

研究所ニュース No.19 2007.07.31



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

〒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

E-mail: inoci@inhcc.org <http://www.inhcc.org>

●理事長のページ (no. 19) ●

まちづくり、コミュニティビジネスと非営利・協同

角瀬保雄

「いのちとくらし」と称している本研究所は医療・福祉とまちづくりをメインフィールドにしています。NPOの活動分野としては一般にも医療・福祉がトップにあがっており、その一端に位置している本研究所は、数あるNPOのなかでもメインストリームに属しているものといえるでしょう。機関誌『いのちとくらし』は医療・福祉の研究や情報に満ちています。しかし、まちづくりとなると、今後の課題といわなくてはなりません。地域に根ざした医療と福祉の重要性が叫ばれているとき、また現実にも地域の空洞化、崩壊が進行しているとき、まちづくりの運動や事業の研究と情報を強化する必要があるのではないのでしょうか。全日本民医連、日本生協連医療部会のHPをみてもこれだと思うものはみられません。『いつでも元気』誌上で共同組織の活動が紹介されている程度です。

ここで問題になるのは、何をもって「まちづくり」と呼ぶのかということです。日本建築学会はこの言葉を以下のように定義しています。

「まちづくりとは、地域社会に存在する資源を基礎として、多様な主体が連携・協力して、身近な居住環境を漸進的に改善し、

まちの活力と魅力を高め、『生活の質の向上』を実現するための一連の持続的な活動である。」(日本建築学会『まちづくりの方法』2004、P. 3)

建築家の立場からの視点にたったもので、視点を異にするとまた別の定義も可能かと思いますが、当研究所の「いのちとくらし」という視点からも居住環境は重要で、さらに生活インフラとしての公園や商店街、医療・介護施設の存在は欠かせません。また最近ではまちおこしのための「地域のブランド化」ということも問題になっています。長野県の小布施町は葛飾北斎をアピールし、「栗と北斎と花のまち」で成功しているようです(堀内圭子「浮世絵を生かしたまちづくり」(成城大学『経済研究所年報』第20号)。それに対して夕張の場合は、石炭産業の撤退と行政の無駄使いによる観光化が地域の崩壊に拍車をかけたマイナスの事例といえるでしょう。

ここで少し別の視点へと飛んでみようと思います。コミュニティビジネスという言葉があります。ビジネスの視点からコミュニティ問題を取りあげたもので、伝統的な中小企業論やマイクロビジネス論と交叉するところのあるのは当然ですが、その

INHCC, Institute of Nonprofit Health Care Cooperation
独自性を橋本 理氏の研究「コミュニティ
ビジネス論の展開とその問題」（関西大学
『社会学部紀要』第 38 巻第 2 号）から探
ってみたいと思います。

氏はコミュニティビジネスのキーワ
ードとして、社会的企業、非営利組織(NPO)、
地域再生、雇用創出、地域福祉をあげてい
ますが、その端緒は 1980 年代からのイ
ギリスのスコットランドにおける地域再生
の取り組みにあったとされています。しか
し、コミュニティビジネスの議論は次第に
社会的企業論に移ってきており、ソーシャ
ル・エンタープライズ論の一部となってい
くようになってきているようです。

日本における展開は多様です。関東経済
産業局が熱心で、私も時々そのメルマガを
のぞいていますが、橋本氏はその事業の主
要領域を以下の 4 点に整理しています。

第 1 は、中心市街地の活性化、商店街活
性化に関わるものです。

第 2 は、環境コミュニティビジネスです。

第 3 は、農村地域におけるコミュニティ
ビジネスがあげられています。

第 4 は、地域福祉の領域で、社会参加や
就労支援があげられています。

しかし、日本におけるコミュニティビ
ジネス論では欧米のもの比べて、雇用問題
や社会的排除の克服という観点が明確に
打ち出されてなく、「薄く・浅い」支援であ
るともいわれています。コミュニティビ
ジネス論の多くは、あえてコミュニティとい
う概念を用いる必要のないものが多く、日
本におけるコミュニティビジネスの流れは、
イギリスのコミュニティビジネスの流れと
は関係なく、「生活ビジネス」を指すほ
どのものであるともいわれます。

