

目次

| | | |
|---|---|-------|
| ○巻頭エッセイ「私と研究所」 | 角瀬 保雄 | 1 |
| 特集 —社会保障と社会の危機— | | |
| ○「社会保障の機能不全とその克服に向けて」 | 伊藤 周平 | 2 |
| ○2010年度定期総会記念講演「学校は子どもの貧困を救えるか」 | 青砥 恭 | 15 |
| ○「韓国の介護保険制度と市民社会（NPO・NGO、労働組合）(下)」 | 秋葉 武 | 31 |
| ○「地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ」第1回研究会報告 「千葉県と宮城県の『地域医療再生計画』について」 | 八田 英之 | 35 |
| ○社会福祉と医療政策・100話（51～55話）「11 健康と社会保障」 | 野村 拓 | 44 |
| ○「医療ツーリズムの概観と問題点」 | 吉中 文志 | 49 |
| ○2005年度研究助成概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快 適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」 | 埜田 和史、佐藤 修二、田村 昭彦、服部 真、舟越 光彦、 山田 智、北原 照代 | 60 |
| ○書評 宮本太郎著『生活保障』 | 安井 豊子 | 66 |
| ○書評 中川雄一郎監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編 『地域医療再生の力』 | 松本 弘道 | 68 |
| ○医療産業における労働力③ 「フランスの医療機関、医療専門家数と報酬」 | 石塚 秀雄 | 70 |
| ○事務局ニュース | | 59、73 |
| ○バックナンバー、単行本、報告書など | | 43、74 |

私と研究所

角瀬 保雄

私の本業とする大学での研究・教育活動は、定年とともに終りを告げていた。これを象徴するのは研究室がなくなることである。しかし、社会的活動は民間研究所の活動としてその後も続いていた。大学の定年は研究活動の定年ではありえないからである。

私の場合、大学の在職中から一番多かったのは、労働組合からの依頼による経営分析や産業政策の仕事である。専門の会計学や経営学の知識が求められたのである。全労連の発足とともに設立されたシンクタンクの労働運動総合研究所では、規制緩和問題を中心に常任理事の役職を担ってきた。私と同じく専門外の分野から参加した人に、医療の専門家の日野秀逸氏がいた。

労働運動に次いで私が手を出したのが、協同組合の研究である。私は学生時代から大学生協の活動に参加していたので、後年教職についた時にも、大学生協と係わらざるをえなかった。当時、日本の生協運動は拡大とともに、経営の強化に迫られていたが、日生協の幹部の中には岡本好廣氏など大学時代からの仲間が何人もおり、彼らからの要請には応えざるをえなかった。日生協のシンクタンクの生協総合研究所には、大内力理事長の下で多彩な人材が集まっていた。そこでの評議員としての経験は、後年私が非営利・協同総合研究所のちとくらしの責任を担うに当たってもたいへん役に立った。労金協会常務の杉本時哉氏も大学時代の仲間の一人で、労金の研究所にも短期間関係

した。

消費生協に続いて労働者協同組合との関係が発展した。そのシンクタンクの協同総合研究所の発足に当たっては、労働総研の代表理事の一人であった黒川俊雄氏は理事長として参加した。いわば労働総研と協同総研という二つの研究所をかけたかたちになる。私も中西五洲氏とともに、協同総研の副理事長の職を担った。つばさ流通の小西明社長も大学時代の仲間であった。

また、短期間であったが、政治経済研究所では監事の役職を務めた。阿部国博、山口孝氏などは立派な研究所経営者であった。

こうした経験を経て、最後にたどり着いたのが非営利・協同総合研究所で、これまでの研究所活動の集大成ともいうことができる。一番長く働いたのも本研究所である。常勤の石塚秀雄、竹野ユキコ理事には感謝あるのみである。しかし、肉体的限界はどうしようもなく、一病去って、また一病というのが、ここ数年来の私の実態であった。研究所の発足に当たって、私が理事長の任を引き受けることができたのも、全日本民医連名誉会長の高柳新氏の支えがあったからであり、また今回、理事長の後任に中川雄一郎氏という適材を迎えることができたのも、またとない幸せであった。

(かくらい やすお、非営利・協同総合研究所のちとくらし顧問、名誉理事長、法政大学名誉教授)

社会保障の機能不全とその克服に向けて

伊藤 周平

1 はじめに一民主党政権の新自由主義路線への急旋回

2009年9月に、鳩山由紀夫氏を首班とする民主党・社民党・国民新党の連立政権が成立したが、国民の新政権への期待はしだいに失望・幻滅へと変わり、2010年5月30日には、普天間基地移設に関する日米合意に反対して社民党が連立政権から離脱、同年6月2日には、鳩山首相・小沢一郎幹事長（いずれも当時）が辞任に追い込まれた。そして、6月4日、菅直人氏が民主党代表に選出されたうえで首相に指名され、8日に、国民新党との連立による菅内閣が誕生した（以下、鳩山内閣のときを含め「民主党政権」という）。

もともと、民主党自体が、政策理念の違う議員の「寄り合い所帯」で、ヨーロッパの諸国の社会民主主義政党とは異なり、保守政党の性格が強く、自民党との路線や政策の違いは小さい（「政治とカネ」をめぐる問題でも同根といえる）。現在、民主党内には、自民党から利益誘導政治を奪取することに主眼を置き、「政策より選挙」を重視する小沢氏を中心とするグループと、小沢氏と距離を置く構造改革＝新自由主義派^①の2つの大きなグループがある。民主党は、結党時から「構造改革」の推進を掲げ、小泉政権の時代には、同政権と構造改革を競い合っていた。それが、2006年に、小沢氏が代表に就任すると、「国民の生活が第一」を掲げ反構造改革（新自由主義）路線に転換、2007年7月の参議院選挙で大勝し、2009年9月の政権交代につながった。しかし、こうした路線・政策変更について、党内での議論はほとんどなされず、選挙に勝利するためだけの表面的なものであった。

そして、菅内閣は、早々と日米合意を堅持することを宣言し、沖縄県民の基地移設反対の民意を踏みにじりアメリカ追随外交に大きくシフトした。それに歩調を合わせるかのように、社会保障政策についても、巨額の財源不足に直面し、財政規律

を重視し消費税引き上げを主張する仙谷由人氏や枝野幸男氏（ともに新自由主義派といってよい）が、それぞれ官房長官、民主党幹事長に就任、公費支出の抑制と供給体制の市場化を進め、社会保障の給付抑制を指向する新自由主義路線へと急旋回（回帰？）しつつある^②。

そもそも、2009年9月に、政権交代が実現し民主党政権が成立した主な原因は、自民党・公明党の旧政権、とりわけ2001年から5年間にわたる小泉政権のもとで推進されてきた新自由主義政策により、格差や貧困が拡大し、生活困難や生活破壊が深刻化したことに対する有権者の反発にあったといえる。1998年から12年連続で年間3万人を超す自殺者、失業者やホームレスの急増、相次ぐ介護疲れによる高齢者の心中事件、子どもの虐待死事件など、当たり前前に働き人間らしく生活していくことがきわめて困難になってきた日本の現状がそこにあった。その意味で、民主党政権の存続は、新自由主義政策から決別し、機能不全に陥っている社会保障を再建し、国民の人間らしい生活を保障していけるかにかかっているといえた。実際、民主党の2009年の衆議院選挙の政権公約（以下「マニフェスト」という）には、労働者派遣法の改正、障害者自立支援法と後期高齢者制度の廃止、子ども手当の創設、高校授業料の無償化など、社会保障再建に向けての施策が打ち出されていた。

ところが、菅内閣になっての2010年の参議院選挙マニフェストでは、実現した高校授業料の無料化を除いて、これらの施策は大幅に後退した。さらに、菅首相は、2010年7月の参議院議員選挙の直前に、社会保障財源と財政再建のためと称して消費税10%への引き上げを打ち出し、消費税増税が大きな選挙争点となった。結局、民主党は、参議院選挙において議席数を大幅に減らし大敗、再び国会の「ねじれ現象」が生じた。菅首相の唐突な消費税増税発言が、とくに経済状況の厳しい地方住民の反発をかい民主党大敗の大きな原因とな

ったことは間違いなく（参議院選挙区1人区の獲得議席数では、自民党21に対して民主党は8と大きく負け越している）、選挙後、消費税増税議論は封印された。

本稿では、以上のような状況を踏まえ、日本における社会保障の機能不全の様相を、国民健康保険の滞納問題や子どもの貧困問題を中心に考察し、社会保障の再建に向けての政策課題を、社会保障の財源問題にもふれながら提示する。

2 社会保障の機能不全

(1) 社会保障制度の意義とその機能不全

日本国憲法25条1項は、国民の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」（「生存権」といわれる）を明記し、同条2項は「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定して、国（都道府県や市町村など自治体も含むとされている）の社会福祉・社会保障における責任を明らかにしている。そして、ここで保障されるべき生活は、文字どおりの生きざりぎりの「最低限度の生活」ではなく、「健康で文化的な」ものでなければならないと解されている。この憲法25条にもとづいて、失業しても、高齢や病気になっても、障害を負っていても、どのような状態にあっても、すべての国民に「健康で文化的な最低限度の生活」を権利として保障する制度が社会保障である。

しかし、日本の社会保障制度は、終身雇用や年功賃金といった日本型雇用システムを前提に組み立てられてきたため、勤労世帯に対する防貧・救貧機能がきわめて脆弱である。そのため、日本型雇用システムが解体し、失業者が増大し、労働者の賃金（市場収入）が大幅下落すると、子どもの教育費や住宅ローンをかかえた勤労世帯の生活困難が深刻化することとなる^③。

失業したときのための雇用保険も、非正規雇用の場合は、継続雇用でないなどの理由で加入していなかったり、加入していても、失業手当受給までのハードルが高く、失業者の5人に1人しか受給していない状況にある。また、最後のセーフティネットである生活保護も、後述のように、就労

可能な人への給付は極端に制限されている。2008年秋以降の「派遣切り」の横行に象徴される現在の雇用危機は、日本の社会保障の脆弱さ（マスコミなどでは「セーフティネットの脆弱さ」と言われる）を改めて浮き彫りにしたといえよう。

同時に、こうしたただですら脆弱な社会保障制度が、前述の小泉政権の時代に、社会保障費を大幅に削減する社会保障改革が進められてきたため、さらに脆弱化し、本来の生活保障の役割をはたすことができなくなり機能不全に陥っている。社会保障給付が削減され、社会保険料や利用者負担が増大し、社会保障の所得再分配機能が弱まった結果、国民の生活不安（とくに老後の不安）を増幅させるという、本末転倒の事態を生み出している。

(2) 深刻化する雇用危機

社会保障の機能不全をもたらした背景には「雇用崩壊」ともいえるべき、雇用環境の悪化があった。日本経済は、2002年2月から景気回復局面にはいり、経済成長の期間は、高度成長期の「いざなぎ景気」を越えて戦後最長を更新した。しかし、この間の企業業績の回復は、大規模な企業淘汰と人員削減、すなわち正社員の解雇や非正規雇用化の進展によるところが大きかった。とくに、2001年2月から2005年1～3月にかけて、民間企業の正社員数は324万人減少し、中小企業は50万社減少している。

その結果、低賃金で不安定な就労形態の非正規雇用の労働者が急増した。一般的に、期間の定めのない労働契約で直接雇用されているフルタイムの正規労働者（正社員）以外の労働者を、非正規労働者という。①期間の定めがある有期契約による労働者（契約社員など）、②フルタイムではないパートタイム労働者（アルバイトも含む）、③企業に直接雇用されていない派遣労働者が、典型的な非正規労働者である。その数は、2007年に1893万人に達し、全労働者の35.5%を占めるに至っている（総務省「就業構造基本調査」による）。女性についてみれば、就業者の半分以上が非正規労働者となっており、若年層では男女を問わず半分が非正規労働者であり非正規化が進んでいる。1970年代には、正規雇用が90%を超える状況にあったことを考えると、この間の急速な非正規化が

うかがわれる。

非正規化の進展に加え、日本の脆弱な最低賃金制度により、給与だけでは最低限度の生活基準を保てない低賃金世帯、いわゆる「ワーキングプア」層も急増している。年収200万円以下で働く民間企業の労働者は、1995年には793万人であったが、2006年には1000万人を突破し、2007年には1032万人まで増加し、給与生活者の4.4人に1人となっている（国税庁「民間給与実態調査統計」）。

そして、前述したように、世界規模の金融危機は、こうした非正規労働者や生活困窮の人が急増していた日本を直撃した。製造業に従事していた派遣労働者を中心に、「派遣切り」と呼ばれる非正規労働者の大量解雇が相次ぎ、仕事も住まいも失いホームレス化する派遣労働者が続出し、2008年の年末には、東京の日比谷公園に「年越し派遣村」を出現させ、深刻な社会問題となった⁽⁴⁾。

（3）生活保護受給者・世帯の急増と広がる貧困

失業や不安定・低賃金労働の増大は、当事者の生活基盤を揺るがし、社会保障給付の受給者を増大させている。生活保護の受給者・世帯は、1995年を底に右肩上がりに増大し、さらに、前述した派遣切りにあった非正規労働者、失業者の増大などにより、2009年3月現在（概数）で、保護実人員数約165万人、保護世帯数約120万世帯となっている（厚生労働省調べ）。この10年間で約50万世帯、約70万人も増加しており、保護世帯数は、過去最高水準となっている。また、保護世帯のうち稼働世帯は1割強で、大半の世帯が、働かず経済的自立が難しく、保護期間が長期化している。

犯罪統計をみても、窃盗、詐欺、横領などの財産犯と、65歳以上の高齢者による犯罪が増えており、刑法犯となる高齢者の割合は、1988年には2.5%であったものが、2007年には13.3%と大幅に上昇、高齢者人口の増加率を大きく上回り、全体に占める高齢受刑者の割合も、2006年には12.3%と、他の先進諸国の中で日本が突出した高さにある。受刑者には、行き場のない高齢者や障害者、さらには介護を必要とする高齢者が増えている。その背景には、高齢者の生活困窮と福祉施設など公的な受け皿の不足がある。

こうした状況にありながら、日本政府は、1965

年以来長らく生活保護の捕捉率（生活保護基準以下の生活状態の人のうち実際に生活保護を受給している人の割合）を公式に発表しておらず、いくつかの研究者の推計があるにとどまる⁽⁵⁾。

これら捕捉率の推計には幅があるが、だいたい2割弱とみられている。これは他の先進諸国が公表している捕捉率（イギリスでは80%、ドイツでも70%）に比べて極端に低い。いずれにせよ、日本では、前述のワーキングプア層を含め、潜在的に膨大な生活困窮者の存在が推定される。

3 社会保険制度のゆらぎ

（1）国民健康保険料の滞納問題

生活保護を受給せざるをえない状況になる前に、貧困を予防する機能を果たすのが、社会保障のひとつである社会保険制度である。しかし、その中核をなす被用者保険（健康保険や厚生年金保険など）が、前述のような正社員の減少と非正規労働者の急増により、適用事業所と被保険者が減少し、賃金の低迷によって保険料収入も落ち込み、その存立基盤が大きくゆらいでいる。

日本では、すべての国民が、何らかの公的医療保険に加入し、必要な医療が受けられるという「国民皆保険」が原則となっている（日本に在住している外国人も、一定の要件を満たせば公的医療保険に加入できるので、以下「皆保険」という）。民間労働者や公務員が加入する健康保険や共済組合を「被用者保険」といい、被用者保険の加入者以外は、国民健康保険に加入することとなっている。

国民健康保険のうち、市町村を保険者とする国民健康保険（市町村国民健康保険）は、前述のような失業や非正規労働者の増大で、健康保険などの被用者保険から国民健康保険に移る人が急増、しかも、人口高齢化で、定年退職した高齢者の加入も加わり、年々加入者が増大している（2000年3月末の被保険者数約4658万人が、2005年3月末には同5158万人と500万人増大している）。現在では、日本の全世帯のほぼ半分（約4800万世帯）が加入する最大規模の医療保険となっている。

市町村国民健康保険は、もともと自営業の人を対象としていたが、現在は、被用者保険から排除

された人が大半を占め、加入者に占める無職者の割合は半分以上にのぼり、加入者の7割以上が年収300万円以下という低所得者層で占められるに至っている。そのため、市町村国民健康保険の主要な財源である国民健康保険料^⑥の滞納世帯は、2009年6月時点で、約480万世帯と、加入世帯の2割にのぼっている（厚生労働省調べ）。

滞納世帯の増加の背景には、加入者に保険料負担能力が低い無職者や低所得者が多いことに加え、被用者保険と異なり事業主負担がなく、低所得世帯でも、高額な保険料が賦課されるため、とても払えないという実態がある。国民健康保険料は、所得に応じて賦課される所得割や固定資産税に応じて賦課される資産割といった応能負担（応能割）部分と、世帯ごとに賦課される平等割や世帯内の被保険者数に応じて賦課される均等割といった応益負担（応益割）部分からなっている（応能割と応益割がほぼ半々で賦課）。応益割については、収入の有無や所得に関係なく賦課されるため、とくに世帯数の多い低所得世帯に大きな負担がかかる構造となっている^⑦。たとえば、40歳代の夫婦と未成年の子どもの4人家族で所得200万円（税込み収入では300万円弱）の世帯でみると、大阪府寝屋川市では、年額50万円もの国民健康保険料になる。同様の世帯の場合、健康保険（協会けんぽ）加入であれば、年額約13万円の保険料ですむことを考えれば、いかに低所得者の保険料負担が重いかわかる。

（2）国民年金保険料の未納問題

一方、「皆年金」を実現するはずの国民年金制度も、定額の保険料（2010年度で月額1万5100円。2017年度まで毎年引き上げ）のため、低所得の人ほど負担が重く、滞納・未納問題が国民健康保険料以上に深刻である。

国民年金保険料の収納率は、1996年度までは8割以上であったが、保険料収納事務を市町村から社会保険庁（当時）に移管した2002年度以降に急速に悪化し（同年度の収納率は、62.8%）、現在まで6割台にとどまっている。しかも、2008年度は、不況の影響もあり、納付率は、過去最低の62.1%となり、最も低い25歳から29歳でみると、49.4%と、実に半分以上の人が国民年金保険料を

払っていないことになる。

国民年金のみならず、厚生年金についても保険料未納問題が深刻化している。厚生年金保険は、事業主単位で強制適用の対象を捉え、その事業所で常時使用されている者を強制加入被保険者とする方式がとられ、適用事業所（常時5人以上の従業員を使用する事業所）の事業主が、被保険者の給与等から保険料を天引きし事業主負担分と併せて保険料を支払い、加入・脱退の届出も事業主に課されている。しかし、近年、保険料の事業主負担を免れるため、経営難による営業停止・事業停止などを理由に、事業所が厚生年金保険から脱退したり、意図的に未加入とする事例が増加している。同じような適用事業所単位での加入の仕組みをとっている雇用保険との比較で、約2割の企業が厚生年金に加入しておらず、厚生年金に加入していない労働者数は300万人から400万人にのぼるという推計もある^⑧。

（3）「皆保険・皆年金」のほころび

そして、前述の国民健康保険料の滞納者に対しては、正規の保険証を返還させ短期保険証や資格証明書を交付する制裁措置が行われている。資格証明書の交付制度は、1986年の国民健康保険法の改正で、1987年1月より導入された。当時は、資格証明書の交付は、各市町村（保険者）の裁量に委ねられていたが、2000年の介護保険法施行にともない国民健康保険法も改正され、2001年度から「特別の事情があると認められる場合」を除き、1年間保険料を滞納している者について、資格証明書の交付が義務化された。その後、資格証明書を交付する市町村が急増、2009年6月には、短期保険証（滞納期間が1年未満の場合に交付され、有効期間が2～3か月と短い保険証）の交付世帯が約122万世帯、資格証明書の交付世帯が約33万世帯にのぼっている（厚生労働省調べ）。

資格証明書の保持者は、医療の給付を受けた場合、病院等の窓口で医療費をいったん全額自己負担する必要があるため（のちに保険者に請求すれば給付分が返還される建前だが、その場合も保険料納付がもとめられるため、実際には返還されない場合が大半である）、受診そのものが困難となる。保険料を払えず滞納している人が、病院窓口

で医療費を全額負担できるはずもなく、実質的に無保険の状態に置かれているとあってよい。短期保険証の場合も、有効期限がきれば、新しい保険証を市町村の窓口にとりに来てもらい、新保険証交付と交換に滞納保険料の納付を迫る方式をとっている自治体が大半で（「窓口留め置き」といわれる）、保険料納付ができないために、窓口に行かず（行けず）、有効期間がきれたままの短期保険証を保持し続け、実質的に無保険状態になっている人も多い。

こうした資格証明書や短期証保持者の中には、十分な医療が受けられず治療の手遅れにより死亡する人も出ている。たとえば、2005年12月の共同通信社の調査では、国民健康保険の保険料を滞納して保険証を返還したため、医療機関の受診遅れから病状が悪化し、死亡したとみられる患者が過去6年間に、少なくとも11人いたことが明らかになっている。また、2007年2月の全日本民主医療機関連合会の調査でも、2005年1月からの2年間に、全国で29人の同様の死亡例があることが明らかになっている。

保険料滞納について、世帯主が災害を受けたり、世帯主またはその者と生計を一にする親族が病気にかかり、または負傷したような「特別な事情があると認められる場合」は、資格証明書は交付されないが、「特別な事情」の存在は、市町村から保険証返還の求めがあった時点で、世帯主から届出をする必要があり、この届出がなされないと、機械的に資格証明書が交付されている事例が多い⁹⁾。

一方、国民年金保険料の未納者の増大は、直接年金財政に影響するわけではないが、将来の無年金・低年金の人を増大させる（保険料を納付していない人は年金給付が受けられない！）。すでに、所得が低いなどの理由で保険料が免除となっている人は500万人を超え、保険料滞納者や未加入者も合計で約700万人にのぼると推計されている¹⁰⁾。このままでは、将来的に、1200万人を超える人が低年金や無年金になる可能性があり、老後の所得保障制度としての年金制度が機能不全に陥りつつある。何よりも、現時点ですら、「皆年金」といつつも、全国で、推計約12万人もの無年金障害者、約60万人の無年金高齢者が存在しており、無

年金者の所得保障の拡充が急務といえる。

4 広がる子どもの貧困と貧困を拡大する社会保障政策

(1) 子どもの貧困問題

以上のような無保険者の増大の問題とも関連するが、いま、とくに深刻な問題として、注目されているのが、子どもの貧困問題である。

マニフェストで、貧困率の調査を公約していた民主党を中心とした連立政権が成立したことを受けて、厚生労働省は、2009年10月、初めて公式な統計として、相対的貧困率を発表した。ここで、「相対的貧困率」とは、所得から税金などを差し引いた世帯の「可処分所得」を1人あたりにならし、高い順に並べた時の真ん中の人の所得を「中央値」（今回の調査では、中央値は年228万円）とし、その半分（114万円）に満たない生産労働人口の割合をいう（以下、単に「貧困率」という）。その値は、2007年（調査対象2006年）では、社会全体の貧困率が12.1%、18歳未満の子どもの貧困率が14.2%となっており、統計上では、日本の子どもの7人に1人が貧困状態にあることが明らかになった。

すでに、OECD（経済協力開発機構）の「対日経済審査報告書」（2006年7月）においても、日本の貧困率が、18～65歳の生産年齢人口について、データのある加盟国17か国中、アメリカに次いで2番目に高くなっていることが明らかとなっていたし、子どもの貧困率も、日本は14.3%と、OECD諸国の平均12.1%を上回り、加盟国中4位の高さとなっていた（2000年時点）。しかも、子どもの貧困率が日本より高いメキシコ、アメリカ、イギリスが減少傾向にある一方で、日本は、1990年代半ばから2.3%も増大しており、改めて政府の公式統計として、日本の子どもの深刻な貧困問題が浮き彫りとなったといえる。

その背景には、子どもの貧困率が顕著に高い母子世帯の増加がある。「全国母子世帯等調査」によると、母子世帯数は、離婚の増大などにより、2003年には122万世帯に達し、それまでの10年間で1.5倍増えている。日本の母子世帯の母親（シングルマザー）の就労率は84.5%と、他の先進諸

国に比べてきわめて高い水準であるが、ほとんどが低賃金・不安就労のため、平均就労年収は171万円にすぎない。手当などを含めても、母子世帯の平均年収は213万円であり、一般世帯の平均年収の40%に満たない水準である。当然ながら、母子世帯には貧困世帯が多く、2009年11月の厚生労働省の公式発表によれば（2007年調査）、18歳未満の子どもがいる現役世帯（世帯主が18～64歳）の貧困率は12.2%で、そのうち、大人が2人以上いる世帯は10.2%だが、ひとり親世帯では54.3%と、複数世帯の5倍以上にのぼっている。

OECDの諸国の2008年の報告書（2000年半ばのデータ）でも、子どもがいる1人親世帯の貧困率を比べると、日本は58.7%と、OECDの諸国の平均（30.8%）をはるかに上回り、30加盟国中で最も高くなっている。ほとんどの国で、ひとり親世帯の就労率は、40%以下で、就労している場合の貧困率は10%以下になるのに、日本の母子世帯の母親は、前述のように、8割以上が就労しているにもかかわらず、貧困率は減少せず、貧困状態から抜け出せないのである。

（2）病院に行けない子どもたち

子どもの貧困問題が、最も深刻な形で生じているのが、貧困世帯の子どもが必要な医療を受けることができないという医療の問題である。具体的には、国民健康保険加入世帯の子どもで、前述のように、親が国民健康保険料（保険税）を滞納しているため、正規の保険証がとりあげられ資格証明書となった、いわゆる「無保険」の子どもたちの問題である。

小学校の保健室にひどい突き指をした子どもが来たので、病院に行くように話したところ、「お父さんは仕事がなく、保険証がないので、病院に行けない。湿布だけ貼って」との返答が返ってきたという養護教諭の話、歯が痛くても、治療費が払えず、ぎりぎりまでがまんしたため、総入れ歯になった中学生。家庭で食事をしないまま登校し、学校での給食が一日の中で唯一のまともな食事という子どもたち。その給食すらも、親が給食費を払っていないことを気にして手をつけない子ども。各地のシンポジウムなどで報告された衝撃の事実をマスコミが報道し、厚生労働省も調査を開始、

2008年10月に、その調査結果が発表され、こうした無保険状態に置かれている中学生以下の子ども（資格証明書に記載された子ども）が、全国で約3万3000人にのぼることが明らかとなった。皆保険制度といわれている日本に、これほどの無保険の子どもがいる事実は、社会に衝撃を与えた⁽¹¹⁾。

この結果を受けて、2008年の臨時国会において、国民健康保険法が改正され、中学生以下の子どもについては、子どもが属する世帯が資格証明書であっても、子どもに対しては、無条件で、6か月の短期保険証が交付されることとなった。大きな改善といえるが、成人の場合と同様に、短期保険証を滞納世帯に送付するのではなく、窓口で保険証を取りに来らせて納付相談を行うという自治体が多く、課題が残っている。

現在、自治体の制度として、子どもの医療費助成制度は存在するが、対象年齢や所得制限などの制度設計は、自治体によってまちまちで、自治体による格差が大きい。そもそも、保険証がなければ、医療費助成も受けられない。

何よりも、前述のように、国民健康保険料の滞納問題は、市町村国民健康保険の構造的な問題といえ、多くの市町村国民健康保険が、保険料滞納者の増大→保険財政の逼迫→保険料の引き上げ→保険料滞納者の増大という悪循環に陥っている。その意味で、成人に対する資格証明書の交付も、国民健康保険料の収納率の向上にはつながっておらず、交付制度そのものが意義を失っており、廃止すべきと考える⁽¹²⁾。

（3）税・社会保障制度による貧困の拡大

また、OECD主要各国における政府による再分配（税や社会保険料による）の前後で、子どもの貧困率を比較すると、日本は、就労などによる所得から税・社会保険料負担を除いて、社会保障の給付を加えた再分配後に、子どもの貧困率が高くなる唯一の国となっている。つまり、税や社会保障による再分配政策が機能していないどころか、貧困率を増大させるという逆効果を引き起こしているのである。子どものいる世帯は、ほとんどが稼働世帯であり、日本では、税や社会保険料負担が重い。とりわけ、社会保険料は、基本的に定額負担であることが多いため、所得に対する負担の

割合が低所得者ほど高く、逆進性が強い。一方で、児童手当や児童扶養手当などの社会保障給付は削減され続けてきたために、子どものいる世帯の貧困が深刻化しているといえる。

とりわけ、母子世帯への社会保障給付の中心をなす児童扶養手当は、2002年の児童扶養手当法改正により、それまで、年収205万円未満の世帯には、児童1人当たり月額約4万円（全額）、205万円以上300万円未満の世帯にも月額3万円支給されてきたものが、全額支給の年収上限が130万円に大幅に引き下げられたため、多くの母子世帯が受給できなくなったり、減額された。しかも、5年間受給後は、手当額を半減する規定も盛り込まれた（現在は凍結中）。2009年3月には、生活保護の母子加算が廃止され（ただし、民主党政権のもとで、2009年12月から復活した）、母子生活支援施設も増えるどころか半減している。

母子世帯への公的援助が、就労支援の強化を名目に削減され、政策が、子どもの貧困を助長しているといつてよい。そもそも、就労支援の強化といっても、前述のように、日本のシングルマザーの就労率は先進諸国の中でも高く、昼夜を問わずダブルジョブ、トリプルジョブをしている人も多い。しかし、それだけ働いても収入が低く、貧困から抜け出せない。典型的なワーキングプアといつてよい。慢性的な長時間労働により、体を壊すシングルマザーも増えている。生活のために、子どもといる時間も短くなるから、十分な愛情も注げない。生活困窮とそれともなう孤立化が、ネグレクト（育児放棄）など、子どもの虐待の大きな原因にもなっている。虐待を受けた児童で一時保護施設はいつも満杯。児童養護施設は増えず、スタッフも足りず、必要な支援がゆきとどかない。

子どもは親を選んで生まれてくることはできない。そして、貧困世帯に生まれた子どもは、学力も低くなる傾向が強く、将来的に、不安定な仕事にしかつげなくなり、貧困に陥る可能性が高い。次世代を担う子どもの貧困問題は、貧困の固定化、連鎖につながるという意味でも深刻な問題といえよう。

（4）貧困を拡大する社会保障政策

子どもの貧困を含めた貧困の拡大は、他の先進

諸国でも見られるが、多くの国では、政府が貧困の実態調査を行い、貧困率の削減計画を立てるなど、貧困の拡大を阻止するための取り組みを積極的に行っている。たとえば、イギリスでは、1999年に、ブレア元首相が、2020年までに、子どもの貧困を撲滅することを公約し、実際に、1999年に13.6%であった子どもの貧困率を、2004年には10.1%にまで減少させることに成功している⁽¹³⁾。

ところが、日本政府は、貧困の削減目標の策定どころか、前述のように、公的扶助（生活保護）の捕捉率の公表すらも行っていない。子どもの貧困が拡大し、貧困の固定化、世代間連鎖が懸念される状況となり、低年金の高齢者が増えているにもかかわらず（日本の高齢者の貧困率も22%と、OECD諸国の平均13%を上回り、同諸国中7位の高さである）、貧困対策が不在であるところに、日本の大きな特徴がある。

確かに、民主党中心政権は、貧困調査に取り組む姿勢をみせ、現実に公式統計としての貧困率をはじめて発表した。しかし、いまだに貧困率削減の目標を立て、具体的な貧困撲滅のための政策は、打ち出すにいたっていない。こうした貧困対策の不在の間隙をぬって、多重債務者や不安定就労層を標的にしたヤミ金融、人材派遣・業務請負業などの「貧困ビジネス」が広がりをみせている。

一方、現在、高齢化が急速に進み、高齢者のひとり暮らしや高齢者夫婦だけの世帯が増え、家族や地域での支え合いや相互扶助が、過疎地域では物理的に、都市部でも実質的に、ますます困難になっている。そのため、高齢者を中心に、誰にも看取られず死後相当期間後に発見される「孤独死」が増大している。NHKスペシャル「無縁社会」（2010年1月31日放送）では、孤独死のみならず「身元不明の自殺とみられる死者」や「行き倒れ死」といった「無縁死」が年間3万2000件に及ぶと報じ、社会的に大きな反響を呼んだ。

同時に、この間の社会保障改革により、行政の福祉機能が低下し、行政による生活困窮者や高齢者の実態把握が困難となっている最近の所在不明高齢者の問題を想起されたい。また、生活保護行政の引き締めなどの給付削減、保険料滞納者からの機械的な保険証の取り上げなどの給付制限の強化、応益負担化による自己負担増、最低生活費非

課税原則を無視した非課税の人からの介護保険料の賦課徴収などで⁽¹⁴⁾、サービス利用から排除され貧困化する高齢者や障害者が増大している。日本には貧困対策が不在どころか、社会保障政策が、貧困や「無縁死」を拡大しているともいえる。

5 社会保障の機能不全の克服に向けて

(1) 生活保護制度の改革

以上のような社会保障の機能不全に対して、社会保障制度を本来の生活保護の機能を果たさせる制度にするために、どのような改革が必要であろうか。

まず、社会保障のなかでも最後のセーフティネットであり、まさに最後の生存権保障の砦といってよい生活保護制度を、必要な人がだれでも利用・活用できる制度に拡充していくことが不可欠となる。運用面では、第1に、住居がなくても生活保護を利用できること、居住地がないホームレスであっても、その所在地を所管する福祉事務所が生活保護の実施責任を負うことを徹底させる必要がある。また、生活保護法では、居宅保護が原則であるから(30条)、住居を失った人に対しては、アパートに入居するための敷金や家具・被服費などを支給して、できるかぎり居宅生活が可能になるように援助する必要がある。

第2に、窓口に来た申請者が、手持ち金がほとんどなく、持ち合わせの食糧もない急迫状態にあるときは、すみやかに福祉事務所は、職権で保護を開始すべきである。急迫保護は生活保護法に規定されており(25条)、即日にも保護を開始することは当然といえる。

第3に、生活保護法は、能力の活用を要件としているが、稼働能力を活用しようにも、働く場が得られなければ、生活保護を利用することはできないこと、就労していても、資産がなく、給与が最低生活費に満たない場合にも、やはり生活保護を利用することができることを周知徹底する必要がある。

