

いのちとくらし

第50号 2015年3月号

目次

- 巻頭エッセイ：「地域連携」雑考 ……………増田 剛 1

【特集】 「政府の成長戦略・改革」と非営利・協同セクター

- 医療における構造改革型「地方分権」の担い手創出一国保都道府県化のねらいと皆保険体制解体― ……………後藤 道夫 2

- 未確立な医療をはびこらせ、健康保険制度の秩序を壊す「患者申出療養」の危険 ……………高橋 太 7

- 協同組合における非営利とは何か―農協「改革」の非現実性―
……………田代 洋一 13

- 政府主導の「農協改革」と協同組合の株式会社化―その狙いと危険性―
……………堀越 芳昭 17

- 講演：非営利・協同と協同労働……………角瀬 保雄 24

- 最近の社会的経済研究動向―社会的経済システム比較ワーキンググループ報告より― ……………竹野 政史 30

- シリーズ医療政策・研究史（8）：「日本医療団」再考……………野村 拓 34

- 津波被災地の医師からの報告―気仙沼市医師会の活動と防災対策、地域医療 ……………森田 潔（まとめ：竹野ユキコ） 42

●投稿論文

貧困者・生活困窮者の自立・発達に適合性をもつ福祉供給組織のあり方についての考察―非営利・協同組織に着目して― ……………石坂 誠 47

- 2012年度研究助成研究概要報告：「近年の最低生活費の算定方法についての研究報告書」の概要 ……………金澤 誠一 60

・ワーキングペーパー、研究助成報告一覧……………41、68

・ブックレット、報告書、機関誌・ニュースバックナンバー……………46、59、71

（表紙写真：前沢淑子）

「地域連携」雑考

増田 剛

先日、市内公的基幹K病院のS先生の送別会を行った。参加者は当院前院長とS先生と私の3人。3人の共通項は消化器内科医師、前院長とS医師は同窓だ。定年を迎え郷里に戻り、両親の面倒をみながら故郷の地域医療に携わっていくことを選択したS先生への激励とこれまでのご厚意への感謝の意味を込めた小会であった。S先生は私にとって「兄貴分」的存在で、特別に個人的に送別会をする理由がある「恩人」である。

大学時代、様々当局と反目した私は、卒業後同期12人で民医連に参加した。民医連の初期研修はまだまだ未整備で野戦病院のであったが、無差別・平等の理念の下に臨床経験を積むことが出来る魅力的な現場であった。専門医資格もアカデミズムも無用、と、今思えば随分青臭いことを主張し、一種孤高に、実力を身に付けるべく、がむしゃらに研修した。初期研修後、消化器をサブスペシャルに選択し、それなりに学問的関心が芽生え始めた頃に出会ったのがS先生である。20年以上も前になるが、何かの勉強会後の懇親会で意気投合し、そのまま2人で二次会となった。「大学からのローテーターでは地域医療は守れない、地域に根ざした医師が必要だ」と熱っぽく語るS先生に、普段は縁がないと思っていたK病院にこんな熱い医師がいたのか、と新鮮な感動を覚えたのを今でも良く覚えている。まだ「地域連携」などという概念が良く理解されていない頃の話である。

そのことが1つのきっかけにもなり、地域医療を担う医師の在り方をより深く考えるようになった。専門性を磨くことや資格を得ることについても発展的に捉えるようになり、自身の関わる専門分野で、他施設の同業者からも認められるような仕事をする事無しには、結局、地域や患者の信頼は得られないということを強く意識するように

なった。

その後S先生はK病院消化器内科のトップとして活躍され、地域の消化器診療の水準向上に大きく貢献された。当院はK病院とS先生のお蔭で消化器系2学会（消化器病、肝臓）の資格取得が可能な施設になった（内視鏡は独自に可能）。私自身はS先生からのお誘いで、幾つかの研究会の世話人となり、その縁で各基幹病院の幹部医師や医師会の重鎮との付き合いが一気に広がった。

昨年度から、私は地元医師会の理事に選出され、今までと少し違った角度から地域の医療や介護の発展に微力ながら関与出来る機会を得た。医師会の先生方の真剣さに触れ、S先生の時と同様の「新鮮な感動」を味わい、新たな出会いと新たな発展が予感される今日この頃である。手前味噌ながら、この20数年間にこの地域での当院のプレゼンスは格段に向上し、基幹病院の一角としての期待を受けるようになったと感じている。当院の独自の努力では到底なし得ないことであり、数々の共感や厚意、配慮や連帯の賜物であることは言うまでもない。

今や「地域連携」を重視することは至極当たり前のことであるが、その成否はそれを行う「人」にかかっているのだと今更ながらに思う。多くの人と人とが織り成す人間模様が良くも悪くもその質を決定すると感じるのである。「顔が見える連携」とはよく言ったものだ。それはただ会うことでは勿論ない。出会って、関わって、高め合うことだ。そんな「地域連携」が出来れば、明るい未来が少し見えそうだ。

（ますだ つよし、全日本民医連副会長・埼玉協同病院院長）

医療における構造改革型「地方分権」の担い手創出

——国保都道府県化のねらいと皆保険体制解体——

後藤 道夫

国民健康保険が都道府県単位化されようとしている。この医療保険改革は昨年の「医療・介護総合確保法」等とあいまって、日本の医療を大きく変える可能性が高い。その予想される結果を一言で表せば「国民皆保険体制の解体」である。

日本の皆医療保険は、「強制加入」ととどまらず、「いつでも、どこでも、誰でもが、保険証一枚で必要な医療を必要なだけ受けられる」こと、つまり、①保険証無条件全国国民交付、②全国统一給付・フリーアクセス、③有効・安全な治療法は保険収載、④医者が必要と考えて本人も納得する治療への上限なし保険給付、を内容とするものである。単なる強制加入と区別してこれを「皆保険体制」とよぼう。

皆保険体制はその理念通りに運用されてきたわけではない。高額な保険料を支払えない被保険者に対する給付制限、医療過疎など、その「歪み」は年々拡大されており、1990年代半ば以降の構造改革は耐え難いまでにそれを拡大した。だが、安倍政権の医療改革はこうした歪みの拡大という域を超え、この①～④にたいする「総攻撃」を別表（次頁）のように開始したのである。

国保の都道府県化はその中心的施策である。この小論では、こうした「総攻撃」のなかで、国保の都道府県化が意味するところを概観したい。

なお、安倍医療改革は、小泉政権と同様の医療費抑制を目標とするだけでなく、医療の本格的営利産業化・成長産業化を同時に追求している。むしろ政治的にリードしているのは後者であり、前者は、後者との相互作用によって、いっそう仮借のないものとなっている。紙幅の関係で、そうした全体像については別稿（『大国への執念』大月書店、第3章）および近刊の共著（岡崎・中村・横山・福祉国家構想研究会共編著『安倍医療改革と皆保

険体制の解体——成長戦略が医療保障を掘り崩す』大月書店、2015年3月）を読んでいただきたい。

1. 都道府県単位化の目的 ——医療における構造改革型 「地方分権」の担い手の創出

公的医療保険を都道府県単位に作りかえる方針は、2003年3月小泉政権時に閣議決定されている。2008年には後期高齢者医療制度が創設され、政府管掌健康保険は都道府県ごとの「協会けんぽ」に再編成された（ともに2006年法改正）。今回、国保の都道府県単位化が実施されると、共済と組合健保を除き、都道府県ごとに組織された医療保険の被保険者は、約8,800万人（国民の69.3%）を数えることとなる。

医療保険の都道府県化は保険財政安定化を主目的としたものではない。政管健保はもともと全国一本であったものを、わざわざ都道府県単位に分割したことからもみてもこれは明らかだろう。小泉政権の閣議決定に先立つ厚労省試案（「医療保険制度の体系的あり方について」）では、医療保険の単位が都道府県とされるべき理由が以下のように述べられていた。

「（1）保険者として安定的な運営ができる規模が必要であること、（2）各都道府県において医療計画が策定されていること、（3）医療サービスはおおむね都道府県のなかで提供されている実態があること、を考慮すれば、都道府県単位を軸として保険者を再編・統合すること」によって「保険者が地域の実情に応じ、保険者努力を反映した保険料の設定が可能となる」。「政管健保については、全国一本の制度となっているため、医療費の地域特性を反映した保険運営やきめ細かな被

別表 安倍政権の医療改革・介護改革 一覧表

分野別	改革事項	法制度改革・予算措置等の時期
医療・健康産業競争力強化	i 健康・医療戦略室(「医療、医薬品、医療機器を戦略産業として育成し、経済再生の柱とする」)	2013年2月、内閣官房に設置
	ii 健康・医療戦略本部設置	2013年3月、本部設置は閣議決定。本部長は首相
	iii 健康・医療戦略推進法	2014年通常国会で成立、法による健康・医療戦略推進本部(本部長は首相)発足2014年6月
	iv 独立行政法人医療研究開発機構の設立	2014年通常国会で法成立。2015年4月設立
	v 法にもとづく「健康・医療戦略」(「疾病予防、慢性期の生活支援等を念頭においた公的保険外の新しいヘルスケアサービスの市場を創出」)	2014年7月閣議決定
	vi 国家戦略特別区域法、国家戦略特区諮問会議、国家戦略特区会議	2013年12月法成立、2014年5月制度始動
医療制度	a 7:1(看護)入院基本料適用病種の要件厳格化・地域包括ケア病棟入院料の新設	2014年4月診療報酬改訂
	b 病床機能に関する情報を都道府県に報告する制度(病床機能報告)の創設	「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(「医療介護総合確保法」) 2014年通常国会で成立
	c 都道府県の医療計画における地域医療構想の策定の義務化	
	d 地域医療介護総合確保基金の新設(2014年度公布額904億円)	
	e 医療提供体制管理のための都道府県の権限強化	
	f 医療法人間の合併、権利移転に関する制度等の見直し	
	g 地域における医師、看護職員等の確保、および勤務改善の支援	2015年中に制度改正
	h 医療職種の業務範囲および業務の実施体制の見直し	
	i 非営利ホールディングカンパニー型法人制度の新設	
	j 地域医療構想に整合的な医療費適正化計画へ 時期、項目等の見直し	
	k 国保の保険者を市町村から都道府県へ。保険料は市町村が徴収し、分賦金として都道府県に収める。分賦金額は都道府県が市町村の医療費水準と所得水準を考慮して決める	2015年通常国会で法改正予定(実施は2015年度から2017年度までに順次の予定)
	l 国保財政安定のために消費税から1700億円、プラス、健保からの後期高齢者支援金の総報酬割採用による増収分から1700億円(2017年度以降)	
	m 被用者保険者にかかる後期高齢者支援金をすべて総報酬割に(組合健保・共済組合負担増、協会けんぽ軽減)	
	n 協会けんぽへの財政支援(現行の国庫補助率16.4%を当分の間維持する)	
	o 国保および後期高齢者医療制度の低所得者の保険料負担の軽減(相対的高所得の低所得者を支援。すでに7割軽減となっている低所得者は現行どおり)	
	p 後期高齢8.5割、9割の軽減特例を本則の7割に戻す(「負担における公平性の確保」)	
	q 所得水準の高い国保組合の国庫補助の見直し	
	r 国保保険料の賦課限度額および被用者保険の標準報酬月額の上限額引き上げ	
	s 入院時の食料費負担に調理費用を加える。	
	t 紹介状なしの大病院受診時の定額負担金導入(5000円～1万円)	
	u 保険外併用療養費制度への患者申出療養(仮称)の新設(さらなる混合診療拡大)	2015年1月から予算措置で実施
	v 高額療養費の見直し(高所得者引き上げ、中低所得者引下げ、地方税非課税層変化なし)	
	w 70歳～74歳の一部負担金の2割負担化⇒5か年かけて完全実施	2014年4月から予算措置で実施
	x 難病および小児特定疾患の医療費助成の制度の確立	難病法 2014年通常国会成立
介護保険制度	A 在宅医療および在宅介護の連携の強化(在宅介護医療連携拠点設置)	2014年通常国会で成立(実施は2015年度から2017年度までに順次)
	B 高齢者の生活支援および介護予防に関する基盤整備	
	C 認知症にかかる施策	
	D 要支援者への支援の見直し(介護保険給付対象から外し、市町村の地域支援事業へ切り替え)	
	E 一定の所得を有する利用者の負担を引き上げ(1割⇒2割へ)	
	F 介護三施設の補足給付支給要件に資産を加え、収入には遺族年金、障害年金も換算。世帯分離は認めない	
	G 特養ホーム新規入所対象者の見直し(中重度者～要介護3～5に限定)	
	H 低所得者高齢者の保険料負担軽減、最高軽減率をこれまでの5割から7割に	
	I 介護納付金の算定方法を被用者保険は総報酬割を導入	後期高齢者支援金改正の実施を踏まえ必要な措置
	J 介護報酬2.27%減(引き下げは9年ぶり)	2015年度予算
生活保護	K 生活保護法改正	2013年12月成立
	K 生活扶助基準引き下げ2013年8月開始。生活保護法改正2013年7月施行。困窮者自立支援法2013年12月成立、2015年4月施行。住宅扶助特別基準・冬季加算引き下げ2015年7月実施予定	

注 vi 慶應義塾大学病院等三病院、英米仏等の承認医薬品で未承認医薬品の迅速な先進医療適用。大阪大学医学部附属病院等三病院にも適用。病床規制の特例、公益財団法人先端医療振興財団、眼科30床。東京圏、公益財団法人がん研究会等四病院に先端医療で計69床。外国人医師の特例、東京圏6病院。

b 2014年10月から開始。

c 2014年9月「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」(厚労省)設置。2015年1月を日処にガイドライン作成予定。
2014年9月「医療費支出目標」の算定式の検討等のための「医療・介護情報の分析・検討ワーキンググループ」(社会保障制度改革推進本部)検討開始。

u 2014年11月 中央社会保険医療協議会総会、患者申出療養制度の枠組合意。

K 医療扶助を用いた診療ではジェネリック医薬品の使用が原則に。

出所：この付表は、岡崎・中村・横山・福祉国家構想研究会共編著『安倍医療改革と皆保険体制の解体——成長戦略が医療保障をほり崩す』大月書店、2015年3月、による

保険者サービスが困難となっている」。

明らかなように、これは、「地方分権改革」の医療版を企図したものである。都道府県が医療費抑制の主体（「保険者努力」、「医療費の地域特性を反映した保険運営」）と同時に、医療費調達の主体（「保険料設定」）である状態、つまり、医療の都道府県責任化を目指しているからである。2013年の「社会保障制度改革国民会議報告」は、国保の都道府県化の目的を、「都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする」と述べているが、同じ論理である。

もともと、小泉政権の「地方分権改革」は、地方自治体ごとの財政責任を拡大し、国を通じた所得の全国的再配分の規模を大きく絞り込むところに狙いがあるが、このことは同時に、医療を含む社会保障サービスや各種公的サービスが、地方自治体の財政責任の範囲内で行われるように、多面的な制度変更を行うことを意味していた。

ようするに、医療保険の都道府県単位化は、はじめから、医療保険における構造改革型「地方分権」の担い手を作り出す制度改革であったことがわかる。国保は自治体の関与を強く組み込んだ医療保険であるため、その都道府県化は、医療全体の都道府県責任化の要であった。なお、2009年の民主党マニフェストでも、国保と健保を統合して地域保険化するという方針が示されていた。

2. 社会保険としての国保の変質 ——地域互助組合としての国保へ

都道府県を「地域医療の提供水準」を絞り込む主体に転換させるには、保険給付が増大した場合には保険料を値上げするほかはない、という状態に都道府県を追い込む必要がある。保険料値上げを避けたければ、地域医療の提供水準を下げ、保険給付が自ずと減るようにするというわけだ。そのため、国保の都道府県単位化は、単なる対象地域範囲の拡大にとどまらず、国保財政のあり方を変える改革となる。大雑把に言えば、後期高齢者医療制度と介護保険のタイプの財政構造への転換である。

後期高齢者医療制度および介護保険では、保険

財政の最終的ファイナンスのための公費支出が想定されていない。赤字分は「財政安定化基金」から借金し、後に保険料をその分値上げして返済する仕組みである。

現在の国保には一時的な貸し出しをする都道府県単位の財政安定化基金は存在せず、市町村の公的支出によって赤字分をファイナンスしており、さらに、自治体によっては保険料があまりに高額にならないよう、あらかじめ自治体支出分を想定して保険料を設定することも行われてきた。

都道府県国保が後期高齢者医療や介護保険のタイプに転換すれば、保険給付の増加は保険料値上げに直結する。仮に、法律上は県費の支出が可能であっても、都道府県国保は、医療提供水準と保険給付が異なる多くの市町村をかかえるため、ファイナンスに県費を支出することは容易には政治的合意をえられないだろう。結局、保険給付が上昇し続けて保険料の引き上げが続くことがないよう、都道府県は医療費抑制に本格的に取り組まざるをえなくなる。

保険財政の構造の問題として述べてきたが、これは、大きく見れば、社会保険としての国保が＜強制加入、公的管理責任、公的財政責任＞という本来の社会保険の性格を弱め、社会保険以前の「互助組合」に接近するということである。介護保険創設そのものがそうした性格をもっていたが、その時代とさらに違い、現在は、国保への公的財政支出を保険料の適正化に限るべきだ、という主張が支配的である（たとえば「社会保障制度改革国民会議報告」2013年）。この主張に従えば、国保が健保と違って事業主負担分を欠くことへの対応として、公費が大規模に投入されてきたことは＜間違い＞となる。

これは、保険料の範囲内で（国から一定割合の補助が出るとしても）可能な保険給付を行うのが国保事業だという考えにならざるをえない。「負担に見合う給付」という言い方も同じである。現在の国保は、医師がアセスメントを行った必要な治療については、上限なしに保険給付を行って必要を充足するという思想でできている。「負担に見合う給付」ではなく、「必要に応じた給付」である。そのため、安倍医療改革がその意図の通りに進行すれば、国保の社会保険としての性格は大

きく変質する。

社会保障制度改革推進法の原案となった、自民党の「社会保障制度改革基本法案(仮称)骨子(案)」(2012.5)には、「自発的な意思に基づく共助」という一見意味不明な言葉が登場する。小泉内閣の頃から使われている独特の「自助・共助・公助」論にしたがい、ここでの「共助」は社会保険をさすが、強制加入であるはずの社会保険がなぜ「自発的な意思に基づく」とされるのか。自民党が社会保険は互助組合に変わるべきだと考えているとすれば、この発言は理解可能となる。社会保険以前の互助組合は、自発的意思にもとづく集団自助にほかならなかったからである。

強制加入原則も排除したいというのが、この文書を作ったグループの本音であろう。実際、その後の社会保障制度改革推進法、および、社会保障制度改革プログラム法では、皆保険に「原則として」がつくようになった。

ちなみに、厚労省は強制加入原則を維持する意思をもっていると思われる。だが、これも、先にみた「皆保険体制」の維持ではない。

3. 全国知事会との妥協とその不安定

もともと、全国知事会、全国市長会、全国町村会は、国保の「構造的問題」(加入者の高年齢、かつ、低所得)の解決を強く求め、「全ての医療保険制度の全国レベルでの一本化、一元化」(社会保障制度改革国民会議第五回会合2013.2.28)を要求していた。特に都道府県は、「構造的問題」を抱えたままで財政責任をとらされることに強い懸念を示しており、今回の制度改正をめぐる対政府協議においても、繰り返しその解決策を政府に強く求めてきた。

今回、全国知事会が国保の都道府県化に応じたのは、国保財政全体にたいする、新たな3,400億円の財政補助を政府が決めたためである(2017年度から満額)。うち1,700億円は消費税増税分から、残りの1,700億円は、健保と協会けんぽからの後期高齢者医療支援金を「総報酬制」に切り替えることによる増収分から、とされている。この3,400億円という額は、国保財政にたいして、市

町村が決算補填目的で「法定外繰り入れ」を行った額(2013年度で3,544億円)にはほぼ等しい。つまり、従来の国保の「構造的問題」を、当座はしのげる規模の額——きわめて高額の現在の国保保険料を前提しての話だが——である。

財界、首相官邸、経産省、財務省等がこうした妥協に応じたのは、まず、都道府県を医療費削減の主体に転化させる枠組の創出を重視したからであろう。

だが、国保に対するこの補助は、都道府県側の同意を確保し、<都道府県化によって保険料が大きく値上げされる>事態を当座は避けるための、政治的一時的な性格のものであり、長期に続く保障はない。さらに、急進的な医療費抑制をねらう財界、官邸等はできるかぎり速やかにこれを減額しようとするはずである。また、仮にそうした減額がなされなくても、この額が拡大されなければ、中長期的な医療費上昇によって保険料値上げは必至となる。

だが、少なくとも現時点での中心的争点は、そうした「支援」の量の大小ではなかろう。問題は、国保の社会保険としての性格の大幅後退を許すの可否にある。

4. 都道府県への「医療費支出目標」の押しつけ

これまで、国による医療費削減は、診療報酬の抑制、患者負担増による受診抑制、病床増加の抑制などによって行われてきた。2014年4月の診療報酬改訂では、7:1看護入院基本料適用病棟の要件厳格化と地域包括ケア病棟入院料の新設が行われ、急性期病床の削減がはかられている。

安倍医療改革は、こうした従来の誘導的な医療費削減策にくわえ、都道府県を医療費削減主体に転換しようとする。だが、都道府県が保険料の値上げを避けるために医療費削減の主体となるという枠組は、安定して機能するとは限らない。保険料値上げを避けたいのは政治的配慮であり、そうであるとするれば、提供体制を削減するなどして地域住民の反発を買うことは、政治的にいっそう危険なことかもしれないからである。

そのため、安倍政権は、都道府県に事実上強制

的に医療費削減を行わせるための、より急進的かつ重層的な手法を準備する。

その中心は、都道府県ごとに医療支出目標を定めさせ、目標管理型の医療費削減を行わせるというものである（「骨太の方針2014」）。これは小泉政権時に提唱され、日本医師会等の強い反対により頓挫していたものであり、当時は都道府県別医療費総額管理制とよばれていた。「骨太の方針2014」では、国が「都道府県が目標設定するための標準的な算定式を示す」とされ、国は都道府県の医療費実績、各法人からの「病床機能報告」、レセプトデータなどをもとにして算定式を作るという。

医療費支出目標は、都道府県が策定することとなった「地域医療構想」および第二期となっている「医療適正化計画」の見直しと連動する。

この目標が達成されなければ都道府県にはペナルティが科せられる。後期高齢者医療拠出金の加減算を行う（2014.4.22産業競争力会議・経済財政諮問合同会議での麻生財務大臣資料）、あるいは、すでに法律上は可能となっているが、都道府県別に診療報酬に差を付けるなどが考えられよう。

麻生大臣資料（同上）は、この支出目標は「例えば、医療費が少ない都道府県などを標準集団として、そこから年齢・人口構成等を補正して合理的な医療需要を算定。実際の医療費との乖離の原因（ジェネリック使用率など）をレセプトデータを用いて可視化させながら妥当な支出目標を設定。支出目標の達成のためにもレセプトデータを統合的に利活用」、「都道府県は、これを支出目標として医療費を適正化」と述べている。安倍政権が、都道府県ごとの支出目標算定を国の方式で行わせ、都道府県が国の意志の実行機関となる、強い目標管理方式を目指していることは明らかと思われる。

だが、これでは地域の医療要求が無視されることが十分に予想されるため、日本医師会および全国知事会は、政府の数値が都道府県にとっての「目標」とされることに強く抵抗している（厚労省「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」第一回会合2014.9.18における中川俊男氏発言、および、全国知事会2015.1.9「緊急要請文」など）。

医療費支出目標の「標準的な算定式」の位置づ

けと内容は、都道府県の医療費削減主体化に大きな影響を及ぼすと思われる。

5. 「地域医療構想」と医療提供体制の削減

医療費削減の中心をなす医療提供体制改革は、主として急性期病床を削減し、緩和期病床、回復期病床、さらに在宅へと患者を早期に移動させるという枠組を中心に構想されている。これは都道府県を改革主体として想定したものである。

昨年の医療・介護総合確保法によって、病床機能報告制度、都道府県による「地域医療構想」策定が定められ、同時に、「地域医療構想」の実現のために都道府県知事に各種の強い権限が制度化された。ひと言で言えば「知事に各医療機関の病床の機能区分を調整する強い権限をもたせ、都道府県を医療提供体制改革の主体に押し上げる」（岡崎ほか著、前掲書）体制の整備がすすんでいるのである。なおこの脈絡においては「非営利ホールディングカンパニー型法人」は、都道府県による医療（介護）提供体制改革のパートナーたることを期待されている。

また、すでに各保険者には「特定健診」等での「保険者努力」が課されているが、さらに、保険者となった都道府県を本格的に、医療機関への介入と受診規制に乗り出させる制度枠組が作られる可能性がある（同上書、参照）。

地域の医療提供体制のあり方は地域住民の命にかかわる問題であり、さらに、安倍医療改革は自由開業医制にもとづく現在の医療事業の姿を大きく変える改革である。そのため、たとえそれが進行するとしても、安倍医療改革はきわめて複雑な過程をたどるはずであり、その決着の一つ一つが「国民皆保険体制」の解体の程度を規定することとなろう。仮に国会で数を頼む強行採決が行われたとしても、医療提供体制と医療保険のあり方をめぐる闘争は、地域、市町村、そして都道府県における比重を大きくして、長期に続くと思われる。

（ごとう みちお、副理事長・都留文科大学名誉教授）

未確立な医療をはびこらせ、健康保険制度の秩序を壊す「患者申出療養」の危険

高橋 太

3月3日、国会に「患者申出療養」の創設を盛り込んだ医療保険制度改革法案が提出された。これは患者の申し出を「起点」に、保険外の医薬品や医療技術と健康保険との併用を認めるもので、現在の保険外併用療養（混合診療）の「評価療養」（先進医療等）、「選定療養」（差額ベッド等）に次ぐ第3類型となる。安倍首相は今国会（第189回通常国会）の施政方針演説で「改革断行」としてこれを挙げ触れたが、この新類型は全国で15の臨床研究中核病院の信頼を崩し、第一線医療に混乱を来す危険性が高い。医療倫理、健康保険の運用上も問題が大きい混合診療の拡大であり、批判が多い。そもそも混合診療とは何か、その現状と問題点、これに終着した経緯と、新設制度の危険性の順で、以下の小論で触れる。

◆混合診療禁止原則、最高裁も適法判断

健康保険制度は、保険診療と保険外の医療との混合を禁止している。これを巡り過去に係争となったが、2011年10月に最高裁は「禁止原則は適法」と判断を下し決着をみている。

1961年発足の健康保険制度は、国民が全員加入の「強制加入保険」とし、被保険者の保険料の負担を前提に「社会保険」として制度が設計された。経済力の多寡による離脱や、排除を禁じ、医療提供の公平性を確保する「皆保険」として出発した。この医療提供の原則は、「療養の給付」といい、「診療」そのものを給付し完結することとしている。憲法第25条の生存権保障に基づきこの「診療」は「必要十分」かつ「最適な」水準なものとなる。このことは公理として解釈・理解されてきているが、公式にも確認がされており、実は意外にも2003年3月28日に小泉政権が閣議決定した「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」が初めてである。違和感を覚える向きも多いと思

うが、これは健保本人3割負担へ改定した法律の附則に基づくもので、この「基本方針」に盛り込まれた「診療報酬の基本的な考え方」で、「少子高齢化の進展や疾病構造の変化、医療技術の進歩等を踏まえ、社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供される」と明確にされ、以降、歴代内閣で踏襲されている。また健康保険制度は未承認の医薬品使用や研究段階の医療などを「特殊療法の禁止」とする政策的措置をとっている。よって初診から「治癒」、「死亡」、「中止」のいずれかの終結まで、一連の診療行為は健康保険による診療（保険診療）で完結することになる（「一連の診療行為の法理」）。いわば「閉じられた世界」であり、保険外診療が混在することは論理矛盾を来すこととなる。

ただ、現実社会において医療・医学の進歩は日進月歩であり、これを全て健康保険に導入はしていない。保険導入がなされていない医薬品、医療技術などの利用の要望もあり、「折衷的」解決として一部混合診療を認め、厚生労働省の管理下で合法化しており、「保険外併用療養費」として制度化されている。

この仕組みはこうである。「療養の給付」とは、診療そのものの給付であり「現物給付」ともいうが、保険給付にはこれと別に「療養費の支給」、つまり「金銭支給」の方法がある。患者の治療費を「療養費」として支給するもので、これを利用して保険外との混合診療を可能としている。

一般的に、混合診療は保険診療への保険外診療の上乗せのように理解されがちだが、保険診療で完結しないものが、保険外の自由診療であり、自由診療の医学管理の下で行われている。この自由診療の診察や検査など保険診療との類似医療行為に着目し、保険給付の範囲と同等の部分に「療養費」を支給し、保険給付の範囲を越えた医療行為や医薬品などの部分の「残余」が、自費の特別料

金として患者の負担となり、外形上、「保険診療＋保険外診療」と見えるに過ぎないのである。

通常の保険給付では家族療養費や入院時食事療養費などで「療養費」は適用されているが、運用は本来の領収書を基にした患者への事後払いではなく、医療機関への代理支払いとし、「現物給付」化されている。これにより患者は治療費の全額を一旦、負担する必要はなく、法定の3割負担で受診ができる。療養担当規則に基づき、保険給付の範囲で療養費の支給がなされることになっており、治療費と療養費の乖離、齟齬は生じない。

