、社会福祉学)

野田 公夫(京都大学名誉教授、農史学)

.....

* 「現代」執筆グループ代表 上野 輝将

住所：607-8006 京都市山科区安朱馬場の東町51-1

連絡先：〒522-0043 滋賀県彦根市小泉町78-14 澤ビル2階

井戸謙一法律事務所

アドレス k-eni_d.o@shigaben.or.jp

電話 0749-21-2460 F A X 0749-21-2461

報告書

◎非営利・協同総研いのちとくらし10周年記念

『ドイツの非営利・協同の医療と脱原発の地域電力事業視察報告書』

ISBN 978-4-903543-09-3

発行日 2013年3月31日、A4判144ページ、頒価500円（在庫僅少）

2012年11月3日（土）～11月11日（日）実施のドイツ視察報告書です。反原発運動と自然エネルギー活用、環境問題に対するドイツ市民の先進的な取り組み、ドイツの医療状況と介護の現状など、多くの写真とともに視察先を詳細にたどることができます。また論考やエッセイ、フォトレポートなどもあります（表紙2色、本文モノクロ）。

●目次

日程・概要	事務局
ドイツの医療制度、医療事故補償制度、エネルギー協同組合	石塚秀雄
ドイツの地方自治・医療状況と自然エネルギー活用の取り組み	山本 裕
ドイツと日本の電力改革	高瀬雅男
AWO高齢者施設・反原発とシュルツ氏	二上 護
ヘリオトロープ（太陽に向かう家）	小磯 明
ソーラーエネルギー住宅地	小磯 明
環境モデル地区ヴォーバン—住民のイニシアチブによるまちづくり—	小磯 明
エコホテル：HOTEL VICTORIA	小磯 明
南ドイツ・ヴァイスヴァイル村の原発建設抵抗運動	小磯 明
南ドイツ・フライアムト村のバイオマスエネルギー生産農家	小磯 明
南ドイツの再生可能エネルギー生産農家—フライアムト村	小磯 明
シュナイダー家のエネルギー生産—	小磯 明
ケーニッヒスブルンのAWO（労働者福祉事業連合会）シニアホームを訪ねて	竹野ユキコ
メッツガー・ゲートヤール財団の高齢者介護施設	石塚秀雄・竹野ユキコ
プロテスタント（福音）ディアコニー病院フライブルクを訪問して	吉中丈志
ドイツの病院について考えた	小磯枝李
ダッハウ強制収容所—敷地内すべてが墓	二上京子
環境首都フライブルク	田中千亜希
カント、ヘッセ、ヒトラーの国を訪ねて	大八木秀明
市民による社会的企業と協同組合運動のすすめ	吉中幸代
市民が環境を守り育てるドイツ	伊藤 淳
エネルギー革命を体感した旅	今井 晃
南ドイツ視察旅行雑感	竹野政史
フォトレポート（抜粋）	事務局
「森の幼稚園」訪問新聞記事	事務局



研究助成報告

- 「非営利・協同に関する意識調査」(岩間一雄)『いのちとくらし研究所報』16号
- 「往診専門診療所の満足度調査」(小川一八)『いのちとくらし研究所報』17号
- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡 公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号
- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号
- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号
- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号
- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演
- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号
- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号
- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』44号

研究助成報告

- 青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聰『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5 2006年6月発行
(978-4-903543-00-0)

- Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同（社会的経済）の実践—スウェーデン・イエムトランド地域の事例研究—』

2007年9月発行
ISBN 978-4-903543-03-1

- 東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト（代表 藤野健正）『Supportive Periodontal Therapy の臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』

2007年12月発行
ISBN 978-4-903543-02-4

- 日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院（医療従事者）と市民と行政の共同を—』

2010年6月発行
ISBN 978-4-903543-07-9

ワーキング・ペーパー（2006年11月）

©Takashi SUGIMOTO (杉本貴志), "Red Store, Yellow Store, Blue Store and Green Store : The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century"

ISBN 4-903543-01-3 (978-4-903543-01-7)

Summary

In this paper the birth and development of the co-operatives which were rivals of the Rochdale Equitable Pioneers Society are traced. Though the famous Pioneers Society has been studied by many historians, little is known about its rivals in Rochdale. In 1870 there were four co-operative stores, each with its own 'colour', in the birthplace of Co-operation. This work sets out to dig up these forgotten co-ops in the historical records and to clarify the meaning of the split in the Pioneers. In the course of the argument the position of the Pioneers in the co-operative movement should become clear.