こうした時、会員の山田定市先生がは
る北海道から研究所にお見えになりました。
北海学園大学開発研究所の総合研
究・「NPM (New Public Management)
と地域づくりにおける非営利組織・協同組
合の位置と役割」のための調査と資料収集
への協力依頼のためでした。難しいテー
マですが、その研究の完成をお祈りした
いと思います。公立病院の民営化などは NPM

そのもので、社会医療法人制度との関係も
あり、遅ればせながら当研究所としても取
り組んでいくべきテーマだと思います。最
近、目に留まった論文に大松美樹雄「市場
化のなかでゆれうごく自治体病院の社会的
使命と経営」（『賃金と社会保障』
no. 1417）があります。NPM 思想などの
拡大のなかで従来型批判の「呪縛」を乗り
越えることを目指しているようです。

この間、コムスの介護事業における不
正が社会の注目を浴びました。介護事業が
発足した当時、民間営利企業の参入をめ
ぐって、協同組合学会でも議論が交わされ
たのを記憶しています。当時、措置制度を
上からのお仕着せとして、利用者の自立、
自己決定という視点から介護保険への民間
企業の参入を正当化する流れがありました。
「社会福祉」から「福祉社会」へとい
うスローガンも飛び交いました。それに対
して私は、民間営利企業の介護事業への参
入自由化は、介護の「市場化」「営利化」
をもたらすものと賛成論者を批判した記
憶があります。事態の推移はコムス商法
が物語っているとおりとなりました。

その後、公共業務の民間へのアウトソー
シングが大きな流れとなってきましたが、
私は形式的に「民」はダメで、「官」であ
ればすべて良しとする立場をとるものでは
ありません。それは年金問題での社会保
険庁の無責任行政をみても明らかです。一
方、「官から民へ」というスローガンの狙
いがどこにあるか、多くの事例が示してい
るところです。ここでは民間の非営利・協
同を媒介とした新しい公私の関係の再構
築が必要となるのではないのでしょうか。こ
うした時期、「おわりよければすべてよし」
というシェクスピアをもじった羽田澄子
監督の映画を岩波ホールでみました。内外
のターミナルケアの実態をドキュメント
したもので、2 時間半の長編で疲れました
が、おおいに勉強になりました。いまこそ
まちづくりにおける民間の非営利・協同の
位置と役割が問われるところだと思いま
した。

【副理事長のページ】

日野市立病院の改革に先立って

高柳 新

地元三多摩、日野市の「日野・市民自治研究所」の地域医療学習会に最近参加している。その中の中心テーマは、今後の市立病院の今後のあり方だ。上記研究所の「日野・市民自治研究所 通信」第58号(2007年7月1日発行)に掲載したものをここに転載する。本文は、近著『日本の医療はどこへいく』(2007年秋発行予定)内の角瀬先生の文章と、野村拓先生の『日本赤十字の素顔』(あけび書房、2003年)を引用させていただいた。

日野市民の医療に対する絶えざる関心が、市立病院の医療サービスを高水準に保つことにあるのは言うまでもないことでしょう。しかし、こうした表現では十分なものではなく、今日の情勢では、「改革」の名で改悪が押し進められてしまう危険性もあるのです。日野市立病院(市立病院)が現在抱えている困難や、課題をもれなく析出し、他地域も含めて、公立、私立の別なく比較検討することが必要でしょう。そのことを前提にして、ここでは、医療サービスとは何か。そしてそれが高水準であるとは何を意味するのかを、考えてみたいと思います。当面の対策を講じながらも長期的、抜本的な方針を立てるには一度、原点に戻ってみることが欠かせないと考えます。ここでは三点について問題を提起したいと思います。第一は、医療の公共性です。第二に、市立病院の使命についてです。第三は、その担い手、改革の主体者はだれかということです。

1 医療の公共性

医療は三つの構成要素により成り立っています。医学、医療制度(施設基準や、医師をはじめとした医療人の養成制度のこと)そして医療保障制度です。医学水準が高いたくだけでは、医療水準は高くないのはアメリカの医療の現状を見ると明らかです。国民の15%、4500万人が無保険、70%が民間保険に加入しているのです。

