

目次

○巻頭エッセイ「連帯社会への道」……………津田 直則 1

【特集 貧困問題と生活保護制度の再検討】

○「はじめに～本特集の趣旨」……………吉永 純 2

○「生活支援戦略（新たな生活支援体系）を読み解く」……………岡部 卓 12

○「あるべき生活保護基準とその重要性～社会保障審議会生活保護基準部
会の検討枠組みについて」……………布川 日佐史 16

○「生活保護基準額の引下げによって影響・被害を受ける制度概要」
……………吉永 純 26

○「社会保障制度の構築こそ、ディーセントワークへの道」都留 民子 29

○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第8回研究会報告

「石川県内の公立病院—奥能登4病院を中心に—」……………武田 公子 36

○社会福祉と医療政策・100話（96—100話）（最終回）

「20 医療・福祉職の世界史」……………野村 拓 45

○本の紹介 中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修『協同組合を学ぶ』

……………黒子 和彦、中島 崇博 53

○事務局ニュース……………55

○バックナンバー……………56

「連帯社会への道」

津田 直則

現代社会は資本主義経済体制の矛盾が満ちあふれ危機のオンパレードになっている。格差社会が広がり弱者が排除される現象はその代表である。拙著『社会変革の協同組合と連帯システム』（晃洋書房；2012年）では結論として、このような現代資本主義経済の矛盾を克服して実現すべき社会を「連帯社会」だと考え、次の8項目を必要条件とした。

第1は、働く者と人間を大切にす社会（搾取しない）。第2は、お互いが成り立つ社会（排除しあわない）。第3は、協力社会（競争社会ではない）。第4は、弱者を支援・救済する社会（排除・隔離しない）。第5は、個と全体のバランスがとれている調和の社会（エゴ社会ではない）。第6は、過去と未来の連帯をも含む社会（現世代のエゴではない）。第7は、信頼や絆を重視する社会（分裂・孤立の社会ではない）。第8は、自然を大切にす共生社会（人間のエゴではない）

第1から7までを狭義の連帯社会、第1から8までは、人間は自然の一部だと考え広義の連帯社会（自然との連帯）だと考える。以下では狭義の連帯社会について考えてみよう。

連帯社会の実現は現代資本主義経済体制では不可能だと思われる。現代資本主義は、新自由主義思想、企業における利潤動機、株式会社に代表される営利企業制度、競争システム、市場システム、政府システムなどによって形成されているが、これらすべてを変革していくしか連帯社会実現の道はない。これら現代資本主義のパラダイムともいえるべき思想、動機、制度、システムはどのように変革されるべきであろうか。筆者が考えているの

は次のような6項目の社会変革の道である。

第1は、新自由主義に代わって連帯思想が社会の支配的思想にならない。第2は、企業における目標は、人間が生きていくための諸々の価値の実現が目的となり、利潤追求はその目的実現のための手段に格下げされるべきである。第3は、資本が労働を支配する株式会社は、労働が資本を支配するか制御する協同組合や公企業に移行させねばならない。第4は、競争システムから協力システムへの転換が必要である。第5は、政府は市民社会と連帯する政府に転換しなければならない。第6は、市場システムはなくす必要はないが、投機や過剰生産を制御する規制や経済計画で修正する必要がある。

連帯社会を実現するには以上のような社会変革が不可避である。すでに共生思想を除いてこのような理念、制度、システムをめざすモデルが世界には存在している。欧州の「社会的経済」がそれである。連帯社会における企業の中心は協同組合であるが、欧州の協同組合も進化しつつあり、「連帯システム」という効率的なシステムを実現し学習しつつある。その発明者は、モンドラゴン協同組合やイタリア協同組合である^(注)。資本主義経済体制に取って代わる連帯社会はいまだ幼少期であるが、いずれ支配的経済体制になるであろう。

注：津田直則「モンドラゴン協同組合—連帯が築くもう一つの経済体制—」岩波『世界』2012年11月号を参照。

（つだ なおのり、桃山学院大学教授）

はじめに ～本特集の趣旨

吉永 純

本特集は、2012年11月18日に開催された福祉国家構想研究会（生活保護グループ）による公開研究会「「生活保護基準と「生活支援戦略」の検討について」の各報告をまとめたものである。研究会の趣旨は、当時、社会保障審議会の2つの部会（「生活保護基準部会」（以下、「基準部会」）と、「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」（以下、「特別部会」））において、生活保護基準と、生活支援戦略と生活保護制度についての抜本的な検討が行われていたが、それらの検討経過は、私たちが求める「利用しやすく、自立しやすい生活保護」（2004年12月厚労省社会保障審議会生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書）を実現するとは言い難いものであった。すなわち、基準部会では、低所得層（下位10%）との比較による保護基準の引下げを許容する方向での検討が進められていた。また、特別部会では、「伴走型支援」などの新たな前向きな提案と並行して、稼働年齢層への就労の強制となる「保護開始早期の就労」や「賃金が低くてもまず就労」が強調されるとともに、扶養義務の強化、家計管理など利用者への管理強化、自治体の調査権限の強化、不正受給の罰則引き上げなど、制度の大改悪となる可能性のある検討が進められていた。これら両部会での審議内容を総括的に批判、検討するべく研究会を開催したものである。

ところが、その後、情勢に大きな変化が生じた。いうまでもなく、2012年12月の総選挙において、生活保護基準の10%減額や、就労指導や扶養義務の強化を公約した自民党の大勝である。生存権や社会保障にとっては政府や与党の厳しい対応が予想される事態となった。また、基準部会は、2013年1月18日に、最終的な報告書をまとめた。さらに、特別部会でも、同年1月25日に報告書が出された。

研究会後のこうした情勢の変化について、各報告にも可能な限り取り込んでもらったところであるが、両部会報告書をうけた生活保護改革は、生活保護制度に関する抜本的な改正案になることは間違いない。そこで、両部会の報告書について、その主な問題点を本特集の冒頭に示すことにより、各報告を補足することとした。

1 生活支援戦略と生活保護改革について

特別部会報告書（厚労省 HP 参照）は、前半の生活支援部分は全国の先進事例を集約し「寄り添い型支援」の強調など前進面もあるが、本特集岡部報告が指摘しているように問題点も多い。後半の生活保護改革の部分は、前述のように抜本的な改悪といってもよい厳しい内容となっている。以下の記述は、1月16日の報告書案と、25日の最終報告書を比較しつつ、私と意見が共通する岡部・藤田孝典委員の意見を参考に記したものである（全文は厚労省 HP 掲載）。

（1）前半の「新たな生活困窮者支援体制の構築」について

ア 「新たな水際作戦のツール」とならないよう歯止めを明記すべきである

報告書案は、本制度について（14頁、2番目の○）、「生活保護制度の見直しと相俟って、就労可能な人が可能な限り生活保護を利用することなく、就労により自立できるように支援するという今回の制度改正の目的を踏まえ、新たな相談支援事業の対象者は、生活保護の一步手前の経済的困窮者を中心に検討すべきである」（下線筆者）としている。下線部は報告書では、さすがに露骨と判断されたのか、「生活保護受給に至る前の段階

から早期に支援を行うことで、就労を実現するなど社会的経済的自立が可能になるよう支援する」と修正されている。

しかし生活保護の見直しは、後に指摘するとおり、就労指導の強化を中心とした締め付けを中心としており、その「見直し」と歩調を合わせて、生活保護をなるべく「利用することなく」就労支援を行うのが、今回の制度の「本音」であるならば、可能な限り生活保護制度を利用させない運用、すなわち就労支援を口実とした「新たな水際作戦」が危惧される。

イ 福祉事務所の公的責任や同職員（ケースワーカー）の専門性強化を明記すべきである

報告書（13頁、4つめの○）は、「新たな相談支援事業の実施に当たり」「生活保護の要否等の決定をはじめ、生活保護受給者に対する支援の責任はこれまでどおり、生活保護制度の実施機関たる福祉事務所が担うことが適当である」とし、（9頁、5つ目の○）「生活保護制度との一体的・連続的な制度運用という観点からは、生活保護制度の実施主体であり、…既に生活困窮者支援やノウハウを持つ地方自治体が主たる実施主体となることが適当」としている。その一方、報告書（15頁、4つ目の○）は、「実施主体は地方自治体であるとしても、既存の福祉事務所が全てを担うことは困難である。このため、地方自治体からの委託を受け、社会福祉法人や社会福祉協議会、NPO等の民間団体も事業を実施できるよう必要な法整備を行うことが必要」としている。

すなわち、保護の決定権、新たな相談事業の実施主体は自治体であるとしながら、相談支援事業の相当部分の民間委託を前提としており、福祉事務所の公的責任や役割、福祉事務所職員（ケースワーカー）の専門性強化については何ら触れられていない。この文脈では、現実的には、福祉事務所のケースワーク機能が低下し、その公的責任や役割が形骸化するリスクがある。

実施主体が自治体であるならば、自治体の実施水準を引き上げて、新たな相談事業の要として機能させるのが本筋である。報告書（16頁、2つ目の○）にもある社会福祉士を新たな相談事業に配置するという考え方を一歩進めて、福祉事務所ケ

ースワーカーについて、無資格者が数年で異動を繰り返す現状を改め、自治体が社会福祉士などの専門職採用を積極的に進め、本事業を中心的に担い、地域の様々な福祉団体との連携を強化し、事業のスーパーバイズ（指導的な支援）を行うことを明記すべきである。

ウ 中間的就労について

①就労自立が優先するものではなく社会的自立を中心に位置づけることを明記すべき

報告書（19頁、5つめの○）は、「中間的就労は（略）一般就労に向けた支援付き訓練の場として位置づけられるものである。」とし、（20頁、2つ目の○）「中間的就労は、第一義的には…一般就労に向けたトレーニングの段階として利用する者を想定する。ただし、…就労のみならず社会参加の場として利用する者も存在することも想定される」としており、中間的就労の場は、雇用市場復帰への一段階と言う位置づけが濃厚である。

しかし、そうなると、就労自立が強調され、社会的自立とか、自尊感情の回復などが置き去りにされる恐れがある。一般就労をピラミッドの頂点とした成果主義的なトレーニングが優先され、それが事業者に対する評価や指導の観点に反映し、結果的に事業者は成果をあげるために一般就労に近い者のみを選別して支援することになりかねない。

したがって、報告書の上記部分に、就労自立のみを優先するものではなく社会的自立にも同様の価値があることを明記すべきである。これは、就労自立を頂点とした、以前の釧路モデルの再検討過程で、行われた議論の到達点でもある。

②悪質業者排除のための認定制度・監視制度・罰則の整備を明記すべきである

就労困難者の場を公的に創出・保障しようという方向性は評価できる。しかし、「中間的就労」について、最低賃金や労働基準法の適用外とすることを容認すると、実質的に雇用・労働であることを「中間的就労」の名のもとに労働法の適用外とする悪質事業者が出現し、労働市場全体の劣化を招く危険がある。

従って、本来は、中間的就労についても最低賃

金や労働基準法等の適用をすべきである。仮に、労働法の適用外とするのであれば、悪質業者を除外するために、きちんとした認定制度、監視制度、事後的な罰則等を整備することが不可欠である。

しかし、報告書(22～24頁)は、労働法の適用外とすることを事実上容認した上で、上記のような危惧や認定制度については意見の一つとして紹介するにとどまっている。労働法の適用外とできる事業者は一定の条件を満たす認定事業者に限り、履行確保の監視制度、事後的な罰則等を整備する必要があることを明記すべきである。

(2) 後半の「生活保護制度の見直し」について ア 「まずは就労」の過度な強調による稼働層に対する締め付けの強化をすべきでない

報告書(37頁、3つ目の○)は、「自らの希望を尊重した就労活動を行ったにもかかわらず、一定期間経過後も就職の目途が立たない場合等には、それまでの取組に加えて職種・就労場所を広げて就職活動を行うことを基本的考え方とする」、(同頁、4つ目の○)「低額であってもいったん就労することを基本的考え方とする」として、とにかく「まずは就労」を強調している。

しかし、目下の厳しい雇用情勢の中で、3～6ヶ月で本人の希望に反する職種・就労場所への就職活動を強要することや、雇用の質を問わずに「まず就労」を強いることは、事実上、被保護者を劣悪な労働条件の職業に追い込むことにつながる。仮に、3ヶ月経過後に職種・就労場所を広げた就職活動を行うよう指導指示をし、これに従わない場合、保護の停廃止を行うといった運用がなされることとなれば、有期保護(3年ないし5年)以上に過酷な結果となる。

「まずは就労」の強調は、報告書前半で述べている「寄り添う支援」の理念に明らかに反するから削除されるべきである。

イ 「稼働能力があるにもかかわらず明らかに就労の意思のない者への対応」を削除すべきである

報告書(43頁、4つ目の○)は、「稼働能力がありながらその能力に応じた就労活動を行っていないことを理由に、聴聞等所定の手続を経て保護

を廃止された生活保護受給者が、その後同様の状況下で就労活動に取り組むことを確認した上で再度生活保護を受給するに至った際、やはり能力に応じた就労活動を行わないため保護を再び廃止された場合は、急迫の状況ではないことなど一定の条件のもとに、その後再々度保護の申請があった場合の審査を厳格化することが必要」としている。

しかし、これは、無差別平等の原理を定めた現行生活保護法に違反する。また、このような取扱いとは、先に述べた「寄り添う支援」の基本理念にも真っ向から反する。こうした記述は削除すべきである。

ウ 「特別控除の見直し」はすべきでない

報告書(38頁、1つ目の○)は、「特別控除については、その活用の程度にばらつきがあることから廃止も含めた見直しを検討する。」としている。

しかし、第11回生活保護基準部会において資料提示された、厚生労働省が全福祉事務所に実施した悉皆アンケート調査の結果によれば、「臨時的就労関連経費を補填する役割を果たしている。」との回答が169福祉事務所(17%)、「臨時的就労関連経費の補填というよりも、可処分所得の増加によって就労インセンティブの促進に効果的につながっている。」との回答が497福祉事務所(51%)と、肯定的評価が約7割に達している。

したがって、特別控除は廃止すべきではなく、この記述は削除すべきである。

エ 「調査・指導権限の強化等」について

① 「支出の状況」を調査対象とすべきでない

報告書(42頁、2つ目の○)は、調査権限の内容について、「保護費の支出の状況等を追加することが必要」としている。しかるに、いったん支給された保護費の用途が原則として自由であるという司法判断が確定しているにもかかわらず(福岡高判平成10.10.9。中嶋学資保険訴訟控訴審判決)、「支出の状況」についてまで調査権限を及ぼすことは、「保護の決定又は実施のために必要」がないのに調査の対象とし、被保護者の自由に対して過度の干渉を認めることにつながるから許されるべきではない。この記載は削除すべきである。

②「過去に保護を受給していた者及びその扶養義務者」を調査対象とすべきでない

報告書(42頁、3つ目の○)は、「調査対象について、現行の『要保護者及びその扶養義務者』に加えて、『過去に保護を受給していた者及びその扶養義務者』も対象とすることを追加・明確化することが必要」としている。

しかし、このような扱いは、いったん生活保護を利用すれば、利用者もその扶養義務者も一生涯、調査の対象とされるという威嚇をもって、生活保護制度に対するスティグマを強め、その利用を抑制することにつながる。保護を利用した者とその扶養義務者の自由に対する過度な制約であるから、この記載は削除すべきである。

③受給者・扶養義務者の説明義務を創設すべきでない

報告書(42頁、6つ目の○)は、「生活実態の把握や不正受給が疑われる場合の事実確認等において、受給者から説明を求めることがあるが、現状では明確な根拠がないため、福祉事務所は、必要に応じて、受給者や扶養義務者等に対し、保護の決定及び実施等に必要な説明を求めることができる旨の権限を設けるとともに、説明を求められた場合には、その者は、必要な説明を行うことが必要」として、受給者や扶養義務者に事実上説明義務を課す旨記述している。

民法上、抽象的に扶養義務を負う者であったとしても、当事者間の協議が調わない場合の具体的な扶養義務の有無や程度については、「扶養権利者の需要、扶養義務者の資力その他一切の事情を考慮して、家庭裁判所が、これを定める」ものとされており(民法879条)、実際の扶養義務の存否や程度は、家庭裁判所の審判によって創設的に明確となる。にもかかわらず、生活保護利用者の親族だけは、未だ具体的な扶養義務の存否や程度も明らかでないにもかかわらず、回答義務を課されるというのは、上記の民法上の扶養義務の在り方と整合しないことが明らかである。この記述は削除すべきである。

④「不正受給返還金と保護費との調整」制度を設けるべきでない

報告書(42頁、7つ目の○)は、「(不正受給の返還金については、事前の本人同意を前提に保護費との調整をできないか検討することが必要)」としている。

しかし、現在においても、任意かつ真摯な同意がないにもかかわらず、「本人同意」があるものとして返還金と保護費の相殺処理(天引き)を行っている自治体が存在する。このような取扱いは、「被保護者は、既に給与を受けた保護金品又はこれを受ける権利を差し押さえられることがない」という生活保護法58条に明確に違反する。こうした「調整制度」を創設すれば、「本人同意」に仮装した天引きが横行し、法の差押え禁止の理念が骨抜きとなるおそれがある。この記述は削除すべきである。

2 生活保護基準について

基準部会報告書案(平成25年1月18日第13回基準部会。厚労省HP参照)が、16日の第12回基準部会に出されるや、マスコミは、いっせいに「保護基準引下げへ」と報じた。しかし、報告書案(その後18日の第13回基準部会で16日の報告書は若干手直しされた)を子細に検討すれば、保護基準の引下げを積極的に容認する報告書とはとても読めない内容である。また、本報告書の内容によって、保護基準を引き下げるには説得力に乏しいともいえる。以下、主な点のみ指摘する。

(1) 基準部会報告書の問題点

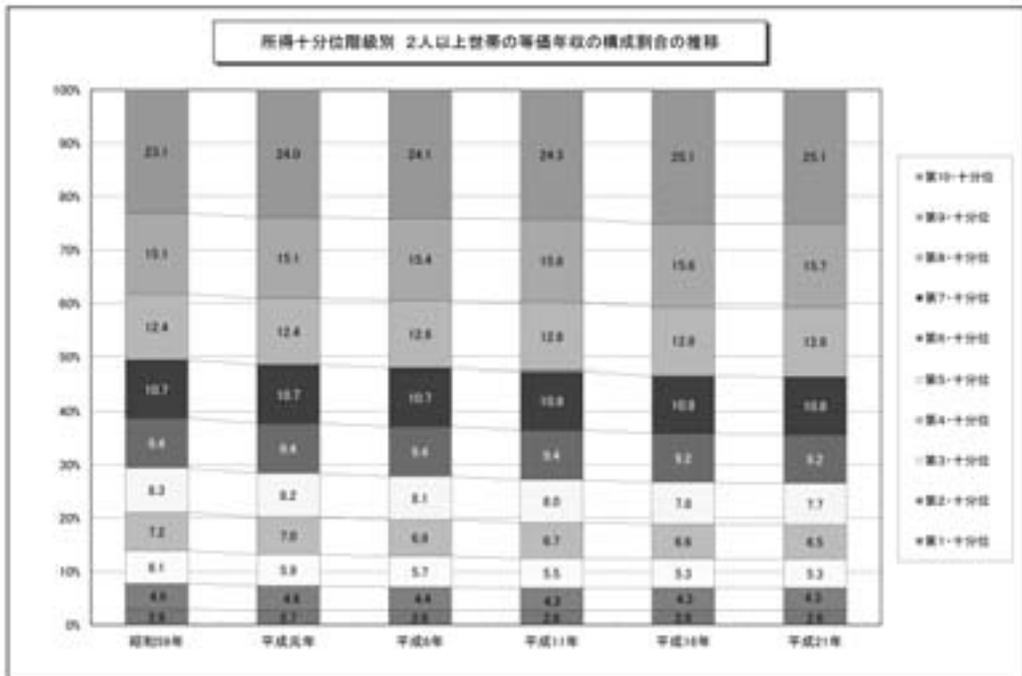
ア 生活保護基準の中身抜きの検証である

現在の保護基準が健康で文化的な生活を保障しているかどうかという生活保護基準の核心ともいえるその内容・実態は検討されていない。すなわち生活保護利用者の生活実態は何ら検討されていない。あくまで低所得10%との比較論に終始し、保護基準がそれとのバランスがとれているかどうかを検討したに過ぎない。布川報告でも触れられているが、子どもの貧困や貧困の連鎖を防ぐだけの生活が保障されているのか等の具体的な検討抜きの検証である。

イ 比較論に過ぎない検証である

比較の対象とされた、低所得10%との比較の根拠は示されていない。せいぜい、2003年の時の検討からそうなっており、変更する理由がなく、低所得10%層が占める所得も安定しているというものである（基準部会第9回資料。表参照）。しかし、基準部会の資料（第9回部会資料）でも、低所得10%の所得シェアは2.6%（09年）と少なく、

貧困化も徐々にではあるが進行している層である（84年のシェアは2.9%）。報告書においても「わずかな減少であっても、その影響は相対的に大きい」（p9）とされているところである。他方、上位30%層は、所得の53.6%（09年）を占め、そのシェアはじわじわと拡大している（84年のシェアは50.6%）。



資料：全国消費実態調査

また、生活保護水準以下の生活を強いられるにもかかわらず生活保護の利用に至っていない層（いわゆるフローでの漏給層）が7～8割と言われる中では、低所得10%のなかにはそれら生活保護基準未満層が多数含まれている。この層との比較が貧困スパイラルに陥ることは明らかである。報告書でも「現実的には第1・十分位の階層には生活保護基準以下の所得水準で生活している者も含まれることが想定される」（p9）とされている。

ウ 回帰分析とその結果によって市民的に説明責任を果たしたことはない。

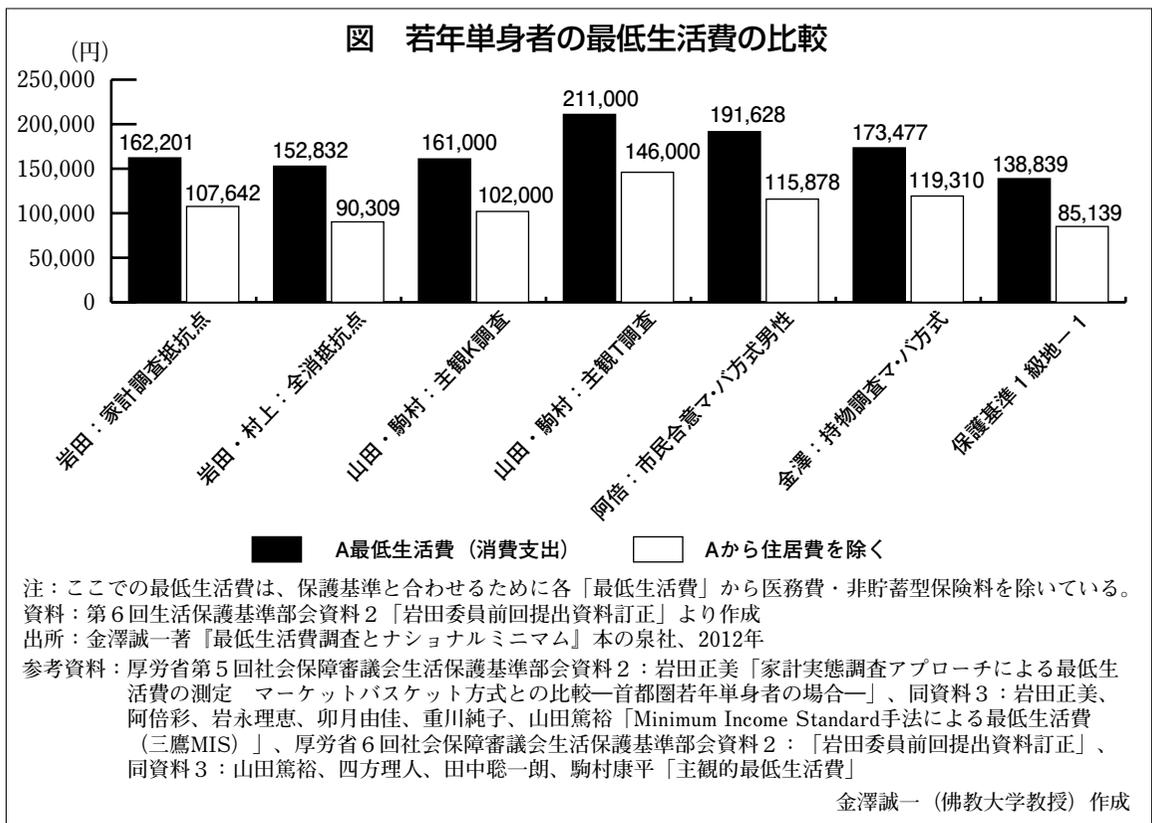
今回、回帰分析という手法によって、低所得者の消費構造との乖離が分析された。要するに、現行基準と、下位10%層との消費の凸凹を比較し、下位10%に保護基準を合わせようとするものである。しかし、その手法自体、一見して市民が理解できるようなわかりやすい手法とはいえない。また、報告でも「唯一の手法ではない」「一定の限界があることに留意」とわざわざ留保せざるを得ない手法であることを吐露している。あくまで、い

くつかの手法のうちでの一つの手法に過ぎないのである。

さらに、統計を専門とする研究者によっても、今回の結論が妥当かどうかは意見が分かれる。こうした手法によって、市民生活に重大な影響を与える生活保護基準を変更・引下げすることを説明することはできないであろう。

工 部会委員それぞれの研究によって算定された、比較論ではない保護基準案は、報告書ではまったく生かされていない。

第1・十分位との比較については、必ずしも部会委員が積極的に同意しているわけではない。詳述は避けるが、第5回、第6回の部会では、主に部会委員がかかわった計6種類の最低生活費計測結果が紹介されているが、いずれも現行の生活保護基準を上回っている（図参照）。



