

いのちとくらし

準備号 2002年10月

目次

「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし 発足にあたって」……………2

(50音順)

立命館大学国際平和ミュージアム館長 安齋 育郎

都留文科大学講師 石塚 秀雄

法政大学教授 角瀬 保雄

大阪民医連会長 金谷 邦夫

日野市民法律事務所・弁護士 窪田 之喜

都留文科大学教授 後藤 道夫

会計集団協働・公認会計士 坂根 利幸

立命館大学名誉教授 真田 是

岡山県民医連会長 杉山 信義

全日本民医連名誉会長 高柳 新

全日本民医連副会長 千葉 周伸

聖学院大学教授 富沢 賢治

全日本民医連事務局長 長瀬 文雄

三多摩法律事務所・弁護士 二上 護

国民医療研究所副所長 西岡 幸泰

神戸大学教授 二宮 厚美

国民医療研究所顧問 野村 拓

全日本民医連顧問 八田 英之

全日本民医連会長 肥田 泰

東北大学教授 日野 秀逸

全日本民医連副会長 升田 和比古

北海道大学教授 宮本 太郎

宮城厚生協会理事長 村口 至

共同組織活動交流全国連絡会副会長 山口 格

北海学園大学教授 山田 定市

医療法人親仁会理事長 山田 真一郎

東京民医連副会長 吉田 万三

論文1

市場経済と非営利・協同—民医連経営観察者からの発信 坂根 利幸……………25

論文2

医療保障制度の問題点—フランスの事例を中心に

ヨーロッパ医療制度改革の問題点 石塚 秀雄……………32

非営利・協同総合研究所 いのちとくらし 発足にあたって

「いのち」と「くらし」の 構造的危機の中で

立命館大学国際平和ミュージアム館長 安斎 育郎

この1年間、「いのち」と「くらし」に関わる重大な事件がひっきりなしに起きた。

昨年の「9・11テロ」の直後、私は、平和ミュージアムの館長として「声明」を発し、3つの理由からテロを批判した。それは、①人が「生きる」基本的権利を否定する、②暴力の連鎖を誘発する、③人間性に対する信頼性を傷つける、というものだったが、その1ヵ月余り後、アメリカに講演に赴いてもう1つの理由を付け加える必要があると感じた。それは「④自由や民主主義を抑圧する原因となる」という点だ。

イスラム風の服装で歩いていた38歳の婦人が数人の警察官に取り囲まれ、驚いて抵抗したが結局逮捕され、8日後に釈放されたものの、今年8月28日、「禁固半年、保護観察2年」の判決を受けた。理由は、取り囲まれて抵抗した行為が警察官に脅威を与えたという理不尽なものだった。1人の女子高生がTシャツに「戦争反対」と書いて登校し、退学の憂き目に遇ったのも、同類の事件だろう。

好戦的アメリカと連動する日本

モンタナ大学の日本研究者は「アメリカの民主主義の状態は戦前の日本の状況に似ている」という私信を寄越した。アシュクロフト司法長官は「自由が損なわれたと主張する者は、テロリストの味方だ」と断じた。11年前の湾岸戦争時には、元司法長官ラムゼイ・クラークが、ブッシュ政権によるイラク攻撃の実態を調査し、『ジョージ・ブッシュは有罪だ』という本を書いたというのに、何という変わりようだろう。

自由と民主主義を圧殺し、アメリカ市民を「愛国的ナショナリズム」に駆り立てながら、ブッシュ政権は好戦的政策を次々と打ち出し、国際社会の軍縮や環境保護の合意を蔑ろにして、非核兵器国を含む7つの国々との（核兵器使用も辞さない）戦争を構想するとともに、世界80の国々との戦争を想定しているという。そして、それと連動するかのよう、日本政府は戦争協力態勢を築くための有事法制づくりに躍起となり、日本国憲法が高らかに宣言した「平和の内に生きる権利」や「国際紛争解決のための戦争放棄」の精神を危機に陥れている。

1985年のプラザ合意で「円高」を協調誘導し、「双子の赤字（財政赤字+貿易赤字）」に喘ぐアメリカ経済を98年に黒字に導いたのも束の間、アメリカ財政は今年再び「双子の赤字」に転じた。こうした状況下で、日本政府は相変わらず在日米軍のために数十億円の「思いやり予算」を拠出するなど、国民の「くらし」の困窮に対する思いやりを欠いた施策に突っ走っている。

日本資本主義の腐敗

国内では、3年前の核燃料加工会社JCOの無法の果ての臨界事故以降、雪印、日本ハム、東京電力など枚挙に暇がない程の企業が、消費者や地域住民の安全を全く無視した悪行の数々を行ってきた。これらは、あれこれの事件当事者の個人的責任などというのではなく、日本資本主義が消費者の「いのち」を無視する程にまで腐敗していることを示唆している。

国民の「いのち」と「くらし」は、今、構造的な危機にさらされている。医療や福祉をめぐる状況をこうした世界と日本の構造的危機の中で総合的にとらえ、積極的な批判、政策提言、行動提起の根拠を実態的・理論的に明らかにしていく調査・研究活動は、現在とりわけ重要な意味をもっているものと確信している。

(あんざい いくろう)

民主的運動の新たな陣地 としての非営利・協同

都留文科大学講師 石塚 秀雄

日本はいま大きな社会的な転換期に入っている。従来の理論的枠組みや社会的価値基準では解決できない問題が社会的経済的ないろいろな側面で発生している。近代の中心的な枠組みとして形成された国民国家と自由市場の二元論を基礎とした社会観では、もはや、人々をますます困難に陥れる現実と対決し、人々に豊かないのちと暮らしをもたらす未来を予測し構築することは困難となってきている。国家と行政の責任とはなにかとか、どれだけの決定権をわれわれは国家に与えるのかとか、また民間市場にもどれだけわれわれの生活の決定権を与えるのかとか、そうした理論的制度的な根拠は何かとかを真剣に考えるべき時になっている。たとえば自由と平等は両立するのかといった根本的な問題さえも再検討されるべき課題である。

いのちと暮らしを守り発展させる展望を示す

こうした状況のなかで、非営利・協同総合研究所の課題は、なによりも、人々を取り囲む社会の現状についての批判的分析と、人々のいのちと暮らしを守り発展させるという点での展望と実践の方向を示すことにある。これはどうしても必要な独自の課題である。人々が団結して戦える社会の場のひとつが非営利・協同という考えであり実践である。とりわけ医療社会サービスの分野での非営利・協同の理論的探究と理論武装は急務である。なぜなら福祉国家の転換に伴い経済政策、社会政策、労働政策がますます国民にとって悪い方向に向かいつつあり、矛盾の集中して現れる領域のひとつだからである。にもかかわらず、この分野での理論武装は十分とはいいがたい。この問題は単に医療とか福祉といった個別の一分野においてだけで解決するものではない。いろいろな分野のリンクあるいは総力戦としてとらえる必要がある。その陣地として重要なものが非営利・協同という概念である。人々が社会において結集する場を想定した場合、非営利・協同の領域がもつ

とも社会的な場であるからである。たしかに現状において、非営利・協同という概念はよく知られているとは言いがたい。率直に言って、いままでのところ、現状分析に対して使われる方法、たとえば、財政学、経済学、社会政策論、公共政策論、社会保障論、労働経済学、市民運動論、政治学などの中に、新しい考え方である非営利・協同という概念は依然として希薄である。しかし、われわれは非営利・協同組織による社会経済的な政策実施の試みと実体をヨーロッパ諸国や世界各国の中に理論的積み上げと実践例を多く見いだすことができる。ヨーロッパ諸国をはじめとして医療社会保障制度を議論するときに非営利・協同組織の存在は不可欠となっている。日本においても、抱えている問題が似ているので、今後同じような選択肢が重視されるに違いない。研究所設立はそうした時代の要請に応えるものである。

当面の重点的課題

したがって非営利・協同総合研究所の当面の重点課題にはつぎのようなものをあげることができる。

- ・日本の医療社会保障政策に対する国民主体的な批判分析。
- ・国内外の非営利・協同組織による医療社会サービスの経験の理論化。
- ・非営利・協同組織の実践的・理論的課題への提言。

このために研究所としては、まずデータと資料の集積と整備をはじめとして、会員の知恵と力を発揮できる場を提供する必要があるだろう。

また、民主的な事業活動組織が開かれた研究所を設立し理論的実践的な課題に答えていくという新しい実験を、なによりも成功させなければならない。それは人々のいのちと暮らしを守り発展させるための民主的運動の新しい社会的試みだからであり、このような調査研究活動を新しい構想の下に行う研究所の設立は、ある意味では画期的な事であるからである。私もそうした実験に微力を尽くしたいと思っています。

(いしづか ひでお)

医療改悪に対抗する 国民的総合研究を

法政大学教授 角瀬 保雄

かねてから待たれていた本研究所がようやく設立の運びとなった。本研究所はNPO法人格をとることになるが、まずは全日本民医連の支援と設立の準備に当たられた各位のご苦勞をねぎらいたい。

現在、各分野でいろいろな研究所が立ち上がっており、その幾つかには私も関係しているが、医療分野においても、すでに日本医師会をバックとする日医総研や労働法学者・故沼田稲次郎氏の提唱による国民医療研究所などの民間研究所が存在している。だが、「帯びに短し、たすきに長し」の感のあることは否めないところであった。また最近では時代の要請から社会保障、福祉分野の研究所の設立が目につく。こうしたなか国民に対する小泉医療改悪攻撃の真っ只中で立ち上がる本研究所は、医療・福祉分野における国民の側からの対抗的な医療・福祉政策の総合的研究という課題を担いうるものといえよう。

21世紀に必要な民主的事業経営の発展

小泉医療改悪がアメリカ型資本主義をモデルとした医療・福祉の市場化、民営化、営利化を進め、医療機関の整理・統合を意図しているのをみると、本研究所は、「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」という名称にも示されているように、利潤第一主義に抗する非営利・協同の民主的な医療システムを地域から築き上げていくことを目指しており、その役割には各方面からの大きな期待が持たれよう。

さらに事業を営む民主的な医療・福祉機関の経営の研究は、他のどこにも期待することが難しいもので、本研究所の独壇場となろう。また、今日、いろいろな事業体が民主経営として生れてきているが、それらについての研究も学界でようやく始まったばかりのところ、まだ学問的な蓄積も少ない。しかし、21世紀社会は社会経済の民主的改革とともに、民主的な事業経営の発展を必要としている。そうした問題も本研究所の研究課題と関連してこよう。

他の研究所との共同も

今日、非営利・協同セクターが大きな力をもつようになってきていることは、誰も否定することができないものとなっており、ようやく労働運動の側からも、非営利組織との提携ということの意義が認識され始めてきている。これまではとかく観念的、教条主義的な批判がみられないでもなかったが、そうしたことでは支配体制側からの総合的な戦略の展開に対抗することができないということが気付かれ始めたものといえよう。民間営利企業における労働の流動化に続いて、今日、非営利の医療と教育を新自由主義イデオロギーで「構造改革」することが支配体制側の重要な目標になっているのであり、遅ればせながら歓迎すべきことである。

以上のようなことから、本研究所の目指す国民の人権、「いのちとくらし」を守るという課題が大きな意味をもってくるのであり、本研究所の果たす役割が期待されてくるのである。また開かれた研究所として、他の研究所との共同も新しい課題となろう。そしてなによりも、自由で民主的な研究の尊重と質の高い研究の発展が求められよう。

(かくらい やすお)

医療・福祉の現場に 生かせる実践的な研究

大阪民医連会長 金谷 邦夫

通常国会で7月末に国民世論の過半数が反対している医療保険制度の大改悪が強行採決された。いま保健・医療・福祉の全分野にわたって切り捨てるの攻勢がかけられている。しかし私達、民医連の院所では、経済的問題や、家族関係の貧弱さに困っている（身寄りの無い方も含め）多くの方たちに関わってきている。そういう方たちを「制度が悪くなったのだから仕方がない」と切り捨てるわけにはいかないのが民医連の現場である。この方たちと悩みを共有しつつ、解決方法・手段の乏しさに、この方たちと共に悩んでいるのも事実である。

介護保険制度が出来ても、まだ全面的に利用できるようなものではないのもよく指摘されている通り

である。

民医連の多くの現場ではそういう時にも、まだわずかな事例でしかないが、何とか解決の努力もしている。

民医連の現場での実践を振り返ってみると、「金に直結しない」けれども住民や患者の要求に応じて先進的に開拓し、後から制度的に保証されるようになったものは少なくない。

こうした先進的な取り組みが、今の時代の厳しさの中で埋没しないように、益々発展させなければならぬだろうと思っている。

こうした時期に、「総研」が設立されることになった。

どんなことがどこまででき、そしてどこまで発展させることができるようになるのか今は全く不明であるが、私が「総研」に期待したいことは、次のようなことである。

高齢者の痴呆問題解決の協同

1つは、超高齢化社会がどんどん進んでいるが、当然ながら高齢者の痴呆問題は矛盾の集中点として民医連の現場でも地域でも深刻になってきている。ひとり暮らしの痴呆の方の場合も深刻だが、私が最近経験した事例を紹介してみよう。高齢者2人暮らしには限界が出てきて、高度の痴呆の妻が老健施設に入った。その頃より、いままで気付かなかった夫の痴呆が表に出てきはじめた。幻覚、徘徊傾向があり、妻との時間を求めて施設に毎日3回も通う。しかし、日に日に身だしなみが崩れていっている。目つきも以前とは違って、しっかり見ているものとは違ってきた。自らの課題についてはまだこだわりを見せているものの、暑い夏の健康管理もあまりうまくいっていないようだ。いろいろ官庁関係もあたってみているものの、なんら解決策は出てこない。建設を計画しているグループホームには間に合いそうにもない。

こうした事例のいくつかはグループホームなどで解決できるようになるかもしれない。しかし、職員のみでは運営できないだろう。協同が必要である。民医連的な取り組みの紹介、研究そして提言も期待したい。

2つ目に期待したいことは、机上の研究だけでなく、困っている現場にも研究者の方が出かけて、分析や解決の道筋を検討・研究もし、提示して、また

その実践をまとめていただくことである。医療・福祉の現場に生かせるものでないかと困るのである。

オピニオンリーダー的役割

3つ目は、オピニオンリーダーとしての有り方を期待したい。しかし同時に現場に近づく取り組みを期待したい。

4つ目は、海外のすぐれた実践の研究と紹介も大いにさせていただくことを期待したい。

最後に、医療、福祉の現場からも非営利・協同の実践の報告ができるよう努力もしたいものである。

(かねたに くにお)

研究所と地方自治の改革

日野市民法律事務所・弁護士 窪田 之喜

長野県・松代町と望月町を訪ねて

この夏の8月23～25日、全国から注目を集め県知事選渦中にあつた長野県に行った。北佐久郡望月町と長野市松代町の視察であった。デンマークの福祉と教育を学ぶツアーに参加した仲間たち「手をつなごう」の会の第1回国内研修旅行である。

松代町では、17年間、松代大本営地下壕の保存と公開・平和資料館の建設を訴え続けてきた篠ノ井旭高校郷土研究班の生徒とOB、教師、市民の共同運動の姿を見てきた。高校生の1グループの呼びかけ続ける運動が発展している。当初腰の重かった長野市が地下壕の一部を保存し公開してから、全国からの地下壕見学者は既に120万人をこえているという。たくさんの強制連行された朝鮮人の犠牲を刻み込んだ大本営地下壕は、加害の歴史の象徴であり平和のシンボルとして保存され、平和資料館も実現しそうだ。高校生たちと教師・市民の運動は、まちづくりの大きな力になろうとしている。

北佐久郡望月町に市民自治を高らかにうたった吉川徹町長が誕生して3年余の時が過ぎた。大学卒業後、社会教育の仕事をしたくて縁の無かった望月町の職員になって40年近い。宮本憲一教授を囲む宮本塾ができて10年。その初代事務局長だった吉川さん。

吉川さんの話を聞きたくてこのツアーに参加した。まちづくりは文化からと語りだした話は具体的であった。「クラシックコンサート？難しいんじゃないの。」と当初吉川さんも不安視した企画が、会場いっぱい参加者で大成功。希望する人が誰でも参加し、アイデアも足も出せる実行委員会方式に成功の鍵があった。参加・民主主義が第一と吉川さんは実感を語った。

建設中の高齢者福祉複合施設の話も共感できるものだった。まちの中の一等地に特別養護老人ホームなど複合施設を建設中である。吉川町長の高齢者施設の「理念」に納得した。「個人の今までの生活リズムを尊重する。個人のプライバシーを尊重する。人間としてプライドをもてるようにしましょう。生活リハビリ型介護を実現しよう。」である。職員と町長も全国のたくさんの施設を見学して歩き、よく討論して、この理念を確認したという。足をつかい職員・市民と話してつくった「理念」とは、人間的やさしさをまとめあげた具体的なものだった。「日本一の高齢者施設をつくらうと言い合ってやってるんですよ」という吉川さんの言葉に晴れ晴れとした力を感じた。

生活の場から民主主義の確立を

私の住む日野市は、緑と清流のまち、図書館のまち、自校方式・地域農業連携の学校給食のまち等々いくつもの全国にも誇れる成果を生んだ「革新市政のまち」であった。1997年4月の革新市政敗北の後、コスト論優先の民間委託と公共用地売却・民間活力による「まちづくり」が進行している。革新市政時代、長期政権に寄りかかり市民自治の努力に欠けていた一面を今反省している。

教育、福祉、医療、生活のすべてにわたって中央政府がとりしきるシステムは、覆されなければならない。日本国憲法第8章「地方自治」、第92条「地方自治の本旨」に基づく地方自治体の権限、財源、住民自治と団体自治を実現することは、日本の変革の基礎であり核心である。私はこの考え方に未来を感じず。研究所の一つの中心的視点が、医療・福祉・教育と地方自治の関係におかれることを期待している。

(くぼた ゆきよし)

