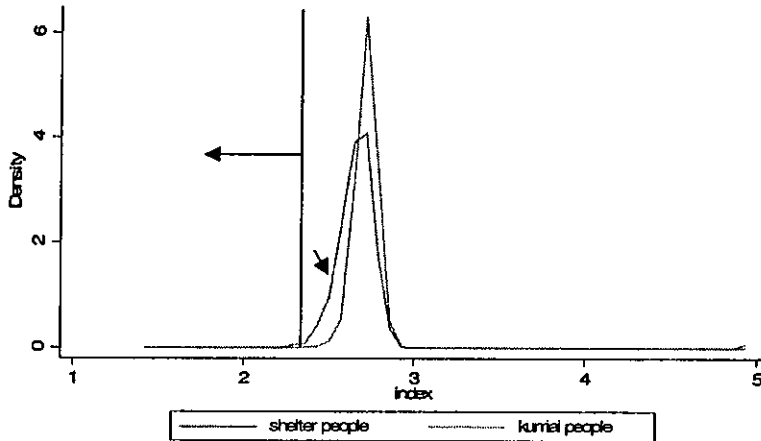


○ヘモグロビン

- ・ ・ ・ 主に貧血に関連する。10 以下をリスクグループとする。
- ・ あまり変わらない

	リスクグループの割合	標準偏差
入所者	0.0%	0.000
組合	0.2%	0.040

- ・ リスクグループは少ないが、分布は左にずれている

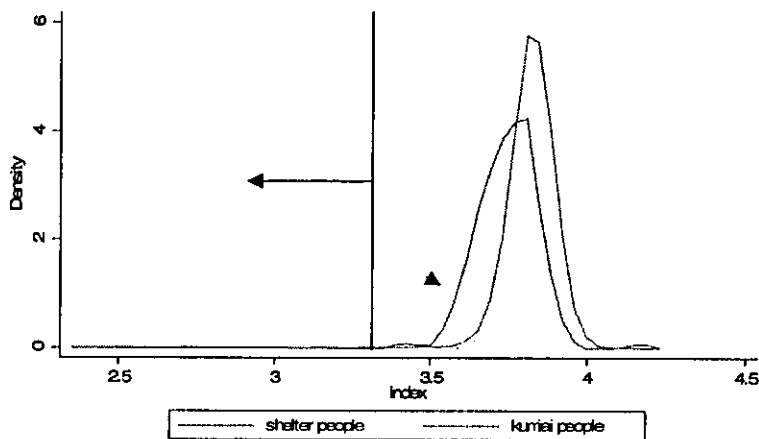


○ヘマトクリット

- ・ ・ ・ 主に貧血に関連する。30 以下をリスクグループとする。
- ・ ほとんどリスクグループ存在せず

	リスクグループの割合	標準偏差
入所者	0.0%	0.000
組合	0.1%	0.028

- ・ リスクグループは少ないが、分布は左に大きくずれている

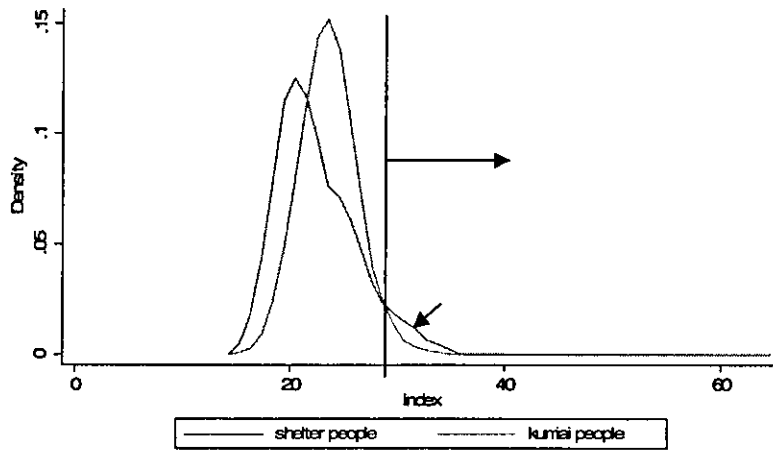


○肥満度 (BMI)

- ・ ・ ・ 高脂血症、動脈硬化症、狭心症、心筋梗塞、糖尿病、痛風、栄養障害に関連する。30 以上、15 以下をリスクグループとする。
- ・ 入所者でリスクグループ割合が高い。BMI が低い部分も非常に多く、栄養不良との関係でこれをリスクグループとするほうがあるいは適切か。

	リスクグループの割合	標準偏差
入所者	3.8%	0.192
組合	1.5%	0.122

- ・ 分布はねじれている

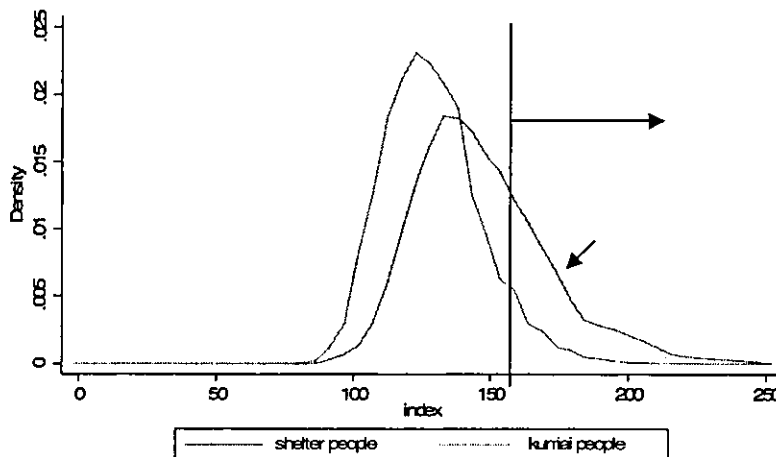


○収縮時血圧

- ・ ・ ・ 高血圧症、動脈硬化症、狭心症、腎疾患などに関連する。160 以上をリスクグループとする。

- ・ 入所者のリスクグループ割合が大きい

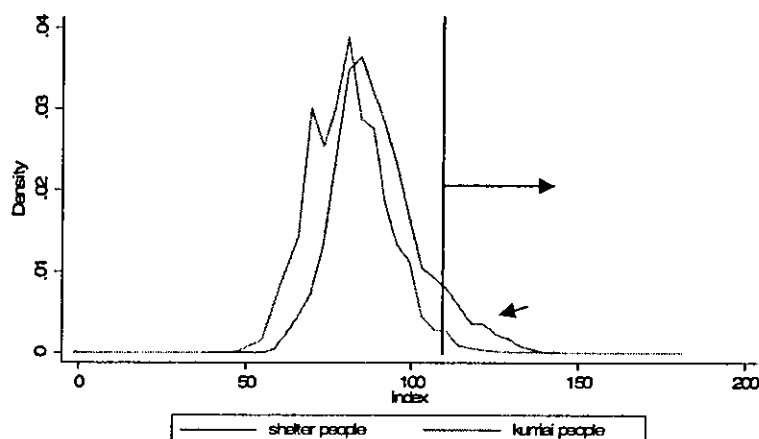
	リスクグループの割合	標準偏差
入所者	26.3%	0.442
組合	5.8%	0.234