オ 手続き的にも、利用者の意見はまったく聞かれていない。

障害者自立支援法に代わる障害者法策定時に強調された「自分たちのことを自分たち抜きで決めるな」という、利用者本位という現代福祉における基本的な考え方が一顧だにされていない。手続き的欠陥は明らかである。

カ 具体的結論も妥当ではない

厚労省試算を用いた朝日新聞の報道（13.1.17

付）によれば、夫婦と子一人、夫婦と子二人、母子世帯においては、それぞれ、保護基準の方が、約13,000円、約26,000円、約7,000円上回っており、低所得層に合わせるならば減額対象となる。下（次頁）の表のように子どものいる世帯が減額対象となり、子どもの貧困防止に逆行することは明らかである。この点は、報告書においても「貧困の世代間連鎖を防止する観点から、子どものいる世帯への影響にも配慮する必要がある」（p9-10）とされているから安易な引き下げは許されな

い。

反対に、60歳以上の単身世帯、高齢者夫婦世帯では、保護基準の方が低く、それぞれ、▲（マイナス）約3,000円、▲2,000円となり、基準額を上げなければならない。これは高齢者のニーズを無視して廃止された老齢加算廃止の失敗の一端を物語るものといえる。

また、稼働年齢層の単身世帯の基準額の減額が容認される結果となっている。これではワーキングプアがさらに増えることにつながる。

「現在の生活保護基準と低所得世帯の消費実態を比較すると…」(「朝日」2013.1.7)

世帯類型	①現在の保護基準(全国平均)	②低所得世帯の消費実態	保護基準を低所得世帯と比べると
3人世帯(夫婦と子1人)	約15万7千円	約14万3千円	+約1万3千円
4人世帯(夫婦と子2人)	約18万6千円	約15万9千円	+約2万6千円
単身世帯(60歳以上)	約7万3千円	約7万7千円	-約3千円
2人世帯(高齢者世帯)	約10万6千円	約10万8千円	-約2千円
単身世帯(20代~50代)	約7万8千円	約7万7千円	+約1千円
母子世帯(母親と子1人)	約13万9千円	約13万1千円	+約7千円

厚生労働省試算をもとに作製。①は年間収入が下位10%に該当する人が生活保護を受けた場合の全国平均。②は年齢、居住地域などの違いを補正した額。①と②の差は端数まで計算して四捨五入している。

キ 生活保護基準見直しによる影響が把握されていない

私たちは、生活保護基準額がナショナルミニマムとして重要な機能を果たしていることはこれまで指摘してきた(本特集・拙論参照)。この点では、本報告書は未検討のままとなっており、「今後の検証の際」の参考項目にとどまっている。基準の中身もさることながら、最低賃金、就学援助、地方税非課税限度額をはじめとするその影響を考慮せずして、基準額の引下げは結論できないはずである。報告書の致命的な弱点と言わざるを得ない。

「生活保護基準は全ての最低生活保障を下支えするために、安易に水準を引き下げることができない岩盤であり、最低賃金、最低保障年金などはその上に位置するように設計されるべき」(駒村部会長編著『最低生活保障』より)なのである。

ク 基準部会報告書は「生活保護基準引下げ妥当」という結論ではない。

こうしてみると、報告書は、必ずしも単純に、また積極的に「保護基準引き下げ」を結論としているわけではなく、様々な限界と留保のついた検討結果というのが正確な評価といえよう。よって、この報告書によって、保護基準の引下げにお墨付きがついたと考えるのは早計であり、さらなる検証が求められている。

(2) 経済情勢、現政権の政策との齟齬

布川報告が指摘しているように、報告書の元になっているデータは2009年の全国消費実態調査である。その後の東日本大震災をはじめとする影響や、現下の経済情勢を考慮しなければ、基準をどうするか結論は出せないはずである。

ア 電気料金の値上げラッシュ

これから電気料金の値上げラッシュが予想される。東京電力は、すでに2012年9月1日から、平均8.46%の値上げをしている。九州電力は、規制部門の電気料金は、2013年4月からの平均8.51%の値上げを、自由化部門では、同時期からの平均14.22%の値上げを申請中である。同じく関西電力は、一般家庭向けで平均11.88%、企業向け19.23%の値上げを申請中である。その他、北海道、東北、四国の3社も、早ければ1月中旬に値上げを申請する方向である。

イ 「アベノミクス」との関連

自民党安倍政権は、いわゆるアベノミクスによってデフレを克服するとし、物価を2%上昇させるといっている。

他方、デフレと言っても、パソコンや家電製品の下落はあっても、食費、水光熱費、(医療費)等の基本的生活費は下がっていない。むしろ、この10年を見ると上昇傾向にある(『賃金と社会保

障』No1573 池田和彦論文)。生活保護利用世帯にとって、これら基本的生活費の動向が実質的な生活水準を左右するといつてよいだろう。

生活保護世帯の基本的な生活費が下がっていないなかで、物価上昇を政権が目指すという状況下で、保護基準を下げることになるのだろうか。ちなみに、5年前の2007年の保護基準検証時には、保護基準引下げを容認する報告がいったん出されたが、折からの原油価格の高騰を理由に保護基準は引き下げられずに維持された。

【追記】2013年度生活保護予算に見る「強大な弱者いじめ」

本稿脱稿後、2013年1月29日、安倍政権による2013年度予算が発表された。本稿の予想をはるかに上回る、生活保護予算の削減であった。紙数の関係で、必要最小限の解説を行う。13年度予算案は、保護基準額の引き下げによって、セーフティーネット（安全網）の底が割れ、とりわけ貧困状態にある子どもや、生活保護を利用できずにぎりぎり生活している低所得層、そしてわたしたちの市民生活が大きな影響を受けることは必至である。それはまた、社会保障の全面的解体への一里塚でもある。

1 生活保護予算の内容～基準だけに目を奪われてはいけない

生活扶助費（生活保護費の8つの扶助のうち日常生活費の需要を満たすための扶助。医療扶助と並んで生活保護の扶助の中では中心的な扶助）の削減は、これまで最大で0.9%減（2003年度）であったものが、7.4%・670億円という1950年現行制度発足後最大の引下げとなったことが注目を浴びた。確かに、ナショナルミニマム（憲法25条によって市民の誰にでも保障されるべき健康で文化的な生活水準）として機能している生活保護基準に注目が行くのは当然である。しかし、図表1に示したように、保護基準の減額は、2015年度で670億円（期末一時扶助の減額を含めれば740億円）であるのに対して、就労支援・不正受給対策など生活保護の運用等の改革によって、2013年度単年度でさらに450億円も削減する予算案となってい

ることを見逃してはならない。今回の生活保護費削減は、基準と制度改革の両面にわたる包括的な削減であることにまずは留意すべきである。

図表1 2013年度～2015年度の生活保護費の削減計画

	2013年度	2014年度	2015年度	備考
基準額	▲150億	?	▲670億	検証分 90億 デフレ分580億
期末一時扶助	▲70億	▲70億	▲70億	
就労支援・不正受給防止等	▲450億	▲450億	▲450億	
合計	▲670億	?	▲1190億	地方負担込では、▲1586億

(注) いずれも、2012年度予算額との比較。2013年度の基準額減額は参議院選挙が終わる8月からの実施のため金額は少なくなっている。筆者作成

2 基準引下げの特徴

第1に、生活扶助費を3年間（2013年8月→2015年度）で、過去最大の740億円（7.3%）引き下げる。ただし、保護利用世帯にとってみれば、7.3%の減額は2015年4月から始まるので、実質1年8か月で現在の基準に比して7.3%減額になることに注意すべきである。

第2に、ほとんどの保護利用世帯（96%）で減額となる。それらの世帯には、保護の廃止に追い込まれる世帯が少なからず含まれる。

第3に、子育て世代の下げ幅が最大10%に上る。図表2（10頁）にあるように、都市部の夫婦と子ども1人世帯では1万6,000円、同じく夫婦と子ども2人世帯では2万円、同じく母と子1人世帯では8,000円の減額となる。8,000円といえば1週間分の食費にも相当するであろう。減額幅が大きい世帯類型はこうした子どものいる世帯となっているのが特徴だ。

3 制度・運用改悪

かたや、特別部会報告書による単年度450億円にも及ぶ生活保護費の圧縮も半端ではない。前述のように報告書後半の生活保護制度の見直しは、ワークファーストモデル（まずは就労ありき）の典型である。

さらに問題なのは、これらの事業によって450

図表2

生活扶助基準額の見直しの具体例

	【現在】				【平成25年8月】				【平成27年度以降】				(単位:万円)	
	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	合計①	(医療扶助)	生活扶助	合計②	生活扶助	合計③	②-①	③-①			
夫婦と子1人 (30代・20代4歳)	17.2	4.6	-	21.8	(7.6)	16.7	21.3	15.6	20.2	△0.5	△1.6			
	13.6	1.6	-	15.2	(7.6)	13.3	14.9	12.8	14.4	△0.3	△0.8			
夫婦と子2人 (40代夫婦と 小・中学生)	22.2	4.7	1.3	28.2	(12.4)	21.6	27.6	20.2	26.2	△0.7	△2.0			
	17.7	1.9	1.3	20.9	(12.4)	17.2	20.4	16.2	19.4	△0.5	△1.5			
70代以上 単身	7.7	3.6	-	11.3	(9.6)	7.6	11.2	7.4	10.9	△0.1	△0.3			
	6.0	1.1	-	7.1	(9.6)	6.0	7.1	6.0	7.1	△0.0	△0.1			
60代単身	8.1	3.6	-	11.7	(8.3)	8.0	11.6	7.9	11.5	△0.1	△0.2			
	6.3	1.1	-	7.4	(8.3)	6.3	7.4	6.4	7.5	+0.0	+0.1			
70代以上 夫婦	11.4	4.2	-	15.6	(19.2)	11.2	15.4	10.9	15.1	△0.2	△0.6			
	9.0	1.3	-	10.3	(19.2)	8.8	10.1	8.8	10.1	△0.1	△0.2			
60代夫婦	12.2	4.2	-	16.4	(16.5)	12.0	16.2	11.7	15.9	△0.2	△0.5			
	9.5	1.3	-	10.8	(16.5)	9.5	10.8	9.5	10.8	+0.0	+0.0			
41~59歳 単身	8.3	3.6	-	11.9	(6.4)	8.2	11.8	7.9	11.5	△0.1	△0.4			
	6.4	1.1	-	7.5	(6.4)	6.4	7.5	6.4	7.5	△0.0	△0.0			
20~40歳 単身	8.5	3.6	-	12.1	(3.5)	8.3	11.9	7.8	11.4	△0.2	△0.7			
	6.6	1.1	-	7.7	(3.5)	6.5	7.6	6.3	7.4	△0.1	△0.3			
母と子1人 (30代・4歳)	15.0	4.2	-	19.1	(5.1)	14.7	18.9	14.1	18.3	△0.3	△0.8			
	12.0	1.3	-	13.3	(5.1)	11.9	13.2	11.7	13.0	△0.1	△0.3			

生活扶助は世帯員がいれば必ず支給される冬季加算、母子加算、児童養育加算を含む。住宅扶助と医療扶助は平成22年度平均に基づき計上した。これらの世帯類型で生活保護受給世帯全体の約8割を占める(例示にある個別の年齢構成だけでなくには留意)。端数処理により合計・差額が一致しないことがある。

億円の圧縮が明記されたことである。生活保護費は、時の経済情勢や社会情勢によって大きな影響を受ける。したがって、予算として計上されたとしても、それで足りなくなれば、予備費を使っても市民の最低生活を保障しなければならない性格のものである。よって、最初から数値目標になじむものではなく、いわんや事業による明確な減額の設定は、管見の限りでは初めてのことである。ただ、自治体レベルでは前例がある。かの有名は「北九州方式」による生活保護抑制政策である¹。北九州市では、異常な生活保護行政の転換を公約して現市長が当選した2007年2月まで、保護費の年間総額は300億円を超えてはならないとする財政当局からの暗黙の上限設定があり、それにしたがって、各福祉事務所ごとの保護世帯の増減目標

が定められた。これによって、05年～07年の間、保護の申請を受け付けられなかった世帯や、強引に保護廃止された世帯から餓死者が毎年発生した。この「北九州方式」は、世論の批判を浴び、前述のように市長交代後、2007年北九州市自らが設置した民間有識者による検証委員会で、「北九州方式は不適切であった」とまとめられ²、それ以降生活保護行政の改善が進められている。保護費に上限や圧縮目標を掲げれば、生活保護行政にどのような歪みや悲劇が生ずるかは、このような苦い経験によって明らかである。こうした運用改悪が国レベルで盛り込まれたことには十分な警戒が必要である。

(よしなが あつし、花園大学教授)

1 「特集・餓死事件と北九州市生活保護行政」『賃金と社会保障』No1437（2007年3月上旬号）参照
2 平成19年12月「北九州市生活保護行政検証委員会最終報告書」（北九州市 HP 参照）

生活支援戦略(新たな生活支援体系)を読み解く

岡部 卓

はじめに

「失われた10年」から「失われた20年」へ、そして「失われた30年」が始まろうとしている。この間、わが国の経済は失速し、雇用環境も変容し悪化の一途をたどっている。それに伴い、国民・住民生活の経済的基盤は脆弱化し、貧困と格差の拡大・深化をもたらしている。

これらの事態に対し、貧困・低所得者領域において、次のような政策が打ち出されている。「ホームレスの自立の支援等に関する特例措置法」(2002)、「生活保護制度の在り方に関する検討委員会」(社会保障審議会福祉部会、2003~2004)、「要保護者向けの長期生活支援資金制度」(2006)、そして2008年に起きたリーマンショックを契機とする「年越し派遣村」とそれに連なる「住居を失った離職者を支援する新たなセーフティネット」(第2のセーフティネット)(2009)がそうである、さらにナショナルミニマムやサービス供給体制の見直しを検討する「ナショナルミニマム研究会」(厚生労働省、2009)、「生活保護受給者の社会的居場所づくりと新しい公共に関する研究会」(厚生労働省、2010)等の開催やパーソナルサポーター制度の創設(内閣府、2010)、さらには東日本大震災に伴う災害支援(2011)、そして生活保護基準の検討を行う「生活保護基準部会」(社会保障審議会、2011)や生活保護法改正をも視野に入れた貧困・低所得者対策の抜本的な見直しを図る「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」(社会保障審議会、2012)等が開催されている。

さてこれまで家族(家族・親族)と企業(正規雇用・年功序列・企業別組合)が貧困・低所得者を支える仕組みとして機能し、国家責任のもとで行われる社会保障制度はその前提をもとに制度設計されていた。しかし、今日では家族も企業も国

家もその役割を果たせなくなりつつあり、家族、企業、社会保険制度等の防貧制度それぞれのネットからもれた結果、最後のセーフティネットとしての生活保護制度の適用が増大している。

そこで、小稿では、国家戦略会議から2012年7月に出された生活支援戦略(中間報告)ならびに社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」から2013年1月に出された「生活困窮者の生活支援に関する特別部会報告書(案)」を中心に述べていく。具体的には、①「生活支援戦略」(中間報告)の内容、②「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書(案)」の内容、③どのように①②を読み解くか、についてである。

1 「生活支援戦略」中間報告

生活支援戦略は「社会保障・税一体改革大綱」において「生活支援戦略」の策定(2012年2月閣議決定)がされ、生活困窮者対策の充実強化と生活保護制度の見直しの対象期間：7カ年(2013年~2019年)としている。

2012年7月国家戦略会議は「生活支援戦略」中間まとめとして、次の3つの基本目標を挙げている。1)生活困窮者の経済的困窮と社会的孤立から脱却、親から子への「貧困の連鎖」の防止、2)国民一人ひとりの「参加と自立」を基本としつつ社会的に包摂される社会の実現、各人の多様な能力開発とその向上、活力ある社会経済の構築、3)生活保護制度が必要な人へ支援するというという基本的な考え方を維持しつつ、給付の適正化の推進により、国民の信頼に応えた制度の確立を目指す、である。

そしてここでは、次の3つの基本的視点として、1)本人の主体性と多様性を重視、2)「早期対応」による「早期脱却」と「貧困の連鎖」の防止、

3) 国民の信頼に応えた生活保護制度の構築、である。また、2012年4月には、社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」が設置され、そこでは、上記の二つの事項、生活困窮者支援対策、生活保護制度の「見直し」を検討することになった。

「生活困窮者支援体系の確立」においては、以下の7つの事項を挙げている。具体的には①経済的困窮者・社会的孤立者の早期発見、②初期段階からの「包括的」かつ「伴走型」の支援態勢の構築、③民間との協働による就労／生活支援の展開、④「多様な就労機会」と「家計再建+居住の確保」等の新たなセーフティネットの導入の検討、⑤ハローワークと一体となった就労支援の強化、⑥「貧困の連鎖」の防止のための取り組み、⑦「地域の力」を重視した基盤・人材づくりと政策の総合的展開である。

「生活保護制度の見直し」においては、①生活保護給付の適正化として、電子レセプトを活用した重点的な点検指導、セカンドオピニオン（検診命令）の活用、後発医薬品の使用促進等による医療扶助の適正化、資産調査の強化（金融機関の「本店乙一括照会方式」の導入）、「不正告発」の目安の提示等の制度運用上の適正化を、また②就労・自立支援の強化として、保護開始直後から期間を定めて「早期の集中的な」就労・自立支援を行うための方策を国が策定、就労・自立支援プログラム等の拡充や体制整備等の実施、③生活保護基準の検証・見直し、④指導等の強化として、調査・指導権限の強化、医療機関の指定等の見直し、罰則の強化（不正受給）を、⑤「脱却インセンティブ」の強化として、就労／社会的自立の観点からの「生活保護基準体系」の見直し、就労収入積立制度（仮称）の導入、家計・生活指導の強化、生活保護脱却後のフォローアップ強化、⑥ハローワークと一体となった就労支援の抜本強化等として、就労支援体制の整備、中間的就労をはじめとする「多様な就労機会」の確保、⑦高齢者や障害者などに対する社会的な自立の促進として、ボランティアや地域活動への積極的参加の支援、NPO、社会福祉法人の積極的活用を謳っている。

2 社会保障審議会「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会報告書（案）」について

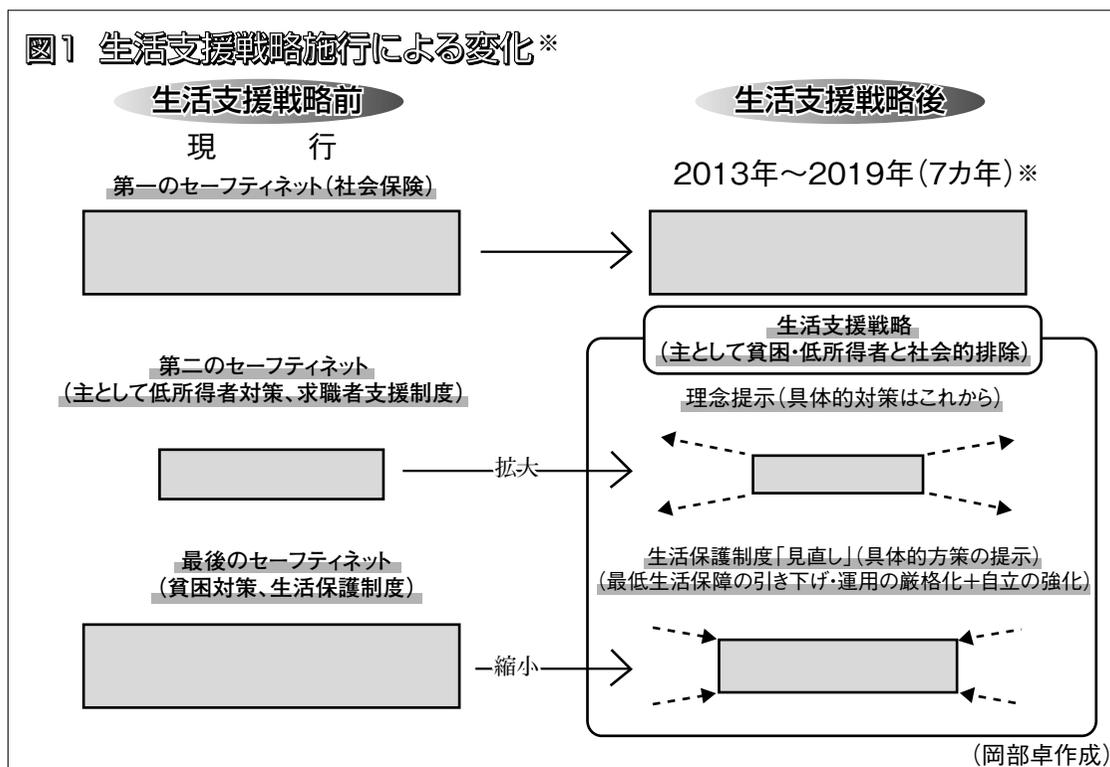
中間報告をベースに議論し、まとめられた最終報告書案（2013年1月）では、政権交代の影響から生活支援戦略ならびに7か年の中期プランという文語を使用せず、提出されている。しかしながら、報告書「はじめに」の箇所、見直しの方向性に記されているように、「社会保障制度改革推進法附則第2条において、生活困窮者及び生活保護制度の見直しに総合的に取組むことが示されている」とし、本報告書は「生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しについて、制度的な対応が必要な事項をとりまとめたもの」と位置づけており、中間報告で記述されていた事項を組み替え、加除修正を加えた内容となっており、その基調は基本的に大きな変更は見られない。本報告書は、総論として現状認識と基本的視点が、各論として新しい生活体系の二つの柱、貧困対策である生活保護制度の改革と低所得者対策である生活困窮者支援制度について書かれている。

「新たな生活困窮者支援制度の構築」においては、「生活保護に至る前の段階で早期に支援を行うとともに、必要に応じて生活保護受給者にも活用できるようにすることにより、困窮状態からの早期脱却を図る」とし、7つの分野を挙げ展開している。①相談支援—複合的な課題を抱える生活困窮者への適切な支援をするための新たな相談支援体制の構築・人材育成等、②就労支援—就労準備のための支援、ワンストップ窓口の設置等、③就労機会の提供—ケア付き就労など中間的就労など多様な就労機会の提供、④居住確保支援—家賃補助・住宅情報・住宅の提供等、⑤家計相談支援—貸付・家計管理等、⑥健康支援—健康管理等、⑦子ども・若者の支援—地域若者サポートステーションの体制強化・学習支援・進学支援等、を挙げている。

「生活保護制度の見直し」においては、「新たな生活困窮者支援体系の構築にあわせ、これと一体的に生活保護制度の見直しを行い、両制度が相俟って、それぞれの生活困窮者の状態や段階に応

じた自立を促進する」とし、主として次の事項を挙げている。①切れ目のない就労・自立支援とインセンティブの強化—就労のインセンティブを高めるため、積極的に就労に取り組んでいる者に対し一定の手当支給、就労の目的が立たない者に対し職種／就労場所の拡大や低額であっても就労の促進、勤労控除制度の見直し、就労収入積立制度の創設、②健康・生活面等に着眼した支援—専門職員の配置、家計管理支援、家賃滞納者等への代理納付の推進等、③医療扶助の適正化—指定医療

機関の指定（取消）要件を法律上明確化・有効期間の導入、指定医療機関に対する指導の強化、後発医薬品の使用促進、④不正・不適正受給対策の強化等—福祉事務所の調査権限の強化、官公署の回答義務の創設、不正受給に関する返還金の罰則引き上げ・加算、能力不活用の者に対する審査の厳格化、扶養調査の厳格化、⑤地方自治体が適切な支援が行えるようにするための体制整備、負担軽減、生活保護受給者への適切な支援、を挙げている。



*自民党政権下で「生活支援戦略」「7カ年の中期プラン」という文言を使用せず

3 「生活支援戦略」(「新たな生活支援体系」)をどのように読み解くか

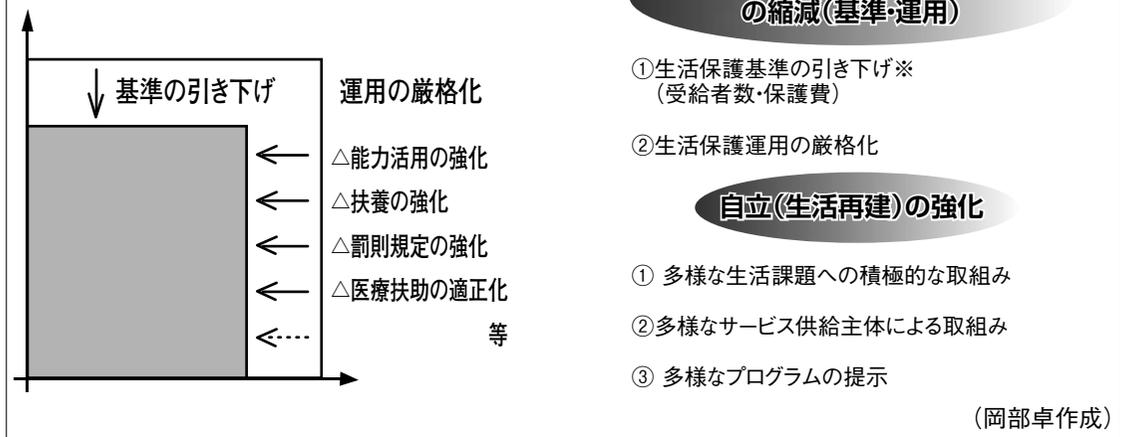
「生活支援戦略」(「新たな生活支援体系」)のねらいは、生活困窮者対策—低所得者対策の拡充と生活保護制度の縮減にある。それは、これまで一般対策としての社会保険制度、貧困対策としての生活保護制度が十分とはいえないが機能していたが、低所得者対策が不在・不十分であったと考える。その間隙を埋める方向で考えられている点

では、一定の意義があると評価をすることができらるであろう。

しかしながら、生活支援戦略(「新しい生活支援体系」)では、次の課題をもつと考えられる。

生活困窮者支援対策においては、理念・方策が先行し具体的方策は今後に持ち越されていることである。すなわち、理念をどのような方策・体制で行うのか。具体的には、どのような制度的内容・方法(目的・対象・資格要件・制度の仕組み)で、どこが(組織体制)、誰が(人的体制)、どのような業務内容(業務体制)をどのようなで権限