要するに、混合診療とは、保険外の自由料金での自由診療への療養費の投入、健康保険財源の投入が、その本質である。

混合診療はそもそも問題が多く、医療界ではよしとしていない。保険外の費用を自費で負担するため健康保険に経済格差が導入され、経済的余力がない場合には、それが治療に必要な場合でも患者は諦めざるを得ない。また保険外の医療をカバーする民間医療保険「商品」と結びつき市場形成されると、保険外のまま固定化され保険導入されずに放置されたり、乗じて健康保険から医療技術や医薬品を外していき、保険給付の範囲を縮小する手段とされる危険性がある。

更には、最初のこととの裏返しでもあるが、混合診療は保険外の自由診療への健康保険財源の投入であるため、保険外を負担できる経済強者に強制加入保険で国民が納めた保険料が費消され「逆差別」となる。それ以上に、専門性の極めて高い医療は、医師と患者の医療情報への理解には圧倒的な差があり不当な医療に引き込まれる危険性も高く、安全性、有効性が確立された健康保険の世界の秩序が壊されかねない。保険外の費用は、自由料金の「言い値」であり法外な費用請求など、前者と併せ医師、医療機関のモラルが崩れる可能性がある。過去に、歯科医療で保険外の歯科材料使用の「差額徴収」が認められ、法外な請求が横行し国会でも問題にされるほど社会問題化しており、その惨禍は未だ尾を引いている。

◆保険外併用療養の誕生と先進医療の変転

合法的な混合診療は1984年に健保本人の1割負担とともに導入された特定療養費の誕生で、法的に制度化がなされる。これは差額ベッドなどの「選定療養」と、特定承認保険医療機関での高度な医療提供である「高度先進医療」の2類型として設定された。後者は厚労大臣により、実施施設と実施する医療技術を「1対1」の関係で個別に審査し「承認」というハードルの高い方法で運用され、前者は大病院での紹介なし初診、金属床総義歯、180日を超える入院、治験中の医薬品など、患者の選択を前提に、メニューが随時拡大されていった。

これが一転するのは、小泉政権下の2004年10月、首相より「混合診療解禁」の指示が下ったためである。当時、宮内義彦（オリックスCEO）を会長に戴く規制改革・民間開放会議や、竹中平蔵（内閣特命担当大臣・経済財政政策担当）など経済財政諮問会議の攻勢もあり、医療界、マスコミ、国民、国会を巻き込み、一大騒動となった。結局、衆参両院で「混合診療の導入に反対する請願」（日本医師会などで作る国民医療推進協議会が提出）が全会一致で採択（12月3日）される中、厚労大臣と規制改革担当大臣による「混合診療に関する合意」（12月15日）がなされ、これまでの特定療養費を再構成し拡充することとなった。

合意文書では、「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という国民皆保険制度の理念を基本に据えたものである」としつつ、「保険診療と保険外診療との併用に関する具体的な要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応することができるもの」とされた点がポイントとなっている。これにより、いろんなオーダーに全て応えることを確約する形となった。

翌年1月、小泉首相（当時）は、第162回国会の施政方針演説で「少ない患者負担でより多くの先進的な医療技術や医薬品を利用できるよう、安全面に十分配慮しながら、混合診療を解禁することにしました」と述べ、2006年に保険外併用療養費が制度創設されることとなった。

この制度は、保険導入を前提としない「選定療養」と、保険導入のための評価を行う「評価療養」の2類型で保険外の医療をメニュー化している。

「選定療養」は①差額ベッド、②歯科の金合金等、③予約診療、④大病院の紹介なし初診、⑤小児の齲蝕の指導管理、⑥180日以上入院、⑦リハビリなど保険の制限回数を超える医療行為、⑧金属床総義歯、⑨時間外診療、⑩大病院の紹介なし再診の10種類である。医療機関はこれらに関し、別途、自費の「特別料金」を徴収できる。これらは保険導入を前提としておらず、つまり病室の個室化や180日を超える入院などの保険給付はあり得ない、行わないことを意味し、ここへのリストアップは保険外としての明確な線引きとなっている。

一方、「評価療養」は、①先進医療、②医薬品の治験に係る診療、③医療機器の治験に係る診療、④承認後、保険収載前の医薬品の使用、⑤承認後、保険収載前の医療機器、⑥薬価基準収載薬品の適応外使用、⑦保険適用医療機器の適応外使用の7種類である。

先進医療は旧来の高度先進医療とは違い、施設と技術を「1対1」の関係で大臣が個別承認するのではなく、医療技術ごとに病床規模や医師数、専門医数、実績などの要件を規定した「施設基準」を設定し該当施設が届け出をする方式に変え、技術も先進性を考慮に中等度レベルにまで広げたものである。

それまでの高度先進医療は心臓移植や遺伝子診断など、研究段階を経て一部の医療機関で実施されていた「高度な」医療技術を対象にしていたが、先進医療は「必ずしも高度ではない先進技術」、例えば体外衝撃波碎石破碎術や腹腔鏡下小腸悪性腫瘍切除術なども対象とし広げ、対象技術数を増やし、手続きもそれまでの「承認」制ではなく、「施設基準」に合致した医療機関が「届出」により保険外併用として実施できるように、迅速化、透明化を図ったのである。

また、医薬品、医療機器だが、これが研究開発から実用段階に至るまでには、基礎研究、臨床研究、臨床試験と進み、「製品化」するために薬事法（現「医薬品・医療機器法」）に基づく臨床試験である「治験」を経て、国に承認される必要が

ある。これは有効性・安全性を科学的、統計学的に検証するものである。ちなみにヒトへ試す臨床研究が臨床試験であり、これらは法律ではないが国の「臨床研究に係る倫理指針」が適応されている。

この治験段階、ならびに承認後の保険導入までの期間、更には承認を得ていない効能・効果・用法・用量の適応を外れた使用を保険外併用で認めている。

なお2004年当時、国外で承認され国内で未承認となっている医薬品がだいたい問題にされ、大臣合意を経て、未承認薬等検討会議が設置され3カ月に1回の頻度で定期的に解決に向けた算段を採る道筋がつけられた。これは、確実に治験につなげ保険導入とするためのものだった。

しかし、先進医療は2008年に大きな方向転換をする。経済財政諮問会議が提唱した「先端医療開発特区」を4府省（内閣・文科・厚労・経産）共同で推進することとなり、先進医療の別類型として、「高度医療」が設けられた。これは、未承認の医薬品・医療機器を伴う医療技術を保険外併用とし認めるもので、治験にも至らない段階の医薬品・医療機器一つまり、安全性・有効性が未確立なものによる医療との保険診療の併用である。この未承認薬の使用は、「臨床研究」の枠内での実施という便法を採り、先に触れた倫理指針の下、「実施計画」（プロトコル）策定による実施とされた。当然ながら、未承認薬に限定されず、研究段階の医療技術も対象となった。つまりは、通常医療とは違う、実験的医療の臨床研究と保険診療の混合診療であり、臨床研究への健康保険財源の流用ということが合法化されたのである。

臨床研究は本来、科学研究費で賄われる性格のものである。背景には、他国に比して科学研究費予算が少ないという問題がある。だからといって、この便法は安全性・有効性の確立した医療提供という保険診療の侵害であり、正当化されるものではない。

現在、先進医療は改編され、未承認薬等を用いない「先進医療A」と、未承認を用いる「先進医療B」と分類され、高度医療は後者に名称を変えている。

これらの先進医療Aは56種類、先進医療Bは39

種類あり、実績は前者が患者22,726人、保険分と保険外の合計金額が約232.1億円、後者は同じく1,199人、約14.4億円と、両者を合わせた金額は国民医療費の0.04%相当に過ぎず、先進医療A、Bをあわせた95種類のうち16種類は年間に1人の患者の実績もない（2014年6月末時点）。経済界や経産省サイドが唱える「経済成長に資する」との言説は、幻想でしかないことは明らかになっている。

先進医療は創設以来、88技術が保険導入されている。保険診療は新たな、医薬品、医療機器、医療技術を導入するにあたり、厚労省の中央社会保険医療協議会で、有効性、安全性、技術的成熟度、倫理性、普及性、費用対効果を「指標」に保険導入が検討される。先進医療ははじめ先進性はないが保険導入されていない医療技術や学会要望があるもの等も対象である。これまで、CT、MRI、内視鏡、腹腔鏡・胸腔鏡下手術、臓器移植、手術ロボット、禁煙予防など保険診療の充実・拡充の方向で、ジグザグがありながらも確実に採りいれてきている。このことは健康保険の本旨に則るものである。

◆選択療養への猛反発、そして患者申出療養

さて、本論の患者申出療養の話に移る。

既にみたように臨床研究と保険診療の併用という、健康保険制度が当初、想定していなかった段階、領域に、混合診療は踏み込んだ。

これに重ねる形で、2013年秋、規制改革会議は公開ディスカッションで、保険外併用療養（混合診療）の更なる拡充を求めた。そこでは稲田朋美規制改革担当大臣（当時）の紹介で、金沢大学附属病院で実施されていた先進医療Bの骨軟部腫瘍へのカフェイン併用化学療法が取り上げられた。使用する濃縮カフェインは適応外医薬品だが、市場性が乏しく治験を実施する製薬メーカーが出現せず、保険導入へ向けた次の段階、先進医療Aへの移行ができない。そのため、これを救済する枠組みが厚労省へ強く迫られた。通常、先進医療A、Bとも、中央社会保険医療協議会で2年に1度、「評価」のふるいにかけてられ、「保険導入」、「継続」、

「中止」、「先進医療Aへの移行」と判定がなされる。金沢大学のカフェイン併用化学療法（先進医療B）は、実績症例のデータ報告の欠落など、ほかの理由もあり、厚労省から取り下げが求められ実施継続が難しくなっていた中での話であった。将来の保険導入が見込めないものを混合診療（先進医療）のまま認める、つまりは評価のふるいにかけて認め混合診療の常態化の「枠組み」が求められた。厚労省は反論をしたものの、全体的には多勢に無勢で、「検討」を約束させられた。

翌年2014年の3月27日、規制改革会議で、患者と医師の責任で何でも保険外併用療養として認める「選択療養」が提唱される。この事実上の混合診療の全面解禁の提案に対し、筆者の所属する神奈川県保険医協会は勿論、日本医師会や医療団体は反対を表明。日本最大30万人を擁す患者団体、「日本難病・疾病団体協議会」は、「混合診療『原則禁止』」を堅持し、必要な医療は保険で受けられるようにしてください」との要望書を厚生労働大臣、規制改革会議に提出。異例なことに健康保険組合連合会、国民健康保険中央会、全国健康保険協会の保険者3団体も連名で反対を表明。厚生労働省も規制改革会議で強く反対をした。これらの大きな反対理由は有効性・安全性の担保のない医療への拒否である。

実は、前年の2013年2月に規制改革会議の岡議長が混合診療の全面解禁を提唱、即座に田村厚労大臣（当時）が保険外併用療養の制度化で決着済みと反論。同年10月の医療経済フォーラムの公開シンポジウムでは財務省主計官が「全面解禁に反対」とし、「治療効果が定かでないものに公費が使われる恐れがある」と釘が刺されてもいた。

それでも、規制改革会議は巻き返しを周到に図り、選択療養の提案に至っている。ただ、産業競争力会議などは保険外併用療養の拡張は提案するものの全面解禁は唱えておらず、温度差がある。

最終的には選択療養への反対運動や規制改革会議の修正提案などの紆余曲折を経て、首相の指示が下り、昨年6月、「日本再興戦略」「規制改革会議報告書」の中に、保険外併用療養の新類型として、「患者申出療養」の創設が盛り込まれ閣議決定となった。これは、日本の臨床研究を牽引する

臨床研究中核病院による実施計画（プロトコル）の作成を介在させることで一定の安全性・有効性の担保を図ったものである。首相からも将来的な保険収載を目指すものとされたことで、日本医師会などが容認に転じることとなった。

◆法定化した臨床研究中核病院の 門出に不安 杜撰な「実施計画」、 未確立な医療の蔓延に懸念

この「患者申出療養」は、患者からの申し出を「起点」にすることがポイントである。保険外の医療を「初めて」実施する場合、臨床研究中核病院が開設者の意見書とともに実施計画、安全性・有効性等のエビデンス（根拠）、患者の申し出を示す文書を添付し国に申請。国はそれを審議し「原則6週間」で実施の可否を判断し実施となる。対象となった医療、実施施設を国はホームページで公開。また定期的に国へ実績報告をさせる。

また、この「前例」がある医療を、他の医療機関で実施する場合は、その医療機関が前例を取り扱った臨床研究中核病院に、患者の申し出を示す文書を添付し申請。臨床研究中核病院はその医療機関の「実施体制」を国が示す考え方をもとに、「原則2週間」で個別に審査し実施となる。

患者申出療養の「拠点」となる、臨床研究中核病院（3月までは予算措置、4月より法定化）は、東大医学部附属病院など現在15あるが、患者申出療養は、大学病院や国立センターなどの特定機能病院（全国で86）や、がん拠点病院など「身近な医療機関」での実施が予定されている。ここには市中の病院や診療所などの「かかりつけ医」も含んでいる。

「身近な医療機関」は、「初回例」からも協力医療機関として申請し「共同研究」の形で参加し実施ができ、前例が作られた以降は、実施体制を満たせば、協力医療機関として実施できる。

先進医療Bは実施までの審査が原則6カ月であり、患者申出療養は1カ月半ないしは2週間と超スピーディになる。

患者申出療養が対象とする保険外の医療は、①先進医療の対象にならない医療（実施計画「対象外」の患者への療養、実施計画「作成が進まなか

った」技術等）や、②治験の対象外の患者への未承認薬使用が示されている。これらは明らかに、「臨床研究の倫理指針」からの逸脱、プロトコル（実施計画）違反や薬事法のGCP（医薬品の臨床試験の実施の基準）省令への抵触であり、非常に疑問が多いものである。

臨床研究や治験は、有効性・安全性の科学的検証のため「実施計画（プロトコル）」を策定するが、これは医療・医学の知見や統計学的手法により研究デザインされたものである。その実施は、患者といっても被験者へ対するもので、治療ではなく将来の患者のための研究・試験であり、そのことの同意の下で進められるものである。杜撰な「実施計画」は研究の科学性、信頼を歪め無にすることになる。それ以上に、有効性・安全性の確保も期待できない被験者（患者）に、患者の希望を口実に臨床試験を実施し、しかも保険外で費用を負担させるという、研究倫理、医療倫理に反するものとなる。現実には患者の申し出が起点といっても、医療・医学知識に圧倒的な差がある医療側からの教示がなければ成立しないのである。「未確立な医療」、そもそも実験段階の医療が蔓延り、「研究」と「保険診療」の混濁に拍車がかかることになる。

臨床研究中核病院は4月から医療法の位置づけとなり、医師主導治験や査読論文の数、実施体制、施設・人員要件など高い水準の基準が設けられる。不正、改竄で堕ちた日本の臨床研究への世界からの信頼回復、度重なる保険適用外の腹腔鏡手術での医療事故を教訓とした捲土重来が期されているだけに、これでは元の木阿弥である。

なお、学会要望がありながらも、保険導入されていない医療技術も患者申出療養の対象となり得ることや、現在の先進医療で実施中のものも対象になり得ると、筆者の照会に対し厚労省は回答しており、後者に関し昨年末の中央社会保険医療協議会で正式に例示されている。混合診療へのバイパス、スピード化の枠組みとしての「機能」も不安視される。

しかも、患者申出療養は、開業医などの「かかりつけ医」への患者からの「相談」と、「かかりつけ医」による申出のための「支援」を組み込んでおり、「かかりつけ医」が「前捌き」や「紹介・

連携」の役割を担うこととなる。マスコミ報道も影響し、第一線医療は否が応にも巻き込まれ、その対応に混乱が予想される。

いずれにせよ、医療現場は医療倫理を鋭く問われることになる。

2004年、混合診療を巡る騒動の際、東大、京大、阪大は連名で解禁を主張した。いま臨床研究へ保険診療が「参入」し、その費用を補填する先進医療Bができ、患者申出療養で更に医療倫理、研究倫理を蹂躪しようとしている。また、当時、外科学会や内科系学会社会保険連合（内保連）でも混合診療のポジティブリスト提出等の動きがあり批判を浴びた。しかし、いま日本再興戦略により、差額ベッドなどの「選定療養」のメニューへの追加で学会から要望を3月にとることとなった。保険導入されていない医療技術がその対象となれば混合診療で利用できるが、将来にわたり、保険診療での実施は適わなくなる。まだ検討段階だが、患者申出療養が、その実現までの「止まり木」となる懸念は拭えない。

先に触れた金沢大学附属病院の骨軟部腫瘍へのカフェイン併用化学療養は、現在、先進医療Bから「削除」されている。2014年の春に、院内の倫理審査委員会の承認をとらずに実施していたことが判明し病院が謝罪会見。その後、死亡事故による書類送検もあり、結局、先進医療の「取り消し」となっている。倫理違反は、「例外」か「氷山の一角」かいずれにせよ、これ以外にも数々、表面化しており心配は尽きない。

経済界にとってはどうか。過去に先進医療の誕生に連動し、民間保険商品の先進医療特約が発売され、確かに市場拡大がなされた。今回の患者申出療養が創設されれば、新たな民間保険商品の開発・販売などの商機が生まれる。

また医療機器の研究開発と結んだ医工連携ならびに再生医療で、早期に臨床で「実用化」し、症例収集や実績作りや、治験のショートカットの枠組みとしての利用も考えられる。巨額な費用をなるべく保険診療の費用で節約し、安全性・有効性

の担保措置のないままに数を重ね、「安全・有効」との既成事実化をはかり、最終的に一気に保険導入へ、との企図もちらついている。どのような展開を秘めているかは未知数なところが多い。

規制改革会議は、政権交代があってもなくても、政府内部で決着済みとされても、混合診療の全面解禁を執拗に主張しているが、もはやその存在意義を誇示する政治的な意味合いが強いと思える。経済産業省の一部に同調があると思うが、経団連も全面解禁の主張は2010年までで、それ以降はしていない。

米国も TPP 交渉で混合診療の全面解禁は求めている。日本の国内の民間保険市場は5兆円規模であり、公費や企業の保険料負担がある国民医療費の40兆円の規模に遠く及ばない。医薬品を保険外とし自費市場を形成するより、保険導入をした方がマーケットが大きいからである。財務省も全面解禁により、保険外の需要増と連動し、保険財源の公費が増嵩し、医療費抑制に反する事態になるという認識にたっている。

安倍首相が命名したと噂される患者申出療養は、その名の通り、「自己責任」の色彩を帯び、医療事故、有害事象の際の「補償」が不透明である。また、「自己責任」を盾に、患者が薬にもする思いで、未確立な医療の実施を強要する可能性も否定できない。患者の倫理も、また問われる。

実験的段階の「臨床研究」と、確立した医療提供の「保険診療」は、まったくの別物であり、峻別されるべきものである。いま進行している事態は、臨床研究を「治療」と詐称し、健康保険の財源を流用し、それにさらに拍車をかける、保険外併用の「乱用」である。

肝心なのは潤沢な科学研究費による研究開発支援による医学・医術・医薬品・医療機器開発の促進と、確立した医療の保険導入による保険診療の充実である。この進歩と安心が経済の成長に資するはずである。

（たかはし ふとし、神奈川県保険医協会・事務局次長）

協同組合における非営利とは何か —農協「改革」の非現実性—

田代 洋一

はじめに

農協「改革」¹が、首相の施政方針演説の冒頭『『日本を取り戻す』、それには『この道しかないという』』という、その道のトップに掲げられた。なぜそこまで農協を突出させるのか国民は理解に苦しむが、ある意味で安倍政権の全てがそこに凝縮されているともいえる。すなわち行き詰るアベノミクス成長戦略を「構造改革」で打開する。「構造改革」の突破口を「岩盤規制の撤廃」に求める。その「岩盤規制」の象徴に農協をでっちあげる。「この道しかない」というわけである。

しかし農協は非営利・協同セクターの一つである。とすれば「この道」は非営利・協同セクターそのものへの攻撃につながる。農協「改革」全体については既に論じているので²、本稿では「非営利」に絞って検討したい。

農協「改革」の概要

とはいえ、今通常国会に上程される農協法改正の主要論点は紹介しておく必要がある。

- ①「営利を目的として事業を行ってはいけない」という非営利規定を「利益を上げて投資や利用高配当に充てる」に変える。
- ②県中央会は連合会に改め、全国農業協同組合中央会(全中)は農協法上の組織としては廃止し、一般社団法人に移行させる。全中の監査機能は外出して監査法人に移行させ、農協監査を中央会監査(会計・業務監査)から公認会計士監査に移行する。監査は他の監査法人との選択制にする。
- ③准組合員の事業利用を正組合員の1/2未満、1/1未満にするという案があったが、その点は

今回の改正案から外す。

- ④理事の過半を認定農業者および農産物販売・経営のプロにする。
- ⑤農協の各事業部門を株式会社、生協、公益的な法人等に移行「できる」ようにする。
- ⑥全農・経済連は株式会社に移行「できる」規定を置く。
- ⑦今国会には、農協以外にも、農業委員を選挙制から首長選任制に変え、建議機能を廃止する。農業生産法人の要件緩和をして農外企業が参加しやすくする法的措置が用意されている。

このような法案が準備されるに至った背景には、①アベノミクス成長戦略^{かなめ}の要に「農業の成長産業化」を置き、それを阻害する「岩盤規制」としての農協を「改革」する。②その原案を財界人等からなる規制改革会議に作らせる。財界人があらゆる企業形態を「蟹が甲羅に似せる」ごとくに「株式会社」に似せて考えるのはある意味で当然だが、それを政府の方針にする。③内容的に在日米商工会議所(ACCJ)の「農協」改革要求と全く同じであり、アメリカ金融資本の外圧、あるいはそれとのすり合わせが想定される。アメリカ中間選挙による共和党勝利により TPP 妥結が近づき、それに組織立って反対する農協の力を削ぐ。首相は「改革」の目的を「強い農業」「農家所得の増大」のためとするが、それは TPP 受け入れのための方便(受け皿づくりのポーズ)に過ぎない。

農協「改革」は官邸(首相と官房長官)の独走とアメリカ金融資本の並走といってよい。

農協「改革」の戦術と農協の対応

農協「改革」を強行するにあたっては、政権は極めて巧みに、農協を上記の②を取るか③を取るのかの二者択一に追い込んだ。

既に農協の組合員のうち准組合員（非農家）が54%を占めるに至った。准組合員は都市近郊と遠隔地が多い。いずれも離農者が農協にとどまるためである。そのことは農協の事業量に占める准組合員の割合が高いことを意味し、その利用を制限されたら経済事業を営む単協はもちろんのこと、県連、全国連も干上がる。②か③かの二者択一を迫られると彼らは②を取らざるをえない。

また県中は、統一地方選をにらんで連合会として農協組織に残すことにした。そうなると、農協陣営のなかで、②の阻止に固執するのは全中だけになって孤立し、その結果として③の准組合員利用規制を回避する代わりに、②の全中廃止を飲むことになった。しかし③についても5年間利用状況をみたくて措置を再検討するということなので、実際は③の執行猶予5年と引き換えに全中の死刑執行を飲んだということである。

政府は、この点に限らず全ての農協「改革」を5年かけて行うことにしている。その緒戦において、全中というナショナルセンターの廃止を認めたことは、全国统一活動のいわば司令塔を失うに等しい。そうなると農協陣営はバラバラに分断され、各個撃破されることになりかねない。痛恨の妥協だといえる。

二者択一論のもう一つの狙いは、上記のその他の全論点をフリーパスにしまう点である。事実、この間のやりとりにおいて他の論点が議論された形跡はない。そのなかで特に重要なのが①の非営利規定の削除である。

農協の非営利規定とは何か

農協の非営利性は現行法第8条に規定されている。すなわち「組合は、その行う事業によってその組合員及び会員のために最大の奉仕をすることを目的とし、営利を目的としてその事業を行ってはならない」とされる。農協「改革」はこの規定に文句をつけることから始まった。すなわちこの

規定を「利益をあげてはいけない」と誤解する者が多いため農協の事業の取組みが疎かになる。そこで利益追求を通じて事業に熱心になるべきという主張である。

しかしそれは難癖である。農協の総(代)会には貸借対照表と損益計算書が提出され、承認を受けていることになっている。そこには「利益」が様々な形で示されている。それは組合員なら誰も知っていることであり、また総(代)会議案は公開されている。そもそも市場社会において利益をあげない事業体は拡大できないばかりが早晚行き詰る。

法的には8条の非営利規定は、事業展開について述べた第52条の「配当の制限」に具体化されている。すなわち剰余金の配当は事業利用分量の割合に応じ、または年8分以内で政令で定める割合を超えない範囲で出資金に応じて配当するという出資配当制限である。

この8条と52条は極めて論理整合的である。すなわち株式会社は出資配当の極大化を目的とする。そういう営利企業に対する協同組合の種差を端的に示すのは出資配当制限だからである。

農協「改革」における「最大の奉仕」と「利益」

それに対して改正案は「最大の奉仕」の目的規定は変えないが、後段を「的確な事業活動により利益をあげ、その利益を事業の成長発展を図るための投資や組合員の利用高配当に充てる」とする。

ここには二つの問題がある。第一に、「最大の奉仕」という目的と、「的確な事業活動により利益をあげ」ることは必ず矛盾する。すなわちここで「利益」とは財務諸表における期末の経常利益等にあたる。つまり「利益を上げ」とは、期末に配当原資としての利益を残すことが農協の目的ということになる。

しかしそれは「最大の奉仕」をすることになるだろうか。「最大の奉仕」とは、何よりも組合員の経営や暮らしを守るための期中活動であるべきだろう。例えば最近の実践例では、営農面では米価下落に対する補てん、畜産危機に対する飼料手数料引き下げ、雪害によるハウス倒壊に対する撤去や再建補助等がそれに当たり、生活面では直売所運営の補助等が考えられる。

そもそも農協は「利益」という言葉を使わず「剰余」と呼んでいる。それはあくまで期中における「奉仕」の「剰余」だからである³。

農協平均の経常利益＝100とすると、信用99.6、共済60.2、農業関連▲7.6、生活▲8.5、営農指導▲43.5である（平成24事業年度総合農協統計表）。農協の財政的実態は極論すれば、信用・共済事業のためのサービスとして営農指導、生活農業関連事業があるといっても過言ではない状況である。農協「改革」は、それを農業部門だけで黒字化しろといっているわけだが、そのうえで「利益をあげて」などというのは全く現実から浮き上がった空論に過ぎない。

農業部門だけで赤字減少・黒字化しようとしたら現在の3%程度の手数料を引き上げればよい。現に直売所は15%程度の手数料をとっている。しかしそれは直売が他の流通経費を削減できるから成り立つことで、一般の購買・販売事業についてそうしたら、第一に農家負担の増になり、首相の言う「農家所得の増大」の逆になる。第二に、手数料をあげたら競合との競争に負ける。

しかし利益還元を目的とするのなら、期末利益を削減するという意味で期中のコストになるような農家への「最大の奉仕」はやらないに越したことはない。いや、そもそも営農指導、農業、生活事業から撤退して信用・共済事業で稼ぎ、それを利用高配当した方がはるかに高率配当できる（そうした「サービス」をやめた場合に組合員が農協を選択するかという根本問題が残るが）。

要するに「期中における最大の奉仕」に力点を置くか「期末における利益計上」に力点を置くかの違いになり、後者にとっては前者の「奉仕」は利益を削減するコストになってしまう。結論的に「最大の奉仕」と「利益を上げて還元すること」は両立しない。

実は「最大の奉仕」と利用高配当を両立させる道が一つだけある。それはアメリカの新世代農協になることである⁴。それは出資金に応じて販売権を配分し、利益を出資金割合＝販売高割合に応じて配当する組合のあり方である。

つまりこれは、協同組合の配当（利用高配当）と株式会社の配当（出資配当極大化）を一致させる方法に他ならない。それを「新世代」とするのか、株式会社への限りなき接近とみるのか見解が

分かれるところである。

出資配当の位置づけ

実は農協「改革」は前述のように「利用高配当に充てる」とだけしており、出資配当には触れていない。その点について農水大臣は2014年11月4日の記者会見で「出資配当の上限を政府が撤廃する検討に入ったとした一部報道について」「検討していない」と否定し、「利用高配当を基本とする考えを示した」と報道されている⁵。出資配当そのものを否定せず「利用高配当を基本」とするのならば、別に前述の52条は変える必要がない。52条を変えないのなら非営利規定（8条）を削除する必要もない。つまり農協「改革」は法を恣意的にいじるのみで論理整合性に欠ける。

我々は市場経済の国、資本主義の国に生きている。協同組合はそれを否定するものではなく、その内的制御の仕組みを志向している。そして資本主義経済において経済事業を営む限り、出資に対して一定の配当を行うことは（NPO法人を除き⁶）当然のことである。

多くの農協は何とか出資配当ができるよう腐心している。現実の配当状況を「総合農協統計表」にみると（2012年度）、717組合のうち出資配当を行ったのは87%、事業分量配当を行ったのは32%である。出資配当は4%未満が80%を占める。剰余金に占める割合は、出資配当が6.4%、事業分量配当が4.5%である（その他は各種積立て）。