○拡張時血圧

- ・・・高血圧症、動脈硬化症、狭心症、腎疾患などに関連する。160 以上をリスクグループとする。
- ・入所者のリスクグループ割合が大きい

	リスクグループの割合	標準偏差
入所者	7.7%	0.267
組合	1.6%	0.126



○尿蛋白

・・・腎炎、ネフローゼ症候群に関連する。偽陽性以上をリスクグループとする。偽陽性以上の割合は入所者が低い。

	組合	入所者
陰性	68.8%	88.0%
偽陽性	0.8%	3.8%
陽性(+)	1.5%	2.5%
陽性(++)	28.9%	5.7%
非陰性割合	31.2%	12.0%

○尿糖

・・・糖尿病などに関連する。偽陽性以上をリスクグループとする。偽陽性以上の割合は入所者が低い。

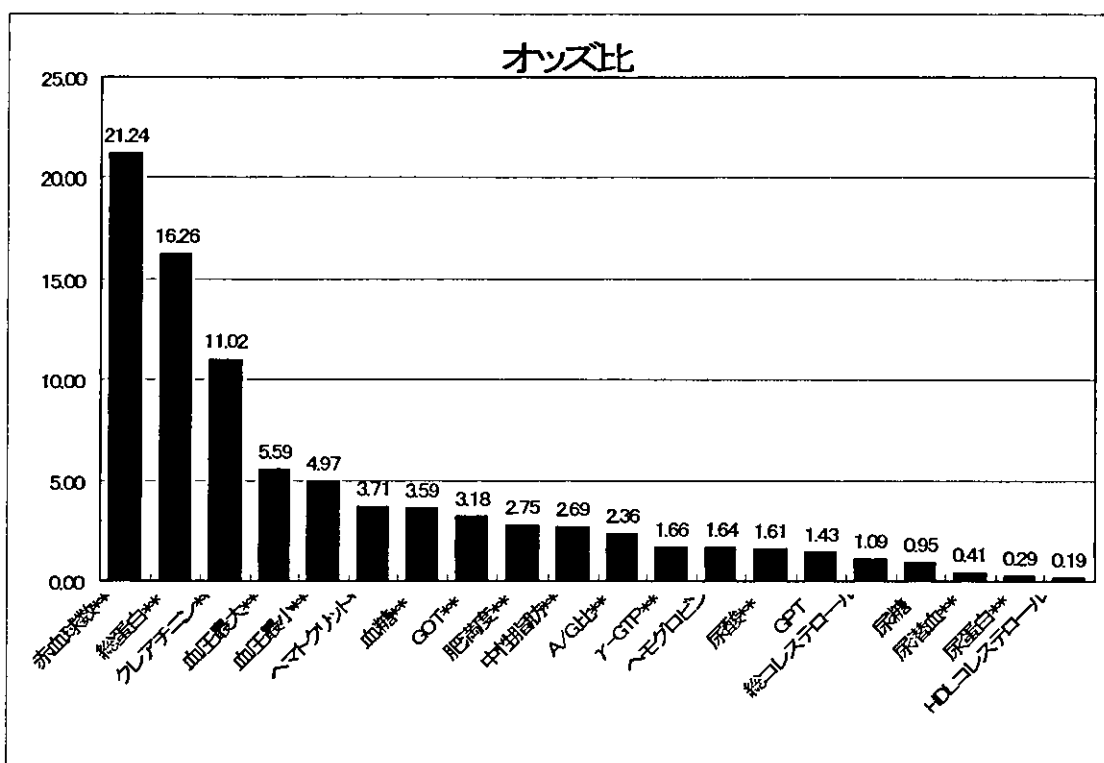
	組合	入所者
陰性	69.0%	69.6%
偽陽性	1.4%	4.4%
陽性(+)	2.0%	8.9%
陽性(++)	27.7%	17.1%
非陰性割合	31.0%	30.4%

○尿潜血

・・・肝炎、腎炎、動脈硬化症、高血圧、痛風、尿路結石などに関連する。偽陽性以上をリスクグループとする。偽陽性以上の割合は入所者が低い。

	組合	入所者
陰性	65.1%	81.6%
偽陽性	1.6%	5.7%
陽性(+)	3.5%	4.4%
陽性(++)	29.8%	8.2%
非陰性割合	34.9%	18.4%

