

いのちとくらし

第3号 2003年5月

目次

-
- 巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」 高柳 新…………… 1
 - シリーズ非営利・協同入門①「非営利・協同とは」 角瀬 保雄…………… 2
 - 座談会「福祉国家のゆくえと非営利・協同、医療機関の役割」
後藤 道夫、高柳 新、司会：石塚 秀雄…………… 8
 - 論文「地域づくり協同と地域調査実践」 大高 研道・中山 洋……………25
 - 論文「介護保険制度見直しと法改正に向けての展望」 伊藤 周平……………35
 - 文献プロムナード②「地域への展開」 野村 拓……………42
 - シリーズ「デンマークの社会政策（上）」 山田 駒平……………47
 - 「アメリカの医療と社会扶助の産業統計の特徴」 石塚 秀雄……………59
 - 書評・八代尚弘・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』
高山 一夫……………65
 - 研究所関連ニュース・事務局……………24, 46, 58, 68
 - （巻末・第1回公開研究会参加申し込み・読者の声 F A X 送付書）……………70

「わが家の庭から考える」

高柳 新

わが家には2坪ばかりの小さな庭がある。そこに藤棚があり、藤棚の下にメダカが泳ぐ水瓶をおいている。今年の寒い冬を3匹のメダカが冬を越した。よくまあ生きていたと思う。

春になり新しくメダカを買ってきて、いまは10匹になった。

藤棚には小鳥の巣箱をくくりつけておいたら毎年、四十雀が子育てをするようになった。

藤が蕾を付ける頃から、親鳥が家探しのようになり、ちよくちよくと様子を見に来る。しばらくすると夫婦で交代で卵を温め始める。今年も藤が満開に花をつけた。ちょうどその頃、異変が起きる。巣箱は突然活気づく。ヒナが孵ったのだ。「ピッピ・ピッピ」という鳴き声が聞こえ始めると親鳥はいそがしく秒刻みで餌を運び始めるのだ。

去年は偶然に、巣立ちの瞬間をかみさんと一緒に観察することが出来た。親鳥がすぐには入らず外で、「チチ・チチ・ウルル・ウルル」と鳴いている。子どもを外に呼んでいるのだ。「もう巣立ちが近いのね」と妻が話しかけてきた。2人でそっと様子を見ていた。と、その時、巣箱の小さな穴から1羽のヒナが姿を見せた。「あ・巣立ちだ」。ヒナはよちよち飛び出し近くの小枝まで懸命に飛ぶ。1休みしてはまた近くに飛び移る。少しずつ高いところに移ると、思い切ったように、道を挟んだ向かいの家の屋根を目ざす。いまにも墜ちそうな姿でそこまで飛んでいく。しばらく休むと遠くの方に飛び去っていくのだ。また、1羽、また1羽と9羽のヒナの巣立ちを息を殺して全て観察した。

ヒナたちはめいめい思いつきのように別の方向に飛び去っていった。「ビデオに録っておきたかったね」と言うと、妻は「これでもう親子は別々

なのね」しみりしていた。

今年も巣立ちが遅れている。3日ほど前の夕方、「巣箱がない！」と妻が大きな声を出した。見てみると巣箱が庭に転げ落ちていたのではないかと。強風か、猫にでも襲われたに違いない。「異変に気づくと親鳥は巣には近づかないというけれど」妻は心配そう。ヒナの声も聞こえない。巣箱を元に戻して様子を見ていた。もうだめかもしれないと思った。その時、転げ落ちた巣箱から親鳥が飛び出していった。墜落した巣箱の中でじっと親鳥は子どもを守っていたのだ。飛び出していった親鳥が、虫をくわえて戻ってくると巣箱のなかで「チチ・チチ」という鳴き声をする。助かったのだ。今日も親鳥はえさを運んでいる。巣箱の鳴き声は日に日に大きくなっている。巣立ちが近い。

アメリカのイラク侵略が始まってから、わが家の道に面した塀に「イラク戦争反対」のポスターを貼り、娘が「人はみな世界でただ1つの花・イラクの子ども達を殺さないで」と大きなポスターを書き、張り出した。僕は自分がやってきた医療のこと、妻に任せっきりであった子ども達のこと、そして戦争のことを考えている。

(たかやなぎ あらた、研究所副理事長)

非営利・協同とは

角瀬 保雄

(1) はじめに

「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」は非営利・協同というコンセプトを掲げているわが国で唯一の研究所といえます。この概念について近年ではかなり広く認知され、使われるようになってきていますが、まだ一部に誤解やわかりにくいという声も時に聞かれます。それはある意味では当然のことといえます。なぜならば、私達が生きている今日の社会は拝金主義と弱肉強食の思想が支配している社会だからです。私達は24時間中、そうした有害な思想の影響をうけており、非営利・協同の思想というのは自然に身につくものではないからです。今回、研究所では機関誌『いのちとくらし』誌上で4回の非営利・協同入門シリーズをスタートさせることになりました。まずは私がおのトップバッターとして口火を切ることにしますが、総論的な内容にとどまらざるをえません。以下順次、各論者がそれぞれ個別のテーマをかかげて登場することになっています。ご期待ください。

いうまでもなく非営利・協同ということは、実践と研究とによって探究さるべき問題であって、誰かが出来上がった答えを与えてくれるという性格のものではありません。基本的な認識を同じくする研究者の間でも、その議論を仔細に検討してみると、各自の切り口には独自性があったり、ニュアンスの違いが見出されたりします。これから展開されるところも各人の見解の表明であって、研究所の統一見解でないことはいうまでもありません。これを契機に研究所内外で大いに議論がた

たかわされ、非営利・協同への認識が深められることを期待しております。

(2) 理念としての非営利・協同

初めに非営利・協同というのは非営利と協同という2つの異なった概念を結合したハイブリッドな概念で、その各々は固有の意味を持っています。まず非営利は営利の対立概念であることは明らかです。そしてこの両者は人類の歴史を貫いて認められるものです。人類史上、営利が支配してきた期間は短く、非営利が支配した期間の方がはるかに長いといえます。人びとが原始共同体において共同生活を営んでいた時代にあっては、営利という観念は存在していませんでした。その後、生産力が高まり、奴隷制社会になり、営利活動が生成してきますが、営利は卑しいものと見なされ、支配階級である奴隷所有者、貴族は自らの手を金儲けで汚すことを避けてきました。やがて営利活動が広がり、営利が人間の本能と見なされるようになったのが資本主義社会といえます。貨幣が資本となるとともに、資本の活動が生産力の発展を押し進め、社会を変革する力となっていったことも事実です。資本の文明化作用ともいわれるものです。

21世紀初頭はグローバリゼーションにみられるように市場原理主義が地球全体を支配し、利潤第一主義が行き着くことまで行き着いた時代といえます。先進国のアメリカばかりでなく、途上国の中国においても金儲けが万能とされ、営利が善とされているのが今日の社会の一面です。人権にかかわる医療、福祉、教育など公共性の高い分野

は営利の対象とさるべきではないというのが世界的な合意となっていますが、資本主義はこうした分野までも資本の支配する、営利追求の対象とすることはアメリカや最近の日本の動向をみれば明らかです。その意味で営利と非営利との対立は現在の世界の対抗軸となっているといえます。

同時に、こうした営利万能主義は人間の本性に反するものであることも明らかとなってきました。資本主義は労資の階級対立や環境問題などその内在する矛盾の激化によって発展の限界にぶつかり、その持続可能性が問われています。その意味で21世紀は非営利が重視される時代に転換しつつあるといえます。やがて営利万能主義は人々のたたかいによって克服されざるをえなくなります。

次に協同というのは人間がお互いに力を合わせることを意味しており、原始共同体の時代から、人間は協同なしには生存することができなかつたものといえます。それは本来、自由で平等な人と人との関係を目指すもので、人による人の搾取や支配に対立するものです。したがって協同は人類にとって普遍的な意義をもつものといえます。原始共同体が崩壊し、奴隷制社会が出現するとともに人間による人間に対する支配が生まれ、封建制社会から今日の資本制社会にまで至りますが、その間にあっても人間の協同というものは、奴隷所有者、封建領主、資本家による支配と搾取という疎外された形態の下においてですが、貫かれてきたといえます。さまざまな思想家がアソシエーション（結合社会、共同社会）に人類解放の理想を見出してきたのにはそうした背景があるからといえます。

以上みてきたところからもわかるように、非営利・協同ということは人間にとっての普遍的な価値を表すものであるとともに、今日の資本主義社会にあっては資本に対する労働の解放を追求するものでもあるといえます。したがって、それを1つの統合的な概念としてとらえることに積極的な意義が見出されるのです。

(3) 経済主体としての非営利・協同

非営利・協同はミクロの経済組織という点から

は、非営利組織（NPO）と協同組織（協同組合と共済）とを含んでいます。非営利組織とは公益の追求を目指す非営利団体のことですが、NPO（non-profit organization）とうよりも正確には Not-for-profit organization とうべきものといえます。それは利潤を目的に活動するものではないということであって、その事業活動から剰余を獲得することを必ずしも否定するものではないからです。

ここで営利とは具体的に何をさすのかが問題になります。営利企業は貨幣資本の循環にみられるよう、財・サービスの市場での交換によって剰余を獲得することを目的としています。そこでそうした活動を収益事業とするならば、非営利で公益の追求を目指しているNPOも収益事業を営むことがありえます。NPOの活動にとっての資金形成源として民間からの寄付、政府の補助金のほかに事業活動による収入の確保が欠かせないものとなっているからです。日本の法制度上では収益事業とみなさるべきものが限定列举されており、収益事業からの剰余に税金が課されています。しかし、こうしたやり方には限界があります。経済の変化にともなって次々と新しいものが登場してくるからです。そこでアメリカの法制では「剰余の非分配制約」という視点から、獲得した剰余を関係者の間で分配することを営利としています。しかしこれも問題なしとはいえません。剰余を分配しなくても、膨大な内部留保を形成、保有しているものを非営利組織とは言い難いからです。また剰余の分配は、明示的な形をとらない理事者に対する高額報酬など「暗黙の回路」を通じていくらかでも可能となります。したがって、営利、非営利というのは組織の目的とそれに基づいた活動にかかわる概念で、事業活動による経営の維持・再生産に必要な資金の獲得は、社会的な使命を果たすための必要な手段と見なされています。

なお、草の根の運動によって形成された非営利の組織と法人格を与えられ、制度化された非営利組織とがあるということにも注意が必要です。NPOの国アメリカではNPOは建国以前からの存在といわれ、ドラッカーによれば世界で最も古いNPOは慈悲的な医療活動を行っていた日本の奈良の寺院であるともいわれます。こうした草の根の運動はNPOが社会的に認知され、国による制

度化が図られる以前から数多く存在してきたものといえます。

わが国のNPOについてみると、1995年の阪神大震災を契機にその存在と役割が社会的に注目され、1998年にNPO法（特定非営利活動促進法）が制定され、現在法人格を与えられているもの数は内閣府のまとめによると03年2月末で1万を突破するまでになっています。NPO法人の活動分野としては、保健・医療・福祉が59.6%とダントツに高く、次いで社会教育45.7%、まちづくり37.8%となっています。これは国際的な傾向といえます。また広義のNPOにはNPO法人以外のさまざまな法人形態をとっているものがあります。民法上の公益法人や特別法で認められている医療法人、学校法人、宗教法人などがそれであり、それらは形式的にはNPO法人以外のものということになりますが、それぞれの法律のなかで営利の追求が制限されており、広義の非営利組織に属するものといえます。民医連医療機関は医療法人や生協法人の形態をとっていますが、阪神大震災で大活躍したようにNPO的な活動を行なっています。こうした民医連医療機関の活動は世界的に見ても注目すべきものといえます。この民医連医療機関は今日では傘下の関係組織としてNPO法人、社会福祉法人や株式会社までも組織するようになっており、医師の研修や看護学校を含めると、保健・医療・福祉・教育の複合体になっているといえます。

しかし、広義の非営利組織のなかには、時に話題になるように本来の目的から逸脱するものがないとはいえません。創価学会のように実態は営利法人と批判されているものもあります。一方、自治体立や営利企業立のNPOも珍しくありません。とくに近年では企業が主導して設立をするNPOがブームになっています。これらは「社会貢献」により企業本体の事業活動を促進する役割を併せ持っているものといえます。また、非営利組織の私立大学や独立行政法人となる国立大学も子会社として株式会社やベンチャー企業を立ち上げることが流行になっています。このように非営利組織、営利組織といっても単純ではなく、個々の法形式よりも、組織全体としての活動をみなくてはならないようになってきています。

一方、協同組織の代表は協同組合（cooperative）です。NPOとの違いはNPOが公益の追求を目的とするものであるのに対して、協同組合は基本的には組合員の共益を目的とするものです。事業活動によって組合員の共益を実現することを主要な目的とする協同組合では、剰余の分配が認められているので、アメリカでは営利組織とされていますが、日本では非営利組織として剰余の分配に制約が課せられています。最近の特徴は、アメリカにみられるようなNPOの「商業化」と日本の協同組合の環境、福祉への取り組みなど「公益的活動」の展開によって、NPOと協同組合との相互接近が認められることです。その意味では両者を切り離すよりも、両者の独自性をふまえながらも、共通性に注目し、非営利・協同組織として包括的に取上げる必要があるといえます。

ここでNPOと協同組合などの非営利組織の間に存在している、管理運営に関する構造上の大きな相違を指摘しておく必要があります。すなわち、協同組合は1人1人の組合員が主体で、1人1票制による民主的な運営を原則としています。それに対して、NPOや公益法人では創立者を中心とした少数の理事会、社員総会を基本に運営が行なわれる仕組みになっており、民主的な意思決定の仕組みに欠けることがあります。高級官僚の天下り組織になっている公益法人などは理事会独裁で、少数の人間の思うままになると批判されています。

とはいえ、NPOと協同組合の管理運営上の違いは形式的な制度面のことで、実態はまた別ということもよく踏まえておかななくてはなりません。協同組合でも大規模になると管理者の官僚化や、組合員参加の疎外が問題となってきます。一方、民医連医療機関における組合員組織、友の会組織のように、患者、利用者の参加に取り組んでいる非営利組織もありますが、医師を頂点としたパターンリズムが問題となっているように、克服すべき課題も大きいといわなくてはなりません。そこには医師、看護師など専門家集団による機能別分業組織の管理運営という難しい問題があります。

こうして非営利組織、協同組織といっても、資本主義の経済体制の下での非営利・協同組織ですから資本主義の欠陥を免れず、営利企業の否定的

な側面の影響を受けないわけにはいきません。いかに立派な社会的使命を掲げていても、また民主的運営を目指しているといっても、自己満足しているわけには行きません。

(4) 経済セクターとしての 非営利・協同

社会全体の経済システムというマクロの次元からみた時、セクターとしての非営利・協同の概念があります。今日の経済社会は大きく3つのセクターから構成されているものといえます。公的セクター、市場経済セクターと非営利・協同セクターの3つです。公的セクターを第1セクター、市場経済セクターを第2セクター、非営利・協同セクターを第3セクターともいいます。

こうしたセクター論の見地からは、非営利・協同は社会経済を構成するサブセクターと捉えることができます。市場経済セクターが営利企業を中心にした営利セクターであるのに対して、非営利・協同セクターと公的セクターは民間と公的との違いはありますが、ともに非営利という点では共通しており、2つのセクターが非営利の陣営に立っているということになります。しかし、非営利・協同セクターがいかに大きくなったといっても、今日の社会は資本を中心に編成されている資本主義社会ですから、社会全体の経済システムの中心になっているのは市場経済であり、営利企業部門で、非営利・協同セクターは市場経済セクターと競う地位にあるというよりも、公的セクターや市場経済を補完する地位にあるものといえます。したがって、政府でも、市場でもない第3の道、領域に過大な期待を抱いたりするのは正しいとはいえません。

公的セクターに関しては「大きな政府」「小さな政府」ということが問題になっています。非営利・協同セクターのうちのNPOは、とりわけアメリカのそれは政府からの補助金(免税)がその資金形成の上で大きなウエイトを占めていますので、政府規模の大小や財政の状態に依存し、左右される関係にあります。市場経済セクターとの関係においても、企業や財団からの寄付に依存するところが大きく、経済全体の状況や企業業績に左右される関係にあります。そしてなによりも自ら

市場で事業活動を行ない、事業収入を得なくてはなりません。したがって、財政赤字や不況によって非営利・協同セクターは影響をうけ、その発展も困難となることがあります。「政府の失敗」「市場の失敗」と並んで、「ボランティアの失敗」ということがアメリカでは問題になっています。非営利・協同セクターにはこうした限界があり、オールマイティとはいえませんが、公的セクターの硬直性や市場経済セクターの暴走をただし、全体としての社会経済のあり方を望ましい方向に向ける対抗力、矯正力を発揮することが期待されています。

(5) 非営利・協同の課題

非営利・協同の運動においては、時に甘さがみられるのも否定できません。たとえば、協同組合においては協同組合間協同ということが強調されています。それは大変に重要なことでありますが、これを絶対視し、オールマイティな道と考えると間違っているということです。農協と生協との間ではさまざまな協同組合間協同が行なわれており、それ以外の非営利・協同組織のところでも病院など医療機関と事業団(労協)との間で協同が行われていますが、つねに順調にいらっているとは限らないからです。

農協と生協との間では国内農畜産物の供給が産直として積極的に推進されていますが、近年、牛肉や牛乳の偽ブランド、偽表示事件が頻発し、消費者の食に対する安心安全感を大きく損なうということが発生しました。これは営利企業との競争激化のなかでの、売上高さえ伸ばせばよいという成績第一主義、業績主義の影響によるもので、いうまでもなく資本主義の影響をもろに受けたものといえます。そうなるとう協同組合間の信頼性が損なわれ、協同組合倫理が問われてきます。今日、資本主義の競争は国際的なものとなっており、国内農業の振興、食糧自給率の増大が叫ばれる一方、「国際産直」の名の下に海外からの輸入が増大しています。安ければよいという市場競争の激化を前に協同組合間協同が危殆に瀕しているともいえます。

生協の物流部門や病院の清掃などのビルメン部門では事業団や労協が業務の委託をうけ、仕事を

しています。これも協同組合間協同の一部といえます。また民医連医療機関には友の会の人びとがボランティアとして参加協力する姿もみられます。しかし、こうしたなかでも色々な問題が発生することがあります。たとえば、業務の委託には市場原理が働き、雇う側と雇われる側との間に下請け関係が生まれ、民間の営利企業との競争も避けられません。民間営利企業のほうが非営利・協同組織よりもはるかに力を持ち、よい仕事をし、実績をあげている例があるかもしれません。非営利・協同だからといってすべてうまくいくとは限りません。よい仕事を、安く請け負うところに仕事が行くのが市場原理だからです。

医療・福祉の分野も介護保険の導入以来、市場競争の場となりつつあります。高齢者介護事業は協同組合、NPOなど非営利・協同組織と営利企業との間に競争が繰り広げられてきています。また「選択の自由」の美名の下に支援費制度が導入され、障害者福祉の分野にまで市場原理が浸透してきています。「構造改革特区」は医療、教育がそのターゲットに据えられています。先進医療に限定した自由診療ということで医療の規制緩和が一点突破され、全面展開されようとしています。医療の市場化、営利化が進められると、現在でも窓口負担の引き上げにより診療抑制が広がり、「命の沙汰もカネ次第」という状況が生れてきているのがさらに激しくなります。医療・福祉の公共性が市場原理の前に脅かされることとなります。こうした市場原理による医療・福祉は、医療・福祉をハンバーガーと同一視するもので、すでにアメリカで惨めな失敗をしています。

アメリカの医療も伝統的に慈善団体などによる非営利組織が大きな役割を担ってきていましたが、最近ではその営利企業化、株式会社化が進み、病院チェーンの株式が証券取引所に上場され、株価の変動によって医療経営が影響をうけるようになってきました。公的保険にかかれない人が4,000万人もいるうえ、企業が民間保険に加入し面倒をみている大企業の相対的に恵まれた労働者にも、医療費の自己負担分が重くのしかかってきています。そのため69年には14週間にわたってストライキが行なわれましたが、今年初めにも電機最大手のゼネラル・エレクトリック（GE）の労働者は全米

規模で48時間の抗議のストライキに突入しました。こうしたなかブッシュ政権は最近、高齢者医療のメディケアの改革案を打ち出しています。それは現行制度では給付対象外になっている薬剤費について、一部を補助するというものですが、営利化が進んでいる民間保険会社が給付を代行する仕組みに加入する人にはより多くの特典を認め、民間代行型への移行を促そうとしています。これは高齢者に限定されている公的医療保険の民営化につながるものとして問題になっています。

一方、日本の医療制度は1961年の国民皆保険以来、世界に誇りうるさまざまな優れた特長をもっています。公的医療保険が国民全体にあまねく行き渡り、安心してどの医療機関にもかかれるというその優れた制度は、公的セクターと非営利の医療機関との連携によって成り立っているものといえます。しかし、その公・非営利連携が現在、大きく脅かされていきているのです。財政赤字がその大きな理由とされているのですが、政府は公的責任が果たせないところを、アメリカ式の民間保険制度に肩代わりさせようとしています。しかし、そうするとカネのあるなしで、民間の医療保険に入れる人はよいとしても、そうでない人は医療から見放されることとなります。

03年4月からの政府管掌健保の3割負担に対しては、民医連や医師会をはじめとする医療関係4師会が反対運動を繰り広げましたが、非営利の医療経営を守り、発展させるためには非営利・協同セクターは市場経済セクターおよび公的セクターとの関係について科学的な認識を持ち、そのあるべき関係を考えることが重要となります。市場経済セクターと公的セクターとの関係如何によっては非営利・協同セクターの存在が問われかねないことにもなりうるからです。非営利・協同セクターは政府や市場から独立したものであるといっても、あくまでも相対的なもので、絶対視することは正しくありません。また時にみられる市場を頭から否定する立場は正しくなく、市場は民主的に規制、利用されるべきものといえます。非営利・協同組織には厳しく自らを律し、健全な経営を行ない、市場のテストをクリアすることが求められてきます。市場原理の積極面を生かすことが求められてきます。

(6) 非営利・協同と労働

最後に非営利・協同と労働の問題について付言しておきたいと思います。非営利・協同組織の規模が大きくなると、雇用労働が増大し、労使関係が発生してきます。農協や生協などの協同組合にみられるところです。一方それ以外のところでも、民医連関係の法人などでは労働組合の存在がみられますが、NPOなどには労働組合はみられないのではないかと思います。それは雇用労働ではなく、自発的なボランティア労働を主体とした市民運動だからではないかと思いますが、しかし、雇用関係にある職員がいないわけではなく、問題がないわけではありません。

雇用労働者の組織である労働組合は労働者の利益と権利を守り、地位を高めることを目的とした要求獲得型の運動組織です。一方、非営利・協同組織は共益や公益の増進を図る組織で、なかでも事業型の組織の場合には経営ということが重要な問題となり、そのあり方をめぐって労使の紛争が

おこりえます。非営利・協同だからといって労働者の利益、権利が無視されることがあってはならないのはいうまでもありません。非営利・協同組織にとって、運動のなかで経営と労働との矛盾の解決に取り組むことが重要といえるでしょう。また、両者の間には非営利・協同組織そのものの社会的存立条件や経営基盤の維持・強化をめぐっては共通した利害もあります。また、非営利・協同組織の職員はその労働の専門的能力を高めることが求められています。本来、非営利・協同の理念は労働の疎外からの解放と共同社会の実現を目指し、新しい人間関係をつくるものといってよく、その原点に立ち返って問題の解決に取り組むことが重要です。

<参考>拙稿「マルクスの協同組合論、株式会社論と現代」『経済』03年5月号

(かくらい やすお、法政大学名誉教授・研究所理事長)

「福祉国家のゆくえと 非営利・協同、医療機関の役割」



石塚 都留文科大学の後藤道夫先生、それから、民医連名誉会長及び当研究所の副理事長の高柳先生、おふたかたに「福祉国家のゆくえと非営利・協同、医療機関の役割」というテーマで忌憚のない議論をして

いただきたいと思います。

最初にこの座談会の目的でありますけれども、当研究所は非営利の医療、社会サービス、そういったセクターの研究ということをして新しい形の従来なかった研究機関ということで発足しております。この研究所の大きな目標の1つとしまして、現在の日本の医療・福祉制度の現状とそれから将来にわたる、できうれば提言的な活動をおこなっていききたいということが入っております。

本日の座談会の大きな趣旨は、研究所の機関誌の読者向けにあらためて、この福祉国家の役割というものを議論していただいて、そして、とくに従来あまりふれられていなかったと思うのですが、福祉国家における非営利・協同セクターの役割という点にもふれていただきたいと思います。

ただ今、イラクで戦争をしております、たとえばイギリスのブレア政権が軍隊を出すということにシンボリックに見られるわけですが、イギリス国内でブレア政権がいろいろ、その社会福祉政策ウェルフェアからワークフェアというような形で、一定の福祉政策をやっているわけですが、片方で、いわゆる戦争国家的な性格も持っているということで、従来のその福祉国家の限界点と言いますか、そういう点も覗かせている事態が今生じています。日本の場合も同じように

出席者

後藤 道夫（ごとう みちお、都留文科大学教授）

高柳 新（たかやなぎ あらた、全日本民医連名誉会長・研究所副理事長）

石塚 秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員、司会）

小泉内閣がいろいろ医療改悪などをしつつ、そしてイデオロギー的には強い国家を目指すというなかで、今、あらためて、福祉国家というものはどういふものかということで、ご議論をしていければと思っております。

それで、私のほうからお話のきっかけということで口火を切らせていただきますけれども、後藤先生、開発国家ということでご議論を展開されているわけですが、この開発国家の引っ張っていく人たちの方向と言いますか、そういう開発国家を言う人たちが、たとえば福祉国家に対して、どういうスタンスをもってやっていくのか。それから、後藤先生が新福祉国家という用語も出されておりますけれども、その関係をちょっと



お話しいただきたい。とくに、その開発国家につきましても、これが日本の特徴であるというご説明なのですが、たとえば、日本の特徴のなかで官僚の役割とか、それは先々どうなるのか。それから、元々はこの社会開発とか地域開発という「開発」という言葉には、生まれは比較的ネガティブな言葉、つまり植民地とか後進国の開発独裁的な用語であったと思うのですが、昨今は、たとえば社会開発とか地域開発というような非常にポジティブな意味でも使われてきていると思うのですが、そのへんの関連で開発国家と福祉国家ということで一言お話しいただければと思います。

開発主義国家としての日本



後藤 開発主義国家という概念の中身については、『ポリティーク』第5号(注、2002年12月)で詳しく展開をしてみました。私のとらえかたで言えば、開発独裁国家の非常に強い、歴史的遺産を受けついでいるので

すが、同時に戦後体制は当然の大前提として、いかにいえば自由民主主義の政治体制は前提として成立している国家体制でして、その国家目標とでもいうべきものは、高度な工業化を中心とした国民経済の急成長にありました。だいたい1960年代に原形が完成して、70年代に大きく修正されます。

70年代は、革新自治体をつくりだしたような階級政治情勢と、それから70年代前半から始まる経済環境の大変な変化、ブレトン・ウッズが崩れたという話も含めてですが、それから低成長期が始まったというように、大変大きな経済的・社会的な環境の変動がありました。これらに対応するために開発主義国家自身はかなり大きな変貌をとげます。国と自治体の財政規模は両方合わせて、だいたいGDPの17、8%台だったものが、70年代の10年間で27、8%ぐらいまで一挙に上がります。その後、ずっとその水準をほぼ維持します。

その間に、福祉関係の措置を含めて社会保障水準が相当上がりました。たとえば公共事業費と、国や自治体が出している社会保障関係の税金から出している費用の比率を見ますと、1960年代だい

たい3倍から4倍が公共事業に出されていますが、1970年代通じて、ほぼ2倍というところまで、その比率が下がります。

なお、わたしは「開発主義国家体制」という言葉も使いますが、これは、企業による労働者の強い社会的統合(企業主義統合)とそれを支える開発主義国家の両者をふくんだものです。企業主義統合の部分については今日はふれませんが、これをふくめて、現在われわれが見ている開発主義国家体制というのは、60年代にできて70年代にかなり大きな変容をとげたものです。この体制は、全体として福祉国家型の大衆社会統合と対比される、大衆社会統合の独特の形態となっている体制であったというふうに考えています。