いくら高級車が開発されても、貧乏人には無関係。こうしたことは医療の世界では許されてはならないことでしょう。医療は、医学水準の向上と公的社会保障の拡充が車の両輪なのです。

医療は商品か

医療サービスは個人の購買力の有無によって決まる一般的なサービス商品ではありません。まず人命にかかわる行為です。大量生産しておいて、後は「チン」して温めるだけというわけにはいきません。米や魚のように運送サービスを使い家庭に運び込むということもできない時間的にも地理的にも特殊です。

購買力の有無や、その大小に係わらず、患者は平等の医療サービスを手に入れることができ、供給側も収入のことはさておいても、科学的で親切な医療が提供できるような公的制度、体制が欠かせません。これが医療の公共性、非営利性といわれる所以です。緊急手術が必要な病気に貧富の差などあってよいはずがありません。かりに医療がサービス商品としての側面を持っているからといって、自由放任の市場に放り出してはいけな強い公共的性格をもっているし、それを失ってはならないのです。今の政府は医療が公共財であることを破壊しようとしていると言わざるを得ません。金がないから医者

にかかるのを控えたり、金の有無で患者を選別しなければならないのは時代の逆行です。「医は仁術」であって「医は算術」にしてはならないということです。

公共性とは

公共性という、個人に対する国や公をイメージし、国立や公立ならば自ずから公共性を発揮していると思込んでいる人が多いのです。「公共性」という言葉には三つの意味合いがあります。第一は、国家に関する公的なものという意味です。第二は、すべての人びとに関係する共通のものという意味です。第三には、誰に対しても開かれているという意味です。古くは第一のものを意味することが多く、したがって国、政府がその担い手とされてきましたが、最近では、第二、第三の意味で使われることが多くなってきました。しかし国家や市場の領域と区別される市民社会の持つ独自の意義が強調され、住民参加によって公共領域を再設計し、拡充していこうという流れが積極的に位置づけられてきています。市民、みんなが参加して、「一人が万人のために、万人は一人のために」を実現しようということです。「公共性」をこのように人間的で民主的、実践的意味でとらえていくべき時代に来ているとすることができるでしょう。

わが国の医療の公共性

日本は、平和憲法下に 25 条に国民の生存権とそれを守る国家の義務が明記されています。

日本の医療の特質はこの憲法原則の下で、国民皆保険制度を確立し、一方供給側も公私の別なく、医療の非営利性を守ってきたことにあります。医療法第 7 条で医療の非営利性を規定し、54 条では剰余金の配当を禁止しています。医療機関にかかりやすい・アクセスの良さは世界一だと言われています。国保の未納者問題など深刻な事態も拡大していますがまだ、アメリカのように民間保険会社が大手を振り、病院株式会社が拡充している状況ではありません。設立形態の特徴としては「開業医制」を軸として、民間医療機関は全病院施設の約 80%、全病院床数の約 70%に近く、一般診療所の 95%を占めています。したがって医療機関の所有形態、設立形態だけから公共性を評価することはできません。患者との密着度、住民参加の水準が大切になります。

2 市立病院の使命

市立病院は医療法 31 条でいう法的に定められた「公的病院」に分類されます。日赤、済生会、厚生連の病院などと並ぶものです。戦後医療法の中に設けられた制度です。制定当時、医療機関の計画整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核とする意図を持って、次のような使命が課せられていました。

- ①医療のみならず、保険、予防、医療関係者の養成、へき地における医療等一般の医療機関に常に期待することのできない業務を積極的に行い、これらを一体的に運営することが期待できること。
- ②適正な医療の実効が期待され得るとともに医療費負担の軽減を期待し得ること。
- ③その経営が経済的変動によって直接に左右されないような一定の財政的基礎を有すること。
- ④医療保障制度と緊密に連携協力しうること。