図2 生活保護制度の「見直し」



※生活保護基準の引き下げは生活保護基準部会で出されており、生活支援戦略では記述されていない

(法的根拠)で、どのような財源(財政体制)で、どのようなモノ・サービス(資源)を行うのか。既存の相談機関/サービス供給組織等とどのように整合性をもつか、が必ずしも明示的でないため、どこまで実効性をもつ対策か読み取ることが現時点ではできない。このことは、生活困窮者とは誰を指すのか、という規定にも現れており、融通無碍に政策・事業が行われることにもつながりかねない。

それに反して「生活保護制度の見直し」はきわめて具体的で実効性のある具体的方策が提示されている。それは、生活保護制度の二重の意味での抑制政策となっている。それは、一つには保護基準の引き下げである(最終報告案には盛り込まれていない)。二つには、生活保護制度の運用の厳格化である。具体的には、医療扶助の抑制、資産調査の強化、不正受給の強調、罰則規定の強化、就労・自立支援の強制、扶養の強化、生活・健康の管理強化である。それは、生活保護制度の後退を意味しており、自助の強要を目指しており、労働環境を含めて社会環境の整備に十分踏み込んでいない。

この報告書案で、生活困窮者貧困者の増大を食い止めることできるかは、以下の理由から困難である。一つは、既存制度と既存運営実施体制に踏み込んでいないことがあげられる。それは、年金/医療制度に踏み込んでいない、労働/雇用政策に踏み込んでいない、既存の社会保障制度の総合

調整に踏み込んでいない、既存の社会保障・社会福祉運営実施体制に踏み込んでいないことが挙げられる。またもう一つには、生活困窮者支援対策と生活保護制度の見直しの齟齬が挙げられる。具体的には、生活困窮者支援対策は次年度より7カ年で設定されている(これは中期プランとして取りやめたがその行程は示されていない)が、生活保護制度の見直しは次年度より開始される。このことは、低所得者対策＝生活困窮者支援制度の整備が整わない段階で、生活保護の入り口が狭められ給付されたとしても運用の厳格化(給付の抑制・生活管理・就労・自立支援の強制)が行われれば生活保護受給者の抑制、生活保護制度の対象から排除された貧困層が拡大されることを意味する。また、新たな政権では、自助・共助の強化が主張されている。このことから、理念的には、低所得者対策のセーフティネットとしての網を広く張り、生活保護に至らない段階で食い止めようとする意図は見えるが、その具体的方策においては、まだ緒についた段階であり、生活保護制度「改革」が先行するなかでさらなる貧困層の増大を招くことにつながりかねない。

報告書案は、貧困・低所得者に対応する地域福祉戦略的要素が強く、所得保障としての貧困・低所得者対策としての位置づけとしては弱いと言わざるを得ない。

(おかべ たく、首都大学東京教授)

あるべき生活保護基準とその重要性～社会保障 審議会生活保護基準部会の検討枠組みについて

布川 日佐史

はじめに

岡部報告では、生活支援戦略は、絵はきれいに描けているが、ただその具体化を促進する方策がないということが指摘されている。では、何が具体的を促進する方策になるかという、私は、生活保護制度そのものが広がってきたことだと考える。

例えば、生活保護受給率が5%を超えている北海道の釧路市、そこでは生活保護が地域を支える、受給者が地域支援の担い手になるという新たな取り組みが始まっている。ここが生活支援戦略の1つのモデルになっている。また、保護率が一番高いのが大阪市だ。橋下市長がいろんなことをしているが、実際には生活保護をもとにした支援が広がっている。大阪府下でもパーソナルサポートの展開がある。生活を支える、雇用の場をつくっていくのがその課題だが、生活保護を受給する人が増えてきて、その人たちへの援助の広がり原動力になっている。福祉事務所、ハローワーク、自治体全体の連携した取り組みが始まっている。生活保護の利用者が増えることが、生活支援戦略具体化の原動力なのだ。

2003年、04年に生活保護のあり方専門委員会で生活保護の改善方向を検討して、生活保護を利用しやすくしよう、また、自立を支えられる制度にしようという提起をした。利用しやすくして受給者が増加することが、生活支援システムづくりの原動力だと積極的に位置づけなければならない。

残念ながら2012年の5月以降の不正受給キャンペーンによって、生活保護に対するイメージが大きく逆転させられてしまった。生活保護を利用しやすくしようという方向でもう一歩前に進むので

はなく、受給者が増えすぎてしまった、お金がかかりすぎる、不正受給者がいる、ずるい人がいるという認識が社会的に定着してしまった。生活保護を利用しにくく、制限的になってしまうのではなく、利用しやすくする方向で議論を組み立て直すのが課題だ。

それには、まず基本になるのが、基準の額が高すぎるのではないかという批判に対し、そうではないとどれだけしっかり言っているのかである。それが生活保護のあり方を改善していくことにつながる。しっかり議論をして、基準額についての社会的な合意をつくること、生活保護基準を引き下げてはならないという合意をつくることが第一歩になる。

生活保護基準の検証—健康で文化的な生活水準を維持することができるか—

基準部会の検討枠組みについて、結論としては、この検討の方法はおかしいと考える。ではどうすべきか、私自身は具体的な提案はできないが、本稿の最後に、今考えている限りのことを述べることにする。

生活保護の基準を考えるときに当然前提にしないといけないのが、生活保護法でどういう規定になっているかだ。生活保護法第3条「最低生活」は、「この法律により保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない」と規定している。その具体的な基準については、第8条「基準及び程度原則」で、保護は、厚生労働大臣の定める基準、それによって測定したニーズを基にすると

している。そのニーズが満たされない範囲での不足を補うというのが、生活保護だとしている。その基準そのものについては、同2項で、「要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであつて、且つ、これをこえないものでなければならない」となっている。

生活保護の基準が妥当かどうかをどう検証すべきかという、生活保護法の中には8種類の扶助があるので、生活扶助、医療扶助、住宅扶助、こうしたものを含め、すべてトータルに見ながら、最低生活が保障できているかを検証しないといけないはずだ。生活保護基準の検証とは、8条2項にあるように、8種類の扶助それぞれに応じた必要な事情を考慮して、必要な事情というのはその世帯の年齢だったり性別だったり居住地域だったり、その扶助に特有な問題だが、そういうものを踏まえて、最低限度の生活の需要を明らかにし、その需要が実際に満たされているのかどうか、それを超えていないのかどうかを検証するということだ。

今回の生活保護基準部会の検証の問題点

では、今回、基準部会でどういう検証をしているかという、まず、所得階層の第1十分位の消費水準を参照するとしている。所得階層の第1十分位というのは、所得を少ない順からずっと並べていって、10に分けたうちの第1十分位といういちばん低いところになる。下位10%の世帯が属するところだ。

消費実態を見る際、これまでは消費全体を見るのではなくて、生活扶助相当支出額というのを見てきた。例えば、家賃は住宅扶助から出るので生活扶助の検証にはそれは必要ではないということで家賃分を除いたり、生活保護世帯は自動車を持っていないことが前提になるので、自動車にかかる費用を除いたり、NHK受信料は生活保護世帯は免除されているからそれは除いたり、第1十分位の低所得世帯の消費額の中からそういうものを除いて、生活扶助でまかなうべき金額を出して

いくというのが、これまで行われてきた作業だった。そうして出てきた下位10%の低所得世帯の生活扶助相当支出額と、その世帯に適用される生活扶助基準の額を比較して、それがぴったりになっているのかどうかというのを検討するというのが、これまでの生活扶助基準の検証の方法だった。

ここでまず留意しないといけないのは、第1十分位の中の親子3人の世帯であり、親子3人世帯全体の中の低い順に10%とは違うということだ。全体の世帯の中で下から10%の中に属している親子3人世帯だ。ここに留意しておく必要がある。

第1十分位世帯の消費の水準を見るということより詳しく言うと、10に分ける境目を見るということではない。第1十分位を見るというのは、下から10%か11%かという、第2十分位との境目ぎりぎりのところを見るということではない。下から10%全体を見るわけであるから、具体的な額はその中の平均額に近くなる。下から10%の消費の実態を見るということは、10%か11%かの境目ではなくて、10%の中の平均ということになるから、下から5%か6%あたりに位置する世帯の消費の実態を見るということになる。この点も留意しておく必要がある。

そういう検証を、2003年、04年の生活保護のあり方専門委員会のときにした。それから2007年のときにもそういう検証をおこなった。2004年のときは、1996年から2000年の家計調査のデータを基にして、第1十分位の消費金額を出すと、月13万7,708円だった。

それが2007年の検証では、全国消費実態調査という違う統計を基にした。この調査は5年に一度の調査だ。それを基にして出てきた数字が月14万8,781円だった。こうした金額は、当時の生活扶助の基準額とほぼ同額か、もしくは生活扶助基準額のほうが少し高いという結論だった。消費の内訳は、2007年のときは、3人世帯で月の食費が4万4,000円、教養娯楽費が3,600円、月謝が1,200円という構成になっていた。

今回は2009年秋に実施された全国消費実態調査を基にしている。どんな数字になるかという、国民の所得も消費も減り続けたので、月14万8,781円よりは当然低い金額になるはずだ。計算する前から明らかだ。それによって生活扶助が高すぎる

という結論が出るに違いない。

今回の部会では、こうした検証とは別に力を入れて作業しているのが、回帰分析による推計だ。3人世帯のモデルの世帯の金額を比べると、生活扶助は高すぎるということになるから、今回は第1十分位の消費額を回帰分析して、年齢ごと、世帯の人員別ごと、地域ごとの指数を推計し、消費額を計算するという方法をとっている。生活保護費は、年齢別では高校生の年代がいちばん高い金額だが、そういう配分の仕方、比率の決め方、それから1人世帯と2人世帯、3人世帯となったときにどれだけそれに比率をかけているのか、それから地域ごとの違いをどれだけつけるのか、この3つのところの具体的な指数、パラメータを推計するというのが、今回の検証作業の中心になっている。

消費水準全体が下がっている中で、生活扶助基準を、年齢、世帯人数、地域ごとにどれだけ下げたり、上げたりするか、どう調整するか、これまでは展開と言ってきたが、それを正確に行おうという、そういう作業に重点を置いている。

そこで、次回の部会では、推計結果の数字が出てくることになる。今回の検証は、2009年のデータを基にして、第1十分位の消費額はこの金額で生活保護費よりも低いという結論と、具体的に見ていくと、たとえばこの年齢ではこっちが高いとか、ここを下げるとか、もしかしてこっちを上げるとかというような指数を変えようという、そういうことが報告されて、それをもとに厚労省として来年度の生活保護基準額を決めることになると考えられる。

こうした手法でいいのかと、これまでの説明から疑問を持っていただいたと思う。第1に、生活扶助基準は、下から10%の低所得世帯の消費額、より詳しく見ると下から5%目、6%目あたりの世帯の消費額に合わせるとしているが、そもそもその根拠がどこにもない。なぜ、第1十分位に合わせるのかというのが、実はきちんと説明されていない。2004年のときにそうしたからとか2007年のときにそうしたからという説明はあるけれども、そもそもその根拠の説明が不十分だ。第1十分位世帯は、生活保護法のいう要保護者の需要を満たすのに必要十分なニーズを満たしているという根拠

がない。

第2に問題にしないといけないのは、日本の現状からすると、特に貧困が拡大している、格差が拡大している、所得と消費がずっと低下しているという中で、この第1十分位を参照して、そこに合わせて最低生活費を決めていくということが、どんな問題を持っているのか、どんな意味があるのかということところが十分議論されていないことである。この点はあとで検討したい。

強調しないといけないのは、この第1十分位の世帯の子どもが、貧困から抜け出せるかということだ。親が食費を我慢しているとか、着るものを買わないでというのはあり得るかもしれないが、この間ずっと議論してきたはずの子どもの貧困の連鎖をなくすということからして、その世帯の消費、暮らしぶりは大丈夫なのだろうか。子どもの貧困の連鎖をつなげていってしまう状況になっているのではないだろうか。子どもに十分な機会を提供できているかどうかの検証がされていない。

今回の検証では、第1十分位世帯は一定の耐久消費財を持っているから大丈夫という程度の粗い検証しかされていない。子どもの貧困連鎖を考えると、それだけでいいのかと大きな声で言わなければならない。きちんとした検証が必要だろう。部会の残った時間でそういう検証をしっかりとやるか、とても気になっている。

それに加えて、年齢別とか世帯の人数別に具体的に決めていく比率・指数を、今回は、回帰分析をもとに算出するとしている。何らかの適切な計算モデルが作れるのかもしれないが、推計から出た指数を生活実態から説明をする論拠がない。

たとえば、今の年齢別のところは、必要なカロリーに応じて段階づけている。それでいいのかは議論があるが、差をつける理由は明確だ。カロリーでいいのか、それとも子どもが貧困から脱却できるための金額としては、他の指標を入れたほうが良いのではないかとかという議論が可能だ。こういう議論をすることが重要だ。回帰分析だと、推計の結果、こういう指数・パラメータが出たというだけで終わってしまって、それも本当に正しい推計の仕方なのかと言いだすとまたいろいろあるのかもしれないが、推計結果から、指数を説明する論理は出て来ない。こういう数字が出たとい

うだけで、推計の数字が統計上有意かどうかだけの議論になってしまう。これは、最低生活基準を決める論理がなくなるということだ。

それと第3に、これはもっと具体的でかつ重要な話だが、今回は、2009年の秋の全国消費実態調査を基にして検証しているのだが、それは2009年当時の生活扶助費の金額の検証だということだ。2009年の秋というのは、その前の年と比べてみると、失業者が100万人くらい急に増えていたときだ。派遣切りが2008年の秋から始まって、2009年のこのころまではずっと続いていたという、そういう時期だ。

そういう中で、下位の10%の世帯というのは具体的にどういう世帯だろうかとちゃんと見てみると、例えば急に失業してしまったり、大変な状況に陥ってしまったという、そんな世帯かもしれない。そうした2009年秋の消費実態調査を基にして出てくる2009年の生活扶助基準の検証だ。その検証の仕方に問題があるのは先ほど述べたとおりだが、ここで言いたいのは、2009年時点の消費の実態はそうかもしれないとしても、2009年のいろんな特殊性があったときの金額を2013年にそのまま当てはめることはできないので、どうやって2013年に引き延ばしてくるかということだ。その議論が全く行なわれていない。2009年の消費実態の結果をどうやって2013年に適用するのというのは、そのあとの物価変動で調整するのか、所得の伸びで調整するのか、低所得世帯の消費の伸びで調整するのか、しっかり議論して変動をさせるといことにしないといけない。推計したパラメータそのものも変動しているかもしれない。2013年に合わせるとなると、実は変化をふまえた検討が必要で、2011年に東日本大震災があって、生活スタイルや消費内容も変わっている。それから、子ども手当が導入されたり、児童手当に戻ったり、年少扶養控除がなくなったりというので、低所得世帯の可処分所得も変わっている。所得が増えた分もあるし減った分もある。子ども手当の導入で2009年と比べると、8,000円増えて、児童手当に戻って3,000円減った、子ども手当、児童手当となってということで、増えたり減ったりしている。こうした変化を見ず、2009年の消費額の推計結果を単純に2013年の生活保護基準に適用するという

ことになれば、それは大きな問題だ。2013年と2009年では、低所得世帯の可処分所得額も変わっているし、消費実態も変わっている。そうしたものも踏まえなくて、2009年の消費実態額で2013年の生活扶助基準額を決めるのは、筋がまったく通らない。

なお、結局、生活保護で何がどこまで保障できているのかという検証としては、今回も生活扶助基準だけの検証だ。生活をトータルに見て、どういことになっているのかということにはなっていないし、生活保護を実際に受けている人の生活の実態も見していない。低所得世帯の消費データから生活扶助部分を推計する作業だけということだ。これがもう1つ大きなところの問題かと思う。

現代日本の貧困の深刻さ・特異性

強調したいのは、日本の貧困と格差の拡大の深刻さ、難しさ、大きさだ。その深刻さを、ここでは日本とドイツの比較で確認をしてみたい。

日本とドイツの相対的所得貧困基準を見たグラフ（次頁）を見てほしい。▲の折れ線が、相対的所得貧困基準の金額だ。貧困線といわれているもので、日本の場合は、等価可処分所得の中位置の50%だ。国民全体を、赤ちゃんから高齢者まで、1人当たり、収入がいくら、所得がいくらと計算して出してみたときに、ちょうど真ん中の人の収入が出てくるが、真ん中の人の収入額の半分を貧困基準としている。真ん中の人の所得の5割に満たない人を所得貧困とし、そうした人がどれだけいるかを計算したのが貧困率だ。

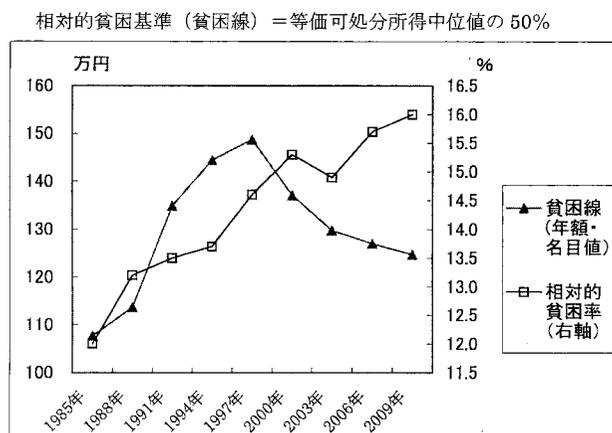
それで見ると、1997年では、貧困基準・貧困線は150万円ぐらいだった。それが今だと、貧困線が125万円のあたりまでずっと下がってきている。

ドイツを見てもらうと、ドイツの貧困のラインは、日本と違い50%ではなく60%で計算しているので、国民の中で一定程度高いラインになるが、そのラインそのものの金額は、月額730ユーロぐらいだったのが、今は830ユーロぐらいまで上がっている。貧困ラインの金額が上がるというのが、普通の国なのだと思う。国民全体の所得が増えていく、消費も増えていく中で、貧困のラインそのものも高くなっていく。水準均衡方式を導入した

日本とドイツの相対的所得貧困基準

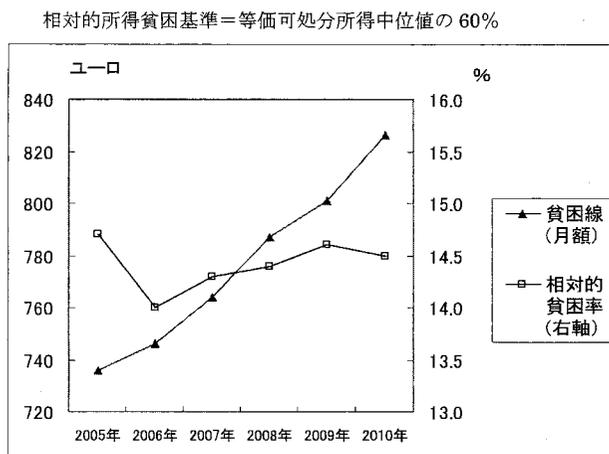
1 現代日本の貧困の深刻さ・特異性

(1) 日本－相対的所得貧困基準（貧困線）が低下するもとで、貧困率が増大している一



出所：厚生労働省「平成 22 年国民生活基礎調査の概況」（2011 年 7 月 12 日）

(2) ドイツ－相対的所得貧困基準（貧困線）が上昇し、貧困率は安定



出所：Lebenslagen in Deutschland, Entwurf des 4. Armuts- und Reichtums-berichts der Bundesregierung (Stand 17.09.2012)

(小括) 日本の所得低下と、貧困・格差拡大の深刻さ、大変さ
水準均衡方式を導入した 1980 年代は、ドイツのように所得・消費が上昇し、相対的貧困基準も上昇していた時代であった。現代日本は、貧困が底なしに、深刻化している。貧困対策（救貧・防貧の両対策）、格差是正対策について、真摯な検討が必要である。

1980年代までの日本の様子というのもこうだったのだろう。

しかし、日本は97年以降、所得が全体的に下がってきたし、格差が広がってきた。同時に、貧困の基準もずっと下がってきたということになる。

だから、たとえば、等価可処分所得が130万円の人は、数年前はこの基準からすれば貧困な状態だった。しかし今は、130万円の人は、計算上での話だが、もう貧困ではないということになる。その人の収入が増えたわけではないが、ラインが下がったために貧困ではないということになってしまう。

問題は、日本の場合はこの相対的貧困基準、所得で見たときの貧困基準はどんどん下がりながら、その下にたくさんの方がいるようになってきていることだ。貧困の率が高まっているというのは、ボーダーラインは下がっているにもかかわらず、その下にたくさんの方がいるようになってきている。16%の人がこの下でいてきているラインよりも下にいる。貧困基準は下がっているのに、その下にどんどん人が増えてきている。所得が減ると同時に、分配の構造も大きくゆがんできている。国民全体の暮らしが厳しくなっているだけではなくて、貧困のラインの下にたくさんの方が暮らすようになって、そこに多くの人たちが集中してきているということになるので、とても大きな問題だ。

それと比べるとドイツの場合は、貧困のラインそのものは上がっている。上がっている

わけだから、例えば2006年には月740ユーロの人が貧困だが、貧困のラインが月820ユーロに上がれば、その下にいる人は増えていくというのが普通のイメージだ。でもドイツの場合には、貧困率そのものは、とりあえず上がらないで安定して

いるし、少し下がっている。これが先進国の一般的事例だ。

ドイツと比べると、日本の場合、社会全体の中で所得の低下と貧困格差の拡大というのが、とても深刻だ。ここをしっかりとらえていくこと、どういう問題がここから起きてきてしまうかを見ることが、大きな論点だ。

90年代の後半までの日本と、それ以降の日本は違う。所得の大幅な低下、それと同時に貧困の拡大というのが現実だ。この間、物価が下がっているのだから生活保護費を下げてでもいいのではないかという議論がある。けれども、そういう問題ではなく、まずは大きな所得の低下があり、格差の拡大があるということだ。

以上、日本の状況について、ドイツとの違いで強調させてもらった。

ドイツにおける基準需要決定と年々の改定指標

次に、ドイツの議論の紹介を簡単にさせてもらおうと思う。ドイツでも、やはり最低生活基準をめぐるいろいろな議論があった。その金額について、これは人間らしい社会的な生活を送れる基準ではない、しかも子どもの貧困がそこで放置されている、子どものニーズが満たされていないという訴訟が起きた。それに対し、2010年に基準の決め方・基準額は憲法に違反しているという判決をドイツ連邦憲法裁判所が出している。その論点なり考え方が日本に参考になる。

ドイツの場合は、どういう計算をしていたかというと、下位20%の人の消費に合わせて、単身者の基準額を決めるという手法をとってきた。

まず、単身者の大人の金額が決められ、それが決まれば年齢別にそれに8掛け、6掛けをして子どもの基準額を決めていた。判決は、こうした決め方の根拠が説明できていないので憲法違反だとしている。なお、子どもの基準額では、子どものニーズに対応しきれないとも述べている。

下位20%の世帯の消費額を参照するのはいいとしている。しかし、下位20%の人たちの消費の実態の中から、どうやって今の金額を出してくるのが説明できていないと断じた。例えば、食料の

中のこれは、下位20%の人の消費額の60%にしようとか、この部分は80%にしようとか、そんな細かな計算をしているのだが、80%や60%にするという説明ができていないというのがとても大きな問題だった。

また、大人の金額を決めて、その6掛け、8掛けで子どもの金額を決めるというのは単純でいいのだが、その根拠を説明できていないというのが憲法裁判所の判決だった。「子どもは小さな大人ではない」ということだ。子どもには子どものニーズがあるのだ。逆に笑い話で、大人の場合はタバコが消費額の中に入っているわけで、子どもはその6割を吸うのかということだ。連邦憲法裁判所は、子どもに必要なニーズを満たすことができないとして憲法違反との判決を下した。

いずれにしても、2010年に憲法裁判所が違憲判決を出し、今年中に見直しなさいと求めた。そのポイントは、まずは、基となるデータを実証的に調べているか、それが検証に耐えるデータなのかということを中心に説明しなさい、それからそのデータを基にどのような計算をしたか、どうしてそういう金額に導いてくる計算をしたのか、それを根拠づけて説明できるようにしなさいということだ。それと、それがなぜ最低生活費の根拠になるのかというのを説明しなさいと、この3つを言っている。

今の日本の生活保護の金額の決め方からすると、ドイツの裁判所であれば、きちんと説明ができてない、違憲だと判断するはずだ。

今回の日本の検証が、ドイツなみの審判に耐えられるのかは疑問だ。ドイツで議論になっている点は、当然日本でも論点になっていくはずである。

ドイツではこうした判決を受け、国として、急いで新しく決め方を直すということにして、金額を決める法律を作った。法律の中にこういう形で金額を計算していくという規定を細かく定め、金額もこの金額にしますというのを法律で決めることになった。基準額を国会で審議して決めることになった。行政の裁量のままというのではなく、議会で決めることにしたのが、ドイツの特徴だ。

こうなると政治的な流れによってどっちに転ぶかわからない。生活保護費を下げろという政党が多数になれば、当然下げる方向での法律が通る危

険性もあるわけだ。しかし、ドイツの人に言わせれば、みんなで議論して、しっかり合意していくということこそが大切であり、たとえ引き下げの危険性があったとしてもちゃんと議論すべきだということだ。このようにドイツでは基準額を法律で決めることになっている。

現在の法律で決められている基準額の決め方は、日本と同じように、5年に一度の大きな調査を基にするというのと、単身者の場合は、下位15%の消費額そのものを単身者の金額にし、子どもの場合は、下位20%の子どものいる世帯の子どもの消費額を出して、それを子どもの基準額にしている。

