

研究所ニュース

No.84

2023.11.30



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

〒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

E-mail: inoci@inhcc.org <http://www.inhcc.org>

【副理事長のページ】(No. 84)

フリーランスと非正規労働

後藤 道夫

2022 年の「就業構造基本調査」(以下、就構)の集計が 7 月に公表された。5 年ごとのもので、54 万世帯、108 万人が調査された。今回は「フリーランス」、「テレワーク」の調査が入り、「副業」についても調査項目が増えている。

気になっていたフリーランスをながめてみた。

フリーランスといっても、独立性の高い自営業、業務請負など特定の発注者に依存する「雇用的自営業」、さらに、ウーバーイーツ配達員のようなギグワーカーと多様だが、就構による定義は、「実店舗がなく、雇人もいない自営業主又は一人社長であって、その仕事で収入を得る者」(内職者をふくみ、農林漁業等を除く)とされている。大雑把に言えば、生産手段をもたない、少なくとも形の上では自営業といったところだろうか。

フリーランスにかんする研究や政策論議は、実際の多様な就業状態、契約関係を分類しながら、必要な規制や法制を議論することが多いようだ。だがここでは、フリーランスがどの程度<食っていける>ものなのか、所得と就業時間を非正規諸形態と比較しながら大雑把に考えてみたい。

まず、就業人数だが、本業フリーランスは 209 万人(有業者中 3.1%)、副業のみフリーランスは 48 万人である。以下、本業のみを検討する。非正規労働者が 2111 万人(31.5%)だから、フリーランスはほぼその 1/10 である。なお、自営業全体は 511 万人で、そのうちフリーランスと重なる部分が多い、雇人がいない自営業は 398 万人、内職者は 9 万人である。

性別では男 146 万人、女 63 万人と男が 7 割をしめ、非正規と男女比が逆になる。年齢では男女とも 35~74 歳が中心で、25 歳未満は有業者の 1%未満と少ない。

職業大分類でみると、フリーランスの内訳は、男性が建設・採掘 29%、専門・技術 27%、販売 13%、生産工程 13%、運搬・清掃・包装 8%、女性は、専門・技術 43%、生産工程 17%、販売 15%、サービス 8%、事務 8%となっている。