これらに基づき、一般的に次にあげることが期待されていました。①不採算医療、②医療領域における民主的水準のリード、③後方、中核病院、④保健、医療・福祉の総合

展開、⑤先駆的医療、高度医療、特殊医療（難病、伝染病、結核、エイズ等）、⑥がんセンター、⑦成人病センター、小児専門病院等、⑧教育病院。

これらのことはいずれも重要なことではありますが、網羅的に、自己完結的に実現することはとうてい無理な話でもあります。改めて次の三点に立脚して考えるべきだと思います。第一は地域社会のもっとも困っている人に役立つことです。これは経済的にも医学的にもという意味です。市民の「最後のよりどころ」相談相手になるということです。第二に、他地域を含め、大学病院、基幹病院、地元の病院、診療所（開業医）との連携、ネットワーク形成です。第三に、住民の病院運営への参加です。

「市立病院」を中核病院として、住民参加の力で、“クモの巣”のような医療のネットワークを作ることが重点です。市立病院が終着点になる必要はありません。むしろ他地域にも連携し、開かれているべきです。患者さんが救急車で駆け込んできても、まずは受け入れ、体制がない場合でも、責任を持って他院所を紹介する体制を作ることです。

病院運営の担当者は、まず住民と話し合い、地元医師会との形式的でない話し合いの場を作るべきです。その上で、市内外の医療機関とのネットワークを形成するために、一つ一つ交渉を積み上げることが欠かせないでしょう。率直な話し合いの中から、無理のない、相互協力体制が生まれ前進できるはずです。ある日、ある時突然理想的なものが実現すると言うことは医療の世界では不可能です。一人の医師の養成にも最低10年はかかるのです。

3 改革の担い手は誰か

『自分たちで命を守った村』（岩波新書）にまとめられている岩手県沢内村の経験は、村長、議会、医師、保健婦、村民のちからが一つになって実現した感動的な話です。『村で病気とたたかう』（岩波新書）『飛驒の夜明け』（農山漁村文化協会）ではイニシアチブを若月俊一医師、海野金一郎医師が長野の佐久、岐阜の飛驒で発揮した記録です。

長崎の無医地区であった香焼町では、亡くなった町長以下助役などが全国を飛び回り町民のために本気になって働く、地域医療に情熱を傾けている医師を捜していました。僕も何度か香焼町に足を運びました。長崎の民医連と町が協力し、やがて診療所を開設し、長崎市内と香焼町の途中に開設された上戸町病院に町民専用の10ベットを確保しました。

「住民本位」の医療のためには、今の国の政策に追従しては実現しません。イニシアチブの発揮は議会であれ、市長であれ、誰でもいいでしょう。結論的に言えば、医師と医療従事者、医療労働者（看護師、薬剤師、放射線技師、事務系職員など）と住民が一致協力することです。そのために自治体が力を発揮することです。議会も市長も一緒になって市民のために頑張ることが求められています。労働組合も管理部批判だけでなく、自らの権利と、社会的、市民的使命を自覚して活動すべきです。病院の院長をはじめ医局の医師たちを単なる技術屋としてしか期待しないとしたら、市立病院の再生はないと断言します。医療の仕事は、技術的側面と組織的側面を持っています。それをどう統一するかが肝心なのです。分業の世界で医療従事者が骨身を削り、医師も専門分野で精一杯、管理部は赤字経営と人捜しに頭が一杯。このままでは営利主義に基づく、「改革」を騙る「第三者」が現れ、市民の財産を奪っていくのは目に見えています。

市民の、市民による、市民のための病院の再生に期待しています。



●事務局経過報告（2007年4月～6月）

<p>【4月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・08日 ONIAM 打ち合わせ ・25日 国会議員会館共済学習会 ・31日 研究所ニュース No.18 発行 	<p>(事務処理)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機関誌 19号編集 ・研究所ニュース No.18 編集・発行 ・決算 ・HP 更新
<p>【5月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・08日 事務局会議 ・11日 機関誌 19号座談会 ・17日 第2回介護予防WG ・19日 第7回理事会＋第5回企画 機関誌委員会 ・22日 監事監査 	<p>(事務処理)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ONIAM 講演チラシ作成、発送 ・総会議案準備、発送 ・機関誌 19号編集・発行 ・HP 更新
<p>【6月】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・01日 単行本執筆者会議 ・16日 07年度定期総会＋講演会 ・18日 ONIAM 講演（大阪） ・19日 マルタン氏病院見学（京都） ・20日 比較法ゼミ（東京大学） 	<p>(事務処理)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・会員名簿整備 ・定期総会、講演準備 ・東京都、都税事務所へ書類提出 ・HP 更新