(2) オッズ比による検討

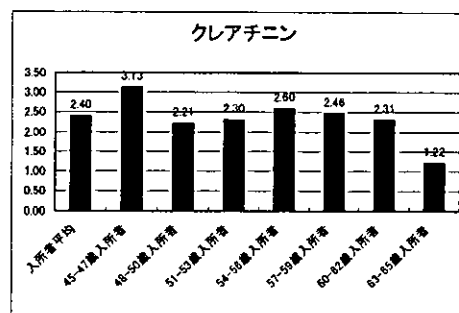
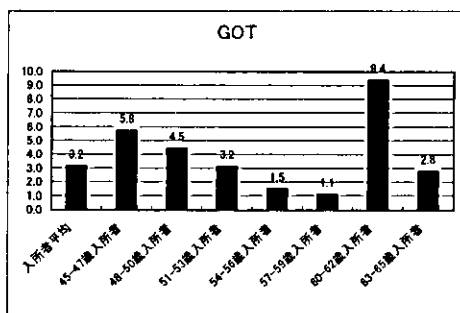
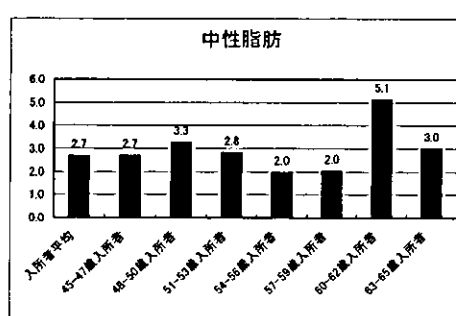
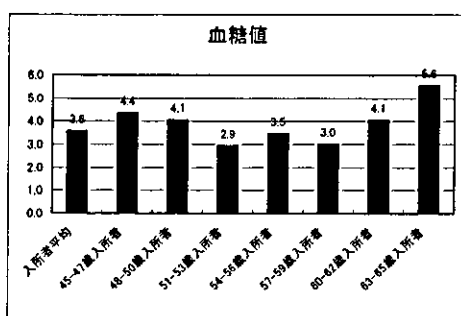
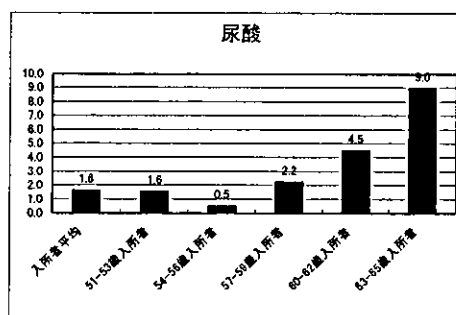
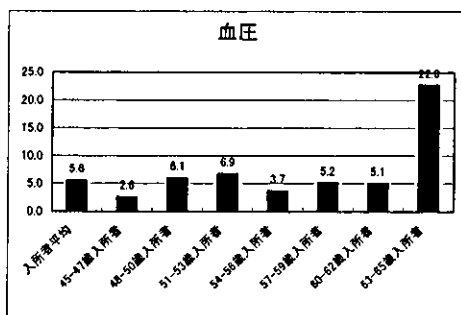


・ logit model によるオッズ比の算出

検査値	オッズ比	p値
赤血球数**	21.24	0.003
総蛋白**	16.26	0.000
クレアチニン**	11.02	0.000
血圧最大**	5.59	0.000
血圧最小**	4.97	0.000
ヘマトクリット*	3.71	0.064
血糖**	3.59	0.000
GOT**	3.18	0.000
肥満度**	2.75	0.015
中性脂肪**	2.69	0.000
A/G比**	2.36	0.041
γ-GTP**	1.66	0.035
ヘモグロビン	1.64	0.243
尿酸**	1.61	0.114
GPT	1.43	0.177
総コレステロール	1.09	0.740
尿糖	0.95	0.779
尿潜血**	0.41	0.000
尿蛋白**	0.29	0.000
HDLコレステロール*	0.19	0.097

注)各検査値の異常域に入る確率をlogit modelにより推計し、入所者ダミーの係数をオッズ比で評価した。説明変数は、3歳刻みの年齢階層ダミー及び入所者ダミーである。係数の方に示した有印は**が5%基準で有意、*が10%基準で有意であることを示す。

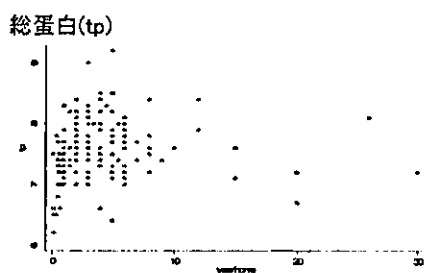
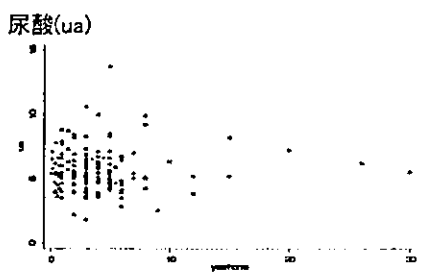
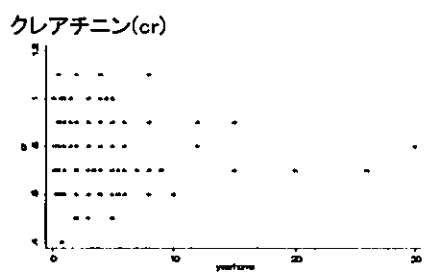
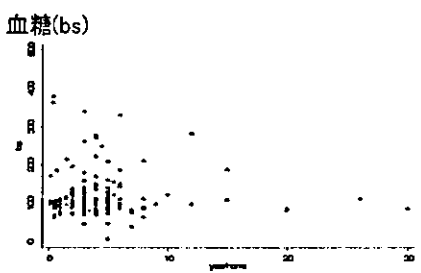
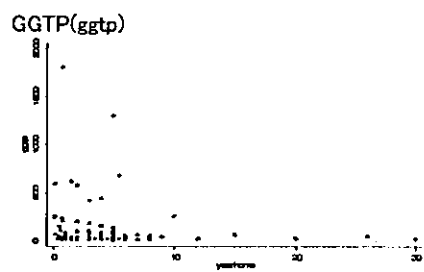
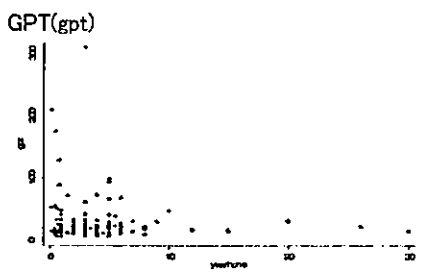
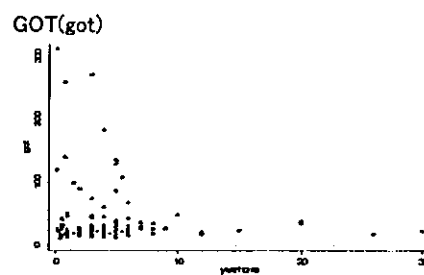
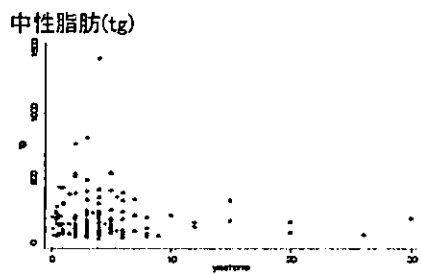
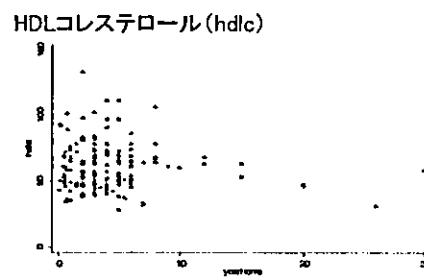
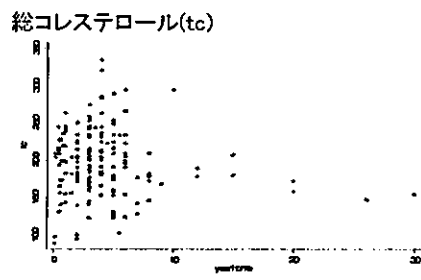
- ・ 年齢階級別のオッズ比では、高齢者のオッズ比が特に高まっている検査値が多く、高齢者のリスクが高いことがわかる。