『いのちとくらし研究所報』17号に日本語の論文が掲載されています（58～63ページ）。

ワーキング・ペーパー No.2（2010年3月1日発行）

◎『友愛社会とは何か—ヨーロッパから学ぶ社会像』 富沢賢治(聖学院大学大学院教授)

- 目次
- はじめに
- I 問題と問題解明の方法
1. なにを問題とするか
 2. 問題をどのように解明するか
- II 時代の動向
1. 世界の状況
 2. アメリカ
 3. ヨーロッパ
 4. イギリス
 5. 日本
 6. 民間非営利組織増加の要因
 7. 民間非営利組織の評価
 - (1) アメリカでの評価
 - (2) EUでの評価
 - (3) CIRIECでの評価
 - (4) フランスでの評価
- III 社会的経済の事例——モンドラゴン協同組合
1. 発展の歴史
 2. 組織と運営の基本原則
 3. 1990年代以降の状況
 4. 発展の要因
 5. ワーカーズコープ発展の基本的要因として
- IV 社会的経済の理論
1. 「社会的」という言葉の意味
 2. 社会的経済論の歴史
 3. EUの政策としての社会的経済
 4. 社会的経済論の社会認識
 5. 社会的経済論の政策提言
 6. 社会的企業の発展
 - (1) 社会的企業という概念
 - (2) 社会的企業の社会的位置と機能
- V 友愛社会の展望
1. 市場経済と労働の社会化
 - (1) アダム・スミスと市場経済
 - (2) マルクスの人間観と労働観
 - (3) マルクスの未来社会論
 - (4) 「労働の社会化」論 2. 生活の社会化と友愛社会
 - (1) アソシエーティブ民主主義
 - (2) アソシエーティブ経済
 - (3) 労働運動の根本方針
 - (4) 生活の社会化と友愛社会の成立
 - (5) 労働の社会化を促進するための法制度
- 参考文献

単行本案内

◎「医療難民」「健康格差」はなぜ生じるか どう克服するか

『日本の医療はどこへいく 「医療構造改革」と非営利・協同』 角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2007年9月25日発行、新日本出版社、238ページ、定価1995円（税込）
ISBN 978-4406050616

目次	
はじめに	
序章 無保険、無医村の時代から現代に	
第1章 医療保障と非営利・協同	
第2章 日本の医療供給体制の現状と今後	
第3章 2006年「医療改革」の行く末	
第4章 高齢社会の実態、医療・介護における格差の広がり	
第5章 米国の格差医療と非営利組織の役割	
第6章 ヨーロッパの医療制度改革と非営利・協同セクター	
おわりに	
参考文献	

角瀬保雄
高柳 新
角瀬保雄
岩本鉄矢
八田英之
廣田憲威
高山一夫
石塚秀雄
高柳 新



◎「崩壊」の構造を変える 『日本の医療はどこへいく』第2弾！

『地域医療再生の力』 中川雄一郎監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2010年1月25日発行、新日本出版社、237ページ、定価2100円（税込）
ISBN 978-4406053334

目次	
はじめに	
第1章 自治体病院はどこへ行く	
第2章 京都における医療機関の動向から地域医療の再生を考える	
第3章 東京における開業医と住民運動の連携	
第4章 佐久総合病院と地域医療	
第5章 明日の見えない医療経営—経営論点と処方箋	
結びにかえて—地域医療と「非営利・協同」	