このように現実の農協では出資配当が優先されている。その比重を事業分量配当に移すこと自体は協同組合の理念にかなうが、事業分量配当の具体には困難な点が多い。行っている農協は、貯金額、貸付金金利、共済掛金、その他の事業利用高など基準の置き方に腐心しており、また総合ポイント制度をとりいれているところもある。ポイント制度は各種利用を「総合」する点ではよいが、予算計上する点では純粋な剰余とは言えない。つまり出資配当制限は譲れないが、その他の配当の具体は各単協の方針と組合員合意に委ねるべきことである。

「利益をあげる」ことから派生する問題

農協が「利益を上げる」経済事業体になれば、次のような問題が派生する。

第一に、現在、協同組合は連合会・中央会も含め、独禁法適用除外だが、利益を追求する経済事業体になれば、公正取引委員会から適用対象とすることを要求されるだろう。

第二に、協同組合は人格なき社団、公益法人、日赤等の医療法人とともに法人税率が19%に軽減されているが、これが非営利ではなく営利追求となれば、資本金にもよりけりだが、税務当局が軽減措置を外すことに口実を与えるだろう。

第三に、今回の中央会解体の最大の眼目は、中央会が行っている農協独自の監査制度であるJA全国監査機構の監査を公認会計士監査に移行させることである。公認会計士監査は営利企業監査を主としてきたわけだが、非営利規定の削除はその移行と整合的である。農協は各種事業を兼営する総合農協の形をとっているが、公認会計士監査は、そのような総合性を認めず、部門別損益計算や減損会計(低利用率施設の損失への計上)を徹底し、赤字部門、低利用率施設等の切り離しを求めることになるだろう。

要するに農協が「利益を上げ」る事業体になることは農協の発展、「農家所得の増大」の増大どころか、その真逆になる。

非営利・協同セクターへの影響

このように、非営利規定削除の一点からも、農協「改革」が究極に狙うものが何かは明らかである。それは非営利・協同セクターとしてのアイデンティティそのものを否定し、とりあえず営利企業化を図ることである。そのうえで営利企業に同化する方向で「岩盤規制」を撤廃し、結局は株式会社が非営利・協同セクターの活動分野に進出しやすくすることである。

問題提起した規制改革会議の主メンバーは財界人であり、かれらが追及するのは新自由主義である。新自由主義にとって市場社会における最も効率的な企業形態は株式会社である。新自由主義は

グローバリゼーションの中で「まとまっていたものがばらばらになる」という「ばらける」状況を創りだし、自立(孤立)した個に分解し、その競争こそが最も効率的な経済を生み出すと考える。

その意味で「協同と非営利」の関係は非営利・協同セクター全体の問題と言えるが、現実には必ずしもそうっていない。協同組合内でも例えば日本の大規模生協よりもICA(国際協同組合連盟)の方が農協「改革」に鋭く反応している。競合と同じ土俵で競争しつつ、規模の経済を求めて県域を越えた単協展開を図る大規模生協にはそもそも「生活協同」とは何かが問われるだろう。

協同組合は組合員の共益権を追求するメンバーシップ制だが、非営利セクターは「みんな」に開かれた公開性・公共性を追求している。配当の可否、税制上の扱いの違いもある。しかし農協もまた「食と農に根ざした地域協同組合」として地域公共性をめざすようになった。先の准組合員問題もその現れである。非営利・協同セクターが、その相違や分断を乗り越えて共通する問題にたちむかっていく必要がある。

- 1 以下、政府が行おうとしている農協改革を、かつこ付きで農協「改革」とする。含意は改革の真逆の「農協つぶし」ということである。
- 2 拙著『戦後レジームからの脱却農政』『農協・農委攻撃をめぐる7つの論点』(いずれも筑波書房、2014年)、拙稿「農協『改革』 制度市場の暴走を阻む“協同”の解体」『世界』2015年4月号。
- 3 にもかかわらず「利益」という言葉が登場するのは財務諸表の慣用と平仄をあわせるためである。
- 4 メレット他、村田武・磯田宏監訳『アメリカ新世代農協の挑戦』家の光協会、2003年。
- 5 日本農業新聞2014年11月5日。
- 6 NPO法人は「営利を目的としない」点では協同組合と同じだが、利益の構成員配分は認められない点で協同組合と異なる。つまり日本の法では、「非営利」概念は、分配禁止から出資配当制限までのバリエーションがあることになる。

(たしろ よういち、大妻女子大学社会情報学部教授)

政府主導の「農協改革」と協同組合の株式会社化 —その狙いと危険性—

堀越 芳昭

政府主導の「農協改革」は、平成27年度に全国農協中央会（全中）の解体再編成が行われるが、これで終結したわけではない。その「農協改革」の深奥には、農協全体の株式会社化、それによる協同組合の脱協同組合化、さらに株式会社の大資本・大企業による農業・農協支配といった究極の狙いが横たわっている。本稿では、最初に今回の「農協改革」の危険性に迫り、その最重要課題である農協の株式会社化の狙いとその帰結、株式会社化による独禁法適用除外の解除との関わり、それとの関連で有力国の一部で進行している協同組合の外部資本（投資資本）の導入の是非について検討していきたい。

1. 政府主導の「農協改革」の危険性

規制改革会議「第2次答申」（平成26年6月13日）を受けた閣議決定「規制改革実施計画」（6月24日）において「農協改革」が提起され、そのための農協法改正（今国会上程予定、今回は全中改編に集中か）が行われようとしている。政府主導の「規制改革の名による農協改革」である。

「規制改革の名による農協改革」は今に始まったことではない。それは政府・財界から、協同組合の独禁法適用除外制度の廃止、全農・連合会の適用除外撤廃として再三提起されてきた。しかし現行法によって対処できるとし公正取引委員会『農業協同組合の活動に関する独占禁止法上の指針』（平成19年）が提出され、農林水産業協同組合の連合会の適用除外を解除するという政府方針に対して、検証の結果、適用除外制度を直ちに廃止する必要はないとの結論に達した（平成24年）。こうした経緯から適用除外制度の廃止に向けた動

きは一つの壁に突き当たる。そこで安倍政権により別の形で今回の「規制改革の名による農協改革」が提起されたのである。それはTPPを推進し、原発の再開・輸出を図り、トリクルダウンによる富者・強者優先政策の促進、弱肉強食と格差促進、そのための経済環境づくりを目指す「規制改革」として現政権により強力に進められることになったのである。

その「農協改革」の主要点は、中央会制度の解体再編、全農・経済連の株式会社化、中金・信連・全共連の株式会社化、単協の株式会社化、単協の信用事業の分離と中金・信連の支店・代理店化、農協の組織・運営の見直し（理事会構成の規制、正准組合員間の事業利用制約）である。「規制改革実施計画」は次のように記している（要点を記す。なお下線部分は株式会社化の記述を示したものであり4ヵ所に及ぶ。）。

- ・中央会制度から新たな制度への移行：農協法上の中央会制度は、現行の制度から新たな制度に移行する。
- ・全農等の事業・組織の見直し：全農・経済連が、経済界との連携を連携先と対等の組織体制の下で迅速かつ自由に行えるよう、農協出資の株式会社（株式は譲渡制限をかける）に転換することを可能とするために必要な法律上の措置を講じる。その上で、独占禁止法の適用除外がなくなることによる問題の有無等を精査し、問題がない場合には株式会社化を前向きに検討するよう促すものとする。
- ・単協の活性化・健全化の推進：単協はその行う信用事業に関して、農林中金又は信連に信用事業を譲渡し、単協に農林中金又は信連の支店を置くか、又は単協が代理店として金融サービスを提供する方式の活用を図

る。全共連は、単協の共済事業の事務負担を軽減する事業方式を提供し、その方法の活用の推進を図る。

- ・理事会の見直し：理事の過半は、認定農業者及び農産物販売や経営のプロとする。理事への若い世代や女性の登用に取り組み、理事の多様性確保へ大きく舵を切る。
- ・組織形態の弾力化：単協・連合会組織の分割・再編や株式会社、生協、社会医療法人、社団法人等への転換ができるようにする。なお、農林中金・信連・全共連は、経済界・他業態金融機関との連携を容易にする観点から、農協出資の株式会社(株式は譲渡制限をかける)に転換することを可能とする方向で検討する。
- ・組合員の在り方：准組合員の事業利用について、正組合員の事業利用との関係で一定のルールを導入する方向で検討する。
- ・他団体とのイコールフットイング：農林水産省は、農協と地域に存在する他の農業者団体を対等に扱う。

その狙いと危険性は次の諸点に求められる。

第1に農協の協同組合からの離脱（脱協同組合化）を図り、株式会社化を促進し、営利主義化する。それにより農業分野への株式会社の進出を促進し、農業・農協を市場原理主義にさらす制度的環境を作るものである。この株式会社化は全農・経済連、中金・信連・全共連、単協にまで及び、協同組合の独禁法適用除外が解除されることとなる。

第2に改革の進め方が強権的一方的であり、団体自治を踏みにじり、農協の内部に関わる運営や管理にまで干渉する。全中の解体再編はその極みである。こうした改革は組織が自ら選択することであり、外部から強制・促進されることではない。こうしたやり方は団体自治を踏みにじり結社の自由にも抵触する。

第3に農協の系統性が解体・破壊され、協同組合のメリットが失われ、全農と経済連、経済連同士、全農・経済連と単協との企業間競争を加速させるものである。企業経営の論理（営利目的や経営のプロ等を理事の過半に任用することなど）が協同組合の目的や運営の中心に置かれる。

第4に戦後協同組合法制（農協法・独禁法）の

基本原則（自由・自主・民主・非営利の原則）を否定するものであり、協同組合を奨励・振興する国連ガイドライン（2001年）、ILO 協同組合振興勧告（2002年）に離反・違背するものである。

第5に「協同」や多元性を否定し、新自由主義の「自己責任原則」に立脚した市場万能、儲け本位、格差助長の強欲資本主義の社会経済環境に一元化するものである。

このように今回の政府主導の「農協改革」は、「規制改革」の名の下に、農協の株式会社化（脱協同組合化）を図り、大資本・株式会社の支配を農業・農協の分野に及ぼそうとするものであり、そのための経済環境を作り出そうとするものである。これは今後何年にもわたる「改革」であることを認識しておきたい。

2. 協同組合の株式会社化の狙いと帰結

全農・経済連のみならず中金・全共連さらに単協にまで及ぶ系統農協全体の株式会社化は、今回の農協改革の最重要点の一つである。ある意味で政府主導の「農協改革」の本旨はここにあるといってもいいであろう。

協同組合の株式会社化とはどういうことか。何が変わるのか、何が失われ、何が生まれるのか。そのためにまず協同組合と株式会社の本質的差異を明確にしておかなければならない。

協同組合と株式会社は本質的に異なった組織である。協同組合は、小規模事業者や消費者の経済的弱小者自身の相互扶助目的の協同組織であり、加入脱退の自由・議決権平等・出資利子制限・利用高分配等の協同組合原則に従って組織され運営される人々の結合体であり、協同組合の利用者が組合員であり内部者である。協同組合では組合員数と出資金は制限されない（組合員と出資金の可変的性格）。

他方株式会社は営利を目的とし、株式の制限により株主の加入脱退に制限があり、議決権は一株一票、株式基準の利益分配をその基本原理としている純粋に資本会社であり、利用者は外部者である。株式会社は、他人資本を自己資本に転換する仕組みにより資本の増強を図り、資本確定・維持

の原則を貫く資本のための物的会社である。出資金または資本金といった資本の特質から見ると、協同組合は払戻し可能の可変資本（個人所有）であり、株式会社は払戻し不能の確定資本（会社所有）である。すなわち協同組合には協同組合の固有の特質があるのである。

協同組合の株式会社化はこうした協同組合の特質を否定し、協同組合をあげて株式会社の論理（営利目的、株式基準の議決権や利益分配、資本金・物的会社、払戻し不能の確定資本制度）に替えるものである。利用者が組合員である協同組合が株式会社に転換するということは、利用者は外部者になり、株主になった旧組合員は配当目的を追求する単なる株主になる。協同組合の利用原理から株式会社の利潤原理に、協同組合の福利目的から株式会社の営利目的に転換することになる。

ではなぜ協同組合の株式会社化が推進されるのか。農協の株式会社化を促進する人々からはしばしば、株式会社化すれば資本調達が可能になり、競争力や収益力が増強し、事業上の優位性が高まると誘い水が差される。しかし農協関係者はそのような甘言に乗せられることはないし、資本調達など株式会社化の必要が全くないようである。農協からの内在的な必要はないのである。ではなぜ株式会社化が促進されるのか。それは協同組合が影響力を有している分野、例えば農業分野に株式会社が進出するためである。影響力を有している協同組合に対抗して独禁法の適用除外等協同組合のメリットを剥奪し、さらには協同組合を支配し乗っ取るために株式会社化を促進するのである。それを可能とする経済環境をつくり出そうとするのである。

その帰結は、株式会社化した協同組合は大資本・大企業に乗っ取られ、あるいは破綻に追いやられ、協同組合の財産は切り売りされることになる。この点で次の歴史的経験が想起される。1970～80年代欧州協同組合の株式会社化の末路は、乗っ取り、背任、私物化、倒産であった。2000年代のカナダやオーストラリアにおいて穀物メジャーによる農協乗っ取り事件が発生したという。この乗っ取りは、1990年代外部投資資本の導入を可能とした協同組合法改正によりそうした条件が整い、10年を経て株式会社化→TOB→乗っ取りに帰結したと

いう。2000年代初頭イギリス消費組合運動のCWS（卸売協同組合連合会）が、未遂に終わったが、多国籍企業による株式会社化→乗っ取りの策動に直面した。近年（2013～14年）ではイギリス協同組合銀行がヘッジファンドに70%以上の株式を所有され経営権を喪失してしまったという（中川雄一郎『にじ』No.648、2014年冬号）。こうした憂慮すべき経験を忘れてはならない。それを容易にしたのは協同組合の株式会社化であり、外部資本・投資資本の導入にあったといっているであろう。

今回の「農協改革」では株式の譲渡制限を課すから問題はないと言われるが、最初はそうでも、やがて外部資本を導入し、さらには外部への株式処分を余儀なくされ、譲渡制限は取り除かれる。株式資本の本質である他人資本の自己資本化がすすみ、営利を目的とした資本金会社として純粋の株式会社に变质し、マネーゲームにさらされ、買収・乗っ取りが可能な条件が整っていく。それは10年・20年かけて行われていくのである。

また株式会社化は強制でも義務でもなく、「可能である」という任意的なものであり、選択は協同組合側にあるから問題はないとも言われるが、果たしてそうであろうか。それまで存在していなかった状況から初めて「可能措置」が採られる場合、単に「可能」としてもその新しい措置が強力に推進されるのが通例である。株式に譲渡制限があろうがなかろうが、株式会社化が「可能措置」であろうがなかろうが、協同組合の株式会社化の起点がここにありここから推進されていくことになるのである。株式の論理、資本の論理を甘くみてはならない。

3. 株式会社化による独禁法適用除外の解除

協同組合が株式会社化して独禁法の適用除外が解除されれば事業上大きな支障を来すであろう。共同購入、共同販売はじめ多くの共同活動に制約が課されるであろう。そこで次に協同組合の独禁法適用除外の解除についてみてみよう。まず協同組合の適用除外制度の規定内容と成立根拠について確認しておきたい。

わが国独禁法第22条は次のように規定されている。

第22条 この法律の規定は、左の各号に掲げる要件を備え、且つ、法律の規定に基づいて設立された組合（組合の組合連合会を含む。）の行為には、これを適用しない。但し、不公正な取引方法を用いる場合又は一定の取引分野における競争を実質的に制限することにより不当に対価を引き上げることとなる場合は、この限りではない。

- 一 小規模の事業者又は消費者の相互扶助を目的とすること。
- 二 任意に設立され、且つ、組合員が任意に加入し、又は脱退することができること。
- 三 各組合員が平等の議決権を有すること。
- 四 組合員に対して利益分配を行う場合には、その限度が法令又は定款に定められていること。

この協同組合の独禁法適用除外制度は、戦時統制経済を解体し経済の民主化を推進する戦後改革の一環として成立したものである。この戦後改革において「富と所得の広範な分配」を基本的な政策目標として、財閥解体・独禁法成立と農地改革・農協法の成立が相互に関連しあって推進されてきたのであった。農協や各種の協同組合はそうした戦後改革の重要な担い手として位置づけられたのであった。そこでは戦時統制時代の農業会や統制組合は解体され、「自由・自主・民主・非営利の原則」による新しい協同組合制度が導入されたのであり、そういう協同組合が独禁法の適用除外とされたのであった。

すなわち協同組合の独禁法適用除外とは、協同組合が行う共同経済行為は独禁法の禁止する私的独占と不当な取引制限から適用除外するというものである。協同組合が適用除外される根拠は、小規模事業者や消費者の経済的弱小者の相互扶助を目的とし、加入脱退の自由、議決権平等（一人一票）、利益分配の制限の協同組合の基本原則を組合要件とする協同組合の行為は有効な競争単位として認められ、経済的公正としての機会均等と格差是正をはかる協同組合は公正且つ自由な競争を基本目的とする独禁法と共通した基盤にたつて共

通の目的を有するものとして位置づけられることに求められる。

もちろん協同組合であっても優越的地位の濫用を含む不公正な取引方法は認められず、また一定の取引分野における競争を実質的に制限することにより不当に対価を引き上げることとなる場合は独禁法が適用される。こうした協同組合の適用除外制度は、アメリカ反トラスト法の適用除外制度を継受したものであるが、ドイツにおける農業の適用除外や中小企業の適用除外を含め各国において採用されているものである。

この協同組合の独禁法適用除外は協同組合の株式会社化とともに解除される。解除された場合実際にどうなるのか。基本的にはその共同経済行為は独禁法が全面的に適用されることになるであろう。公正取引委員は全面的適用の認識を示している。共同販売は、協同組合の場合は組合員・単協・経済連・全農の間において基本的に容認されるが、株式会社化した場合全農・経済連は独立事業体となり、相互および単協との共同事業は認められない可能性がある。全農・経済連と単協の情報交換、系統全利用、無条件委託、計画生産・計画販売、共同計算・手数料実費主義、需給調整機能等は認められない可能性がある。共同購買の集中購買、責任引き取りの原則、原料供給、委託生産、自己生産、輸送方式の近代化、共同流通システム・共同施設の活用等も、独立事業体となった株式会社の場合には相当の制約下に置かれる可能性がある。

協同組合の株式会社化を推進する政府官僚は、適用除外解除による事業上の制約はないとみているが、それは安易な見方である。彼らには独禁法及びその適用除外制度に関する理解が乏しいのである。かつてある官庁の官僚が、「協同組合制度の抜本的改革」と称して協同組合の組合員の複数議決権を導入しようとしたことがあった。それは独禁法22条違反になることに気づいていなかったのである。その指摘を受けて協同組合の複数議決権が困難であるということになったものと思われる。その後そうした提案は出されていない。

しかし仮にその「抜本的改革」を実現することが至上課題であるなら、独禁法第22条の廃止あるいは脱協同組合化によってそれは実現可能となる。ありえないことであるが、「抜本的改革」で

ある複数議決権の導入のために、独禁法適用除外制度を否定すること、あるいは協同組合であることを否定することは、極小の一政策事項を優越させ基本的な制度の破壊に導く本末転倒な政策行為であるといえよう。現在の政府主導の「農協改革」による協同組合の株式会社化はあり得ないその転倒した方式を採っているようである。

4. 株式会社化に繋がる外部資本導入の是非

協同組合の株式会社化に繋がるものとして、原則性を欠いた協同組合への外部資本・投資資本の導入が懸念される。まず世界各国におけるその実情をみてみよう。1996～2013年世界各国における協同組合法の制定・改正は、93件65カ国に及び、そのうち外部資本の導入を規定した例を表示した【表1】を参照されたい。

外部資本の導入に関する協同組合法の規定は、無議決権投資証券・優先出資、投資出資金、非組合員出資、投資家組合員の形で導入を認めるというものである。それは、ポルトガル（無議決権投資証券）、オーストラリア3州（非組合員の資本所有）、カナダ7州（投資出資金、優先出資金）、カナダ連邦協同組合法（投資出資金）、スペイン（協力組合員出資、非組合員出資）、フランス（無議決投資証券）、フィンランド（非組合員の追加出資金、投資出資金）、ヨーロッパ協同組合法（投資（非利用者）組合員の投資）、ドイツ（投資家組合員）、アメリカ・ユニフォーム有限協同組合法（ULCAA）（投資家組合員）の18例（19.4%）

（9カ国・地域、13.8%）にみることができる。その件数は多くはないが、欧米諸国の有力な国々の協同組合法であることから影響力は大きいと思われる。とくに投資出資金、非組合員出資、投資家組合員の導入は協同組合の株式会社化への危険性は大きいものがあるであろう。

とはいえオーストラリア全8州の場合、非組合員の資本所有による外部資本の導入は3つの州（①ビクトリア州、②ニューサウスウェールズ州、⑧西オーストラリア州）において規定されているが、5つの州（③クイーンランド州、④南オーストラリア州、⑤オーストラリア・北地域、⑥タス

マニアン州、⑦オーストラリア首都地域州）では規定されていない。オーストラリアは外部資本の導入が支配的であるとはいえず、それはむしろ少数のようである。

またカナダ全10州の場合、投資出資金を可とするのは①ブリティッシュ・コロンビア州、②アルバータ州、④マニトバ州の3州、優先出資金を可とするのは③サスカチュワン州、⑤オンタリオ州、⑥ケベック州、⑨ニューファンドランド・ラブラドル州の4州であるが、⑦ニューブランズウィック州、⑧ノバスコシア州、⑩プリンスエドワードアイランド州の3州は外部資本の導入に関する規定を有していない。カナダにおいても必ずしも全州で外部資本の導入が規定されているわけではない。

なお投資出資金を可とする規定を有するカナダのブリティッシュ・コロンビア州では、住宅協同組合には投資出資金を不可とし（第173条）、コミュニティサービス協同組合（慈善・健康・社会・教育・その他コミュニティサービス）にも投資出資金を不可としている（第178条）。このようなブリティッシュ・コロンビア州協同組合法における投資出資金の不可規定は、非営利で社会性公益性を有する協同組合における明文規定として注目すべきである。すなわち外部資本の導入は営利的になりやすく、社会性公益性になじみにくいことを示しているのである。いずれにしても協同組合への外部資本の導入は慎重かつ原則的な対応が必要であろう。

ところで上記のオーストラリア5州やカナダ3州を含め、ロシア、マルタ、ブータン、ベネズエラ、インド、ベトナム、マレーシア、フィリピン、ウルグアイ、韓国、ドミニカ、ボリビア、モンゴル、タイ、メキシコ、エクアドル、台湾、中国、ノルウェー、日本、ブラジル等75例（80.6%）の国・地域の協同組合法においてはそうした外部資本導入の規定は認められない。欧米諸国における外部資本の導入の実体は詳らかではないが、その是非についても様々な議論が展開されているようである。かつての協同組合の株式会社化や協同組合株式会社などの動きが協同組合にとって有効に働かなかったばかりでなく、成功したということもできない。この外部資本の導入についてもその

動向は未だ不測の状況といえよう。

それでは株式会社化に繋がらない原則的な外部資本の導入とはどのようなものであろうか。筆者の見解によれば、外部資本を導入するにあたっては、「外部資本導入の前提条件」として、①出資には議決権を賦与しない、②出資には組合財産に対する請求権（持分）を与えないことの2要件を堅持し、その上で協同組合間協同出資、全協同組

合のナショナルセンターの形成とその出資、協力（者）団体、関連機関の出資、住民・地域団体、公益公共団体の出資等、協同組合に関係する範囲に止めるべきであろう。この場合優先出資者には優先配当が行われるが、それが目的ではなく、協同組合の目的や事業に対する協力支援といった倫理的ないしは社会的基準によるべきであろう。

【表1】各国協同組合法の最新動向(1996-2013)：外部資本の導入

番号	制定改正年次	各 国 法	外部資本導入の容認規定
1	1996	ポルトガル協同組合法	無議決権投資証券可(第26～28条)
2	同	オーストラリア・ビクトリア州協同組合法	非組合員の資本所有(第272条)
3	1997	オーストラリア・ニューサウスウェールズ州協同組合法	非組合員の資本所有(第281条)
4	1998	カナダ連邦協同組合法	投資出資金可(第124～129条)
5	同	カナダ・マニトバ州協同組合法	投資出資金可(第42条以降)
6	1999	スペイン協同組合法	協力組合員出資(第14条)、非組合員出資(第54条)
7	同	カナダ・ブリティッシュ・コロンビア州協同組合法	投資出資金可(第48～65条)、住宅協同組合は不可(第173条)、コミュニティサービス協同組合(慈善・健康・社会・教育・その他コミュニティサービス)は不可(第178条))
8	2001	フランス協同組合法	無議決権投資証券可(第2－IV章)
9	同	フィンランド協同組合法	非組合員の追加出資金可(第11章第1節)、投資出資金可(第12章)
10	同	カナダ・ニューファンドランド・ラブラドル州協同組合法	優先出資金(第34条)
11	2003	ヨーロッパ協同組合法	投資(非利用者)組合員の投資可(前文、第14、39、42、61、64条)
12	2005	カナダ・アルバータ州協同組合法	投資出資金可(第108条)
13	2006	ドイツ協同組合法	投資家組合員可(新法第11条)
14	同	オーストラリア・西オーストラリア州協同組合法	非組合員の資本所有(第275条)
15	2007	アメリカ・ユニフォーム有限協同組合法(ULCAA)	利用組合員と投資家組合員(第102項他)
16	同	カナダ・ケベック州協同組合法	優先出資金可(第46条)
17	2010	カナダ・オンタリオ州協同組合法	優先出資金可(第27条)
18	2012	カナダ・サスカチュワン州協同組合法	優先出資金可(第30条)
合 計		18件9カ国／93件65カ国の制定改正法中	

最後に、「農協改革」と協同組合の株式会社化について、その狙いと危険性、その本旨、協同組合制度全体や戦後改革との関連について触れ本稿のむすびとしたい。

現政権による「農協改革」の狙いは全中の解体再編のみにあるのではなく、農協全体の解体再編にあるのである。それは全農・経済連の株式会社化、農林中金・全共連、そして単位農協に及ぶ株式会社化による全面的な脱協同組合化の方向である。

これは戦前・戦中・戦後へと幾多の困難の中で培われてきた協同組合制度を、全面的な解体再編に導く危険な「改革」である。現政権の「戦後レジームの脱却」「戦後以来の大改革」は戦後改革の否定の上に成り立っている。戦後改革の否定とは、その後の戦後改革の反動的揺れ戻しの方向か、それ以前への回帰かのどちらかである。いずれも戦後改革を否定するところにあるが、協同組合制度はその戦後改革において「自由・自主・民主・非営利の原則」に立脚して再構築され今日に至ったものである。

この点で、わが国独禁法の制定に尽力した米国国務省カルテル関係顧問、ノースウエスタン大学教授のコーウィン・エドワーズが独占禁止法制定のための「エドワーズ報告書」を提出し(1946年)、そこで戦時統制経済と決別しその体制下の農業会を排除し、自由・自主・民主・非営利の原則に立脚した協同組合の独禁法適用除外制度を構築することとの関連で、協同組合制度の改善として「a 特定のグループの組合加入を強制する現行法規の廃止、b 協同組合がおこなう事業の形態に関する法的制限の禁止、c 農業協同組合に関する事柄へ

の政府の介入の廃止」を勧告したことが改めて想起されなければならない。

今回の「規制改革の名による農協改革」は70年前のこの勧告の道理にも悖(もと)る強権的なやり方で押し通されようとしている。戦後協同組合制度の基本原則である「自由・自主・民主・非営利の原則」が政府によって踏みにじられようとしているのである。こうした政府主導の「農協改革」はまさしく歴史の後戻りであり、農協制度だけでなくわが国協同組合制度全体の旧時代への大逆行である。この点で「安倍政権の経済政策は戦時統制経済への回帰」であると見なした野口悠紀雄の識見は傾聴に値するであろう(『週刊東洋経済』2015.1.17)。

【参考文献】

- ・ 中川雄一郎／JC 総研編『協同組合は「未来の創造者」になれるか』家の光協会、2014年。
- ・ JC 総研編『協同組合の独禁法適用除外の今日的意義』同研究所、2015年3月予定。
- ・ 堀越芳昭「世界各国における協同組合法の最新動向1996～2013」山梨学院大学『経営情報学論集』第20号、2014年2月。
- ・ 堀越芳昭「日本の戦後改革と協同組合」山梨学院大学『経営情報学論集』第21号、2015年2月。
- ・ 堀越芳昭「原始独禁法第24条の成立過程—協同組合の適用除外規定の検討—」山梨学院大学大学院社会科学部研究科、第35号、2015年2月。

(ほりこし よしあき、山梨学院大学／日本大学経済学部非常勤講師)

非営利・協同と協同労働

角瀬 保雄

1. はじめに

私は2年前にかなり大きな手術をし、その後のリハビリ生活を経て、久しぶりにこうした学習会に参加することができるようになりました。しかし、現在はまだ病院通いをしている身で、今日の話はそうした過度的な段階のものということをご承知ください。

日本老年医学会の学術用語にフレイルというのがあります。「frailty」。筋力や活力が衰えた段階にある75歳以上の多くの人々を指すそうです。

- 1) 1年間で4,5キロの体重減少
- 2) 疲れやすくなった
- 3) 筋力の低下
- 4) 歩行スピードの低下
- 5) 身体の活動性の低下

このうち3つ以上に該当するものを健康と病気の「中間的な段階」にあるものとするそうです。従って、今日の私の話はこうした段階にあるものとして、お聞きいただければ幸いです（「季刊健康の医学ニュース」平成26年11月15日）。