もう1つ重要なのは、ドイツだと、2008年の調査で2008年の基準額の検証をするわけだが、そのあと2009年、10年、11年、12年、13年というふうに、金額をどう変動させるかという点についてもきちんと規定があり、最低生活に必要な商品やサービスの価格の変動率と、賃金の変動率、これを両方混ぜた比率を決め、それにもとづいて金額を変えていくとしている。このように年々の改定の方法も法律で定めた形で、透明にして金額を変動させるということにしている。

ドイツは日本と違って所得も上がり消費もまだ増えているので、生計扶助、日本の生活扶助に相当するものだが、その金額そのものは上がっている。子どもの年齢別の分けかたが2005年にこの制度ができたときと今は違うので少し面倒だが、2005年にできたときの金額と、2013年、来年から適用する金額をここに表示した(表1)。社会的な条件、経済的な条件が日本と違う中で、所得と消費も下がっていない国で、低所得世帯の消費を参照すれば、最低生活基準の金額はだいぶ上がってくるということになる。

表1 生計扶助基準額(月額、ユーロ)の推移

	単身成人、ひとり親	2人で家計を営む成人パートナー	同居する成人	14歳以上18歳未満	6歳以上14歳未満	6歳未満
2011年	364	328	291	287	251	215
2012年	374	337	299	287	251	219
2013年	382	345	306	289	255	224

cf. 2005年 345 311(90%) 276(80%) 207(60%)

ドイツでは最低生活費を受給している人が、国全体の10%に近い人たちだ。それぐらい多くの人を受給している。日本だと受給率は1.7%ぐらいだが、ドイツでは10%近くの人たちが受給している。人数は膨大だが、給付金額をきちんと上げながら、最低生活を保障してきた。これがドイツだ。

それと比べて、日本はどうだろうか。日本の下位10%に合わせるというところも違うし、そもそもの合わせ方も違う。基準額を引き上げてきたドイツと、特に子どもの貧困対策をしっかり考えようというのが原動力になってきたドイツと、日本の現状は違いすぎる。

厚生労働省が基準を定める観点と、基準部会における検証作業の齟齬

その日本だが、今回のこういう検証の仕方に根拠があるのか、そもそも生活保護基準の検証とはどのようにすべきなのか、どう見ても厚労省の説明そのものに齟齬がある。生活扶助基準の改定は、一般国民の消費水準との均衡を図ることを原則にしているというのが、従来言われてきた説明だ。福祉の教科書にはこう書いてある。年々の金額の改定は、政府経済見通しの民間最終消費支出の伸びに合わせてとされている。これが従来言われてきた生活保護の改定基準の決定の仕方だ。

では、生活扶助基準をどう検証するのかとなると、国民一般の、国民の平均的消費水準ではなく、低所得、特に下位10%の金額に合わせてという検証の仕方をするということになっている。厚労省の説明にはどう見ても齟齬がある。

今回の検証を始めるに当たっても、水準均衡方式というのは、いったい何と何の、どのような均衡のことなのか、それを明確に説明する必要がある。水準均衡方式というのはこういうものだという説明と、その金額についてはこういう形で検証するということに、齟齬がある。これは部会として、しっかり説明してもらわないといけぬ。

低所得世帯の消費実態を見るということが、どうして生活扶助における必要な事情を考慮した最低限度の生活の需要の検証になるのか、この根拠はあいまいだ。部会として説明する必要が残って

いる。ここがあいまいなままだと、検証作業そのものに意味がないということになるはずだ。

もう一つ重要なのは、2009年の金額の検証ができたとしても、それがそのまま2013年の金額にはならないはずだ。

年々の改定を何を指標として行なうのかは、これまでブラックボックスというか、厚生労働大臣の判断という一言であいまいにされてきた。2009年の基準額の検証を進めてきたわけだが、それをその後の基準額にどう当てはめるかが、そもそも大きな疑問点、論点、問題点だ。

現在、必要なのは、水準均衡方式そのものの妥当性の検証

以上のようなことからすると、今本当に議論しないといけないのは、パラメータの具体的な比率を回帰分析するというのではなく、日本の現状に即して、水準均衡方式というやり方でいいのかどうか、改定方式そのものの妥当性の検証が必要である。

繰り返すが、水準均衡方式というのは、国民一般世帯が、そして低所得世帯も、所得が伸びて生活水準がよくなっていくことを前提としている。一般世帯の伸びに合わせて、そこから離れないように生活保護世帯の水準も引き上げるといふ、そういう状況の中で意味を持つ方式だ。けれども、国民の所得が大幅に減る、消費も減るといふ中で、格差が拡大し貧困が拡大してきている中で、低所得世帯の一番低いところに合わせるというのがどれだけ無理なことかを、ちゃんと認識しないといけない。

前回の基準部会で出てきた数字を基にしていると、年収が、第1十分位のところでは、1人当たり1万円ぐらい減っている。3人世帯では2万円弱減っている。これだけ所得が減っているということがわかっている。当然、消費も減っているもので、それに合わせて生活保護費も下げることになってしまう。

日本の状況を見ると、所得と消費が減っている。それを前提にして生活保護の基準を決めるならば、一般世帯を基準にしようが、低所得世帯を基準にしようが、いずれにしても最低生活の基準は下げ

るということになる。それでいいのかということだ。生活保護は本来、所得再分配の機能を果たすべきだ。それが逆に、機能しなくなっているし、機能させなくするということになる。

結局、格差の拡大と貧困の拡大を、生活保護制度が容認してしまう、追認してしまうということにもなる。国としても、私たちとしても、日本の貧困をなくす、減らすということにならない。最低生活のラインを下げるということは、貧困の拡大を容認してしまうことだ。そうではなくて、生活保護基準を保持しながら、所得の再分配で対応しないとイケない。最低生活基準を下げるというのは、一般市民、社会全体にとっても広範な影響が出る。まずは、最低基準を下げるということが持つ意味を、低所得の人たちにとって、最低生活ラインで暮らす人達にとって、どんな影響を及ぼしてしまうのか、そこをしっかりと議論し、ちゃんと認識しなければならない。その上で、最低生活費を下げてしまうことが国民全体にとっても大きな影響があるという、議論を二段構えでしていく必要があるのではないか。

比較対象とされている第1十分位の低所得世帯とはどのような世帯なのだろうか。実は、第1十分位の低所得世帯とは、2004年や2007年の検証のときに、その世帯は生活保護より低い生活水準だということを明らかにしている。生活保護ぎりぎりの生活をしているか、それ以下の世帯だと2004年、2007年の時点でもうすでに認めているわけだ。

さらに、2010年に厚労省自身が、生活保護を受けていない世帯の中で、生活保護基準に満たない生活をしている世帯がどれだけあるかを公にしている。それを見ると、2つの調査で数字が違うけれども、生活保護を受けていない世帯の中で597万世帯もしくは311万世帯が、すなわち全世帯の10%以上もしくは6%以上の世帯が、生活保護よりも低い水準の暮らしをしていると認めている。

生活保護を受けるには、所有できる資産に制限がある。貯金がないとか、ローンつき住宅を持っていないという生活保護を受けられる可能性がある世帯は、5%となっている。生活保護基準未満世帯の中で、そうした漏給世帯が、一方のデータでは4割近く、もう一つのデータでは10%以上となっている。

第1十分位の世帯はもともと生活保護よりも低い消費水準なわけだが、国の数字で見ても、下位5%ぐらいのところの人たちが、そもそも生活保護が受けられる可能性があるのに受けていない世帯かもしれないということになる。第1十分位世帯とは、生活保護よりも生活水準が苦しいし、実は生活保護が受けられるのに受けていない世帯かもしれないというのが、今までのところでも明らかにになっている。

しかも、この調査が行なわれた2009年は先ほど指摘したようにとても大変な年だったので、失業した人たちがそこに流れ込んできている可能性もある。急に生活が大きく変わったという世帯がこの時期は多くあるかもしれない。第1十分位世帯の所得はそれ以降もますます低下している。

そうしたことから、まずは比較対象としている第1十分位の世帯は生活保護以下の水準の暮らしをしているということ、あらためて確認をすることがまずは必要だろう。その世帯の中には、その後の経過の中で生活保護を受けた世帯もあるだろうし、生活保護が受けられるのにまだ利用していないという世帯もより多くなっているはずだ。

生活保護が受けられるのに受けていない世帯を比較対象から除かないことには、金額の検証が間違ってしまう。丁寧に除外しないとイケない。生活保護を受けている世帯だけでなく、生活保護以下で暮らしているけれども生活保護が本当は利用できる世帯もちゃんと除くという作業は、今回されていない。実は、それがとても大きな意味があって、この検証そのものの有効性に疑問を出さざるを得ないという結論が、ここからでてくる。

それに加えて大事なのが、第1十分位の世帯とはいったいどういう暮らしをしているのかが、まだしっかり検証されていないということだ。特に子どものいる第1十分位の世帯の実際の暮らしぶりがわからない。その世帯の子どもが、本当に不利を抱えないで貧困から脱却できるような状況なのか、それとも貧困のままではいかにざるを得ないような暮らしなのか、その検証はどうしても必要だろう。回帰分析では、子どもの生活ぶりはわからない。

以上、検証作業の問題点を指摘してきた。最後

に、全体のまとめを、簡単にのべよう。

おわりに

まず、今の世論の一般的状況が、生活保護基準の引き下げに追い風となっている。ここをどう切り返していくかだ。最低賃金や年金が低いことから、そっちを引き上げないといけない、2008年、09年にはそういう声が高まった。残念ながら今のところ生活保護基準が高いのだという声のほうが大きくなっているようだ。

それから、物価が下がっているので、保護費を下げても大丈夫だという安易な議論がある。

さらに、これがいちばん難しいが、保護を受けている人の中には不正に受給している人がいるとか、怠けている人がいるという、そういう思いを持つ人が多くなってしまった。生活が苦しいというのはわかるが、やっぱりその中にはずるい人がいるんじゃないの、という思いを持つ人が残念ながらものすごく多くなってしまった。丁寧にこういう疑念に答えていきながら、生活保護受給者の生活実態と思いを伝えていく、それと同時に、格差を拡大させないような国全体の今後の方向性も示していかないとイケない。

関連して指摘しておきたいのは、現代の日本の所得低下、貧困拡大という現状が問題なのであって、生活扶助基準は決して高くないということだ。例えばドイツと比べて、日本の社会全体が、ドイツと違って、所得の低下、消費の低下、それと格差の拡大、貧困の拡大という状況になっている。その中で最低生活保障の基準を、低所得世帯の消費額よりも高いから引き下げようということになると、それは社会全体の底が抜けてしまうということになる。社会全体の消費構造や生活構造が変化している、劣化しているという中で、最低生活基準はやっぱり支えていかなければならない。ナショナルミニマムの水準を支えるのかどうか、しっかりしなければいけない。

その際に、今回の基準部会の検証の作業というのは、実は結構粗いところがあって、生活扶助が高いとする根拠、第1十分位というところと比較する根拠がないし、その第1十分位の世帯できちんと最低生活のニーズが保障されているのかの検

証もない。以上、生活扶助が高いとする根拠がないということをいくつかの側面から指摘した。

その上で、課題は、現在の水準を維持しつつ、所得分配と再分配の構造を変えるという論点をどうしっかり提起していくかということになる。

いずれにしても、いちばんポイントになるのか、所得階層の第1十分位・下位10%の子どものいる世帯というのが、最低生活を満たさない、子どもの貧困から脱却できないということだ。そうした世帯は、生活保護をやっぱりちゃんと利用するのが当然だというふうに議論を切り返していくことだ。

また、もし引き下げるという事態が進むことになるのならば、引き下げの影響をあらかじめ検証しておくことが必要だ。これなしに引き下げることはいできない。

なお、生活保護費の新たな体系とか展開とか改定のやり方についての検討が残っている。これは技術的なことになるが、従来は3人世帯のモデルで生活保護費を決めて、それで具体的に年齢別とか世帯員別ということに展開してきたわけだが、前々回の10回の基準部会の議論を見ると、保護課長補佐が、これからはそういう形でもなくなっていくんだ、パラメータをしっかりと確定するとそうじゃないんだと言っている。この辺が具体的にはどんな数字が出て、どう議論が展開していくのかわからないが、今後は、推計から出たパラメータの数字をもとに、金額を決めていくという手法が定着するとなると、生活実態に根ざした論理的な説明抜きに、推計でこんな数字が出たからこの比率でやるんだということになる。それは最低生活費を決める仕組みとしてはあまりいいことではない。

引き下げという方向が出てくる中で、それに反してどういう議論をしていったらよいのだろうか。最低賃金、年金を引き上げていくという議論を作り上げていくことが課題だろう。それから今回の生活保護基準の検証の議論を、隠れた貧困が多いということや、生活保護受給者を増やすという方向で切り返すことが重要だ。基準が高いわけでもないし、まだまだ受給者を増やさないといけないし、しっかり主張していかないといけない。それをどういう論理で、誰に向かって言っていくのか、

しっかり考えなければならない。私が先ほど指摘したようなことではまだまだ弱いように思う。是非ご意見をいただければと思う。

なお、最低生活をしていくというのは、金銭とか現物の給付だけでなく、その人が社会に参加していくことを保障しようとなれば、また、日常生活を、その地域の中で暮らしていこうということになれば、援助サービスも必要になってくる。

最低生活を保障するサービス給付、日常生活、社会生活が送れるような支援サービス給付も、最低生活保障の一環なのだということをもっと明確にしなければならない。そのサービスを生活保護の中に体系化していく、制度化していく、権利として保障していくことが、実は最初に指摘したが、生活支援戦略そのものを展開していく上で土台であり、原動力であると思う。

今回の検証の方法とは異なる本来の方法は、どうあるべきだろうか。理論生計費に基づくような決め方だったり、市民の、国民の声を聞きながら決めていくという方法だったり、いろいろ方法の検討が進んでいる。とりあえず、すぐにとということであれば、たとえばドイツだったら下位20%という対象の設定をしている。下位10%だとこれはどう見ても最低生活以下となり、子どもは貧困から抜け出せない。もう少し高いところ、せめて下位20%を検証の対象に置くということなど、もっと具体的に議論されていいのではないかと。

自立を支援するのが生活保護の目的だ。そこからすると、自立支援はサービス給付の問題だけではなく、自立の基盤としての資産や能力の形成が課題となる。2003年、2004年の生活保護のあり方専門委員会の議論では、自立のためには預貯金や一定の資産が必要なので、資産形成を支援することが必要だという議論もした。

この点では、国民全体の中で、資産格差が広がっているもとの、自立に最低限必要な生活基盤としての資産をどこまで広く認めていくのかということの検討も必要だ。これら全体を含めて、最低生活の保障となるのではないだろうか。

(ふかわ ひさし、静岡大学教授)

生活保護基準額の引下げによって影響・被害を受ける制度概要

吉永 純

1 生活保護基準額の意義

(1) 生活保護制度の役割

第1に、最後のセーフティネットであること、第2に、市民の誰にでも保障される生活水準を示したナショナルミニマム（国民的最低限）であることの2つの役割がある。生活保護制度は、これらの機能を発揮することによって、市民の生存権を保障している。とりわけ、生活保護基準は、国が公認したナショナルミニマムとして、様々な施策の「基準」「物差し」となっており、市民生活を支えている。

(2) 生活扶助基準の見直し

5年に1回毎に見直しを行うとされているが、

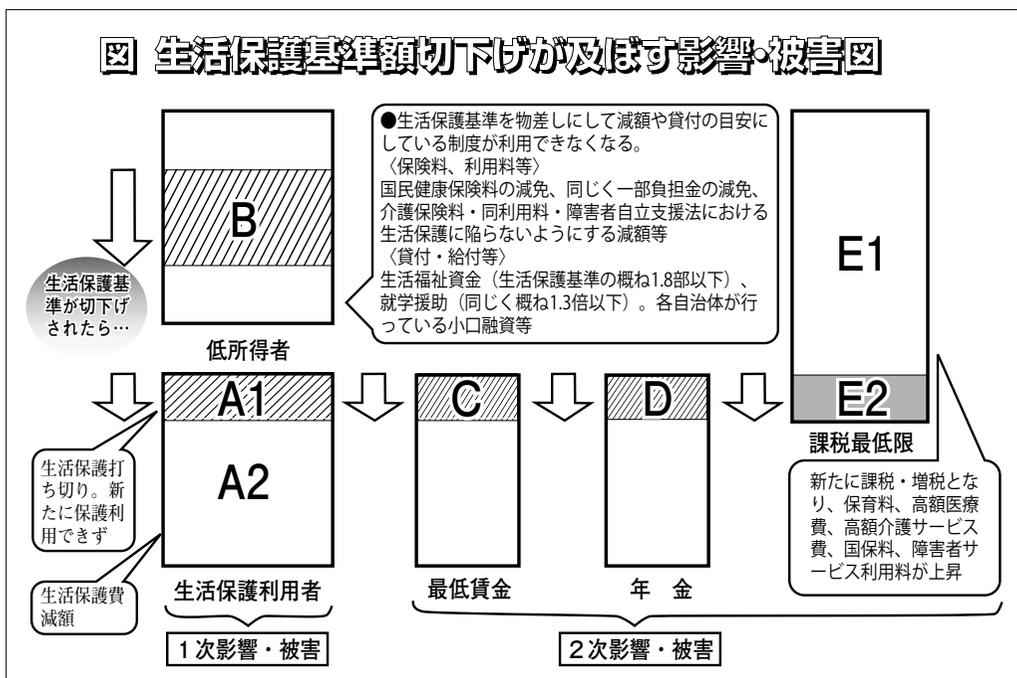
前回2007年の検討では、結果的に原油価格等の急騰を理由に据え置かれた。

(3) 2009年の民主党への政権交代後の動き

2010年6月ナショナルミニマム研究会中間報告においては、保護基準について「社会保障制度等の共通の基準」とその重要性が再確認された。

2 生活保護基準がナショナルミニマムであることの具体的な意味

※生活保護基準額が図でA1の額だけ引き下げられたと仮定する



(1) 1次影響・被害(直接的な影響)

ア 生活保護利用者(A)

- 現在の利用者の生活費が、A1額が減額され、その分保護費が減少し生活が苦しくなる。
- A1のゾーンの収入であった利用者は保護が廃止され、新たに国保等の医療保険に加入し保険料の支払い、無料であった福祉サービス(保育料、介護保険料・同一部負担金等)、地方税、NHK受信料等の支払いなどが発生する。
- 同じく、A1のゾーンの収入であった市民は、保護基準額の減額までは生活保護を利用できたが、減額後は利用できなくなる。

イ 低所得者対策(B)

日本の低所得者対策や利用料は、生活保護基準額を目安にして、その倍数で利用条件を設定しているものが多い。そうした施策は、生活保護基準額の減額によって、それまで利用できていた層のうち利用できなくなる層が、自動的に発生する。

①保険料、利用料等

○国民健康保険料の減免、同じく一部負担金の減免

(例)京都市；収入が生活保護基準の120%以下の場合には免除、同130%以下の場合には一部負担金の多寡により2割、4割、6割を減額する

- 介護保険料・同利用料は、生活保護に至らないように料金のランクを下げる減額制度がある(境界層該当制度)。障害者自立支援法においても同様の制度がある。これらの制度は生活保護基準額の減額によって、それまで利用できていた人が利用できなくなる。

②貸付・給付等

- 就学援助(教育の機会均等を保障するため、義務教育にかかる費用〔学用品代、虫歯治療費、給食費、修学旅行費等〕を支給)。本制度も制度対象者を、概ね生活保護基準額の1.0倍~1.3倍以下に設定している自治体が多い。現在、就学援助利用児童数は過去最高の156万7,831人(11年度)。16年連続で増加。全児童生徒に占める割合も過去最多の16%に上る。

大阪では28%の児童が利用(10年度)。

- 生活福祉資金(低所得者向けの貸付制度)は、対象者を、低所得者(生活保護基準の概ね1.7倍~1.8倍以下)、障害者・高齢者は同じく2倍以下としているところが多い。総合福祉資金、福祉資金、教育支援資金の全国の利用件数は、30,952世帯(11年度)。教育支援資金(無利子)が45%を占めている。

(2) 2次影響・被害(間接的な影響)

ア 最低賃金(C)

2007年の最低賃金法の改正において、最低賃金額を引き上げることによって、最低賃金が最低生活費より下回るという「逆転現象」を解決することが改正法の趣旨であることが、政府答弁でも繰り返し確認された。その後、最低賃金額は徐々に引き上げられていったが(下(次頁)表参照)、国の問題のある計算方法でも、現時点でもまだ、6都道府県で逆転現象が解消されていない。もし、逆転現象を理由に生活保護基準額を引き下げることになれば、形だけ逆転現象は「解消」するかもしれないが、低い最賃額(2012年全国加重平均額749円。最高は東京の850円~最低は岩手、沖縄等の653円)は「上げる理由」がなくなり、そのまま据え置かれる(一番高い東京の時給850円で2,000時間働いても年収170万円)、年収200万円未満のワーキングプア層・民間労働者で1,069万人(11年)に重大な影響を与えることは確実である。また「早期に全国最低800円、2020年までに平均1,000円にする」政労使合意(2010年6月)がますます遠のくことは必至であろう。

〈最低賃金の変遷〉

	04年度	05年度	06年度	07年度	08年度	09年度	10年度	11年度
最低賃金	665	668	673	687	703	713	730	737
前年比	+1	+3	+5	+14	+16	+10	+17	+8
2008前後比	+23				+51			

(注) 2012年度 749円 (+12円)

イ 年金 (D)

40年間、保険料(2012年度の国民年金保険料は月額14,980円)を払っても、もらえる年金額が6万6,000円にならないことから、最賃と同じく、最低生活費との「逆転現象」を指摘し、保険料を払わずに生活保護を選択する人が増えるという言説があるが、満額の年金額でも生活保護基準額に満たず生存権が保障されていないことが問題なのである。基礎年金のみか旧国民年金受給者数は1090万人に上り、それらの人々の平均年金額4万9,555円であり、これだけで生活することは到底困難であって、大幅に生活扶助基準額を下回る(平成23年度年金概況)。せめて、最低生活費を上回る最低保障年金の創設が急務である。

ウ 課税最低限 (E)

地方税の均等割非課税(世帯非課税)は、地方税法295条3項、同施行令47条の3、同施行規則9条の2の3によれば、生活扶助基準額を参酌して決定するとされており、現時点では、夫、妻、2人の子どもからなる4人世帯の課税最低限額は、255万7,000円となっている(2006~2011年度)。現在、住民税世帯非課税対象者は、約3100万人と推計されている(厚労省資料)。

もし、生活保護基準額が下がれば、課税最低限額も下がり、課税される人が増えるにとどまらず、地方税額を福祉サービスの料金の基準に転用している〔税制転用方式〕日本の広範な医療、福祉の一部負担金に影響を及ぼすことは必至である。

〈課税・非課税の違いによる利用料の増額〉

	非課税	課税
医療費の自己負担限度額〔70歳未満〕	上限額35,400円	基本的に上限額80,100円以上
介護保険サービスの自己負担限度額	上限額24,600円	上限額37,200円
保育料〔国基準〕※	9,000円(3歳未満児)	19,500円…税額によって保育料は上昇
障害児・者の居宅・通所サービス料	負担なし	所得に応じ上限9,300円以下、37,200円以下
障害児の入所サービス料	負担なし	所得に応じ上限9,300円以下、37,200円以下
障害者の入所サービス料	負担なし	上限37,200円
難病患者の医療費	負担なし	課税額により、2,250円〔外来〕から23,100円〔入院〕までの負担

※保育料は、自治体により利用者負担を軽減しているところが多い

(よしなが あつし、花園大学教授)

社会保障制度の構築こそ、ディーセントワークへの道

都留 民子

はじめに

昨年、共著『「大量失業社会」の労働と家族生活』（大月書店）を上梓した。2008年に実施した、福岡県の旧産炭地の住民へのインタビューに基づく研究であり、副題を「筑豊・大牟田150人のオーラルヒストリー」とした¹⁾。語られた自分史（オーラルヒストリー）を分析し、人々が、どのような労働や家族生活を経験して、どのように考え、学び、なにに依拠して、人生を歩んできたのかを見た。特定地域の住民の状況ではあるが、わが国の長年にわたる新自由主義的政策の下での国民生活の貧困の実態であり、それを土台にして、貧困を根絶にむかわせる社会制度の方向性についても考えた。

この研究に着手したのは、わが国で主流となっている貧困論に大きな危惧を感じたからである。そこで描写されているのは、福祉現場あるいはボランティアの支援から得たエピソードであり、ホームレスの貧困とか母子世帯の貧困とか、さらには派遣労働者の貧困…とカテゴリー別に貧困を並列させ、貧困はさまざまであると言う。そして、生い立ち・学業・結婚などの失敗などネガティブな現象を羅列し、ことさら病理的な行為や人間関係の欠如を強調して、今日の貧困とは社会的排除であるとも言う。極めつけは、不就労・失業も上記の個人のネガティブな属性から説明され、今の日本において労働することが社会的統合・社会的包摂の証のように言う。そして、周知のように社会福祉・社会保障の中心は就労支援となった（日本流ワークフェアである）。

こうした貧困論や貧困対策に対して、私たちは、近代的貧困を労働者・勤労者の貧困とした科学的な貧困研究を引き継ぎたいと考えた。個人の境遇

や生活習慣・性向（怠惰など）を貧困の要因とした個人的貧困論を否定して、不安定就労という社会的要因の貧困（社会的貧困）を発見した19世紀末のイギリスのチャールズ・ブース、そして日本の高度成長期に不安定就業階層を貧困層と見た江口英一の貧困研究である。なお、本のタイトルは、おこがましくもブースの『ロンドン民衆の生活と労働 Life and Labour of the People in London』から借用している。そして、インタビューの機軸も「労働」と「家族生活」とした。人生はそれぞれ異なっているが、個別的な差異だけでなく、今日の労働者・勤労者としての社会的な共通の性格（普遍性）を有していると考えた。