中川雄一郎
村口 至
吉中丈志
前沢淑子
石塚秀雄
坂根利幸
杉本貴志



◎国民の安全・安心を取り戻すために必要なことを探求

震災と原発事故が示したのは、人の命にかかわる問題を「効率」や「経済成長」の論理に立ってないがしろにしてきた政治・社会の歪みでもあった。その痛切な教訓を記録するとともに、新たな焦点となっているTPP、医療をめぐる「成長戦略」、社会保障制度改革推進法などの問題点を解明。非営利・協同という可能性を探る。

『医療と地域社会のゆくえ—震災の国で』 角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2013年4月26日発行、新日本出版社、261ページ、定価2,100円（本体2,100円）
ISBN 978-4-406-05680-9

目次	
はじめに 角瀬保雄・竹野ユキコ	
第1章 被災地・宮城県からの報告 村口至	
第2章 福島第一原発事故の構図 齋藤紀	
第3章 先端医療を進める前提—神戸医療産業都市と東北メディカル・メガバンクをどう考えるか 上林茂暢	
第4章 社会保障制度改革推進法と今後の医療、介護、年金 相野谷安孝	
第5章 TPPと国民皆保険制度 石塚秀雄	
第6章 医療における非営利・協同組織の役割と課題 高山一夫	
おわりに 高柳新	



『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第44号 (2013年9月) —地域社会といのちとくらし

- 巻頭エッセイ：政策・実践上の重要概念としての普遍主義的給付（松田亮三）
- 地方自治制度改革をどう見るか—「10道州・300基礎自治体」再編の本質—（池上洋通）
- 東日本大震災の予算執行状況と地域社会（綱島不二雄）
- 研究助成報告：「津波被災地保健師100人の声」（宮城）プロジェクト報告及び「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」の検討（村口至）
- 2009年度研究助成概要報告：老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！（久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子）
- イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
- 医療政策・研究史（3）：医療経済的ふるしき（野村拓）
- 書評：川口啓子著『職場づくりと民主主義』（今井晃）

●第43号 (2013年6月) —京都・地域シンポジウム報告／憲法問題と非営利・協同

- 巻頭エッセイ：民医連の経営課題と幹部集団づくりの課題（今井晃）
- 特集1【京都・地域シンポジウム報告】
- 一医・職・住・環境 市民シンポジウム 災害医療とまちづくりを考える—
- 主催者挨拶（吉中丈志）
- 「被災地は今」被災地からのメッセージ（熊谷俊夫）
- 記念講演「がんの体験から」（鳥越俊太郎）
- まちづくりからの発信（古武博司）
- 災害医療とまちづくりを考える～地域医療からの発信～（尾崎信之）
- 食物アレルギー対応避難拠点づくり—食物アレルギーをもつ家族と地域の安全、連帯のために（長澤澄子）
- くらしからの発信（吉永淳）
- 特集2【憲法問題と非営利・協同】
- シチズンシップと国民権（中川雄一郎）
- 宇都宮健児さんインタビュー：人権や憲法をかたちだけにせず、権利主張するたたかいをつくる（宇都宮健児、インタビューアー：河添誠）
- 投稿論文：ドイツにおける看（介）護職養成・資格制度改革の経過に関する聞き取り調査報告（中間報告）（濱島淑恵・高木和美・芦田麗子）
- イタリアの医療労働人口と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
- 医療政策・研究史（2）：かけだし時代の研究（野村拓）