第4に、生活保護の申請方法を簡略化し、イギリスのように郵便局などに申請用紙を備え付け、それに記入し、投函すれば申請できるような仕組

みを設けるべきである。生活保護法上は、申請保護が原則となっているが、立案者によれば、生活保護法は個々の国民に保護請求権を認めているので、制度の仕組みとして、保護の開始を、この保護請求権の行使としての申請にもとづいてする方が合目的的と考えられたためとされている⁽¹⁵⁾。したがって、保護請求権の行使が容易になるように、申請方法は、できるだけ簡略なものでなければならず、申請は要式行為ではないと解される。申請は、申請の意思を明確にすれば口頭でも可能であり(ただし、その場合にも、職員が聞き取った内容を文章化し、それを申請者にみせて同意を得る方式となろう)、特定の申請用紙でなくても、便箋等に必要事項を記入する形でも適法な申請となる。以上のことは判例でも認められており、申請権を侵害するような水際作戦や生活保護の辞退を強制するような運用は改められるべきである。

生活保護法そのものの抜本改正も必要である。まず、生活保護受給の権利性を明確にしたうえで、「生活保護」という名称を「生活保障法」など、スティグマ(恥の意識)の少ない名称に変更し、関連する文言の変更を行うべきである。近年では、韓国やドイツで、よりスティグマの少ない名称に変更され、権利性の強い法制度に転換している。

また、申請権を侵害してはならず、申請があれば必ず受けなければならないことを法律に明記すべきである。行政手続法上、当然のことであるが、違法な運用があつたことをたないことをかんがみれば、法律に明記することが望ましい。同時に、個人の申請権とともに、必要な助言や支援を請求する権利、それに対する行政の情報提供義務も明記すべきだろう。

さらに、保護基準を厚生労働大臣の告示ではなく、法律の別表とし、国会の審議を経て改定できる仕組みに改めるべきである。財政的理由による保護基準の引き下げがなされることを防ぐ意味でも、保護基準改定への民主的コントロールは不可欠といえる。そのほか、前述の老齢加算の復活、補足性の原則(4条)の「資産等」について、行政の裁量を統制するため、生活保護法に原則規定を置くとともに、とくに医療扶助や住宅扶助などを個別に利用する場合には、収入・資産要件を緩和するなどの改正が必要である。

(2) 最低保障年金の確立

ついで、年金制度については、民主党は、年金制度の一元化、そのもとでの所得比例年金（社会保険方式）と、消費税を財源とする最低保障年金の創設を打ち出している。その後の民主党のマニフェストでは、消費税を財源とするとの記述はあいまいにされたが、民主党案のように最低保障年金の財源を、逆進性の強い消費税に依存すると、将来的な消費税率の引き上げが政治的に難しく、最低生活を保障しうるだけの年金額にはならない可能性がある。

私見では、現在の基礎年金は、最低保障年金として全額税方式としたうえで、民主党案のように、最低保障年金を減額するのではなく、社会保険方式の所得比例年金を全額上乘せする方式（積立方式）が妥当と考える。前述のように、現時点ですら、多くの無年金障害者、無年金高齢者が存在しており、さらに現在の膨大な保険料滞納者・免除者は、将来的に無年金・低年金者となる可能性が高く、もはや社会保険方式の限界は明らかである。税方式への移行がすぐには難しくても、少なくとも、老後の所得保障制度としての年金制度の趣旨から、保険料免除期間の年金額も満額支給にする措置が早急に必要だろう。

そして、最低保障年金の主な財源は、民主党案のように、消費税ではなく、累進性の強い所得税や法人税などを充てるのが望ましい。財源問題については後述する。

(3) 医療保障制度の再構築

医療保障制度については、民主党政権の新自由主義路線への急旋回により、診療報酬の大幅引き上げなど医療費増大は困難な状況となっており、むしろ医療費抑制策に再び舵を取る可能性が出てきている。しかし、日本の医療費の水準は、対GDP比では国際的にみて低水準であり、これまで最低の水準にあったイギリスが、ブレア前政権のもとで、医療費の増大策に方向転換したため、先進諸国G7の中で最低水準となっている。今後の高齢化の進展の中で、医療費の伸びを抑制するという方針には限界があり、公費支出を増やすことで、医療保険財政の建て直しをはかっていく政策への明確な転換が必要と考える。

すでに、旧政権のもとで、医師数の増員策が打ち出されたが、少なくとも、10万人は不足しているといわれる医師を増員するまでには、かなり時間がかかるだろう（医療崩壊が進むのはあつという間だが、医療崩壊の修復には時間がかかる）。民主党政権も、医師数の増大は掲げており、今後は、それが実現できる財源の確保が課題となろう。

さらに、早急に、介護保険法を改正し、介護療養型医療施設の廃止を凍結し、病床数の増大に向けて、医療施設増設計画を作成して計画的に増設をはかる必要がある。

医療保険の制度設計については、私見では、後期高齢者医療制度は廃止し、当面は、現在の国民健康保険、被用者保険の並列状態を維持しつつ（高齢者も国民健康保険などに加入したまま）、国民健康保険への公費投入を増やしていくべきと考える。まずは減らしつづけてきた国民健康保険の医療費国庫負担を元の水準、少なくとも、1984年改正前の45%にもどすべきだろう。

そして、将来的には、政府を保険者とし、すべての国民を対象とした医療保険制度を構築し、生活保護基準以下の低所得者には保険料を免除し、国際的にも水準の低い公費負担と事業主負担を増大させることで（被用者については事業主負担、自営業者など今の国民健康保険加入者については公費負担で保険料の半分以上を負担）、10割給付の医療保障（すべての被保険者について医療費自己負担なし）を実現すべきと考える。また、70歳以上の高齢者、高校生までのすべての子どもについて医療費の無料化を実現すべきである。

民主党政権は、後期高齢者医療制度の廃止を先送りしたが、後期高齢者医療制度の目的は、高齢者医療費の抑制にあるため、高齢者医療の崩壊をますます加速させ、さらには後期高齢者支援金の増大などで、健康保険の財政悪化を加速させることになる。また、後期高齢者医療制度の継続により、短期的には、国民健康保険の財政負担は軽減されるかもしれないが、長期的にみれば、後期高齢者支援金は増え、さらには特定健診・特定保健指導の実施率によっては、支援金が大幅増額され、逆に国民健康保険財政が悪化する危険がある。早急に、廃止し、当面はもとの老人保健制度に戻すべきだろう。老人保健制度にも問題があるが、少

なくとも、後期高齢者医療制度のような高齢者医療費抑制の仕組みである「医療費キャップ制」（高齢者医療費の増大が、高齢者の保険料負担の増大に直結する仕組み）を組み込んでおらず⁽¹⁶⁾、高齢者は国民健康保険などに加入しているため拠出金の根拠も明確である。

（４）社会福祉の再構築—高齢者・障害者総合福祉法の構想

一方、社会福祉制度再編の方向については、社会福祉を「福祉」の名に値しない制度へと変えてしまった介護保険法と障害者自立支援法は廃止し、介護保険の給付で行われている訪問看護や老人保健施設の給付などは医療保険の給付にもどしたうえで、高齢者・障害者への福祉サービスの提供は、全額公費負担により現物給付方式で行う総合的な高齢者・障害者総合福祉法を制定すべきと考える。

もともと、介護保険法の施行には、医療の給付から訪問看護や老人保健施設の給付を切り離すことで、医療費（とくに高齢者医療費）の抑制を図る目的があったが、それゆえに、医療制度改革により、必要な医療やリハビリが受けられなくなった高齢者の受け皿として介護保険の給付を再編していく方向がみられる。しかし、こうした方向は望ましいとはいえ、介護保険の給付のうち、訪問看護などは医療の給付に戻し、福祉サービスの給付に特化したほうがよい。そして、そうなれば、障害者と高齢者の福祉サービスに差異を設ける必然性はない。社会福祉制度再編の方向は、公費（税）方式で、公的責任により、サービスの質を確保する現物給付型の仕組みを再構築すべきと考える。その意味で、現行の公的保育制度こそがモデルとされるべきだろう⁽¹⁷⁾。

高齢者・障害者総合福祉法は、何らかの福祉的支援を必要とする人に対して、市町村の責任においてサービスを提供することで、それらの人の健康で文化的な、人間としての尊厳が保たれた生活を保障することを目的とする。あえて、「高齢者」を入れたのは、現在の介護保険法の給付対象となっている要介護高齢者（つまりは高齢障害者）も対象とする、介護保険法に代わる総合福祉法であることを強調するためである。

高齢者・障害者総合福祉法では、市町村が福祉

の実施（現物給付）義務を負う。福祉の実施の対象となる人は、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳の所持にかかわらず、また年齢にかかわらず、市町村が、福祉的支援が必要と認定した人すべてであり、認定（給付決定）は、法定された一定の基準にもとづいて市町村が行う。福祉的支援の必要性が認められた人が、具体的に、どのような福祉サービスを利用するかについては、市町村の福祉専門員と協議・調整のうえ「支援計画」を作成し、それにもとづく。福祉専門員は、現在の介護支援専門員や市町村のケースワーカーなどを独立の専門職として養成、増員して市町村に必置とする。

福祉の実施（福祉サービスの提供）を行うのは市町村であるが、一定の設備・人員配置基準を満たし、都道府県知事の認可を受けた事業者・施設（以下「認可事業者」という）に委託することもできる。人員配置基準は、現在の介護保険・障害者自立支援法の指定基準に比べて手厚くし、常勤換算方式を廃止、常勤職員の配置を基本とする。

また、認可事業者は非営利法人を基本とし、市町村は委託を受けて福祉の実施を行う認可事業者を実施費を支給する。実施費は、国2分の1、都道府県4分の1、市町村4分の1の負担割合とし、人件費・管理費などに区分し使途を限定して、月単位で支給する。このうち人件費については、公務員に準じた賃金体系にもとづき支給する。これにより、認可事業者の安定的な運営が可能になり、福祉労働者の大幅な待遇改善が期待できる。

さらに、福祉サービスの利用は、利用者が「健康で文化的な最低限度の生活」（憲法25条1項）を営むうえで不可欠なものといえ、全額公費で負担し、無料を原則とすべきであろう。少なくとも、障害児への療養や保育の無料化は世界的な流れでもある。

（５）社会手当の拡充と認可保育所などの増設

社会手当については、民主党政権のもとで、子ども手当が、2010年度から、所得制限なしで、中学生以下の子どもがいる世帯に支給されている（同年度は、子ども1人当たり月額1万3000円を支給）。これまでの児童手当が、小学校卒業までの子どもについて第1子、第2子月額5000円（3

歳未満時の場合は同1万円)、第3子以降は1人月額1万円の支給であり、所得制限もあったことを考えれば、額も大幅に引き上げられ、所得制限もなく、ヨーロッパ諸国の家族手当と比べても遜色ないほどの制度拡充がなされたといえる。

しかし、子ども手当の支給に必要な巨額の財源（民主党の2009年の衆議院選挙マニフェストによれば、満額の月額2万6000円を支給するには、毎年5兆3000億円の財源）の確保が難しくなり、2010年度予算では、子ども手当の財源については、国庫負担を原則としつつも、現在の児童手当制度を残し、子ども手当の一部とみなし、地方自治体や企業（事業主）にも負担を求めるという苦肉の策がとられた（これにより国庫負担金は約1兆4500億円に減少。ただし初年度は10か月分）。

民主党は、国の総予算の組み替えと税金のムダ使い根絶により、この財源を捻出できるとくんでいたようだが、マスコミで注目された事業仕分けにより、実際に確保できた財源は、目標額3兆円に対し1兆円に満たない。税金の無駄遣いをなくし埋蔵金などを活用して、政策に必要な財源（先の民主党のマニフェストによれば、2013年度までに、16兆8000億円）を捻出するという民主党の方針は完全に破綻したといってよい。そのため、2011年度からの子ども手当の満額支給は、事実上断念された。そもそも、所得制限なしで子ども手当を支給するのであれば、後述のように、所得税の最高税率の引き上げなど累進性を強化する税制改革が並行してなされなければ、財源確保に困難をきたすのは当然だろう。私見では、子ども手当を創設するより、費用負担を国庫負担だけでなく、自治体や事業主にもとめている児童手当の拡充を図るほうがよいと考える。児童手当制度を残したまま、所得制限をなくし、中学生以下の子どもを対象に、支給額を子ども手当並みにすればよい。

もっとも、子ども手当など現金給付の支給のみでは、前述のような子どもの貧困問題の解消には不十分で、医療費や保育費の無料化、認可保育所の整備などの現物給付の拡充が不可欠である。とくに、現在、深刻化している保育所待機児童の増大に対処するためにも、認可保育所の増設が必要である。国は、早急に待機児童解消のための保育所整備計画を策定し、必要な財政支援を行い、認

可保育所を増やしていくべきと考える。認可保育所を年10万人分増やすとして、100人定員の保育所が1000か所必要となるが、1か所約185坪、建築坪単価を坪約80万円とすると、1保育所あたり1億4800万円、国の補助率は2分の1だから、年間740億円ですむとの試算もある⁽¹⁸⁾。しかも、厚生労働省の調査では、認可外の保育施設の約4割（約3400か所）が認可施設への移行を希望している。国と自治体で補助金を出して、これらの施設を認可保育所に移行させ、早急に現在の待機児童の増大に対応すべきである。認可保育所の増設は、子育て支援の拠点を増やすことにもなる。

現在、公務員制度改革が叫ばれ、民主党政権もそれに追随し、公務員数の削減をもくろんでいるが、福祉事務所のケースワーカーや児童相談所の児童福祉司をはじめ、必要な人員が不足しているところには、正規採用の公務員を増やしていくべきである。企業頼みではなく、国・自治体が公務労働を拡大することで、新たな雇用をつくりだすべきと考える。それは有効な失業対策（とくに若者の失業対策）にもなりうる。

6 財源問題と今後の課題

問題は、以上のような施設整備や公務労働の拡大、さらに社会保障給付の拡充などに必要な財源をどう確保するかである。現在、公費（税）の財源といえば、消費税増税しか選択肢がないかのような宣伝がなされている。民主党政権初の2010年度予算は、歳出総額92.3兆円（前年度当初比4.2%増。以下同じ）で過去最大規模となる一方で、経済不況の影響で、所得税や法人税などの税収は37.4兆円（18.9%減）と大幅に落ち込み、国債発行額は、前年度当初比11兆円増の44.3兆円（うち赤字国債は38兆円で、これだけで税収額を上回る）、国債依存度は48.0%と当初予算としては過去最高となった。巨額の財源不足が表面化し、それを口実に、とくに社会保障制度については安定的な財源確保のため、消費税増税しかないとの議論が、マスコミなどでも主流を占めている。

しかし、現在の消費税のような逆進性の強い税を、社会保障のための主な財源、ましてや社会保障目的税とすると、給付抑制への圧力が強まり、

社会保障が機能不全に陥りやすい（消費税増税がいやなら、社会保障は拡充しない！）。このことは、逆進性の強い介護保険料を主財源とする介護保険のジレンマとしてすでに現れている。

そもそも、本当に消費税増税しかないのか。アメリカやイギリスでも、所得税の最高税率の引き上げや株式配当などへの課税強化がなされているが、なぜ、日本では、大企業や富裕層への課税強化が提言されないのだろうか。たとえば、日本の所得税率は、1986年まで15段階、最高税率70%（住民税の最高税率18%）であったが、現在（2007年から）は、6段階、最高税率40%（住民税の最高税率10%）と累進性が大きく緩和されている。また、法人税の基本税率は、消費税導入前の1988年までは42%であったのに、現在（1999年から）は、30%に引き下げられている。法人税の実効税率（約40%）が他国より高いとして、民主党政権は、その引き下げを検討しているが、大企業は、さまざまな税制上の優遇措置で、実質的な法人実効税の負担は30%程度にとどまっている。法人税率改定による大企業からの増収分で4兆4142億円、所得税率改定による高額所得者からの増収分で1兆2152億円の財源が確保できるとの試算もある（「不公平な税制をただす会」の試算。2008年度）。

いずれにせよ、社会保障の財源は、所得税や法人税の累進性を強化し、それを主な財源にすべきである。それでも財源が不足する場合には、消費税増税ということになるだろうが、その場合も、食料品など生活必需品にまで一律に課税する現在の消費税（こうした形態をとっているのは日本だけといえる）を、ぜいたく品など限定的な物品に課税する物品税（消費税導入時に廃止）のような税体系に改変したうえで増税を行うべきと考える。

そうした税制改革を行い、社会保障の所得再分配機能を高め、その機能不全を克服していく政治こそ望まれる。運動の側からも、望ましい税制度や法制度のあり方を積極的に提示していくべきである。社会保障を再構築し、安心できる社会がくれるのか、まさに、いまが正念場といえよう。

注

(1) ここで、「新自由主義 (Neoliberalism)」とは「新保守主義 (Neoconservatism)」などの名称で呼ばれ

ることもあるが、D・ハーヴェイの定義によれば、「強力な私的所有権、自由市場、自由貿易を特徴とする制度的枠組みの範囲内で個々人の企業活動の自由とその能力が無制約に発揮されることによって人類の富と福利が最も増大する、と主張する政治経済的实践の理論」(D・ハーヴェイ/渡辺治監訳『新自由主義—その歴史的展開と現在』作品社、2007年、10頁)とされる。要するに、市場活動を行う企業への規制を大幅に緩和し、社会保障費を抑制し「小さな政府」を指向する政策思想といってよい。

- (2) 民主党政権の新自由主義路線への傾斜は、2009年11月より行われている「事業仕分け」においてすでにみられていた。この点については、伊藤周平『雇用崩壊と社会保障』(平凡社新書、2010年)19頁以下参照。
- (3) 伊藤・前掲注(2)17頁参照。
- (4) 伊藤・前掲注(2)11頁以下参照。
- (5) たとえば、唐鎌直義「中年家族持ちのワーキングプアの生活と社会保障改革」ポリティーク10号(2005年)70頁は、勤労者世帯の約1割に該当する約400万世帯が、生活保護水準以下の収入で生活していると指摘し、生活保護の捕捉率を約16%と推計している。
- (6) 市町村国民健康保険の場合、地方税のひとつである国民健康保険税として徴収される場合もあるが、賦課などの算定方法について、本質的な違いは見られない。以下、本稿では、とくに区別する必要がある場合を除いて「国民健康保険料」と総称する。
- (7) 同様の指摘に、阿部彩「医療費軽減制度」埋橋孝文・連合総合生活開発研究所編『参加と連帯のセーフティネット—人間らしい品格ある社会への提言』(ミネルヴァ書房、2010年)194頁参照。
- (8) 橋本俊詔『消費税15%による年金改革』(東洋経済新報社、2005年)48頁以下参照。
- (9) 伊藤周平「国民健康保険料の滞納問題と医療保障—保険料滞納者の医療を受ける権利の観点から」都市問題研究60巻4号(2008年)35頁参照。
- (10) 公文昭夫『年金不安・50問50答』(大月書店、2003年)55頁参照。
- (11) 無保険の子どもの問題を社会問題化していった運動の経緯については、寺内順子「子どもの無保険問題から見える貧困—高すぎる国保料、広がる滞納世帯」子どもの貧困白書編集委員会編『子どもの貧困白書』(明石書店、2009年)206頁以下参照。
- (12) 伊藤・前掲注(9)38頁参照。
- (13) 阿部彩『子どもの貧困—日本の不公平を考える』(岩波新書、2008年)215頁参照。
- (14) 介護保険料負担の問題について詳しくは、伊藤

周平『介護保険法と権利保障』（法律文化社、2008年）第6章参照。

(15) 小山進次郎『改訂増補・生活保護法の解釈と運用（復刻版）』（全国社会福祉協議会、1975年）163頁参照。

(16) 後期高齢者医療制度にみられる高齢者医療費抑制の仕組み＝「医療費キャップ制」については、伊藤周平『後期高齢者医療制度－高齢者からはじまる社会保障の崩壊』（平凡社新書、2008年）148頁以下参照。

(17) 現在の公的保育制度の仕組みについて詳しくは、伊藤周平『保育制度改革と児童福祉法のゆくえ』（かもがわ出版、2010年）39頁以下参照。また、高齢者

・障害者総合福祉法の具体的な内容構想については、伊藤周平『障害者自立支援法と権利保障－高齢者・障害者総合福祉法に向けて』（明石書店、2009年）227頁以下参照。

(18) 村山祐一「現行保育制度拡充のための緊急提案」保育研究所編『徹底検証！保育制度「改革」－新制度に子どもの未来は託せない』（ひとなる書房、2009年）86頁参照。

（いとう しゅうへい、鹿児島大学大学院司法政策研究科教授）

「学校は子どもの貧困を救えるか」

青砥 恭

●深刻化するこどもの貧困の背景

僕は埼玉で高校教師をちょうど20年間していました。いまは明治大学と埼玉大学で授業をしていますが、去年から、子どもや若者の貧困を通じて日本社会を見ていこうというような授業をしています。

僕の最近の仕事にいちばん関心を持たれたのはたぶん内閣府の人だと思います。文科省は、子どもの貧困問題にあまり関心がないですね。

元々高校の教師をやっていたので、この10年間、子どもたちの状況がどんどん深刻になってきたということは、学校にいるとだいたいわかるんです。例えば、生活保護を受けている子はなかなかつかめませんが授業料減免制度というのがありますから、年に何回かそういう制度があるよ、ということ伝えれば、生活保護程度の子どもたちは申込書を事務室へ持って来ますから、そういう子たちが増えてきたということは分かる。

底辺校という言葉は差別的ではないかという人もいますが、僕は高校や学校に序列と格差が政策的に作られているということを日本社会はきちんと認知しなきゃだめだという意味で、この「底辺校」という言葉を意識的に使っています。

10年ほど前に日本教育法学会『講座現代教育法』に短い論文「深まる階層化の中での高校改革」を書きました。そこでは中退問題と授業料減免等の相関を調べて発表しましたが、本が出たのは2000年で、そのころには、誰もほとんど、学会でもまったく話題にもならず、何の反応もありませんでした。

ところが、つい2年ほど前にNHKの記者が来て、これをもう1回新しいバージョンを作ってくれないかといわれました。それで僕が聞き取りをやってデータを作り、それを使って夜9時からの

ニュース番組で15分くらいのニュースになったんです。それから本格的に調査をやったのです。だから、僕は以前から貧困の問題をずっとやっていたというそんな立派なことではありません。ただこの数年、1つのことをやると次から次へ自分自身もいろいろな問題意識がわくし、それから『ドキュメント高校中退』（ちくま新書）という本も書きました。本もいちばん関心を持たれたのは、たぶん大学の研究者か、メディアの方じゃないでしょうか。

若い記者たちは、初めはこういう問題はほとんどわからないです。彼らは豊かな家庭出身が多いし、学校でもだいたい勉強ができる層ですから。小・中・高と順調に来て、大学もいい大学に行って、就職もいいメディアに来るんですから、それまでの人生でそういう困難な子どもたちとすれ違う場面がまったくないんです。だからメディアの人たちもほとんど理解できない。また、いま僕が教えている学生たちも、初めはほとんど理解できないですね。埼玉大や明治大の学生でもほとんど理解できないです。

ではなぜ貧困問題がこんなに大きな話題になってきたかということ、多くの国民にとって身の回りに貧困が見えてきたためだと思います。雇用の規制緩和によって世帯の所得が減り、子どもの7人に1人が貧困世帯で生活している東京でも、足立区の就学援助率が50%に近いですが、それは生活保護を受けている家庭の子どもが半分近いということです。そういう話をしていたら、ある中学校の校長先生が、うちの子どもたちは9割が就学援助であるということを言われた。また大阪の西成区には、生活保護と就学援助が8割の中学があります。足立区全体で平均が5割ということになれば、1つの学校で8割や9割もあり得ます。

それから就職氷河期のときに学校を卒業した若

者が、大量にそのまま非正規の状態です。また家庭や学校や職場から排除された若者たちや子どもたちも、やはり大量に社会の中に沈殿している。そういう20～30代の貧困の固定化が進んでいるのです。それに今回の経済危機の中で、新たに貧しい若者たちが就職氷河期の時期よりもっと上回る数でさらに出てきている。

そういう状況の中で、若者の貧困問題を考えていきたい。貧困問題をそういう時代的背景の中で考えていきたいと思っています。

●反貧困ネット埼玉

僕がいまやっていることの1つは、埼玉の反貧困ネットワークです。埼玉の反貧困ネットワークは月に一度、相談会と「つながる会」をやっています。

元ホームレスの人たちはアパートにいるのですが、人とのつきあいがなかなか持てない。そこで、年配の人から若い人までボランティアを入れて毎回100人近くが集まって、お菓子とお茶とジュースや果物で集まって、元気であることを確認しあう。それだけではなく最近、1回に2人ずつぐらい、ホームレスの人たちが自分の人生の歴史を語るんです。埼玉の落語研究会の若者が来て落語をしたり、コミュニティセンターなどで音は鳴らせないけれど、手品の街頭芸をやっている若者が来たりという、そういうのを毎月やっています。医療関係者、もちろん看護師さんも来ていて、血圧をチェックしたり、時々お医者さんが来たりします。弁護士は毎回4～5人は詰めています。それで、生活相談をやります。それが2時から5時過ぎまで。夕方6時から8時ごろまでは「つながる会」。時間がある人はそれから飲みに行ったりしています。この4月の終わりには、ホームレスの人たちと浦和の秋が瀬公園で桜草の花見をやりました。僕は実行委員長をやりました。そのときも100人ぐらい来て、いい会でした。そういう人たちにとっては、花見なんてほとんど記憶がないわけです。今回は焼き肉パーティをやりかけたけれど、そういうのはとても久しぶりで、とても喜ばれました。

その中に親がいない元ホームレスの若者がいるんです。今はアパートに住んでいますが、その若

者にとって、僕はどうも父親と思われているらしく、いつも寝られなくなったらだいたい僕のところに電話をかけてくる。こういうのは僕の仕事だと思って、電話を受けて、相手をします。彼らは僕の人生を豊かにしてくださった人たちだと思っていて、それで、僕自身もとても喜んでます。

●子どもの中退と学力の関係

僕が高校の中退問題をなぜ扱うようになったかという、文科省のデータでは中退者は全体の2%という数字が発表されているんですね。

しかし実際には毎年10万人ぐらい中退しています。最近子どもの数は減っていますが、中退する高校生は公私立、全日、定時制合わせて、120～130万人ぐらいが高校に入って、そのうち3年たつて卒業するまでに、だいたい毎年10万人ずつ減っています。

表1 在籍数(5月1日)① 卒業者数② ①-② 割合(%)
1年生(05・06年) (08年3月,09年3月) 中退数 中退率

| | 在籍数(5月1日) 1年生(05・06年) | 卒業者数② (08年3月,09年3月) | ①-② 中退数 | 割合(%) 中退率 |
|------|--------------------------|------------------------|------------|--------------|
| 北海道 | 52,669 | 48,189 | 4,480 | 8.5 |
| | 51,916 | 47,293 | 4,623 | 8.9 |
| 青森県 | 15,016 | 14,013 | 1,003 | 6.7 |
| | 14,401 | 13,426 | 975 | 6.8 |
| 秋田県 | 11,248 | 10,612 | 636 | 5.7 |
| | 10,692 | 10,035 | 657 | 6.1 |
| 埼玉県 | 59,844 | 54,049 | 5,795 | 9.7 |
| | 58,642 | 53,140 | 5,502 | 9.4 |
| 東京都 | 106,097 | 96,560 | 9,537 | 9.0 |
| | 103,525 | 96,165 | 7,360 | 7.2 |
| 神奈川県 | 65,303 | 59,489 | 5,814 | 8.9 |
| | 64,789 | 59,025 | 5,764 | 8.9 |
| 福井県 | 8,591 | 8,007 | 584 | 6.8 |
| | 8,360 | 7,769 | 591 | 7.1 |
| 大阪府 | 77,857 | 67,575 | 10,282 | 13.2 |
| | 77,283 | 66,940 | 10,343 | 13.3 |
| 兵庫県 | 51,175 | 46,600 | 4,575 | 8.9 |
| | 50,096 | 45,479 | 4,617 | 9.2 |
| 鳥取県 | 6,256 | 5,719 | 537 | 8.6 |
| | 6,322 | 5,752 | 570 | 9.0 |
| 高知県 | 7,446 | 6,624 | 822 | 11.0 |
| | 7,336 | 6,908 | 428 | 5.8 |
| 宮崎県 | 12,673 | 11,564 | 1,109 | 8.8 |
| | 12,118 | 11,018 | 1,100 | 9.1 |
| 沖縄県 | 17,497 | 15,638 | 1,859 | 10.6 |
| | 16,808 | 14,792 | 2,016 | 12.0 |
| 全 国 | 1,183,689 | 1,088,170 | 95,519 | 8.1 |
| | 1,157,291 | 1,063,581 | 93,710 | 8.1 |

各都道府県の学校基本調査(2005年、2006年、2008年、2009年)から作成

※全国は2005年、2006年4月入学者と2008年、2009年3月卒業者の差から算出

中退する生徒のほとんどはいわゆる底辺校の生徒です。底辺校の中には入学時の半分ぐらいが卒業までにやめてしまう学校もあります。

そういう学校はどのような学校かという、ほぼ間違いなく授業料減免率も高い学校です。つまり貧困層の子どもたちが多い学校ということです。低学力と貧困の相関が、底辺校で非常によく見えるのです。高校では授業料減免制度、就学援助と授業料減免制度が違うのはわかりますね。授業料減免制度は授業料を無料にしますということで今年度から無償化になりました。就学援助というのは、学校に通うための教育費を支援しましょうということで、給食費や遠足・修学旅行とか、学習費であるとかそういうものを全部支援しましょうというもので、性格が全然違います。

ではどの程度学力がないのかという、これはすさまじいと言いか言いがありません。ある工業高校の先生に話を聞いたら、今年の3年生の生徒では「 $2.4 \div 1.2$ 」、これが半分できない。それから、僕が会ったケースでは、20歳のお母さんで、この人は高校1年で中退して子どもが2人いるんだけど、そのお母さんは、要するに繰り上がりかもうできない。だから、例えば $8 + 7$ 、こうなるともうだめなんですね。なんでだめかという、両手が使えないからです。両手が使えないとたし算もできない。

そういう学力の子どもたちがどのくらいいるのか。これも本に書いて、教えている国立大学の学生たちに読ませて感想を書かせたら、もう信じられないと言うのです。彼らにとって、高校生といったら微分・積分をやるというのは当たり前ですよ。微積をやる、学習指導要領では必ずやるでしょう。ところが底辺校の生徒はそれどころじゃないですね。繰り上がりのたし算、それから分数計算と小数計算、これがもうアウトです。

だから、だいたい目安でいうと、そういう底辺校の「数学」の先生が目標にするのは、小学校5年生程度の「算数」ですね。小学校5年生というのは、さっき言った $2.4 \div 1.2$ の世界です。ですから、やめる子どもたちは、小学校2年生から3年生になるところで、そこでもうだめになっている。かけ算九九の暗記が2年生の後半ですからね。

今のシステムでは、学習指導要領があって、学

習計画があって、小学校2年生でかけ算九九は終わることになっています。でもマスターできない子はどうなるかという、今から十数年前、20年前、30年前だったら、放課後にその子を残して、先生たちが九九と一緒にやろうと言ってやれたわけです。ところが今はそんな指導をする余裕がない。クラスに3、4人、そういう子どもがいたらもう先生はお手上げですね。

小学校の2年、3年、9歳から10歳、そういう壁で乗り越えられなかった子どもたちが、その後中学校に行くと、受験圧力もあり、中学ではもうついていけないから、それで不登校になる。だから中学になると一気に不登校が増えます。不登校の率は、もう右肩上がり、中学2年、3年にぐぐっと上がっていきます。

あとで不登校の問題も話しますが、その子どもたちがどういう家庭で暮らしていたかというのを、高校の先生たちや地域の保育園の保育士さんたちや中学の先生たちに聞き取りをしたのが『ドキュメント高校中退』なんです。おもに聞いたのは、東京、大阪、埼玉です。大阪の貧困はもう底が抜けているという感じがします。比率からしても全然違いますからね。

●貧困と子どもの虐待

家族の貧困といっても、例えば虐待、それからDVを経験している子どもが多いです。

最近「プレシャス」という映画を見ました。これは1980年代後半のアメリカ、ニューヨークのハーレムの黒人で17歳の女の子を主人公にした映画です。この子は、体重が130キロです。この子は高校中退、退学させられるんです。なぜか、妊娠したからです。だけど実は12歳で1人目を産んでいるんですよ。自分の父との間の子を12歳で産んだんです、わかりますね。17歳で今度はステップファーザー、要するに義父というか母親の愛人ですけど、その男との間の子を産むんですよ。

ものすごい虐待もあります。もちろん男たちの性虐待もあるけど、母親からの虐待もあります。その背景はものすごい貧困です。生活保護で母親はごはんを食べているから、娘が産んだ子どもの父親は自分のパートナー、娘は父親やステップフ

アザーを奪った憎い相手なんだけど、その娘は、自分にとっては金づるなんです。だから、ケースワーカーさんが来るときには赤ん坊を必ず自分の元に置いて、孫といひかなんといひか、自分の夫とのですから非常にややこしいんですけど、自分のひざの上に抱いて、ケースワーカーが来たときだけは見せるんですよ。ケースワーカーが帰ったら子どもを投げ捨てるんですね。そういうすさまじい場面もありました。

だけど僕は、「プレシャス」を観て、それほど驚かなかったんです。なぜ驚かなかったかという、僕が聞き取りした子たちと大して変わらないんです。

僕が、親しくしている子にもこういう若者がいます。父親のDVで、母親は子どもたちを連れてシェルターに逃げるんです。逃げている間、子どもたちは小学校の低学年でほとんど学校に行っていない。それから、母親の実家に帰ってきて、アパートに住むけれど、お金がないから全部友達から家具などをもらう。彼女は家族で食事をするときには段ボールを敷いてそこでごはんを食べていたと言っていました。それから母親は、水商売をやっていたのですが男性が2人、3人と替わるんですね。その中には入れ墨があった男もいたと言っていました。男たちは替わるけど、そこでごはんを食べさせてもらっているんです。特に彼女のお母さんは、自分だけじゃ収入がないから、やはり男を替えることによって、そこで収入を得て、子どもたちを育てるんですね。そういうお母さんや子がいました。

もう1人はもっと厳しいです。その子はやはり父親のDVで、母親と一緒に、この子もやはり埼玉に実家があるので帰ってきました。お母さんは水商売で、2人目、3人目の男の人が来ます。それで今度はその男たちから虐待に遭います。中学生になると、親や親族からも虐待を受けているらしいというので、その子は児童養護施設に収容されます。でも、中学校や高校になってから児童養護施設に入所する子というのはむずかしいです。おわかりだと思いますが、幼児期から行く子はまだ友達が出来てそこになじむからいいけれども、自我がすでに確立したような子たちがそこへ行って生活するというのは、本当にむずかしい。やは

りその子も施設から逃げたり帰ったりを繰り返しています。出たときはどうするか、男の家に泊まるんです、わかりますよね。これがいちばん簡単。飯を食わせてくれるしね。もちろん対価、代償は払わなくちゃいけませんけれどね。