強い理念を持った調査 ・政策研究の活動を

都留文科大学教授 後藤 道夫

民医連はこれまで、生活水準が下3分の2、あるいは下半分の国民の医療保障に全力で取り組んでこられた。おそらく、現在は、このよき伝統と蓄積を生かして、社会保障と医療保障からの国家の後退という現状に対抗するために、そうした範囲の国民の共同・協同の力を結集して集団的に自衛しつつ医療保障を確保する、そうした新たな方策を模索されているのだと思う。思想の問題としてみると、ある種の自前の共同連帯主義と社会民主主義を両立させる試みということになろう。おそらく、いろいろな他の社会領域でも、同様のことが課題となっていると考えられるため、新研究所のこうした課題を中心に置いた研究・交流・政策立案への期待は大きい。

具体的かつラディカルに

関連するが、今の日本から、福祉国家型の国家と社会をリアルに展望しようとするれば、具体的・現実的で、しかも相当にラディカルな政策群と運動理念が要求されよう。社会全体としては、対抗力があまりにも衰退しており、これまでの実践的な積み重ねによる、福祉国家運動のスタート地点が見定めにくいほどの状況だからである。こうした状態では、眼前の必要・要求を徹底的に大事にする姿勢が求められるとともに、強い理念に支えられた、調査・政策研究・理論的交流の活動がとくに大事な意味を持つと思われる。新研究所の研究・交流活動は、これまでの実践的蓄積を生かすとともに、精神的・理論的には運動の現状から大きく飛躍するものであってほしい。

リアルな「社会的企業」論も

ここ数年で、民間大企業が「日本的経営」から撤退する動きがたいへん激しくなってきた。その一つのあらわれとして、企業の業績基準を短期的資本利益率に絞り込もうという動きが盛んである。雇用の安定、企業のシェアの長期的拡大、企業の長期的成

長、技術革新の成功など、これまで事実上日本の大企業で重視されてきた指標は「グローバルスタンダード」に合わないというのである。このことは、日本の企業がこれまで抱え込んできた、ある種の社会性、共同性が振り捨てられることを意味する。通常の民間企業がそのように変化するのであれば、国家や社会全体で、振り捨てられた部分をカバーする必要がある。したがって、そのゆるやかな一部として、逆に社会性、共同性を強く含み込んだ、別類型の企業、経済体の存在の余地と必要性は大きくなる。現在のNPO研究にはひどく不足するものを感じていることもあり、新研究所には、資金の基盤や公的補助の可能性の問題を含めて、そうした「社会的企業」論を大きくリアルにカバーしてもらいたい。

また、ここ10年ほどの筆者のわずかな経験でも、社会保障・医療保障の諸領域では、領域と学問系統を超えた、現状分析と政策にかんしての交流と討論は、時代の要請に比して著しく遅れていると感じている。それぞれの領域では膨大な蓄積がありながら、社会保障全体の政策構想のような場面では分断状況が目立つのではないか。新研究所には、社会保障・医療保障の研究諸領域を意識的につなぐ役割と、現在いくつかある研究所や研究ネットワークの連携をはかる仕事も期待したい。

(ごとう みちお)

複数方向の研究情報の 受発信基地に

会計集団協働・公認会計士 坂根 利幸

全日本民医連が中心となって「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」が創立の運びとなり、共に推進してきた一人として感慨深いものがある。そもそも「非営利・協同」の経営に関わって以来、日々頭を悩ます課題の連続であり、近代経営学と会計学などの知識で埋められていた自身の頭を如何に柔軟化させるかの毎日である。

「非営利・協同」の経営をめぐる課題

「民主的な経営における管理運営は如何にあるべ

きか?」、「理論も形成されておらず、実践も極めて不十分としか思えない経営群にとっての民主的・集団的・共同的な非営利の資金の結集と所有の形態は?」、「非営利と配当をしないということは同義語で理解することとなるのか?」、「非営利・協同における経営執行部のリーダーシップの在り方は?」、「非営利・協同における理事会等基本執行機関と職員集団の関係は?」、「モンドラゴン型協同労働の概念と実践は我が国では成り立たないのか?」、「所有と参加における職員集団の関与と実践は?」、「非営利・協同における労働組合の役割と労使関係の基本モデルは?」、「非営利・協同の労働条件の考え方の基本とすべきは何か?」、「非営利・協同における資金調達手段の限界はあるのか?」、「非営利・協同組織の望むべき法人形態は何か?」、「非営利・協同の公開する事業と経営情報の在り方は?」、「非営利・協同の会計基準のモデルは?」、「非営利・協同の経営間の連帯ルールは?」、これらの課題は私共が日夜悩まされている課題の主要な事柄である。

実践と理論探求の相互検証の場

民医連経営などを中心として非営利・協同の経営の実践アドバイザー的な役割を果たしつつある私共では、実践を指導する指針などが不明確のまま、力と蓄積のない頭をひねりつつ、連続的格闘の毎日であるが、ようやく本総研が創設されて、以上の課題らの解明が漸次進んでいくものと思量される。

市場経済と営利企業が跋扈するこの世界で、アンチ市場経済とアンチ営利企業の命題を掘り下げ、人間とその権利、いのちとくらし、労働とその評価、そしてそれらの事業を通じての差別をしない活動の前進にとって本総研の果たすべき役割には極めて大きいものがある。

同時に、本総研には、型にはまらない研究を期待しており、実践と理論探求の相互検証の場として期待しており、押し寄せる市場経済の荒波に抗しての「いのちとくらし」の政策対案をも提起しうる取り組みとなることを期待しており、若手の学者や研究者も自由闊達な論文発表が可能となるような紙誌類が発行されることを期待しており、双方向いや複数方向の研究情報の受発信基地として機能することを期待してやまない。

(さかね としゆき)

社会保障と国際的 共同性の探求を

立命館大学名誉教授 真田 是

世界の一極支配をたくらむアメリカのブッシュ政権の覇権主義が地球と人類の未来を閉ざしかねない危険なところにきている。核兵器の先制使用までちらつかせる暴力主義・好戦政策、地球環境の危機に対する消極姿勢、グローバリゼーションの名による新自由主義の世界への押しつけなどは地球や人類の絶滅の危険を差し迫ったものになっている。この危険を克服できるのは人間自身であり、民主主義の力である。この民主主義への私の専門の関わりは、人間の生命の尊厳を保障する生存権保障の具体化としての社会保障を国際的にも各国でも充実させる力を作ることと、これも国際的と各国とで働くひとびとの新しい共同性を探り当て発展させることとの二つの緊急な課題ということになる。

この二つの課題をつなぐ環になっているのが非営利・協同のテーマというのが私の位置づけであり、したがって研究所への期待は大きい。

社会保障否定の環

社会保障については、20世紀の到達点を踏まえた充実・発展へのあれこれのブレーキ・障害物にとどまらず、基礎にある生存権の社会的・公的保障を人間と社会にとって有害とする潮流が権力をバックに公然と普及され国際化される予想もしなかった事態がいま出てきている。社会保障の根こそぎの否定であり攻撃である。

これへの対抗の一つとして、自助・互助を押しつける攻撃を逆手にとって生活や地域での国民・住民の要求を実現する運動とともに、生存権を自衛するいろいろなシステムを創造・開発させることを通して社会保障の主体形成を熟させる展望が開かれている。この中身は非営利・協同と深く関わっている。社会保障をとおしての国民・住民の民主主義の総反撃の環になっているのが非営利・協同の探求と推進と私は考えている。

生活や地域での共同性

共同性については、欧米をモデルにする近代は、旧共同体型の保守的な共同性を打開して新しい進歩する共同性の展開を約束したが、理念にとどまり、国民国家の権力による強制した共同性の実体化が現実になってきている。国民・住民の自主性に基づく共同が歴史的な未達成の課題になっている。国民国家型共同性を乗り越えるものとして階級型共同性が労働者階級の団結をモデルに提起されてきたが、今日の状況は、「南北問題」にみる発展途上国の問題や女性・青少年・児童や障害者や高齢者や少数民族などの問題のように、階級型共同性に拠りながらもさらに広い多様な共同性の探求を必要としている。そして、この共同性は職場での共同性にとどまらず、むしろ生活や地域を場にしたものとして展望されるようになってきていると思う。この課題は民医連の事業や活動の目指してきたものであろうし（だれもが安心して住み続けられる地域づくり）、研究所の非営利・協同のテーマそのものと考ええる。

私が今後みずからに課している研究テーマを研究所の目指すところが包括しており、人類や日本の将来のためにも、また個人的にも大いに期待している。
(さなだ なおし)

ポスト新自由主義の 医療・福祉の理論展開を

岡山県民医連会長 杉山 信義

民医連の中で「非営利・協同組織」の議論が出てきたとき、今後のわれわれの進む方向性に一つの光明を見たことを今でも鮮明に記憶しています。

現在、市場主義万能社会の進行の中で非人間的な出来事、事件は後を絶たなく、その規模と程度は益々ひどくなっていると実感しています。21世紀が人と人の分断、対立、競争の時代でなく人間性、連帯、協同のある豊かな社会になることを願わずにはいられません。

こういった時代に、命と暮らし、医療・福祉の中に人権と非営利をめざす「非営利・協同」の運動や組織に関する理論と実践の研究や普及がなされるこ

とは極めて重要な意義があると思います。

近未来の民医連の姿

総合研究所の設立にあたって、私の思いや要望について少しばかりのべてみたいと思います。

現在、医療・福祉の分野においても、社会保障としての公共性がますます失われつつあり、患者、医療従事者、医療機関の苦悩は深くなってきています。民主的な医療と運動をめざす民医連の近未来を示す理論展開をお願いしたいと思っています。また、昨年11月に韓国の仁川で開かれた東北アジア知識人会議で「仁川宣言」がだされ、その中で21世紀が「ポスト資本主義」が加速される世紀と特徴づけられたと、ある新聞が紹介していましたが、「ポスト新自由主義」の医療・福祉のあり方など、大きくかまえた研究をおおいにしていきたいと思います。

私が住んでいる倉敷市は、今年4月から保健所中核市になり、それに伴って二千数百の事業、八百以上の医療・福祉の事業が国や県から移行されました。市民の医療・福祉や暮らしに関わる事業がより身近な自治体で行われることは充実したサービスの提供につながる可能性が高くなると思っていますが、市民本位で自主的な事業内容の企画・立案や財政的裏付けなどまだまだ不十分な内容になっています。民主的な医療や福祉と地方自治との関連、地方行政と非営利・協同組織の連携などまちづくりとも関連して大きな課題であり、様々な経験の紹介やその内容を深めていただければと思います。

非営利組織と労働組合

民医連モニター法人の今年第1四半期の状況を見ても多くのところで苦戦しており、経営問題は依然として大きな課題として残っています。医療や運動の継続はもちろんのこと社会的使命を果たして行く上で、経営は極めて重要でさし迫った課題となっています。是非、民主的組織である非営利・協同組織の経営のあり方の論議やその実践の紹介などおおいに期待しています。

経営とも関連して、非営利組織と労働組合との関係についても実践と理論を積み上げて整理していく事も重要な課題と思っています。大企業を中心とした労資協調路線は、利潤第一主義、大量のリストラ、産業空洞化、企業倫理の低下を生んだ大きな背景の一つと考えられます。私たちが社会的使命を果たし、

現在の重要な課題になっている医療の安全性や医療倫理を確立していく上でも労働組合の役割は大きいと思っています。

また、開かれた組織として、他の医療・福祉機関との連携の推進など、言い出せばきりがありませんが、われわれも地域で大いに実践、模索して貴重な教訓を持ち寄り、研究活動に協力していきたいと考えています。また、様々な領域で、国内だけでなく外国の優れた経験も紹介していただければと思います。

「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の活躍と発展を期待します。

(すぎやま のぶよし)

「人間復興の医療」のために

全日本民医連名誉会長 高柳 新

「あびこ民主診療所」(東京勤労者医療会)が9月2日からオープンした。直接診療所作りの運動に参加してきた訳ではないが、我孫子で泊まり込み、毎週1単位の外来を担当することになった。普段は2人のベテラン医師が交代で担当している。僕の仕事は穴埋めのものだが、それなりに色々考えるところがある。

診療所立ち上げの光景

我孫子に民主診療所を作ろうという住民運動が始まってもう5年以上になる。

常磐線の天王台駅前に建つ小ぎれいな2階建ての診療所だ。看護体制は今のところ婦長と応援要員。事務も3人弱。ところが、この診療所を作り、支える住民組織はすでに1000人を超えている。

9月5日の僕の外来には4名の患者さんが来院した。高血圧症で近くに受診していて検診を希望の初老の男性。肺炎などで東葛病院(東京勤労者医療会)に入院を繰り返していた老婦人。狭心症のおばさん。膀胱炎の若い女性。これですべて。外来のカルテ棚はまだがらがらだ。

診療所たち上げのこんな光景を僕はこれまでいくつも経験してきた。今も週1度出かけている小平の

「みその診療所」も、開設の頃は友の会の会合はとも活発だったが、外来受診者が2桁台になるのに何週間もかかったような気がする。風邪の子どもの写真を撮ったり、待合い室でお年寄りと囲碁をやったりしながら診察した。婦長が作ったみそ汁やぬか漬けで、みんなで昼食を楽しんでいた。この「みその診療所」は設立11年になり、今ではカルテ枚数は2万前後になり、棚の置き場に困るほどである。毎日100人近い患者さんが押し寄せている。

住民パワーと医療従事者の協同作業のたまものだと思っている。

スモール イズ ビューティフル

経済学者E・F・シューマッハーに「スモールイズ ビューティフル—人間中心の経済学—」という著書があるが、タイトルのいわれはシューマッハーが本書の中で次のように書いていることから生まれたのだそうだ。「人間は小さいものである。だからこそ、小さいことはすばらしいのである」。

現在、民医連には大小の病院、診療所、介護関連施設、看護学校、労働・公害研究所、等およそ1500の施設が属しているが、戦後の出発点はほとんどが、小さなベッドのない診療所であった。僕の所属している法人・東京勤医会の代々木病院も10坪の診療所がはじまりであった。1本の苗木が地域に根をはり太い木に育った。同時にたえず新しい種を蒔き、それが小さな苗木となりやがて林や森を作ってきた。「あびこ診療所」の母胎は流山市にある330ベッドを持つ東葛病院である。病院と診療所などの連携が地域医療、民医連の命である。病院なしには診療所の医療は完結しないが同時に、診療所なしには病院も成り立たない。医療は1次医療を土台にし、2次医療、3次医療というピラミッド型の三角形をなしていると言われている。診療所がピラミッドの土台というわけである。特に民医連にとっては、新しい診療所の誕生は歴史的発展の可能性を証明するものである。新しい地域に住民と医療従事者の新たな協同が生まれるとき、人間的で科学的、民主的医療が前進するのだろう。

現在、日本の医療は市場万能論に翻弄されている。そんな中で、民医連も大きな組織になり医療上も経営的にも多くの困難を抱えている。医師をはじめとした後継者問題も大変だ。内部に閉じこもり、自分たちの力や考えだけで課題は解決しない。

「スモール イズ ビューティフル」の最初の訳本は「人間復興の経済」だったそうだ。「人間復興の医療」のため内外の専門家、住民に開かれた、小さな研究所「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の設立は意義深い。僕も医療現場の視点から研究所に参加し、発展に寄与したい。

(たかやなぎ あらた)

今日の民医連に生かす 実践的研究を

全日本民医連副会長 千葉 周伸

21世紀の民医連が、前世紀以来50年の歴史を引き継ぎ、新たな前進をすることは容易でないと思える。

この間に資本主義は急速に変化し、世界の価値観も大きく転換し、一方における新自由主義の隆盛、他方における社会主義体制の崩壊という現実の中で、医療福祉を含む社会保障は、体制側と国民双方にとって関心の焦点になっている。

民医連は90年代初頭から相次ぐ社会保障制度の改悪と対決しながら、一方で地域住民とともに歩む事業体として実践的な脱皮を重ねる中で、「非営利・協同としての民医連」という方向性を深めようとしている。

286万人の共同組織と5万人の職員、病院など事業活動の質的向上と経営管理の改善、対外関係の新たな広がりなど、個々に見るときこの間の前進は確かでありいくつかの問題点も見えている。しかし21世紀的を展望するには、「民医連の医療・福祉宣言」という新たな到達に立って、現代の医療・福祉における「非営利・協同」の存在意義を、世界的視野からも明確にするなど、相当な研究と大胆な発想の転換が必要である。

西欧社会保障を学ぶ意義

理論上の問題で今日学ぶべきは、西欧諸国の社会保障制度の現状と今日にいたる過程であろう。デンマークなどの制度や現状は勿論、英国・フランス・ドイツ・イタリアなどに関する包括的な理解を共通認識にし、それを踏まえた日本での展開を構想することが、アメリカ型の新自由主義に追随する日本の

社会政策への批判＝人権擁護・平和を目指す新しい福祉社会への展望にヒントを与えると思う。西欧諸国の今日にいたる歴史的な過程は、社会民主主義の政治的プログラムや労働運動をはじめとする国民の運動が大きな影響をもっていたと思われるが、その過程から学ぶ必要があるのではないか。

実践的な問題では、非営利・協同の経営管理、管理者と職員・職員と地域の民主主義の関係が重要で、これらを民医連の今日に生かす必要がある。

医療・経営構造の転換や医師養成など今日の重要課題は、管理者・医師・職員・地域の人々たちが、理事会などの場でそれぞれの立場を主張するとともに、一致点や責任を明確にした運営を行うことが求められるにもかかわらず、現状の民医連にはこの分野で問題が山積している。民主主義を掲げるにもかかわらず、その解釈たるや千差万別というのが現状であり、いくつかの事例は無責任体制の別の表現ではないかと思うときさえ少なくない。

民医連の発展に不可欠な、経常利益の確保や優秀な人材の育成は、非営利・協同の事業理念と運動の中で達成すべきであるが、営利主義・官僚主義から明確に一線を画した経営管理や人材育成は、民医連の今日の最重要課題である。