またオーラルヒストリーを収集したのは、何よりも人々の主観的・主体的な世界がわかるからである。目の前の事態・出来事に対処し行動を支配する力、そして将来の展望へとつなぐ主体的な力が、社会とのかかわりでどのように形成されていくのか。この主体的な力をアイデンティティとして、その性格と形成プロセスを見るのである。この質的調査および分析方法は、フランスの労働社会学者ディディエ・ドマジエールによる失業者のアイデンティティ研究を参照にしている。

1. 調査の地域

大牟田・田川地域は、日本で有数の炭坑地帯であったが、炭坑の閉山後は企業誘致策も失敗に帰し、人口は減り続け高齢化も顕著である（人口は田川市郡14万人、大牟田市13万人で高齢化率はともに3割）。バブル景気の恩恵も一切なく完全失業率は一貫して高く、2000年代半ばには大牟田では9%、田川では13%強にまで高まっていた。産業は、製造・建設業も衰退し、第三次産業の中小

1 研究は準備段階から結果分析まで、高林秀明（熊本学園大学）・堀木晶子（特定社会保険労務士・元県立広島大学大学院生）・増淵千保美（尚絅短期大学）・唐鎌直義（立命館大学教授）との5人の共同研究である。

零細事業が中心であり、なかでも医療・福祉事業所は急増し、田川では労働者の4人に1人（女性では3人に1人）、大牟田でも5人に1人（女性では3人に1人）が従事するようになっており、失業者への求人も医療・福祉職が多い。

2. 対象の人々、調査と分析の方法

調査回答の150人は、日雇・自由労働者を組織した全日本自由労働組合（全日自労）を引き継ぐ建設交通運輸一般労働組合（建交労）の田川・大牟田の両支部を中心に、ハローワーク・保育園・障がい者施設などに協力いただき選定した。選定では、失業者（求職者）・不安定労働者を優先したが、正規労働者や引退者も前者と比較するために一定数確保した。なおホームレス状態にある人や障がい者も含んでいるが、彼ら彼女たちは住居を失った（不安定）労働者、障がいを持った労働者と性格づけた。150人の性別は、男性73人、女性77人である。

インタビューでは、質問のガイドラインはあるが、基本的には自由にこれまでの歩みを語ってもらい、合意の上で録音をとった。録音は紙ベースに逐語でおこし整理したが、その作業の時点でまず分かったのは、男性と女性の語りのロジックが異なっていることである。男性では労働が中心であり、賃金・労働条件に左右された意識が支配的であること、女性では未婚・既婚を問わず、行為（労働を含む）・意識は家族の状況・関係に規定

されていた。回答者の客観的な属性から、下表の8つの類型とした。「安定」と「不安定」の基準は、就業の安定性（正規雇用か非正規雇用・自営では雇人の有無）と世帯所得（生活保護基準以上か未満）である。

3. 「労働」および「家族」のアイデンティティ

1) 男性・労働年齢（60歳未満）の人々

「労働」のアイデンティティ

150人が示した労働のアイデンティティから、「充足」「失意」「個人的抵抗」「集団的抵抗」という4つの大きなカテゴリーを設定し、この4つの極のなかで各人のアイデンティティの性格と動きを定めた。

男性の不安定グループは回答者で最も多数を占めているが、生活保護基準に満たない世帯所得のワーキングプアである。青年も中高年者も、初職で就職した人（正規職）も含めて、最近では、たびたびの失業を挟みながら非正規職（日給職・派遣など）に沈んでいる。労働のアイデンティティは、喜びや満足などの「充足」はほとんどなく、労働に対する「個人的抵抗」が顕著なネガティブなものであった。就労時には、低賃金（時給800円程度で月10数万円）や劣悪な労働環境・人間関係に対する不満であり、危険作業から身体を守るために自前で防具を用意したり、「身がモタンから」と作業の手抜きをしたり、経営者や正規労働者との軋轢なども頻繁である。「他のクチがあれば…」と転職の機会をうかがっているが、それを果たせないときは「こころの辺の仕事はこんなもん」と諦めながら働いている。彼らが繰り返す離職は、故障や疾病からであり、また会社に憤っての辞職（青年層で顕著で、「個人的抵抗」の極限形態）、そして零細事業所の閉鎖・倒産からの解雇（とくに中高年齢者）であった。

失職すると、ハローワークやツテを頼りに求職活動にまい進するが、雇用保険などの社会的保護はほとんどない。失業には慣れており「ハローワークの職員より（自分のほうが）詳しい」と労働市場の事情通ではあるが、職探しが長引けば、自分のエンプロヤビリティの限界（年齢の高さ、そ

回答者の8つの類型

性別	労働・生活	年齢	人数
男性	安定グループ	60歳未満	11
		60歳以上	10
	不安定グループ	60歳未満	41
		60歳以上	11
女性	安定グループ	60歳未満	24
		60歳以上	8
	不安定グループ	60歳未満	30
		60歳以上	15
合計			150

して取得した職能の陳腐化など)を思い知らされ、怒りまたは失望し、アイデンティティは急速に「失意」へと向かうのである。それでも生きのびるために、ハローワークに足を運んでいる。実りのない求職活動を加減したり、中断したりできているのは、障害年金や生活保護を受給している失業者であった。

さて、「集団的抵抗」のアイデンティティとは、労働組合に組織され、理不尽・不当・違法な扱いに対する闘いを意味するが、職場を転々としているワーキングプアたちには、職場での集団性を確保することは不可能に近い。なかには正規雇用の経験があり、労働者の権利を知る労働者もあり、残業代の不払いなどで同僚と労働基準監督署へ訴えたり、地域労組に駆け込んだりもしている。しかし前者では門前払い、後者ではその案件だけの解決であり、再度同じ職場で、あるいは他の職場でも同じような不当行為に遭遇している。事業所全体への社会的コントロールがまったく欠如しているなかでの、労働者の勇気ある行動は単発の一揆に終わってしまっている。また、彼らが働く零細な事業所では閉鎖・倒産は頻繁であり、そうすると闘うべき相手もない。

事業主のワンマンかつ放漫経営に抵抗して、職場(ビルメンテナンス業)に組合を組織した労働者たちの例を挙げよう。当事者の男女5人にインタビューしたが、女性1人を除くと会社の経営が傾き戻っても「しょうがない」と、裁判闘争の和解決後に職場を離れている。希望退職した4人では、青年はツテから正規職で就職できていたが、あとは失業一求職中であった。失業中の40代後半の男性は失業給付を受けながら、地域労組の専従的な活動家となり、機関紙編集・相談活動・団交などに参加していた。彼の失業は「無為」ではない。しかし、失業給付の期限切れが迫るにつれて、生活のために仕事を見つけるべきか、しかし会社勤めをすると運動はできなくなると「岐路に立っている」と悩みは深い。社会的保護のない失業生活では、労働者の集団的なアイデンティティを保持することは極めて難しい。ちなみに、闘争後に職場に残った女性は経営側の嫌がらせを受け、最低賃金663円・月7万円から10万円で働いていた。

安定グループの正規労働者たちの現職へのアイ

デンティティは、不安定労働者と比較すると「充足」というポジティブであった。福祉や医療施設の労働者たちは、専門資格を活かして働いており、「民間(事業所)に比べれば賃金は安い、やりがいがある」と言う。民間の一般労働者では、過去に激務から疾病を抱えたり、ワンマン経営の事業所を見限ったり、解雇闘争から離職したりして、前職との比較で「やっとまともな職を得た」という感慨もある。正規労働者は全員が組織された労働者であったが、日々の労働は残業を含め長時間にわたっていた。福祉労働者では、労働条件よりも労使一体で経営を安定させることを優先しており、最近職場(運輸業)で組合を結成した民間労働者は、結成の直接的動機は経営者による残業時間のカットだと言う。「集団的抵抗」ではあるが、企業の日本的経営の是正・労働者の社会的保護を構築するという社会的集団的活動ではない。

「家族」のアイデンティティ

「家族」のアイデンティティについては、「協力」「拘束」「独立」「孤立」の4つの主要なカテゴリーを設定した。家族は同居家族だけでなく、近隣の親族も含めている。

男性労働者たちの低賃金・不安定な就業を支えているのは家族であった。

正規労働者たちでも、30代前半の青年では月収(残業代含)は20万円にはとどかず、父母の年金あるいは稼働収入との持ち寄り世帯であり、妻帯者では妻もパートなどで就労している。妻帯者そして子持ちの労働者たちは、忙しい合間をぬって、行楽・スポーツ・旅行などを心がけていると言う。

不安定労働者においても、家族の協力関係があつてこそ、度重なる失業を乗り越えられていた。青年たちが未婚で父母と同居していたことはともかく、驚いたのは40歳以上の中高年齢労働者を支えるのも妻ではなく老親だったことである。まず結婚している男性が少なく、また離婚後は独り身が続いている人、さらには妻帯者でも疾病などで妻が不就労のケースが多く、家族の協力とは主要には老親への経済的依存である。親名義の「持ち家」に住み、親の年金頼みの生活である。いつ途絶えるか分からない賃金よりも、10万円足らずの年金(母親では炭鉱労働者の遺族年金)のほうが

確実な現金収入である。親が元気な時は親への依存や家族生活を忖度していないが、親の加齢にしたがい心身が不如意になると、慣れない料理・家事も行うようになっていく。老親も「子どものように甘える」など、息子だけを頼りにしていると言う。親の介助・介護には、負担感など「拘束」を示した人もいるが、多くは、仕事や求職に支障があっても、老親の世話を最優先していた。

家族が貧困の防波堤（「溜め」）という主張もあるが、貧困は家族の過剰な相互依存関係を強いて、家族もろとも疲弊させているのである。そして、家族だけを頼みにする男性では家族を失えば、地域関係も喪失して、「孤立無援」の生活をおくっていた。その典型は、生活保護生活に至った男性たちがあったが、彼らは訥々と職業歴を語るが、労働以外の個人的生活については多くは語らなかつた。

2) 労働年齢にある女性たちの「労働」と「家族」のアイデンティティ

女性は、就労の有無そして働き方も、家族状況に規定されていた。

未婚女性では、現職あるものは、看護師などの医療職を除くと、ほぼパート・契約・派遣などの不安定労働者であったが、男性ほど正規職に就きたいというあせりはない。不就労の女性も、家庭において役割があり、親族・交友関係もある。仕事のアイデンティティが低いのは、正規職の時期に心身を壊したり「いじめ」などにあったりしたことも、その理由である。経済力がないので結婚には踏み切れないと言う女性もいたが、親への経済的依存には後ろめたい気持ちは少ない。

既婚女性をみると、夫が正規職などの安定グループの女性たちは、看護師・保育士などの専門職能を活かしパートで就労するか、子育てとの兼ね合いを考えながらではあるが「家計のために働きたい」と言う。そして正規職で働きたいが、この地域にはパートしかないと言いつつ諦めがちである。とはいえ、希望する求人が出てくるまで待つと求職には切迫感はない。なお安定グループの母親で、労働に最もネガティブなアイデンティティを有していたのは正規職の女性であった。彼女は夫の自営の経営が悪化し、「大黒柱として」働かざるをえ

ないと言い、子育てなどの悩みもすべて自分の仕事と関連させ、就労は「苦役」に近い。

世帯収入が生活保護基準に満たない不安定グループの母親は、夫が不安定雇用あるいは母子世帯の母親であった。彼女たちは生活を維持するためには仕事を選択する余裕もなく、目の前にある仕事に飛びつき働き続けていた。妊娠・子育てでは就労を中断させるが、その時期にも求人雑誌・チラシを見ることを欠かしていない。就労先は幾度となく変わっていることは男性の非正規労働者と同様であるが、男性では自らの職能と「系列」（土木建築・自動車関係・製造・飲食など）のなかで仕事を探しており、やみくもには働かない。しかし、女性たちは、看護職、相対的に継続する工場労働を除くと、飲食店・商店・遊興場・個人病院・介護施設など融通無碍に職場・職能を変えていた。深夜就労を除けば、いずれも最低賃金相当の報酬である。また、男性のように身を守る術（「個人的抵抗」）も考えることなく、ほとんどの女性が疲労困憊して疾病で倒れ離職し、そして再就労、この繰り返しなのである。貧困からの強制された就労と思えるが、夫のいる女性は、仕事への不満はあるが、それ以上に夫の仕事が定まらないこと、そして家計も子育ても忖度しない態度への不満が強い。「働くことが好き」と述べた母親は、夫婦関係が良好であったが、成人の難病をもつ子どもの医療費のために働きつづけると、母親としての責任感を口にした。

母子世帯の母親たちの多くは、生活保護受給の女性であった。全員が疾病（とくに心身双方の持病の再発・悪化）から保護を認定されていた。「経済的にはぜんぜん楽にならない」と言うが、保護生活は、それまでの苦闘・苦悩の生活と比較すると、その生活もアイデンティティも落ち着いていた。心身状況に合わせて就労は加減できており、「今が一番幸せ」「今の生活が一番普通らしくていい」などと言う女性もいた。保護受給の女性たちは全員就学前の子どもを育てており、保護生活は子どもが成長するまでであり、長くは続かないと考えていた。

他方で母子世帯では、働けるからと保護を拒否し、元夫からの養育費と児童手当を合わせて11万円で、高校生を筆頭に3人の就学児を育ててい

る母親もいた。仕事より家事のほうが好きと言うが、貧困は就労を「強制」しており、持病を抱えながらハローワークに日参していた。飲食業で深夜働く母親も中学生の子持ちであるが、子どもの素行への不安とともに、長年の疲労が蓄積して、心身の不調を訴えていた。

従来のライフサイクル論では、子どもの成長とともに家計は好転すると見ていたが、現実とは逆である。母子世帯だけでなく母親の支配的なアイデンティティは子どもにあるが、子どもが成長するにしたがい経済的、そして精神的にも厳しさが増していた。乳幼児の場合は、保育所・児童手当・医療補助などの社会制度があるが、子どもの年齢に比例するようにそれはなくなる。また、地域での交流も、仕事に追われるにしたがい希薄になっていた。さらに成人後も独立できない子どもたち（男性の項で述べた）を扶養しなければならない母親の悩みは大きい。「結婚も子育ても、自分の人生は間違っていた」「一番良かった時期は集団就職でついた工場労働…」と、家族には「拘束」かつ「孤立」というネガティブなアイデンティティしか形成していなかった。

3) 高齢者のアイデンティティ

60歳以上の高齢者については、「労働」は「労働からの引退」も含めて、そのアイデンティティを見た。高齢者は、「労働」「家族」双方で、あらゆる年齢層のなかで最もポジティブなアイデンティティを見せる人々、他方で「失意」などのネガティブなそれを示す人々と、明確な差異を見せた。

男性では、腕に自信のある職人・失業対策事業（失対事業）の就労者は「労働」に対して、そして、まずまずの厚生年金を受給する元鉄道労働者などは「引退」にはポジティブなアイデンティティを見せた。彼らは、業者組合・労働組合の（元）活動家でもあり、地域でも、若い世代には見られない老人クラブ・公民館活動などの活動にも熱心である（安定グループ）。

他方で、子どもの扶養から解放されず、そして低年金で苦しい生活のなかで日雇い仕事と不就労を繰り返す人、そして、疾病から生活保護となり「働けない」「毎日テレビを見るだけ」「楽しみはなにもない」と言う高齢世帯と単身の男性たち

がいる。彼らでは、「労働」も「引退」も不本意な余儀なくされたものであり、家族がいる男性でも「孤立」感が顕著であった（不安定グループ）。

女性においても、アイデンティティのコントラストは顕著であった。ポジティブなアイデンティティを示したのは、失対事業の就労者、そして失対を定年退職したが老後に対する個人的な防衛（再就職先の確保・資格取得後の副業収入の確保など）が成功した女性たちである。組合にも組織され、労働者の集団的アイデンティティが保持されていた（安定グループ）。また、不安定グループでも失対就労者は集団的アイデンティティをもち、単身であっても地域関係も密である。さらに、生活保護受給の女性は全員ひとり暮らしだが、低所得者団体の活動家であり、読書などの趣味もあり、保護生活に引け目は微塵もなく誇りをもって生活していた。しかし、「お金のない生活は悲しい」「食べられるが人間らしい暮らしはできない」と、生活保護では一時も油断ができない厳しさを訴えていた。

国民年金で生活を支え、さらに不就労の子どもも抱えている不安定グループの女性たちは、インタビュー中「なんでもいいので働きたい」などと言いつづけた。彼女たちには全員夫がいるが、双方とも低年金（または無年金）で、そのなかで母子世帯となった娘家族も援助しなければならないという女性もいた。家族は、大きな「拘束」である。彼女たちは長年、雑業・日雇で働き続けてきたが、加齢とともに清掃・草取りの仕事もなくなっていた。趣味・楽しみもないし、近所付き合いもあまりしないと。後期高齢者医療などに不満は言うが、「貧乏人が反対しても上が決めてしまえばそれまで…」と一言であった。

安定そして不安定グループを問わず高齢者に共通するのは、持病などの健康上の不安を抱えていることであった。癌の手術・膝の手術・心筋梗塞などの既往症、喘息・糖尿病・高血圧・腰痛・膝痛・メニエル症などの持病もちである。健康の悪化は、生活の不安を招き、ポジティブなアイデンティティも揺さぶり陰りを生じさせていた。

4. 貧困の根絶にむかわせる社会制度とは

調査で収集されたオーラルヒストリーは、人々の主観的な世界であり、したがって事実とは異なる点もあるかもしれない、また自分の正当性を示すための解釈も入っているだろう。そうではあるが、ワーキングプアたちの労働の世界は、「不満」「個人的抵抗」「失意」というネガティブなアイデンティティしかもたらしていなかった。何の保護もない「緊急避難」的就业、そして失職が繰り返される半失業状態に閉じ込められていた。高齢者においても、貧困は就労を強制しており、彼女たちは半失業の大きな一群を形成していた。

他方、正規労働者たちにおいてはポジティブなアイデンティティが見られるが、それも「前の仕事がひどすぎたから…」 「転職しても、今の給料は保障されないことが分かった」 「家族の幸せのためなら辛い仕事もできる… (しかし長距離トラック運転手として) 50歳まで体力が持つから…」 などの言説が挿入されており、労働に喜びを、ましてや自分の成長などを期待していない。また、労働にはネガティブなアイデンティティを持ちながらも、残業代が基本給を上回り生活には欠かせない所得になっており、労働組合が労働量(残業)の削減に反対するという笑えないパラドックスもある。ちなみに、労働者たちの職業生活では長時間就労は常態ともいえるが、支払われない賃金あるいはそれに見合わない過少な賃金であることに不満はあるが、労働の過剰さへの抵抗はない。不安定労働者たちの不満の一つは「長く働けない」だが、それは労働時間の短さゆえの低賃金への不満なのである。過剰な賃金依存の生活のもとでは「働きたい」が表層的なニーズになるが、その规定的ニーズを見なければならぬだろう。

さて、福祉・医療労働者では「やりがいがある」と労働にはポジティブなアイデンティティを示したが、その「やりがい」をもって低賃金・労働条件の不満を自制していたのである。「働きやすいと言ったが、将来展望と言われても…」と口ごも

った福祉労働者(作業所勤務)もいた。

そうしたなかで、私たちが注目したのは(現役、そして引退している)失対労働者たちのアイデンティティであった。筑豊地域では、「一般失対」(緊急失業対策法による失対事業)が1996年3月に終息してからも、激変緩和措置として暫定的な失対(特定地域開発就労の暫定事業＝「暫定特開」)が実施されていた。就労者、とくに女性は失対に入り「手足が伸びた」などと開放感を語り、「生活の計画を立てられるようになった」「暴力を振るっていた夫と離婚できた」「子どもが病気のときに休んでもクビにならなかった」「教育もできた」と、失対就労はポジティブなアイデンティティを形成させていた。それまでの民間土木とは異なり、雨が降っても給料がでる・夏と冬も手当(賞与)もあるし、年2ヶ月間の不就労には失業給付の支給もあったからである。彼女たちの多くは集団就職を経験し、帰郷後・結婚後は民間日雇土木・農作業などを転々として糊口をしのぐ生活であったが、無権利就労の循環を断ち切ることを可能にした。

インタビューの分析では、労働については、主観的アイデンティティとともに、それが労働者保護のある労働なのか否かという客観的な態様も検討したが、失対就労は「社会的に保護された労働」とみなした。その「賃金」は農水省・国土交通省の二省協定が継続し労働市場での競争に左右されない社会的な所得を保障し、女性でも地域の最低賃金より4割も上回っており²⁾、労働時間も厳守され、病気休暇や有給休暇もあり、年金が国民年金であることを除き社会保険・労働保険も保障されていたからである。こうした労働条件は、失業者に対して単なる就労の場ではなく「まともな仕事」を要求しつづけた労働運動の成果であり、運動が、侮蔑さえされていたニコヨン(日給240円からの呼称)を公的就労へと変容させたのである。そして、個々人は運動のなかで、新聞や本を読むようになり労働者の権利や社会の仕組みも知ったと語り、それは労働者としての集団的アイデンティティを形成させ、引退後もそれを保持させていた。

2 2008年で男性では日当1万1,000円・月額25万3,000円、女性でも9,000円・20万7,000円である。福岡県の最低賃金は時給663円、1日8時間・月23日で月額12万1,992円でしかなかった。

しかし、暫定失対も2010年3月をもって終息した。失対事業は、労働者に対して当然保障すべき権利を保障したにすぎないが、政策的な失対打ち切りのなかで就労者は減り、他方で地域の雇用は劣化をつづけ地盤沈下しつづけていた。多くの失業者・半失業者が無保障のまま、貧困が放置され漂流するなかでは、つまり労働予備軍の圧倒的な圧力のもとでは、突出した労働条件をもった事業・公的就労は存続できなかった。

失対事業の経験は、現在の失業・貧困対策への大きな教訓を残している。例えば、非人間的な労働の拡大に対して、ディーセントワークが唱えられているが、膨大な労働予備軍・貧困という圧力を減ずることなくしては、その実現は針の穴を通るほど困難なのではあるまいか。福祉の名のもとで行われている就労支援は、老若男女・疾病も障がいがある人々も労働市場に投げ込み⁽³⁾、過剰人口プールを拡大するものでしかない。個別支援で正規雇用を確保させた成功例があったとしても、社会的貧困の解決策ではない。

調査から得られた私たちの研究の結論は、今の日本では、過剰人口プール＝貧困を縮小させることを最優先すべきではないかというものである。そして、その第一義的責任は社会保障制度が担うものであり、社会保障制度による生活の「社会化」である。現実には、本稿では詳細には述べなかったが、労働者とくに不安定労働者たちの家族生活は賃金だけでは成り立っておらず、家族の年金・生活保護、そして子育てへの保護施策で「社会化」

されていた。しかし、「社会化」は、生活保護生活以下の生活であったり、食べられるが社会的交際も文化もまったく許さない生活保護生活であったり、つまり中途半端で部分的な「社会化」にすぎない。そして、社会保障の「社会化」機能は縮小されつづけており、収奪（とくに医療保険）とさえなっていた。この動きは、極度のネガティブなアイデンティティを必至とする労働へ、そして家族を疲弊させる過剰な相互依存関係への進行を加速させていた。彼ら彼女たちのニーズは「労働」と「家族」により深く沈められて、社会的に顕在化させられていない。

こうした政策的な動きに抗することこそ、今、求められるものであり、就労支援や家族の絆の強調ではなく、社会制度による生活の「社会化」の新たな構築ではあるまいか。それは、人間が労働するだけの存在ではなく、血族家族の一員というだけでなく、社会＝人間共同体の構成員という社会的アイデンティティを形成させるだろう。そのなかでこそ、雇用をディーセントワークに向かわせる集团的社会的動きが展望できるのではないだろうか。社会保障制度とは、もちろん現金給付制度だけでなく、住宅・教育・医療・介護・保育などを社会的公共財（社会的所有）とする制度であり、賃金・就労所得（労働）への過剰な依存を解決する社会制度である⁽⁴⁾。

（つる たみこ、県立広島大学保健福祉学部教授）

3 私たちは、障がい者18人にもインタビューできた。高齢者も含めて労働から引退しているのは生活保護受給の男性1人だけであった。一般労働市場に包摂されていた障がい労働者は全員、低賃金不安定労働者であり、「労働」のアイデンティティは健常労働者となら変わらずネガティブでしかなかった。作業所や授産所で就労する人々も、その作業には「諦め」や「失意」しか与えていない。その報酬は、工場就労も「時給」333円（1日6時間も働いても月4万円弱）にしかならず、そしてその他の作業所などでは「時給」は290円、81円、70円、62円だからである。彼ら彼女たちの楽しみ・喜びは、作業所でのリクリエーション・交流であり、労働にあるのではなかった。障害者自立支援は、障がい者を、労働市場の最底辺に固定化して、労働市場をより劣化した雇用で溢れさせる政策に他ならない。

4 社会保障制度の財政についても、私たちの本の補論で叙述している。

石川県内の公立病院—奥能登4病院を中心に—

武田 公子

1. 石川県内の自治体病院の配置の特徴

自治体が行う仕事は非常に手広いです。道路や橋をつくったりすることから、教育や福祉や医療、何でもありますが、その中でも病院の問題というのはかなり特殊であって、どこまで今日お話しできるかというのは難しいです。

自分の専門分野からすると、病院財政には難しいところが多々あります。私は普通、地方財政論の授業をやるときには、一般会計、普通会計という自治体の本体を一通り話すにとどまり、この公立病院のような特別会計まで立ち入るのは困難です。特別会計と言っても、上下水道、公共交通、介護保険や国民健康保険といろいろあるわけですが、なかなか特別会計のところまで手が回っていないような状態です。

もう一つ病院財政の難しさは、特別会計の中でも企業会計に近い部分ですね。今日は会計のご専門の方がおられますので、ぜひ教えていただきたいところです。私は公会計という自治体の財政の仕組みをこれまでやってきているので、企業会計の仕組みがよくわからない。しかも、自治体の公企業会計というのは、鶴みたいなもので、純粋な民間企業の会計と公会計の間なんですね。折衷的で非常に無理がある会計方式だと思っています。