結局、彼女は公立の底辺校に入るんですがすぐに中退します。中退すると、児童養護施設には高校に入っていることが条件ですから残れません。もうそこにいられませんよね。出れば働かなければいけません。だから結局、彼女も風俗で働きました。

映画の「プレシャス」にはフリースクールの先生とかまだ支援する人たちがいたんだけど、僕が知っているその風俗で働いている子は、支援しているのはたぶん僕だけかもしれません。その子が、父親が誰かわからない子どもを産んだときに、僕に連絡があったんです。親元には絶対帰りたくない。親や親戚から激しい虐待を受けていますから、そこには絶対帰らない。すると大人の名前で知っていたのは、僕だけなんです。彼女は子どもに障害があって、施設に入りましたが、それから子どもを残して消えました。どうも風俗の店にまたいるらしいですが、それしか生きようがないのです。

そういう子たちの家族はどうなっているのか。大阪でも埼玉でも、東京でもそうですが、底辺校の実情を見ると、本当にお話することはいっぱいあります。

例えば、修学旅行の前日までにお金が集まらないから、結局行けない子がいっぱい出ます。修学旅行は、その参加費を出発の前日までに集金するんですが、お金を誰が集めると思いますか？もちろん先生も集めます。しかし旅行契約をした業者も集めるんです。

学校が例えば沖縄や九州に行くと決めて業者と旅行契約をするとき、業者さんが自宅までお金を取りに行くということを条件にするんです。だから旅行会社の若い社員が車で1軒1軒家を探しながら集める。そんな生徒の家はなかなか見つからないんです。田園調布の区画が大きな邸宅とは違う。その番地に行っても家がない。連絡するにも家電（いえでん）はないですから、そういうところを探すのは本当に大変なんです。家庭訪問をすればわかりますが、だいたい今は家庭訪問がむ

ずかしい。どこに家があるかわからない。お金が集まらなければ連れて行けませんから、修学旅行の参加率は低いです。定時制もそうですし、底辺校も、修学旅行の参加率が7割だったり6割だったりするところはいくらでもあります。

貧困が理由で家庭崩壊になって、そういう家庭の中で子どもたちが親の愛情も受けられず暮らしている。勉強しなくちゃいけないという気力、意欲は育ちません。そういう子たちばかりが囲い込まれるように集められて、底辺校ができています。

5月末の日本教育法学会のシンポジウムで報告をしました。教育法学会には教育行政をやっている人がたくさんいるのですが、いわゆる進学校と底辺校の学校間格差をここまで拡大して、何十年も放置しておくのは、これは学会としてどう考えたらいいのだろう、ということを僕は申し上げました。ちょっと耳が痛かったかもしれませんが、僕は本当に思います。これはものすごい格差なんです。

一方には別に教師が授業に行かなくなったり勉強するような学校もあります。教師の方ができないと生徒が言うような学校もあります。もう一方には、15歳でもかけ算九九を教える、ひと桁のたし算から始めないといけない学校も、ものすごくいっぱいあるんです。

「プレシャス」の中で、プレシャスは、学校を退学させられてフリースクールに行くととてもいい先生にであう。だけど、16歳の彼女は「F」がきちんと書けない。アメリカの子どもたちの中にも字が書けない子どももものすごくいっぱいいます。日本にも、ひらがなは自分の名前しか書けないという子もいます。高校の入試で自分の名前を書いたあと何も書けない子がいます。テストの名前欄に「おれ」としか書けない子もいる。そういう子たちを、それまでは例えば日比谷高校で行列を教えたり、微積もかなり高度なことを教えていたりした先生が、今度は底辺校へ異動すると九九を教える訳です。それが今の日本の学校現場の実態です。

それは小・中学校の先生がさぼっていたからかということ、そうじゃないのです。小・中の先生だって、本当にへとへとになるまで頑張っています。

●貧困が引き起こす文化的貧困

底辺校に入学した生徒からこういう話を聞きました。入学式や対面式で校歌がテープで流れてきて、あれには本当にがっかりしたと言われました。中学の時でも、校歌の演奏にはブラバンがあった。中学の友達はいろんなやつがいた。出来るやつもいたけどできないやつもいて、いろんなやつがいた。だけど今の学校はみんな下ばかりだと言っていました。これはどういうことかということ、簡単に言うと子どもの意欲を奪うわけです。1つは、文化の衝突がない。今、高校はモノカルチャーです。同じような子どもたちが集まってくるんです。

昔の学校は、いろんな文化を持った子たち（多様な階層の子どもたち）が集まってきて、そこでいろんなことを学び合ったり、衝突もあったりしました。今は、小学校で私立に入ると、こういう貧困層の子どもたちの世界にはまったく触れないまま大人になっていきます。それが高給官僚になったり、いわゆるエリートサラリーマンになったりするんだと思います。僕は日本は完全に階級社会になっていると思っていますが、そんな人たちにとって、同じ日本に自分とは違う文化を持った社会があることは、想像できないのです。

底辺校のある先生が言ったことですが、そういう学校では誰か1人がやめると同じようにぼろぼろとやめていくのです。この子たちは、学力もあまりないけれど、ただ学校には行かなくちゃいけないと思っている。家にも居場所がないから家にいたくない。自分の部屋があるわけでもないし、食い物がいつもいっぱいあるわけじゃないです。朝、起きても親はいないか、冷蔵庫を開けたけれど食べ物は何もないという子は少なくないのです。

大阪発のドキュメンタリーで見ましたが、小学校の養護の先生が前の日の残った牛乳を腐らせないように冷蔵庫へ入れておいて、朝ごはんに用意しておくとか、そういう先生たちが結構います。朝やることは、とにかく飯を食ってない子どもに先生がパンを買ってきて用意しておくという、そういう中学の先生もよく聞きますね。

● 貧困を相続させない言葉の力 と共感力

現在、僕は神奈川県大学の4年生を教えています。学部卒でも就職がなくて、もう授業どころじゃないという学生がかなりいます。僕は別にそこをとがめません。頑張っておいでと言うしかないです。しかし、高校は中退すると、仕事がまったくありません。前は高卒でも、例えばパチンコ屋さんのフロアの仕事などがありました。今はものすごく競争率が高くなった。それから、携帯ショップのアルバイトも競争率が高いです。中退した子が毎日入れるようなアルバイトは今は少なくなりました。やはり雇う方だって、ちゃんと計算できて仕事をてきぱきとできるような子をきちんと選びます。だから、僕のつきあっている子たちでも、しょっちゅう首になる子がいます。ちょっと文句を言われると、すぐやめます。ちょっとしかられるだけで傷つきます。だから、「仕事を辞めてはだめ」という話を僕はしょっちゅうしています。「新しい仕事を見つけてからやめるんだよ」と言うのだけれど、だめですね。

もう一つ、どうやって子どもたちに貧困を相続させないかというひとつのポイントは、言語です。言語環境です。これはひとつの非常に重要な問題だと僕は思っています。底辺校の子どもたちの特徴は、語彙力がないことです。言葉を持たない。むかつくとか、死ぬとかといった短いメール言語が多いです。だから論理的にものを話すということが、彼ら、彼女たちは、本当にできないのです。

トッド・リスリーとベティ・ハートという2人のアメリカの研究者がいて、幼児期の言語環境に関する研究をしています。子どもが生まれてから3歳までの間に、どのくらいの言葉を親が子どもに投げかけたか、これをカウントした調査です。その言葉が、肯定的であったか否定的であったかも調査したすごいものです。アメリカの調査ですから、対象が専門職、労働者層、福祉階層と分かれています。専門職は富裕層、労働者は中流、それから福祉階層は要するに貧困層です。それを比較すると、子どもをほめたり、励ますような肯定的言語と叱ったり、傷つけるような否定的言語の割合が、富裕層は10対1。簡単に言うと、富裕層

はやさしく子どもに言葉を投げかける。ところが、福祉階層になると逆転して1対2になるんです。子どもが生まれて生後3歳までの成長途上の脳に、言葉の持つ概念や感情や文化など、いろんなことを伝えますね。大人がどういう言葉を伝えてきたか、その生後3歳までに子どもがどういう言葉を吸収してきたかという、これは子どもたちを見ていくと、やはり圧倒的に格差があります。

またイギリス（ロンドン教育研究所）のレオン・フェインスタインによる1970年に生まれた子どもが成人するまでを追いかけた調査があります。その調査は、恵まれた家庭資源を持っているけれども平凡な能力しかなくて生まれた子どもと、家庭的には恵まれないけれども優れた能力を持って生まれた子どもは、どちらが伸びるかという追跡です。潜在的に元々能力があった子どもか、それとも恵まれた家庭環境で生まれても平凡な能力で生まれた子どものどちらが伸びたかという調査ですね。これによれば、6歳の段階で、恵まれた能力を持って生まれた子であっても、家庭環境に恵まれなければ完全に逆転されるという結果がでています。要するに、家庭環境、やはり親が持っている文化資本の厚さによって、子どもの発達にも格差があるんだという結果がでた研究調査です。

僕もやめていった子どもたちをたくさん調査しました。いろんな子から聞き取りをしました。1人短くても2時間、何回も何回も会った子もいます。延べ数でいうと、もう相当な数、100人をはるかに超えます。

低学力の子どもは学習意欲がなく、簡単にあきらめてしまう。それから生活習慣ができていない。また言葉を持っていないですから、人間関係をつくるのがへた、相手の感情を読み取ることができません。僕は、感情リテラシーと言っています。

例えば僕が「おまえ、これじゃだめじゃないか」と、なんでこれができないのかという話をしたとします。すると子どもたちは、どういう言葉で返すかという、すぐに「うぜえ」「死ぬ」と反応します。僕はその子たちの背景がだいたいわかりますからそれに耐えられますが、勤め先やアルバイト先のおやじさんから「おまえ何やってるんだ」と言われたとき「うざい、死ぬ」と言ったら、もう終わりですよ。そういう子たちはそういう言

葉しか持たないということ雇う側は理解していませんし、結局、子どもたちは仕事からも排除されていきます。

学校から排除され、仕事からも排除され、家庭も彼らにとっては支援する場になっていませんから、結局彼らは孤立していく。そういう孤立していく子たちが、最底辺の学校の中に囲い込まれ、まさに社会階層と連動した高校間格差ができていて、その中に囲い込まれているわけです。子どもたちが、異なるトラックで生きていき、交わることはありません。交わることがない社会というのは、感情を交流することもできませんし、共感する力も出てきません。だから子どもたちの中にも、豊かな層で生まれた子はずっとそれでいきますから、貧困であるとか、ものすごく自分よりはるかにしんどい生き方をしている子どもたちに対して、そういう子たちをサポートしようとか、共感しようとか、そういう場がないのです。彼らは、まったく逆の、正反対の、学校に行くか行かないかわからないところで、ずっと親の支援も何もないところで、不登校になったり、高校中退したり、それで生きていくわけです。違う世界で生きている子どもたちがいるという問題なんですね。だから、それをどうつないでいくかということ、われわれは社会システムとして考えなくてはいけないのです。

● 貧困と学校格差

例えば東京ですと、だいたい1年に10万人ちょっとの高校生が入学します。私立、公立の全日制と定時制です。通信制は入っていません。

この中から、東京では毎年だいたい1万人ずつ中退していきます。それが全国ですと、毎年10万人弱が減ります。今は、高校を出ても、例えばさきほどの困難な学校を出ても、就職がない。途中でやめたら、もつとないんです。

子どもの不登校や長期欠席は、精神的・心理的な要因で、学校でどうしても集団の中に入れられないという子どもがたくさんいます。しかし中学で80%の子たちは、家庭の貧困を原因とする子どもたちなのです。

東京の板橋区の例ですが、全日制高校の生活保

護世帯と、それから生活保護を受けていない一般家庭とを比較してみるとどうなるか。東京全体で、高校に進学するのは97%です。ところが、板橋区の生活保護世帯では93.5%ですからこの差は3.5%です。ところが少し詳しくみると、生活保護世帯で全日制の高校に行くのは7割しかなくて、定時制は20%ですから、定時制には生活保護を受けている子たちが多いことはこの数値からもわかります。定時制の子たちの状況は非常にしんどいのです。

埼玉県立のある高校の2004年の入学、2008年の春に卒業するはずだった生徒たちのデータがあります。学年に1組から6組まであり1クラス33人ずつで、中退したのは1クラスで13人~17人、全部で199人が入って、86人がやめていきました。つまり43%の中退率です。中退者のうち中学で不登校を経験した生徒も41人いて、中退したのが35人ですから、中学での不登校の経験者もだいたい高校でやめていく。この学校は、埼玉県の北部の最も底辺の高校ですが、毎年、だいたい半分近い子がやめていきます。授業料減免取得率は20~30%、やはりものすごく高いです。だから、不登校の問題というのは、これからもすごく貧しい子たちの問題でもあることがわかります。

このデータは学力の問題です。就学援助率が高いグループ(50%超)が得点も低いのです。小学校の場合は、就学援助率が0%の中でもいちばん上の学校はほぼ100%できています。つまり100点です。平均点100点ですよ。小学校の先生に聞くと全員の生徒が100点取るなんてあり得ないと言います。けどあり得る、私立の学校です。小学校6年生の国語では、まだいちばん下でも60%ぐらい取れています。問題は中学3年生です。中学3年生の数学は、就学援助率が50%以上のグループでは、点数が取れていません。

1988年にイギリスではサッチャー政権によって、「教育改革法」がつくられて、競争と管理を中心にした教育改革がサッチャーによって行われて、それをモデルにして日本では学力テストだとか、新自由主義の教育改革が行われています。教員の管理とそれからテスト対策、これは日本もイギリスも同じです。日本のやり方はまったくイギリスのコピーです。これは点数を上げる努力の問題で

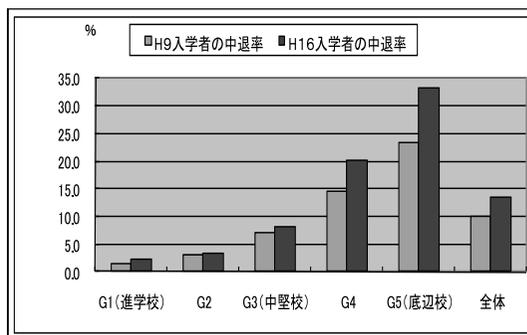
はなくて、子どもを貧困からどう解放するかという対策をやれば、効果はずっと上に上がると思います。子どもたちに直接の支援だけではなくて、やはり家族に対する支援がいかに重要か、ということなんです。

埼玉県の県立高校の1997年、平成9年に入学した子からの、授業料減免、中退のデータです。これは2004年に入学した子たちの中退率と、それから授業料減免率の相関を作ったデータです。

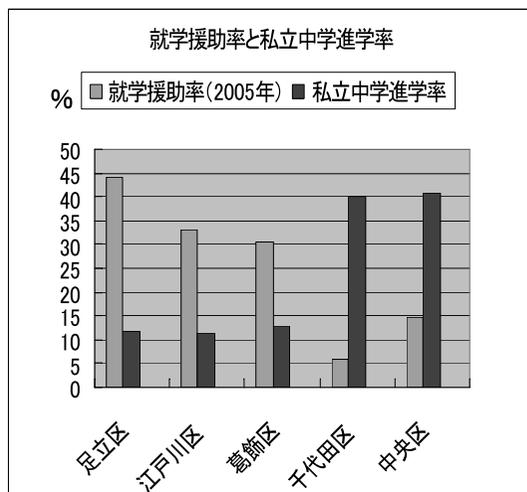
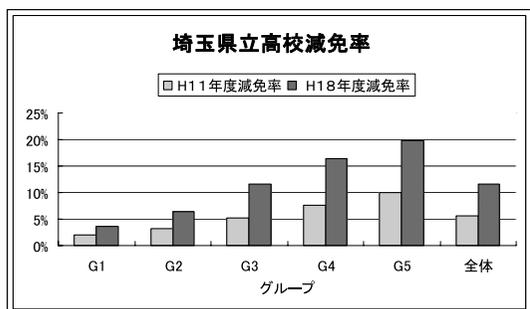
簡単に言うと、この10年間の日本の貧困の問題でいちばんダメージを受けたのは、中間層以下の貧困層なんです。富裕層は関係ありません。富裕層はいっそう豊かになる。これが僕の主張の一つ

です。

東京の足立、江戸川、葛飾、いわゆる城東地域



2004年度入試平均点によりグルーピング



小中学校時代の成績はどの程度でしたか

| | G1 進学校 | G3 中堅校 | G5 底辺校 | 合計 |
|----------|--------|--------|--------|------|
| 小学校上位 | 51.6 | 16.1 | 10.2 | 26.4 |
| 中学校上位 | 54.2 | 3.0 | 2.5 | 17.7 |
| 小学校中位 | 31.6 | 52.8 | 40.3 | 42.6 |
| 中学校中位 | 36.3 | 52.5 | 21.1 | 44.9 |
| 小学校下位 | 4.1 | 15.4 | 33.5 | 15.1 |
| 中学校下位 | 2.9 | 36.2 | 65.7 | 29.6 |
| 小学校わからない | 12.7 | 15.7 | 16.0 | 15.9 |
| 中学校わからない | 6.7 | 8.3 | 10.8 | 7.8 |

子どもの頃、家族で旅行したことがありますか

| | G1 進学校 | G3 中堅校 | G5 底辺校 | 合計 |
|------------|--------|--------|--------|------|
| よくした | 49.4 | 35.7 | 30.9 | 39.9 |
| 時々した | 39.8 | 43.2 | 34.8 | 39.9 |
| あまりしたことがない | 7.6 | 13.9 | 23.0 | 14.2 |
| 全くしたことがない | 3.2 | 7.1 | 11.3 | 6.0 |

小学校の時に学校に行くのがいやになったことがありましたか

| | G1 進学校 | G3 中堅校 | G5 底辺校 | 合計 |
|---------|--------|--------|--------|------|
| よくあった | 11.2 | 17.4 | 24.8 | 16.8 |
| 時々あった | 25.9 | 30.6 | 33.5 | 30.8 |
| あまりなかった | 25.1 | 27.5 | 21.9 | 26.5 |
| なかった | 37.8 | 24.5 | 20.0 | 25.9 |

「よくあった」「ときどきあった」人はどんな理由でしたか。(小学校)

| | G1 進学校 | G2 | G3 中堅校 | G4 | G5 底辺校 | 合計 |
|--------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| いじめなど友達関係 | 40.7 | 37.4 | 34.7 | 36.2 | 38.1 | 37.4 |
| 先生との人間関係 | 7.7 | 12.3 | 4.0 | 6.9 | 4.2 | 7.3 |
| 勉強がわからない | 0.0 | 1.9 | 6.5 | 8.6 | 8.5 | 4.8 |
| 何となく行きたくなかった | 46.2 | 41.3 | 48.4 | 44.8 | 43.2 | 44.5 |
| 体調が悪かった | 5.5 | 6.5 | 6.5 | 3.4 | 5.9 | 5.9 |

中学校の時に学校に行くのがいやになったことがありましたか

| | G1 進学校 | G3 中堅校 | G5 底辺校 | 合計 |
|---------|--------|--------|--------|------|
| よくあった | 11.5 | 18.2 | 33.5 | 18.1 |
| 時々あった | 24.3 | 31.8 | 26.6 | 30.0 |
| あまりなかった | 29.2 | 25.4 | 22.2 | 27.5 |
| なかった | 35.0 | 24.6 | 17.7 | 24.4 |

「よくあった」「ときどきあった」人はどんな理由でしたか。(中学校)

| | G1 進学校 | G2 | G3 中堅校 | G4 | G5 底辺校 | 合計 |
|--------------|--------|------|--------|------|--------|------|
| いじめなど友達関係 | 31.4 | 42.9 | 37.1 | 41.0 | 39.3 | 38.7 |
| 先生との人間関係 | 7.0 | 6.8 | 4.5 | 1.6 | 4.1 | 5.1 |
| 勉強がわからない | 2.3 | 2.0 | 6.8 | 4.9 | 9.0 | 5.1 |
| 何となく行きたくなかった | 53.5 | 42.9 | 47.7 | 50.8 | 43.4 | 46.7 |
| 体調が悪かった | 5.8 | 4.8 | 3.8 | 1.6 | 4.1 | 4.2 |

と、中央部の千代田と中央のデータです。就学援助率が高い順番に3つ、それから低い順番に2つ並べただけです。東京で就学援助率の平均は15%ほどですけど、ひと桁は千代田だけです。それで、足立と江戸川と葛飾は就学援助率が高く、足立は45%です。千代田と中央は私立中学への進学率は40%で、就学援助率は5%から15%以下となります。東京の地域格差の大きさを象徴しているグラフです。足立区の子どもたちが、学力テストが低いとか点数が低いのは、それは先生たちに責任があるとか、子どもたちに責任があるとかではないのです。地域における貧困問題をやはり解決しなければいけないということではないでしょうか。

就学援助率の推移は1997年から2007年の10年で2倍以上になっています。このカーブが緩やかになったのは、就学援助費は、2005年から一般財源になりましたから、自治体の負担になりました。それから生活保護も同様に自治体負担のきつさに耐えきれなくなったんですね。だから貧困が収まったわけではありません。授業料減免も同じカーブを描いています。

1997年からの埼玉県の高校をこういうふうに分けました。これは僕の作ったデータですけど、入学試験の点数で全県立高校を30校ずつ5つのグループに分けたんです。トップのグループは平均点は200点中160点です。

Q25 親は自分の成績を気にかけている

| | G1 | G2 | G3 | G4 | G5 | 合計 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| 全くそう思わない | 6.8 | 9.4 | 11.1 | 10.9 | 18.8 | 11.1 |
| あまりそう思わない | 17.8 | 20.7 | 28.9 | 25.6 | 21.8 | 22.8 |
| 少しそう思う | 39.8 | 38.2 | 37.0 | 34.1 | 35.6 | 37.4 |
| とてもそう思う | 33.5 | 29.2 | 20.0 | 20.2 | 16.8 | 24.7 |

親は成績を気にかけているか

Q25「親は成績のことを気にかけているか」「親は自分を期待しているか」「親は高い学歴を期待しているか」という問いに対していずれも同じような傾向が見られる。①G1の進学校からG5に近づくほど、親の期待は薄くなり、「高い学歴」にはあきらめているのかほとんど期待されていない。G1とG5との期待格差は3対1にも広がっている。学歴への関心を失った生徒、親たちが増加している。この傾向が学校に対する期待、学校で学ぶ価値、学校文化への評価を下げる要因になっている。しかし、実際、これほどまでに高校間格差ができると、若者たちの中に、自分が入学した学校によって、自分が将来見極められてしまう、子どもたちの中にあきらめを生んでいるように思える。

一方、G5のグループには0点でも受かる学校がある。だからこれも5つに30校ずつ分けてあって、その困難な学校、学力が低い学校は、当然中退する子どもたちもたくさん出ているという。だいたい30%を超える子どもたちがやめていっています。

平成11年と18年と比較すると、高校全体の授業料減免制を利用する子どもたちがものすごく増えているのがわかります。矛盾が集中するのは、貧困層の下から5分の2以下、G4とG5のグループに問題は集中します。

これは、子どもの意欲の問題ですが、「あなたは親から期待されていると思いますか」というデータです。これちょっと見ていただくと、G1の進学校の子どもは、6割の子が親から期待されている。いちばん下のG5の学校では、親から期待されているというのは30%、期待されていないというのは60%近くになります。G1とG5では逆の結果になります。だから、親から期待されているかというのは、子どもが生きる意欲、何かをしようという、考えよう、何かをしていこうという意欲と、きれいにものすごく強い相関をもっているんです。

親の仕事については、G1（進学校）の子どもの55%の親が会社員ですね。G5（底辺校）に行くと、会社員は半分です。G1の親は15%が公務員か教員です。それがG5に近づくにつれて10%になり、8%になり、3.5%になり、2%になります。教員と公務員の数、これがいちばんきれいな相関が出ています。

親は自分に期待していると思うか

| | G1 | G2 | G3 | G4 | G5 | 合計 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| 全くそう思わない | 7.6 | 15.3 | 22.5 | 20.2 | 22.2 | 17.2 |
| あまりそう思わない | 25.3 | 35.2 | 30.3 | 33.3 | 31.4 | 31.2 |
| わからない | 6.8 | 14.1 | 13.3 | 17.8 | 14.0 | 12.8 |
| 少しそう思う | 40.1 | 26.6 | 22.5 | 23.3 | 22.2 | 27.2 |
| とてもそう思う | 20.3 | 8.9 | 11.4 | 5.4 | 10.1 | 11.6 |

親は自分に高い学歴を期待していると思うか

| | G1 | G2 | G3 | G4 | G5 | 合計 |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| 全くそう思わない | 14.8 | 27.8 | 31.2 | 57.0 | 45.7 | 32.2 |
| あまりそう思わない | 29.7 | 34.9 | 36.8 | 17.2 | 26.9 | 30.9 |
| 少しそう思う | 31.4 | 21.9 | 13.4 | 8.6 | 12.2 | 18.7 |
| とてもそう思う | 18.6 | 9.0 | 10.0 | 3.9 | 3.6 | 9.7 |
| わからない | 5.5 | 6.5 | 8.6 | 13.3 | 11.7 | 8.4 |

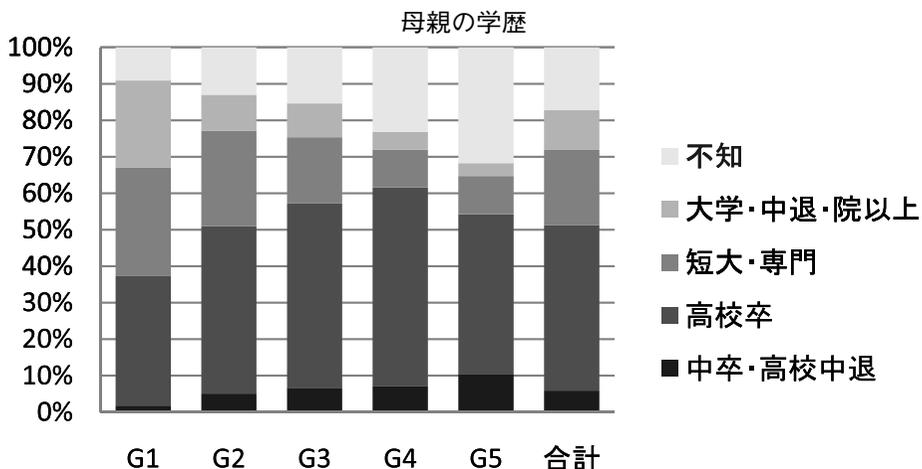
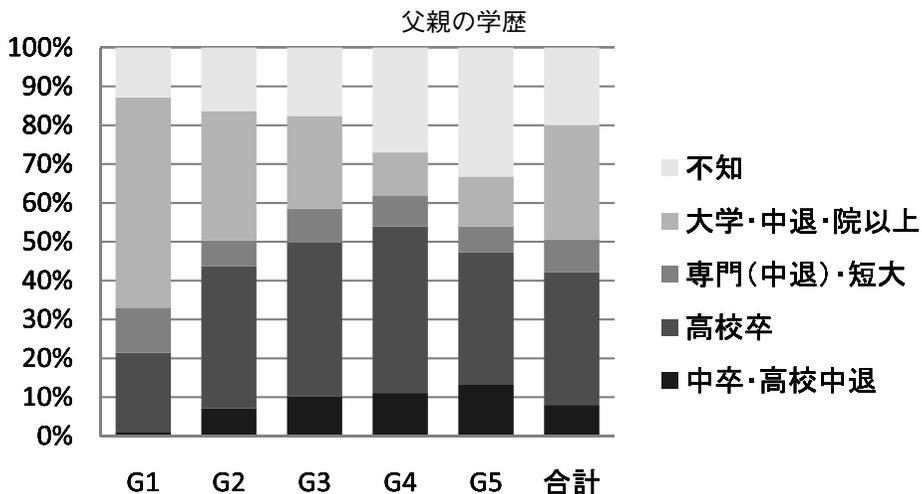
それからもう1つ大きいのは、「父はいない」項目です。父がない生徒が、G5の底辺校では15%いますね。それからもう1つ、「父の仕事を知らない」。父親は、この前まで何かやっていたけど今は知らない、この前までは家にいたけれど今はいない、こういうことです。親の生活を知らない事情がいろいろとあると思いますが、失業もあるでしょう。転々としている、いなくなったというケースもあるでしょう。それが結局、G5の底辺校には15%近くいるんです。だから、お父さんはいないと、親の仕事を知らないというのを合わせると30%です。

それから、技能職の多くは不安定雇用ですから、これを入れると30%、60%にもなってしまいます。つまりG5の底辺校に通っている子どもたちの父親

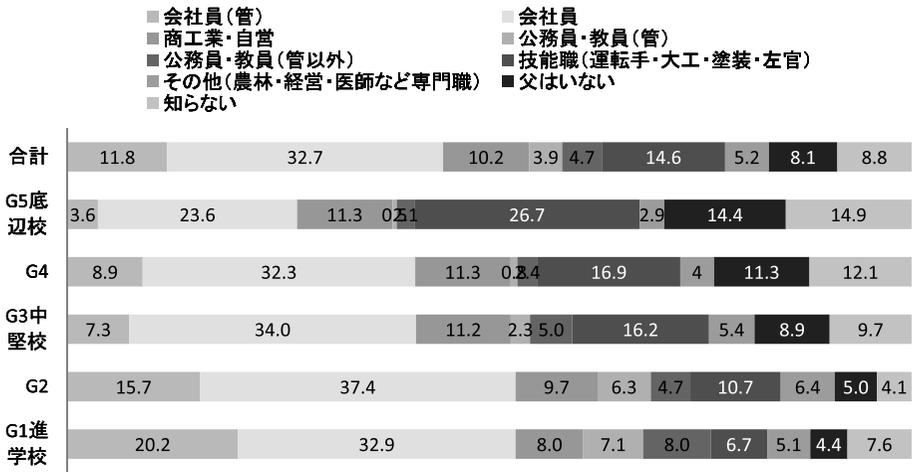
の仕事は極めて不安定だということです。だからこの子たちは初めからハンデがありますね。それと比べて進学校は会社員と教員が8割近くで、正規雇用です。底辺校は7割近くが非正規です。もう勝負になりません。これらは、親の収入だけではなく、親の文化資本の差でもう勝負になりません。だから初めから子どもたちにこれだけの格差ができていっているので、援助がなければ、競争にのること自体が無理です。

住居ですが、進学校の生徒の自宅は90%が持ち家です。底辺校は50%です。これだけの格差があります。

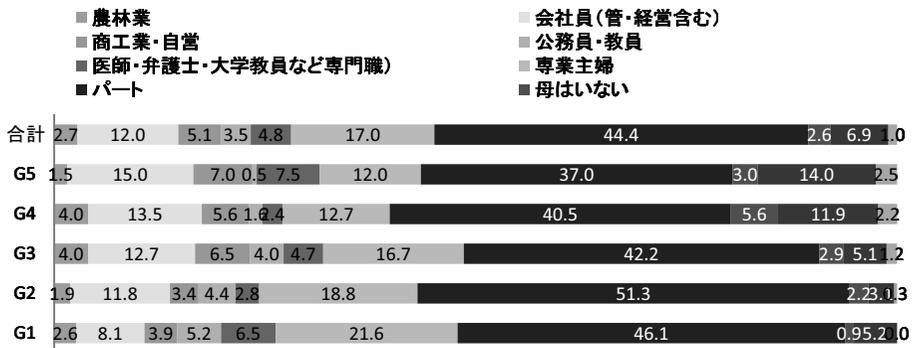
高校生というアルバイトと思うかもしれませんが、進学校でアルバイトを経験した子の少なさがわかりますが、あとはあまり大して変わりはない



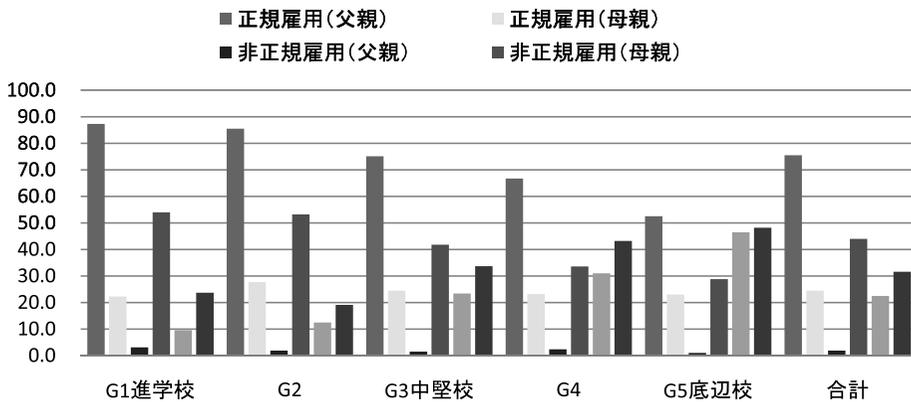
父親の職業



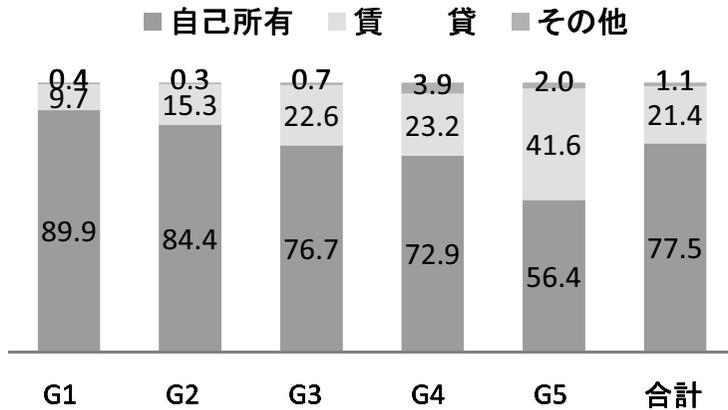
母親の職業



親の雇用形態

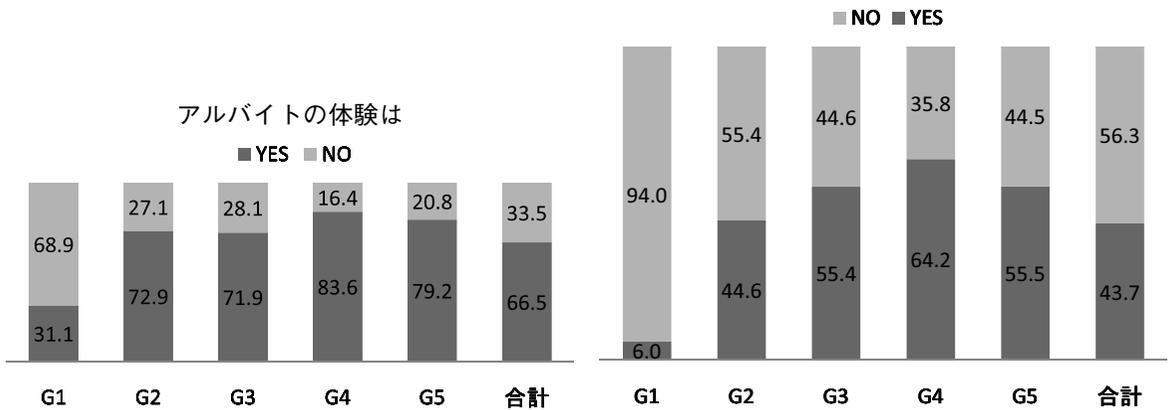


住居の形態

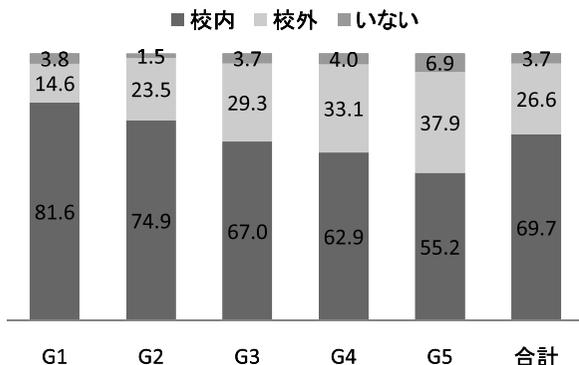


2008年12月 埼玉高校生アンケート (1200人)