●第42号 (2013年3月) —介護保険制度と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「東電・福島第一原発事故と健康権」小西恭司
- 座談会「介護サービスにおける非営利・協同性の実現とは、現状と理論」林泰則、山田智、加藤久美、井田智、司会：八田英之
- 「2012年『改正』介護保険法・改定介護報酬の問題点～介護保険で私たちの介護保障は可能か?!～」藤松素子
- 2006年度研究助成報告「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」上野勝代
- 「21世紀の協同組合と非営利・協同セクター—憲法」堀越芳昭
- 「ケベックの社会的連帯金融」石塚秀雄
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第9回研究会報告「日本医師会の医療政策などよもやまばなし」石川広己
- 「朝日資料の整理を終えて」朝日訴訟の会・岩間一雄
- 書評 全日本民主医療機関連合会歴史編纂委員会編『無差別・平等の医療をめざして』角瀬保雄

●第41号(2013年2月)一貧困問題と生活保護制度の再検討

- 巻頭エッセイ「連帯経済への道」津田直則
 - 貧困問題と生活保護制度の再検討「はじめに～本特集の趣旨」吉永純
 - 「あるべき生活保護基準とその重要性～社会保障審議会生活保護基準部会の検討枠組みについて」布川日佐史
 - 「生活支援戦略(新たな生活支援体系)を読み解く」岡部卓
 - 「生活保護基準額の引き下げによって影響・被害を受ける制度概要」吉永純
 - 「社会保障制度の構築こそ、ディーセントワークへの道」都留民子
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第8回研究会報告「石川県内の公立病院―奥能登4病院を中心に―」武田公子
 - 社会福祉と医療政策・100話(95-100話)「20 医療・福祉職の世界史」(最終話)野村拓
 - 本の紹介・中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修『協同組合を学ぶ』黒子和彦、中島崇博
-

●第40号(2012年10月)一自治体病院再編動向

- 巻頭エッセイ「生存権と健康権」野田浩夫
 - 2012年度定期総会記念講演「福島原発以降の生命科学―私のミミズ研究」中村方子
 - 座談会「新自由主義政治の現段階といのちを守る社会運動の課題」渡辺治、長瀬文雄、(司会)河添誠
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第7回研究会報告
 - (1)「自治体病院の再編等をめぐる最近の動向について」山本裕
 - (2)「千葉県自治体病院の2009VS2010経営実績比較」八田英之
 - 「フライブルク市の医療福祉サービスの非営利・協同事業組織」石塚秀雄
 - 書評 二木立著『T P Pと医療の産業化』角瀬保雄
 - 社会福祉と医療政策・100話(91-95話)「19 百話方式」野村拓
-

●第39号(2012年8月)一T P Pと共済・医療。福島と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「『日本社会と社会科学』のゆくえ」内山哲朗
 - 「T P Pと共済事業」相馬健次
 - 「T P Pと医療イノベーション政策」石塚秀雄
 - 「東日本大震災後の非営利・協同組織の課題」富沢賢治
 - 「福島の農協・漁協と原発事故の影響と現状、地域社会への影響」高瀬雅男
 - 「福島第一原発事故から一年?明らかになったことと今後の課題」伊東達也
 - 座談会「非正規労働の拡大と労働契約法改正などをどうみるか」木下武男、伍賀一道、後藤道夫、河添誠
 - 「朝日訴訟と生存権」岩間一雄
 - 「ギリシャの医療制度と社会的経済」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話(86-90話)「18 喪失と閉塞の時代」野村拓
-

●第38号(2012年3月)一日本社会の変容と非営利・協同セクター、公益と公共の変容

- 巻頭エッセイ「22年前に書いた『東京電力～原発にゆれる電力』と現在」谷江武士
- 「法人制度改革の動向について(公益、一般法人制度を中心に)」根本守
- 「障害者政策の課題からみた2011年障害者基本法改正」鈴木勉
- 座談会「東日本大震災1年後の課題」中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会:石塚秀雄
- 「T P Pと米国の対日医療戦略」高山一夫
- 「ドイツの電力協同組合と地域社会」石塚秀雄
- 「国際協同組合年と日本の社会的経済セクター」杉本貴志
- 社会福祉と医療政策・100話(81-85話)「17 反社会保障の風」野村拓
- 書評 ジャン＝ルイ・ラヴィル編、北島健一・鈴木岳・中野佳裕訳『連帯経済―その国際的射程』石塚秀雄