今日の話は石川県の事例を中心に話しますが、その中でも特に過疎地域である、能登半島の北部、奥能登の話です。県内は4つの医療圏からなり、半島の一番先端のところは奥能登、医療圏の名称で言うと、能登北部と言います。そこの南が能登中部、通常は中能登と呼ばれています。さらに南の石川中央は金沢とその周辺です。南端の南加賀は、主に温泉地域で知られる加賀市、山代温泉や山中温泉で知られる地域と、小松製作所の誕生の

地である小松市等その辺を含んでいます。

今日の話は、一番先端の能登北部医療圏の話が中心なのですが、まずこの4地域の人口の推移を見てみましょう。金沢の人口は45万人強ですが、言ってみれば石川県内で一人勝ちしているわけです。でも、これも人口が頭打ちになっているわけですが、最近では金沢市の周辺部分がベッドタウン化してきていて、若干そちらに人口が移りつつあります。

これに対して中能登・能登北部というのは、県内で本当に人口減少が甚だしい地域で、奥能登はこの5年程の国勢調査の間に10%くらいの人口減少が生じています。最近では、社会減というよりは自然減、つまり働くところがなくて出ていってしまうという問題よりも、高齢化が進み、お年寄りが亡くなることによって人口が減少していくという段階になってきております。

2. 奥能登4病院の特徴

奥能登には4つの病院があります(表1参照)。珠洲市(すずし)というのが半島先端の市で、それから輪島市、ここは能登半島地震で一番被害が大きかった門前を含みます。それから能登町(のとちょう)、穴水町(あなみずまち)、この中で合併をしていなかったのが穴水と珠洲です。能登町の場合、もともと事務組合でやっていた病院を合併後町立の病院としました。

こうやって見ると、人口減少の甚だしいところながら自治体ごとに1つずつ病院があるわけで、都市部の人から見ると、何か効率が悪いんじゃないかと思われるかもしれませんが、この4つの自治体は、いずれも過疎地域指定を受けています。交通の便も非常に悪くなってきておりまして、通院の足の確保も課題です。

表1 能登地域の公立病院

(H22年度)

病院名	経営主体	病床数	全職員	医師	看護師	備考
珠州市総合病院	珠州市	一般160療養32結核7	194	14	95	当然財務、管理者非設置
公立宇出津総合病院	能登町	一般120 (H19まで188)	137	13	58	
輪島病院	輪島市	一般146療養49感染症4	179	16	107	
公立穴水総合病院	穴水町	一般100 (H19まで177)	124	13	64	
公立能登総合病院	七尾鹿島広域圏事務組合	一般330精神100感染症4	477	43	299	H18より条例全部、管理者設置

ちょっとややこしいんですが、この4病院の他に能登総合病院というのがあります。これは七尾市（能登中部）にあります。この能登総合病院が、奥能登4病院の拠点的な病院として位置づけられています。奥能登だけで十分に賄えない医療を、七尾の能登総合病院が補完するという関係にあるかと思えます。

次に基準病床数を見ていただくと（表2）、厚労省の基準に従って、基準病床数というのが出されていますが、石川県内はどこも基準病床を満たしています。特に能登北部の場合、療養病床及び一般病床の充足率が150%と、ベッド数が過剰じゃないかと言われるかもしれないんですけども、やはり、これは過疎地域の特殊性から必要性があるということをご理解頂きたいと思えます。

表2 基準病床数

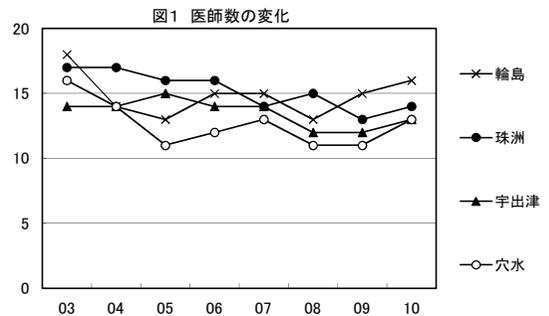
H20.3.31

病床の種別		基準病床数	既存病床数
療養病床及び一般病床	南加賀	2,105	2,837
	石川中央	8,401	9,855
	能登中部	1,402	1,831
	能登北部	726	1,089
	計	12,634	15,612
精神病床	県全域	3,592	3,849
結核病床	県全域	62	142
感染症病床	県全域	18	18

奥能登の自治体病院を改めて見ていきます。4つの病院は、いずれも一般病床100前後です。当然財務とありますが、公営企業法の一部適用です。最近では公立病院の経営形態も多様化していて、病院改革ガイドラインで経営形態を考えろという指示が出ておりますけれども、一部適用は従来型の管理モデルです。能登総合病院は全部適用になっています。今のところ、県内では指定管理は、たしか1カ所だったかと思うんですけども、奥能

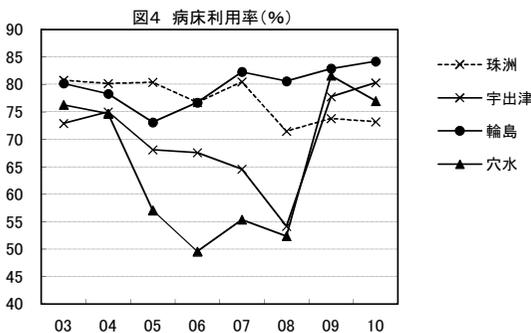
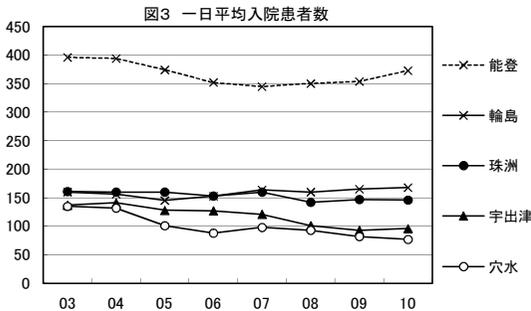
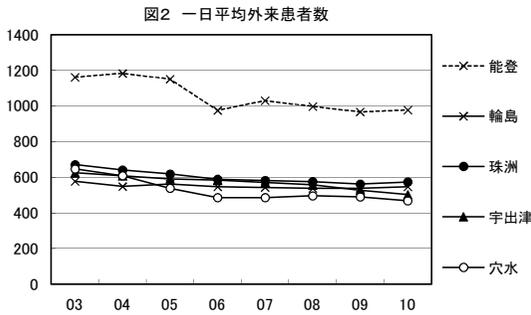
登に関しては、指定管理はまだ入れていません。検討中というところでしょうか。

医師数を見ていただきますと（図1参照）、いずれも13人、16人というように、非常に小規模な病院であることがわかります。しかも、この間、医師が確保できないという問題を抱えてきたところです。



一日平均外来患者数の推移をみると（図2参照）、外来患者数はかなり減少してきております。詳しく見ると、穴水病院の患者数の減り方が激しいですね。珠洲も減ってきていますけれども、特に穴水の減り方が激しい。それから、宇出津（うしつ）病院も患者の減り方が大きいという印象があります。入院患者数（図3）はもっと甚だしい減少を示しています。珠洲と輪島は減少しつつあるけれどもまだ踏みとどまっている感じはしますが、宇出津と穴水の入院患者の減り方はかなり激しいというのがおわかりいただけるかと思えます。その結果として、病床利用率がひどく落ち込んで、特に穴水に至っては50%になってしまったということです（図4）。

これが2009年に急に改善しているわけですが、これは2008年から病床数を削減した結果で



す。宇出津病院は180から120に、穴水病院は170から100に、いずれも病床を削減しています。先ほどのように病床利用率がここまで落ち込んでいるので、ガイドラインによる国の指導もありますし、とにかく利用率を上げないと経営が悪化してしまうということで、病床の削減を行いました。

その背景としてありましたのは、医師数の問題です。これは民間の病院でも同じかと思うんですけども、病院というのは一般の企業と異なって、人件費が少なければよいというものではありません。医師がいなければ、患者を受け入れることができないわけで、そうしますと収入が減少してしまうわけです。医師が確保できないがための収入減となって、病院の財務が悪化してしまうということになります。

穴水を見ていただきますと、医師数が2005年のところで16人から11人に減ってしまっています。その後若干確保できたんですけども、また減ってしまって11人、また10年には確保して13人と、1人、2人の違いですけれども、1人、2人のお医者さんがいないということによって、病床利用率が大きく下がってしまうという問題がありました。

表3 一般病床入院患者の受療動向(%)

	施設所在地					
	総数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	
患者 住所 地	総数	100.0	17.5	64.3	12.6	5.6
	南加賀	100.0	78.5	21.4	0.1	0.0
	石川中央	100.0	1.4	98.3	0.2	0.1
	能登中部	100.0	0.2	24.2	75.7	0.0
	能登北部	100.0	0.1	29.6	13.4	56.9

資料：『石川県医療計画』H20.4。

3. ガイドライン・病院改革プランの限界

ガイドラインでは医師の確保が重点的に指示されておりまして、これら4つの病院の連携の中で医師を確保するということが取り組まれております。その結果、何とか2010年のところで医師を確保できたところです。

それから、看護師数ですが、この確保も難しい。穴水では、70人いた看護師さんが60人に減ってしまったのです。2009年に病床数を削減したこともあるんですが、13対1という看護師配置でした。診療報酬の仕組みで、看護師配置は13対1、10対1、7対1と、それによって診療報酬が変わってくるわけです。宇出津もそうだったかと思いますが、穴水はベッド数を削減することで、13対1だったのを、10対1にしようとしたのですが、それ以上に看護師が減ってしまい、結局1年遅れで2010年に看護師を再び確保し、ようやく10対1を確保できたと聞いております。

ここが非常に難しい問題なんですが、能登北部の医療圏で医者が確保できない場合、その患者はどこに行ってしまうかということです。表3に入院患者の受療動向を示しました。能登北部に住所を持つ患者を100とすると、能登北部に住んでいる人が地元で入院をしているのは56.9%にすぎな

い。4割以上は地域外に入院しているわけです。石川中央が30%ぐらいありますけれども、これは金沢市内の金沢大学医学部と、内灘町にある金沢医大という2つの大学の病院に入院する方が多いということです。それから、能登中部です。これは七尾市にあります能登総合病院が中心です。

逆に、石川中央に住んでいる人でしたら、98%は地元で入院できているわけです。南加賀のほうですと、これも78.5%が地元で医療を受け、20%ぐらいは金沢で医療を受けるという構造になっています。こうやって見てみると、奥能登の医療が、いかに厳しいものであるかというのがおわかりいただけるかと思います。

しかし、それぞれの病院は、病院改革プランのもとでも、実は統廃合ということは全く検討されておられません。あくまでも4つの病院を維持するというので、県も考えているようです。といたしますのは、それぞれの病院の間の距離が車で1時間から2時間ぐらいかかり、公共交通としてはバスしかないんです。以前は、途中まで電車が通っていたんですが、これが廃線になりまして、今はバスしかありません。しかも本数が少なく、この4つの公立病院を最低限維持しなければ、地元で医療を受けることができないというところになります。

もう1つの問題は、開業医が減少してきているということです。開業医自身が高齢化して、廃業してしまうということが生じています。そうしますと総合病院でありながら、実際は風邪を引いたぐらいの患者が、本当は町医者が診てくれるような病気であっても、総合病院に行ってしまう。総合病院というのは、本来2次医療の担い手のはずなんですけれども、実際のところ1.5次医療をやっているということです。

それから、医師の確保問題によって、診療料を削減せざるを得ないという状況があります。つまり、医師が確保できなくて、専門的な医療が提供できず、その結果として域外の病院に入院しているということです。

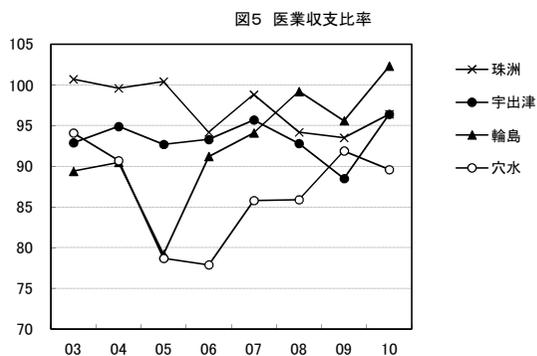
こうしたことを背景に、病床利用率が悪化しているわけですが、つまるところマンパワー、医師、看護師の確保が困難だということが一番の問題であろうかと思えます。そうすると患者がよ

そに移ってしまう。さらに、病院の財務は悪化していくという、その悪循環に陥ってしまっているということになります。

4. 病院の財務状況の問題点

そこで、実際に病院の財務状況を見ていきます。

医業収支比率というのは、純粋に診療報酬等医療関係の収入と診療にかかる医療費用との間の収支です(図5)。穴水と、それから輪島も非常に医業収支が悪化していたというのがわかります。このところは、医師の減少の減少と比較してみると、その関係がわかります。つまり、人件費は確にかかるとは思いますが、医者がいないことには患者を受け入れることができず、医業収入が減少してしまうということが財務悪化の原因ということになります。

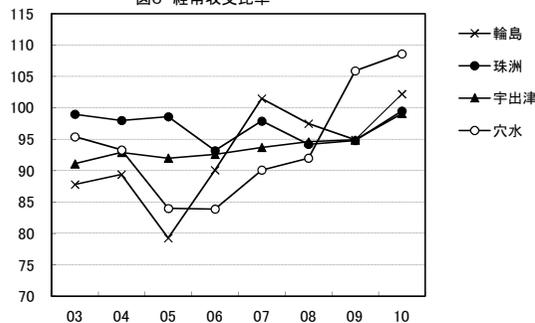


その後、医師が確保されることによって、収支が若干改善していますが、いずれも100%を上回ることはほとんどなく、輪島が2010年度に100%を超えている以外はすべて100%を下回っています。

それから、経常収支比率(図6)というのは、医業収支に医業外の要素を加えた収支です。これを見ますと、やっぱり同じように悪化をしていますけれども、最近ようやく100%に近づいてきました。2010年には健全化をしてきているという傾向が見られます。

これには別の背景があります。地方財政健全化法が2008年度決算から適用されまして、2007年度は試行だったのですが、自治体の特別会計に、資金不足比率というものを計算するということが始められました。試行段階の2007年で、輪島、穴水、能登の病院会計では、いずれもこの資金不足比率

図6 経常収支比率



が明らかになり、穴水に至っては33%と、相当な財務の悪化状態が指摘されたわけです。同じように、輪島や穴水、能登、いずれも2007年に資金不足比率が出てしまい、これに危機感を持った自治体が、徐々に解消していったということになります。

資金不足比率とは、医業収支比率と経常収支比率の違いに関係することですが、要は、自治体が繰入をするかしないかというところでかなり変わってくるのです。つまり、経常収支比率だけが低かったところは、自治体が繰入を惜しんでいた可能性があります。

医業収支を見れば、どこも100%に達していないんですけども、経常収支で見れば100%を超えているということですから、それだけ自治体が繰入をしたということを意味しています。

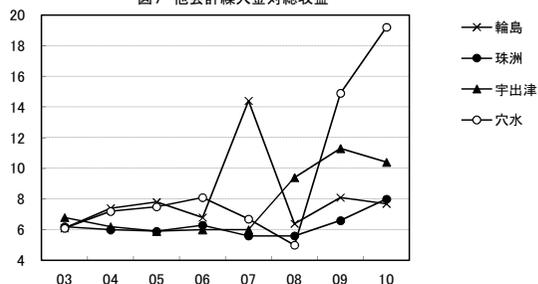
健全化法ができる前は、自治体財政本体のほうが悪化していくと、再建団体に指定されるおそれがあったので、本体のほうを健全にしておくために、特別会計に赤字をしわ寄せしておくという手もあったわけです。ところが、健全化法によって、特別会計と本体とを連結させて、どちらでも赤字が見られるようにしたというのが、まあ、この健全化法のメリットと言えればメリットです。その結果、病院に赤字をしわ寄せするわけにいかなくなった。病院は病院で資金不足比率があると、そこを解消せよと言われますから、ちゃんと繰出しをなさよという圧力が働いたことになります。

ですから、病院会計の資金不足が解消したというのは、実は自治体から財源を繰入れたということです。先ほど、医師を確保することによって収益を上げて、医業収支が改善したと言いましたが、これに加えて、自治体からの繰入を増やしたこと

によって経常収支が改善したのです。資金不足もそれによって解消したということになります。ですから、必ずしも経営体質が強化されたとか、そういう話ではないんです。

そこで、他会計繰入金を見てみましょう(図7)。他会計繰入金というのは、病院会計にとっての他会計、つまり一般会計から病院会計に繰入れたお金が総収益のどれだけに上っているかということなのですが、2007年に輪島で非常に大きな繰入を行っています。それから、2009、2010年と穴水は大幅に増やしていますし、2008、2009年と宇出津も繰入を増やしています。繰入を増やしたことによって経常収支比率が改善したという関係が、何となく類推できるという構造になっています。

図7 他会計繰入金対総収益



5. 複雑な会計構造

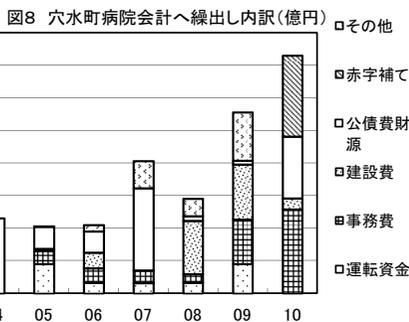
自治体病院の財務状況が悪化した理由をまとめてみますと、医業収支と経常収支ともに悪化しており、主に医業収支に問題がある場合、それは医師不足が背景にあって、病床が十分に利用できず収益が悪化したということが原因として考えられます。

他方で、医業収支はまあまあだけれども、経常収支だけが悪化している場合には、他会計繰入金が不十分であった、自治体の財政本体の問題であったと推測することができます。

これを逆に言えば、財務状態が改善したという場合には、医師が確保できた、あるいは病床を削減することによって、病床利用率が改善したというような収入面の改善と、それから地方財政健全化法によって、繰入が十分になされるようになったことが背景として考えられます。

ここで、穴水病院に焦点を合わせて、詳しく見

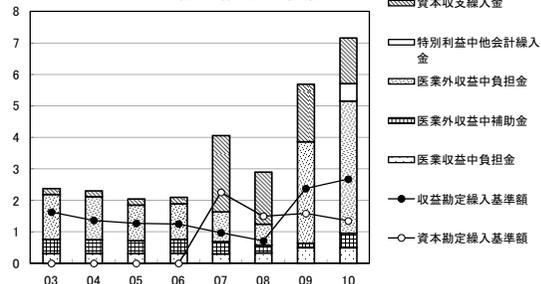
ていきたいと思ひます。まず、地方財政状況調査表という資料を用いて、穴水町の一般会計のほうの構造を見ると、繰出金や補助費等という歳出が増えていくことが分かります。穴水町の一般会計から公営企業会計への繰出金が、2010年に急に増えているわけですが、内訳をみると、他の自治体同様、上下水道とならんで病院会計への繰出が結構大きいです。穴水町の場合、2007年以降2009年まで、病院への繰出しがかなり増やされています。そこで、自治体の決算統計の方で、この病院会計への繰出し内訳を詳しく見たものが図8です。以前は専ら公債費財源としてのみ繰出しがなされていましたが、05年以降は運転資金や事務費が繰出されるようになってきています。08、09年には建設費の繰出しがあり、2010年には明確に赤字補填として繰出しがなされていることがわかります。



他方、公営企業年鑑で出ている数字で、収益勘定と資本勘定の双方に出てくる繰入金・負担金・補助金を全部合わせて並べてみて、その上に繰入基準額を同時にあらわしてみたのが図9です。資本勘定の繰入額は資本収支の繰入金とほぼ一致しています。若干のずれはあれ、資本収支の繰入金というのは、大体基準額どおりに繰入られているという感じがします。収益勘定の繰入というのは、結構ずれがあるというのがおわかりいただけるかと思いますが、ほぼ、基準額に同じ割合で上乘せしていたところがおわかりいただけるかと思いますが、ですから、基準額よりもやや多めに繰り入れてはいたんだということもわかります。こうしてみると、図8と図9は、総額はほぼ一致していますが、その内訳については、両者の関係をどう説明すべきかが分かりにくくなっています。

6. 特例債、経費など財務の特徴

図9 他会計繰入金の内訳(億円)



ただ、2009、2010年のところでは、公立病院改革プランの実施によって、病院の特例債が発行されたという背景があるのと、病床削減への交付税措置がつくなど、改革プラン絡みの国からの財源措置があったと考えられます。それによって、繰入基準額が大幅に増え、実際に町からの繰入れも大幅に増えたのだでしょう。先程、赤字が解消したと申し上げましたけれども、まさに、それによって資金不足比率が解消したんだということが言えるかと思ひます。

図10 穴水総合病院の収支—決算と改革プラン—(億円)

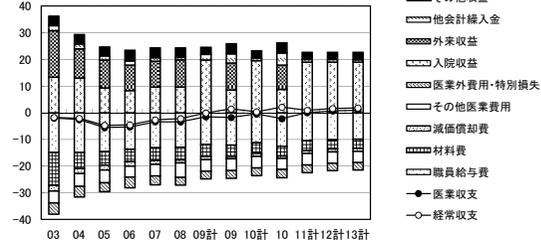


図10は穴水病院の収支をより詳しくみたものですが、病院改革プラン以前から穴水病院は経営努力をしてきていたんだということがわかります。マイナスのほうに表したのが経費で、プラスのほうにあらわしたのが収入ですが、ずっと経費の削減に努めてきていたということがわかります。職員給与費をかなり削減してきていますし、材料費も削減しています。2000から2004年の大幅な減り方は、これは医業分業をした成果だと思ひますが、それ以外にもかなり経費削減には努めていたということがわかります。

ですが、問題は上のプラスのほうです。収入の

ほうを見ると、入院収益が、05、06年のところでぐんと減って、07、08年で少し盛り返したけれども、再び09、10年で入院収益は減少しています。外来収益はちょっと変化がわかりにくいんですけども、ほぼ横ばいです。他会計繰入金によって減収を補っているという構造がここで見てとれるわけです。つまり、赤字の一番の原因は、やっぱり患者が十分に確保できないという、この過疎地域の問題なのではないかと思うわけです。

繰返しになりますけれども、医業収支と経常収支の違いですね。ですから、経常収支は繰入を増やすことによって、09、10年は改善しているけれども、医業収支は一旦90%を上回ったものの、それ以降、再び下向きになってしまっているという厳しさがあるわけです。

その経費削減の中身ですけれども、職員削減がかなり進められています。医師を減らしてしまうと収益が減ってしまうので、削るとなると事務職員です。かつての半分ぐらいまで事務職員を減らしています。それから、医療技術員も削減しています。ただ、やっぱり医師と看護師は何とか確保したいわけですけれども、08、09年のところでは、看護師数も確保できず減ってしまった。こうやって職員を減らしてしまって、患者に対するサービスの水準が落ちないかというところが心配なんですけれども、やはり入院・外来ともに、患者数は減少に歯止めがかからない状態です。

2010年には赤字補填ということで大きな繰入がなされることによって、資金不足を解消しています。しかしそもそも赤字の主要因は入院収益の減少ということで、医師や看護師を確保したんだけど、患者は増えていないということです。2010年に医師確保ができているんですが、入院も外来も患者数は減ってしまった。これはこの地域の過疎化の流れのなかで致し方ないのかもしれませんが。穴水町の人口もこの5年間の国勢調査で10%減少しています。

7. 石川県の公立病院改革プラン

さて、能登の公立病院改革プランの状況についてお話したいと思います。県がつくった能登北部

医療圏の改革プランによれば、七尾市（隣接する医療圏）にある2つの総合病院、先ほど話した能登総合病院と、民間の恵寿総合病院が、奥能登の4つの病院を支えていくということが言われています。また、石川中央にある2つの大学病院、金沢大と金沢医大が七尾の2つの拠点病院を支援し、七尾の2病院経由で医師派遣を行う等の支援体制もうたわれています。それから、それぞれの病院の間での連携をつくるということです。具体的には、1つは医師の確保策。県がお金を出して寄付講座を設け、その講座でもって医師を雇用し、その医師を能登に派遣するというものです。また同時に石川県は、地域医療人材バンクというものを作ったり、自治医大ルートで来てくれる人を探したり、かなりこの辺はがんばって医師確保を進めています。

看護師の確保策についても、県と自治体が一緒にお金を出して奨学金制度を設けたりしていますし、いったん退職した看護師を、夜勤を免除する形、あるいは逆に夜勤のみの看護師という形で雇ったりと、工夫しながら確保しています。

病院間連携ですが、電子カルテや携帯端末による遠隔医療が進められています。私は専門外なのでよく分からないんですが、一番深刻なのは透析だそうです。透析をやるのに専門医を置いておかなければいけないわけですが、4病院には透析に必要な医師が必ずしも常駐しているわけではないんです。七尾の病院から派遣されて、週1回透析ができる形にしているところもあります。奥能登の病院のヒアリングをした時に、遠隔診療でお医者さんが離れたところにいる、あとは医療スタッフで透析ができないものかと考えています、みたいなことをおっしゃっていました。過疎高齢化が進んでいるところは、透析患者の比率が高いようで、能登半島地震の時も輪島病院の透析患者をどうするかということが大変な課題だったと記憶があります。

病院間連携ということですが、まずは金沢から七尾の2病院に医師を派遣してもらって、そこから奥能登に週1回出ていってもらう、そんなような相互の医師の派遣関係をつくっているようです。それから奥能登の4つの病院の間で分担関係を作り始めています。脳外科、泌尿器科は奥能登で1