12月(受験期)でのアルバイト



親しい友人は



G1の生徒は親しい友人をほとんど校内で得ている。G5に近づくほど校外から友人を得ている。G1では進学志向で、家族の文化も似通った生徒が集まり、校内の友人関係が濃くなっていくが、G4、G5の生徒たちは校内に限らず、地域の学習から排除された若者たちとグループ化している。G1とG1以外の生徒たちは高校生活の送り方が異なる。G1以外の生徒たちにとっては、12月の受験期でもアルバイトにアフタースクールほとんどの時間を割くほど、アルバイトは生活の一部(ほとんど)になっているが、G1の生徒たちは、ほとんど受験生活を送っている。

若者たちの関係性がどのようにしてつくられているか、そこにも貧困と格差が、地域の中での若者たちの結びつきをも阻害する要因となっているのではないかと推察される。

りません。進学校だけは特別ですね。確かにアルバイトをやっている余裕はないと思います。親も、そんな稼ぐ必要はない、とにかく勉強しろと言います。

所得については、私立小学校の親でいちばん多い階層は1200万円以上世帯です(43.9%)。私立中学は31.2%です。800万円以上世帯に広げると私立の小・中とも8割を占めます。小学校の親の多くは30~40代です。医者なら可能でしょうが、大学の教師ではちょっと無理ではないでしょうか。200~400万円未満の世帯では、子どもの教育費は55%を占めています。これではもう食べられません。ごはんを減らすか何かしないと、子どもの教育費はまかなえません。いちばん多い世帯でも、これでも、900万円以上世帯でも23%、4分の1が教育費ですから、これも異常と言えるでしょう。

●子どもの貧困克服への道。教育から職業への支援システム

それではどうすればいいか。そんな貧困世帯の子どもたちをどのように支援していくのか。

例えば、イギリスの1997年からのブレア労働党政権は、ニューレイバーで新自由主義です。1988年以来サッチャーの全国学力テストをちゃんと引き継いでやっています。しかし子どもの貧困対策もやっているんですよ。そこは労働党で面白いです。子どもや若者の貧困をどう対応するのか、彼らは社会をこれ以上分裂させてはだめなんだという意識があったんだろうと思います。

『英国の青少年育成施策の推進体制に関する調

査報告書』(2009年3月、内閣府政策統括官報告)をみると、イギリスでは貧困地域の4歳以下を対象とする「シユア・スタート」、5~16歳対象の「エクステンディッド・スクール」という福祉と教育を合体した政策と、それから「コネクションズ」という13~19歳対象とする教育から就業へどうつないでいくかというシステムと、この3本立てでやっています。

僕は日本でもやるべきだと思います。シユア・スタートは、すべての子どもが最善のスタートとなるよう、子どもに言語能力をどうつけるかが大きなポイントになります。親に対して支援も必要だし、子どもに対しての支援も必要です。特に生まれて3歳、4歳になるまででいちばん大事なのは、やはり親に対する支援です。これはやはり大きな鍵になると思います。

エクステンディッド・スクールは、貧困世帯の子どもたちのために開かれた学校のことです。始業前にごはんを食べてこない子たちに朝食を提供する、放課後には貧困世帯の子どもたちにスポーツや芸術を習う場所を提供する、移民層の親たちにも「読み書き」を保障する場所として使われています。学校をもっと福祉的に変えていく内容です。しかし、今の日本の学校はものすごく、塀が高いです。

これから僕は埼玉で、貧困世帯の子どもたちへの教育支援組織を作ろうと思っていますが、福祉と教育とをつないだ学校システムをどうつくるか、地域で貧困層に対して支援しようかと思っても、学校が窓口を開いてくれません。内閣府でやっていること、文科省でやること、それから厚生労働

2006年度 年収階層別学習費総額2006年子どもの学習費調査(文部科学省)から筆者作成(%)

| 区分 | | 400万円未満 | 400万円~599万円 | 600万円~799万円 | 800万円~999万円 | 1,000万円~1,199万円 | 1,200万円以上 |
|-------------|---------|---------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-----------|
| 公立小学校 | 計(%) | 16.3 | 28.6 | 23.2 | 15.0 | 9.1 | 7.9 |
| | 平均額(千円) | 250 | 281 | 321 | 379 | 454 | 590 |
| 私立小学校 | 計(%) | 2.9 | 6.5 | 12.7 | 16.8 | 17.2 | 43.9 |
| | 平均額(千円) | 705 | 1,036 | 1,169 | 1,302 | 1,357 | 1,591 |
| 公立中学校 | 計(%) | 14.4 | 23.7 | 25.8 | 18.1 | 9.5 | 8.6 |
| | 平均額(千円) | 368 | 446 | 448 | 495 | 584 | 659 |
| 私立中学校 | 計(%) | 2.8 | 7.8 | 14.7 | 21.3 | 22.2 | 31.2 |
| | 平均額(千円) | 1,042 | 1,028 | 1,171 | 1,268 | 1,311 | 1,427 |
| 公立高等学校(全日制) | 計(%) | 15.4 | 24.1 | 24.6 | 18.4 | 8.6 | 8.9 |
| | 平均額(千円) | 434 | 482 | 537 | 551 | 596 | 668 |
| 私立高等学校(全日制) | 計(%) | 9.5 | 15.8 | 18.0 | 21.9 | 12.5 | 22.3 |
| | 平均額(千円) | 819 | 928 | 918 | 1,085 | 1,197 | 1,312 |

省でやること、この3つがバラバラになっていきます。それをどうつなぐかという、そのいくつかの実践例をやはりつくっていくしかないなと僕は思っていて、今ちょっと、地方自治体などと組んでやろうと、その計画をしているところです。

あとは若者たちの社会的自立のために、高校中退した子たちをもう1回学校に戻してもいいじゃないか。貧困世帯の若者を社会的自立へと導く、職業教育の学ぶ場所を保障する、イギリスではコネクションズといっていますが、社会的排除される若者たちをもう一度鍛え直して、そして社会へ戻す、そういうシステムをやはりつくらないとい

けないのじゃないかと思っています。

「子ども・若者育成支援推進法」(平成21年成立、22年4月施行)を内閣府が作りましたが、僕はとてもいいと思います。ただ問題は金がついていないということと、それからこれを誰が運営するんだということです。地方自治体と学校が嫌がっています。それは、子ども・若者育成支援推進法という法律の名前だけはぜひ知っておいていただければいいと思います。

長くなりましたが、これでお話を終わります。どうもありがとうございました。

【質疑応答】

Q : 授業料を納められないなどということに対する対処がどうあるべきでしょうか。

A : 授業料を払えなくてやめる子はほとんどいません。それよりもっと問題なのは、意欲がなくてやめてしまう子です。そっちのほうが深刻です。

授業料は事務室の問題で、問題はやめてしまう子をどうやめないように支えていくかという、結局人間的なつながりをつくるしかないんです。

子どもたちにとっては、いちばん大事なのやはり友達です。仲間内のつながりですよ。それをつくるための余裕が教師たちにあるかどうか。それから教師との人間的なつながり。

これほどの学校間格差を作っておいて、1年に半分やめていくような学校の中で、先生たちは毎日のように事件が起きたら対応し、タバコを吸ったとか何らかの事件が毎日起きるわけです。それを追いかけて回して、それで時が過ぎていって、それでいつの間にか生徒が半分になっていたというのがだいたいの実態なんです。

だから、ひとつ大きな問題は、これだけの学校間格差ができてしまったという、たぶん皆さんが通われた高校時代はこれほどはなかったと思うんです。たぶん、田舎にしても都会にしても、なかったと思う。

今は、中退する理由の一つは、格差です。格差

は人間をだめにします。人間に絶望を生みます。意欲を失わせます。子どもたちの中にそれが伝わっていたら、僕はそっちのほうが、この学校の格差のほうがやはり問題なんじゃないかと思います。多くは貧しくて、できない子たちばかり集められていて、先生たちの見る目も「おまえたちはばかだ」と思われていると、生徒たちは知っているわけですからね。これはかわいそうですよ、本当に。

そういう中で、子どもたちが意欲を持って生きようという気になりますか。そっちのほうがぼくは大事なことだと思います。

Q : 私は社会教育が専門ですが、社会的排除と社会的企業の問題について研究をしていて、今週イギリスから帰ってきたばかりです。中退した子どもたち当事者のヒアリングを数年かけてやっています、そこで話を聞いていると、やはり学校の問題が徹底的に大事なんだということ、あらためて最近感じているところです。

今回、イギリスで中退の若者たちに話を聞いたときに、みんな小学校時代はハッピーだったと言うのです。それでセカンダリースクールに入るだいたい12~13歳ぐらいのときに、ぐっと自分たちの気分が落ち込む。小学校とセカンダリースクールに移るときに、いったい何があったんだろうということ、をちょっと考えています。

さきほどの学力の話を見ると、実際には小学校

レベルの学力ができないわけですね。ということは、問題というのは、小学校のときに何かあったんじゃないかと思うんですけど、ほとんどの人は、小学校時代はハッピーだったというわけですね。

いったいその変わるときに何があったのかということが、とにかくわからない。今お話を聞くと、結局中学校とセカンダリースクールに入る段階、日本の場合高校に入る段階で、学力的にも経済的にも選別化されていって、底辺校が作り上げられるというその環境の中で、何か作り上げられるものがあるのかなと思ったんですけども、その点に関して、もし何かお考えがありましたらお聞きしたいと思いました。

A : そうですね。ほくは問題は小学校だと思っています。小学校でも6年間ですごく差がついているんだけど、ただそれが顕在化してくるのは、先生がおっしゃったセカンダリースクール、要するに中学だと思っています。

中学では、ほぼ100%高校に入りますから、入るための準備教育をやっています。その中で格差がどんどん拡大していきます。それで、不登校もそこで一気に拡大していきます。もう小学校の何倍も不登校になります。

もう1つ面白い現象は、不登校の子と皆勤の子とが出てくるんですね。毎日学校に行く子たちも増えるんです。だから、不登校、学校に行けなくなった子と、学校には毎日いかにちゃいけないうと精神的に追いつめられていく。

中学には、やはり大きな受験圧力というのが子ども全体の中であって、小学校のときは、一緒に遊んでいたという子どもたちは多いです。進学校に行っても、そういういろんな問題を抱えた子はたくさんいた。だけど中学からは、受験をめざす子と、受験は投げて、入れるところに入る子たちの生き方が2つに分かれてきます。だから、小学校の段階から中学へ、中学で受験トラックができて、そして高校に入ると完全にトラックの分岐が完成するという。そこを逃げないで生きていくということにもなっているんじゃないでしょうか。僕はそういう気がしています。

Q : 福祉的機能という言葉について、医療側から見る福祉と教育側から見る福祉というのは、必ずしも重ならないのではないのでしょうか。

A : 小・中学校は、教育的機能だけじゃなくて福祉的機能を持たせるべきであると思います。福祉的機能というのは、医療的ということもありますけれども、もう少し広くとらえています。例えば、底辺校へ行くと養護の先生たちが貧困の問題にいちばん詳しい。なぜかという、底辺校の子どもたちはむし歯の治療をしていないのです。それからもう1つ、日本の学校は内科健診があって、健診を受けてもそのあと医者に行っていないんです。だから、内科健診でトラブルがあったり、歯にトラブルがあったりしても、そのあとに医者へ行くお金がない。

例えば食事を満足とっていない子どもも多いです。食事を家族で食べていない。底辺校の子どもたちに聞いていると多いのは、夜のご飯は自分で作るんですよ。冷蔵庫を開けて、食べ物があれば食べない、そんな子がいくらでもいます。

だから、体力が全然ない。部活で試合をやっているればわかります。ものすごい肥満か、ものすごく細いか、そういう体型、先ほどのプレシャスと同じです。彼女は130キロあるけれど、フライドポテトがいちばん彼らの人気フードです。少し食べればすぐおなかいっぱいだし安い。これは日本の高校、とりわけ底辺校も同じです。

勉強だけじゃなくて体のこと、発達のこと、健康面を見ながら支援していく、そういう機能を持った学校づくりをしないと、貧困対策を考えない学校づくりはもうだめということです。だから、地域での教育システムが必要で、学校だけではだめなんです。

昔、セツルメント活動をやっておられた人はいますか？僕は今、地域にセツルをつくるべきだと思っています。学校と家庭をつなぐ、そういうつなぎ役がいらないんです。行政は、ケースワーカーさんなんて、80件も100件も担当を持っていたら、できっこないです。またいちばんの問題は、生活保護を受けられない子どもたちです。生活の大変な子たちは、むしろ生活保護を受けていないのです。リーガルリテラシーもないし、そういう

ことができないからと思いますね。

司会：私もイギリスで、コミュニティ小学校の調査をしたときに、まったく同じでした。朝食クラブというのがありまして、学校の中に、朝、食事のできない子どもは、ここで食べられるようになっているんですよね。なかには親もくる。日本と違うのは、午後5時以降は、職業訓練をする教室に変わるのです。そういうことをしっかりやっています。

それから0歳児から3歳児まで、小学校でおよそ60人の子どもを預かって、それで先生たちが子どもたちいろいろ声をかけたりしていく。言葉がなくてそういうことのできない親たちに代わって、小学校がやっているという、非常に多機能的なことをやる、つまり教育の根本をやっているのかもしれない。

本当に今日はどうもありがとうございました。
(2010年6月12日開催)

【事務局より】「彩の国 子ども・若者支援ネットワーク」

青砥先生のご講演中にある活動が「彩の国 子ども・若者支援ネットワーク」として始まりました。

近況をブログで知ることが出来ます。また近日中にこのネットワークの新しいホームページが開設されるそうです。

●桶川 子どもと教育を語る会 ブログ

<http://okegawa-child.jugem.jp/>

韓国の介護保険制度と市民社会 (NPO・NGO、労働組合) (下)

秋葉 武

3、保険制度施行後の課題と市民社会のアドボカシー

(1) 市民社会による制度運営をめぐる課題の顕在化

施行された老人長期療養保険法は、住民のニーズにある程度応え始めつつある。こうしたなか、「経済回復」と「雇用創出」を掲げる現在の李明博政権（2008－2013）は、制度の施行による効果を強調している。2009年、保険者である公団は、制度施行によって長期療養機関が急増し、ヘルパーや職員をはじめとした10万人以上の新規雇用創出効果があると発表した。また、数兆ウォンにのぼる生産誘発効果、付加価値誘発効果を発表している。また、本人負担に耐えられない国民が存在し、事業者による不正請求もあることを認識して、それに対応した制度改正を行った。政府は総じて制度導入の「正の側面」を強調している。

他方、市民社会のアドボカシーによって制度の運営をめぐる「負の側面」も明らかになりつつある。医療系公務員の労働組合、療養保護士協会、老人施設協会、女性団体、在宅介護サービスを行う社会的企業等は政府に対するアドボカシーを始めている。彼らは政府の認知の低い介護労働者の劣悪な労働条件とそれに伴う質の低下を重要なトピックとしている。

これら団体は個別に政府へ働きかけを行うほか、ネットワークを形成し始めた。ドイツの財団から支援を受けて、2009年に介護保険導入国であるドイツから関係者を招いて、国際シンポジウムを開催した。翌2010年3月16日には日本から筆者と秋野純一氏（自治労本部社会福祉評議会事務局長）を招いて「韓日国際シンポジウム——韓日老人長期療養保険法・制度の比較—療養保護士の労働条件を中心に」を開催した。同シンポジウムは政府に提言を出したいという意図から、多くの超党

派の国会議員の協力を得て国会のスペースで開催された¹（図表2参照）。また、国会放送（ケーブルTV）で生中継された。

図表2 韓日国際シンポジウムの概要

「韓日国際シンポジウム——韓日老人長期療養保険法・制度の比較—療養保護士の労働条件を中心に」

主催：社団法人保健福祉資源研究院、フリードリヒ・エーベルト財団韓国事務所
会場：韓国国会図書館・憲政記念館ホール

<当日のプログラム>

14：00 挨拶

ベルナー・カンペター（フリードリヒ・エーベルト財団韓国事務所長）

国会議員の挨拶（シン・サンジン、チェ・ヨンヒ、カク・ジョンスク、チョ・スンス）
ペク・ドミョン（社団法人保健福祉資源研究院理事長）

イ・サンム（全国公共サービス労働組合委員長）

14：30 シンポジウム

司会 キム・チャヌ（カトリック大学社会福祉学科教授）

報告1 「韓国と日本の老人長期療養保険法・制度の比較」

イム・ジョンギ（龍仁大学校老人福祉学科教授）

報告2 「韓国老人長期療養保険制度の現況と改善方案」

チェ・ギョンスク（社団法人保健福祉資源研究院常任理事）

コメント1 「日本の介護保険に関する政策動

向と市民社会の役割」

秋葉武（立命館大学准教授）

コメント2 「社会福祉制度の市場化と介護労働の現況」

秋野純一（自治労社会福祉協議会事務局長）

17:00 パネルディスカッション

キム・ヨンソン（保健福祉家族部療養保険制度課長）

キム・ジヨン（韓国在宅老人福祉協会会長）

キム・ビョンハン（ソウル老人福祉施設協会会長）

ヒョン・ジョンヒ（全国公共サービス労働組合主席副委員長）

キム・インスク（女性民友会代表）

チョン・グムジャ（全国療養保護士協会会長）

17:30 総合討論

18:00 終了

討論会は、韓国側2名、日本側2名が発表を行い、その後、介護保険の現場と関係の深い各団体のリーダーに加えて、保健福祉家族部の長期療養保険（介護保険）担当課長もパネリストとして報告した。

韓国の市民団体の最大の問題意識は、介護労働者の低賃金、長時間労働、ハラスメントの被害といった劣悪な労働条件であり、それは自らを「国家公認家政婦」（チョン・グムジャ全国療養保護士協会会長）となぞらえることに象徴されている。これに関連して、シンポジウムで韓国側が日本の介護保険制度の運営を、積極的に評価する傾向があった。具体的には、日本が近年介護労働者の処遇改善を目的として始まった「加算報酬」の支払いを開始したことだ。また、相対的に教育時間の長い日本のホームヘルパー、介護福祉士といった介護労働者の養成・教育体系に関して参考にしたということだった。

無論、日本の介護保険制度が多くの課題を内包しており、韓国側が日本の制度を“隣の芝生は青く”見ているという傾向は否めない²。しかし、



写真：2010年3月16日の韓日国際シンポジウム 右から4番目が筆者

こうした実践的な国際比較は、老人長期療養保険制度の運営上の課題を顕在化させる手がかりともなっている。シンポジウムでの議論を受けて、筆者は老人長期療養保険制度に、下記のような運営上の課題があると指摘したい。

第1に、政府の介護を行う「療養保護士」のサービスの専門性への認知が低いことが指摘される。制度開始に伴い、普遍的、専門的な高齢者福祉の人材育成を意図して、日本のホームヘルパーに類似する「療養保護士」という国家資格が導入された³。他方、2-(2)で述べたように、政府は低所得者の新たな雇用の受け皿としてこの資格に期待した。そのため、政府は未経験者でも短時間の教育時間で資格を取れることとし⁴、不安定雇用の彼らを吸収しようとした。それに対応して療養保護士教育機関は、2009年3月現在、1,106箇所⁵に急増し、426,495人を輩出した。しかし、実際に職に就けた者は約5万人である。こうした「供給過剰」は劣悪な労働条件を温存しやすいといえる。

第2に、これに関連して、療養保護士の「労働者」としての位置づけが政府内で曖昧なことがある。保健福祉家族部の解釈と異なり、日本の旧労働省に相当する労働部は、療養保護士を「出退勤時間が固定されておらず、業務プロセスで指揮監督を受けない」として労働者でなく個人事業主と解釈している。そのため、療養保護士は労災保険、雇用保険といった社会保険への加入を拒否されている。また同法の施行規則には施設は労働者と直接雇用契約することが義務付けられている。しかし、実際には派遣に代表される間接雇用が常態化している。療養保護士協会、労働組合の働きかけにも関わらず、政府はこうした法令違反を実質的に取り締まっていない。

第3に、「半市場」である介護サービスに、政府の監督が圧倒的に不足したまま、民間の多くの零細事業者が参入したことにある。2-(2)で触れたように、国民健康福祉公団の職員が要介護者のケアプラン作成を行っている。しかし、(日本では想像できないが)長期療養機関はそのケアプランを無視して、自らの機関のサービス利用を含む独自のケアプランを作成してサービス提供を実施する。こうしたモニタリングの不在は、他方

で介護報酬の不正受給を横行させることに繋がっている。シンポジウムを主催した社団法人保健福祉資源研究院の調査によれば、8割以上の事業者が不正受給を行っているという。2009年4月には「不正請求長期療養機関申告及び報奨金支給制度」が施行されたものの、有効に機能していない。

(2) 老人長期療養保険制度の今後と市民社会

このように法・制度が施行されても、それが実質的に機能せず、“空洞化”しているということに課題がある。前節の課題は、即座に解決されるとは言い難い。また、日本的なロジックでは、介護報酬の不正受給の横行を防止するために、新たにケアマネージャー制度の導入という考え方が成り立つ。しかし、2-(2)で述べたように、保険者である国民健康保険公団の業務水準や、介護サービスにおけるインフォーマル性の残存を考えると、仮に導入してもそれがすぐに有効に機能して不正が激減する、とは考えにくい。

日本と比較して、韓国の行政、市民社会は共に、高齢者福祉の経験の蓄積が圧倒的に少ない。日本の介護保険制度は、1989年のゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略）等をはじめとして準備されてきた。他方、1980年代以降、日本では全国各地のコミュニティで自発的にNPO、ワーカーズ・コレクティブ、生協組合員グループ等が民間非営利の在宅福祉サービスを展開してきた（2-(1)参照）。それは全国規模の運動として昇華し、介護保険制度の成立に影響を与えた。また制度導入に際して、地方自治体で住民と議論が重ねられてきた。制度の施行後、少なくない市民団体は介護保険の事業者となった。2000年代前半の社会保障費抑制という厳しい外部環境にも関わらず、否、そうであるからこそ一層、運営に関する市民団体の問題提起は価値を有してきた。

他方、韓国ではこのような地域の高齢者福祉における市民参加、住民参加は限定的といえる。韓国の市民運動のリーダーであり、同国の福祉国家の生成に大きな役割を果たしてきた朴元淳（2003、20頁）は、かつて日本の市民運動と対比して以下のように述べている。「総論に強く各論に弱いのが韓国の市民運動だとすれば、総論に弱く各論に

強いのが日本の市民運動だ」。韓国では、運動の「総論の強さ」が「高齢化の早い段階での老人長期療養保険制度成立」となり、「各論の弱さ」が「地域における制度の空洞化」として顕在化しているといえよう。

とはいえ、こうした「各論の弱さ」を克服する動きも存在する。一部の市民団体は老人長期療養保険制度の事業者として参入し、制度のモニタリングの役割を果たすかもしれない。その動きはソウル首都圏から次第に地方に広がっている。例えば、同国の忠清北道・清州市郊外で活動する「(株)ヒューマンケア」⁵は、高齢者ケアを手がけている社会的企業であり、サービスの質や雇用創出効果によって評価されている。同社は2001年に設立された「地域自活センター」のメンバーによって設立された。貧民運動にルーツを持ち、社会的弱者に寄り添うことを命題としてきた彼らは、看病や介護などのヒューマン・サービス事業を手がけてきており、その基盤の上に同社を設立した。そして2008年、政府の労働部（2010年7月より雇用労働部に改編）より社会的企業育成法に基づく社会的企業として認証を受けて⁶、財政的支援もあって活動を拡大している。

今後、韓国の市民団体が「中央志向」（秋葉、2009）を脱皮していく上で、日本の市民団体の地域での取り組みは参考となると同時に、こうした韓国の同様の取り組みにも着目していく必要がある。

おわりに

金大中、盧武鉉政権下で福祉国家にテイクオフした韓国は、政治的に新自由主義と親和的な李明博政権の下でも福祉国家への道を進んでいる。とはいえ、「減速」の傾向であり、それはある意味で、韓国国民の現段階での「総論」といえるかもしれない。2－（2）で述べたような社会背景の下で、国民は福祉の充実に伴う財政的な負担増に強い抵抗を示す。

イデオロギーを問わず「福祉の充実」が国政選挙の一大テーマとして定着した今日の日本と異なり、韓国の選挙で「福祉」は有権者の支持を獲得するトピックとはなっていない。それは、3－

（2）で触れたように、地域レベルでの市民運動の脆弱さとは無縁ではない。

日本における韓国の福祉に関する研究は、従来、中央レベルの政策に焦点が当たってきた。しかし、本稿で触れたように今後、地域レベルでのNGOの取り組み、さらに地方自治体の動向にも着目していく必要がある。

・引用参考文献

秋葉武（2009）「韓国における市民社会と社会的企業の生成」、『協同組合経営研究誌 にじ』627号、65－79頁。

朴元淳（2003）『韓国市民運動家のまなざし——日本社会の希望を求めて——』風土社。

¹ なお、開催にはNPO法人日本希望製作所も協力している。

² シンポジウムで日本側である筆者は、日本の介護保険制度が決して“バラ色”といえず、課題が少なくないことを示した。元来低賃金なのに加えて、社会保障費の抑制の方針から介護報酬が数年前まで一貫して下げられており、労働条件の悪化、人手不足が深刻化しており、労働条件の改善が進んでいないことを報告した。また秋野氏は、「加算報酬」の支払いの請求手続きは複雑で、記録等の事務作業が膨大となり、かえって労働者が長時間労働となるケースもみられる。現場志向の強いワーカーにとって、事務作業量の大幅な増加はストレスともなっている実態がある。さらに、研修時間の増加をはじめとした教育の専門性の向上もスムーズに進んでいないことを報告した。

³ 「療養保護士」の制度創設には、従来の老人福祉法下の家庭奉仕員と生活指導員が内包する救済的な要素を乗り越えるという意図があった。

⁴ 療養保護士の資格は2段階あり、未経験者でも2級は120時間、1級は240時間の教育を履修すると資格を取得できる。

⁵ 筆者は科研費補助金（課題番号22530651：韓国における貧困女性の自立支援のための市民事業に関する研究：研究代表者桔川純子氏（大阪経済法科大学アジア太平洋研究センター客員研究員））による社会的企業調査の一環で、2010年7月26日、同社を訪問した。

⁶ 韓国の社会的企業や社会的企業育成法の概要については、秋葉（2009）参照のこと。

（あきば たけし、立命館大学産業社会学部准教授）

千葉県と宮城県の「地域医療再生計画」について

八田 英之

はじめに

地域医療計画は、2009年4月、麻生自公政権がリーマンショック以降の経済危機に対処するための補正予算による経済政策の一部として、急激に進行した地域医療危機対策として打ち出したものです。政権交代で3,100億円の予算が2,350億円に減額され、また良いプランには100億円などとも言われていたのが、1県2箇所・一律25億円ずつと変わってしまいました。

国が地域医療再生計画基金を設け、2009年中に各都道府県が国に計画を提出し、それに国が予算をつけるわけですが、基金の存続期間は2013年までなので、あと3年しかありません。千葉県と宮城県の計画についてみてみました。

1、千葉県の計画

対象地域は2つ、A香取・海匝地域とB山武・長生・夷隅の2医療圏です。

香取・海匝は銚子市を含む、旭中央病院のある地域です。山武・長生・夷隅はその南、亀田総合病院に近いところまでの長い部分です。元は2地域医療圏だったのを1つにまとめたもので、まとめても別にいいことはありません。

香取・海匝は、市立病院（393床）が閉鎖された銚子市を含みます。この病院閉鎖は市長リコールにも発展し、域医療崩壊とそれに

対する市民の闘いを象徴するものとして全国的に有名になりました。この閉鎖もあって、旭中央病院に猛烈な患者集中が起きています。平成10年度に45,017人だった救急受け入れ患者数は、平成20年度には61,671人と増え、一日平均入院患者数は868人、一日平均外来患者数は3,507人で全国の自治体病院で突出した第1位になっています。こう

千葉県の二次医療圏と主な病院



出典：「千葉県地域医療再生計画」平成21年、千葉県

いう状況で医師の疲弊は激しく、小児科の体制が危うくなるなど、医師体制が崩壊寸前になりました。

山武・長生・夷隅医療圏についてですが、地域の真ん中に県立東金病院があり、250床だったのですが、今は60床しかありません。医師体制が崩壊して、休床しているのです。ここは典型的なドミノ倒しの崩壊が起きたところです。県が県立東金病院をやめて近隣市町で運営する山武医療センターをつくるという計画を打ち出したことを直接のきっかけにし、千葉大学からの医師派遣も途絶え、まず東金病院の医師体制が壊滅しました。その患者が国保成東病院と公立長生病院に押し寄せました。その結果、両方とも医師の大量退職が起こり壊滅しました。結果、2006年初めに三つの病院で28人いた内科の医師は翌年には8人になりました。

そういうわけでこの地域の救急搬送は8割が30分以上かかる状況であり、救急患者の三人に一人が圏外搬送になっています。ここの構想は、東金市と九十九里町で300床規模の病院、九十九里医療センターをつくるというものです。県立病院が潰れたところを2つの市町でやろうというもので、県は建設費は出すが運営費は出さないという姿勢であるため、多くの自治体が手を引き、東金病院を抱える東金市長が頑張った結果、国の予算もついたので建物は建つことになりました。ただし建ったあと、どうなるのかが問題です。

問題の所在は鮮明で、Aは旭中央病院への患者集中をどうするのかということ、Bでは救急医療センターを作っただうするのか、ということです。

最初に戻りますが、Aの計画は、旭中央病院に地域医療支援病床を確保し(0.4億円)、地域医療支援センターを作り、医師を配置し、ネットワーク参加病院の医師対策と経営支援に当たる(7.6億円)というものです。この経営をふくめたネットワークづくりには一定の蓄積があります。この地域では2,3年前からアメリカのIHN(Integrated Healthcare Network: 広域医療圏で複数の医療関連施設を経営統合し、コンピュータシステムを活用してコスト削減など経営を効率化、改善しよう

とするもの)の研究会を厚労省のお役人とやっていたのです。旭中央や千葉大からこの地域のネットワークに参加する自治体病院に医師を派遣する具体的な数値目標(現在の13人から26人へと2倍)をだしています。医療連携を進める上で、千葉県にはガン、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の四つの病気について全県型の医療連携パスのモデルがすでに出来ており、その普及をするということです。なおこのモデルの作成には民医連の医師がかかわっています。

この計画で達成すべき医療の目標があります。銚子市立病院の再開、他の自治体病院の機能再編・役割分担の明確化その他ありますが、自治体病院の医師を70名まで増やす、ほかの病院の患者数を医療体制崩壊前まで戻すなども挙げられています。

旭中央の運営ということですが、長期入院患者を減らす、全県型の医療連携パス利用率を80%にする、などがあります。

また地域住民と医療関係者・行政の協働ということで、シンポジウム開催、住民がどのような形で医療機関を利用するのか情報の発信と相互の理解、声の反映などを掲げていて、珍しく予算化(5千万円)されています。この実践がどうなるか注目されます。

全県共通の課題では、地域連携パスとITネットワーク整備事業、データ管理センターを整備し情報を共有化できるようにしようというのを掲げています。

また医師のスキルアップというのは他県の計画と共通します。他に大学への寄附講座の設置が挙げられています。東大への寄附講座とありますが、これは東大柏キャンパスに在宅医療教育・研修センターがあり、ここに「包括的在宅医療実践研修センター」を設け、スキルアップと研修プログラムなどをつくる構想です。以上が香取・海匠の構想内容です。

次にB山武・長生・夷隅の計画です。ここは千葉県で唯一、救命救急センターがないところなので、どうしてもこれは欲しい。医師は100万人対医師数が93.1で全国平均の半分にも及びません。極端に医師が不足しています。九十九里医療センター(314床)の建設費は、基金から4.65億、県

85.5億、東金市と九十九里町とで32.85億を出すので、これで建物は立ちます。開設4年後には外来1日770人・診療単価1万円、入院1日4.5万円、65億円くらいの収入という計画ですが、これは過大ではないでしょうか。日当円が1万円になる外来はというのは、透析がとて多かたりしないと成り立ちません。普通の高血圧や糖尿病の患者ではだめです。その条件で4年間で770人にこぎつけるのは難しい。しかもこれだけを達成してようやく利益が1～2億円という話ですから、すこし患者数がくるったり、日当円が下がれば赤字になってしまいます。

その他では救急医療の底上げ、回復・リハビリ病棟の整備、救急医療のコーディネートシステム、これは県レベルの救命救急センターにコーディネイトセンターを置き、当面はオーバーナイトベッドも置くものです。この県の救命救急センターも、医業利益レベルではものすごい赤字です。

以上が千葉の計画です。

修センターの整備、救急・周産期・感染症専門医養成寄附講座などが挙げられています。他に奨学金では千葉は7人ですが宮城は10人です。これは国立大学が20万、私立大学が30万円ということで、民医連の奨学金は5万円ほどですから、お金ではとても太刀打ちできません。

全県的な救急対策としては、宮城県では退院コーディネートを進めるということで、各病院にMSWを配置する形での援助です。またここにはドクターヘリがないのですが、検討するという意味での予算が200万円です。目玉はどうも周産期・小児対策で、仙台日赤と県立子ども病院を整備するようです。