福祉国家は、資本主義体制への国民の政治的・社会的な支持、あるいはそれに反抗しないという消極的な承認の気持ちを確保するために莫大な福祉施策をとったわけですが、それと似たことを日本の開発主義国家体制というのは、二重のやり方でやったのです。1つは、企業成長の条件を国家予算それから、国家のありとあらゆる行政機構を通じて、全力で整えた。そのことによって、企業が成長し続けるという状態をつくり出すことによって、「二重構造」を改善し、賃金を上げ、雇用をふくらませというふうにして、国民の生活を上昇させるという、そういう道筋をとったわけですから。そういう意味で、非常に国民の生活への援助の仕方が福祉国家群と違って間接的であった。福祉国家群の場合は、社会保障施策で直接に国民の生活を援助をすることによって安定させるというやり方をとるわけですから。

では、直に国民のほうを社会的・政治的に統合したのは誰であったかということ、その中心部隊は企業であった。開発主義国家に援助された企業が国民を直に統合するという役割を担った。これが、企業主義統合とか企業社会統合というふうになわれわれが呼んできたものです。

全体としては福祉国家とパラレルな役割を果たすものとしての、しかし、その国の援助が直接に国民にいくかいかないか、間接的に企業を媒介していくかどうかという点で、それとは非常に大きな違いをもっている体制だった。そういう開発主義国家体制全体が、今、転換期にはいつている。

それは、福祉国家体制全体が転換期にはいつているのとはほぼ同じ原因によるものだという事です。

官僚のリーダーシップも含めて、実は70年代の半ばから随分いろいろな格好で変化しているのですが、たとえば、行政手続きをちゃんと立法化して法制化して、官僚の権限を小さな範囲に押し込めるといふことは、90年代で初めて登場してきたわけです。ですから、今までの開発主義国家ないし、その前の開発独裁から続いているような官僚機構が非常に強い力を実質上もつという構造が、かなりの点でなくなりつつあるというふうには私は見えています。

高柳 開発主義国家というような概念というのは、ずっと言われてきた国家独占資本主義との関係では、どんな位置を占めるのでしょうか。

後藤 国家独占資本主義のとらえかたにもよるのですが、私のとらえかたは、こうなっています。国家独占資本主義論にはいくつかのパターンがありますけれども、全般的危機論を前提にしないタイプのものがあります。全般的危機論を前提にしないで、国家が大規模に経済に介入しなければならない理由として2つが挙げられますが、1つが高度に独占資本ないし寡占資本の比重が高まった時に、経済循環の下降局面の悪影響が非常に大きくなる、独占資本の設備廃棄によるダメージを回避するために国家が積極的に需要を形成する、そういう脈絡で積極的な需要形成策をとらざるを得なくなってきたというのが1つのポイントです。もう1つは階級対抗が随分進化してきたので、それをおさめるために社会保障を大規模にやらざるを得なくなってきた。この社会保障と公的需要形成の2つが非常に大きな規模に到達して、大きな国家をつくる、これが国独資であるというのが、たとえば、北原勇さん、本間要一郎さんたちの国独資理解だと私は思っておりますが、そうだとすると、実は、それが本格的に日本で出てきたのは1970年代ではないかというのが私の理解です。

70年代になって初めて、その公的需要形成を本気でやりだした。60年代はほとんどやってない、50年代もやってない。あれは産業基盤が本気でつくっているけれども、それをやらないと経済がぐ

ちゃぐちゃになるから需要を形成する、という話では必ずしもないわけです。つまり、ケインズ主義的な、本格的な財政出動は65年くらいを除いてあまりやってない。というわけでケインズ主義が必要でないような国独資というのは普通ないわけですし、だからちょっと国独資という概念を当てはめる時期が、今までの国独資論はちょっと早すぎたというのが私の理解で、70年代を通じてほぼそういう開発主義型の国独資になったという理解をしています。ただ、国独資という言葉を使うと。

高柳 やっかいになるわけ。

後藤 全般的危機論から何から全部ずつつながって、お前まだそんなこと言うのかという話になるからちょっと困っているんですけど。ただ、他に、国家が非常に強い経済機能を発揮するような、しかも独占資本の位置が非常に大きいというような経済体制、国家体制を表す言葉がちょっとみつからないので、国家独占資本主義という言葉はやはり使わざるを得ないのではないかと今のところ思っていますけれども。

福祉国家型の国家独占資本主義と開発主義型の国家独占資本主義という大まかな区分をして、さらに、それら両方の衰退段階を考慮に入れる、つまり、類型論と段階論を入れて使う、ということなんです。



高柳 福祉国家の問題で言いますと、日本では1961年に医療も含めて国民皆保険体制というのができます。その時をもって日本にそれなりの福祉国家体制のようなものが生まれているような気がします。とくに医療

の現場では、それまで非常に悲惨な状態にあったところをとにかく突破した。それが高度成長期にはそれなりに、先生がおっしゃる石油危機くらいまでは、だんだん頑張るとよくなっていくというのは現場にいても感じられるような局面がずっと続きました。そういうものをひっくるめて、日本の国やヨーロッパその他、福祉国家というものは、

今は後退させられています、60年代の頭にそういうものが生まれたというようなことについて教えて欲しいのですけれど。

後藤 50年代末から60年代の初頭にかけていろいろな制度が整ってくるわけです。社会福祉関係についても、たとえば60年代半ばまでで基礎的な福祉6法の体制がほぼできます。

高柳 6法から8法にあがっていく。

後藤 増えたのはいつでしたか。

高柳 増えたのは最近です。

後藤 それをどういうふうに評価するかをめぐっては、今までの議論は60年代は一応ぎりぎりスタートした、70年代に非常に高くなった、80年代からまたダメになったという、何となくそういう3段階論で議論されてきたと思います。

高柳 そうですね。

生活保障切り捨て政策への転換

後藤 わたしは最近、60年代の社会保障の構造の中に開発主義的なゆがみというのが最初から強力でビルト・インされていたというふうに問題を理解するようになってきました。というのは、最低生活保障というのは、最低限生活保障とそれなりの最低生活保障と2段階に分けてもいいのですが、全体としての最低生活保障をきちっとやるといのが生存権の保障ということでありまして、社会保障制度全般の目的ということになるわけですが、その構造が60年代から相当にゆがんでいる。

たとえば現在の年金額の分布をみると、実は恐ろしく低いところに非常にたくさん分布している。この金額は生活保障基準をはるかに下回る。さらに、たとえばイギリスなどだったら、週55ポンドくらいのところから急に大きな山ができて、その後ほとんどがそろっているのに、日本の場合だいたいその3万円前後からずっと月額30万円とかに、なだらかに推移するわけです。しかも、そういう年金のあり方であるのに、最低限の生活を支

えるはずの生活保護の受給者が1%を切っている。最近急激に増えてはいますがそれでも、それでも1%を切っているわけです。

最低賃金でもは若者が1人で自活できない水準となっている。それから失業保険もかなり給付期間が短い。失業がきれたら生活保護だというふうになるかといえば、日本の場合はイギリスのようにそうはならないわけです。

つまり、最低生活が本当に保障されているのかという話をリアルに考えると、されてない。非常に激しい闘争をやらないと、あるいは誇りを捨てないと生活保護が受けられないというくらいの状況になっています。このくらいの高水準の経済をもっている国で、年金がこんなにバラバラで、最低保障年金みたいなものも、なぜまるっきり実現もしないでここまできたのだろうか。今考えてみると、これはすごく大変な話ではないのか、という問題意識がありまして、それでちょっと60年代をいろいろみていたのです。

そうすると、最低限生活保障、最低生活保障を生活保護をベースにおいて、本気で組み立てようという話は60年代の半ばではっきり転換するのです。63、4年くらいでそういう姿勢を厚生省はほぼ捨てます。61年から生活保護基準を大幅に挙げて、生活保護率、受給数が上がりはじめていたのが、64年を境にバタッと下がりだすわけです。それまで、たとえば低消費水準世帯数についてのかなり丁寧な推計をやっていて、「二重構造」の解消に向けた努力を生活保護制度も運用してきちんとやるんだ、という意気込みがうかがえたのですが、65年からその推計も出さなくなりますし、生活保護を受けるべき人が受けていない状態、つまり「漏救」を少なくするという話を厚生省自身が掲げていたのが、それも言わなくなる。全体として最低の生活のところを国家が本気で保障するのだという姿勢から後退して、高度成長があれば二重構造もなくなっていくし低所得層もだんだん少なくなっていくし、例外として面倒をみなければいけないような障害者だとか、病気のお年寄りだとか、母子家庭だとか、そういうところだけ面倒をみればいいというふうにどんどん話が変わっていく。結局さっきおっしゃったように医療と老人福祉を含めた社会福祉等のところは、70年代に典型

的なように、相当に力を入れて発展させるのですが、勤労者の最低生活を本気で下支えするという話は60年代半ばくらいから、むしろどんどん後退していくわけです。強力な最低賃金制度が低所得層の解消のための必須条件で、社会保障もその支えが不可欠だ、というような認識も60年代後半から消えていく。

最近厚生省の文書を見ていて気がついたのですが、50年代も60年代も大内兵衛さんたちの社会保障制度審議会の議論も全部そうですけれども、日本の後進性がひどいから社会保障で対応するという図式が非常に強いのです。資本主義社会である限り必ず矛盾が生じるので、それを社会保障でカバーするのだという論理はほとんど出てこないです。出てこなくて、高度成長の一方に遅れた「二重構造」があって、低所得層はこんなにひどい状態で暮らしているのです。経済がよくなればその人たちはたぶん少なくなるのだけれど、とりあえず今はそうではないから頑張りましょうという、そういう構造になっているのです。そういう議論の仕方自身が非常に開発主義的といいますか、福祉国家型の最低保障の議論のされ方と違うわけです。そのあたりの問題は労働運動の側も無関係ではないわけで、運動の方もとくに最低賃金制の問題を本格的に闘うということは、結局最後までできなかった。できなかったのはもちろん年功型賃金があるからですが、そのへんの社会保障制度を支える考え方とか矛盾の現れ方が、非常に福祉国家型の構造とは違っている。60年代からすでにしっかりとそうになっているということは、最近すごく気になっています。

高柳 先生どこかに書かれていたのですか。

後藤 まだ、文章にしたことはないんですが。

高柳 書いていない。マルクス主義者も近代主義者も封建制の残りカスとたたかおうというようなとらえ方なものだから。今、福祉国家というのが非常にネガティブに議論されていますね。

重視すべき生活保障のたたかい

石塚 いわゆる社会保障、あるいは社会福祉の

なかに何を含めるかという点では、いわゆる欧米と日本とは多少異なった。とくにそこで一番激しく表れたのはそういう生活保障とか、生活保護のところとか、今風に言うと社会的排除の問題という言い方で出てきていますけれども、日本はいわゆる伝統的に労働力である一家の戸主というものを中心にして保障してきて、とくにそういうところから離れている人、社会的弱者といわれる人たちに対しては、あまり社会保障の対象にしてこなかったということがあると思います。これは要するに社会とかコミュニティの中で誰を社会のメンバーにするのかという点で、日本は非常に狭い定義でしか人の中に入れていない。具体的に言えば外国人労働者とか、なんの権利もない人とか、そういう人を社会のメンバーとして、基本的人権というものが日本の一番のベースにあると思うのですけれども、そういうロジックでくみ上げてこれなかったと思うのです。

現在その人たちをセーフティ・ネットというような言い方でくみ上げようとしているけれども、しかしそれは社会全体の経済の中にリンクさせてくみ入れるという考えははまだ弱いと思うのです。ですから社会保障というと年金と医療というようなことになってきますけれども、ヨーロッパ型だとやはり所得、労働という問題が大きな要素になっていると思います。ですから、これから日本の社会保障を考えていくときにとくに雇用の問題、労働の問題と医療、社会福祉の問題をリンクさせて考えないとうまくいかないだろう、と思います。

もう1つ今お話にあった60年代とか企業が福祉の担い手であった。これは崩れていくとしたら一体今度は誰が担い手になるのか。国はあまりやりたくない。しかし民間が担い手になるとか、こういったものもあまり実現性がなさそうなのですが、企業の代わりにどこが主体となるべきなのでしょう。

高柳 今言われたようなことでいうと、非常に日本は変わった、特殊性はあるけれども、言われた外国人労働者とか、そのようなものはまだ全然包み込んでいないけれども、やはり一応それなりに所得保障とかいうものは、低レベルだけれども一応カバーしていたというものは認めないといけ

ない。生活保護とか失業の問題とか。その中で、実際の医療の現場にいて一番私などが困るのは、たとえば病気になると即経済的にダメージを受ける。それから時間もない。そういう人をどうするのか。昔は、われわれの現場では、世間話みたいになりますけれども、診療所の事務長の主要な仕事というのは院所の経営ではなかったのです。院所の経営を管理するなんて洒落たことではなかった。患者の生活保護をとりに行くという。職員が患者と一緒にあって、入院時の金と時間を確保する。それが最低限できていたというか、半ば力ずくなんだけれども最低限できていた。それが今はほとんどシャット・アウト。よほどのことがないと本人はさんざん意地悪されて、こんなのは市民ではないという扱いを受けている。昔よりてんで具合が悪くなってしまっている。それは外国人になればもっとひどい。てんから行く場所もないというような目にあっている。そういう感じが私はしているのですけれども。

後藤 1960年代の初頭だと生活保護を受けている世帯の中で、「稼働世帯」、世帯員のなかに働く能力があっても日雇いなどもして働いているという世帯が、55%とか60%あったわけです。現在は、確か9%か8%です。要するに「救恤」という古い言葉を使えば、生活を受けている世帯が「被救恤層化」してしまっているのです。普通の勤労者が病弱になったり、失業が長期化したり、働いていてもひどい低賃金などの場合に生活保護へ、という道がほぼ遮断されている。この「稼働世帯排除」はすさまじいですね。1980年代の第3次適正化運動のときの激しい締め付けは、世間を騒がせましたけれども、実はその前の60年代の半ばから、その方針が事実上ははっきりでている。文書の上ではっきりとした宣言して転換したというふうにはなっていないのですけれども、事実上、明らかにそうなんです。稼働世帯が排除されるということは、普通に働いている人たちが何かの事情で、暮らせない、医療も受けられないみたいになったときに、生活保護、医療保護で面倒をみるということが非常に難しいということになってしまいます。

生活保護率が下がっていくのと稼働世帯の比率

が下がっていくのとは、グラフ化してみるときれいに重なります。1960年代に大規模に進んでいる。ですからそのへんの、普通の人にとっての最低保障をどこでやるかという制度として破壊されてしまったということの意味はすごく大きいという気がします。

石塚 日本の役所側のロジックというのはヨーロッパと違うと思うのですけれども、線引きをしてマージナルなところに閉じこめて、生活保護を受ける場合に非常に心の傷を負うわけです。それは日本の社会保障の対象が狭くなって、社会の中に全員を取り込まないような社会になってきたからだと思うのです。社会とかコミュニティにどのような人を入れていくかというもので、随分プランは変わってくると思うのです。

後藤 コミュニティに誰を入れるかという問題が福祉国家の中で大問題になって、そこで一挙にいろいろな改良がなされるというのは、ヨーロッパの70年代です。そして80年代にさらにずっと進むという構造をもっていると思いますが、日本の場合にはあまり変化しないままできてしまっている。私それを、「福祉国家のバージョンアップ」という言葉で表現しているのですが、それは日本にはほとんど起きなかった。日本の場合になぜそれが起きにくいかということを考えると、結局、最低生活保障は国家が責任をもってやらなければいけないという枠組み自身を、日本の政治はあまり本気で認めてこなかったからだと私は思っているのです。そもそもあまり認めていない。最低生活保障というのは、個人の努力でやるものだ。個人の努力でできる環境がちゃんと企業成長という形である、普通の人が頑張れば全部暮らせるようになってきているのだから、それは努力しないやつが悪い、という具合に、経済の高成長を大前提とした考え方の枠組みがほぼできてしまっていて、そうした能力がない人だけ、個別に、本当に特殊な人たちだというレッテルを貼ったうえで救いましょうというふうには、だいたい全部ができていくという気がします。本当のところは、普通に勤労者が雇用されて働いている中でも山ほど「事故」が起きるわけです。保険の言葉でいう事故です。しょっち

ゅう起きるから、それをきちっと救わなければいけない、というのが社会保障制度の目的の1つの根幹であるはずなのに、そこをどうも日本の厚生省を含めて政府の側というのは本気で認めたことがないのではないかという気になっています。

矛盾を拡大しつつある所得政策

高柳 政府や企業がそういう論理で、一貫して憲法の社会権、生存権というものを、力づくで押さえ込みをしてきた。一番端的には朝日訴訟です。力関係で実体をとったわけです。その時、労働者や国民の側からすると、現実的に人権原理のようなものを掲げてたかかって、彼らの意図とは違うレベルを一方でとりながら、どこかでお互いに妥協するというような格好で日本の60年代もあったのではないか。

後藤 その通りだと思うのですが、他方、最低生活保障、とくに最低限生活保障運動は運動の側にとっても、非常に特殊な運動という位置をもってしまったという面は否めないわけです。社会保障協議会の1980年代にでた『社会運動全史』、まだ総評の傘下にある頃のものですが、あれを読んでも、生活保護、医療保護などの問題では、要するに本気でがんばったのは全日自労、日患同盟、全生連の3団体だと。労働組合の本流部分はほとんどまともに関与していない。これは、やはり最低賃金問題の時も結局そうだった。最低限保障のところで、それを本気で実質化させる運動を組むときには、いつも日本の労働者階級の本体は本気で関与しない。

高柳 周辺というやつ。

後藤 ええ。関係ない。したがって本体に関係ないところが頑張るわけです。そうすると、たとえば九州の炭坑の閉山の後の61年、2年、3年、4年なんていうものすごい紛争が福祉事務所で起きるわけです。それはある意味で暴力沙汰寸前になるわけです。福祉事務所の職員が自殺に追い込まれたり、病気で死んだりなどというものが出てくるくらいです。その当時の歴史的背景に立ち入るのは不可能ですが、要は、そうした運動をや

る人々が、社会運動全体のなかで孤立していたということ、厚生省、政府が、最低限生活保障を一部の特異な人間たちの問題へとすり替えていく大きな動きにたいして、60年代の社会運動の主流は正面から立ち向かえなかったということなんだろうと思います。

日本の最低限保障をめぐるこうした配置と構造は、今につながっていると思います。たとえば、生活保護基準はかなり上がるわけです。もちろん一般の国民の生活水準もどんどん上がるから保護基準が上がるのが当たり前といえば当たり前なだけけれど、現在の低所得世帯の水準と、実際に運用されている生活保護基準をくらべると、前者の低さに驚くことがあります。ちなみに、厚生労働省が発表している基準は、この制度の運用の実態を表していません。たとえば2002年の水準でいくと、川崎市で18才の働いていない単身者に適用される生活保護基準は、実際には年額で164万円ほどになると思いますが、仮に普通に働いている人がこの基準で想定されている生活水準を確保しようとする、公租公課がありますし、生活保護制度自身が認めている働くことのいろいろな必要経費（勤労控除といいます）がありますから、年収で260万円あまりが必要ということになる。

ちなみに、神奈川県で最低賃金で1日8時間、月に23日働いて単純にそれを12倍しても、156万弱です。単身者ですらこの状態でして、4人世帯について、三鷹で実際に運用されている水準にたして試算した方がいますが、この場合は、516万ほどが必要ということでした。この数字で考えると、生活保護基準が実際に想定する生活水準を下回る世帯は膨大な数にのぼるはずですよ。

生活保護の運用は、厳しい基準でしばって、1つ1つ「必要即応」の原則で積み重ねていって、無駄なことは何もしていないはずなだけけれど、それを全部積み重ねて実際にやっていると、たしかにそういう数字になってきてしまいます。

石塚 それを受けている人がいるのですか。

後藤 これは、働いた場合の「勤労控除」と実費控除を入れた数字です。今、被保護世帯では単身者世帯が圧倒的で、しかも、非稼働世帯が9割

ですから、4人世帯で実際にこの数字をもらっている方がいるかどうかはわかりません。しかし、勤労控除などをふくめないで計算したさきほどの事例の単身者の生活保護基準でも、最低賃金でフルタイム稼働の収入より多いわけです。

言いたかったのは、基準が高すぎるということではもちろんなくて、賃金の方が低すぎるということ、もっと大事なのは、最低賃金の問題あるいは低賃金問題と、生活保護が保障するはずの水準というものが、社会的にほとんど分断され、切れた状態にあるということです。この構造は、どうも1960年代に形作られたような気がします。保護の人数は1%以下にグングン押し縮められて、マージナルなところだけに押し込められる。そういう流れが60年代に見事に始まっているわけです。

それを、今の時点になると、企業もどんどん年功序列から放り出すし、長期雇用から放り出すし、正規雇用をどんどん減らすしという世界になりましたでしょう。そうした状況では、もう一度本気で、最低生活保障の問題を広く考えないといけない。政府は本気でやる気はもちろんないわけです。地域での賃金規制運動から、多様な社会保障領域での運動を旺盛にやるとともに、ある種の集団的な自衛措置もとらざるをえない。その現状の中で、非営利・協同のセクターの意義も議論されるということになるのだらうと思うのですけれども。

日本は福祉国家か

高柳 角瀬先生に指摘されて改めて、新『社会科学総合事典』の「福祉国家」の項を読みました。簡単に言うと、資本主義の延命のものであるというようなことが一番最後に書いてあるのです。私が学生のころ、大河内一男先生とか大内力先生なんかの話を楽しみに聞いていました。当時はそうした論調が非常に強調されていました。私は、セツルメント活動をしていたので。地域に入ってヒョコヒョコやっていたわけです。そこで見ている限りでは、基本的には、労働者、住民が、人権に基づいてたたかい取るものだと思っていました。この両方なんだと思うのですけれども、学生の議論は二分され、両方ともヘトヘトになるくらい水掛け論を続けていました。セツルメントの活動や民医連の仕事は、単なるドブ掃除というか、

支配の矛盾を、善意であっても補完しているだけなんだというような主張がありました。私自身は、そういうのに強く影響をくっついてはいませんでしたけれども、何となく、福祉国家というといかがわしいというか、つまらないものだという議論が優勢だった。

石塚 戦後日本のいわゆる革新勢力が、非常にラディカルな目標をもっていて、福祉国家なんて関係ない、それは資本主義延命のためのアメとムチだというふうな位置づけだったけれども、社会主義国家というものが実際ほとんどのところで機能しなくなってしまったために、ラディカルに依拠するところがなくなって、次善の策として福祉国家というものにもう1回注目するようになった。一番良い彼女に振られちゃって、2番目の彼女にという感じで、もう1回それをちゃんと大事に見ていこうと。ちょっと変な説明でしたけれども。

高柳 いや、わかりますよ。ソ連ではなく、スウェーデンの方に目を向けたら、結構良い、きれいなじゃないかと。

石塚 大河内さんなどの福祉国家とは、総資本対総労働の対決の場の現れだという位置づけは、私は、依然有効だと思っているのですけれども。とくに、福祉国家の場合、福祉と雇用・労働とをリンクさせて考えるべきです。今、最低限保障問題を話されていますけれども、トータルに人々の生活を向上させていくためには、医療とか社会サービスだけを見てもいけないし、かといって、雇用だけを別に見ていっても上手く構築できないと思うのです。

高柳 その中で、後藤先生は、かなり、企業社会統合というか、ここで日本の社会保障というか、福祉国家の機能というのは、非常に特殊なかつこうで全体を統合してきている、それが壊れて、また、どういうかつこうで出てくるかということも位置づけているわけでしょう。

後藤 そうですね。福祉国家が、資本主義の延命であるかどうかというのは、ある意味どうでも

いいと思いますね。延命であるだろうと思いますし、延命でなかったとしたら、じゃあ、いったいどうなるのでしょうか。危機になって壊滅するのを待つのか、とかいう話になる。

むしろ、福祉国家が非常に悪いものとしてイメージされていた最大の問題は、私は、帝国主義の陣営の国内体制だったからだというふうに理解しているのです。

戦後も結局、アメリカ一極支配の帝国主義体制があった。自由貿易帝国主義型だと思いますけれども。その下で、国内体制としてアメリカの国家財政もつぎ込んで、福祉国家がヨーロッパで形成されたという構造があるわけです。帝国主義の国家体制というそうした性質を福祉国家がもっていた時代と、今のように帝国主義の側が、むしろ、福祉国家をぶち壊そうとするという流れのほうが、主要になっている時代の区分はちゃんとしておかないとまずい、というふうに私は考えています。今、福祉国家を言う人間は、帝国主義を同時に言う必要はなくなった。昔は、福祉国家を真剣に言う人間は、必然的に帝国主義を同時に言うことになってしまったわけです。だから、「社会帝国主義」という言葉がピッタリしていた。でも、今はその条件はないわけですから、福祉国家は社会主義と比べてどのぐらいラディカルであるのかないのかという議論は必要であるにしても、本質的に悪いものだという位置づけをする根拠は、もう歴史的にはなくなったというふうに私は思っています。

石塚 現在、イラクで戦争が起きていますが、イギリスのブレア政権の行動というのは、福祉国家と戦争国家をもう1回繰り返しているような形だと思います。アメリカについては、福祉国家じゃないよという言い方もできるわけですが、分類によると残余型の福祉国家という見方もされているわけです。

一方、日本は60年代に日本型経営というようなことでやってきた。これが、約6年前くらいに経団連あたりが自ら日本型経営は崩壊しましたというふうに言って、あれよあれよという間に、いわゆる、働き方とか、雇用形態が崩れてきている。以前は企業どっぷりな人たちは、怠け者は自分の

責任でやれと現在言っているわけですが、以前は、それらの人々のあいだでは、現在の新自由主義的な発想はあまり強くなかったと思うのです。これから、新自由主義的な発想を国民の多くが受け入れられるのでしょうか。

後藤 今の日本では、福祉国家型の国家があって勤労者にも最低限保障をやる、という具合にはなっていない。労働についても、労働組合が全体としてパワーをもっていて、最低限生活保障のところを賃金のところできっかりと押さえるのだという構造になっていないわけです。落ちこぼれるのは本人の責任だという話は、企業社会の中で充分私は養われてきてしまったと思っていました。つまり、現在の新自由主義的なやり方と企業主義的なやり方は、あきらかに違うのですけれども、でも、社会保障が、どこまで責任をもつべきかという点についての国民の受け止め方という点でいくと、意外と似ている。雇用についてももちろん全然発想が違うと思いますけれども、社会保障については、国家が本気で、厚いセイフティーネットを張らなければいけないのだというふうには、企業主義時代もあまりみんな思っていなかった。だから、ある意味で、非常に連続しやすいイデオロギー的背景をもっていたのだというふうに私は今のところ見えています。だから、結構受け入れるだろうと思います。

高柳 やっつけられちゃうということ。

後藤 ええ、今のままだとやられてしまうと思います。

高柳 やっつけられて、どこにもっていったいいのかわからない。

後藤 はい。たとえば、今の若者たちには「無力感」がすごいでしょ。ちょっと、想像を絶するレベルになっていますから。中西新太郎さんが言ってますけれども、結婚をして普通の家庭をつくれるだろうと思っている若者や少年は半分ぐらいしかいないのではないのかというぐらいのところまで来てしまっているわけです。だから、「悪いのは

全部私です」という、あるいは「能力がないのも、運が悪いのも全部私のせいです」という、そういう非常に極端な個人責任主義的なイデオロギーは、相当強く国民を覆ってしまっている感じがします。これはもう運動に参加することによってしか変わらないだろうという印象ですね。

基本的人権と労働者のたたかい

高柳 憲法の長い歴史をもった人権とか、生存権とかいうようなもので、何とか開き直れないものかという私は思う。生きていく権利があるのだというようなものを、今、後藤先生は運動といたしました。どういうかっこうで、そういう個人や集団をつくり出していくのかというのが、実践的に求められている局面にあるというか。原理的、抽象的には、ラスキンの言っている『最後に遅れてきた者にも』という感じを、私はいつももっているわけです。あるところで私が社会保障の話をしていたのですが、そしたら質問がありました。うちの職場にさぼっているやるが多いのだと、ポカ休するようなやつが多いのだと。そいつに対しては、どういうふうにするべきなんだというような質問で、質問する若い本人は極めて一生懸命に働いているつもりなのです。社会保障は、そいつにも同じようにカバーするのか、どうなんだという質問です。私は答えて、だから原理的にはカバーするのだと、そういうことになっているのだと、それが人の社会なのだ。あんちくしょうちょっとだらしなやか、外国人であるだとか、そういったかっこうでチョン切っていく考え方がまるで対局にあるのだと、答えました。