この問題に、非営利・協同の研究が何らかの示唆を与えてくれることを期待するが、この点でモンドラゴンや国際的な生活協同組合の動向は、重要な研究対象である。

3000人の常勤医の役割

医療の分野では、世界的な医師の動向を、主要国医師会の検討を始めとして、基礎的な情報の収集をおこない、交流可能な医師団体の可能性を探る必要があるが、今日の日本の医師と医療・福祉の動向も興味深い研究と運動の対象である。

民医連は3000人に及ぶ常勤医が、組織の重要な構成員であるところに他の非営利・協同組織と異なる大きな特徴がある。この積極性が今後も発揮できるかどうかは、日本の医師の積極性が今後も持続するか否かにかかっており、医学生や研修医、開業医・病院団体の動向から目をはずすことは出来ない。

(ちば かねのぶ)

非営利・協同セクターの 拡大・強化のために

聖学院大学教授 富沢 賢治

私は昨年「コミュニティ活動支援センター」というNPO法人を立ち上げて、その事務局長となった。そのことを高柳新全日本民医連名誉会長に告げたとき、「実践は私たちにまかせておきなさい。富沢は理論活動に専念するほうがよい」というような主旨のことを言われた。そこで私も「研究所づくりも慎重に考えたほうがいいですよ」と切り返した。

おもねる研究所ではなく

私は一橋大学の経済研究所に33年間勤務した。その間、所長も経験した。現在は、協同総合研究所の副理事長もしている。また、ある公立大学の経済研究所の所長と親しいので、研究所のあり方について、よく話すことがある。したがって、社会科学系の研究所が社会的にどのように扱われるか、ある程度わかっているつもりである。

一番はつきりしていることは、往々にして社会科学系の研究所は「金食い虫」だと見なされることである。技術系の研究所とちがって、社会科学系の研究所の研究成果は、直接に関係者の役に立つことはあまりない。したがって、直接に役に立つ成果を期待している出資者は、いらいらしてくる。そのいらいらが昂じると「金食い虫」の退治にかかる。そうなると、研究所は、生き残りのために、もっぱら出資者に直接に役立つと思われる研究成果だけを出すようにする。そうなると、科学性に歪みが生じる。私は1960年代、研究のサーベイ論文を書くために、かつてのソ連の社会科学書を数冊読む機会があったが、どれもおそろしく画一的、没个性的であり、科学書というよりはイデオロギー宣伝書の感があった。おもねる社会科学は社会科学ではない。そこで、私は期待する。非営利・協同総合研究所は「おもねる研究所」にならないでほしい。

では、どういう研究所になってほしいのか。①出資者に役立つ研究をするのは当然である。しかし、それ以上の研究をしてほしい。②非営利・協同セク

ターの研究をしてほしい。日本社会で非営利・協同セクターを拡大・強化するためにはどうしたらよいかを研究してほしい。

宿命を乗り越える配慮

非営利・協同総合研究所だから非営利・協同セクターについて研究することは当然だと思われるかもしれない。しかし、問題はそう単純ではない。私見によれば、日本社会で非営利・協同セクターを拡大・強化するためには、どのような組織であろうとも自己組織至上主義を改めなくてはならない。他の組織の利益も考慮に入れなければならない。その段階になると、研究所出資者の度量が問われることになる。度量の狭い出資者は「もっと出資者の役に立つ研究をすべきだ」と迫ってくる。

これが、私の経験法則から言える社会科学系研究所の宿命なのだ。この宿命をどう乗り越えるのか、研究所の担い手は考えなくてはならなくなる。そして、やがて苦しい立場におかれることになる。

事々左様に、研究所の場合、ロマンとソロバンは対立関係に立つことが多い。だから、当初からソロバンに配慮してほしい。

以上が、研究所に対する私の期待である。
(とみざわ けんじ)

民医連から総合研究所 への2つの期待

全日本民医連事務局長 長瀬 文雄

「3割負担をすべき財政的必然性はない」「受診抑制手遅れ続出、総医療費増加と長期的には逆効果」「短期的にも節約出来る効果はごく僅か」「景気に水をさす数十兆年規模の消費抑制、不況の原因は不安」「結局、国民を不安に陥れ、成長産業の芽をつみ、税収をも落ち込ませる愚策」「少なすぎる国家医療費予算、公共事業50兆円、医療費7兆円、これでいいのか?」「もっと国家予算を医療や福祉に回すべき」……上記見解に異論を挟む余地はなく、全く同感するものです。この文書は今年はじめ6回にわたって日本医師会ニュースに連載された日医総研研究部長である石原愛媛大学教授の講演録の一部

です。

今や、このような考え方、認識は日本医師会はじめ医療関係団体、労働組合、多くの国民の共通のものとなってきています。7月をはじめ医療改悪法案を審議する参議院厚生労働委員会参考人陳述で自民党推薦の参考人として呼ばれた日本医師会桜井常任理事は上記見解と同趣旨の発言を行い、医療改悪法案の撤回を迫っています。日本医師会の医療政策にかかわって日医総研が果たしている役割は少なくないように思われます。

実践を土台にした政策提言活動を

21世紀も2年目に入り、いよいよ日本医療や社会保障のあり方がするどく問われる時代を迎えています。医療や社会保障を新自由主義の餌食とするわけにはいきません。民医連は来年創設50年を迎えます。一貫して「いのちは平等」、「無差別・平等の医療の実現」をめざして奮闘してきました。近年は「安心して住み続けられるまちづくり」を提唱し、第35回総会では「全日本民医連の医療・福祉宣言」を採択しました。この目標を実現するために、日常の実践を積み重ねるとともに、そうした実践を土台に〇〇反対闘争の限界を乗り越えた「あるべき日本の医療・福祉の姿」を描く政策提言活動を行うことが求められている時代に入っています。ここに広く学者・研究者と全日本民医連の実践が結合した研究所の第1の意義だと考えます。

民医連経営の探求

第2に期待することとして、今日の社会にあって地域住民と組織的に結びついて発展してきた民医連経営のあり方、その役割、発展方向について実践的にも理論的にも深めることです。民医連綱領を持ち、働く人々、最も困難な人々の「最後のよりどころ」として支えとなり、「差額ベッド代を徴収しない」ことを旗頭に掲げてきた民医連の経営は、山梨、福岡・健和会、大阪・同仁会問題を見るまでもなく、苦闘の歴史でもありました。同時にその中から、民主的管理運営、全職員参加の経営、共同組織の経営参加、労働組合との協力共同、全国的な連帯、民医連統一会計基準などを培い、1つの民医連法人をもつぶすことなく、しぶとく前進してきました。市場原理至上主義がはびこる中、その意義は大きいと思われれます。同時に、情勢はこれまでの延長線上では

ゆかない面があります。まさに「探究」が必要と思われれます。そのことを研究所に期待するものです。

民医連の現場の実践が持ち寄られ、研究者とともに役割を果たせるようになれば、研究所の活動が民医連運動の新たな発展と新たな担い手を養成する役割も期待できます。

(ながせ ふみお)

医療の現場の組織論を

三多摩法律事務所・弁護士 二上 護

全日本民主医療機関連合会の提起により、「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」が発足することとなりました。期待するところ、まことに大であります。

全日本民医連が「差別のない医療」を合言葉として半世紀にわたり活動を続けてこられたことに対し、日頃から深い敬意を抱いています。

その当初の活動は、それぞれの地で、まさに差別のない医療を求める要求と理念から始まったのですが、いまや全国各地にひろがり、民医連の活動なくしては日本の医療は語れないと言っても過言ではありません。

この活動の発展のなかではさまざまな問題が発生したことでしょう。私も、山梨勤医協の倒産事件、川崎医療生協の事件などに関与し、いくつかの問題点を考えさせられてきました。よく知られていることですが、山梨では良心的な医療はもうからないものだ、医療人は医療に専念すればよく経営は任せておけ、という考え方があり、これが倒産の遠因となりました。川崎の問題では、まさに医師と医療のあり方が鋭く問われています。

市場経済と今日の国家の政策のなかで、日本国民の医療や福祉のあり方を考え、協同と連帯に基づく「まちづくり」をすすめるには、運動と実践、制度などについて、さまざまな調査、研究が求められています。

医療機関における職員と共同組織、組合員組織

この研究所で早速に課題として欲しい問題があり

ます。医療機関における職員と共同組織または組合員組織のあり方についてです。いろいろな問題があると思いますが、社員について、社団法人や財団では医療活動を担っている職員の比重が圧倒的に高く、総会においても職員の出席と発言が多い一方、生協組織においては、総会（総代会）において、組合員、各支部の代表の出席と発言が多く、医療活動を進めるうえでの問題の討議を組織することは容易ではないと見受けられます。この傾向は全国的なものでしょうか。患者とともに、患者のための医療をすすめるための組織のあり方はどのようなものが望ましいのでしょうか。組織の形態はさまざまであっても、そこに共通する問題とその克服の途はどのようなものでしょうか。

非営利・協同の運動を進めるうえにおいて、医療の現場における組織のあり様を研究することは緊急な課題となっていると思えます。

モンドラゴン協同組合の考え方を目指す

何度か訪ねたモンドラゴン協同組合においては、生協組織において、組合員と職員が対等の立場で組織を作り上げようとしています。この考えかたは、非営利と協同、患者のための医療を目指す日本の運動においても、参考とすべき考え方であると思えます。日本の法制度では直ちに組織的にそのような組織をつくることができなくとも、実践においてそのような状況を目指すことは可能でしょう。形においても、実際の運用においても、まさに患者と職員が協同した経営と連動の実践が、人権と非営利を目指す運動を飛躍的に発展させることとなるように思えます。

新・研究所におおいに期待します。

(にかみ まもる)

非営利・協同の経営理念の 体系化と実体化を期待

国民医療研究所副所長

西岡 幸泰

全日本民医連のイニシアで創立されることとなった非営利・協同総合研究所に、その調査研究・情報

発信活動の発展を心から期待します。

私にとって全日本民医連とのつきあいは、決して短いものではなかったと思っています。『民医連医療』誌に寄稿したのは、1978年6月号(第73号)が初めてでしたが、そのかなり前から、また特に峠一夫氏の後を継いで若宮昇次氏が全日本民医連事務局長の任に就かれた頃から、私の仕事上のことで、若宮氏をはじめ多くの方々から種々教示と便宜を賜ってきたことを鮮明に記憶しています。

1970年代初頭の頃に比べて今日の民医連の力量は、まことに隔世の感のあることを、肌身で実感しています。たしかに今日でもなお民医連の医療活動は「residual な存在」として在り続けてはいます。そのことを確認したうえで、しかしあえて私は、民医連の医療・経営活動が、結成以来今日にいたる半世紀の間、幾多の困難に見舞われながらも、それを乗り越えることによって、より力強く発展し、量・質ともに隔絶したレベルに到達していることに深く敬意を表したいと思います。

*

いよいよスタートの日を迎える研究所が、「非営利・協同」をキーワードのひとつとしていることに強く賛同します。

この「非営利・協同」の概念をめぐる、理論的になお深く考究・吟味すべき幾多の興味深い問題が残されていることは、私も承知しています。しかし私は、経営学・会計学とはまったく疎遠なので、「非営利・協同」の理念を医療機関の運営・経営活動の中にどう実体化するかについて、積極的な発言や具体的な提言をおこなえる力量は持ち合わせていません。そうした意味で私は素人の域を出る者ではないことを自覚していますが、あえて素朴な発言をさせてもらいましょう。

患者の主体性と協同の営為

第一に、医療分野に「非営利・協同」の理念を実現しようという呼びかけは、独善的な主張でもなければ、また民医連や医療生協などの独占物でもないと思います。

先ず「非営利」という言葉を思い切って緩やかに理解し、また医療法第7条5項の規定を鵜呑みにすれば、現在のところ、わが国のすべての医療機関は「非営利」を建前もしくは理念としているものと言えましょう。

また「協同」についても、これを単に所有形態にかかわる問題としてだけではなく、社会的労働の編成という観点から捉えるならば、病院ほど多種多様な職種・職業の人々を直接的に結合・集積している場を、私は他に知りません。病院で行われている日常的業務は、病院の外側にある社会のほとんどすべての仕事をそこに凝集しています。さらに重要なことは、患者と医師(医療従事者)との関係とは、まさに「患者の主体性をイニシアとする協同の営為」であるべきものです。

このような視点から「非営利・協同」を捉えるならば、市場経済万能論者ならばいざしらず、医療従事者ならば誰もが、この理念を真っ向から拒否することはできないでしょう。

かなりルーズで、おおらかなロジックですが、「非営利・協同」の理念の医療分野における普遍的性格について、こんなふうに考えてみるのも楽しいのではないかと思います。

非営利・協同経営のノウハウを

しかし現実にはそうは甘くはありません。医療大改悪の嵐のもとで医療水準も医療経営もともに、その現状維持すら困難な事態がますます長引き、深刻化しています。「医業を続けられるかどうかで頭を痛めている時に、「非営利」とはなんと悠長なことか。ここいらあたりに、私たちとの「温度差」を感じる」という、開業医たちの悲鳴に近い声も聞こえてきます。また逆に身内からは、「「非営利」とは「利潤を第一義的な目的としないこと」だと解釈することで、実は差額徴収や人減らし合理化を「免罪」しようとするのではないか」という、くぐもったつぶやき声も時折、耳にします。

こうした誤解や危惧は、理念的・理論的アプローチによって解決可能な問題だと思えますが、しかしなによりも大切なのは、「非営利・協同とはこういうものなのか」ということが誰の目にもわかるように、医療機関の経営組織と診療体制のなかに体系化し客観化することではないでしょうか。あえていうならば、「非営利・協同の医療経営」のノウハウを作ることだと思えます。そうしたノウハウが明示されれば、医療分野における「非営利・協同」の理念の普遍性と、民医連の特色が、争う余地もないほどに、明らかになると思います。そして、このような仕事を進める担い手の一つとして、非営利・協同総

合研究所に期待しています。

*

さらに言うならば、今日、いわゆる医療コンサルタント業なるものが花盛りです。

病院管理研究協会、地域医療振興協会、システム総合開発研究所など「半官製」のものから、また(株)保健医療総合研究所、(株)菱和メディカル総合研究所などの大手筋、さらに正体不明のものまで含めて100社を超えています。そうした医療コンサルタント団体が、国公立病院の「民営化」や民間病院のM&A、さらには労使紛争「解決」などで、目に余る悪行を重ねていることは周知のところでしょう。

このような、医療大改悪に加担し、そこから暴利をむさぼっている「悪徳」医療コンサルタント業者を徹底的に批判することも、非営利・協同総合研究所に強く期待される仕事の一つになるのではないのでしょうか。

*

最後に、国民医療研究所にたいしても、これまでに倍した支援・共同の関係を強められるよう、お願いいたします。

(にしおか ゆきやす)

対抗関係の自覚と人権 ・ 発達・公共性の研究

神戸大学教授 二宮 厚美

「非営利・協同」とは「営利・競争」のアンチテーゼである。営利主義と競争主義は資本主義的市場原理の派生物だから、その対抗思想としての「非営利・協同」は根っここのところで資本主義的市場原理と対抗関係に立つ。では、資本主義的市場原理に対置されるプリンシプルとは何か。それは民主主義に依拠して生まれる公共の原理、つまり民主主義的公共原理である。市場の世界でものを言うのは貨幣の権威である。これにたいして公共の世界では人権の権威が力を発揮する。

こうして、営利 v s. 非営利、競争 v s. 協同、市場原理 v s. 公共原理、資本主義 v s. 民主主義、貨幣の権威 v s. 人権の権威といった対抗関係の図式が導き出される。私たちの非営利・協同総合研究

所には、かかる対抗関係の十分な自覚が必要である。いまここで、この自明と思われることをあえて書いたのには理由がある。

資本主義的市場原理との対抗こそ重要

たとえば、現代日本のNPOには上の対抗関係を理解していないものが少なからず存在するからである。ボランティア組織もそうである。ひどいになると、NPOを市場原理の補完物に位置づけ、「市場の失敗」をNPOに尻拭いさせて、営利主義のスムーズな貫徹をはかろうとたくらむ議論さえある。実名をあげていえば、現在、経済財政諮問会議メンバーとして新自由主義路線に狂奔する本間正明（大阪大）がその典型である。一方で弱肉強食・優勝劣敗のジャングルの法則を扇動しながら、他方で弱者救済型のボランティアを礼賛し、NPOこそがこれから求められる市民活動だと彼は主張する。そのきっかけは阪神大震災であった。本間は、一方では関西財界のたいこもち役を演じながら、他方でボランティア推進の学会などでリーダー的役割を買ってで、鼻持ちならない二枚舌を弄してきたのである。

そこまでいかななくても、わが国の協同組合主義的運動には、資本主義的市場原理との対抗においてその活路を切り開こうとするのではなく、市場に身を委ねてその組織や経営の生き残りをはかろうとする流れが存在する。さらにまた、人権保障や公共原理を担う非営利・協同の精神を横におき、公共的諸課題の肩代わりや下請けに甘んじて、その組織の発展をはかろうとする流れも存在する。協同組合の運動と労働組合の運動を分断し、労働運動に見切りをつけて、協同組合こそが未来を担うと主張する議論もある。これに反発して、労働組合の側では逆に、協同組合やNPO型運動の意義を無視してかかるむきもある。

研究のガイドライン

「非営利・協同」の運動の発展を願う者にとって、現代日本でこのような混乱が生まれていることは不幸である。私は80年代から90年代にかけての一時期、地域の生活協同組合の理事を経験したことがあって、この不幸を苦い思いをもって体験してきた。ある労働組合幹部からは「二宮は協同組合派」だとレッテルをはられたかと思うと、協同組合経営主義者たちからは「二宮は労働運動派だ」となじられたりした