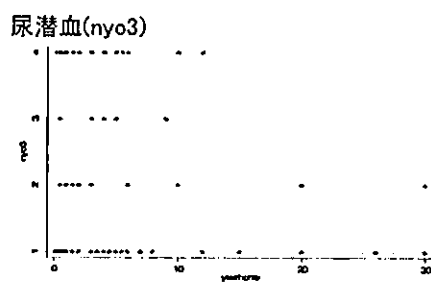
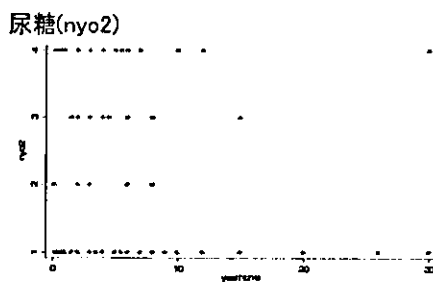
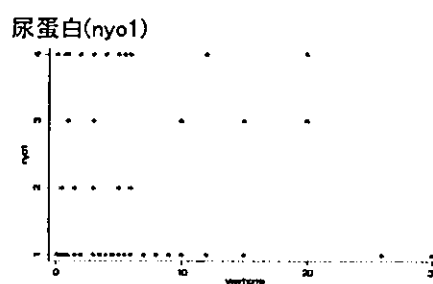
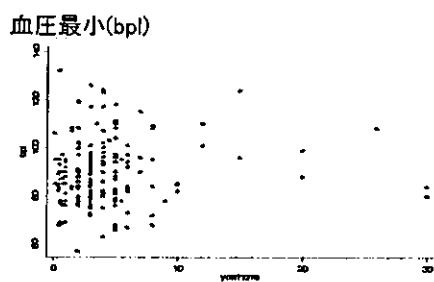
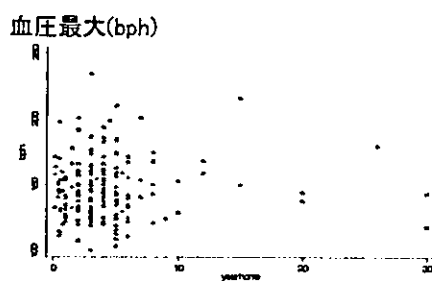
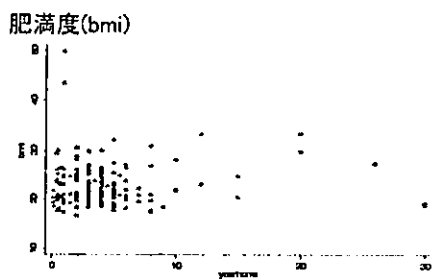
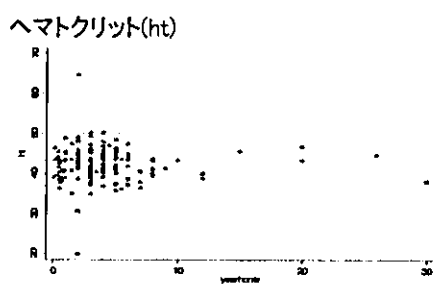
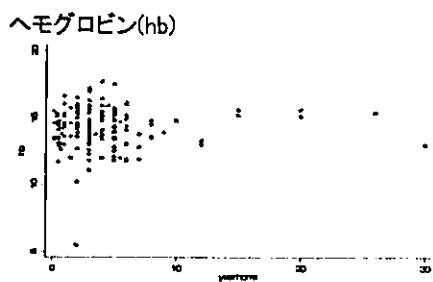
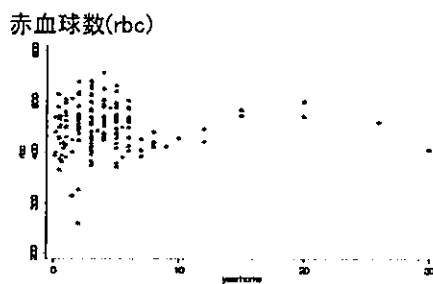
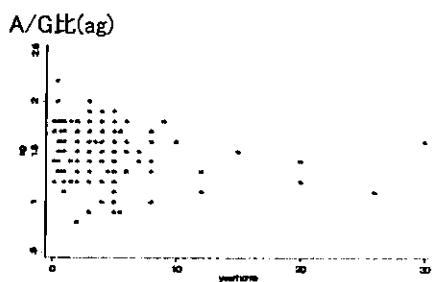
注) 各検査値の異常域に入る確率をlogit modelにより推計し、入所者ダミー×年齢階層ダミーの係数をオッズ比で評価した。説明変数は、3歳刻みの年齢階層ダミー及び入所者ダミー×年齢階層ダミーである。

2.野宿歴と検査値

(1)散布図：野宿歴が長いほど、検査値が悪いという関係が存在するのか。



・それほど目立った関係でもない。野宿歴が長期間にわたると返って検査値が改善するという関係も見られる。



(2) logit model による分析

本来は、健康状態に年齢や環境、習慣などの様々な要因が関係する。それらの要因をコントロールする回帰分析からアプローチする。関係のあった検査値は以下の通り。

①血糖値

- ・・・野宿歴が1年長くなるごとにリスクグループに入る危険が1.28倍増加する。保護歴があると低下する。

血糖値	係数	標準偏差	p-値	オッズ比
年齢	0.041435	0.025443	0.103	1.0423
野宿歴	0.251247 *	0.147447	0.088	1.2856
野宿歴2乗	-0.01532	0.009838	0.12	0.9848
不規則な食生活	-0.45401	0.393704	0.249	0.6351
飲酒習慣	0.529969	0.442967	0.232	1.6989
喫煙習慣	-0.60119	0.548184	0.273	0.5482
保護歴あり	-1.12626 **	0.511399	0.028	0.3242
健康保険証所有	-0.00192	0.627768	0.998	0.9981
年金加入歴あり	-0.563	0.402288	0.162	0.5695
シェルター2年目	-0.77371	0.584097	0.185	0.4613
定数項	-2.99839 **	1.48432	0.043	