ただ、現実的に、どこまで平等が行き届くかというの、難しい問題ですね。そこで非営利・協同の問題になるところなのだと思います。平等だとか、自由だとか、情けというか、友愛とかというのを含んで考えないと、結局われわれ自身の中でも、ちょっと弱みのある人とか、平均的でない人とかというのを、放っておけばすぐ切って落とすというのが当たり前という考え方がすごい強烈なかっこうで、政策化されて体系化されて出てきている。新自由主義だとか、新保守主義だとか言われている考え方が意識されて出てきている。実は、われわれのなかにも無自覚にけっこういろ

んなレベルにあるのだという感じ、それがとても危険な気がします。だから若者が、言われたようにすぐ突破口を見出せないで、屈服してしまう。

石塚 若い人に聞きますと、フリーライダー論（タダ乗り）を是認して、タダ乗りはとにかくけしからんという人が圧倒的に多いわけです。かりに、昔、勝手なことをして、ギリギリすみたいにしていたが、現時点で落ちぶれたギリギリになっても何もいない人がいる。その人に対して、何か支援の手を差し伸べるのはどうか。それでも、過去、好きなことをやっていたのだからけしからんという人が圧倒的に多いわけです。フリーライダー論が浸透しているのは、やはり、個人主義原理に立っているからで、対抗原理として社会原理というものを立てないといけないのではないか。このフリーライダー論は、いわゆる保険主義とか税金沢山払った人の権利とかを根拠にしており、なかなか論破できない。

国がどれだけ保障するとかいうロジックを立てる時に、日本の場合は憲法25条の基本的人権ということだけでいたい立っているわけですがけれども、ヨーロッパだと、たぶん、もう少し細かく分けて、社会権とか、市民権とか、経済権とかというふうに分けていっている。自然権というのは、これは、天賦のナチュラルなものだから、さかのぼれば神様が授けたものということになると思うのですけれども、やはり、自分たちは、古い言い方でたたかい取っているのです。勝ち取った権利としての自覚をさせるのが少し弱いと思うのです。それが、いろんな権利要求の時に、非常に、やはり、授かるもの、受給する、お上から下される恩寵的なものというふうなイメージが強くなる原因の1つがそこにあるのかなという気はします。

高柳 その1つに、日本の労働運動は、企業に包み込まれながら、労働運動全体が賃上げ闘争一本槍できた。それで、何とか全体をカバーしていくというような。企業社会の中で、労働運動が持たなければいけない他の課題を、とくに社会保障の充実というようなものを軽視してきた。物取り主義的な労働運動というような気がしています。それで今ツケが来ているなというふうに思います。

後藤 根深いですよ。

石塚 それで、日本の労働運動の特質性、もちろん、企業内組合というのもあるし、それから、春闘とか、労働運動を引っ張っていたのは、やはり官公労であったということも大きな理由だと思うのです。

後藤 というよりも、官公労が元気になってきたのはだいぶ後です。それより前の民間の本体の運動が潰されていって、官公労が残って、かつ、企業主義的な支配があまり公務員の世界には及ばなかったから、まだ運動が残っていて、それが80年代のある時期ぐらいまでは、ある程度の力をもったということだけだと思うのですけれども。基本は、民間が企業別の枠内に押しとどめられて、しかも、その枠内の戦闘制すらも叩きつぶされた、という問題です。たとえば、70年代の半ば以降、日本の組合はほとんどストライキを打てなくなるのです。

高柳 連合も全労連も本当は医療費の3割負担反対の先頭に立たないといけない。ところが、実際には、4師会ががんばっている。どこかおかし。医師会も当事者と言えば当事者だけれども、一番困るのは労働者自身なんだ。まだある程度余裕のある人たちが、むきになって叫んでいる時に、当事者の労働者がほとんど立ち上がれないという。理屈としても、全然自分たちが運動の中に入ってなかったというかな。部分的には、70年代の年金闘争とかそういうときに、中心部隊ではないところで、闘争はあったのだけれども。

後藤 総評が、国民春闘に戦線を広げて、社会保障の問題にも本気で取り組もうとしたことが、70年代前半にありますね。

高柳 はい、あります。

後藤 しかし、結局あれも、地評だとか、地区労だとかの中小零細がいっぱい入っているところからの圧力を受けてそうなるわけです。だけど、

大企業の本体部分はほとんど動かないという構造は変わっていない。

高柳 今、支配のほうの論理と、これに立ち向かう側の、大きく言って1つの非常に深刻な局面だなと思います。本体が消えてしまったような時に、意外に、非営利・協同のようなものが、かなりの広がりを見せてきている。やや、手前味噌なのかもしれませんが。

崩壊する日本型雇用

後藤 非営利・協同の話の前にもう1つ。日本型雇用がもっていた反「最低限生活保障」型の圧力というのは、本当にすごいものだという話は、しっかりと、確認しておく必要があるような気がします。たとえば、最低賃金制の問題でも、日本型雇用を前提にされているかぎり、最低賃金制はダメになるのに決まっているのです。年功型で上がっていくわけですから、最低賃金と言えば、もっとも低い、出発点の単身者賃金水準におけるものになるのに決まっているわけです。単身者の出発点の賃金の規制にしか役に立たない、あるいは、パートの人たちの賃金規制にしか役に立たないものとして出てくる。だから、最初は、女子中卒をちょっと下回るというふうに、だいたい動くわけです。今は、高卒女子を、大きく下回っているわけです。だから、高卒女子の正規給与よりもずっと下をいくわけですけれども、そういうどうにもならない低水準になっていくのは、日本型雇用の賃金体系が前提にされているかぎり、ほとんど必然的なわけです。日本型雇用と年功型賃金のおかげで、最低保障を賃金の側からも社会保障の側からもやるのだということが、二重三重にもものすごくできにくい構造が支配していたという感じがします。

石塚 これからはどうなるのでしょうか。

後藤 日本型雇用は崩れる。私は、木下武男さんの議論を借りて、200万円台というのが、新しい第2標準になるであろうと思っています。

高柳 年収ですか。

後藤 ええ、年収200万円台。せいぜい300万ちょっとぐらいで、それ以上もう上がらないというタイプの仕事が、今、いっせいにものすごい勢いで増えてきていますから、ここが第2標準になる可能性が充分にあるとふんでいるのですけれども。右上がりにはならないです。だから、そこを基盤に問題を考えた場合には、今までとはまったく違う社会保障構造や地域での賃金保障構造や最低賃金水準の設定の仕方とか、産業別最賃のまた別の展開とかという話が、また、別に出てくる可能性があるし、ある程度は出始めているのではないかと。私は、日本型雇用の崩れた後に、あるいは、崩れるのに対抗して本格的に出てくる社会保障と労働の運動のところに、時間がかかっても結局そこに一番大きな期待はかけるというふうに考えています。

石塚 その場合、雇用の形態ですが、今、派遣業、パート、いわゆるフリーターとかの比率が非常に増えてきて50%くらいになっています。従来は労働組合や圧力団体、代表組織というものによって何らかの政治的な交渉するということができるわけですが、そういう、派遣業とかパートとか非常に不安定な雇用にある人たちは、有効に社会的なグループとして形成可能でしょうか。

後藤 可能だろうと思っています。パートの人たちがなぜ今まで非常に結集しにくかったかと言えば、それは、夫の給料に依拠していたからで、だから、辞めてもすぐに窮迫はしなかったわけです。ところが、どんどん旦那の方の日本型雇用が減らされてきますと、パートを首になったらすぐに窮迫します。だから、パートやアルバイトの人たちの賃金依存度というのですか、低い賃金であってもそこに依存するというその度合いが非常に高くなっていると思います。さらに、私が先ほど言った200万円台というのは、パートやアルバイトではないのです。正規雇用あるいはフルタイムです。正規雇用あるいは1年契約、派遣などでフルタイムでその水準になるであろうということです。それをずっと下回るパートやアルバイトも、また大群がいるという構造です。三鷹でベネッセ

が公設民営の保育園の経営をはじめましたが、あの時、確か20人の募集に、年収200万円前後の1年契約というやつに、340人が殺到したのです。340人殺到したという話を「首都圏青年ユニオン」のフリーターの諸君に聞いてみると、みんなそれは良い条件ですと言っていました。

高柳 時給800円よりいいと。

後藤 もう、はるかにいいと。

石塚 従来の、社会保険や退職金があるとか保険料を払ってくれるというような、ごく少数の伝統的正規雇用と、新しい形の正規雇用と、それからパートのような臨時雇用と、さらにフリーターのアルバイト的なものと、非常に下の方がどんどん膨らんでいくと思うのです。そうすると、新しい形態の労働組合のようなもの、あるいはユニオンが形成されなくては、従来型の企業内的な、いわば昔労働貴族という言い方がありましたけれども、非常に狭い領域だけの利害を追求するような労働組合というものは、存続するかもしれないけれども、社会的影響力は低下する。

高柳 今、ぎりぎりのところにあるように思います。私は、民医連だけれども経営の側にいたわけです。それで、この数年間見ていて、長い間、労働組合の側は、1つは賃上げ一本槍。もう1つは、パートの導入反対という。とにかくがんじがらめになった論理で押しまくってくる。押しまくられているこっちは、いつの間にか、日経連だとか経団連と同じだとかいう。同じわけないじゃないと言ったのだけれども、その労働組合自身が、スト権を確立できないとか、やがてパート労働と手を組まないといけなところまではっきりきたということです。かなり進んでいるところは、パート労働と一緒に意見調整し始めている。一瀉千里なのではないのだけれども、ジグザグしているけれども、そういう流れというのは、日本の労働組合の中に進んでいく、基本的流れの1つだろうと現場で見えています。

後藤 今は、正規主義、本工主義はもう限界が

ある。非正規をつくるなという運動一本槍でやるのは、ほぼ限界が来ていて、非正規、パート、いろんな形で、その条件を上げるための労働運動を別に組織して、そこに全力を傾けるというやり方をすべきだ、というのは、だんだん共通理解になってきているという気がします。ただまだ、いろんなところを回っていると、木工主義バリバリの組合も結構ありまして、困ったなど。結局その人たちは、結果としてパートを抑圧してしまうのです。いらないのだという話になってしまっただけです。私は、労働組合で話をするとき、外に出ていって本気で組織すべきだ、ということを強調するようにしています。自分の職場の労働運動が停滞していたら、そこをしばらく休んで、組織すべき人がたくさんいるところに行ったらよい、人々が求めているのはそっちの方だ。だから、労働組合運動の活動家としてがんばり続けるつもりなら、一番人が要求しているところに行けと。最近、ほとんど反発も起きません。

高柳 女性と子どもと青年のところに行けと。そういうことですね。

後藤 そういことです。昔は結構、このおっさん何を言っているという顔をされましたけれども。

高柳 我田引水みたいな議論になるのですけれども、日本の労働運動なり労働者が、物取りのあつたり、いつも雇われ者根性みたいなものに凝り固まってきたように思えて仕方がない。もっと、何らかのかっこうで、雇われ者根性みたいなものを克服して、本当の意味で経済的なものを確保すると同時に、この仕事をやっていて良かったなどか、人間らしくがんばっているなど思えるような、労働の人間化をめざさないと現状にもあまりうまく適用しない。長い生涯に労働が自分自身の生きがいになっていくような、そういうものに向かっているといけいけいではないか。そのとき、非営利・協同のようなものが大きな位置を占めてくるのではないかと考えています。

新自由主義に対抗する非営利・協同

石塚 福祉国家ということ考えた時に、1つは、いわゆる一般利益というか、公益とかに訳されていますけれども、そういう公的な領域の共同の認知がないとこれは維持できないと思うのです。その中で、とくに経済というものを考えた時に、担い手を資本主義的企業ということで考えているわけですが、しかしその中で、たとえば企業の中でも、角頼先生などが言っている、資本主義的企業と非営利・協同的な企業が、お互い良いところを取って似てくるものが想定される。つまり、資本主義的企業も変わらなければいけない、人間的な企業に変わらなければいけない。それから、非営利・協同企業も、やはり企業性をもって、市場の中できちんと役割を果たせるような、いわゆる市場外というところだけでなく、経済という舞台の中で果たせるための企業性をもっていくということで、企業そのものが、いわば非営利・協同的な性格をもつ企業に変わることによって、そこで労働の問題、それから働いている人の全体の福利厚生を大きく変えていけるのではないかと、そういう可能性は非常に強いと思うのです。もちろん、資本主義的企業の中で、疎外された状況の中で労働組合の役割というのはあるわけですが、われわれは生活の生産と消費という全体を考えていく上で、片方だけを考えていてもうまくいかないで、そこを統合的に考えていく上で、非営利・協同セクター的な企業の役割というのが、今後強まってくるであろうと。これはヨーロッパでは、今、社会的企業とか、イタリアの社会的協同組合とかという形で、社会性を重視する企業、とくに社会福祉サービスを担う分野でやっていくものが出現している。これはアメリカのNPOとは少し違った概念、位置づけでありまして、私は、この社会性を重視するという社会的ソーシャルという言葉を大事にするべきではないかなと思っています。

後藤 私も、「社会的企業」という言葉を、それほど勉強しないでですが、勝手に使っているときが時々あります。要するに、営利を強い規定的な原理にしない、利潤が出るのを拒否することは

ありえないと思いますけれども、強い営利主義でないという領域の、しかし、資本主義の中で、企業として生きているというのは、膨大にありますよね。たとえば日本だったら、学校法人だとか、全部そうです。社会福祉法人だとか、医療法人。けれど、今の日本の議論というのは、NPO学会での議論なんかになると、とたんに何かそういう話が全部吹き飛ぶ。NPO学会を立ち上げた人たちの中には、新自由主義の受け皿にするという部分が、最初から強力な潮流として存在している。そういう話ではなくて、もっと広く、社会的企業という網をうって、そこでいろんな今まで存在してきたものだとか、これから存在すべきものだとかという話をまとめて議論するというのは、非常に重要だと私も思います。

とくに、今、日本の企業の行動基準がさまざまい勢いで変わっていて、日本の企業自身が今まで持っていたある種の社会性をどんどん切り捨てているわけです。ドイツなどの共同決定法の背後にある解釈、だいたい法律学者で是認されているという解説などを読んだのだけれども、企業は、従業員の利益、株主の利益、公共の利益、この3つを同じように重視すべきだ、というのが共同決定法の基礎的理念だそうです。この話は今でも否定はされてないけれども、攻撃はされている、という話もありましたが。日本の場合はたとえば2001年の商法改正で、「委員会等設置会社」という、新しい企業形態が可能になった。あれは、社外取締役が過半数を占める委員会が取締役の人事の実権を握って、取締役会が業務執行から切り離されて大きな経営裁量をもつんですね。アメリカ型です。あれは結局、日本型雇用を中心にしてある種の社会性を持たせながら、その中で育った人間で経営をやっていく、そういう構造全体を排除するための策です。日本の大企業が社会性を振り捨てる分、社会性を維持・発展させる企業が要求されているんだと思います。

高柳 確かに、アメリカの動きなどを見ていると、非営利組織というものが、ピンからキリまでという気がします。今の新自由主義的な日本の再編は、必ず民活直結している。自助努力の1つとしてのボランティアのようなかっこうでも、受け

皿に期待されている面があることを認めます。しかし、それは彼らが意図している以上に、もっと根本的な労働の、人間らしさとか、金より人だよとか、機能的な活動をしている以上、一番の優先順位は社会的な使命だよというような、そもそもに立脚しながら現に存在しているものがある。大事なところを新自由主義にもっていかれて、名前だけ非営利でというのもでてくるのかも知れないけれども、そうはどっこい、しぶとくせりあいがらいく。

とくにフェイス・トゥ・フェイスみたいな地域社会の中で、いろいろな知恵やいろいろな世代が入り込んできて積極的な力を発揮しはじめていることを、現実には強く感じますけれども。

石塚 EU法ではいわゆる社会的経済法という協同組合、非営利組織、共済組合を含んだものがありますが、その法律の前提に労働者参加の義務化があります。ヨーロッパ型の非営利・協同企業とアメリカ型のNPOの違いは何かというと、非営利・協同企業は民主的であるという文言が原則として入れてある。ここがやはり違う。サラモンなどは、NPOが民主的であるということは言わなかったってわかる、というのだけれど、言わなくてはわからない。原則というのはきちんと掲げないとわからない。

後藤 非営利・協同を含んだ社会的企業あるいは社会的経済セクター、それをめぐっておっしゃったと思うのですが、具体的に、どういうところが主なせめぎ合いになり、争点になって引っ張り合いになっているのだろうか、という、その全体像がなかなか見えにくい。そのへんはどうですか。

石塚 ヨーロッパの場合はやはり労働組合とか労働者運動が非営利・協同セクターをつくりあげてきた、という歴史性がある、日本の場合はNPOは市民活動ということになっていて、労働運動がバックにないというのが大きな違いでしょう。

高柳 実際には、仕事はけっこう同じようなことをやるわけです。利益第一主義ではないけれど

も、経営活動も再生産させていかなければいけない。それを民主的に組織するというものが非常に難しい問題です。でかくなれば当然似たような官僚構造というか、いいに付け悪しきに付け官僚構造を生み出さないとならない。その内に結局誘導されていく危険がある。どこかで歯止めをかけるような論議というか、自分に言い聞かせなければいけない。いつも民主的に協力しているかどうか、というのは大切なのではないか。なにか非営利というものを掲げてやってさえすれば、おのずと進むということではない。

福祉医療の民営化への対抗軸

後藤 福祉がかなり医療化されてしまいました。医療の制度の中だと、もともと私立病院がいっぱいあるわけだから、それと同じ地平に立ちながら、中身は非営利・協同なのだ、ということなんでしょうね。しかし社会的企業が力を発揮しなくてはいけない領域というのは、ものすごくいっぱいあると思います。それぞれの領域に応じて相互のあり方というか、せめぎ合いの構造も相当違っているのではないかと。保育園などだったら、まだ公立保育所もたくさんあるのです。たとえば大阪では、無認可の保育所を、今どんどん認可しよう、という運動を下からやっています。民営化された時の受け皿の方を逆に強化しておいて、営利企業の参入を許さないという路線でやっていますけれども。非営利・協同型の社会的企業が、どの領域でどういう役割を果たして、それぞれがどういうせめぎ合いの場面にいて、全体としてそのセクターとして今なにを政策、あるいはイデオロギーとして打ち出さなければいけないのかという、そのあたりを私はとくに知りたと思います。この研究所もそのへんをぜひやっていただきたい。

石塚 今、ヨーロッパで注視されているのは、雇用の、社会的排除されている人たちに対する雇用を通じての労働資源の開発。もうひとつは、やはり高齢者の在宅ホームケアだとか、コミュニティケアに社会的に参入することです。それは地方自治体、地方政府の協力、公設民営型のような形を取っている。そこは市場化されていて、民間の共済もやっているけれども、いわゆる社会的企業

の社会性がかなり評価されている。行政による非営利経済セクターへの理解というものが非常に大事で、単に下請けで使うという行政や自治体の職員の考え方ではうまくいかない。イタリアとかフランスとかスウェーデンなどでは、行政と非営利・協同セクターとの関係が基本的に良好ということでもあります。公的セクターと非営利セクターの協力のあり方というものを考えていけば、民間委託とかそういった発想から逃れられると思います。

高柳 医療の世界では、日本の開業医制というものは、単純に市場原理に基づく民間というものとしてではなくて、かなり積極的な役割を地域医療の現場でも果たしたのです。教育における私立の大学や高校と同じように歯止めがかかっている中で、自由にやってよろしい、それも法的には儲け主義ではだめですよ、という項目がある。中には儲け主義の人もいたのだけれども、ここへきて開業医も危機感をもってきている。実際に現れるかどうかはさておいて、可能性として株式会社が参入してくるといふ。地域住民と手を組んで、非営利の原則で立ち上がらないとめちゃくちゃになるぞ、というような議論がかなり積み上がってきてしまっている。開業医層・医師会も、株式会社参入反対、医療は非営利の原則であるというのを今、再認識しているのです。

後藤 なるほど、そうですね。

高柳 その議論のほとんどシナリオはわれわれがつくったような気がしていたのですが、私たちより先に走っている。小泉内閣打倒、なんていうふうに叫びはじめている所も出てきた。本気かい、とは思いますが。けれども、かなり日本の医療のなかで、地域密着の医療は、国立大病院のようなものを中心にした医療だけではカバーできない、非常に細かい仕事です。実践的には地域医療と一緒に守るネットワークをつくる必要があります。今後ますます進んでいくでしょう。公的な大病院ともネットワークをつくらなくてはならないけれども、すくなくとも営利株式会社が席卷するということは、日本ではかなり難しいのではないかと。期待も込めていますけれども。ぼこつとでかいの

がきて、商店街を軒並みつぶしていく、みたいなことはそうは起こらない気がします。地域医療ということを重視する層も増えてきている。公的なもの、ある程度の市場の積極性の問題です。市場の持つ無政府性ではなくて。それに非営利・協同というものが医療の舞台でも大いに力を発揮しそうだ、と思います。それは介護の分野でも同じです。

後藤 長期的な展望として私が前から言っているのは、「市場を社会に埋め込む」ということです。市場は動いているのだけれども、いろいろなところでがんじがらめになって、営利主義一本槍では動かない市場、そういうものをつくりあげていったベースのうえでないと、計画経済なんて言ったってだめですよ、という話です。

石塚 これは社会的企業のなかの議論では、英語でエンベッドネスという言い方ですね。

後藤 K. ポラニーの言葉です。

高柳 そういうものが人間の社会の中できっちり共有されていないと夢がない。長期的に、福祉国家は過渡期なのかどうか知りませんが、社会自身が非常に面白くない、面白いものであるはずがない。

後藤 そうです。このプロセスの重要な部分に、おっしゃっている話も入ってくるというのはよくわかります。

高柳 新福祉国家論というものをちょっと。

後藤 新福祉国家とは、要するに帝国主義と福祉国家が仲のいい時代から仲の悪い時代に入った、それを前提にした段階の、しかも、これまでの福祉国家の経験と遺産を全部吸収した福祉国家だと。そうした段階では、世界市場の規制という話を長期的には非常に強い課題としておかないと成立しない、そういうものだろう、あるいはできてもすぐ不安定になるだろうと。そういう話が「新」とつけた最大のポイントなのですが。

もう1つ。副次的には戦後のいろいろな福祉国家が1970年代以降いろいろな側面でバージョン・アップされた。社会的排除の問題も相当部分解決しはじめたり、緩和しはじめた。それでも、そういうことができた国々はごく一部ですから、世界的に見ればほんの頂点部分の話ですけども、そうしたバージョン・アップの部分、とくに女性、多様なエスニシティ、障害者、高齢者というような問題についての新しい考え方とビジョンを十分に取り込む。日本は残念ながらその部分が非常に奇形的に、部分的にしか進まなかった。

新福祉国家の「新」とつけたところはその2つなのですが、ただそのベースになっている福祉国家の水準そのものが、今の日本では最低賃金のようなところとか、労働組合が労働基準法守らせる、とかそういうレベルのところもぐちゃぐちゃになってしまっていますので、その基礎の部分をかなり時間をかけて再構成しながらやっていくということになると思います。企業を超えた労働組合運動の形成から始めなければならないので、二重、三重の課題を同時進行というかたちになるのかな、という印象は持っています。

ただ、今、自治体のレベルでは、違うルートから、事実上そういう話に近よっているようなことが随分あちこちで起きている、という印象は持っています。市場社会のあり方を変える、という話に直結するような話を、自民党系の保守の首長さんが、いきなりやっていたりするとか、そういう面白い状況には随分なっていますので、部分的には新福祉国家型の発想というのは地域で前進する場面があるということは思っています。

石塚 小泉内閣は教育基本法改悪やよい軍事国家みたいなものと、片方で福祉制度の新自由主義化を進めている。これに対して、地方のいろいろなレベルや下からの運動がないと新しいかたちの福祉、社会保障をすすめる日本というものはつくられてこない。

それでは今日は、大変予定を過ぎまして長時間ありがとうございました。

(2003年4月7日開催)

【事務局ニュース】 1・第1回公開研究会のお知らせ

研究所では約3ヶ月に1度、公開研究会を開催し、様々な分野から講師をお呼びしようと考えています。第1回公開研究会は、下記の日程で開催します。

参加の申し込みは、事務局まで電話または巻末の様式を使ったFAX、電子メールにてお願いします。なお、会場の都合により先着順（40名）とさせていただきます。

日時：2003年5月29日（木） 午後3時～午後5時

場所：平和と労働センター・全労連会館
3階304・305室（東京・御茶ノ水）

講師：株明治生命フィナンシャルランス研究所・主任研究員 松原 由美氏

テーマ：「アメリカのマネージドケアと非営利

病院（仮題）」

参加費用：資料代500円（当日、受付でお支払いください）

次回以降の公開研究会のテーマ（予定）です。

- ・テーマ：「新しい社会保障制度のあるべき姿とは—社会保険問を中心に」
- ・テーマ：「非営利・協同の医療社会サービスのあり方について—機能分化にどう対応するか」
- ・テーマ：「地域医療社会サービスモデル調査報告 —東京、鶴岡」

セミナーのお知らせ（8月下旬開催・通訳あり）

- ・テーマ 「イタリアの社会的協同組合のマネージメント（仮題）」
- ・講師 ファビオ・ファブリ（ローマ大学教授）

8月にセミナーを開催します。詳細は後日お知らせします。

地域づくり協同と 地域調査実践

大高 研道・山中 洋

1. はじめに

小論は、地域破壊が進む中であって、協同の力で「真に豊かな地域社会」の実現に向けて試行錯誤を繰り返している山形県庄内地域からの発信である。

山形県鶴岡市に本部を置く生活協同組合共立社（共立社）は、その前身である鶴岡生協設立時（1955年）以来、一貫して「協同の力で暮らしを守る」ことを第一の目的としてきた。それは、地域社会との繋がりを常に意識し、そして組織内にとどまらない多様な組織との協同関係の構築を不断に追求してきた歴史でもあった。鶴岡生協の実践に注目し、全国に紹介してきた美土路達雄氏との対談の中で、創業者である佐藤日出夫前理事長は、「班では生協の話だけに限らないし、主婦のなかから出てくる要求は多面的ですから、生協の経営ではたすべきこと、生協の運動としてはたすべきもの、ときには生協のわくをとびこえて町ぐるみで、労働組合の協力もえてやっていかなければならない運動、たとえば自治体に対する交渉などにもひろがるわけです。（中略）もし、これは『生協の問題とはちがいます』とやっていたら、『生協は自分たちの広範な生活をまもってくれるのだ』という意識にはならなかったと思う。まして、自分たちが要求を出しあって、自分たちで自らの暮らしを守っていくのだという関係にはならなかったと思う¹⁾と述べている。また、同時にこの思想は共立社に結びつく多くの組織にも共有されている。共立社と同じ根から生まれ、地域の暮ら

しを守り、変革していく実践を共に展開している庄内医療生活協同組合（庄内医療生協）では「事業の範囲から組合員の要求を見ないというスタンスを重視²⁾している。それは、前述の佐藤氏と共通するものと思われるが、活動を規定するのは事業形態や事業領域ではなく、「組合員のくらしの要求」なのである。そこに、「生活（暮らし）を守る」という共通の基本姿勢、つまり地域づくりの思想があり、その実現のための重要な要素がより多くの地域組織・団体との協力・協同なのである。

共立社は1989年、「地域に総合生活保障体制確立をめざす」ことを基本理念とした『21世紀を展望する共立社の90年代構想』を作成した。この中でキーワードとして掲げている「協同による改良と協同をめざす変革³⁾」という言葉は上記の認識を端的に表しており、この歴史の中で、時間をかけ、地道に積み上げてきた地域内の連帯の輪は、医療生協、農協、漁協、高齢協、労協、子育て文化協同の会、民主商工会等にまで広がっている。具体的には、生産地としての特性を反映し、山形県経済連⁴⁾（1989年）や余目町農協（1995年）との間で「協同組合間提携に関する基本協定書」を結んでおり、また、2000年の公的介護保険制度スタートを機に共立社、庄内医療生協、山形県高齢者福祉生活協同組合（山形県高齢協）および社会福祉法人「山形虹の会」（虹の会）の四団体協議会（「四者協」⁵⁾が発足し、高齢化社会に対応する福祉のまちづくり実現へ向けた検討を積み重ねている。