●第37号 (2012年1月) —シリーズ東日本大震災公開シンポジウム (第1回)

- 巻頭エッセイ「震災の顔と私たちの明日」藤末衛
- 「福島原発問題と市民社会のゆくえ—いのちとくらしをどうまもるか—」難波謙二
- 「福島の汚染周辺地域の生活は今」藍原寛子
- 「原発以後の日本の市民社会、地域共同体のありかたとは」大高研道
- 「復興構想会議の復興構想7原則の問題点」石塚秀雄
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第6回研究会報告「自治体財政と公立病院」初村尤而
- 「フランスの医療事故補償制度の最新動向」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話 (76-80話) 「16 売り買い医療」野村拓
- 書評 小村富美子著『日本の薬剤師—医療社会学の視点から—』廣田憲威
- 書評 キース・フォックス著、中川雄一郎訳『シチズンシップ—自治・権利・責任・参加』富沢賢治

●第36号 (2011年9月) —震災原発と日本のゆくえ

- 巻頭エッセイ「非営利・協同論の探求」坂根利幸
- インタビュー「色平哲郎医師に聞く『3.11震災と日本のゆくえ』」色平哲郎、インタビュー・石塚秀雄
- 「被災地宮城からの報告—漁業権は沿岸漁業のかなめ—」庄司捷彦
- 「『社会保障・税一体改革』の特徴と問題点」相野谷安孝
- 「日の丸・君が代強制をめぐる一連の最高裁判決をどう読むか」窪田之喜
- シリーズ「『非営利・協同Q & A』誌上コメント (その4、最終回)」富沢賢治、中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会：石塚秀雄
- 2008年度研究助成報告「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」大友康博、大友優子
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第4回研究会報告「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」武内和久
- 「ドイツ・高齢者看護師を看護師に統合する制度改革の意味—2005年6月の聞き取り調査から—」高木和美
- 社会福祉と医療政策・100話 (71-75話) 「15 社会階層と健康・医療」野村拓

●第35号 (2011年6月) —震災原発問題と人々の協同

- 巻頭エッセイ「地から生えるように」野村拓
- 緊急座談会「福島第一原発と市民社会」角瀬保雄、中川雄一郎、坂根利幸、高柳新、司会：石塚秀雄
- 「東日本震災、原発による農民の現状と今後のたたかい」笹渡義夫
- 「破壊されたのは人生そのものだった—大震災・津波・原発事故の被災地をあるいて—」池上洋通
- シリーズ「『非営利・協同Q & A』誌上コメント (その3)」秋葉武、大高研道、高山一夫、司会：石塚秀雄
- 第13回自主共済組織学習会報告「保険業法改正法 (2010年法) と共済の課題」相馬健次
- 「協同組合と政治的中立性原則の問題」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話 (66-70話) 「14 ベトナム戦争前後」野村拓
- シリーズ医療産業における労働力「④イタリアの医療機関の特徴」石塚秀雄
- 書評・鈴木勉/田中智子編著『現代障害者福祉論・新版』石塚秀雄

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.44 (2013.11.30発行)

副理事長のページ「非営利・協同論の探求（その1）」（坂根利幸）、「2013年度医療福祉政策学校夏合宿に参加して」（高山一夫）、「住民運動と関わってこの頃の焦り」（窪田光）、「生活保護改悪反対の現局面と文献紹介」（河添誠）「EUにおける共済の動向」（石塚秀雄）、「イタリア視察概要報告」（竹野ユキコ）

○ No.43 (2013.08.31発行)

理事長のページ「はじめに行為ありき」（中川雄一郎）、副理事長のページ「地域医療の崩壊とたたかい」（八田英之）、「ディオバン問題の背景は」（高田満雄）、「ドイツ左翼と社会的経済」（石塚秀雄）

○ No.42 (2013.05.31発行)