ことを今思い出す。

最近では、幸か不幸か、日本の保守支配の構造が新自由主義的傾向を強くしているために、それとの対抗線上にある「非営利・協同」の運動方向をめぐる混乱もさすがに少なくなった。幸いなことである。ただ「いのちとくらし」の絶対的保障を基軸とする非営利・協同の運動・研究にはガイドラインにあたる理念が必要である。私は、さしあたりそれを人権・発達・公共性の3点の追究に求めておきたいと思う。この思いをもって私は研究所の諸活動に多大の期待を寄せたい。

(にのみや あつみ)

20世紀システムの解明と 21世紀社会保障の研究・実現

国民医療研究所顧問 野村 拓

新研究所「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」にはいくつかの期待を持っています。さきに国民医療研究所はプロジェクト報告『21世紀の医療・介護労働』（2001、本の泉社）の結論的部分で次のように報告しました。

地域力との大連携

国民すべてが「要介護者」にも「介護者」「介護労働者」にもなりうるという現在の状況は、「人間の生き方」についてのより高い次元での共通認識が求められており、その具体的内容には、これまで各論的に示されたとおりである。政策的まやかしとして矮小化され商品化された「介護」ではなく、生命・生活支援として利用者と共感しうるものを提供し、なにが共感しうる生命・生活支援であるかについて、つねに利用者・家族との交流を通じて認識を深めていく必要がある。そして、利用者側の「生活術」「保養術」「共同術」に裏打ちされた「地域力」との大連携を通じて、21世紀の社会保障を「公的下支え」のレベル・アップという形で実現させなければならない。

ここでいう「生活術」「保養術」「共同術」をさらに掘り下げ、説得力をもって示せるような研究が第

1点です。

100年のスパンで研究

第2点は、「いのちとくらし」の問題を100年のスパンでとらえるような研究です。拙著『20世紀の医療史』（2002、本の泉社）では、その意味について次のように述べました。

まず第1に、周期的に戦争を起こして大量殺戮を行い、大量の障害者や孤児・寡婦を生み、かつ人類のバイタリティーを食いつぶしながら地球環境を壊しつつある「20世紀システム」とでもいべきものと医療とのかかわりを解明することである。

第2に、そのことを通じて医学医療関係者には、医療に関するミニマムの社会科学的認識内容を示し、人文社会科学研究者には、医療という視点、分析のツールを示すことによって、人間が構成する社会のとらえかたを一段と深く豊かにする手段を提供することである。

第3に、20世紀を通じて支配力、浸透力を強めた「企業の論理」、市場原理に対する対抗軸を、健康問題・医療問題の中からつくりだすことはできないか、ということの歴史的検討である。

また、京都では2医療機関、1社会福祉施設共催で職員学習会として「100年の庶民史を勉強する会」を毎月開き20回を超えています。「戦争と平和」、「有事と平時」、「非日常と日常」を対置させて考えると、いま私たちは「危険な非日常」（有事）に直面しつつあります。「平和な日常性」についての根拠理論のようなものを100年のスパンで追求することも必要だと思います。

以上2点、新研究所に期待します。

(のむら たく)

21世紀の民医連の 進路と非営利・協同

全日本民医連顧問 八田 英之

民医連は、1953年の全日本民医連の結成以来、そ

の路線、存在意義、特質などについて数多くの真剣な議論を積み重ねてきた。今日、民医連の特質として、①住民との組織的結合（生活協同組合・健康友の会）②医療従事者の主体的決定権（民医連の方針の決定権は職員集団にあり、住民の決定への制度的な参加は法人レベルとなっている）③日本の社会保障運動・民主運動の自覚的で有力な担い手であることを指摘することができるが、これらはまさに半世紀にわたる医療実践と運動、そこに生まれた矛盾を解決するための全国の知恵を集めた理論的な営みが生み出したものである。

共同の営みの探求と日本の特殊状況

民医連の誕生と成長には、住民・患者と医療従事者の共（協）同の営みの探求という世界的に普遍的なこととともに、公的なものが圧倒的に少ない日本の医療供給体制、国民皆保険制度、レッドパージなどの日本的な特殊状況が背景としてある。であるが故に、民医連は、ある時は政治に医療活動を従属させたかのような激しい地域活動に傾斜したり、ある時は医療活動に閉じこもったり、様々な揺れを経験する。1961年に現在の綱領を決定したのちにも、「はたらくひとびと」を労働者階級として理解する傾向や民医連の路線を「医療技術向上、経営近代化、医療連携」に結果としてゆがめる動向も生まれた。それはある場合には経営破綻を招き、ある場合にはいわゆる「民医連らしさ」の薄まりを生んだ。

80年代後半からの10年以上の期間は、民医連運動の原点回帰と「共同組織」を大きな特徴としている。

新たな活動スタイルと組織のあり方

一方、我が国の経済・社会情勢と医療・福祉状況は激変し、民医連も新たな歴史段階に対応した新たな活動スタイル、新たな組織のあり方が求められているのであろう。それは第1に、介護保険時代に対応した活動分野の拡大である。特に介護分野の取り組みでは共同組織自身の取り組みが新しい民医連との関係を生み出すかもしれない。また、いわゆる民医連内の「労使関係」にも新たな議論の材料を生むかもしれない。第2に、医師研修義務化時代に対応した医師の確保と養成である。この点でも共同組織との関わりが民医連の他とは区別された優点となりうるであろう。第3に、診療報酬の切り下げと患者負担、差額・自由診療の拡大を中心とする差別医療

・医療営利化の拡大と経営危機の深まりである。これを「最後のよりどころ」たらんとする志をたもちながら、大衆的で民主的な運営を貫いて、万やむを得ない場合には職員の身を削っての献身を組織して乗り切っていくのは容易なことではない。

1998年の民医連総会で打ち出された非営利・協同の路線は、かなり自覚された「ウイングを右に広げる」路線であった。それは、いま、この危機の時代を乗り切っていく新たな指針になり得るであろうか。そうでなくてはなるまい。

「ウイングを右に広げれば機体は左に進む」だろうか。

この新しい思考の場が、21世紀の民医連運動とさらに広い住民運動に新しい指針を生み出していくことに心から期待する。

（はった ふさゆき）

大きな視野で現場に 密着したアプローチに

全日本民医連会長 肥田 泰

全日本民医連の34回総会で民医連が中心になって研究所を創設しようという方針を決定して約2年半が経過しました。準備会が作られ研究所発足も間近になりました。現時点での研究所へのわたしの期待は以下のごとくです。

社会保障制度解体の攻撃が強まるなかで

1980年代から始まった第二臨調行革のなかで、老人医療の有料化・健保本人1割負担の導入。厚生省が1987年に発表した「中間報告」にもとづく国民負担増、医療供給体制の改編（とりわけベット削減）、老人医療への差別導入、医療営利化路線の推進。1995年社会保障審議会の勧告による「権利としての社会保障」から「相互扶助としての社会保障」への転換。1997年の健保本人2割負担・老人負担増。2000年事実上「措置」が排除された介護保険制度の開始。2002年第四次医療法と健保本人3割負担・老人1割定率負担導入。

約20年間を振り返ると、まさに医療改悪の連続です。これでも社保協を中心とした反対運動で実施を

遅らせてきました。こうした社会保障解体の動きのなかで、保団連からはあるべき日本の医療にたいする「提言」が発表され、日本医師会の日医総研からも「提言」がだされています。民医連の役職員のなかからも、民医連として政策提言をしたほうがいいのでは、という意見も寄せられ、前期の社保部にチームを作ろうとしましたが、大運動推進に力を注がざるを得ず、実現していません。研究者を含め、現場の意向もくみとりながら、日本の医療のあるべき姿について、政策提言することも研究所に期待したいことです。

医療・福祉への市場原理・競争原理の押しつけのなかで

今世界的規模で市場原理・競争原理が強要されています。そのなかで、アメリカで多国籍企業エンロンの倒産、日本では雪印・日本ハム・東京電力など一流企業での事故隠し、国民騙しが横行し、企業の社会的責任が鋭く問われています。利潤のみを追求し、国民全体の幸福や利益を考えない事業のあり方は、とりわけ医療・福祉の分野にはふさわしくないとする考え方が、まじめに医療・福祉を実践する人々や団体のなかで増えています。

こうしたなかで研究所に期待するのは、第1に、政治体制や経済政策が違うなかで各国の非営利・協同組織の果たしている役割・めざしている方向、相違点と一致点などの研究、第2に、日本の非営利・協同組織のなかでおそらく最左翼に位置するであろう民医連の果たすべき役割の研究、第3に、民医連の非営利・協同組織としての組織運営のあり方、人事政策、賃金のあり方などの研究、などです。

人権の尊重、安全・安心・納得の医療が求められているなかで

患者の権利を如何にして守るのか、安全・安心・納得の医療をどうしたら実現できるのか、とりわけ患者参加の医療をいかにしたら実施できるのか、このことが切実に求められています。民医連が行っているヒヤリハット全国調査では、一番多い事故は患者の転倒・転落事故で、次いで多いのが注射・投薬のミスです。こうした事故やミスをどうしたら少なくすることが出来るのか、職員のサイドでの努力とともに、如何に患者参加の医療を実現出来るのか。インフォームドコンセントのあり方、患者・家族と

の関係の作り方など、こういう点での研究も現場からは強く求められています。

以上3つの視点からわたしの研究所に対する期待を述べました。大きな視野にたった研究とともに、現場の苦悩に密着した研究、両面からのアプローチが必要と思います。

(ひだ ゆたか)

日本の保健・医療・福祉分野での協同組合の徹底した調査を

東北大学教授 日野 秀逸

この夏は、『保健ケア領域および社会ケア領域の協同組合企業に関する国際調査報告書』を読み、楽しんでる。これは、国連が国際協同組合同盟とともに、保健、医療、保育や介護や障害者雇用等々の分野で活動している協同組合企業について実施した、百科全書的な調査で、日本語にすれば550ページほどになる。ここで協同組合というのは、共済組合やフランスなどのアソシエーション等、日本で「非営利・協同」と表現されるものに近い。

保健・社会ケア協同組合企業は実に多様である。シンガポールの労働組合中央組織が全額出資して設立したものから、モルドバのように旧ソ連崩壊後に台頭した新興成金資本家が投資の場として設立した保健協同組合まで、様々である。後者は、組合員は高額所得者であり、医療関係者や市民は、保健協同組合というと顔をしかめるといふ。住民参加と医療専門職の共同、そして地域までを視野に入れた健康づくり、こうした内実を尺度に、『報告書』は日本生活協同組合連合会医療部会を、世界のリーダー的存在と評価している。『非営利・協同総合研究所いのちとくらし』には、まずは日本の保健・医療・福祉分野で活動している協同組合(国連調査の意味での)についての、徹底した調査を期待する。

(ひの しゅういつ)

課題解明の研究法論を 援助・指導する機能に

全日本民連副会長 升田 和比古

医療・福祉の現場には、患者・利用者・地域住民の切実な要求が渦まいている。そこで働く職員もその要求に応えようと必死で働き、苦悩し、民医連の存在意義を示そうともがいているのが現状と思う。介護保険が開始されてから、職員の働き方も大きく変貌をとげた。介護労働は低賃金・不安定雇用の状態で維持されており、福祉国家づくりにとってどうしても解決していかなければならない課題といえる。医療・福祉を弱肉強食の競争原理の中にぶち込もうとする新自由主義に対抗し福祉国家を築く国民的な運動に民医連がいかに役割を果たしていくのか、まさに研究と実践の課題といえる。

現場の誰もが研究者となるために

研究所への期待として、「医療・福祉の現場の問題点や課題を解明する研究を」という声は強い。しかし、問題や究明したい課題を研究所に持ち込んだら、学者・研究者が答えを出してくれるものではないだろう。問題意識をもった人が主体的に研究できる、つまり研究の方法論を援助・指導してくれる機能を研究所に期待したい。研究の主体者は学者・研究者だけではなく、現場で苦闘しているだれもが研究者となることだと思ふ。そういう機能を研究所に持たせていくには、研究所の運営をどのようにすればよいか？まずは現場の苦悩、問題、課題を山ほど持ち込むことであろう。それらを処理する運営機能を研究所として確立することが必要となる。当然、全てを研究所にというものではなく、民医連の職員の集団的な英知と理事会をはじめ専門部・委員会やプロジェクトで方針作成にあたる。長期的展望や具体的な方針の科学的な裏づけ、理論的構築は同時に進めなければならない。研究所は全日本民医連の理事会・事務局、各県連との連携を密にすることが必要になろう。研究所の運営を現場の要求に応えるものとするには、研究所事務局長は全日本民医連の四役から選出することが適切であろう。

実践の中で深めていく課題

研究所の名称についても多くの意見が出されてきた。「非営利・協同」が研究の中心テーマとなり、「医療・福祉の現場に即した研究がないがしろにされるのでは」という懸念である。特に、「綱領や民医連のこれまでの医療活動や運動の関係から『非営利・協同』をどのように整理し位置づけるのか？」という意見が少なくない県連から出されていた。民医連第33回総会（1998年）方針で「非営利・協同の医療機関である民医連の院所が、患者の『最後のよりどころ』なることです。」「民医連も大きな枠組みとしてはこの『非営利・協同』の中に入ります」とはじめて「非営利・協同」が提起された。第34回方針（2000年）では、「『非営利・協同』組織とセクターは、社会保障や公的な役割をいっそう促進し、現実的に公共性を守りうる可能性をもっています。そして、大企業の横暴や利潤追求に対抗していく役割ももっています。」「『非営利・協同』の中の『働くひとびとの医療機関』である民医連が、地域の中ではたす役割がいちだんと大きくなる時代です。『非営利・協同』について実践の中で深め、ひきつづき学習と議論を行いましょう」と提起した。私は、第33回総会で非営利・協同が提起されたとき、民医連の階級性が失われるのではないかと強い懸念をもち、激しく反論したことを鮮明に覚えている。しかし、この間の民医連の実践、とりわけ「4つのキーワード」にもとづく実践は非営利・協同への認識を深めてきたと確信している。しかし、多くの懸念に対しては丁寧に議論をすすめたい。「非営利・協同は実践の中で深め、学習と議論していく課題である」というのが、民医連の現時点での見解であると私は理解している。

激変期の医療・福祉のなか、研究所が民医連運動の発展にとって大きな役割を果たすことを期待し、自らも貢献したい。

（ますだ かずひこ）

福祉国家のための市民 社会の公共性と非営利 ・協同運動のために

北海道大学教授 宮本 太郎

私は比較政治経済学を専攻する一研究者で、必ずしも非営利・協同セクターについての専門家ではありません。しかし、北欧を初めとしたいくつかの欧州諸国が、非営利・協同の組織と運動を活用し、人々の連帯と自立の基盤をつくりだしながら、経済的にも福祉国家としても新たな発展を遂げていることにかねてから注目をしていました。これに対して、わが国の「構造改革」路線が、時代錯誤の市場原理主義路線で、人々の連帯と自立の基盤を粉々にうち砕き、わが国の経済再生をもより困難にしつつあることに、強い危機感を抱いていました。そのようななかで、非営利・協同総合研究所が設立されるという知らせを聞き、一筋の光明を見出す思いをしています。この時期に、非営利・協同を正面から掲げ、研究することには、たいへんな意義があると思います。

市民社会の担う公共性と国家の規制

私は、政府か市場かというこれまでの選択肢が意味を失ったとは思っていません。目指すべきものは福祉国家か福祉社会か、あえてどちらかを選べといわれれば、福祉国家と答えるでしょう。しかし、国家あるいは政府が、福祉でも経済でも、社会生活のあらゆる局面に恣意的な介入をおこない権力を保持するシステムは、是正されなければならないと思っています。その限りで、国家から「民」あるいは市民社会へという流れは、否定できないのです。問題は、そこで「民」あるいは市民社会が担うものが、「私」なのか「公」なのか、私益か公共性か、という点にあります。

「構造改革」路線が進もうとしているのは、言うまでもなく市場原理主義の道、私益が好き勝手をして公共性を解体する道です。ここでないがしろにされた公共性は、滅私奉公の国家主義のような歪んだかたちで現れ、軍事的な側面を含めて暴走しかねません。市民社会のエゴイズムと国家の暴力という、

悪いところ取りの組み合わせです。これに対して、市民社会の組織や人間が、私益ではなく公共の利益を追求していくことを容易にするしかけをたくさんつくることが大切です。そして、こうしたなかで、私益による「抜け駆け」や、あるいは「公共のためにやっているのだからもっと自分を犠牲にしろ」といった働き手の権利侵害が生じないように、国がきちっとした枠組みを提供することが大事になります。市民社会が公共性を担うことを国家の規制が可能にする、という組み合わせです。

欧州の経験は日本に活かせるのか

この後者の道をすすむにあたって、決定的な役割を果たすことが期待されるのが、非営利・協同の組織と運動に他なりません。しかし、もちろん問題は簡単ではありません。一人ひとりの働き手が公共性を担っているという実感を得ながら働くことができ、そのことがサービスの質の高さに結びついていくような組織をどう作り上げていくのか。非営利性と組織を維持し発展させていく条件確保とのバランスをどうとるか。そして、非営利・協同組織の存立を危うくする市場原理主義からの転てつの手がかりを、自らの活動のなかで、あるいは政治や社会への働きかけ（アドヴォカシー）のなかで、いかに見出すか。解決されなければならない問題が山積しています。

実はこの原稿を書き上げると、明日からは、イタリア、イギリス、ドイツの非営利・協同セクターの調査に向かいます。上述のような問題に欧州の組織と運動がどう立ち向かっているのかは、私にとっても大きな関心事です。イタリアの社会的協同組合、イギリスの「過渡的労働市場」戦略、ドイツの自助運動など、各国の非営利・協同の運動は、自前のユニークな発展を遂げています。欧州の経験を、日本固有の条件のなかでいかに活かしていくかも大事な検討課題です。こうした調査や情報提供などをおして、新しい研究所のお手伝いができればとも考えています。

(みやもと たろう)