他方、全国的に日本の現在と未来を揺さぶるよ

- 1 佐藤日出夫・美土路達雄編『鶴岡生協と住民運動-I ここに虹の旗を』、1981年、212 - 213頁（原版、『鶴岡生協と住民運動』、現代企画社、1968年）。
- 2 岩本鉄矢「医療生協と共立社の提携」『生活協同組合研究』Vol.251、1996年、27頁。
- 3 生活協同組合共立社『月刊部内報きょうりつしゃ』Vol.27、1990年10月、23頁。
- 4 現、J A全農山形。
- 5 四者協は当初、実務担当者の会議としてスタートしたが、その後、幹部職員を構成メンバーとした会議（月一回）へと発展し、今日に至る。また、1992年「コープくらしのたすけあいの会」スタート以来、共立社と医療生協間では継続的討議の場がもたれており、その後1995年に「虹の会」、1999年には高齢協が参加している。

うな社会不安・問題が顕在化し、国際的には新自由主義の台頭の中で生活のあらゆる領域が個別化しつつある反面、一個人や一組織では解決できない問題がますます増加している。国民経済の破綻、年金制度の形骸化、医療制度「改正」、少子高齢化、そして地域経済の崩壊等、挑戦しなければならない課題は多く、むしろ増えているのが実態であろう。その意味では、今日ほど協同が求められている時代はないといえる。このような状況に鑑み、共立社は21世紀を「より豊かな暮らしの協同の時代」と位置づけ、「いつまでも住みつづけられるまちづくり」⁶を新しいスローガンとしてその実現の可能性を模索してきた。とりわけ、その鍵となるのが「非営利・協同のネットワーク」の形成という構想である。

さて、これらを実現する上で、我々がとりわけ重視するのは、組織がよって立つ地域との関係を抜きにしては論議できないという点である。つまり、我々は、協同実践の具体的な実践プランを構想する際、協同の普遍的価値を認めつつも、その必要性を認識する契機は地域によって大きく違うと考えている。例えば、2003年5月4日付の朝日新聞では「ダウンサイジングにっぽん—少子高齢化の衝撃」と題し、2006年に日本は大きな分水嶺を迎えると指摘している。この年をピークに人口が減少するというのである。しかし、全国的動向や地域戦略は多くの示唆や教訓を与えてくれるものの、必ずしも地域間格差という側面を十分に考慮したものではない。山形県の場合、グローバル化による工場の海外移転、大手流通資本の地域支配・地域破壊、そして少子高齢化は1980年代から既に構造的な問題として地域経済・地域生活を圧迫し、今日では「危機感」は現実的な「危機」となって発現しているのである。

このような理解のもと、共立社は2002年11月に試験的な試みとして地域調査グループを設立した。より自発的・自立的、そして主体的に地域づくり

実践に取り組む場合、まず自分たちの住む地域の実態を把握することが出発点であると考えたからである。前述したように、協同の必要性を認識する契機は地域によって違う。その意味では、協同の意義や必要性はそこに住む地域住民（主体）が地域の実態をどう把握するか、その理解に大きく左右されると言っても過言ではない。また、同時に、我々は協同の可能性と展望の探求のためには、その意義や必要性を自覚し、さらには地域住民間・地域組織間で共有する「空間」が不可欠であると考えた。地域づくり調査はこの「意識化」の実践の重要な契機になることが期待されたのである。それは「共に何ができるか」（協同の可能性）を模索する試みといってもよい。

以下はその地域調査報告の一部である。調査グループが形成された時点で、我々は調査領域を大まかに四つの領域に分類した（①地域経済構造【産業・就業構造】、②地域生活構造【医療・福祉、消費など】、③文化・教育、④社会的活動【環境、平和、女性、労働運動など】）。今回は主に第一の領域に焦点を絞り、地域住民の暮らしと地域経済の関連構造の解明に努めた。東北の一地域社会の事例ではあるが、その経験からは「社会的に排除 socially excluded」⁷されている（されつつある）多くの地域に共通する特徴を見出すことが出来るはずである。これらを踏まえて、地域づくり実践の主要な契機としての「地域調査」の意義を検討し、さらには具体的な地域づくり協同実践の可能性（構想）を提起してみたい。なお、調査対象とするのは山形県鶴岡市を中心とした庄内地域で、調査結果は主に統計資料と2002年11月から2003年3月にかけて行った30回を超える聞き取りと理事会、学習会、職員研修会等を通した公式・非公式な話し合いに依拠している。

6 いつまでも住みつづけられるまちづくり刊行会『いつまでも住みつづけられるまちづくり—地域の自立は子どもの未来／鶴岡からの発信—』鶴岡書店、2002年。

7 「社会的排除 social exclusion」は近年ヨーロッパで広範に使用されている概念で、「多面的な不利益」を意味する。一つの重要な側面は「経済的不利益」で、これまで一般的であった「貧困 poverty」の代替概念としての側面が強いが、政策レベルでは「貧困」問題のみならず、健康・教育・住宅問題等を含んだより包括的な概念として捉えられている。例えば、アイルランド共和国の場合、「生産からの排除（仕事がない）」、「消費からの排除（財産がない）」そして「社会的ネットワークの欠如（相互扶助体制の未確立）」という三つの側面から社会的排除を定義している。Government of Ireland (2000), Partnership 2000 for Inclusion, Employment and Competitiveness.

2. 地域経済はどうなっているのか？

—山形県庄内地域のすがた—

人口の動向

山形県の人口は、2000年10月1日現在で124万4千人(全国総人口の1%：全国33位)である。歴史

的には、第一次ベビーブーム期の1950年がピーク(135万7千人)で、その後、高度経済成長期に伴う都市への人口集中と並行して、1973年には121万4千人にまで減少した。1973年オイルショック以降は経済安定成長期に入り、同時に農村工業導入促進法等による雇用機会の増加を背景として1985年には126万人台に回復している⁸。それではその後の人口構成はどのように変化しているのだろうか？1985年以降の推移を示したのが表1である。

表1 山形県人口の推移

年次	総数	年少人口(0-14歳)		生産年齢人口(15-64歳)		老年人口(65歳以上)	
		実数	%	実数	%	実数	%
1985年	1,261,662	255,853	20.3	836,219	66.3	169,525	13.4
1990年	1,258,390	233,824	18.6	819,200	65.1	204,577	16.3
1995年	1,256,958	208,596	16.6	799,251	63.6	248,817	19.8
2000年	1,244,147	186,182	15.0	772,100	62.1	285,590	23.0

(出所) 総務省「国勢調査」より作成。

1990年から2000年の推移を見ると、この10年間で14,243人も減少している。2000年国勢調査の結果によると、全国人口は1995年と比べて戦後最低の伸び率(1.1%増)であったが、山形県においては増加どころか1.0%減少している。とりわけ特徴的なのが生産年齢人口の実数・比率がともに減少傾向にある一方で、老年人口が大幅に増加している点である。2000年の県内生産年齢人口比率は62.1%で、全国比率(67.9%)を5.8%も下回っている。他方、老年人口比率は5.7%(うち75歳以上は2.7%)上回っている(表2参照)。

のある村山地域を除く3地域は総じて減少傾向にある。庄内地域(14市町村、2000年の総人口320,565人)では、11年間(1989-2000年)で8,604人減少しており、酒田市(215人増)と鶴岡市(838人増)を除く全町村で過疎化が進行している。ある意味では2市への人口集中が進行しているといえるが、その程度は微々たるもので、総体的に山形県一般の動向と歩みをともにしているといえる。なお、表3は、庄内地域を共立社のエリア区分に即して2つのエリア(鶴岡生協エリアと酒田生協エリア)に分け、前者の鶴岡生協エリア(7市町村)の人口動向を示したものであるが、ほぼ櫛引町に匹敵する人口が減少したことがわかる。約10年間で庄内地域から町が1つ消滅した計算になる。

表2 年齢3区分別人口比率(2000年：%)

	山形県	順位	全国	全国差
年少(0-14)	15.0	22	14.6	0.4
生産年齢(15-64)	62.1	45	67.9	-5.8
老年(65歳以上)	23.0	4	17.3	5.7
(うち75歳以上)	(9.8)	(5)	(7.1)	(2.7)

(出所) 総務省「国勢調査」、厚生労働省「人口動態統計」より作成。

さらに人口推移を地域別にみると、1989年から2000年の間、6市2町を除く36市町村の人口が減少している。山形県では統計上県内を4地域(村山、最上、置賜、庄内)に分類しているが、県都

表3 鶴岡生協エリアの人口の推移(1989-2000)

市町村名	1989年	2000年	増加率
鶴岡市	99,790	100,628	100.8%
櫛引町	8,734	8,536	97.7%
三川町	8,294	7,879	95.1%
藤島町	13,085	12,294	94.0%
羽黒町	10,342	9,616	93.0%
朝日村	6,515	5,864	90.0%
温海町	12,536	10,608	84.6%
総数	159,296	155,425	97.6%

(出所) 共立社内部資料より作成。

8 山形県統計調査課編『やまがたの経済-山形県版経済白書2001』山形県統計協会、2001年、第4章。

他方、世帯数は増加傾向にある（表4参照）。世帯数が増加し、世帯当たりの人数が減少してい

るということは、核家族化の進展を意味し、同時に高齢者世帯の増加を推測させる。

表4 鶴岡生協エリアの世帯数／1世帯あたりの世帯人数の推移（1989—2000）

市町村名	世帯数				世帯人数		
	1989年	2000年	増加数	増加率	1989年	2000年	増加数
鶴岡市	28,759	32,825	4,066	114.1%	3.5	3.1	-0.4
藤島町	2,788	2,945	157	105.6%	4.7	4.2	-0.5
羽黒町	2,132	2,209	77	103.6%	4.9	4.4	-0.5
櫛引町	1,808	1,913	105	105.8%	4.8	4.5	-0.4
三川町	1,861	1,988	127	106.8%	4.5	4.0	-0.5
朝日村	1,465	1,368	-97	93.4%	4.4	4.3	-0.2
温海町	3,412	3,122	-290	91.5%	3.7	3.4	-0.3
総 数	42,225	46,370	4,145	109.8%	3.8	3.4	-0.4

（出所）同上。

実際に老年人口は増加傾向にある。1989年と2000年の65歳以上の人口比率だけを取り出して整理したのが表5であるが、全ての市町村でその比率が大幅に上昇しており、総人口の2—3割を老年人口が占める。全国では12年後に65歳以上の高齢者が4人に1人になるといわれているが⁹、鶴岡生協エリアでは既に2000年の段階でそのレベルに達している。鶴岡市を除いた町村では県内平均（23.0%）を上回り、さらに全市町村で全国平均（17.3%）を大きく上回る高齢者比率を示している。

表5 鶴岡生協エリア65歳以上人口比率（%）

	1989年（H1）	2000年（H12）	増減
鶴岡市	15.4	22.3	6.9
櫛引町	17.0	24.8	7.8
藤島町	17.6	25.5	7.9
三川町	17.3	25.9	8.6
羽黒町	17.6	26.4	8.8
朝日村	19.5	28.7	9.2
温海町	20.3	29.7	9.4

（出所）同上

他方、出生率（人口千人当たりの出生数）は全国と同様に年々減少している。2000年の県内の出生率は8.8（全国平均：9.5）で、他県と比べても

低い数値を記録しており、全国順位は38位である。興味深い点は、女性1人あたりの出産数を示す合計特殊出生率は1.62（全国1.36：2000年度）で、全国第5位と非常に高いことである¹⁰。にもかかわらず、出生率が全国平均以下ということは、若い世代が圧倒的に少なく、同時に高齢化・過疎化社会の到来が庄内地域を含む山形県にいち早く到来していることを示している。

産業構造の変化と労働人口の推移

上記の人口、とりわけ生産年齢人口（15—64歳）の減少は地域経済の衰退と密接に関連している。山形県の産業構造動向をみると、全国と同様に第一次産業・第二次産業から第三次産業への移行が進んでいる。「平成12年（2000年）国勢調査第二次基本集計結果」¹¹から産業別労働人口の推移をみると、5年間（1995—2000年）で第三次産業が7,827人増加しているのに対し、第一次産業では13,884人、第二次産業では8,527人減少し、全体では14,584人減少している。庄内地域では第一次産業3,951人減少、第二次産業2,809人減少である（表6参照）。他方、第三次産業は671人増加しているが、その伸び率は低いレベルにとどまっており、全体で6,103人の雇用減である。

9 朝日新聞2003年1月5日「社説」。

10 山形県健康福祉部医務福祉課ホームページ http://www.pref.yamagata.jp/kf/doutai/kfdo_02.html（2002年11月5日現在）。

11 山形県総務部総合政策室統計企画課。 http://www.pref.yamagata.jp/kt/toukei/kttk_0501.html（2002年11月6日現在）。

表6 庄内地域産業3部門別就業者(15歳以上)

	第一次産業	第二次産業	第三次産業	総数
1995年	21,562	60,208	88,138	169,985
2000年	17,611	57,399	88,809	163,882
増加数	▲3,951	▲2,809	671	▲6,103

(出所) 山形県総務部総合政策室統計企画課ホームページ¹²をもとに作成。

この中で、特に注目しなければならないのは第一次産業の動向である。第一次産業の地位の低下

は全国的傾向といえるが、その中であって山形県の第一次産業は他産業と比して全国15位と比較的上位にランクされている(表7参照)。その労働条件は悪化しつつも、依然として山形県経済の柱であることを示している。とりわけ、同県は歴史的に「農業県」として発展してきた経緯があり、現在もその特色に変化はない。耕地面積や主業農家数は全国10位にランクされており、米(全国7位)や果実(同6位)などは全国的にも特産品としてのブランドを確立している¹³。

表7 産業別県内総生産(単位:億円)と全国順位

	県内総生産		第一次産業		第二次産業		第三次産業	
	順位	1998年度(H10)	順位	1998年度(H10)	順位	1998年度(H10)	順位	1998年度(H10)
山形県	34	41,119	15	1,662	29	14,851	38	26,111

(出所) 山形県統計調査課編『やまがたの経済—山形県版経済白書2001』山形県統計協会、2001年、200頁をもとに作成。

他方、農家数の減少、高齢化、後継者問題は依然深刻な課題として残されている。2000年の総農家数は1975年の約6割強(63.5%)になっており、ここ10年間の推移だけを見ても、総農家数は1990年の8割強(80.4%)、販売農家数も8割弱

(79.1%)にまで減少している(表8参照)。より特徴的なのは、第一種兼業農家が36%も減少している点である。プラザ合意(1985年)以降では実に半分以下にまでなっている(1985対比:44.3%)。

表8 農家数と農業就業人口(単位:農家数=戸、人口=人)

区分	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年	2000年
総農家数	106,353	100,597	92,776	83,999	75,090	67,572
販売農家数	—	—	—	71,591	63,785	56,644
専業農家数	7,034	6,784	6,804	5,736	6,078	5,428
第1種兼業農家数	46,316	37,647	30,344	21,114	19,064	13,442
第2種兼業農家数	53,003	56,166	55,628	44,741	49,948	37,774
農業就業人口	184,404	158,541	143,003	115,300	97,676	93,536

出所: 山形県統計調査課編『やまがたの経済—山形県版経済白書2001』山形県統計協会、2001年、p.190をもとに作成。

また、1971年(1,607人)から1985年(107人)までの四半世紀の間に新規就農者(山形県)は激減し、その後はもはや落ち込むところまで落ち込み、今日では分母(基礎数)が小さいため、これ以上変化が読み取れないところにまで到達している。2001年の新規就農者数は56人(うち庄内地域18人)で、後継者問題はここ20年間より固定的・構造的なものとなっている¹⁴。例えば、鶴岡市に

隣接する余目町農協では、過去7年間でたった5人しか新規就農者がいない¹⁵。

同時に農業就業者の高齢化は年々進行しており、65歳以上の比率は10年間(1990年-2000年)に、約30%から半数(50.9%)にまで急増している。経営別に年齢構成比率をみると、山形県の基幹作物である米(55.5%)と果樹類(50.2%)での高齢化が顕著である(表9参照)。庄内農業の場合、

12 http://www.pref.yamagata.jp/kt/toutopix/h12_kihon.html (2002年11月4日現在)。

13 山形県統計調査課編『やまがたの経済—山形県版経済白書2001』山形県統計協会、2001年、44頁。

14 山形県庄内総合支庁『庄内の農林水産業』、2002年3月、15頁。

15 余目町農協での聞き取り調査より(2002年11月7日現在)。

中心作物である米の総粗生産額は717億円で、実に58.4%を占めるため、稲作農家の高齢化は地域農業、さらには地域経済の将来へ大きな不安を投げかけている。なお、山形県漁協管轄の漁業従事者の平均年齢も64歳と非常に高い¹⁶。

表9 経営組織別年齢階層別農業就業人口の割合
(2000年：%)

	15-29歳	30-49歳	50-64歳	65歳以上
稲作	4.7	10.2	29.7	55.5
施設野菜	3.2	24.1	39.4	33.2
果樹類	4.6	16.3	28.9	50.2
花卉・花木	6.2	29.7	29.7	34.4
酪農	4.7	33.2	30.2	31.9
複合経営	4.4	18.0	32.5	45.1
合計	4.5	14.1	30.5	50.9

(出所) 農林水産省「農林業センサス」をもとに作成。

雇用情勢

山形県は電気機械を中心とした企業誘致の推進を反映し、1987年以降、全国水準を上回るレベルでの雇用機会増加を達成してきた。しかしながら、安い労働力を求めて工場が海外へ移転する中で地域産業は空洞化し、2001年8月には有効求人倍率が0.56(全国：0.59)にまで落ち込むなど、厳しさを増している¹⁷。

総務省の労働力調査結果によると、2002年10月の国内完全失業率は5.5%(うち男性5.9%、女性5.1%)へと悪化している。完全失業者は362万人、世帯主の失業者数は98万人であった¹⁸。これは1993年(2.6%)の倍以上で、全国的に構造的不況から脱出する見通しは立っていない。その中にあって、2002年11月21日付の山形新聞では「10月末の高校生就職内定率、過去10年で最低」というニュースを報道した。2003年春卒業予定の県内高校生の就職内定率は3,646人中1,852人(50.8%)で、うち県内企業への就職希望者の内定率は2,893人中1,377人(47.6%)であった。対前年同時期比は前者で5.9%減、後者で5.6%減である。卸・小

売り・飲食店、建設、製造業での求人がとりわけ低い。

県内希望者の地域別の内定率は表10に示されているが、庄内地域では県内就職を希望している生徒650人の内定率が37.8%と最低の数値を記録した。また、ハローワーク鶴岡のデータによると、2003年3月新規高卒者の内定状況(2002年10月末現在)は、就職内定率47.4%で、うち県内就職希望者の内定率が38.7%、県外が65.9%であった。

「県内に就職したくても仕事が無い」のが実態で、労働力の県外流出とともに産業の空洞化がより深刻化していることは明らかである。さらに、この低迷傾向の慢性化と同時に倒産企業も増加し(表11参照)、2002年には8月までの段階で既に112企業にのぼる。

表10 山形県内希望者就職内定率

(2002年10月20日現在)

	内定率	前年同期比
置賜	56.3	-8.9
最上	49.1	-1.8
村山	48.1	-5.4
庄内	37.8	-4.6

出所：山形新聞、2002年11月21日より作成。山形労働局発表による。

その結果、雇用保険受給者が年々増加し(表12)、2002年には一気に1万4千人台に突入している(表13)。

表11 山形県倒産企業数

	倒産企業数
1995年	155
1996年	104
1997年	83
1998年	156
1999年	119
2000年	138
2001年	147

(出所) (株)東京商工リサーチ山形支店「山形県企業倒産状況」。山形県総務部総合政策室統計企画課ホームページ。

16 山形県漁協での聞き取り(2002年11月13日)より。

17 山形県統計調査課編『やまがたの経済-山形県版経済白書2001』山形県統計協会、2001年、94頁。

18 朝日新聞、2002年11月29日。

表12 山形県雇用者保険受給者数

	雇用保険受給者数
1996年	8,217
1997年	8,008
1998年	10,022
1999年	10,891
2000年	10,038
2001年	11,891

(出所) 山形県総務部総合政策室統計企画課ホームページ。

表13 2002年の月間雇用者保険受給者数(山形県)

	雇用保険受給者数
2002年 1月	13,905
2月	14,527
3月	14,324
4月	14,835
5月	15,739
6月	14,676
7月	14,576

(出所) 同上。

さらに、今後の雇用情勢悪化を予測させる要素の1つに公共事業請負中心の産業構造の変化をあげることができる。山形県における建設業は事業所数、従業者数、さらには県内総生産に占める割合が高く、山形県経済活動において大きな比重を占めてきた。建設業就業者数は10年間で21%も増加しており、2000年度には73,520人にまで伸長している。しかしながら、表14に見られるように山形県の公共工事請負金額のピークは1998年度の4306億5千万円で、その後は減少傾向にあり、2001年度には2708億2千万円にまで減っている(約37%減)。そのため、今後建設業における労働力過剰、失業問題が表面化することは間違いない。また、前述した兼業農家の減少は、主要な兼業先の建設業の衰退に少なからぬ影響を受けていると考えられる。つまり、近年では「兼業先(仕事)がない」ために専業に戻る農家が増えているのである¹⁹。その意味では、個別の産業の動向は地域経済全体の構造と密接な連関をもっていることが分かる。なお、公共工事の見直し・再編との関連

で、これらの事態をどう理解するかという点については今後さらなる検討を要するが、さしあたり、地域の実態(客観的事実)と変化を把握することは地域経済の未来を読み解く上で重要である。

表14 公共工事請負金額(山形県)

	公共工事請負金額(百万円)
1996年	374,388
1997年	394,714
1998年	430,650
1999年	361,010
2000年	287,277
2001年	270,820

(出所) 東日本建設業保証株式会社山形支店『山形県内の公共工事動向』。山形県総務部総合政策室統計企画課ホームページ。

3. 地域経済、そして 地域生活の崩壊

以上、地域経済をめぐる環境の変化と問題点を概観してきたが、それらは単に経済のみならず地域の暮らしそのものを脅かす事態にまで発展している。

自己破産の急増

2002年8月段階の最高裁集計では2002年1月～5月の全国の自己破産申し立て件数は80,400件になり(前年同時期:56,700)、約4割増加している。自己破産の85.5%はサラ金などからの借り入れで返せなくなったものと報告されている²⁰。グローバル経済化、自由貿易、リストラ、社会福祉の切り捨て等を背景として、その理由で最も多いのが「生活苦・低所得」(21.9%)であった²¹。生活と仕事に関わる項目を取り上げてみると、実に全体の半数以上にまでのぼる。

山形県内の自己破産件数は2001年に1,000の大台を越え(1,114件)、さらに2002年は4ヶ月を残した8月末の時点でそれを上回る1,133件を記録している。庄内では、例えば鶴岡においても同様の傾向が見られ、2001年に200の大台を超え(208件)、2002年8月末の時点で既に前年に迫る193件に達している。

19 余目町農協での聞き取り(2002年11月7日)より。

20 『2001年司法統計年報』。

21 『日本弁護士連合消費者問題対策委員会2000年まとめ』。

自殺死亡者の増加

人口動態統計²²によると、県内の自殺者数は1998年を境に急激な増加をみせ、ここ数年は300人をはるかに超える数値で推移している。2000年は323人で、この10年間は全国の死亡率を常に上回っている（表15参照）。

庄内地域の自殺死亡者数は、年齢調整死亡率（人口10万対）で最上地域（39.9）に次いで第2位（27.3）で、この5年間では常に第1位か第2位にランクされている（表16）。興味深いのは、地域間の自殺死亡率と所得の対応関係である。表17は「山形県の1人あたりの市町村民所得」を示したものであるが、自殺者が圧倒的に多いのは所得が最低レベルの最上地域であり、逆に所得の高い村山地域の自殺死亡率は最上地域の半分にも満たない。

また、年齢別に見ると自殺死亡者数の8割以上

表15 山形県自殺死亡者数（人/死亡率：人口10万対）

	山形県	全国
1991年	247 (19.7)	19,875 (16.1)
1992年	267 (21.3)	20,893 (16.9)
1993年	232 (18.5)	20,516 (16.6)
1994年	277 (22.1)	20,923 (16.9)
1995年	274 (21.8)	21,420 (17.2)
1996年	246 (19.6)	22,138 (17.8)
1997年	279 (22.3)	23,494 (18.8)
1998年	359 (28.7)	31,755 (25.4)
1999年	328 (26.2)	31,413 (25.0)
2000年	323 (26.1)	30,226 (24.1)

（出所）山形県健康福祉部『保険統計年報』。山形県精神保健福祉センター調べ（2002年3月）。

が40歳以上で、とりわけ働きざかりの男性に多く、男性自殺死亡者数の6割以上は40歳代から60歳代の男性が占める²³。

表16 地域別自殺死亡率（人口10万対：括弧内は実数）

	村山地域	最上地域	置賜地域	庄内地域
1996年（H8）	17.4 (101)	25.2 (25)	18.6 (47)	22.0 (73)
1997年（H9）	17.6 (104)	22.0 (22)	24.2 (62)	27.1 (91)
1998年（H10）	23.7 (142)	30.7 (31)	30.6 (79)	31.5 (107)
1999年（H11）	18.7 (114)	38.2 (39)	26.4 (69)	30.8 (106)
2000年（H12）	19.9 (123)	39.9 (41)	23.7 (63)	27.3 (96)

（出所）同上

表17 山形県の一人当たりの市町村民所得（1999年：万円）

市町村平均	265.2
村山地域	287.7
庄内地域	252.7
置賜地域	242.2
最上地域	229.7

（出所）『平成11年度市町村民所得統計』²⁴。

4. 地域調査から地域づくり 協同実践へ

地域づくりと地域調査

地域づくり協同実践の展開へ向けて2002年11月にスタートした調査グループはこの間、統計の資料収集・分析と同時に地域の様々な組織への聞き取り調査・視察を行ってきた。ある日、漁村を訪ねた帰り、温海川に沿いながら帰鶴する車中で共同執筆者の山中氏が、

「この川の流れに沿うようにして地域経済（生活）が崩壊し、その中で吹き溜まりを探して身を寄せ合っているのが今の地域の姿だ…」

と、ぼそっと話した言葉がいつまでも心に残っている。

果たして、今日の地域経済（生活）の困難は、

22 山形県健康福祉部編『保険統計年報』。

23 山形県健康福祉部『保険統計年報』。山形県精神保健福祉センター調べ（2002年3月）。

24 山形県総務部総合政策室統計企画課ホームページ、http://www.pref.yamagata.jp/kt/toutopix/h11_syot.html（2002年11月4日現在）。

一個人および一組織の努力不足から引き起こされたものなのだろうか？あるいは、農業だったら農業という産業固有の仕組み、漁業だったら漁業の仕組み、商業だったら商業の仕組みの問題なのだろうか？ある中小（零細）企業の経営者は語っていた。

「仕事をやりたいのに、やることがない…」。

これらの困難はより構造的問題なのではないだろうか？もし、そうであるとすれば、一個人および一組織が努力して何とかなるものなのだろうか？

長期的にはこれらの構造を変革していく何らかの試みが必要であろう。しかしながら、最も大切なのは、「できることから始める」という無理のない組織・経営姿勢である²⁵。自立できる組織・経営体づくりに個々の組織が努力すると同時に、協同の力で自分たちで変えていけるものもきっとどこかにはあるはずである。地域協同実践、さらには地域づくり協同ネットワークの形成という構想は、この可能性、そして展望を模索する試みといってもよい。真の意味での住民主体の地域づくりへ向けた第一歩として、我々は地域の実態調査に着手した。地域づくり、そして協同活動の可能性を模索するためにはそこに住む住民や組織が協同の必要性と意義を認識する主体的契機が不可欠であり、さらにはそれらを住民間および組織間で共有することが重要であると考えたからである。その具体的な実践の1つが地域調査なのである。さらに、調査グループはある程度の調査結果がまとまった段階で、積極的に地域の集会・会議・学習会・研修会等で報告および講演を行ってきた。その数はおよそ30回、参加者延べ人数は約1,500人にのぼる。多くの参加者の反応は危機感を募らせ、不安になるというものであったが、同時にそのプロセスを通して問題意識の共有化がなされ、「何かをやらねば」という主体的意識が芽生える契機

ともなっている。つまり、地域調査は、問題意識の共有化と同時に「対話の場やきっかけ」を創出する重要な契機ともなっているのである。その意味で、「地域調査は地域づくり」そのものなのである。

協同実践への展開

また、これらの調査活動を通して「批判から創造へ」むけた具体的な協同実践のアイデアも生まれている。山形県に即して考えた場合、地域経済崩壊の最大の要因は第一次産業の衰退にある。その意味では地域再生の1つの鍵は第一次産業の再生にあると考えられる。