2. 営利・協同と非営利・協同

今回私に与えられたテーマは「非営利・協同（nonprofit cooperation）と協同労働」ということです。このテーマは取り立ててどうというものではないようにも見えます。しかし突っ込むと、これほど厄介な、難しいテーマはないようにも思われてきます。

営利・協同は資本主義の本質、金儲け主義そのものを物語っており、資本家はそのため力を含ませあう、これを営利・協同というならば、それに対して「非営利・協同」とは、資本主義の原理に反する、非営利（not - for - profit）と協同（co - operative）を包括的に表現した日本生まれの概

念といえます。そして世界的な普遍性、適用性をもつものといえます。資本主義の弱肉強食の営利追求に対して、各人の自由な発展と協同による社会的福祉の追求が目指されております。

営利、非営利が協同と結びつくとき生産力の発展が、歴史の推進力となってきました。普通、営利より非営利の方が、社会的には大きな力を発揮することができるように見えますが、必ずしもそうならないところが難しい点です。私が民主的な医療機関に関する著書を最初にしたのは『非営利・協同と民主的医療機関』（2000年、同時代社）という本でした。そこでは営利に対して非営利の優位性が前提になっていますが、現実には必ずしもそうなるとは限らないことが難しいところです。この本の表題からは「協同労働」という重要な概念が見事に抜け落ちています。そこで今回は、協同労働という概念を話の中に入れることが課題となっています。学習会のテーマが「非営利・協同と協同労働」とされたゆえんです。

協同労働という概念がなぜ必要かという点、非営利・協同の担い手として、協同労働が想定されているからです。この場合には、単なる協同ではなく、それを支えるものとしての協同労働が重要になります。というのは協同の名の下に、非営利ではなく、営利が導入されることがありうるからです。そうした場合を考えると、非営利・協同だけではなく、協同労働がどうしても入らなくなくなります。

営利・協同では企業や経営を「管理するもの」と、「管理されるもの」とが生まれてきます。生協や農協ではこうした矛盾は当然のこととなっています。協同組合一般ではなく、労働者協同組合の場合には、こうした現実に見えつづめることはできないことになります。しかし、実際には労働者協同組合にも「指示するもの」と「指示されるもの」との矛盾が生まれてきます。「管理するもの」

と「管理されるもの」との矛盾が生まれてきます。組織が大きくなればなるほど、その矛盾は潜在化し、激しくなることがあります。

コープこうべの標語に「一人は万人のために、万人は一人のために」というのがあります。

英語では One for allか Each for all となりますが、One for all は一人が皆のことを考えると、Each for all は一人一人が皆のことを考えるとなります。その意味は大きく異なってきます。

マルクス・エンゲルスの『共産党宣言』（1848）では、「各人の自由な発展が万人の自由な発展の条件であるような一つの結合社会が現れる」（全集第4巻、496ページ）と、未来社会を予告していました。

無階級社会における原始共同体から階級社会における営利追求をへて未来の無階級社会における非営利の活動が展望されます。以上を発展史的に整理してみますと、

無階級社会（原始共同体）

奴隷制社会（ギリシャ・ローマ）

封建制社会（中国、日本）

資本制社会（イギリス、アメリカ）

無階級社会（マルクスのいう未来社会）となります。

ところで「協同労働」とはなにか、その意義、位置づけはどこにあるのか明確になり難いところがあります。「協同労働の労働者協同組合」というように、「協同労働」なしには労働者協同組合は存在しえないといってもよいほど重要なものです。

いま、非営利・協同の歴史を振り返ってみますと、産業革命以降、競争社会をへて、協同社会に至ることになります。具体的にはロバート・オウエンによるニューラナークでの協同生産の実践と教育があり、今日、その史跡は世界遺産に指定されています。イギリスでは当時、数多くの協同の店が作られ、マンチェスターの近くのロッチデールでは公正先駆者組合として、消費協同組合が労働者の生活を支えていました。オウエンはまたアメリカに渡り、私財を投じて買収した土地をニュー・ハーモニーと名付け、理想社会の建設を試みましたが、これは見事に失敗に終わっています。

その後ドイツでは、ライプハイゼン農村型信用協同組合とかシュルツェ・デーリチュの商工業者型信用協同組合が、金融の協同組合として生まれています。

フランス、イギリスでは労働者協同組合、労働者株式会社の試みが生まれています。

日本でも同じころ幕末の1838年（天保）に下総（千葉県）で大原幽学が先祖株組合というものを作っています。

近代日本の協同組合としては、明治以後、国家の指導による産業組合、信用組合、共済組合が生まれました。第二次大戦後にはJA、生協、共済組合などが作られました。

非営利組織としては、ヨーロッパで協同組合が広まったのに対して、アメリカでは協同組合は当然に営利組織とみなされ、非営利組織としてはNPOが広がっています。

このように協同、協同組合の概念はかなり広く、そのなかの一部に「協同労働の協同組合」が位置するといえるのですから簡単ではありません。たとえば医療福祉協同組合というものがありますが、そこで働く人々や専門職はどう位置づけられるのでしょうか。

3. 日本の公益法人制度と非営利組織

こうして非営利組織や協同組合はいろいろ生まれてきましたが、今日それらに対して法律で裏づけ、保護を与えることが求められています。

民法上の法人には営利法人（35条）と公益法人（34条）の二つがあり、公益法人としては、具体的には祭祀、宗教、慈善、学術、技芸その他公益に関する社団または財団で主務官庁の許可によるとなっています。公益法人から特別法へと分離独立したものに医療法人、社会福祉法人、学校法人、宗教法人、日本型NPO法人があります。

非営利組織としての各種の協同組合法人も、個別の特別法で規制されています。そのほか「人格なき社団としての非営利組織」には数えきれないほどのものがあります。私が参加している「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」も非営利組織、NPOの一つです。

NPOは「協同労働」とどのような関係に立つのでしょうか。

2008年（平成20年）に「公益法人制度の改革」がなされましたが、その対象は従来の公益法人（旧民法法人）に限定、設立の許可主義が改められ、準則主義により誰でもが設立できるようになりました。そのほか労働者、農民の運動、中小業者の運動、年金者の運動から社会福祉の団体、老人クラブ、趣味の会に至るまで、さまざまな非営利・協同の組織と運動とがあります。

こうして個人経営のところを別にすると、多くの組織、団体はなんらかの「協同労働」によって成り立っているといえます。ここに「協同労働」の一般的な概念が見いだせます。何らかの「協同労働」なしには、営利あるいは非営利の活動は成り立たないといえます。会社、協同組合など、なんらかの法的組織の背後にあって、それを支えているのが広義の「協同労働」であるといえます。

それに対して狭義の「協同労働」は、労働に特別のアクセントがおかれて使われるものといえます。最も狭い使用法になります。「協同労働の協同組合」、労働者協同組合というようにです。企業を構成する資本、経営、労働の三要素のうち、労働に特別な地位と役割が期待されています。これを落としてしまうと、「協同労働の協同組合」ではなくなるとまで考えられています。労働の意義と役割がそれだけ高まっているといえます。当研究所名は「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」となっていて、一々労働をにかけてはおりませんが、それは労働の意義を軽視しているからではありません。

4. 21世紀に向かう協同組合

1995年に国際協同組合同盟（ICA）の100周年を記念するマンチェスター大会が開かれました。そこでは以下のような原則が、21世紀の協同組合原則として採択されています。

第1原則—自発的で開かれた組合員制

性による差別、社会的、人種的、政治的、宗教的な差別を行わない

第2原則—民主的管理

組合員はその政策立案と意思決定に

積極的に参加する。単位協同組合の段階では、組合員は1人1票という平等の議決権

第3原則—経済的参加

公正に出資、制限された利率の利子（配当）、準備金の一部は分割不可能なもの→自立積立金

第4原則—自治と自立

組合員が管理する自治的な自助組織

第5原則—教育、研修、および広報

第6原則—協同組合間協同

地域的、全国的（国境を越えた）、広域的、国際的協同

第7原則—地域社会への関与

地域社会の持続的な発展のために活動

さらにマンチェスター大会では「進展する世界において医療協同組合以上に有望な将来性を持ち、明確な利点を提供する協同組合は他にない」ということが強調されました。

そこで日本における医療協同組合を整理すると、医療生協（利用者協同組合）
医療法人（専門労働者協同組合）
厚生連病院（農業労働者協同組合）
が挙げられます。

そのほか民間非営利病院（済生会、日赤）や協同組合ではありませんが、自治体病院なども非営利組織に数えられます。

ところで、協同労働には「指導する労働」と「指導される労働」があるのでしょうか。日本における労働者協同組合の由来、発展を振り返ってみると、失業者・日雇い労働者の組織であった全日自労、事業団から出発し、労働組合から労働者協同組合としての旅立ちをしてきました。そこから日本労働者協同組合連合会、協同総合研究所などが産み落とされ、「協同労働の協同組合」の法制化をめざす市民会議が生まれるまで順調に進んできたかにみえます。運動が法制化に力点を置くようになるにしたがって、「協同出資・協同経営で働く協同組合法を考える」市民会議が結成されるまでになりました。しかし、その後、法制化に運動の力点が置かれるようになると、運動は国会議員

から地方議会議員の組織化など、各級レベルでの政治的な支援の組織化へと移って行きました。

一時、自民党から日本共産党にいたる国会での全政党・政治勢力の動員が成功したかに見えました。法制化市民会議の会長に笹森清氏（東電労組元委員長・「連合」元会長）が担ぎ出されましたが、蟻の一穴という言葉があるように、その死によって法制化運動がストップするという思わぬ弱点をさらけだし、一挙に活力を失ってしまいました。しかし、ようやく最近になって、協同総合研究所の所報『協同の発見』（第265号、2014.12）によれば「協同労働の協同組合」の原則改訂がいわれるようになり、2014年6月の日本労協連の第35回定期全国総会においては新しい原則案が提起されたということです。協同総研も「協同労働の協同組合法」制定に向けて体制を整え、協同労働運動を広めるべく研究を開始するという動きを示しているのはなによりです。

5. 労働者協同組合の試練

いま日本労協連の事業をみると、そこで一番大きな割合を占めているのは地域の介護・福祉分野です。イタリアの生協の一部を構成しているものに社会的協同組合がありますが、それとよく似た協同組合活動といえます。今日、日本で一番労働力に対する需要が高いのは介護・福祉の分野であり、そこへは特養をはじめ民間企業の株式会社が殺到・進出を図っています。生協、農協などの協同組合は株式会社より資本、経営力が弱く、労協となると、その意欲は高いが、実績は未だしといわなくてはなりません。NPOも同様です。

ところで世界の協同組合についてみると、スペインのモンドラゴン協同組合が生産、消費、教育、金融、保険の総合的多角経営と海外進出でトップを走っていましたが、遂に限界にきたのか、その中心的な一角をなすファブール家電が倒産に至りました。モンドラゴンの倒産の前後をめぐる事情の分析は、わが国におけるモンドラゴン研究の第一人者・石塚秀雄氏の手によりかなり解明が進んできていますが、さらにその研究の成果を待ちたいところです。

ここでは次第に明らかになってきつつある資本

に対して労働に優位性をおく、その観念、イデオロギーがどうだったのかが問われます。労働が主体で、資本は手段に留まることができるのかが問題になります。モンドラゴンの地域協同組合複合体の実態とモンドラゴンを乗り越えるものはいまだこの地球上に生まれていない、他に体系化されたモデルも見られないとすると、日本的経営と対置されるモンドラゴン複合体の特徴はどのようなものだったのかが問われます。またモンドラゴンは医療に特別の価値をおいて取り組んでいなかったのではないのか等々の疑問が湧いてきます。スペインのバルセロナ、ブラジルの金持ち医療協同組合の実態はどうだったのか。色々と疑問が生まれてきます。アメリカには医療保険協同組合がいろいろあるとみることができますが、それらの実態はどうだったのか。研究課題は多々あるといえます。

一方、ヨーロッパでは社会的経済と社会的企業ということが盛んに論じられています。EUと協同組合との関係はどうだったのでしょうか。経済統合のなかで株式会社企業と競合した協同組合は成功しませんでした。

イギリス、フランス、ドイツなど主要国の生協は倒産するか、合併によって吸収され、大規模化しましたが、うまくいきませんでした。こうしたなかでEUではそれなりの弾力的な対応がみられました。社会的経済企業（Social Economy Enterprises）に協同組合、共済、association、財団を包括的に含ませて突破を図りました。イギリスでは、社会貢献を目的とした民間企業を広く社会的企業と呼んでいますが、ロンドン地域には社会的企業の互助組織があり、ソーシャルエンタープライズ・ロンドン（SEL）への加盟企業は数年前に2,009社に達していたといえます。その経営手法は一般の民間企業と同じで、違うのは利益を株主配当に回すのではなく社会貢献目的に再投資する点であるといわれます（『日経』2010年5月16日）。

一方、イタリアでは社会的協同組合という新型の協同組合がみられます。イタリアでは半ば公共的な地域保健機構、USL（Unita Sanitaria Locale）がありますが、社会的協同組合とどういう関係にあったのかをみてみたいと思います。イタリアでは1991年に「社会的協同組合法」が制定され、

福祉を軸とした仕事おこしや町づくりに取り組んでおり、注目されてきました。

イタリアの社会的協同組合のうちには、雇用創出に関わる事業分野として若者の失業者に対する職業紹介に取り組むA型労働者協同組合に対して、就労の他に障害者、若年失業者、刑余者など社会的に排除された人々に対する援助に取り組むB型があります。イタリアでは社会的協同組合が協同組合法制全体のなかで独自の法的地位を与えられ、伝統的な協同組合の構成部分となっています（非営利・協同総研いのちとくらし『イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書』2014年）。

また近年、多国籍企業がヨーロッパを席卷するなかで、グローバル化への対案として「連帯経済」という概念の影響が強まっています。わが国におけるその代表的文献に労働組合・連合の生活経済政策研究所と西川潤氏の編著書『連帯経済』（明石書店刊）があります。本書は8名の共同執筆ですが、興味深いのは生協関係者が多く執筆に参加していることと、書中、非営利・協同セクターという言葉がキイ概念として使われていることです。その背景には非営利・協同セクター論が福祉国家論との関係で重要な位置づけを与えられているようにもみられます。

私の非営利・協同組織論は、詳しくは拙著『企業とは何か―企業統治と企業の社会的責任を考える―』（学習の友社）を参照していただきたいと思います。企業レベルで非営利・協同を問題にする場合に、日本では大中小の別を問わず優良企業の資本蓄積、利益を内部留保する行動が注目されています。非営利・協同労働と剰余形成、資本蓄積をどう考えるかが問題になります。

一方、その対抗物として悪徳行為に走る企業がブラック企業として社会的批判の対象となっています（今野晴貴『ブラック企業』文春新書）。

6. 医療介護事業と無料低額診療

個別の産業分野のなかで非営利・協同が問題になるものに医療介護事業があります。日本では営利産業としての医療介護が否定されており、企業

形態としては医療法人や医療生協が重要な地位を占めています。しかし、すでに部分的な市場原理の導入が始まっています。自民党政府の下での医療への部分的市場原理導入に関しては、すでに「二つの方針」が決定されているといわれます。

- ①規制改革方針（2014年6月閣議決定）に関しては、混合診療の全面的解禁は、依然認められていませんが、混合診療の部分解禁のさらなる拡大が目指されているといわれます。
- ②「患者申出療養」制度に関しては、患者申出混合診療という新しい制度を承認するとしています。未承認の医薬品や医療機器なども使用できるようにするといわれます。
- ③さらに「日本再興戦略」（2013年6月、2014年6月閣議決定）により、安倍内閣では、医療の「成長産業」化が目指されているといわれます。
- ④医療提供体制の改革では、「医療・介護総合確保法」（2014年6月成立）により、医療機関の機能分化と連携、および病院病床の削減を促進するために国・都道府県による医療機関の規制が大幅に強化されることになったといわれます。また、株式会社の医療機関経営は依然認められていませんが、しかし、仕上げとしての「地域包括ケアシステム」では新たに株式会社への出資が可能とされています。

以上、医療制度への株式会社制度の導入は見解の分かれるところとみられますが、巨大ないくつかの「非営利ホールディングカンパニー型法人」によって、地域の医療・介護・生活サービス・住宅等の提供は、株式会社制度の将来展望ともなっているとされます。公益社団法人については、収益事業のみが課税対象になっていますが、しかし、特別法に基づく学校法人、社会福祉法人等の私法上の位置づけは変更されず、これらの法人に対する課税も見直されなかったといわれます。

残る問題としては社会福祉法人と宗教法人の課税問題が指摘されています。高齢化が進む中で障害者や高齢者などの福祉施設や保育園、病院などの医療機関の運営主体になり、特養などの施設経営分野で、大きな役割を果たしており、トヨタ自動車などの連結決算を上回るほどの内部留保が判明しています。制度上、配当という形で内部留保を外部に流出させることが制限されているので、

厚労省の資料によると、特養の内部留保は1施設平均で3億1,373万円、全国7,982施設全体で、約2.5兆円に上がるということです。

以上みてきた医療制度の改革は、「協同労働の協同組合」にとっても無関係ではなく、じわじわと影響が及んでくるものと思われます。

営利主義に対して医療機関の社会的責任を表すものとして、無料低額診療の事業があります。

- ・社会福祉法

第2条→社会福祉事業

次に掲げる事業を第2種社会福祉事業とする。

「九 生活困難者のために、無料または低額な料金で診療を行う事業」

- ・国民健康保険法

第44条→無料低額診療事業

一部負担金の支払いを免除する社会的医療法人（日本の民医連のケース）の導入

この事業は企業の社会的責任の観点から新たに見直す必要があるといえます。

こうしたなかで治療代の払えぬ人が急増し、無料低額診療には年延べ700万を数えるといわれ、ここ数年で100万人近く増えたともいわれます。

こうしたなかでマルクスの社会的企業（Social Enterprise）概念の普遍性と現代の社会的経済企業の可能性の拡大が注目されます。社会的企業概念を株式会社企業に限定する必要はなく、市場の民主的規制と管理の民主化の下で、社会的企業概念は協同組合に限定する必要はないと考えられます。2006年5月施行の「新会社法」はその可能性を拡大するもので、また2006年の医療法人制度と出資額限度法人についても同様に考えることができます。

旧商法から営利目的が消えるとともに、社会的

ニーズは多様、社会貢献のために使う可能性が拡大しています。こうした中で非営利目的の株式会社が存在してよいし、社会的責任が問えるといえます。

欧米では公共サービスの民間手法について、社会的企業を担い手に職業訓練などイギリスの伝統的な株式会社も保証有限会社（Company Limited by Guarantee, CLG）、2004年会社法改正でコミュニティ利益会社（Community Interest Company, CIC）など新たな可能性が生まれてきています。

日野秀逸氏は「社会的企業と医療協同組合」（日本医療経済学会報告2005年5月22日）について、新しいアプローチを試みています。また全日本民医連第41回定期総会スローガン「新しい福祉国家を展望」も新しい展望を切り開くものといえます。

エンゲルスは「未来の協同社会について」という文章において、未来の協同社会〔Assoziation〕は後者（資本主義的商事会社）の冷静さと古代の協同団体の共通の社会的福祉にたいする配慮をむすびつけ、これによってその目的を実現するであろう。」（全集第21巻、393ページ）としています。

以上はいまだ不確定な将来展望にしかすぎないともいえますが、「協同労働の協同組合」と同じく新しい可能性を予知するものといえるでしょう。

（本稿は2014年11月29日に開かれた医療法人の所内学習会での講演をまとめ、加筆したものです。参加者は法人の役員、医師、診療所職員、友の会会員ですが、外部にも開かれた学習会でした。一般にも参考となる部分が含まれていることから、関係者の了承を得てここに公開した次第です。）

（かくらい やすお、研究所顧問・名誉理事長、法政大学名誉教授）

最近の社会的経済研究動向

—社会的経済システム比較ワーキンググループ報告より—

竹野 政史

はじめに

ワーキンググループ（代表・中川雄一郎）のこの1年の研究活動の概要を、以下に簡単に報告する。

今日、非営利・協同組織は、従来の協同組合や共済組合のみならず、医療や福祉あるいは環境などの数多くの分野での社会的ニーズに応える重要なアクターとして世界的に認知が進んでおり、社会政策や法制度の中で具体的な方策として取り入れられつつある。また非営利・協同の価値は国や地域を超えた広がりも見せている。国連では2013年に社会的連帯経済タスクフォースが設置され、貧困、失業、経済格差、社会的排除、女性参加などの問題に応え、持続可能な経済的社会的開発を目指すものとして社会的連帯経済について着目している。非営利・協同の拡大は、EU 諸国では社会的連帯経済の政策・法制化、ラテンアメリカ諸国での連帯経済の拡大、アジアでは韓国からの社会的経済のグローバル・ネットワーク創設の動きなどを代表として、世界的に多面的な展開が進行しつつある。

市民の連帯の基から生まれる非営利・協同的セクターの多面的に広がり、医療・福祉・教育から環境や金融、あるいは社会的包摂のための活動に至るまで多岐にわたっている。

1. 社会的経済理論の再検討

＜国連・ILOの協同組合報告＞

この10年の間に非営利・協同や社会的経済は新自由主義経済に起因する格差や貧困の増大に対応するものとして着目されるようになった。社会開発（social development）の文脈において、2000年に国連ミレニアム開発目標（MDGs）では非営

利・協同の主要なアクターである協同組合が重視され、2001年国連総会では「社会開発における協同組合」が採択された。その後も国連において協同組合への期待評価は高まり、2012年を国際協同組合年（IYC）と定め、協同組合の社会開発への貢献に対して認知度を高めるよう奨励した。また、ILOでは2002年に「協同組合振興に関する勧告」が決議され、「均衡のとれた社会は、政府セクターと営利企業セクターだけでなく、協同組合、共済団体などを含む社会的セクターを必要とする。そのため、政府は、協同組合を支援するための政策と法的枠組みを提供すべきである」と記され、それぞれが最良の機能を果たしてベストミックスを追求する混合経済体制が求められている。日本でもこれらの動きに対応して2012年国際協同組合年に対して各協同組合が集まり、協同組合憲章草案を作成し政府に憲章制定を要請した。しかしこれは政府見解において一部が採用されたに留まり、また日本の協同組合にはナショナルセンターがまだ組織されていないことなどが課題としてが残っている。

＜連帯経済と社会的企業＞

連帯経済の概念を整理し、社会的企業論との比較を行い、連帯経済との差異や社会的企業論における「社会」の概念を明確化し、経済システムの中での位置付けの検討を行った。連帯には多様な定義があるが、「対等な立場にある人々（経済主体）の、協力的な関係性」と仮に定義するならば、連帯経済は「経済主体間の連帯関係に基づいた経済」といえる。この連帯は人間だけではなく自然や動物などを含めた共生関係も含まれる。そしてこの連帯は経済活動の生産・流通・消費それぞれの段階、あるいは自然との共生を含んでいる。社会的企業論をこの連帯経済の概念の観点から比較する

ことにより、社会的企業論においては捉えにくかったコミュニティへの貢献や生産・流通・消費各段階への包括的な連帯性の意義を明確にすることができる。連帯経済のアプローチから見えることは全ての経済プロセスの連帯性であり、例えば障碍者がクッキーを作って販売する際には、単に作って販売するのではなく、フェアトレードなどの材料を使い公正な価格で売るなどの多様な形態の連帯性を確保することでコミュニティへの貢献という意義が明確になる。

＜フランスの社会的連帯経済法＞

2014年7月25日、フランスで社会的連帯経済法（ESS法）が制定された。ESS法の目的は、法的枠組みを作ることによって民主的で社会的有用性を持つ企業を通じその雇用促進を目指すことと定めた点にある。これらの企業には資金調達や事業育成を行う制度的枠組みを整備し、それらの組織の労働者にはディーセント・ワークを作り出すもので、社会的にもこのセクターの存在の認知を促すこともその目的に含まれる。またESS法では社会的有用性のある労働創設の実行主体として社会的経済セクターを認知しており、その振興のために各種の金融手段を講じている。これまで社会的経済セクターは民間資金あるいは労働者資金だけで取り組まれてきたのに対し、ESS法によって公的資金の支援が可能となり、社会的経済企業相互の資金調達・出資をより促進していくことが目指されている。また協同組合については、とりわけ労働者協同組合（SCOP）について多くの条文が割かれ、雇用創出の中核組織として事業展開を促進するため、市場での活動や資金調達が容易になるように規定が改定されている。

2. モンドラゴン協同組合の動向

＜ファゴール家電倒産の背景と影響＞

モンドラゴン協同組合グループのファゴール家電が2013年10月に倒産した。その背景には、外部要因としてグローバル化による市場競争の激化、家電市場の需要の飽和やニーズの変化がある。内部要因としては積極的な賃下げや人員削減をしなかったことや、工場を低コストの国へと海外移転

をしなかったこと、また家電不況下にもかかわらず海外拡大戦略を取ったことなどの複合的要因がある。

ファゴール家電の倒産は協同組合がどう倒産するべきかの課題を投げかけている。協同組合の倒産は労働者や子会社の雇用の維持、出資金や年金基金の清算だけではなく、ステークホルダー型企業として広い社会的責任がある。すなわち協同組合の倒産は単に協同組合内部だけで完結する問題ではなく、裁判所など外部の決定にその統治を委ねなくてはならず、必ずしも自己決定ができるわけではない。また外部の問題としては、経済のグローバル化の進展に対し社会的経済セクターが十分に適応できていないため、グローバルなネットワークや連帯に欠けており、ファゴール家電の挑戦は孤立したものだった。

＜モンドラゴンの子会社化問題＞

モンドラゴングループ（MC）の子会社化問題は、海外拠点の増加につれ批判がなされることがある。その批判の内容としては、巨大化することにより株式会社化するのではないかと、協同組合の原則から逸脱するのではないかと、賃金労働者の増加によって非組合員比率が増加するのではないかと、グローバル化によるコミュニティからの逸脱があるのではないかと、などがある。しかしこれらの批判に対しては、以下の点から当てはまるものではないと解説された。すなわちMCは中心に「本来的協同組合」、スペイン国内に「社会的経済企業」、また海外を含めた「社会的責任企業」すなわち広義の社会的経済企業という三層構造のグループ形式を持っており、あくまで協同組合群としてのネットワークの増殖を図っている。この三層構造の中で労働者は参加するよう諸施策がとられており、その意思決定は営利多国籍企業のように資本家株主が行うのではなく、労働者協同組合が行うものである。またモンドラゴンは海外進出に積極的だが、ローカルでも雇用創出に努めており、経済危機の際にも内部グループでの配置転換において独自手法を持って対応し、新事業立ち上げに関してもこれを支援する研究センターを持っている。

＜バスクのジュニア協同組合と少人数協同組合＞

2015年2月28日、3月1日に明治大学で開催された「Dreamstorm Tokyo 2015 協同的起業家精神に関するセミナー&ワークショップ」(モンドラゴン大学の学生によるチームでの起業、教育プログラムの紹介)に関連し、その根拠となるバスクのジュニア協同組合と、それに関連するバスク少人数協同組合法について補足があった。

・バスクのジュニア協同組合について

バスク州政府は大学生の「ジュニア協同組合」の設立、協同組合起業活動支援のプログラムについてモンドラゴン大学と協定を結んだ。モンドラゴン大学では企業専門教育の課程として8つジュニア協同組合を設立し、バスク州政府は一つのジュニア協同組合につきその活動費の85%または5,000ユーロの支援を行ない、組合員にも補助金を支給する。モンドラゴン大学は学生たちに対し、起業、経営の自律的実践、協同組合設立、イノベーション、グローバル化への対応、語学などの指導を行う。このプログラムはフィンランドのJyväskylä 大学チームアカデミー (Team Academy) と提携しており、「チーム・ラーニング協同組合」をモデルとしている。

・バスク少人数協同組合法について

バスク少人数協同組合法 (あるいは小規模協同組合法)は2008年に施行された。その背景として、EUにおける90年代からの中小企業政策の推進があり、その流れに沿うものとしてスペインにおいてバスク州政府が率先して同法を作った。これは、協同組合が若者の起業・雇用創出・社会排除・男女協同参画などの諸問題に対応するものという考えに立脚している。この法律はヨーロッパの社会的企業法と類似しており、企業としての市場の競争力に対して協同組合や非営利企業の促進を図るという意図がある。他の国にも類似のものがあり、イタリアには社会的協同組合法、その後には社会的企業法が作られている。

少人数協同組合は2名で設立可能で、理事会がなくても良い。また定期雇用に関しても賃金労働者はスペインの協同組合法では30%までだが、この法律では50%までの賃金労働者を雇える。不定期雇用者に関しては上限5年まで雇うことができる。賃金労働者からも出資を募ることができ、配

当も賃金労働者に配分できる、など。また企業としてビジネスの意思決定や資金調達がしやすいようになっており、その性質としてはワーカーズコープに近いものがある。この法によってバスク州政府から補助金などの支援が得られる。