理念的・理論的研究で 現場を励まし展望を探る

宮城厚生協会理事長 村口 至

いよいよ「総研」が立ち上がる。大いに期待したい。50年間という半世紀の民医連運動を振り返った時にその作り上げた価値は日本の医療の中でかけがえないものが少なくない。しかしそれは吾が陣営の中でしか認められていないという思いが強い。再び世紀的激変の社会と時代にあって今日の民医連はそこが試されているように思う。広く社会や同じ医療界での交流やそこでの「勝負」など我々は得意としてこなかった。その関係の中で自らを検証することもなかったのではないだろうか。

「開かれた民医連」とは、「より普遍的な真理に接近する」ためのものであるだろうし、それは外の世界との双方向の交流の中でこそ可能になる。それも吾が民医連が「理念」「理想」を大事にする以上、交流は実践・経験のみでなく、そこに根ざした理念的・理論的なものが重視される必要がある。私が「総研」に期待するのはその点にある。以下当面の期待を列記した。

民医連運動の検証と今後進む方向性としての「非営利・協同」路線の理論的整理作業

これまでの民医連運動から「非営利・協同」路線へという「発展」を論理的に総括する作業は十分ではない。新しい概念を設定しなければならない運動の「到達とその限界」は何かを解明する作業を重視してほしい。またいまや、国立、公的病院の独立法人化、民営化が「論議の余地のないもの」として、明治「医制」以来の日本医療の改革がすすめられている現状にあって「非営利・協同」路線はどんな意味を持つのかも重要な探求課題であろう。

厚労省の在院日数短縮戦略についての評価と対抗軸とした作戦

80年代の「中間報告」から明確に開始された日本の〔医療構造改革〕路線は一貫し進められている。

今日は「新市場主義」「小泉改革」で一気に加速している。いまや2003年の病床区分という病院機能分化と在院日数短縮が「医療の質へ向けての改革競争」という様相を呈してきた。

この方向に果たして「医療の質」を約束する法則性はあるのだろうか。国際的動向との関連で共通性と法則性をどのように分析し捉えるべきか。日本自身の遅れた、歪んだ、劣悪な現状の医療を改革するにはどのような具体的な選択を主体的になすべきなのか。

なぜこのようなことを述べるかと言えば、我々の従来の運動路線はこの日本的「遅れの擁護者になっていないか」とふと感じることがあるからだ。社会保障闘争の基本路線と我々の政策選択の理念的乖離が大きくなり、結果として「手遅れ」となったり、路線の「一貫性の陰り」を生み出し方針への結集が弱くなっている現実を感じる。

日本の民衆の医療・社会保障運動史の研究

日本には無産者診療所運動に先じた医療の普及を願う民衆の医療運動の歴史がある。民衆の運動と国策と医師会などとの関係で発展し、挫折し、変節しという歴史がある。そこにある民衆の、民衆と医療人との協同の歴史の研究を、明治自由民権運動、大正デモクラシー、昭和大恐慌と大凶作時代、大陸侵略戦争、戦後の民主化闘争、そして今日、という具合に。「民衆が医療の主人公」たらんとした歴史の掘り起こしと、それを「非営利・協同」の視点から見た評価などの作業は、「非営利・協同」の日本の土壌を明らかにし、この路線の現代社会における客観性を付与することになるであろう。

厚労省、経産省などの医療戦略、日医（総研）業績の分析・評価・批判作業と紹介

従来から、民医連は支配側の基本政策については、国家戦略との関係や社会保障の全体との関係での政策批判の能力は高い。しかし個別課題では決して十分とはいえない。

我々は、厚労省や通産、日医（総研）、OECD、EURO、WHOなどの政策研究についての情報に疎い。それらの国民医療の立場からの批判作業とその紹介を期待する。定期刊行物で旺盛に展開してほしい。日本の医療・社会保障分野の「大転換期」に「政策理論誌」の登場を切に期待したい。

以上、期待を縷々述べた。要は、困難さにともすればくじけそうになり、目指すところを失いかねない現場にいる我々を励まし展望を探る「総研」を期待したい。

(むらぐち いたる)

民医連共同組織を めぐる課題の探求

共同組織活動交流全国連絡会副会長

山口 格

総合研究所いのちとくらし発足おめでとうございます。現在民医連の共同組織の総数は286万人となつて多様な活動が活発に展開されています。共同組織をめぐる課題は、運動の実践的課題の議論は別として、これまでいくらかでも理論的な議論の対象にはあまりなっていません。現在共同組織で日常的に行われていることが、それだけで良いのかどうか、その意義は？など、また「安心して住みつづけられるまちづくり」の提案から5年を経過して、運動としても多彩な展開があるが、今後の方向を考えるために、実践の整理総括、課題研究等も必要であります。

組合員が主人公でない実態

共同組織の法人運営や意志決定への参加の方法についても研究すべき課題があります。購買生協ではすでに議論が交わされています。(1)たとえばコープかながわでの生協組合員調査では、生協への組合員の参加について(複数回答)、「生協の商品を購入すること」が64%で第1位、2位は「組合員の要望や苦情を出していくこと」(36%)、3位が「参加など考えられない」(17%)という結果でした。生協の運営についても、「基本的に専門的な幹部職員にまかせるが組合員も意見を述べていく」が45%で第1位、2位が「わからない」となり、「幹部職員にまかせるのではなく組合員の議論を中心に組合員の自治の組織として運営する」は15%にとどまっています。ここでは組合員は主人公といえる実態ではなく、生協とは組合員が意見や要望、苦情を言える組織であると考えられているのです。このような状況は民医連ではどうでしょうか。医療生協以外の法人

でも共同組織の法人運営への参加の方法は、これから議論していく課題です。

共同組織が正しく機能するために

「共同組織と民医連運動」では「班づくり、支部づくりは、共同組織が生きた組織として発展するうえで、まさに要といえます」としていますが、この点ではどうでしょうか。先のコープかながわの調査では、圧倒的に多くの組合員が、班での協同を理解していないのではなく、拒否しています。「班の必要を感じない」も40%にもほっています。向こう三軒両隣という地縁的協同はその条件がなくなった地域(大都市など)がおおいのではないのでしょうか。そうすれば「地域に協同を広げる」や「地域にコミュニティの形成を」の内実はどのようなことでしょうか。そして「参加」の要件はなにか、協同の質はなにか等論議すべきことは多くあります。

さきごろ川崎医療生協で起こったことや、その後の同法人の経営困難などを見ると、共同組織の役割が正しく機能するよう考える必要があります。また頻発する医療事故に対しても共同の営みとしての医療の一層のグレードアップを議論しなければならなくなっています。この分野では共同組織の取り組みが現実の事態に遅れているのでしょうか。

私は大きくなった共同組織の道しるべに関する論議が総研『いのちとくらし』誌上で多くの研究者、実践家の参加で行なわれることを期待しています。

(注) (1)「現代生協改革の展望」21世紀生協理論研究会 大月書店 2000年 p151

(やまぐち かく)

非営利・協同の `羅針盤'と`海図'

北海学園大学教授 山田 定市

このほど、「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の発足に向けて着々と準備が進められていることは、大変喜ばしいことであり、非営利・協同組合の研究にたずさわっている研究者のひとりとして心から賛同と期待の意を表したい。

人類の新たな世紀、21世紀の初頭にあつて非営利・協同活動の位置と役割がますます大きくなりつつあり、その意味で非営利・協同の‘出番’ともいえる状況が作られつつある。

しかし、このことは非営利・協同の進捗を示す‘羅針盤’＝理論と‘海図’＝実践プランとがあらかじめ明確に示されているということ必ずしも意味しない。

現代資本主義をめぐる対抗関係の内実とそれにもとづく克服すべき課題が浮き彫りになる中で、その改良・変革の一翼を担う社会的実践・運動として非営利・協同の意義と役割がますます鮮明になっていることは疑いないことであると同時に、そのための理論や具体的な実践プランの構築は、21世紀に人類が直面している理論と実践をめぐる重要な創造的課題の一つということができよう。

センターとしての役割

このような社会的機運のもとで、このほど研究所を立ち上げることはまさに時期を得た壮挙といえることができる。しかも、この研究所の設立の取り組みが民医連の提起を受けて、‘いのちとくらし、医療・福祉の中に人権と非営利を目指す共同の輪を広げること’を主軸に据えて進められていること、さらにその事業目的として、‘非営利・協同の理念、意義、管理、経営、労働、会計、法制、税制などにわたる調査・研究’を掲げていることも心から共感できることである。

この研究所の活動に関心を持って参加する数多くの実践家、研究者、団体・個人による自由な研究と実践を通して、文字通り協同の力で、非営利・協同の進路を示す‘羅針盤’と‘海図’とをより確かなものとして創造し練り上げていくことが期待されているといえよう。

いうまでもなく非営利・協同の活動は国や地域によって実に多彩であり、時代とともに変わっている。したがって、その調査・研究も、個別にわたる多様な研究を基礎としつつも、理論、実践にかかわる共同研究が国内外にわたって幅広く展開されることが必須となり、その中で研究所がセンターとしての役割を担うことが求められよう。

共同研究の討論と公開

また、このような共同研究は、参加者同士の自由

闊達な討論とともに、それが広く公開される中で、既存の学会や研究会などの活動に見られない独自の特徴が発揮されることが期待される。

そのような研究所の独自性はなによりも、民医連の提起と積極的な参加を基礎にして、いのちとくらし、医療・福祉を基礎に示されているように思われる。

非営利・協同にかかわる課題の中でも、例えばその経営問題の探求はようやく緒についたばかりという状況にあるといえるが、この問題について、人びとが生きていくうえで最も根源的ともいえるいのちとくらし、医療・福祉の問題を基礎にして理論的・実践的に解明するということは、このうえないリアリティを持ち、そのような取り組みを通して非営利・協同にかかわる理論・実践の水準を引き上げるうえで先進的な意義を持つといえよう。

さらにいえば、例えば‘市場経済、資本主義と非営利・協同の関連構造’、‘グローバル化のもとにおける新自由主義的政策と地域づくり’、‘事業経営と民主主義’などの諸課題の解明を通して、広く現代社会の構造と展望の探求に結びつくことになろう。

(やまだ さだいち)

地域経済の再建と 非営利・協同の実践

福岡親仁会理事長 山田 眞一郎

私は、この間県連の社保闘争と大牟田市の革新懇運動に携わってきた立場から「新・研究所」に期待するところを述べてみたい。

社保闘争との関連で

今般の医療保険制度の改悪に反対する終盤の集会を大牟田市役所前で行ったときの話である（ちなみに、この集会には市医師会長より連帯のメッセージが寄せられた）。

顔見知りのある全国紙の記者が来ていたので集会の感想を求めると『『2割が3割に』ではインパクトがない。それより、『6ヶ月過ぎると病院から追い出される』のほうがインパクトがあるのでは』と述べた。ちなみに、この記者に奥さんは女医さんで

あるが、最近の仕事はもっぱら「お年寄りの追出係」で悩んでいるということであった。「なるほど」と納得しながら、同時に「3割」に鈍感ではないかなと感じた。

医師会、保険医協会の会合では4月の診療報酬改悪の話で持ちきりである。若手の会合での懇親会で、一人一人が改悪の影響を報告しあうことになり深刻な「報告」が相次いだ。そのうち一人が「保険制度の『改正』も決まったし、10月からはもっと大変になる。患者さんも本当に大変だ」と発言。そこで私が「まだ決まったわけではない。閣議決定だけで、これからです」と述べ「3割負担というのは本当に大変なことなのです。組合健保は戦前からあり、1割負担でした。戦争が激しくなり、東条英機が2割に引き上げ、つぎは3割という声も出たそうですが、『3割だと保険の体裁をなさない』ということで3割にはしなかったということです。あの東条英機でさえやらなかったことを小泉さんはいとも簡単にやってしまった」、「イギリス、ドイツでは医療費は原則無料です。フランスは2割~2.5割負担ですが、サラリーマンの保険料はきわめて安い。安くなったのは、日本では高くなるのが当たり前とされていた98年の話です」と発言。すると、医師会の役員でもあるベテランは「確かに、会員の中からも『共産党の政策が一番近い』との声もあります。しかし共産党を支持できないのはかくかくしかじかで…」と弁明しきりであった。ちなみに、私は共産党の「共」も発していない。お酒がまわると、何人かが徳利をもって私を取り囲んだ。

先の外国の医療事情は、雑誌を整理していて偶然見つけたものである。情報失調症の私としては「研究所」がこの種の情報を湯水のごとくに発信して下さることを切に期待してやまない。

革新懇運動との関連で

バブル崩壊後の不況と橋本・小泉両内閣の新自由主義構造改革路線で国民経済はズタズタにされ、各地の商店街はまさにシャッター通りとなっている。大牟田市ではこれに加えて97年の三池炭鉱閉山で基幹産業がなくなり、人口も1万人以上減少するなど、地域経済の再建は切実な課題となっている。

私は、民商の会員の中から自殺者が出たということもあり、零細業者の生き残り策として「モンドラゴン」のような非営利・協同組合方式が採用できな

いかと考えている。

私どもの病院の白衣やシーツのクリーニングは市内最大手の業者に依頼している。他の業者では細菌処理ができないからである。何軒かの業者が集まり細菌処理ができるようになるなら、私どもの病院がそこに頼む。別の病院は他のチームに頼む。そうすれば数十軒の業者が生きられると思うのだが…。

ともあれ、大牟田革新懇では、民商、中小企業同友会の中に「非営利・協同」の概念を広めたいと考えているので、いろいろな事例を学べることを期待している。

(やまだ しんいちろう)

実践的な情報の発信基地に

東京民医連副会長 吉田 万三

最近では「協働のまちづくり」が、はやり言葉のように全国の自治体で使われるようになってきている。「住民が主人公」を政治的スローガンにとどめず、実のあるものにしていくには、住民参加の仕組みづくりなどとともに、必要に応じ住民自身が、経済活動においても積極的・能動的なイニシアチブを発揮することが欠かせないことである。

「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」が、全国の多様な活動に裏づけられた研究を進めることとあわせて、より実践的な情報の発信基地になっていくことを期待しています。

(よしだ まんぞう)

市場経済と 非営利・協同

— 民医連経営観察者からの発信 —

公認会計士 坂根 利幸

「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」がようやく創立の運びとなった。創立記念の月号に小論文を寄稿することとしたが、本稿では研究所の名称に被せられた「非営利・協同」の意義について、押し寄せる市場経済の荒波を紹介しつつ、主として非営利・協同の意義について論述を試みた。

私は1983年の（社）山梨勤労者医療協会（全日本民医連加盟）の倒産事件^(注01)に関与して以来、およそ20年間、民医連経営や消費生協経営、共済事業団体、民主団体、労働組合などの事業活動に関与し、しかもそれらの経営困難な状況との遭遇も多く、その過程で民主的管理運営を目指す経営群の「経営や管理の在り方」を、共に模索し続けてきた。

新世紀となった今日、ますますこの分野すなわち「非営利・協同」の意義論の純化や実践的指針が必要である、と痛感している。

我が国において「市場経済」が強固に進展する中で、「非営利」組織の活動が、いずれの側からも重要視されている。

働く職員労働者らの権利を無視したトップダウン型の民間企業営利経営の闊歩する対極で、「非営利・協同」と「共生」の声がますます必要かつ重要となりつつある。

ところが、「非営利・協同」の事業に関わっている人々の間でも、あるいは数年前より自らの事業と活動を「非営利・協同」の事業活動であると宣言してきた全日本民医連^(注02)の役職員らの間でも、様々な理解が見られる。

もとより学問的或いは理論的解明が済んでいるわけではないので「仕方がない」とも言えるが、共に思考し、議論した思考する模索が必要であり、「非営利・協同」の意義自身も本研究所の重要な研究対象課題であるとも言える。

本稿は、全日本民医連らの組織や経営を長年にわたり観察してきた私自身の問題意識であって、「非

営利・協同とは何か!」、の答の究極を説明しているわけではない。読者諸氏らの反論や意見を期待している。

(注01 1983年、県民らから集めた役140億円の資金を無謀な不動産投資等に注ぎ込んで倒産、和議法による15年の再建計画を策定実践し、借入元本100%弁済を完了している。)

(注02 2000年第34回総会で、非営利・協同の実践と学習論議を提起している。)

1. 市場経済の進展と 「非営利・協同」

非営利・協同論の展開の上で、現在の弱肉強食の市場経済の進展を直視する必要がある。その進展のために、様々な仕組みの創設や改悪がなされつつあるが、それらを概括的に見ておく必要がある。いわば「利益追求と反協同」の推進者らの意思と、続々と打ち出される仕組みなどを把握しておく必要がある。敵の攻撃を知らねば闘い方もない。

(1) グローバル・スタンダード

ソ連・東欧の崩壊により、それまでの東西陣営の対立という図式が消滅したかに見えるが、一方でアメリカを中心筆頭とする国際資本は旧東陣営を含めて世界を、地球（グローブ）を「一つの市場」として捉えつつ、その単一世界市場戦略の中で、いかに資本の増殖を図りきるか、このグローバル・マーケット戦略は、我が国を含めて各国に対する様々な制度の改定・改悪の要求を行い、或いは各国の自国産業保護政策などの「障壁」の撤廃などを求める動きを強めている。

グローバリズムは、グローバル・キャピタリズムと呼ぶことが至当ではないかと考えるが、この戦略は、金融ビッグバン^(注03)だとか会計ビッグバン^(注04)などと言われるとおり、我が国の経済・金融・会計

・税制など様々な分野で従来の制度の改定・改悪を進展させている。

当然に非営利・協同の分野や事業活動にも様々な影響を及ぼしつつあり、その意義や仕組みなどと共に改定事項等の目指す本質を理解しないまま右往左往していたら、いつの間にか呑み込まれてしまいかねない。

(注03 金融の自由化、保険・証券との垣根の撤廃、国際的自己資本比率での格付け、ペイオフの導入、結果としての金融再編など。)

(注04 キャッシュフロー会計、税効果会計、退職給付会計、時価会計、減損会計、連結会計など、おおむね国際会計基準に準拠するため会計基準等の改革で従前には殆ど無い取組。)