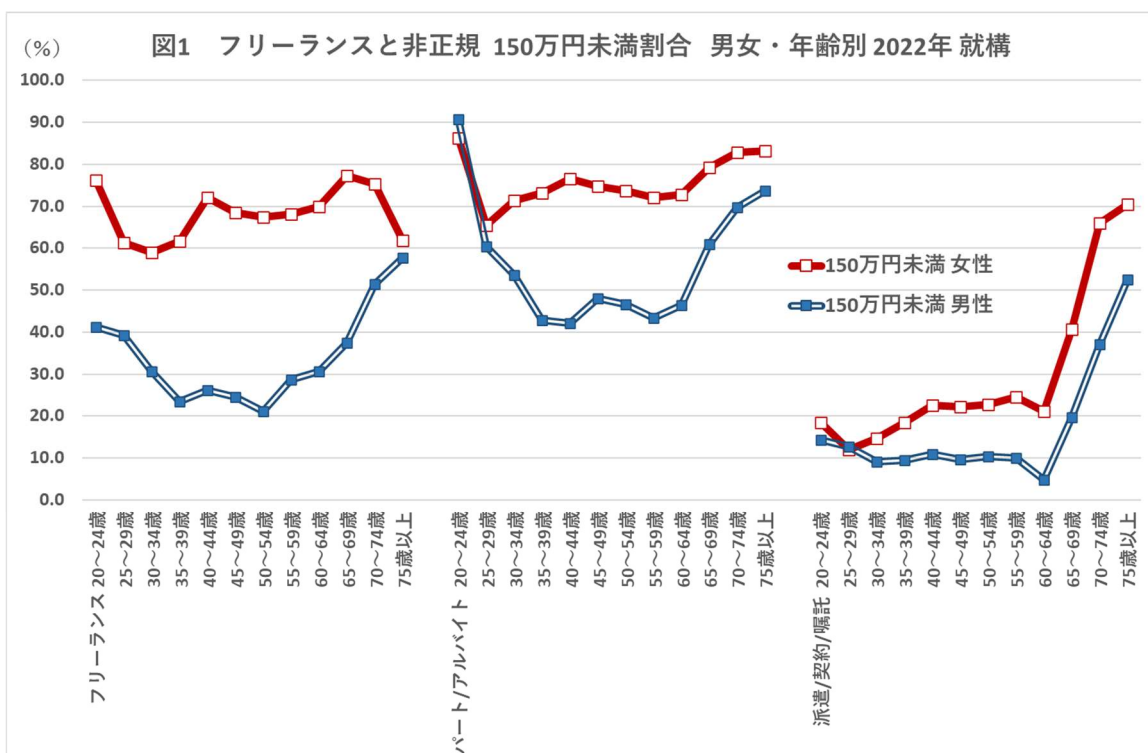
ここには、建設関係の一人親方、ソフトウェア作成、ライター、編集者、デザイナー

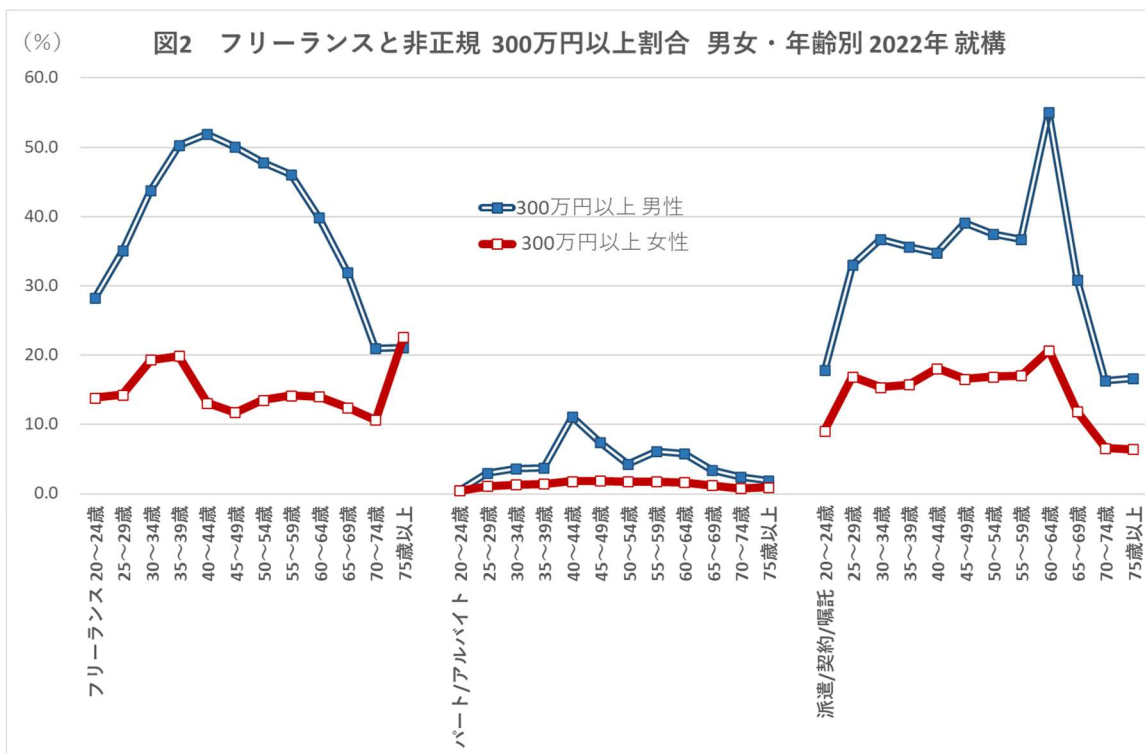
表 本業フリーランスの年間所得 2022年就構	男女	男	女	男女	男	女	参考 本業非正規	男女	男	女
	男女	男	女	男女	男	女		男女	男	女
総計	209.4	146.0	63.4	100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
150万円未満	91.7	48.9	42.9	43.8	33.5	67.7		58.8	43.9	65.6
150～300万円未満	47.0	36.7	10.3	22.4	25.1	16.2		30.4	35.3	28.1
300～500万円未満	38.4	33.2	5.1	18.3	22.8	8.1		7.2	14.2	4.0
500～800万円未満	18.8	16.5	2.4	9.0	11.3	3.8		1.3	3.3	0.5
800万円以上	10.6	8.5	2.1	5.1	5.8	3.3		0.4	1.0	0.1
			(万人)			(%)				(%)

一、芸術家、映像撮影者、各種の個人教師、データ入力、衣服・繊維製品製造、塗装・看板製作、家政婦、各種配達員、等々が含まれる。

<所得状況>

まず低所得の状況から。表をみると、年収 150 万円未満が、女性で 68%、男性でも 34%におよんでいることがわかる。この額は他人への依存等がないと生活困難であることが予想される水準である。この低所得状況は、女性では非正規全体とほぼ同じ水準であり、男性では 10 ポイントほどフリーランスがマシである。少なくとも現在のフリーランスは、一人分暮らせない勤労収入が蔓延する状況を変える存在ではない。





年齢別にみると（図1）、女性は150万円未満が6～8割であり続け、パート/アルバイトのそれとほとんど変わらない。同じ非正規でも、派遣/契約/嘱託はフリーランスやパート等よりもこの割合は低い、それでも40歳を超すと150万円未満が2割を超える。

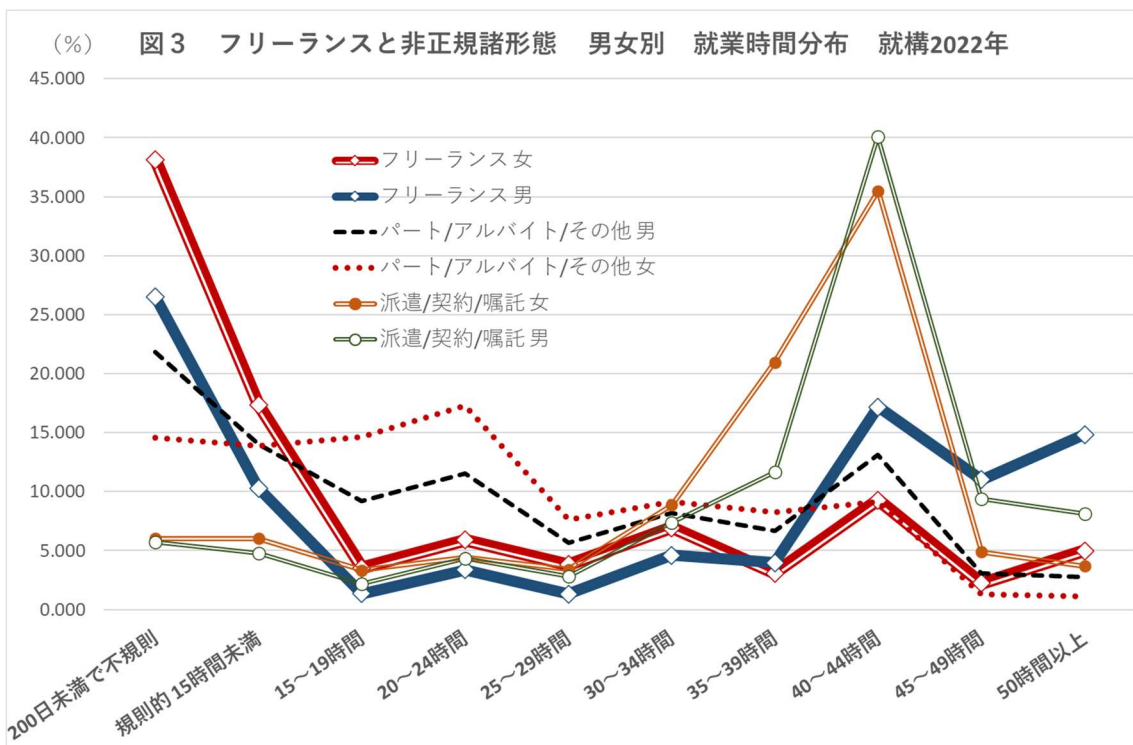
男性フリーランスの150万円未満率は、35～59歳で低くなる。パート/アルバイトよりも低い、派遣/契約等とくらべると勤労年齢全体を通じて高い（図1）。