その他、ガン・新型インフルエンザ対策や医師労働環境整備、医療機関ネットワーク等々を詰め込んだ寄せ集めのプランという印象を受けます。ただし東北大学の地域病院と連携した医師養成対策には歴史があるので、これは機能するかという気がします。

2. 宮城県の計画

宮城県はC県北、D県南の2つの計画が出されています。

県北の登米医療圏が最も医師不足で、夜間救急体制や周産期医療体制の確保が困難になりました。この解決策として、救急については3医療圏（大崎・栗原・登米）をまとめ3次救急は大崎市民病院に集中、登米では亜急性期・回復期・在宅を整備するという計画になったということです。これは集約化ということで、病院の診療所化、地域医療の縮小再編成に進行しそうです。具体的な計画をみると米谷病院の診療所化、登米診療所の新設、上沼診療所新設、よねやま病院に人工透析集約化などです。

全県的な計画では、東北大学と連携した医師確保対策で、宮城県医師育成機構の設置や地域医療研

宮城県における地域医療再生計画の計画対象地域



出典：「地域医療再生計画」平成22年
1月8日、宮城県

Dの県南には、みやぎ県南中核病院と公立刈田総合病院という2つの大きな病院があり、2つあるのは非効率というよくわからない話で、結局はみやぎ県南に救命救急センターを作るのがポイントです。刈田総合病院は2次救急の整備で女性の当直室を作るなど、ほかに救命センターを置くからというのでいろいろなものを代償につけたのかと思ってしまいます。

面白いと思うのは、民間のスズキ記念病院（日本で初めて不妊治療を始めたところ）にお金を出すなどというのがあります。

3. 千葉・宮城など各県比較から見えるもの

まとめると地域医療再生計画はほとんど半年間くらいしか検討期間がなく、住民の声を反映させるということはどこでも殆ど行われていない。そのなかで香取・海匠の患者・行政の協働というのは、課題が旭中央病院への患者集中の排除という分かりやすいものでもあります、注目する点かと思われれます。先程も言ったように九十九里医療

センターの運営は難しい。県がバックアップするのが当然ではないでしょうか。東金病院は1953年医療過疎に対する対策として千葉県で最初につくられた県立病院ということです（注1）。その意義はいささかも失われていません。

地域医療の再生は、4～5年という短期間でできるようなものでもそもそもありません。その意味で期限を区切ったこの計画は現在の危機を抜本的に解消するものにはなりません。また、Cの宮城北のように医療機関の縮小再編成を促進するような住民利益にならない部分も見受けられます。

しかし、とくに医師養成など人に関わる部分について、千葉・宮城ともに事業期間後にもその多くを県の単独事業として継続する意向を示しています。その意味で、一定の改善効果は期待されます。今後はどのように計画の実施に際して住民・医療現場の声を反映させていくか、であろうと思われれます。

なお地域医療再生計画の問題に関連はしますが、直接ではない問題として県立病院の経営問題について、資料が入手できたので「2008年度県別病院事業会計構成比率比較」表をつくってみました。

2008年度県別病院事業会計構成比率比較（事業収益100比）

| 県名 (病床数) | 岩手 (5,676) | 青森 (1,055) | 宮城 (928) | 秋田 (432) | 山形 (1,761) | 福島 (955) | 新潟 (3,761) | 千葉 (1,346) | 民医連 (26,407) |
|-------------|---------------|---------------|-------------|-------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-----------------|
| 入院 | 64.8 | 74.5 | 78.0 | 70.9 | 65.3 | 62.4 | 65.9 | 70.2 | 46.0 |
| 外来 | 27.8 | 22.3 | 28.8 | 23.7 | 24.1 | 26.0 | 29.8 | 28.4 | 35.8 |
| その他 | 7.4 | 3.2 | 1.2 | 5.4 | 10.6 | 11.6 | 4.3 | 1.4 | 18.2 |
| 他繰入 | 17.8 | 13.6 | 35.5 | 71.3 | 21.6 | 47.2 | 19.5 | 34.6 | 0 |
| 人件費 | 63.9 | 52.6 | 73.8 | 87.5 | 65.7 | 98.6 | 65.2 | 70.0 | 62.2 |
| 材料費 | 27.1 | 34.7 | 28.3 | 22.8 | 25.0 | 22.1 | 27.6 | 32.4 | 16.9 |
| 経費 | 14.6 | 17.0 | 24.7 | 31.5 | 18.6 | 23.7 | 15.3 | 21.3 | 15.6 |
| 減償費 | 4.5 | 6.6 | 6.8 | 21.2 | 2.5 | 15.3 | 8.8 | 9.3 | 4.5 |
| 医外費 | 9.0 | 5.3 | 7.8 | 11.3 | 6.3 | 5.5 | 4.9 | 6.7 | 1.4 |
| (利息) | 5.0 | 0.7 | 4.5 | 7.4 | 2.3 | 2.9 | 3.4 | 2.5 | 1.0 |
| 利益 | -3.7 | -3.5 | -4.4 | -1.6 | -2.9 | -26.9 | -4.6 | -4.6 | +0.7 |

(岩手県議会事務局平成20年度企業会計決算審議資料と同年度千葉県病院事業報告書より、八田作成)

コメント

- 1、その他収益が殆ど無いのは介護・保健予防などが県立病院の事業からは外れているからであろう。
- 2、他会計からの繰り入れは重大なレベルにあり、それがあってもなお赤字であるというのは、国民には理解しがたいことであろう。
- 3、秋田・福島は建設直後と思われる。一般に公立病院の減価償却費は高い傾向を示すか？
- 4、以前にも指摘したことがあるが、材料費・経費の水準は無管理であることの証明であろう。自治体病院に医薬分業が少ない理由はなにか？

* 医療の視点から、疾患別に見てシビルミニマムの目標、例えば脳卒中の場合や心筋梗塞の場合、〇〇分以内に必要な検査と治療を受けることができるというような。それが医療圏設定の「限界」になる？

* 自治体病院が不採算医療を行なうことを任務とする場合、それが許される範囲、例えば感染症対策のための病床確保、災害時医療のための体制 etc、これらはあきらかにすることは出来ないであろうか？（部門別損益計算？）

これは事業収益（医業収益）を100とした場合の各勘定科目の比率を並べたものです。以前にも発表したことがあります、同じ傾向です。今回は医業利益に注目しました。というのは、県立病院の場合、他会計からの繰入が極端に大きな比重を占めていて、最後に計上される利益をみただけでは、経営実態の判断ができません。また繰入金が多ければ、一応国の基準がありますが県の判断で決められる部分が多い。千葉の場合は県が処分する予定の3病院だけ赤字で表示、残りは黒字で表示されています。医業利益はマイナス30%になるのに40%以上の繰入をしているから黒字ということもあるのです。

他会計からの繰入金は重大なレベルにあり、最低で医業収益比13.6%最高で71.3%、千葉と東北新潟の8県平均では32.6%になります。それでもなお赤字であるというのは国民には理解しがたいのではないのでしょうか。

秋田・福島は建設直後と思われるのですが、全体として県立病院の減価償却費は高めです。従って、医業外経費の多くを占める企業債などの利息が多く負担になっています。

民医連の同じ年度と比較して言えることは、赤字の最大の原因は材料費と経費です。例えば、青森県の人件費率は民医連より低くなっています。同じことが千葉でもあって、千葉のがんセンターの人件費率は55%であり、千葉勤医協より8%ほど低い。にもかかわらず赤字であるのは、民医連との違いは材料費・経費の違いしかありません。

県立病院の赤字問題は、端的に言えば管理問題です。例えば青森で5%材料費率を下げれば利益が黒字になり、9%下げれば繰入金はいらなくなるのです。

自治体病院の経営問題が論じられるとき、人件費にばかり目が向けられ、管理問題にあまり目が向けられないのは、なぜでしょうか。

今後の検討課題ですが、地域医療圏の設定や再生計画を考えるのに、医療上の必要性から地域の枠の限定、必要な施設を決定するのが本来ではないかと思われます。例えば脳卒中で脳外科の手術適用になったらどのくらいの時間のうちに、ということとは言えることなのではないか。心筋梗塞で

も救急搬入されて治療されるまでの適切な時間が言えるのではないか。医学、医療の必要性から30分以内に医療を受ける必要があるといった、医療におけるシビルミニマム、最低限ここまでではないか。の掲げることが求められているのではないか。

もう一つ、自治体病院の存在意義は一言で言えば不採算医療を行うことである、と言い切っているとおもいます。不採算部分は他会計からの繰入金でカバーされるが、それはどのくらいが相応するかを、官僚が定めた基準でよしとするのではなく、より広い国民・県民の合意によって定められるべきではないか。例えば感染症の病床の確保、救急医療センターのための体制の確保など、いくつかそういうことが出てくるのではないか。それが自治体病院の他会計からの繰入限度として設定されるべきではないか、厳しい話になるが、そうでないと国民は納得しないのではないか、と思われま

す。
（注1）民医連医療 No450平山愛山「地域の力で地域の病院を再生しよう」

（はった ふさゆき、千葉勤労者福社会理事長、研究所理事）

〈ディスカッション〉

A 宮城県の補足をします。実は宮城は県南・県北の2箇所から両方100億円申請して、いずれも25億円でした。各県の申請が厚労省のサイトで確認できます。

また宮城県と岩手県で比較してみると、総務省の公的病院改革ガイドラインについて、岩手県立病院はすでに公営企業法の全部摘要をしているので、独立行政法人化などの検討はしないと明記しています。あくまで県立としているのです。岩手県の場合8医療圏を設定し、各医療圏で基幹病院に県立を置くようにしています。結核病床は8医療圏に115床、感染症病床を7医療圏に24床です。これに対し、宮城県の場合は、結核病床は日赤が閉鎖したので県立病院ただ1か所だけになってしまいました。つまり、県立病院がきちんとある場所とそうでない場所の差がはっきり出てきてしまっている。また岩手県は無床診療所化を4地区く

らに進めているのです。ただしそこでは地域医療懇談会を一これは従来もあったようですが一重視して、地域住民と県行政の連携を作っていくのだという姿勢で、予算化しています。そういう状況を見ると県の医療局が全県を見渡して県の責任で医療を構築しようとする姿勢が宮城県と比較するとはっきり出ている感じです。

また一人あたり老人医療費は岩手県は全国で45位、宮城は34位、千葉県は41位です。人口10万人対の保健師数は岩手県46人、これに対し千葉県は26人です。全国平均よりも低い。看護師の数も千葉県は岩手県の半分です。これは人口対比で病院数が少ないということなのでしょうか？

B そうです。人口対比のベッド数が少ない。

A 救急告知病院を対10万人で見ると岩手県は21位、千葉県は45位、救急車数を対10万人で見ると岩手は8位で千葉は38位、救急車出動数が人口1千人対で千葉は7位、岩手は43位なんですね。これは救急医療センターが少ないのも関係するのかなという感じです。全体として千葉県は医療のインフラ構築が遅れている印象ですね。

B 非常に遅れています。関東の中でも、埼玉と同じ程度に遅れているのです。埼玉、千葉、茨城は医療関係では全国で下の方を争っています。人口の急増ピークは収まって、今は急激な高齢化が問題なのです。今までは人口が若かったから少ない医療機関でも対応できたのですが、高齢化に対応できなくなってきた。団地全体が高齢化した、いわゆる千葉都民が高齢化してきたのです。

C 「2008年度県別病院事業会計構成比率比較」を面白く拝見しましたが、民医連の「その他18.2」とあるのは、これは何でしょうか。

B 介護事業収益や健診などです。民医連はこの比率が大きいのです。福島、山形が少しありますが、他の所は介護や予防はあまりやらないですね。

A とくに公立病院はやりませんね。

C ある大学病院の運営会議に出席していますが、経営面での努力を重ねて、いまでは民間病院なみに材料費や人件費を抑えています。自治体病院ではなぜ経営の改革が進まないのでしょうか。

B 事務長が2年交替では出来るわけがありません。

A 大学は、独立行政法人になるときに赤字を出さない、とずいぶんやりましたからね。

B その意味では「独立行政法人化」と流行るのは、分かります。

C それこそ、やれることは何でもやるという勢いで、5年間くらいはものすごかったのです。先生もみんな診療に時間を取られ、研究時間を作るのに苦心しています。最近では、大学病院が経営を追求するのは果たしてどうなのか、という論点すら提起されました。対して、自治体病院の場合は、制度的にマネジメントが難しいという問題があるのですね。

A 大学病院も独立行政法人化のため経営を重視せざるを得なくなり、臨床の強い医者を地方から大学へ引き上げた、というところから始まりますね。

C 確かに大学病院では手術を猛烈に行い、入院日当円価は先ほどより大きい、確か6万円台になりました。しかし外来日当円価が1万円というのは、難しいのではないかと思います。

A 先ほど指摘のあった管理運営の問題で、宮城県の県立病院に対して、ある会計検査法人が監査した報告書を見ると、本当にずさんだと分かりますね。未収金が多く、未収金リストもないと書いてありました。

B 確かに未収金が5千万円もあって、一人あたりの台帳がないのはひどい話ですね。

A 宮城県は未収金対策で、外部の集金会社に委

託して強圧的な集金に入っています。

B 経営的な視点で言えば、未収金にそんなにエネルギーを注ぐくらいなら、薬と経費、外注委託などの癒着を断ち切って、きちんとする方がずっと効果があります。例えば、薬剤師さんが協力して保険薬局をつくったらどうでしょうか。なぜ保険薬局をやらないのだろうか。

D 保険薬局は民間に、という意識なんだろうね。

E ヨーロッパは薬局が協同組合というのはとても多いのです。それはそういう理由なんですか。

A 今度の再生計画の5年後はどのようなのでしょうか。たとえば奨学金は継続できるのか。

B 単独計画で奨学金は続行するとなっていましたよ。たいして人数が多くないですから。

A この時限立法で、地域医療再生はどこまで効果があると言えるのでしょうか。

B いくらかは効果があるのではないのでしょうか。奨学金を増やす、ネットワーク作り、寄附講座などは継続事業になっています。これら人に関わる部分は継続事業になっていますから、そういうスタートをさせたという点で一定の効果と見ていいと思います。また千葉の救急オーバーベッドなども救急センターから自治体病院に広げていくというのですから、そこそこ効果があるでしょう。いくつかのいいことは出てきますが、基本は地域に必要な医者がいるか、ですから、その見通しはこれではまったくたちませんね。

A 県の地域医療への行政的指導力、政策的な指導力が強化されるということはどのくらい期待できるでしょうか。

B 私はあまり期待できないと思います。なぜなら発想が違いますから。いかに25億円のお金をもらうかということであって、お金の使い方が箱物

をどう組み立てるかですから。例えば周産期センターを作ります、救急救命センターを作りますといったことに効果的ではあるでしょう。建物は作れるでしょう。そういうことの促進にはなる。

A 国の再生計画の基本的方針を見ても、センター病院作りに重点をおいていますからね。どこの責任でどのように運営していくのかがなく、県の責任が非常に曖昧にされています。

B ないよりまし、ということですが、危機はしばらく続くでしょう。逆に宮城県の県北の構想はかなり危険ですよ。

A すでに登米地区というのは3市4町が合併し公立病院を無床診療所化し、いちばん経営的に良かった米谷病院、訪問看護を一生懸命やっていたのに評価せずベッド縮小し、とやったのです。佐沼病院を基幹病院とし、もっとも歴史のある登米病院も無床診療所化しました。地域住民の反発は強いのです。その中で登米地区の医療圏構想を東北大学も入れて議論されていたのですが、その過程で「500床規模の病院を作らないと医者は来ない」と議論をしている。人口はせいぜい十何万人ですから、成り立たない。それで隣の大崎医療圏を合併しようかという、とんでもない逆立ちした議論になっている。それはさすがに最終的には医療圏構想から外れました。そのうち今度の再生計画が出たので、形を作るために隣接圏の大崎圏、栗駒圏との協力などといった。これは宮城県の半分くらいを占める大きさになるのです。

B 広大ですね。気仙沼がなぜ入らないのか、くらいになりますね。住民サイドからすれば、満足のいく医療を受けられるものではありません。

A 大崎圏についても、もとは合併して古川市から大崎市になり、その過程で3つの公立病院があったのを合併しても残すといったのに無床診療所化しようとした（鹿島台、岩手山、鳴子）。しかし住民の反対で未だ無床化はできていません。この場合、保守勢力、古くから町を支えてきた人々が頑張りますね。個別課題では効果があるかもし

れないが、医療圏をある意味ではゆがめる可能性もありますね。

県南については、刈田総合と県南中核は組合病院です。県立ではありません。刈田は無理して新しい病院を作りましたがとんでもない赤字になりました。どちらも新しい病院なのにまた合併しようとする、計画性のない、県のイニシアティブがないのですね。

B 県が運営責任をとらない立場でイニシアティブをとろうとして酷いことにしてしまったのが、千葉県の山武・長生・夷隅地域ですね。銚子市立も同じなんです。県が介入し、知事が公設民営化しなさいと言い出したのを、市長がそのまま医局

に言ってしまったので話が違う、辞めるとなってしまった。その前までなんとか再建しようと言うことであったようですが。

A だからやはり運営も建物も県立病院にします、というべきなんです。岩手県はある意味評価するべきではないか。

B 岩手のほかに、経費の数字からみると山形、青森などもそうです。これらは普通な水準ではないでしょうか。薬や材料はダメだけれど。岩手は医療利用組合からの歴史がありますからね。

(2010年7月23日実施)

単行本案内

◎ 「医療難民」「健康格差」はなぜ生じるか どう克服するか
『日本の医療はどこへいく 「医療構造改革」と非営利・協同』
角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

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



目次

はじめに

序章 無保険、無医村の時代から現代に

第1章 医療保障と非営利・協同

第2章 日本の医療供給体制の現状と今後

第3章 2006年「医療改革」の行く末

第4章 高齢社会の実態、医療・介護における格差の広がり

第5章 米国の格差医療と非営利組織の役割

第6章 ヨーロッパの医療制度改革と非営利・協同セクター

おわりに

参考文献

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

◎ 「崩壊」の構造を変える 『日本の医療はどこへいく』第2弾！
『地域医療再生の力』
中川雄一郎監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

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



目次

はじめに

第1章 自治体病院はどこへ行く

第2章 京都における医療機関の動向から地域医療の再生を考える

第3章 東京における開業医と住民運動の連携

第4章 佐久総合病院と地域医療

第5章 明日の見えない医療経営—経営論点と処方箋

結びにかえて——地域医療と「非営利・協同」

中川雄一郎
村口 至
吉中丈志
前沢淑子
石塚秀雄
坂根利幸
杉本貴志

11 健康と社会保障

野村 拓

51. 戦勝国と戦敗国

— 踏みにじられた途上国 —

社会福祉と医療政策という視点で第2次世界大戦を総括すれば、どんなことになるだろうか。際立っているのは、戦勝国の復員兵対策と関連して発展したイギリスのビバリッジ・プランからナショナル・ヘルス・サービス (NHS, 1947) へのバージョンである。

戦いに勝っても、戦争が終結すれば、動員された「大兵力」はそっくり失業者に転化するわけだが、ただの失業者ではなく、戦勝に対する論功行賞を求める気分を持った失業者である。NHS やイギリス戦後の社会保障政策は、このような文脈でとらえるべきだろう。

アメリカの場合は、戦後の冷戦体制や、各国に占領軍、駐留軍を送り込む政策によって、爆発的な「失業」が緩和されたこともあって、特に社会保障的施策はなされなかった (ニューディール政策の統編的なものはあったが)。

こと医療に関して、第2次大戦が生んだものといえば、46話、47話で述べたように、ペニシリンの量産体制、軍用ディスプレイ注射器、短期大量養成の看護職員の後始末というべき「正看、准看、助手」の三層構造、それから怪しげな医療経済学者ぐらいである。

では戦敗国、日本はどうであったか。「戦争にまけたのだから」ということで、復員軍人には一切手をさしのべなかった。だから、戦後のヤミ屋や米の担ぎ屋には復員軍人が多かった。ただし、戦争の副産物といえるものもある。戦争遂行のために整備された陸海軍病院、傷痍軍人療養所、日

本医療団結核療養所などは戦後、「国立病院・療養所」に生まれ変わり、戦前にはなかった「国立病院」というカテゴリーが登場することとなった。

また、国民の3分の2近くが、なんらかの公的健康保険制度に加入し、医師の8割近くが保険医として登録されていたことは、戦後來日したアメリカ社会保障調査団 (ワンデル調査団) を驚かせたが、これが1961年からの国民皆保険の下地となった。戦争による経済的打撃は大きかったが、戦後の、軍備に金を使わないシステムは経済復興を早めたともいえる。

しかし、戦勝国と戦敗国だけを視野に入れた第2次大戦の総括は許されない。戦いの場にされ、踏みにじられた国のひとつにとつて第2次大戦とはなんであったかが無視されてしまうからである。いわゆる「戦史」作家たちには、途上国を舞台装置か芝居の「馬の足」ぐらいにしか考えない人が多い。

『日本戦時帝国, 1931-1945』

☆Peter Duus 他編: The Japanese Wartime Empire, 1931-1945. (2010, 初版は1996) Princeton Univ. Press.

は、丁度「15年戦争」びったりの時代をとりあげた本だが、『朝日年鑑』(1943) や実業之日本社の『世界年鑑』(1939) から、戦時中、日本の支配下におかれた人民の数を、3.89億から4.39億人と推算している。それだけではない。途上国に戦争の火種を蒔く勢力、軍・産複合体の登場も第2次大戦の産物といえる。

『かくも長き戦争—第2次大戦後のアメリカ国家安全保障政策の新歴史』

☆Andrew J. Bacevich 編: The Long War—A New History of U.S. National Security Policy since

World War II. (2007) Columbia Univ. Press.
 の「かくも長き戦争」とは、戦争を常態化することによって生き続ける軍・産複合体の存在から読み取るべき言葉である。

52. 占領と被占領

—医療・福祉行政では—

第2次世界大戦中、オランダを占領したナチ・ドイツは、そこでビスマルク型の医療保険を試みたと言われる。医療・福祉行政という視点に立てば、占領・被占領とはどういうことだろうか。占領軍が母国の制度をそのまま持ち込もうとするのか、あるいは母国でやれなかったことを実験してみようとするのか、そのどちらでもなく、クールに占領の障害となりそうなものを最小限の費用で除去しようとするのか（例えば、占領の障害となる発疹チフスの蔓延をDDTの大量散布で防ぐ）。この他に、被占領国を冷戦構造のハザマとしてとらえる視点も必要だろう。これらの点については『落とし穴か治療薬か—米軍の対日占領政策のアイロニー』

☆Yoneyuki Sugita: Pitfall or Panacea—The Irony of US Power in Occupied Japan, 1945–1952.

(2003) Routledge.

が出されているし、新鋭研究者たちによる原資料にもとづく研究も展開されている。

日本占領中における医療・福祉行政の元締めはSCAP・PHW（連合軍最高司令部・公衆衛生福祉部）であり、PHWはPublic Health & Welfareであるが、Public Health（公衆衛生）については、アメリカが母国にヒナ型とすべき公衆衛

生制度を持っていたわけではない。持っていたのは大量のDDTぐらいである。DDTを撒き終わって、占領の障害となる発疹チフスを退治したところで、さてなにをなすべきかを考え始めた時期、1950年2月に阪大医学部で開かれたのが「南日本公衆衛生会議」で、PHW関係の占領軍スタッフはオールスターで参加している。日本側は「西日本」のつもりであったのに、「日本は南北に長いものだから南日本としなさい」と言われてそうしたのだらう。ただし、冒頭の厚生省公衆衛生局長あいさつでは「西日本」となっている。占領軍とはまさにこのようなものである。

Welfare（福祉）にいたっては、母国アメリカにはチャリティぐらいしかなかったから、ビジョンの立てようがなかったのではないか。ただし、ルーズベルトのニューディール政策にかかわったスタッフもいたことだから、社会保障上、なにがしかの理論的寄与はあったかもしれない。

イギリスは日本占領には短期間、部分的にかかわっただけだが、ビバリッジ・プランからNHSにいたる一連の政策は、厚生省の若手官僚や一部の公衆衛生学者に根強い影響を与えた。

『イギリスの社会政策—1945年から現在まで』

☆Howard Glennerster: British Social Policy—1945 to the Present. (2007) Blackwell.

The Family Estimated Demand For Expenditure concerning the Social Statistics in 1949 Fiscal Year
 昭和24年度厚生省所管統計調査関係予算確定要求額

昭和24年11月2日統計調査部指導課調査係 呈
 統計調査部

| 区 分 | 子 目 | Demanded Amount for items | 備 考 |
|---|---|---------------------------|-------------|
| (1)厚生統計の運営材料に要する経費 (統計調査部) | Expense necessary for preparing welfare statistics | 274,759,538 | |
| Personnel | 人件費 | 62,786,731 | |
| Traveling cost | 旅費 | 1,507,968 | |
| Supplies and gifts | 費 supplies and gifts | 1,284,291,29 | |
| Tabulation allowance for tabulation of nutrition survey | 調査費 allowances for tabulation of nutrition survey | 1,000,000 | |
| Expense for consignation of tabulation | 費 expense for consignation of tabulation | 510,400 | |
| Grant to the Survey of Social Security | 社会保険調査交付金 grant to the Survey of Social Security | 510,400 | |
| Method of survey of medical insurance payment | (益款人別式医療報酬支拂方法調査費) the survey of methods of medical insurance payment | 1,339,000 | |
| Traveling expense for officials | 旅費 expense for traveling of officials | 498,070 | Capital fee |
| Consignation of tabulation | 役務費 consignation of tabulation | | Capitation |

〈図〉 占領軍提出用予算書の和文英訳用下書き (1949)

などは前述の視点で読むべき本である。そして当時、若手官僚が強い関心を持った診療報酬の「人頭定額制」(capitation fee)については、〈図〉のような興味深い資料がある。

これは1949年段階における厚生省大臣官房統計調査部の次年度予算書の和文英訳作業中の資料だが、「登録人頭式診療報酬支払方法調査費」の項があり、capitation という当時なじみのなかった言葉が書き込まれている。これは厚生省若手官僚のNHSへの関心度の高さを示すものと言えよう。

53. 社会保障時代への入口

—1950年勧告—

第2次世界大戦で敗れたナチズム、ファシズムなどの全体主義国家群が、いずれも社会保障というに値する制度をもっていなかったことから、戦後、社会保障は「国家の健全性」のモノサシとする見方が有力化した。つまり、人権が守られず、社会保障が整備されない国は国家として不健全であり、国際的にも危険国家である、社会保障を充実させることが国家としての健全性につながるという見方である。

その意味では、戦前の日本には「社会保障」という言葉も「社会福祉」という言葉もなかった。国家に対する国民の義務はあっても、国民の権利はないも同然の状態だったからである。

日本国憲法第25条には、国民に「最低限の文化的な生活」を保障するための国の責任として「社会福祉」「社会保障」「公衆衛生」を充実させることが挙げられているが、これらのうち「社会福祉」と「社会保障」は戦後はじめて登場する言葉であり、「公衆衛生」という言葉も組織、機関の名称としては戦前社会にはほとんど存在しなかった。わずかな例外は「公衆衛生院」であるが、これは1938年にロックフェラー財団の全額寄付によってつくられた機関であり、戦後、歴史的事情を知らぬ人が増えてから「国立公衆衛生院」と改称された(現在は「国立保健医療科学院」)。他に言葉としての「公衆衛生」であれば、「大日本私立衛生会」の機関誌(1883年創刊)が昭和初期から「大日本私立衛生会機関雑誌・公衆衛生」と改称した

が、どういうわけか表紙にはフランス語の公衆衛生(Hygiène Publique)が印刷されていた。要するに、国の施策や理念としての「公衆衛生」は存在しなかったわけである。

この3つのキーワードのうち、もっとも国民的運動と結びつきやすいテーマは「社会保障」であり、労働者や国民の要求をある程度、反映させた形で、1950年に「社会保障制度審議会・勧告」が出されたが、このときの関連資料には興味深いものが多い。

例えば、「各国社会保障制度経費」という統計表は、「日本」「英本国」「米国」「ソ連」の4カ国について、1949、1950両年度における社会保障費、広義社会保障費、一般会計総額を比較したためずらしいものである。

また、国別の社会保障関係年表もなかなかの力作であり、古代ローマ、中世からはじまり、前記4カ国の他に、フランス、オーストリア、ハンガリー、デンマーク、ベルギー、ノルウェー、フィンランド、イタリア、ニュージーランド、オランダ、スウェーデン、ルクセンブルグなどが随時登場し、戦後になると、グアテマラ、コロンビア、アルゼンチン、ドミニカ、エルサルバドルなどもとりあげられている。

レッドパージから朝鮮戦争という激動の中でうまれた「勧告」であるが、激動とのかかわりにおいて、腰を据えて社会保障と取り組むべき時代の入口にさしかかったと言える。

54. WHOの「健康」の定義

—公権力、二度目の反省?—

戦争に対する公権力の反省という視点に立てば、第1次世界大戦は国際連盟とILOを生み、第2次世界大戦は国際連合とWHOを生んだといえよう。

第1次大戦は先進工業国間の戦争であったが故に、その起因として、工業製品の輸出競争から資本の投下先を奪い合う競争にいたるまで一連の労働者の搾取競争があったと考えるべきではないか、という反省が生まれた。しかも、競争の結果としての戦争で死ぬのは主として労働者階級という不

条理こそ是正されるべき、という反省である。

その後、公権力はきれいに反省を忘れて第2次大戦ということになるが、これは（資源、植民地を）「持てる国」（英、米、仏、蘭など）に対して「持たざる国」（日、独、伊など）が仕掛けた戦争という性格を持ち、世界じゅうをまきこみ、世界じゅうに惨禍をもたらした戦争であった。そこで暮らしている人たちの生活にはおかまいなしに、その人たちが生活している国をまるごと取り合う戦争でもあった。

戦争に利害関係を持たずに平和で暮らしていた人たちの生活を巻きこんで破壊する戦争であっただけに労働条件云々よりは、はるかに広汎で共通な理念—いいかえれば、死亡、傷病、障害、貧困などの対極にある理念がもとめられたのである。そして、その共通の理念がWHOの「健康」の定義と考えることができる。

しかし、この定義の誕生はなかなかの難産であった。

『いかなる生活を—医療進歩の限界』

☆Daniel Callahan: What Kind of Life—The Limits of Medical Progress. (1994) Georgetown Univ. Press.

によれば、1946年春のWHO技術予備委員会で、健康の定義をめぐって、各国委員から次のような発言がなされた。ユーゴスラビアの委員は「健康は欠乏からの解放、社会保障と幸福の前提」と主張し、フランスの委員は「健康なくして、いかなる物質的保障も社会保障も個人や国家の存在もありえない……自由な人間の全的な責任は健康な個人によってのみ遂行される」と、いささかブルジョア革命的であった。イギリス代表の発言は「世界は病んでおり…」という冒頭句に始まり、疲れ果てた戦勝国という感じだが、アメリカの委員は「健康に関する国際連携は生活水準を上げ、世界のすべての人たちの自由と尊厳と幸福を推進するだろう」と、戦後世界におけるリーダーシップをにおわす発言を行っている。このような発言の集約として生まれたWHOの「健康」の定義は、健康の大前提としての平和、健康の障害物としての貧困を明らかにしたのものとして、交戦国の荒廃、破壊された途上国のさらなる貧困に立ち向かう原理とされたのである。

55. その後のABC兵器

—冷戦からイラク戦争まで—

第1次世界大戦に毒ガスという化学兵器（C兵器）が登場し、ほぼ同時期から生物兵器（B兵器）の開発が各国で進められた。そしてA兵器（原子爆弾）によって、第2次世界大戦に終止符が打たれた（原爆がすべてではないが）。

『原子爆弾—その生い立ち』

☆Gerard J. DeGroot: The Bomb—A Life. (2005) Harvard Univ. Press.

の冒頭部分には、いつから非戦闘員や市民の殺傷を正当化する論理が生まれたかについての記述があるが、それは第1次大戦当時の空襲による市民、子どもの殺傷だとされている。しかし、当時の複葉機による手投げ爆弾の空襲など、今日の感覚で言えば交通事故程度の規模であり、そのことが大量の市民の殺傷を正当化する論理にはつながりにくい。

日本への原爆使用にゴーサインを出したのはトルーマン大統領だが、この人は今日の発展途上国に対して「低開発国」という呼称を初めて使った人である。非人道的大量殺戮兵器の使用を正当化する場合、その根底には使用対象に対する差別観が横たわっていることに注意しなければならない。

この差別観は、細菌兵器開発にあたって、中国人などを相手に人体実験を繰り返した731部隊が抱いていた差別観と共通するものである。そして、731部隊を、そのノウハウの入手と引き換えに免責したのは、ほかならぬアメリカの権力者たちであった。彼らは「冷戦時代」の有力兵器として生物兵器に着目していたからである。

では、「冷戦時代」とは、いつからいつまでなのか。この点について諸説をコンパクトにまとめたのが

『冷戦の起源』

☆Caroline Kennedy-Pipe: The Origins of the Cold War. (2007) Palgrave.

で、時期的には1945—1962年とされている。問題は「冷戦時代」に生まれた「生物兵器」が、冷戦時代が終ってもひとり歩きをはじめ、開発者自身がその影におびえはじめたことである。

『生物兵器』

☆Jeanne Guillemin: Biological Weapons. (2005) Columbia Univ. Press.

などが示すように、生物兵器は核兵器開発とは比較にならない小規模で隠密的に開発できるという特徴を持っている。そして、アメリカが敵視・差別視している勢力も、比較的容易に入手する可能性があったことがイラク戦争の口実となった。つまり、みずからが開発した生物兵器や化学兵器の影におびえた形でイラク戦争を始めたわけである。

2001年9月の貿易センタービル爆破事件以後、
『生物・化学兵器対策マニュアル』

☆PDR Guide to Biological and Chemical Warfare Response. (2002) Thomson. (PDRはPhrsician's Desk Referenceの略)

が出され、次に来るものは生物・化学兵器によるテロであることが喧伝され、つぎつぎに同様の出版物が刊行された。主なものを拾えば次のようになる。

『バイオテロリズムと公衆衛生』

☆John G. Bartlett 編: Bioterrorism and Public Health. (2002) Thomson.

『暴力テロ、大量虐殺、戦争』

☆Wolfgang Sofsky: Violence-Terrorism, Genocides, War. (2003) Granta Book.

『生物・化学兵器に対する公衆衛生対策』

☆WHO: Public Health Response to Biological and Chemical Weapons. (2004) WHO.

『大量破壊兵器とテロリズム対策』

☆Joseph A. Cocciardi: Weapons of Mass Destruction and Terrorism Response. (2004) Jones & Bartlett.

『医師のテロ対策ガイド』

☆Michael J. Roy 編: Phrsician's Guide to Terrorist Attack. (2004) Humana Press.