注)logit modelによる推定。

サンプル数:166、Log pseudo-likelihood = -83.018462

②血圧

- ・・・野宿歴が1年長くなるごとにリスクグループに入る危険が1.2~1.3倍増加する。ただし、関係は2乗であり、野宿歴が長いと逆に下がる。Attrition (生き残り) 効果か。飲酒習慣の影響もみられる。

血圧(収縮期)

	係数	標準偏差	p-値	オッズ比
年齢	0.064956 **	0.027044	0.016	1.0671
野宿歴	0.183151 *	0.102551	0.074	1.201
野宿歴2乗	-0.00691 *	0.003837	0.072	0.9931
不規則な食生活	-0.15047	0.371812	0.686	0.8603
飲酒習慣	0.885989 **	0.441195	0.045	2.4254
喫煙習慣	0.464718	0.59562	0.435	1.5916
保護歴あり	-0.10937	0.463624	0.814	0.8964
健康保険証所有	-0.45142	0.858542	0.599	0.6367
年金加入歴あり	-0.34454	0.398985	0.388	0.7085
シェルター2年目	-0.44992	0.478067	0.347	0.6377
定数項	-5.80457 **	1.716425	0.001	

注)logit modelによる推定。

サンプル数:177、Log pseudo-likelihood = -93.211523

血圧(拡張期)

	係数	標準偏差	p-値	オッズ比
年齢	0.067585	0.041197	0.101	1.0699
野宿歴	0.285159 *	0.155187	0.066	1.33
野宿歴2乗	-0.01266 *	0.006806	0.063	0.9874
不規則な食生活	0.325675	0.664554	0.624	1.385
飲酒習慣	0.649291	0.780653	0.406	1.9142
喫煙習慣	0.21217	1.052866	0.84	1.2364
保護歴あり	1.010924	0.76439	0.186	2.7481
健康保険証所有	1.77173	1.106256	0.109	5.881
年金加入歴あり	-0.82271	0.792547	0.299	0.4392
シェルター2年目	-1.4958	1.259016	0.235	0.2241
定数項	-7.79705 **	3.202208	0.015	

注)logit modelによる推定。

サンプル数:177、Log pseudo-likelihood = -41.64607

③総コレステロール

- ・・・野宿歴が1年長くなるごとにリスクグループに入る危険が1.8倍増加する。

総コレステロール

	係数	標準偏差	p-値	オッズ比
年齢	-0.03746	0.032767	0.253	0.9632
野宿歴	0.601519 *	0.310193	0.052	1.8249
野宿歴2乗	-0.04473	0.031029	0.149	0.9563
不規則な食生活	-0.00578	0.643007	0.993	0.9942
飲酒習慣	-0.54464	0.577538	0.346	0.5801
喫煙習慣	-1.28631 *	0.68747	0.061	0.2763
保護歴あり	0.23772	0.700372	0.734	1.2684
健康保険証所有	-0.16509	1.227223	0.893	0.8478
年金加入歴あり	-0.26571	0.580558	0.647	0.7667
シエルター2年目	0.547615	0.639552	0.392	1.7291
定数項	-0.38374	2.142784	0.858	

注)logit modelによる推定。

サンプル数:166、Log pseudo-likelihood = -44.478308

④尿酸値

- ・・・野宿歴が1年長くなるごとにリスクグループに入る危険が1.2~1.3倍増加する。ただし、関係は2乗であり、野宿歴が長いと逆に下がる。Attrition (生き残り)効果か。保護歴が正に影響。

尿酸値

	係数	標準偏差	p-値	オッズ比
年齢	0.041143	0.042429	0.332	1.042
野宿歴	0.355855 **	0.177547	0.045	1.4274
野宿歴2乗	-0.01475 **	0.007191	0.04	0.9854
不規則な食生活	-0.2538	0.580458	0.662	0.7758
喫煙習慣	1.586482	1.406195	0.259	4.8865
保護歴あり	1.121468 *	0.641015	0.08	3.0694
年金加入歴あり	0.010434	0.706841	0.988	1.0105
シエルター2年目	-0.60981	0.801247	0.447	0.5435
定数項	-6.76575 **	2.757255	0.014	

注)logit modelによる推定。

サンプル数:112、Log pseudo-likelihood = -39.759284

飲酒習慣、健康保険証所有はperfect linerityにより除去。

⑤肥満度

- ・・・野宿歴が1年長くなるごとにリスクグループに入る危険が1.1倍増加する。

肥満度	係数	標準偏差	p-値	オッズ比
年齢	-0.11464 **	0.049892	0.022	0.8917
野宿歴	0.097863 *	0.050903	0.055	1.1028
不規則な食生活	0.086349	0.913393	0.925	1.0902
飲酒習慣	-1.07837	0.806646	0.181	0.3402
喫煙習慣	-1.53071	1.164282	0.189	0.2164
保護歴あり	0.914894	0.834825	0.273	2.4965
年金加入歴あり	1.204389	0.884597	0.173	3.3347
シェルター2年目	1.048225	0.806792	0.194	2.8526
定数項	3.041775	2.39165	0.203	

注)logit modelによる推定。

サンプル数:112、Log pseudo-likelihood = -39.759284

健康保険証保有はperfect linerityにより除去

3.今後の対策として

- ①慢性期の疾患患者への医療提供（無料定額診療の拡充、単給拡大による青空通院の許可？、NPO 無料診療所への支援、通常の医療保険証・障害者手帳交付の弾力的活用）
- ②医療従事者・看護師による巡回相談
- ③早期発見へのインセンティブ（米国 DOTS のようなホームレス側への検診を受けるインセンティブ、発見者側へのインセンティブ）
- ④行路病院対策、東京都の協力金
- ⑤居住の確保の重要性