他方、普通の生活が一人分は可能な水準と考えられる300万円以上の割合だが、フリーランス女性では75歳以上を除き、2割に届かない。派遣/契約等もほぼ同じ状況であり、60～64歳を除き、2割未満である。パート等では2%に達していない。

男性フリーランスの300万円以上割合は年齢によって変わり、35～54歳では5割前後となる（図2）。この割合は派遣/契約等を上回る。なお、正規労働者の300万円以上割合は年齢平均で、男性82%、女性59%である。

<就業時間>

フリーランスの就業時間分布は不規則と15時間未満に偏った分布となっている。フリーランスの不規則割合は、男性26%、女性38%であり、15時間未満を加えるとそれぞれ37%、55%に上る。図3に示したが、パート/アルバイトや派遣/契約等との違いは明らかであろう。なお、ここでの「不規則」は年に200日未満の就業で不規則就業あるいは季節就業の合計である。雇用労働者は40～44時間にピークがあり、フリーランスでもそこにもう一つのピークがあるが、これは、請負労働などの雇用的自営業の比重が大きいためと考えられる。なお、自営業全体では<不規則+15時間未満>の割合



は、男 30%、女 41%と雇用労働者よりもずっと高いが、フリーランスはそれを上回る。雇人がいない自営業でも男 35%、女 43%であり、とくにフリーランス女性 55%という高さが際立つ。

＜不規則＋15 時間未満＞の所得をフリーランスと非正規で比較すると、300 万円以上の割合は、フリーランスが男女それぞれ 24%、12%であるのにたいし、非正規男女はそれぞれ 4%、1%とずっと小さい。150 万円未満では、フリーランスが男女それぞれ 51%、75%、非正規が 82%、92%と、これも非正規の方が条件が悪い。＜食っていける＞割合は小さいものの、不規則＋15 時間未満という働き方でみれば、フリーランスは非正規よりもまだマシということだ。

＜フリーランスは増える？＞

結局、フリーランスで＜食っていける＞のか、という点でみれば、フリーランスを大きく二つの部分に分けて考えるほかはなかろう。300 万円以上のフリーランスは、それでも仕事の不安定と各種保障の脆弱が大きな問題である。だが、そもそも、生活できない水準のフリーランスは、これと区別して考えるべきだ。後者の問題はパート/アルバイトの低賃金・細切れ労働の問題と共通するところが多い。なぜ、家族の経済力が落ち続けながら、一人分食えない仕事が増え続けるのか、それを止める力は何か、という問題である。

論証抜きに大きな話に飛躍するが、フリーランスを押しつける種々の企業圧力に加えて、「雇用」への嫌悪と絶望の蔓延もまた、フリーランス拡大を加速させると思われる。これは、マルクスが将来社会に託した「個人的所有の再建」に連なる要求、矛盾の

一部なのかもしれない。だが、同時に、それはまた、もともと不規則＋短時間就業が大きな位値を占めるフリーランスが、副業としても社会に浸透し、結果として、短時間細切れ労働がいつそう拡大する可能性を広げるだろう。2022 年就構をみても、不規則＋短時間労働全般の拡大はとまっていない。

短時間細切れ労働の過度の拡大は、安い労働力の活用による中心的推進力がある。2010 年代半ばからは人手不足が深刻になり、事業管理の IT 化やクラウドソーシングの普及がそれを後押しした。

そもそも、パート労働者の賃金月額、2020 年消費者物価で調整すると、この 30 年間の平均は 10 万円ではほぼ変わっておらず、フルタイム労働者の平均値 42.6 万円の 4 分の 1 である。2022 年の平均月間労働時間は 80 時間と 162 時間だから、パート 2 人でフルタイム 1 人分をこなせば賃金コストは半分ですむ。短時間化が進む環境というほかはない。フリーランスの低所得部分もパート労働者の低賃金と相乗作用を起こし、実質所得引き下げの下方螺旋を描く可能性がある。

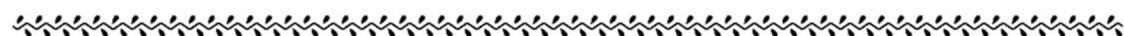
「構想と実行の分離」という観点を重視してみると、フリーランスの低所得部分は、「実行」部門が、さらにフルタイムと短時間に分割された、その短時間部分の一環ということになる。フリーランス低所得部分をふくめ、短時間労働者は仕事の裁量権がほとんどないマニュアル労働がふつうとなり、他方、実行部門のフルタイム労働者は裁量権を奪われたまま、現場のシステム運用をふくめて短時間労働者の管理/指導/補完を担わされる。「構想と実行の分離」の弊害が事業所でも拡大し、双方にストレスあるいは過重労働が押しつけられるのである。日本では「資格」あるいは経験蓄積を軽視する低処遇が維持されたままで、細切れ労働が拡大する領域が多いため、こうした状況への歯止めが効きにくい。

マルクスの用語に従えば、「物象化」が極端化されるということになるだろう。結局は労働の質が全体として悪化し、仕事の苦痛が増大し続ける。できる限り労働時間を短くしたいという欲求も、従来よりもずっと強くなっている。フリーランス化へのあこがれの拡大もその一環だろう。