『テロリズムへの医療対策』

☆Daniel C. Keyes 他編: Medical Response to Terrorism. (2005) Lippincott William & Wilkin.

これだけ警戒的呼びかけをおこなってイラクに進攻した結果、生物・化学兵器は見つからなかった。では警戒すべき対象はなんであったのか。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

(事務局より)『文献プロムナード』をウェブサイトに掲載しました

野村拓先生に20回にわたって連載いただいた『文献プロムナード』を、先生のご快諾をいただいて研究所ウェブサイトに掲載しました。連載後にお書きになった「文献プロムナードへの序」もあります。ぜひご覧下さい。

<http://www.inhcc.org/jp/research/news/nomura/index.html>

医療ツーリズムの概観と問題点

吉中 丈志

はじめに

医療ツーリズムが各種メディアで取り上げられている。2010年6月になって医療産業研究会報告書¹⁾や行政刷新会議の規制・制度改革に関する分科会の報告書²⁾が相次いで出され、菅内閣が「新成長戦略」³⁾の中で国際医療交流を新たな成長分野のひとつとして押し出したためだ。

一般には医療ツーリズムはなじみが薄い。日本政策投資銀行のレポート⁴⁾「進む医療の国際化—医療ツーリズムの動向」(以下DBJレポート)では、「医療ツーリズムとは、医療を受ける目的で他の国へ渡航することを意味する」と説明している。外国人旅行者を自国へ誘致することをインバウンドと言うが、観光とセットで医療サービスを商品として売り込み外国からサービス購入者(患者など)を呼びこむという意味で使われている。現在では世界50カ国で医療ツーリズムが行われており、医療ツーリスト数は年間600万人程度(2008年)と推定されている。市場規模は2012年に10兆円規模に拡大すると見込まれている。医療ツーリズムは医療サービスの購入者の動きから見た用語であることがよくわかる。これに対応して観光庁はインバウンド医療観光に関する研究会を2010年7月末ですでに4回開催している。一方、日本の医療サービスを国外に輸出することをアウトバウンドと呼び、医療産業研究会報告書(p36)ではこれも重視されている。病院などの医療関連産業の国際展開が多国籍企業並みに盛んになってきていることがこれらの背景にある。

医療サービスが商品として国際市場に登場した歴史は古いが、いよいよ日本も乗り遅れまいと官民挙げて本格的に推進するというのが方針である。読売新聞(2010年7月24日)には、医療ツーリズムについて「現在は検診中心、将来は輸出も検討」という記事が掲載された。現在までマスコミは促進的に取り上げているが、地域振興の糸口ではあ

っても国内患者が後回しにならないよう歯止め措置も必要ではないかとのコメントもついている。

本稿では医療ツーリズムの現状と、一体として進んでいるアウトバウンドについても概観し、問題点についても検討してみることにする。

国際的な広がりを見せる 医療ツーリズム

DBJレポート(図表1)をみると医療ツーリズムが国際的産業となっていることがわかる。

医療ツーリストの7割は最先端の医療サービスを求めて渡航している。自国で受けることができない医療サービスを求めて、発展途上国から先進国をめざすものが多い。京都でも2010年4月にミャンマーの患者が民間病院でカテーテルによる心臓病治療を受けたと報道された。すべて自費診療となるから医療費100万円程度、渡航費用などを含めると数百万円を要したと推定される。これが払える富裕層、特権層だということだ。通常貧困によって平均寿命は短くなり、ミャンマーの平均寿命は54歳(2010年WHO統計)で192カ国中165番目である。ミャンマーの医療に国内で格差があるだろうことは想像に難くないが、医療ツーリズムはそれを著しく拡大する。貧しい病人は医療ツーリストにはなれず、貧しい国内の医療体制は置き去りにされるということだ。

それ以外にも国内の医療サービス待機時間(イギリス、カナダ)などの理由によるものもある。アメリカでは低コストの医療を受けるよう雇用者が従業員に推奨している。これらは先進国から途上国への医療ツーリズムである。渡航臓器移植にもこのパターンがある(後述)。医療はその国の社会・文化的歴史を背負っていることが多いので、医療ツーリズムはさまざまな問題を引き起こす。スイスのチューリッヒ大学病院はアメリカ、カナダからの医療ツアーのうち、急を要しない症例の

図表1 世界の医療ツーリズムの状況



DBJ レポートより引用

場合は治療を行わないという方針を決めた。主な理由は天文学的感謝料の請求にある。周辺諸国と中東、ロシアからの医療ツーリスト（年間3000人）は受け入れるとのことだ⁵⁾。日本でもすでに医療ツーリズムのための通訳養成学校があるが、言語の壁があるため意思疎通も大きな課題だ。インフォームドコンセントにも支障をきたしやすい。継続的な医療管理も問題だろう。

医療ツーリストの最大の受け入れ先はアジアで年間300万人を受け入れている。タイ、シンガポ

ール、インドなどが先頭を切り、韓国、中国が台頭している。医療ツーリズム受け入れ病院にはアメリカで医学教育を受けた医師や医療スタッフを配置するなど、国策により高度医療機器と恵まれた環境を整えている。

バンコク病院はタイの代表的な病院であり医療ツーリズムに力を入れていることで知られているが、図表2のような充実ぶりである。この病院に勤務する仲地省吾医師は「タイの医師は人口10万人当たり42人であり、首都バンコクに集中してい

図表2 バンコク病院概要

| | |
|----------------------|---------------------------|
| 420床（すべて個室） | PETCT を含む CT 装置数台 |
| 外来患者数 2500-3500人/day | MRI 3-Tesra を含む MRI 装置数台 |
| 職員総数 2600人 | ロボットテックによる心臓手術装置 |
| 医師 669人 常勤 407人60% | ガンマナイフ装置 |
| 非常勤267人40% | CT 冠動脈造影 256 slices |
| 米国医師免許保持 10% | 冠動脈カテーテル造影1000例 |
| 英国またはヨーロッパの免許保持者 10% | カテーテル冠動脈形成術300例 |
| 日本医師免許保持者 10人 | 冠動脈バイパス術250例 |
| 看護師 650人 | 電子カルテ化 |
| 通訳 80人（日本語通訳 25人） | 画像検査を含めてほとんどの結果が約1時間後には出る |

仲地省吾医師の情報提供 バンコク病院（タイ）

る。地方には国立の病院が県庁所在地に1か所、20床程度の郡病院（国立）が数か所あるだけ。いくつかの村ごとにある保健衛生所（国立）には医師や看護師は不在である。私立病院は小規模なものが都市部に数か所ある程度」と述べ、国内の医療が置き去りにされていることを指摘している。

アジアで医療ツーリズムが盛んなのは、営利企業として経営を行っている民間病院が多いために事業として取り組む上で抵抗感が少ないことがあげられる。これを国策が強力にバックアップしている。図表3は平均寿命の世界マップである。アジア諸国の平均寿命は決して高くない。そのアジア諸国が先進国や周辺国の富裕層の医療ツーリズムへのサービス提供基地を目指しているのである。医療資源の公平な分配ということを考えれば矛盾の大きさに圧倒される。

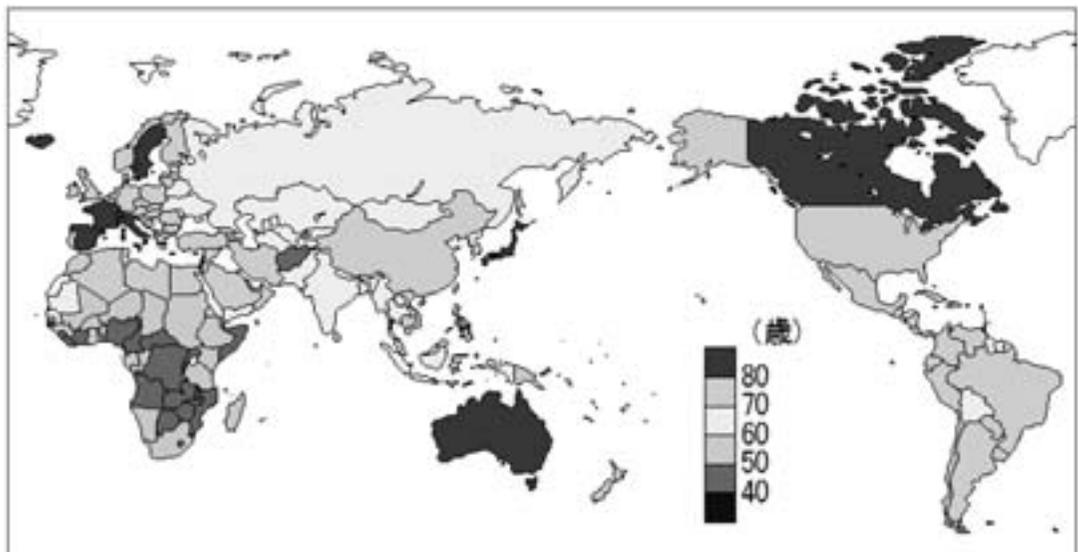
渡航移植と移植ツーリズム

移植医療を受けるためにドナー、レシピエント、移植医療専門家が国境を越えて移動している。わが国ではレシピエントが話題になることが多いがそれは実態の一部だ。移植ツーリズムが盛んな国々では、貧しい人びとが肝臓や腎臓を裕福な国の移植希望者に売却するケースがよく見られる。

スペイン人患者が08年に中国・天津市の病院で、13万5000ユーロ（約1680万円）を支払って肝移植を受けた⁶⁾というような報道が後を絶たない。レシピエントがドナーを同行し、場合によっては移植医も同行するケースも珍しくない。このような移植ツーリズムに対して国際移植学会は2008年に「臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言」⁷⁾を採択し「臓器取引と移植ツーリズムは貧困層や弱者層のドナーを標的にしており、公正、正義、人間の尊厳と尊重といった原則を踏みにじる為、禁止されるべきである」と宣言した。WHO（世界保健機関）でも臓器取引の禁止と移植ツーリズムへの反対を謳う新指針が採決（2010年5月）⁸⁾された。これらは「世界人権宣言」の原則に準拠している。わが国では渡航による移植が制限されるとして国内での臓器移植をより推進できるよう2009年7月に臓器移植法の改正が行われたが、広く移植ツーリズムの問題点が明らかになることはなかった。

国際的な動向を反映して各国で移植ツーリズムを規制する国内法整備が進み始めている。移植ツーリズムの最も盛んな国々のうち中国、フィリピン、パキスタン、エジプト、コロンビアの5か国で臓器の違法取引を規制する法律が制定されたと報じられている⁹⁾。しかし、中国では法が禁じて

図表3 平均寿命世界マップ 2005年



(注)40歳未満の国はない。リベリア、ソマリア、アフガニスタン、北朝鮮はWHO男女平均寿命の単純平均を取った。
(資料)UNDP, 人間開発報告書2007/2008, ただし4か国のみWHO, World Health Statistics 2007

いるにも関わらず2007年7月以後NPOの仲介により日本人17人が中国広州市の軍関係の病院で移植した(朝日新聞2009年)、金沢大病院の医師が仲介業者から依頼されあて先を特定しない紹介状を渡していた(共同通信2010年)、などの記事が絶えない。法をすり抜けて日本人が移植を受けたことも衝撃だが、臓器売買の可能性まで問題視されているのだ。

イスタンブール宣言では、渡航移植と移植ツーリズムを区別している。渡航移植は、臓器そのもの、ドナー、レシピエント、または移植医療の専門家が、臓器移植の目的のために国境を越えて移動することをいう。移植のための渡航に臓器取引や移植商業主義の要素が含まれたり、外国からの患者への臓器移植に用いられる資源(臓器、専門家、移植施設)のために自国民の移植医療の機会が減少したりする場合には移植ツーリズムと呼ばれる。医療ツーリズムに対する観点を提供してくれるものだ。しかし両者の区別はそれほど明らかではないのが実際だ。渡航移植について情報提供する海外臓器移植119¹⁰⁾のサイトを見ても渡航移植希望者に特にこの点で留意するよう求めている。

黒瀬勉氏(大阪市立大学)はドイツ、イスラエル、トルコの臓器売買による腎移植の実態と移植医師らによる臓器売買合法化論を紹介している¹¹⁾。臓器を完全な商品とみなして市場原理に委ねることが最も人道的であるという驚くべき主張がなされてきた経緯があるという。人体、人間の完全商品化が開き直って主張されてきたのである。国際移植学会やWHOはこれを否定したというのが現時点での到達点であろう。わが国もすでに渡航移植の連鎖の中にある。推進されている医療ツーリズムは医療の商品化そのものであるから、これらの経緯を振りかえり議論を深めることが重要だと考える。

病院は国際展開をめざす

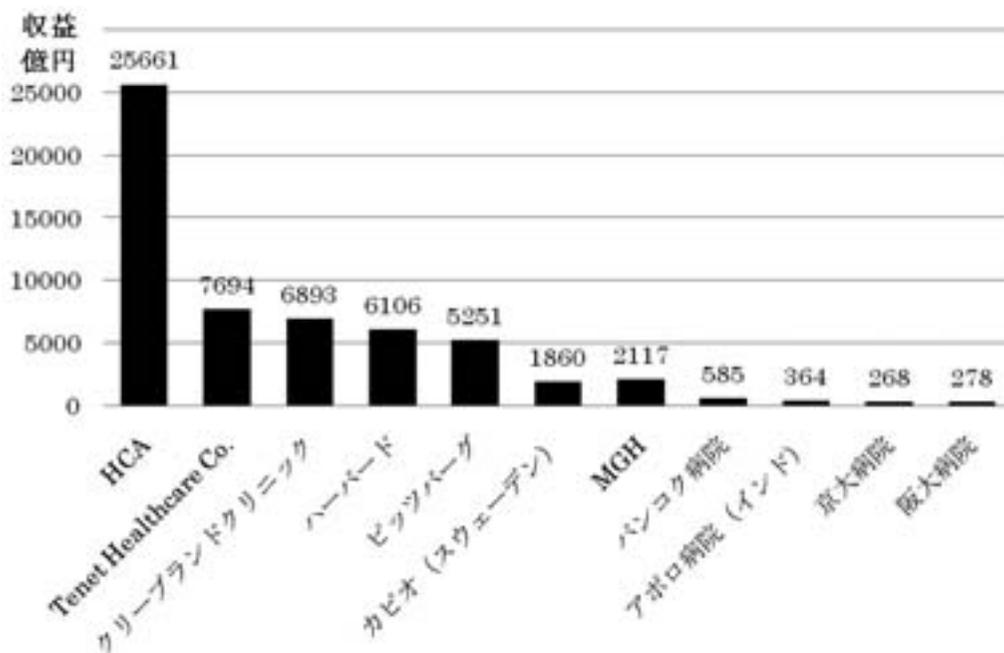
医療産業として国際展開する病院はフランス、スウェーデンなど欧州が先行した感があるが、現在ではアメリカの病院が先頭を切っている。9・11以前、中東の富裕層はハーバード、ピッツバー

グ、メイヨなどの有名医学校(大学)の教育病院で最高水準の医療サービスを受けるために渡米し、アメリカはインバウンド医療ツーリズム大国であった。しかし、9・11以降中東からの渡航制限が厳しくなり、逆にアメリカの病院が中東などへ進出するようになったのだ。アウトバウンドの医療産業海外展開である。得られた収入は医学校(大学)の研究費に充当され、現在では医学校(大学)にとって不可欠の事業となっている。具体的な事例を紹介しよう。クリーブランドクリニックはサウジアラビアのジッダやアラブ首長国連邦のドバイ、ハーバード(マサチューセッツ総合病院など)は医学教育を含むドバイヘルスケアシティ、トーマス・ジェファーソン病院などのフィラデルフィアグループは10億ドルを投じて韓国済州島に教育研究も担う病院建設(2012年)、ジョンズ・ホプキンス大学は当初トルコ、シンガポール、中国、パナマなどと医療や研究の支援協約を結び2006年にアラブ首長国連邦に400床の病院を進出、ヒューストンのメソジスト病院(トルコ、ドバイ)、コーネル大学(カタール)、ピッツバーグ大学(パレルモ、ダブリン)、デューク大学(シンガポール)などである¹²⁾。

DBJレポートではIHN(統合型保健医療ネットワーク)の成功事例としてピッツバーグ大学メディカルセンターが注目されている。ピッツバーグは鉄鋼産業の都市であったが、斜陽化のあと移植医療のメッカとなり医療産業集積地として蘇ったといわれる。CTやMRIの製造販売で有名なジェネラルエレクトリック社(GE)とパートナーシップを組んでいる。非営利病院単独の展開ではなく、多国籍企業の関与があって実現したことに注目する必要がある¹³⁾。こうしたインバウンド、アウトバウンドの国際医療展開はピッツバーグ大学へ潤沢な研究予算をもたらして更に先進医療開発が可能になるという仕組みだ。

これらのIHN(一般的に非営利とされる)の年間収益は図表4のようなになる。アメリカのアウトバウンド展開の主役はIHNで病院株式会社は国内展開だが、事業規模の点では両者に差はないことがわかる。中核になる病院の事業規模をみると京大病院、阪大病院とも300億円に届いておらず日本の病院の薄弱さがよくわかる。

図表4 世界の病院、IHNの収益（2009年）



注)各事業体の2009年度経営報告から作成:アメリカの病院株式会社 HCA(Hospital Corporation of America、全米第1位)、Tenet Healthcare Corporation(全米第2位)MGH(マサチューセッツ総合病院、パートナーズ・ハーバードグループの中心病院)、バンコク病院(タイ)とアポロ病院(インド)はアジアの医療ツーリズムで有名な病院、京大病院、阪大病院は日本の代表的な大規模病院。

わが国における 医療ツーリズム展開の経過

医療ツーリズムは経済産業省が主導してきた。小泉内閣時代の通商白書¹⁴⁾では経済の活性化を目指して日本のサービス分野の拡大を取り上げ、シンガポール、タイの医療サービス業の状況がすでに紹介されている。健康診断の商品化に目をつけて、2009年8月にはサービス・ツーリズム（高度健診医療分野）研究会¹⁵⁾が発足した。研究会のメンバーにはJTB、伊藤忠、野村総研などともに国立がんセンターや大学病院などが名前を連ねている。周辺アレンジ産業の創出や医療機器、医薬品等関連産業の国際競争力向上が打ち出され、経済成長の新たな梃子として医療を活用する政策を進めた。国土交通省・観光庁も歩調を合わせインバウンド医療観光に関する研究会¹⁶⁾が開催されてきた。これにも観光業界とともに国立国際医療センターなどが参加している。日本の場合市場規模は

5000億円（観光とを含んだ額、医療だけだと1600億円）程度と予測され、医療構造改革で疲弊する独立行政法人ナショナルセンターや大学医学部、大規模病院などの医療機関が率先して参加している。医療機関に対する露骨な経済誘導である。経産省はインバウンドだけでなくアウトバウンドも視野に入れていることは既に述べた。日本の病院が産業として海外展開する方向である¹⁷⁾。

厚生労働省の足立信也・厚生労働大臣政務官は医療ツーリズムという言葉は商業主義的イメージが強いため国際医療交流という用語を使うとしているが、医療ツーリズムの推進では経産省などと軌を一にしているのが実態である。人権や非営利性の観点から批判したことはない。「強い経済」（経済産業省）が主導して厚生労働省が補完しているのが現状だ。

医療界では全日本病院協会が積極的に受け入れている。同協会は関心を持つ医療機関及び国際医療サービス支援センターと連携して中国とロシア

を対象にした実証実験をすでに行っている。国立がんセンター中央病院や慶応義塾大学病院など11の医療機関が参加し、まとめ役は経産省から業務委託された野村総合研究所である。実施していくためのさまざまな課題が明らかになったと報告されている¹⁸⁾。

また、地方自治体が率先して医療ツーリズムに取り組んでいる。地域振興策の重要な柱に観光を位置づけ、ヘルスツーリズムという呼称で進められてきたものが多い。全国の都道府県、市町村で急速に広がっている。民主党の掲げる地域主権が後押ししている。事業内容には二つのタイプがある。ひとつは既存医療資源の活用型だ。公私を問わず地元医療機関による健診事業でMRIやCTなど日本で広く普及している高度医療機器を活用するものが多い。徳島県のように糖尿病検査を売り出しているものもある。長崎県や千葉県など県が大学医学部や病院とタイアップして進めている。もうひとつは先端医療と結びつけたものである。神戸市ではポートアイランドに先端医療センター、国際フロンティアメディカルセンター、中央市民病院など高度専門病院を集積する計画が進行中である。先端医療センターが保険外診療を、フロンティアメディカルセンターなどが高度医療を、中央市民病院が通常の保険診療をカバーし、日本の先端医療を世界に発信するメディカルクラスターとしてアジアの医療拠点化を目指すという。神戸大や市商工会議所などで構成する「神戸医療産業都市構想研究会」によると、ポートアイランド内の医療関連企業は現在の200社から15年度には約310社になると見込まれている。静岡県（ファルマバレー）や大阪府（府立成人病センター、大手町病院、国立大阪医療センター：大手町まちづくり検討会）なども同様の動きである。

わが国でも進む海外展開

徳洲会は既に海外展開を行なっている。2006年にブルガリアに総合病院「ソフィア徳田病院」（1016床）を開設し、ブラジルやモザンビークなどで小規模な医療センターを運営している。2010年2月には香港で大型病院の設立を検討していることが報道された。ランタオ島北部の東涌ニュー

タウンで官民共同プロジェクトへの参加を目指しているという。中国本土、フィリピン、アフリカ諸国などでも病院建設を検討している¹⁹⁾。

同様の動きは他にもある。医療法人社団北原脳神経外科病院理事長である北原茂実氏は2009年ブログで「海外進出が我々にもたらすもの」と題して次のように述べている。「当法人は中国を足かりとして、アジアを中心に海外進出の活動を開始しました。具体的な案としては、在留邦人向けの診療所から始まり、大手私立病院との提携、新規リハビリ施設の開設、現地病院への医療コンサルなどです²⁰⁾。

病院の海外展開をサポートする組織や企業もある。国際医療戦略研究センター（埼玉県）は医療機関や医療周辺産業に対して海外戦略に関する知見や実践ノウハウを提供することを目的とするNPOだ。顧問には株式会社インターナショナル・デザイン・ジャパン（以下デ社）の代表取締役が就いている。この会社はタイ・バンコクのインターナショナル・デザイン社と連携し、海外へ医師・歯科医師・獣医や介護福祉職員をリクルートしている。北原氏の文章はデ社のホームページに紹介されている。グローバル化により、上海、シンガポール、バンコク、ペナンなどに数万人規模の日本人が暮らすようになった。年々増大している。2015年のASEAN統合を見据えてアジアの国々はこの医療需要をねらって戦略を組み、日系の病院や歯科医院も進出を始めている。ASEANの新しい経済統合構想では、医療分野の国内優先的な保護扱いの撤廃が協議されていることに注目しておく必要がある。デ社はこれに着目して参入する方向だ。現状をリアルに示していて興味深い²¹⁾。

医療が初めて国外に展開したのは、ローマ帝国の軍隊が診療所を伴って侵略し医療を提供することによって征服地の不満を抑えるといった社会対策に活用したのが始まりと言われる。植民地の成立とともにこのような医療展開は軍事的色彩だけでなく次第に産業的色彩を帯びてくるようになる。十五年戦争の時代、中国に進出した日本の同仁会はその象徴であろう。アウトバウンドの展開は軍事的侵略が企業の国際展開となったということでもある。この場合、産業として利益を生み出すことがより重視されるようになり、政官財一体とな

った展開が強力に推し進められているというのが現在の状況だろう。

医療ツーリズムはなぜ問題か

日本医師会（以下日医）は中川副会長が記者会見で、最大の問題点は「地域医療の崩壊を見越して、公的医療保険に依存しない民間市場を拡大しようとしている」ことだと指摘した。日医の「国民皆保険の崩壊につながりかねない最近の諸問題について—混合診療の全面解禁と医療ツーリズム—」²²⁾（2010年6月9日）は医療ツーリズムについて包括的に論じた数少ない論文である。これを手掛かりにインバウンドにかかわる論点を整理する。

医療と介護には大きな雇用誘発力があり、予算配分を増やすことは成長型社会のために必要な投資である、そのために国民皆保険制度を充実させて公的医療費の範囲を拡充すべきというのが日医の基本認識だ。私的医療費を拡大し公的医療費を抑制する政策は所得による医療格差を引き起こすため反対で、医療を市場原理主義のもとで成長産業に位置付けるべきではないと主張している。社会保障へ予算を配分して雇用を創出しその経済効果で経済成長に結びつけるという主張だ。首肯ける。医療は基本的人権であり生存権保障に位置付けられるものであって、憲法25条や13条に定めるとおりである。市場原理とは枠が異なるものであり、経済成長のための道具にするべきものではない。戦争のための医療が否定されるのと同じだ。これが第一の論点である。

第二は医療ツーリズムの受け入れが混合診療の全面解禁につながることである。私的医療費診療（自費診療）の拡大が公的保険診療の縮小につながることはこれまで多く論じられてきたとおりだ。海外からの医療ツーリストに対して請求する医療サービス価格は公的保険診療＝診療報酬の単価より高く設定されることは間違いなし。そうでなければ医療機関が医療ツーリズムに乗り出すメリットはないからである。医療ツーリストが購入できる医療サービスは国内でも購入できなければ不公平であるから、やがて自費診療で医療を優先的に受けたいという場合には医療サービス市場で購入

する事が可能になるだろう。国民皆保険の空洞化は進んでいくことになる。医療ツーリズム推進論者は先進諸国に比べて日本の公的保険診療の単価＝診療報酬が安価であるために海外と競争でコスト上メリットがあると強調する。その先には国民皆保険空洞化と天井知らずの医療費高騰に苦しむアメリカの現実があることを忘れてはならない。同時に、保険外併用療養のうち保険導入を目指す評価療養（新しい抗がん剤や治療など）に対して医療機関や関連産業のインセンティブは失われるだろう。3割負担により、国民皆保険の空洞化は現実のものだ。産業構造ビジョン2010は「財源の負担が大きくなるため公的医療保険への依存から脱却すべき」としている。自費診療による医療サービス販売を中心にした医療機関が数の上でも規模の上でも優勢となり、医療機関の格差も拡大するだろう。国民皆保険が施行された当時、公的保険診療は安いこともあって一段低く見られた時期があったことが想起されるべきだ。国民の側からみればお金によって受けることができる医療サービスに差がつくのが当たり前の医療が待っているということになる。

第三は医療崩壊や医師不足など国内の医療危機を進化させる危険性である。医療ツーリズムは医療に対する国民の不安を解消することとは全く別の次元で進められている。利益優先の事業であるから不足する国内の医療資源をより利益が上がる分野へと奪い取ってはばからない。タイの例で見られるように医療ツーリズムは自国の国民への医療保障を豊かにするのではなく逆に医療格差を拡大しているという厳然たる事実がある。わが国で言えば医師不足が社会問題となり医学部の定員増が実現する中で、海外展開する医療機関に医師を紹介する株式会社が設立されて既に営業しているし、医育機関である大学病院も医療ツーリズムに積極的である場合が多い。国内医療を保護し育成するために適切な規制を加えることは緊急かつ必須の課題だと考える。都留重人氏は「市場には心がない」と述べた。市場原理によって推進される医療ツーリズムの先には、医療の安全確保や質の向上などは見えてこない。

第四に医療機関に対して、ステイクホルダーである株式会社の影響力が強まり、場合によっては

株式会社病院が増加する、など営利主義が医療提供体制に深く浸透するという危惧である。神奈川県バイオ医療産業特区では政府が株式会社の医療機関を容認してきたし、2010年4月の国家戦略室による地域活性化統合本部に対するヒアリングでは、「総合特区制度」が議論になり「医療（機関特区、地域特区）」と記されているという（日医）。非営利原則によって運営されている日本の医療機関でも製薬産業をはじめとして多くの営利企業との関係があるが、旅行会社や総合商社などが主導する医療ツーリズムでは医療サービス自体も商品として扱われるため、相互依存は一層深化することが予測される。厚生労働省の妥協的な姿勢を見ると、社会医療法人や公益法人であっても歯止めがかかると保証はないのではないかと危惧する。

医療サービス関連産業の 多国籍企業展開と課題

国際公務労連（PSI）は2003年5月に「医療部門の諸勢力と反作用—世界的な傾向に関する報告」²³⁾と題する報告書を出した。医療産業の多国籍展開と労働組合の対応を世界的規模で整理することを目的としたものだ。公的医療サービスが世界的に後退する可能性があるという危機感のもとで病院や医療関連産業ごとに世界各地での展開と政府の対応に焦点を当てて調査している。

医療サービス関連産業（製薬産業以外）を次の4種類に分類（①医療保険、②医療サービス、③診断、検査、④施設管理などの支援サービス）して調査している。「企業の国籍は多様だがとくに欧州企業の存在感が大きい。米国企業にも医療サービスの分野で事業を行っているものがあるが、その数は少なく拡大する様子もない」というのが2002年当時の評価だ。スウェーデンの医療企業カピオは欧州各国に医療機関の展開をしている²⁴⁾。フランスではジェネラル・デ・サンテ、アメリカではHCA（Hospital Corporation of America）なども紹介されている。医療関連企業についてはアジアが盛んで、病院の買収と管理業務を通してアジア以外を含む数カ国に業務を拡大し医療サービス会社としてアジアでの基盤を強化しているという。報告書では、「パークウェイ・グループ・ヘ

ルスケア（シンガポール）は、インド、インドネシア、マレーシア、シンガポールの病院を所有している。アポロ病院グループ（インド）は、オマーン、ネパール、サウジアラビア、ガーナ、バングラデシュで病院の管理業務を行っている（その後インドでトップクラスの医療ツーリスト受け入れ病院となり、臓器移植など子ども対象の医療を手掛けている。年間収益は300億円を超える）。アジア・リーナル・ケア（香港）は、アジアの5カ国で人工透析業務を行っている。米国企業のサテライトと技術提携をむすび、アジア以外の数社から出資を受けているが所有者はアジア人」などが紹介されている。また、医療ツーリズムという用語は使われていないが、この時点ですでにタイでの動きも紹介されている。

医療サービス関連産業の多国籍企業展開に国際的な諸機構が影響を与えるが、世界貿易機関（WTO）の重要な二つの協定が公的医療にとって脅威になると指摘している。「サービス貿易に関する一般協定」（GATS）と、「知的所有権の貿易関連側面に関する協定」（TRIPS）である。後者は製薬特許に関するもので割愛するが、GATSは途上国と先進国の双方に自国の医療サービスの対外開放を強制するもので、それらの国の公的医療サービスの存在を脅かすという指摘である。医療部門に商業的企業的な方式を取り入れた場合には企業活動とみなされ、その結果国際競争への開放を義務づけられることになり、各国で医療サービスを受ける人々の権利が揺らぐことになる。タイの事態はさらに悪化する可能性もある。インバウンドの医療ツーリズム、アウトバウンドの国際展開、いずれに対しても人権保護は重要な課題である。これらに伴う労働者の移動や保護も重要な課題である。国際的な規制に向けて人権を擁護する諸勢力の交流、連帯が必須である。

おわりに

非営利の医療機関であっても営利主義的な医療機関や医療関連産業と交流をもつことなしには理想とする医療サービスを提供することはできない。これまで医療機関内部においても医療関連産業との関係においても、質の良い医療サービスをめざ

して地域の中で様々な努力が重ねられてきた。医療ツーリズムなどの国際的な展開は巨大で急速であるためにこのような地域での積み重ねを一挙に損なう可能性がある。国内的規制とともに国際的な枠組みで検討が必要になっている。

劣化ウラン弾被爆によると考えられるイラクの白血病の子供、大やけどをおったロシアの子供などのように、適切な治療を求めて来日するケースがマスコミでも報道されてきた。アフガンや災害救援などで人道的支援の立場から医療を提供している医療従事者も少なからずいる。非営利団体がバックアップしていることが多い。このような国際的人道支援医療と本稿で取り上げた医療ツーリズムや国際的医療展開は、現在のところ全くと言ってよいほど結びついていない。前者が促進されるように後者が貢献するのだけければ、厚労省が言う国際医療交流の名がすたるといものだろう。

アナン元国連事務総長が提唱した「グローバル・コンパクト」²⁵⁾ (2000年7月発足、以下GC)は、企業のリーダーに、国連機関、労働、市民社会と共に人権、労働、環境の分野における10原則を支持するよう求めるものである。企業に集団行動を通じて責任ある企業市民として行動することを求め、それによってグローバル化の脅威に対する解決策の一環を担うことができる、としたものだ。10の原則は次のとおりである。

| | |
|------|--|
| 人 権 | 企業は、 原則 1 国際的に宣言されている人権の保護を支持、尊重し、 原則 2 自らが人権侵害に加担しないよう確保すべきである。 |
| 労働基準 | 企業は、 原則 3 組合結成の自由と団体交渉の権利の実効的な承認を支持し、 原則 4 あらゆる形態の強制労働の撤廃を支持し、 原則 5 児童労働の実効的な廃止を支持し、 原則 6 雇用と職業における差別の撤廃を支持すべきである。 |
| 環 境 | 企業は、 原則 7 環境上の課題に対する予防原則的アプローチを支持し、 原則 8 環境に関するより大きな責任を率先して引き受け、 原則 9 環境に優しい技術の開発と普及を奨励すべきである。 |

| | |
|------|---|
| 腐敗防止 | 企業は、 原則10 強要と贈収賄を含むあらゆる形態の腐敗の防止に取り組むべきである。 |
|------|---|

国連の説明では「グローバル化によって、これまでグローバルな市場の対象とならなかったような国へも事業が拡大されるようになった。しかし、こうした国の中には人権に対する認識が低いなど、人権問題に対処する国家の能力が限られている国もある。そうした場合、人権を促進し、かつ人権が尊重されるようにする役割を企業が担うことが特に重要である」とされている。医療ツーリズムや医療産業の国際展開にとっては不可欠な指摘といべきだ。すべての医療関連産業にGCへの参加を求めることは最低限必要な措置である。原則1と2は順守が必須である。

GCは政府、企業、国連機関、労働団体や市民団体が共に目指すべきとしている。これをすすめるために必要な非営利・協同の側からの適切なアプローチは何かなども検討を深めていくべき課題であろう。医療ツーリズムではなく国際的人道支援医療が育成される道こそが、平和で人権尊重の国際社会につながるのではないだろうか。