理事長のページ「経済学と倫理（2）」（中川雄一郎）、副理事長のページ「総研の10年と会計」（坂根利幸）、「アメリカの診療報酬債権投資詐欺」（石塚秀雄）、書籍紹介・細田満知子著『パブリックヘルス 市民が変える医療社会—アメリカ医療改革の現場から』（高山一夫）、「地域シンポジウム概要報告」（竹野ユキコ）、「沖縄の厳しい現実とともに、地域連帯の可能性を示したシンポジウム」（河添誠）

○ No.41 (2013.02.28発行)

理事長のページ「経済学と倫理（1）」（中川雄一郎）、副理事長のページ「地域医療の再生と中核病院」（八田英之）、副理事長のページ「無料定額診療と『維新』票」（後藤道夫）、「ベネズエラの社会的生産企業」（石塚秀雄）、「『貧困』報道の『貧困化』」（河添誠）、「参加報告 2013年冬期医療・福祉政策学校概要」（竹野ユキコ）

○ No.40 (2012.12.31発行)

理事長のページ「シチズンシップ再考」（中川雄一郎）、副理事長のページ「非営利組織と消費税」（坂根利幸）、「スペイン・マドリッドの自治体病院の民営化とストライキ」（石塚秀雄）、「宇都宮健児さんとともにたたかった都知事選」（河添誠）、「ドイツ視察概要報告」（竹野ユキコ）、「各国の消費税」（石塚秀雄）

○ No.39 (2012.08.31発行)

理事長のページ「少子高齢化社会と雇用問題（2）」（中川雄一郎）、副理事長のページ「説明できない事実は無視してよいのか」（八田英之）、「アメリカのオキュパイ運動の与えた意味—そして、日本の現在」（河添誠）、「米国、協同組合による雇用促進法案」（石塚秀雄）

○ No.38 (2012.05.31発行)

理事長のページ「少子高齢化社会と雇用問題（1）」（中川雄一郎）、副理事長のページ「頭痛にはバップアリン」（高柳新）、理事リレーエッセイ「イルカ放送の向こうに」（吉中文志）、「水道事業の海外進出と民営化」（石塚秀雄）、会員投稿「水車を回せ」（平石裕一）

○ No.37 (2012.02.29発行)

理事長のページ「『無言国ニッポン』の深層心理」（中川雄一郎）、副理事長のページ「マネー・ウォーズ」（坂根利幸）、理事リレーエッセイ「『てんでんこ』思考停止病」（八田英之）、理事リレーエッセイ「戦争と格差・差別の実相をつたえる」（柳原晃）、「スウェーデンの保育制度と日本の新システム」（石塚秀雄）

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

総研いのちとくらしブックレット

総研いのちとくらしブックレットNo. 1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

研究所発行による最初のブックレットは、第1章・日本の医療制度や診療報酬問題をめぐる歴史的概括、第2章・日本の医療・介護制度の直面している問題と二つの道、第3章・診療報酬、介護報酬についての提言という構成となっており、全日本民医連からの委託研究報告書を基に、診療報酬制度をめぐる動きや用語解説などが加筆されて作成された。



総研いのちとくらしブックレットNo. 2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

デンマーク社会事業省が発行した『Social Policy in Denmark』の翻訳。2002年、デンマークへ高齢者福祉視察に行った訳者が、デンマークの社会政策全般の枠組みをはじめに、子ども・家族政策、労働援助、障害者、社会的困窮者への対策など、アクティベーションの福祉政策が一望できる内容となっている。序文・宮本太郎（北海道大学）。



総研いのちとくらしブックレットNo. 3

『新しい社会のための非営利・協同』

(ISBN 978-4-903543-04-8、2008年3月5日発行、A5判75P、頒価200円)