今年 7～9 月期の速報によれば、実質 GDP は年率換算で 2.1%の減少だ。実質賃金の長期下落はとまっておらず、個人消費も縮み、設備投資も低調である。日本経済の停滞・衰退の背景は大きく、回復軌道にはほど遠いようだが、筆者はその背景の一つとして、不規則/短時間労働の過度の拡大による労働の劣化と社会の疲弊があると考えている。

(ごとう みちお、研究所副理事長・都留文科大学名誉教授)





【役員リレーエッセイ】

私の高齢期

岩本 鉄矢

今年 74 才になりました。来年からは後期高齢者に分類されることになります。

医師や学者の皆さんは、80 才を過ぎても現役で活躍を続けていらっしゃる方々が沢山いらっしゃいますが、私は 70 才で退職し、毎日を仕事に束縛される生活に終止符をうちました。

元々は 65 才で退職する予定でしたが、職場の人事上の事情で 70 才まで勤めることになりました。

退職後も、幾つか法人の顧問とか相談役(いずれも無報酬)を拝命していますが、ほぼ名目だけの役職で、特段の役割を担っている訳ではありません。特に、コロナが 2 類相当の感染症に指定されていた期間は、それぞれの法人の機関会議の構成要員でもありませんので、会議への出席を求められることも無く、何の役割も果たさないできました。

私は、退職後はそれまでの仕事とは別に『世のため人のため』になる役割を果たせるとは思っていませんでしたので、趣味の船釣りと菜園づくりに励もうと思っていました。

しかし、思いもかけない理由により、想定通りに趣味を続けることが出来なくなりました。その理由とは友人の死と私自身の体調の変化です。

船釣りは、私自身がレジャーボートを持っている訳ではありませんので、乗り合いの遊漁船に乗せてもらうか、数名の友人で遊漁船を貸し切るか、レジャーボートを持っている友人の船に乗り込むか、のいずれかを選択することになります。私は、見ず知らずの人達との乗り合いは好きではありませんので、遊漁船の貸し切りか、友人のレジャーボートへの乗船で船釣りを楽しんできました。

遊漁船の貸し切り料金は半日で 5～6 万円でした。その為、最低でも 4 名、出来れば 5～6 名の同船者がいなければ、一人当たりの負担金が多額になってしまいます。そこで、船頭と出船できる日程などの調整を行い、同船者を集める係の人が必要になってきます。狙いとする魚の釣れる時期はきまっていますが、出船の可否は風や波の状況で判断されますので、土日や祭日とその日に当たるとは限りません。一方、同船候補者の大部分は仕事を持っていたので、出船可能日に仕事を休める人は多くありません。そのため、遊漁船の貸し切りをするためには、顔が広くて、熱心に調整作業に取り組んでくれる、係の人が必要です。

私は、いつもこの係を引き受けてくれる友人に頼りっぱなしで、みずから調整役を買って出ることは一度もありませんでした。その友人は、私と違って、地元生まれで、同じ職場だけでは無く、小・中・高の同窓生などの友人も沢山いて、遊漁船貸し切りの調整役には打って付けでした。ところが、この友人は 64 才の年に肺がんが発見され、入院生活を続けていましたが、発見から半年後には亡くなってしまいました。本人が年金を一度も受け取らないままの死でした。それ以来、私の遊漁船を貸し切った船釣りは出来なくなってしまいました。

それ以降は、もっぱらレジャーボートを持っている友人の船に乗せてもらうのが、私

の船釣りでした。しかし、彼は私より 10 才も若く、現役で働いていましたので、いくら海の条件が出船に適している日でも、彼の勤務日には釣りには行けませんでした。それで、彼も退職して年金生活に入り、海の条件さえよければ、いつでも出船出来るのを楽しみにしてきました。ところが彼も、今年の春に、65 才を目前にして肝臓疾患で亡くなってしまいました。

かくして、私の船釣り道は絶たれてしまいました。

次に菜園づくりです。

私は、現役時代から自宅の隣の農地を賃借して、枝豆や野菜づくりをつづけてきました。いつまでも使ってもらって良いよ、という地主さんの意向もあって、石を取り除いたり、有機肥料を大量に入れたりして、土壤の改善にも取り組んできました。

ところが、私が退職した年に、地主さんが亡くなり、跡を継いだ息子さんは多額の相続税を払わなくてはならないことになりました。郊外に広い農地を持っている地主さんでしたが、郊外の農地を売っても大した金額にはなりません。一方、私の借地を含む一帯の農地は第一種住宅専用地域に区分される地域に属しているため、業者が相応の額で買い取って中規模の宅地を造成するので、そこに売ることになった、そのため、来年以降はもう貸せない、ということになりました。今は我が家の周りには、びっしりと住宅が建っています。

私の家の近所には、他にも農地が残っているのですが、そう遠くない時期にみんな宅地になってしまいそうな土地ばかりです。また、それまでの借地は、水の便がなくて、日照りの夏には水道水を使って散水しなければならず、はねあがった水道料の請求書を見た妻から嫌みを言われていました。そのため、少し家から離れても、宅地にならず、水の便が良い畑地を捜して、今、使っている畑をみつけ、三年更新で賃借契約を結ぶことができました。自宅敷地内にあるビニールハウスで育てた苗や耕耘機などを運ぶ為に、中古の軽トラックの購入も行いました。

かくして、菜園づくりのフィールドは確保出来たのですが、今度は私の体調がおかしくなってきました。高齢期を迎えたとはいえ、70 才の誕生日を迎えるまでは、高血圧で定期受診をしていましたが、いたって元気に毎日をすごしてきましたので、ずっとその調子が続くものと思っていました。

最初は、喉の痛みです。食事がとれず、開業医を受診すると、「たいしたことはないので様子をみるように」と言われました。数日しても痛みが増幅するので再受診したら、「紹介状を書いて、先方にも連絡するから、市立病院の耳鼻科を受診なさい」、と言われ、そこで上咽頭炎(原因不明)と診断され、一週間通院し点滴治療を受けることとなりました。