ヶ所、眼科・透析は穴水というような分担関係をつくっているようです。

それぞれの病院のなかでとりくまれていることはいろいろあります。穴水と宇出津が病床削減をしましたが、その一方で組織改革にはどこも消極的です。病院改革プランが出て、その2年くらい後にそれぞれ点検評価書というのを出しているんですが、どこも全部適用にするメリットはあまりないという判断をしています。平成25年度までに例えば全部適用にするか、あるいは指定管理を入れるかは検討するという書き方をしていますが、いずれもちょっと消極的なようです。ヒアリングをしたところでは、全部適用のメリットは給与削減だけだという言い方をしておられました。むしろ、自治体との連携を密にしておきたいという指向がむしろ強く、そのほうが自治体からの繰入関係がスムーズだろうと考えているようでした。

8. 過疎地域における公立病院の役割

開業医との連携については、長期入院の患者を地域に戻していくためには開業医との連携が不可欠ですが、それができるところとできないところがあります。先ほど言いましたように、地域の開業医が高齢化して廃業しているところも多々ありますので、地域に戻しても地域医療で診ることが困難というところもあります。ですから、平均在院日数というのは、ここにきてかなりせつせと下げているという気がしますが、以前はかなり高い水準だったようです。総合病院が1.5次化していることや、ある程度社会的入院を容認せざるをえない地域の医療条件というものがあるのだらうと思います。でも診療報酬のからみで平均在院日数を短縮しなければという圧力もあるでしょうが、奥能登の病院をみてみますと、珠洲や輪島はそんなにせつせと短縮を図っている様子はありません。20日前後で横ばい状態です。つまり、それだけ社会的入院のニーズがあるということなのかも知れません。

もう1つは、珠洲の病院についてですが、ここは医薬分業にせず、あえて院内処方継続しているとおっしゃっていました。これは2つの意味

合いがあります。1つは近場に薬局がなく、診療を終えた患者さんがわざわざ離れた薬局までいくことを考えると、冬場は寒いですし、足元もよくないですから、院内処方をするほうが住民にとっては親切だということです。もう1つは、院内処方することで医薬収入を確保しているという側面もあるようです。

もう1つ、これは穴水の例ですが、寄付講座でもって奥能登地域医療研究所を開設しました。この研究所の医師とお話をしたのですが、面白いなと思ったのは医師の研修の仕組みです。新しい研修システムのなかで地域医療の研修が義務づけられたわけですが、その地域医療の研修をここで受け入れるといことを積極的に打ち出しています。それを通じて地元に戻ってくれる医師を確保したいという努力をされているということです。

それでも厳しい。改革プランでせつせとやっているんですが、厳しいものは厳しいということです。過疎地域の公立病院の厳しさというのは、医師が確保できても、診療収入が増えない、患者数が絶対的に少ないという問題です。とはいえ、そこに住んでいる人々の医療ニーズを考えますと、統廃合はやるべきではないという立場を、いまのところそれぞれの病院は堅持しておられます。これをネットワーク化ということで診療所化してしまっている地域はあるのですが、能登はとりあえずこれで踏みとどまっていると言えるかと思います。

開業医に頼りづらくなっている地域の状況のなかで、総合病院が1.5次医療化しているということは、外来患者の診療単価が低くなっていることにも表れています。ちょっとした軽い病気でも、町医者ではなく総合病院に来てしまうということで、そうなりますと診療単価が低くなるわけですから、それが病院としては収益を悪化させる一因ではあります。

もう1つは、ちょっと深刻なことですが、看護師がなぜ確保できないのかということ、慢性疾患の患者が圧倒的な部分を占めてしまうことによって、看護師のモチベーションが低くなってしまいうことです。高度医療が必要な患者は金沢や七尾で入院してしまうわけですから、地元入院するのは慢性疾患の患者が多くなるわけですから、そう

りますと看護師のモチベーションが非常に低くなってしまいます。いろんなことにとりくみたいという意欲的な看護師が確保しづらいんだ、と言っておられました。

もう1つ、社会的入院を容認せざるをえない状況があるなかで、平均在院日数を短縮せざるをえないというジレンマです。難しいところですが、過疎地域の公立病院がこうした背景をもつなかで、地域に対する責任を全うしようと思うと、財務状況を健全化するということは難しいと言わざるをえません。

9. 改革プランの限界

そうなりますと、改革プランで財務の健全化を図ろうということですが、果たしてそれがうまくいくのだろうかという疑問があります。改革プランのなかで財務のシミュレーションをやっており、数値目標を示しているわけですが、相当楽観的な改革プランだと言わざるをえません。

病床利用率はプランでいうと90%維持するというのですが、実際のところは、病床削減をしてようやく80%に達したけれども、翌年度には80%を切っているということで、到底改革プラン通りにはいっていません。

診療単価は、2010年には実績が改革プランを一度上回っていますが、高度医療が必要な患者は域外に出ていってしまいますから、入院診療単価もそうたやすくは高水準を維持できないだろうという気がします。外来診療単価もそうです。改革プランは高い数字で維持していくことをめざしているわけですが、2007、8、9年あたりはなんとか達成できましたが、これが今後維持できるかどうかは難しいのではないかと考えています。

前出の図10では、09計、10計という形で改革プランのシミュレーションを同時にしめました。

計画額では入院収益と外来収益が一緒になっているので少々見づらいかと思いますが、改革プランでは入院収益・外来収益がもっと確保できるはずだったのだけれど、09年の実績ではそれを下回る収入しか確保できていない。2010年も同様で、プランが示したほど収入は得られていない。結果的にそれを高い繰入金で補填したという構造が一目瞭然です。

他方、経費を見ますと、計画より遅れがちではありますが、職員給与費をせつせと減らしていく方向にあります。ただ、計画自体は相当厳しい削減を求めているという印象です。この先も、給与費削減を厳しくやっていくというような方向性が明らかですが、実際のところは計画通りに給与費削減はできていません。そういうふうに見ていきますと、計画は現実的ではないというところがすでにお分かりいただけると思います。

改革プランの実現可能性をまとめてみますと、入院単価は一時期上昇したもののこれをキープするのは難しいです。外来単価は慢性疾患の多さを反映してか、計画を下回っています。歳出削減計画は非常に厳しいもので、そこまで削ったら患者へのサービス水準の低下がむしろ懸念されます。つまりところ改革プランは、楽観的な収益見通しと非現実的な経費削減によって将来的に経営が健全化する像を描いてしまっているという印象があります。一番深刻なのは、診療収入が計画を下回っているということで、患者数の減少は予想以上に進んでいるということがお分かりいただけたかと思います。過疎地域の厳しさを訴えた形となりましたが、以上で報告とさせていただきます。

(2012年12月14日実施)

(たけだ きみこ、金沢大学経済学経営学系教授)

20 医療・福祉職の世界史

野村 拓

96. 座標軸の手入れ・補強

一竜骨を据えて一

クローバリゼーションという言葉がよく使われる割りには、世界史、世界地理の知識に乏しい人が多い。第2次大戦中の日本軍の前線基地、ラバウルがドイツ領ニューギニアのビスマルク諸島にあったこと、それが第1次大戦でのドイツの敗北によってニューブリテン島になったことなど知らない人が多い。

そのとき、ドイツ領であった赤道以北の南洋群島と山東省の青島（チンタオ）が日本のものとなった。「酋長の娘」など、南進気分を表した流行歌がはやり、青島には陸軍病院ができ、医専もできた。

青島医専で終戦を迎えた人で、戦後の保険医運動でリーダー的役割を果たした人もいる。

第1次大戦時、カナダもオーストラリアも宗主国イギリスのために参戦し、志願兵の不健康ぶりに驚くことになる。両国とも1920年代に公的健康保険制度ができたのは、そのせいである。

アメリカでは、『北方を見よ』とか、『カナダを見習え』式の本がだされるが、これは公的健康保険後進国に対するハッパである。また、オーストラリアで出された地域看護の本

『オーストラリアの地域看護』

☆Debbie Kralik 他：Community Nursing in Australia, 2011, John Wiley & Son.

には、住民参加とプライマリケアを重視した1978年の「アルマ・アタ宣言」を政府がちゃんと批准した年表が掲載されている。日本の厚労大臣は「アルマ・アタ宣言」など知らないのではないか。

また、太平洋で最大の人口を持つ国はインドネシアの2億4千万人で、おおむねイスラム圏に属することも知っていなければならないだろう。太平洋をはさんで国民皆保険の日本と市場原理のアメリカがあって、という程度の「座標軸」には、ろくな情報は張り付かないだろう。世界史的な座標軸の手入れ、補強はつねに必要なのである。

座標軸のあやふやな日本の看護史研究には、しばしば苦言を呈しており、重点的補強項目を「看護史補強 あ・ら・かると」という形で雑誌「看護実践の科学」に12回連載した(2011.2. - 2012.1.)。

1. 骨格づくり

・医学史研究会 ・DPC からさかのぼる

・歴史的往復運動

2. 限られた時間のなかで

・どこまでさかのぼるか ・十字と新月 ・絵のある看護史

3. エリザベス救貧法・前後

・視点・視野の補強 ・「大航海時代」の医療・看護 ・マンパワー思想

4. 病める貧者 (sick poor)

・なぜ救貧法? ・1848年という節目 ・貧困の疫学

5. 節目としての戦争

・看護史における戦争 ・軍看護部隊の登場
・修道女から看護師へ

6. 母子保健と看護

・はにゅうの宿 ・馬に乗って訪問看護 ・母子保健とミルク

7. 総力戦と看護マンパワー

・戦争という焔にくべる ・看護師の反ミリタリズム運動 ・戦争死よりもインフルエンザ死

8. 戦間期の看護

・病院看護が主流に ・長期ケアとリハビリ、
そして公衆衛生看護 ・看護史の難所

9. 日米・看護マンパワー

・「従軍」という言葉へのこだわり ・『看護
婦養成学校一覧』(1941) ・兵士は動員、看
護師は養成

10. 看護ヒエラルキー

・オペ場の第1助手はRN(正看)で ・医師
的看護師と補助的看護師 ・「カリブ看護師」

11. 入院日数と看護

・時の流れと入院日数 ・入院患者タイプ別研
究、そしてDRG

・退院受け皿・ナーシングホーム

12. 史的ナビゲーション

・「オリエンテーション」と「指南番」・指針
となりうる看護史 ・竜骨を据えて

という構成であったが、最後に「竜骨を据えて」
で結んだのは、平底の屋形船でいけるような水路
ばかり選んで物見遊山をしたり、「骨無し軟体動
物の末端肥大症」のような看護史を書いていたの
ではだめだという意味である。

日本語の看護史にろくなものはないが、例えば
『1700年以後のイギリスの看護と助産』

☆Anne Borsay 他編：Nursing and Midwifery in
Britain since 1700. Palgrave. 2012.

は、イギリス市民革命以後の時期における看護を
とりあげたものとして、教えられるところが多か
った。

・家庭看護 ・地域看護 ・施設看護 ・ボラ
ンタリー病院のマトロン ・ボランティア病院
の看護師

という項目立ては、ナイチンゲール以前の時代を
とらえるのにふさわしく、看護がいきなり「野戦
病院」から始まったのではなく、市民社会—家庭
看護の時代を経ていることを知るべきだろう。つ
まり、この本は「座標軸」を強化しうる本という
ことである。

また、東日本大震災に関連して、災害医学、災
害看護がクローズアップされ、「トリアージ」と
いう言葉がしきりに使われるようになったが、こ
の言葉のルーツは、ナポレオン軍の外科医、ドミ
ニク・ジャン・ラレイ(1766-1842)であること
も座標軸にくわえておかなければならない。とい

うのは、フランス大革命の申し子としてのナポレ
オン軍の軍医たちの「集団医学」から、近代公衆
衛生が生まれたからである。つまり、「都市」を
「拡大された軍隊」として把握する手法を身につ
けていたからである。もちろん、このような流れ
のほかに、確率論からスタートしたケトレーの「平
均人」論、フランス革命の理念としての「平等」
を「平均」と方法化し、労働者、貧民の状態を「平
均的パリ市民」と比較する調査方法を確立したR.
R. ウイルメの業績(1820年代から1840年代にか
けて)にも注目しなければならない。イギリス公
衆衛生のリーダー格のウィリアム・ファーも青年
時代のパリ留学でこの影響を受けている。

97. 連鎖的ストーリーメイク

—そして発信—

このように、歴史的座標軸の上で、いろいろな出
来事や人物を連鎖させることによって、情報は記
憶として定着することになる。例えば、「町医者」
という言葉聞いたとき、「大病院の医者ではな
い」ということぐらいしか浮かんでこないよう
では心もとない。「私は町医者という言葉に誇り
をもっている」と言う人の誇りの根拠を考
えることも必要だろう。医療が権力者の侍医
という形か教会・修道院の内側にしか存在し
なかった時代に町医者は存在しなかった。

「イギリスのヒポクラテス」といわれたト
マス・シデナム(1624-1689)は、イギリス
市民革命を戦った戦士でもあった。ローマ
教典にどう書いてあるかではなく、臨床的
観察法を重視して『医学的諸観察』(1660)
を著し、あの時代にすでに貧血患者に鉄
剤をつかっていた。

町医者とは市民の医者であり、臨床医学は
横並びの人間関係の上に発展してきたもの
であることは、市民社会、オランダにおけ
るヘルマン・ブールハーヴェ(1668-1738)
の業績をみれば明らかである。

やがて、市民社会の一方に富の集積、強
力な資本の形成が進行し、他方で貧困層の
大量出現が進行するなかで、欧州社会に
「社会政策」のモデルを示したのが本稿冒
頭のビスマルクである。

内に社会政策、外で植民地獲得というのがビスマルクのスタンスであり、アフリカやアジア・太平洋地域で植民地を獲得した。また、内なる社会政策の方では強制加入式の疾病保険を導入(1883-89)することによって、各国に強い影響を与えた。その影響力の強さは、今日、社会主義体制崩壊後の東欧諸国の医療制度を「ビスマルクへの回帰」と総括する本が出たことでも分かる。そして、今でも「ビスマルク海」という名称の残る太平洋が各国の経済戦略をしのぎを削る場となりつつある。いわゆる「環太平洋時代」の到来である。

この環太平洋時代をにらんで太平洋岸の港湾都市シアトルにスウェーデンのメディカル・センターが進出した。しかし、この情報だけではパチンコの玉ひとつであり、連鎖情報がなければストーリーにならない。それで『ノルディック資本主義とグローバリゼーション』☆Peer Hull Kristensen 他編：Nordic Capitalism and Globalization. 2012. Oxford Univ. Press. を参照すれば、スウェーデンが「知識集約産業立国」、多国籍企業化の方向に舵を切ったことが判る。これらに「医療特区」構想を持ったあまり賢くない自治体首長などの動きをくわえれば、ストーリーになるし、ストーリーに連鎖させることによって記憶として定着する。

2012年はタイタニック号遭難(1912年)から100年なので、いろいろ本が出された。4本煙突の4本目が、もし煙を吐いていれば、それはウソの絵で、4年目は倉庫かなにかに使っていたはずである。

煙突は多いほど、エンジンの馬力もすごいと思われるだろう、などというのはつまらない見栄である。巨大なスクリューをベルファストの造船所に十数頭の馬で引っ張る写真があるが、当時はまだ馬車の時代で、「救急馬車」で運ばれた患者はコブだらけになったことだろう。そして、やがて第1次世界大戦、ここでマッチポンプ型軍需産業が登場する。ロールスロイス社は「救急自動車」も開発したが、その前に「装甲自動車」を戦線に送り出した。傷つける方でも治す方でも往復もうけよう、というわけである。トラクターの会社は戦車(当時はタンクと言った)を開発し、化学会社は毒ガスを開発し、戦争が終わると火薬の会社

は人工繊維の会社に早変わりし、自動車会社は耐久消費財革命を推進した。

今日、政治をネジまげ、社会保障を低下させる元凶として『軍・産複合体』が話題にのぼるが、第1次大戦が『軍・産複合体』の起点になったのではないか。

『軍・産複合体とアメリカ社会』

☆Sterling Michael Pavelet 編：The Military-Industrial Complex and American Society. 2010. ABC CLIO.

には、第1次大戦を起点とするボーイング一家のサクセス物語りが書かれている。日本中を焼け野原にしたB29も、不安定な飛行で日本中に恐怖をふりまいているオスプレイも同社がつくったものである。

また、ロッキード・マーチン社のように「軍・産複合体」でありながら『福祉市場』という本にも顔を出すしたたかな存在もある。視野の狭い社会福祉研究者の手に負えそうなしろものではない。

98. 総記憶量のフラッシュ

—裁判の証人と医療情勢分析論—

かねがね、総記憶量と生涯通算で「書いた量」に比例する、というのが、私の持論であった。「書く」ことは情報の連鎖を意味するからである。若い人の記憶量の貧弱さと目の悪さはパソコンによる「頭のはたらきのアウト・ソーシング」のせいだろうが、法廷に何も持ち込めない裁判の証人の場合はどうするのだろうか。ケータイとノートパソコンぐらいは持ち込めると思っているかもしれないが、私の場合など、身一つで日本の医療制度全体について証言し、数字のからむ問題について反対尋問にも答えなければならなかった。これに比べると、国会での行政改革特別委員会・参考人意見陳述などは楽である。

裁判の証人の場合は「総記憶量のフラッシュ」が求められるが、ファクターの多い「医療情勢分析論」などは同様の能力が求められる。そして、これはパソコン・トトロやグーグル・ゲロゲロでは追いつかない。総記憶量のフラッシュによる自在な組み合わせ能力がもとめられるからである。

この「医療情勢分析論」をやれる人がいまや絶滅に瀕しているわけで、社会保障学校などでも、この一本がなくて、保育と介護と差し押さえて、というメニューでは大かたの参加は期待薄なのではないか。

私がかねがね、「医療政策学校」などで「医療のわかる人文・社会学者」の養成と「社会科学のわかる医師・医療関係者」の養成につとめてきたが、要するに「医療情勢分析論」のできる人間の養成ということである。

医療抜き社会保障学校がいかにつまらないか、については説明するまでもないが、歴史的にもとをただせば、アメリカの1935年の社会保障法が「医療抜き」の社会保障法だったからである。

世界大恐慌（1929—）で、「医師も公的救済の対象」などと叫ばざるを得ないほどひどい目にあった医師たちも、1935年ともなれば多少落ちつき、共和党を政治的代弁者として、医療統制拒否の姿勢を示しはじめ、法案の議会通過に慎重に期したフランクリン・ルーズベルトは医療部分を除外してしまったわけである。

ということは、その後におけるアメリカの社会保障は「医療抜き」であり、学校で習う社会保障論も「医療抜き」であったにちがいない。怪しげな医療社会学の修士論文のテーマとして「ナースングホームにおける墜落の統計」がとりあげられたり、「錠剤の色彩別プラセボー効果」などというどうでもいい論文が現れたり、孫引きを繰り返しているうちにウィリアム・ベティガリチャード・ベティになってしまった論文がかなり有名な医療社会学者の編著におさめられたりしている。

つまり、社会保障論ではまともに医療をとりあげる風土が育たなくなり、この傾向が日本にまで影響を与えているのである。そして、まともな社会保障論を学ばなかった世代が政権を担当するようになると、「社会保障とは消費増税のオツリで手当すべきもの」という程度の認識しか持たなくなってしまう。

萎縮した社会保障をよりつまらなく学習するのではなく、人間が生きていく上で最優先すべき課題を中心に据えて、魅力ある「医療情勢分析論」が構築されなければならない。

「総記憶量のフラッシュ」は「医療情勢分析論」

だけでなく、雑誌の編集企画、集会の内容構成、交渉事での判断など、いろんな面で必要だが「頭健康」のためにも必要、ということを一言付け加えておきたい。

99. 世界へ発信

—日本の国保の歴史—

国際的に医療を比較・評価するときには、「アクセス」「コスト」「効果」の3点評価方式がしばしば用いられる。「アクセス」は医療の受けやすさで、国民皆保険で保険証1枚でどこでも、というわけだから国際比較の上では申し分のない国、「コスト」については諸説あるが、概して「ローコスト」と言えるだろう。「効果」の方は、外科手術であれば5年生存率などが用いられるだろうが、統計的国際比較となると、使える統計指標は零歳平均余命（平均寿命）か乳児死亡率くらいしかない。これらを医療の「効果」と考えるならば、日本の医療は「最優秀」ということになる。だから、すでに1993年の段階で、見習うべきは日本、と言う本が第1章日本 第2章英国 第3章スウェーデンという構成で出されている。

さらに専門家たちが驚くことは国民皆保険制度と社会保険診療報酬の出来高払い制、自由開業医制との間に一種の「折り合い」をつけていることである。もちろん、二重、三重、五重にも「総枠規制」の網がはりめぐされているわけだが、外国の学者は「折り合いの妙」に感心する。

しかし、この「折り合い」も、戦前から積み上げられて来た「努力」や「闘い」、1次産業と保健医療とをいい形で結び付ける工夫、これらの歴史的蓄積が可能にした「折り合い」と考えるべきであり、以下に掲げる「日本の国保の歴史」（近く出版予定のもの骨子）は英訳して欧米の研究者に読んでもらうべきものである。

（仮の書名）『国保読本』

1. なぜ国保の歴史か—闘いへの助走路として
2. 住民共同の努力—講、組合、診療所づくり
・「岩手県世田米診療所」設立の歴史
3. 関東大震災と住民要求—訪問看護、セツルメント

- ・『医療の社会化』（1926）
- 4. 「共同努力」の官僚的とりこみ—旧国民健康保険法（1938）
- 5. 戦後改革と3つのキーワード—社会福祉、社会保障、公衆衛生
 - ・岩手国保連の『社会保障の星』（1955）
 - ・医療民主化の運動
 - ・「占領される」とは
 - ・公費医療の前進
- 6. 医療運動と国保
- 7. 「健康の切り売り」と国保
- 8. 大企業と国保—人間の使い捨て、そして「人の弱み」で金儲け
 - ・介護保険とシルバー産業
- 9. 先人の運動をトレース使用—「語り部」の育成も
- 10. 国保にたいする国と大企業の責任—運動の方向性に自信を持とう
 - 〈特論1〉岩手の国保
 - ・岩手の保健活動への半生 ・漁民の生活記録
 - ・山路を辿る人々 ・山間僻地の女性教師
 - ・吾が村の国保 10割給付制と医療 ・庶民の声 農村医療の諸問題 ・保健婦の手記 わが村の国保 ・国保診療所所長の意見 ・山村の子たち 町村合併と国保 ・『岩手の保健』読者アンケート 我が村（町）の国保 ・医学生時代の代弁 国保直営診療所医師の問題 ・青年会会長の活動 ・いろいろありました！ ・医学生たちの保健活動の記録 ・村の保健婦は
 - 〈特論2〉（以下略）

100. 語り・はたらきかけの時代

—Narrative Medicine—

前掲の雑誌『岩手の保健』には、囲炉裏をかこんだ「語らい」の木版画が載っている。

この「語り」「語らい」には東北大学の医学生たちも参加したことだろう。ゲーム・ピコピコで育ち、マークシートの問題ばかりやっている、「語り」能力が低下してしまう。患者と共有、共感すべき情緒の情報をもてないような医師では…ということで、最近、臨床医学教育に Narrative Medi-

cine（語りの医学）が導入されるようになった。

もちろん、これは医学分野だけの問題ではない。「語り」はストーリーメイクであり、断片的情報を組み合わせ、連鎖させることによって、記憶として定着させることができる。

また、「語り」は「流れ」であり、「歴史」である。朗読をやりたがる女優さん（男優もいるが）が多いのは、テレビ・ドラマや映画は短いカットの積み重ねで「流れ」がないからである。「流れ」としての「歴史」には「自分史」から「世界史」まで含まれる。人の人たる所以が知恵と経験の継承にあるならば「自分史」を語ることは最低限の義務と言えるかもしれない。また、グローバリゼーションの進行するなかで世界市民、地球市民として生きていくからには「世界史」を語れることも必要だろう。そして医療・福祉関係の仕事で生きるというのであれば、「医療・福祉職の世界史」は必須科目というべきである。もちろん、世界史を勉強することが、医療・福祉職としてのスキル・アップにつながるということではなく「人間の深み」を増すということである。

「語り」から一歩ふみこんで「組織的はたらきかけ」とするために（オートスライド）『医療の昭和史』（1990）を作ったこともあった（いまではCDになっているが）。この場合は歴史的資料、ナレーション、BGMの3つを組み合わせたものであったが、「自分史」の場合は「鼻歌BGM」でいいのではないか。

では「医療・福祉職の世界史」にはどんなBGMがふさわしいのだろうか。

10年以上前、英語の苦手な看護師、看護学生を対象にして、音楽を媒介にして英語に親しんでもらおう、という意図で Music, English, Nursing を12回連載した（『看護実践の科学』2001.7.～2002.6.）。

ポップスのスタンダード・ナンバー「Too Young」から入って、クラシック・リード、それから演歌も一つだけ入れて、最後は「シェルブールの雨傘」でしめくくった。直訳すれば「もし永遠の時を要しても

私は1000回の夏をまちつづけるだろう
あなたが私のそばに帰ってくるまで」

というロマンティックな歌なのだが、シェルブール港が核燃料プルトニウムの積み出し港と聞いてがっかりした。

1000年の汚染を避けるためになにをなすべきか、「世界史」は教えてくれていると思う。その思い

を人に伝えるのが「語り」であり、これにBGMを添えたものが「語りべのアリア」である。(完)

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

【事務局より】22号から連載しているシリーズ「社会福祉と医療政策・100話」は今回で完結です。全20回100話のテーマ一覧は下記の通りです。

● 1. 市民の登場 (『いのちとくらし研究所報』22号)

1. 十字軍あたりを起点に
2. ペストの大流行と『デカメロン』—少数派がみずからを隔離—
3. ルネサンスと解剖学—人間をより生き生きと描くために—
4. 絶対王政の侍医たち—ウィリアム・ハーヴェーからドクター・コンドームまで—
5. 市民革命と市民の医者たち—人間の可能性を求めて—

● 2. 産業革命へ (同23号)

6. 体内循環と社会における循環—「血液循環の原理」と『経済表』—
7. 「上からの改革」学—官房学・医事警察—
8. フランス大革命前後—臨床医学の誕生—
9. 軍医たちの集団医学—公衆衛生、社会医学へ—
10. 産業革命の後始末—工場法、改正救貧法、そして救貧医—