そこで、我々は「地産地消」と「スローフードの食文化」²⁶をより総合的に捉えた地域再生の循環関係構築の提起を試みている。無登録農業問題が社会問題化する中、食の安全性への関心（不安）は一層高まっており、山形県でもシンボルマーク「ペロリン」の普及等を通して地産地消の推進に取り組んでいる。しかしながら、農業県にありながらその実態は、2001年度の県内卸売市場の県産品取扱量（野菜）は34%、スーパーは25%と低い。さらに、学校給食は果物で36%、野菜ではたったの19%にとどまっている²⁷。また、山形県漁協によると庄内浜でとれるキスの年間漁獲量は17万匹であるが、約10万匹は新潟や富山の加工業者の手に渡り、そこで加工され、必要な量が逆輸送されるとのことである。調査グループが庄内医療生協等で経営している病院・施設の1日の病院食を調べたところ、1日約1,500食あることが明らかになった。1週間に1回、庄内浜でとれたキスが病院食として利用されれば年間78,000匹になり、地産地消と地元加工が可能となる。

また、同漁協が、輸入冷凍品の増加とともに最も困難に直面しているのが「イカ」の販売である。一方、庄内地域の特産品である「庄内柿」は価格

25 この思想は共立社の産直三原則（①できることから始める、②お互いが仲良くなることから始め、またそれを目的とする、③地元産業、地域経済を守り育てる）に端的に示されている。

26 スローフード運動は、1989年北イタリアのプラという町で誕生。ファーストフードの対義語ではあるが、ファーストフードを批判・排除するというよりは、むしろ健全で健康的な「文化」としての食生活を提起する点に力点がある。山形県にもスローフード協会があり、①地元でつくられた食材や料理であること、②質のよい食材や料理であること、③その土地の伝統の方法で製造されたり、調理されていることを3原則としている。その意味では「土着の食文化」の提起と理解できる。

27 J A全農山形での聞き取りより。この点は山形新聞「やまがた発 食と安全 地産地消編」（2003年3月17日-23日）にも詳しい。

が暴落し、近年、収穫されずに放置される場面が多く見られる。庄内地域には、冬場のムク鳥の食糧として幾つかの柿を収穫せずに残しておく慣習があるが、近年では「ムク鳥も食わない庄内柿」等と揶揄されている。これらの素材と、さらには減反跡地に栽培した白菜を使い、伝統的な製法で作られたイカの塩辛と庄内柿を白菜の一枚一枚に入れ込んだキムチ漬が作れないか等のアイデアが生まれている。地産地消とスローフード文化の再発見、そして第一次産業・第二次産業（食品加工業等）の再生（＝仕事づくり）という「意義」が付加された商品づくりである。

このように、我々が目指すのは、安全・安心という「価値」と同時に、地域づくりという「意義」を付加させた商品づくりである。このような発想で地域住民と地域組織が知恵と力を出し合って地域再生のプランを立案していけば、協同の力で地域内に「もの（商品）」と「金（仕事）」の循環関係を作り出すことは不可能なことではない。さらに、これらの実践の蓄積の先には非営利・協同の輪の広がりがあり、さらには地域づくりの協同の心が循環する社会の建設があるのである。

5. おわりに —協同の意義の再発見に向けて—

近年、「福祉国家」から「福祉社会」体制への移行にともない、地域でさまざまな活動を展開する市民組織の役割が注目されている。とりわけ、1998年の特定非営利活動促進法（NPO法）施行以降、非営利組織の位置と役割はますます大きくなっている。しかしながら、「非営利」活動の台頭は新たな地域づくりの可能性を内包しているものの、必ずしも地域社会内の「協同」関係の強化

・構築を意味するものではない。これらの組織が市場経済・資本主義下におかれている以上、組織の維持・発展が第一条件となり、時として生き残りをかけた「競争」に巻き込まれる場面が多々存在する²⁸。その意味では、現代的対抗構造の中で、「地域づくり」を座標軸として「非営利」と「協同」の関連構造をみた場合、「非営利」への期待や注目とは裏腹に、地域づくり実践とは不可分な「協同性」概念が地域社会の現場から失われる可能性があることは、今後「非営利・協同」セクター理論の構築を試みる上で重要な視点となる²⁹。このような問題意識のもと、小論では、「協同の意義」再発見にむけた模索と議論の中から地道な努力を積み重ねてきた共立社の地域調査実践の今日的意義の検討を試みた。今後、調査活動はより広い領域にわたる継続的調査、（総体的な視点からの）相互関連的・体系的調査実践へと展開していくことが構想されており、すでに四者協ではその可能性についての検討が始められている。また、四者協ではその他にも高齢者住宅建設など、福祉のまちづくり協同実践の具体的な論議も始められている。

我々は地域組織の発展と地域づくりは不可分なものであると考えている。組織と地域社会は表裏一体。どちらか一方が生き残れることはない。そして、地域の再建は協同の再建（再発見）なくしてありえず、協同の再建は地域住民の意識化（主体形成）なくしてありえない。地域調査活動が住民の主体的意識の形成、さらには新たな協同関係の構築への1つの実践的提起となることが期待される。

（おおたか けんどう、弘前学院大学助教授；やまなか ひろし、生活協同組合共立社理事長）

28 そのひとつの例を「社会的経済 social economy」概念の登場とともに、社会的活動に止まらない経済的領域での「自発的市民 active citizenship」の役割や「個の自己責任 self-responsibility」を強調する英国に見ることができる。「第三の道」路線上で「混合経済」化を推進する英国では、90年代以降新しい「国家－市民社会」関係再編の軸としてパートナーシップ政策が導入されてきたが、以後公的セクターと（個別の）コミュニティ組織の結びつきが強化され、コミュニティ組織間の分断・個別化が進展しつつある。英国におけるパートナーシップ政策と地域の「協同性」の関連構造については、さしあたり大高研道「地域社会経済発展とパートナーシップ－北アイルランドにおける社会的経済実践－」鈴木敏正編著『社会的排除と「協同の教育」』御茶の水書房、2002年を参照のこと。

29 このように考えれば、欧米を中心としたNPOや社会的経済の蓄積から多くを学んでいる我国の協同組合論を中心とした研究者グループが、これらの実践の概念化の際に「非営利・協同」セクターと定義し、協同性概念に注目している点は極めて先進的な意義を持っているといえる。しかしながら、その議論は緒についたばかりで、とりわけ「非営利」と「協同」の対抗関係の十分な理解の上で地域づくり協同実践の可能性を模索する作業は残された課題である。「非営利・協同」セクターに関わる論考については、富沢賢治『非営利・協同入門』同時代社、1999年および富沢賢治・川口清史編著『非営利・協同セクターの理論と現実－参加型社会システムを求めて』日本経済評論社、1997年等を参照のこと。

介護保険制度見直しと 法改正に向けての展望

伊藤 周平

1 介護保険制度見直しの 動向

介護保険制度は、2003年4月から、第2期介護保険事業計画の策定に伴う第1号被保険者の介護保険料と介護報酬の改定が行われ、実施後はじめての見直しが行われた。前者の介護保険料については、全国平均で11%の引き上げとなり、後者については、マイナス2.3%（加重平均。訪問介護や居宅介護支援などの在宅サービス分は0.1%引き上げ、施設サービス分は4.0%引き下げ）の改定となった。

結果的に、介護保険料は引き上げられ、介護報酬は引き下げられる形での介護保険制度の見直しとなり、被保険者の負担増のみが先行し、施設不足は解消されず、ホームヘルパーなどの介護労働者の待遇改善は絶望的となり、サービスの質の低下が懸念されるという最悪の見直しになったといっても過言ではない。

介護保険制度をめぐっては、これまで多くの問題点と課題が指摘されてきたが、今回の見直しでは、そのいずれも問題の根本的解決に至らないどころか、ますます問題や矛盾を拡大させていく可能性の方が大きい。本稿では、介護保険制度の主要な3つの問題を取り上げ、それらにどのような政策的対応がなされたのかを検討しつつ、今回の見直しの限界を明らかにするとともに、2年後の法改正に向けた課題を展望してみたい。

2 施設志向の問題と改定 介護報酬

（1）在宅介護の困難と施設志向

第1に、介護保険制度のもとでも、在宅介護の負担が軽減されず（低所得者ではむしろ負担が増大し）、「在宅重視」の理念とは裏腹に施設志向が強まっている問題がある。

まず、介護保険の定率1割の利用者負担導入は、従来の福祉制度のもとで無料や低額でサービスの利用が可能であった低所得者や多くの高齢者をサービス利用の抑制に向かわせ、要介護者のサービス利用量が、要介護度ではなく、本人（世帯）の支払能力によって決まる階層化された介護システムが構築されつつある。

また、介護保険では、要介護度ごとに保険給付に支給限度額が設定され、それを越えた部分のサービス費用は全額自己負担となるため、多くのサービスを必要とする重度の要介護者ほど、保険がきかないサービスが大量に発生し、多額の自己負担が必要となる。さらに、見守りなどが必要な痴呆の高齢者や家族介護が期待できない「老老介護」の高齢者世帯などは、要介護認定により在宅介護の困難さが要介護度に反映されにくいいため、必要なサービスが十分利用できなくなり、家族介護者の負担が増大する事例が多くなっている。

その結果、介護保険法施行後、特別養護老人ホーム（介護保険法上は介護老人福祉施設。本稿では、法令等の引用の場合を除き、以下「特別養護老人ホーム」の通称で統一）などの介護保険施設

への入所希望者が激増し、施設志向が強まっている。朝日新聞社の全自治体を対象とした調査(2002年12月実施。回答率86%)では、特別養護老人ホームの入所を希望して待機している高齢者は全国で23万人にもものぼっており、介護保険法施行前の1998年の厚生省(当時)調査数の約5倍となっている(『朝日新聞』2003年2月5日)。介護保険施設なら「要介護1」以上で入所可能だし、支給限度額を越えるという形での自己負担はなく、24時間体制で必要な介護が保障されるからである。

(2) 低所得者のサービス利用からの排除

これに対して、施設志向に歯止めをかけ、要介護者を在宅へシフトさせることを目的として、今回の介護報酬改定では、全体としてマイナス改定となる中、在宅サービスについて若干の引き上げ行われた。厚生労働省(以下「厚労省」という)や一部のマスコミは、これを「在宅重視」や「自立支援」の流れに沿うものと評価しているが、平均1%の引き上げにすぎず、後述のように、訪問介護と居宅介護支援を除いては、報酬単価は据え置き、通所介護では引き下げられており、とても「在宅重視」といえる内容ではない。

むしろ、今回の介護報酬改定には、施設入所者の自己負担を増大させる形で、現在の施設志向に歯止めをかけようとする政策意図がみえる。例えば、特別養護老人ホームについては、2003年度からの全室個室を基本とする新型ホーム(いわゆるユニットケア)の創設に伴い、利用者から月4~5万円の居住費(いわゆるホテルコスト)の徴収を見込む「小規模生活単位型介護福祉施設サービス費」が新設された。これにより個室入所者の負担は現行の2倍以上(月10万円程度)となるが、こうした負担増が、低所得者の施設利用を妨げることは容易に予想できる。低所得者の場合は一定単位を加算し、負担の軽減がはかれるが、老齢福祉年金受給者でも月2~3万円の負担が必要な程度の軽減では実効性は少なく、少なくとも、個室については、低所得者の入所はほぼ不可能となる。

すでに、2002年4月の診療報酬改定で180日を超える入院基本料の特定療養費化が行われ、医療機関への入院についても、月5万円程度の患者負

担増が実施されている(経過措置があり、全面実施は2004年4月から)。一定の自己負担を条件に、いわゆる「社会的入院」を容認した施策ともいえるが、この結果、自己負担の困難な低所得患者の選択的な退院が進んでいる⁽¹⁾。しかも、2002年10月から高齢者の医療費負担の完全1割負担化により、在宅の重度の高齢患者の医療費自己負担が大幅に増大しており、低所得者は介護サービスだけでなく、医療サービスも十分受けられない事態が拡大している。

(3) 要介護度の低い高齢者の施設利用からの排除

また、介護保険施設については、平均で4%の引き下げになっているが、全般的に要介護度が低いほど引き下げ率が大きくなっている。介護老人保健施設では、引き下げが最高の要介護1でも6.9%減(1日当たり8800円→8190円。1単位=10円で計算。以下同じ)だが、特別養護老人ホームでは、要介護1が14.9%減(7960円→6770円)、要介護2が11.1%減(8410円→7480円)の大幅引き下げで、介護療養施設(介護保険適用の療養型病床群等)に至っては、要介護1で30.3%減(10480円→7300円)、要介護2で22.7%減(10880円→8410円)となっている(3対1職員配置での比較)。

この改定を見るかぎり、特別養護老人ホームと介護療養施設、さらには介護老人保健施設でも、今後、要介護1もしくは2の高齢者が入所することは、ほとんど不可能となろう(介護療養施設では、現在でも、すでにほとんどが要介護4か5の入所者で占められている)。施設側が経営を考えて、要介護度の低い高齢者を敬遠すると考えられるからである。しかも、前述のように、特別養護老人ホームの入所待機者が激増している状況下で、2002年8月の省令改正等により、介護の必要性の高い入所申込者から優先的に入所させるよう介護保険施設の側に努力義務が課せられ(介護老人福祉施設運営基準6条3項等)、介護の必要性の目安として要介護度が考慮されることになったため、要介護度の低い高齢者の選別はいわば合法化されているといえる。

とはいえ、要介護認定による要介護度が「介護の必要の程度」を正確に反映しているとはいいが

たい面がある。特に、見守り等が必要な痴呆高齢者の場合には、前述のように、要介護認定により在宅介護の困難さが要介護度に反映されにくいという問題がある⁽²⁾。さらに、施設入所の優先順位の決定方式には、要介護度のほかに、在宅サービスの支給限度額に対する利用割合を考慮するものもある。現状では、支給限度額に対するサービス利用割合は、平均で4割程度にとどまっているが、この方式だと、利用割合が高いほど、サービス利用の必要性が高いと判断され、優先順位は高くなる。しかし、低所得者については、1割の利用者負担があるため、必要があっても在宅サービスを利用しているケースが多く、この点でも、優先順位が低くなり、施設入所が困難となる可能性が高い。

いずれにせよ、介護保険下での施設志向の強まりの背景は、経済的負担増などによる在宅介護の困難さがあり、利用者負担の軽減などで問題の解決がはかられないかぎり、施設入所者の負担を増大したり、低い要介護度の高齢者の入所を制約したりしても、結局、それら的高齢者や低所得者の施設入所が困難となり、無理やり在宅介護に追いやられるだけである。同時に、このことは、痴呆高齢者を抱える世帯や「老老介護」の高齢者世帯にとっては、これまで以上の家族介護者の負担増を意味し、それらの世帯の共倒れが増えるなど、むしろ問題を深刻化させていくことになりかねない。

3 介護労働者の労働条件問題と改定介護報酬

(1) 介護労働者の労働条件の悪化

第2の問題として、介護保険法施行後、ホームヘルパー（介護保険法では訪問介護員。本稿では、以下「ヘルパー」という）など実際の介護サービスを担う介護労働者の労働条件の悪化と低賃金・不安定雇用化が急速に進んだことがある。

特に労働条件の悪化が顕著なヘルパーについてみると、現行の介護報酬の体系自体が、直接的なサービスの提供時間のみを報酬の対象にしており、時間単位の細切れのサービス提供とパート労働を

想定したものとなっている⁽³⁾。こうした介護報酬体系のもとで、介護報酬収入のみでの事業運営が基本となる訪問介護（ホームヘルプ）事業者は、営利法人のみならず（介護保険法では、訪問介護など居宅サービス事業者については営利法人の参入を認めている）、社会福祉法人などの非営利法人であっても、事業の効率化とコスト削減を迫られる。とはいえ、福祉サービス事業は労働集約的で、効率化やコスト削減は、多くの場合、人件費の削減を意味し、必然的に介護労働者の労働条件の悪化をもたらす。

今回の介護報酬改定の根拠になったとされる「平成14年介護事業経営実態調査」（厚労省が、2002年3月の各事業者の収支状況を調査したもので、同年10月発表。以下「実態調査」という）の結果をみると、訪問介護事業者（調査対象は752事業者）は平均で2%の赤字で、事業者類型別にみると、自治体、社会福祉協議会、社会福祉協議会以外の社会福祉法人、医療法人の順に赤字幅が大きく、営利法人については8%の黒字となっている（補助金を含まない損益率。以下同じ）。一方で、給与費の収益に占める割合は、前述の赤字幅が大きい順に高くなっており、最も低いのが営利法人である。つまり、訪問介護事業者の場合、ヘルパーの給与を抑制し、徹底したパート化や登録ヘルパー化などの人件費の削減を行わないと、黒字経営にならないのである⁽⁴⁾。

実際、介護保険法施行後、多くの自治体で、自治体直営や委託による訪問介護事業の縮小や廃止、それにともなう社会福祉協議会などの常勤ヘルパーのリストラやパート化が進み、ヘルパーなどの介護労働者の労働条件は急速に悪化した。現在、ヘルパーの約9割がパートといわれており、それも大半が、交通費すらも出ない直行直帰型の登録ヘルパーで、その労働条件の劣悪さは社会問題化している。また、居宅サービス計画等で介護時間が厳格に管理されるようになり、ヘルパーの労働内容も過密となり、滞在型で高齢者の話相手になったり、生活改善の働きかけを行う余裕もなくなっている。労働のマニュアル化はヘルパーのやる気を失わせ、過重労働と劣悪な労働条件のため、2～3ヵ月で辞めるヘルパーがあとを絶たず、ヘルパーの入れ替わりが激しくなっている。

ヘルパーだけでなく、従来は公務員に準じる待遇にあった社会福祉法人運営の施設の介護職員の場合も、介護保険制度のもとでの施設経営の不安定化による職員数の削減とパート化が進められ、残った職員も賃金カットや過重労働化が進んでいる⁽⁵⁾。

介護支援専門員の場合も、介護報酬（居宅介護支援費）が低額のため、その賃金水準が低く抑えられ、また居宅介護支援事業者（多くは居宅サービス事業者を兼ねている）の側で十分な人員配置ができず、兼務が多くなっている。前述の「実態調査」では、居宅介護支援事業者（調査対象は670事業者）は平均で20%と、事業別では最大の赤字となっている。運営基準では、介護支援専門員1人当たりの担当利用者数は50人が標準とされているが（私見では、適切なケアマネジメントを行うには、50人でも多く、30人程度が限度と考える）、「実態調査」の結果をみると、100人を超す利用者を担当しないと採算がとれていない。さらに、介護支援専門員の場合は、市町村から委託を受けた要介護認定調査や給付管理業務をもかかえており、各種の調査でも、多くの介護支援専門員が残業の常態化と長時間・過密労働という劣悪な労働条件に置かれている実態が明らかになっている。

（2）困難となった介護労働者の労働条件の改善

以上のような問題に対して、今回の介護報酬改定では、居宅介護支援費と訪問介護費の一部について引き上げがあったものの、基本的には現状維持、もしくは引き下げ（通所介護など）となり、ヘルパーなど介護労働者の現在の劣悪な労働条件が追認され、その労働条件や待遇の改善はきわめて困難となった。

具体的にみると、訪問介護の報酬改定では、従来の身体介護中心型、家事援助中心型、複合型の3類型が身体介護中心型、生活支援中心型（新設）の2類型に改められ、生活支援中心型の報酬は従来の家事援助中心型よりも引き上げられた（30分以上1時間未満で1530円が2080円へ）。しかし、前述のような細切れ型のパート労働を前提とした報酬体系を残したままで、この程度の引き上げでは、現在のヘルパーの劣悪な労働条件の改善はま

ずみこめない。さらに細かくみると、30分未満の身体介護中心型の単価も引き上げられたが（2100円→2310円）、逆に1時間30分以上の場合には、身体介護中心型は一律に生活援助中心型に切り替わり、大幅に引き下げられており（従来の30分増すごとに2190円の加算が830円の加算へ）、今後、事業者の側が、採算面から、訪問介護の短時間化を進めることは確実といえ、ヘルパーはますます細切れで加重労働を強要されることとなる。

居宅介護支援費については、従来の要介護度に応じた3段階の設定を一本化し、1人当たり月8500円と、平均で17%の大幅引き上げとなったが、従来の要介護3～5の利用者については100円の引き上げにとどまっており、この程度の引き上げで、居宅介護支援事業者が独立して運営でき、介護支援専門員の常勤・専任体制が主流になるとはとうてい考えられない。複雑で膨大な給付管理事務に忙殺される仕組みも変えられておらず、加算設定も見送られており、現在の介護支援専門員の労働条件が改善される可能性は低い。

施設サービスについては、先の「実態調査」で、介護保険施設に高い利益率が出ていたことを根拠に、前述のように、報酬単価が大幅に引き下げられている。しかし、そうした利益の背景には、職員数の削減やパート化などの人件費の削減があるわけで、報酬の引き下げは、現状の人員体制と施設職員の一層の労働強化を追認することを意味し、労働強化は、サービスの質の低下や介護事故等の多発につながる。また、今後、施設内での個室化やユニットケアが主流となれば、他の先進諸国の経験からみても、少なくとも入所者1人に対して職員2人の配置が必要となると考えられるが、むしろ介護療養型施設等の介護職員3対1、看護6対1の人員配置が廃止されるなど、逆行がみられる⁽⁶⁾。

（3）介護タクシーの問題

さらに、居宅サービス事業者の中で、今回の報酬改定により、最も深刻な影響を受けると予想されるのは、いわゆる「介護タクシー」の事業者である。もともと、介護保険では、要介護者の移送サービスについては、独立した給付対象とせず、通所介護等の送迎加算という形で給付を行ってき

た。こうした移送サービスが不十分な中、介護保険の仕組みを利用して、タクシー会社が居宅サービス事業者の指定をとり、2級等のヘルパーの資格をもった運転手が、乗降時の介護等を行い、訪問介護の身体介護30分以内の介護報酬（従来は2100円）で事業を行う「介護タクシー」が登場した。要介護の高齢者にとっては、通院時などのタクシー利用が低価格の運賃で利用できるメリットがあり、利用者は増加し、事業は全国的な広がりを見せていた。

今回の報酬改定では、こうした介護タクシー事業が「通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合」として認知されたが、単価は1回当たり1000円と従来の半分以下とされた（しかも、利用の多い要支援の要介護者は支給対象外とされた）。そのため、介護報酬の利用者負担以外の運賃をとっていなかった事業者を中心に、採算がとれなくなり、事業から撤退するか、赤字分を利用者の負担に転嫁するかの二者択一を迫られることとなろう。後者を選択しても、負担増による利用者減で経営難となるおそれがあるし、通院回数が多い透析患者や難病患者には、負担増は死活問題である。

まさに「認めてつぶす」という厚労省の意図が如実に現れた報酬改定といってよく、このままでは、移送手段を奪われた要介護の高齢者の引きこもりなどにより、高齢者のねたきり化と重度化、さらには施設志向が強まるだろう。長期的にみれば、その方が、厚労省の掲げている「介護予防」や「在宅重視」に逆行し、介護保険の給付費を増大させることにつながり、政策的にも逆効果といえる。

4 介護保険料負担の問題と保険料改定

（1）介護保険料負担の問題

第3に、介護保険料の負担が、特に年金生活や低所得の高齢者にとって、過酷なものであることが明らかとなり、保険料負担や減免をめぐる問題がクローズアップされてきた。

介護保険の被保険者は、65歳以上の第1号被保

険者と40歳から64歳までの第2号被保険者に区分されるが、第1号被保険者の場合、その介護保険料は、所得段階別とはいえ、定額保険料を基本としているため、逆進性が強く、低所得者ほど負担が重い。また、無収入（年金）の高齢者からも保険料を徴収し、生活保護基準を大幅に下回る月1万5000円の老齢年金受給者からも保険料を年金から天引きする仕組みとなっている（特別徴収。第1号被保険者の8割強が該当）。さらに、国の設定する5段階の所得段階が粗く、最高保険料額が最低保険料額の3倍にしかならないだけでなく、高額所得の人の保険料が低額所得の人の保険料よりも安くなるという逆転現象まで生みだしている。

こうした介護保険料賦課や設定は、現在の年金生活の高齢者の生活実態を無視したものと見え、実際、苦情が市町村の窓口に殺到するなど、高齢者から強い反発がでている。大阪府や福岡県では、介護保険料の賦課に対する集団審査請求の運動が展開され、北海道と大阪府では、年金からの介護保険の強制徴収の違憲性を争う訴訟が提起されている⁷⁾。

介護保険法142条は、市町村は、条例の定めるところにより特別の理由がある者に対して、保険料の減免を行うことができると規定しているが、以上のような高齢者の不満の高まりを背景に、国の5段階の設定が実情に合わないなどの理由で、生活保護基準以下の低所得者に対して保険料の減免を行ったり、老齢福祉年金受給者の介護保険料を一般財源を投入し、全額免除するなど独自の減免を行う市町村が相当数出てきた。

これに対し、厚労省は、①保険料の全額免除（無料化）、②収入のみに着目した一律の減免、③保険料減免分に対する一般財源の繰り入れを適当でないとする見解を示し、減免措置の広がりを牽制している（この3つを行わないことが「3原則」と呼ばれている）。このうち②は、介護保険料の減免申請に際して、生活保護なみの資産調査が行われることを意味し、現に行っている市町村もある。その後も、厚労省は、全国担当課長会議等の場で、また都道府県を通じて、3原則を遵守するよう市町村に圧力をかけ続けているが、独自の保険料減免を行う市町村は増加し、2002年4月時点で429市町村となっている（厚労省調査。ただし

「3原則」を遵守した形で減免を行う市町村が増えている)。

そもそも、厚労省の示している「3原則」や市町村への指導は、法的根拠に欠け、改正地方自治法(2000年4月施行)の趣旨に反すると思われる。また、市町村の独自減免の広がりには、住民要求の高まりや高齢者と直接向き合う市町村のやむにやまれぬ措置という側面もあるが、今後の介護保険料負担の増大に伴って、普通徴収の保険料滞納者が増えることを懸念し、保険料滞納による財政悪化や滞納処分を経費増大よりは、支払いが困難な人に対しては減免措置を講じた方が合理的との実利的判断もあると考えられる。

(2) 介護保険料の改定とその問題点

以上のような介護保険料負担や低所得者への減免の問題に関しては、裁判まで提起されているにもかかわらず、少なくとも国レベルでは何ら改善はなされず(もともと、介護保険料の徴収構造の問題であるだけに、国レベルで行うには法改正が必要となる)、今回の介護保険料改定では、保険料の引き上げのみが先行することとなった。

第1号被保険者の介護保険料は、3年間の平均で、市町村ごとに異なり、各市町村の介護保険事業計画に伴って3年ごとに改定される。そして、要介護者の増大や重度化、施設入所者の増加等で介護保険財政の逼迫が顕在化し、2001年度で全保険者の約14%が赤字となり、結果的に、2003年度の改定では、8割以上の市町村で保険料が引き上げられ、引き上げ幅も平均で11%(月額3241円)となった(2002年8月時点での厚労省の発表。その後の介護報酬の引き下げで、保険料額は若干引き下げられている)。

今回の保険料改定で問題なのは、高額保険料の市町村が増え、市町村間の格差が大きくなったことである。従来は、最高と最低の市町村の保険料額の格差は3倍弱であったが、今回の改定で、格差は6倍近くに拡大している。また先の厚労省の発表では、6市町村で保険料月額が6000円を超え、沖縄県では県の平均保険料月額は5000円を超えている。

前述したような施設志向の強まりの中で、介護保険施設を多く抱えている市町村、特に小規模の

市町村で、保険料が高騰しており、厚労省では、市町村の広域化を進めるなどの対応策を打ち出しているが、現行制度では高額保険料に歯止めをかける手だてを欠いており、根本的な解決にはなっていない。

5 介護保険法改正に向けての展望

(1) 介護保険のジレンマ

いずれにせよ、今回の介護保険制度の見直しは、介護保険の構造的問題に何ら手を加えることなく、介護報酬の微調整にとどまり、介護保険料の引き上げという負担増のみを先行させるもので、抜本的な見直しには程遠い。

そもそも、介護保険制度は、サービスの利用が増えたり、介護報酬を引き上げると、利用者負担(介護報酬単価の1割)の引き上げだけでなく、介護保険料の引き上げにつながる仕組みとなっている。しかも、現行の第1号被保険者の介護保険料は、前述のように、逆進性が強いいため、保険料の大幅な引き上げは、相当の反発が予想され、政策的にみて限界がある。結局、逆進性の強い保険料や利用者負担の仕組みを修正し、ある程度の介護保険料の増大に対応できる仕組みにしないかぎり、介護報酬の引き上げなどは難しく、介護労働者の労働条件や待遇の改善も困難である。