これまで『いのちとくらし研究所報』で発表してきた論文や座談会をまとめたものです。新しく用語解説を巻末に入れていきます。

【目次】

はじめに	鈴木篤
非営利・協同とは	角瀬保雄
非営利・協同と社会変革	富沢賢治
セクターの位置と役割	
非営利・協同の事業組織	坂根利幸
座談会「非営利・協同入門」	
角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸	
用語解説	
あとがき	石塚秀雄



総研いのちとくらしブックレットNo. 4

『非営利・協同Q & A』

(ISBN 978-4-903543-08-6、2010年9月1日発行、A5版116P、頒価300円)

このブックレットは、非営利・協同の原則や理念などを、学者研究者等11名の執筆者により短い一問一答形式で、一般読者、学生、非営利・協同関係の人々向けに編集したものです。また巻末には「さらに深めたい人へのおすすめの本リスト」がついています。

【目次】

1. 非営利・協同の原則 (Q1 - Q8)
2. 非営利・協同の担い手 (Q9 - Q17)
3. 非営利・協同の展開 (Q18 - Q22)
4. 非営利・協同と制度 (Q23 - Q27)
5. 非営利・協同と経営・労働 (Q28 - Q37)
6. 非営利・協同の社会的地位 (Q38 - Q44)



【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

<input type="checkbox"/> 読者の声	機関誌や研究所に対するご感想・ご意見・取り上げて欲しいテーマなどをお寄せください（機関誌等に掲載することもあります）。	
お名前・ご所属等		年齢 才
ご連絡先住所	〒	
電話番号・電子メールなど		

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所の FAX 番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

- ・会員の別 正会員 (個人 ・ 団体) 賛助会員 (個人 ・ 団体)
・入会口数 () 口

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人・団体を代表して入会する個人名を、個人正会員の場合は所属・勤務先等を記入して下さい。(団体正会員は、入会時に登録された個人が定款上の社員となります。)

※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

(団体会員のみ)	ふりがな 代表して入会する個人名	
	ふりがな 実務担当者名	
(個人会員のみ)	ふりがな 所属・勤務先等	

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	—		
住所			
電話番号	()	FAX番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

- ・入会金と会費 (1) 入会金
- | | |
|--------------|---------|
| 団体正会員 | 10,000円 |
| 個人正会員 | 1,000円 |
| 賛助会員 (個人・団体) | 0円 |
- (2) 年会費 (1口)
- | | |
|--------|-----------------|
| 団体正会員 | 100,000円 (1口以上) |
| 個人正会員 | 5,000円 (1口以上) |
| 団体賛助会員 | 50,000円 (1口以上) |
| 個人賛助会員 | 3,000円 (1口以上) |

【次号46号の予定】 (2014年3月発行予定)

- ・10周年記念特集
- ・記念号座談会
- ・会員からの論文、エッセイ等
- ・資料、他

【編集後記】

社会保障制度改革国民会議の報告書は昨年8月に
出され、12月にはプログラム法案が採決されました。
引き続き注視していきたいものです。またインタビ
ューや座談会などから医療・福祉現場の現状につい
て知ることができます。研究方法のノウハウを改め
て連載から学びながら、いのちとくらしを支えるも
のは何かと考えていきたいものです。

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機
関誌委員会で検討させていただきます。内容については編集部より問い合わせ、相談をさせていた
だく場合があります。

1. 投稿者

投稿者は、原則として当研究所の会員（正・賛助）とする。ただし、非会員も可（入会を条件と
する）。

2. 投稿内容

未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関
わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織
・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わ
る外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。

3. 原稿字数

- ① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。
- ② 研究所ニュース 3,000字程度まで。
- ③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。
（これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです）。

4. 採否

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会で決定。編集部から採否の理由を口頭または文書
でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げる
テーマに添わない場合は、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

- ① 電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）
- ② 投稿原稿は返却いたしません。
- ③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれ
かにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。
- ④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること（そうでない場合、版下代が生ずる場合があ
ります）。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

TEL : 03-5840-6567 / FAX : 03-5840-6568

ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: inoci.@inhcc.org