※ 研究所ニュースへのご要望やご感想など、事務局へお寄せください。

※ バックナンバーは、PDFファイルでウェブサイトに掲載していますが、現物が欲しい方は送料のみでおわけしています。

4月～6月はONIAM マルタン局長の招聘準備に明け暮れました。東京総会の記念講演では鈴木篤先生（全日本民医連副会長、研究所理事）、大阪シンポジウムでは池田信明先生（大阪民医連会長）に日本における現状についてご発言いただきました。大阪シンポジウムでは会場の準備など、大阪民医連の皆様には大変お世話になりました。また病院見学で訪問した京都民医連中央病院の皆様にもいろいろとお世話になりました。片岡文子さんには「彼女のフランス語は完璧」とマルタン局長が賞賛する通訳を、さらに京都の案内もしていただきました。改めてここに御礼申し上げます。

東京、大阪ともに、研究者、保団連、大学病院、医師会、病院協会、患者団体の方々、マスコミ関係者など、会員以外の方にもご参加いただきました。フランスの事例だけではなく、機関誌『いのちとくらし研究所報』19号には、デンマークの医療事故補償の紹介の他、イギリス・オーストラリア（クイーンズランド州）のコロナー制度についても視察報告が掲載されています。フランスについては報告書にまとめ、11月視察の事前学習に使用したいと考えています。

会員の皆様から海外の動向や調査に関連してご相談をいただいたり、訪問を受けたりしています。多くの情報をお渡しできるようにこれからも努めて参りたく存じます。

総会関連でお休みしていた自主共済組織学習会は、第7回を8月8日（水）午後6時から開催します。講師は中川雄一郎先生です。詳細はウェブサイトをご覧ください。（竹）

●事務局からお知らせ

1. 2007 年定期総会が終了しました

2007 年 6 月 16 日(土)に平和と労働センター・全労連会館で 2007 年度定期総会と記念講演「フランスにおける医療事故補償制度と ONIAM の活動」が約 120 名の会員が出席（うち書面議決書 95 名）で開催されました。開会にあたり角瀬理事長から医療・福祉をめぐる公的セクター、私的市場セクターに問題が生じ厳しい状況であること、民間非営利・協同セクターのいっそうの発展が求められており、研究所も 5 年目を迎え活発な活動を予定していると挨拶がありました。議題は(1)2006 年度活動報告及び決算承認の件、(2)2007 年度活動計画及び予算承認の件で、双方とも賛成で議決されました。閉会に際しては高柳副理事長から最近の状況を放置しては大変な時代になるが、落ち着いて考え、可能性や新しい動きを見いだしていこうと挨拶がありました。吉田万三会員の都知事選こぼれ話もありました。

続いてフランス全国医療事故補償局（ONIAM）のマルタン局長の講演があり、日本の状況について鈴木篤理事（全日本民医連副会長）の発言がありました（詳細は機関誌『いのちとくらし研究所報』20 号に掲載予定です）。なおマルタン局長は 18 日大阪、20 日東京（大学関係のセミナー）でも発表されました。19 日は京都民医連中央病院を見学し、吉中丈志院長を始めとする病院関係者と交流しました。



2. フランス非営利・協同の医療機関視察(11月18日(日)~25日(日)8日間)

全日本民医連との共催で、フランスの非営利・協同の医療機関（共済組合連合会および加盟病院、非営利医療社会サービス労働者連合会および傘下病院、地方自治体の非営利病院など）を視察するツアーを企画しています。参加を希望される方は別紙の申込用紙に記入の上、お申し込みください（会員対象となりますので、未入会の方は入会も同時にお願い申し上げます）。

3. 2007年度研究助成の募集開始

2007年度も非営利・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、研究所の目的に添った、人びとの「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するため、研究助成の募集をします。締切は9月末日（消印有効）です。申込用紙はウェブサイトからPDFをダウンロードするか、事務局へご連絡ください。