社会保障審議会福祉部会生活保護制度の在り方 に関する専門委員会報告書について

サマリー

日付: 2005年2月15日

会場: 国立社会保障・人口問題研究所 第5会議室

サマリー

1. 概論

岩田正美先生（日本女子大学人間社会学部教授）

生活保護制度の改革は、行政が打ち出した政策変更だが、なぜこれが現時点で出てきたのか。公式的な見解には以下のものがある。

- 1) 生活保護制度の問題点は以前より指摘されてきたが放置されてきたものだった。今回の指摘の大部分は過去に指摘されたことと重複している。
- 2) 最大の原因は年金問題だと思われる。年金の空洞化を生活保護にすり替える風潮があり、老齢基礎年金額と生活保護基準額を比較して後者が高いのはおかしいと与野党双方が述べている。年金は最低生活保障ではなく成立してきたが、今日の段階では、基礎年金を最低生活費と考えている人もいる。いざとなれば生活保護があるという意識で年金を払わない若者がいるとも考えられている。
- 3) 財政問題により生活保護の削減が強調された。。
- 4) 社会福祉基礎構造改革で生活保護には変更が一切なかったため、他の福祉サービスとの格差が出てきている。
- 5) 新たな貧困層を含め貧困・低所得問題の議論が浮上し、workfareの表層的な取入れが要請されるようになった。

一方、別の見方としては以下のものがある。

- 1) 福祉事務所レベルで、「老齢加算は無駄」という意見があり、母子加算も評判が悪かったという。栃木県での福祉事務所アンケート調査でも老齢加算は廃止が妥当、母子加算は賛否半々という結果が出ている。日本では老人への福祉予算の割り当てが異常に高く、母子世帯や若年者への振り分けが低い、これについて批判が多く、子供や若者へそれを振り分けるべきだという意見が出てきた。これが老齢加算を廃止し母子加算を温存したという事実につながったのだろう。
- 2) 客観的に見ると制度改革が重要だった。制度を緩めるからその代わり水準を引き下げることが審議前から語られていた。今回の改革で、ハードルが低くなるが必要な人にもっと行き渡るようになるという期待があった。現実には、より水準問題に焦点が変化して改革が開始されたのではないだろうか。
- 3) この制度について地方と国の不信感は大変強い。生活保護改革については2000年前後の地方分権化の際に行われるべきことがなされておらず、そのつけを今払っているのかもしれない。また、地方の実施体制への国の不信、国の財政支援についての地方の不信が強いという印象を

サマリー
2005年2月15日

受けた。地方を指導するという立場で国の保護課の担当者が行動したときに、地方から反発が起きている。4) 水準については、算定方式そのものの妥当性の検証はされなかった。時間・能力がなかったので水準均衡方式そのものの見直しはやめることとし、水準均衡方式を前提として比較したところ妥当であるとしたことになる。水準問題に関しては事前調査を行っており、外国の調査も行っているはずなので、準備は数年前からされていたようだが、それが十分生かされてこなかったという事実がある。担当者の変更による影響もあるのかもしれない。

委員会設置時の基本視角としては、加算・生活扶助に収斂した議論や、自立支援プログラムによる実施体制のてこ入れが挙げられる。利用しやすい制度へという考えもあったが、基礎構造改革の忘れ物として近代化を図ろうということが主目的で、「入りやすく出やすく」というキャッチフレーズはあったものの不鮮明なまま開始した。。医療・住宅扶助への言及は今回は難しいという意見も強かった。

水準の論議については、事前調査の位置づけの曖昧さや湾曲点論の困難も影響し、最初の3回ぐらいは無駄な議論だったともいえる。統計局のデータ使用制限も厳しく、等価スケールや消費単位の研究が日本では手薄なこともあり、妥当性の検証の条件が十分整っていたとはいえない。

また、一般低所得世帯と比較するのは生活扶助相当額であるが、生活扶助相当額は費目ごとに拾うのだが、この内容は詳しくはわからない。。また、現在の生活扶助基準は標準3人世帯と全国消費の消費水準を比較するという方法になっており、そこから1類と2類に分けてモデルで妥当とされた数字を展開するのだが、展開が不合理である。1類と2類への仕切り方が問題であり、単身世帯が損をするという構造になっている。また、1類の方法はマーケットバスケット方式時代のカロリーに基づく年齢別展開をそのまま使っているため、17歳あたりをピークにする鋭角のカーブを描く。赤ちゃんや高齢者に低く、その分が人工栄養費加算や老齢加算で補充されているという不合理な構造となっている。全体をなだらかにすれば、加算の必要性は薄れるのかもしれない。なお、水準の妥当性については、全国消費の結果が出た時点で検証すべきだという結論が出たが、これには相当の研究および専門家が必要である。

老齢加算廃止については年金支払い者である生活保護受給者だけに加算をつけるという考えも出ていたが、無差別平等原則に反することから、全体的な廃止になったものである。私は、条件付きで残さなくて良かったと思っている。生活保護制度の中にdeseving/undeservingという考え方が混入されてしまうからである。。

要件についての詳細は布川先生からお願いしたい。民法の扶養義務は、兄弟や孫まで追い求めることが行政コストとして無駄だということで合意されたが、親子を未成年の子と親に限定するという我々の考えは非常に難しいということで却下された。労働能力の活用については、労

サマリー

2005年2月15日

働義務への強いこだわりがあり、なかなか難しかった。。一般扶助にこだわるのではなく、稼働・非稼働を分けた上で扶助を行うというスタイルにしないと、入り口が緩和できないのではないかとさえ感じられた。

自立支援プログラムについてはまず自立とは何かの議論が仕掛けられたが、「自立」の定義を社会福祉法の自立に合わせるべきだという意見があり、それは当然なので議論は行わなかった。生活保護にとっては労働自立志向は非常に高いので重点が置かれるだろうが、高齢者・障害者が多いので労働自立ではない自立も重視されることにならざるをえない。

保護施設については、経営者も存在しており、ホームレスなどへの対応もしているので、すぐさまラディカルな改革はできないが、短期施設化を打ち出した。施設を改善することが必要である。医療保護施設は実態がない。

この改革は、三位一体改革とは別の問題として処理してきた。だが、報告書提出が8月から12月までずれ込んだのは三位一体改革の影響が多かったと考えられる。報告書の当初案では、「自立支援プログラムは地方が行うから地方が負担すべき」となっていたが、最終的に「地方の負担」という文言は削除された。もっとも、委員会で自立支援プログラムは地方の責任と仕分けしているのかとの質問があったが、その時は「していない」ということだった。