市立病院への通院治療で喉の痛みは軽減しましたが、咽頭部の違和感が無くならず、食事がとれず、味覚もおかしいままでしたが、「治療は終わりましたので、あとは通院しなくて良いです」言われてしまいました。

毎日体重計にのっていましたが、食事が満足に摂れないと、一日 0.5kg の割合で体重が減少し、90 キロあった体重が 79 キロにまで減ってしまいました。それまで肥満と言われていたのが丁度良い体重になったのですが、このまま減り続けられれば死んでしまうと思い、出身法人の病院内科を受診し、入院させてもらいました。検査の結果、逆流

性食道炎と診断され一週間の入院治療で食事ができるようになり退院することができました。

退院後、お酒ものめるようになり、体重もほぼ戻りましたが、喉には後鼻漏という症状が今でも続いており、鼻水様のものが常に喉の奥にたまり、時々気管の方にも行って咳き込むことになります。

次に私に降りかかったのは、左足の激痛です。ずっと、毎朝 40 分程度のウォーキングを続けていましたので、筋肉痛かとも思い、湿布薬を張ったりしていましたが改善せず、症状はどんどん悪化し、少しの距離を歩くにも、階段を上るにも、冷や汗をながしながら痛みをこらえなければならない状態になりました。身近に脊椎間狭窄症で同じような症状になり、手術を受けた人がいたので、覚悟を決めて昨年 12 月に整形外科を受診しました。整形では、神経痛との診断で、手術しなければならなくなる人の割合は少なく、投薬治療で痛みは押さえられるとのことでした。今日まで薬を飲み続けて、何とか日常生活は送っていますが、長距離の歩行はまだ無理です。

幸い、車の運転には支障が無く、前屈姿勢で扱う耕耘機を使つての畑作業は足の痛みが出ませんので、家から遠くなった畑での菜園作りは可能です。今春は、痛みが酷くなって手術をしなければならないこともあり得ると思い、枝豆はすべて早生種のみので植え付けとしました。そのため、猛暑と雨不足の今夏の影響を受けずにすみ、7 月までには全ての枝豆収穫を終え、毎年送っている皆さんに届けることができました。けがの功名でした。

気持ちはどうあろうとも、老化による体の変調は避けられないようです。明日、何が起きるかわからないのが高齢期ようです。今年からは農地の借地契約を三年更新から毎年更新に変更してもらいました。

(いわもと てつや、研究所理事)



医薬品供給問題について

中川 直人

■ 薬が、ない

「今、そのお薬はありません」

最近、このようなことをかかりつけの病院や薬局等に行った際、言われた経験はありませんか。そのお薬は偶然品切れだったのでしょうか。

最近になり、少しずつ報道されるようになってきましたが、2020 年末から慢性的に医薬品の供給が不安定となっており、3 年近く経過した今も供給不足が続いています。特に最近ではインフルエンザが流行していることもあり、咳止めや去痰剤等の風邪薬が手に入らないことを実感されることが多いのではないのでしょうか。

この問題の発端となったのは、2020 年 12 月に発覚した福井県の後発医薬品メーカー「小林化工」が製造した抗真菌薬(水虫等に使う薬)に睡眠導入剤が混入した事件でした。

抗真菌薬服用後に意識を失うなどの健康被害が出た人は全国で 245 人にも上り、因果関係は不明とされていますが、2 名の死亡例も出ています。

この事件は、法令遵守への意識の欠如が主たる原因と指摘され、品質確保のための体制整備が不十分であったことにあるとされています。また、睡眠導入剤が混入した医薬品以外にも、①承認内容と異なる医薬品の製造、②二重帳簿の作成、③品質試験結果のねつ造等の法令違反事項が、長年にわたり行われていたことが確認されました。

結果、小林化工は福井県から過去最長となる 116 日間の業務停止命令と業務改善命令の処分を受けました。

また、後発品メーカー大手の「日医工」も 2021 年 2 月に富山第一工場について、県及び PMDA（独立行政法人医薬品医療機器総合機構）の合同による無通告査察（いわゆる抜き打ち検査）が実施されたところ、GMP（医薬品の製造管理及び品質管理基準）違反の疑いが判明し、富山県が日医工に対し医薬品製造業（富山第一工場）32 日間の業務停止と第一種及び第二種医薬品製造販売業 24 日間の業務停止命令を出しました。

これらを発端とし、無通告査察が多数の医薬品メーカーに対して行われ、不正や違反が発覚し、多数のメーカーが処分を受けることとなりました。

さらには、2022 年 12 月、日医工は事業再生 ADR が成立し、事業再生のため、工場を廃止する等の対応を開始しました。そのため、販売中止となる医薬品が増加し、医薬品供給不足に拍車をかけています。

こうした事態を受けて他メーカーは増産等していますが、新型コロナウイルス感染症の影響やロシアによるウクライナ侵攻に伴う世界情勢の悪化によって原薬の調達をはじめとしたサプライチェーンにも障害が起きていることもあり、いまだに流通不安定が改善する気配が見られません。

むしろ、これら様々な要因で供給停止または不安定に陥っている医薬品数は増加し続けており、医薬品流通が正常化する時期は見通せない状況となっています。

供給が不安定になっている医薬品には他に代替不可能な医薬品も含まれており、特に WHO が公開している EML (Model list of Essential Medicines／必須医薬品リスト) に掲載されている医薬品の供給が不安定になっていることは大変深刻です。

では、これらの不正が起こった背景についても振り返ってみましょう。

■ 日本の医療費抑制政策～特に薬価抑制、後発医薬品の拙速な使用促進～

日本の薬価基準についてはご存じですか。薬価基準は、医療保険から保険医療機関や保険薬局（保険医療機関等）に支払われる際の医薬品の価格を定めたものと定義されます。薬価基準で定められた価格は、医療機関や薬局に対する実際の販売価格（市場実勢価格）を調査（薬価調査）し、その結果に基づき定期的に改定されます。