(2) 差別化の変革

地球的に同様の法制度や会計・税制度の構築をめざす国際資本等の取組みは、我が国でも様々な形で従来の制度などの変革をもたらしつつある。

一方では、それまでの非営利事業体の活動対象分野などへの民間営利企業の参入促進であり、今一つは当該非営利事業体の側での市場経済化推進制度の導入である。

市場経済の推進者らから見れば、通信、運輸、郵便、医療、福祉、教育、研究らの分野の多くが参入規制され、もしくは算入しがたい「差別された事業分野」であったが、行財政改革と国家・自治体財政破綻の再建という御旗を掲げた政府与党は、民営化、自立、自主、自己責任、国民らの幅広い選択可能制度創設と受益者負担などとして、本来「利益追求」の事業対象には馴染まないはずの諸分野に、株式会社などの営利企業の参入を続々と推進し拡大しつつある。

介護保険制度の創設による民間営利企業の参入は、まさしくその突破口であった。

現在も国立大学を含む独立行政法人制度への移行、営利を目的としてはならない規定を持つ医療法の改定議論、福祉分野などでの社会福祉法人以外の参入拡大議論、道路・郵便事業等での民営化や民間会社算入推進、教育分野での民間出身幹部の登用など、従前には考えられなかった「公的セクター・非営利分野での民間営利化」または「市場競争経済化」の制度の創設と推進が不退転の決意で進められている。

同時に、それまで認められていなかった減価償却制度の導入を含めた社会福祉法人会計基準の改定

(注05)、剰余金概念を含む国立大学法人会計基準の創設、措置費の概念から助成金の概念へ変貌を遂げつつある福祉の分野、患者側のアメニティや満足度などを謳い文句とするホテルコストの徴求の推進拡大など、非営利の事業活動分野自身の営利化の促進法制などが目白押しに制定されつつある。

非営利の事業活動分野における「非営利・協同」の意義と理論構築そして実践拡大強化が今こそ強く求められている時代は他にはないと思われるほど、すさまじい改定であり、改悪とも言える変革の嵐が吹き荒れている。

まごまごしているといつのか自分自身が「営利性を帯びた」存在と化しているかもしれない。実践的対応と共に、「原点での思考」が必要である。おそらくや、本研究所はそのバックアップをなすもの確信している。

(注05 新しい社会福祉法人会計基準や授産施設会計基準などを含む。旧基準にはない減価償却概念やキャッシュフロー計算書などを導入。)

(3) 非営利法人組織の法制

我が国では非営利の活動は歴史的にも古い時代から多々存在していたが、法制としてはヨーロッパやアメリカなどから遅れている。

歴史と文化の成り立ちの相違と、江戸幕府以来の「お上」の存在とその活動・機能の影響が強いと考えるが、我が国の「非営利法人の組織法制」では、民法公益法人制度(注06)、各産業別協同組合法(注07)、社会福祉法人法制などはあるが、NGO法制やNPO法制などは存在しなかったし、スペインの協同労働協同組合(注08)のようなユニークな法制もない。

近年、NPO(特定非営利活動法人)制度(注09)が新設され、続いて中間法人法制(注10)の導入をみた。一方で、民法34条の公益法人制度の廃止による「非営利法人法(仮称)」制定の議論なども水面下で進行しつつある。

我が国の社会の隅々までの市場経済の進展普及と公的財政負担の縮減を目論む政府与党は、非営利分野で活動する人々の要求を巧みに取り入れつつ、非営利の事業活動分野の法制や枠組みの変革を着々と進行中であると観ておかなければならない。

ワーカーズ・コープ(労働者協同組合)法制の創設を目指す取組み(注11)があるものの、非営利の法

人組織に関する法制の研究や要求闘争は僅かにしか過ぎない。調査・研究、法学者らとの協力・協同などが必要ではないだろうか。

無数のNPO法人が創設されてはいるが、税制上の支援はほとんどなく^(注12)、僅かな収益事業所得^(注13)にも課税される始末である。同時に、続々と誕生するNPO法人の大半が「非営利・協同」の事業経営と位置付けられるかどうかは、はなはだ疑問と考えている。NPOと「非営利・協同」の関係をいかなるものとして理解をすべきなのか、後で論述しよう。

(注06 民法34条によって設立されるいわゆる公益法人で、財団法人と社団法人がある。前者は財産を基礎として組成され、後者は賛同する人々を基礎として組成される。)

(注07 農業、漁業、消費生活など我が国では産業別の協同組合法体系である。スペインなどの「一つの協同組合法」での設置運用ではない。法制上も、このことの論点がある。)

(注08 スペインの協同組合法の中には、協同労働協同組合という協同組合形態が認められている。産業分野にこだわらないユニークな協同組合であり、我が国では協同組合法制設置の際、オミットされたと推定している。詳細は石塚秀雄・坂根利幸監修『共生社会と協同労働・同時代社刊』。)

(注09 平成10年3月公布の特定非営利活動促進法。通称、NPO法といわれる。)

(注10 平成14年4月から適用となっている、通称、中間法人法。非公益、非営利の団体に法人格を付与しようというもの。同窓会、PTAなど幅広く適用される。)

(注11 ワーカーズ・コープは、労働者協同組合と同義で活用されているが、例えば消費生活協同組合と比較した場合、相当に異なる仕組みである。前記のスペインの協同労働協同組合などと併せて考えることが必要。)

(注12 当該NPO法人の基本の収益に占める寄付金収益のウェイトなど一定の要件を満たせば、法人税等が非課税となりうるが、そのようなNPOは希であり、優遇税制制度としては機能していないと推定される。)

(注13 公益法人やNPO法人などは法人税法上限定列举されている「収益事業」を営む場合に申告納税義務を生ずる。規模の大小は問われない。協同組合などは税率が少し優遇されているのみで、すべての事業が課税対象となる。非営利組織に対する我が国の税制は、ヨーロッパ等と比較して重い。)

(4) 非営利・協同と税制

長年の自民党政治のツケは我が国の市場経済をもズタズタに切り裂いてしまった。政府与党の無策、いや愚策の政治経済は、狂乱のバブル経済を経て、不良資産と不良会社の膨大な山を築き上げ、金融機関も大企業も国・自治体も、その財政は破綻し、中小企業はその狭間で多大なしわ寄せでほとんど疲弊しつくしている。

一方で、暴利などは追求せずに、理念（ミッション）を基礎とした事業活動を営々と展開してきた非

営利の事業活動体でもまったく一般経済と無縁に過ごすことも不可能となっている。

政府与党は、80年代最後に消費税を導入し、非営利の事業活動体にも大きな衝撃を与えた。利益や損失にかかわらず事業収益という「外形」に課税するこの税金は、非営利組織にとってさえ、納税事務の負担と税金負担そして税務調査の対応という三重苦と遭遇する事態をもたらした。

そして90年代半ばの消費税率アップ^(注14)は我が国の経済に大きなマイナス影響を与えると共に、利幅の薄い事業活動を展開している非営利の世界をさらに直撃し、苦しめている。

現在再び、消費税の課税範囲の拡大と税率アップの議論が進行している。3千万円の免税ライン^(注15)は1千万円に引き下げられる見通しであり、事務負担軽減の簡易課税選択ライン^(注16)は2億円から1億円に引き下げられる見通しである。また、次の消費税率は7%から10%の間と叫ばれている。単価や利益に容易に転嫁し得ない事業が中心となっている非営利事業体の苦悩はまた一段と厳しくなる予想である。

さらに医療や福祉等の事業収益は消費税ゼロ税率^(注17)とすべきであり、その闘いが必要と言える。

一方で、非営利分野での法人税率優遇措置、たとえば協同組合、公益法人、特定医療法人などへの税率などの優遇制度^(注18)、低額無料診療を実施している一定の公益法人医療機関の法人税非課税制度^(注19)など、これらの優遇税制は、市場経済推進の前に長期的には削減ないしは廃止の憂き目に遭う可能性が極めて強い。市場経済推進の政府与党の立場からは、民間営利企業と同様の事業を営む場合の「差別」の存在は容認しがたいことと理解されているように映る。

都市銀行への独自の課税を強行した石原東京都知事の新課税の施策は、小泉内閣の税制目玉商品としての「外形標準課税」制度の地方税導入に結びついた。この税制は第二の消費税として、また人件費等の総額に課税するという点でも、非営利・協同の事業体直撃の税制として誕生目前の局面である。

都道府県民税たる事業税の課税対象金額を損益に求めずに、人件費規模などの「外形」に求めるという悪税は、企業の職員構成や労働条件などに少なからぬ影響を及ぼし、アウトソーシングなどの戦略展開を促進するものと予測される。

莫大な資本や財産を有していない非営利・協同の事業体では必然的に労働集約的な事業が多く、または従事する職員労働者らのウェイトは営利企業のそれよりも高いものと推定されるが、この「外形標準課税」の制度は消費税に劣らず危険極まりない税制として、「闘いに対応」が必要である。

さらに、欧米と比較して税率が高いという屁理屈から大資本・大企業などの法人税率を下げる議論の方向は、非営利組織の税率との格差をより一層縮めるものと理解しておかなければならない。

また多数の企業を1グループとして運営する大企業の「連結納税制度^(注20)」の創設と引き替えに、職員労働者の退職金の事前準備費用を法人税法上一切認めない改悪^(注21)を強行した。大企業では、退職金準備は外部積立^(注22)たる年金資産の拠出形成が中心であり、大企業にとってはこの改悪は極端なマイナスではない。むしろ子会社の赤字と相殺できる課税システムの創設の方が好ましい選択肢となっている。

一方、前記の通り、職員労働者のウェイトが相対的に高い非営利の組織の多くでは自己積立の退職金準備であり、その費用準備が税制上認められず課税となることでの影響は甚だしいところがある。この税制改悪が非営利・協同組織での職員労働者の退職金制度などへの影響を及ぼすことが当然に予測され、局面からして退職金条件の改善とは逆の方向の提起となりうる気配であり、この点でも現局面での非営利・協同組織における「労働条件などの在り方」などの研究解明が必要となってきている。このテーマでの本研究所への期待も高いものと推察している。

さて政府与党を先頭とする市場経済進展の施策や制度は着々と具現化しつつあり、民医連をはじめ非営利・協同の事業体の中長期の展望は決して明るくない。しかし真つ暗なわけでもなく、「闘いつつ対応する」、まさしくその真骨頂を發揮する局面でもある。そのためには非営利・協同の組織自身が、その構成員らのすべてが、自身の意義をしっかりと確認し、「営利・非協同の民間企業」との差別化を自ら図る取組を旺盛に展開しなければならないと考える。

以下、その意義についての議論と若干の私論を展開する。

(注14 1997年の消費税法改悪で、3%の税率が5%にアッ

ブされ、バブル破綻経済に消費不況という追い打ちをもたらしした。)

(注15 消費税課税対象収益が3千万円以下の経営は、消費税の申告納税が免除されている。その免税ラインが引き下げられようとしており、1千万円まで引き下げられれば相当数の経営・団体等が引かかることとなる。)

(注16 消費税課税対象収益が2億円以下の経営は、消費税の計算上、支払った消費税実際額の集計をせず、概算率で算定することが出来る。サービス事業の多い非営利の事業体ではおおむね課税収益にかかる消費税の50%を控除して算定納付する。1億円ラインまで下がれば、納税額も事務量なども増加することとなる。)

(注17 課税にかかる消費税率がゼロ税率であれば、経費等に含まれる支払った消費税が全額還付されることとなる。現在は医療と福祉の事業で公的保険等にかかる収益は「非課税」という取扱であり、計算上還付されることはほとんどなく、課題となっている。)

(注18 株式会社の法人税率は原則30%の税率に対し、協同組合・公益法人などは22%とされている。この間の法人税率軽減の過程で、営利企業と非営利企業との税率格差も縮小している。)

(注19 生活保護対象患者を含む低額無料診療規模の割合が10%を超えるなど幾つかの要件を満たすと、法人税法上の医療事業が非課税の取扱となる。ただし公益法人形態の医療機関に限る。全日本民医連は10法人弱が適用されている。)

(注20 赤字の子会社を含めて企業グループ全体で法人税課税所得金額を通算して納税する方法で、大企業にとっては減税と試算されている。非営利企業では一大グループは存在せず減税の恩典は事実上無い。)

(注21 職員の退職金準備は02年度以降、法人税法では一切認めず、既存の無税積立金額も、大企業では4年間で、中小企業・協同組合では10年間で取り崩し課税とされた。掛け金が損金算入となる企業年金への移行等が加速するものと推定される。)

(注22 企業年金は生保または信託会社に年金掛け金を拠出運用させる。02年度より新しい企業年金法が適用され、既存の企業年金加入者を含め、長期展望が必要である。利回りは悪いものの節税観点からの選択が検討されつつある。)

2. 非営利・協同の意義

事業体なのに非営利とはおかしい、非営利はわかるが協同とは何だ、「非営利協同」と「非営利・協同」とは意義が異なるのか、NPOは非営利・協同なのか、などなど本研究所の名称にかかる意義についても諸説様々と見られる。以下の議論は私の論点整理である。ご批判いただきたい。

(1) 営利と非営利

営利と非営利の区分、または民間営利セクターと公的セクターそして第三の非営利セクターという分類もある。(注23)

民間営利法人では、自身の社訓や社是にどう記載

されているかどうかは別として、利益追求を法人の目的としており、その究極の姿こそが、飽くなき補食を追求する国際資本・グローバル・カンパニーと言える。

そこでは利益が手段ということではなく、利益追求が、利益の短期・長期の極大化が、目的となり、時として国民や消費者らを欺いてまでも利益の追及を行っている。一昔前の数々の公害事件にしても、近時の様々な食品の偽装事件にしても、原発事故をひた隠しにしてきた電力会社事件にしても、共通する事柄は「法人の利益の確保または擁護のためなら何でもする」に尽きている。営利目的の前では、当たり前のことですら当たり前ではなくなってしまう、まさしく利益追求の存在としての企業の営利性にむしばまれてしまう姿を垣間見るようである。

現在の市場経済推進の施策が、それらの営利追求法人のためにあり、とりわけ社会的存在として無視できない規模となっている大企業らのためにあると言っても過言ではない。

これに対して、医療法人も生活協同組合も、事業協同組合^(注24)も、民法34条公益法人も、社会福祉法人も労働組合も、そして近時設立相次ぐNPO法人もみな、その規制する法律で営利目的を否定されている。

これらの事業経営の本質は基本的に「非営利」の法人であると言える。

すなわちこれらの法人の行う事業活動は営利目的ではなく、非営利の目的^(注25)であるとされている。もちろん過酷な資本主義社会で生き抜いて活動を発展させるためには、いかなる事業も一定の利益、或いは剰余金が必要である。損失や欠損金では非営利の法人は直ちに破綻瓦解してしまう。したがって主たる事業か従たる事業かは別として、利益の追求は「それなりに」行うのである。利益追求は非営利の法人または活動の目的達成のための「手段」と見ることが出来る。

このため、「非営利」の意義を英語で表現するときに、「Non Profit」というのではなく、「Not For Profit」とされている。「否営利」ではなく「非営利」なのである。この点を誤解されている方が見受けられる。

利益を追求する経営がみな営利企業ということではなく、社会的使命や理念の維持発展のための利益追求かどうかの区別である。

(注23 富沢賢治『非営利・協同入門(同時代社)』では、非営利・協同の事業体の要件を、解放性、自立性、民主制、非営利性の四点を上げている。非営利セクターの事業体の範囲などは見方により相違している。アメリカでは生協は営利セクターとみなされている。)

(注24 中小企業等協同組合法によって設立される事業者の協同組合であり、相互扶助を前提とした協同組合原則が随所に盛り込まれている。近時、非営利の事業体同士で設立が目立ちつつある。)

(注25 多くの非営利組織では、定款、規約、綱領などで、営利を目的としないことを謳い、あわせて事業の目的すなわち社会的使命・ミッションなどを掲げて活動している。)

(2) 非営利組織の所有と配当

全日本民医連の加盟団体では、個人所有または少数者所有の病院は認めず、民医連綱領を実践する共同所有の医療・介護施設(院所)とされているが、それらの院所が所属する法人の組織形態はまことに様々なのである。

全日本民医連の法人の過半数が生活協同組合法で設立した医療生協であり、次に多いのが医療法の医療法人であり、比較的古い法人が民法34条設立の社団・財団法人である。また周辺に株式会社や有限会社などの薬局法人、社会福祉法人、事業協同組合などを配置している。

いずれの法人形態をも包含して「非営利・協同」の事業と活動と組織、と称しているのである。近時ではさらに周辺にNPO法人なども組成され活動している。

これらの民医連法人に共通している点の一つは、所有という形式がないか(財団形態^(注26)または社会福祉法人)、文字通り多数の人々の「非営利の資金」の出資などのように、民間営利企業の所有という概念とは明らかに異なる所有形態をその組織実態としていることである。

出資という形式が無い組織では当然に利益配当はないが、出資という形式がある。例えば医療生協でも「非営利の資金」という意義を議論したことがあるかどうかは不明だが、私はそれを、なるべく少額均等、多数の人々の利益追求目的ではない資金の共同であり原則として配当はしない、と整理している。

それらの意義は非営利の組織であるから当然のことと考えているが、医療法で配当は禁止されているし、医療生協や会社形態の民医連経営でも配当禁止条項を法人定款に盛り込んでいる経営も少なくない。利益追求の市場経済下ではその最たる組織形態である株式会社定款において、独自に配当禁止を規定す

ることは、非営利目的と所有・配当などの意義を首尾一貫したものとして捉えていることの宣言に映る。

民医連関係者でも、たまに「出資している薬局会社でどうして配当を認めないのか？」などの質問を受けることがあるが、個人的な出資や営利的な出資の実態の反映であろうか、民医連経営でもまだ不十分な理解と実践があることを教示している。