3. 国連の社会的連帯経済の取り組み

＜国連社会開発研究所 (UNRISD) と社会的連帯経済＞

UNRISD は「包括的で持続可能な発展に向けた社会政策」「社会開発の政治的及び制度的ダイナミクス」という研究課題を掲げ、2012年から主要なテーマとして社会的連帯経済を扱うようになった。2013年5月には社会的連帯経済をめぐる学術会議を開催し、同年9月には国連の20機関とインター・エージェンシー・タスクフォースを設置した。タスクフォースは「ポスト2015年アジェンダ」「サステナブルな発展に関する目標 (SDGs)」の議論に社会的連帯経済の存在が軽視されることなく盛り込まれるよう、その意義や可能性を発信する必要性から設置された。またこうした社会的連帯経済組織の特徴はローカルへの展開を越えて、政治や政策に影響を与えるためにさまざまなネットワークなどと結びつく必要があると説明されている。こうした一連の動きについて、経済活動のあり方を再考し、経済的目的、社会的目的、環境への配慮とのバランスがとれる経済活動を模索するためには、社会的連帯経済の多面的で全体的な機能が今日の開発課題に沿うものとされる。

＜国連タスクフォースの社会的連帯経済ポジションペーパー＞

国連の「ポスト2015年アジェンダ」「サステナブルな発展に関する目標」において、社会的連帯経済についての意義を明確に示すためにポジションペーパーが発行された。社会的連帯経済とは「明確な社会的目的・加えて時に環境に配慮した目的を掲げた、広範囲の組織・企業によって提供される財やサービスの生産を指す」もので、その活動領域には協同組合、社会的企業、自助グループ、CBO (Community Based Organisation)、インフ

フォーマル経済の労働者によるアソシエーション、サービスを提供するNGO、連帯金融スキームなどが挙げられるが、サービス提供を行わないNGOなどは含まれない。

ポジションペーパーでは「ポスト2015年アジェンダ」に貢献できる点として次の8点を挙げている。(1) インフォーマル経済からディーセント・ワークへの移行、(2) 経済と社会の「グリーン化」、(3) 地域経済開発、(4) 持続可能な年と人間の住環境、(5) 女性の福祉とエンパワメント、(6) 食の安全性と自作農のエンパワメント、(7) 普遍的な健康の確保、(8) 移行(変革)可能なファイナンス。

<韓国での社会的経済の広がり>

韓国では2012年に協同組合基本法が施行され、社会的経済の動きが広がっている。そうした中で2013年11月に「グローバル社会的経済フォーラム(GSEF)」がソウル市で開催された。これは地球規模の経済的危機や環境の危機を克服し、より良い社会・生活を作りだそうと、社会的経済を促進する自治体や実践団体などが集まり、グローバ

ルに協同・連帯しようとするものである。このときに「ソウル宣言」が採択され、日本でもこの宣言を広め、日本の社会的経済セクターのつながりを強くしようと「ソウル宣言の会」が作られた(代表=若桑資朗・パルシステム生協連合会前理事長)。2014年11月には「GSEF2014」が同じくソウル市で開催され、GSEF協議会を創設、GSEF憲章が採択された。GSEF2013から2014についての経緯や2014の内容については、前号に掲載されている(今井迪代・熊倉ゆりえ『『グローバル社会的経済フォーラム』参加報告』『いのちとくらし研究所報』49号、2015年1月)。また中川理事長も同フォーラムには参加し、『研究所ニュースNo.48』『理事長のページ』で触れている。こうした動きは、社会的経済がヨーロッパから南米・アフリカへと広がり、それらがグローバルに連帯しようとする一環として、アジアにおける連帯の一つとして評価できることを確認したが、今後のGSEF協議会の動向などに着目する必要がある。

(たけの まさし、会員)

〈医療政策・研究史〉（8）

「日本医療団」再考

野村 拓

●『日本医療団史』に欠けているもの

戦時下医療政策の核心的部分は言うまでもなく、「日本医療団」の創設である。「日本医療団」に関する総論としては、1942年に厚生研究所編『国民医療法と医療団』（1942、研進社）が刊行されているが、これはすでに入手しがたい本となっている。

第1編 わが国保健国策の進展

- 第1章 戦争と日本民族
- 第2章 保健行政機構の変遷
- 第3章 医療の現状
- 第4章 医薬制度調査会の設置
- 第5章 調査会答申の内容
- 第6章 国民医療法の制定

第2編 国民医療法の内容

- 序章 国民医療法の大綱
- 第1章 目的と適用の範囲
- 第2章 医師及び歯科医師
- 第3章 医師会及び歯科医師会
- 第4章 医療等の指導及び監督
- 第5章 日本医療団
- 第6章 罰則の規定
- 第7章 附則

第3編 医療国策の周辺

- 第1章 医育刷新の問題
- 第2章 医療関係者の徴用

という構成をとるこの本は、「日本医療団」ができる経過に重点がおかれており、書かれた時期の関係もあって、「日本医療団」の活動内容に関する叙述は少ない。『医制八十年史』（1955）にいたっては、「日本医療団」に関する記述はわずか

数行で終わっている。

1947年、「日本医療団」が解散され、解散事務が終了した時点において、『日本医療団史』（1952）が編集・出版されたが、この本は、いうなれば「日本医療団・後始末史」であって、活動期の叙述が不十分である。というのは、活動の中核をなす機関誌について、ほとんど紹介されていないからである。少なくとも10回は発行された「日本医療団情報」、雑誌形式で、少なくとも2回は発行された「日本医療団報」のうち、『日本医療団史』に紹介されているのは「うめ草」記事として2カ所だけである。

●『日本医療団の設立経過と結核対策』

これら機関誌類に依拠しながら、私がまとめたのが、『日本医療団・関係資料（2）日本医療団の設立経過と結核対策』（1977、医療史資料刊行会）で、次のような構成をとっている。（「事業概況」という言葉が何カ所も出てくるが、1942年から1943年にかけての「タイムシリーズ事業概況」と理解していただきたい）

国民医療法制定に関する経過

医薬制度改善方策

日本医療団創設に関する経過

事業概況

（1）各種委員会の設置

日本医療団結核委員会規程

（2）病院その他診療施設

（イ）結核療養所

結核療養所10万床建設計画

（ロ）一般医療施設

（3）評議員会開催

- (4) 昭和17年度事業計画
- (5) 各種規程の制定
- (6) 公医委託生夏期修練会の開催
- (7) 支部の設置

資料
人事

事業概況

- (1) 結核療養所の新設
- (2) 既設療養所及一般医療施設の統合
- (3) 日本医療団職制第17条の規定に依る支部設置
- (4) 事務上の質疑応答編纂計画

事業概況

- (1) 既設結核療養所の統合
- (2) 一般体系医療施設経理調査
- (3) 医療関係者養成に関する件
- (4) 昭和17年度本団事業計画認可

結核療養所職員並従業員各位に告ぐ 稲田竜吉

事業概況

- (1) 公立結核療養所統合事務進捗
- (2) 第1回医療債券の発行

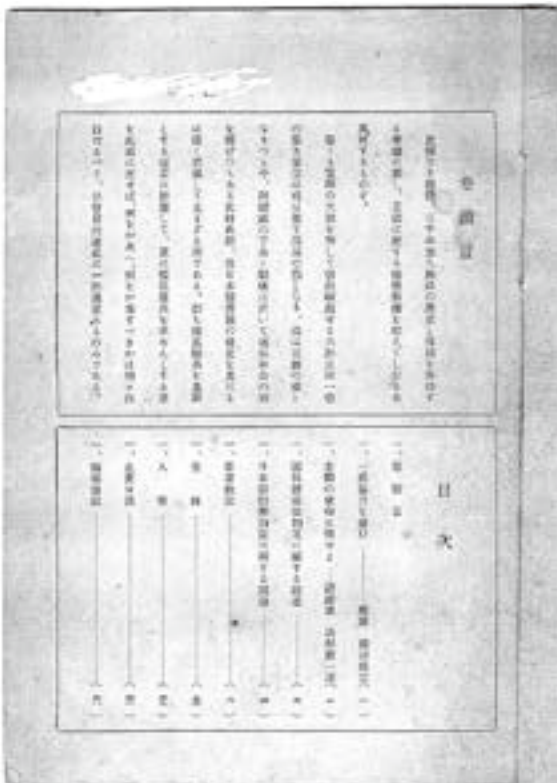
〈中間解説〉結核療養所から奨健寮へ

1943年8月31日段階における結核療養所建設状況
結核療養所建設工事進捗現況表

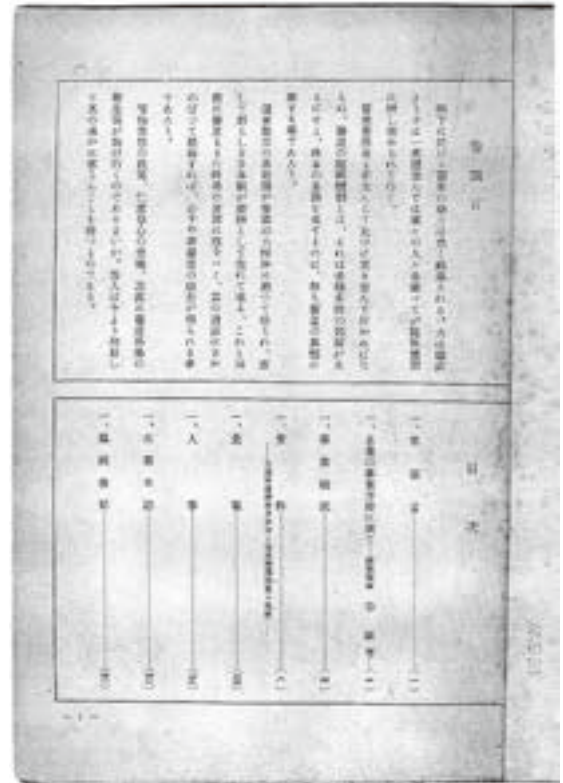
奨健寮（仮称）設置要綱

以上、A5判88頁の小冊子であるが、「一般医療体系」と「結核医療体系」とに大別された医療システムのうち、「一般医療体系」のピラミッド的再編は、医師会や私立病院の抵抗にあって進捗せず、「結核ベッド10万床計画」の方は、人員、資材、予算の不足によって「簡易結核療養所」（奨健寮）5万床計画に縮小されて、敗戦を迎えるわけである。これが、大づかみな流れではあるが、

＜図1＞「日本医療団情報」1号（1943.1.）



＜図2＞「日本医療団情報」2号（1943.2.）



国家がある目的のために医療の管理を目指した場合の政策的展開を具体的に知るためには、機関誌に掲載された論文、論説の中身にまで踏み込むことが必要だろう。

●『日本医療団情報』

創刊号は1943年1月発行で、「巻頭言」と「目次」を示したものが〈図1〉（前頁）である。総裁 稲田竜吉の論説は「米英撃滅決戦の此年」に始まり、副総裁 高杉新一郎は「悠久三千年の歴史と伝統を有し…」から始めている。翌月の2月には第2号が出されており「巻頭言」と「目次」は〈図2〉のとおりである。セレモニー風の創刊号にくらべると、保健婦や保健婦養成機関に関する調査報告などが掲載されている。

第3号（1943.3.）になると、筆達者な高野六郎（医博 日本医療団理事）による総説「日本医療団の医療施設」などが登場する。昭和初期、大日本私立衛生会機関誌「公衆衛生」に「機談ナボ

リ」など健筆をふるっていたが、この時期、随筆集『医者黒焼き』など出していたので、中学生の私も読んだ。

「いもりの黒焼き」が効くのなら、「医者黒焼き」ならもっと効くだろう、という趣旨のようだったが、戦争遂行のために日本の医者は「黒焼き」にされつつあった。

1943年段階では、おおむね月刊ペースで出され、第5号までの表紙は「日本医療団情報」の題字だけだったが、第6号からは、目次を表紙に出して、かなり雑誌らしくなった（〈図3〉）。日本を代表する労働衛生学者、暉峻義等も論説を書いている。

第7号（1943.7.）での注目論文は三宅正一の「国民皆保険と日本医療団の使命」である（〈図4〉）。

●『日本医療団』と国民皆保険

この時期、「日本医療団情報」に掲載された論文の中で注目すべきものは、第7号（1943.7.）

〈図3〉「日本医療団情報」6号（1943.6.）



〈図4〉「日本医療団情報」7号（1943.7.）の三宅論文



に掲載された三宅正一の「国民皆保険と日本医療団」(〈図4〉)であった。この論文において、医療供給体制の一元化と受療体制とのドッキングが構想され、次に任命制の日本医師会長を日本医療団総裁が兼務することによって、戦時医療体制は完結するはずであった。

日本の医学雑誌に「国民皆保険論」が登場したのは、前回述べたように国民医療法施行の年、1942年の「日本医学及健康保険」(No.3295、1942.8.15.)ではないか。この時期から翌年にかけて「日本医学及健康保険」には、次のような国民皆保険論が掲載されている。

- ・国民皆保険目指し 国保組合大会 (No.3308. 1942.11.14.)
- ・国民皆保険への道 山川益市 (No.3315.1943.1.2.)
- ・国民皆保険に就て 深川喜久雄 (No.3316.1943.1.16.)

そして、「日本医療団」の発足によって、医療供給体制のピラミッド型再編成が進められるのに

呼应して、受療面でも「国民皆保険」を進め、「戦力増強」に寄与させよう、というわけである。

さらに、これらに加えて「日本医師会の官製化」、会長を政府の任命制とし、「日本医療団」の総裁が日本医師会の会長を兼ね、末端の開業医を「国民体力管理医」に組み込むことによって、トップダウン式の医療管理体制は完成するわけだが、完成を見るまでに敗戦を迎えるわけである。

しかし、事実問題として、1万8千人以上の開業医が「国民体力管理医」に選任されている(〈図5〉)。ただし、この時期、働き盛りの医師は根こそぎ軍医として動員されていたので、戦場について語れる人が多い割りに「国内医療」について語れる人は少ない。

戦時下医療政策はフロントラインの開業医を「体力政策」へ組み込もうとしただけでなく、2次医療機関についても、かなり踏み込んだ調査をしている。

調査内容は、人件費や医師1人あたりの入院、外来患者数などに重点がおかれているが、注目す

〈図5〉「国民体力管理医」に選任されたものの数

道	北海道	東北	関東	中部	近畿	中国	四国	九州	沖縄	計
医師	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151
国民	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151
選任	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151
数	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151	1,151

第二 国民体力管理医選任状況調
昭和十三年末
△印 未調査府県トス

べきものとして、病院の母体組織が農学校（したがって農場）を持っているケースで、食料難の戦時下において、良質の入院給食がなされている、という報告がある。

戦後、WHO ラインで、インドの「農場つき病院」が紹介されたり、日本でも同様の試みがなされるようになったので、ある意味で「さきがけの報告」と言えるかもしれない。

しかし、調査の主目的は2次医療機関をピラミッド型医療体系のなかに組み入れるための基礎調査であり、開業医や私立病院の抵抗にあって、ほとんど進行しないままに敗戦を迎えるのである。

「日本医療団情報」はやがて総合雑誌形式の「日本医療団報」創刊号（〈図6〉）へと発展するのであるが、この創刊号の発行の日付である1944年7月には、サイパンは占領され、空襲の危険や、用紙不足や印刷上の困難にさらされていた。第2号の8月号（〈図7〉）には、刀根山病院の中に町工場を誘致して、「結核患者の作業療法」と称して働かせた記事が紹介されている。もはやこれまで

である。

●戦時下医療政策の特徴と戦後への投影

戦時下医療政策についてはいくつかの特徴がある。ひとつはフロントライン医療の「番兵化」であり、開業医を「国民体力管理医」に選任したことである。もうひとつは「一般医療体系」とは別建ての「結核医療体系」における「ランクづけ、切り捨て」である。結核療養所10万床計画を「簡易結核療養所（奨健寮）5万床」計画に縮小したとき、結核患者を「重症」と「軽症」とにふるいわけ、「重症」は切り捨て、「軽症」者には「作業療法」と称して工場労働をやらせている。

これらは警戒すべき「負の遺産」というべきだが、「戦争」という高い月謝をはらって得たものはなんだろうか。

戦争目的で集積された医療機関が、戦後改革のなかで、国民のための総合病院・療養所に転化されたことをあげてもいいのではないかな。また、日

〈図6〉「日本医療団報」創刊号（1944.7.）



〈図7〉「日本医療団報」（1944.8.）おそらく終刊号



本医療団従業員組合が全日赤とならんで、医療労働運動の起点を形成したことをあげてもいいだろう。

これらは、戦後、出足の早かった医療民主化運動、日本患者同盟や保険医団体の「結核新薬の公費医療・保険適用」要求運動などとならんで戦後医療改革のハイライトを形成した、といってよからう。

そして、このような歴史的プロセスを経て、日本という国には国立大学付属病院とハンセン病療養所以外に国立の医療機関（国立病院）をもたなかったこと、あったのは陸海軍病院と傷痍軍人療養所、日本医療団結核療養所などで、これらが戦後改革で国民のための国立病院・療養所になったのだ、という認識を持つに至るのだが、そのときには、既に「国立病院つぶし」が始まっていた。

国立病院を戦後民主主義の産物と考えるならば、「戦後政治の総決算」をかかげる中曽根政権によって「国立病院つぶし」が意図されたのは、当然の帰結と言えるかもしれない。1980年代に始まる土光・中曽根臨調（第二臨調）により、まず受診抑制としての「老人医療有料化」（1983）、健保本人2割負担の導入（当面1割、1984）、ついで供給抑制としての「地域医療計画」による病床数規制（1985）、そして「国立病院つぶし」（1986）が始まるのである。

国立病院統廃合・移譲問題との取り組みは医療政策研究者としての実践編なので、20年にわたる闘いの記録として別にまとめたいたい気持ちもあるが、ここでは「医療政策・研究史」として後続研究者のために参考意見を述べるにとどめる。

まず第1に、国立病院が担うべき役割として「政策医療」という言葉を使い、それ以外の医療は他の医療機関にまかせるべき、と主張したことである。このとき、私は医療労働団体に「政策医療」というその時のご都合でいかようにも変わる「言葉の土俵」で相撲を取ってはいかん、具体的で分かりやすい「公費医療」（結核、精神、難病など）という土俵で相撲をとれ、と忠告した。その後、30年近く経ち、いま、自治体病院の統廃合で「政策医療」という言葉が使われている。そして、アベノミクスにおける「政策医療」は投資をすれば利潤をとまって回収できる医療を意味している

ようである。

第2に、国立病院統廃合・移譲問題に裏からからだ「地域医療振興協会」や、旧厚生省病院管理研究所OB等による「シンクタンク」やあやしい「コンサルタント会社」の「はたらき」をフォローしておくことは、これからの「地域包括ケア」や「総合診療専門医制」を考えて行く上で必要である。

第3に、平べったい国際比較はむしろ有害で、比較医療史、比較医療政策史的学習が必須である。なぜ、日本には10万人以上の会員を擁する開業保険医団体が形成されたのか。平べったい国際比較からは、答えが出ないだろう。

第4に、「公」と「私」との関係についての硬直した考えを克服すべきだろう。開業医＝「私」＝営利というような図式ではなく、むしろ、「巨大化した私」が「公」を支配している姿をイメージし、「巨大化した私」を代弁する公権力と使命感をもった「私」「民」「共」「協」との対抗関係のなかで医療をとらえなおすことが必要だろう。

かつて、戦時下医療政策では戦力培養のために、開業医を「国民体力管理医」に選任した。現在の公権力は、公的医療費支出抑制のために、開業医の「番兵化」（ゲートキーパー化）をはかりつつある。このような状況をトータルな形で把握し、説得力をもって語りうるための学習方法について、次回以降、補論的に述べてみたい。

〈付記〉

冒頭で紹介した『国民医療法と医療団』（1942、研進社）には、珍しい医療統計が収められている。これは、日本医療団が行った調査ではなく、日本医療団設立準備段階で入手可能であった統計と理解すべきもので、以下のようなものである。

・医師ノ収入調査

「開業医」と「官公立法人病院」とに分け、新潟県、長野計、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県について。出典は「名古屋税務監督局の課税調査」（昭和3年）となっている。

・私立診療所ノ収支調

1. 入院設備無キ診療所ニ於ケルモノ（159所平均）
2. 入院設備ヲ有スル診療所（96所平均）

出典は東京府医師会

・公立病院ノ医師1人当診療収入及病院費調

ここで取り上げられているのは、市立札幌病院、県立青森病院、県立宇都宮病院、山梨県病院、岐阜県病院、県立岡崎病院、津市立病院、県立神戸病院、市立小倉病院、佐賀県立病院好生館、大分県立病院、宮崎県立病院、県立鹿児島病院。

出典は「昭和14年度決算」となっているが「医師数中ニハ応召者ヲ含マズ」という断り書きが入っている。戦時色というべきである。

・市民ノ治療費

ここでの「医療費ノ種別」は注目すべきものがあり

「医師ニ支払ヒタル額」

「非医師ノ開設スル診療機関ニ支払ヒタル額」

「買薬ニ要シタル額」

「民間療法ニ要シタル額」

「療術業者ニ支払ヒタル額」

「信仰療法ニ要シタル額」

「歯科医師ニ支払ヒタル額」

「其他」

という分類である。出典については「昭和13年5月1日より1ケ年間東京市滝野川区民1,919人ニ付キ施行セル滝野川区健康調査会

ノ調査成績ニヨル」となっているが、この調査の主役は当時の滝野川区医師会長であり、「貧困」を念頭においた都市型地域医療調査の典型と言えるのではないかな。

・俸給生活者ノ医療費

「月収別」は「60円未満」から「100円以上」まで10円刻みとなっており、出典は「自昭和6年9月至昭和11年8月 5ケ年間ノ内閣統計局家計調査」によっているが、注目すべきは医療費の生計費に対する割合がしめされていることである。これはおおむね4%で、長瀬恒蔵が『傷病統計論』（1935）で行った推計「国民医療費」の国民所得に対する割合とほぼ符号する。

以上の他に

・産業組合病院ノ1病床当利用料及医師1人当利用料（昭和14年度）

・産業組合病床ノ取扱患者1人当利用料（昭和14年度）

があるが、これは昭和13（1938）年の国民健康保険法によって、産業組合病院にコントロールが及んだ結果、生まれた統計だろう。（2015.2.11.）

（のむら たく、医療政策学校主宰）

ワーキング・ペーパー (2006年11月)

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

ISBN4-903543-01-3 (978-4-903543-01-7)

Summary

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

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

ワーキング・ペーパー No.2 (2010年3月1日発行)

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

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

参考文献

ワーキング・ペーパー No.3 (2013年10月15日発行)

◎八田 英之『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動 2013/09 第一報』

ISBN 978-4-903543-10-9

頒価 500円

- 目次
- はじめに
- <各県の医療状況と住民運動>

<考察>

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

おわりに

津波被災地の医師からの報告—気仙沼市医師会の活動と防災対策、地域医療

森田 潔（まとめ：竹野ユキコ）

はじめに

「地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ」（代表：村口至）では、東日本大震災の被災地を知るために2014年12月25日に宮城県多賀城市から気仙沼市にかけて視察した。夕刻に到着した気仙沼市の森田医院において、気仙沼市医師会長でもある森田潔院長から震災直後の様子と対応、有床診療所の役割と今後の防災対策に生かしてほしいことについて、ご説明をいただいた。平日の診療終了後にも関わらずご説明下さり、質問などに長時間お付き合い下さった森田先生に御礼申し上げるとともに、筆者理解の範囲でその概要をまとめ、誌上で報告する。

1. 医院の概要と震災直後の様子

医療法人尚仁会森田医院は、気仙沼市八日町にあり、県道の曲がり角に位置する有床診療所である。建物は鉄筋6階建て、1階が外来診療室・処置

室、2・3階が入院ベッドと厨房、機能訓練室、看護師の休憩室、4階に院長室（当直室兼用）がある。

はじめに震災時の報道を動画や写真をまじえて紹介した。津波は引き波が特に強くて早かったために被害に遭った人が多かったと補足があり、夕方に発生した火災はがれきで消火活動が出来ず、燃料タンクすべてに引火したという映像などが流れた。しかし当日は電気が止まっていたので報道映像を見ることはできず、ラジオで情報を得ていた。

火災は市内の一部の地区であったが、市外から来たと思われる報道関係者が「気仙沼全部が燃えている」と報道してしまい、市外にいた家族などに混乱をもたらしたので、メディアの正確な報道が必要だと森田先生は指摘した。森田医院からは山越しに赤くなった空が見え、医院の周辺も非常に煙くなった。

津波直後の写真には、道路の先に津波の水煙がみえ、医院の駐車場には海水がたまり、がれきが



津波直後の森田医院駐車場（森田先生提供）

浮いていた。道路は翌日、翌々日には自衛隊が片付け、通れるようになったが、医院の駐車場にはがれきが積み上がり、建物の周りにスコップでやっと通り道を作った。1階の診察室は160cmを越える浸水となり、電子機器はすべて故障した。往診用、介護用の自動車も故障した。ちょうど寒さの厳しい時期であり、慢性期の患者さんへの対応をするために1週間後に診療再開を決めたところ、市が駐車場のがれき処理を行ってくれた。森田医院では2階の空き病室を外来診療室に変えて診療した。

2. 気仙沼市医師会の防災対策と対応

市の医師会は、震災前から津波などの災害に備え、縦割りではなく横の関係をつくろうと対策を取っていた。市の災害対策本部には医師会会長が入り、情報交換をすることも決めていた。内部では部外秘で医師の携帯電話連絡網を作り、災害対応マニュアルを作り、連絡内容や連絡体制、診療再開の掲示方法などについても決めていた。連絡手段として衛星携帯や無線なども準備し、年2回ほど訓練をしていた。しかし、これらの手段は津波で流されたり充電できていなかったなどと、十分に機能を発揮することは出来なかった。

診療再開については、医師本人と家族、従業員の安全と建物や機材の確保が出来る場合は自院で診療し、そうでない場合は避難所で救援活動に携わると決めていた。また「診療中」を知らせるのぼり旗や「医師」と大書したベストを目立つ色で作っていたが、これらは非常に役に立った。

市では2名の医師が亡くなり、生き残った医師たちは、自院が全壊したが現地で診療再開、内陸部へ移動して再開するほか、開業医から勤務医へ移るなどをして地域医療を守ろうとしている。しかし医療過疎であった気仙沼で医療機関が減ったことにより、森田医院も初診の患者が増えた。震災2ヶ月後の取材に対し、森田先生は「かかりつけ医としての負担は大きい、生き残ったものの使命、気持ちを同じくする先生方と復興していくしかない」と語っている。また「今回以上の被害はないと誰も言えないのであるから、最悪の状態を想定した災害対策の抜本的な再検討が必要であり、地域医療を守るために地元の医師養成などに市や県が積極的に後押しをしてほしい」と指摘した。全国からの医師支援は100名を越えたというが、支援に入ったドクターの燃え尽きもあり、支援チームが帰った後の対策が必要となっている。現在は市立病院と医師会、開業医とで連携を取りながら、ソフトランディングをしようとしている。



震災直後の森田医院周辺（森田先生提供）

3. 津波被災地で求められた医療

(1) 遺体の検案

神戸の震災と比較して想定外だったといえるのが、被害者はほとんどが溺死であり、遺体の検案が必要となったことである。広島や北海道から支援があり、市・警察・自衛隊などと総力を挙げて遺体捜索・検案に従事した。医師会の小児科や産婦人科などの医師も検案し、森田先生も4日間従事され、後日警察から検案数確認書が届いた。津波で流されると家の近くで発見されるとは限らず、行方不明者の家族はガソリンがない中で安置所を右往左往しながら面通しをし、探すことになる。持ち物や靴に名前があったこと、身体的特徴などでわかることも多かった。警察で対応できないレベルの大規模災害時には検案する医師の増員は必須であり、今後の対策が必要となる。今回は当時の医師会長が交渉してDMAT（災害派遣医療チーム）に一部対応をしてもらったが、現地に入ったドクターは何でも行えるように支援内容を再考してほしい。

(2) 慢性期への対応

神戸と比較すると急性期への対応は少なく、津波で助かった人々の慢性的な疾患への対応が必要だった。

①医薬品・医療機器の流通（一刻も早く）

幸いにも気仙沼で医薬品が不足して治療が遅れたということはなかった。翌日から電話も通じないなかを医師会が徒歩や自転車で回り、必要なものを医師会に集められたこと、名取市にある医薬品流通倉庫が一部被害のみで滞りなく流通できたこと、日本医師会が医薬品を緊急空輸してくれたことが大きかった。

ただし、ジェネリック医薬品の扱いには困った。先発品ならばすぐにわかるが、ジェネリックにはさまざまな種類があり、ときに仕訳が必要になる。森田先生は、ジェネリックの存在を否定するわけではないが、災害時には困ったことだったと指摘された。また冷蔵庫が使えなくなりワクチンやインスリンの扱いにも苦労したため、数日維持できる非常用電源も必要といえる。

②情報管理・提供（診療時間・夜間休日体制）

医師会が歩いて集めた診療再開の情報を、各避難所や市の災害対策本部に配布した。当初は手書きの一覧だったがテキスト入力になり、改定されるたびに診療機関数が増えていった。交通の便が良くない避難所から、タクシーの相乗りなどで来る患者さんたちの無駄になることがないようにした。2ヶ月後の5月連休時には休日当番医制を再開し、森田医院は毎日当番医をしていた。当時は粉じんの影響により、喘息、肺炎患者が多かった。

一方で、震災を機に、医療福祉の横の連携が生じている。もともと気仙沼地域では医師やコメディカルが不足していたが、少ない中でも「在宅介護力」をなんとか強化しようと、2011年8月から医療関係者、行政関係者、介護関係者等が一堂に会して「気仙沼南三陸地域在宅医療福祉推進委員会」という作業部会を設置した。必要に迫られて作られた部会だが、横の関係、連携づくりになった。これが現在の地域包括ケア推進協議会の核となっている。