助成対象： (1)個人による研究 (2)グループによる共同研究

※他の研究助成との併用は認められません

助成金額： (1)個人研究は50万円程度 (2)共同研究は100万円程度

応募方法： 所定の申込申請書・申込用紙を提出のこと

受付締切： 2007年9月30日（日）消印有効

選考及び助成金の決定： 研究所委員会の選考を経て、理事会により決定する


選考結果の通知と助成金の交付： 受付後3ヶ月程度で通知及び助成金の交付を行う

—2007年7月20日現在の会員状況—

団体（正会員66、賛助会員4）、個人（正会員198、賛助会員33）

※年会費未納の方は、恐れ入りますがお支払いをお願い申し上げます。

※送付先住所の変更がある場合、事務局までお知らせください。



フランス保健省ONIAMのマルタン局長は「国境なき医師団」の創立メンバーの一人だった！

京都民医連中央病院 院長 吉中文志

東京、大阪での講演を終え、マルタン局長が来洛したのは6月19日のことだ。三千院などを観光した後フランス保健省の幹部とは思えないラフな格好で病院に現れた。フランス共済組合の人たちを案内した時の片岡さんが通訳、研究所のお二人もスウェーデンの視察旅行でお世話になっていたのので、打ち解けた感じで迎えることが出来た。大きな買い物袋を持つマルタン氏を狭い部屋に案内すると、お土産をいっぱい買ったんですよと片岡さんが笑っていた。

京都市とパリは姉妹都市ですねなどと言いながら病院の概要を説明した。京都民医連中央病院は京都市西北部にある急性期病院、他の病院と連携しながら人口20万人ほどの住民の医療を担当している、と説明した。経営主体は社団法人で理事会には地域の人た

ちが入っていると言うと関心を持たれたようだった。公的病院が多いフランスとの違いによるのかもしれない。あるいは社会経済という観点からかの関心かもしれない。

病院を見たいということだったので、ありのままの状態を見てもらうことにした。まず玄関の病院理念、医師の顔写真入りの掲示、投書箱やそれに対する病院の返事の掲示物などを見せ、地域の人たちの医療機関であることを説明。各種署名も見せて社会的な運動に取り組んでいることも見せる。救急、集中治療棟、手術室と回り、リハビリ室ではベトナムから研修を受け入れているとアピール。病棟は広いリハビリ病棟をまず見せてから急性期病棟を案内した。廊下にもものが置いてなくてすっきりしていたので安堵しながら、6床部屋で個室が少なく廊下も狭いとやや萎縮的に説明したが、フランスの療養環境とそんなに変わらないという。外交辞令かとも思うが、以前訪れたフランスやスウェーデンの病院でも見違えるほど広かったりするわけではなかったの、額面どおり受けとっておくことにした。給食は院内で自前でやっているのを見て感心していた。フランスでは外注だそう。診療情報課に関心を示すので立ち寄った。医師や看護職などがカルテ記録をきちんとしないので抜けるものが多く、そのチェックが大変なのだと言う。カルテの監査を誰がしているのかと診療情報士にしきりに尋ねていた。フランスで電子カルテは成功していない事情の一端を垣間見たような気がした。

駆け足の案内を終え、お土産を片岡さんの車に詰め込んでおいてタクシーで夕食会場に向かう。整形外科医が1年間ボルドーの大学病院で研修してきたことや、フランス共済組合の大会に行った時にTGVに乗ったこと、アンジェのタペストリーは京都で言えば西陣織りだ、などと話を繋ぐ。

ホテルで京料理、昼も箸もOKだった。フランスでは昼間からワインを飲むのではないかと言うと、みんながそうではない、自分は飲めないのだという。茸類も苦手なようだ。やれ、丹波ワインだ月桂冠だと、もてなす方が騒ぎすぎであった。日本は初めてだが実は若い頃アフガンに行っていたと言う。ソ連が占領していた頃のことだ。国境なき医師団の創立メンバーの一人だと言う。精神科医として仕事をしてきた。そんな経歴もあり、社会党政権の下で保健省に招かれて今の職につくことになった。サルコジが大統領になって大変ですねと身を案じると、社会党で入閣したメンバーの一人が保健省のトップになったそう。ただしアンジェ出身の右派の女性閣僚で気難しいのだと言う。インターナショナルは歌うのか、フランス共産党は今どうなっているのか、CGTはどうかなどと、やり取りは盛り上がり、石塚氏の駄洒落が飛び交い、竹野さんひとり冷静で無事交流を終えることができた。新自由主義の対極に身を置く思いが共有できたというのは銘々の勝手な思い込みかも知れないが、確かにそんな感覚はあった。