最終報告の提出時には、平成17年度予算は決まっていたことから、予算の問題はなかったのだろう。平成17年度予算では、単身モデルの設定などの依頼は保留となっている。これについて福祉部会で質問したが、段階的に老齢加算を廃止するので最後に考えたいという回答だった。

報告書の位置づけとしては、1) 社会保障の一体改革の一翼としてさらに続く生活保護改革の開始に位置づけられるのか、2) 当面の財政問題への一時的な回答で終わるのか、のどちらかであろう。今後さらに改革をしていこうという勢力が非常に弱いのが、これは生活保護の機能の縮小にもつながりかねない。日本では、生活保護が福祉サービスとして位置づけられているため、社会保険や福祉サービスにおいて低所得対策を各論的につける傾向がある。生活保護はきわめて特殊な最後の手段だとされすぎているのではないか。。

<質疑応答>

大石：公立保育所にも見られるように、社会保障の各論の縦割りの制度のなかで低所得者に対する対策があるということなのではないか。

岩田：低所得者への援助は複数でもよいと思うが、その基底に共通の所得保障がおかれたほうが整合性ははかれる。あらゆる社会サービスと併用される英国のインカムサポートに対し、日本では生活保護がそのうちかなりのサービスを抱え込んでしまっている。、生活保護受給者

サマリー
2005年2月15日

でなくても自立のニーズはある。低所得の定義も一貫性がなく曖昧である。

菊地：今回の報告書については、厚生労働省で最初から議論の枠が提示されたのか。それに対してどう思われるか。

岩田：第1回は自由にあらゆることを話し合っていたが、その後の議論は、水準や加算と自立支援に集中された。これは行政の発案であり、審議会や委員会と行政との関係では日本的なやり方だと思う。

大石：マーケットバスケットについて。日本では最低生活費を決定する方法が明確ではないのか。

岩田：マーケットバスケットでは文化的な経費が考慮しにくい。「最低」の線引きするのは非常に難しい。社会生活上の費用のとらえ方や、生活保護を受けた後の貯金についてはさまざまな考え方がある。マーケットバスケットとして積み上げれば明確だが、普通の人の6割という考え方のほうが好ましいのではないか。どの程度になると社会から孤立し、その場合に社会にどのような問題が出るかということがさらに研究されてもよいと思う。抜本的な統計分析のやり直しやパネルを用いた追跡調査が必要である。

鈴木：私は医療経済が専門である。財政的には生活保護で最も無駄なのは医療費の単給だと思うが、それについては議論できなかったのか。

岩田：受給者の増加を危惧しているため、単給という言葉はやや警戒されたかもしれない。。医療費の問題は国保とのリンクに失敗したことも要因。日本では老人福祉サービスの施設に入ると生活保護から脱却するが、医療はカバーできないので医療扶助扶助が出る。これにより、医療を受けられない層の発生予防、生活保護受給者の削減につながってきたという役割もある。医療費は、在宅ではなく入院型において財政的な負担が大きい。

2. 各論

布川日佐史先生（静岡大学人文学部教授）

皆様のご意見を伺いたい点をいくつか述べる。

微妙なバランスをもとに「利用しやすく自立しやすい制度へ」というキャッチフレーズが入ったが、今後の意味合いはどうか。受給者が増えるのか増えないのか分からないという印象を持った。キャッチフレーズの方へ変わるべきだと思うが、クリアすべき課題は多い。要件も分かりにくいので、見直さなくてはならない。国民のなかで生活保護が果たす役割について、モラルハザードの問題や財政的な問題などの既存の議論の枠を出て議論していかなければならない。

生活保護扶助の基準は、低所得世帯の生活扶助相当支出額との比較で妥当となったが、高いのではないかと示唆されている。変局点分析、社会生活に関する調査は、本来別の使い方ができたのではないだろうか。被保護勤労3人世帯については、どのような3人世帯なのかという問題がある。一般世帯の消費水準の7割弱でとりあえず妥当となっただけではあるが、世帯人員ごと、世帯類型ごとの検証が必要なのではないかと思う。消費水準均衡方式にかわる水準の算出方式についてもさらに議論すべきだ。

稼働能力の活用要件については、問題提起の仕方を反省している。保護申請時に非就労状態の人にどのように適応するのかにこだわって議論したが、自立支援とからめて議論することも可能であった。報告書では指針が必要とされているが、今後どのような指針が出てくるのかが興味深い。また、今回の議論からすれば、保護申請時に何らかの就労をしていれば、十分ではないとしても稼働能力を活用しているのであり、保護を適用すると考えられることになるはずである。最終の専門委員会での字句修正により、保護申請時に就労していない人への自立支援プログラムの適用可能性を広げ、生活保障金給付への可能性を広げた。しかし同時に「ワークテスト」を課すことになってしまう危険性もある。ここの関連性が実際どうなるかが分からず評価できない。能力活用要件を分かりやすく見直すため大胆に議論すべきだ。

自立支援プログラムについては、社会福祉法に基づき「自立」を定義した。また「稼働能力自体が可変的」という考え方を示した。生活保護は就労支援だけでなく広い自立だということになっており、障害者自立支援法とも絡み今後の動きが注目される。自立支援についても実施体制や財源が組めないという問題があるが、大川先生からコメントをいただきたい。自立支援プログラムへの参加とそれが不十分だった場合の対応については、「すぐに保護の廃止にはしない」という歯止めは書面化できたが、現場の実態はどうか。契約型にするという議論も

サマリー
2005年2月15日

あったが、報告書には入らなかった。保護の変更・停廃止については、被保護者の義務、指示に従う義務など、ケースワーカーがすべての権限を握っている実態がある。実施プログラムの問題よりも、土台にある指導指示とそれに従う義務の問題を改善する必要があるが、今後どのようにこれを議論できるのか。

勤労控除の見直しについては、貯蓄ができるような仕組みが議論されたが、水準が高いという基調があるためか、それは報告書に入らなかった。金銭給付とソーシャルワークの分離がもっと論じられるのかと思ったがそうではなかったし、アウトソーシングなどの論点も入らなかった。

大川昭博氏（横浜市福祉局ソーシャルワーカー）

私は研究者ではなく専門職として横浜市で生活保護のケースワーカーとして働いている。私が労働組合である、連合・自治労から推薦されて委員会に入ったのは、現場の受給者に近い立場という理由があったのだろう。