この薬価制度ですが、2020 年までは 2 年に一度実施される診療報酬と同時に改定されるものでしたが、2021 年度からは国民負担の軽減を理由に、診療報酬改定のない中間年にも薬価改定（実質引き下げ）が実施されることが決定し、毎年薬価の引き下げが行われる状況となりました。いまやお薬は 1 錠あたり駄菓子よりも安い値段で取引されているものもあります。これでは後発医薬品メーカーは利益を出すのが難しくなることが分かります。

また、薬が足りなくなっているもうひとつの大きな原因は、後発医薬品の拙速な使用促進です。厚生労働省は 2013 年 4 月に「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロー

ドマップ」を策定。その後、2018年度から2020年度末までの間のなるべく早い時期に80%以上とするという新たな目標が定められました。さらに2018年10月1日より、生活保護者への後発医薬品使用の原則義務化等により、後発品の使用を急速に推進しました。

結果的に2022年末には数量ベースで後発医薬品使用割合は80%程度まで増加したものの、前述の通り医薬品の流通が不安定となり、急激にブレーキがかかっている状況となっています。

今後、後発医薬品メーカーの事業転換や経営効率化などにより、製造販売が中止される後発医薬品が更に増えていく可能性があり、医薬品の不安定供給がさらに加速することが考えられます。

もちろん、不採算だからといって安易に撤退、販売中止することは、安定的に医薬品を供給する使命を有する医薬品製造企業の役割として許容できませんが、メーカーサイドも低薬価の医薬品を製造するためのコストカットを余儀なくされ、結果として申請時の手順を無届で簡略化したという、あってはならない事態に発展したことが推察されます。そこには会社を存続させるために必死だったという背景があったのかもしれませんが。

■ 必要な薬を必要な人へ

これら様々な要因が絡み合った結果として、国民の命を守る手段である医薬品の供給が滞るという問題に発展しました。また、医療機関・薬局では、医薬品確保や代替薬剤への変更の手続きなどに追われるなど、医療活動全体に大きな影響を及ぼしており、患者さんに多大なご迷惑をおかけしているとともに、現場の薬剤師への負担が過剰にかかっています。

この状況はまさしく異常事態であり、早急に対応する必要があります。

厚生労働省医政局の安藤課長（当時）は、「後発医薬品の使用促進はやや拙速だった」と認め（日本ジェネリック医薬品・バイオシミラー学会第17回学術大会における発言）、医薬品供給不足問題の対策を講じるとしています。が、医薬品の迅速・安定供給実現に向けた総合対策に関する有識者検討会（医薬品供給有識者検討会）の報告書については、不十分との指摘があります。

現在、厚生労働省は咳止め薬、去痰剤の増産等を主要8メーカー含む24の医薬品メーカーに要請していますが、これらの薬以外の供給も不安定となっている現実があり、根本的な解決策にはなっていません。

このように医薬品をめぐる情勢は非常に厳しい状況に迫いやられています。このままでは安全安心の医療の継続が難しくなってしまいます。

メーカーへの要請という「お願い」だけではなく、医療費抑制政策の見直しや医薬品メーカーの増産体制構築のための具体的サポート、その他医薬品が安定的に流通するためのシステムの構築を急ぎ、まずは「必要な薬が必要な人に行き渡る」ことを最優先としてもらいたいものです。

（なかがわ なおと、（一社）メディカプラン京都理事長、薬剤師）



イスラエルとパレスチナの協同組合

石塚 秀雄

●ウクライナ・ロシア戦争が始まり、国際社会ではウクライナ支援が活発化しているところに、今度はイスラエル・ハマス戦争が始まった。イスラエルは第二の独立戦争だと言っている。パレスチナガザ地区ではすでに一万人以上がイスラエルの空爆で死んでいる。大半は民間人でその半分は子供だという。イスラエルの攻撃は国連憲章が認めている自衛権の乱用で、集団虐殺である。国際社会ではイスラエル支援なのはさすがにアメリカやイギリス、カナダなど少数で、大半はイスラエルのガザ侵攻を非難している。バイデン大統領はプーチンとハマスは同じ穴のムジナだと言っている。彼らは正義はウクライナとイスラエルにあると思っている。停戦を求める声が高いが、ウクライナ戦争のときも同じようにみんなで停戦を叫べば良かったのである。誰も止め男はいない。イスラエルは最初から戦争の段階的実行の準備をしていたふしがあり、今回の戦争(紛争)もある日突然、領土と国民が不意打ち攻撃されて始まったのではなくて、ウクライナ戦争と同じく、イスラエルはハマスが攻撃するのを手ぐすねひいて待っていたのであろう。イスラエルの最終目的はガザ地区の消滅による領土拡張であらう。そうでなければイスラエルは「第二の独立戦争」などは言うまい。

●イスラエルは協同組合と類似する Kibbutz(キブツ)という共同農場を基盤として国作りをした。キブツはロシアの共同農場(アルテリ)を参考にしたものと言われている。1880年代以降、パレスチナにユダヤ人がとりわけロシア、東欧から移住してきた。こうした「祖国帰還運動」は Zionism シオニズムと呼ばれるが、ユダヤ人の「祖国復活」運動の「祖国」の候補地は最初からパレスチナであったのではなかった。ホームランドとして移住の行われた米国のナイアガラ滝に近い地域、アルゼンチンの南部のパンプ地域などがユダヤ国家設立の候補地として上がった。もしそれらにユダヤ人国家を建設したなら、周りが全部敵のようなシナイ半島という場所でなく、広い地域に民族国家をつくることになり、今のような紛争は起きなかったに違いない。パレスチナをホームランドにする理論的支柱を与えた人物の1人が一時マルクスの友人であったヘーゲル左派であった社会主義者 M.ヘス(ユダヤ人)である。彼の書いた『ローマとエルサレム』(1862)という本は19世紀の後半になってシオニストたちによって重視されたのである。しかし、パレスチナでの建国をもっとも推進したのはイギリスである。19世紀半ばのクリミア戦争を経てインドでの戦争を進めたイギリスは、イギリスが支配していたシナイ半島のパレスチナにユダヤ人国家を作るとは、インド支配のための戦略的重要性があったのである。結局、第二次世界大戦後の1948年にイギリス主導でイスラエル国家が設立されたのである。