肝心のことだが、医療事故補償制度が出来てフランスでは訴訟が減少したという。訴訟で患者側と医療側が対立的で不毛な争いをするよりも医療安全と質の向上に双方が共に向かえるようにすることが重要で、被害にあった患者に十分な補償をすることはそのための重要な要素であると思われる。実際、訴訟よりも医療事故補償制度による補償の方が充実しているとのこと。フランスでもそれまでは医療者を相手取って保障や追及を求める紛争が多かったが、医療事故補償制度により、裁判の道は開かれているが大幅に減ったそう。

日本は以前のフランスの段階にあると思われるが、社会的連帯を紡ぐことを使命としそれを支援する政府の有無が彼我の違いとしてある。それにはフランスが革命を経たという歴史の違いもあるだろう。しかし社会の主人公である人々に連帯が欠けているわけではない。だからこのような交流が有意義に成り立つのだ、そんな思いでマルタン局長と握手をして別れた。

ムを導入する。1995年に資本金約3億円となる。この間、従業員持ち株会の制度を促進する。しかし、「給与メッセージ」を社員に【贈り】つづけ、『社長が贈りつづけた社員への手紙』と題する本にするなど、典型的なワンマン社長趣味あるいは家父長的傾向を示している。1997年経団連の「1%クラブ」に加入する(企業の経常利益の1%を社会貢献活動に支出する)。「唐変木」事業、お好み焼き事業から撤退。1999年に「ファミリーコミュニティレストラン」という新業態で出店を開始する。2001年に国内外の教育支援活動のNPO「スクール・エイド・ジャパン」を設立する。環境、社会貢献活動の「ふれあい報告書」を【発刊】する。2002年に各店舗からでる廃棄物処理のための「リサイクルセンター」を稼働させる。

2004年4月に「ワタミメディカルサービス株式会社」を設立し、大阪岸和田で訪問サービスを開始する。2005年3月、有料老人ホーム経営の(株)アールを買収して、関東16介護施設を取得する。2007年3月、ワタミグループは外食産業で600店舗である。当初2008年度に1000店舗目標にしていた。

ワタミグループは、現在(2007/6)は資本金43億円、従業員数3,152名(グループ計、うち海外500名と推定)で、関連会社としてワタミフードサービス(株)、ワタミの介護(株)、ワタミ医療サービス(株)、農場経営会社など17社を持つ(うち中国に3社)。

表 2007年3月連結決算実績(単位:百万円) (第21期報告数字のママ)

	売上高(前年対比)	構成比	経常利益(前年対比)	当期純利益(前年対比)
外食	89,838 (116%)	91.3%	3,174 (103%)	1,210 (103%)
介護	6,791 (148%)	6.9%	977 (779%)	383 (-)
その他	6,943 (112%)	7.1%	110 (66%)	▲13 (-)
グループ計	98,411 (119%)	100%	4,111 (125%)	1,601 (149%)

出典:ワタミグループウェブサイト

ワタミの外食部門は4つに分けられている。主体は「和民」で海鮮業態、「炭団」は焼き肉業態、「ゴハン」はカジュアルダイニング業態、「然の家」はやや高級業態となっている。

ワタミは外食、中食、農業、環境という営利市場ビジネスと介護、教育という公的サービス市場の二つにまたがってビジネス展開をするグループだといえる。

ワタミは社員への「理念浸透」にも力を入れており、年間約9,000人(各人年4回)参加している。アルバイトにたいしても毎月のビデオレターを送るなど理念浸透を図っているという。また新卒採用は2007年4月度で388名、2008年4月度は464名を予定しているため、相当急速な人員の拡大の計画といえる。