● 3. 国民国家へ (同24号)

11. 戦争と看護—ナイチンゲールの時代—
12. 医学と文学との接点—南北戦争前後—
13. 大日本私立衛生会と鹿鳴館—先駆者いろいろ—
14. ひた走る日本—中国衛生史における日本人学者—
15. 森鷗外における医学と文学—我ハ岩見人 森林太郎トシテ死セント欲ス—

● 4. 植民地支配へ (同25号)

16. 鉄血宰相ビスマルク—社会政策と海外植民地—

17. 列強はアフリカでなにをしたか—直線の国境が語るもの—
18. アメリカは西へ—ハワイ領有・米西戦争—
19. ボーア戦争とイギリスの苦悶—その時、モネは—
20. 帝国主義と貧困—ホームレス・センサス (1907、英)—

● 5. 第1次大戦・前後 (同26号)

21. 牛乳の配給—列強の母子保健政策—
22. 保険医の不満—社会政策的しめつけ—
23. 植民地再分割のための総力戦—第1次世界大戦—
24. 戦争で死ぬのは貧しい人達—看護婦の反ミリタリズム運動—
25. 学徒兵の死—『西部戦線異常なし』—

● 6. 保健・医療政策の時代 (同27号)

26. 戦死よりもインフルエンザ死—「スペインかぜ」の猛威—
27. 米騒動—買い占め、戦争成金、シベリア出兵—
28. 大正デモクラシー—その保健・医療版は—
29. 公権力の反省?—国連とILO—
30. 日本の「ミドル」と社会政策—健康保険法・前後—

● 7. 「戦間期」の問題 (同28号)

31. 耐久消費財革命—「ミドル」と国内植民地—
32. 繁栄のなかでも「医療の圏外」—アメリカ医療費委員会—

- 33. 社会衛生学の挫折と寄付口座—製薬産業の台頭—
- 34. 医師も公的救済の対象—世界大恐慌—
- 35. 危うし ワイマール共和国—インフレ・賠償・福祉支出—

● 8. 社会主義・社会福祉・優生思想 (同29号)

- 36. ソビエトへの視線—幼き社会主義への好意—
- 37. 福祉国家ヘースウェーデンの場合—
- 38. 社会ダーウィニズム・民族衛生—弱肉強食の正当化—
- 39. 断種と隔離—奴隷・移民・差別—
- 40. 公的健康保険—カナダ、オーストラリア、日本—

● 9. 市場型医療とファシズム (同30号)

- 41. 繁栄と貧困、そして人口流動
- 42. 「専門化」と市場型医療—雑誌 Medical Economics—
- 43. ハリウッド映画「白衣の天使」(1936)—看護婦のイメージづくり—
- 44. ヒトラーの社会政策—国家に対する「有用度」次第—
- 45. 国家目的と医療統制—日本医療団設立、社会事業は厚生事業に—

● 10. 第2次大戦と医療 (同31号)

- 46. 民間保険・ペニシリン・原爆—第2次大戦とアメリカ—
- 47. ベンタゴンの医療経済学—大兵力と医療マンパワーの計算—
- 48. 日本占領下の仏印・パスツール研究所—日本医学の「土人」観—
- 49. 出揃ったABC兵器—A(原爆) B(生物) C(化学)—
- 50. 第2次大戦がのこしたもの—医療・福祉的挿話として—

● 11. 健康と社会保障 (同32号)

- 51. 戦勝国と戦敗国—踏みにじられた途上国—
- 52. 占領と被占領—医療・福祉行政では—
- 53. 社会保障時代への入口—1950年勧告—
- 54. WHOの「健康」の定義—公権力、二度目の

反省?—

- 55. その後のABC兵器—冷戦からイラク戦争まで—

● 12. 運動・胎動の時代

- 56. 朝鮮戦争と看護—「特需」でもうける人、動員される人—
- 57. 医療における戦後改革—権利と運動—
- 58. 東アジアの変貌—中国、ベトナム、インドネシア—
- 59. 60年安保と国民皆保険—医療と政治—
- 60. 日本の医療団体—労働組合と職能団体—

● 13. 人口・途上国・貧困 (同34号)

- 61. 「場当たり」人口政策—「変わり身」は早い—
- 62. 中国の場合—巨大国家のとらえ方—
- 63. インドをどう見る—「農場つき病院」など—
- 64. 中・印ライバル物語—帝国主義の後追い?—
- 65. 貧困とバイタリティー—ラテン・アメリカでは—

● 14. ベトナム戦争前後 (同35号)

- 66. 経済成長と医療—GNPと国民医療費統計—
- 67. ベトナム戦争と医療—日米それぞれ—
- 68. 荒らされるアフリカ—少女は売春、少年は兵隊—
- 69. 疾病の自己責任論—ケガと弁当自分持ち—
- 70. 展望された70年代—無責任未来学と省力産業—

● 15. 社会階層と健康・医療 (同36号)

- 71. 5段階診療費(米)と5階層分類(英)—ランクづけいろいろ—
- 72. 階層間格差と市場化—「松・竹・梅」医療—
- 73. 貧困研究—振り出しにもどって—
- 74. 日本の「福祉元年」とオイルショック—短命だった老人医療無料化—
- 75. 原発と知識集約産業—「お受験」と競争社会—

● 16. 売り買い医療 (同37号)

- 76. 投資家所有型病院—病院の運命—

77. 医療政策における民主党と共和党—その古典的図式—

78. なんでも売り買い—医療ツーリズムへ—

79. 人の不幸もマーケット—医療過誤保険など—

80. 棄民・移民・流民—移民看護師、流民ヘルパー—

●17. 反社会保障の風（同38号）

81. 公費抑制トリオーレーガン、サッチャー、中曾根—

82. 受診抑制と病院つぶし—逆風の1980年代—

83. チームナーシングとナーシングホーム—看護も三層、ホームも三層—

84. 看護の変質—二重の代替—

85. 権力者の学習—医療問題の難しさ—

●18. 喪失と閉塞の時代（同39号）

86. ゆとりとクッションの喪失—コンクリートの巣箱のなかで—

87. もがきと暴力—そして虐待—

88. 彷徨的流動と「棲み分け」—トレーラー住民、

ホームレス、刑務所—

89. 貧困とテロリズム—その標的は？—

90. 展望をうばう勢力—軍・産複合体—

●19. 百話方式（同40号）

91. 100年100話の会—庶民史を勉強する会—

92. 『昭和史100話』の場合—昭和も遠くになり
にけり—

93. 『研究史100話』—後輩へのメッセージ—

94. 『聞き取ってケア』から『親子百年の自分史』
へ—聞き取りからはたらきかけへ—

95. 構想と執筆のすすめ—看護史、貧困史など—

●20. 医療・福祉職の世界史（同41号）

96. 座標軸の手入れ・補強—竜骨を据えて—

97. 連鎖的ストーリーメーカーそして発信—

98. 総記憶量のフラッシュ—裁判の証人と医療情
勢分析論—

99. 世界へ発信—日本の国保の歴史—

100. 語り・はたらきかけの時代—Narrative
Medicine—

中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修

『協同組合を学ぶ』（日本経済評論社、2012年、230頁、1900円）

黒子 和彦

イギリス産業革命による自由競争社会のなかで貧富の格差が顕在化してきたことに伴い、自分たちで運営する社会を目指すオウエン派初期協同組合やロッチデール公正先駆者組合が誕生する。当初は協同体づくりを目的としてきたが、関心が割り戻し（生活の向上）に移ってきたことを受け店舗経営や協同卸売組合などの消費者運動に力を入れ、公正な商売の原則に基づいたプライベートブランドを立ち上げるなど成功に結び付けてきた。

終戦後はアメリカの大量生産・大量消費の流れにより協同組合のシェアが低下し営利企業との競争に巻き込まれながらも「コミュニティに責任をもたなければならない」とガバナンスが見直され、存在するあらゆるステークホルダーを対象に運動を進めていくという原点に立ち返ることとなる。

紆余曲折を経ながら国際協同組合同盟（ICA）が承認した7原則（ロッチデールの理念と実践を継承）やレイドロー報告が示す協同組合の本質は、今日の協同組合運動において忘れてはならないものである。経済事業体と社会運動体という二重の性質を持って拮抗力（第三の力）を発揮すること、組合員参加のシステムに必要となる助け合うことの理解や根底となる人間的な性格を身につけるため教育が重視されていることのもつ意味は大きい。

敗戦からの再建、食糧難から必然的に発生した日本における戦後の協同組合運動は、員外利用規制や県境規制などが課せられ、事業や運動の拡大が制限されてきた。その中で「班」「共同購入」などの優位点を見出して成長し、世界的にも注目される存在となった。

新自由主義に端を発する格差社会の若年層への影響を踏まえ非正規労働者にもやりがいのある仕事を提供するなど雇用対策にも力を入れてきた。事業体としての経営目標と運動体としての社会的目標の達成は、困難だが譲ることのできない使命



であり、協同組合運動を若年層とともに進めることに注力しなければならないと感じる。また農協や漁協などは互いに影響し合うことはほとんどなく「単一のステークホルダー」を対象として発展、共済事業もそれぞれが別々に展開することとなり、協同組合陣営の一体性という点では課題として残されている。

一人一票の議決権を行使し責任を履行する自治・権利・責任・参加をコアとしたシチズンシップ、多様な市民同士の間で深く厚い関係を築くプロセスが重要であることを示す「コミュニケーション・コミュニティ」のあり方など、これまで必要と感じ行ってきたことが図らずもICA原則に沿っており、協同組合人の一翼を担っている実感を得ることができた。

虹の旗にも込められている「統一性の中の多様性、多様性の中の統一性」の理解を深め、「社会改革のインスピレーション」を磨きながら、「個人的QOLの社会化、社会的QOLの個人化」を追求していきたい。

（くろこ かずひこ、庄内医療生活協同組合 鶴岡協立リハビリテーション病院 事務次長）

中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修

『協同組合を学ぶ』

(日本経済評論社、2012年、230頁、1900円)

中島 崇博

協同組合原則がロッチデール公正先駆者組合の成功を基に定められるに至った経緯が分かりやすく解説されている。イギリス産業革命時代に多くの労働者たちを短命とし、極度の貧困に貶めた自由競争社会の弊害に対し、コミュニティーの力で対応しようと試みたのが協同組合運動の始まりであった。その後のオウエン派初期協同組合運動の失敗を糧にロッチデールの先駆者たちが成功を収めるまでの歴史の記載が非常に具体的で理解し易い。どのような職業に従事しようとも、自分たちの勤め先のルーツを理解しているか否かで目指すゴールが違ってくる。そういった意味からも協同組合に従事するものとして最低限理解しておくべき事項であると感じる。また、個人的には「利用割戻し」の始まりが、お金はアルコールに消えるという、まさに貧困労働者層の生活状況に即した対応であったことに驚きと大きな共感を覚えた。

戦後日本の協同組合は、消費生活協同組合法によって「員外利用」「県境」「信用事業」などを強く規制されるという逆境に対し、共同購入、オリジナル商品開発といった独自のアイデアを遺憾なく発揮してきた。一方で商品をめぐる不祥事など、成功と失敗を繰り返しながら今日まで発展してきたといえる。また、この逆境から生まれた遺産として労働金庫法の制定があることも今後の協同組合運動を担ううえで忘れてはならないだろう。

東日本大震災を契機に人と人との絆の重要性が多くの国民の意識に根付いている。しかし人々の意識をよそに未だ多くの被災者が仮設住宅での生活や自宅を離れての避難を余儀なくされている。まさに協同組合の力が大いに発揮されるべき時であり、その真価が問われている。これまで協同組



合は多くの逆境に立ち向かいその都度成長を遂げてきた。その成長は事業体としてはもちろんであるが、運動体としてのものが大きいと考える。人を想う心そのものが協同組合だということを本書は教えてくれる。

「事業体としての経営目標と運動体としての社会的目標との両方を追求しなければならない」という協同組合の宿命に少なからず日々翻弄されていたが、「基本的な社会の枠組みを維持したり、またより人間的な社会秩序を形成したりしていくのに役立つ諸条件を再生産するための手段として事業を位置付けている」ことを今さらながら学ぶことができ、今後自分が全うすべき協同組合運動の方向性を改めて確認することができた。人を想う心を常に抱き、新しい社会秩序の形成に向けて奔走していきたいと思う。

(なかしま たかひろ、庄内医療生活協同組合
鶴岡協立病院 医局担当事務次長)

【事務局ニュース】 1・2012年度研究助成決定

2012年度は応募総数22件となり、下記の研究に助成することが決定しました。

○2012年度助成研究（共同研究3件、個人研究2件、合計240万円）

- ・共同、金澤誠一ほか、「近年の最低生活費の算定方法に関する研究」、40万円
- ・個人、吉井美奈子、「妊産婦・幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究—東日本大震災前後、及び地域比較—」、30万円
- ・共同、高山一夫ほか、「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」、80万円
- ・個人、谷川千佳子、「都市部および遠隔地における病院看護労働の構造分析」、30万円
- ・共同、川島ゆり子ほか、「社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究—社会的排除の構造分析をてがかりとして—」、60万円

【事務局ニュース】 2・会員募集と定期購読のご案内

会員募集 「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし」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『いのちとくらし研究所報』を追加購入される場合、会員価格でお求めいただけます。なお会員への機関誌送付部数は、団体正会員1口5部、個人正会員1口1部、団体賛助会員1口2部、個人賛助会員1口1部となっています。

○会員の種類

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

○会費（年会費）

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

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

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

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第40号（2012年10月）—自治体病院再編動向

- 巻頭エッセイ「生存権と健康権」野田浩夫
- 2012年度定期総会記念講演「福島原発以降の生命科学—私のミミズ研究」中村方子
- 座談会「新自由主義政治の現段階といのちを守る社会運動の課題」渡辺治、長瀬文雄、（司会）河添誠
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第7回研究会報告
 - （1）「自治体病院の再編等をめぐる最近の動向について」山本裕
 - （2）「千葉県自治体病院の2009VS2010経営実績比較」八田英之
- 「フライブルク市の医療福祉サービスの非営利・協同事業組織」石塚秀雄
- 書評 二本立著『TPPと医療の産業化』角瀬保雄
- 社会福祉と医療政策・100話（91-95話）「19 百話方式」野村拓

●第39号（2012年8月）—TPPと共済・医療。福島と非営利・協同

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

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

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

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

- 巻頭エッセイ「震災の顔と私たちの明日」藤末衛
- 「福島原発問題と市民社会のゆくえ—いのちとくらしをどうまもるか—」難波謙二
- 「福島の汚染周辺地域の生活は今」藍原寛子
- 「原発以後の日本の市民社会、地域共同体のありかたとは」大高研道
- 「復興構想会議の復興構想7原則の問題点」石塚秀雄
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第6回研究会報告「自治体財政と公立病院」初村尤而
- 「フランスの医療事故補償制度の最新動向」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話（76-80話）「16 売り買い医療」野村拓

- 書評 小村富美子著『日本の薬剤師—医療社会学の視点から—』廣田憲威
 - 書評 キース・フォークス著、中川雄一郎訳『シチズンシップ—自治・権利・責任・参加』富沢賢治
-

●第36号（2011年9月）—震災原発と日本のゆくえ

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

●第35号（2011年6月）—震災原発問題と人々の協同

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

●第34号（2011年3月）—特集：持続可能な社会システムに向けて／地域と医療保健

- 巻頭エッセイ「先進医療技術を享受して」鈴木篤
 - 「低炭素社会への課題：緑の経済成長とグローバル化の視点から」植田和弘
 - 「新自由主義VS連帯経済」北沢洋子
 - シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント」（その2）杉本貴志、中川雄一郎、八田英之、司会：石塚秀雄
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第3回研究会報告「地域医療：自治体病院の再生について考える」山本裕
 - 「韓国の非営利・協同医療機関訪問記」角瀬保雄
 - 「医療・福祉政策学校（通称、赤目合宿）の歩み」高木和美
 - 「共済法の課題と展望—PTA・青少年教育団体共済法の成立と平成22年保険業法の改正を踏まえて—」松崎良
 - （寄稿）「命平等の国づくりを」小林洋二
 - 社会福祉と医療政策・100話（61—65話）「13 人口・途上国・貧困」野村拓
 - 書評：農林中金総合研究所企画、斉藤由理子・重藤ユカリ著『欧州の協同組合銀行』平石裕一
-

●第33号（2010年12月）—特集：社会的薬局／地域と医療保健—

- 巻頭エッセイ「条件不利地こそ協同の力の発揮どころ」田中夏子
- シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント（その1）」富沢賢治、八田英之、坂根利幸、司会：石塚秀雄
- 「欧州における社会的薬局の活動について」廣田憲威
- 「ヨーロッパの社会的薬局」石塚秀雄
- 第8回公開研究会報告「佐久病院の概況と再構築計画について」油井博一

- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第2回研究会報告「保健師の仕事」菊地頌子
- 「シンポジウム 国境を超える患者と病院（2010年8月28日）参加報告」竹野ユキコ
- 「EUにおける越境医療ルールづくり」事務局
- 「韓国の社会的経済と医療—新しい取り組み手の登場」エリック・ビデ、訳：石塚秀雄
- 「社会的事業所制度と障害者の労働」斎藤藤三
- 社会保障と医療政策・100話（56～60話）「12 運動・胎動の時代」野村拓
- 2007年度研究助成概要報告『「多摩市民生活実態についてのアンケート」調査結果の概要』近澤吉晴
- 書評 「分かち合い」の経済社会は実現できるのか—神野直彦『「分かち合い」の経済学』小塚尚男
- 書評 石田一紀、埜田和史、藤本文朗、松田美智子編『高齢者介護のコツ～介護を支える基礎知識』川口啓子

●第32号（2010年8月）—特集：社会保障と社会の危機—

- 巻頭エッセイ「私と研究所」角瀬保雄
- 「社会保障の機能不全とその克服をめざして」伊藤周平
- 定期総会記念講演「学校は子どもの貧困を救えるか」青砥恭
- 「韓国の介護保険制度と市民社会（NPO・NGO、労働組合）（下）」秋葉武
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第1回研究会報告「千葉県と宮城県の『地域医療再生計画』について」八田英之
- 社会福祉と医療政策・100話（51～55話）「11 健康と社会保障」野村拓
- 「医療ツーリズムの概観と問題点」吉中文志
- 2005年度研究助成概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代
- 書評 宮本太郎著『生活保障』安井豊子
- 書評 中川雄一郎監修、非営利・協同総合研究所のちとくらし編『地域医療再生の力』松本弘道
- 医療産業における労働力③「フランスの医療機関、医療専門家数と報酬」石塚秀雄

●第31号（2010年5月）—特集：非営利・協同と労働—

- 巻頭エッセイ「定年・退職に思わぬ落とし穴～最新治療と自己決定」森川貞夫
- 「労働政策の転換と非営利・協働セクターの役割」柳沢敏勝
- 「生協事業構造再編と労働力構成の変容」田中秀樹
- 「韓国の介護保険制度と市民社会（NPO・NGO、労働組合）（上）」秋葉武
- 「都立駒込病院PF1の問題点」大利英昭
- 2006年度研究助成概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」
- 翻訳ILO報告文書（2009.10）「トルコの社会的経済または『サードセクター』—社会的脆弱性を減らし、セーフティネットとディーセントな仕事作りによる社会的責任の推進—」石塚秀雄、竹野ユキコ
- 社会福祉と医療政策・100話（46～50話）「10 第2次大戦と医療」野村拓
- 書評佐藤貴美子『われら青春の時』早川純午
- 医療産業における労働力②「ドイツの医療労働従事者（2008）」石塚秀雄

●第30号（2010年3月）

- 巻頭エッセイ「いない人間は誰一人いない」長瀬文雄
- 『療養の給付』の外堀—介護保険・障害者自立支援法・保育改革—後藤道夫
- 「医療事故被害者救済制度のメカニズム—過失責任主義と無過失補償制度—」我妻学
- 投稿「事務労働概念の考察—先行研究を遡って」川口啓子
- 「オバマ政権の医療改革動向」高山一夫
- 第12回自主共済組織学習会報告「米国の生命保険と生命共済」松岡博司
- 投稿「ベトナムの医療・看護・介護は今—私たちの学ぶことは—」藤本文朗、渋谷光美、関山美子
- 海外情報：翻訳「フランスの『人体の不思議展』に中止判決」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話（41～45話）「9 市場型医療とファシズム」野村拓
- 「都立病院再編の現段階」石塚秀雄

- 書評『いのちの平等をかかげて—山梨勤医協50年のあゆみ』角瀬保雄
- 「民医連総会、活発な議論」事務局
- 「医療産業における労働力①イギリス、イングランド」石塚秀雄

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.40 (2012. 12. 31発行)

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

○No.39 (2012. 08. 31発行)

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

○No.38 (2012. 05. 31発行)

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

○No.37 (2012. 02. 29発行)

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

○No.36 (2011. 12. 10発行)

理事長のページ「「失敗の新自由主義」：オバマ政権は真剣に失業と向きあっているか」(中川雄一郎)、副理事長のページ「ゆりかごからゆりかごまで」(高柳新)、「ドイツの電力供給の経済セクター」(石塚秀雄)、本の紹介・京都民医連中央病院大震災災害支援対策本部編『東日本大震災の支援活動の記録—災害支援と地域づくり—暮らしに生きる学問をめざす』、せせらぎ出版、2011年11月(事務局)、井上英夫・後藤道夫・渡辺治編著『新たな福祉国家を展望する(社会保障基本法・社会保障憲章の提言)』旬報社、2011年10月(細田悟)、「第10回全日本民医連学術・運動交流集会、生協総研生協総研賞第8回表彰事業受章式に参加して」(竹野ユキコ)

○No.35 (2011. 09. 20発行)

理事長のページ「デンマークとイギリスを訪ねて」(中川雄一郎)、副理事長のページ「戦争、原発を商いにする世の中は駄目だ」(高柳新)、「アメリカの災害対応ガイド」(石塚秀雄)、参加報告「医療・福祉政策学校 夏季合宿概要」(竹野ユキコ)、会員アンケートまとめ

○No.34 (2011. 5. 20発行)

理事長のページ「原子力発電(原発)のリスク認識とシチズンシップ」(中川雄一郎)、副理事長のページ「3.11事件」(高柳新)、副理事長のページ「東日本震災と『バランス』」(坂根利幸)、理事リレーエッセイ「税と社会保障の一体改革」(相野谷安孝)、「アメリカの電力協同組合」(第3回C I R I E C、社会的経済第3回国際研究会開催される—スペイン、バジャドリッド)「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」(石塚秀雄)

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

研究助成報告

- 「非営利・協同に関する意識調査」(岩間一雄)『いのちとくらし研究所報』16号

- 「往診専門診療所の満足度調査」(小川一八)『いのちとくらし研究所報』17号

- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡 公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号

- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号

- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号

- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号

- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演

- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号

研究助成報告

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

ISBN 4-903543-00-5 2006年6月発行（在庫なし）

(978-4-903543-00-0)

目次

I. 医療における非営利・協同組織の役割

- 1章 NPO論の到達点と課題
- 2章 アメリカ医療事情断章—医療保険市場における選択と規制—
- 3章 米国の保健医療セクターと非営利病院

II. ワシントンD. C. 現地調査報告書

1. アメリカ看護管理者団体
2. アメリカ病院協会
3. ジョージ・ワシントン大学病院
4. サバーバン病院ヘルスケア・システム
5. アメリカ糖尿病協会
6. バージニア病院センター
7. シブレイ記念病院
8. ブレッド・フォー・ザ・シティ
9. プロビデンス病院
10. ユニティ・ヘルスケア

III. 結語

参考資料（現地視察企画書）



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

2007年9月発行

ISBN 978-4-903543-03-1

目次

第I部

- 第1章スウェーデンにおける社会的経済の現段階
- 第2章イエムトランドの地域特性と課題
- 第3章イエムトランドの社会的経済と支援体制

第II部

- 第1章医師不足に直面する地域における医療協同組合実践の展開
- 第2章新しい障害者生活支援協同組合の実践

参考資料



研究助成報告

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

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

目次

- I. 目的
- II. 対象
- III. 研究方法
- IV. 結果
 - 1) C P I T N（歯周治療必要度指数）の推移調査結果
 - 2) う蝕・歯周病リスクの8クラス分類とその分析結果
 - 3) A-Bグループ間の分析結果
- V. 結果
- VI. 考察

参考文献



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

2010年6月発行

ISBN 978-4-903543-07-9

〈目次〉

序章はじめに

- 第1章 全国的な医療の危機とその原因
 - 第2章 大変な事態を迎えている日野市立病院の今
 - 第3章 日野市立病院問題を深刻化させた日野市の病院政策の問題点
 - 第4章 日野市立病院が担う医療と市民・職員の声
 - 第5章 日野市立病院の危機打開にむけて—病院の職員、市民、行政の共同を
- 終章 まとめ
- 補論 憲法25条と今日の医療保障
- 参考文献
- （資料）



【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

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

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

【次号42号の予定】 (2013年3月発行予定)

- ・介護保険制度と非営利・協同セクターの事業、現状と課題
- ・憲法と協同、シチズンシップ
- ・地域医療政策と自治体病院問題ワーキンググループ報告
- ・(新連載) 医療政策・研究史 (1)

【編集後記】

今号の特集は生活保護基準引き下げの問題点を取り上げました。引き下げによる影響は他の制度に直接つながることが明らかにされています。地域医療の中で占める自治体病院の役割については、石川県奥能登を中心に報告がありました。また野村拓先生の連載は今号20回となり、完結します。次号からの新連載にもご期待下さい(竹)

【投稿規定】

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

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

(これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです)。

4. 採否

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

5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

6. 執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと(手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます)

② 投稿原稿は返却いたしません。

③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる(「ですます調」または「である調」のいずれかにすること)。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。

④ 図表は基本的に即印刷可能なもの(にすること(そうでない場合、版下代が生ずる場合があります)。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

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

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

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

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