参考文献

- 1) 医療産業研究会報告書 経済産業省 2010年6月30日
- 2) 規制・制度改革に関する分科会の報告書 行政刷新会議 2010年6月15日
- 3) 新成長戦略について 閣議決定 2010年6月18日
- 4) 進む医療の国際化—医療ツーリズムの動向—ヘルスケア産業の潮流⑧ 日本政策投資銀行 2010年5月26日
- 5) アメリカからの医療ツアーはストップ swissinfo.ch 2009年9月26日 <http://www.swissinfo.ch/jpn/detail/index.html?cid=754036>
- 6) 「移植ツーリズム」対策、WHOとEUの主導で法整備進む AFPBBNews 2010年3月29日
- 7) 臓器取引と移植ツーリズムに関するイスタンブール宣言 国際移植学会 2008年5月2日
- 8) WHO GUIDING PRINCIPLES ON HUMAN CELL, TISSUE AND ORGAN TRANSPLANTATION 2010年5月2日
- 9) 「移植ツーリズム」対策、WHOとEUの主導で法整備進む AFPBBNews 2010年3月29日

- 10) 海外臓器移植119 <http://www.zoukiishoku.com/> 119.
- 11) 黒瀬勉 再開された臓器売買をめぐる論争 医療・生命と倫理・社会 (4), 30-40, 2005-03
- 12) America's Top Hospitals Go Global Forbes 2008年8月25日
- 13) 日本GEコーポレート・コミュニケーション本部 プレスリリース 2008年6月5日
- 14) 経済産業省 通商白書2003年版
- 15) サービス・ツーリズム(高度健診医療分野)研究会報告書 2009年8月
- 16) インバウンド医療観光に関する研究会 国土交通省・観光庁
- 17) 医療産業研究会報告書 経済産業省 2010年6月30日
- 18) 平成21年度サービス産業生産性向上支援調査事業(国際メディカルツーリズム調査事業)報告書 全日本病院協会 2010年3月
- 19) NNA. ASIA 日系病院ランタオ進出も、徳洲会近く意向書 <http://nna.jp/free/news/20100222hkd002A.html> 2010年2月22日
- 20) 海外進出が我々にもたらすもの 医療法人社団北原脳神経外科病院理事長北原茂実氏ブログ 2009年10月24日 <http://shinagawa-lunch.blog.so-net.ne.jp/2009-10-24>
- 21) 株式会社インターナショナル・デザイン・ジャパン <http://www.indeja.com/html/infomation.html>
- 22) 国民皆保険の崩壊につながりかねない最近の諸問題について—混合診療の全面解禁と医療ツーリズム— 日本医師会 2010年6月9日
- 23) 医療部門の諸勢力と反作用—世界的な傾向に関する報告— ジェーン・リサブリッジ国際公務労連(PSI) 2003年5月
- 24) 吉中丈志 スウェーデンの医療についての視察報告と考察 スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー報告書 p17 非営利・協同総合研究所いのちとくらし
- 25) グローバル・コンパクト <http://www.unic.or.jp/globalcomp/>
- (よしなか たけし、京都民医連中央病院院長、研究所理事)

【事務局ニュース】1・2010年度研究費助成の公募

応募締め切りは10月末です。詳細は要項で確認下さい（要項はウェブサイトからダウンロード、あるいは事務局へお問い合わせください）。

1. 目的

* 非営利・協同セクターおよび、社会保障、医療、経営管理労働問題など、研究所の定款に掲げる目的に添った、人々の「いのちとくらし」に関わる社会的経済的政治的分析調査研究を支援し、研究所はその報告原稿（または論文原稿）を受け取る。

*（定款第5条「（3）医療、福祉、まちづくりなどの調査・研究成果の公表」
設立趣旨書「事業目的（1）我が国の医療、福祉等の歴史や様々な制度・施策の調査・研究。（2）非営利・協同の理念、意義、管理、経営、労働、会計、法制、税制等の調査研究。」

「研究・調査テーマ（1）21世紀の日本の医療、福祉の施策や制度の現状分析と新世紀への提言。（2）新自由主義と市場経済論の打破への理論構築。（3）協同の「まちづくり」と、非営利・協同戦線の拡大の実践・理論研究。（4）非営利・協同の実践・理論探求」

2. 対象

*（1）個人による研究
*（2）グループによる共同研究
（ただし、ほかの研究助成との併用は認められません。）

3. 助成金額

* 個人については50万円程度
* グループについては100万円程度

4. 応募方法

* 所定の助成申請書（申込用紙）による。

5. 申し込み受付

* 通年（締切：10月末日消印有効）

6. 選考および助成金の決定

* 審査委員会の選考を経て、理事会により決定する。

7. 選考結果の通知と助成金の交付

* 申請者宛に受付後2ヶ月程度で通知および助成金の交付を行う。

8. 中間報告

* 研究の進捗状況については中間報告を提出していただきます。

9. 報告書または論文提出の義務

* 対象者は、研究所の定める期間（原則として2年以内）までに、報告書または論文原稿を提出すること。また規定の用紙による会計報告を報告書提出時に提出すること。

10. 助成金の返還

* 予定期日を大幅に超えて提出しない場合、内容が申込書の内容と著しく異なる場合、既に発表済みの内容のものを提出した場合、本研究助成事業の趣旨にそぐわない場合には、原則として助成金を返還してもらうこととなります。また助成金が1万円以上余った場合は、残額を返金いただきます。

11. 研究成果の発表

* 研究所は、研究成果を機関誌『いのちとくらし研究所報』またはその他の発表方法によって掲載することができる。

* 本人がその他の方法（例、学会誌への発表）で発表する場合、報告書原稿提出の事前または事後に、研究所にその旨の了承を受け、「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」研究助成を受けている旨を必ず付記すること。

* データベースを作成する場合は公開URLを研究所ウェブサイトにもリンクすること。

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

1. 研究者氏名

研究代表者：埜田和史

（共同研究者：佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代）

2. 研究テーマ

「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」

3. 助成期間

2006年1月～2007年12月

4. 報告

4-1. 助成期間内での実施内容

1) 介護・看護労働者における労働と作業関連性筋骨格系障害に関する実態調査

2005年10月に実施した表記調査を集計・解析し、関連学会で報告した。また、総説や論文などを執筆した。

〈事業所調査の結果概要〉

134法人996事業所を対象とし、592事業所から有効回答を得た（有効回答率59%）。

- ・介護事業所の規模は、労働者50人未満の「中小零細事業所」が多かった。特に、訪問看護の82%、通所の58%が10人未満の事業所であった。
- ・介護労働者は圧倒的に女性が多く、非常勤や登録という不安定な雇用形態が多かった。
- ・施設介護では二交替が多かった。また、在宅介護においても1割を超える事業所で夜勤交替勤が実施されており、待機や当直で対応していた。
- ・作業関連性筋骨格系障害（WMSD）による休

業者数は介護労働者数の0.5%おり、腰痛での休業が最多であった。

- ・50人以上の施設介護事業所では、衛生委員会設置が61%、産業医選任が67%、職場巡視実施率が28%あったが、訪問介護事業所ではいずれも低かった（20～30%）。一方で、50人未満の事業所でも、施設の40～50%、在宅系の20～30%で衛生委員会設置や産業医選任がなされていた。
- ・WMSDの予防対策について、腰痛予防対策指針で示されている事項は達成されていない。介護機器も導入が不十分だった。
- ・介護事業所における安全衛生管理体制の確立が急務と考えられた。特に、在宅介護・看護事業所における、リスクアセスメント・マネジメントが課題である。腰痛予防対策として、腰痛予防対策指針の周知、介護機器の導入、検診のあり方、教育研修の内容、効果的な体操方法などの検証が必要と考えられた。

〈個人調査の結果概要〉

402事業所に6632枚の質問紙を配布した。回答者数（率）は、40都道府県、395事業所の計4754人（72%）。解析可能対象は388事業所、計4685人で、男性423人・平均35歳（19～73歳）、女性4262人・平均44歳（18～74歳）であった。女性が回答者の90%を占めた。

- ・腰痛訴え率：「現在腰痛あり」は女性54%、男性55%、「過去1ヶ月に腰痛（いつも+時々）」は女性66%、男性61%、「就労後に腰痛経験あり」は女性78%、男性76%であった。以前腰痛がなかった者のうち「今の仕事で初めて腰痛経験した」のは74%、以前から腰痛があった者のうち「今の仕事で腰痛悪化した」のは39%いた。頸肩腕手指部のいずれかにいつもある痛みやしびれの訴え率は、男性11%に対し女性は20%と高率だった。

- ・事業所種類別、職種別の腰痛訴え率：「腰痛の既往なし」群における最近1ヶ月の腰痛訴え率は、事業所種類では老人ホーム・老健施設（OR：3.62）、職種では介護福祉士（OR：2.59）で高く、女性と若年で有意に高かった。性年齢調整後オッズ比をみると、介護作業をほぼ毎日行っている者はそうでない者より有意に高かった。特に移乗介助（OR：2.41）、入浴介助（OR：2.10）、排泄介助（OR：2.08）、体位交換（OR：1.99）や清潔・美容介助（OR：1.93）で高かった。
- ・労働時間と WMSD 症状との関連：訪問介護と通所では、労働時間と WMSD 症状、および、休日出勤の有無と WMSD 症状との関連が認められた。施設介護では、労働日数が20日以上の時のみ腰痛の訴え率が高かった。訪問看護では、労働時間等による WMSD 症状訴え率の有意な差はなかった。労働時間と腰部に負担が強いと考えられる作業との関連では、訪問介護で労働時間40時間以上の場合に有意に多くなっていた。
- ・交替勤務と WMSD 症状との関連：女性介護労働者では、施設、在宅介護とも、夜勤交替勤あり群の方が、同なし群に比べて筋骨格系症状訴え率が高かった。質の良い睡眠がとれていない、または睡眠不足である介護者の約80%が腰痛を訴えており、睡眠に問題のない介護者と比べて高かった。また、夜勤時に休息をとっていない介護者ほど、腕や脚の痛みの訴えが多かった。
- ・ホームヘルパー（訪問介護労働者）の WMSD 症状訴え率：一日あたりの訪問件数が増えるほど、WMSD 症状訴え率は高かった。また、訪問件数の多いヘルパーは、件数の少ないヘルパーと比べて、登録型の勤務形態が少ない、週あたりの労働時間が長い、毎日筋的負荷の大きい作業を行うことが多いことが明らかになった。
- ・介護機器の使用状況：車いすが97%、高さ可変式ベッドが91%と使用率が高かったのに対し、移動式リフトは40%、設置式リフトは67%、スライディングボードは48%、把手つき介助補助ベルトは15%と、介護機器は導入されていても十分に使用されているとはいえなかった。腰痛を訴えている介護者ほど、介護機器を使用している傾向があった。介護機器が腰痛に対する対

処療法的な手段として使用されており、適切な導入および使用がなされていない可能性が示された。

- ・女性労働者の問題：交替勤務あり群では、同なし群と比べて、月経不順と更年期障害様症状の出現率が高かった。疲労蓄積・過労が、女性介護労働者の月経周期の不順、月経時の苦痛、更年期障害様症状の出現に影響している可能性が示された。切迫を含む流産経験率は42%、発生率は36%で、過去の看護師などを対象とした調査結果よりも高かった。また、業務上負担になることとして、「暴力を振るわれる」は36%、「セクシャルハラスメントを受ける」は32%あり、女性職場の問題が浮き彫りになった。

〈学会発表および論文執筆〉

- ①事業所を対象とした調査結果の一部を第47回日本社会医学会総会（2006年7月22-23日、徳島）にて発表。
 - ・北原他. 介護・看護労働者における労働と作業関連性筋骨格系障害に関する実態調査—事業所調査の結果. 社会医学研究, 特別号, 31頁, 2006年. (添付資料06_1)
- ②教育講演として調査結果の概要を全日本民医連看護介護活動交流集会（2006年9月29-30日、幕張）にて報告（添付資料06_2）。
 - 同会場にて、介護補助具等の展示・デモンストラーションも行い、介護負担軽減に有効なツールについて情報提供を行った。
- ③労働者個人を対象とした調査結果の一部を、第80回日本産業衛生学会総会（2007年4月25-27日、大阪）にて演題発表。
 - ・北原他. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査第1報～安全衛生体制と福祉用具導入状況および筋骨格系自覚症状の訴え率～. 産業衛生学雑誌, 49巻(臨時増刊号), 329頁, 2007年. (添付資料07_1)
 - ・服部他. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査第2報～事業所種類別、職種別の筋骨格系自覚症状および疾病休業～. 産業衛生学雑誌, 49巻(臨時増刊号), 330頁, 2007年. (添付資

料07_2)

- ・吉野他. 介護労働者の月経関連症状および妊娠異常について. 産業衛生学雑誌, 49巻 (臨時増刊号), 459頁, 2007年. (添付資料07_3)

④第3回日本疲労学会シンポジウム「過重労働と疲労—ヒューマンサービス労働において—」(2007年7月1日、東京)にて、介護労働者の疲労と筋骨格系症状に焦点をあて、調査結果の一部を引用して報告。(添付資料07_4)

⑤労働者個人を対象とした調査結果の一部を、第48回日本社会医学会総会(2007年7月21-22日、名古屋)にて演題発表。

- ・服部他. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査～腰痛が多発する老人ホーム・老健施設、介護福祉士における作業の影響～社会医学研究特別号, 25頁, 2007年. (添付資料07_5)
- ・舟越他. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査～労働時間と筋骨格系症状との関連の検討～社会医学研究, 特別号, 26頁, 2007年. (添付資料07_6)
- ・北原他. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査～夜勤・交替制勤務と腰痛訴え率～. 社会医学研究, 特別号, 27頁, 2007年. (添付資料07_7)

⑥労働者個人を対象とした調査結果の一部を、第8回全日本民医連学術・運動交流集会(2007年11月16-17日、広島)にて演題発表。

- ・佐藤他. 介護労働者の月経関連症状および妊娠異常について. 第8回全日本民医連学術・運動交流集会抄録集, 120頁, 2007年. (添付資料07_8)
- ・北原他. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査～筋骨格系自覚症状訴え率と睡眠～. 第8回全日本民医連学術・運動交流集会抄録集, 121頁, 2007年. (添付資料07_9)
- ・服部他. 介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査～事業所種類別職種別作業別症状～. 第8回全日本民医連学術・運動交流集会抄録集, 121頁, 2007年. (添付資料07_10)

⑦調査結果を引用して、「季刊働くもののいのち

と健康」に総説を執筆。

- ・北原. 特集 腰痛・頸肩腕障害等の今日的な課題 介護・看護労働者の労働と腰痛・頸肩腕障害に関する実態調査から. 季刊働くもののいのちと健康, 31号 (春季号), 28-32頁, 2007年4月号 (添付資料07_11.pdf)

2) 労働負担の軽減をめざした介入研究

①石川県での介入事例研究

2006年6月21日、石川県の某特別養護老人ホームと療養病棟にて、各施設1名ずつの介護職員の協力を得て、介護補助具使用による負担軽減の評価を行った。評価指標は主観的评价、動作や姿勢および肩・腰部の筋電位などとした。

スライディングボードと滑りやすい布使用による負担軽減効果を模擬作業により検討した結果、スライディングボードや滑りやすい布を使用することにより、摩擦力(水平移動の負荷)が低減し、主観的にも客観的にも負担軽減が確認された。今後、補助具使用に対する熟練の問題、作業の再編や人員配置の検討が課題である。

本調査結果の一部を第8回全日本民医連学術・運動交流集会にて報告した。

- ・辻村他. 介護労働者の介護補助具利用による負担軽減の検討. 第8回全日本民医連学術・運動交流集会抄録集, 120頁, 2007年. (添付資料07_12)

②滋賀県での介入事例研究

a. 観察・聞き取りによる訪問介護事例における安全衛生上の問題点の抽出と改善提案

ヘルパーと利用者家庭から同意を得た6事例について、ヘルパーの訪問介護に同行し、実作業の観察やヘルパーからの聞き取りにより、安全衛生上の観点から問題点を抽出した。これらの問題が生じる原因を把握した上で、改善点・対策を提案し、ただちに実行可能なものは実施して、変化を観察評価した。

観察・聞き取りによる問題抽出では、複数の事例に共通点があり、共用性のある対策を見出すことができた。すでにヘルパーが経験的に実践している工夫や長期的な展望が必要なものについて、調査対象事業所に情報提供や問題提起を行うことは、対策実施の手がかりとなりうると考えられた。

b. 訪問介護作業の負担評価

上記 a. の事例のうち、1 事例について、筋電図による筋負担評価、皮膚温測定による寒冷負担評価、および呼気中一酸化炭素濃度測定による受動喫煙の評価を行った。また、実験室内で、学生を被験者として掃除と洗濯物干しの模擬作業を行わせ、肩・背・腰部の表面筋電図を測定した。その結果、

- ・掃除機を使用しての掃除は、柄が短いとヘルパーの腰部負担が大きいので、柄を長くすることにより負担が軽減された。
- ・足台などを使用して高さを調節することは、肩への負担軽減に効果があると考えられた。
- ・作業環境の改善として、浴室の掃除時にスリッパを履くと足の皮膚温低下が予防できた。
- ・訪問先で利用者が喫煙した時に介護者の呼気中一酸化炭素がわずかながら上昇していた。利用者の喫煙中にヘルパーが副流煙の影響を受けている可能性が示された。

c. 老健施設の介護労働者のタイムスタディー～夜勤における負担把握および軽減効果の評価

介護労働者 1 名を対象にタイムスタディーを行い、負担感の強い夜勤に焦点をあて、観察により抽出された腰部負担の大きい作業について負担軽減案を検討し、その軽減効果を表面筋電図測定にて評価した。その結果、

- ・夜勤では、おむつ交換、排泄介助、口腔ケア、移乗、更衣を含む「寝かせ」や「起こし」と呼ばれる介護作業の負担感が大きかった。
- ・被験者は、夜に 9 人の「寝かせ」、早朝に 10 回のおむつ交換と 6 人の「起こし」を行っており、その時には、最大随意収縮に匹敵する大きな筋電位が頻回に観察された。

これらの結果は、ご協力いただいた介護事業所における労働者向け学習会にて報告した。また、c. については、結果の一部を翌年の産業衛生学会にて報告した。本介入研究について、論文を投稿する予定である。

3) ワークショップ等の開催

- ① ワークショップ「リフトを活用した安全・安心の介護をめざして」を企画・開催（独立行政法人労働安全衛生総合研究所との共催、2007年2月、大阪）

介護機器のなかでもリフトに焦点をあて、介護労働者、介護事業所責任者、リフトメーカー関係者および研究者等が参加し、介護現場でリフトが導入・使用されるための課題を明らかにし、リフト普及の推進につなげることを目的としたワークショップを企画した。参加者約40名。

埜田が総合司会を担当。最初に北原からワークショップ開催にあたって問題提起を行ったあと、研究者の立場から富岡公子氏（大阪府立公衆衛生研究所）、教育関係者の立場から樋口由美氏（大阪府立大・理学療法学講座）、リフトメーカーの立場から今村信隆氏、中村靖彦氏（JASPA リフト部会・リフト関連企業連絡会）、介護現場の立場から田中研次氏（砂子療育園）が、それぞれ指定発言をした。その後、「なぜ日本の介護現場ではリフトが導入されないか」をテーマにグループ討議を約1時間行い、グループ討議で出された意見に基づいて、どうすればリフトが活用されるかを中心に、それぞれの立場から意見交換を行った。成果物はホームページにて公開する予定。（添付資料：ワークショップ案内. pdf）

- ② 「介護のためのアイデア・工夫の交流展」を企画・開催（社会福祉法人びわこ学園との共催、2007年11月3日、滋賀）

介護職場や介護者個人が実践している負担軽減や介護の質の向上のための取り組みを交流することを目的として開催した。埜田がミニ講演を行ったあと、介護補助用具等の展示・実演・意見交換、および実践例の発表などを行った。審査の結果、優秀工夫事例が表彰された。（添付資料：介護工夫展07ビラ. pdf）

4-2. 助成期間後の取り組みと成果

助成期間は2007年12月末までであったが、本研究結果の公表を引き続き行い、また得られた成果を発展させた取り組みを行ってきたので、以下に報告する。

1) 学会発表および研究会報告

- ①労働者個人を対象とした調査結果の一部を、第81回日本産業衛生学会総会（2008年6月24-27日、札幌）にて演題発表。
 - ・北原他，介護労働者の筋骨格系障害に関する実態調査第3報～在宅介護労働者の労働と筋骨格系症状訴え率．産業衛生学雑誌，50巻（臨時増刊号），428頁，2008年．（添付資料08_1）
 - ・辻村他．夜勤介護作業における老人保健施設職員の筋負担．産業衛生学雑誌，50巻（臨時増刊号），365頁，2008年．（添付資料08_2）
- ②第49回日本社会医学学会総会（2008年7月12日、東京）の自由集会にて、調査結果から明らかになったことをまとめて報告し、今後の課題についてフリーディスカッションを行った。（添付資料08_3.pdf）
- ③日本産業衛生学会第2回作業関連性運動器障害研究会（2009年3月7日、京都）にて、「介護労働者の筋骨格系障害に関する国内外の研究と動向」のテーマで発表し、その中で、調査研究結果の一部を紹介した。（添付資料08_4.pdf）

2) 論文・著書などの執筆

調査結果の一部を引用して、以下の総説的論文や著書を執筆した。

- ①北原．短期集中連載 介護労働者必携「腰痛予防対策」第3回訪問介護における腰痛予防対策．労働安全衛生広報，40巻，946号，8-15頁，2008年9月1日号（添付資料08_5.pdf）
- ②北原、埜田．特集 介護・福祉労働者の労働と健康 抱え上げない介護・看護を広めよう！季刊働くもののいのちと健康，38号，4-9頁，2009年1月号（添付資料08_6.pdf）
- ③埜田他編著．「高齢者介護のコツ～介護を支える基礎知識」クリエイツかもがわ（京都）．2010年．
以下の2つはこれから投稿する。
- ④北原他．「介護労働者における労働と作業関連性筋骨格系障害に関する実態調査—事業所調査の結果—」

- ⑤服部他．「全国の多様な高齢者介護事業所労働者の筋骨格系症状と業務や負担などとの関連に関する多要因解析」

- 3) 介護・看護労働者の腰痛予防対策に関するフォーラムや学習会などの開催
本研究成果に基づいてフォーラムや学習会を企画実施したものや、本研究結果の一部を紹介したものなどを以下に挙げる。

- ①「第2回介護のためのアイデア・工夫の交流展」の企画・開催（2008年11月8日、滋賀）
昨年に引き続き、介護のための「アイデア・工夫」を交流しあう場を企画した。午前中は、デンマークの安全安心介護技術を我が国に紹介しておられる小島ブンゴード孝子氏の講演「つらい介護からやさしい介護へ～北欧の智慧：トランスファーテクニック」、午後からは第1分科会「介護補助用具等の口演発表・展示・実演」と第2分科会「小島ブンゴード孝子氏による実技演習、とした。第1分科会では、埜田が「介護者の腰痛と予防方法」と題してミニ講演を行った後に、実践例の交流を行った。第2分科会では、40名が参加して、実際にベッド、リフト、車イスを使用した実践研修を行った。（添付資料：介護工夫展08ピラ.pdf）

- ②「日豪国際フォーラム・・・オーストラリアの腰痛予防対策 ノーリフトに学ぶ」（2009年1月25日、神戸）

埜田が同フォーラムの開催責任者として企画運営に関わった。

午後のシンポジウムにおいて、埜田が司会を担当するとともに、本研究での調査結果に基づきわが国の介護労働者の健康実態を報告し、対策の必要性を提起した。（添付資料：日豪F2009.pdf）

- ③「第1回ノーリフティング介護看護交流会」（日本ノーリフト協会と共催、2009年10月10日、大阪）

日豪国際フォーラムでも必要性が確認された“実践交流の場”として、職場で抱え上げない介護・看護に取り組むには具体的にどのようにすればいいのか、何から始めればいいのか、うまくい

かななくて困っていることなどについて、お互いの実践や経験を交流することを目的に開催した。埜田と北原が企画と運営を行った。第1部では、埜田が腰痛予防に関する最近の動向を報告し、第2部では、北原が老人保健施設および訪問介護・看護の改善事例を報告した。(添付資料：実践交流会2009.pdf)

④「第2回日豪国際フォーラム in KOBE～病院・施設・在宅における持ち上げない介護・看護(2010年1月31日、神戸)

滋賀医大・衛生学がフォーラム事務局を担当した。北原がランチョンセミナー「介護・医療現場における腰痛予防～労働安全衛生の視点より～」を、埜田が午後のシンポジウム「日本における介護・看護職の腰痛予防対策の現状と今後の対策」の司会を担当した。(添付資料：日豪F2010.pdf)

以上

(事務局より：添付資料掲載は省略しました)

『生活保障—排除しない社会へ—』

(宮本太郎著、岩波新書、2009年11月、800円＋税)

安井 豊子

貧困や格差の拡がり、犯罪や自殺の増大など、わが国の生活を成り立たせてきた仕組みが根本的なところから崩壊し始め、足下が底割れしていくような感覚を今、多くの人々が感じ強い不安が拡がっている。1990年代初め頃から、長らく日本人の生活を支えてきた官僚主導体制の機能不全が露になり、2000年代に入り、構造改革路線が推し進められたが、すでに傷んでいた制度をさらに解体しただけで、それに代わる仕組みを何一つ作られなかった。その結果、貧困と格差が至る所で拡がり、人々の生活不安はいっそう強まった。2009年夏の総選挙では、日本の憲政史上、画期的な政権交代が実現した。長年にわたり蓄積されてきた官僚主導政治への不信と、その解体を叫びながら生活不安を強めただけの構造改革路線への失望が、自民党政権を崩壊させたのである。代わった民主党政権が定着するのか、新たな政治変動が起きるのか、確たることは言えない。ただ一つ確かなことは、これからの政府は、官僚主導の「守旧」型でも新自由主義でもない、新たなビジョンを持って現実と向かい合わなければならない、ということである。

2010年6月8日に発足した民主党菅内閣は、ほころびを繕うだけでなく、社会保障を強くすることで経済や財政も強くなるという新しい考えを打ち出した。強い社会保障が強い経済につながれば、税収も増える。そんな経済、財政との好循環を生み出したいということであろう。そのためには、年金、医療、介護という従来の社会保障の枠を超え、雇用や教育政策を含む生活全般にまたがる保障の大きな構想を描く必要がある。このような時に強い社会保障の全体像と将来の展望を考える上に、本書は大いに示唆に富む内容となっている。



本書は「生活保障」という言葉を切り口として、改革ビジョンのあり方を論じようとしている。著者は「生活保障」を、雇用と社会保障を結びつける言葉として使用している。すなわち人々の生活が成り立つためには、一人ひとりが働き続けることができ、また、何らかのやむを得ぬ事情で働けなくなった時に、所得が保障され、あるいは再び働くことができるような支援を受けられることが必要である。著者は生活保障とは、雇用と社会保障がうまくかみあって、そのような条件を実現することであると主張している。大多数の人々が生活に足る見返りのある仕事に就けた時代には、雇用と社会保障はそれぞれ別の次元に属する問題のようにも見えた。日常の安定した雇用環境を前提に、社会保障は労災、失業、疾病などまれに起きる所得の中断に備える、という関係であった。著者が主張するようにこうした時代には、生活保障といった大きな視点をことさら持ち出す必要はなく、雇用保障と社会保障はそれぞれ個別調整がすすめられれば事足りた。ところが、そのような

時代は終わってしまった。低賃金労働者が急増して保険料も払えなくなれば、社会保障の中心である社会保険は成り立たない。また、逆に、社会保障が非正規労働者の処遇、技能、所得などの改善に何ができるかも問われてくる。我々は、雇用と社会保障の関係そのものを、抜本的に再設計しなければならない時代に入っているのである。そのような議論の枠組みになるのが生活保障という視点であると著者は主張する。

本書の構成は、まず第一章では、日本型生活保障の解体のなかで、社会にいかなる亀裂と分断が現れているかを明らかにし、問題を解決してゆくことがなぜ困難になっているかが検討されている。第二章では、日本型生活保障の仕組みを整理しその解体過程があとづけられている。そして第三章では、各国の生活保障を比較する枠組みを提示した上で、日本と同じく雇用に力点を置いたスウェーデン型の生活保障の仕組みと現在直面している問題点が詳細に述べられている。ついで第四章と第五章では、各国の経験を踏まえて、今後の生活ビジョンが考えられている。すなわち、第四章においては、生活保障のこれからについて、雇用と社会保障を切り離していくベーシックインカムという方法と、雇用と社会保障をこれまで以上に密接に連携させるアクティベーションのアプローチを対照し、後者の流れを重視した制度の概要が述べられている。最後に第五章では、アクティベーション型の生活保障を組み込んだ社会の形を、いくつかの視点から提案している。

本書の論点は概ね以下の三点に要約しよう。第一に、日本を含めた各国が、雇用と社会保障をいかに結び付けてきたかを振り返りながら、その連

携の新しい形を考える。それは、大多数の人が就労でき、あるいは社会に参加できる、「排除しない社会」へのビジョンでもある。第二に、排除しない社会を実現するためには、単に所得の保障が行われるだけでなく、人々が職場であれ地域のコミュニティであれ、生活の張り合いを得る居場所を確保できることが大切である。近年、生活保障をめぐるのは財の「再分配」だけでなく、それと並んで、人々が誰かに存在を認められること、つまり「承認」を重視する議論が増えている。本書は「生きる場」という言葉をキーワードに、そのような場が確保される生活保障のあり方を考えていく。第三に、生活保障をめぐる合意可能性の追求、ルールの明確化ということが主張されている。いかなる立派なビジョンも、実現可能性がなければ意味を成さない。そして人々の間での合意可能性はその第一歩である。ごく普通の人々が合意することができる生活保障のルールとはどんなものか。そこでの権利と義務のバランス、言葉を変えれば「社会契約」の中身が大事になってくる、と主張されている。

以上、本書は、生活保障という視点から、日本と各国の社会保障と雇用の連携を比較分析し、さらにそれに留まらず、特に日本で生活保障の仕組みがどのように再構築されるべきかが、踏み込んで検討されており、われわれがこれからの日本の社会保障と雇用の問題を考える上で必読の書と思われる。

(やすい とよこ、敬和学園大学共生社会学科准教授)

中川雄一郎監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『地域医療再生の力』

(新日本出版社、2010年1月、237p、2000円(税別))

松本 弘道

本書は、現在の政府・厚労省の保健・医療政策とは、私たち国民にとって何であるのかを考えさせ、答えを示唆してくれるものです。冒頭に出てくるノーベル経済学賞を受賞したアマルティア・セン教授の「福祉を基礎とする社会」を形成するため「協同のアプローチ」の重要性を強調し、広く人間的な経済と社会の発展に役立つ運動を展開しなくてはならないとの論は、医療生協に身をおくものとして深く共感し読みすすめることができました。

「自治体病院はどこに行く」では、自治体の役割が「調整と監督」の機能へ矮小化することに警鐘しています。都道府県と政令指定都市が直接運営する公立病院の3割に当たる68病院で、地方独立行政法人化や運営の民間委託など、直営方式からの転換が計画・検討され、庄内地方でも、その初の取り組みとして平成20年4月県立日本海病院と市立酒田病院と経営統合し、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構日本海総合病院がスタートしました。地域での医療連携は、懇談会等も頻度高く開催され活性化している観があります。また、公立志向の根強い当地では、看護師争奪戦にも変化が期待されるとして歓迎されている節もあります。しかし、本書の「役割からのズレ」で指摘されるように、経営へのウエイトがあがり、結果としてあまねく医療を保障することからの乖離がすすみ、不採算分野の医療の行方が気になる現実は見逃ごせません。

また、イギリスでの地域住民と医療従事者、それに地方自治体との三者の協力・連携を紹介し、日本での取り組みも紹介されています。鶴岡市の市立荘内病院の給食が、今年から外注化されました。毎年、一般会計からも補助として血税が投入



されていることからやむなしとなった経過のようです。受注したのは多くの実績を持つ大手の医療食品グループです。しかし、庄内地方の基幹産業は一次産業であり、地産の米や野菜・肉・卵などの使用が仮に減少し、材料費減による利益が、地元の労働者ではなく、都会の本社での留保や篤志家への配当に回るとすれば、地域経済は縮小し、結果として医療も更に崩壊の一途をたどることになります。このパラダイムを克服するには、高い地元の材料を使っても良しとする市民と患者の合意や、それを補う経済効果や効率化が必要となり、本格的な三者を越える、五者、十者での知恵だしが必要になります。

昨年、鶴岡協立病院の院長が三顧の礼で市立病院の院長と懇談し、結果として下期から長期入院の患者の転院の紹介が増加しました。協立にとってはベッドコントロールが安定し、市立病院は入院日当点の低下とDPCの減点をおさえ、患者は追い出しを免れる、三方一両得をすすめたこととなります。

当生協の、今年の総代会で「十分な時間をかけて診察をして欲しいし、帰って家族に説明できるように診察の要点のメモが欲しい」「待ち時間について何とかならないか」という率直な意見要望が出されました。待たせないで、手間隙をかけてという矛盾するかに思える要望ですが、これが地域の真実の声なわけです。庄内医療生協は、理事会のまとめで、「地域医療を守る宣言」づくりの方針を強調しました。「メモを求めると同時に、メモを持参しようかとの発想をしてみてください」と、どうかかり方、使い方が医療を守るのかということ組合員さんのところでも検討し、次回の総代会で宣言をあげようとお願ひしました。勿論、専門家たる職員集団が精一杯努力することが前提で、そのことが複合的な要求運動である医療生協の醍醐味であることを確認したうえのことです。出資への参加に加えて、医療・介護の現場への有償の形での組合員のボランティア参加も、現在の担当している高齢者の複合疾患を継続する上で必要と提起し、下期からの実践を目指しています。

「人間の安全保障」を実質化するには「教育、保健・医療、住宅」というセイフティー・ネットの構築が必要との論旨から見れば、地域医療が窮地に立つことは、いのちの安全保障が脅かされていることとなります。原因に、医療の専門家を売り手、患者を医療サービスの買い手に変容した新自由主義思想をあげられています。当法人の副理

事長でもある岩本鉄矢氏は、庄内医療生協の第50回通常総代会の閉会の挨拶を、「いま世の中を支配している新自由主義という考え方は、全ての物事の判断を目先の利益で判断するという考え方です。この考え方は、私たちの協同組合の思想とは対極にある考え方で、私たちはやっている仕事、活動そのものに、どんな意味があるかを物差しにしています。協同の意義を体感し、協同することの中身を理解している人たちが本気になって今の世の中に向かって団結していく意義が一層大きくなっています。いただいた意見に基づいて一年間しっかり活動いきます。」と結びました。「協同のアプローチ」の重要性を訴えたのです。私は、地域医療再生の力は、地域にあると思うのです。少なくとも、知恵やひらめきは、地域にあると思うのです。でも、田舎の人は口が重たいのです。そこで私たち、「非営利・協同」のセクターは、実践に基づく提案を積極的にし、反論も含めて交流するという「ゆるやかなネットワークづくり」からはじめることが求められていると、本書を読み終えて強く思いました。