(2) 介護保険法の改正案とその展望

具体的には、第1号被保険者の保険料を保険料率を法定したうえで、定率の保険料とし(ドイツの介護保険では、保険料率1.7%の定率負担となっている)、1割の利用者負担を廃止して、10割給付を原則とするなどの法改正が必要と考える(ドイツの介護保険法では利用者負担はなく、10割給付が原則である)。

この改正案は、介護保険料を低所得の高齢者などから徴収する仕組みを修正し、一律の利用者負担を廃止することで、低所得者がサービス利用から選択的に排除される事態を防ぐとともに、高所得者の負担を増大させ、ある程度の給付費の増大に対応していこうとするものだが、当面は医療費

ほどの水準には達しないと予想されるものの、施設の増大等のサービスの拡充と給付の増大、さらに質の高い介護労働者の確保をはかるには、少なくとも被保険者1人当たり平均月1万円以上の保険料が必要と試算される。低所得者の保険料免除の幅を拡大すれば、さらに高額な保険料が必要となろう。

しかし、こうした高負担は、低所得者はもとより中所得の高齢者の負担能力をも超えている。平均的な現役世代についても、すでに保険料負担は、所得税と住民税を合わせた負担より重くなっており、年収に占める割合は平均で10%に達している。現実的にみても、現在の負担に加えて月1万円を超す介護保険料負担を課すことは困難だろう。その意味で、将来的には社会保険方式から税方式への転換は不可避と考える。

介護保険法附則2条では、施行後5年（つまり2005年度）を目途として、全般的な検討と法改正等の見直しを行うことを定めており、厚労省も、2004年には介護保険法改正法案を国会に提出する予定である。介護保障を社会保険方式で行い、営利法人を主たる居宅サービス事業者として位置づけて、国や自治体の責任を事業者への介護報酬の支給に矮小化していく介護保険制度のあり方を再度問いなおし、2年後に予定されている介護保険法改正に向けた議論や運動の取り組みが早急に必要である。

- (1) 二本立「2002年診療報酬改定の意味するもの」『月刊保険診療』57巻6号（2002年6月号）75頁以下参照。また、医療費の自己負担増の問題については、拙著『「構造改革」と社会保障—介護保険から医療制度改革へ』（萌文社、2002年）第4章も参照。
- (2) 2003年4月から使用されている要介護認定の改訂ソフトでも、この点はほとんど改善はみられていないとの指摘がある。橋本信也「1次判定ソフト『改訂版』は『改

善版』か?」『ゆたかなくらし』246号（2002年8月号）参照。

- (3) 相談援助や記録記入、連絡、研修などのヘルパーのいわゆる背景業務に対しては報酬が支払われない仕組みである。例えば、ゼンセン同盟の「ホームヘルパーの職業能力と就業に関する調査報告」（2001年8月実施。2002年6月発表）によると、パートのヘルパーの時給は平均で1175円だが、報酬が支払われない部分を含めると実質は762円と推計され、他のパート労働者の賃金水準より低くなっているとされている。
- (4) 営利法人が黒字となっている理由としては、こうした人件費の徹底した削減のほか介護報酬単価の高い身体介護を重点的に担っているためとの指摘がある。中島正雄「ホームヘルパーの労働条件をめぐる問題状況と課題」『労働法律旬報』1540号（2002年11月下旬号）55頁以下参照。
- (5) 財団法人日本人事行政研究所の特別養護老人ホームで働く生活指導員・介護職員に対する調査（2001年8月）では、回答をよせた489人のうち9割近くが、仕事を過重と感じており、その原因として6割以上の人々が「職員の絶対数が不足」と回答している。
- (6) ただし、実質的に3対1以上の配置を継続しても、要介護度が高い入所者の多い施設では、経営上著しく不利にならないような配慮がなされているとの指摘がある。小山秀夫「介護報酬改定と施設経営」『月刊介護保険』85号（2003年3月号）21頁参照。
- (7) 北海道での訴訟は、すでに違憲でないとの判決が出ている（旭川地判平成14・5・21賃金と社会保障1335号58頁。および札幌高判平成14・11・28同1336号55頁）。この1審、控訴審の両判決については、拙稿「介護保険料負担と生存権保障」賃金と社会保障1345号（2003年5月上旬号）4頁以下参照。

（いとう しゅうへい、九州大学大学院人間環境学研究院助教授）

地域への展開

野村 拓

まず骨董品的資料から

日本の医療行政で「地域」という言葉が登場するのは戦時中、1937年の保健所法以後である。そして、上からも下からも「地域医療」という言葉がしきりに使われるようになったのは1970年代ではなかったか。また、地域医療調査といっても、地域社会、住民の立場で行われるものと、国政レベルでの政策決定のためのサンプル調査としての地域医療調査とがある。

アメリカでの最初の地域医療調査といわれる E. Sydenstricker の Hagerstonwn Survey (1921-24) は原典を見る機会がないが、

『デトロイトにおける医師・歯科医師調査』

☆Nathan Sinai: A Study of Physicians and Dentists in Detroit. (1929) Univ. of Chicago Press.

は対照地区にフィラデルフィアをとっているから、都市化と専門医化の相関についての連邦政府レベルでの関心を反映したサンプル調査といえる。

題名をみただけでサンプル調査であることがわかるが

『南部農村地帯3市町村の医療機関調査』

☆C. ST. C. Guid: Surveys of the Medical Facilities in Three Representative Southern Countries. (1932) Univ. of Chicago Press.

で、これは

第1グループ 人口1万4000以下

第2グループ 人口1万4000～2万5,500

第3グループ 人口2万5,500以上

の3つのグループから1つずつサンプルを選んだものである。これは人口規模別という量的分類によってサンプルを選んでいるが、地域社会の性格を分類、特徴づけた上での調査が例えば次のよ

うな「企業城下町」の地域医療調査である。

『産業主導の地域医療サービス』

☆I.S. Falk 他: A Community Medical Service Organized under Industrial Auspices in Roanoke Rapids, North Carolina (1932) Univ. of Chicago Press.

『鉱山会社の医療サービス』

☆Louis S. Leed: The Medical Service of The Homestake Mining Company. (1932) Univ. of Chicago Press.

ここでは地域の開業医の設備を企業が買いとって、企業がオープン病院をつくった例なども紹介されている。また、企業城下町ではなく、陸軍基地の町をとりあげたのが『フォート・ベニングの組織的医療』

☆I.S. Falk: Organized Medical Service at Fort Benning, Georgia. (1932) Univ. of Chicago Press.

である。

地域の動き、 住民の意識をとらえる

同じ時期の調査でありながら、上からのサンプル調査ではなく、地域社会の動きをとらえたものが

『サン・ジョアキン地区の医療機関』

☆Nathan Sinai: A Survey of the Medical Facilities of San Joaquin County, California, 1929. (1931) Univ. of Chicago Press.

で、今日いうところのHMOの胎動がとらえられている。また

『サスカチュワンの自治体医師』

☆C. Rufus Rorem: The "Municipal Doctor" System in Rural Saskatchewan. (1931) Univ. of Chicago Press.

はカナダのサスカチュワン州、32の自治体の医療を「自治体ドクター（公医）」という視点から調査したものである。

医師、医療機関の数や医療ニーズとのマッチングというレベルではなく、住民の「病感」「健康意識」というところまで踏み込んだ形で行われたのが、

『ペッカムの社会実験』

☆Innes H. Pearse 他: THE Peckham Experiment — A Study of the Living Structure of Society. 6版(1947) Georg Allen & Unwin (初版は1943年)で、これはイギリスで1926年に設立された先駆的保健センター (Peckham Pioneer Health Centre)が1938年から1941年にかけて住民の健康・疾病意識を調査したもの。なんらかの「病感」「不調感」を持った人々を差引いていくと、1946年の男子のうち、「健康」な人はわずか273人(14%)、女子の方は1965人のうち85人(4%)に過ぎないことをこの調査は示している。「健康とは」について考えさせられる調査である。

日本では、高橋実、林俊一などによる先駆的地域医療調査があるが、行政サイドからのものとして

・東京市滝野川区に於ける健康(病勢)調査報告抄録(「日本医学及健康保険」)No.3265. 1942. 1. 3)がある。

地域医療分析の系譜

Communityという言葉を意識した上での地域分析、地域医療分析は戦後のことに属するのではないだろうか。そして「地域診断」(Community Diagnosis)という言葉が最初に使ったのは

・『地域医療の調査方法』

☆J.H.Abramson: Survey Methods in Community Medicine. 2版(1979)Churchill Livingstone.

の初版本ではないかと思われる。同じくイギリスで同時期に出された

・『医療における疫学』

☆J.P.Barker 他: Epidemiology in Medical Prac-

tice.(1979)Churchill Livingstone.

は教科書風にコンパクトにまとめられているがイギリス特有の5階層分類によるSMR(標準化死亡率)の歴史的推移などが参考になる。

1980年代に入ると、アメリカにおけるマーケティング理論の医療への適用や、コンピューターグラフィックを駆使した地域医療分析などが時代を特徴づけることになる。医療におけるマーケティング理論の展開については別のシリーズで取り上げることとし、コンピューターグラフィック応用例の方を取り上げれば

・『地域医療分析』

☆G.E.Alan Dever: Community Health Analysis. (1980)Aspen.

が代表的存在といえる。「オクラホマ州でCTによる検査を受けるために何マイル旅行しなければならないか」を示したマップやジョージア州で地区別に「メディケイドによる受給者1人あたり支出額」や「メディケアによる受給者1人あたり支出額」を示したマップは当時としては新鮮な感じを与えた。しかし、1991年に改訂版が出されたときには新鮮さを失っていたから、この間にコンピューターグラフィックは常態化したといえる。

出版物全体にあたったわけではないが、1980年代から1990年代にかけての時期は医療サイドよりも看護サイドから地域を取りあげた本が多く出されたのではないかと、いう気がする。

訪問看護、在宅ケアという「点」から地域看護という「面」へのひろがりが増進したのがこの時期ではなかったか。看護関係の本は別のストーリーの中で紹介するつもりだが、ここでは地域医療に密接にかかわるものだけを取り上げてみることにする。

地域に根ざす

訪問看護、公衆衛生看護の名家、イギリスでは、行政的色彩の強い

『地方看護』

☆Monica E. Baly 他: District Nursing 2版(1987)Heinemann.

の District Nursingではなく Community Nursingという言葉が使われたのが

『地域看護』

☆G. Baker 他:Community Nursing(1987) Croom Helm.

という本である。アメリカでは「地域看護」という言葉が、言葉として熟する前は「地域における看護」であった。

『地域における看護』

☆Mary Jo Clark: Nursing in the Community. (1992)Appleton & Lang.

これは大きな本で、地震のときにどうするかまでイラスト入りで解説されている。

また、これはナーシングホームやホスピスのバージョンで取り上げるべき本だろうが、この時期に出された注目すべき本を1点だけ紹介しておく。それは

『引退の里・運動』

☆Leon A. Pastalan 編:The Retirement Community Movement. (1989)Haworth.である。

「地域看護」という言葉が、言葉として成熟したのは1990年代半ばと思われるが、同じく地域看護をテーマとする場合でも社会政策的コンテクストで取り上げているのがイギリスの看護書である。

『地域看護』

☆David Sines 編:Community Health Care Nursing. (1995)Blackwell.

では社会政策史が概説され、「社会科学の貢献」という項もある。またアメリカ的横並びの良さを示したのが

『パートナーとしての地域一看護における理論と実際』

☆Elizabeth T. Anderson 他:Community As Partner—Theory and Practice in Nursing. 2版 (1996)Lippincott.

である。そして、1990年代の後半に入ると Community Based (地域に根ざした) をキーワードとする地域看護書があいついで出されるようになる。

『地域に根ざす看護・序説』

☆Roberta Hunt 他:Introduction to Community Based Nursing. (1997) Lippincott.

では、在宅看護、病院看護それぞれのウエートの歴史的变化を示したシェーマが注目された。以下、「地域に根ざした」看護書を年代順に羅列すれば次のようになる。

『地域に根ざした看護』

☆Ginger Armentrout: Community Based Nursing. (1998)Appleton & Lange.

『地域に根ざした看護・序説』

☆Melanie McEwen: Community — Based Nursing —A Introduction. (1998)W.B.Saunders.

『地域に根ざした看護の文献』

☆Roberta Hunt: Reading in Community—Based Nursing. (2000)Lippincott.

どうも「地域看護」のイメージが湧かないという人には、次のようなケース・スタディの本がいいだろう。

『地域看護・ケーススタディ』

☆Tamara Hertenstein Mckinnor: Community Health Nursing —A Case Study Approach. (1997) Lippincott.

『地域看護におけるケース・スタディ』

☆Juliann G. Sebastian 他: Case Studies in Community Health Nursing. (1999)Mosby.

ところで、医学教育ではどうかというと、どうも「地域への根ざし方」が足りないようで

『地域に根ざした医学教育』

☆Noel Boaden 他:Community—Based Medical Education. (1999)Arnold.
が目につく程度である。

地域連携に向けて

海外でも、医学畑はハイテクを追いかけ生き残りを考えるのに忙しくて、なかなか地域に目が向かない傾向にあり、そのせいか地域連携に向けての提言的なものは看護サイドから出される場合が多い。「なぜ、急性期病院は優先的に評価されるのか?」と問題提供したのが

『地域保健の論理的問題』

☆Ruth Chadwick 他編:Ethical Issues in Community Health Care.(1998)Arnold.

であり、「病院の壁」を越えた地域活動を強調しているのが

『看護ケース・マネジメント』

☆Elaine L. Cohen 他:Nursing Case Management. 2版 (1997) Mosby.

である。なんとなく意気込みが伝わってくるの

が

『地域へ・外来とホームケアの看護』

☆Joan C. Stackhouse: Into the Community—Nursing Ambulatory and Home Care. (1998)Lippincott.

で、セカンダリー・ケアのあり方を取り上げたのが

『地域ケアとセカンダリー・ケア、そしてケア・マネジメント』

☆David Challis 他編集、Community Care, Secondary Health Care and Care Management.(1998) Ashgate.

である。また

『地域看護のための連携』

☆Ann Long 編:Interaction for Practice in Community Nursing. (1999)Macmillan.

のように、真正面から「連携」を取り上げた本の他に、公衆衛生との連携、住民参加等々、地域看護は花盛りのようだが、21世紀を迎えて新しいトレンドが加わったように見える。それは電話回線を利用した地域保健、地域医療である。

新しいトレンド？

「テレ」という接頭語のついた本は次のように続々と出されている。まず

『テレ・ナーシング』

☆Charles C. Sharpe:Telenursing.(2001)Auburn House.

ここでは、Telehealth, Telenursing, Telemedicineなどの新語が登場した。ついで

『テレ医療—医療とコミュニケーション』

☆Thorsten M.Buzug 他編、Telemedicine—Medicine and Communication. (2001)Kluwer.

『テレ医療・必携』

A.C.Norris: Essentials Telemedicine and Telecare. (2002)John Wiley & Sons.

『e-療法』

☆Robert C.Hsing 編:e-Therapy.(2002)W.W. Norton.

『看護師のためのテレ・コミュニケーション』

☆Myrna L. Armstrong 他編: Telecommunications for Nurses.2版(2003)Springer.

などなどである。

地域医療が留守番電話とe-mailの上に成り立つとは思えないが、生身の人間同志の連携をとりあげた本にも動機不純なものがある。例えば『医療と地域サービスとの連携』

☆Walter Leutz 他:Linking Medical Care and Community Services. (2003)Springer.

には「ギャップを埋める実際的モデル」という副題について、8編の論文が収められている。しかし、論文執筆者の肩書きを見ると、アメリカ最大のHMOであるカイザー・パーマネントの関係者が多いことがわかる。だから孫子の兵法で「敵を知り、己を知れば」というつもりで読むことが必要である。なにしろ、麻酔医を相場の半値で雇用したことを得々と活字にするのがカイザー・パーマネントだから。

そのつもりで読むと、カイザー・パーマネントがいわゆる「介護」分野で事業展開を意図していることがわかる。老人も障害者もマーケットとしてとらえようというわけである。概して、英米の障害者統計は日本よりも障害の範囲を広くとるから、障害者の数は多い。

10ポンド(約4.5kg)のものを持ち上げられない人、4分の1マイル(約400メートル)歩けない人などは「障害者」に分類されるから、合計4,900万人、まことに巨大な市場である。他方、介護者(Caregiver)の約4分の3は無給である。こんな前提に立って事業展開をしようというのだから、おそろしい話である。

なお、カイザー・パーマネント加入者中の「ぼけ老人」統計は興味深い。このガメツイ組織がどのように扱うのか、しばらくフォロー・アップしてみたいものである。

本の書名だけ見て丸善に注文すると、こんな本が飛びこんでくることもあるが、これはこれで使い途があるだろう。別にカイザー・パーマネントの事業展開を真似する必要はないが、介護分野に踏みこんだ医療機関も多いことだろうから、その参考になりそうなものを1点。

『ナーシング・ホーム管理』

☆James E. Allen: Nursing Home Administration. 4版. (2003)Springer. は次のような構成。

1. 管理、統治、リーダーシップ

2. 人的資源

3. 財政と事業

4. 環境・産業、その法規と規制

5. 入所者／患者ケア

最後に地域保健教育関係の新刊を取り上げることにしよう。

『地域保健の教育方法』

☆Robert J. Bensley 他編:Community Health

Education Methods. 2版 (2003) Jones & Bartlett.

これは日本でいうと、教育学部の養護教諭養成コースあたりの教科書に相当するのだろうか。真面目な本で、全く平凡なことだが、政策理解(Understanding Policy) や草の根運動(Grassroots Activities) の必要性が述べられている。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】 2・論文募集

研究所機関誌『いのちとくらし』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。詳細は、事務局までお問い合わせください。

・字数：(図表、写真を含めて) 400字詰め原稿用紙30枚(12000字)以内

・掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます。

・募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営

・管理問題

組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析

と提言

政府医療社会保障政策批判と対応策の提言、社会政策・労働政策批判、制度比較分析、など

3：新自由主義と市場経済論の打破

現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など

4：非営利・協同の実践・理論探求

NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業(社会サービス、雇用)調査、非営利・協同セクター運動論、など

5：その他

デンマークの社会政策(上)

デンマーク社会事業省
訳 山田 駒平

- 1、序.....49
- 2、デンマークの概要.....49
- 3、デンマークの社会政策の枠組.....49
 - 3-1 責任部門
 - 3-2 経済的な枠組み
 - 3-3 社会政策はひとつの投資
- 4、子供と家族政策.....55
 - 4-1 子供の保育施設
 - 4-2 子供及び青年と彼らの家族への特別な援助
 - 4-3 子供を持つ家族に対する財政的給付
 - 4-4 障害をもった子供または重病にかかった子供——財政的援助
 - 4-5 妊娠、出産、養子にかかわる日常の現金給付金

【以下次号掲載】
- 5、包括的な労働市場
 - 5-1 手段とサービス
 - 現金援助と活性化
 - リハビリテーション
 - フレックス労働の導入
 - 保護されている雇用
 - 手段と設備
 - 病気の給付金
 - 5-2 包括的な労働市場における障害者の労働に対しての意識改革の協力、編成および働きかけ
- 6、早期年金（障害者年金）
- 7、障害者
 - 7-1 サービス
 - 助言とカウンセリングサービス
 - 必要追加経費範囲
 - 個人的援助、ケア、他
 - 親族を頼ることを望む人々に対する援助施策
 - 同伴者
 - 補助器具および耐久消費財
 - 車両購買の財政的援助
 - 住宅改造
 - 総合的な計画
- 8、社会的に排除された人々
 - 7-2 住宅
 - 8-1 対策目標
 - 8-2 新しいサービスと発展した協同
 - 8-3 麻薬常用者対策
 - 8-4 ホームレス対策
 - 8-5 精神疾患対策
 - 8-6 住宅困窮者の社会的問題
- 9、高齢者
 - 9-1 高齢者への援助の意味
 - 老齢年金、等
 - 早期退職者年金
 - 9-2 高齢者向け住宅
 - 高齢者への公共住宅
 - 大型ナーシングホームとケア付き住宅
 - 9-3 自立困難な高齢者のケア
 - 身体および家事援助(在宅ケア)
 - 活動的及び予防的施策
 - 予防的家庭訪問
 - 痴呆症と他の虚弱高齢者
 - 親族へのターミナルケア
 - 9-4 高齢者審議会と苦情委員会
- 10、省の機構図

デンマークの社会政策の訳にあたって

昨年（2002年）8月、東京都日野市「ひの社会教育センター」の第11回デンマーク高齢者福祉視察ツアーに参加しました。首都コペンハーゲンから30km西方・人口5万人の町・ロスキレ市に1週間滞在、高齢者施設や保育施設などを訪問、市長や議員・職員、施設の利用者やスタッフの皆さんの話をそれぞれの現場で聴き、交流できました。スピード見学旅行に不可避な「やぶにらみ」でなく、定点でじっくり観察でき、日本の実態に引きよせ、より深く考えるツアーになりました。

生活単位であるコムーン（地方自治体）が国の基礎になり、自立した住民の参加と連帯でコムーンを運営、納税し、住民の人生（幸福）のために使い、経済も成長させているデンマーク、反対に弱肉強食、何でも（地域の福祉まで）財界の言うままに中央政府が決め、1億人を超える国民を支配し、自分の老後を自分で決められない日本、一方に勤勉さと高い技術で世界2番目の富を生産している日本がもつ可能性など…。

帰り際に現地に住みコーディネーターとしてお世話になった澤渡夏代プラントさんからデンマーク政府発行の英語版ブックレット「Social Policy In Denmark」をいただきました。ツアーの仲間と共有しよう、デンマークの福祉を紹介する本や関心を持つ人が多いが、原文で国の思想と総合政策、経済など総合的な構図の中でとらえた資料が少ない、などから翻訳を試みた次第です。

各用語にデンマークの定義があり、突合せなし

の訳文は日本にないものも多い、デンマーク語からの複雑な英語表現は、日本語訳では意味も通じにくいなど文化の違いも重なりました。ひとまず翻訳したところで、当研究所主任研究員の石塚秀雄氏にチェックをお願いしました。氏はヨーロッパの事情と数々の原語に通じ翻訳も多数の達人で、政治・経済・社会の全方位から、凸凹や迷路に入った文章を鮮やかに直してくれました。

夏代さんには、超多忙な中、デンマークの現場の事実にもとづき1～5章と9章を中心に推敲していただきました。「高齢者の施設」は最近では「施設」ではなく「住宅」または「ホーム」となっていること、8章（次号）の英文「社会的に排除される人々」は、「デンマークの政策と実践には人間の排除はない」ということで「困窮者」が適訳ではないか、日本人の読者にわかりやすくなるなど、ご指摘をいただきました。

また、ひの社会教育センターの中能孝則館長には、11年間のデンマークとの交流をとおした実体験と日本の高齢者福祉の現場を対比し、訳文への適確な助言をいただきました。英文版の発行年以降2～3年間に変化発展した政策と実践の内容も補強できました。このようなご援助のおかげで、よりデンマークの実際に近い訳文にすることができました。心からお礼申し上げます。

2003年5月 山田駒平

デンマークの社会政策

1、序

- ・デンマークの社会政策はどのように組織されているか？
- ・財政的にどう保障されているか？
- ・子供のいる家族、高齢者、障害者及び弱者グループに対して何がなされているか？
- ・包括的労働市場への積極的な社会支援政策はどうか

このような質問に、このブックレットはデンマークの社会政策を概観しながら答えを提供するものです。この中には全般的な枠組みと個々の専門的な分野の法的位置づけも含まれます。

2、デンマークの概要

地理

デンマークは北欧に位置し、43,000平方キロの大きさです。

人口統計

デンマークは総人口530万人の国です。人口の5分の1は16歳以下です。人口の約15%は65歳以上で、この層は今後15年間で3分の1まで伸びるでしょう。1999年には、男性の平均余命は74.0歳、女性は78.5歳でした。

政府のしくみ

デンマークは王室を国家元首とする代議制民主主義の国です。

家族の構成

デンマークの1家族あたりの人数は2.19人で、全世帯の36%は1人暮らしです。18歳以下の子供を持つ全世帯の約5分の1は片親家族です(18%)。

産業構造

デンマークでは、労働力の6%が農業に従事し、19%が工業、28%が公的および私的サービスに従事しています。公的及び私的なサービスに従事している人々の多くは公務員です。

就労率

デンマークは世界で最高の就労率を持っている国のひとつです。16歳から66歳までの国民の77.7%は労働市場にいます。女性の73.5%が労働市場にいます。男性の就労率は81.5%です。さらに、デンマークは退職年齢が高いです。このような実態から55歳から59歳までの男性の81%、女性の65%が労働人口です。

失業

デンマークの失業率は1994年以来減少し、1999年失業率は5.2%でした。EU平均は9.2%です。

経済

1999年デンマークの国内総生産は1兆1330億デンマーク・クローネで、1人あたりでは22万8千クローネに相当します。(2000年末時点の1クローネ=0.12米ドル)。社会保障分野は国内総生産の15%を占めます。

3、デンマークの社会政策の枠組

デンマークの福祉モデルは、すべての国民が、たとえば失業、病気または援助を必要とするような社会的な問題に直面した時、確実に基本的人権を保障されるということです。社会システムは次のような要素によって特徴づけられます。

・普遍主義原則

すべての市民は労働市場にいるかどうかにかかわらず、社会保障給付と社会的サービスを受ける権利があります。

・税金で財政をまかなう

社会保障給付と社会サービスは主に一般税制度によってまかなわれています。

・公的な責任

行政は社会保障給付と社会的サービスの提供をする責任があります。

BOX 1. 専門領域の区分

病院と保健部門	保険計画によってカバーされている失業者への給付	住宅政策と住宅給付
<p>デンマークの医療保障は、保健費用の85%が税金で賄われているように、主として公的な責任です。保健省は病院と保健部門にすべての責任を負っています。</p> <p>公衆保健償還制度はデンマークに住むすべての人々を対象にカバーされています。</p> <p>この計画は主に県の財政で行われています。市民は、これが県税で賄われているため、保健償還計画に対して特別な費用は払いません。</p> <p>県とコペンハーゲン病院協同連合は県内の住民に対し、無料の病院治療を提供するとともに、短期的の居住者も必要に応じて救急医療を受けることができます。</p> <p>一次医療部門（一般開業医など）は一般的な健康問題に対応し、そのサービスはすべての人々が受けることができます。患者の通院医療費は無料です。</p>	<p>デンマークでは失業者に対する施策は、その人が民間失業保険に加入しているか、いないかによって対象になります。</p> <p>社会事業省は保険計画によってカバーされない失業者を対象とした施策にすべての責任を負い、労働省は保険で保障されている失業者に対してすべての責任を負います（失業給付、早期退職給付、他）。労働省は県と自治体から独立した失業保険基金と就職サービスシステムを通してこれらの給付のほとんどを管理します。</p>	<p>住宅都市問題省は住宅政策と住宅手当に対する全責任を負います。</p> <p>2種類の個々の住宅手当がデンマークでは利用できます： 賃借手当と賃借助成金です。</p> <p>賃借手当は年金生活者に交付され、賃借助成金は非年金者に与えられます。</p> <p>賃借手当も賃借助成金も主に借家に住む世帯を対象としています。</p> <p>2000年には平均33万2千世帯が手当を受け、平均16万7千世帯が賃借助成金を受けました。</p> <p>合計49万9千世帯は、デンマークの世帯数の約21%に相当し、2000年に個々の世帯は平均1万7500デンマーク・クローネ・02年）の住宅給付金を受けました。2000年に受けた住宅給付金の世帯平均給付金は家賃の46%（55%は年金生活者、29%が非年金受給者）でした。</p> <p>住宅法のもとでは、特別に設計された住宅は、高齢者や障害をもった人々の必要性を採りあげて作られたものです。この住宅の居住者は借家人で、借家法で退去通告や他の権利や債務に関連した問題をかかえていた人々です。</p>