私の知る限りでは三つの「祖国帰還運動」があった。イスラエル建国、1920年代以降のアメリカ黒人の「アフリカ帰還運動」、第三は1960年代に在日朝鮮人による北朝鮮帰還運動である。この三つの「祖国帰還運動」に共通しているロジックとは何なのか。それは「Diaspora ディアスポラ」と呼ばれる、故郷を追われた人々の民族主義に触発された復帰意識ともいえる。またイギリスや日本などは、国内の異民族を追い出す格好の大義名分として「祖国帰還」運動を支援したのである。イギリスやドイツは第一次世界大

戦後のいわゆる戦間期の段階では、シオニストの「祖国帰還」運動に乗り気であった。戦後ユダヤ人虐殺の罪で裁判を受け死刑となったアイヒマンは 1937 年末の時点ではユダヤ人国家をパレスチナに建設するというシオニストに賛成だったが、ナチスがユダヤ人絶滅の「最終解決」の方針を強めたので、アイヒマンはパレスチナ視察はできなかった(I. Kershaw, “Hitler”, 2000, Penguin Books)。

イギリスの政治学者 I・ドイッチャー(ユダヤ人)は 1968 年に出版された『非ユダヤ的ユダヤ人』(岩波新書)の中で「農業団体キブツはイスラエル人の平等精神の縮図である。それはまたイスラエルの倫理的、知的なあり方の中でもっとも重要な形をとっている。キブツはロシアの農民社会主義というナロードニク(人民党)の思想を直接受け継いでいる。」といて、ロバート・オウエンの協同組合の実験と同様な理想主義をキブツに投影し、イスラエルの「ユートピア社会主義」の砦と言っている。また哲学者 M. ブーバーはキブツを「もう一つの社会主義」と呼んでいる。

しかし一方、イスラエルはパレスチナのガザ地区とヨルダン川西岸の大半を占領している。ガザ地区では高さ 8 メートル、長さ 64 キロの塀で 200 万人を閉じ込めている。西岸でもやはり部分的に壁を作っている。これではキブツは理想郷ではなくて民族差別の基盤になってしまう。

●イスラエルはシオニストたちによってキブツ(共同農場)やモシャブ Moshav(ビレッジ協同組合)という独特の協同組合運動が進められた。独特とは主としてユダヤ人に限定される民族的宗教的に閉じられた組合員制度であるということであろう。民族差別されたものが民族差別をするという心理的病理が存在するのか、それともイスラエル社会も右派、左派と多様な意見があり、近年は右派政権が権力を握っているという事態なのであるか。非営利・協同の精神とは民主主義、非差別、社会的貢献が大きな柱を構成しているはずである。現在イスラエルが自衛権を口実に無差別攻撃をする目的がガザ地区のパレスチナ人の全面的排除だとするならば、逆にイスラエル国家の消滅をもたらすのではないだろうか。二千年前にユダヤ王国の消滅があったように、今度も百年ほどのユダヤ国家も二度目の消滅となるかもしれない。

●いくらか古いデータではあるが、イスラエルが非営利・協同の運動を展開していた時期のデータを示す。

表 1. 協同組合村共同体

	キブツ	モシャブ・キトフ	モシャブ・オブディム
土地所有	国有	国有	国有
生産手段	共有	共有	家族
労働	共同	共同	家族
事業	共同	共同	協同組合
労働報酬	共同	家族単位	労働配当
管理	総会	総会	村会

出所: "Le Kibboutz", Que sais-je?, 1983.

表 2. イスラエルの協同組合 (1993)

種類	数
キブツ(共同農場)	284
モシャブ・オブディム (農村地域労働共同体)	351
モサシャブ・キトフ (農村地域共同体)	44
総合農協	302
農業販売購入協同組合	60
水供給協同組合	264
住宅協同組合	180
共済組合	20
地域コミュニティ定住協同組合	144
監査協同組合	9
節約年金基金	37
医療養護協同組合	16
消費者協同組合	18
生産者協同組合	48
サービス協同組合	60
運輸協同組合	20

出所: "Cooperation in Israel", State of Israel, 1994.

イスラエルでは **Dan** バス協同組合(1945 年設立)がイスラエル最大のバス会社である。**Grant** 購買協同組合は食品、物流、乳製品など手広く展開している。以上のことなどがわずかにばかりうかがい知ることができるだけで、現在のイスラエルの協同組合運動がどうなっているのか統計や情報がまったく入手できない。どこかにあるのかもしれないが、わずかに ICA や OECD のデータで部分的に知ることができるだけである。1970 年代くらいまでの協同組合運動についての文献は見いだせるが、現在の状態は不明である。現在のイスラエルの政治体制が、協同組合原則の民主的経営、平等、労働者主権と合わなくなっていて協同組合勢力は排除されているのではないだろうか。あるいは協同組合とは名ばかりで株式会社化しているのかもしれない。現在のイスラエルは驚くほど閉鎖的で政府機関にアクセスすることが困難で、憲法にもアクセスできない。つまりほとんどの公式データにアクセスできない。わずかに国際機関が提供する大まかなデータが入手できる程度である。すでにまともな政府の国家ではないのではないだろうか。

●パレスチナは現在「(ヨルダン川)西岸」(約 300 万人)と「ガザ地区」(約 200 万人)に分かれている。1993 年のオスロ合意以後、西岸地区は 3 つのエリアに区分されている。エリア A(18%)はパレスチナ当局の全面的自治管理が認められている区域、エリア B(22%)はパレスチナ当局が行政権をもっているが、警察公安権はイスラエルが握っている区域、すなわちイスラエル軍が進駐している区域、エリア C(60%)はイスラエルが行政権をもっている区域。つまりパレスチナ人のパレスチナは 18%の面積しかない。8 割はイスラエルが実効支配している。しかもエリア A もエリア B も、その数百以上がポツポツと島のように離れて浮かんでいるので、相互に行き来するにはエリア C を通らなければならない。つまり通行許可がいるのである。エリア A の多くが高さ 8 メートルの壁に閉じ込め