自治労でも長年、生活保護の論議に取り組んできた生活保護制度には発足時から厳しい時期と緩やかな時期の波があるといわれているが、1987年には生活保護は厳しく適正化されていた。。

1997年に自治労で、全国から出された実施要領の改正意見を収集し、問題点をまとめて報告書を作成したが、現場の意識が当時の公的介護保険の論議にシフトし、生活保護の話をして省みてもらえず、法改正を要求する声は少数だった。2000年の基礎構造改革以降、制度の在り方を見直す必要が意識された。また、餓死・孤独死の報道があり、「制度疲労」などと呼ばれるようになった。この頃から生活保護率が上昇するなかで、制度改正の論議もようやく日の目を見るようになった。

近年、地方の実施体制に対する国の不信が大きくなっている。訴訟の頻発により国は、自治機関の力量が落ちているのではという疑問を持ち、過度の適正化が行われたのではないかという意見も一部にはあったようである。

一方で自治体は、機関委任事務のときは保護費を増加に議会のチェックは入らなかったが、法定受託事務になってから、生活保護の財政に議会や地方財政の関与が高まり、どの自治体でも生活保護の予算を確保に苦労している。今回の専門委員会は、財政サイドからの要請で開始されたものなので、制度疲労の時代の流れとは違うかたちで開かれた。保護費の削減方法について相談を持ちかけられたのだと感じた。

現場のケースワーカーからは、「水準が高い」「障害者加算はいらない」「年金も払わずに生活

サマリー

2005年2月15日

保護をもらっているのはおかしい」「生活保護は期限付きにすべき」という意見が聞かれる。この意見に個人的には賛同できないが、国民が生活保護制度に厳しい目を持っていることは事実でもある。このような「生の」意見をどれだけ整理して制度改正につなげるか、が自治労の課題でもあった。今の制度のあり方は変えなければいけない。しかし国民に支持されなければ生活保護は立ち行かない、「入りやすく出やすい」生活保護という意見はここから生まれたものと考えている。

わが国の「貧困対策の貧困」により、生活保護制度に過度の負担がかかっており、地域の貧困問題すべての解決が生活保護に求められている。しかし、フルバージョンの保護適用ではなく、「医療費だけあれば」「家賃さえ出してくれれば」という人もいる。しかし、現状の生活保護ではそのような対応ができない。また、福祉事務所の業務も問題が多様化して職員の勤務状況も厳しい。生活保護を支える実施体制も論議していかなくてはならない。国と地方の分担については、国が一定の責任を負うべきだという意見が主流の一方で、分権の時代にふさわしい負担のあり方を主張する意見もある。

専門委員会の一番の成果は、「自立」という考え方が変わったということだ。これまで経済的な自立に主眼が置かれていたが、今回は広い意味での自立の概念を打ち出した。自立はすべて自分で行うのではなく援助の下に行ってもよいという考え方であり、これは大きな進歩である。一方で、単給など、高齢者・障害者ら保護対象の大半を占める人々に関する問題は積み残しになっている。現在の年金制度は、同一企業に長期間勤め所得が右肩上がりになることを想定したもののだが、労働力の流動性、非正規の社員の増加などにより、今後所得がのこぎり型になり年金が安くなる。また、ヘルパーなど生産と所得がリンクしないと人々も増加していく。NPO・NGOの従業員も、社会的な貢献度が高いのに収入が低い。今後、低年金・無年金の人々の増加が予測されているのに、これについて報告書は何も議論していない。現場の職員はこれから低年金・無年金の人々が大量に生活保護に入ってくるのではという危機感を持っている。この報告書ではそれに関する項目も入れてあるので、今後の社会保障審議会全体の中で、低所得者対策を論議して欲しい。今回の報告書は不十分な点も多く、批判も承知しているが、自立支援プログラムで自立の考え方が変わったということは是非強調してほしい。批判すべきは、年金制度問題が積み残され、貧困問題の解決にはなっていないことであり、そのことをもっと批判してほしい。

<質疑応答>

大石：パラサイトシングルが増えて、親が死亡した後年金がもらえないというシミュレーションもあり、結局、同じだけのコストがかかるのでは。

サマリー
2005年2月15日

鈴木：自民党議員から、生活保護は将来的に半分にし、無年金を防ぐスキームを考えていると言われたことがある。

大川：扶助基準を半分に下げても、生活保護費の6割を医療扶助が占めているので、実質は1/4しか下げられないことになる。このように生活保護の論議はナンセンスな意見が正当化される傾向があり、十分な検証がされないまま、単純な図式化により問題を解決しようとしている側面もある。これは保護基準拡大論の人たちも同じで、専門委員会に対しての批判はあるが圧力にはなっていない。

菊地：この報告書について財務官僚の意見は、財務支出が実際減るかどうかはふたを開けなければ分からないのでは。

岩田：利用者の拡大については警戒的である。結局生活保護から出られないのではという意見もあった。自立支援プログラムをつくっても上手に出していく自信もない。本当の財政問題の削減ならば、医療扶助に踏み込まなければならない。これはモラル問題としてとらえているのだろう。生活保護は、介護、医療など他の施策とリンクがとれていない。根幹には保険主義と異常な防貧論があり、そのために生活保護があったが、年金の空洞化によりそれを裏切られたという実態がある。医療扶助に切り込むと国保はじめ医療すべてに波及するから手をつけられなかったのではないか。

現代の常識はworkfareであるため、自立努力をしなければ意味がないかと考えられている。しかし、workfare路線に閉じ込められてしまっただけでは実態を打開できない。外国では所得保障として機能させたうえでのworkfareが出てくるが、日本は、「年金は当たり前」「生活保護は異常」と区分けしている。年金論は今後も続くだろう。

大石：基礎年金の水準は何をもって決めるべきか。

鈴木：基礎年金と生活保護はリンクしている。

岩田：基礎年金については、食費+ α であるとしているが、物価を用いた曖昧なかたちのままである。高齢者の最低生活保障は年金に委ね、住宅を地方が手当化すれば、かなりの人々が年金と住宅手当で生きていくことができるようになる。

大川：国の政策をそのようにした上で、そ子から漏れてしまうような人に限定するのであれば、地域の貧困対策として、地域の地方財源で対応することができる。現在は、高齢者と医療扶助ですべてが決まってしまうので、自治体が独自予算を組む意味がない。このような仕組みのま