協議会では、医療費削減のための在宅ではなく、病院・施設・在宅という選択肢の1つとしての在宅とその実情について、市民に知らせるフォーラムを開いている。また医療と介護を結ぶにはケアマネジャーが必要となるが、円滑・迅速に連絡を取るために「医療機関（医師・歯科医師・薬剤師等）とケアマネジャーとの連携連絡票」の作成を行った。医師会・歯科医師会・薬剤師会の了承を得て作成し、気仙沼市医師会の管轄地域ではFAX1枚で連絡が出来るようになっている。さらに退院時、入院時の情報提供などへと広げていこうと計画している。

③融通のきくマンパワーと和の心、そしてユーモア

災害支援は選り好みせず、なんでもするという柔軟な姿勢が望まれる。医院に支援に来た方には診療応援より後片付けをしてもらうこともあったそうである。

4. 今後の大震災に向けて

(1) 現在の防災対策のゼロからの見直しが必要
気仙沼の被害は地震によるものでは少なく、ほ

とんど津波によるものだった。一方で仙台では地震による被害もあったので、同じ災害でも地域によって被害の内容が異なる。従って一律のマニュアルではなく、津波、地震、液状化など、地域によって異なる災害への対応を考えることが必要である。

（２）有床診療所で良かったこと

①入院患者用の備蓄の存在

入院患者さん用の水・食糧・薬剤・毛布等があったことが有効だった。現在はペットボトルの水をはじめとした備蓄品を６階の貯水槽の横に備えている。なお、市の水道は１階の貯水槽から配電盤によって６階貯水槽へ上げて使っていたが、配電盤が浸水して使えなくなった。津波が想定される地域では、今後、配電盤等は設計時から上方へ作ることも有効である。

②病室を利用し早期に診療再開

全壊した１階の診察室・薬局・処置室の機能を２階の病室で代替し、被災１週間後の早期に外来診療も再開できた。

③避難所としての病室利用

空き病室を近隣の方に避難所として利用してもらうことが出来た。

（３）カルテ・レセプト電子化と災害対応

医院は紙カルテであり、カルテ棚の３分の２が浸水したが、紙カルテは乾かしたら利用可能だった。それにより早期に診療再開が出来たといえるので、すべて電子化することがいいとはいえない。

震災後の診療報酬の請求は震災前の１１～１月の１日あたり平均レセプト請求点数×人数で概算払いとなり、レセプトコンピュータが動かなかったので助かった。

震災後は持ち出し機器を決めて上方へ保管するようにし、最小限の情報管理が出来るようにしている。クラウドでデータを集めていても、大災害ではクラウドにアクセスするハードも損傷するので、ハードを別所に保存しておかないとデータのバックアップのみでは使えない可能性が高い。

おわりに―「気仙沼方式」の探求

森田先生の穏やかな語り口とは対照的な甚大な被災状況に圧倒され、しかし被災した方々がそれぞれに出来ることをし、連携していこうとする様子を知った。一方、復旧補助金等の請求事務などでは、国・県の行政機関のなかには従来の原形復旧の基準で対応しようとするので現状と地域の将来像と合わず、困惑したこともあったと聞き、今後に備えた改善が必要と思わざるを得なかった。

現在は、地域で緊急時における病院・診療所・施設が連携するために、被災の経験をいかし「気仙沼方式」を探求中である。まず、プレ・ホスピタルケアとして民間医療用多目的ヘリコプター ARH (All Round Helicopter) が気仙沼に拠点を置き、2013年10月から本格的に運航開始している（なお、このオールラウンドヘリコプターはNPO法人であり、医療機関等からの要請によって運航する。運航資金は寄付・支援・補助金などで、運航による医療機関・患者の費用負担はない）。また、施設トリアージシートで病院等の屋上に情報を表示、ヘリコプターが特殊カメラで空撮し、情報を集めるシステムを構築中だという。トリアージシートはガムテープとシートだけで作成でき、保管に場所も取らず長期保存が出来るなどの利点はあるが、グローバルを視野にした基準の選定、空撮できないときの対応等、改良が進められている。

森田医院の駐車場には、小さな観音像があった。津波のがれきに混ざっていたが処分することも出来ず、片隅に立てかけたら余震でも倒れず、いつの間にかお賽銭が置かれるようになったという。森田先生はご報告の最後を「復興に必要なのは、愛と希望とユーモア」とまとめられた。同じ思いをもち、地域をより良くすること、人々の関係がより豊かになることの一助となる研究活動を続けたい。

（もりた きよし、森田医院院長・気仙沼市医師会長、たけの ゆきこ、事務局長・研究員）

総研いのちとくらしブックレット

総研いのちとくらしブックレットNo. 1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 3

『新しい社会のための非営利・協同』

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

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

【目次】

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 4

『非営利・協同Q & A』

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

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

【目次】

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



貧困者・生活困窮者の自立・発達に適合性をもつ福祉供給組織のあり方についての考察 —非営利・協同組織に着目して—

石坂 誠

はじめに

貧困・格差が拡大し、深化する中、2014年7月に改正生活保護法が施行され、また、2015年4月には、生活困窮者自立支援法が施行されようとしている。

二つの法律に共通するのが、就労自立の強化である。生活保護制度では、2013年5月、自立活動確認書の義務付け、求職活動状況報告の徹底が通知されている（就労可能な被保護者の就労・自立支援の基本方針について 平成25年5月16日社援発0516第18号）。さらに2015年4月からは被保護者就労支援事業（改正法55条の6）が始まり、中間的就労⁽¹⁾が事実上強制される流れとなっている（森川2014：84）。

生活困窮者自立支援法についても、就労自立への流れは強くなっており、中間的就労のあり方が焦点の一つとなっている。

世界的な潮流である、ワークフェア⁽²⁾が、日本においても徹底されようとしていると考える。

こうした中、貧困者・生活困窮者の自立・発達を真に保障するための福祉供給組織のあり方も問われている。本論では、貧困者への「自立相談支援」、そしていわゆる「中間的就労」に適合的な組織として、非営利・協同組織⁽³⁾に着目する。

1. 貧困者・生活困窮者の自立・発達について

まず最初に、貧困者・生活困窮者の自立・発達について述べたい。本論では、自立だけではなく、自立・発達と並列で述べている。その理由は下記の河合、成瀬の先行研究に拠っている。

河合幸尾は次のように述べている。

今日大切なのは、自立の名によって自助や相互扶助、社会福祉の権利を否定する方向へ導こうとする『日本型福祉社会』論における自立論に対して、自立を人間の発達段階に求め、社会福祉の権利を実現させる要求主体＝主体形成へと導く自立論を確立していくことであろう」（河合1990：190）。「社会福祉の権利論の観点からみれば、人間の自立・発達とは人間的・社会的自由の拡大をめざすことといっているのではないだろうか（河合1990：190）。

また、河合によれば、成瀬龍夫は「貧困化と主体形成論を統合する媒介概念として、『発達論』が必要とではないかと問題提起している（河合1991：193）。

そもそも貧困者・生活困窮者にとって自立とは何であろうか。2004年の生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書では、次のように言われている（厚生労働省2004）。

ここで言う「自立支援」とは、社会福祉法の基本理念にある「利用者が心身共に健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援するもの」を意味し、就労による経済的自立のための支援（就労自立支援）のみならず、それぞれの被保護者の能力やその抱える問題等に応じ、身体や精神の健康を回復・維持し、自分で自分の健康・生活管理を行うなど日常生活において自立した生活を送るための支援（日常生活自立支援）や、社会的なつながりを回復・維持するなど社会生活における自立の支援（社会生活自立支援）をも含むものである。

現在、社会福祉のすべての分野で自立が強調さ

れている。重要なのは、自立を日常生活自立から、社会生活自立、就労自立へとというステップとして見ないことである。

これに関しては、北海道の釧路市で貧困者支援に取り組んできた櫛部武俊(元釧路市福祉事務所)が、7年間の自立支援の取組の総括として、「日常生活の自立も、社会生活の自立も、就労による自立も重層的で、相互に関連している」と述べている(櫛部2011:90、第2次ワーキンググループで出された意見として)。

そうした中で、貧困者、生活困窮者支援において、自立が就労自立に偏らないためにも、自立の意味の再確認とともに、自立・発達と併記することによって、就労自立という性急な自立を戒めるものとなると考える。もちろん河合の言う、要求主体として、人間的・社会的自由の拡大をめざす人間観の反映でもある。

2. 就労指導の現状と人間発達を中心とした開発

(1) 就労指導の現状

今後、一層就労指導の強化が予想される中、福祉事務所のケースワーカーの対応が、就労自立に偏重した「援助」になっている現状がある。

筆者は、長野県民医連が2014年1月～3月に行った、生活保護受給者への生活実態調査の報告書⁽⁴⁾の「福祉事務所の対応に関して」という自由記述を分析した(回答を切片化し2回のコーディングを行い、78の中カテゴリーから、5つの大カテゴリーを生成した。なお、自由記述の分析については、長野県民医連事務局の許可を得ている。分析にあたっては、個人名や事業所名等に関しては倫理的配慮を行い、特定できないように、あるいは明確にならないように加工した)。その結果、就労指導が圧倒的に多く、特徴として実効性のない就労指導、あるいは行き過ぎた就労指導が日常化しており(表1-1・就労指導・就労支援のカテゴリーの下線部分)、高圧的な態度や権力(パワー)を基調とした支援に対して、反感をもった回答が多くなっている(表1-1、表1-2)。

こうした援助は、援助者の権力が利用者のパワーレスネスの状況を生み出している典型といえる

(和気2005:212)。

貧困者・生活困窮者支援には、共同性が求められるが、福祉事務所のケースワーカーはパワー(権力)を前面に出しての援助となってしまうと言わざるを得ない。

援助者の権力については、伊藤文人がソンプソンの次の知見を紹介している。

ソンプソンは、ソーシャルワーカーがパワー(権力)を持つ立場にあること、そしてそのパワーを当事者が自分自身の生活をより建設的に再生できるように援助するために、それを使用するための方法を知らなければならないと強調している。そうでなければ、そのパワーは虐待や搾取、不平等や不利益といった形で不適切かつ破壊的にクライアントへ作用する両刃の剣であることを述べている(伊藤2007:172)。

権力者になるのではなく、「提供者と利用者の間に共同関係が成立しなければ、福祉は実現しない」(鈴木2011:335)。とりわけ、貧困者支援の場合は、福祉事務所のケースワーカーが陥っている上からの援助になりがちである。改正生活保護法はもとより、新しい生活困窮者自立支援法による「自立相談支援」において、もっとも重要なのが、この利用者との間の共同関係をどう構築するかであると考ええる。

そうした点では、ただ単に自立を追及するのみでは、就労自立に偏った指導へと陥りやすいと言える。やはり、自立・発達という視点での援助が重要と考える。

(2) 人間発達を中心とした(潜在能力の)開発へ

アマルティア・センは、「貧困はたんに所得の低さというよりも、基本的な潜在能力が奪われている状態とみななければならない」としている(セン2000:99)。しかし、センも言うように、「現在のところ、貧困を説明する標準的な基準は所得の低さである」(セン2000:99)。

例えば、ヨーロッパでは、「失業が原因で失われる所得はかなりの程度、所得保障(失業手当等)で補償することができる」(セン2000:107)。しかし、重要なのは、「失業が個人の生活に他にも

表 1-1 「福祉事務所の対応に関して」自由記述の分析①

大カテゴリー	中カテゴリー
就労指導 就労支援	・生保から脱して下さいと指示 ・就職活動で該当しないような募集要項を毎日送ってきた担当者 ・息子(知的障害)を働かせたかったが市に「できない」と言われた ・年2回ガソリンスタンドでタイヤ関係の仕事 ・(60歳までは)仕事をしろ ・65歳まで毎月就職活動の申告 ・病気になる前は、仕事をしたらと言われた ・病院に行く前は、ハローワークに行くように言われた ・ハローワークで出す書類を書いた。体調が悪くなり出せなかった ・ハローワークで自分で仕事見つけた。65歳までは働いてくださいと ・65歳までは働いてください ・働くように言われている ・ハローワークに行っても仕事はなかった ・働きなさいと言われた ・はじめのころは就労指導 (60歳ころ) ・パートから社員になれば生活保護から脱せると言われた ・(就労し)生活保護が切れたら医療費が困る ・農業やめて町へ出て働けと言われた (眼科医が就労不可の診断書) ・就労斡旋の話 ・働きなさいと人がいる前で言われた ・就労を進められた ・仕事を探してくれている ・就労の相談ができない ・2回くらい面接に行ったが、病気もちだということと時間が合わないことで就職はできなかった ・「職安に週2回行って下さい」「その帰りに福祉課にきて報告してください」 ・「働かなければ止めます」 ・就労の指導をされた ・就労の指導あり ・就労の斡旋があった ・就労のこと。前は、3万円の仕事だった ・仕事良いところがあったら紹介する ・仕事探しは週に1回行くように ・仕事で車を使用する際も申請してください ・仕事について ・仕事はどうか (女性なのでやさしく言ってくれる) ・仕事を頑張ってやるように言われた。職安に行ってるか聞かれた ・職安に行っているか毎回聞かれる ・65歳までは仕事をするように。 ・これくらいの病状ならどんな仕事もできる ・家族への就労支援。 ・職がみつかるも期限付き ・「働いてください」「お子さんもバイトしたら?」「近所のローソンは深夜なら」 ・年齢的に仕事は無理だと理解 ・福祉就労センターを紹介 ・65歳までは、就労について用紙の提出 ・歩けるようになったら働きなさい ・いつになったら働けるか ・時間の融通きく内職探し ・インスリンから内服に変わり、就労指導で現在の仕事についた

表 1-2 「福祉事務所の対応に関して」自由記述の分析②

大カテゴリー	中カテゴリー
住居紹介	・アパート紹介。援助があったら連絡をと言われている ・引っ越し（物件探し）
転居指導	・東京の両親のところに行った方がいいのではないかと時々言われる ・B市から出て行けと言われた ・持ち家で生活していたがごみ屋敷になってしまい居住困難のため転居指導 ・「引っ越せ、A市から出ていけ」 ・転居指導
受給額の増	・担当ケースワーカーが変わり、年金がもらえることがわかった
受給額の減少	・本人の年金がもらえるようになったら生保を切ると言われている ・年金の返金(50万円くらい)について指示があった。 ・年金が出ていうことで、月5000円ずつ返金 ・年金と併給していることから減額（2月まで返済）。市の方が間違えておいておかしい ・連絡もなく、勝手に金額が削られている ・騙しとられた年金が再び自分の口座に入るようになったため生活扶助は廃止 ・昨年に比べて2000円減からケースワーカーが来て、500円あがった。 ・継続医療費等手続き後、生保補助金プラスαの支援を受けていたが後日返金 ・受給額が変更となったが連絡がなかった
高圧的な態度	・今までの生活で見直すことがなかったかなど、踏絵踏まされている感じ ・歩いている、草むしりしていると言われ、弁当が出なくなった ・はじめは生活保護は受けられないと断言された ・5万円あれば生活できるでしょと言われた ・援助を受けていないかなど身内の事をよく聞く ・前の担当者は上から目線でひどかった。 ・毎年担当者が代わるのはつらい。 ・担当者が代わるたびに同じような事を聞かれる。息子も同席しているので合理的配慮にかける ・「みんなの税金でまかなっているので調査は厳しくなります」 ・膝の装具について相談しないで頼んだことについて文句を言われた。(装具の補助はなく自分でだした) ・持っている物はすべて使い果たして相談に来てください(最初の相談の時) ・貯金しなさいと言われた ・人としてみてもらっていない。高飛車な態度。生命保険入ってはだめ。車も売らされた。 ・これしか出せないから「考えて使え」 ・人柄も含めて相談にのってもらいやすい雰囲気がない ・上から目線。申請時に嫌な思いをした ・上から目線が気になる ・上から目線

深刻な影響を及ぼし、所得以外の種類の欠乏をもたらす」ということである（セン2000：107）。

センによれば、所得以外の種類の欠乏は、「精神的な傷、働く意欲の喪失、社会的な疎外の強まり、人種的緊張や男女間の不平等の高まりなどである」（セン2000：107）。

こうした所得と所得以外の種類の欠乏に関しては、ルース・リスター（Lister2004=2011：270）も、次のように述べている。「貧困状態にある人々は、参加の同等性を否定されている。その原因は物質的な剥奪であり、《他者化》のプロセスであり、人権とシチズンシップの侵害であり、《声》の欠如であり、相対的な無力さである。社会正義のための闘いは、再分配および、承認と尊重・敬意の両方を含むものでなければならない」としている。

リスターは、再分配の課題である「容認できない困窮」を物質的核と表現し、非物質的な貧困の関係的・象徴的な側面として、軽視、屈辱、恥辱やスティグマ、尊厳および自己評価への攻撃、〈他者化〉、人権の否定、シチズンシップの縮小、声を欠くこと、無力、等をあげている（図1-1、Lister2004=2011：21-22）。

つまり、仕事とそこから派生する「所得」は重要であるが、貧困者への対応においては、所得以外の種類の欠乏や非物質的な貧困への対応も重要である。それらは、社会的包摂や、エンパワーメント⁽⁵⁾の概念のもとに様々な実践が行われている。

なお、前述の長野県民医連の調査でも、「町内会や老人クラブ、地域・学校などの行事に参加していますか」という問いに対しては、全く参加しないが154人・74%、「冠婚葬祭に参加しますか」という問いに関しては、まったく参加していないが109人・52%と、社会的排除・社会的孤立の状況が、数字的にも明らかとなっている（下記の図1-2・3・表1-3・4は、長野県民医連調査16ページより引用）。

池上によれば、センは、development（開発または発達）といわれる経済学上の重要な概念を、「商品開発」を中心とした development から、「人間発達」を中心とした development へ根本的に

図1-1 物質的・非物質的な貧困の車輪
（出所：Lister2004=2011：22の図0-1より）

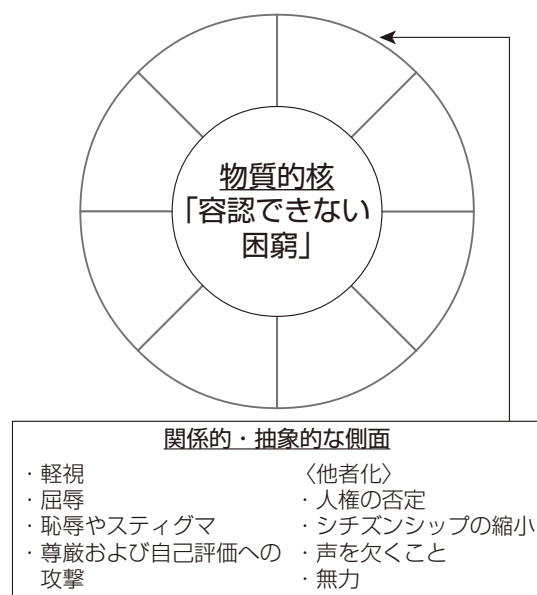


表1-3 町内会や老人クラブ、地域・学校行事に参加しているか

	いつも参加する	時々参加する	あまり参加しない	全く参加しない
人数	18	20	16	154

図1-2 町内会や老人クラブ、地域・学校行事に参加しているか

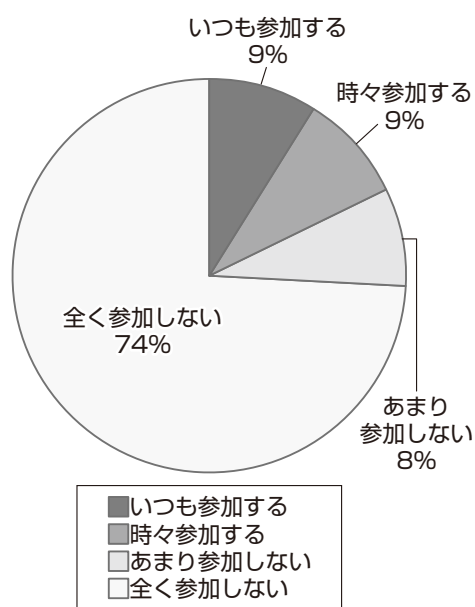
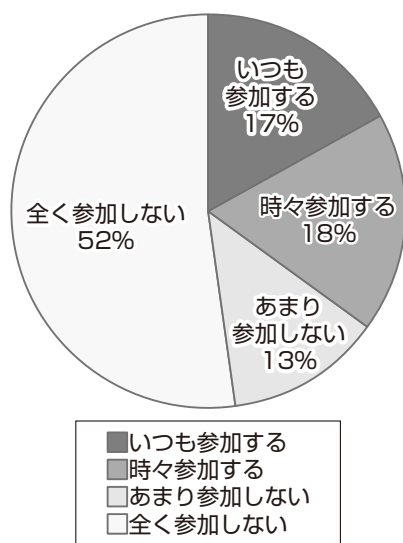


表 1-4 冠婚葬祭に参加しているか

	いつも参加する	時々参加する	あまり参加しない	全く参加しない
人数	35	38	26	109

図 1-3 冠婚葬祭に参加しているか



転換することを提案した（池上2005：29）。

二宮は、こうした人間発達に向けては、「コミュニケーションは人間を発達させ、市場社会にない公共空間を評価し、導き出す力となる」（二宮2005：238）とし、「センの潜在能力アプローチを発展させるためには、『人間—人間関係』のなかのコミュニケーションによる潜在能力の発達・発揮を独自にとりあげなければならない」としている（二宮2005：25）。

就労自立に偏らない自立・発達を推進し、社会的排除・社会的孤立を解消していくためには、人間発達を中心にすえ、潜在能力を開発していける福祉供給組織が求められているといえる。

3. 貧困者・生活困窮者支援における非営利・協同組織の可能性と社会連帯経済

貧困者・生活困窮者支援と社会的排除から包摂という点で、注目されているのが社会的協同組合である。以下に、イタリアの社会的協同組合の特徴を概観（鈴木1999：60-63より要約）するとと

もに、非営利・協同組織が志向し、包摂される社会のあり方としての社会連帯経済について述べる。

（1）社会的協同組合

現在、社会的排除に対して先進的な実践を行っているのがイタリアの社会的協同組合である。

社会的協同組合法は、1991年に法制化され、その第1条では、次のように定義されている。第1条（定義）「社会的協同組合は、人間発達と市民の社会的統合という、地域社会の普遍的利益を追求することを目的としている」。個人の発達のみならず、市民の社会的統合、地域社会の普遍的利益までも視野に入れているのが大きな特徴である。この社会的協同組合は、1993年から2000年まで7年間で4.7倍にもなっている。

社会的協同組合は、A型とB型の二つがある。A型は、社会的排除者へ社会（福祉）・保健・教育サービスを提供（2000年57.9%）するものである。B型は、労働市場で不利な立場にある人々（社会的排除者）に合わせた就労のための協同組合である。社会的排除者が労働者の3割以上が要件で、社会保険料負担の免除、税の減免、官公需の優先措置（2000年36.7%）がある。

A、B型ともボランティアの加入を組合員の半数を限度に認めており、規模は、全体の6割は、9～30人程度と小規模である。

事業内容は、社会的排除者（社会的支援を要する未成年、麻薬や薬物等の依存者、障害者、高齢者、反自由囚、刑余者）に対する就労援助、在宅サービス、デイサービス、住居の提供等となっている。

協同組合運動の刷新としての社会的協同組合の特徴としては、次の3点があげられる。

第1に、社会サービスの提供を通して、地域社会の普遍的利益＝「公益」の実現に目的を設定するなど、社会サービスの開発と供給に取り組むことで、公益から公益追及組織へ転換を図っている。これは、協同組合運動の質的发展とも言えるものである。

第2に、マルチステークホルダー型の協同組合であるということである。A型はワーカーとボランティア、B型はこれに社会的排除者が加わる複合的な構成（マルチステークホルダー型の協同組

合)となっている。特にB型は、ワーカーと社会的排除者が同等の権利と義務を有する組合員で、両者の「自己決定と参加」を可能とする組織であり、人格と諸能力の発達を促す供給主体として適合性を持つと言える。

第3に、社会的協同組合による活動や事業は、事業の展開過程で、地域社会の人々の関係を再編し、地域住民の間の社会連帯の機運を高めている(福祉を通しての地域再生)など、地域の形成(再生)にきわめて有効である(鈴木1999:60-63)。

以上のように社会的協同組合の実践は、日本の貧困者・生活困窮者支援、支援、貧困者・生活困窮者の自立・発達に大きな示唆を与えるものである。とりわけ、「発達」と「市民の社会的統合」から地域社会の普遍的利益を見据えた実践、いわば福祉事業を通じた地域づくりまでも視野に入れている点は重要であると考ええる。

(2) 社会連帯経済

(1)で述べた社会的協同組合等、非営利・協同組織が志向する社会の方向性が社会連帯経済である。

福原宏之によれば、社会連帯経済は、1990年代から登場(2012:95)した。「市場経済の全面化に対抗して登場した社会的経済と連帯経済が重なり合い、市民社会の成熟にともなって育まれてきた互酬性や贈与の理念を基盤とした経済をつくり出していこうとする動きを意味する」(福原2012:95)。

福原によれば、社会的経済、連帯経済の特徴は下記のようなものである。

社会的経済は、①1人1票の運営原則、②余剰資産の非配分原則、③営利性の限定という運営ルールに特徴づけられる協同組合、共済、NPOや社会的企業などを意味します。連帯経済は、深刻化した長期失業、労働市場から排除されたアルコール中毒症患者、出所者、障害者、移民等を社会復帰させるための社会参加プログラムや教育訓練等を実施する社会的企業の活動、この他民間企業や公的サービスでは供給されない新しいサービスの構築や福祉サービスを構築しようとする事業、恵まれない地域で生産

をつくりだすこと(フェアトレード、地域通貨、マイクロクレジット、行政における市民参加型予算など)も含まれます(福原2012:95)。

社会的排除に対して、社会的包摂が言われる中、包摂される社会のあり方も問われており、非営利・協同組織の運動が志向する社会像として社会連帯経済は重要である。

4. 貧困者・生活困窮者支援の 実際—非営利・協同組織の取 組から—

非営利・協同組織による貧困者・生活困窮者支援の実際について、筆者が資料収集と管理者等にインタビューを行った2つの事業所の概要から述べる(なお、今回の聞き取りはあくまでも事業内容に重きを置き、利用者個人に関する情報収集については行っていないが、資料やインタビューから得られた個人情報に関しては特定されないよう配慮している)。

(1) 労働者協同組合(ワーカーズコープ)

①労働者協同組合=ワーカーズコープとは何か

現在日本においては労働者協同組合を規定する法律はない。日本労働者協同組合連合会を中心に、法制化運動が長年にわたって行われてきた。

日本労働者協同組合は、協同労働の協同組合ということで、法制化を求めている。日本労働者協同組合連合会センター事業団(以下、センター事業団)のパンフレットによれば、「協同労働の協同組合とは、働く人びと・市民が、みんなで出資し、民主的に経営し、責任を分かち合って、人と地域に役立つ仕事をおこす協同組合」である。そして、「協同労働とは、働く人どうしが協同し、利用する人と協同し、地域に協同を広げる労働」と定義している。

②埼玉西部地域福祉事業所・森の102(豆腐)工房

以下、センター事業団が埼玉県所沢市で立ち上げた、森の102(とうふ)工房の概要について述べる(所沢102☆工房の汗と涙と笑いの軌跡・1-12より要約)。

所沢102☆工房(当時の名称)立ち上げの経緯は、

所沢市内で2002年まで豆腐屋を営んでいたT夫妻が「ガイアの夜明け」(2009年11月放映)でワーカーズコープの働き方「協同労働」を知り、ワーカーズコープで豆腐屋を行えないかという相談を労協センター事業団本部に持ちかけたのが発端であった。

センター事業団は、Tご夫妻の思いを受け、障がい者や若者、長期失業者の就労支援を含めた豆腐事業立ち上げを目的とした基金訓練(社会的事業者等訓練コースワークショップ型)に挑戦することとした。

2011年6月24日、社会的事業者等訓練コース(雇用能力開発機構・基金訓練)を8名でスタートした。10名以下なので、第二種奨励金約800万円を受けとることができず、マイナス800万円から基金訓練スタートであった。

受講生には、重度の精神障がいを抱えている方、知的障がいとまではいかないが他と比べて物事を理解するまでに時間がかかる人、これまでの人生で一度も働いたことがない人、20年近く引きこもっていた人、派遣やアルバイトを転々としていた方など、一般企業で働くことが難しい人もいた。

こうした受講生が、1年後、2012年7月15日所沢102☆工房を開所することになる。

「ワーカーズコープはもとより、日本において障がい者等自らの仕事おこし、社会的事業創出の蓄積」がない(所沢102☆工房:9)中でのスタートであった。特徴としては、『「支援する—される」の関係を越え、共に学び合う『仲間』として、全員で立ち上げを準備」(所沢102☆工房:6)したことがあげられる。しかし、全員が「1日8時間、週6日の就労が厳しい状況の中、「経済的な自立はもとより、健康管理等を含めた日常生活自立及び社会的サービス等を活用した社会生活自立をも含めての『就労』」(所沢102☆工房:8)が大きな課題であった。

2014年9月における森の102工房の概要は下記の通りである。

現在6名の対象者に対して、豆腐の製造や販売などの就労の機会を提供し、「働く」ことを軸に適切な身だしなみなどの生活習慣やコミュニケーションなどの社会性に関するアドバイスをを行っている(三菱UFJ 2014:26)。具体的な業務内容