より多くの人が一読してくれることを期待しています。

(まつもと ひろみち、庄内医療生活協同組合専務理事)



医療産業における労働力 ③

フランスの医療機関、医療専門家数と報酬

石塚 秀雄

フランスの病院で働く人員数は、158,992人であり、そのうち公的病院で働くのが2/3である。病院以外の医療福祉分野（パラメディカル）には922,565人で、そのうち70%が介護である。3/4が公的施設で働いている（2008年度、保健省）。2005年10月の介護士（AS）資格政令により、国家資格が制定された。理論に17週（595時間）、実習に24週（840時間）の計41週の受講が必要である。2006年度現在で約34万人の介護士がいる。2010年の給与の実勢は年収2万ユーロ以上というレベルである。

2008年7月に公的医療法(Code de la santé publique)および社会保障財政法(Loi de Financement de la Sécurité Sociale)の改正により、病院専門従事者(医師、薬剤師等)の身分および報酬基準等の取扱が変更された。勤務医師、自由医師など、「公的病院」で働く医師などの異なる条件に合わせて、柔軟化をはかった。医師数は2005年の約21万人をピークに減少傾向にある。

フランスにおいては、医療機関は医療法にもとづき、公的機関、民間非営利機関、営利機関の3種類に分かれる。2004年度では入院患者の64%が公的病院、27%が民間病院、9%が非営利病院と

なっている。公的病院は、急性期を主たる対象にしており、民間病院は慢性期や介護分野を主たる対象にしているという特徴がある。また介護施設などは民間非営利機関が運営しているものが大部分を占める。

したがって、公的病院とか民間病院とかの呼称は、医療制度の中における機能的区分呼称であり、法人形態そのものを指すものでもないし、また雇用形態を指すものでもないきわめて便宜的なものになっていることに留意しなければならない。とりわけ介護分野の施設は公的医療制度の中に組み込まれていても、その大部分は非営利団体がおこなっているものが多い。

地方大学病院(CHU, CHRU)は、大学病院を中心にして、地域の中小の病院・医療機関を傘下におくネットワークである。病院センター(CH)は、地方大学病院や地域病院がカバーしていない地域に設置された公的病院である(医療法第R6141-16条)。地域病院(HL)は保健社会医療を中心とした公的病院である(医療法第R6141-18条)。現在高齢者医療に役割を特化されつつある。病院間組織(SIH)は医療機関の医療技術情報などの開発調整を行う機関である。

表1 フランスの病院の区分（2007）

| 種類 | 数 | ベッド数合計 | 病院ベッド | 在宅ベッド |
|------------------|--------------|----------------|----------------|---------------|
| 公的病院 小計 | 972 | 316,551 | 283,648 | 32,903 |
| 地方・大学病院 | 29 | 84,771 | 77,947 | 6,824 |
| 病院センター | 498 | 167,451 | 155,434 | 12,017 |
| 精神病院 | 86 | 40,903 | 27,080 | 13,823 |
| 地域病院 | 340 | 21,360 | 21,294 | 66 |
| その他病院 | 19 | 2,066 | 1,893 | 173 |
| 民間病院 小計 | 1,800 | 174,925 | 153,890 | 21,035 |
| 短期介護病院 | 751 | 90,866 | 79,778 | 11,088 |
| ガン病院 | 20 | 3,453 | 2,833 | 620 |
| 精神病院 | 240 | 22,652 | 17,699 | 4,953 |
| 中期及び長期介護病院 | 757 | 56,179 | 52,040 | 4,139 |
| 機能回復病院 | 662 | 50,404 | 46,290 | 4,114 |
| 長期介護病院 | 95 | 5,775 | 5,750 | 25 |
| その他病院 | 32 | 1,775 | 1,540 | 235 |
| 公的・民間病院合計 | 2,772 | 491,476 | 437,538 | 53,938 |

出所：INSEE

表2 フランスの公的医療機関数

| 医療機関名 | 種類 | 数 |
|---------------|------|------|
| 地方大学病院 | CHRU | 31 |
| CHRU傘下病院 | CHU | 56 |
| 病院センター | CH | 499 |
| 病院間組織 | SIH | 23 |
| 地域病院 | HL | 335 |
| 長期介護施設 | USLD | 10 |
| 在宅療養機関 | HAD | 1 |
| 機能回復病院 | CRF | 1 |
| 専門病院センター | CHS | 91 |
| 老人介護施設(EHPAD) | MR | 1152 |
| 社会的医療施設 | MS | 451 |

出所：FHF、2010、石塚追加

注：MR＝老人介護施設、MS＝精神病院

表3 自由医師平均報酬（2007年） 単位：ユーロ

| 種 類 | 年報酬 | 種 類 | 年報酬 |
|---------|---------|---------|---------|
| 麻酔科 | 231,379 | 呼吸器科 | 134,776 |
| 心臓・血管科 | 176,189 | リウマチ科 | 130,560 |
| 皮膚科・性病科 | 198,766 | 眼科 | 206,141 |
| 外科 | 113,787 | 神経精神科 | 79,168 |
| 放射線科 | 489,163 | 口腔外科 | 212,439 |
| 遺伝子治療科 | 576,526 | リハビリ科 | 115,245 |
| 放射線治療科 | 686,913 | 神経科 | 123,167 |
| 産婦人科 | 155,931 | 精神科 | 101,880 |
| 胃腸・肝臓科 | 163,346 | 腎臓科 | 158,761 |
| 内科 | 111,705 | 解剖病理科 | 319,970 |
| 耳鼻咽喉科 | 150,234 | 内分泌・代謝科 | 84,053 |
| 小児科 | 121,045 | 看護師 | 37,500 |

出所：CNAMTS/PSS、INSEE

注：必要経費はこの報酬の中から支出する。

公的病院の医師の昇進レベルは法により13段階の経験年数に分かれており、第13段階は経験25年

以上である。この段階が報酬の基準のひとつになっている。

表4 勤務医師（公的病院）平均報酬（2007年） 単位：ユーロ

| 種 類 | 年報酬 | 種 類 | 年報酬 |
|--------|--------|---------|--------|
| 麻酔科 | 91,091 | 心臓血管科 | 65,539 |
| 放射線科 | 83,224 | 内科 | 62,853 |
| 精神科 | 77,548 | 内分泌・代謝科 | 59,188 |
| 外科 | 72,895 | 腫瘍治療科 | 54,506 |
| 小児科 | 70,462 | 腫瘍放射線科 | 49,086 |
| 産婦人科 | 70,394 | 眼科 | 45,641 |
| 遺伝子治療科 | 66,876 | | |

出所：IGAS

表5 部門別勤務医師（CHU、公的総合病院）平均報酬（2007年） 単位：ユーロ

| 部門種類 | 年報酬 | 部門種類 | 年報酬 |
|-------------|---------|------------|--------|
| 麻酔科 | 105,473 | 映像科 | 74,934 |
| 腎臓・泌尿器科・婦人科 | 85,396 | 老人科 | 74,517 |
| 救急科 | 80,625 | 移動機械装置科 | 73,894 |
| 腫瘍科 | 79,815 | 支援部門 | 72,282 |
| 小児科 | 78,839 | バイオ・薬・公的医療 | 66,767 |
| 内科・感染科・神経科 | 77,855 | 頭部と首 | 65,258 |
| 心臓血管科 | 77,664 | 全体平均 | 80,070 |

出所：IGAS

表6 医療従事者人数（2009）、10万人当たり対比人数

| 種 類 | 人 数 | 人口対比 | 種 類 | 人 数 | 人口対比 |
|----------------|---------|------|----------|---------|------|
| 医師 | 209,143 | 339 | 精神測定士 | 7,181 | 12 |
| 歯科医 | 41,116 | 67 | 医療機械操作技師 | 27,489 | 45 |
| 助産師(人口対比は女性のみ) | 18,847 | 130 | 作業療法士 | 6,834 | 11 |
| 薬剤師 | 73,128 | 118 | 自由医師小計 | 122,496 | 198 |
| 看護師 | 495,834 | 803 | ・一般医 | 68,339 | 111 |
| 運動療法士 | 66,919 | 108 | ・専門医 | 54,157 | 88 |
| 足治療師 | 11,045 | 18 | 勤務医師小計 | 86,647 | 140 |
| 言語療法士 | 18,506 | 30 | ・一般医 | 33,328 | 54 |
| 視力矯正士 | 3,081 | 5 | ・専門医 | 53,319 | 86 |
| 眼鏡士 | 19,575 | 32 | 一般医小計 | 101,667 | 165 |
| | | | 専門医小計 | 107,476 | 174 |

出所：INSEE

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

【事務局ニュース】2・会員募集と定期購読のご案内

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

○会員の種類

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

○会費（年会費）

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

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

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

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第31号（2010年5月）—特集：非営利・協同と労働—

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

●第30号（2010年3月）

- 巻頭エッセイ「いない人間は誰一人いない」長瀬文雄
- 「『療養の給付』の外堀—介護保険・障害者自立支援法・保育改革」後藤道夫
- 「医療事故被害者救済制度のメカニズム—過失責任主義と無過失補償制度—」我妻学
- 投稿「事務労働概念の考察—先行研究を遡って」川口啓子
- 「オバマ政権の医療改革動向」高山一夫
- 第12回自主共済組織学習会報告「米国の生命保険と生命共済」松岡博司
- 投稿「ベトナムの医療・看護・介護は今—私たちの学ぶことは—」藤本文朗、渋谷光美、関山美子
- 海外情報：翻訳「フランスの『人体の不思議展』に中止判決」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話（41—45話）「9 市場型医療とファシズム」野村拓
- 「都立病院再編の現段階」石塚秀雄
- 書評『いのちの平等をかかげて—山梨勤医協50年のあゆみ』角瀬保雄
- 「民医連総会、活発な議論」事務局
- 「医療産業における労働力①イギリス、イングランド」石塚秀雄

●第29号（2009年12月）—特集：公立病院のゆくえ／オランダ視察報告

- 巻頭エッセイ「社会的企業と雇用創造」宮本太郎
- 座談会「日野市立病院の現状と今後のあり方」窪田之喜、中谷幸子、高柳新、根本守、司会：石塚秀雄
- 「公立・自治体病院『改革』の現状」事務局
- 「総研オランダ視察 概要報告」廣田憲威
- 資料翻訳「オランダ病院薬剤師協会」廣田憲威
- 「MOVISIE とナレッジ・インスティテュート」竹野ユキコ
- 「オランダの医療（保険）制度の特徴」石塚秀雄
- 「日本の共済組織の危機的現状」石塚秀雄
- 「『協同労働の協同組合法』制定の特徴と社会的意義」田嶋康利
- 「オバマ 医療保険改革のゆくえ」石塚秀雄
- 「中国はどこへ行くのか」岩間一雄
- 「ポルトガル社会連帯協同組合法—知的障害児童の社会復帰を目指す—」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策（36—40話）「8 社会主義・社会福祉・優生思想」野村拓
- 本紹介・「野村拓『講座医療政策史 新版』」山田智

●第28号（2009年9月）—特集：「現代社会の転換と福祉・労働・経済」

- 巻頭エッセイ「診察室から見える日本人のルーツ」原弘明
 - 2009年度定期総会記念講演「シチズンシップと非営利・協同」中川雄一郎
 - 「現今の経済危機と社会的経済 持続可能な社会を目指す『ネオ・ニューディール』2題—『就労・福祉ニューディール』と『グリーン・ニューディール』—」 粕谷信次
 - 「企業福祉と労働福祉の諸問題」橋木俊詔
 - 第7回公開研究会報告「現代フランス社会における若者と雇用」エミリア・ギヨネ（石塚秀雄訳）
 - 「転換する中国の医療保険制度—国費から社会保険へ」 石塚秀雄
 - 【投稿】「京都東山の洛東病院の歴史を探る—語られなかった歴史的事実にせまる—」 永利満雄、藤本文朗、渋谷光美
 - 社会福祉と医療政策・100話（31—35話）「7 『戦間期』の問題」 野村拓
 - 書評「川口啓子、黒川章子編『従軍看護婦と日本赤十字社—その歴史と従軍証言』 歴史の事実から『看護とは』を考える一冊」 山本公子
-

●第27号（2009年6月）—特集：経済と社会の危機への対応

- 巻頭エッセイ「ためきそばを食べて」高柳新
 - 座談会「経済危機問題と非営利・協同事業組織のあり方」角瀬保雄、富沢賢治、坂根利幸、司会：石塚秀雄
シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン（案）によせて」（3）
 - 「国民生活の危機と再生プラン」相野谷安孝
 - 「自治体病院の危機を探る—『第12回全国小さくても輝く自治体フォーラム』参加記—」 村口至
 - 「民主的な組織運営へのアプローチ—当事者のための5つの視点」川口啓子
 - 「ヨーロッパの共済を訪ねて」長谷川栄
 - 「スペインの医療過誤補償制度」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話（26—30話）「6 保健・医療政策の時代」野村拓
 - 書評リプライ「拙著『新年金宣言』への石塚書評によせて—改めて社会保険幻想の克服を—」 里見賢治
-

●第26号（2009年2月）—地域シンポジウム「日本の医療はどこへいく—地域のいのちとくらしをだれがどのように守り発展させるか—」

- 巻頭エッセイ「スペインの保護雇用制度—カレス障害者特別雇用センターを訪問して」 鈴木勉
 - 「京都における医療機関の現状と地域医療の問題」 吉中文志
 - 「開業医から見た地域の現状」 津田光夫
 - 「アメリカの医療制度と非営利・協同セクター」 高山一夫
 - 「千葉における公的病院の再編縮小問題と地域の課題」 八田英之
 - 質疑応答、意見交換、まとめ
 - シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン（案）によせて」（2）「医療介護再生の思想的前提」 岩間一雄
 - 「改正介護福祉士養成制度の方向性と課題」 坂本毅啓
 - 「日本の看護師・介護福祉士への外国人労働者の受け入れについて」 竹野ユキコ
 - 社会福祉と医療政策・100話（21—25話）「5 第1次大戦・前後」野村拓
 - 第11回自主共済組織学習会報告「〈貧困〉と〈労働基準法以下の労働条件の拡大〉とどうたたかうか—首都圏青年ユニオンと反貧困たすけあいネットワークの実践」 河添誠
 - 書評 湯浅誠・河添誠編 本田由紀・仲西新太郎・後藤道夫との鼎談集『「生きづらさ」の臨界—溜め、のある社会へ』 相野谷安孝
 - 書評 里見賢治著『新年金宣言』 石塚秀雄
-

●第25号（2008年11月）—2006年医療制度改革の影響／医療・介護再生プラン（1）—

- 巻頭エッセイ「地方再生の条件」 今田隆一
- 『「医療・介護制度再生プラン」に思う』 角瀬保雄

- 「『医療崩壊』問題の一側面—医師・患者関係—民医連医療再生プランに寄せて」八田英之
- 「協同・連帯・共存・共生に基づく新しい社会経済システム」津田直則
- 「オランダ社会と非営利組織の役割」久保隆光
- 「韓国の社会的企業によせて—福祉と雇用の狭間で—」北島健一
- 「2006年度医療制度改革の障害のある人の暮らしへの影響」風間康子
- 「医療費抑制政策と地域の医療者の役割～医療の公共性・社会性と地域医療を守る協同～」向川征秀
- 「住民のいのちを守る小さな村の取り組み—長野県米村—」前沢淑子
- 海外情報「キューバの医療制度におけるポリクリニコ（地域診療所）の役割」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話（16-20話）「4 植民地支配へ」野村拓
- 書評 岩間一雄著『毛沢東 その光と影』石塚秀雄

●第24号（2008年8月）——シリーズ非営利・協同と医療 差額室料問題（2）——

- 巻頭エッセイ「資本主義の制度疲労」岩間一雄
- 2008年度定期総会記念講演
「労働運動とアソシエーション—現代の連帯のあり方」富沢賢治（コメンテーター：角瀬保雄、坂根利幸、大高研道、石塚秀雄）
- 「格差社会における『非営利・協同』—室料差額問題に寄せて」杉本貴志
- 「室料差額と医療倫理（後）—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
- 「『室料差額』に関する考察」肥田泰
- 2007年度研究助成報告「立位、歩行器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
- 第10回自主共済組織学習会報告「ヨーロッパ共済組合法再検討の動向と共済組織の法的位置づけ」石塚秀雄
- 北秋田市・鷹巣福祉のまちづくり研究交流のつどいに参加して」廣田憲威
- 社会福祉と医療政策・100話（11-15話）「3 国民国家へ」野村拓
- 海外情報「ヨーロッパ主要国の病院ベッド数」石塚秀雄

●第23号（2008年6月）——農村地域と医療／室料差額問題——

- 巻頭エッセイ「市民社会の『普遍性』の崩壊のなか、輝く非営利・協同組織」大野茂廣
- 座談会「農村地域の変化といのちとくらし」田代洋一、村口至、高柳新、色平哲郎、石塚秀雄
- 論文「香川の地域医療の現状と打開の道」篠崎文雄
- 「室料差額問題シリーズの開始にあたって」石塚秀雄
- 「室料差額と医療倫理（前）—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
- 「公的保険で安心して療養できる病室を—臨床医の立場から個室を考える—」池田信明
- 「室料差額問題—看護師の立場から」玉井三枝子
- 翻訳「日本の民主化する医療—日本の事例—」ピクトル・ペストフ、石塚秀雄訳
- 第9回自主共済組織学習会報告「芸能人年金はなぜ必要か」小林俊範
・「芸能花伝舎訪問—芸能文化を通じて地域・社会に貢献するモデルケース」事務局
- 書評「『ビッグイシュー』を知っていますか？」柳沢敏勝
- 社会福祉と医療政策・100話（6-10話）「2 産業革命へ」野村拓

●第22号（2008年2月）——非営利・協同セクターの直面する課題—法人制度・金融・保険共済—

- 巻頭エッセイ「退院支援システムの構築を」児島美都子
- 座談会「非営利・協同組織と法人制度の改正」…角瀬保雄、坂根利幸、石塚秀雄
- 論文「非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性～市民金融の視点から」多賀俊二
- 第8回自主共済組織学習会報告「弁護士から見た保険業法と自主共済組織の対応と問題点」渡部照子、小木和男
- 2006年度研究助成報告「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
- 論文「民医連による『孤独死実態調査』と『高齢者医療・介護・生活実態調査』」山田智
- 地域医療を考えるシンポジウム基調講演「医療に情けあり—“人より金”の世界でいいのか」高柳新
- 社会福祉と医療政策・100話（1-5話）「1 市民の登場」野村拓

●第21号(2007年11月) —資金調達問題—

- 巻頭エッセイ 樋口一葉と憲法25条 村口至
 - 座談会「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」八田英之、坂根利幸、根本守、岩本鉄矢、石塚秀雄
 - 論文「近時の医療紛争の諸問題—裁判による解決と裁判外の紛争処理—」我妻学
 - 論文「ドイツの医療事故補償制度」石塚秀雄
 - 参加報告「ヨーロッパ福祉用具事情—REHA CARE 2004と2006視察を通じて」小川一八
 - 第7回自主共済学習会報告「共済と社会的企業」中川雄一郎
 - 書評 角瀬保雄監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『日本の医療はどこへいく—「医療構造改革」と非営利・協同』青木郁夫
 - シリーズ・文献プロムナード⑳(最終回)「医療・福祉の世界史」野村拓
-

●20号(2007年8月) —特集:各国の医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「いのちとくらし」の意味 富沢賢治
 - 定期総会記念講演「フランスにおける医療事故補償制度とONIAMの活動について」D. マルタン
 - 定期総会記念講演「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」鈴木篤
 - 論文「英国の医療事故補償制度と医療機関の共済基金」石塚秀雄
 - 論文「医療倫理と医療事故補償問題」尾崎恭一
 - 論文「EU圏における歯科医療制度の動向と問題点—一次は日本の歯科医療が危ない—」藤野健正
 - 論文「千葉県に見る地域医療の危機」八田英之
 - 第6回自主共済学習会報告「制度共済の今後と自主共済への影響—農協共済を中心に—」高橋巖
 - 書評 押尾直志監修、共済研究会編「共済事業と日本社会」杉本貞志
 - シリーズ・文献プロムナード⑲「出版トレンド」野村拓
-

●19号(2007年5月) —特集:外国に見る検視(死)制度と医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「安全文化について」肥田拳
 - 視察報告「英国における死因究明制度の視察」小西恭司
 - 視察報告「オーストラリア・ビクトリア州の検視制度の視察」大山美宏
 - 論文「デンマークの医療事故補償制度」石塚秀雄
 - 資料「デンマーク患者保証法(医療事故補償法)」、「デンマーク医療制度における患者安全法(医療事故報告法)」
 - 座談会「自主共済の存続のために」斉藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会:石塚秀雄
 - 第5回自主共済組織学習会「保険業法及び保険契約法における共済の位置づけ」松崎良
 - 文献プロムナード⑱「視点いろいろ」野村拓
 - 海外医療体験エッセイ②「`厄得。? 骨折治療で垣間見たデンマークの医療」山田駒平
 - 書評 野村拓『時代を織る—医療・福祉のストーリーメイク』高柳新
-

●18号(2007年2月) —特集:問われる共済の意味—

- 巻頭エッセイ「『主権者』が問われる時」窪田之喜
- 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、司会:石塚秀雄
- 第3回自主共済組織学会「保険業法改正の論理と共済問題」押尾直志
- 第4回自主共済組織学習会「米国の自主共済組織について」石塚秀雄
- 論文「今、なぜ介護予防事業に『実践運動指導員』が必要か」森川貞夫
- 「キューバにおける医療の現状—地域医療と国際医療支援活動を推進」岩垂弘
- ルポルタージュ「いのちとくらし」今崎暁巳
- 「フランスの医療事故保障制度」石塚秀雄

- 書評 千葉智子、堀切和雅著『小児科を救え!』鈴木隆
- 文献プロムナード⑦「タテ糸とヨコ糸」野村拓
- 研究所ニュース

●17号 (2006年11月) —特集:医療の市場化と公益性—

- 巻頭エッセイ「人体の不思議展」 筋昭三
- 座談会「医療法人制度改革問題」 寺尾正之、鈴木篤、坂根利幸、角瀬保雄、根本守、司会:石塚秀雄
- 協働ウェブサイト転載「医療法人制度改革(社会医療法人新設)」 根本守
- 論文「医療法人制度改革と医療の非営利性」 横山壽一
- 第2回自主共済組織学習会報告:「保険業法改正の動向と共済問題」 森崎公夫
- 研究助成報告「往診専門診療所の満足度調査」 小川一八
- 論文「ロッヂデール公正先駆者組合とその“分裂” —『非営利・協同』の源流についての一考察」 杉本貴志
- 文献プロムナード⑩「嫌米スペクトル」 野村拓

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.31 (2010.7.31発行)

理事長のページ「『シチズンシップと地域医療』補遺」(中川雄一郎)、副理事長のページ「キャピタル」(坂根利幸)、「ハンセン病問題について」(谷雄二)、「イタリアのハンセン病患者支援の非営利組織」(石塚秀雄)、2010年度定期総会概要報告(事務局)

【事務局より訂正お知らせ】モンドラゴン紹介DVDは販売停止中

「研究所ニュースNo.31」(2010年7月末発行)の12ページに掲載した「モンドラゴングループ紹介DVDが発売される」についてですが、2010年8月現在、著作権の問題などもあり、販売、頒布ともしておりません。

関係の皆様、ニュース読者の皆様には誤った情報を提供しご迷惑をおかけしてしまったことをここにお詫び申し上げます。

○No.30 (2010.4.30発行)

理事長のページ「医療の産業化」(角瀬保雄)、副理事長のページ「しあわせの黄色い旗—大田病院創設60周年、本館竣工記念式典」(高柳新)、「行き先の遠い韓国の医療現実」(カン・ボンシム)、「オバマ医療改革の教訓」(石塚秀雄)、本の紹介「中小路純著『「無産者診療所運動」と豊住村』(成田史学会研究叢書)」、ほか

○No.29 (2010.2.20発行)

理事長のページ「空襲から生き延びて—学童集団疎開と東京大空襲」(角瀬保雄)、副理事長のページ「『レイドロ—報告』30周年」(中川雄一郎)、「民主党政府は非営利・協同セクターを理解するか」(石塚秀雄)、など

○No.28 (2009.11.30発行)

理事長のページ「老化と難問」(角瀬保雄)、副理事長のページ「食事、散歩と人づきあい」(高柳新)、「広がる連帯経済の輪 —『アジア連帯経済フォーラム2009』」(石塚秀雄)、「スウェーデン視察報告」(竹野ユキコ)、「アカウント3 理事長講演会参加報告」(竹野ユキコ)、新刊紹介

○No.27 (2009.8.31発行)

理事長のページ「写真と医療」(角瀬保雄)、副理事長のページ「ソーシャル・インクルージョン Social Inclusion」(中川雄一郎)、「フランスの非営利・協同セクター議論あれこれ」(石塚秀雄)、「2009年夏季医療・福祉政策学校参加報告」(竹野ユキコ)

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

◎キューバとメキシコの医療、ベネズエラ事情をさぐる 憲法の全文和訳は本邦初！

全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『キューバ・メキシコ視察報告書—キューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全訳付—』

ISBN 978-4-903543-06-2

2010年2月20日発行、A4判80ページ、頒価500円

目次

はじめに

視察概要

キューバの医療制度とポリクリニコ（地域診療所）の役割

【翻訳】ポリクリニコ一般規則

キューバ憲法入門—法律家のみたキューバ共和国憲法—

【翻訳】キューバ憲法 1976年制定、2002年改正

ベネズエラ視察Ⅰ「低コストにして高品質を」

ベネズエラ視察Ⅱ「キューバからベネズエラ」

メキシコの医療制度と社会的貢献病院メディカスール

キューバ・メキシコ日程概要

高柳 新

廣田憲威

石塚秀雄

石塚秀雄・訳

二上 護

石塚秀雄・訳

前沢明夫

前沢淑子

石塚秀雄

竹野ユキコ



◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『フランス 非営利・協同の医療機関・制度視察報告書』

(ISBN 978-4-903543-05-5、2008年3月31日発行、A4判72ページ、頒価500円)

2007年11月に全日本民医連との共催で実施したフランスの非営利・協同の医療・社会保障機関視察の報告書。

【目次】

はじめに

フランス非営利・協同医療機関視察概要報告

フランスの医療・社会福祉の非営利・協同セクター

コラム—1「都市の記憶の重なり」

フランス歯科制度の問題点

フェアップ（FEHAP、非営利保健医療機関介護施設連合会）

ウニオプス（UNIOPS、民間保健社会サービス団体全国連絡会）

老人介護施設「ラ・ピランデール」

フランスの医療事故補償制度、オニアム

フランスにおける民事責任論の展開

コラム—2「ルモンド記者に会う」

サンテ・セルヴィス、在宅入院（治療）サービスのアソシエーション

マラコフ市訪問

フランスの保健センター

マラコフの「アソシアシオンの家」とアソシアシオンの意味

パリの薬局事情

コラム—3「メトロとスト」

フランス視察時系列報告



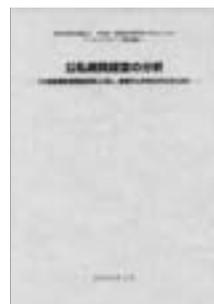
報告書

◎公私病院経営の分析—「小泉医療制度構造改革」に抗し、医療の公共性をまもるために—

(ワーキンググループ報告書 No.1、2006年3月1日発行、A4判73ページ、頒価1,000円)

日本の病院医療をめぐる問題について経営主体別に経営構造を比較分析し、医療の公共性を高める運動論、政策作りに寄与しようとするもの。

- 序 論 問題意識とワーキンググループの目的 (村口至)
- 第1章 設立形態ごとの病院間経営分析 (根本守)
- 第2章 独立行政法人国立病院機構の分析 (小林順一)
- 第3章 地方自治体病院の分析 (根本守)
- 第4章 済生会 (石塚秀雄)
- 第5章 その他の非営組織病院経営と、経営論点 (坂根利幸)
- 第6章 民医連病院の分析 (角瀬保雄)
- 第7章 医療の公共性をめぐって—民間医療機関の立場から (村口至)



◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催 「スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー」報告書

(2006年3月1日発行、A4判72ページ、頒価500円)

2005年11月に行われた視察の報告書。医科、歯科それぞれの現状、医療介護セクターと労働組合の役割、医療供給者区分についての論文と翻訳、参加者感想。

- 序文 (宮本太郎)
- スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアーを実施して (長瀬文雄)
- 日程概要と報告 (林泰則)
- 論文：スウェーデンの医療についての視察報告と考案 (吉中丈志)
- 歯科医療政策の転換の意味するところは？ (藤野健正)
- スウェーデンの医療介護セクターと労働組合 (石塚秀雄)
- 感想：升田和比古、長崎修二、大高研道、石原廣二郎、上條泉、山本淑子ほか
- 翻訳：スウェーデンの福祉セクターの供給者の区分化と
制度設計—1991—1994年。新しい道筋と古い依存性(Y. ストルイヤン)



報告書

◎ 「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」 報告書

(別冊いのちとくらし No.2、2006年3月1日発行、B5判96ページ、頒価500円)

2005年10月に行われた視察報告書。モンドラゴン協同組合の成功の鍵、最新データや幹部聞き取りの内容など。非営利セクター運営の病院、高齢者施設の訪問報告、参加者感想。

序文 (角瀬保雄)

I. スペイン・MCC視察

モンドラゴン協同組合企業MCC (石塚秀雄)

MCCの協同労働と連帯、その組織と会計 (坂根利幸)

エロスキ (坂根利幸)

労働金庫 (CL) (根本守)

MCCの事業の維持と拡大の財政面の支え労働人民金庫 (大野茂廣)

イケルラン (坂根利幸)

まとめにかえて—MCCと非営利・協同 (角瀬保雄)

II. ポルトガルの非営利・協同セクター

ポルトガルの非営利・協同セクターと医療制度の特徴 (石塚秀雄)

高齢者施設ミゼルコルデア (村口至)

III. 感想 (野村智夫、村上浩之、山内正人ほか)

日程概要

あとがき (坂根利幸)



別冊いのちとくらし

No.1

『スペイン社会的経済概括報告書 (2000年)』

J. バレア、J. L. モンソン著、佐藤誠、石塚秀雄訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

スペインCIRIEC (国際公共経済・社会的経済・協同組合研究情報センター) から2002年に出された報告書の翻訳 (序文等は省略) です。地域における雇用創出、事業の民主的運営、働く者の働きがい、医療・福祉・社会サービスの営利民営化への代案としての社会的企業の役割など、社会的経済セクターが認知されているスペインの事例が日本の課題にも大いに参考になるのではないのでしょうか。

お申し込みは研究所事務局まで。



ワーキングペーパー (2006年11月)

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

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

Summary

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



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

ワーキングペーパー No.2 (2010年3月1日発行)

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

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

研究助成報告

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

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

目次

- I. 医療における非営利・協同組織の役割
 - 1章 NPO論の到達点と課題
 - 2章 アメリカ医療事情断章—医療保険市場における選択と規制—
 - 3章 米国の保健医療セクターと非営利病院
- II. ワシントンD. C. 現地調査報告書
 - 1. アメリカ看護管理者団体
 - 2. アメリカ病院協会
 - 3. ジョージ・ワシントン大学病院
 - 4. サバーバン病院ヘルスケア・システム
 - 5. アメリカ糖尿病協会
 - 6. バージニア病院センター
 - 7. シブレイ記念病院
 - 8. ブレッド・フォー・ザ・シティ
 - 9. プロビデンス病院
 - 10. ユニティ・ヘルスケア

III. 結語

参考資料（現地視察企画書）



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

2007年9月発行
ISBN 978-4-903543-03-1

目次

第I部

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

第II部

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

参考資料



研究助成報告

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

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

目次

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

参考文献



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

2010年6月発行

ISBN 978-4-903543-07-9

〈目次〉

序章はじめに

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



研究助成報告

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

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

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

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

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

総研いのちとくらしブックレット

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレットNo.1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo.2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



総研いのちとくらしブックレットNo.3

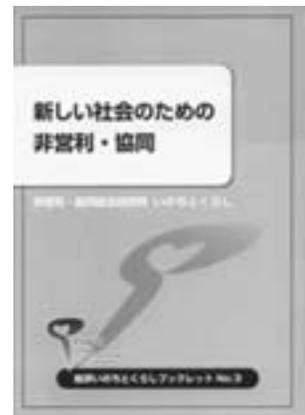
『新しい社会のための非営利・協同』

(ISBN 978-4-903543-04-8、2008年3月5日発行、A5判75ページ、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
 - (1) はじめに
 - (2) 理念としての非営利・協同
 - (3) 経済主体としての非営利・協同
 - (4) 経済セクターとしての非営利・協同
 - (5) 非営利・協同の課題
 - (6) 非営利・協同と労働
- 非営利・協同と社会変革 富沢賢治
 - (1) 社会変革の歴史
 - (2) 非営利・協同組織とはなにか
 - (3) 非営利・協同セクターとはなにか
 - (4) 社会経済システムにおける非営利・協同セクターの位置と役割
 - (5) 結論
- 非営利・協同の事業組織 坂根利幸
 - (1) 非営利・協同の意義
 - (2) 非営利・協同の出資と所有
 - (3) 協同の民主主義
- 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



【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

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

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

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

| | |
|-----------|--|
| ふりがな | |
| 団体名称または氏名 | |

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

| |
|--|
| |
|--|

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

【次号33号の予定】(2010年11月発行予定)

特集1 薬局協同組合の役割(ヨーロッパの現状、日本の事情と可能性)

特集2 変化するヨーロッパの社会保障制度と財源問題(イギリス、スウェーデン、フランス、日本)

その他

【訂正】
『いのちとくらし研究所報』30号、12～21ページに掲載された「事務労働概念の考察—先行研究を遡って」(川口啓子著)にて紹介した先行研究の一つ、「事務労働者研究の一視点」の著者名が中川勝男氏となっていますが、中川勝雄氏の間違いでした。お詫び訂正申し上げます。

【編集後記】

定期総会が終わり、理事長が角瀬保雄から中川雄一郎へ交代し、副理事長も坂根利幸・高柳新、専務理事も今井晃と新たな体制になりました。今までの成果を踏まえさらに研究成果を挙げることができるよう、事務局も一層努めて参ります。

今号は社会保障全般と地域医療、学校教育と貧困問題などが取り上げられています。医療は国際的な視点も含めた医療ツーリズムの論考が掲載されました。8月下旬現在、7月の改正臓器移植法施行後、家族の承諾による臓器移植が4例、行われています。注視したい点です。

【投稿規定】

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