ワタミは退職金制度を2000年に廃止した。またボーナス制度もない。その代わりに「インセンティブ給与」という成果給がある。一方、社員のキャリアアップのためにフリーエージェント制度ではグループ内企業への転籍が可能だとしており、またダイレクトフランチャイズ(独立支援)制度では店長から会社設立をするというコースをもうけている。しかし、介護事業ではこうした外食産業的手法がマッチングするのであろうか。また外食産業は多くのアルバイトを雇っているだろうし、介護事業でも非正規社員がいると思われるが、その内実はよくわからない。

● ワタミの介護

ワタミの介護事業(老人ホーム)の売上高構成比は7%と小さいものの、経常利益の9.7億円は外食の経常利益の3割に当たる勘定である。2008年度は老人ホームを倍増する計

画を持っている。

介護事業は子会社の「ワタミの介護株式会社」が行っている。現在有料老人ホームは26カ所あるが、その多くは関東近隣である。

ワタミの売りはなんと言っても食事である。ワタミの施設は「レストヴィラ」という名称がどこでもついている。レストはレストラン、ヴィラとは別荘といった意味である。「ワタミファーム」の有機野菜や自社農場で育てた、牛や鶏や卵などを使っているという。楽しい食事、おいしい食事は誰にとっても嬉しいものであるから、老人ホームを選択するときの判断のひとつであろう。

看護師による管理と、レストヴィラホームドクターおよび協力病院という体制をとっている。

料金は、入居金が75歳~84歳区分を見ると施設によって500万円~1800万円。個室から4人部屋まで。月額利用料は管理費が平均的なところで178,000円(管理費126,550円、食費51,450円)で要介護1の給付額とほぼ同等である。最高が葉山のホーム(自立の人むけ)で月額24万円である。

ワタミが強調する介護ビジネスは、その報告書によれば「外食の徹底した食材原価管理手法や分単位までも徹底して管理する人時生産性管理手法や、水道光熱費の管理など、介護の世界では異常とも思えるコスト管理にて、一円でも安く生活していただける毎月の価格体系ができました。・・・すべて介護保険が使える『特定施設』です。・・・四大 一〇(ゼロ)、おむつ 一〇、経管食 一〇、特殊浴 一〇、車椅子 一〇、の世界を、全ホーム一丸となって本気で追求していきます」となっている。この四大ゼロ目標の意味というものはどのようなものであろうか。

また2007年4月には独自にワタミ介護学院を東京大田区に設立した。介護福祉士、ケアマネジャーなどの養成講座を実施する。

● ワタミのコムスン事業引き受けの動き

ワタミ(株)は有限責任中間法人『民間事業者の失業を高める』全国介護事業者協議会(民介協)と組んで、コムスン(グッドウィル)の介護事業引き受けを要望している。民介協は2002年に設立され、約450の中小規模の事業組織を集めた、従業員40,000人の団体である。会長は(株)ジャパンケア社長である。13名の理事は全員、介護サービスの株式会社の代表である。民介協自体は事業をする団体ではないので、民介協の会員とワタミとでコムスンを引き受けるとの主張をする当事者性を民介協はもたないのではないかと。民介協は、談合の仕切り屋になるのか、介護事業派遣業をやることになる。この要望を厚労省が採用すれば、県段階での行政の自主性は軽視されることになるであろう。介護サービスが地域コミュニティによるサービスとして重視されるのはヨーロッパ各国の流れであるが、日本での今回の動きはまったく「逆行」したものになろう。要望書は大手グループによる独占(ニチイ学館のことか)に懸念を示し、地域密着型であることを標榜し、「企業中心の理論ではなく『利用者様』本意の介護サービス」をできるのは自分たちだと述べているが、それらはお経の文句にすぎない。そうならば、個別に各県でコムスン事業所の譲渡引き受けの名乗りを上げればよいのである。ワタミは老人ホームだけを引き受けようとして、コムスンの訪問介護分野との関係で民介協と手を組んでいるわけだが、もともとコムスンの特養施設は経営的に問題がないところがほとんどなので、ワタミは儲からない分野である介護サービスに手を広げないで、おいしいところだけをさらうことができるかもしれない。