られている。エリア C にはパレスチナ人約 30 万人、イスラエル人約 40 万人が居住している。従って高度病院に患者を移送する場合はイスラエルの支配地を通らなければならず、許可が必要なので、多くの手遅れの患者が出ていることは以前から指摘されてきたことである。

国際協同組合同盟(ICA)によれば、パレスチナの協同組合の統計は、西岸地区のものしかない。ガザ地区はほとんど壊滅状態で数字統計は見当たらない。

表 3. パレスチナ、西岸地区の協同組合(2019)

種類	数	構成比
農業協同組合	141	41.2%
住宅協同組合	106	31%
サービス協同組合	59	17.3%
工芸協同組合	24	7%
消費者協同組合	12	3.5%
合計	342	100%

出所：Cooperative in Palestine, ICA, 2021

表 4. パレスチナの医療指標

項目	数
A.パレスチナ全体	
病院数	87
—政府系病院	28
—非政府系病院	59
——NGOs	34
——UNRWA	1
——民間	21
——軍	3
ベッド数(1,000 人当たり)	1.3
プライマリケアセンター	749
医師数	5,553 人
看護師数	11,556 人
B.西岸地区	
病院数	53
—政府系病院	15
—非政府系病院	38
ベッド数(1,000 人当たり)	1.3
プライマリケアセンター	591
C.ガザ地区	
病院	34
—政府系病院	13
—非政府系病院	21
ベッド数(1,000 人当たり)	1.2

プライマリケアセンター	158
-------------	-----

出所: PCBS, State of Palestine, 2021

パレスチナにも憲法（2003 年制定）があり、公的医療制度(法)が存在する。2018 年度の数字では医療供給は、

医療機関所属	医療機関数	構成比
公的セクター	468	63.9%
NGO 非政府組織	182	24.6%
国連 UNRWA	65	8.9%
PPMS 軍医療機関	17	2.3%

出所: Health Annual Report, Palestine, 2018

イスラエルのガザ侵攻により現状において医療サービスは本来の半分くらいしか機能していないと言われる。私は以前ナチによる強制収容所をいくつか見たが、ポーランドにある収容所では驚いたことに、強制収容所でひそかに新聞が発行されていたということである。一日平均 120 人が殺されていて、いつ自分が殺されるかも分からない収容所でも人々は人間らしい生活を保つために新聞を出していたのである。パレスチナも同様であろう。普通の国家同様に、しかし多大な制約の中でそれなりの政策制度を実施しているのである。非政府系の医療機関の大部分は国連の UNRWA(パレスチナ難民救済局)によるものである。

今、イスラエルは病院も空爆している。今こそパレスチナ支援の旗を振ることが人道的義務であろう。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)



●事務局日程（8-10 月）

【8 月】

- 5 日 日本医療福祉政策学会第 7 回研究例会参加
- 19 日 全日本民医連 70 周年記念式典レセプション参加
- 20 日 野村拓先生を偲ぶ会参加
- 26 日 第 13 回社会的連帯経済研究会
- 28 日 読書会（『無差別・平等の医療～』）
- 31 日 実務打ち合わせ
- 31 日 「研究所ニュース」No. 83 発行

- ・ニュース、機関誌編集
- ・研究助成連絡、執行

【9 月】

- 5 日 会員管理システム作り打ち合わせ
- 8 日～10 日 日本協同組合学会秋季大会参加
- 8 日 第 2 回事務局会議
- 15 日 第 2 回理事会
- 16 日 地域医療自治体病院 WG
- 18 日 社会的共通資本を考える 特別編

(第2回) 参加

23日 第14回社会的連帯経済研究会

25日 読書会 (『無差別・平等の医療
〜』)

30日 機関誌 84号発行

- ・機関誌、報告書編集
- ・中間決算準備

【10月】

2日 実務打ち合わせ

11日 会員管理システム作り打ち合わせ

13、14日 第16回全日本民医連学術・運動交流集会参加

23日 共同組織の共同調査打ち合わせ

30日 協同組合等研究組織自主交流会参加

30日 読書会 (『無差別・平等の医療
〜』)

- ・機関誌、報告書編集
- ・20周年企画
- ・中間決算



【本の紹介】

●石田一紀・新井康友・矢部広明編著

『「人生百年時代」の困難はどこにあるか：医療、介護の現場をふまえて』

新日本出版社、2023年9月

(以下、帯の引用)

「つくられた「職なし・貯金くずし・低年金」の三重苦」

貧困化の極致である社会的孤立、そのはての孤独死が増加の一途を辿っていることに、わたしたちは、もっと身近な問題として、みんなで学びあう必要があるのではないのでしょうか。

——「はじめに」より

(目次)

はじめに (石田一紀)

第1章 「人生百年時代」という政府の虚構

第1節 いのちの証言——医療現場での二つの調査から (林泰則、山本淑子)

第2節 老いることで貧しくなる国、日本 (矢部広明)

第2章 地域・在宅・施設——いま知っておかないといけないこと

第1節 介護保険二〇年、施設は「生活の場」になっているのか (井上ひろみ)

第2節 「制度の狭間」問題にみる行政不在の実態——地域包括支援センターの支援の現状から (石田史樹)

第3節 「介護難民」の実相——「制度と建物が残って福祉は消えるでいいのか (西岡修)

第3章 老後を自己責任にしない考え方

第1節 日本における高齢世帯の貧困とは——その現実と最低生活保障のアイディア (唐鎌直義)

第2節 「おひとりさま」は生き方の問題なのか——孤立死の背景を考える (新井康友)

第3節 高齢者の生き方についての一断章——孤立から連帯へ (相澤與一)

あとがき——今後の課題 (石田一紀)