「消費生協では出資配当しているではないか？」という反論もある。これには「民医連経営でも特定協力借入金^(注27)に利息を支払っている！」と答えることとしている。

消費生協の出資金では一口程度の拠出組合員から相当に高額の出資組合員もいる。また消費生協の決算政策議論では、出資配当を維持または捻出するための議論が発生することもあり得る。その点で程度の差はあっても利益配当を期待しての株主の存在を前提とした営利企業の決算政策と変わらない事態と映る消費生協があるかもしれない。

例えば、生協の出資金は低額の定額とし配当はしない取組みとしつつ、組合員のその他の経済的協力は「組合債」として低利の利息を付与する、そのような理屈と実践の在りようなどはありえないのだろうか、などと考えてしまうのである。

出資金と配当、組合債と利息、これらの取組みは、非営利・協同としての生協経営の原点であり、理論探求が今一度必要と思えてならない。他の非営利組織にも通ずる議論である。

(注26 財団形態の法人組織としては、民法上の財団法人、医療法の医療法人財団と、持分なき社団がおおむね該当している。いずれも出資または出資持分という概念はない。)

(注27 民医連では、友の会などの共同組織の患者・地域住民から少額多数の浄財を借りており、無利息債と有利息債とで管理されている。近時は、経営参加などを強化することを前提として無利息長期の「地域協同基金」の募集活動を強めており、民医連内部の指標では自己資本としてカウントする取組みを始めている。)

(3) 「協同」の意義と本質

非営利と協同はセットとは考えていない。もちろん私の議論であるが、もしセットであるとするならば、民法34条法人もNPO法人もすべて非営利協同の事業体だと規定されてしまう。

非営利組織の中には或いはNPO法人の中にも、「協同」を追求している即ち非営利・協同と呼ぶに相応しい組織も少なくはない。しかし、それらのす

べてが「協同」を追求している組織であるかどうかは実態によって判断されるべきことと言える。

先に述べた全日本民医連の周辺事業体で、株式会社として存在はしているが集团的、共同的所有(出資)形態でかつ利益配当などはしない、そのような法人でも「協同」と言える即ち非営利・協同の組織と分類可能な取組みが重要なのである。

非営利組織だから非営利・協同である、とは言えない。私の議論では、非営利と協同はセットではなく、「・」が付されることとなる。当然に別の議論もあり得ることから批判を待ちたいが、重要な論点と思っている。

それでは、「協同」を追求する、ということの意義は何かといえば、当該非営利組織の基本的構成員らの中での協力・協同、事業にかかわる役職員・労働組合らの中での協力・協同、当該組織のサポーター(全日本民医連でいうところの友の会などの共同組織)との協力・協同、そして他の非営利・協同組織らとの協力・協同、さらには組織の位置する地域の住民らとの協力・協同、これらの「協同」を積極果敢に追求するという意義であると理解している。

同時にこれらのあまたの協力・協同の中で日常的な重要協同は何かといえば、実際に日常の事業活動を担っている役職員・労働組合らの「協同」に他ならないとも理解している。

その議論は、本質的には「民主主義」の課題であり、日常の事業活動における民主的管理運営、基本構成員らの法人組織運営上の民主主義、サポーターや他団体との協力連携における民主主義の徹底適用である、と言えるのではないだろうか。

非営利組織がこのあまたの「協同」追及の手をゆるめた場合には、すなわち民主主義の徹底適用が崩れている場合には、非営利組織と言えども営利主義に走ってみたり、或いは本来の目的事業とは相当にかけ離れた事業を展開してみたり、職員とその労働条件を正当な理由なく著しく阻害してみたり、はたまた当該組織にとっても重要な情報の開示に消極的になったり、或いは膨大な累積赤字に目をつぶり、または気付かず経営破綻まで突っ走ってみたり、非営利・協同の組織であれば何の問題もないということではない。

むしろ、本来「非営利・協同」の組織としてあり得ないような事態を招来することもしばしば発生しているのが非営利・協同の現実の一部と言える。原

点を忘却する事なかれ！

(4) 非営利・協同と管理

経営や会計の論点はまたの機会として、本論稿の最後に管理の課題を簡単に指摘しておきたい。

民間営利企業の組織編成や組織運営の原則は、トップ集中と上意下達の運営原則と言える。

これに対して非営利・協同の組織では、民主主義を貫くべく、民主的管理運営の徹底を追及し、集団的指導部の形成とリーダーシップの発揮、職場を基礎としての民主的即ち自主的、創造的、連帯的管理に徹することとなる。「徹することとなる」という言い方は、実態は必ずしもそうではない非営利・協同組織が存在しうるからである。そのような組織に対しては「協同」的批判や追求がなされなければならない。

なぜならば非営利・協同の組織や事業は、ほとんど単独で長期間存在し続けることは容易ではなく、大半が同業・同種の非営利・協同の仲間と連帯しながら存在することが通例であることから、一つの組織の瓦解は多大な影響を及ぼすことに成りかねないからである。

民主的管理運営は予算編成にしても、予算の執行点検にしても、日常の業務執行にしても、役職員それぞれの協議と多数の合意を前提として実行されることとなるが、その基礎ないしは「支えとなる柱」は「情報の徹底公開」にある。

いわば民主主義の大前提とも言えるが、非営利・協同の分野でもこの基本的命題が不十分な取組と化している組織も少なくないものと観ている。

民主的管理運営の理論の探求とモデルの構築が要請されている所以であるが、富沢賢治聖学院大学教授の言う「ロマンとソロバン」という命題にも通ずることがらである。

営利企業における労働や人権を無視した利益追求

のための管理を批判することは至極当然のこととは言えるが、自らの事業活動を科学的に、人間的に、民主的にそして組織や経営の到達点の限界の中でそれらを追求する取組が少しでも不十分となれば、「非営利・協同」と掲げた理念は形骸化し、そこに集った職員労働者達は次第に官僚化し保守化していくことは幾多の事例が教示しているのではないだろうか。

非営利・協同は、民主的管理運営＝民主主義を重視する。その民主主義の主人公は誰か、よく吟味することが大切であり、同時に民主主義はその徹底のための手間とコストを要する点を忘れてはならない。

効率化と民主的管理運営は矛盾しないものと理解しているが、現実には必ずしもそうではない。営利・非協同の経営よりも少し余計にコストは掛かるが、そのコストを補って余りあるエネルギーの結集発揮が達成されうるのが「非営利・協同」の事業体である。この点をはき違えると本末転倒となることを付言しておこう。

総研創立記念の小論文としては、苦言を呈し、屁理屈を述べ、大変恐縮ながら、私自身の論点を含めていまだ体系的に整理されていないのが我が「非営利・協同」ワールドなのである。だからこそ、研究所を立ち上げ活動を推進していく意義が明確に存在しているとも言える。

およそ20年間、観察し続けてきた全日本医連は、診療報酬と患者負担の制度改悪の前で、岐路に立たされている。「差別なき医療・介護」の活動を守り発展させてきた全日本医連の役職員等は、今こそ原点を直視することが要請されている。非営利・協同組織のミッション議論にほかならない。

組織、経営、資金、会計、分配その他の各論について記載する紙数を失ってしまったが、またの機会としたい。
(さかね としゆき)

医療保障制度の問題点 —フランスの事例を中心に

ヨーロッパ医療制度改革の問題点

都留文科大学 石塚 秀雄

1. ほぼ全国民を カバーする医療制度

ヨーロッパ各国においてもいわゆる医療社会保障制度の転換がすすんでいる。この場合、日本と同様に先進国として一般的に2つの要因があげられる。すなわち、高齢化社会の到来と財政危機である。高齢化は介護問題とも連動しており、女性の労働力参加の問題とも結びついた議論となっている。財政危機は、直接的には医療保障の財源問題であるが、マクロ経済的な議論とも結びついている。ヨーロッパ連合はその社会政策において、社会保障の統合化を進めているものの、これまで歴史的にいくつかの制度モデルが分立しており、各国において社会保障の組み立て方式が異なるので、これらを整合していくことは、まだ時間がかかる課題となっている。

ヨーロッパ各国の医療保障は公権力による社会保障方式および社会保険方式のいずれの方式をとるに

しても、現状では、ほとんどの国民をカバーするものになっている。日本もほぼ100パーセントの国民をカバーしているが、アメリカについていえば、公的医療制度が存在しないために国民の45パーセント（1997年）しかカバーされていない。その一方で、表1に見られるように国民一人あたりの医療費支出を見ると、第一位はアメリカで4631ドルであり、日本の2012ドルの二倍以上である。医療制度でカバーされない支出は、結局私的な支出であり、個人的支出がそれを主としてカバーしているのである。したがって、国民所得対比からするとアメリカの方式は、きわめて本人費用負担の比率が高いものである。こうしたプライベート（private）な領域に過度に依拠する方式を、もし日本の医療制度に導入するならば、それは「医療改革」の基本的動機の一つであるところの患者の医療へのアクセスの自由権と矛盾するものであり、それどころか不平等を拡大するものであることは明らかである。

表1 国民1人あたりの医療費（2000年度、単位 US\$PPP）。

国	日本	アメリカ	ドイツ	フランス	スウェーデン	イタリア	スペイン	イギリス	オランダ
USドル	2012	4631	2748	2349	1748	2032	1556	1763	2246

出所：OECD Health Data 2002。ただし、スウェーデンは1998年度の数字。

また、医療費の国内総生産（GDP）を見ると、例としてあげた先進国の中で日本は決して高いとはいえない。むしろ低い比率であるといえる。近年一貫してアメリカの医療費の比率は最高である。しかしながら、一方で、適正な医療を受けられる人口が少なく、保険者主導型の医療システムで、低所得者層の医療へのアクセスが非常に制限され、また医療費用も高額であるという点では、医療の公平性や効率性が阻害されているといえよう。スウェーデンにしても、日本とほぼ同じような比率であるが、日本に比べて医療保障の充実が言われているのは、やは

り費用をどのように集め、どのように分配するのかという医療制度のあり方、すなわち、需要と供給のシステムが違うためだといえる。しかし、この問題は簡単にシステムを真似するというわけにはいかない。というのは制度の基本的な原則や価値観、哲学の違いがあるからで、それは歴史的に構築されてきたものだからである。従ってヨーロッパでは一方で、医療制度を含む社会保障制度の収斂化が主張されながら、他方でヨーロッパ連合の共通社会政策を指向しつつ、各国の個別制度の改善という方向も強調されているのである。ただし、我々はこれら各国の事

例から学ぶことはできると思う。

国内総生産対比で見ると、この十数年の基本的なベクトルは、各国とも比率が微増している。日本だけが1984年のGDP対比9.3パーセントをピークとして緩やかな下降を示しているのである。なぜ日本だけが、下降線を示しているのか。ここに公的医療政策の欠落を見るのは容易である。一方、イギリスなどについてはサッチャーの新自由主義で福祉国家がつぶされたという思いこみがともすればあるが、実際には医療費の支出は彼女の時代以降、全体としてみると微増しているのである。単純に言っても、日本における医療費は総体として決して大きいという

ことはできないので、たとえば、日本の医療費の国内総生産対比をアメリカ、ドイツ並みに比率を増やしても良いということが言える。また費用の一人あたりの平均値というのも国民の家計における医療費支出の実態を詳しく示すものではないので、実際には所得層区分での医療支出の相違を見ていく必要があるだろう。とくに民間保険の比重を重視する政策を是認する方向ならば、単なる費用とサービスの等価だけでなく、医療市場における個人のアクセス権をどのようにとらえるかとか、公正性の問題が議論されなければならない。

表2 医療費の国内総生産（GDP）対比（2000年）

国	日本	アメリカ	ドイツ	フランス	スウェーデン	イタリア	スペイン	イギリス	オランダ
百分比	7.5%	12.9%	10.3%	9.3%	7.9%	7.7%	7.0%	6.8%	8.7%

出所：OECD Health Data 2002

2. ヨーロッパの医療制度モデル

ヨーロッパの医療保障制度のモデルとしては次のものがあげられる。すなわち、第1に、普遍主義的モデルである。コルピの分類による福祉国家モデルで言えば、社会民主主義的福祉国家である（W. コルピ、1983）。これは全国民という概念に基づき、すべての国民を対象としてサービスを供給するものである。このモデルはさらに、公権力（国家）がと管理運営するイギリスやスウェーデンにおけるような公的医療制度と、非営利組織（保険団体）が管理運営するオランダ方式に区分できる。第2に、職能団体によって管理運営されるもので、歴史的には第1のモデルよりその発生は古く、ヨーロッパの同業組合の伝統をふまえたものである。これは保守的福祉国家である。社会保険方式を採用して、職能者としての公務員や特権的（熟練）労働者の相互扶助的団体を骨子して発展している。ドイツのビスマルクが創設した社会保険方式による各種共済金庫による運営、またフランスのように国家と共済組合による混合型の運営管理方式がその例である。第3には、民間セクターによる医療供給管理方式で、ヨーロッパモデルではないが、各国の医療制度改革において、大きな影響力を与えている自由主義的福祉国家としてのアメリカモデルがある。アメリカモデルは、テ

イトマスの定義によれば、残余型とも言われ、貧困者という概念を軸にしている。医療保障とは貧困者に対する最低限の社会扶助であり、一時的な措置であり、財源とのバランスで給付が行われるべきものであるとされる。国民は、国家に依存することなく、市場や自力で福利を自己実現すべきものであるとされる。公的社会保障制度は、年金部門で発達しているにすぎない。かつてクリントンが公的医療制度のプランを大統領選挙でだしたが、議論の途上で消えてしまった。しかし、アメリカで登場したマネージドケアモデル（HMO）に類似したモデルを民営化、効率化のためのモデルとして、ヨーロッパにおいて採用しているケースがでてくる。これはHMO（健康維持組織）と呼ばれる民間営利会社が医療提供者（医師など）を経営的にコントロールすなわちマネージして、HMO会社の患者プランに基づいて医療を営利追求（株主配当）に従属させるものである。またこのような制度を日本の一般の会社が採用する可能性は決して低いとは言えない。

先進各国においてなぜ医療制度がことなるかを説明する考え方として「新制度派的」解釈がある。これは諸制度の対する可変的な要素すなわち、国家、市場、家族、産業化、政策、労働組合などの諸要素の機能と関連性を分析するものである。最近フランスでは、レギュレーション学派のリピエツなどが非営利協同セクターの役割について目を向け始めたの

も、こうした解釈が現状分析と展望提起に有効であるという傾向を示しているものと思われる。

ここでは日本の医療制度を考える上での参考に資するため、フランスの事例を取り上げて、その現状と問題点を論じたい。

3. フランスの医療 保険制度のモデル

(1) 公的医療制度：普遍主義原理と公私混合型

フランスの医療制度は、普遍主義原理にもとづく国民皆保険による公的医療と私的医療の混合型である。これは医療サービスの供給者側（医療実施者）の問題として、外来診療は主として民間セクターで、入院診療は公的セクターでほぼ分担をしているということと、また医療保険の運営主体としては、非営利の共済金庫が実施しており、また医療政策にも大きな統制権をもっているという点からも混合型といえる。日本の場合も一見公私混合型のように見えるが、大きな相違点は日本の医療保険の主体者の公権力への従属的な性格であろう。

フランスは人口約6000万人である。平均寿命は日本に次いで第2位となっている。医師の対1000人の人口比率は3.0人医師であり（1997年、OECD）、ヨーロッパでは平均的である（ドイツ3.4、スウェーデン2.8、日本1.9、アメリカ2.7）。医師数は次のようである。

表3 フランスの医師数の区分(1997年度、活動医師のみ)

医師	185,579人(女性67,989)
一般医	95,342人
専門医	90,237人
歯科医師	42,192人

出所：QUID 2000. Editions Robert Laffort より作成。

表4. フランスの保険医区分（1996年度）

総計	113,524人
第1セクター	83,159人
第2セクター(一部自由報酬)	27,971人
(第3セクター)	非保険医・公的保険償還なし

出所：QUID 2000. より作成。

一般医（generalistes）のうち75パーセントすなわ

ち71500人が開業医で、25パーセントすなわち24000人が病院勤務医である。また専門医のうち病院勤務医が32パーセントの25,000人、68%の63000人が開業医である。結局、開業医は134500人であり、病院勤務医は49000人となる。また、公的医療保険医登録113524人を全体から引いた72055人は、他の民間保険機関かあるいは自由診療を行う医師ということになる。この自由診療ができる医師（Medecins Liberaux）という制度は1989年に設置されたが、当初年度の6000人から96年には3000人と減少している。これは政府のこの制度が公的医療制度にとって好ましくないという判断があって、認定数を押さえていることも一因といわれている。

保険医区分の「第1セクター」とは医療保険制度内で給与・診療報酬を受ける医師であり、第2セクターの医師とは報酬の一部を自由診療で受け取ることができる者である。第2セクターの医師数の増加は、自由診療部分の増加をさらに政府によって抑えられている。また公的病院に勤務する医師は、その公的業務を妨げない限り、労働時間の1/5を自由診療に使って良い。その場合、公的病院のベッドを一定の規則の範囲内で利用することができるようになっている。医師団体としてはフランス医師団体連合会（CSMF）、自由診療医師団体（SML）、フランス一般医師会（MG-France）、フランス医師連盟（FMF）などがある。一般医および外来診療の役割はプライマリケアであり、またゲートキーパーとしての役割を果たすものとされている。入院部門はセカンダリーケアとしての位置づけであり、公的管理統制を強化する部門とされている。このゲートキーパーとしての役割を、新たに一般医の中で参照医（medecin referant）という制度を設けて実施をしている。参照医は疾病金庫との「相互契約」文書に署名して参照医になる。患者は地域の参照医を選択して、専門医へのアクセスの保障をしてもらう。患者のカルテは、本人、医師、金庫または保険会社に送付されるが、カルテの秘密厳守を保障する（secret medical）。また、カルテのコンピュータ管理が進んでいる（carnet vitaie）。

国公立病院の役割は、基本的に医学研究と医師の訓練に重点が置かれており、民間営利病院は、高度治療・手術などに特徴があり、民間非営利病院は、公的医療サービスを含めた中期の医療を特色とするように役割区分に特徴がある。