としては、「豆腐やゆばの製造」、「リヤカーでの引き売り」、「店舗への配送」の3つに分かれている。森の102工房では、全職員(対象者を含む)の希望や適性をもとに担当を決め、対象者との間に業務内容の違いを作っていない。就労訓練事業の就労形態は「雇用型」に該当する。対象者に出来るだけ安定した就労条件を提供したいという考え方から、当初から「雇用型」を採用し、最低賃金及び交通費(実費)を支払っている(三菱UFJ 2014:28)。

上記の労働者協同組合の取組は、前述の社会的協同組合を志向した実践であると考ええる。こうした、先駆的な取り組みが広がっていくためにも協同労働の協同組合法の法制化と社会的協同組合に対して行われているような公的な支援が望まれる。

(2) NPO 法人サマリア

NPO 法人サマリアは、ソーシャルワーカー(社会福祉士、精神保健福祉士)である黒田和代が立ち上げた、生活困窮者支援のNPOである。2008年から、所沢市を拠点に埼玉県西部地域で生活困窮者への相談支援活動を開始し、2009年にNPO法人化された。以下、パンフレット、埼玉県精神保健福祉士会で黒田が発表した内容より、サマリアの活動内容の概要を述べる。

① NPO 法人サマリアパンフレットより

サマリアの事業概要は、主に、下記の4つからなる。1つ目はサマリア生活相談室(無料サービス)である。ここでは、様々な相談を無料で受け付け、原則無料で必要な支援を提供している。今後、障害者の相談支援事業も行う予定である。2つ目は、生活見守り付きアパート(有料サービス)である。様々な事情で一人で安定した生活を継続する事が不安な方に、生活相談室近隣の指定のアパートに入居してもらい、生活全体を見守り適宜必要な支援を提供している。希望によって金銭管理や服薬確認も行っている。3つ目は、シェルターである。現在所沢市内に3か所ある、一時保護所(アパートの一室等)である。

4つ目が成年後見サマリアである。人権擁護のために成年後見制度の利用が必要と判断した場合には、積極的に制度の利用を支援し、必要に応じて候補者探しや家庭裁判所への申し立ての手伝い

も行っている。様々な事情により、個人の候補者を見つけるのが難しい方にはサマリアが「法人後見」という形で後見業務を行う。

②黒田氏の埼玉県精神保健福祉士協会での発表より

黒田によれば、活動の当初から、困窮者の中に精神疾患や発達障害を抱える人が少なからずおり、多くが手帳未取得かつ適切な医療や福祉サービスにつながっていない状態であった。

前述の生活見守り付アパートでは、利用者特に制限は設けておらず、生活を維持するのに支援が必要な状態であるにも関わらず、既存の福祉サービスにつながりづらい人を対象にしており、既存のサービスで何とかなる人は受け入れていない。

利用者の特性としては、①精神疾患や発達障害、②長期あるいは繰り返しの路上生活経験、③累犯、④関わり方にコツがある（一般的なコミュニケーションが難しい）、⑤家族の支援が見込めない等があげられる。

サマリアの実践は、いわゆる制度の狭間、谷間の「困難ケース」、「既存の福祉サービスにつながりづらい人」への援助が多い。黒田がソーシャルワーク技術を駆使して、対応、支援、援助を行っている。

制度にのらないということは、様々な関連機関や地域の資源（不動産屋、仕事場、地域住民等）への働きかけが必要となる。今求められているソーシャル・アクションが日々行われているとっていいのではないだろうか。また、生活見守り付アパートなど、社会資源開発も行っているなど、小規模ながらも、あるべきソーシャルワークのパワーを感じる実践である。

5. 考察—貧困者・生活困窮者の自立・発達に適合的な福祉供給組織のあり方—

鈴木勉は、「法人の性格が非営利でありさえすれば良いのではなく、どのようなミッション（使命）を掲げて福祉実践をしているのか、さらには組織構成や運営のあり方まで踏み込んで検討しない限り、福祉供給の適否は論じられない」（鈴木2011：333）、としている。

鈴木のようにミッション、組織構成や運営のあり方といった、具体性が重要である。しかし、組織形態としての非営利・協同組織は、現在の貧困・格差の拡大する状況の中、貧困者・生活困窮者の自立・発達を実現するために重要な組織形態であると考ええる。

例えば、貧困者・生活困窮者の発達に適合的な福祉供給組織のあり方としては、前述したイタリアの社会的協同組合がひとつのあり方を示唆している。それは、提供者と利用者の協同（共同）、当事者主権、当事者参加、地域住民との関係性の構築（マルチステークホルダー型）、地域社会の普遍的利益の追求等である。

鈴木によれば、福祉サービスの目的は、「貧困や疎外状況に陥った人々への事後的対策（後追い救済）にとどまらず、サービス利用を通して人々の人格発達と潜在能力や残存能力を引き出すとともに、障害者等少数者を排除しない『インクルーシブな社会』としての福祉社会を実現することにある」（鈴木2013：14）。

また、鈴木は、福祉サービスの特徴として次のように述べている。

人間の人間に対する働きかけの一つであって、生産と消費の過程は一体化している。それゆえその過程においては、生産場面（サービスの供給）では機械や設備よりも、サービスを提供する人間労働の質が決定的な意味をもつ。また同時にサービスを利用する側もそれは単なる消費というよりは、提供者とともに一体化した過程への主体的参加が、「良いサービス」を構成する重要なモメントになる。なぜなら、福祉サービスとは利用者にとって、人間の根源的な欲求である自由と自己実現を回復することに目的があり、単純な消費とはみなせないからである。

鈴木は、共同作業所を例にして、「職員と通所する障害者との関係を『発達の共受関係』」と捉え、「職員と障害者との人格的平等性を確認しながらも、発達援助における『職員—障害者』関係を『能力のちがひ（差異）』の相互承認と相互の発達を共受する関係において把握するべきである」とし

ている（鈴木2013：15）。

前述したように、生活保護の現場では、ケースワーカーと生活保護受給者の対立関係もみられる。

「福祉（well-being）の実現（＝『伸びる素質』の全面発達）は、利用者と労働者・事業者との共同関係の発展によって成り立つ」（鈴木2013：15）、とすれば、今後の貧困者・生活困窮者の自立・発達において非営利・協同組織の役割は大きいと言える。

その非営利・協同組織が貧困者・生活困窮者の自立・発達にむけての支援を行う時、ソーシャルワークの価値・知識・技術が有効と考える。黒田の実践のように、ソーシャルワークは、様々な困難ケースにソーシャルワーク技術を通して対応していくとともに、必要に応じた社会資源の開発をも行っていくものである。2014年新たに定義されたソーシャルワークの新定義（グローバル定義）⁽⁶⁾でも、社会変革が強調されている。また、ソーシャルワークの基本は、人間的なコミュニケーションを通しての援助である。今後は、ソーシャルワークを非営利・協同組織や社会的企業の事業等で活かすことが求められる。

そうした点では、中川が述べる協同組合の特質が、ソーシャルワークとの関係性を考える時に参考になる。

「コミュニティとしての協同組合」を「人びとの共通する目的や目標を達成するために相互に協力・協同するという人間の本来の関係が内包する質や特性を創造していく組織」と定義するとともに、協同組合を「異議申し立てのコミュニティ」としてとらえ、ユルゲン・ハーバーマスが提唱した「抵抗のコミュニティ」、すなわち、「コミュニケーション・コミュニティとしての協同組合」とみなすことができるとしている（中川2014：41-42）。

「異議申し立て」としての社会改革的なコミュニティ観（中川2014：42）をもつ協同組合と新定義にみられる社会変革を志向する、コミュニケーション労働としてのソーシャルワークが協同していくことが、貧困者・生活困窮者の自立・発達において重要であると考えられる。

福原も社会福祉サービスや援助技術を抜きにして当時者を支えることはできない（福原96）としている。新しい社会づくり（社会変革）に向けて、非営利・協同組織とソーシャルワークは連帯しなければならない。

おわりに

非営利・協同組織の一翼を担うと考えられる協同組合であるが、日本においては、協同組合の連帯が進んでおらず、下記のように協同組合運動全体の停滞が懸念される状態となっている。

とりわけ協同組合間の協同が難しいのです。協同組合の強力なナショナルセンターもなかなかできません。なんで日本では協同組合間の連帯が実現しないのか。その原因をきっちり解明して、どうやったら連帯できるのかという道筋を知りたい。津田先生がおっしゃるように、連帯しないと協同組合は潰されてしまうんです（座談会における富沢賢治の発言、いのちとくらし研究所報・No.47：13）。

貧困者・生活困窮者支援への関わりは、協同組合等、非営利・協同組織の今後を占う試金石と言っても過言ではない。非営利・協同組織が、貧困者・生活困窮者の自立・発達に適合的な組織であることが、明確になることは、非営利・協同組織の今後にとって重要であると考えられる。

協同組合が連帯し貧困者支援へと向かうためには、社会的連帯経済⁽⁷⁾を志向し、貧困者・生活困窮者の潜在能力を開発していくという視点が重要である。また、貧困者・生活困窮者個人はもとより、地域を変革していくと言う意味でも、前述したようにソーシャルワークの視点やソーシャルワーク的援助が組織の中に存在することが求められていると考える。この点に関しては、ソーシャルワークと非営利・協同組織というテーマで今後深めていきたい。

（注）

（1）直ちに一般就労が困難な者に対する支援付の就

労場（厚生労働省2014：生活困窮者自立支援制度及び被保護者就労支援事業の創設について）。

(2) 就労支援策として「福祉カットによる就労誘導」策（鈴木2013：10）。また、宮本太郎によれば、雇用と社会保障をこれまで以上に強く連携させていこうとするものをアクティベーションと呼ばれるが、広い意味でのアクティベーションの流れに属しつつも、失業手当などの給付要件として就労を半ば義務付けるような、かなり強制的な手段をとる場合は、ワークフェアとも呼ばれる（宮本2009：123-125）。

(3) 本論でいう非営利・協同組織にはNPO法人も含む。NPO法人には、メンバーの参加や協同という点で課題もあるが、寄付者や会員を中心に協同で地域の課題にとりくむものが多く存在する。

(4) 長野県民医連が2014年1月～3月に行った、生活保護受給者への生活実態調査。調査対象者は長野県民医連の病院・診療所・介護事業所の患者・利用者の内、生活保護を受給している方224名（未回答12名含む）で、男性137名、女性75名、平均年齢は65.7歳であった。なお、今回掲載の表1-1・表1-2は、全体図の作成からストーリーラインの記述へと至る前段階のものである。字数等の関係から、今回は、表としての掲載にとどめた）。

(5) エンパワメントは、社会への適応能力を高める意味で使われることが多いが、デイヴィット・バーンによれば、「社会改革に向けた権利付与」（David Byrne 1999:334）をとらえ、エンパワメントは、「解放学習の成果である。権力は、付与されるのではなく、共同学習に参加することから生じてくる実践の中で生み出される」としている。

(6) 「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。」（社会福祉専門職団体協議会国際委員会＋日本福祉教育学校連盟による日本語定訳）

(7) 社会連帯経済は、社会的連帯経済と表記するこ

ともある。富沢が参加した座談会では、社会的連帯経済が使われている。

引用・参考文献

- Amartya Sen (1999) *Development As Freedom* (= 2000石塚雅彦訳『自由と経済開発』日本経済新聞社)
- 池上惇 (2005) 「序章 人間発達と固有価値の経済学」
- 池上惇・二宮厚美編 (2005) 『人間発達と公共性の経済学』桜井書店
- 伊藤文人 (2007) <資料翻訳・解題> 「ソーシャルワーク・マニフェスト—イギリスにおけるラディカルソーシャルワーク実践の系譜—」日本福祉大学社会福祉論集 116. pp161-176
- NPO 法人サマリアパンフレット
- 河合幸尾・宮田和明編 (1990) 『社会福祉と主体形成 90年代の理論的課題』法律文化社
- 櫛部武俊 (2011) 「当事者性と地域に根づく自立支援—釧路市における取組から—」『ホームレスと社会』vol. 4, 2011. 5, pp86-91
- 黒田和代 (2014) 「特定非営利活動法人サマリアにおける『生活見守り付きアパート』の実践報告」(2014年11月、埼玉県精神保健福祉士協会学術集会での発表資料より)
- 厚生労働省社会保障審議会福祉部会 (2004) 「生活保護制度の在り方に関する専門委員会報告書 (2004年12月15日)」<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/12/s1215-8a.html>. 2014年12月10日取得
- 厚生労働省 (2014) 「生活保護受給者・生活困窮者の就労の促進に関する協議会・資料2生活困窮者自立支援制度及び被保護者就労支援事業の創設について (平成26年8月21日)」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/saishin26-file03.pdf>. 2014年12月10日取得
- 鈴木勉 (1999) 『ノーマライゼーションの理論と政策』萌文社, pp236-259
- 鈴木勉 (2009) 「1970年代以降の非営利福祉協同組織の動向と課題—イタリアと日本の社会福祉事業運動を中心に (特集 社会福祉運動の歴史と展望) 』『社会事業史研究』(36), pp57-69
- 鈴木勉 (2011) 「第18章 社会福祉実践と公的責任—人間発達に適合的な福祉供給主体像の探求」鈴木勉・田中智子編著『現代障害者福祉論 [新版]』高学出版,

- pp332-342
- 鈴木勉 (2013)「障害者福祉政策の現局面—戦後障害者福祉政策の展開をふまえて—」『佛教大学総合研究所紀要』別冊, pp 1-24
- 津田直則、北島健一、富沢賢治、司会：石塚秀雄 (2014)「座談会 社会的経済、連帯経済と経済学」『いのちとくらし研究所報』No.47, pp 2-22
- David Byrne (1999), *Social Exclusion* (=2010深井英喜・梶村泰久訳『社会的排除とは何か』こぶし書房)
- 「所沢102☆工房の汗と涙と笑いの軌跡」(日本労働者協同組合連合会センター事業団・埼玉西部地域福祉事業所森の102工房資料)
- 中川雄一郎・JC 総研編 (2014)『協同組合は『未来の創造者』になれるか』家の光協会
- 長野県民主医療機関連合会 (2014)『生活保護受給者実態調査2014報告書—すべての人が等しく尊重される社会のために—』
- Neil Thompson (2000), *UNDERSTANDING SOCIAL WORK* (=2004杉本敏夫訳『ソーシャルワークとは何か』晃洋書房)
- 二宮厚美 (2005)「終章 現代国家の公共性と人間発達」池上惇・二宮厚美編 (2005)『人間発達と公共性の経済学』桜井書店
- 日本社会福祉士会「ソーシャルワークのグローバル定義」『ソーシャルワークのグローバル定義の見直しに係る進捗状況の報告』2014, https://www.jacsw.or.jp/06_kokusai/IFSW/files/SW_teigi_kaitei.pdf, 2014年10月16日取得
- 日本労働者協同組合連合会センター事業団パンフレット (2013)
- Ferguson, I. (2008), *Reclaiming Social Work : challenging neoliberalism and promoting Social justice*, London:Sage (=2012石倉康次・市井吉興監訳『ソーシャルワークの復権 新自由主義への挑戦と社会正義の確立』クリエイターかもがわ)
- 福原宏之 (2013)「日本社会の再生—社会的つながりと社会連帯経済、そして社会福祉の役割」『Human Welfare』第5巻第1号, pp98-101
- 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング (2014)「就労訓練事業(いわゆる中間的就労)事例集 (平成26年11月版)」平成26年度セーフティネット支援対策等事業費補助金社会福祉推進事業, pp26-31, http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12000000-Shakaiengokyoku-Shakai/2611_jireisyuu.pdf, 2015年2月11日取得
- 宮本太郎 (2009)『生活保障 排除しない社会へ』岩波新書
- 森川清 (2013)「生活困窮者自立支援法は、生活困窮者を支援するのか」『賃金と社会保障』1590, 2013. 7, pp 4-9
- 森川清 (2014)『改正生活保護法』あけび書房
- 和気純子 (2005)「第11章エンパワーメント・アプローチ」『ソーシャルワークの実践モデル 心理社会的アプローチからナラティブまで, 久保絃章・副田あけみ編著』川島書店, pp205-226
- Ruth Lister. (2004), *POVERTY (1st Edition)*, Polity Press (=2011松本伊智朗監訳・立木勝訳『貧困とは何か 概念・言説・ポリティクス』明石書店)
- (いしざか まこと、東信医療生活協同組合)

報告書

◎非営利・協同総研いのちとくらし10周年記念視察旅行Ⅱ

イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書

100p、頒価500円、ISBN 978-4-903543-11-3

発行日 2014年6月14日

2013年10月26日（土）～11月4日（月）実施のイタリア視察報告書です。
イタリア・ボローニャにおける地域医療と介護の現状や、社会的協同組合が運営する高齢者介護施設、障害者サービス、地区の社会福祉政策や高齢者が中心となって運営する社会センターなど、多くの写真とともに視察先を詳細にたどることができます。（表紙2色、本文モノクロ）。



●目次

日程概要

イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター

ボローニャの医療機関と非営利・協同組織

ボローニャ地域医療視察報告

カッシーナ・デル・ロンコおよびカッシーナ・コルテヌオーヴァ

イタリア・ミラノの家庭医訪問 —STUDIO MEDICO BARDI MONTANI SUTTI—

民主的医師協会（Medicina Democratica）とミラノ大学でディスカッション

ベアータ・ベルギーネ・デッレ・グラッツィエ

ソチエタ・ドルチェ（Societa Dolce）

ヴィラ・ラヌッチ（Villa Ranuzzi）

マジョレ・ボローニャ病院（Maggiore Hospital）訪問記録

コンフコープ（Confcoop）とは

ダビデ・ピエリ氏（コンフコープ）によるイタリアの協同組合概要説明

障害のある人のライフサイクルを通じた支援を考える —社会的協同組合 Domus Assistenza の施設 Casoni 訪問から—

就労支援職業訓練施設・障害者作業所オアシ（OASI）

社会的協同組合 COpAPS 訪問記

イタリアの社会的協同組合を見て

ボローニャ市ナヴィレ区の「地域の社会的計画 piano social del zona」—地区の運営、保健医療、社会福祉サービス施策—

ボローニャ市ポルト区ジョルジョ・コスタ社会センター —Centro Sociale Giorgio Costa—

イタリア視察から帰って思ういくつかのこと

コンフコープウェブサイトの視察団訪問についての記事（翻訳）

事務局

石塚秀雄

石塚秀雄

村口 至

高山一夫

小磯 明

小磯 明

高山一夫

八田英之

八田英之

吉中丈志

岡部 茜

竹野政史・竹野ユキコ

社会的協同組合 Domus Assistenza の施設

深谷弘和

伊藤 淳

中川雄一郎

二上 護

小磯 明

小磯 明

今井 晃

竹野政史・石塚秀雄

「近年の最低生活費の算定方法についての研究報告書」の概要

金澤 誠一

はじめに

本研究の目的は、近年我が国の最低生活費の算定方法に関するものである。第1に、その算定方法の特徴を明らかにすることである。第2に、その方法の課題を明らかにする点にある。その方法の課題については、算定方法を開発しそれに基づいて最低生活費を算定した当事者が自ら指摘している場合が多い。その中には通説とは異なった点がいくつか発見された。

近年の最低生活費算定を検討する前に、戦後間もなくから取り組まれた我が国の先行研究から始めている。一般に、理論生計費というわれるマーケット・バスケット方式の恣意性が指摘され、それに対し、家計調査や実態調査などから客観的な法則性を見出し、それによってラウンドリーに代表されるマーケット・バスケット方式による最低生活費の算定の恣意性を克服しようとする試みとして、戦後の第1期の最低生活費研究は始まっている。

その代表的なものとして、本研究では、1950年代、労働科学研究所に所属していた藤本武氏等によって開発された「プラトー化現象」理論（労研方式）によるものを検討している。もう一つは、戦争直後、籠山京氏等によって開発された「エンゲル線の変曲」理論について検討している。特に、後者は、客観的な算定として評価されている。しかし、籠山氏自身は、エンゲル線の変曲点によって最低生活費を算定した場合、食費は十分にカロリーを満たしていないことを発見している。そして、エンゲル線の変曲による最低生活費とは異なる栄養必要量を満たす飲食物費を求めそれに見合う最低限必要な生活費として「最低再生産費」なる概念を用いている。これは実質的には「半物量方式」＝「エンゲル方式」である。このようにみると、「エンゲル線の変曲」による最低生活費の算定にもやや限界が見えてくるのである。む

しろ、理論的な最低生活費であるマーケット・バスケット方式に近づいているように見えるのである。その代表的なものとして江口英一氏による1970年代の「最低基準生活費」について検討している。

2000年代に入り、最低生活費の算定は、第2期に入る。生活保護の老齢加算や母子加算の廃止を契機として、憲法が保障する「健康で文化的な最低限度の生活」とは何かを問うことになる。その第1は、岩田正美グループによる「家計実態アプローチによる最低生活費の試算」であり、第2は、山田篤裕グループによる「主観的最低生活費の測定」であり、第3は、阿部彩グループによる「MIS法による最低生活費の推計（三鷹 MIS）」であり、第4は、金澤誠一・労働総研による「持ち物財調査によるマーケット・バスケット方式による最低生計費試算」である。本研究では、これらそれぞれを取り上げ、なるべく詳細に検討している。

最後に、以上の検討から見えてきた論点整理をしながら、マーケット・バスケット方式による算定の妥当性をいくつかの点で指摘している。この小論では、これら全てを紹介することは紙幅の関係で諦めざるを得なかった。ここでは、結論の論点整理の部分に多少手を加えて本報告書の概要としている。

1. 最低生活とは何か－低所得層の生活実態の把握がポイント－

（1）藤本氏の「プラトー化現象」による最低生活費算定の主観性

藤本氏は、理論的方法の主観的判断の余地を狭め、生活実態の中から客観的な基準に基づいてミニマムの生活費を算定することを目指すことになる。

そこで、いくつかの断片的事実から、例えば「貧乏人の子供の体位は悪く、生活水準の高い場合に

は体位はすぐれている。」「疾病率をみても、収入の低い層ほど疾病にかかる率は高い」「乳児死亡率は1室居住が最も高く、2室、3室となるにつれてその率は低下する」といったことから、次のような推論を立てることになる。

「生活水準の上昇は、心身の状態に好ましい影響を与え、種々の指標を変化させて行く事は疑いないところである。」(労働科学研究所、1960年、P.13)

「だとすれば、生活費調査と心身の状態調査との相関から、ミニマムの生活費を算定することができないだろうか」(労働科学研究所、1960年、P.13)

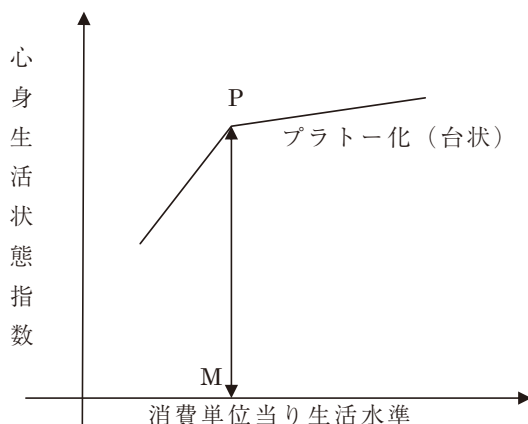
そして、ミニマムの基準を次のように立てている。

「全血比重についてミニマムの基準」(労働科学研究所、1960年、P.13)

「知能指数についてミニマムの基準」(労働科学研究所、1960年、P.14)

その場合、生活水準が上昇したとしても心身の状態は無限に良好になるというのではなく、大なり小なり「プラトー化(台状化)」するのではないかと仮定している。

「プラトー化現象」概念図



「心身の状態についてミニマムとする線を確保する生活費では、文化的社会的な支出もある程度みたしているであろうが、それが十分であるかどうかについての保障はない。従って前記の生活費と心身の状態との関連からのみ結論づけることは若干の危険性がある。それを補うために別に文化

的、社会的な生活事項についてのミニマムの基準を決定し、それがどの線に至って、みたされるかを検討する必要があるが生じる。」(労働科学研究所、1960年、P.15)と述べている。

つまり、心身の状態のミニマムだけでは、生理的ミニマムとなる可能性があり、十分に社会的、文化的なミニマムといえない危険性があることを述べているのである。そこで、生活の主要品目について、それについて「ミニマムとみなされるものをあらかじめ設定」(1960年、P.15)し、それを満たす世帯の割合をだし、その線が「プラトー化」するところを最低生活費の基準の1つとみなそうとしている。

ここで重要なことは、「ミニマムとみなされるものをあらかじめ設定」している点にある。この点が、タウンゼントの「剝脱指標」の設定と類似しているのである。タウンゼントの「剝脱指標」もその時代の標準的な生活様式、慣習、社会活動を示すものであり、それが「剝脱」されていないことが最低生活水準ということになる。ただし、藤本氏の場合には、社会活動までは考えていなかったように見える。主には、生活財貨の所持率で見ているようであるが、特に、社会的文化的なミニマムを算定する際には「たとえば、ラジオやオーバーを所持する者がどの層でプラトーになるかを算出してみるのがそれである」(労働科学研究所、1960年、P.15)と述べている。

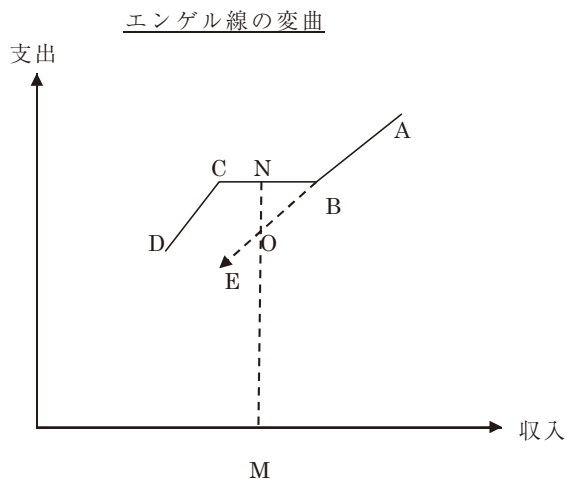
しかし、ミニマムの基準として例えばオーバーの「所持量をきめるのにどうするのか、そこには主観が入る余地が生まれてくる」(労働科学研究所、1960年、P.15)と述べているように、どうしても「ミニマムとみなされるものをあらかじめ設定」すること自体が少なからず理論的であり主観が入る余地が出てこざるを得ないのである。それは、客観的に調査によるデータに基づいたとしても、現実が何かが不足している状態にある限り、最低生活費の算定には少なからず、「あるべきもの」という主観的なものが入ってくる性格を持っていることを意味しているように思われる。

(2) 笹山京氏の「エンゲル線の変曲」理論の実証的限界

エンゲル線の変曲は、収入の低下にしたがって

支出も低下するが、ある点から上の方に押し上げられて起こる現象である。籠山氏は、「支出線が点線（下図B-E・著者）の方向に進み得ないで、変曲せざるを得ない抵抗が、そこに存在しているとみなくてはならない。」（籠山、1982年、P.143）と説明している。

収入が低下しそれとともに支出も低下するA-Bに至る間は、赤字も黒字もない状態といえる。しかし、収入が低下したのにB-Eに進まないで、B-Cに変曲した。従って、収入Mの時点でN-Oだけ赤字が生じたことになる。各費目のN-Oの和が全収入と全支出の差、即ち家計の赤字という事になる。「この赤字は、当然に借金・竹の子等、所謂実収入以外の収入で埋めて行かなくてはならない。」（籠山、1982年、P.143）ここでいう「竹の子」というのは、竹の子の皮を剥くように、持物を一枚一枚売ったり質屋に入れたりして生活の足しにすることであり、戦後直後は普通に見られたことである。



ここで重要と思われるのは、生活の「抵抗」という概念である。生活を守ろうとする「抵抗」が働いていることを意味する。「この抵抗は、生活している者の生活構造から来るものであり、生活にはそれぞれに構造的枠が存在していると考えられる」（籠山、1982年、P.143）と説明している。

われわれの生活には「生活構造」がある点が、籠山氏の中心的論点である。この「生活構造」について、籠山氏は次のように説明している。

まず、生活には次のような2つの事実が生活における法則性（「生活構造」著者）の2つの側面があることを指摘する。第1は「家計が低所得に陥った時に現れて来るエンゲル線の変曲（下線は著者）という事実」（籠山、1982年、P.163）である。第2が「家計の支出構造は一定の社会経済期には一定の配分をとるという事実」（籠山、1982年、P.163）である。

「生活構造」については、次のように説明している。われわれの生活は「主体としての人間の行為行動に他ならないのだが、それは自由になされる訳ではなくて、むしろ生活環境要因によって強く規制されている」（籠山、1982年、P.163）と述べている。

籠山氏はこの「生活構造」論を補完するように、当時、共同研究者であった中鉢正美氏の「履歴現象」論を紹介している。中鉢氏は「変曲の出現は固定した生活構造に対し、なんらかの条件の変化が生じた時に、この変化にただちに順応しえないで、抵抗しようとして生じた履歴現象であると説明している」（籠山、1982年、P.144）

一定の時代には一定の固定した「生活構造」が存在し、それを守ろうとする「抵抗」が働くが、その「生活構造」を守ろうとして生じるのが「履歴現象 After effect」である。その「抵抗」が一つには「エンゲル線の変曲」をもたらし、もう一つは「一定の家計支出構造」をもたらすことになる。