・労働市場の参入の可能性

発達した保育施設、自立困難な高齢者及び障害者のためのより行き届いたサービスは、労働生活と家庭生活を相互に連結させることに寄与しています。

・積極的な社会的方策

社会保障は積極的でなければなりません—消極的の支援や保持策でなく。

・地方自治体の役割

社会分野は、地方自治体に社会責任が負わされています。

・地域の活動範囲

市町村と県の機関は、いろいろな社会的保護計画を実行する際、広い自治権を持っています。

・利用者の関わり

社会保護政策の団体は、市民及び利用者を参加させなくてはなりません。

・包括的視点

国民の社会的問題と総合的な状況は、より広い背景から観察検討されます。

・他の社会活動家との協力

公共部門は社会福祉を推進するために、民間企業やボランティア社会組織と協力します。

3—1 責任部門

デンマークの社会政策は次のとおりです。

・複合ケアとサービス機能

自立困難な高齢者へのケア、家族政策、活性化、リハビリテーション、予防の対策。

・特別なグループに対する対策

身体的精神的障害、社会的に自主生活機能の劣る人々、そのような危険にある人々、精神病やアルコール中毒、薬物中毒者への対応なども含めて。

・さらに広い分野の財政施策

老齢年金、早期年金、病気の保障、助産保障、財政援助、各種の特別な援助。

社会政策を統制する基本的な法律は、積極的社会政策法、社会サービス法、社会年金法、社会分野管理法です。各種の法律は社会事業省の website www.sm.dk にアクセスできます。

社会省は、その他の各種の政府系部門が他の各種の福祉課題について責任をもっているとしても、デンマークの社会福祉の大部分に対して総合的な責任をもっています。

たとえばデンマークの社会部門は、社会政策の一部として、BOX 1 に示された分野は含まれていませんが、国際的にはそれらの分野は社会政策に含まれているものです。さらに内務省は、避難民と移民の総合政策において中心的な責任をもっています。しかし難民と移民は一般的な規則にもとづいて社会保障の給付と社会サービスを手に入れています。この場合、給付とサービスの計画は他の社会保障の給付とサービスのように地方自治体によっておこなわれますが、この給付とサービスのために必要な地方自治体の費用は政府が支払います。

福祉の事業の多くは公務員によって行われ、民間サービス企業、ボランティア的な社会組織や家族ではありません。しかしいくつかの地域や地方機関においては、決められた確実な公共的なサービスが、民間企業との契約によって行われています。公共部門は、幅広い社会的な予防プログラムを実行するために、企業とボランティア機構との協力もしています。

地方政府の責任

デンマークは14の県と275市町村の地域に分割されています。県と市町村は、独立し個々の徴税を行う権限をもつ政治上の組織単位です。地方の政治上の管理に責任をもつこれらの組織—県議会と市長村議会—は、4年ごとに通常選挙で選ばれます。

市町村は広い範囲の全般的な社会的サービスの計画と供給について責任をはたします。サービスには、援助が必要な高齢者、保育施設、保険制度に含まれない失業者の職業訓練及び活性化が含まれます。さらに市町村は早期疾病年金給付、児童手当を査定するとともに、高齢者年金を含む社会保障制度を実行しますが、現金給付額の大きさは

法律によって決定しています。市町村は社会保障機構の定めをもとに現金給付も支払います。給付額の大きさも国の決定によります。

県はもっと大きな人口基盤を持ち特別な知識を要する職務やサービスに対して責任をはたします。県の主な社会的な責任は、費用の面から、重度の身体または精神障害をもつ人々のための適切な住宅を供給することです。県は市町村に対して、社会的弱者グループへの支援と対策について助言をします。県はまた、障害児をもった親に対しても助言をします。

・市町村レベルのちがひ

広範囲の地方自治制度の背景には、できるだけ市民に近いところで社会サービスを提供したいという希望があります。このことから市民と地方選挙で選ばれた責任分野にある政治家との距離は比較的小さいということがいえます。県と市町村は税率を決め徴税をみずから行うため、その地域条件に合わせて社会サービスを調整する広い可能性を持っています。同時に市町村は、税金とサービスの関係及び多種多様な対象分野を検討しながら政治的優先順位の決定をします。このことはひとつの市町村から他の市町村まで、サービスレベルがちがうこと、税負担に差があることを物語っています。—2000年の最高地方税率は23%で最低は16%でした。

BOX 2. 社会活動における監督と不服の手続き

住民は、県に設置されている中央政府苦情処理機関の社会苦情処理委員会に、市町村及び県の決定に対して不服を申し立てることができます。

苦情処理委員会の決定の不服は、中央政府の苦情処理機関である社会不服審査庁に上訴されます。しかし社会不服審査庁は、訴えが法的にまたは総体的に公共的な重要性を持つ問題かどうかの判断をすることだけを許されています。

地方政府監督者

“地方（市町村）政府の監督者”は、法的な管理、つまり市町村または県の機関が法律違反をしたかどうかの評価をするために、すべての市町村と県機関と協力します。管理者は市町村または県機関による決定を取り消すことはできませんが、法律の裁可をとおして、新しい決定を創ることを首長に命じる権限は与えられ

ています。

国会オンブズマン

国会オンブズマンは、社会サービス機関の行為が現在の法律または他のどんな方法にせよ、誤りを犯したり、法律違反または怠慢による過失がないかどうかの評価をすることができます。

オンブズマンは決定を取り消すことはできませんが、批判し、重大な誤りや法律違反、公的処理の誤り、怠慢による過失についてはデンマーク議会の法務委員会や社会大臣、市町村または県の評議会に情報資料を提出することができます。

3-2 経済的な枠組み

公的なセクターが社会保障給付、社会扶助、社会サービスに責任を負っています。最大の給付とサービスは公務員により提供され、実際のすべての社会保障給付、社会支援給付およびサービスは公的税金が財源となっています。

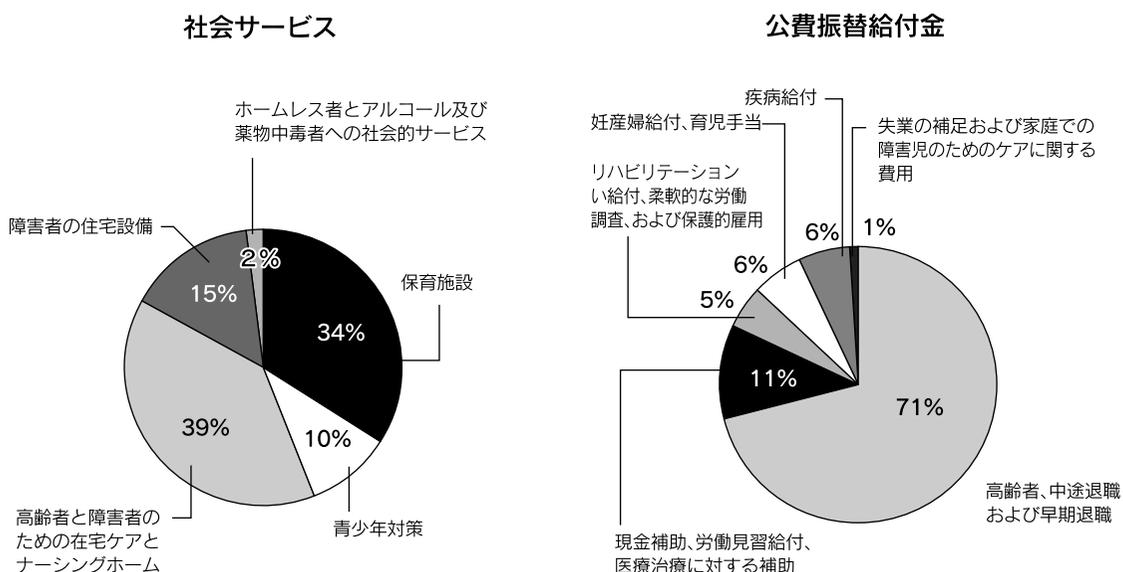
公費振替給付金は、以前の労働収入や加盟する労働組合には無関係に、または小範囲で支給されます。従って収入を絶たれたことに対する補償の度合いは、高い収入の人より低い収入の人が高くなります。累進税と合せて社会システムは収入の再配分を考慮しています。しかしデンマークはま

た世界で最も高い税金負担の多い国です。

総公共費用はGDPの60%です。この費用の約半分は公共福祉計画（医療と社会サービス部門及び労働市場）に当てられています。社会部門だけでもGDPの15%が使われています。労働力の30%は公共部門の被雇用者です。これらのうち75%は県または市町村の雇用者です。総社会費用は次のとおりです。；約35%がサービス（現物給付）、65%が公費振替給付金（金銭）で支払われます。グラフ1からも明らかなようにサービスのうち重点的に支出している項目は、

- ・子供の保育施設
- ・援助が必要な高齢者と障害者のためのデイケア
- ・社会省のエリアにおける主要な給付金は；
- ・65歳以上のすべてに対する老齢年金
- ・自立生活が営めない人々のための収入を保障する現金扶助
- ・リハビリテーションまたは教育と訓練と連携して支払われるリハビリテーション給付
- ・就業能力が身体的、精神的または社会的な理由により実質的に低下している18才から65才までの人が対象の早期年金
- ・1人親に適用される児童手当

グラフ1 老齢年金と予備年金は支給額のうち最高の支出を計上しています。表1を参照。



県と市町村は地方税収入を通してすべての費用を賄うことはできません。したがって地方自治体は中央政府の助成金、償還金、公平化平準化制度によって支えられています。

中央政府は償還金制度を通して特定の活動にかかわる費用の一定割合をカバーします。たとえば現金補助、リハビリテーションにかかわる費用は中央政府と市町村の間で分担されます。一方、高齢者年金と児童手当の総額は中央政府から交付されます。

この財源は市町村が積極的な社会保障措置をとれるようにするための追加金です。

これに加え、中央政府から県、市町村への総合的な助成金として「地方交付金」があります。償還金に対して地方交付金は、特別に目的を明示せず、市町村の要望や必要に合わせて使われるものです。地方交付金は市町村の税金収入の割合に応じて市町村の間に分配されます。

中央政府の交付金とブロック助成金（地方交付

金）は市町村の歳入の約3分の1の金額になります。

裕福な市町村から貧しい市町村に包括的に移すための地方政府平準化制度もあります。このような計画は市町村の間の税収の差を平均化することです。いくつかの要素、たとえば市町村の特別に低い税金ベースまたは特別に多い出費などを考慮して平等化します。

各種財政計画は、中央政府が経済コントロールをする上でなくてはならない重要課題であり、地方コミュニティレベルの活動という政治的視野からも考慮すべき重要な課題です。したがって、中央政府、県、市町村は財政的な枠組について年次ごとに協議会を組織します。

利用者支払いや自主財源の役割は一般的に社会サービスの中では小さくなります。しかし特定の地域では、たとえば保育施設、住宅設備、一時的な在宅ケアなど、利用者が費用の一部を払っているところもあります。

表1 給付の財源

	中央政府	県	市町村	その他の財源
高齢者年金	100%			なし
社会的扶助の現金給付	50%		50%	なし
リハビリテーション給付	50%		50%	なし
早期年金 ¹⁾	35%		65%	なし
疾病給付				100% ²⁾
1～2週間				
3～4週間	100%			
5～52週間	50%		50%	
53週間以上			100%	
妊産婦給付	100%			
児童手当	100%			なし

1) 1999年1月以後の給付

2) 雇用主（大多数のケースにおいて）が病気にかかった最初の2週間の疾病給付費用をカバーする。この他、大規模被雇用者グループは、妊娠中または病気期間中全額を受け取る権利、すなわち雇用主が公的支払分と全額との差額を支払う合意をしている。

表2 サービスの財源

	67歳未満の人			67歳以上の人		
	中央政府	県	市町村	中央政府	市町村	その他財源
子供の保育施設			100%			ある 1)
青少年のための放課後のセンター、学童クラブ等	50%		50%			なし
障害者のための住宅	50%		50%		100%	あり 2)
要介護用住宅(67歳以上はナーシングホーム)	50%		50%		100%	あり 3)
身体的および家事援助(終身ホームケア)	50%		50%		100%	なし

1) 親からの支払額は総費用の30%が最高。すべての子供保育施設を利用できるように保障を整備している市町村は親の負担を2002年までに33%まで引き上げる予定。

2) 居住者家賃を支払う

3) 居住者家賃を支払う

3-3 社会政策はひとつの投資

包括的社会システムにはお金がかかります。そして発達した福祉システムをもつこの国でも多額の社会的出費によっていることが特徴です。各国はその費用を民間または公的部門に支払わせるのかという問題に直面した時、異なった戦略を選択しました。第3章冒頭の概略にある目的を実現するために、デンマークは、ほとんどの社会保障給付とサービスを公的財源でまかなうシステムに組織したのです。

先進的なデンマークの福祉システムは高額になります。しかしこれは良質な機能の労働市場を支援する投資でもあります。

このために、連帯を基礎とした社会政策と経済成長と生産力の間には否定的な相互関係が生じな

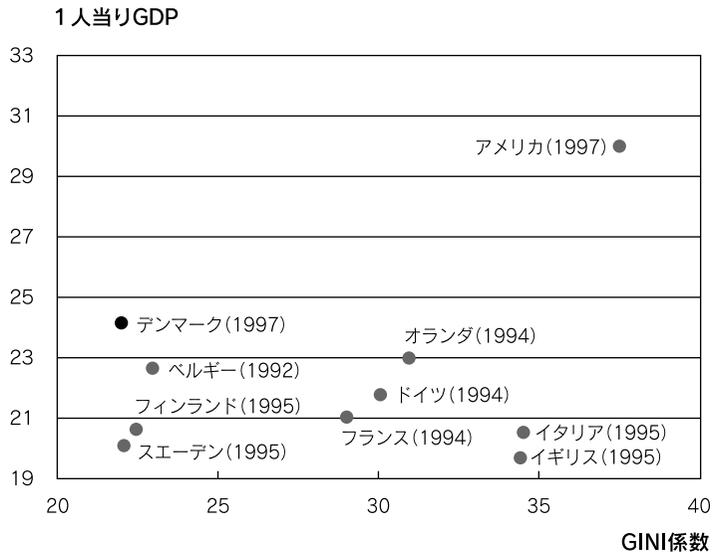
いのです。逆に、デンマークは1990年代に非常に強力な経済成長を示したのも事実です。相当な経済成長、順調な生産力、低い失業率です。

デンマークの社会政策はこの成果に大きく貢献しています。この社会政策は、人的資本を強化し労働力を維持するための積極政策によって労働市場を支えます。そして子供、高齢者、障害者へと拡大された社会福祉ネットワークは、女性が労働市場へ参加する可能性の土台を固めました。

労働市場の参入は貧困と社会的排斥を防ぐもっとも効果的な方法です。さらにデンマークは、労働力を失った人々のためにかかりの生活条件を保障することを決めました。

このような条件は、デンマークが世界で最も平均的所得分配システムを行っている国のひとつであることを示しています。

グラフ2 国民1人当たりのGDP（1000USドル、1985購買力平価）と所得差の度合い
 （GINI係数で測定；横軸がGINI係数、縦軸がGDP。右上側に行くほど不平等が大きい）



註：GINI係数は社会の総所得がどのくらい完全な所得分配を実現するために分配すべきかを表わす係数。〔訳者注・所得分配の不平等度・橋本俊昭氏〕GINI係数が低いほど、より多くの収入分配があるということ。図中の挿入数字は所得の違いを測定するために括弧内に年度を入れている。すべての国について、このGDPは1995年の購買力平価で測定され、1997年につなげて表示されている。〔訳者注・日本のGINI係数は92年GDP比で0.439、税引後でも0.325と不平等度は高位。橋本俊昭『日本の経済格差』岩波新書〕
 出所：財政報告2,000, ルクセンブルグ所得研究(LIS), OECD.

4、子供と家族政策

家族は子供の成長と発達の基礎であり、子供の生活条件は第一に彼らの両親の責任です。これはデンマークの子供と家族政策の基本的理念です。

公的機関は子供を持つ家族のための枠組みをつくり、病気治療や無視から子供と若年者を守ります。公的機関は親に対して、どのように彼らが親としての責任を実行できるかについて指針と支援を提供します。

社会省は子供と家族の政策に関連した多くの一般的な事柄を取り扱っています。子供と家族政策

については教育省、労働省、法務省など、他の政府機関にも責任をもちます。各種の社会保護計画は、275の市町村によって、さらに大きな課題は14の県によって実施されます。市町村は政策対策及びサービスを提供する団体の選択について大きな自治権を持っています。

子供を持つ家族に対しては、困窮状態にある人は誰でもサービスについて同じ権利をもつ、という理念のもとに、子供を持つすべての家族への財政的支援または特殊ケースへの支援の方針などで保障されています。

4—1 子供の保育施設

公立の保育施設は全デンマークで完備されています。市町村は保育施設の開設、運営及び管理に責任を持っていますが、市町村はたとえば、独立法人の保育施設と合意を結ぶこともできます。この非中央化された保育施設の機構は、市町村の条件と必要性に適合され、保育施設に対し、より広範囲の情報を提供し発展をうながすことを意味します。

保育施設は子供と親の協力によって、子供のよりいっそうの成長、よりよい生活と自立のための枠組みを創ります。保育施設はまた特定の予防対策の一部であり、必要とされている家族が援助を得ることに役立っています。

6ヶ月児から9歳児までのデンマークの子供たちの80%は公的な保育施設を利用していますが、3歳から5歳までの子供の91%に対し、6ヶ月から2歳までの子供については64%まで下がっています。親の人口は増えつつあり、子供のための施設が求められています。

市町村は、24週から通常幼稚園に認められた年代までの子供を持つ親に対して、公的な保育施設を利用する代わりに民間利用の保育対策を利用できるように、財政的な援助を受けられる選択の自由を保障しています。

社会的問題や精神のおよび身体的障害をかかえた子供達を一般の保育システムに統合するという

ことは重要な目標です。目的は障害児や特殊な社会的困難をかかえた子供が、できるだけ普通に近い環境で幼年期を経験することです。

特別なケアを必要とする子供達には必要な専門的知識をもつ特別施設が提供されています。

入所、保育費及び親の関与

市町村は、例外的に保育施設で特別な社会的または習得の必要性がある子供の場合をのぞき、先約順に保育の受け入れをします。

親は財政支出の30%を負担し、複数の公的デイケアを受けている子供を持つ親に対しては割引が保障されています。全額または一部の支払免除は、特別な経済的・社会的事情、またはケアの必要度を基礎に給付されます。市町村は子供のケアを保障しており、すべての子供が保育施設を利用できます。親が支払う負担額は、おそらく2002年までに段階的に引き上げられ、33%まで上がるでしょう。

市町村行政の保育施設、保育ママ、独立法人施設には、保護者理事会があります。

4—2 子供および青少年と家族への特別な援助

青少年及び家族

市町村は子供と青少年の成長と発達を監督しなければなりません。その監督は、特別な援助を必

表3 各種のデイケア施設の形態

デイケア施設	内 容
乳児保育	6ヶ月から3歳まで；主に町
公的保育ママ	主に6ヶ月から3歳の子供で保育ママの自宅で保育される。保育ママは、市町村から選ばれ、契約し、支払われる。一般家庭での保育に近い。
幼稚園	3—6歳の子供；都市部と農村部に設立
学童保育	6—10歳の子供；同年齢グループ、初等教育法のもと、多くの学校に設置された施設。
総合保育	最も多いケース、6ヶ月から約6歳の間の子供のため施設。
特別措置	私的に設立され、一般的には保護者グループが市町村機関との合意を交わす。
青年クラブ	青少年のための施設。社会の一員となるための独立性と能力を助長する行動の創造と社会性を目的とする。

要としている18歳未満の子供や青少年のケースを市町村にできるだけ早く通達することを目的としています。市町村は、子供や青少年が自分の環境または不満足な条件によって問題をかかえている場合、親または保護者に対してカウンセリングと支援をしなければなりません。

子供と青少年の困難は、可能な限り子供の家族とその援助とで解決されなければなりません。

子供と青少年自身の観点は常に考慮され、子供の年令と発達度に応じた視点を大事にしなければなりません。それは子供と青少年達の最大の興味が援助の基本をつくること、重要なのは子供と青少年の大人との良好で安定した触れあいおよび発育の中での継続性を確実にすることである、と検討した結果です。

市町村は、子供と青少年に特別なニーズがあると検討した結果、特別な援助をすることができます。たとえば、助言的な援助、家庭での実用教育、家族のカウンセリングなどが上げられます。

もし子供が自分の家にいられない場合、市町村は、里親または他の認可された場所での生活ケアを自分の家以外の場所で受ける決定をすることができます。15歳になった若者の保護管理人から反対が出された場合でも地方市町村（自治体）の子供と青少年委員会（市町村議員、判事と教育心理学の専門家からなる）は子供または青少年の健康または発達に、明らかにまたは危険に近い状態である時、家から離すこと—強制的な移動—を決定することができます。

強制的な移動をする場合には、保護管理者は法的な援助を提供されます。同様に自宅以外の場所に移動を望まない15歳または以上の若者にも適用されます。

4—3 子供を持つ家族に対する財政的給付

18歳以下の子供を持つ家族は以下のような家族手当を受けます。

2001年1月時点の家族手当

年齢層	1人あたり（年間手当）
0—2歳	12,010デンマーク・クローネ
3—6歳	11,000デンマーク・クローネ
7—17歳	8,600デンマーク・クローネ

税務当局が家族手当を管理します。18歳以下の子供の一定層に適用される別種の児童手当があります。

- ・一般児童手当は、子供を持つ片親と社会年金法のもとに年金を受けている親に対して支払われます。手当は2001年1月時点で、年間3,812デンマーク・クローネです。
- ・特別児童手当は、子供を持つ片親に対して一般児童手当への補足として支払われます。手当は子供の人数に関係なく年間3,876デンマーク・クローネです。
- ・特別児童手当は、片親または両親を失った子供たち、または親権が認知されなかった子供に支払うことができます。さらに、子供は社会年金法のもとに片親または両親が年金を受けている場合、または他のケースの場合特別手当を受ける権限を与えられます。2001年1月から、特別児童手当は子供1人当たり年間9,720デンマーク・クローネです。
- ・多胎出産手当は、多胎出産の際に給付され、7歳になるまで助成されます。2001年1月から、多胎出産手当は1人当たり6,272デンマーク・クローネです。
- ・養子手当では、認定された組織を通して外国人の子供を養子にした親に対して助成されます。手当は2001年1月から36,154デンマーク・クローネで、養子に関連して負担した費用の一部をカバーするため、一括合計として給付されます。

これらの家族手当と児童手当は非課税で、四半期ごとに独立した収入として支払われます。中央政府はこの財政を負担します。

4—4 障害をもった子供または重病にかかった子供—財政的援助

2つの法によって親たちに子供の障害に関連して財政的な援助を受ける機会が用意されています。

・障害児をもった親への加算的給付

市町村は家庭で障害児のケアをしている親に加算費用を払います。加算費用は子供の障害の結果に対して負担されます。

・失った賃金

市町村はまた親が障害児を家庭で世話する間に

失う賃金をカバーするために補助金を給付します。給付は親の最終総収入を基本に決定されます。

4—5 妊娠、出産、養子にかかわる日常の現金給付金

被雇用者と自営業者及び配偶者の援助は、妊娠、出産、養子に関して日割りの現金給付を受けられます。日額給付は市町村によって支払われます。もし雇用者が出産によって欠勤した人に賃金または給料を支払う場合、雇用主は市町村から償還を受けることとなります。妊婦は、医師の診断した出産日の4週間前から起算して日額給付を受ける権利があります。病気などの特別なケースは、彼女は4週間前以前から妊婦給付を受けることができます。

出産後、子供の親は合計24週間の出産現金給付を受けることができます。最初の14週は、通常では母親に給付されます。同時期に、父親は休職す

るにあたり（父親休職）2週間の日額給付を受けることができます。父親も、もし母親が重症の病気や死亡で子供のケアができなくなった場合給付を受けることができます。残りの10週間の日額給付をどのように配分するかは両親間で決めることができますが、給付は片親だけとなります。さらに、父親は出産期間（25～26週）の延長で父親休職をすることができます。

養親は、養子管理当局が養子受け入れに関連して養親の一方が子供といっしょに一定期間すごした方がよいと観測し、その結果仕事を休まざるを得ないと管理当局が決定した時、子供を受け入れてから24週の期間、日額給付を受けることができます。2001年1月時点で、日額現金給付の総額は、週当たり最高2,937デンマーク・クローネになっています。

（以下、次号に続く）

（やまだ こまへい、山梨勤労者医療協会理事）

【事務局ニュース】 3・自主研究会の募集（詳細は事務局まで）

研究会の目的： 複数の研究希望者のあるテーマについて研究グループを組織する。人数は2名から。実費および一定の研究費を支給する。期間は1カ年として、報告書を提出してもらおう。また、公開研究会での報告にも転用

可。また、単独の研究テーマに対する補助制度も「自主研究」として実施する。公募のテーマは研究所の基本目的に合致したものであるが、幅広いものとする。

メンバー構成： 2名以上

アメリカの医療と社会的 扶助の産業統計の特徴

石塚 秀雄

はじめに

アメリカの経済セクターの統計（NAICS、産業分類表）によれば、「医療及び社会扶助セクター」という区分が62番としてある。このセクターは2つの分野を含む。すなわち、医療と社会扶助である。この2つの活動分野の境界線は線引きが難しい。しかし、その領域は、もっぱら医療を行う事業所から医療と社会扶助を連続的に実施する事業所また、社会扶助だけを実施する事業所までである。また、統計では、内国収入表（IRC, Internal Revenue Code）の第501条(c)(3)「慈善組織」、501(c)(4)「市民団体、コミュニティ組織、その他社会福祉機関」

（非営利の医療機関は通常ここに入る）、501(e)「協同組合病院サービス組織」、501(k)「保育組織」、などとなっている。また170条 b（1）(A)(iii)項（病院、医療研究機関）の連邦所得税除外の規定に基づいて、事業所を営利と非営利と区別している。内国収入表 IRC における非営利とは、「組織、アソシエーション、コーポレーションのうち、そのメンバー、株主、公務員、幹部、債権者などに対して、収入のいかなる部分も、直接的にまたは間接的に、支払わないもの。ただし、その目的や内規にもとづいて、行政の公的サービスにおける給与や報酬と同等の支払いを行うことができる。」（Senate Bill 5450, 1997）と規定されている。

行政が認知した、公益（public benefit）を特別の事業所であるが、営利活動そのものを禁止しているのではなくて、その利潤（profit）でなにをするかが規定されている事業所である。したがって、目的以外の活動をする場合には課税対象となる、とされている。また「非営利事業所」には、宗教、学問、教育、芸術、慈善、医療・公衆衛生、スポーツなどの団体、や日本における公益法人、社団、基金などの組織の一部も含まれる。たとえ

ば、アメリカでは一般に協同組合は営利事業所とされるが、協同組合病院は非営利扱いである。

また非営利事業所の要件としては寄付所得、寄付施設、ボランティア職員の存在が必須とされている。すなわち、そのようなものがなければ存続できない施設であるが故に、税控除の対象とされるのである。

営利事業所を表 a に、非営利事業所を表 b に集計している。たとえば、政府運営の病院は非課税扱いである。

統計分類は、結局、どのように事業所の在り方を区分しているかという国民経済の制度の理念の骨格を示すものである。こうした形式と内容が矛盾をはらんでくるときに、構造的改革が発生する。したがって、アメリカにおいてどのように医療・社会扶助セクターを分類しているかは、その制度の考え方とつながっている。この場合の社会扶助という表現は、もちろん日本の社会扶助が示すものとは異なる。以下の分類は基本的な分類を取り上げたが、すべてを列記したものではなくて、主要なもの、特徴のあるものについて取り上げたものである。

NAICS Codes（North American Industry Classification System）はアメリカ、カナダ、メキシコに共通した産業分類である。5年ごとに実施している。

I. 区分の概念

62 医療および社会扶助（HEALTH CARE AND SOCIAL ASSISTANCE）

この分野の事業所によるサービスは専門家によって提供される。医療従事者、ソーシャルワーカーなど。このセクターには娯楽、賭博、レクリエーション、非医療的ダイエットなどの事業所はふくまないのは、それらが医療従事者によるサービスの提供とはみなされないからである。

621 救急医療サービス (Ambulatory Health Care Services)

外来患者サービスと見なされる。

6211 医療施設 (Offices of Physicians)

一般医、専門医などM.D. (医師) またはD.O (整形医) の資格を持つ人々のいる事業所。M.D.としては、麻酔医、腫瘍医、眼科医、精神科医、外科医、内科医が含まれる。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、医師たちは個人的あるいはグループ治療を実施する。

621111 医療施設 (精神科医療施設をのぞく)