表5 フランスの病院数とベッド数（1997年度）

公的セクター	国公立病院 hospital	1063	ベッド数	459792
私的セクター	私立病院 clinique	3123	ベッド数	199747
(私的セクター内訳)	営利病院 非営利病院	(1000) (2000)	医師、民間団体、会社による所有 赤十字、共済組合、非営利組織、財団、 地域疾病保険金庫による所有。	

出所：QUID 2000より作成。

フランスの外来医療の原則は、医師にとっては診療の自由（カルテへの責任）であり、患者にとってはどのような病院や医師を選んでも良いという選択またはアクセスの自由である。費用は公的な基準に基づく対価支払いである。いわゆる窓口負担は外来の多くの費目において不要になっており、入院の場合はさらに不要になっている。

一方、こうした医療制度の医療保険者としては患者が加入している疾病金庫が運営している。これには大きく3団体ある。最大の団体である全国労働者疾病金庫（CNAMTS, Caisse National d'Assurance Maladie des travailleurs salariés）は保険基金の80パーセントを取り扱っている。自営業者の疾病金庫はCANAMであり、農民のものとしてはMSA（Mutualite Sociale Agricole）がある。フランスの場合は、強制的（皆）社会保険（医療、年金など）は国などの公権力が管理して、公益を確保するために非営利の自主機関すなわち疾病金庫が管理するという二重方式をとっている。フランスでは歴史的に、労働運動や共済組合運動が盛んである一方、国家による普遍主義的な社会保障制度も重視されてきたことから、強制的保険制度を基本にして、共済組合や民間保険会社による自主的な保険制度を補完的に活用するという方式がとられた。すなわち、公的医療保険制度に自主的な共済組合運動が深く関与していくことが、労働者のリスク克服の必要として認識されてきたのである。

(2)フランスの医療制度の特徴

さてフランスの現在の医療制度は、「国民の社会的努力」により維持される「社会予算」に基づく「一般制度」によって運営される。この一般制度（Regime General）は、医療（疾病）、労働災害、老齢年金、家族手当、介護制度からなり、毎年決算を行う賦課方式であり、積立方式ではない。日本の場合は、たとえば年金積立金が177兆円（2000年度）、約5年分

の支出分がストックされており、これを運用することによって、財源の補填をするという方式がとられている。そしてこのいわゆる財投（年金資金運用）の結果、2001年単年度においても赤字1兆3100億円を出している。この特異な日本方式は、第1に金融市場への投資が失敗することがあるという事実を示すものであり、また管理行政費用の占める比率が高くなることである。日本の場合、公的医療費支出に占める管理運営費は約20パーセントであるが、フランスの場合は、0.5パーセントである（1998年度）。日本のとりわけ政府管掌保険におけるこの多額の積立金と管理費用の肥大化、財投のマイナス役割は再検討をする必要がある。また、フランスの社会保障一般制度基金の基本的な枠組みは、先にも述べたように、4つの部門が統合された「総合的な社会保障」制度となっていることである。もちろん運営組織はそれぞれ別個の自主的な団体ではあるが、医療と年金や労働という分野を統合的に把握する視点に、すなわち社会保障を人々の生活の全般の安全保障として考えやすい枠組みになっているということである。これが日本のように縦割りのあるいは蝸壺のにばらばらに考える視点が根強いと、福祉は福祉政策、労働は労働政策と統合的な視点に欠ける傾向がでてくる。

図1 フランスの医療制度

政府：雇用連帯省 地方、県：	ANAES（医療査定評価機関） ARH（地域査定機関）
団体：(1)賃金労働者・疾病保険金庫： 全国 CNAMTS, 地方：CRAM, ローカル：CPAM (2)自営業者（非賃金労働者）・疾病保険金庫： 全国 CANAM, 地方：CMR, ローカル：OC	

注) 年金、失業もほぼ同じ構造。農民については別立て。

表6 フランスの医療保障の収支（1998年度）

単位10億フラン

収入項目	1997	1998	支出項目	1997	1998
保険料	476.6	490.5	本国医療給付金	497.9	510.0
被用者	164.4	166.3	管理費	27.5	28.1
雇用者	281.0	291.7	他制度への補填	16.5	18.1
受診料	31.2	32.5	予防基金	1.2	1.2
各種税	50.1	56.2	医療統制費	3.0	3.0
国家補助	4.2	1.3	海外県支出他	40.3	40.1
その他収入	23.5	24.1	剰余金	-16.0	-14.2
合計	554.4	572.1	合計	570.4	586.3

出所：QUID 2000、より作成。

表7 フランスの医療保険負担分

医療	70%
補助的医療	60%
歯科（治療・義歯）	70%
医薬品	100%～35%
入院	80%
手術	70%

出所：QUID 2000、より作成。

この社会保障一般制度基金における医療部門は、ここ10年をみても1998年までは毎年赤字（たとえば1995年673億フラン—約1兆6千億円。ただし1Fを24円として換算—）を出していたが、1999年にはわずかながら黒字に転じた。2000年にはまた若干の赤字となった。こうした慢性赤字の解消はどのようにして実現されたのであろうか。

フランスの医療費は近年毎年2パーセントくらいずつ増加しているが、1997年度で見ると医療費は7285フランで、そのうち公的費用は5272億フランであり、民間部門で2013億フランであるので、この民

間比率は約27パーセントである。フランスの公的医療制度における費用分担区分の特徴は、保険料収入の比率が高いことである。そして、労使分担の比率は、日本のように折半ではなくて、雇用者側が1.7倍ほど高いことである。そしてこれは、一般社会租税の導入とその漸次的増加によって、大きく配分比率は変化した。1998年以降労使分担比率は12.8%対0.75%と大きく変化した。ちなみに以前は労働者が6.8%である。また年金の保険料分担については労使それぞれで8.2%対6.55%であるのは、年金についての原則が医療とは異なるからであろう。ともあれ雇用者側の社会保障責任を高く位置づけているフランスの考え方の是非も、社会保障の根本哲学に関わることである。

また、フランスにおける社会各層における平均月額医療費支出は次のようである。

表8 フランスの労働階層別医療支出（1996年度）

非熟練労働者層	118F（歯科11F、医療41F、薬66F）
職人層	168F（歯科13F、医療61F、薬94F）
熟練労働者層	170F（歯科43F、医療56F、薬71F）
会社員層	201F（歯科31F、医療73F、薬97F）
中間管理職層	202F（歯科33F、医療71F、薬98F）
上級管理職層	280F（歯科85F、医療89F、薬106F）

出所：QUID2000より作成。

(3) 普遍主義への回帰傾向

フランスは2000年1月に普遍的医療保障制度 CMU (couverture medicale universelle, 「包括的医療保障」ともいわれる) をスタートさせ、国民皆保障の徹底を促進した。なによりも医療へのアクセスをより拡大したこと、機会平等の拡大をはかったことである。この普遍的医療保障制度の特徴は、第1に、自動医療受給資格化である。これは失業や無業や保険料支払ができなくて資格がない人々に対しても、その資格を自動的に与えて給付を行うことである。具体的に言えば、無保険者や書類未整備の外国人も医療のアクセスができるようになった。第2に、月額所得の低い社会階層（基本として1人月3500F、約87,000円以下）に補助を行うことである。この社会階層は約600万人存在し（フランスの人口は約6000万人）、その半分が社会的ミニマムとしての労働参入のための最低所得保障制度（RMI、エレミー）（都留民子、2002）の対象者である。このRMI制度は1988年から始まっているが、「あたらしい貧困」とは、単に伝統的な概念の失業者として存在しているのではなくて、いわば社会的弱者すなわち、障害者、高齢者、孤児、社会扶助受給者などとして存在している（ドマジュール、2002）という認識から、新しい雇用政策に基づいて作られた制度である。ここでも医療保障と雇用保障の政策を統合的に組み合わせることの重要性が示されている。第3は、いわゆる医療保険における自己負担金 (ticket modérateur) を、患者は基本的に支払わなくてよくなったことである。ただし、眼科、歯科については上限をきめて自己負担支払がある。第4は、一般的に、医療保険金庫による「第三者支払い tiers payant」によって患者は料金前払いをする必要がない。第5は、給付手続きの簡素化、迅速化である。これは手続き窓口が全国疾病金庫（CNAMTS など）に一本化されたため

ある。第6は、保険機関（医療保険基金、共済組合、民間保険会社）の自由選択であり、補助額を一人あたり年1500F受け取ることである。第7は、地域的な格差（不平等）の軽減化である。これは医師数、ベッド数、財源など資源配分を長期的に平等化をめざすもので、はじめの一步として、第2点に示したような無保険者への医療アクセス化を統合した。しかし、公的医療部門と民間部門とのギャップも広がりつつあり、社会的資源の地域的公平配分のための課題は多いようである。

(4) 最近10年のフランス医療制度改革の特徴

1990年代に入ってから公的医療制度の慢性的財政赤字が深刻な問題となった。このために1991年には一般社会租税（CSG, contribution sociale generalisee）が導入された。これは社会保険の租税化と見ることができる。当初税率は1.1%、93年には2.4%、97年には3.4%、98年からは7.5%と上昇した。1991年のビアンコ・プランでは、医薬品価格の引き下げ、入院費用の増加を行った。また1993年のペイユ・プランによって、各種医療費の償還率の引き下げ、総量管理方式の拡大を行った。また強制的医療指標ガイドライン（RMO, Reference Medicin Opposable）を導入し、現在も実施されている。これは患者のカルテの記録を統一化をはかったもので、医療の質の向上が目的とされた。RMOは3つの目的を持つとされる。第1に、公的医療資源の適正配分活用。第2に、医療の質の向上による事故の防止。第3に、外来患者の処方抑制による費用削減（非効率と過剰診療の削減）である。コストを下げて質を上げるということは、普通に考えるとかなり困難な課題ともわれる。このRMO指標チェックを行う機関として設立されたのが、ANAES（医療査定評価機関）であるが、疾病金庫なども独自の検査医師を抱えて査定を実施している。RMOでは査定を受けてクリアできていない医師に対するペナルティを用意したが、民間部門の25パーセントくらいの医師しか参加していないという度合いの低さと、また、ペナルティを受けた医師が極端にすくない（0.1%）ということから、その実効性についてはまだ試行錯誤の段階といわれている。また、その指標の基準設定が曖昧であるとか、医療技術の進展スピードの速さのためにそもそも指標を固定化することの困難さの議論もある。大きな代案としては、民間の医療機関自体

が自主的なガイドラインを作ることがあげられている。医師サイドからすると、報酬を低く設定されれば、個別の患者数の増大、自由診療報酬に向かう傾向が強まっているとされる。

1994年にはバラデュール首相がいわゆる社会保障財源のための「社会消費税」の導入を試みたが失敗に終わった。

1996年にはジュペ首相が医療制度改革のための「ジュペプラン」を出した。ジュペプランの基本構想では、医療報酬と医療目的遂行がバランスをとれるように、非効率をなくして、医療カードの導入、政府の財政統制を行うもので、コスト抑制策として取られたのが、「年間保険医療費目標額」(ONDAM, Objectif National des Depenses d'Assurance Maladie)である。これは予算配分については疾病金庫と相談しつつも、国が前年対比で支出上限を定めて4つの部門に配分するという方式である。2001年度予算6933億フランで見ると、4つの部門とは、外来部門 (soin de ville, 3127億フラン)、公的病院(入院)部門 (2706億フラン)、民間病院部門 (434億フラン)、社会医療部門 (499億フラン)である。薬価の再評価、償還率の改正でコスト削減を行ってきたが、高齢化の促進に伴い薬の需要は増加すると見られている。ONDAMのような総費用規制については、医師団体や製薬団体からの反対が強い。

(5)伝統的に強い非営利協同組合セクターの役割

ともあれ、フランスの新聞「ルモンド」(2002.7.12)

によれば、3年続いた黒字の後、公的社会保険制度は今年ふたたび伝統的な病気すなわち赤字に戻った。年金は黒字だが、足を引っ張っているのは医療部門でその赤字額は56億ユーロといわれている。最近のフランスの医療制度改革の特徴は、イギリス型のような全面国有化でもなければ、アメリカのような自由化でもない混合型であるが、一方で、公的統制・租税型・普遍主義的という伝統的な傾向を強めている側面もある。これは日本のわれわれにとっても基本的に好ましい方向と見ることができるが、そうした日本にとって参考になるものの一つは、フランスではやはり非営利セクターの役割が医療制度の中に伝統的に組み込まれていることであり、これは日本では伝統的に見られない側面である。予定の字数もつきたので、この点については改めて論じたい。

主要参考文献

奥田七峰子『ヨーロッパの医療政策の動向』2000,日医総研ワーキングペーパー

奥田七峰子『フランスにおける医療費総枠管理「違憲判断」の経緯』、2001,日医総研

Stapahne Jacobzone, "The changing Health System in France", 2000, OECD,

D.Baubeau et. "Improving the Performance of Health Care System", 2002, OECD

J-P.Dumont, "Les Systems de Protction Sociale en Europe", 1998, Economica,

D.Fremy, "QUID 2000", 1999, Robert Laffont

(いしづか ひでお)



非営利・協同と民医連

ロマンとソロバンの関係は？

者との質疑応答も含め、活発な論議を交わしました。

第三四回総会では、「医療問題や社会学上の諸問題について、

学者・研究者

四月二〇日午後、東京・明治大学でシンポジウム「明日を切り開く『非営利・協同』—医療・福祉の危機的状況をいかに打開するか—」が行われ、全日本民医連理事はじめ関東近県の役員などおよそ二〇〇人が参加しました。全日本民医連がすすめている「総合研究所」の設立準備会が開催したものです。

第三四回総会の決定に基づき、「総合研究所」開設に向けた検討が行われてきましたが、多くの異連などから出された「どのような研究をするのかイメージを鮮明にして」との声に応えたもの。開催にあたって、日本協同組合学会会長で明治大学教授の中川雄一郎氏と、全日本民医連の肥田泰会長が来賓としてあいさつ。

岩本鉄矢事務局次長が民医連の現状報告を行い、三人のシンポジストが発言。角瀬保雄法政大学教授が「非営利・協同と民医連」と題し、富沢賢治聖学院大学教授が「非営利・協同のロマンとソロバン」、石塚秀雄都留文科大学講師が「ヨーロッパの医療・社会保障運動の最新動向」と題して、それぞれ三〇分ほど講演しました。その後参加

と協同して総合的な研究・政策提言をすすめることを目的とした研究期間の設置を検討することが決定され、三五回総会までに「総合研究所」準備会が発足、事務局を東京渋谷区に設置しました。いま設立に向けて、組織のあり方、事業計画などが検討されています（各シンポジストの講演内容は本号三面に概要）。

「総合研究所」設立準備会が企画

『民医連新聞』2002年5月1日付1面より転載

シンポジウムひらく

明日を切り開く『非営利・協同』

—医療・福祉の危機的状況をいかに打開するか—

シンポジウム

総合研究所設立準備会主催

明日を切りひらく
「非営利・協同」

医療・福祉の危機的状況をいかに打開すべきか

四月二〇日のシンポジウムで行われた三人の講演概要を紹介し、

公共性のない手
「非営利・協同」の組織

角瀬保雄氏（法政大教授）



「非営利・協同と民医連」だが「政府の失敗」が生じ、空テーマに講演。まず「非営利・協同」はまた一般に理解されていない状況で、民医連を単なる中小企業や「民主経営体」ととらえるなど一面的な理解や誤りもある状況を述べ、深める必要性を指摘しました。次に「非営利・協同」の組織が資本主義の発展とともに発生したことを説明。人間性や環境の破壊をすずめる資本主義に対する労働者階級のたたかいが、労働組合・チャリティ・協同組合の三つの運動を生んだ歴史、そして戦後ケインズ経済学が完全雇用をめざして

また「非営利・協同」の組織も雇用問題を抱えているが、労働運動と対立するものではない。利潤は再生産に必要なので、「非営利・協同」の組織は過大な利潤追求や不当な手段による獲得をしないが、「利潤を否定している」ととらえるのは誤りと指摘。最後に最近の「非営利・協同」の諸論を紹介しました。

非営利・協同の
ロマンとソロバン

富沢賢治氏（聖学院大教授）

「非営利・協同のロマンとソロバン」と題して講演。「非営利・協同組織」とは「営利目的ではなく、社会的目的を現するために人びとが協同して活動する組織」と定義。これをフリーンプ・マローウの「弱は強くなければ生きられない。優しければ生きるとは生きられない」を引いて、「非営利・協同」組織も市場競争主義の中ではソロバン数



「事業」です。日本では昨今、社会保険を「社会的な責任」でなく「個人責任」で解決すべきとの考え方が強いが、ヨーロッパでは全く違うと指摘。この傾向は米国からの影響だが、自国書「社会保険は民主化すべきだ」によると、米国でさえ社会保険は民間化しない方がよい」との結論に至ったことを紹介しました。

「非営利・協同」の危機的状況をいかに

「非営利・協同」がささえる
ヨーロッパ社会

石塚秀雄氏（都留文科大講師）

「ヨーロッパの医療・社会保険運動の最新動向」と題して講演。ほうれん厚に對抗して「わさび」をキーワードとして示しました。その心はWage（賃金）、Safety（社会保険）、Business

日本では社会保険費の約一割が「行政費」と言われるように、国の行うサービスが非効率と画一性を免れていないと指摘。それに対して「非営利・協同」組織が福祉サービスを担っているヨーロッパでは、当事者の参加が資源の節約につながり、社会的連帯を表現しやすいと見込が強調されています。二、三論を紹介しました。



る。ソロバン先行だとロマンは死に絶える」と強調。また労働・雇用・賃金の問題でスペインの「モンテラン協同組合」の研究を紹介。「労働の協同化」と「労働の社会化」をめぐって大きな目的をわいていくと語りました。まためとして、運動や組織の連帯、おり方について重要なのは「ほうれんそう（報告・連絡・相談）」と強調。「非営利・協同」組織でも、情報的非対称を克服し、信頼とネットワークを築き、発展を図ると呼びかけました。