昭和22年1月分の物価庁の「緊急家計調査（都市）」によって、飲食物費の変曲点を発見し、その実収入階級をもって「最低生活費」としている。飲食物費（夫婦と子供3人の労務者世帯）の1月分の変曲点は約1300円であり、その実収入は2500円となる。したがって、この実収入2500円が「最低生活費」という事になる。

しかし、問題は、この月1300円の飲食物費でどれだけのカロリーの熱量が摂取されるかということである。この点に、籠山氏の特徴がある。籠山氏は医学部の出身であることが影響していると思われるが、統計的な実証的数字だけでは満足せず、その飲食物費でどれだけのカロリーの熱量が摂取できるかを分析する必要性を感じているのである。しかし、「当時の資料は官庁統計関係に保存

されておらず、関係官の厚意によって極力さがして頂いているが、なおみつからないのでそれはできないのである」(籠山、1982年、P.159)

ここで探している「資料」というのは、いうまでもなく飲食物費の内容を記したものであろう。米とか野菜、魚介類、肉類などがどれだけ消費しているかがわからないとカロリー計算や栄養計算はできない。そこでやむなく、当時、「安藤政吉氏が最低生活の算出に当たって、22年4月の物価と食糧需給状況から、5人家族で1ヶ月飲食物費1813.98円で総熱量288121.4カロリーという結果を示しておられる。」(籠山、1982年、P.159)ことから、「1ヶ月の飲食物費1300円では、総熱量199290カロリーであり、従って1人当たり1日分1328.6カロリー、1消費単位当り1748カロリーになる。従って飲食物費1ヶ月1300円という高さは、生理的必需乃至再生産上の必需という点をはるかに下廻ったものである。従ってかかる変曲点は、生理的必要からする緊急水準ではないといって良い。(下線は筆者)」(籠山、1982年、P.159)

こうしてみると、籠山氏は、エンゲル線の変曲点から「最低生活費」の算定を試みたといっているが、その「最低生活費」では少なくとも飲食物費は生理的必要を下廻り、必要を満たすことができないということになる。この生活水準では、「労働力の再生産を不可能にするものであり、かかる労働者生活からは、低能率、不健康、疾病災害、そして労働意欲の停滞が現れて来るだろう。」(籠山、1982年、P.159)と述べている。

エンゲル線の変曲点による実証的な「最低生活費」では、「労働力の再生産を不可能」にするのであれば、「これを生活保護基準や最低賃金として使うことは到底できない」(籠山、1982年、P.234)ことになる。従って、ここで算定された「最低生活費」とは異なって、「一定の生産能力が確保され、それに対応してどれだけの費用が必要かを算出すべきである」(籠山、1982年、P.184)と述べているように、「最低再生産費」が必要となってくる。この「最低再生産費」について、次のような説明している。「最低再生産費とは貧乏へ落ちるか否かの境ではなくて、労働力が順当の再生産を、その労働力が生産されている場で求められる技術と能率とを発揮するために必要な再生産を行うため

に必要な生活費なのである。」(籠山、1982年、P.160)

社会的強制的支出の圧迫によって飲食物費が削減されることが、エンゲル線の変曲による「最低生活費」の限界といえた。それを克服するためには、「飲食物費に十二分に栄養再生産が可能ないように見積もったとしても、第1に他の費目からの支出削減が来ないこと、第2に食生活が栄養再生産を果たすように行われていることが、なければならないのである。」(籠山、1982年、P.263)この2つの条件が満たす必要があるとしている。

昭和50年代の「生活構造における最低生活費」の算定は、飲食物費を理論的に算定し、算定された飲食物費を支出している世帯の消費支出から算定している。これは、実質的には「エンゲル方式」＝「半物量方式」である。この方式を採用することにより、「エンゲル線の変曲」方式は放棄されたのであろうか。その点は明らかではないが、論理の流れからすれば、エンゲル線の変曲による最低生活費では、労働力が再生産されないものであるから、それを可能とする「最低再生産費」の算定は「エンゲル方式」という事になる。しかし、飲食物費は理論的にその必要を満たしたとしても、その他の費目は満たしているのか、籠山氏の実証主義の立場からすれば、その保証は「エンゲル方式」ではないように思われる。あるいは、籠山氏にとっては、最低生活を満たすことは、最低必要な飲食物費を満たすことであり、その他はその時代の「生活構造」を満たせばよいと考えていたと解釈される。

(3) 江口氏の低所得世帯の生活実態の分析―「生活崩壊」の2つの側面―

①社会的固定費の圧迫による食費の不足や社会からの脱落・孤独となる

江口氏の「生活崩壊」というのは、一つは、「消費物量の絶対的に不足した状況である」(江口、1974年、P.11)と指摘している。その「不足」については、次のように説明している。

「もちろん不足という言葉は、何かを目途にしての不足ということである。そして、人は、その基準をいろいろにもつことができ、不足状況は、この基準をうごかして、結局、足りないならその状態で生活上のバランスをとり、生活を維持継続

していくともいわれる。たとえば、不足状態になれば、なるべく体力・エネルギーを支出しないよう、働かないで寝ているというのがとくである。」(江口、1974年、P.11)

このような消費物量の絶対的不足状態の生理的側面については、すでに箆山氏によっても繰り返し説明されてきたことである。江口氏の特徴は、不足状態は生理的側面にとどまらず、次のような社会的側面への影響の指摘にある。

「しかし、人はもともと社会的存在であり、上述のような対応は、まずその人を社会的存在から落下させ、脱落者として社会からはじき出し、孤立して肉体的存在のみを続けるだけとするが、やがて肉体的存在すら不可能とし、この世から消えなければならなくするであろう。」(江口、1974年、P.11)

社会的存在としての人間の認識は、社会からの脱落・孤立の問題を人間の基本的要求の中に入れることになる。その社会的参加や参加する為の移動、人間関係の形成が、最低生活の条件の中を含めることを意味している。あるいは人並みの生活が可能かといった要素も含まれることになる。

他方、箆山氏が「生活構造」として強調していた「社会的固定費」の問題を、江口氏は継承している。社会的固定費が優先され、食費を大幅に切り詰める傾向があることを、次のように説明している。

「肉体的再生産のため直接機能している食物などは、そのような意味で最低限必要なものとして確保される傾向はあるが、現実的には、住宅や、交通・通信、ガス・電気・水道、子供の教育などが優先して（これを社会的固定費とよんだが）かえって食物を、より大幅にそして順序として先に、調達すべき品目からけずらせるかもしれない。その場合には、肉体的衰退と崩壊とが先に生じるであろう。」(江口、1974年、P.11)

こうした家計支出の品目による性格の違いと分類は、後に、生活の「社会化」論と結びつき、家計支出の範疇分類として結実することになる。

②消費の硬直化—自由な選択の範囲の制限による

自主的、自律的な生活の喪失

本来、近代社会は、消費財貨を「自由に、そし

て自己の選択で、豊富な、したがって公正な価格で商品市場で入手できることが前提されねばならない。」(江口、1974年、P.11)と指摘するように、豊かさとは、自由であることである。自律した自主的生活こそが豊かさの証であると理解される。それを不可能にする事こそが貧しさを表している。したがって、次のように、自由な選択の制限された生活を近代的な生活に値しないと断じている。

「生活における「自主性」ないし「自律性」が制限され生活における自由選択の範囲が非常に制限され、いわば消費の仕方が硬直的になるような場合、それは真の近代社会での「生活」というにあたいしないと考える。」(江口、1974年、P.11)

「社会的固定費」が大幅に増加していけば、それだけ消費は硬直化し、自由の余地は狭められ、自律的な自主的な生活とは言えなくなる。それは豊かな生活とはとてもいえないのである。

江口氏が「生活崩壊」として家計調査の結果を総括しているその中身を見れば、飲食物費だけではなく、社会的存在としての人間の側面を重視し社会からの脱落・孤独をも含めていること、また、支出の硬直化により、生活の「自律性」「自主性」が制限されることにも注目し、自由な選択の範囲が制限されることもまた、「生活崩壊」の1つの側面とみていることが重要である。つまり、江口氏は、飲食物費だけでなく、人間関係や社会生活への参加、自由な選択といったことがある程度満たされていることを念頭において「最低基準生活費」を算定する必要があったのである。そのためには、飲食物費だけでなく、それ以外の費目についても、低所得層の生活実態を反映させながら、それを修正して、全物量方式であるマーケット・バスケット方式を採用する必要があったと推測できるのである。低所得層の生活実態を反映しただけでは「生活崩壊」を表すことになる。したがって、その修正が必要となる。その仕方は、低所得層である失対労働者への聞き取り調査によるところに特徴がある。

2. 最低生活費と、その「第1の前提」としての「生活基盤」「社会保障制度」の在り方

江口氏は、この点について次のように指摘している。「『生活基盤』制度・資源は現在与えられている（はなはだ不完全だが）一定のものと前提して、その基礎上的消費生活の必要最低限の費用を示してみよう」（江口、1987年、P.230）と述べている。「生活基盤」である住宅、医療、教育、交通・通信、水道・光熱といった社会制度・サービスは、現在のものを前提として、それにかかる費用を最低生活という費用の中に入れることになる。言うまでもなく、社会保障・社会福祉制度についても、同様であろう。

ここでは、現在のこれら社会制度・サービスが完全なものとは考えていないこと、そして、最低生活保障は、ヴェバリッジプランがそうであるように、ただ単に最低の所得保障だけでは成り立たず、その前提として、「生活基盤」や社会保障・社会福祉サービスが必要であることをも意味している。

3. 最低生活費と、その「第2の前提」としての一揃の家財道具、一揃の衣服の扱い方

江口氏は、これまでの「最低生活費」の算定方法と異なる点を次のように指摘している。

これまでの各種の「最低生活費」が、「一定の家族構成を持った世帯の1ヶ月分の現金支出額として計算されているのが通例である」（江口、1974年、P.50）のに対し、それだけでは生活を営むことができないとして、「その生活を実現する前提として、…家具、什器、寝具、衣類、その他の物品の一揃がなければならない」（江口、1974年、P.50）

したがって、生活費というのは、一揃の家財を前提として、①その家財の保全と補充費用が必要であり、その上で、②食料・光熱類などの消費財の購入費用がかかり、それと並んで、前述の③住宅費や教育費、医療費、交通通信費などの社会的強制的費目や税金や社会保険料など社会サービス

の購入費用を、経常支出として含んでいることを示している。

ここでの江口氏の指摘が重要である。前記の「生活基盤」と並んで、「家具、什器、寝具、衣類、その他の物品の一揃」が前提として、経常支出が成り立つという点である。こうした一揃の家財は、「手持ち財調査」でしか把握することはできないだろう。そのことが、最低生活費の算定方式として、マーケット・バスケット方式を選択させた理由の一つと考えられる。

4. 阿部彩氏の「三鷹 MIS」とマーケット・バスケット方式

阿部彩氏の「三鷹 MIS」の「調査段階」の特徴の一つは、一般市民参加者のフォーカス・グループに対するグループ・インタビューを行い、参加者間のディスカッションによって合意に達するというものである。その手法は「集団面接調査法」に類似している。しかも、専門家チームであるモデレーターの役割や「研究者チームによる検討」の役割は大きく、専門家の知見と市民参加者との相互作用を重視している。このことからすれば、彼らが言う「普通のマーケット・バスケット方式」というのは、江口氏や金澤のマーケット・バスケット方式を示していると思われるが、その方法と本質的違いを認められない。「普通のマーケット・バスケット方式」においても、アンケート調査による社会的事実に基づいて算定しているのであり、調査による市民参加が行われている。その事実に基づく算定を、「専門家の決定（それを恣意性とするならば）」というのは少し酷ではないだろうか。

「集団面接調査法」は、本調査に対するプレサ―バーとして行われることが多く、このプレサ―バーで「仮説」が設定され、本調査で社会的事実が確認されるのである。プレサ―バーの意義は、質問項目が適当であるか、漏れがないかということから、事前に数例の調査を行い、その結果から質問項目や調査方法の修正が行われることになる。「MIS」は、本調査を省略し、そのかわりに数回にわたり繰り返しグループ・インタビューを行い、その間に修正が行われコンセンサスに近づ

くことが期待されているように思われる。

「三鷹 MIS」は、市民による「合意形成」を強調しているように思えるが、社会調査そのものが、市民のコンセンサスを発見することもその目的の一つであることからいえば、「普通のマーケット・バスケット方式」との近親性をむしろ強調すべきではないだろうか。

5. 必要金額の積み上げか、必要財貨・サービスの積み上げか ー主観的最低生活費と MIS、マーケット・バスケット方式ー

「主観的最低生活費」(山田、2012年)の算定方法の特徴は、インターネット調査による「市民参加型」といってもよい方法である。つまり、その算定について、市民に決めてもらうというものである。その調査は次のような2つの調査から成り立っている。一つは「切り詰めるだけ切り詰めて最低限いくら必要ですか」と聞くK調査、もう一つは「つまましいながらも人前に出て恥ずかしくない社会生活をおくるためにいくら必要か」と聞くT調査それぞれに、大まかな費目ごとに最低必要な金額を書き込んでもらう方法である。それに対して、「三鷹 MIS」や金澤のマーケット・バスケット方式は、最低必要なモノやサービスを積み上げていく方法である。その方法は、一見似ていそうに見えるが、本質的に異なっている。

「主観的最低生活費」の方法で算定した最低生活費で「どのような生活ができるのか」「どうしたことができるのか」といったことが実証されていない。かつて箆山氏が算定した飲食物費で必要なカロリーを満たすことができるのかを実証的に検証したように、金額だけでは、その生活のリアリティが見えてこないのである。

<引用文献・参考文献>

- (1) 労働科学研究所編『日本の生活水準』(労働科学研究所刊、1960年)
- (2) 箆山京著「緊急家計調査(都市)」とエンゲル線の変曲」(大河内一男先生還暦記念論文

集刊行委員会編『大河内一男先生還暦記念論文集第1集社会政策学の基本問題』有斐閣、1966年、所収)

- (3) 箆山京・中鉢正美共著『最低生活費の算定』(中央労働学園大学労働問題研究所、1951年)
- (4) 箆山京著『箆山京著作集第二集 最低生活費研究』(ドメス出版、1982年)
- (5) 江口英一、高野史郎、松崎条太郎「『現代のインフレ』における「生活崩壊」と最低基準生活費」(『賃金と社会保障』1974年11月号)
- (6) 江口英一編著『生活分析から福祉へ』光生館、1987年
- (7) 江口英一・松崎条太郎「80年代勤労者世帯生活の動向と「最低標準＝最低基準生活費」(『国民生活研究』第31巻第4号、1992年3月)
- (8) 研究代表者岩田正美『「流動社会」における生活最低限の理論的・実証的研究』2011年3月
- (9) 第5回社会保障審議会生活保護基準部会資料2、日本女子大岩田正美「家計実態アプローチによる最低生活費の測定ーマーケット・バスケット方式との比較ー首都圏若年単身者の場合ー」2011年9月
- (10) 岩永理恵「家計実態アプローチによる最低生活費の試算」2013年9月、(研究代表金澤誠一「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」2014年12月、所収)
- (11) 厚生労働省第6回社会保障審議会生活保護基準部会資料3、山田篤裕・四方理人・田中聡一郎・駒村康平「主観的最低生活費の測定」平成23年10月
- (12) 山田篤裕・四方理人・田中聡一郎・駒村康平「主観的最低生活費の測定」(社会政策学会編『社会政策』2012年、所収)
- (13) 四方理人「主観的最低生活費の測定」(研究代表金澤誠一「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」2014年12月、所収)
- (14) 岩田正美、阿部彩、岩永理恵、卯月由佳、重川純子、山田篤裕『厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「貧困・格差の実態と貧困対策の効果に関する研究」平成22年度総括研究報告書(別冊1)「最低所得基準(Minimum Income Standa

- rd:MIS) 法を用いた最低生活水準の推計」(勤労世代単身男女、子ども)【三鷹 MIS】(2011年、3月)
- (15) 厚生労働省第5回社会保障審議会生活保護基準部会資料3「Minimum Income Standard 法による最低生活費の推計(三鷹 MIS)」(2011年9月)
- (16) 阿部彩「Minimum Income Standard 法による最低生活費の推計(三鷹 MIS)」(研究代表金澤誠一「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」2014年12月、所収)
- (17) 金澤誠一編著『「現代の貧困」とナショナル・ミニマム』高菅出版、2009年
- (18) 金澤誠一責任監修『首都圏最低生計費試算調査報告集』2008年
- (19) 金澤誠一責任監修『東北地方最低生計費試算調査報告集』2010年
- (20) 金澤誠一責任監修『九州地方最低生計費試算調査報告集』2010年
- (21) 金澤誠一責任監修『愛知県最低生計費試算調査結果報告書』2011年
- (22) P. タウンゼント「相対的剥奪としての貧困」(D. ウィッダーバーン編著、高山武志訳『イギリスにおける貧困概念』光生館、1977年、所収)
- (23) P. Townsend, "Poverty in The United Kingdom" pelican books、1979
- (24) アマルティア・セン著、池本幸生・野上裕生・佐藤仁訳『不平等の再検討』岩波書店、1999年
- (かねざわ せいいち、佛教大学社会学部公共政策学科教授)

研究助成報告(概要)

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

- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」
(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』
44号
-

- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザード
マップの検証から学ぶ』」(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号
-

- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫
ほか)『いのちとくらし研究所報』48号

研究助成報告書(報告書)

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

ISBN 4-903543-00-5 2006年6月発行

(978-4-903543-00-0)

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

2007年9月発行

ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

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

2010年6月発行

ISBN 978-4-903543-07-9

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第49号（2015年1月）——地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み

- 巻頭エッセイ：地域づくりの新しい要素（植田和弘）
- 越谷市における「地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み」（大家けい子）
- 「仕事おこし懇談会inこしがや」がめざしていること（飯島信吾）
- 心かよう 支えあう町づくりを目指して一大田区のささえあいコミュニティコープの活動（伊藤宏一）
- 民医連とともにあゆむ共同組織の取り組み（竹野ユキコ）
- 「グローバル社会的経済フォーラム」参加報告（今井迪代、熊倉ゆりえ）
- シリーズ医療政策・研究史（7）：戦時下医療政策の研究（野村拓）
- 投稿論文：介護保険制度における「共助」と生活協同組合の介護事業の展開—高齢者生活協同組合の事例—（熊倉ゆりえ）

●第48号（2014年10月）——アベノミクスと医療社会保障

- 巻頭エッセイ：生産力の新しい指標としてのQOL（野田浩夫）
- 安倍政権の医療・介護制度改革（横山壽一）
- 医療の国際展開による医療総動員（吉中丈志）
- 東北メディカル・メガバンク（ToMMo）を考える
 - ・参加報告：東北メディカル・メガバンクを考える市民フォーラム in 仙台（八田英之）
 - ・参加報告：市民のための基礎学習講演会「ヒト遺伝子研究と生命倫理」（竹野ユキコ）
 - ・主催者から：ToMMo 市民フォーラムを開催して（水戸部秀利）
- 事務局長に聞く：民医連の取り組みと課題（岸本啓介、インタビュー：竹野ユキコ）
- 医療政策・研究史（6）：雑務回避とマイペース（野村拓）
- ドイツの医療従事者数（石塚秀雄）
- 2009年度研究助成概要報告：都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究（直田春夫）

●第47号（2014年7月）——労働と社会の新しいあり方

- 巻頭エッセイ：「新成長戦略・骨太方針」と地域医療（山本裕）
- 座談会：社会的経済、連帯経済と経済学（津田直則、北島健一、富沢賢治、司会：石塚秀雄）
- アベノミクスと労働改革の諸問題（橘木俊詔）
- 安倍政権による派遣法制の改変構想批判（伍賀一道）
- フランスの社会的経済・連帯経済法の成立と意義（石塚秀雄）
- 医療政策・研究史（5）：八面六臂の巻（野村拓）
- 投稿論文：高齢者の暮らしと地域の「あればいいな」～姫路医療生協地域調査における要支援・要介護者のヒアリングから～（川口啓子・小田史）
- 書評：中川雄一郎・J C総研編『協同組合は「未来の創造者」になれるか』（角瀬保雄）
- 書評：堀越芳昭・J C総研編『協同組合研究の成果と課題 1980-2012』（相馬健次）

●第46号（2014年3月）——10周年記念特集

- 座談会：研究所の10年と未来（坂根利幸、角瀬保雄、中川雄一郎、藤末衛）
- 論文：非営利・協同の10年（富沢賢治）
- 10周年記念懸賞論文・論考佳作：医薬分業における非営利・協同の意義と民医連薬局法人の先駆性（廣田憲威）
- 10周年記念懸賞論文・論考佳作：ケアとコントロールの狭間で—福祉労働者としてのケアマネジャーの立ち位置についての考察（石坂誠）
- 10周年記念エッセイ
最近の「非営利・協同」論の動向（角瀬保雄）

創立10周年記念によせて（中川雄一郎）
非営利・協同論の探求（坂根利幸）
研究所10周年に（高柳新）
百才を祝う！（八田英之）
「個人的所有の再建」と「等身大の技術」（後藤道夫）
研究所の一層の発展を（石塚秀雄）
自問自答、総研10周年エッセイ（今井晃）
協同組合の普遍性を問ひかける（大八木秀明）
新しい社会を構想すること（河添誠）
「総研いのちとくらし」とのつながり（高木和美）
非営利・協同総研との関わり（高山一夫）
これまでを振り返り、これからにつなげたい（竹野ユキコ）
連帯社会の実現に向けて（津田直則）
社会を問う・人を問う（長瀬文雄）
広い視野での研究と実践に役立つ情報を（根本守）
研究所10年、連載10年（野村拓）
非営利・協同総合研究所いのちとくらしさんへ（平石裕一）
民医連の今と非営利・協同の探求（藤末衛）
研究所の発信機能一オープン化のさらなる検討を（松田亮三）
小さくても輝く自治体―長野県栄村の復興への歩み―（前沢淑子）
民医連人生で考えたこと（村口至）
『ソウル宣言』と韓国の協同組合創立ラッシュ（丸山茂樹）
2020年東京五輪開催とあらためて非営利・協同への期待（森川貞夫）
非営利・協同の豊かな象徴を（吉中丈志）
お祝いのメッセージ（朴賢緒）

○資料：役員等一覧、会員統計、活動概要、研究助成一覧、発行一覧

●第45号（2014年1月）―社会保障制度改革と医療・福祉の現状

- 巻頭エッセイ：ボローニャ紀行（吉中丈志）
 - 社会保障制度改革国民会議報告書の考え方について―とりわけ医療制度の方向をめぐって―（石塚秀雄）
 - 都立病院 PFI の現状と問題点（組合幹部に聞く）（細井智、森松恵美子、飯島芳子、インタビュー：八田英之）
 - 座談会：各地の民医連MSWから見た貧困の現場と無料低額診療・生活保護活用の問題（長友祐三、森川尚子、富岡真理子、多田安希子、司会：河添誠）
 - スペイン・カタルーニアの地域協同と社会サービス（石塚秀雄）
 - 2011年度研究助成概要報告：県、3市1町（船橋、安孫子、旭、一宮）の「防災計画とハザードマップの検証から学ぶ」（鈴木正彦）
 - 医療政策・研究史（4）：なぜか医療政策史（野村拓）
 - 書評：協働公認会計士共同事務所、税務協働税理士共同事務所編著『非営利法人・団体と労働組合の会計と税務 Q & A』（今井晃）
 - 会員からの情報提供：彦根市史問題について（高木和美）
-

●第44号（2013年9月）―地域社会といのちとくらし

- 巻頭エッセイ：政策・実践上の重要概念としての普遍主義的給付（松田亮三）
- 地方自治制度改革をどう見るか―「10道州・300基礎自治体」再編の本質―（池上洋通）
- 東日本大震災の予算執行状況と地域社会（網島不二雄）
- 研究助成報告：「津波被災地保健師100人の声」（宮城）プロジェクト報告及び「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」の検討（村口至）
- 2009年度研究助成概要報告：老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！（久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子）

- イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
 - 医療政策・研究史（3）：医療経済的ふるしき（野村拓）
 - 書評：川口啓子著『職場づくりと民主主義』（今井晃）
-

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

○巻頭エッセイ：民医連の経営課題と幹部集団づくりの課題（今井晃）

特集1【京都・地域シンポジウム報告】

一医・職・住・環境 市民シンポジウム 災害医療とまちづくりを考える—

- 主催者挨拶（吉中丈志）
- 「被災地は今」被災地からのメッセージ（熊谷俊夫）
- 記念講演「がんの体験から」（鳥越俊太郎）
- まちづくりからの発信（古武博司）
- 災害医療とまちづくりを考える～地域医療からの発信～（尾崎信之）
- 食物アレルギー対応避難拠点づくり—食物アレルギーをもつ家族と地域の安全、連帯のために（長澤澄子）
- くらしからの発信（吉永淳）

特集2【憲法問題と非営利・協同】

- シチズンシップと国民主権（中川雄一郎）
 - 宇都宮健児さんインタビュー：人権や憲法をかたちだけにせず、権利主張するたたかいをつくる（宇都宮健児、インタビュアー：河添誠）
 - 投稿論文：ドイツにおける看（介）護職養成・資格制度改革の経過に関する聞き取り調査報告（中間報告）（濱島淑恵・高木和美・芦田麗子）
 - イタリアの医療労働人口と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
 - 医療政策・研究史（2）：かけだし時代の研究（野村拓）
-

●第42号（2013年3月）—介護保険制度と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「東電・福島第一原発事故と健康権」小西恭司
 - 座談会「介護サービスにおける非営利・協同性の実現とは、現状と理論」林泰則、山田智、加藤久美、井田智、司会：八田英之
 - 「2012年『改正』介護保険法・改定介護報酬の問題点～介護保険で私たちの介護保障は可能か?!～」藤松素子
 - 2006年度研究助成報告「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」上野勝代
 - 「21世紀の協同組合と非営利・協同セクター—憲法」堀越芳昭
 - 「ケベックの社会的連帯金融」石塚秀雄
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第9回研究会報告「日本医師会の医療政策などよもやまばなし」石川広己
 - 「朝日資料の整理を終えて」朝日訴訟の会・岩間一雄
 - 書評 全日本民主医療機関連合会歴史編纂委員会編『無差別・平等の医療をめざして』角瀬保雄
 - 医療政策・研究史（1）「科学史への関心」野村拓
-

●第41号（2013年2月）—貧困問題と生活保護制度の再検討

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

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.49 (2015.2.28発行)

理事長のページ：ICA ブループリントの「アイデンティティ」(中川雄一郎)、副理事長のページ：地域崩壊と自治体財政危機の一場面 (八田英之)、理事エッセイ：ワシントン DC でのセーフティネット医療供給者調査 (松田亮三)、新役員抱負 (野田浩夫)、ピケティ『21世紀の資本』の前後読み (石塚秀雄)

○ No.48 (2014.12.15発行)

理事長のページ：グローバル社会的経済フォーラム2014 (GSEF2014) (中川雄一郎)、副理事長のページ：ブラックバイトと雇用保険 (後藤道夫)、理事エッセイ：高齢者と後継者 (岩本鉄矢)、EU の派遣労働と非営利・協同組織 (石塚秀雄)

○ No.47 (2014.09.01発行)

理事長のページ：「いわゆる」アベノミクスとは何だろうか(中川雄一郎)、副理事長のページ：外来から(高柳新)、理事リレーエッセイ：新任役員の抱負(内村幸一)、EU の最低賃金について (石塚秀雄)

○ No.46 (2014.05.31発行)

理事長のページ「コメントノート」(中川雄一郎)、「韓国医療制度と3つの「非給与」(編集注：自由診療本人負担分)改善に関する問題点」(作成：朴賛浩、日本語翻訳：朴賢緒)、書評：野村拓『新・国保読本 たたかいへの助走路を歴史に学ぶ』(野田浩夫)、「国分寺市役所における公務労働と業務委託」(石塚秀雄)

○ No.45 (2014.02.28発行)

副理事長のページ「非営利・協同論の探求(その2)」(坂根利幸)、会員寄稿「医学部の新設 被災地の復興考え県立で」(村口至)、事務局からのお知らせ(研究助成決定)、会員エッセイ「体験的マネジメント論一箇条書き風一」(道端達也)、「『所得保障なき生活困窮者対策』でいいのか?—最近のマスメディア報道を入りに考える」(河添誠)、「フランスの社会的経済・連帯経済の規模」(石塚秀雄)

○ No.44 (2013.11.30発行)

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

○ No.43 (2013.08.31発行)

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

○ No.42 (2013.05.31発行)

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

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。

報告書

◎非営利・協同総研いのちとくらし10周年記念

『ドイツの非営利・協同の医療と脱原発の地域電力事業視察報告書』

ISBN 978-4-903543-09-3

発行日 2013年3月31日、A4判144ページ、頒価500円（在庫僅少）

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

●目次

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



【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・協同総合研究所いのちとくらし 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51号の予定】(2015年6月発行予定)

- ・非営利・協同の医療機関を取り巻く状況と経営上の課題
- ・政府の地方創生政策と地方破壊
- ・医療輸出産業化政策のもたらすもの
- ・共済と社会制度の今後の課題
- ・その他

【編集後記】

本号は「政府の成長戦略、改革」への警鐘が数多く打ち鳴らされたものとなりました。日常の生活に必要なものはなにか、空襲・震災などの国内の経験、国際的な紛争・脅威に思いを馳せ、社会保障の持つ力、資本主義へのオルタナティブとしての非営利・協同が生み出す力、理論と実践を考えたいと思います。(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きます場合があります。

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