6211111 M.D.の医療施設

6211112 D.O.の医療施設

621112 精神医療施設。さらに2分化。

6212 歯科医の医療施設

D.M.D (Doctor of dental medicine), D.D.S (Doctor of dental surgery), D.D.S (Doctor of dental science) の資格を持つ人々のいる事業所。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、医師たちは個人的あるいはグループ治療を実施する。予防的治療、美容的治療、緊急治療を行える。

6213 その他の医療従事者の事業所

足病学医師 (D.P. Doctor of podiatry) の事業所。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、医師たちは個人的あるいはグループ治療を実施する。

62131 カイロプラクティック医の事業所

D.C (Doctor of chiropractic) の資格を持つものの事業所。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、医師たちは個人的あるいはグループ治療を実施する。

62132 視力矯正医の事業所

O.D. (Doctor of optometry) の資格をもつ者の事業所。通常独立型。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、医師たちは個人的あるいはグループ治療を実施する。

62133 精神医療従事者(医師以外)による事業所

医師以外の医療従事者による①診断と医

療行動治療、②アルコール中毒、虐待、身体的情動的トラウマ、ストレスなどについての診断と個人的社会的不適合への治療。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、個人的あるいはグループ治療を実施する。

62134 セラピスト (身体、職業、話法)、聴覚矯正士の事業所

①医療処方箋に基づく、怪我、筋肉、神経、関節、骨などの病気のセラピー治療。②障害に対する教育、リハビリ、社会的活動に関する計画管理。③言語、話法、聞法などの診察と治療。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、個人的あるいはグループ治療を実施する。

62139 その他医療従事者による事業所

医師、歯科医、カイロプラクティック医、視力矯正医、精神医療専門家、セラピスト、聴覚矯正士をのぞいた医療従事者。医療センター、診療所、病院、HMO医療センターなどで、個人的あるいはグループ治療を実施する。

6214 外来患者センター (Outpatient Care Centers)

下部区分として、62141家族計画センター (妊娠、墮胎、遺伝子、不妊、などの治療)。さらに細分化。62142外来精神医療、虐待センター。62149その他の外来患者センター。

621491 HMO医療センター

HMO加入者に対して主としてプライマリイ医療を外来患者に対して実施する。HMOが所有する事業所。医療と保険業務の両方を提供する。

621492 腎臓透析センター

621493 独立緊急外科センター (Freestanding Ambulatory Surgical and Emergency Centers)

外来患者に対して①角膜・白内障手術。②緊急手術 (骨折、怪我、自己、その他緊急治療)。手術室と回復室の設備。麻酔やX線設備。

621498 その他の外来患者センター

上記をのぞく事業所。

6215 医療診断検査所 (Medical and Diagnostic Laboratories)

医療分析サービスを医療専門家や医師の照会による患者に対して行う。

6216 家庭医療サービス (Home Health Care Services)

在宅での熟練看護サービスの提供 (対人介護、家政婦 homemaker、付き添い companion、身体セラピー、医療的社会サービス、治療、医療備品供給、24時間介護、職業セラピーなど)。

6219 その他の救急医療サービス

上記の救急医療サービス分野をのぞいたもの。

621911 航空救急サービス

患者の医療措置付き航空輸送。必ずしも救急性に限らない。

621991 血液組織銀行 (Blood and Organ Banks)

血液および身体器官の収集、貯蔵、配給。

622 病院 (Hospitals)

入院患者にたいする医療、看護サービス。外来患者にも第2次の活動として提供できる。

(「公衆保健法、1985年、Public Health Law, による定義によれば、病院とは『医師および歯科医師によるまたは監督によるサービスを提供するための施設または組織。病気、苦痛、けが、身体条件の異常についての診断と治療を行う。一般病院、公的医療保健センター、臨床センター、治療センター、歯科クリニック、歯科施療院、リハビリセンター、その他として職業訓練リハビリセンター、介護施設、結核病院、慢性病病院、産婦人科病院、分娩保護所、外来患者対応部、外来患者宿泊施設、施療院、検査所、その他関連サービス施設を含む』と規定している)

6221 一般医療外科病院

政府立病院かどうか、子供病院かどうか、精神・虐待病院かどうかなどの区分あり。

6223 難病病院 (Specialty Hospitals)

623 看護介護施設型事業所 (Nursing and Residential Care Facilities)

施設における看護、監督、介護の提供。医療サービスと社会サービスの混合型。

6232 痴呆・虐待介護施設

6233 高齢者コミュニティケア事業所

① 高齢者および自立介護困難者。② 高齢者および独居生活困難者。看護施設付属の場合あり。

623312 老人ホーム (Homes for the Elderly)

看護施設なし。① 高齢者および自立介護困難者。② 高齢者および独居生活困難者。

624 社会扶助 (Social Assistance)

クライアントに対して直接社会扶助サービスを提供する。長期の施設・宿泊サービスは行わない。

6241 個人・家族むけサービス

① 62411 児童若者サービス： 非施設型社会扶助。養育、麻薬中毒防止、職業訓練、積極的社会開発。② 6241 高齢者・障害社会的むけサービス： デイケア、非医療的サービス、付き添いなど。

6242 コミュニティ食料住宅・緊急救援サービス

困窮者に対する配給物の収集、配分。

62421 コミュニティ食料サービス：

62422 コミュニティ住宅サービス：

① 短期緊急避難所。家庭内暴力、性的虐待、児童虐待の被害者。② 一時的避難所。ホームレス、落ちこぼれ若者。家族が療養中の者。③ 低所得者およびその家族むけの一時的住宅。④ 賃貸住宅の修理のための仮住宅。⑤ 高齢者・障害者の住宅の修繕のための仮住宅。事業者は自己施設を運営するか、既存住宅施設 (アパート、ホテル、モーテルなど) への補助金を提供するか、低家賃住宅を労働対価でつくるかする。

Ⅱ. いわゆる営利事業所

統計の性格上、数字はかならずしも整合性はない。

表 a. 所得税課税対象事業所分

62 医療および社会扶助 (HEALTH CARE AND SOCIAL ASSISTANCE) の統計1997年度

事業の種類と領収書の種類	施設数	金額(\$1000)
62 医療と社会扶助	531,069	418,602,207
621 救急医療サービス	440,200	310,012,321
5000 患者治療領収書分	420,503	274,001,867
6211 医療施設 (Offices of Physicians)	195,449	171,629,179
621111 医療施設(精神科医療施設をのぞく)	185,094	168,251,883
621112 精神医療施設	10,355	3,377,296
6212 歯科医の医療施設	114,178	48,482,037
6213 その他の医療従事者の事業所	88,886	28,282,299
62131 カイロプラテック医の事業所	30,487	6,570,083
62132 視力矯正医の事業所	17,875	6,361,839
62133 精神医療従事者(医師以外)による事業所	11,750	2,504,820
62134 セラピスト、聴覚矯正士の事業所	14,277	8,684,039
62139 その他医療従事者による事業所(足病字など)	14,497	4,161,518
6214 外来患者センター	11,828	17,306,497
621491 HMO医療センター	262	1,709,323
621492 腎臓透析センター	1,953	4,310,817
621493 独立緊急外科センター	2,089	4,086,108
621498 その他の外来患者センター	4,433	5,416,961
6215 医療診断検査所	9,076	16,317,096
6216 家庭医療サービス	16,315	21,474,024
6219 その他の救急医療サービス	4,468	6,521,189
621991 血液組織銀行	504	1,017,082
622 病院 (Hospitals)	1,345	40,146,379
6221 一般医療外科病院	792	34,212,503
6223 難病病院 (Specialty Hospitals)	164	2,565,325
623 看護介護施設型事業所	32,833	55,844,395
6231 看護施設	12,517	44,485,246
6232 痴呆・虐待介護施設	72,293	3,620,385
6233 高齢者コミュニティケア事業所	11,637	7,087,953
623312 老人ホーム(Homes for the Elderly)	9,924	4,547,369
624 社会扶助 (Social Assistance)	56,691	12,599,112
6241 個人・家族むけサービス	9,843	2,636,231
62411 児童若者サービス	1,648	539,369
62412 高齢者・障害社会的むけサービス	2,976	807,258
6242 コミュニティ食料住宅・緊急救援サービス	344	111,986
62421 コミュニティ食料サービス:	95	17,984
62422 コミュニティ住宅サービス	167	74,092
6243 職業訓練回復サービス	2,549	1,432,269
6244 保育サービス	43,955	8,418,626

Ⅲ. いわゆる非営利組織事務所

表 b. 所得税非課税対象事業所分

62 医療および社会扶助 (HEALTH CARE AND SOCIAL ASSISTANCE) の統計1997年度

事業の種類と領収書の種類	施設数	金額(\$1000)
62医療と社会扶助	114,784	466,451,794
621 救急医療サービス	15,181	45,428,453
5000 患者治療領収書分	8,481	24,004,402
6214 外来患者センター	9,940	31,561,321
62141 家族計画センター	1,390	668,027
62142 外来精神科・虐待センター	3,646	4,714,846
621491 HMO医療センター	510	12,289,824
621492 腎臓透析センター	261	583,703
621493 独立緊急外科センター	313	72,979
621498 その他の外来患者センター	3,820	12,631,942
6216 家庭医療サービス	3,375	10,104,243
6219 その他の救急医療サービス	1,866	3,762,889
621991 血液組織銀行	726	2,851,025
622 病院 (Hospitals)	5,340	339,031,933
6221 一般医療外科病院	4,695	319,920,383
6223 難病病院 (Specialty Hospitals)	233	8,423,007
623 看護介護施設型事業所	24,52	637,235,108
6231 看護施設	3,088	15,248,712
6232 痴呆・虐待介護施設	12,940	7,973,358
6233 高齢者コミュニティケア事業所	3,951	9,304,097
623312 老人ホーム(Homes for the Elderly)	2,669	2,003,971
624 社会扶助 (Social Assistance)	69,737	44,756,300
6241 個人・家族むけサービス	36,364	26,452,637
62411 児童若者サービス	11,086	7,718,841
62412 高齢者・障害社会的むけサービス	9,960	8,217,311
6242 コミュニティ食料住宅・緊急救援サービス	9,606	6,085,252
62421 コミュニティ食料サービス:	2,988	1,597,522
62422 コミュニティ住宅サービス	4,737	2,954,163
6243 職業訓練回復サービス	5,668	6,461,745
6244 保育サービス	18,099	5,756,666

注: 収入区分について

救急医療サービス施設の「事業の種類と領収書の源泉」は、項目としては圧倒的に患者治療領収書である。これは保険会社やHMOなどに請求するものである。さらに比率は低いものの、在宅ケアサービス、血液・臓器販売、救急サービス、設備機器のレンタル料、薬の処方、医療品の販売、その他患者へのサービス費用という項目がある。この項目分けは他の区分でもほぼ同一である。

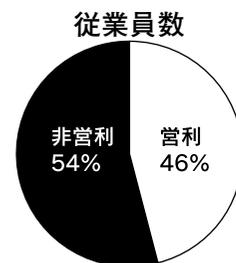
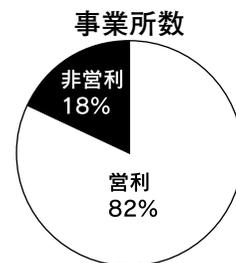
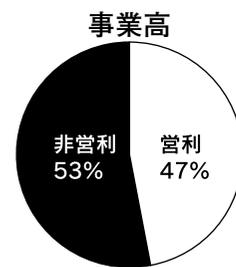
Ⅳ. 営利事業所と非営利事業所の従業員数

62 医療および社会扶助 (HEALTH CARE AND SOCIAL ASSISTANCE) の統計1997年度 従業員数

事業の種類	営利	非営利
62医療と社会扶助	6,231,766人	7,329,811人
621 救急医療サービス	3,744,279	669,335
6211 医療施設 (Offices of Physicians)	1,571,145	—
621111 医療施設(精神科医療施設をのぞく)	1,536,459	—
621112 精神医療施設	34,686	—
6212 歯科医の医療施設	641,674	—
6213 その他の医療従事者の事業所	406,589	—
62131 カイロプラテック医の事業所	91,700	—
62132 視力矯正医の事業所	79,545	—
62133 精神医療従事者(医師以外)による事業所	38,427	—
62134 セラピスト、聴覚矯正士の事業所	141,533	—
62139 その他医療従事者による事業所(足病字など)	55,384	—
6214 外来患者センター	173,809	346,501
621491 HMO 医療センター	146,786	47,218
621492 腎臓透析センター	38,503	6,638
621493 独立緊急外科センター	34,295	8,121
621498 その他の外来患者センター	62,959	168,328
6215 医療診断検査所	151,338	—
6216 家庭医療サービス	681,505	267,484
6219 その他の救急医療サービス	118,219	55,350
621991 血液組織銀行	10,266	32,731
622 病院 (Hospitals)	511,584	4,421,454
6221 一般医療外科病院	421,257	4,105,334
6223 難病病院 (SpecialtyHospitals)	36,084	115,106
623 看護介護施設型事業所	1,484,845	985,878
6231 看護施設	1,160,523	396,639
6232 痴呆・虐待介護施設	109,932	246,083
6233 高齢者コミュニティケア事業所	196,067	226,011
623312 老人ホーム (Homes for the Elderly)	126,334	53,425
624 社会扶助 (Social Assistance)	491,060	1,253,144
6241 個人・家族むけサービス	68,772	642,584
62411 児童若者サービス	11,510	172,001
62412 高齢者・障害社会的むけサービス	32,186	226,720
6242 コミュニティ食料住宅・緊急救援サービス	962	100,841
62421 コミュニティ食料サービス:	490	22,954
62422 コミュニティ住宅サービス	472	60,188
6243 職業訓練回復サービス	32,004	17,699
6244 保育サービス	388,731	239,981

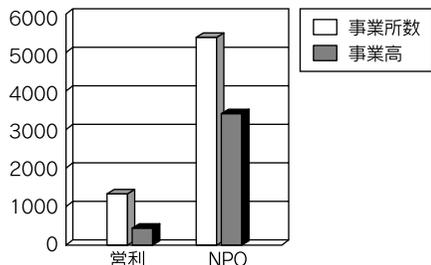
Ⅴ. 営利と非営利の比較

1. アメリカ(1997年度)には、営利事業所531,069、非営利事業所114,784の合計645,943の医療社会サービスの事業所がある。また事業高は、約8850億ドル(約100兆円、米国民1人当たり年間37万円)。非営利事業所数の比率は18パーセントであるが、事業高を見ると非営利事業所は全体の53%である。従業員数は、営利事業所で623万人、非営利事業所で733万人合計1356万人である。

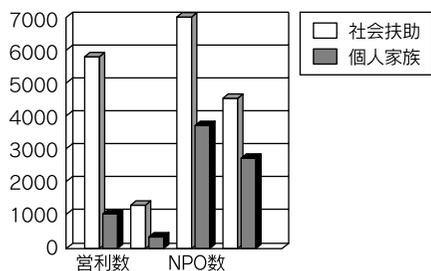


2. 医師などの医療従事者の独立的個人的事業所は課税対象である(6211-6213の大部分)。

3. 病院は営利が1,345事業所、非営利が5,340と非営利が圧倒して比率が高い。またHMO病院については、営利セクターに対して非営利セクターのほうが事業所数として2倍、事業高は7倍である。



4. いわゆる高齢者介護施設の分野では営利事業所が優勢である。ただし、痴呆・虐待介護施設について、非営利事業所がほぼ2倍の数と事業高を持っている。
5. 社会サービス（社会扶助）分野でも非営利セクターが大きい。とりわけ、コミュニティサービスはその性格上圧倒的に大きい。



おわりに

アメリカにおける非営利すなわちNPOは日本における意味づけとは同一でないが、医療社会サービスにおける非課税事業所の比率は非常に高いものがある。しかし、以上のような区分が、非営利・協同的な医療機関がアメリカにたくさん存在するということを直接意味するものではない。アメリカの医療システムは営利民営的な市場化がすすんでおり、1990年代のクリントン政権による公的医療制度プランは頓挫してまって、いまなお3000万人以上のアメリカ国民が最低限のメディケイドやメディケアという公的医療へのアクセスさえも困難であること、また民間保険に加入していなければ、ふつうの国民も医療アクセスが困難であることが指摘されている。アメリカにおいて医療はますます医療産業としての利益の対象となり、医師を含む医療従事者は、その主体性を奪われつつあり、大手医療機関、病院、マネージドケア組織、HMO組織などに利用される労働力商品という従属的な位置に押しやられつつある。

アメリカの医療セクターがどのような構成になっているのか、その中で非営利協同セクター的な性格をもった医療機関にはどのようなものがあるのかの詳細については今後一層の検討が必要である。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

BOOK

書評—八代尚弘・日本経済研究センター編著

『社会保障改革の経済学』

高山 一夫

I

小泉政権の発足以来、社会保障制度の改革が急ピッチで進められている。患者負担の引上げを求めた昨年健康保険法改正に引き続き、本年には高齢者医療や介護保険制度の見直し、公的年金制度の改革論議が本格化する。また、構造改革特区における自由診療部分に対する株式会社病院参入に向けた医療法改正作業も準備中である。これら一連の改革論議における基本的な発想は「官から民へ」であり、公的給付範囲の縮小、株式会社も含めた自由な民間参入、事前的規制から事後的規制への転換、機関補助方式の見直しなど、既存の社会保障制度を根底から再編成することである。社会保障分野における社会的規制の解除を求める議論であるが、市場競争を活用した制度のスリム化と私的市場の形成を重視する点では、社会保障の市場化論と特徴づけることもできよう。

本書『社会保障改革の経済学』は、この規制改革論の立場から、社会保障制度の改革を提言する。その基本的視点は、現実の政策論議が既存制度の改善策に終始しているとみて、「経済社会環境の変化に対応した、効率的な社会保障制度への改革」(p. iii)を提起することに据えられている。それゆえ、本書で扱われる対象は、年金、医療、福祉の各制度にまたがっている。

本書は、日本経済研究センターの研究員が作成した報告書をベースに、同理事長の八代尚弘氏が編者としてとりまとめたものである。周知のように、八代氏は、規制改革論の代表的な論客であり、内閣府の総合規制改革会議委員として精力的に活動されている。氏の専門領域は労働経済学と社会保障論であり、近年の編著書として注目されるものに、本書のほか、『規制改革』(有斐閣、2003年)、『社会的規制の経済分析』(日本経済新聞社、2000



八代尚弘・日本経済研究センター編著
『社会保障改革の経済学』
東洋経済新報社、2003年3月、3600円(税別)

年)、『少子・高齢化の経済学』(東洋経済新報社、1999年)などをあげることができる。また、男女共同参画会議の専門調査会委員でもあり、『結婚の経済学』(二見書房、1993年)というユニークな単著もある。

ともあれ、社会保障分野における規制改革論を知るうえで、さしあたり本書を通読することは有益である。スペースの関係上、以下では、八代氏の執筆した序章と2章を対象に、ポイントを整理し、論点として提起することにした。

II

序章「21世紀の社会保障の課題」(八代尚弘)では、改革の基本的な視点が要約されている。社会保障の各制度が共通して抱える問題点は、①社会保険における負担と給付の均衡を怠り、後代に

ツケをまわした結果、世代間格差が拡大していること、②配偶者を一定所得内に抑制するなど、不公正で非効率な仕組みが存在すること、③社会保険と福祉の補完代替関係が不明瞭であり、実際上は社会保険に福祉的役割も担わせていることの3点である。とくに③でいう社会保険と福祉の混在は、本書全体の結論である公的給付範囲の明確化と直接にかかわるので、すこし掘り下げてみよう。

八代氏の認識では、社会保険も保険である以上は、民間保険と全く同様に、負担と給付の均衡—保険数理学で言う収支相当の原則—が成立しなければならない。給付が負担を上回り続けるならば、長期的に保険制度は破産してしまうからである。したがって、高齢化に伴い年金や医療の給付が増えるならば、社会保険制度を維持するためには、保険料を引き上げるか、または給付を削減するより他に道はない。仮に、保険料引上げや給付削減によって低所得層が打撃を受けるのであれば、それは社会保険改革とは別に、福祉制度で対応すべきである。これが氏のいう社会保険と福祉との分離である。

社会保険も保険であることに異論はないが、しかしそれ以上に、社会保険は、国民の生存権に立脚した社会保障制度の一環である。だからこそ、強制加入・法定給付・応能負担といった社会保険独自の原則が設けられ、一般財源からも負担金や補助金が社会保険に投入されている。もっぱら保険料収入で運営される民間保険とは異なり、社会保険では、収支相当の原則も部分的にしか成立しない。

ところが八代氏は、社会保険は保険であるという立場から、保険給付は保険料収入のみで賄うべきであるとし、租税投入なかでも国庫負担金を攻撃の槍玉に挙げる。すなわち、国庫負担金は社会保険の保険としての性格を曖昧にするとして、次のように論じる。「本来、社会保険料は、政府が国民の利益のために強制する年金や医療保険の給付と結びつけるための特定財源である。仮に、その負担が高すぎると考えるのであれば、給付を削減すべきであり、それに一般の税財源を投入して、負担と給付のバランスを不明確にすることは論理矛盾である。他方、税で賄うべきは福祉の財源であり、社会保険料を負担できない層の保険料肩代

わりや、他の所得と合わせて最低生活費に満たない乏しい年金受給者への補足年金として用いることに意味がある」(p.13)。

社会保険制度は保険料で賄い、低所得者には別に一般租税の福祉制度で対処すること、これが氏の社会保障改革の基本的な方向である。したがって、氏の議論は、社会保障制度に対する国庫支出を削減し、その穴を社会保障給付の大幅な切り下げで相殺することに他ならない。一部の貧困層には19世紀的な救貧対策を施すが、大部分の国民には自助努力を奨励して公的給付を最小限にまで圧縮すること。これが「21世紀の社会保障」の姿だということである。「負担増と給付減の二者択一でなく、公的保険給付の範囲を明確にすることで、それを確実に保障すべきである」(p.1)という本書の要点は、じつは社会保障の改革ならぬ解体をせまる主張であるように思えてならない。

社会保障改革の問題は、国の財政問題に帰着する。とはいえ、財政赤字に対する歳出分野別の寄与度も考慮することなく、単純に国庫支出を減らせばよいという発想では、将来不安を助長し、景気と財政の回復にむしろ悪影響を及ぼすだけであろう。

Ⅲ

第2章「日本の医療制度をどう改革するか」(鈴木亘・鈴木玲子・八代尚宏)は、医療保険改革を扱った前半部分と、医療供給体制の改革を論じた後半部分とからなる。

前半部の内容は、昨年の健保法改正が中長期的な医療保険財政に及ぼす影響を分析したものである。健保法改正法にあわせて厚労省からも試算が公表されているが、本書の分析では、自己負担率引上げによる医療需要削減効果—医療需要の価格弾性値—を考慮することや、老人保健に対する拠出金の抑制(国庫負担の引き上げ)などが考慮されている。結論を言えば、制度改正によって、医療費減0.85兆円(自己負担増による医療需要抑制効果)、患者負担増0.6兆円、国庫負担増0.75兆円で、合わせて2.2兆円の保険収支改善が見込まれるとする。ただし保険収支自体の赤字基調は変わらず、赤字幅が経るとはいえ、2025年には保険収支赤字が12.6兆円にも達するという。それゆえ、

既存の枠内での自己負担率引上げや国庫負担の増額では、医療保険の中長期的な存続は図れないとする。

価格弾性値が2001年10月の前回推計と大きく異なるなど、方法上の疑問点もいくつかあるが、患者自己負担率の引上げにはそれほどの支出削減効果はなく、むしろ必要度の高い医療ニーズの場合は患者に大きな負担を強いること、また「他先進国の患者自己負担水準と比較すると、日本の3割負担は高い方に属する」(p.45)という指摘などは、その通りであろう。また、推計では老人医療費拠出金の縮小が最も保険収支の改善に寄与することも示されており(p.42の図表2-4)、老人医療費を保険者間の財政調整で乗り切ろうとした老人保健制度のやり方こそが保険財政危機の元凶であることを証している。

ただし、本章の主眼は、国庫負担増による保険財政の再建ではなく、公的保険で全てを賄うことに無理があるとして、公的保険と私費・私的保険との役割分担を見直すことに置かれる。すでに2章の冒頭において、「仮に、医療が公的部門の全面的な管理下ではなく、消費者の需要に対応した専門的なサービスを供給する「産業」であれば、その売上高が大きいこと自体には問題はない」(p.35)と明け透けに記されている通りである。

そうして、後半部分では「医療制度改革の方向

性」として、①EBM(根拠のある医療)と情報化の推進、②公的保険給付と私費診療の併用の解禁、③診療報酬体系の改革、④保険者機能の強化、⑤医療法人改革とくに株式会社参入、⑥介護との連携等、一昨年の経済財政諮問会議「経済財政運営の基本指針2001」において示された「医療効率化プログラム」と、まったく同じメニューが列記される。これら医療における規制改革論に関しては、すでに多くの批判が加えられているので、ここでは割愛したい。(例えば、篠崎次男・二宮厚美・横山寿一「座談会・医療の市場化はどこに着地するか」『賃金と社会保障』2001年6月合併号、拙稿「アメリカの医療改革」『経済』2003年4月号などを参照されたい。)

ただし、医療に対する国民の不満は、患者負担の増大や夜間小児救急、抗がん剤選択における制約といった制度に起因する問題が大半を占めており、これらの不満や不安が果たして規制改革で解消されるのかはなほだ疑問であること、また、私費診療との併用が全面的に認められ、お金持ちだけが特別な治療法や治療環境を与えられるならば、社会的な連帯が著しく損なわれ、憲法に抵触する恐れもあることだけは、一言しておきたい。優勝劣敗を当然視する規制改革の哲学は、社会保障の理念とは真っ向から対立するのである。

(たかやま かずお、福井医科大学助教授)

【事務局ニュース】 4・会員募集と定期購読

会員募集 「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」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』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『いのちとくらし』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せん。詳細は事務局までお問い合わせください。

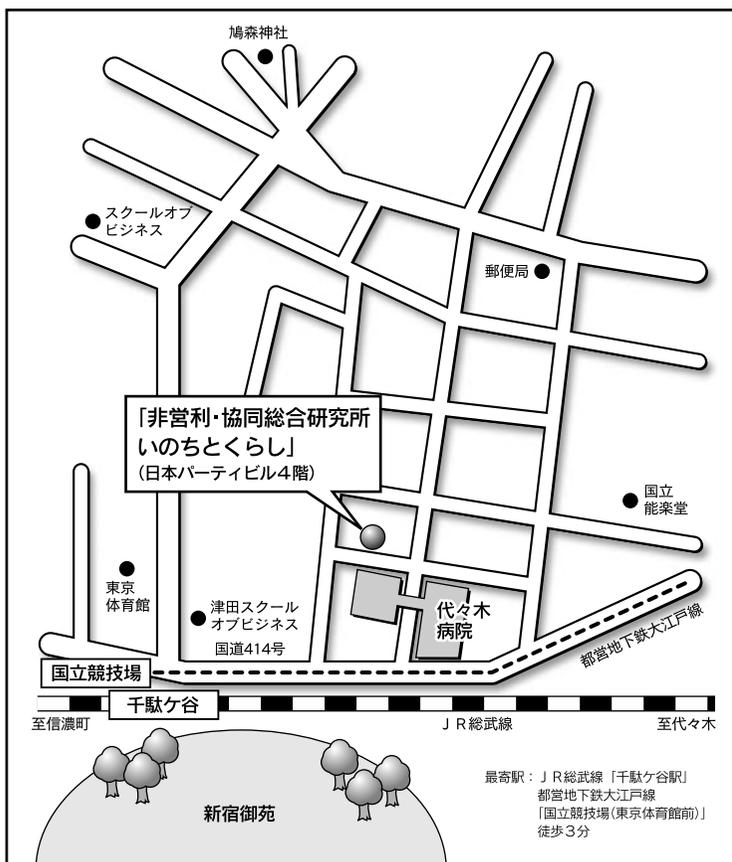
- ・1冊のみの場合：機関誌代 ¥1,000円＋送料
- ・年間購読の場合：機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料 ¥5,000円

【次号第4号の予定】(2003年8月発行)

- ・ 座談会「介護、福祉の現場より4月以降の変化を語る」
- ・ 国民健康保険の県別補助金データの考察
- ・ 支援費制度の調査・紹介、など

【編集後記】

お手元に届く頃には、第1回公開研究会が催される。多くの皆様の参加をお願い申し上げます。また、今号より巻末にファックス送付書がつくので、読者諸氏の忌憚のないご意見・ご感想、取り上げて欲しい研究テーマなどを、事務局宛に送付いただければ幸いです。



「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階

TEL : 03-5770-5045 / FAX : 03-5770-5046

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